**Câu hỏi luật sửa đổi bổ sung một số điều của**

**Luật Bảo hiểm y tế 2024**

**Câu 1: Theo luật sửa đổi bổ sung một số điều của Luật bảo hiểm y tế 2024 những nhóm nào được ngân sách nhà nước hỗ trợ mức đóng?**

Tại khoản 4, Điều 12 của Luật sửa đổi, bổ sung Luật BHYT năm 2024, số 51/2024/QH15 vừa được Quốc hội thông qua, có hiệu lực thi hành từ ngày 1/7/2025, nhóm đối tượng được ngân sách nhà nước hỗ trợ mức đóng BHYT bao gồm:

- Người thuộc hộ gia đình cận nghèo;

- Học sinh, sinh viên;

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

- 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;

- Nhân viên y tế thôn, bản; cô đỡ thôn, bản;

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

- 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;

- Người được tặng danh hiệu Nghệ nhân nhân dân, Nghệ nhân ưu tú theo quy định của [Luật Di sản văn hóa](https://thuvienphapluat.vn/van-ban/Tai-nguyen-Moi-truong/Luat-di-san-van-hoa-2001-28-2001-QH10-47926.aspx" \t "_blank);

- Nạn nhân theo quy định của [Luật Phòng, chống mua bán người](https://thuvienphapluat.vn/van-ban/Trach-nhiem-hinh-su/Luat-66-2011-QH12-phong-chong-mua-ban-nguoi-122148.aspx" \t "_blank).

*Như vậy,* nhóm được ngân sách nhà nước hỗ trợ mức đóng bao gồm nhiều đối tượng đa dạng, từ người thuộc hộ gia đình cận nghèo, học sinh sinh viên, đến những người có công với cách mạng, người dân tộc thiểu số, giúp mở rộng và tạo điều kiện thuận lợi cho các nhóm yếu thế trong xã hội tham gia bảo hiểm y tế.

**Câu 2: Những nhóm tự đóng bảo hiểm y tế theo luật sửa đổi bổ sung một số điều của Luật bảo hiểm y tế 2024?**

Điều 12 Luật sửa đổi bổ sung một số điều của Luật bảo hiểm y tế 2024 về đối tượng tham gia bảo hiểm y tế:

Nhóm tự đóng bảo hiểm y tế bao gồm:

- Người thuộc hộ gia đình tham gia bảo hiểm y tế theo hình thức hộ gia đình;

- Người sinh sống và làm việc, người được nuôi dưỡng, chăm sóc trong các tổ chức, cơ sở từ thiện, tôn giáo;

- Người lao động trong thời gian nghỉ không hưởng lương hoặc tạm hoãn hợp đồng lao động;

- Người không thuộc các trường hợp quy định tại các điểm a, b và c khoản này.

*Như vậy*, những nhóm tự đóng bảo hiểm y tế bao gồm những đối tượng không thuộc diện được hỗ trợ, như người tham gia bảo hiểm theo hình thức hộ gia đình, người lao động nghỉ không hưởng lương và một số nhóm khác, giúp nâng cao tính tự nguyện tham gia bảo hiểm y tế.

**Câu 3: Theo luật sửa đổi bổ sung một số điều của Luật bảo hiểm y tế 2024 những nhóm nào được ngân sách nhà nước đóng bảo hiểm y tế?**

Nhóm do ngân sách nhà nước đóng bao gồm:

- 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;

- 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;

- Học viên quân đội, học viên công an, học viên cơ yếu hưởng sinh hoạt phí là người nước ngoài;

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

- Dân quân thường trực;

- Người có công với cách mạng theo quy định của [Pháp lệnh Ưu đãi người có công với cách mạng](https://thuvienphapluat.vn/van-ban/Van-hoa-Xa-hoi/Phap-lenh-02-2020-UBTVQH14-uu-dai-nguoi-co-cong-voi-Cach-mang-460718.aspx" \t "_blank); cựu chiến binh;

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

- Trẻ em dưới 6 tuổi;

- 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](https://thuvienphapluat.vn/van-ban/Van-hoa-Xa-hoi/Phap-lenh-02-2020-UBTVQH14-uu-dai-nguoi-co-cong-voi-Cach-mang-460718.aspx" \t "_blank);

- 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](https://thuvienphapluat.vn/van-ban/Van-hoa-Xa-hoi/Phap-lenh-02-2020-UBTVQH14-uu-dai-nguoi-co-cong-voi-Cach-mang-460718.aspx" \t "_blank), trừ đối tượng quy định tại điểm i khoản này;

- Thân nhân của các đối tượng quy định tại điểm a và điểm b khoản này theo quy định của pháp luật;

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

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

- 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;

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

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

- 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;

- 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 hàng tháng;

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

- 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.

*Như vậy*, ngân sách nhà nước sẽ đóng bảo hiểm y tế cho các nhóm đối tượng như sĩ quan quân đội, học viên quân đội, trẻ em dưới 6 tuổi, người có công với cách mạng và một số đối tượng đặc biệt khác, thể hiện sự chăm lo của Nhà nước đối với các đối tượng yếu thế trong xã hội.

**Câu 4: Theo luật sửa đổi bổ sung một số điều của Luật bảo hiểm y tế 2024 những nhóm nào được Cơ quan bảo hiểm xã hội đóng bảo hiểm y tế?**

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

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

- 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;

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

- Người đang hưởng trợ cấp thất nghiệp.

*Như vậy*, những nhóm do cơ quan bảo hiểm xã hội đóng bảo hiểm y tế bao gồm người hưởng lương hưu, trợ cấp xã hội, người thất nghiệp, giúp đảm bảo quyền lợi y tế cho những người đã nghỉ hưu hoặc không còn công việc ổn định.

