**Đáp án cuộc thi viết tìm hiểu pháp luật tháng 7/2020**

**(Chủ đề: Tìm hiểu pháp luật về bảo hiểm y tế).**

**Câu 1** *(Chọn đáp án đúng nhất).* Bảo hiểm y tế toàn dân là gì?

a. Là việc toàn bộ người có tên trong sổ hộ khẩu hoặc sổ tạm trú đều tham gia bảo hiểm y tế theo quy định của Luật Bảo hiểm y tế.

b. Là việc các đối tượng quy định trong Luật Bảo hiểm y tế đều tham gia bảo hiểm y tế.

c. Là nhóm đối tượng tham gia bảo hiểm y tế do ngân sách nhà nước đóng.

d. Là nhóm đối tượng tham gia bảo hiểm y tế được ngân sách nhà nước hỗ trợ mức đóng.

**Đáp án:**

- Câu b.

- Khoản 2 Điều 2 Luật BHYT hợp nhất số 46/VBHN-VPQH ngày 10/12/2018.

**-** Bảo hiểm y tế toàn dân là việc các đối tượng quy định trong Luật này đều tham gia bảo hiểm y tế.

**Câu 2** *(Chọn đáp án đúng nhất)*. Người tham gia bảo hiểm y tế được quỹ bảo hiểm y tế chi trả các chi phí nào?

a. Khám bệnh, chữa bệnh, phục hồi chức năng, khám thai định kỳ, sinh con.

b. Khám bệnh để sàng lọc, chẩn đoán sớm một số bệnh.

c.  Vận chuyển người bệnh từ tuyến huyện lên tuyến trên đối với một số đối tượng theo quy định trong trường hợp cấp cứu hoặc khi đang điều trị nội trú phải chuyển tuyến chuyên môn kỹ thuật.

d. a và c.

e. Các chi phí trên.

**Đáp án:**

- Câu d.

- Khoản 1 Điều 21 Luật BHYT hợp nhất số 46/VBHN-VPQH ngày 10/12/2018 “Phạm vi được hưởng của người tham gia bảo hiểm y tế”.

- “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 từ tuyến huyện lên tuyến trên đối với đối tượng quy định tại các điểm a, d, e, g, h và i khoản 3 Điều 12 của Luật này trong trường hợp cấp cứu hoặc khi đang điều trị nội trú phải chuyển tuyến chuyên môn kỹ thuật”.

**Câu 3** *(Chọn đáp án đúng nhất).*Thẻ bảo hiểm y tế được thu hồi trong trường hợp nào?

a. Gian lận trong việc cấp thẻ bảo hiểm y tế.

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

c. Cấp trùng thẻ bảo hiểm y tế.

d. Các trường hợp trên.

**Đáp án:**

- Câu d.

- Khoản 1 Điều 20 Luật BHYT hợp nhất số 46/VBHN-VPQH ngày 10/12/2018 “Thu hồi, tạm giữ thẻ bảo hiểm y tế”.

- “Thẻ bảo hiểm y tế bị thu hồi trong trường hợp sau đây:

a) Gian lận trong việc cấp thẻ bảo hiểm y tế;

b) Người có tên trong thẻ bảo hiểm y tế không tiếp tục tham gia bảo hiểm y tế;

c) Cấp trùng thẻ bảo hiểm y tế”.

**Câu 4** *(Chọn đáp án đúng nhất).*Thẻ bảo hiểm y tế được tạm giữ trong trường hợp nào?

a. Gian lận trong việc cấp thẻ bảo hiểm y tế.

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

c. Cấp trùng thẻ bảo hiểm y tế.

d. Người đi khám bệnh, chữa bệnh sử dụng thẻ bảo hiểm y tế của người khác.

e. Các trường hợp trên.

**Đáp án:**

- Câu d.

- Khoản 2 Điều 20Luật BHYT hợp nhất số 46/VBHN-VPQH ngày 10/12/2018 “Thu hồi, tạm giữ thẻ bảo hiểm y tế”.

