

BỘ Y TẾ**CỘNG HOÀ XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM****Độc lập - Tự do - Hạnh phúc***Hà Nội, ngày tháng năm 2020***ĐỀ CƯƠNG
DỰ THẢO LUẬT BẢO HIỂM Y TẾ (SỬA ĐỔI)****Chương I.****NHỮNG QUY ĐỊNH CHUNG****Điều 1. Phạm vi điều chỉnh và đối tượng áp dụng**

1. Luật này quy định các nội dung về bảo hiểm y tế, bao gồm: đối tượng tham gia, mức đóng, trách nhiệm và phương thức đóng bảo hiểm y tế; thẻ bảo hiểm y tế; phạm vi quyền lợi và mức hưởng bảo hiểm y tế; bảo hiểm y tế bổ sung; tổ chức khám bệnh, chữa bệnh, cung cấp dịch vụ y tế cho người tham gia bảo hiểm y tế; giám định bảo hiểm y tế, thanh toán chi phí các dịch vụ y tế; quỹ bảo hiểm y tế; quyền và trách nhiệm của các bên liên quan đến bảo hiểm y tế; hệ thống tổ chức bảo hiểm y tế.

2. Luật này áp dụng đối với tổ chức, cá nhân trong nước và tổ chức, cá nhân nước ngoài tại Việt Nam có liên quan đến bảo hiểm y tế.

Điều 2. Giải thích từ ngữ

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

1. Bảo hiểm y tế là hình thức bảo hiểm trong chăm sóc sức khỏe, không vì mục đích lợi nhuận, bao gồm:

a) Bảo hiểm y tế

b) Bảo hiểm y tế bổ sung

2. Cơ sở khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế ban đầu

3. Giám định bảo hiểm y tế

4. Tham gia bảo hiểm y tế theo hình thức hộ gia đình

5. Gói dịch vụ y tế cơ bản do quỹ bảo hiểm y tế chi trả

6. Quỹ bảo hiểm y tế.

7. Quỹ bảo hiểm y tế bổ sung bổ sung

8. Gói dịch vụ y tế bổ sung

9. Phương thức thanh toán

10. Đánh giá công nghệ y tế (Health Technology Assessment - HTA).

11. Gian lận bảo hiểm y tế.

12. Lạm dụng quỹ bảo hiểm y tế.
13. Trục lợi quỹ bảo hiểm y tế.
14. Sử dụng lãng phí quỹ bảo hiểm y tế

Điều 3. Nguyên tắc bảo hiểm y tế

1. Bảo đảm chia sẻ rủi ro tài chính trong chăm sóc sức khỏe giữa những người tham gia bảo hiểm y tế.

2. Mức đóng bảo hiểm y tế được xác định theo tỷ lệ phần trăm của tiền lương làm căn cứ đóng bảo hiểm y tế bắt buộc theo quy định của Luật bảo hiểm xã hội.

3. Mức hưởng bảo hiểm y tế được xác định theo tình trạng sức khỏe, nhu cầu khám bệnh, chữa bệnh theo nhóm đối tượng và thời gian tham gia bảo hiểm y tế.

4. Áp dụng cơ chế cùng chi trả chi phí khám bệnh, chữa bệnh và chăm sóc sức khỏe đối với một số nhóm đối tượng tham gia bảo hiểm y tế.

5. Việc thay đổi gói dịch vụ y tế cơ bản do quỹ bảo hiểm y tế chi trả phải căn cứ vào kết quả đánh giá công nghệ y tế do tổ chức được Bộ Y tế công nhận thực hiện.

6. Các loại thuốc, vật tư y tế, hóa chất thuộc gói dịch vụ y tế do quỹ bảo hiểm y tế chi trả được cung ứng theo quy định của pháp luật về mua sắm, đấu thầu; một số loại thuốc, vật tư y tế, hóa chất có số lượng sử dụng lớn do Chính phủ quyết định giá và thống nhất áp dụng trên toàn quốc.

7. Quỹ bảo hiểm y tế được quản lý tập trung, thống nhất, công khai, minh bạch, bảo đảm cân đối thu, chi và được Nhà nước bảo hộ.

8. Việc cấp thẻ, quản lý, sử dụng phần kinh phí dành cho khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế, giám định và thanh, quyết toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế đối với lực lượng vũ trang do Chính phủ quy định.

Điều 4. Chính sách của Nhà nước về bảo hiểm y tế

1. Nhà nước hỗ trợ toàn bộ hoặc hỗ trợ một phần tiền đóng bảo hiểm y tế cho người có công với cách mạng và một số nhóm đối tượng chính sách xã hội.

2. Nhà nước tạo điều kiện để mỗi người tham gia bảo hiểm y tế được lập hồ sơ sức khỏe, quản lý, theo dõi và quản lý sức khỏe; được khám bệnh chữa bệnh thuận lợi; được chăm sóc sức khỏe tại nhà đối với một số trường hợp, đặc biệt là người cao tuổi.

3. Nhà nước có chính sách ưu đãi đối với hoạt động đầu tư từ quỹ bảo hiểm y tế để bảo toàn và tăng trưởng quỹ. Nguồn thu của quỹ và số tiền sinh lời từ hoạt động đầu tư từ quỹ bảo hiểm y tế được miễn thuế.

4. Nhà nước tạo điều kiện để tổ chức, cá nhân tham gia bảo hiểm y tế hoặc đóng bảo hiểm y tế cho các nhóm đối tượng.

5. Nhà nước khuyến khích ứng dụng, đầu tư phát triển công nghệ và phương tiện kỹ thuật tiên tiến trong quản lý bảo hiểm y tế.