**Câu 5: Hồ sơ cấp thẻ bảo hiểm y tế gồm những gì?**

Hồ sơ cấp thẻ bảo hiểm y tế như sau:

- 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;

- 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;

- 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;

- 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;

- 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, 1 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.

*Như vậy*, hồ sơ cấp thẻ bảo hiểm y tế bao gồm các giấy tờ cần thiết như tờ khai tham gia bảo hiểm, danh sách tham gia bảo hiểm của tổ chức, cơ quan, đơn vị và các đối tượng tự nộp hồ sơ, giúp quy trình cấp thẻ bảo hiểm y tế trở nên minh bạch và dễ dàng hơn.

**Câu 6: Người tham gia bảo hiểm y tế được quỹ bảo hiểm y tế thanh toán những loại chi phí nào?**

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

- 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;

- 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;

- 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.

***Như vậy****,* quỹ bảo hiểm y tế sẽ thanh toán các chi phí khám bệnh, chữa bệnh, vận chuyển người bệnh, thuốc men, thiết bị y tế và dịch vụ y tế khác, giúp giảm gánh nặng tài chính cho người tham gia bảo hiểm khi gặp các vấn đề về sức khỏe.

**Câu 7: Mức hưởng khi người tham gia bảo hiểm y tế khám bệnh, chữa bệnh theo quy định được quỹ bảo hiểm y tế?**

 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:

- 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;

- 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;

- 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;

- 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;

- 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;

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

*Như vậy*, mức hưởng bảo hiểm y tế khi khám chữa bệnh sẽ được chi trả từ 100% đến 80% tùy thuộc vào từng đối tượng và điều kiện cụ thể, giúp bảo vệ quyền lợi và đảm bảo sự công bằng trong việc chi trả các chi phí y tế.

**Câu 8: Mức hưởng khi người tham gia bảo hiểm y tế khám bệnh, chữa bệnh không đúng cơ sở đăng kí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế ban đầu, không đúng theo quy định về chuyển người bệnh?**

 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:

- 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 hiếm, bệnh hiểm nghèo, bệnh cần phẫu thuật hoặc sử dụng kỹ thuật cao do Bộ trưởng Bộ Y tế quy định;

- 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;

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

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

- 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;

- 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;

- 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;

- 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.

***Như vậy,*** nếu người tham gia bảo hiểm y tế khám bệnh không đúng cơ sở đăng ký ban đầu hoặc không tuân thủ quy định về chuyển cơ sở khám chữa bệnh, mức hưởng có thể giảm, từ 40% đến 100% tùy từng trường hợp cụ thể, khuyến khích người tham gia tuân thủ các quy định của hệ thống y tế.

**Câu 9: Thủ tục khám bệnh, chữa bệnh theo 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.”.

*Như vậy*, thủ tục khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế yêu cầu người tham gia xuất trình thẻ bảo hiểm và giấy tờ chứng minh nhân thân, giúp đảm bảo việc xác định và xử lý quyền lợi bảo hiểm một cách rõ ràng và chính xác, đặc biệt trong trường hợp cấp cứu.

**Câu 10: Các phương thức thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế?**

 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.

*Như vậy*, việc thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế được thực hiện theo 03 phương thức.

**Câu 11: 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 như thế nào?**

 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:

- 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;

- 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;

- 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.

*Như vậy*, 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 theo các bước sau: 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. 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, 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; Trường hợp kinh phí tạm ứng cho các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế vượt quá số kinh phí 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.

**Câu 12: Việc thanh toán, quyết toán giữa cơ sở khám bệnh, chữa bệnh và cơ quan bảo hiểm xã hội được thực hiện như thế nào?**

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

- 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;

- 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;

- 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;

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

*Như vậy*, việc thanh toán, quyết toán giữa cơ sở khám bệnh, chữa bệnh và cơ quan bảo hiểm xã hội được thực hiện theo các bước sau: Cơ sở khám bệnh, chữa bệnh phải 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 tháng. Cơ sở khám bệnh, chữa bệnh phải 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 trong thời hạn 15 ngày đầu mỗi quý. Trong thời hạn 30 ngày kể từ ngày nhận được báo cáo quyết toán quý trước, cơ quan bảo hiểm xã hội sẽ thông báo kết quả giám định và số quyết toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế với cơ sở khám bệnh, chữa bệnh.

**Câu 13:  Quỹ bảo hiểm y tế được phân bổ và sử dụng như thế nào?**

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

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

- 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.

*Như vậy*, quỹ bảo hiểm y tế được phân bổ và sử dụng theo tỷ lệ sau: số tiền đóng bảo hiểm y tế dành cho khám bệnh, chữa bệnh; 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 số tiền đóng bảo hiểm y tế cho quỹ dự phòng.

**Câu 14: Trong các trường hợp nào người sử dụng lao động bị coi là châm 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.

*Như vậy*, người sử dụng lao động sẽ bị coi là chậm đóng bảo hiểm y tế trong các trường hợp sau: Chưa đóng hoặc đóng chưa đầy đủ số tiền phải đóng bảo hiểm y tế sau ngày quy định; 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 và thuộc trường hợp không bị coi là trốn đóng bảo hiểm y tế theo quy định.

**Câu 15: Trong các trường hợp nào người sử dụng lao động bị coi là trốn đóng bảo hiểm y tế?**

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

- 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;

- Đăng ký tiền lương làm căn cứ đóng bảo hiểm y tế thấp hơn tiền lương quy định tại Điều 14 của Luật này;

- 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;

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

*Như vậy*, người sử dụng lao động sẽ bị coi là trốn đóng bảo hiểm y tế trong các trường hợp sau: Sau 60 ngày kể từ ngày hết thời hạn 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; Đăng ký tiền lương thấp hơn tiền lương quy định để làm căn cứ đóng bảo hiểm y tế; Không đóng hoặc đóng không đầy đủ số tiền đã đăng ký bảo hiểm y tế sau 60 ngày kể từ ngày hết thời hạn theo quy định.