- “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. Người có thẻ bảo hiểm y tế bị tạm giữ có trách nhiệm đến nhận lại thẻ và nộp phạt theo quy định của pháp luật”.

**Câu 5** *(Chọn đáp án đúng nhất).*Bộ luật hình sự năm 2015, sửa đổi, bổ sung năm 2017 quy định có mấy tội phạm về bảo hiểm y tế?

a. Không có quy định.

b. 01 tội.

c. 02 tội.

d. 03 tội.

**Đáp án:**

- Câu c.

**- Điều 215. Tội gian lận bảo hiểm y tế**

1. Người nào thực hiện một trong các hành vi sau đây, chiếm đoạt tiền bảo hiểm y tế từ 10.000.000 đồng đến dưới 100.000.000 đồng hoặc gây thiệt hại từ 20.000.000 đồng đến dưới 200.000.000 đồng mà không thuộc trường hợp quy định tại một trong các điều 174, 353 và 355 của Bộ luật này, thì bị phạt tiền từ 20.000.000 đồng đến 100.000.000 đồng, phạt cải tạo không giam giữ đến 02 năm hoặc phạt tù từ 03 tháng đến 02 năm:

a) Lập hồ sơ bệnh án, kê đơn thuốc khống hoặc kê tăng số lượng hoặc thêm loại thuốc, vật tư y tế, dịch vụ kỹ thuật, chi phí giường bệnh và các chi phí khác mà thực tế người bệnh không sử dụng;

b) Giả mạo hồ sơ, thẻ bảo hiểm y tế hoặc sử dụng thẻ bảo hiểm y tế được cấp khống, thẻ bảo hiểm y tế giả, thẻ đã bị thu hồi, thẻ bị sửa chữa, thẻ bảo hiểm y tế của người khác trong khám chữa bệnh hưởng chế độ bảo hiểm y tế trái quy định.

2. Phạm tội thuộc một trong các trường hợp sau đây, thì bị phạt tiền từ 100.000.000 đồng đến 200.000.000 đồng hoặc phạt tù từ 01 năm đến 05 năm:

a) Có tổ chức;

b) Có tính chất chuyên nghiệp;

c) Chiếm đoạt tiền bảo hiểm y tế từ 100.000.000 đồng đến dưới 500.000.000 đồng;

d) Gây thiệt hại từ 200.000.000 đồng đến dưới 500.000.000 đồng;

d) Dùng thủ đoạn tinh vi, xảo quyệt;

e) Tái phạm nguy hiểm.

3. Phạm tội thuộc một trong các trường hợp sau đây, thì bị phạt tù từ 05 năm đến 10 năm:

a) Chiếm đoạt tiền bảo hiểm y tế 500.000.000 đồng trở lên;

b) Gây thiệt hại 500.000.000 đồng trở lên.

4. Người phạm tội còn có thể bị phạt tiền từ 10.000.000 đồng đến 100.000.000 đồng, cấm đảm nhiệm chức vụ, cấm hành nghề hoặc làm công việc nhất định từ 01 năm đến 05 năm.

**- Điều 216. Tội trốn đóng bảo hiểm xã hội, bảo hiểm y tế, bảo hiểm thất nghiệp cho người lao động**

1. Người nào có nghĩa vụ đóng bảo hiểm xã hội, bảo hiểm y tế, bảo hiểm thất nghiệp cho người lao động mà gian dối hoặc bằng thủ đoạn khác để không đóng hoặc không đóng đầy đủ theo quy định từ 06 tháng trở lên thuộc một trong những trường hợp sau đây, đã bị xử phạt vi phạm hành chính về hành vi này mà còn vi phạm, thì bị phạt tiền từ 50.000.000 đồng đến 200.000.000 đồng, phạt cải tạo không giam giữ đến 01 năm hoặc phạt tù từ 03 tháng đến 01 năm:

a) Trốn đóng bảo hiểm từ 50.000.000 đồng đến dưới 300.000.000 đồng;

b) Trốn đóng bảo hiểm cho từ 10 người đến dưới 50 người lao động.

