

Luật số: 51/2024/QH15

**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 theo Luật số 32/2013/QH13, Luật số 46/2014/QH13, Luật số 97/2015/QH13, Luật số 35/2018/QH14, Luật số 68/2020/QH14 và Luật số 30/2023/QH15.*

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

1. Bổ sung khoản 9 vào sau khoản 8 Điều 2 như sau:

“9. *Mức tham chiếu* là mức tiền do Chính phủ quyết định dùng để tính mức đóng, mức hưởng của một số trường hợp tham gia bảo hiểm y tế quy định tại Luật này.”.

2. Sửa đổi, bổ sung khoản 2 Điều 3 như sau:

“2. Mức đóng bảo hiểm y tế được xác định theo tỷ lệ phần trăm của tiền lương làm căn cứ đóng bảo hiểm xã hội bắt buộc theo quy định của Luật Bảo hiểm xã hội (sau đây gọi chung là tiền lương tháng), tiền lương hưu, tiền trợ cấp hoặc mức tham chiếu.”.

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

a) Sửa đổi, bổ sung khoản 1 như sau:

“1. Ban hành theo thẩm quyền hoặc trình cấp có thẩm quyền ban hành 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; giải pháp tăng cường năng lực khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế cho y tế cơ sở;”;

b) Sửa đổi, bổ sung khoản 3 và khoản 4 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; quy định về đánh giá sự hợp lý của việc cung cấp dịch vụ khám bệnh, chữa bệnh; quy định về ứng dụng công nghệ thông tin, chuyển đổi số, chia sẻ dữ liệu trong lĩnh vực bảo hiểm y tế, việc liên thông và sử dụng kết quả cận lâm sàng liên thông giữa các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế phù hợp yêu cầu chuyên môn;”

4. Ban hành theo thẩm quyền hoặc trình cấp có thẩm quyền ban hành các giải pháp nhằm bảo đảm cân đối quỹ bảo hiểm y tế;”.

4. 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, i, k, o, r, s và t khoản 3, các điểm a, b, d và g 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, i, k, o, r, s và t khoản 3, các điểm a, b, d và g khoản 4 Điều 12 của Luật này, trừ đối tượng do Bộ Quốc phòng và Bộ Công an quản lý.”.

5. Sửa đổi, bổ sung một số khoản của Điều 7c như sau:

a) Sửa đổi, bổ sung khoản 1 như sau:

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

b) Sửa đổi, bổ sung khoản 3 như sau:

“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 các điểm a, c, e, h và i khoản 1, các điểm a, b, c, d, l và n khoản 3, điểm b khoản 4 Điều 12 của Luật này.”.

6. Sửa đổi, bổ sung khoản 2 và khoản 3 Điều 8 như sau:

“2. Ủy ban nhân dân tỉnh, thành phố trực thuộc trung ương, ngoài việc thực hiện trách nhiệm quy định tại khoản 1 Điều này, có trách nhiệm chỉ đạo xây dựng bộ máy, nguồn lực để thực hiện quản lý nhà nước về bảo hiểm y tế tại địa phương.

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 trách nhiệm 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, 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.”.

7. Sửa đổi, bổ sung Điều 9 như sau:

**“Điều 9. Cơ quan thực hiện bảo hiểm y tế**

1. Cơ quan bảo hiểm xã hội có chức năng thực hiện chế độ, chính sách, pháp luật về bảo hiểm y tế, quản lý và sử dụng quỹ bảo hiểm y tế.

2. Chính phủ quy định cụ thể về chức năng, nhiệm vụ, quyền hạn và cơ cấu tổ chức của cơ quan bảo hiểm xã hội trong tổ chức thực hiện bảo hiểm y tế.”.

8. Sửa đổi, bổ sung Điều 10 như sau:

**“Điều 10. Kiểm toán quỹ bảo hiểm y tế**

1. Kiểm toán nhà nước, định kỳ ba năm, thực hiện kiểm toán quỹ bảo hiểm y tế và báo cáo kết quả với Quốc hội; thực hiện kiểm toán đột xuất quỹ bảo hiểm y tế theo yêu cầu của Quốc hội, Ủy ban Thường vụ Quốc hội, Chủ tịch nước, Chính phủ, Thủ tướng Chính phủ.

2. Định kỳ hằng năm, Kiểm toán nhà nước thực hiện kiểm toán nội dung chi tổ chức và hoạt động bảo hiểm y tế khi kiểm toán báo cáo quyết toán chi tổ chức và hoạt động bảo hiểm xã hội.”.

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

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

10. 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 đóng 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 có 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 trường hợp là người di chuyển trong nội bộ doanh nghiệp theo quy định của pháp luật về người lao động nước ngoài làm việc tại Việt Nam hoặc 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 hoặc 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 làm việc theo hợp đồng lao động không xác định thời hạn, hợp đồng lao động xác định thời hạn có 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, thỏa thuận với người sử dụng lao động 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 theo quy định của pháp luật về bảo hiểm xã hội;

đ) Chủ hộ kinh doanh của hộ kinh doanh có đăng ký kinh doanh thuộc đối tượng tham gia bảo hiểm xã hội bắt buộc theo quy định của pháp luật về 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 quy định tại Luật Cơ yếu;

i) Thân nhân của công nhân và viên chức quốc phòng đang phục vụ trong quân đội, thân nhân của công nhân công an đang công tác trong công an nhân dân không thuộc đối tượng tham gia bảo hiểm y tế theo quy định tại các điểm a, b, c, d, đ, e, g và h khoản này, khoản 2 và khoản 3 Điều này.