**Câu 16: Các biện pháp xử lý hành vi chậm đóng bảo hiểm y tế?**

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

- 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;

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

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

*Như vậy*, có 03 biện pháp xử lý hành vi chậm đóng bảo hiểm y tế

**Câu 17: Nếu một công ty không đóng bảo hiểm y tế đầy đủ cho người lao động, họ sẽ bị xử lý như thế nào?**

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

- 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;

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

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

**Câu 18: Bảo hiểm y tế hoạt động theo những nguyên tắc nào?**

Nguyên tắc bảo hiểm y tế

1. Bảo đảm chia sẻ rủi ro giữa những người tham gia bảo hiểm y tế.

2. Mức đóng bảo hiểm y tế được xác định theo tỷ lệ phần trăm của tiền lương, tiền công, tiền lương hưu, tiền trợ cấp hoặc mức lương tối thiểu của khu vực hành chính (sau đây gọi chung là mức lương tối thiểu).

3. Mức hưởng bảo hiểm y tế theo mức độ bệnh tật, nhóm đối tượng trong phạm vi quyền lợi của người tham gia bảo hiểm y tế.

4. Chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế do quỹ bảo hiểm y tế và người tham gia bảo hiểm y tế cùng chi trả.

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

**Câu 19: Nhà nước có chính sách gì để khuyến khích người dân tham gia bảo hiểm y tế?**

Chính sách của Nhà nước về bảo hiểm y tế

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

2. 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.

3. 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.

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

**Câu 20: Những cơ quan nào chịu trách nhiệm quản lý bảo hiểm y tế ở Việt Nam?**

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. Uỷ 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.

**Câu 21: Bộ Y tế có trách nhiệm gì trong việc quản lý bảo hiểm y tế?**

Trách nhiệm của Bộ Y tế về bảo hiểm y tế:

Chủ trì, phối hợp với các bộ, cơ quan ngang bộ, cơ quan, tổ chức có liên quan thực hiện nhiệm vụ sau đây:

1. Xây dựng chính sách, pháp luật về bảo hiểm y tế, tổ chức hệ thống y tế, tuyến chuyên môn kỹ thuật 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;

2. Xây dựng chiến lược, quy hoạch, kế hoạch tổng thể phát triển bảo hiểm y tế;

3. Ban hành danh mục thuốc, vật tư y tế, dịch vụ kỹ thuật thuộc phạm vi được hưởng của người tham gia bảo hiểm y tế và các quy định chuyên môn kỹ thuật liên quan đến khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế;

4. Xây dựng và trình Chính phủ các giải pháp nhằm bảo đảm cân đối quỹ bảo hiểm y tế;

5. Tuyên truyền, phổ biến chính sách, pháp luật về bảo hiểm y tế;

6. Chỉ đạo, hướng dẫn tổ chức triển khai thực hiện chế độ bảo hiểm y tế;

7. Thanh tra, kiểm tra, xử lý vi phạm và giải quyết khiếu nại, tố cáo về bảo hiểm y tế;

8. Theo dõi, đánh giá, tổng kết các hoạt động trong lĩnh vực bảo hiểm y tế;

9. Tổ chức nghiên cứu khoa học và hợp tác quốc tế về bảo hiểm y tế.

**Câu 22: Có những hành vi nào bị cấm theo luật bảo hiểm y tế?**

Các hành vi bị nghiêm cấm

1. Không đóng hoặc đóng bảo hiểm y tế không đầy đủ theo quy định của Luật này.

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

3. Sử dụng tiền đóng bảo hiểm y tế, quỹ bảo hiểm y tế sai mục đích.

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

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

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

**Câu 23: Ai là những đối tượng bắt buộc phải tham gia bảo hiểm y tế?**

Các đối tượng tham gia Bảo hiểm y tế gồm:

1. Người lao động làm việc theo hợp đồng lao động không xác định thời hạn, hợp đồng lao động có thời hạn từ đủ 3 tháng trở lên theo quy định của pháp luật về lao động; người lao động là người quản lý doanh nghiệp hưởng tiền lương, tiền công theo quy định của pháp luật về tiền lương, tiền công; cán bộ, công chức, viên chức theo quy định của pháp luật (sau đây gọi chung là người lao động).

2. Sĩ quan, hạ sĩ quan nghiệp vụ và sĩ quan, hạ sĩ quan chuyên môn, kỹ thuật đang công tác trong lực lượng Công an nhân dân.

3. Người hưởng lương hưu, trợ cấp mất sức lao động hằng tháng.

4. Người đang hưởng trợ cấp bảo hiểm xã hội hằng tháng do bị tai nạn lao động, bệnh nghề nghiệp.

5. Người đã thôi hưởng trợ cấp mất sức lao động đang hưởng trợ cấp hằng tháng từ ngân sách nhà nước.

6. Cán bộ xã, phường, thị trấn đã nghỉ việc đang hưởng trợ cấp bảo hiểm xã hội hằng tháng.

7. Cán bộ xã, phường, thị trấn đã nghỉ việc đang hưởng trợ cấp từ ngân sách nhà nước hằng tháng.

8. Người đang hưởng trợ cấp thất nghiệp.

9. Người có công với cách mạng.

10. Cựu chiến binh theo quy định của pháp luật về cựu chiến binh.

11. Người trực tiếp tham gia kháng chiến chống Mỹ cứu nước theo quy định của Chính phủ.

12. Đại biểu Quốc hội, đại biểu Hội đồng nhân dân các cấp đương nhiệm.