2. Phạm tội thuộc một trong các trường hợp sau đây, thì bị phạt tiền từ 200.000.000 đồng đến 500.000.000 đồng hoặc phạt tù từ 06 tháng đến 03 năm:

a) Phạm tội 02 lần trở lên;

b) Trốn đóng bảo hiểm từ 300.000.000 đồng đến dưới 1.000.000.000 đồng;

c) Trốn đóng bảo hiểm cho từ 50 người đến dưới 200 người lao động;

d) Không đóng số tiền bảo hiểm đã thu hoặc đã khấu trừ của người lao động quy định tại điểm a hoặc điểm b khoản 1 Điều này.

3. Phạm tội thuộc một trong các trường hợp sau đây, thì bị phạt tiền từ 500.000.000 đồng đến 1.000.000.000 đồng hoặc bị phạt tù từ 02 năm đến 07 năm:

a) Trốn đóng bảo hiểm 1.000.000.000 đồng trở lên;

b) Trốn đóng bảo hiểm cho 200 người lao động trở lên;

c) Không đóng số tiền bảo hiểm đã thu hoặc đã khấu trừ của người lao động quy định tại điểm b hoặc điểm c khoản 2 Điều này.

4. Người phạm tội còn có thể bị phạt tiền từ 20.000.000 đồng đến 100.000.000 đồng, cấm đảm nhiệm chức vụ, cấm hành nghề hoặc làm công việc nhất định từ 01 năm đến 05 năm.

5. Pháp nhân thương mại phạm tội quy định tại Điều này, thì bị phạt như sau:

a) Phạm tội thuộc trường hợp quy định tại khoản 1 Điều này, thì bị phạt tiền từ 200.000.000 đồng đến 500.000.000 đồng;

b) Phạm tội thuộc trường hợp quy định tại khoản 2 Điều này, thì bị phạt tiền từ 500.000.000 đồng đến 1.000.000.000 đồng;

c) Phạm tội thuộc trường hợp quy định tại khoản 3 Điều này, thì bị phạt tiền từ 1.000.000.000 đồng đến 3.000.000.000 đồng.

**Câu 6. Bảo hiểm y tế là gì? Cơ sở khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế ban đầu là là gì?** **Hộ gia đình tham gia Bảo hiểm y tế gồm những ai?** **Các nguyên tắc của bảo hiểm y tế? Chính sách của Nhà nước về Bảo hiểm y tế được quy định như thế nào? Cơ quan quản lý Nhà nước về bảo hiểm y tế là những cơ quan nào? Các hành vi nào bị nghiêm cấm trong Bảo hiểm y tế?**

## ****Trả lời:****

**Ý 1.** **Bảo hiểm y tế là gì?**

Theo khoản 1 Điều 2 của Luật BHYT số 46/VBHN-VPQH ngày 10/12/2018 thì: *Bảo hiểm y tế* là hình thức bảo hiểm bắt buộc được áp dụng đối với các đối tượng theo quy định của Luật này để chăm sóc sức khỏe, không vì mục đích lợi nhuận do Nhà nước tổ chức thực hiện.

**Ý 2. Cơ sở khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế ban đầu là là gì?**

Khoản 5 Điều 2 của Luật BHYT số 46/VBHN-VPQH quy định: Cơ sở khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế ban đầu là cơ sở khám bệnh, chữa bệnh đầu tiên theo đăng ký của người tham gia bảo hiểm y tế và được ghi trong thẻ bảo hiểm y tế.

**Ý 3. Hộ gia đình tham gia Bảo hiểm y tế gồm những ai?**

Khoản 7 Điều 2 của Luật BHYT số 46/VBHN-VPQH quy định: Hộ gia đình tham gia bảo hiểm y tế(sau đây gọi chung là hộ gia đình) bao gồm toàn bộ người có tên trong sổ hộ khẩu hoặc sổ tạm trú.

**Ý 4.** **Các nguyên tắc của bảo hiểm y tế?**

Các nguyên tắc của bảo hiểm y tế được quy định tại Điều 3 của Luật BHYT số 46/VBHN-VPQH như sau:

“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 làm căn cứ đóng bảo hiểm xã hội bắt buộc theo quy định của Luật Bảo hiểm xã hội (sau đây gọi chung là tiền lương tháng), tiền lương hưu, tiền trợ cấp hoặc mức lương cơ sở.