2. Nhóm do cơ quan bảo hiểm xã hội đóng bao gồm:

a) Người đang hưởng lương hưu, trợ cấp mất sức lao động hằng tháng;

b) 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 hoặc người lao động nghỉ việc hưởng chế độ ốm đau từ 14 ngày làm việc trở lên trong tháng theo quy định của pháp luật về bảo hiểm xã hội; người 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;

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

d) Người đang hưởng trợ cấp thất nghiệp.

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

a) Sĩ quan quân đội nhân dân, 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 dân; người làm công tác cơ yếu hưởng lương như đối với quân nhân;

b) Hạ sĩ quan, binh sĩ quân đội nhân dân đang tại ngũ; hạ sĩ quan, chiến sĩ nghĩa vụ trong công an nhân dân; học viên quân đội, học viên công an, học viên cơ yếu hưởng sinh hoạt phí là người Việt Nam;

- c) Học viên quân đội, học viên công an, học viên cơ yếu hưởng sinh hoạt phí là 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 theo quy định của Pháp lệnh Ưu đãi người có công với cách mạng; cựu chiến binh;
- 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 liệt sĩ, người có công nuôi dưỡng liệt sĩ theo quy định của Pháp lệnh Ưu đãi người có công với cách mạng;
- k) Thân nhân của người có công với cách mạng, vợ hoặc chồng liệt sĩ lấy chồng khác hoặc vợ khác đang hưởng trợ cấp tuất hằng tháng và cá nhân có liên quan theo quy định của Pháp lệnh Ưu đãi người có công với cách mạng, trừ đối tượng quy định tại điểm i khoản này;
- l) Thân nhân của các đối tượng quy định tại điểm a và điểm b khoản này theo quy định của pháp luật;
- 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, thôn 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 sinh sống 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 đang hưởng trợ cấp nuôi dưỡng hằng tháng theo quy định của pháp luật có liên quan; người đang hưởng trợ cấp tuất hằng tháng mà thuộc đối tượng hưởng trợ cấp xã hội;
- 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 đang 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.

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 được xác định 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 đóng bảo hiểm y tế theo quy định của Chính phủ;
- h) Người được tặng danh hiệu Nghệ nhân nhân dân, Nghệ nhân ưu tú theo quy định của Luật Di sản văn hóa;
- i) Nạn nhân theo quy định của Luật Phòng, chống mua bán người.

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;
- b) Người sinh sống và làm việc, người được nuôi dưỡng, chăm sóc trong các tổ chức, cơ sở từ thiện, tôn giáo;
- c) Người lao động trong thời gian nghỉ không hưởng lương hoặc tạm hoãn hợp đồng lao động;
- d) Người không thuộc các trường hợp quy định tại các điểm a, b và c khoản này.

6. Đối tượng khác ngoài đối tượng quy định tại các khoản 1, 2, 3, 4 và 5 Điều này theo quy định của luật, pháp lệnh.

7. Chính phủ quy định đối tượng khác ngoài đối tượng quy định tại các khoản 1, 2, 3, 4, 5 và 6 Điều này bao gồm:

- a) Đối tượng tham gia bảo hiểm y tế được pháp luật quy định trước ngày 01 tháng 01 năm 2025;
- b) Đối tượng khác ngoài đối tượng quy định tại điểm a khoản này sau khi báo cáo Ủy ban Thường vụ Quốc hội.”.

11. 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 đóng hoặc người lao động đóng hoặc cùng đóng được quy định như sau:

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

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 đối tượng 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 đối tượng 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 tham chiếu, trong đó người sử dụng lao động đóng hai phần ba và người lao động đóng một phần ba;

đ) Mức đóng hằng tháng của đối tượng quy định tại điểm h khoản 1 Điều 12 của 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 của Luật này tối đa bằng 6% mức tham chiếu và trách nhiệm đóng theo quy định của Chính phủ.

2. Mức đóng do cơ quan bảo hiểm xã hội đóng được quy định như sau:

a) Mức đóng hằng tháng của đối tượng quy định tại điểm a khoản 2 Điều 12 của Luật này tối đa bằng 6% tiền lương hưu hoặc trợ cấp mất sức lao động;

b) Mức đóng hằng tháng của đối tượng quy định tại điểm b và điểm c khoản 2 Điều 12 của Luật này tối đa bằng 6% mức tham chiếu;

c) Mức đóng hằng tháng của đối tượng quy định tại điểm d khoản 2 Điều 12 của Luật này tối đa bằng 6% tiền trợ cấp thất nghiệp.

3. Mức đóng do ngân sách nhà nước đóng và hỗ trợ mức đóng được quy định như sau:

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 và u khoản 3 Điều 12 của Luật này tối đa bằng 6% mức tham chiếu và do ngân sách nhà nước đóng;

c) Mức đóng hằng tháng của đối tượng quy định tại điểm n khoản 3 Điều 12 của Luật này tối đa bằng 6% mức tham chiếu và do ngân sách nhà nước đóng thông qua cơ quan, tổ chức, đơn vị cấp học bổng;

d) Mức đóng hằng tháng của đối tượng quy định tại khoản 4 Điều 12 của Luật này tối đa bằng 6% mức tham chiếu 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 khoản 5 Điều 12 của Luật này tối đa bằng 6% mức tham chiếu và do đối tượng đóng theo hộ gia đình hoặc đóng theo cá nhân tham gia.