13. Người thuộc diện hưởng trợ cấp bảo trợ xã hội hằng tháng theo quy định của pháp luật.

14. Người thuộc hộ gia đình nghèo; người dân tộc thiểu số đang sinh sống tại vùng có điều kiện kinh tế - xã hội khó khăn, đặc biệt khó khăn.

15. Thân nhân của người có công với cách mạng theo quy định của pháp luật về ưu đãi người có công với cách mạng.

16. Thân nhân của các đối tượng sau đây theo quy định của pháp luật về sĩ quan Quân đội nhân dân, nghĩa vụ quân sự, Công an nhân dân và cơ yếu:

a) Sĩ quan, quân nhân chuyên nghiệp thuộc Quân đội nhân dân đang tại ngũ; hạ sĩ quan, binh sĩ đang phục vụ trong Quân đội nhân dân;

b) Sĩ quan, hạ sĩ quan nghiệp vụ và sĩ quan, hạ sĩ quan chuyên môn, kỹ thuật đang công tác trong lực lượng Công an nhân dân; hạ sĩ quan, chiến sĩ Công an nhân dân phục vụ có thời hạn;

c) Sĩ quan, quân nhân chuyên nghiệp đang làm công tác cơ yếu tại Ban Cơ yếu Chính phủ và người đang làm công tác cơ yếu hưởng lương theo bảng lương cấp bậc quân hàm sĩ quan Quân đội nhân dân và bảng lương quân nhân chuyên nghiệp thuộc Quân đội nhân dân nhưng không phải là quân nhân, công an nhân dân.

17. Trẻ em dưới 6 tuổi.

18. Người đã hiến bộ phận cơ thể người theo quy định của pháp luật về hiến, lấy, ghép mô, bộ phận cơ thể người và hiến, lấy xác.

19. Người nước ngoài đang học tập tại Việt Nam được cấp học bổng từ ngân sách của Nhà nước Việt Nam.

20. Người thuộc hộ gia đình cận nghèo.

21. Học sinh, sinh viên.

22. Người thuộc hộ gia đình làm nông nghiệp, lâm nghiệp, ngư nghiệp và diêm nghiệp.

23. Thân nhân của người lao động quy định tại khoản 1 Điều này mà người lao động có trách nhiệm nuôi dưỡng và sống trong cùng hộ gia đình.

24. Xã viên hợp tác xã, hộ kinh doanh cá thể.

25. Các đối tượng khác theo quy định của Chính phủ.

**Câu 24: Có những cách nào để đóng bảo hiểm y tế?**

Các phương thức đóng bảo hiểm y tế:

1. Hằng tháng, người sử dụng lao động đóng bảo hiểm y tế cho người lao động và trích tiền đóng bảo hiểm y tế từ tiền lương, tiền công của người lao động để nộp cùng một lúc vào quỹ bảo hiểm y tế.

2. Đối với các doanh nghiệp nông nghiệp, lâm nghiệp, ngư nghiệp, diêm nghiệp không trả lương theo tháng thì 3 tháng hoặc 6 tháng một lần, người sử dụng lao động đóng bảo hiểm y tế cho người lao động và trích tiền đóng bảo hiểm y tế từ tiền lương, tiền công của người lao động để nộp cùng một lúc vào quỹ bảo hiểm y tế.

3. Hằng tháng, tổ chức bảo hiểm xã hội đóng bảo hiểm y tế cho các đối tượng quy định tại các khoản 3, 4, 5, 6 và 8 Điều 12 của Luật này vào quỹ bảo hiểm y tế.

4. Hằng năm, cơ quan, tổ chức quản lý đối tượng quy định tại các khoản 7, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 17 và 18 Điều 12 của Luật này đóng bảo hiểm y tế cho các đối tượng này vào quỹ bảo hiểm y tế.

5. Hằng năm, cơ quan, tổ chức quản lý người có công với cách mạng và các đối tượng quy định tại các điểm a, b và c khoản 16 Điều 12 của Luật này đóng bảo hiểm y tế cho thân nhân của họ vào quỹ bảo hiểm y tế.

6. Hằng tháng, cơ quan, tổ chức, đơn vị cấp học bổng đóng bảo hiểm y tế cho đối tượng quy định tại khoản 19 Điều 12 của Luật này vào quỹ bảo hiểm y tế.

7. Chính phủ quy định cụ thể phương thức đóng bảo hiểm y tế của đối tượng quy định tại các khoản 20, 21, 22, 23, 24 và 25 Điều 12 của Luật này.

**Câu 25: Khi nào thẻ bảo hiểm y tế sẽ không còn giá trị sử dụng?**

Thẻ bảo hiểm y tế không có giá trị sử dụng trong các trường hợp sau đây:

a) Thẻ đã hết thời hạn sử dụng;

b) Thẻ bị sửa chữa, tẩy xoá;

c) Người có tên trong thẻ không tiếp tục tham gia bảo hiểm y tế.

**Câu 26: Nếu thẻ bảo hiểm y tế bị mất thì có thể cấp lại thẻ mới không?**

Cấp lại thẻ bảo hiểm y tế

1. Thẻ bảo hiểm y tế được cấp lại trong trường hợp bị mất.

2. Người bị mất thẻ bảo hiểm y tế phải có đơn đề nghị cấp lại thẻ.

3. Trong thời hạn 7 ngày làm việc, kể từ ngày nhận được đơn đề nghị cấp lại thẻ, tổ chức bảo hiểm y tế phải cấp lại thẻ cho người tham gia bảo hiểm y tế. Trong thời gian chờ cấp lại thẻ, người có thẻ vẫn được hưởng quyền lợi của người tham gia bảo hiểm y tế.

