|  |  |
| --- | --- |
| **QUỐC HỘI** | **CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM Độc lập - Tự do - Hạnh phúc** |
| Số: /2024/QH15 | *Hà Nội, ngày tháng năm 2024* |

DỰ THẢO 5

Ngày 17/10/2024

## LUẬT

## SỬA ĐỔI, BỔ SUNG MỘT SỐ ĐIỀU CỦA LUẬT BẢO HIỂM Y TẾ

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

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

## Điều 1. Sửa đổi, bổ sung một số điều của Luật bảo hiểm y tế

**1. Bổ sung các khoản 9, 10 vào sau khoản 8 Điều 2 như sau:**

“9. *Chậm đóng bảo hiểm y tế* là một trong các hành vi sau đây của người sử dụng lao động:

a) Chưa đóng hoặc đóng chưa đầy đủ số tiền phải đóng bảo hiểm y tế kể từ sau ngày đóng bảo hiểm y tế chậm nhất theo quy định tại các Điều 15, 17 Luật này trừ các trường hợp quy định tại khoản 10 Điều này;

b) Không đăng ký hoặc đăng ký không đầy đủ số người phải tham gia bảo hiểm y tế trong thời hạn 60 ngày kể từ ngày hết thời hạn theo quy định tại Điều 17 Luật này;

c) Thuộc trường hợp không bị coi là trốn đóng bảo hiểm y tế theo quy định tại khoản 10 Điều này.

*10. Trốn đóng bảo hiểm y tế* là hành vi của người sử dụng lao động không đóng hoặc đóng không đầy đủ bảo hiểm y tế cho người lao động trừ các trường hợp có lý do chính đáng theo quy định của Chính phủ, thuộc một trong các trường hợp sau đây:

a) Sau 60 ngày kể từ ngày hết thời hạn quy định phải tham gia bảo hiểm y tế theo quy định tại Điều 17 Luật này mà người sử dụng lao động không đăng ký hoặc đăng ký không đầy đủ số người phải tham gia bảo hiểm y tế;

b) Đăng ký tiền lương làm căn cứ đóng bảo hiểm y tế thấp hơn quy định của pháp luật về bảo hiểm y tế;

c) Không đóng hoặc đóng không đầy đủ số tiền đã đăng ký bảo hiểm y tế hoặc đăng ký không đầy đủ số người phải tham gia bảo hiểm y tế sau 60 ngày kể từ ngày hết thời hạn theo quy định tại Điều 17 Luật này hoặc quy định tại điểm b khoản 9 Điều này.”.

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

a) Sửa đổi, bổ sung khoản 1 như sau:

“1. Xây dựng chính sách, pháp luật về bảo hiểm y tế, tổ chức hệ thống y tế, nguồn tài chính phục vụ công tác bảo vệ, chăm sóc và nâng cao sức khỏe Nhân dân dựa trên bảo hiểm y tế toàn dân.”;

b) Sửa đổi, bổ sung khoản 3 như sau:

“3. Ban hành quy định, *quy trình, hướng dẫn chuyên môn về khám bệnh, chữa bệnh*; *rà soát và cập nhật thường xuyên hướng dẫn chẩn đoán và điều trị*.”.

c) Sửa đổi, bổ sung khoản 4 như sau:

“4. *Tham mưu cấp có thẩm quyền hoặc tổ chức triển khai các giải pháp nhằm bảo đảm cân đối quỹ bảo hiểm y tế*; *các giải pháp ưu tiên mở rộng phạm vi, mức hưởng bảo hiểm y tế và tăng cường năng lực khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế cho y tế cơ sở*; trình Chính phủ quy định về *ứng dụng công nghệ thông tin, chuyển đổi số, chia sẻ dữ liệu trong lĩnh vực bảo hiểm y tế.*”.

**3. Sửa đổi, bổ sung Điều 7a như sau:**

“Điều 7a. Trách nhiệm của Bộ Lao động - Thương binh và Xã hội

1. Chỉ đạo, hướng dẫn tổ chức thực hiện việc xác định, quản lý đối tượng do Bộ Lao động - Thương binh và Xã hội quản lý quy định *tại các điểm e, h, r, i, k, o khoản 3 và các điểm a, b, d* khoản 4 Điều 12 của Luật này;

2. Thanh tra, kiểm tra việc thực hiện quy định của pháp luật về trách nhiệm tham gia bảo hiểm y tế của người sử dụng lao động, người lao động quy định tại khoản 1 Điều 12 của Luật này và đối tượng do Bộ Lao động - Thương binh và Xã hội quản lý quy định *tại các điểm e, h, r, i, k, o khoản 3* và *các điểm a, b, d* khoản 4 Điều 12 của Luật này.”.

**4. Sửa đổi, bổ sung các khoản 1 và 3 Điều 7c như sau:**

“1. Chỉ đạo, quản lý, hướng dẫn, tổ chức thực hiện việc xác định, quản lý, lập danh sách bảo hiểm y tế đối với đối tượng do Bộ Quốc phòng và Bộ Công an quản lý quy định *tại điểm a, c, e, h, i khoản 1, các điểm a, b, c, d, l và n khoản 3, điểm b khoản 4 Điều 12* của Luật này.”.

“3. Thanh tra, kiểm tra việc thực hiện quy định của pháp luật về trách nhiệm tham gia bảo hiểm y tế của các đối tượng do Bộ Quốc phòng và Bộ Công an quản lý quy định *tại điểm a, c, e, h, i khoản 1, các điểm a, b, c, d, l và n khoản 3, điểm b khoản 4 Điều 12* của Luật này.”.

**5. Sửa đổi, bổ sung khoản 3 Điều 8 như sau:**

“3. Ủy ban nhân dân xã, phường, thị trấn (sau đây gọi chung là Ủy ban nhân dân cấp xã) có trách nhiệm sau đây:

a) Thực hiện quy định tại khoản 1 Điều này;

b) Lập danh sách tham gia bảo hiểm y tế cho các đối tượng trên địa bàn quy định tại các khoản 2, 3, 4 và 5 Điều 12 của Luật này theo hộ gia đình, trừ đối tượng thuộc thẩm quyền quản lý của các bộ, ngành, cơ quan, đơn vị khác quy định *tại các điểm a, b, c, d, l và n khoản 3 và điểm b khoản 4 Điều 12* của Luật này;

c) Lập danh sách đề nghị cấp thẻ bảo hiểm y tế cho trẻ em phải thực hiện đồng thời với việc cấp giấy khai sinh.”.