5. 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) 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, trừ trường hợp quy định tại các điểm c, d, đ, e và g khoản này;

b) Người thuộc đối tượng quy định tại các điểm a, c, d, đ và e khoản 1 Điều 12 của Luật này đồng thời có một hoặc nhiều hợp đồng lao động thì đóng bảo hiểm y tế theo hợp đồng lao động làm căn cứ tham gia bảo hiểm xã hội bắt buộc;

c) Người thuộc 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 do cơ quan bảo hiểm xã hội đóng, do ngân sách nhà nước đóng, do ngân sách nhà nước hỗ trợ mức đóng, do đối tượng và Ủy ban nhân dân cấp xã cùng đóng;

d) Người thuộc đối tượng quy định tại điểm a và điểm c khoản 2 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 tham gia theo đối tượng do cơ quan bảo hiểm xã hội đóng;

đ) Người thuộc đối tượng quy định tại các điểm s, t và u khoản 3 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 tham gia theo đối tượng do ngân sách nhà nước đóng;

e) Người thuộc đối tượng quy định tại các điểm a, c, d, đ, e, g, h và i khoản 4 Điều 12 của Luật này đồng thời thuộc đối tượng quy định tại điểm a khoản 5 Điều 12 của Luật này thì được lựa chọn đối tượng tham gia bảo hiểm y tế;

g) Người thuộc nhiều đối tượng được ngân sách nhà nước hỗ trợ mức đóng quy định tại khoản 4 Điều 12 của Luật này thì được lựa chọn tham gia theo đối tượng có mức hỗ trợ cao nhất;

h) Người thuộc đối tượng quy định tại điểm b và điểm c khoản 5 Điều 12 của Luật này 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.



6. Thành viên hộ gia đình quy định tại điểm a khoản 5 Điều 12 của 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 tham chiếu;
- 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.

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

- a) Mức đóng, mức hỗ trợ đóng quy định tại Điều này;
- b) Trách nhiệm đóng, mức đóng, mức hỗ trợ đóng đối với các đối tượng quy định tại khoản 6 và khoản 7 Điều 12 của Luật này.”.

12. Sửa đổi, bổ sung khoản 4 và khoản 5 Điều 14 như sau:

“4. Đối với đối tượng không thuộc quy định tại các khoản 1, 2 và 3 Điều này thì căn cứ để đóng bảo hiểm y tế là mức tham chiếu.

5. Mức tiền lương tháng tối đa để tính số tiền đóng bảo hiểm y tế là 20 lần mức tham chiếu.”.

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

a) Sửa đổi, bổ sung các khoản 2, 3, 4 và 5 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, 03 tháng hoặc 06 tháng một lần.

3. Hằng tháng, cơ quan bảo hiểm xã hội đóng bảo hiểm y tế theo quy định tại khoản 2 Điều 13 của Luật này vào quỹ bảo hiểm y tế.

4. Hằng quý, cơ quan, tổ chức, đơn vị cấp học bổng đóng bảo hiểm y tế theo quy định tại điểm c khoản 3 Điều 13 của Luật này vào quỹ bảo hiểm y tế.

5. Hằng quý, ngân sách nhà nước chuyển số tiền đóng, hỗ trợ đóng bảo hiểm y tế theo quy định tại các điểm a, b và d khoản 3 Điều 13 của Luật này vào quỹ bảo hiểm y tế.”;

b) Bổ sung khoản 7 và khoản 8 vào sau khoản 6 như sau:

“7. Đối tượng quy định tại điểm b và điểm đ khoản 1 Điều 12 của Luật này đóng đủ số tiền thuộc trách nhiệm phải đóng trực tiếp cho cơ quan bảo hiểm xã hội hoặc đóng qua hộ kinh doanh, doanh nghiệp, hợp tác xã, liên hiệp hợp tác xã tham gia quản lý theo phương thức đóng hằng tháng, 03 tháng hoặc 06 tháng một lần.

8. 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 hoặc 06 tháng một lần.”.

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

a) Sửa đổi, bổ sung khoản 1 và khoản 2 như sau:

“1. Thẻ bảo hiểm y tế có mã số bảo hiểm y tế được cấp cho người tham gia bảo hiểm y tế và làm căn cứ để được hưởng các quyền lợi về bảo hiểm y tế theo quy định của Luật này. Thẻ bảo hiểm y tế được cấp bằng bản điện tử, bản giấy và có giá trị pháp lý như nhau.

2. Mỗi người chỉ được cấp một mã số bảo hiểm y tế.”;

b) Sửa đổi, bổ sung điểm c khoản 3 như sau:

“c) Người tham gia bảo hiểm y tế theo quy định tại khoản 4 và khoản 5 Điều 12 của Luật này mà lần đầu tiên tham gia bảo hiểm y tế hoặc đã tham gia bảo hiểm y tế theo một trong các đối tượng quy định tại Điều 12 của Luật này nhưng 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 đủ bảo hiểm y tế.”;

c) Sửa đổi, bổ sung khoản 5 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.”.

15. Sửa đổi, bổ sung Điều 17 như sau:

### **“Điều 17. Cấp thẻ bảo hiểm y tế**

1. Hồ sơ cấp thẻ bảo hiểm y tế như sau:

a) Tờ khai tham gia bảo hiểm y tế của cơ quan, tổ chức, đơn vị, cá nhân, hộ gia đình đối với người tham gia bảo hiểm y tế lần đầu;

b) Danh sách tham gia bảo hiểm y tế của đối tượng quy định tại khoản 1 Điều 12 của Luật này do người sử dụng lao động lập 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 điểm b và điểm đ khoản 1 Điều 12 của Luật này tự nộp, 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 được xác định thuộc đối tượng tham gia bảo hiểm y tế;

c) Danh sách tham gia bảo hiểm y tế của các đối tượng 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 thuộc danh sách quy định tại điểm d và điểm đ khoản này;

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 quy định tại điểm n khoản 3, điểm b khoản 4 Điều 12 của Luật này do các cơ sở giáo dục, cơ sở giáo dục nghề nghiệp lập;

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 và h khoản 1, các điểm a, b, c, d, l và n khoản 3, điểm b khoản 4 Điều 12 của Luật này 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.