4. Người được cấp lại thẻ bảo hiểm y tế phải nộp phí. Bộ trưởng Bộ Tài chính quy định mức phí cấp lại thẻ bảo hiểm y tế.

**Câu 27: Nếu thẻ bảo hiểm y tế bị rách hoặc thông tin sai thì có thể đổi thẻ không?**

Thẻ bảo hiểm y tế được đổi trong trường hợp sau đây:

a) Rách, nát hoặc hỏng;

b) Thay đổi nơi đăng ký khám bệnh, chữa bệnh ban đầu;

c) Thông tin ghi trong thẻ không đúng.

**Câu 28: Bảo hiểm y tế có chi trả cho việc khám sức khỏe định kỳ không?**

Các trường hợp không được hưởng bảo hiểm y tế

1. Chi phí trong trường hợp quy định tại khoản 1 Điều 21 đã được ngân sách nhà nước chi trả.

2. Điều dưỡng, an dưỡng tại cơ sở điều dưỡng, an dưỡng.

3. Khám sức khỏe.

4. Xét nghiệm, chẩn đoán thai không nhằm mục đích điều trị.

5. Sử dụng kỹ thuật hỗ trợ sinh sản, dịch vụ kế hoạch hóa gia đình, nạo hút thai, phá thai, trừ trường hợp phải đình chỉ thai nghén do nguyên nhân bệnh lý của thai nhi hay của sản phụ.

6. Sử dụng dịch vụ thẩm mỹ.

7. Điều trị lác, cận thị và tật khúc xạ của mắt.

8. Sử dụng vật tư y tế thay thế bao gồm chân tay giả, mắt giả, răng giả, kính mắt, máy trợ thính, phương tiện trợ giúp vận động trong khám bệnh, chữa bệnh và phục hồi chức năng.

9. Khám bệnh, chữa bệnh, phục hồi chức năng đối với bệnh nghề nghiệp, tai nạn lao động, thảm họa.

10. Khám bệnh, chữa bệnh trong trường hợp tự tử, tự gây thương tích.

11. Khám bệnh, chữa bệnh nghiện ma túy, nghiện rượu hoặc chất gây nghiện khác.

12. Khám bệnh, chữa bệnh tổn thương về thể chất, tinh thần do hành vi vi phạm pháp luật của người đó gây ra.

13. Giám định y khoa, giám định pháp y, giám định pháp y tâm thần.

14. Tham gia thử nghiệm lâm sàng, nghiên cứu khoa học.

**Câu 29: Người tham gia bảo hiểm y tế có những quyền lợi gì?**

Khi tham gia bảo hiểm y tế, người tham gia sẽ được hưởng nhiều quyền lợi quan trọng. Đầu tiên, khi đóng đầy đủ bảo hiểm y tế, họ sẽ được cấp thẻ bảo hiểm y tế, là cơ sở để sử dụng các dịch vụ y tế bảo hiểm. Thẻ này giúp người tham gia có thể lựa chọn cơ sở khám bệnh, chữa bệnh ban đầu theo các quy định của pháp luật. Điều này tạo điều kiện thuận lợi cho việc tiếp cận các dịch vụ y tế gần nhất và phù hợp với nhu cầu chăm sóc sức khỏe của người tham gia.

Bên cạnh đó, người tham gia bảo hiểm y tế còn được quyền khám bệnh, chữa bệnh tại các cơ sở khám chữa bệnh hợp đồng với bảo hiểm y tế, giúp giảm bớt gánh nặng tài chính khi phải chi trả các khoản khám chữa bệnh. Tổ chức bảo hiểm y tế sẽ thanh toán chi phí khám chữa bệnh trong phạm vi quy định, đảm bảo quyền lợi của người tham gia bảo hiểm được bảo vệ đầy đủ. Người tham gia cũng có quyền yêu cầu tổ chức bảo hiểm y tế, cơ sở khám bệnh, chữa bệnh và các cơ quan liên quan cung cấp thông tin về chế độ bảo hiểm y tế, từ đó có thể hiểu rõ hơn về quyền lợi và nghĩa vụ của mình trong quá trình tham gia bảo hiểm.

Ngoài ra, người tham gia bảo hiểm y tế có quyền khiếu nại, tố cáo hành vi vi phạm pháp luật về bảo hiểm y tế nếu cảm thấy quyền lợi của mình bị xâm phạm, giúp bảo vệ quyền lợi hợp pháp trong trường hợp có tranh chấp hoặc hành vi trái phép trong quá trình sử dụng bảo hiểm y tế.

**Câu 30: Người tham gia bảo hiểm y tế phải thực hiện những nghĩa vụ gì để đảm bảo quyền lợi của mình?**

Người tham gia bảo hiểm y tế không chỉ có quyền lợi mà còn phải thực hiện một số nghĩa vụ quan trọng để duy trì quyền lợi của mình. Đầu tiên, mỗi người tham gia bảo hiểm y tế có nghĩa vụ đóng bảo hiểm y tế đầy đủ và đúng thời hạn theo quy định của pháp luật. Việc đóng đúng hạn và đầy đủ giúp đảm bảo rằng quyền lợi bảo hiểm của người tham gia luôn được duy trì và bảo vệ.

Một nghĩa vụ khác của người tham gia là sử dụng thẻ bảo hiểm y tế đúng mục đích, không được cho người khác mượn thẻ bảo hiểm y tế, bởi vì việc này có thể dẫn đến hành vi gian lận trong sử dụng bảo hiểm y tế và ảnh hưởng đến quyền lợi của những người tham gia khác. Khi đi khám chữa bệnh, người tham gia cũng cần thực hiện đầy đủ các quy định của pháp luật và các yêu cầu của cơ sở khám chữa bệnh, từ việc cung cấp thông tin cá nhân đến việc tuân thủ các hướng dẫn về thủ tục y tế.