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

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

“Điều 10. Kiểm toán quỹ bảo hiểm y tế

1. Định kỳ 3 năm, Kiểm toán nhà nước thực hiện kiểm toán quỹ bảo hiểm y tế và báo cáo kết quả với Quốc hội;

2. Trường hợp Quốc hội, Ủy ban Thường vụ Quốc hội, Chủ tịch nước, Chính phủ, Thủ tướng Chính phủ yêu cầu, Kiểm toán nhà nước thực hiện kiểm toán đột xuất quỹ bảo hiểm y tế;

*3. Định kỳ hằng năm, Kiểm toán nhà nước thực hiện kiểm toán Báo cáo quyết toán chi tổ chức và hoạt động quản lý quỹ bảo hiểm y tế của cơ quan bảo hiểm xã hội.”.*

**8. Sửa đổi, bổ sung khoản 1 Điều 11 như sau:**

*“1. Chậm đóng, trốn đóng bảo hiểm y tế.”.*

**9. Sửa đổi, bổ sung Điều 12 như sau:**

“Điều 12. Đối tượng tham gia bảo hiểm y tế

1. Nhóm do người sử dụng lao động hoặc người lao động đóng hoặc cùng đóng, bao gồm:

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

*b) Người quản lý doanh nghiệp, kiểm soát viên, người đại diện phần vốn nhà nước, người đại diện phần vốn của doanh nghiệp theo quy định của pháp luật; thành viên hội đồng quản trị, tổng giám đốc, giám đốc, thành viên ban kiểm soát hoặc kiểm soát viên và các chức danh quản lý khác được bầu của hợp tác xã, liên hiệp hợp tác xã theo quy định của Luật Hợp tác xã không hưởng tiền lương;*

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

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

*đ) Chủ hộ kinh doanh của hộ kinh doanh có đăng ký kinh doanh theo quy định của pháp luật bảo hiểm xã hội;*

e) Cán bộ, công chức, viên chức;

g) Người hoạt động không chuyên trách ở cấp xã theo quy định của pháp luật;

*h**) Công nhân và viên chức quốc phòng đang phục vụ trong quân đội, công nhân công an đang công tác trong công an nhân dân; người làm công tác khác trong tổ chức cơ yếu;*

*i) Thân nhân của các đối tượng quy định tại điểm h khoản này không có bảo hiểm y tế và không thuộc trường hợp quy định tại khoản 2 và điểm h khoản 3 Điều này.*

2. Nhóm do tổ chức bảo hiểm xã hội đóng, bao gồm:

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

b) Sĩ quan, quân nhân chuyên nghiệp quân đội nhân dân, sĩ quan, hạ sĩ quan công an nhân dân, người làm công tác cơ yếu đang hưởng lương hưu;

*c) Người nghỉ việc hưởng trợ cấp tai nạn lao động, bệnh nghề nghiệp hằng tháng; người nghỉ việc hưởng trợ cấp ốm đau đối với người lao động bị mắc bệnh thuộc danh mục bệnh cần chữa trị dài ngày theo quy định tại điểm d khoản 2 Điều 119 Luật Bảo hiểm xã hội;*

d) Cán bộ xã, phường, thị trấn đã nghỉ việc đang hưởng trợ cấp bảo hiểm xã hội hằng tháng;

đ) Người đang hưởng trợ cấp thất nghiệp;

3. Nhóm do ngân sách nhà nước đóng, bao gồm:

a) Sĩ quan, quân nhân chuyên nghiệp đang tại ngũ; 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 nhân, hạ sỹ quan, chiến sỹ phục vụ có thời hạn trong công an nhân dân; người làm công tác cơ yếu hưởng lương như đối với quân nhân;

b)Hạ sĩ quan, binh sĩ quân đội đang tại ngũ; học viên quân đội, học viên công an, học viên cơ yếu hưởng sinh hoạt phí người Việt Nam;

*c) Học viên quân đội, học viên công an, học viên cơ yếu hưởng sinh hoạt phí người nước ngoài;*

*d) Học viên đào tạo sĩ quan dự bị từ 03 tháng trở lên chưa tham gia bảo hiểm xã hội, bảo hiểm y tế;*

*đ) Dân quân thường trực;*

e) Người có công với cách mạng, cựu chiến binh; *người tham gia kháng chiến và bảo vệ tổ quốc theo quy định của Chính phủ;*

g) Đại biểu Quốc hội, đại biểu Hội đồng nhân dân các cấp đương nhiệm;

h) Trẻ em dưới 6 tuổi;

i) Thân nhân của người có công với cách mạng là cha đẻ, mẹ đẻ; vợ hoặc chồng; con đẻ, con nuôi của liệt sỹ; người có công nuôi dưỡng liệt sỹ;

k) Thân nhân của người có công với cách mạng và cá nhân có liên quan theo quy định của Pháp lệnh ưu đãi người có công với cách mạng, trừ các đối tượng quy định tại điểm i khoản này;

*l) Thân nhân của các đối tượng quy định tại các điểm a, b khoản 3 Điều này;*

m) Người đã hiến bộ phận cơ thể người theo quy định của pháp luật;

n) Người nước ngoài đang học tập tại Việt Nam được cấp học bổng từ ngân sách của Nhà nước Việt Nam;

*o)* Người thuộc hộ gia đình nghèo; người dân tộc thiểu số *thuộc hộ gia đình cận nghèo đang cư trú tại xã thuộc vùng đồng bào dân tộc thiểu số và miền núi;* người dân tộc thiểu số đang cư trú tại vùng có điều kiện kinh tế - xã hội khó khăn; người đang cư trú tại vùng có điều kiện kinh tế - xã hội đặc biệt khó khăn; người đang cư trú tại xã đảo, huyện đảo;

*p) Cán bộ xã, phường, thị trấn đã nghỉ việc đang hưởng trợ cấp hằng tháng từ ngân sách nhà nước;*

*q) Người đã thôi hưởng trợ cấp mất sức lao động đang hưởng trợ cấp hằng tháng từ ngân sách nhà nước;*

*r)* Người đang hưởng trợ cấp xã hội hằng tháng; *người khuyết tật nặng hoặc đặc biệt nặng đang hưởng trợ cấp tuất hằng tháng hoặc trợ cấp xã hội hằng tháng; người khuyết tật đặc biệt nặng được nuôi dưỡng trong cơ sở bảo trợ xã hội theo quy định của pháp luật về người khuyết tật;*

*s) Người từ đủ 75 tuổi trở lên đang hưởng trợ cấp tuất hằng tháng, người từ đủ 70 tuổi đến dưới 75 tuổi thuộc hộ cận nghèo đang hưởng trợ cấp tuất hằng tháng;*

*t**) Người hưởng trợ cấp hưu trí xã hội hằng tháng theo quy định của pháp luật về bảo hiểm xã hội;*

*u) Người* *lao động không đủ điều kiện hưởng lương hưu và chưa đủ tuổi hưởng trợ cấp hưu trí xã hội đang trong thời gian hưởng trợ cấp hằng tháng theo quy định của pháp luật về bảo hiểm xã hội;*

*v) Vợ hoặc chồng liệt sỹ lấy chồng hoặc vợ khác đang hưởng trợ cấp hằng tháng theo quy định tại Pháp lệnh ưu đãi người có công với cách mạng; người phục vụ người có công đang sống ở gia đình theo quy định của Chính phủ.*