2. Trong thời hạn 05 ngày làm việc kể từ ngày nhận đủ hồ sơ quy định tại khoản 1 Điều này, cơ quan bảo hiểm xã hội phải cấp thẻ bảo hiểm y tế cho người tham gia bảo hiểm y tế và thông báo hoặc giao thẻ cho cơ quan, tổ chức quản lý, lập danh sách đối tượng.

3. Chính phủ quy định việc cấp thẻ bảo hiểm y tế bằng bản giấy và bằng bản điện tử.”.

16. 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 cả khám bệnh, chữa bệnh từ xa, hỗ trợ khám bệnh, chữa bệnh từ xa, khám bệnh, chữa bệnh y học gia đình, khám bệnh, chữa bệnh tại nhà, 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, đ, e, h, i, o và r khoản 3 Điều 12 của Luật này trong trường hợp đang điều trị nội trú hoặc cấp cứu phải chuyển cơ sở khám bệnh, chữa bệnh quy định tại Điều 27 của Luật này;

c) Chi phí cho sử dụng dịch vụ kỹ thuật y tế, thuốc, thiết bị y tế, máu, chế phẩm máu, khí 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, nguyên tắc xây dựng danh mục thiết bị y tế, dịch vụ kỹ thuật y tế thuộc phạm vi được hưởng của người tham gia bảo hiểm y tế;

b) Ban hành danh mục thuốc, thiết bị y tế, dịch vụ kỹ thuật y tế thuộc phạm vi được hưởng của người tham gia bảo hiểm y tế trên cơ sở nguyên tắc, tiêu chí quy định tại điểm a khoản này;

c) Tỷ lệ thanh toán thuốc, thiết bị y tế, dịch vụ kỹ thuật y tế thuộc phạm vi được hưởng của người tham gia bảo hiểm y tế;

d) Mức, điều kiện và việc thanh toán thuốc, thiết bị y tế, dịch vụ kỹ thuật y tế thuộc phạm vi được hưởng của người tham gia bảo hiểm y tế;

đ) Việc thanh toán máu, chế phẩm máu, khí y tế, vật tư, dụng cụ, công cụ, hóa chất sử dụng trong khám bệnh, chữa bệnh 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 quy định tại điểm b khoản 1 Điều này;

b) Phạm vi được hưởng của các đối tượng quy định tại các điểm a, b, c, d và đ khoản 3 Điều 12 của Luật này;

c) Đối tượng không áp dụng tỷ lệ thanh toán quy định tại điểm c khoản 2 Điều này.”.

17. Sửa đổi, bổ sung Điều 22 như sau:

**“Điều 22. Mức hưởng bảo hiểm y tế của người tham gia bảo hiểm y tế**

1. Người tham gia bảo hiểm y tế khi khám bệnh, chữa bệnh theo quy định tại Điều 26 và Điều 27 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 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 và đ 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; cơ sở khám bệnh, chữa bệnh y học gia đình; trạm y tế quân - dân y, phòng khám quân - dân y; trung tâm y tế cấp huyện có hoạt động khám bệnh, chữa bệnh được cấp giấy phép hoạt động theo hình thức tổ chức là phòng khám; y tế cơ quan, đơn vị, tổ chức do Bộ trưởng Bộ Y tế quy định; cơ sở khám bệnh, chữa bệnh thuộc cấp khám bệnh, chữa bệnh ban đầu trong quân đội, công an do Bộ trưởng Bộ Quốc phòng, Bộ trưởng Bộ Công an quy định. 100% chi phí khám bệnh, chữa bệnh ngoại trú tại phòng khám đa khoa khu vực;

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 khoản 3, các điểm a, b, c, đ và e khoản 4, khoản 5 Điều này, Điều 26 và Điều 27 của Luật này lớn hơn 6 lần mức tham chiếu;

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

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

2. 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 đăng ký khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế ban đầu tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh cấp chuyên sâu và cấp cơ bản khi khám bệnh, chữa bệnh không đúng nơi đăng ký khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế ban đầu do thay đổi nơi tạm trú, nơi lưu trú thì được khám bệnh, chữa bệnh tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh cấp cơ bản phù hợp với nơi tạm trú, lưu trú mới và được quỹ bảo hiểm y tế thanh toán theo quy định tại khoản 1 Điều này. Bộ trưởng Bộ Y tế quy định thủ tục, trường hợp lưu trú được khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế quy định tại khoản này.

4. Người tham gia bảo hiểm y tế tự đi khám bệnh, chữa bệnh không đúng cơ sở đăng ký khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế ban đầu, không đúng quy định về chuyển người bệnh quy định tại Điều 26 và Điều 27 của Luật này, trừ trường hợp quy định tại khoản 3 và khoản 5 Điều này, được quỹ bảo hiểm y tế thanh toán theo tỷ lệ phần trăm của mức hưởng quy định tại khoản 1 Điều này như sau:

a) 100% mức hưởng khi khám bệnh, chữa bệnh tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh cấp cơ bản hoặc cấp chuyên sâu trong trường hợp chẩn đoán xác định, điều trị một số bệnh hiểm, bệnh hiểm nghèo, bệnh cần phẫu thuật hoặc sử dụng kỹ thuật cao do Bộ trưởng Bộ Y tế quy định;

b) 100% mức hưởng đối với người dân tộc thiểu số và người thuộc hộ 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 khi khám bệnh, chữa bệnh nội trú tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh cấp chuyên sâu;

c) 100% mức hưởng khi khám bệnh, chữa bệnh tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh cấp ban đầu;

d) 100% mức hưởng khi khám bệnh, chữa bệnh nội trú tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh cấp cơ bản;