6. Nhà nước khuyến khích tổ chức, cá nhân tham gia bảo hiểm y tế bổ sung và mua bảo hiểm y tế bổ sung cho các đối tượng.

7. Khuyến khích các tổ chức thực hiện bảo hiểm y tế bổ sung hoạt động theo nguyên tắc phi lợi nhuận để đáp ứng nhu cầu chăm sóc sức khỏe người dân.

8. Nhà nước khuyến khích quỹ bảo hiểm y tế chi trả cho dịch vụ chăm sóc sức khỏe cộng đồng, y dược cổ truyền.

Điều 5. Cơ quan quản lý nhà nước về bảo hiểm y tế

1. Chính phủ thống nhất quản lý nhà nước về bảo hiểm y tế.

2. Bộ Y tế chịu trách nhiệm trước Chính phủ thực hiện quản lý nhà nước về bảo hiểm y tế.

3. Bộ, cơ quan ngang bộ trong phạm vi nhiệm vụ, quyền hạn của mình phối hợp với Bộ Y tế thực hiện quản lý nhà nước về bảo hiểm y tế.

4. Ủy ban nhân dân các cấp trong phạm vi nhiệm vụ, quyền hạn của mình thực hiện quản lý nhà nước về bảo hiểm y tế tại địa phương.

Điều 6. Hội đồng quốc gia về bảo hiểm y tế

1. Hội đồng quốc gia về bảo hiểm y tế là cơ quan tư vấn chính sách bảo hiểm y tế do Chính phủ thành lập.

2. Chức năng, nhiệm vụ của Hội đồng:

a) Tư vấn cho Chính phủ và các cơ quan liên quan trong hoạch định chính sách, pháp luật về bảo hiểm y tế, đề xuất mức đóng, phạm vi quyền lợi và mức hưởng bảo hiểm y tế;

b) Tư vấn về chính sách giá dịch vụ y tế do quỹ bảo hiểm y tế thanh toán;

c) Tư vấn giải quyết những bất cập phát sinh trong quá trình thực hiện pháp luật về bảo hiểm y tế.

3. Cơ chế hoạt động; Thành viên Hội đồng hoạt động chuyên trách và kiêm nhiệm.

4. Cơ cấu, tổ chức của Hội đồng:

a) Chủ tịch hội đồng do Thủ tướng quyết định;

b) Phó Chủ tịch thường trực là Bộ trưởng Bộ Y tế;

c) Các Phó Chủ tịch (03 người) là đại diện các Bộ, ngành

d) Các Ủy viên hội đồng là đại diện các bên liên quan.

Điều 7. Trách nhiệm của Ủy ban nhân dân về bảo hiểm y tế

Quy định trách nhiệm của Ủy ban nhân dân cấp tỉnh và cấp xã.

Điều 8. Quyền và trách nhiệm của tổ chức bảo hiểm y tế

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

2. Chính phủ quy định cụ thể về tổ chức, chức năng, nhiệm vụ và quyền hạn của tổ chức bảo hiểm y tế.

Điều 9. Kiểm toán quỹ bảo hiểm y tế

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

Trường hợp Quốc hội, Ủy ban thường vụ Quốc hội hoặc Chính phủ yêu cầu, Kiểm toán nhà nước thực hiện kiểm toán đột xuất quỹ bảo hiểm y tế.

Điều 10. Các hành vi bị nghiêm cấm

1. Người sử dụng lao động không đóng hoặc đóng bảo hiểm y tế không đầy đủ theo quy định của Luật này.

2. Gian lận, giả mạo hồ sơ, thẻ bảo hiểm y tế.

3. Gian lận; sử dụng tiền đóng bảo hiểm y tế, quỹ bảo hiểm y tế sai mục đích.

4. Lạm dụng, trục lợi quỹ bảo hiểm y tế.

5. Cản trở, gây khó khăn hoặc làm thiệt hại đến quyền, lợi ích hợp pháp của người tham gia bảo hiểm y tế và của các bên liên quan đến bảo hiểm y tế.

6. Cố ý báo cáo sai sự thật, cung cấp sai lệch thông tin, số liệu về bảo hiểm y tế.

7. Lợi dụng chức vụ, quyền hạn, chuyên môn, nghiệp vụ để làm trái với quy định của pháp luật về bảo hiểm y tế.

CHƯƠNG II

ĐỐI TƯỢNG, MỨC ĐÓNG, TRÁCH NHIỆM VÀ PHƯƠNG THỨC ĐÓNG BẢO HIỂM Y TẾ

Điều 11. Đối tượng tham gia bảo hiểm y tế

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

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

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

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

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

6. Chính phủ bổ sung các đối tượng khác ngoài các đối tượng đã được quy định tại khoản 1, 2, 3, 4 và 5 Điều này;

Điều 12. Mức đóng và trách nhiệm đóng bảo hiểm y tế

1. Quy định Mức đóng và trách nhiệm đóng bảo hiểm y tế
2. Trường hợp một người đồng thời thuộc nhiều đối tượng tham gia bảo hiểm y tế khác nhau quy định tại Điều 11 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.
3. Điều chỉnh mức giảm trừ mức đóng cho các thành viên từ thành viên thứ 2 thuộc hộ gia đình khi tham gia bảo hiểm y tế trong năm tài chính.
5. Chính phủ quy định cụ thể mức đóng, mức hỗ trợ.
6. Quy định về nguyên tắc áp dụng và mức đóng để bổ sung quyền lợi đối với người cao tuổi trong tương lai theo lộ trình.