*x) 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 hằng tháng thấp hơn mức lương cơ sở theo quy định của Chính phủ, công nhân cao su đang hưởng trợ cấp hằng tháng theo quy định của Chính phủ.*

4. Nhóm được ngân sách nhà nước hỗ trợ mức đóng, bao gồm:

a) Người thuộc hộ gia đình cận nghèo;

b) Học sinh, sinh viên;

*c) Người tham gia lực lượng tham gia bảo vệ an ninh, trật tự ở cơ sở;*

*d) Người thuộc hộ gia đình làm nông nghiệp, lâm nghiệp, ngư nghiệp và diêm nghiệp có mức sống trung bình theo quy định của pháp luật;*

*đ) Nhân viên y tế thôn bản, cô đỡ thôn bản;*

*e) Người hoạt động không chuyên trách ở thôn, tổ dân phố theo quy định của pháp luật;*

*g) Người dân tộc thiểu số đang sinh sống tại các xã thuộc vùng có điều kiện kinh tế - xã hội khó khăn, vùng có điều kiện kinh tế - xã hội đặc biệt khó khăn mà các xã này được xác định không không còn thuộc vùng có điều kiện kinh tế - xã hội khó khăn, đặc biệt khó khăn thì được ngân sách nhà nước hỗ trợ mức đóng bảo hiểm tế. Mức hỗ trợ và thời gian hỗ trợ đóng bảo hiểm y tế theo quy định của Chính phủ.*

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

a) Người thuộc hộ gia đình tham gia bảo hiểm y tế theo hình thức hộ gia đình, trừ đối tượng quy định tại các khoản 1, 2, 3, 4 Điều này;

b) Người sinh sống, làm việc, người được nuôi dưỡng, chăm sóc trong các tổ chức, cơ sở từ thiện, tôn giáo, trừ đối tượng quy định tại các khoản 1, 2, 3, 4 Điều này;

c) Người lao động trong thời gian nghỉ không hưởng lương hoặc tạm hoãn hợp đồng lao động tự đóng.

6. Chính phủ quy định các đối tượng khác ngoài các đối tượng quy định tại Điều này. Trường hợp quy định đối tượng mới sau ngày Luật này có hiệu lực, Chính phủ báo cáo Uỷ ban Thường vụ Quốc hội.

**10. Sửa đổi, bổ sung Điều 13 như sau:**

“Điều 13. Mức đóng và trách nhiệm đóng bảo hiểm y tế

1. Mức đóng do người sử dụng lao động hoặc người lao động đóng hoặc cùng đóng:

a) Mức đóng hằng tháng của đối tượng quy định tại *các điểm a, c, d, e* khoản 1 Điều 12 của Luật này tối đa bằng 6% tiền lương tháng, trong đó người sử dụng lao động đóng 2/3 và người lao động đóng 1/3;

b) Mức đóng hằng tháng của đối tượng quy định tại *điểm b* khoản 1 Điều 12 của Luật này tối đa bằng 6% tiền lương tháng làm căn cứ đóng bảo hiểm xã hội bắt buộc và do người lao động đóng;

*c) Mức đóng hằng tháng của đối tượng quy định tại điểm đ khoản 1 Điều 12 của Luật này tối đa bằng 6% tiền lương tháng làm căn cứ đóng bảo hiểm xã hội bắt buộc và do chủ hộ kinh doanh đóng;*

d) Mức đóng hằng tháng của đối tượng quy định tại điểm g khoản 1 Điều 12 của Luật này tối đa bằng 6% mức lương cơ sở, trong đó người sử dụng lao động đóng 2/3 và người lao động đóng 1/3;

*đ) Mức đóng hằng tháng của đối tượng quy định tại điểm h khoản 1 Điều 12 Luật này tối đa bằng 6% tiền lương tháng và trách nhiệm đóng theo quy định của Chính phủ;*

*e) Mức đóng hằng tháng của đối tượng quy định tại điểm i khoản 1 Điều 12 Luật này tối đa bằng 6% mức lương cơ sở và và trách nhiệm đóng theo quy định của Chính phủ.*

2. Mức đóng do tổ chức bảo hiểm xã hội đóng:

*a) Trong thời gian các đối tượng quy định tại các điểm a, b, c, d, đ, h, e khoản 1 Điều 12 của Luật này nghỉ việc hưởng chế độ thai sản* *từ 14 ngày làm việc trở lên trong tháng theo quy định của pháp luật về bảo hiểm xã hội, mức đóng hằng tháng tối đa bằng 6% tiền lương tháng của người lao động trước khi nghỉ thai sản và do tổ chức bảo hiểm xã hội đóng.*

*b) Trong thời gian các đối tượng quy định tại các điểm a, b, c, d, đ, h, e khoản 1 Điều 12 của Luật này nghỉ việc hưởng chế độ ốm đau từ 14 ngày làm việc trở lên trong tháng theo quy định của pháp luật bảo hiểm xã hội, mức đóng hằng tháng tối đa bằng 6% tiền lương tháng của người lao động trước khi nghỉ ốm và do tổ chức bảo hiểm xã hội đóng.*

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

d) Mức đóng hằng tháng của đối tượng quy định tại *các điểm c, d* khoản 2 Điều 12 của Luật này tối đa bằng 6% mức lương cơ sở và do tổ chức bảo hiểm xã hội đóng;

đ) Mức đóng hằng tháng của đối tượng quy định tại *điểm đ* khoản 2 Điều 12 của Luật này tối đa bằng 6% tiền trợ cấp thất nghiệp và do tổ chức bảo hiểm xã hội đóng.

3. Mức đóng do ngân sách nhà nước đóng và hỗ trợ mức đóng:

a) Mức đóng hằng tháng của đối tượng quy định tại *điểm a* khoản 3 Điều 12 của Luật này tối đa bằng 6% tiền lương tháng và do ngân sách nhà nước đóng;

b) Mức đóng hằng tháng của đối tượng quy định tại *các điểm b, c, d, đ, e, g, h, i, k, l, m, o, p, q, r, s, t, u, v, x* khoản 3 Điều 12 của Luật này tối đa bằng 6% mức lương cơ sở và do ngân sách nhà nước đóng;

c) Mức đóng hằng tháng của đối tượng quy định tại khoản 4 Điều 12 của Luật này tối đa bằng 6% mức lương cơ sở do đối tượng tự đóng và được ngân sách nhà nước hỗ trợ một phần mức đóng.

4. Mức đóng hằng tháng của đối tượng quy định tại *điểm n* khoản 3 Điều 12 của Luật này tối đa bằng 6% mức lương cơ sở và do cơ quan, tổ chức, đơn vị cấp học bổng đóng.

5. Mức đóng hằng tháng của đối tượng quy định tại *khoản 5* Điều 12 của Luật này tối đa bằng 6% mức lương cơ sở và do đối tượng đóng theo hộ gia đình hoặc đóng theo cá nhân tham gia.