đ) 100% mức hưởng khi khám bệnh, chữa bệnh tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh cấp cơ bản, cấp chuyên sâu mà trước ngày 01 tháng 01 năm 2025 đã được cơ quan có thẩm quyền xác định là tuyến huyện;

e) Từ 50% đến 100% mức hưởng khi khám bệnh, chữa bệnh ngoại trú tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh cấp cơ bản căn cứ kết quả xếp cấp chuyên môn kỹ thuật theo lộ trình và tỷ lệ mức hưởng cụ thể do Chính phủ quy định, trừ trường hợp quy định tại điểm a và điểm đ khoản này;

g) 40% mức hưởng khi khám bệnh, chữa bệnh nội trú tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh cấp chuyên sâu, trừ trường hợp quy định tại các điểm a, b, đ và h khoản này;

h) 50% mức hưởng khi khám bệnh, chữa bệnh ngoại trú theo lộ trình do Chính phủ quy định và 100% mức hưởng khi khám bệnh, chữa bệnh nội trú trong trường hợp khám bệnh, chữa bệnh tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh cấp chuyên sâu mà trước ngày 01 tháng 01 năm 2025 đã được cơ quan có thẩm quyền xác định là tuyến tỉnh.

5. Người tham gia bảo hiểm y tế được hưởng 100% mức hưởng quy định tại khoản 1 Điều này khi khám bệnh, chữa bệnh tại bất kỳ cơ sở khám bệnh, chữa bệnh nào trong trường hợp cấp cứu.

6. Chính phủ quy định chi tiết mức hưởng đối với đối tượng quy định tại các điểm a, b, c, d và đ khoản 3 Điều 12 của Luật này; quy định mức hưởng đối với trường hợp người tham gia bảo hiểm y tế sử dụng dịch vụ khám bệnh, chữa bệnh theo yêu cầu và các trường hợp khác không thuộc quy định tại khoản 1 Điều này.”.

18. Sửa đổi, bổ sung khoản 7 và khoản 8 Điều 23 như sau:

“7. Điều trị lác và tật khúc xạ của mắt đối với người từ đủ 18 tuổi trở lên.

8. Sử dụng thiết bị y tế thay thế bao gồm chân giả, 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.”.

19. 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 theo quy định của Chính phủ.”.

20. Sửa đổi, bổ sung một số điểm, khoản của Điều 25 như sau:

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

“e) Điều kiện thay đổi, thanh lý, tạm dừng, chấm dứt hợp đồng.”;

b) Sửa đổi, bổ sung khoản 3 và khoản 4 như sau:

“3. Việc thỏa thuận về điều kiện thay đổi, thanh lý, tạm dừng, chấm dứt hợp đồng quy định tại điểm e khoản 2 Điều này phải bảo đảm không làm gián đoạn việc khám bệnh, chữa bệnh của người tham gia bảo hiểm y tế.

4. Chính phủ quy định chi tiết Điều này và quy định mẫu hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế.”.

21. Sửa đổi, bổ sung Điều 26 như sau:

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

1. Người tham gia bảo hiểm y tế có quyền đăng ký khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế ban đầu tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh cấp ban đầu hoặc cấp cơ bản; có quyền thay đổi cơ sở khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế ban đầu trong 15 ngày đầu của mỗi quý.

2. Việc phân bổ số lượng thẻ bảo hiểm y tế cho cơ sở đăng ký khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế ban đầu bảo đảm cân đối, phù hợp với nhu cầu khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế ban đầu của người dân, khả năng đáp ứng của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh và khả năng thực tế tại địa phương.

3. Bộ trưởng Bộ Y tế quy định chi tiết khoản 1 và khoản 2 Điều này; quy định trường hợp đăng ký khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế ban đầu tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh cấp chuyên sâu.

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

22. 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. Việc chuyển người bệnh giữa các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh được thực hiện theo yêu cầu chuyên môn và khả năng đáp ứng của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh.

2. Bộ trưởng Bộ Y tế quy định việc chuyển người bệnh về cơ sở khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế ban đầu để điều trị, quản lý, theo dõi đối với các bệnh mạn tính, bao gồm cả việc sử dụng thuốc, thiết bị y tế và dịch vụ kỹ thuật y tế đã được kê đơn, chỉ định theo năng lực chuyên môn của cơ sở nơi điều trị, quản lý, theo dõi bệnh mạn tính; quy định chi tiết khoản 1 Điều này, trừ trường hợp quy định tại khoản 3 Điều này.

3. Bộ trưởng Bộ Công an, Bộ trưởng Bộ Quốc phòng quy định việc chuyển người bệnh thuộc thẩm quyền quản lý giữa các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế thuộc thẩm quyền quản lý.”

23. 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 khám bệnh, chữa bệnh phải xuất trình thông tin về thẻ bảo hiểm y tế, giấy tờ chứng minh nhân thân của người đó; trẻ em dưới 6 tuổi và người đã hiến bộ phận cơ thể người chưa được cấp thẻ bảo hiểm y tế thì xuất trình giấy tờ hợp pháp khác. Trường hợp cấp cứu, người bệnh phải xuất trình thông tin về thẻ bảo hiểm y tế, giấy tờ theo quy định tại khoản này trước khi kết thúc đợt điều trị.

Chính phủ quy định chi tiết khoản này.

