|  |  |
| --- | --- |
| **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 2

Ngày 12/9/2024

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

1. Sửa đổi, bổ sung khoản 5 như sau:

“5. *Cơ sở khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế ban đầu* là cơ sở khám bệnh, chữa bệnh theo đăng ký của người tham gia bảo hiểm y tế để được quản lý sức khỏe, khám bệnh, chữa bệnh, chuyển cơ sở khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế và hưởng đầy đủ quyền lợi bảo hiểm y tế phù hợp với phạm vi chi trả của Quỹ bảo hiểm y tế, được thể hiện trên thẻ bảo hiểm y tế của người tham gia bảo hiểm y tế .”

1. Bổ sung các khoản 9, 10 vào sau khoản 8 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 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* hành vi của người sử dụng lao động thuộc một trong các trường hợp sau đây để 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:

a) Sau 60 ngày kể từ ngày hết thời hạn quy định phải tham gia bảo hiểm y tế theo quy định 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:

“3. Ban hành quy định, *quy trình, hướng dẫn chuyên môn về khám bệnh, chữa bệnh, chuyển người bệnh giữa các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh* liên quan đến bảo hiểm y tế; *rà soát và cập nhật thường xuyên phác đồ điều trị để bảo đảm thuận tiện trong khám bệnh, chữa bệnh và thanh toán bảo hiểm y tế*; *tổ chức ứng dụng công nghệ thông tin, chuyển đổi số trong quản lý bảo hiểm y tế*.

4. Xây dựng và trình Chính phủ các giải pháp nhằm bảo đảm cân đối quỹ bảo hiểm y tế, *ứng dụng công nghệ thông tin, chuyển đổi số 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 và o khoản 3* và 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 và o khoản 3* và 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, điểm h khoản 1, các điểm a, b, c và điểm 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, điểm h khoản 1, các điểm a, b, c và điểm 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), ngoài việc thực hiện trách nhiệm quy định tại khoản 1 Điều này, có trách nhiệm lập danh sách tham gia bảo hiểm y tế trên địa bàn cho các đối tượng quy định tại các khoản 2, 3, 4 và 5 Điều 12 của Luật này theo hộ gia đình, trừ đối tượng quy định *tại các điểm a, b, c, d, l và n khoản 3 và điểm b khoản 4 Điều 12* của Luật này; Ủy ban nhân dân cấp xã phải lập danh sách đề nghị cấp thẻ bảo hiểm y tế cho trẻ em đồng thời với việc cấp giấy khai sinh.”

6. 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 hoặc 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 bảo hiểm y tế của cơ quan bảo hiểm xã hội.”*

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

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

8. Sửa đổi, bổ sung Điều 12 như sau:

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

1. Nhóm do người lao động và người sử dụng lao động 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 tham gia theo quy định của Chính phủ;*

e) Cán bộ, công chức, viên chức;

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

h) Công nhân và viên chức quốc phòng làm việc trong các doanh nghiệp quốc phòng, công nhân công an làm việc trong các doanh nghiệp công an;

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 được người sử dụng lao động trả lương.

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, hạ sĩ quan, binh sĩ quân đội 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) Công nhân và viên chức quốc phòng, công nhân công an, không bao gồm đối tượng làm việc trong các doanh nghiệp quốc phòng, công an; người làm công tác khác trong tổ chức cơ yếu;*

c) Học viên quân đội nhân dân, học viên công an nhân dân người Việt Nam và người nước ngoài; học viên cơ yếu hưởng sinh hoạt phí người Việt Nam và 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, đ khoản 3 Điều này; thân nhân của công nhân và viên chức quốc phòng đang phục vụ trong quân đội và thân nhân của công nhân công an đang công tác trong công an nhân dân, trừ các đối tượng quy định tại điểm i khoản 1 Điều này; thân nhân của người làm công tác khác trong tổ chức cơ yếu;*