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

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

b) Trường hợp đối tượng quy định tại các *điểm a, c, d, e* khoản 1 Điều 12 của Luật này có thêm một hoặc nhiều hợp đồng lao động không xác định thời hạn hoặc hợp đồng lao động có thời hạn *từ đủ 01 tháng trở lên* thì đóng bảo hiểm y tế theo hợp đồng lao động làm căn cứ đóng bảo hiểm xã hội;

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

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

*đ) Trường hợp một người thuộc nhiều đối tượng được ngân sách nhà nước hỗ trợ mức đóng quy định tại khoản 4 Điều 12 thì được tự lựa chọn tham gia theo đối tượng có mức hỗ trợ cao nhất. Trường hợp các đối tượng quy định tại các điểm b, c khoản 5 Điều 12 đồng thời thuộc đối tượng quy định tại điểm a khoản 5 Điều 12 của Luật này thì được lựa chọn tham gia bảo hiểm y tế theo hình thức hộ gia đình.*

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

a) Người thứ nhất đóng tối đa bằng 6% mức lương cơ sở;

b) Người thứ hai, thứ ba, thứ tư đóng lần lượt bằng 70%, 60%, 50% mức đóng của người thứ nhất;

c) Từ người thứ năm trở đi đóng bằng 40% mức đóng của người thứ nhất.

8. Chính phủ quy định cụ thể mức đóng, mức hỗ trợ quy định tại Điều này.”.

**11. Sửa đổi, bổ sung một số khoản của Điều 15 như sau:**

a) Sửa đổi, bổ sung khoản 2 như sau:

*“2. Đối với các doanh nghiệp, tổ hợp tác, hợp tác xã, liên hiệp hợp tác xã, hộ kinh doanh hoạt động trong lĩnh vực nông nghiệp, lâm nghiệp, ngư nghiệp, diêm nghiệp trả tiền lương theo sản phẩm, theo khoán thì đóng theo phương thức đóng hằng tháng hoặc 03 tháng hoặc 06 tháng một lần.”.*

b) Bổ sung khoản 7 sau khoản 6 như sau:

“7. Thời hạn đóng bảo hiểm y tế chậm nhất đối với người sử dụng lao động được quy định như sau:

*a) Ngày cuối cùng của tháng tiếp theo đối với phương thức đóng hằng tháng;*

*b) Ngày cuối cùng của tháng tiếp theo ngay sau chu kỳ đóng đối với phương thức đóng 03 tháng một lần hoặc 06 tháng một lần.”.*

**12. Sửa đổi, bổ sung một số khoản của Điều 16 như sau:**

a) Sửa đổi, bổ sung điểm c khoản 3 Điều 16 như sau:

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

b) Sửa đổi, bổ sung khoản 5 Điều 16 như sau:

“5. Bảo hiểm Xã hội Việt Nam ban hành mẫu thẻ bảo hiểm y tế sau khi có ý kiến thống nhất của Bộ Y tế.”.

**13. Sửa đổi, bổ sung điểm b khoản 1 Điều 17 thành các điểm b, c, d, đ khoản 1 Điều 17 như sau:**

“b) Danh sách tham gia bảo hiểm y tế của đối tượng quy định tại khoản 1 Điều 12 của Luật này do người sử dụng lao động lập *trong thời hạn 30 ngày kể từ ngày người lao động thuộc đối tượng tham gia bảo hiểm y tế*. *Trường hợp người tham gia bảo hiểm y tế thuộc đối tượng quy định tại các điểm b, đ khoản 1 Điều 12 của Luật này, nếu tự nộp thì hồ sơ là tờ khai quy định tại điểm a khoản này nộp cho cơ quan bảo hiểm xã hội trong thời hạn 30 ngày kể từ ngày thuộc đối tượng tham gia bảo hiểm y tế.*

c) Danh sách tham gia bảo hiểm y tế của các đối tượng theo quy định tại các khoản 2, 3, 4 và 5 Điều 12 của Luật này do Ủy ban nhân dân cấp xã lập theo hộ gia đình, trừ đối tượng đã thuộc thẩm quyền quản lý của các bộ, ngành, cơ quan, đơn vị khác quy định tại các điểm *a, b, c, d, l, n* khoản 3 và điểm b khoản 4 Điều 12 của Luật này. *Trường hợp học sinh, sinh viên đã tham gia bảo hiểm y tế theo nhóm đối tượng khác bao gồm đã tham gia bảo hiểm tế theo hộ gia đình thì phải được ghi rõ khi lập danh sách.*

d) Danh sách tham gia bảo hiểm y tế của các đối tượng do Bộ Giáo dục và Đào tạo, Bộ Lao động - Thương binh và Xã hội *và các bộ ngành khác* quản lý theo quy định tại *điểm n khoản 3 và điểm b* khoản 4 Điều 12 của Luật này do các cơ sở giáo dục và đào tạo, cơ sở dạy nghề lập. *Trường hợp học sinh, sinh viên đã tham gia bảo hiểm y tế theo nhóm đối tượng khác bao gồm đã tham gia bảo hiểm y tế theo hộ gia đình thì phải được ghi rõ khi lập danh sách.*

đ) Danh sách tham gia bảo hiểm y tế của các đối tượng do Bộ Quốc phòng, Bộ Công an quản lý quy định tại các *điểm a, c, e, h* khoản 1, *các điểm a, b, c, d, l và n* khoản 3, điểm b khoản 4 Điều 12 và danh sách của đối tượng quy định tại điểm i khoản 1 Điều 12 của Luật này do Bộ Quốc phòng và Bộ Công an lập.”.

**14. Sửa đổi, bổ sung Điều 21 như sau:**

“Điều 21. Phạm vi được hưởng của người tham gia bảo hiểm y tế

1. Người tham gia bảo hiểm y tế được quỹ bảo hiểm y tế thanh toán các chi phí sau đây:

a) Khám bệnh, chữa bệnh, *bao gồm khám bệnh, chữa bệnh và hỗ trợ khám bệnh, chữa bệnh từ xa*, phục hồi chức năng, khám thai định kỳ, sinh con;

b) Vận chuyển người bệnh đối với đối tượng quy định tại *các điểm a, b, c, d, e, i, o và r* khoản 3 Điều 12 của Luật này trong trường hợp cấp cứu hoặc khi đang điều trị nội trú phải *chuyển cơ sở khám bệnh, chữa bệnh* theo yêu cầu chuyên môn *bằng xe cứu thương hoặc xe vận chuyển người bệnh*;

*c) Chi phí cho sử dụng máu, chế phẩm máu,* thuốc, *thiết bị y tế*, *khí y tế,* dịch vụ kỹ thuật y tế, *vật tư, dụng cụ, công cụ, hóa chất sử dụng trong khám bệnh, chữa bệnh thuộc phạm vi thanh toán của quỹ bảo hiểm y tế.*

2. Bộ trưởng Bộ Y tế quy định các nội dung sau đây:

a) *Nguyên tắc, tiêu chí* xây dựng danh mục thuốc thuộc phạm vi được hưởng của người tham gia bảo hiểm y tế;

b) Ban hành danh mục, tỷ lệ, điều kiện thanh toán đối với thuốc, *thiết bị y tế*, dịch vụ kỹ thuật y tế thuộc phạm vi được hưởng của người tham gia bảo hiểm y tế.