Điều 13. Tiền lương, tiền công, tiền trợ cấp làm căn cứ đóng bảo hiểm y tế

1. Đối với người lao động thuộc đối tượng làm công hưởng lương, căn cứ để đóng bảo hiểm y tế theo quy định của Luật BHXH.
2. Đối với người hưởng lương hưu, trợ cấp mất sức lao động, trợ cấp thất nghiệp hàng tháng thì căn cứ để đóng bảo hiểm y tế là tiền lương hưu, trợ cấp mất sức lao động, trợ cấp thất nghiệp hàng tháng.
3. Đối với các đối tượng khác thì căn cứ để đóng bảo hiểm y tế là mức lương cơ sở.
4. Mức tiền lương tháng tối đa để tính số tiền đóng bảo hiểm y tế là 20 lần mức lương cơ sở.

Điều 14. Phương thức đóng bảo hiểm y tế

1. Hàng tháng;
2. Hàng quý;
3. Định kỳ 3 tháng, 6 tháng hoặc 12 tháng;
4. Khuyến khích một số đối tượng tham gia bảo hiểm y tế đóng trước tiền tham gia bảo hiểm y tế tối đa 05 năm, Chính phủ quy định chi tiết nội dung này.

Chương III

BẢO HIỂM Y TẾ BỔ SUNG

Điều 15. Nguyên tắc thực hiện bảo hiểm y tế bổ sung

1. Bảo hiểm y tế bổ sung thực hiện trên cơ sở tự nguyện đối với những người đã tham gia bảo hiểm y tế.
2. Tổ chức, quản lý, thực hiện bảo hiểm y tế bổ sung theo nguyên tắc phi lợi nhuận.
3. Nhà nước khuyến khích tổ chức, cá nhân thực hiện bảo hiểm y tế bổ sung; mua, hỗ trợ mua bảo hiểm y tế bổ sung.

4. Quy định việc cung cấp thông tin về chi phí sử dụng dịch vụ y tế cho tổ chức thực hiện bảo hiểm y tế bổ sung để bảo đảm quyền lợi của người tham gia.

5. Hợp đồng bảo hiểm y tế bổ sung.

6. Phạm vi được hưởng và mức phí, thanh toán chi phí, giải quyết tranh chấp đối với người tham gia bảo hiểm y tế bổ sung

7. Bảo hiểm xã hội Việt Nam có trách nhiệm triển khai thực hiện các gói bảo hiểm y tế bổ sung trên nguyên tắc: Quỹ Bảo hiểm y tế bổ sung là quỹ độc lập với quỹ BHYT; chi phí quản lý bảo hiểm y tế bổ sung; xử lý khi quỹ kết dư, thâm hụt.

8. Trách nhiệm của Bộ Y tế trong kiểm soát về chất lượng BHYT bổ sung.

Điều 16. Các gói bảo hiểm y tế bổ sung

1. Gói bảo hiểm y tế bổ sung bao gồm: chi trả cho phần cùng chi trả BHYT; chi trả cho chi phí ngoài phạm vi chi trả của quỹ BHYT; chi trả đối với một số trường hợp bệnh.

2. Các gói bảo hiểm y tế bổ sung khác do thỏa thuận giữa người tham gia và tổ chức thực hiện bảo hiểm y tế bổ sung

Điều 17. Thanh toán chi phí bảo hiểm y tế bổ sung

Thanh toán theo hợp đồng giữa người tham gia với tổ chức thực hiện bảo hiểm y tế bổ sung; hợp đồng giữa cơ sở y tế với tổ chức thực hiện bảo hiểm y tế bổ sung.

Điều 18. Quyền và trách nhiệm tổ chức bảo hiểm y tế bổ sung

1. Được cung cấp dữ liệu về tình trạng bệnh tật và chi phí sử dụng dịch vụ y tế theo quy định của Chính phủ.

2. Trách nhiệm thanh toán; từ chối thanh toán chi phí trong trường hợp không thực hiện đúng các điều, khoản quy định tại hợp đồng bảo hiểm.

Điều 19. Quyền và nghĩa vụ của người tham gia bảo hiểm y tế bổ sung

1. Được tổ chức bảo hiểm y tế bổ sung chi trả các chi phí thuộc phạm vi hợp đồng bảo hiểm.

2. Được cung cấp các chứng từ cần thiết để thực hiện thanh toán bảo hiểm y tế bổ sung.

3. Có trách nhiệm tuân thủ các điều khoản trong hợp đồng bảo hiểm y tế bổ sung.

Chương IV.