2. Trường hợp khám lại theo yêu cầu chuyên môn trong khám bệnh, chữa bệnh, người tham gia bảo hiểm y tế được cơ sở khám bệnh, chữa bệnh hẹn khám lại theo thủ tục do Bộ trưởng Bộ Y tế quy định.

3. 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 nơi chuyển người bệnh phải có hồ sơ chuyển cơ sở khám bệnh, chữa bệnh theo quy định của Bộ trưởng Bộ Y tế.”

24. Sửa đổi, bổ sung Điều 30 như sau:

**“Điều 30. Phương thức thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế**

1. Việc thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế được thực hiện theo các phương thức sau đây:

- a) Thanh toán theo định suất;
- b) Thanh toán theo giá dịch vụ;
- c) Thanh toán theo nhóm chẩn đoán.

2. Chính phủ quy định chi tiết khoản 1 Điều này và quy định việc áp dụng phương thức thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế.”

25. Sửa đổi, bổ sung Điều 31 như sau:

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

1. Cơ quan bảo hiểm xã hội 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 xã hội thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế trực tiếp với người có thẻ bảo hiểm y tế khi 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 Chính phủ quy định.

3. Trường hợp tại thời điểm người bệnh được chỉ định sử dụng thuốc, thiết bị y tế hoặc dịch vụ cận lâm sàng thuộc phạm vi chi trả của quỹ bảo hiểm y tế nhưng cơ sở khám bệnh, chữa bệnh không có sẵn và không thể thay thế bằng thuốc, thiết bị y tế, dịch vụ cận lâm sàng khác, cơ sở khám bệnh, chữa bệnh được nhận thuốc, thiết bị y tế điều chuyển từ cơ sở khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế khác để điều trị cho người bệnh, được chuyển người bệnh hoặc mẫu bệnh phẩm đến cơ sở khác đủ điều kiện để thực hiện dịch vụ cận lâm sàng.

Cơ sở khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế nơi nhận thuốc, thiết bị y tế, chuyển người bệnh hoặc mẫu bệnh phẩm tổng hợp các chi phí thuốc, thiết bị y tế hoặc dịch vụ cận lâm sàng này và thanh toán với cơ quan bảo hiểm xã hội.

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

a) Điều kiện, thẩm quyền quyết định trường hợp được nhận thuốc, thiết bị y tế điều chuyển từ cơ sở khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế khác để điều trị cho người bệnh và việc thanh toán chi phí thuốc, thiết bị y tế được điều chuyển quy định tại khoản 3 Điều này;

b) Quản lý, sử dụng 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 đối tượng quy định tại các điểm a, b, c, d và đ khoản 3 Điều 12 của Luật này;

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

5. Chính phủ quy định chi tiết điểm a và điểm b khoản 2, khoản 3 Điều này, trừ trường hợp quy định tại khoản 4 Điều này.”.



26. Sửa đổi, bổ sung Điều 32 như sau:

**“Điều 32. Tạm ứng, thanh toán, quyết toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế**

1. Việc tạm ứng kinh phí của cơ quan bảo hiểm xã hội cho cơ sở khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế được thực hiện hằng quý như sau:

a) Trong thời hạn 05 ngày làm việc kể từ ngày nhận được báo cáo quyết toán quý trước của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh, cơ quan bảo hiểm xã hội 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, căn cứ chi phí khám bệnh, chữa bệnh của tháng trước khi ký hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế, cơ quan bảo hiểm xã hội tạm ứng 90% kinh phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế cho tháng đầu tiên thực hiện hợp đồng; sau một tháng thực hiện hợp đồng, cơ quan bảo hiểm xã hội dự kiến và tạm ứng 90% kinh phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế trong quý theo quy định tại điểm a khoản này;

c) Trường hợp kinh phí tạm ứng cho các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế trên địa bàn tỉnh vượt quá số kinh phí được sử dụng trong quý, cơ quan bảo hiểm xã hội tỉnh, thành phố trực thuộc trung ương báo cáo với Bảo hiểm xã hội Việt Nam để bổ sung kinh phí.

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

a) Trong thời hạn 15 ngày đầu mỗi tháng, cơ sở khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế có trách nhiệm gửi bản tổng hợp đề nghị thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế của tháng trước cho cơ quan bảo hiểm xã hội; trong thời hạn 15 ngày đầu mỗi quý, cơ sở khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế có trách nhiệm gửi báo cáo quyết toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế của quý trước cho cơ quan bảo hiểm xã hội;

b) Trong thời hạn 30 ngày kể từ ngày nhận được báo cáo quyết toán quý trước của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh, cơ quan bảo hiểm xã hội có trách nhiệm thông báo kết quả giám định và số quyết toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế, bao gồm chi phí khám bệnh, chữa bệnh thực tế trong phạm vi quyền lợi và mức hưởng bảo hiểm y tế với cơ sở khám bệnh, chữa bệnh. Đối với quý 4 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 4 của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh;

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

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

3. Trong thời hạn 40 ngày, kể từ ngày nhận đủ hồ sơ đề nghị thanh toán của người tham gia bảo hiểm y tế trong trường hợp quy định tại khoản 2 Điều 31 của Luật này, cơ quan bảo hiểm xã hội phải thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế trực tiếp cho đối tượng này.”.

27. Sửa đổi, bổ sung Điều 35 như sau:

**“Điều 35. Phân bổ và sử dụng quỹ bảo hiểm y tế**

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

a) 92% số tiền đóng bảo hiểm y tế dành cho khám bệnh, chữa bệnh;

b) 8% số tiền đóng bảo hiểm y tế dành cho quỹ dự phòng, chi tổ chức và hoạt động bảo hiểm y tế, trong đó dành tối thiểu 4% số tiền đóng bảo hiểm y tế cho quỹ dự phòng.