3. Chính phủ quy định các nội dung sau đây:

a) Việc thanh toán chi phí vận chuyển người bệnh tại điểm b khoản 1 Điều này;

b) Phạm vi quyền lợi của các đối tượng quy định tại điểm a, b, c, d khoản 3 Điều 12 Luật này.”.

**15. Sửa đổi, bổ sung Điều 22 như sau:**

**“Điều 22. Mức hưởng bảo hiểm y tế**

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

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

b) 100% chi phí khám bệnh, chữa bệnh đối với trường hợp chi phí cho một lần khám bệnh, chữa bệnh thấp hơn mức do Chính phủ quy định;

c) 100% chi phí khám bệnh, chữa bệnh tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh thuộc cấp khám bệnh, chữa bệnh ban đầu, bao gồm: trạm y tế xã, phường, thị trấn; trạm xá; trạm y tế, phòng y tế của cơ quan, đơn vị, tổ chức; cơ sở khám bệnh, chữa bệnh y học gia đình; trạm y tế quân - dân y, phòng khám quân - dân y; cơ sở khám bệnh, chữa bệnh khác thuộc cấp khám bệnh, chữa bệnh ban đầu trong quân đội, công an theo quy định của Bộ trưởng Bộ Quốc phòng, Bộ trưởng Bộ Công an; *cơ sở khám bệnh, chữa bệnh khác thuộc y tế cơ sở;*

d) 100% chi phí khám bệnh, chữa bệnh khi người bệnh có thời gian tham gia bảo hiểm y tế 5 năm liên tục trở lên và có số tiền cùng chi trả chi phí khám bệnh, chữa bệnh trong năm của những lần đi khám bệnh, chữa bệnh theo quy định tại các điểm a, b, c, e Khoản 3 Điều này và các điều 26, 27, 28 Luật này lớn hơn 6 tháng lương cơ sở;

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

e) 80% chi phí khám bệnh, chữa bệnh đối với đối tượng khác.

2. Trường hợp một người thuộc nhiều đối tượng tham gia bảo hiểm y tế thì được hưởng quyền lợi bảo hiểm y tế theo đối tượng có quyền lợi cao nhất.

3. Người tham gia bảo hiểm y tế tự đi khám bệnh, chữa bệnh không đúng cơ sở đăng ký khám bệnh, chữa bệnh ban đầu và quy định về chuyển cơ sở khám bệnh, chữa bệnh được quỹ bảo hiểm y tế thanh toán theo tỷ lệ như sau:

a) Trường hợp cấp cứu tại tất cả các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh trong toàn quốc: thanh toán **100%** chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế **nội trú và ngoại trú** theo tỷ lệ phần trăm mức hưởng quy định tại khoản 1 Điều này;

b) Người bệnh được tự đến cơ sở khám bệnh, chữa bệnh thuộc cấp chuyên môn kỹ thuật cơ bản hoặc chuyên sâu trong trường hợp chẩn đoán xác định, điều trị một số bệnh hiếm, bệnh hiểm nghèo, bệnh cần phẫu thuật hoặc sử dụng kỹ thuật cao theo danh mục bệnh, kỹ thuật quy định của Bộ trưởng Bộ Y tế: thanh toán **100%** chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế **nội trú và ngoại trú** theo tỷ lệ phần trăm mức hưởng quy định tại khoản 1 Điều này.

c) Trường hợp khám bệnh, chữa bệnh tại các cơ sở thuộc cấp khám bệnh, chữa bệnh ban đầu và các cơ sở thuộc cấp khám bệnh, chữa bệnh cơ bản đã được cấp có thẩm quyền phân tuyến huyện trước ngày 01 tháng 01 năm 2025:

Thanh toán **100%** chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế **nội trú và ngoại trú** theo tỷ lệ phần trăm mức hưởng quy định tại khoản 1 Điều này; *(thông tuyến huyện hiện nay)*

d) Trường hợp khám bệnh, chữa bệnh tại các cơ sở thuộc cấp khám bệnh, chữa bệnh cơ bản trừ các trường hợp quy định tại các điểm a, b, c khoản này; các cơ sở thuộc cấp khám bệnh, chữa bệnh chuyên sâu đã được cấp có thẩm quyền phân tuyến tỉnh trước ngày 01 tháng 01 năm 2025:

Từ ngày 01 tháng 01 năm 2025: thanh toán **100%** chi phí điều trị **nội trú** theo tỷ lệ phần trăm mức hưởng quy định tại khoản 1 Điều này và **không thanh toán** chi phí khám bệnh, chữa bệnh **ngoại trú**. *(thông tuyến tỉnh hiện nay)*

Từ ngày 01 tháng 7 năm 2026: thanh toán **100%** chi phí điều trị **nội trú** và **50%** chi phí khám bệnh, chữa bệnh **ngoại trú** theo tỷ lệ phần trăm mức hưởng quy định tại khoản 1 Điều này.

đ) Trường hợp khám bệnh, chữa bệnh tại các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh thuộc cấp khám bệnh, chữa bệnh chuyên sâu trừ trường hợp quy định tại các điểm a, b, c, d khoản này:

**40%** chi phí điều trị **nội trú** theo tỷ lệ phần trăm mức hưởng quy định tại khoản 1 Điều này và **không thanh toán** chi phí khám bệnh, chữa bệnh **ngoại trú**. *(thông tuyến trung ương hiện nay).*

e) Trường hợp người dân tộc thiểu số và người thuộc hộ gia đình nghèo đang sinh sống tại vùng có điều kiện kinh tế - xã hội khó khăn, vùng có điều kiện kinh tế - xã hội đặc biệt khó khăn, người đang sinh sống tại xã đảo, huyện đảo tự đi khám bệnh, chữa bệnh tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh cấp chuyên sâu quy định tại điểm đ khoản này được quỹ bảo hiểm y tế thanh toán **100%** chi phí điều trị **nội trú** theo tỷ lệ phần trăm mức hưởng quy định tại khoản 1 Điều này.