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 *đang cư trú tại vùng đồng bào dân tộc thiểu số và miền núi* hoặc vùng có điều kiện kinh tế - xã hội khó khăn; người đang sinh sống tại vùng có điều kiện kinh tế - xã hội đặc biệt khó khăn; người đang sinh sống tại xã đảo, huyện đảo;

*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 thuộc diện hưởng trợ cấp bảo trợ xã hội hằng tháng; *người khuyết tật nặng hoặc đặc biệt nặng đang hưởng trợ cấp tuất hằng tháng hoặc trợ cấp bảo trợ xã hội hằng tháng;*

*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.*

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 Chính phủ;*

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

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 nội dung sau đây:

a) Đối tượng khác ngoài các đối tượng *quy định tại Điều này;*

b) Việc cấp thẻ bảo hiểm y tế đối với đối tượng do Bộ Quốc phòng, Bộ Công an quản lý và đối tượng quy định tại điểm l khoản 3 Điều này;

c) Phạm vi quyền lợi, mức hưởng bảo hiểm y tế, khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế, quản lý, sử dụng phần kinh phí dành cho khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế, giám định bảo hiểm y tế 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 khoản 3 Điều này;

*d) Hình thức thanh toán, quyết toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế phù hợp với một số đối tượng cán bộ, chiến sỹ và người dân ở vùng sâu, vùng xa, biển đảo để bảo đảm chính sách an ninh quốc phòng.”*

9. 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 và người lao động đóng:

a) Mức đóng hằng tháng của đối tượng quy định tại *các điểm a, c, d, h, 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 i khoản 1 Điều 12 Luật này tối đa bằng 6% mức lương cơ sở và do người sử dụng lao động đóng.*

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

*a) Trong thời gian các đối tượng quy định tại các điểm a, c, d, 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, c, d, 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 hàng 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 *các điểm a, b* khoản 3 Điều 12 của Luật này tối đa bằng 6% tiền lương tháng và do ngân sách nhà nước đóng;

b) Mức đóng hàng tháng của đối tượng quy định tại *các điểm c, d, đ, e, g, h, i, k, l, m, o, p, q, r, s, t, u* 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 *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 có mức tiền lương cao nhất *tại thời điểm đóng*;

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, 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, d, đ 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.”.

10. 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, 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.”*

11. 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. ”

12. Sửa đổi, bổ sung điểm b 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 điểm g và điểm h khoản 1 Điều 12 của Luật này, nếu tự nộp thì hồ sơ là tờ khai quy định tại điểm a khoản này cho cơ quan bảo hiểm xã hội trong thời hạn 30 ngày kể từ ngày thuộc đối tượng tham gia bảo hiểm y tế.*

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 quy định tại các điểm *a, b, c, d, l, n* khoản 3 và điểm b khoản 4 Điều 12 của Luật này.

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.

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, h* khoản 1, *điểm a và các điểm b, c, l, d, n* khoản 3, điểm b khoản 4 Điều 12 của Luật này và danh sách của các đối tượng quy định tại điểm l khoản 3 Điều 12 của Luật này do Bộ Quốc phòng và Bộ Công an lập.”

13. 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 chi trả các chi phí sau đây:

a) Khám bệnh, chữa bệnh, 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, 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, khí y tế, vật tư, dụng cụ, công cụ sử dụng trong khám bệnh, chữa bệnh thuộc phạm vi thanh toán của quỹ bảo hiểm y tế.*

2. Bộ trưởng Bộ Y tế chủ trì, phối hợp với các bộ, ngành liên quan quy định *nguyên tắc, tiêu chí* xây dựng danh mục thuốc và ban hành danh mục, tỷ lệ, điều kiện thanh toán đối với thuốc, hóa chất, *thiết bị y tế*, dịch vụ kỹ thuật y tế, *khí y tế* thuộc phạm vi được hưởng của người tham gia bảo hiểm y tế và việc thanh toán chi phí quy định tại các điểm b, c Khoản 1 Điều này.’.