2. Việc đầu tư số tiền tạm thời nhàn rỗi của quỹ bảo hiểm y tế được áp dụng quy định của Luật Bảo hiểm xã hội về nguyên tắc, danh mục, phương thức đầu tư và quản lý hoạt động đầu tư quỹ bảo hiểm xã hội.

3. Trường hợp số thu bảo hiểm y tế dành cho khám bệnh, chữa bệnh lớn hơn số chi khám bệnh, chữa bệnh trong năm, phần kinh phí chưa sử dụng hết được hạch toán toàn bộ vào quỹ dự phòng để điều tiết chung.

4. Trường hợp số thu bảo hiểm y tế dành cho khám bệnh, chữa bệnh nhỏ hơn số chi khám bệnh, chữa bệnh trong năm, Bảo hiểm xã hội Việt Nam có trách nhiệm bổ sung từ nguồn quỹ dự phòng.

5. Chính phủ quy định chi tiết Điều này và quy định về chi tổ chức và hoạt động bảo hiểm y tế.”.

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

“2. Được đăng ký cơ sở khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế ban đầu theo quy định tại Điều 26 của Luật này.”.

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

“3. Giao thẻ hoặc thông báo về kết quả cấp thẻ bảo hiểm y tế cho người tham gia bảo hiểm y tế trong thời hạn 03 ngày làm việc kể từ ngày nhận được thẻ hoặc nhận được thông báo về kết quả cấp thẻ bảo hiểm y tế từ cơ quan bảo hiểm xã hội.”.

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

“2. Kiểm tra việc thực hiện hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế; giám định bảo hiểm y tế; thu hồi, tạm giữ thẻ bảo hiểm y tế đối với trường hợp quy định tại Điều 20 của Luật này.”.

31. 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.”.

32. Bổ sung khoản 9 vào sau khoản 8 Điều 43 như sau:

“9. Bảo đảm đủ điều kiện cho hoạt động khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế theo quy định của pháp luật về bảo hiểm y tế, pháp luật về khám bệnh, chữa bệnh và theo hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế.”.

33. Bổ sung Điều 48a và Điều 48b vào sau Điều 48 như sau:

**“Điều 48a. Chậm đóng bảo hiểm y tế**

Chậm đóng bảo hiểm y tế là hành vi của người sử dụng lao động thuộc một trong các trường hợp sau đây:

1. 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 quy định tại khoản 8 Điều 15 của Luật này, trừ trường hợp quy định tại điểm c khoản 1 Điều 48b của Luật này;

2. Không lập danh sách hoặc lập danh sách 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 điểm b khoản 1 Điều 17 của Luật này;

3. Thuộc trường hợp không bị coi là trốn đóng bảo hiểm y tế theo quy định tại khoản 2 Điều 48b của Luật này.

**Điều 48b. Trốn đóng bảo hiểm y tế**

1. Trốn đóng bảo hiểm y tế là hành vi của người sử dụng lao động thuộc một trong các trường hợp sau đây:

a) Sau 60 ngày kể từ ngày hết thời hạn quy định tại điểm b khoản 1 Điều 17 của Luật này mà người sử dụng lao động không lập danh sách hoặc lập danh sách 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 tiền lương quy định tại Điều 14 của Luật này;

c) Không đóng hoặc đóng không đầy đủ số tiền đã đăng ký bảo hiểm y tế sau 60 ngày kể từ ngày đóng bảo hiểm y tế chậm nhất theo quy định tại khoản 8 Điều 15 của Luật này và đã được cơ quan có thẩm quyền đôn đốc theo quy định của Chính phủ;

d) Các trường hợp khác bị coi là trốn đóng bảo hiểm y tế theo quy định của Chính phủ.

2. Chính phủ quy định chi tiết Điều này; quy định các trường hợp thuộc khoản 1 Điều này nhưng có lý do chính đáng thì không bị coi là trốn đóng bảo hiểm y tế.”.

34. Sửa đổi, bổ sung Điều 49 như sau:

**“Điều 49. Xử lý vi phạm pháp luật về bảo hiểm y tế**

1. Cơ quan, tổ chức, cá nhân có hành vi vi phạm pháp luật về bảo hiểm y tế thì tùy theo tính chất, mức độ vi phạm mà bị xử lý kỷ luật, xử phạt vi phạm hành chính hoặc bị truy cứu trách nhiệm hình sự, nếu gây thiệt hại thì phải bồi thường theo quy định của pháp luật.

2. Biện pháp xử lý hành vi chậm đóng bảo hiểm y tế bao gồm:

a) Bắt buộc đóng đủ số tiền chậm đóng; nộp số tiền bằng 0,03%/ngày tính trên số tiền bảo hiểm y tế chậm đóng và số ngày chậm đóng vào quỹ bảo hiểm y tế;

b) Xử phạt vi phạm hành chính theo quy định của pháp luật;

c) Không xem xét danh hiệu thi đua, hình thức khen thưởng.

3. Biện pháp xử lý hành vi trốn đóng bảo hiểm y tế bao gồm:

a) Bắt buộc đóng đủ số tiền trốn đóng; nộp số tiền bằng 0,03%/ngày tính trên số tiền bảo hiểm y tế trốn đóng và số ngày trốn đóng vào quỹ bảo hiểm y tế;

b) Xử phạt vi phạm hành chính hoặc truy cứu trách nhiệm hình sự theo quy định của pháp luật;

c) Không xem xét danh hiệu thi đua, hình thức khen thưởng.