4. Chính phủ quy định các nội dung sau đây:

a) Quy định cụ thể mức hưởng đối với các đối tượng quy định tại điểm a, b, c, d khoản 3 Điều 12 này, trường hợp khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế tại các địa bàn giáp ranh, người tham gia bảo hiểm y tế sử dụng dịch vụ khám bệnh, chữa bệnh theo yêu cầu, các đối tượng không áp dụng giới hạn tỷ lệ thanh toán quy định tại điểm b khoản 2 Điều 21 Luật này và các trường hợp phát sinh khác không thuộc quy định tại Điều này;

*b) Điều chỉnh tỷ lệ hưởng bảo hiểm y tế đối với khám bệnh, chữa bệnh ngoại trú quy định tại khoản 3 Điều này căn cứ yêu cầu thực tiễn trong từng giai đoạn; tăng mức đóng bảo hiểm y tế theo thẩm quyền; quyết định việc hỗ trợ từ ngân sách, các nguồn kinh phí hợp pháp khác để bảo đảm cân đối quỹ bảo hiểm y tế sau khi xin ý kiến Uỷ ban Thường vụ Quốc hội và báo cáo Quốc hội tại kỳ họp gần nhất.”.*

**16.** **Sửa đổi, bổ sung một số khoản của Điều 23 như sau:**

a) Sửa đổi, bổ sung khoản 7 Điều 23 như sau:

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

b) Sửa đổi cụm từ "vật tư y tế" tại khoản 8 thành “thiết bị y tế”.

**17. Sửa đổi, bổ sung Điều 24 như sau:**

“Điều 24. Cơ sở khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế

Cơ sở khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế là cơ sở *khám bệnh, chữa bệnh* theo quy định của Luật Khám bệnh, chữa bệnh có ký kết hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế với cơ quan bảo hiểm xã hội.”.

**18. Sửa đổi, bổ sung Điều 26 như sau:**

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

1. Cơ sở khám bệnh, chữa bệnh được tổ chức đăng ký khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế ban đầu bao gồm:

a) Cơ sở khám bệnh, chữa bệnh *thuộc cấp khám bệnh, chữa bệnh ban đầu, cấp khám bệnh, chữa bệnh cơ bản;*

*b) Cơ sở khám bệnh, chữa bệnh thuộc cấp khám bệnh, chữa bệnh chuyên sâu:* Căn cứ yêu cầu thực tiễn trong từng giai đoạn, Bộ trưởng Bộ Y tế quy định trường hợp cơ sở khám bệnh, chữa bệnh y học cổ truyền, lão khoa, phong, lao, tâm thần, bảo vệ sức khỏe cán bộ, cơ sở khám bệnh, chữa bệnh được cấp có thẩm quyền giao nhiệm vụ đáp ứng nhu cầu khám bệnh, chữa bệnh của người dân trên địa bàn, trừ trường hợp quy định tại Khoản 6 Điều này.

2. Các trường hợp đúng trình tự khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế ban đầu:

a) Người tham gia bảo hiểm y tế đăng ký khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế ban đầu tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh theo quy định tại khoản 1 Điều này phù hợp với nơi cư trú, lao động, học tập. Cơ sở khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế ban đầu có trách nhiệm bảo đảm công tác khám bệnh, chữa bệnh cho người có thẻ bảo hiểm y tế đã đăng ký khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế ban đầu tại cơ sở mình.

b) Người tham gia bảo hiểm y tế đăng ký khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế ban đầu tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh thuộc cấp khám bệnh, chữa bệnh cao hơn được quyền khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế tại các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh thuộc cấp chuyên môn kỹ thuật thấp hơn hoặc ngang cấp tại địa phương.

c) Trường hợp phải làm việc lưu động, đi công tác hoặc thay đổi nơi tạm trú sang địa phương khác, học sinh, sinh viên, học viên học tập tại địa phương khác trong thời gian nghỉ hè, người lao động trong thời gian nghỉ phép tại gia đình, người tham gia bảo hiểm y tế được khám bệnh, chữa bệnh tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh thuộc cấp chuyên môn kỹ thuật thấp hơn hoặc ngang cấp với cơ sở khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế ban đầu và phù hợp nơi người đó đang làm việc lưu động, nơi tạm trú mới.

d) Các trường hợp quy định tại các điểm a, b, e Khoản 3 Điều 22 Luật này.

3. Sở Y tế xác định danh sách cơ sở khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế ban đầu và chủ trì, phối hợp với Bảo hiểm xã hội tỉnh phân bổ số lượng thẻ bảo hiểm y tế bảo đảm cân đối, phù hợp với quy định của Bộ trưởng Bộ Y tế về nguyên tắc, tiêu chí phân bổ thẻ bảo hiểm y tế, nhu cầu khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế ban đầu và thực tế tại địa phương.

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

5. Bộ trưởng Bộ Y tế quy định chi tiết các khoản 1, 2, 3 Điều này.

6. Bộ trưởng Bộ Công an, Bộ trưởng Bộ Quốc phòng quy định đăng ký khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế ban đầu đối với cơ sở khám bệnh, chữa bệnh và người tham gia bảo hiểm y tế thuộc thẩm quyền quản lý.”.

**19. Sửa đổi, bổ sung Điều 27 như sau:**

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

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

*2. Cơ sở khám bệnh, chữa bệnh cấp chuyên môn kỹ thuật cao hơn chuyển người bệnh về cơ sở khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế ban đầu nơi người bệnh đăng ký hoặc cấp khám bệnh, chữa bệnh ban đầu để quản lý, theo dõi đối với các bệnh mạn tính và sử dụng, cấp phát thuốc, thiết bị y tế sử dụng cho cơ sở khám bệnh, chữa bệnh thuộc cấp chuyên môn kỹ thuật cao hơn, sử dụng dịch vụ kỹ thuật theo năng lực chuyên môn của cơ sở nơi quản lý, theo dõi bệnh mạn tính.*

*3. Người có thẻ bảo hiểm y tế tự đi khám bệnh, chữa bệnh không đúng nơi đăng ký khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế ban đầu, trong thời gian điều trị nội trú phát hiện bệnh khác ngoài phạm vi chuyên môn của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh hoặc tình trạng bệnh diễn biến vượt quá khả năng chuyên môn của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh đang điều trị thì được chuyển đến cơ sở khám bệnh, chữa bệnh khác phù hợp với tình trạng người bệnh và phạm vi hoạt động chuyên môn của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh nơi chuyển đến.*

*4. Thương binh, bệnh binh cư trú tại các cơ sở nuôi dưỡng thương binh, bệnh binh được chuyển đến cơ sở khám bệnh, chữa bệnh thuộc cấp khám bệnh, chữa bệnh chuyên sâu phù hợp với tình trạng điễn biến bệnh.*

*5. Bộ trưởng Bộ Y tế quy định chi tiết Điều này. Bộ trưởng Bộ Công an, Bộ trưởng Bộ Quốc phòng hướng dẫn việc chuyển người bệnh giữa các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế thuộc thẩm quyền quản lý.”.*

**20. Sửa đổi, bổ sung Điều 28 như sau**:

## “Điều 28. Thủ tục khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế

## 1. Người tham gia bảo hiểm y tế khi đến khám bệnh, chữa bệnh phải xuất trình thông tin về thẻ bảo hiểm y tế hoặc giấy tờ hợp pháp khác đối với trẻ em dưới 6 tuổi và người đã hiến mô, bộ phận cơ thể người chưa được cấp thẻ bảo hiểm y tế.