14. Sửa đổi, bổ sung Điều 22 như sau:

“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, c, d, đ, e, h, i,* o và *r* 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, 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; khám bệnh, chữa bệnh tại một số cơ sở khám bệnh, chữa bệnh thuộc cấp khám bệnh, chữa bệnh ban đầu là trạm y tế xã, phường, thị trấn; trạm xá; trạm y tế, phòng y tế của cơ quan, đơn vị, tổ chức; phòng khám y học gia đình; trạm y tế quân - dân y, phòng khám quân - dân y và một số cơ sở khám bệnh, chữa bệnh ngoại trú khác trong quân đội theo quy định của Bộ trưởng Bộ Quốc phòng; một số cơ sở khám bệnh, chữa bệnh ngoại trú khác trong công an theo quy định của Bộ trưởng Bộ Công an.

c) 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 điều 26, 27, 28 Luật này lớn hơn 6 tháng lương cơ sở.

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

đ) 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 trừ trường hợp cấp cứu và các trường hợp quy định tại các khoản 4, 5 Điều này, được quỹ bảo hiểm y tế thanh toán theo tỷ lệ như sau:

a) 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 đối với trường hợp khám bệnh, chữa bệnh tại *cơ sở khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế thuộc cấp khám bệnh, chữa bệnh ban đầu và một số cơ sở khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế thuộc cấp khám bệnh, chữa bệnh cơ bản tương đương bệnh viện huyện theo quy định của Bộ trưởng Bộ Y tế trừ trường hợp quy định tại các điểm b, c Điều này.* (thông tuyến huyện hiện nay)

b) 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 đối với trường hợp khám bệnh, chữa bệnh tại *một số cơ sở khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế thuộc cấp khám bệnh, chữa bệnh cơ bản, chuyên sâu tương đương bệnh viện tỉnh trực thuộc Sở Y tế theo quy định của Bộ trưởng Bộ Y tế, trừ trường hợp quy định tại các điểm a, c khoản này;* (thông tuyến tỉnh hiện nay)

c) 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 tại *cơ sở khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế thuộc cấp khám bệnh, chữa bệnh chuyên sâu theo quy định của Bộ trưởng Bộ Y tế, trừ trường hợp quy định tại các điểm a, b khoản này.* (thông tuyến trung ương hiện nay)

4. Người tham gia bảo hiểm y tế tự đi khám bệnh, chữa bệnh tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh quy định tại điểm c khoản 3 Điều này 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 100% chi phí điều trị nội trú theo tỷ lệ phần trăm mức hưởng quy định tại khoản 1 Điều này khi thuộc một trong các đối tượng sau đây:

a) 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;

b) Người đang sinh sống tại xã đảo, huyện đảo;

*c) Người tham gia bảo hiểm y tế thuộc diện Bộ Chính trị, Ban Bí thư quản lý.*

*5. Người tham gia bảo hiểm y tế được quỹ bảo hiểm y tế thanh toán 100% chi phí khám bệnh, chữa bệnh theo tỷ lệ phần trăm mức hưởng quy định tại khoản 1 Điều này và không phải thực hiện theo quy định tại các điều 26, 27 của Luật này khi đi khám bệnh, chữa bệnh thuộc một trong các trường hợp sau đây:*

*a) Người bệnh được cơ sở khám bệnh, chữa bệnh chẩn đoán xác định đối với một số bệnh hiếm, bệnh hiểm nghèo, bệnh cần phẫu thuật hoặc sử dụng kỹ thuật cao theo danh mục bệnh và quy định của Bộ trưởng Bộ Y tế.*

*b) Thương binh, bệnh binh cư trú tại các cơ sở nuôi dưỡng thương binh, bệnh binh’.*

6. Chính phủ quy định cụ thể mức hưởng đối với trường hợp khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế tại các địa bàn giáp ranh; người tham gia bảo hiểm y tế đi khám bệnh, chữa bệnh theo yêu cầu và các trường hợp phát sinh khác không thuộc quy định tại Điều này.”.