THẺ BẢO HIỂM Y TẾ

Điều 20. Thẻ bảo hiểm y tế

1. Thẻ bảo hiểm y tế được cấp cho người tham gia bảo hiểm y tế và làm căn cứ để được hưởng các quyền lợi về bảo hiểm y tế theo quy định của Luật này;

2. Thời điểm thẻ bảo hiểm y tế có giá trị sử dụng;

3. Trước 10 ngày làm việc đến kỳ đóng bảo hiểm y tế tiếp theo, cơ quan bảo hiểm xã hội phải thông báo cho đối tượng đóng BHYT biết và đóng bảo hiểm y tế;

4. Thẻ bảo hiểm y tế không có giá trị sử dụng trong một số trường hợp;

5. Quy định đặc tính, mẫu và nội dung thông tin trên thẻ bảo hiểm y tế;

6. Quản lý sử dụng thẻ bảo hiểm y tế

Điều 21. Cấp thẻ bảo hiểm y tế

1. Hồ sơ cấp thẻ bảo hiểm y tế;

2. Hồ sơ cấp thẻ BHYT đối với những một số đối tượng đặc biệt;

3. Quy định thời hạn cấp thẻ BHYT;

Điều 22. Cấp lại thẻ bảo hiểm y tế

Quy định các trường hợp cấp lại thẻ và thời hạn;

Điều 23. Đổi thẻ bảo hiểm y tế

1. Quy định các trường hợp và mẫu hồ sơ đổi thẻ BHYT;

2. Quy định thời hạn và phí đổi thẻ BHYT;

3. Trong thời gian chờ được cấp lại thẻ, đổi thẻ, người có thẻ vẫn được hưởng quyền lợi bảo hiểm y tế;

Điều 24. Thu hồi, tạm giữ thẻ bảo hiểm y tế

1. Quy định các trường hợp bị thu hồi và tạm giữ thẻ BHYT;

2. Thẻ bảo hiểm y tế bị tạm giữ trong trường hợp người đi khám bệnh, chữa bệnh sử dụng thẻ bảo hiểm y tế của người khác;

Chương V

PHẠM VI VÀ MỨC HƯỞNG BẢO HIỂM Y TẾ

Điều 25. Phạm vi được hưởng của người tham gia bảo hiểm y tế

1) Người tham gia bảo hiểm y tế được quỹ bảo hiểm y tế chi trả chi phí khi sử dụng dịch vụ y tế trong các trường hợp sau:

- a. Khám bệnh, chữa bệnh; điều trị dự phòng bệnh tật.
- b. Phục hồi chức năng; dụng cụ, phương tiện hỗ trợ phục hồi chức năng.
- c. Khám thai định kỳ và sinh con.
- d. Sàng lọc sơ sinh, sàng lọc trước sinh, sàng lọc bệnh lây truyền từ mẹ sang con đối với phụ nữ mang thai.
- đ. Sàng lọc, chẩn đoán sớm bệnh mạn tính.
- e. Khám sức khỏe định kỳ.
- g. Khám bệnh, chữa bệnh tại nhà cho người cao tuổi, người khuyết tật nặng.
- h. Sản phẩm dinh dưỡng sử dụng trong điều trị nội trú trẻ sơ sinh non yếu, trẻ em dưới 6 tuổi mắc bệnh suy dinh dưỡng nặng.
- i. Vận chuyển người bệnh .
- k. Người tham gia bảo hiểm y tế được lập hồ sơ sức khỏe cá nhân, được cơ sở khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế ban đầu quản lý.

2) Người từ đủ 62 tuổi trở lên đang tham gia BHYT thì được hưởng thêm quyền lợi ngoài qui định tại khoản 1 điều này theo qui định của Chính phủ.

3). Trách nhiệm của Bộ trưởng Bộ Y tế trong việc ban hành danh mục và tỷ lệ, điều kiện thanh toán đối với thuốc, hóa chất, vật tư y tế, dịch vụ kỹ thuật y tế, phương tiện, dụng cụ hỗ trợ phục hồi chức năng, sản phẩm dinh dưỡng sử dụng trong điều trị thuộc phạm vi được hưởng của người tham gia bảo hiểm y tế.

Điều 26. Nguyên tắc xây dựng gói dịch vụ y tế do quỹ bảo hiểm y tế chi trả

- 1. Gói dịch vụ y tế do quỹ bảo hiểm y tế chi trả;
- 2. Điều chỉnh gói dịch vụ y tế do quỹ bảo hiểm y tế chi trả;

Điều 27. Mức hưởng bảo hiểm y tế

1. Người tham gia bảo hiểm y tế khi đi khám bệnh, chữa bệnh theo quy định thì được quỹ bảo hiểm y tế thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh trong phạm vi được hưởng với mức hưởng như sau:

- a) 100% chi phí khám bệnh, chữa bệnh;
- b) 95% chi phí khám bệnh, chữa bệnh;
- c) 80% chi phí khám bệnh, chữa bệnh;

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

3. Trường hợp người có thẻ bảo hiểm y tế tự đi khám bệnh, chữa bệnh tại cơ sở y tế không phải là nơi đăng ký khám bệnh, chữa bệnh ban đầu.

4. Quy định quỹ bảo hiểm y tế thanh toán 100% chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế nội trú tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh thuộc tuyến trung ương đối với một số đối tượng ưu tiên.

Điều 28. Quỹ bảo hiểm y tế không chi trả cho những trường hợp sau

1. Chi phí trong trường hợp đã được ngân sách nhà nước chi trả.
2. Điều dưỡng, an dưỡng tại cơ sở điều dưỡng, an dưỡng, cơ sở chăm sóc xã hội.
3. Sử dụng dịch vụ kế hoạch hóa gia đình; nạo hút thai, phá thai, trừ trường hợp phải đình chỉ thai nghén do nguyên nhân bệnh lý của thai nhi hoặc của thai phụ.
4. Sử dụng dịch vụ thẩm mỹ.
5. Điều trị lác, cận thị và tật khúc xạ của mắt, trừ trường hợp trẻ em dưới 18 tuổi.
6. Khám bệnh, chữa bệnh, phục hồi chức năng trong trường hợp thảm họa.
7. Chẩn đoán, điều trị nghiện ma túy, nghiện rượu và các chất gây nghiện khác.
8. Giám định y khoa, giám định pháp y, giám định pháp y tâm thần.
9. Tham gia thử nghiệm lâm sàng, nghiên cứu khoa học.