2. Trường hợp cấp cứu, người tham gia bảo hiểm y tế phải xuất trình thông tin về thẻ bảo hiểm y tế theo quy định tại khoản 1 Điều này trước khi ra viện.

3. Trường hợp khám lại theo yêu cầu điều trị, người tham gia bảo hiểm y tế được cơ sở khám bệnh, chữa bệnh hẹn khám lại. Trường hợp chuyển cơ sở khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế theo yêu cầu chuyên môn khi đang điều trị nội trú cho người bệnh, cơ sở khám bệnh, chữa bệnh chuyển đi phải có hồ sơ chuyển cơ sở khám bệnh, chữa bệnh theo quy định của Bộ trưởng Bộ Y tế.

4. Chính phủ quy định chi tiết điều này; quy định việc cấp thẻ bảo hiểm y tế cho đối tượng do Bộ Quốc phòng, Bộ Công an quản lý, đối tượng quy định tại điểm I khoản 1 và điểm l khoản 3 Điều 12 Luật này và việc cấp, sử dụng thẻ bảo hiểm y tế điện tử.

**21. Sửa đổi, bổ sung các điểm b, c khoản 1 Điều 30 như sau:**

*“b) Thanh toán theo giá dịch vụ là thanh toán dựa trên chi phí của thuốc, thiết bị y tế, dịch vụ kỹ thuật y tế, máu, chế phẩm máu, khí y tế, vật tư, hoá chất, dụng cụ, công cụ sử dụng trong khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế;*

*c) Thanh toán theo nhóm chẩn đoán liên quan là thanh toán theo mức phí được xác định trước cho từng nhóm chẩn đoán.”.*

**22. Sửa đổi Điều 31 như sau:**

*“Điều 31. Thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế*

1. Cơ quan 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. Cơ quan bảo hiểm y tế thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế *cho cơ sở khám bệnh, chữa bệnh hoặc* thanh toán trực tiếp cho người có thẻ bảo hiểm y tế đi khám bệnh, chữa bệnh trong các trường hợp sau đây:

a) Tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh không có hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế;

b) Khám bệnh, chữa bệnh không đúng quy định tại Điều 28 của Luật này;

c) Trường hợp đặc biệt khác do Bộ trưởng Bộ Y tế quy định.

3. Bộ Y tế chủ trì, phối hợp với Bộ Tài chính quy định thủ tục, mức thanh toán đối với các trường hợp quy định tại khoản 2 Điều này.

*4. Cơ quan bảo hiểm y tế thanh toán chi phí thuốc, thiết bị y tế (trừ thiết bị y tế chẩn đoán in vitro, thiết bị y tế đặc thù cá nhân) được điều chuyển giữa các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế trong trường hợp đáp ứng các điều kiện sau đây:*

*a) Tại thời điểm người bệnh được chỉ định sử dụng thuốc, thiết bị y tế nhưng không có sẵn và không thể thay thế bằng thuốc, thiết bị y tế khác, cơ sở khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế khác có sẵn và đồng ý điều chuyển;*

*b) Không thể chuyển người bệnh đến cơ sở khám bệnh, chữa bệnh khác trong trường hợp: Tình trạng, sức khỏe người bệnh được xác định không đủ điều kiện để chuyển; cơ sở khám bệnh chữa bệnh có đủ năng lực chuyên môn để điều trị người bệnh và việc vận chuyển người bệnh được cơ sở khám bệnh, chữa bệnh xác định là tốn kém chi phí hơn việc điều chuyển thuốc, thiết bị y tế; cơ sở khám bệnh, chữa bệnh đang trong thời gian cách ly y tế theo quy định của pháp luật phòng, chống bệnh truyền nhiễm;*

*c) Cơ sở khám bệnh, chữa bệnh đã thực hiện hình thức mua sắm đấu thầu theo quy định tại khoản 4 Điều 23 Luật Đấu thầu nhưng không mua được thuốc, thiết bị y tế.*

*Quỹ bảo hiểm y tế thanh toán chi phí thuốc, thiết bị y tế trong phạm vi quyền lợi và mức hưởng bảo hiểm y tế theo quy định cho cơ sở khám bệnh, chữa bệnh nơi nhận theo giá thanh toán bảo hiểm y tế của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh nơi chuyển thuốc, thiết bị y tế. Cơ sở khám bệnh, chữa bệnh nhận thuốc, thiết bị y tế có trách nhiệm thanh toán chi phí cho cơ sở khám bệnh, chữa bệnh chuyển thuốc, thiết bị y tế, sau đó tổng hợp vào chi phí khám bệnh, chữa bệnh của người bệnh để thanh toán với cơ quan bảo hiểm xã hội.*

*5. Cơ quan bảo hiểm y tế thanh toán chi phí dịch vụ cận lâm sàng được chuyển* *đến cơ sở tiếp nhận được cấp có thẩm quyền phê duyệt đủ điều kiện thực hiện dịch vụ cận lâm sàng trong trường hợp tại thời điểm người bệnh được chỉ định sử dụng dịch vụ, cơ sở khám bệnh, chữa bệnh không đủ điều kiện thực hiện được.*

*6. Chính phủ quy định các nội dung sau đây:*

*a) Quy định chi tiết các khoản 4, 5 Điều này;*

b) Quản lý, sử dụng phần kinh phí dành cho khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế, giám định và thanh toán, quyết toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế đối với các đối tượng quy định tại điểm a, b, c, d khoản 3 Điều 12 Luật này;

*c) Hình thức thanh toán, quyết toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế phù hợp với các đối tượng thuộc lực lượng vũ trang và nhân dân ở khu vực biên giới, biển đảo, thôn, xã đặc biệt khó khăn để bảo đảm chính sách an ninh quốc phòng.”.*

**23. Sửa đổi, bổ sung một số khoản của Điều 32 như sau:**

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

a) Trong thời hạn 5 ngày làm việc, kể từ ngày nhận được báo cáo quyết toán quý trước của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh, tổ chức bảo hiểm y tế tạm ứng một lần bằng **90%** chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế theo báo cáo quyết toán quý trước của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh;

b) Đối với cơ sở khám bệnh, chữa bệnh lần đầu ký hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế có đăng ký khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế ban đầu, được tạm ứng **90%** nguồn kinh phí được sử dụng tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh theo thông báo đầu kỳ của tổ chức bảo hiểm y tế; trường hợp không có đăng ký khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế ban đầu, căn cứ số chi khám bệnh, chữa bệnh sau một tháng thực hiện hợp đồng, tổ chức bảo hiểm y tế dự kiến và tạm ứng **90%** kinh phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế trong quý;”