15. 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*.”.

16. 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 với tổ chức bảo hiểm y tế.”.

17. Sửa đổi, bổ sung Điều 26 như sau:

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

1. Cơ sở khám bệnh, chữa bệnh *thuộc cấp khám bệnh, chữa bệnh ban đầu và một số cơ sở khám bệnh, chữa bệnh cấp cơ bản, chuyên sâu đáp ứng nguyên tắc, tiêu chí về khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế ban đầu* được tổ chức đăng ký khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế ban đầu.

2. 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. Trường hợp người tham gia bảo hiểm y tế phải làm việc lưu động hoặc tạm trú tại địa phương khác thì được khám bệnh, chữa bệnh ban đầu tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh phù hợp *thuộc cấp ban đầu, cấp cơ bản* tại nơi người đó đang làm việc lưu động, tạm trú.

3. Người tham gia bảo hiểm y tế đăng ký khám bệnh, chữa bệnh ban đầu tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh *thuộc cấp khám bệnh, chữa bệnh ban đầu, cấp khám bệnh, chữa bệnh cơ bản* được quyền khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh khác *thuộc cấp khám bệnh, chữa bệnh ban đầu và một số cơ sở khám bệnh, chữa bệnh khác tương đương bệnh viện huyện thuộc cấp khám bệnh, chữa bệnh cơ bản* trong cùng địa bàn tỉnh.

4. 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 nguyên tắc, tiêu chí về phân bổ thẻ, khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế ban đầu và thực tế tại địa phương.*

5. 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.

6. *Bộ trưởng* *Bộ Y tế quy định chi tiết các khoản 1, 2, 3, 4* *Điều này.*

7. Bộ trưởng Bộ Công an, Bộ trưởng Bộ Quốc phòng hướng dẫn 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.”

18. 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 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 chuyên khoa, thuốc sử dụng cho cơ sở khám bệnh, chữa bệnh thuộc cấp chuyên môn kỹ thuật cao hơn.*

*3. Trường hợp cơ sở khám bệnh, chữa bệnh không thực hiện được dịch vụ kỹ thuật hoặc điều trị bệnh phù hợp với tình trạng bệnh thì người bệnh được đến khám bệnh, chữa bệnh tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh khác có phạm vi chuyên môn phù hợp và không phải thực hiện thủ tục chuyển cơ sở khám bệnh, chữa bệnh.*

*4. Bộ trưởng Bộ Y tế quy định chi tiết các khoản 1, 2 và 3 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.”.*

19. 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 theo quy định của Chính phủ 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 được khám bệnh, chữa bệnh tại bất kỳ cơ sở khám bệnh, chữa bệnh nào và 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 phải có giấy hẹn khám lại bản giấy hoặc bản điện tử của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh. Trường hợp chuyển cơ sở khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế, người tham gia bảo hiểm y tế phải có hồ sơ chuyển cơ sở khám bệnh, chữa bệnh bản giấy hoặc bản điện tử của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh chuyển đi theo quy định của Bộ trưởng Bộ Y tế.”.

20. Sửa đổi, bổ sung một số điểm của khoản 1 Điều 30 như sau:

a) 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 toàn phần, 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.”.*

21. Bổ sung các khoản 4, 5, 6 vào Điều 31 như sau:

*“4. Thanh toán chi phí thuốc, thiết bị y tế 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;*

*b) Không thể chuyển người bệnh đến cơ sở khám bệnh, chữa bệnh khác;*

*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 (gói thầu hoặc nội dung mua sắm có giá không quá 50 triệu đồng) 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. 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 chi tiết các khoản 4, 5 Điều này.”.*

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

a) Bổ sung điểm d vào sau điểm c khoản 1 như sau:

“d) *Chính phủ quy định chi tiết các trường hợp chưa thống nhất và việc giải quyết các trường hợp chưa thống nhất trong thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế.”*

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

“b) Trong thời hạn 30 ngày, kể từ ngày nhận được báo cáo quyg thời hạn 30 ngày, kể từ ngày nhận được báo rong thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tến đượcy định cho cơ sở khám bệnh, chữa bệnh nơi nhận theo giá hăn; y đế 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 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 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*;”

23. Sửa đổi, bổ sung các điểm a, b khoản 1 của Điều 35 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 phí quản lý quỹ bảo hiểm y tế, trong đó dành tối thiểu 5% số tiền đóng bảo hiểm y tế cho quỹ dự phòng.”.

24. 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.”.

25. Sửa đổi cụm từ "tổ chức bảo hiểm y tế" tại khoản 2 Điều 9, khoản 5 Điều 16 thành “Bảo hiểm xã hội Việt Nam”.

26. Sửa đổi cụm từ "tổ chức bảo hiểm y tế" tại các khoản 3, 6 Điều 2, khoản 2, 4 Điều 7c, tại tên Điều và khoản 1 Điều 9, khoản 2, 3 Điều 17, khoản 3 Điều 18, khoản 3 Điều 19, câu dẫn và khoản 1 Điều 24, khoản 3 Điều 29, khoản 1, 2, 4 Điều 31, khoản 1, 2, 3 Điều 32, khoản 1 Điều 34, khoản 4, 5 Điều 36, khoản 4 Điều 37, khoản 1 Điều 38, khoản 4 Điều 39, khoản 1, 2 Điều 42, khoản 2,3,4 Điều 43, khoản 1 Điều 44, khoản 1 Điều 48 và tại tên Điều 40, Điều 41 thành “cơ quan bảo hiểm xã hội.”.

27. Sửa đổi cụm từ "vật tư y tế" tại khoản 2 Điều 21 và khoản 8 Điều 23 thành “thiết bị y tế”.

28. 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 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.”.*

29. Bãi bỏ các điều, khoản, điểm sau đây của Luật bảo hiểm y tế:

1. Bãi bỏ cụm từ “tuyến chuyên môn kỹ thuật y tế” tại khoản 1 Điều 6;
2. Bãi bỏ khoản 4, khoản 5 Điều 31 Luật này;
3. Bãi bỏ cụm từ “Việt Nam” tại Điều 34 và tất cả các điều có cụm từ “Hội đồng quản lý bảo hiểm xã hội” trong Luật này;
4. Bãi bỏ cụm từ “tại Khoản 1 Điều 26” tại khoản 2 Điều 36;

đ) Bãi bỏ cụm từ “kiểm tra” tại khoản 2 Điều 40, cụm từ “Kiểm tra chất lượng khám bệnh, chữa bệnh” tại Khoản 8 Điều 41 của Luật này.

**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:
3. Điểm a khoản 2, điểm a khoản 7, các khoản 8, 10, 11, 12, 13, 15, 17 Điều 1 Luật này;
4. Điểm a khoản 3, Điểm đ khoản 5 Điều 2 Luật này.
5. Quy định chuyển tiếp:
6. 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 thuận lợi cho người bệnh.
7. 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.
8. Hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế được ký trước ngày Luật này có hiệu lực được thực hiện đến hết ngày 31 tháng 12 năm 2025 hoặc đến hết thời hạn của hợp đồng;
9. Giấy chuyển tuyến được cấp trước ngày Luật này có hiệu lực được tiếp tục sử dụng đến hết thời hạn của giấy;

đ) Trường hợp cơ quan có thẩm quyền chưa thực hiện xếp cấp chuyên môn khám bệnh, chữa bệnh cho bệnh viện, bệnh viện được xác định tạm thời thuộc cấp khám bệnh, chữa bệnh cơ bản cho đến thời điểm có văn bản xếp cấp của cơ quan có thẩm quyền.

*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**