Người tham gia cũng phải chấp hành các quy định và hướng dẫn của tổ chức bảo hiểm y tế và cơ sở khám chữa bệnh, đảm bảo rằng quá trình sử dụng dịch vụ bảo hiểm y tế diễn ra suôn sẻ, không có vi phạm hay rủi ro pháp lý. Cuối cùng, khi tham gia bảo hiểm y tế, người tham gia cũng phải thanh toán chi phí khám chữa bệnh cho cơ sở khám bệnh ngoài phần chi phí mà quỹ bảo hiểm y tế chi trả. Việc này giúp duy trì sự công bằng và cân đối tài chính trong hệ thống bảo hiểm y tế.

**Câu 31: Các tổ chức và cá nhân đóng bảo hiểm y tế có trách nhiệm gì đối với người tham gia bảo hiểm?**

Các tổ chức và cá nhân đóng bảo hiểm y tế có trách nhiệm lớn đối với người tham gia để bảo vệ quyền lợi của họ. Đầu tiên, các tổ chức này phải lập hồ sơ đề nghị cấp thẻ bảo hiểm y tế cho người tham gia bảo hiểm và đóng bảo hiểm y tế đầy đủ, đúng thời hạn theo quy định của pháp luật. Việc đảm bảo thẻ bảo hiểm y tế được cấp kịp thời giúp người tham gia có thể sử dụng các dịch vụ y tế bảo hiểm một cách thuận lợi.

Ngoài ra, các tổ chức và cá nhân đóng bảo hiểm y tế cũng phải cung cấp đầy đủ, chính xác thông tin và tài liệu liên quan đến trách nhiệm bảo hiểm của người tham gia. Điều này giúp tổ chức bảo hiểm y tế nắm rõ tình trạng và quyền lợi của từng cá nhân, đảm bảo các thủ tục được thực hiện chính xác. Khi có yêu cầu, các tổ chức này phải giao thẻ bảo hiểm y tế cho người tham gia bảo hiểm đúng thời gian và đúng đối tượng.

Ngoài ra, các tổ chức và cá nhân có trách nhiệm chấp hành việc thanh tra, kiểm tra các quy định của pháp luật về bảo hiểm y tế để đảm bảo hệ thống bảo hiểm hoạt động hiệu quả và đúng mục đích. Các tổ chức này cũng cần phối hợp với các cơ quan chức năng để giải quyết các vấn đề liên quan đến bảo hiểm y tế, đảm bảo quyền lợi của người tham gia được bảo vệ đầy đủ.

**Câu 32: Tổ chức bảo hiểm y tế có trách nhiệm gì trong việc quản lý và triển khai bảo hiểm y tế?**

Tổ chức bảo hiểm y tế đóng vai trò chủ chốt trong việc quản lý và triển khai bảo hiểm y tế. Trước tiên, tổ chức này có trách nhiệm tuyên truyền, phổ biến chính sách và pháp luật về bảo hiểm y tế, giúp người dân hiểu rõ về quyền lợi và nghĩa vụ khi tham gia bảo hiểm. Các thông tin này rất quan trọng để mọi người tham gia bảo hiểm y tế một cách tự nguyện và hiểu biết.

Tổ chức bảo hiểm y tế cũng phải hướng dẫn hồ sơ, thủ tục để người tham gia bảo hiểm thực hiện các thủ tục cần thiết một cách nhanh chóng và thuận tiện. Điều này giúp người tham gia giảm thiểu thời gian và công sức trong việc tiếp cận các dịch vụ bảo hiểm y tế. Đồng thời, tổ chức bảo hiểm y tế sẽ thu tiền đóng bảo hiểm và cấp thẻ bảo hiểm y tế cho các đối tượng tham gia.

Một trách nhiệm quan trọng khác của tổ chức bảo hiểm y tế là quản lý và sử dụng quỹ bảo hiểm y tế sao cho hiệu quả và an toàn. Tổ chức này cũng phải ký hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh với các cơ sở khám chữa bệnh để đảm bảo chất lượng dịch vụ cho người tham gia bảo hiểm. Ngoài ra, tổ chức bảo hiểm y tế sẽ thanh toán chi phí khám chữa bệnh cho các cơ sở y tế theo đúng quy định của pháp luật và hợp đồng đã ký kết.

Tổ chức bảo hiểm y tế còn phải kiểm tra chất lượng khám chữa bệnh, giám định bảo hiểm y tế để đảm bảo các cơ sở y tế thực hiện đúng các quy định của pháp luật và các chế độ bảo hiểm y tế.

**Câu 33: Cơ sở khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế có trách nhiệm gì khi thực hiện dịch vụ bảo hiểm y tế cho người tham gia?**

Cơ sở khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế có một số trách nhiệm quan trọng trong việc cung cấp dịch vụ cho người tham gia bảo hiểm y tế. Đầu tiên, các cơ sở này phải tổ chức khám bệnh và chữa bệnh đảm bảo chất lượng, đồng thời thực hiện thủ tục một cách đơn giản và thuận tiện để tạo điều kiện tốt nhất cho người tham gia bảo hiểm y tế khi cần dịch vụ chăm sóc sức khỏe. Điều này đảm bảo rằng người tham gia không chỉ nhận được sự chăm sóc y tế đầy đủ mà còn tiết kiệm thời gian và công sức khi thực hiện thủ tục khám chữa bệnh.

Bên cạnh đó, các cơ sở khám chữa bệnh còn phải cung cấp hồ sơ bệnh án và các tài liệu liên quan đến việc khám chữa bệnh và thanh toán chi phí khám chữa bệnh theo yêu cầu của tổ chức bảo hiểm y tế và cơ quan nhà nước có thẩm quyền. Điều này giúp duy trì sự minh bạch trong quá trình sử dụng bảo hiểm y tế và đảm bảo quyền lợi của người tham gia.