4. Cơ quan, tổ chức, người sử dụng lao động chậm đóng, trốn đóng bảo hiểm y tế cho người lao động phải hoàn trả toàn bộ chi phí khám bệnh, chữa bệnh trong phạm vi quyền lợi, mức hưởng bảo hiểm y tế mà người lao động đã chi trả trong thời gian chưa có thể bảo hiểm y tế do chậm đóng, trốn đóng bảo hiểm y tế.

5. Chính phủ quy định chi tiết điểm a khoản 2, điểm a khoản 3 và khoản 4 Điều này.”.

35. Thay thế cụm từ tại một số điểm, khoản sau đây:

a) Thay cụm từ “tổ chức bảo hiểm y tế” bằng cụm từ “cơ quan bảo hiểm xã hội” tại khoản 3 và khoản 6 Điều 2, khoản 2 và khoản 4 Điều 7c, khoản 3 Điều 18, khoản 3 Điều 19, khoản 1 Điều 25, khoản 3 Điều 29, khoản 1 Điều 34, khoản 4 và khoản 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, khoản 1 và khoản 2 Điều 42, các khoản 2, 3 và 4 Điều 43, khoản 1 Điều 44, điểm c khoản 1 Điều 48;

b) Thay cụm từ “Hội đồng quản lý bảo hiểm xã hội Việt Nam” bằng cụm từ “Hội đồng quản lý bảo hiểm xã hội” tại khoản 1 Điều 34.

**Điều 2. Sửa đổi, bổ sung Luật Lực lượng tham gia bảo vệ an ninh, trật tự ở cơ sở số 30/2023/QH15**

Bãi bỏ khoản 2 Điều 32 của Luật Lực lượng tham gia bảo vệ an ninh, trật tự ở cơ sở số 30/2023/QH15.

### **Điều 3. Điều khoản thi hành**

1. Luật này có hiệu lực thi hành từ ngày 01 tháng 7 năm 2025, trừ quy định tại khoản 2 và khoản 3 Điều này.

2. Quy định liên quan đến cấp chuyên môn kỹ thuật trong khám bệnh, chữa bệnh, đăng ký 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 khoản 3, 16, 17, 21, 22, 23 và 28 Điều 1 của Luật này có hiệu lực thi hành từ ngày 01 tháng 01 năm 2025.

3. Quy định về phạm vi được hưởng tại khoản 16 Điều 1 của Luật này, trừ các quy định về khám bệnh, chữa bệnh từ xa, hỗ trợ khám bệnh, chữa bệnh từ xa, khám bệnh, chữa bệnh y học gia đình, khám bệnh, chữa bệnh tại nhà và nguyên tắc xây dựng danh mục thiết bị y tế, dịch vụ kỹ thuật thuộc phạm vi được hưởng của người tham gia bảo hiểm y tế và quy định về mức hưởng tại khoản 17 Điều 1 của Luật này được áp dụng đối với các trường hợp sau đây có hiệu lực thi hành từ ngày 01 tháng 01 năm 2025:

a) Đối tượng quy định tại khoản 10 Điều 1 của Luật này mà đối tượng này đã được quy định tại Điều 12 của Luật Bảo hiểm y tế số 25/2008/QH12 đã được sửa đổi, bổ sung một số điều theo Luật số 32/2013/QH13, Luật số 46/2014/QH13, Luật số 97/2015/QH13, Luật số 35/2018/QH14, Luật số 68/2020/QH14 và Luật số 30/2023/QH15;

b) Đối tượng quy định tại điểm a khoản này khám bệnh, chữa bệnh tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh trước ngày 01 tháng 01 năm 2025 và kết thúc đợt điều trị từ ngày 01 tháng 01 năm 2025.

4. Chậm nhất là ngày 01 tháng 01 năm 2027, thực hiện liên thông, sử dụng kết quả cận lâm sàng liên thông giữa các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế phù hợp với yêu cầu chuyên môn theo quy định của Chính phủ.

5. Quy định chuyển tiếp:

a) Trường hợp người bệnh không thuộc đối tượng quy định tại điểm a và điểm b khoản 3 Điều này khám bệnh, chữa bệnh tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh trước ngày 01 tháng 7 năm 2025 và kết thúc đợt điều trị từ ngày 01 tháng 7 năm 2025 thì áp dụng theo quy định của Luật này;

b) Mức tham chiếu quy định tại Luật này áp dụng theo mức lương cơ sở. Trường hợp chính sách tiền lương có thay đổi, Chính phủ quyết định mức tham chiếu cụ thể;

c) Hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế được ký trước ngày 01 tháng 7 năm 2025 mà còn hiệu lực sau ngày 01 tháng 7 năm 2025 được thực hiện theo quy định của Chính phủ;

d) Đối với số tiền bảo hiểm y tế mà người sử dụng lao động có trách nhiệm đóng theo quy định của Luật Bảo hiểm y tế số 25/2008/QH12 đã được sửa đổi, bổ sung một số điều theo Luật số 32/2013/QH13, Luật số 46/2014/QH13, Luật số 97/2015/QH13, Luật số 35/2018/QH14, Luật số 68/2020/QH14 và Luật số 30/2023/QH15 nhưng đến hết ngày 30 tháng 6 năm 2025 mà không đóng hoặc không đóng đầy đủ thì được xử lý theo quy định về chậm đóng của Luật này.

---

*Luật này được Quốc hội nước Cộng hòa xã hội chủ nghĩa Việt Nam khóa XV, kỳ họp thứ 8 thông qua ngày 27 tháng 11 năm 2024.*



**Trần Thanh Mẫn**