Chương VI.

TỔ CHỨC KHÁM BỆNH, CHỮA BỆNH VÀ CUNG CẤP DỊCH VỤ Y TẾ CHO NGƯỜI THAM GIA BẢO HIỂM Y TẾ

Điều 29. Cơ sở cung ứng dịch vụ y tế và khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế và

1. Cơ sở cung ứng dịch vụ y tế và khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế
2. Quy định các loại hình cơ sở cung ứng dịch vụ y tế và khám bệnh, chữa bệnh BHYT.

Điều 30. Hợp đồng cung ứng dịch vụ y tế và khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế

1. Hợp đồng cung ứng dịch vụ y tế và khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế
2. Hợp đồng cung ứng dịch vụ khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế là hợp đồng dân sự; là văn bản được thỏa thuận giữa tổ chức bảo hiểm y tế với cơ sở cung ứng dịch vụ khám bệnh, chữa bệnh BHYT về việc cung ứng dịch vụ và thanh toán chi phí sử dụng dịch vụ y tế của người tham gia BHYT.

3. Cơ sở cung ứng dịch vụ khám bệnh, chữa bệnh BHYT đủ điều kiện hoạt động theo qui định pháp luật được quyền ký kết hợp đồng với tổ chức bảo hiểm y tế.

4. Chính phủ quy định chi tiết mẫu hợp đồng cung ứng dịch vụ khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế.

Điều 31. Ký kết hợp đồng cung ứng dịch vụ khám bệnh, chữa bệnh BHYT

1. Cơ sở khám bệnh, chữa bệnh công lập bắt buộc phải ký hợp đồng cung ứng dịch vụ y tế.

2. Cơ sở cung ứng dịch vụ y tế khác.

3. Việc thỏa thuận về việc thay đổi, tạm dừng, thanh lý, chấm dứt hợp đồng.

Điều 32. Đăng ký khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế ban đầu và chuyển tuyến.

1. Quy định cơ sở khám bệnh, chữa bệnh BHYT ban đầu.

2. Quy định quyền lựa chọn và thay đổi nơi đăng ký khám bệnh, chữa bệnh BHYT ban đầu.

3. Quy định về chuyển tuyến BHYT: Chuyển người bệnh có BHYT từ một cơ sở khám bệnh, chữa bệnh BHYT đến cơ sở khám bệnh, chữa bệnh BHYT khác.

Điều 33. Chuyển tuyến BHYT đối với cơ sở khám bệnh, chữa bệnh có hoạt động quản lý, chăm sóc sức khỏe, hoạt động theo nguyên lý y học gia đình

Quy định việc chuyển tuyến BHYT đối với cơ sở có thực hiện khám bệnh, chữa bệnh có hoạt động quản lý, chăm sóc sức khỏe /hoạt động theo nguyên lý y học gia đình.

Quy định các điều kiện kiểm soát, đánh giá việc chuyển tuyến hiệu quả và lộ trình thực hiện.

Điều 34. Thủ tục khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế

Quy định thủ tục khi đi khám bệnh, chữa bệnh BHYT, trường hợp cấp cứu, chuyển tuyến BHYT, khám lại.

Chương VII.

THANH TOÁN CHI PHÍ KHÁM BỆNH, CHỮA BỆNH BẢO HIỂM Y TẾ

Điều 35. 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: Thanh toán theo định suất; Thanh toán theo giá dịch vụ; Thanh toán theo nhóm chẩn đoán.

2. Lộ trình áp dụng đối với các phương thức thanh toán.

Điều 36. Thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế

1. Thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế với cơ sở cung ứng dịch vụ y tế theo hợp đồng.

2. Thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế trực tiếp cho người có thẻ bảo hiểm y tế đi khám bệnh, chữa bệnh.

Điều 37. Tạm ứng, thanh toán, quyết toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế

1. Việc tạm ứng kinh phí, thanh quyết toán cho cơ sở khám bệnh, chữa bệnh thực hiện hàng quý.

2. Quy định hồ sơ, thời hạn thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh trực tiếp với người tham gia BHYT.

Chương VIII.**QUỸ BẢO HIỂM Y TẾ****Điều 38. Nguồn thu của quỹ bảo hiểm y tế**

1. Tiền đóng bảo hiểm y tế theo quy định của Luật này.
2. Tiền sinh lời từ hoạt động đầu tư của quỹ bảo hiểm y tế.
3. Tài trợ, viện trợ của các tổ chức, cá nhân trong nước và nước ngoài.
4. Các nguồn thu hợp pháp khác.

Điều 39. Quản lý quỹ bảo hiểm y tế

1. Quỹ bảo hiểm y tế được quản lý tập trung, thống nhất, công khai, minh bạch.

2. Quy định vai trò của NSNN trong trường hợp quỹ bảo hiểm y tế bị mất cân đối.

3. Điều chỉnh quỹ dự phòng; điều chỉnh mức đóng, phạm vi được hưởng khi quỹ bảo hiểm y tế bị thâm hụt hoặc kết dư.