Ngoài ra, các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh cần phải bảo đảm các điều kiện cần thiết để tổ chức bảo hiểm y tế thực hiện công tác giám định. Việc 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 là một phần quan trọng để đảm bảo người tham gia hiểu rõ quyền lợi và nghĩa vụ của mình. Cơ sở khám bệnh cũng có trách nhiệm kiểm tra và phát hiện các trường hợp vi phạm về việc sử dụng thẻ bảo hiểm y tế, đồng thời phối hợp với tổ chức bảo hiểm y tế để thu hồi, tạm giữ thẻ bảo hiểm y tế nếu có dấu hiệu gian lận hoặc sử dụng sai mục đích.

Cuối cùng, cơ sở khám chữa bệnh phải quản lý và sử dụng kinh phí từ quỹ bảo hiểm y tế một cách đúng đắn, bảo đảm sự công bằng và hợp lý trong việc sử dụng nguồn quỹ này, đồng thời thực hiện công tác thống kê, báo cáo về bảo hiểm y tế theo quy định của pháp luật.

**Câu 34: Tranh chấp bảo hiểm y tế là gì và cách giải quyết tranh chấp bảo hiểm y tế như thế nào?**

Tranh chấp bảo hiểm y tế là những bất đồng, mâu thuẫn xảy ra giữa các bên liên quan đến quyền lợi, nghĩa vụ và trách nhiệm trong quá trình tham gia bảo hiểm y tế. Các bên tham gia tranh chấp có thể là người tham gia bảo hiểm y tế, người đại diện của người tham gia bảo hiểm, tổ chức bảo hiểm y tế, cơ sở khám chữa bệnh hoặc các cá nhân, tổ chức đóng bảo hiểm y tế.

Tranh chấp có thể xảy ra trong nhiều tình huống khác nhau, chẳng hạn như việc không đồng ý với mức thanh toán chi phí khám chữa bệnh, việc từ chối bảo hiểm chi trả, hay việc không thống nhất về quyền lợi của người tham gia bảo hiểm. Để giải quyết những tranh chấp này, các bên có thể thực hiện hòa giải để tìm ra giải pháp thống nhất. Việc hòa giải này là trách nhiệm của các bên tranh chấp và có thể được thực hiện ngay từ giai đoạn đầu của tranh chấp.

Nếu quá trình hòa giải không thành công và các bên vẫn không đạt được sự đồng thuận, thì các bên tranh chấp có quyền khởi kiện tại Tòa án theo quy định của pháp luật. Việc khởi kiện sẽ giúp giải quyết tranh chấp dựa trên các quy định của pháp luật bảo hiểm y tế và các quy định liên quan, đảm bảo quyền lợi của người tham gia được bảo vệ một cách công bằng và minh bạch.

**Câu 35: Cách xử lý vi phạm trong bảo hiểm y tế là gì và những vi phạm nào có thể bị xử lý?**

Cách xử lý vi phạm trong bảo hiểm y tế:

1. Người nào có hành vi vi phạm các quy định của Luật này và các 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, 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 thì cùng với việc phải đóng đủ số tiền chưa đóng, còn phải nộp số tiền lãi trong thời gian chậm đóng theo mức lãi suất cơ bản do Ngân hàng nhà nước công bố; nếu không thực hiện thì theo yêu cầu của người có thẩm quyền xử lý vi phạm hành chính, ngân hàng, tổ chức tín dụng khác, kho bạc nhà nước có trách nhiệm trích tiền từ tài khoản tiền gửi của người có trách nhiệm đóng bảo hiểm y tế để nộp số tiền chưa đóng, chậm đóng và lãi của số tiền này vào tài khoản của quỹ bảo hiểm y tế.

**Câu 36: Tổ chức đại diện người lao động và tổ chức đại diện người sử dụng lao động có quyền gì trong bảo hiểm y tế?**

Tổ chức đại diện người lao động và tổ chức đại diện người sử dụng lao động có một số quyền quan trọng trong việc bảo vệ quyền lợi của người lao động và người sử dụng lao động liên quan đến bảo hiểm y tế. Đầu tiên, cả hai tổ chức này đều có quyền 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 các thông tin liên quan đến chế độ bảo hiểm y tế của người lao động. Quyền này giúp các tổ chức này giám sát và đảm bảo quyền lợi của người lao động trong việc tham gia bảo hiểm y tế.

Bên cạnh đó, tổ chức đại diện người lao động và tổ chức đại diện người sử dụng lao động cũng có quyền kiến nghị với cơ quan nhà nước có thẩm quyền để xử lý các hành vi vi phạm pháp luật về bảo hiểm y tế, nhằm bảo vệ quyền lợi hợp pháp của người lao động và người sử dụng lao động. Việc kiến nghị này có thể liên quan đến các vấn đề như không đóng bảo hiểm đầy đủ hoặc không thực hiện đúng các quy định về bảo hiểm y tế.

**Câu 37: Trách nhiệm của tổ chức đại diện người lao động và tổ chức đại diện người sử dụng lao động trong bảo hiểm y tế là gì?**

Tổ chức đại diện người lao động và tổ chức đại diện người sử dụng lao động không chỉ có quyền mà còn có trách nhiệm quan trọng trong việc đảm bảo quyền lợi của người lao động và người sử dụng lao động trong hệ thống bảo hiểm y tế. Một trong những trách nhiệm chính của họ là tuyên truyền, phổ biến chính sách và pháp luật về bảo hiểm y tế đối với cả người lao động và người sử dụng lao động, giúp họ hiểu rõ về quyền lợi và nghĩa vụ của mình khi tham gia bảo hiểm y tế.