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

“b) Trong thời hạn 30 ngày, kể từ ngày nhận được báo cáo quyết toán quý trước của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh, tổ chức bảo hiểm y tế có trách nhiệm thông báo kết quả giám định và số quyết toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế bao gồm chi phí khám bệnh, chữa bệnh thực tế trong phạm vi quyền lợi và mức hưởng bảo hiểm y tế cho cơ sở khám bệnh, chữa bệnh. *Đối với quý IV trong năm, thời hạn thông báo kết quả giám định và số quyết toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế không quá 60 ngày kể từ ngày cơ quan bảo hiểm xã hội nhận được báo cáo quyết toán quý IV của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế.”.*

c) Sửa đổi, bổ sung điểm d khoản 2 như sau:

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

**24. Sửa đổi cụm từ “Hội đồng quản lý bảo hiểm xã hội Việt Nam” tại khoản 1 Điều 34 thành “Hội đồng quản lý bảo hiểm xã hội”.**

**25. Sửa đổi, bổ sung Điều 35 như sau:**

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

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

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

2. Số tiền tạm thời nhàn rỗi của quỹ bảo hiểm y tế được sử dụng để đầu tư theo các hình thức quy định của Luật Bảo hiểm xã hội. Hội đồng quản lý bảo hiểm xã hội quyết định và chịu trách nhiệm trước Chính phủ về hình thức và cơ cấu đầu tư của quỹ bảo hiểm y tế trên cơ sở đề nghị của Bảo hiểm xã hội Việt Nam.

3. Trường hợp số thu BHYT dành cho khám bệnh, chữa bệnh lớn hơn số chi khám bệnh, chữa bệnh trong năm, sau khi được BHXH Việt Nam thẩm định quyết toán thì phần kinh phí chưa sử dụng hết được hạch toán toàn bộ vào quỹ dự phòng để điều tiết chung.

4. Trường số thu bảo hiểm y tế dành cho khám bệnh, chữa bệnh nhỏ hơn số chi khám bệnh, chữa bệnh trong năm, sau khi thẩm định quyết toán và được Hội đồng quản lý BHXH thông qua, Bảo hiểm xã hội Việt Nam có trách nhiệm bổ sung từ nguồn quỹ dự phòng.

5. Chính phủ quy định chi tiết khoản 1 Điều này, nhiệm vụ chi và mức chi tổ chức và hoạt động quản lý quỹ bảo hiểm y tế và việc lập quyết toán, phân công cơ quan quản lý nhà nước thực hiện việc duyệt, thẩm định, phê chuẩn quyết toán chi tổ chức và hoạt động quản lý quỹ bảo hiểm y tế; quy định việc quyết toán thu, chi quỹ bảo hiểm y tế.”.

**26. Sửa đổi, bổ sung khoản 2 Điều 36 như sau:**

“2. Được đóng bảo hiểm y tế theo hộ gia đình tại đại lý bảo hiểm y tế trong phạm vi cả nước; được lựa chọn cơ sở khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế ban đầu theo quy định của Luật này.”

**27. Sửa đổi, bổ sung khoản 3 Điều 39 như sau:**

“3. Trả thẻ bảo hiểm y tế cho người tham gia bảo hiểm y tế trong thời hạn *05 ngày làm việc* kể từ ngày nhận được từ cơ quan bảo hiểm xã hội.”.

**28. Sửa đổi, bổ sung khoản 2 Điều 40 như sau:**

“2. Giám định chi phí 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.”

**29. Sửa đổi, bổ sung khoản 8 Điều 41 như sau:**

“8. Kiểm tra việc thực hiện hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế; giám định bảo hiểm y tế.”

**30. Sửa đổi cụm từ "tổ chức bảo hiểm y tế"** tại các khoản 3, 6 Điều 2, các khoản 2, 4 Điều 7c, tại tên Điều và khoản 1 Điều 9, các khoản 2, 3 Điều 17, khoản 3 Điều 18, khoản 3 Điều 19, khoản 1 Điều 25, khoản 3 Điều 29, các khoản 1, 2, 3 Điều 32, khoản 1 Điều 34, các khoản 4, 5 Điều 36, khoản 4 Điều 37, khoản 1 Điều 38, khoản 4 Điều 39, tên Điều và khoản 5 Điều 40, tên Điều 41, các khoản 1, 2 Điều 42, các khoản 2, 3, 4 Điều 43, khoản 1 Điều 44, khoản 1 Điều 48 *thành “cơ quan bảo hiểm xã hội*.”.**31. Sửa đổi, bổ sung điểm a khoản 3 Điều 49 như sau:**

*“a) Bắt buộc đóng đủ số tiền chậm đóng, trốn đóng; nộp số tiền bằng 0,03%/ngày tính trên số tiền bảo hiểm y tế chậm đóng, trốn đóng và số ngày chậm đóng, trốn đóng vào quỹ bảo hiểm y tế; xử phạt vi phạm hành chính theo quy định của pháp luật đối với hành vi chậm đóng; xử phạt vi phạm hành chính hoặc truy cứu trách nhiệm hình sự theo quy định của pháp luật đối với hành vi trốn đóng bảo hiểm y tế; không xem xét trao tặng các danh hiệu thi đua, hình thức khen thưởng.”.*

**Điều 2. Hiệu lực thi hành**

1. Luật này có hiệu lực thi hành từ ngày 01 tháng 7 năm 2025.
2. Các quy định sau đây có hiệu lực thi hành từ ngày 01 tháng 01 năm 2025:

a) Các quy định về cấp chuyên môn kỹ thuật trong khám bệnh, chữa bệnh, đăng ký và khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế ban đầu, chuyển người bệnh giữa các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế, thủ tục khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế tại các điểm a, b khoản 2, các khoản 14, 15, 17, 18, 19, 20 Điều 1 Luật này;

b) Các quy định về phạm vi được hưởng, mức hưởng của người tham gia bảo hiểm y tế tại các khoản 14, 15 Điều 1 Luật này áp dụng đối với các đối tượng đã được quy định tại Điều 12 Luật Bảo hiểm y tế và tiếp tục được quy định tại các khoản 9, 10 Điều 1 Luật này;

c) Các điểm a, d khoản 3 Điều này.

1. Quy định chuyển tiếp:
2. Trường hợp người bệnh vào cơ sở khám bệnh, chữa bệnh trước ngày Luật này có hiệu lực và kết thúc điều trị sau ngày Luật này có hiệu lực thì áp dụng theo Luật này hoặc các quy định trước thời điểm Luật này có hiệu lực theo hướng có lợi cho người bệnh về thủ tục và quyền lợi bảo hiểm y tế;
3. Trường hợp chính sách tiền lương và mức lương làm căn cứ đóng bảo hiểm y tế có thay đổi, Chính phủ quy định mức tiền lương tham chiếu làm căn cứ đóng bảo hiểm y tế;
4. Hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế được ký trước ngày Luật này có hiệu lực được thực hiện đến hết thời hạn của hợp đồng nhưng không quá ngày 31 tháng 12 năm 2025;
5. Giấy chuyển tuyến được cấp trước ngày Luật này có hiệu lực được tiếp tục sử dụng đến hết thời hạn của giấy.

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

**CHỦ TỊCH QUỐC HỘI**