Điều 40. 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) Quỹ khám bệnh, chữa bệnh bằng 90% số thu từ các nguồn thu của quỹ bảo hiểm y tế quy định tại khoản 1 điều 39.

b) Chi phí quản lý BHYT tối đa 4% số tiền đóng bảo hiểm y tế.

c) Số còn lại chuyển vào quỹ dự phòng;

d) Quỹ dự phòng không vượt quá số chi khám bệnh, chữa bệnh trung bình của một quý năm trước liền kề.

đ) Khi quỹ dự phòng vượt quá số chi bình quân của một quý năm trước liền kề thì số tiền vượt đó được chuyển sang cho chi khám bệnh, chữa bệnh.

2. Quy định cơ chế đầu tư số tiền tạm thời nhàn rỗi của quỹ bảo hiểm y tế.

Chương IX.

GIÁM ĐỊNH BẢO HIỂM Y TẾ

Điều 41. Công tác giám định bảo hiểm y tế

1. Giám định bảo hiểm y tế.

2. Nguyên tắc giám định bảo hiểm y tế.

a) Công khai, minh bạch, khách quan, kịp thời, chính xác và đảm bảo lợi ích của các bên liên quan đến bảo hiểm y tế.

b) Tuân thủ quy định pháp luật về bảo hiểm y tế và các quy định pháp luật liên quan.

c) Quy định về tổ chức của cơ quan giám định, có 2 phương án:

PA 1, Như qui định hiện hành, cơ quan giám định bảo hiểm y tế thuộc BHXH Việt Nam;

PA 2. Cơ quan giám định bảo hiểm y tế hoạt động độc lập (như tổ chức kiểm toán).

Điều 42. Quyền và nghĩa vụ của cơ quan thực hiện giám định bảo hiểm y tế

1. Quyền của cơ quan thực hiện giám định bảo hiểm y tế.

2. Nghĩa vụ của tổ chức cơ quan thực hiện giám định bảo hiểm y tế.

Điều 43. Điều kiện người làm công tác giám định

1. Người thực hiện nhiệm vụ giám định bảo hiểm y tế phải có chứng chỉ hành nghề giám định giám định BHYT;

2. Lộ trình sau 5 năm, kể từ ngày Luật này có hiệu lực, người làm công tác giám định bảo hiểm y tế phải có chứng chỉ hành nghề.

3. Chính phủ quy định cụ thể về phân loại, thủ tục, thẩm quyền, điều kiện cấp chứng chỉ hành nghề giám định bảo hiểm y tế.

Điều 44. Nội dung, phương pháp, quy trình, thủ tục giám định bảo hiểm y tế

1. Nội dung giám định bảo hiểm y tế;

2. Phương pháp giám định;

3. Chính phủ hướng dẫn quy trình, thủ tục giám định bảo hiểm y tế và việc xử lý hậu quả trong trường hợp không thống nhất về kết luận giám định của tổ chức bảo hiểm y tế hoặc cơ sở cung ứng dịch vụ y tế.

Chương X.

QUYỀN VÀ TRÁCH NHIỆM CỦA CÁC BÊN LIÊN QUAN

ĐẾN BẢO HIỂM Y TẾ

Điều 45. Quyền của người tham gia bảo hiểm y tế

1. Được cấp thẻ bảo hiểm y tế khi tham gia đóng bảo hiểm y tế.
2. Được lựa chọn đăng ký cơ sở khám bệnh, chữa bệnh BHYT ban đầu.
3. Được lập hồ sơ sức khỏe, theo dõi và quản lý sức khỏe tại nơi người tham gia bảo hiểm y tế lựa chọn là nơi đăng ký khám bệnh, chữa bệnh BHYT ban đầu.
4. Được hưởng quyền lợi theo quy định.
5. Được quỹ BHYT thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh.
6. Yêu cầu tổ chức bảo hiểm y tế, cơ sở khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế và cơ quan liên quan giải thích, cung cấp thông tin về chế độ bảo hiểm y tế.
7. Khiếu nại, tố cáo hành vi vi phạm pháp luật về bảo hiểm y tế.

Điều 46. Trách nhiệm của người tham gia bảo hiểm y tế

1. Đóng bảo hiểm y tế đầy đủ, đúng thời hạn.
2. Đăng ký nơi KCB ban đầu tại một cơ sở KCB BHYT.
3. Sử dụng thẻ bảo hiểm y tế đúng mục đích, không cho người khác mượn thẻ bảo hiểm y tế.
4. Thực hiện các quy định khi đến khám bệnh, chữa bệnh.
5. Chấp hành các quy định và hướng dẫn của tổ chức bảo hiểm y tế, cơ sở khám bệnh, chữa bệnh khi đến khám bệnh, chữa bệnh và thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế.
6. Thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh cho cơ sở khám bệnh, chữa bệnh ngoài phần chi phí do quỹ bảo hiểm y tế chi trả.

Điều 47. Quyền của tổ chức, cá nhân đóng bảo hiểm y tế cho người tham gia

1. Yêu cầu tổ chức bảo hiểm y tế, cơ quan nhà nước có thẩm quyền giải thích, cung cấp thông tin về chính sách pháp luật bảo hiểm y tế.
2. Khiếu nại, tố cáo hành vi vi phạm pháp luật về bảo hiểm y tế.

Điều 48. Trách nhiệm của tổ chức, cá nhân đóng bảo hiểm y tế cho người tham gia.