Ngoài ra, các tổ chức này còn có trách nhiệm tham gia xây dựng, kiến nghị sửa đổi, bổ sung chính sách, pháp luật về bảo hiểm y tế để đảm bảo rằng các quy định này luôn phù hợp và hiệu quả trong việc bảo vệ quyền lợi của người lao động. Đồng thời, họ cũng có trách nhiệm tham gia giám sát việc thi hành pháp luật về bảo hiểm y tế, giúp phát hiện và xử lý kịp thời các hành vi vi phạm trong việc thực hiện bảo hiểm y tế.

**Câu 38: Cơ sở khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế có quyền gì trong việc cung cấp dịch vụ bảo hiểm y tế?**

Cơ sở khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế có một số quyền quan trọng trong việc cung cấp dịch vụ bảo hiểm y tế cho người tham gia. Đầu tiên, cơ sở khám chữa bệnh có quyền yêu cầu tổ chức bảo hiểm y tế cung cấp đầy đủ, chính xác thông tin về người tham gia bảo hiểm y tế và về kinh phí khám bệnh, chữa bệnh mà cơ sở sẽ nhận từ quỹ bảo hiểm y tế. Việc này giúp cơ sở y tế quản lý chi phí một cách minh bạch và chính xác.

Cơ sở khám chữa bệnh cũng có quyền được tổ chức bảo hiểm y tế tạm ứng kinh phí và thanh toán chi phí khám chữa bệnh theo các hợp đồng đã ký với tổ chức bảo hiểm y tế, giúp cơ sở có nguồn tài chính ổn định để duy trì hoạt động khám chữa bệnh. Ngoài ra, cơ sở khám chữa bệnh cũng có quyền kiến nghị với cơ quan nhà nước có thẩm quyền xử lý các tổ chức, cá nhân vi phạm

**Câu 39: Quỹ bảo hiểm y tế được sử dụng với mục đích gì?**

- Quỹ bảo hiểm y tế được sử dụng cho các mục đích sau đây:

+ Thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế;

+ Chi phí quản lý bộ máy tổ chức bảo hiểm y tế theo định mức chi hành chính của cơ quan nhà nước;

+ Đầu tư để bảo toàn và tăng trưởng quỹ bảo hiểm y tế theo nguyên tắc an toàn, hiệu quả;

+ Lập quỹ dự phòng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế. Quỹ dự phòng tối thiểu bằng tổng chi khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế của hai quý trước liền kề và tối đa không quá tổng chi khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế của hai năm trước liền kề.

**Câu 40: Quỹ bảo hiểm y tế được hình thành từ những nguồn nào?**

Quỹ bảo hiểm y tế là nguồn tài chính quan trọng để hỗ trợ chi phí khám chữa bệnh cho người tham gia bảo hiểm. Để duy trì hoạt động của quỹ và đảm bảo có đủ nguồn lực chi trả cho các quyền lợi của người tham gia, quỹ bảo hiểm y tế được hình thành từ nhiều nguồn thu khác nhau. Cụ thể, các nguồn hình thành quỹ bảo hiểm y tế bao gồm:

- Tiền đóng bảo hiểm y tế theo quy định của Luật này: Nguồn thu chính và quan trọng nhất của quỹ bảo hiểm y tế là tiền đóng bảo hiểm từ các cá nhân tham gia bảo hiểm y tế. Người tham gia bảo hiểm y tế phải đóng một khoản phí định kỳ theo tỷ lệ quy định, tùy vào đối tượng tham gia (như người lao động, người sử dụng lao động, hộ gia đình, học sinh, sinh viên,…) để tạo nguồn quỹ cho hệ thống bảo hiểm y tế. Số tiền này sẽ được thu vào quỹ bảo hiểm y tế để chi trả các chi phí khám chữa bệnh cho người tham gia.

- Tiền sinh lời từ hoạt động đầu tư của quỹ bảo hiểm y tế: Ngoài tiền đóng bảo hiểm y tế, quỹ còn có thể gia tăng nguồn thu từ việc đầu tư. Các khoản tiền này có thể được đầu tư vào các lĩnh vực an toàn và hiệu quả, nhằm mục đích bảo toàn và tăng trưởng giá trị của quỹ. Lợi nhuận thu được từ các khoản đầu tư này sẽ góp phần bổ sung vào nguồn lực của quỹ bảo hiểm y tế, giúp tăng khả năng chi trả cho các quyền lợi bảo hiểm trong tương lai.

- Tài trợ, viện trợ của các tổ chức, cá nhân trong nước và nước ngoài:

Ngoài các nguồn thu chủ yếu từ tiền đóng bảo hiểm, quỹ bảo hiểm y tế cũng có thể nhận được tài trợ hoặc viện trợ từ các tổ chức, cá nhân trong nước và quốc tế. Các khoản viện trợ này thường được sử dụng để hỗ trợ các hoạt động chăm sóc sức khỏe, đặc biệt là đối với các nhóm đối tượng yếu thế hoặc những nơi có khó khăn về tài chính trong việc chi trả chi phí y tế.

- Các nguồn thu hợp pháp khác: Bên cạnh các nguồn chính kể trên, quỹ bảo hiểm y tế còn có thể nhận các nguồn thu hợp pháp khác, chẳng hạn như từ các chương trình hợp tác quốc tế, các khoản phí dịch vụ y tế bổ sung, hoặc các khoản thu khác mà pháp luật cho phép. Các nguồn thu này giúp đảm bảo quỹ có đủ tài chính để phục vụ mục tiêu chăm sóc sức khỏe cho người dân.

Các nguồn thu này sẽ được quản lý và sử dụng một cách có hiệu quả và minh bạch để đảm bảo quyền lợi cho người tham gia bảo hiểm y tế, đồng thời duy trì sự ổn định của hệ thống bảo hiểm y tế quốc gia.