1. Lập hồ sơ đề nghị cấp thẻ bảo hiểm y tế.
2. Đóng bảo hiểm y tế đầy đủ, đúng thời hạn.
3. Chuyển thẻ bảo hiểm y tế cho người tham gia bảo hiểm y tế.
4. Cung cấp đầy đủ, chính xác thông tin, tài liệu có liên quan đến trách nhiệm thực hiện bảo hiểm y tế của người sử dụng lao động, của đại diện cho người tham gia bảo hiểm y tế khi có yêu cầu của tổ chức bảo hiểm y tế, người lao động hoặc đại diện của người lao động.
5. Chấp hành việc thanh tra, kiểm tra về việc thực hiện các quy định của pháp luật về bảo hiểm y tế.

Điều 49. Quyền của tổ chức bảo hiểm y tế

1. Yêu cầu người sử dụng lao động, đại diện của người tham gia bảo hiểm y tế và người tham gia bảo hiểm y tế cung cấp đầy đủ, chính xác thông tin, tài liệu có liên quan đến trách nhiệm của họ về việc thực hiện bảo hiểm y tế.
2. Kiểm tra các cơ sở y tế về việc đảm bảo quyền lợi của người có thẻ bảo hiểm y tế.
3. Tạm dừng từng phần hợp đồng cung ứng dịch vụ KCB BHYT đối với sai phạm mức độ cá nhân sau khi đã cảnh báo 2 lần.
4. Dừng toàn bộ thực hiện hợp đồng cung ứng dịch vụ KCB BHYT khi phát hiện cơ sở y tế có sai phạm mang tính chất hệ thống, có tổ chức.
5. Từ chối thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế.
6. Yêu cầu người có trách nhiệm bồi thường thiệt hại.
7. Kiến nghị sửa đổi, bổ sung chính sách, pháp luật về bảo hiểm y tế và xử lý tổ chức, cá nhân vi phạm pháp luật về bảo hiểm y tế.
8. Ban hành văn bản hướng dẫn chuyên môn nghiệp vụ để thực hiện bảo hiểm y tế.
9. Ban hành văn bản hướng dẫn xử lý đối với nội dung phát sinh trong quá trình thực hiện nhưng chưa được quy định tại văn bản quy phạm pháp luật sau khi trao đổi và thống nhất với Bộ Y tế nhưng không được trái với các quy định của pháp luật về bảo hiểm y tế.

Điều 50. Trách nhiệm của tổ chức bảo hiểm y tế

1. Tuyên truyền, phổ biến chính sách, pháp luật về bảo hiểm y tế.
2. Tổ chức cấp thẻ bảo hiểm y tế; kiểm soát việc cấp thẻ bảo hiểm y tế không để trùng lặp; rà soát, tổng hợp..

3. Thu tiền đóng bảo hiểm y tế và cấp thẻ bảo hiểm y tế.
4. Quản lý, sử dụng quỹ bảo hiểm y tế.
5. Ký hợp đồng với cơ sở cung ứng dịch vụ khám bệnh, chữa bệnh BHYT.
6. Thanh toán chi phí.
7. Cung cấp cho người tham gia bảo hiểm y tế thông tin về các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế.
8. Tham gia; phối hợp với cơ quan, tổ chức có thẩm quyền kiểm tra, đánh giá chất lượng dịch vụ y tế.
9. Thông báo với cơ sở y tế và cơ quan quản lý nhà nước về những vướng mắc, sai phạm trong việc thực hiện pháp luật về bảo hiểm y tế.
10. Bảo vệ quyền lợi của người tham gia bảo hiểm y tế; giải quyết theo thẩm quyền các kiến nghị, khiếu nại, tố cáo về chế độ bảo hiểm y tế.
11. Lưu trữ hồ sơ, số liệu về bảo hiểm y tế theo quy định
12. Tổ chức thực hiện công tác thống kê, báo cáo, hướng dẫn nghiệp vụ về bảo hiểm y tế;
13. Tổ chức đào tạo, bồi dưỡng nghiệp vụ, nghiên cứu khoa học và hợp tác quốc tế về bảo hiểm y tế.

Điều 51. Quyền của cơ sở cung cấp dịch vụ khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế

1. Được tổ chức bảo hiểm y tế tạm ứng kinh phí và thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh theo hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh đã ký.
2. Từ chối cung ứng dịch vụ y tế, thuốc, hóa chất và vật tư y tế trùng lặp về thời gian điều trị cho bệnh nhân bảo hiểm y tế theo quy định của Bộ Y tế.
4. Kiến nghị với cơ quan nhà nước có thẩm quyền xử lý tổ chức, cá nhân vi phạm pháp luật về bảo hiểm y tế.

Điều 52. Trách nhiệm của cơ sở cung cấp dịch vụ khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế

1. Tổ chức khám bệnh, chữa bệnh bảo đảm chất lượng, với thủ tục đơn giản, thuận tiện cho người tham gia bảo hiểm y tế.
2. Cung cấp hồ sơ bệnh án, tài liệu liên quan đến khám bệnh, chữa bệnh và thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh của người tham gia bảo hiểm y tế theo yêu cầu của tổ chức bảo hiểm y tế và cơ quan nhà nước có thẩm quyền.
3. Bảo đảm điều kiện cần thiết cho tổ chức bảo hiểm y tế thực hiện công tác giám định; phối hợp với tổ chức bảo hiểm y tế trong việc tuyên truyền, giải thích về chế độ bảo hiểm y tế cho người tham gia bảo hiểm y tế.

4. Kiểm tra lịch sử khám bệnh, chữa bệnh của người có sử dụng thẻ bảo hiểm y tế trước khi cung ứng dịch vụ cho người có thẻ bảo hiểm y tế để chỉ định dịch vụ hợp lý, an toàn, hiệu quả, chống lãng phí. tránh cung ứng trùng lặp dịch vụ KCB BHYT.

5. Kiểm tra, phát hiện và thông báo cho tổ chức bảo hiểm y tế những trường hợp vi phạm về sử dụng thẻ bảo hiểm y tế; phối hợp thu hồi, tạm giữ thẻ BHYT.

6. Quản lý và sử dụng kinh phí từ quỹ bảo hiểm y tế theo đúng quy định của pháp luật.

7. Tổ chức thực hiện công tác thống kê, báo cáo về bảo hiểm y tế theo quy định của pháp luật.

8. Lập bảng kê chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế và chịu trách nhiệm trước pháp luật về tính hợp pháp, chính xác của bảng kê này.

9. Cung cấp bảng kê chi phí cho người tham gia bảo hiểm y tế khi có yêu cầu.

10. Giám sát để đảm bảo người hành nghề tuân thủ các quy định chuyên môn trong khám bệnh, chữa bệnh, cung cấp dịch vụ y tế.

Điều 53. Quyền của tổ chức đại diện người lao động và tổ chức đại diện người sử dụng lao động

1. Yêu cầu tổ chức bảo hiểm y tế, cơ sở khám bệnh, chữa bệnh và người sử dụng lao động cung cấp đầy đủ, chính xác thông tin liên quan đến chế độ bảo hiểm y tế của người lao động.

2. Kiến nghị với cơ quan nhà nước có thẩm quyền xử lý hành vi vi phạm pháp luật về bảo hiểm y tế làm ảnh hưởng đến quyền và lợi ích hợp pháp của người lao động, người sử dụng lao động.

Điều 54. Trách nhiệm của tổ chức đại diện người lao động và tổ chức đại diện người sử dụng lao động

1. Tuyên truyền, phổ biến chính sách, pháp luật về bảo hiểm y tế đối với người lao động, người sử dụng lao động.

2. Tham gia xây dựng, kiến nghị sửa đổi, bổ sung chính sách, pháp luật về bảo hiểm y tế.

3. Tham gia giám sát việc thi hành pháp luật về bảo hiểm y tế, đôn đốc người sử dụng lao động đóng bảo hiểm y tế cho người lao động và tham gia giải quyết các trường hợp trốn đóng, nợ đóng bảo hiểm y tế.

Chương XI.

THANH TRA, KHIẾU NẠI, TỔ CÁO, GIẢI QUYẾT TRANH CHẤP VÀ XỬ LÝ VI PHẠM VỀ BẢO HIỂM Y TẾ

Điều 55. Thanh tra bảo hiểm y tế

1. Nội dung thanh tra chuyên ngành bảo hiểm y tế,
2. Đối tượng thanh tra: Cơ sở cung ứng dịch vụ KCB BHYT, tổ chức quản lý quỹ bảo hiểm y tế, tổ chức giám định bảo hiểm y tế, người tham gia bảo hiểm y tế, cơ quan và đơn vị quản lý đối tượng tham gia bảo hiểm y tế.
3. Thanh tra y tế thực hiện quy định tại khoản 1 và 2 Điều này.
4. Thanh tra bảo hiểm xã hội thực hiện thanh tra đóng bảo hiểm y tế đối với, người tham gia bảo hiểm y tế, cơ quan và đơn vị quản lý đối tượng tham gia bảo hiểm y tế.
5. Thanh tra bảo hiểm xã hội phối hợp với thanh tra y tế thực hiện quy định tại khoản 1 và 2 Điều này.

Điều 56. Khiếu nại, tố cáo về bảo hiểm y tế

1. Đối tượng khiếu nại và giải quyết khiếu nại về bảo hiểm y tế là quyết định hành chính, hành vi hành chính về bảo hiểm y tế.
2. Việc tố cáo và giải quyết tố cáo vi phạm pháp luật về bảo hiểm y tế được thực hiện theo quy định của pháp luật về khiếu nại, tố cáo.

Điều 57. Tranh chấp về bảo hiểm y tế

1. Tranh chấp về bảo hiểm y tế là tranh chấp về quyền lợi, nghĩa vụ và trách nhiệm của các bên liên quan đến bảo hiểm y tế.
2. Trình tự giải quyết tranh chấp về bảo hiểm y tế.

Điều 58. Xử lý vi phạm

1. Người có hành vi vi phạm quy định của Luật này và quy định khác của pháp luật có liên quan đến bảo hiểm y tế thì tùy theo tính chất, mức độ vi phạm mà bị xử lý kỷ luật, xử phạt vi phạm hành chính hoặc bị truy cứu trách nhiệm hình sự, nếu gây thiệt hại thì phải bồi thường theo quy định của pháp luật.
2. Cơ quan, tổ chức có hành vi vi phạm quy định của Luật này và quy định khác của pháp luật có liên quan đến bảo hiểm y tế thì bị xử phạt vi phạm hành chính, nếu gây thiệt hại thì phải bồi thường theo quy định của pháp luật.
3. Các hình thức xử lý đối với cơ quan, tổ chức, người sử dụng lao động có trách nhiệm đóng bảo hiểm y tế mà không đóng hoặc đóng không đầy đủ theo quy định của pháp luật.

Chương XII.**ĐIỀU KHOẢN THI HÀNH****Điều 59. Điều khoản chuyển tiếp****Điều 60. Hiệu lực thi hành.**