3. Mức hưởng bảo hiểm y tế theo mức độ bệnh tật, nhóm đối tượng trong phạm vi quyền lợi và thời gian 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.”.

**Ý 5. Chính sách của Nhà nước về bảo hiểm y tế?**

Điều 4 của Luật BHYT số 46/VBHN-VPQH quy định:

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.

**Ý 6. Cơ quan quản lý Nhà nước về bảo hiểm y tế là những cơ quan nào?**

Điều 5 của Luật BHYT số 46/VBHN-VPQH quy định:

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.

**Ý 7. Các hành vi nào bị nghiêm cấm”**

Điều 11 của Luật BHYT số 46/VBHN-VPQH quy định:

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 7. Luật Bảo hiểm y tế quy định bao nhiêu nhóm người tham gia BHYT? Tiền lương, tiền công, tiền trợ cấp làm căn cứ đóng bảo hiểm y tế được quy định như thế nào? Luật quy định như thế nào về Thẻ bảo hiểm y tế?**

**Trả lời:**

**Ý 1. Luật Bảo hiểm y tế quy định bao nhiêu nhóm người tham gia BHYT?**

Điều 12 của Luật BHYT số 46/VBHN-VPQH quy định 05 nhóm đối tượng tham gia BHYT, cụ thể như sau:

***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 có thời hạn từ đủ 3 tháng trở lên; người lao động là người quản lý doanh nghiệp hưởng tiền lương; cán bộ, công chức, viên chức (sau đây gọi chung là người lao động);

b) Người hoạt động không chuyên trách ở xã, phường, thị trấn theo quy định của pháp luật.

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

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

b) Người đang hưởng trợ cấp bảo hiểm xã hội hằng tháng do bị tai nạn lao động, bệnh nghề nghiệp hoặc mắc bệnh thuộc danh mục bệnh cần chữa trị dài ngày; người từ đủ 80 tuổi trở lên đang hưởng trợ cấp tuất hằng tháng;

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

d) Người đang hưởng trợ cấp thất nghiệp.

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

a) Sỹ quan, quân nhân chuyên nghiệp, hạ sỹ quan, binh sỹ quân đội đang tại ngũ; sỹ quan, hạ sỹ quan nghiệp vụ và sỹ quan, hạ sỹ quan chuyên môn, kỹ thuật đang công tác trong lực lượng công an nhân dân, học viên công an nhân dân, 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; học viên cơ yếu được hưởng chế độ, chính sách theo chế độ, chính sách đối với học viên ở các trường quân đội, công an;

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

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

d) Người có công với cách mạng, cựu chiến binh;

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

e) Trẻ em dưới 6 tuổi;

g) Người thuộc diện hưởng trợ cấp bảo trợ xã hội hằng tháng;

h) 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; 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;

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

k) Thân nhân của 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 điểm a khoản 3 Điều này;

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

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

***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.

***5. Nhóm tham gia bảo hiểm y tế theo hộ gia đình*** gồm những người thuộc hộ gia đình, trừ đối tượng quy định tại các khoản 1, 2, 3 và 4 Điều này.

6. Chính phủ quy định các đối tượng khác ngoài các đối tượng quy định tại các khoản 3, 4 và 5 Điều này; quy định 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; quy định lộ trình thực hiện bảo hiểm y tế, 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, thanh toán, quyết toán bảo hiểm y tế đối với các đối tượng quy định tại điểm a khoản 3 Điều này.

**Ý 2. Tiền lương, tiền công, tiền trợ cấp làm căn cứ đóng bảo hiểm y tế được quy định như thế nào?**

Điều 14 của Luật BHYT số 46/VBHN-VPQH quy định tiền lương, tiền công, tiền trợ cấp làm căn cứ đóng bảo hiểm y tế như sau:

1. Đối với người lao động thuộc đối tượng thực hiện chế độ tiền lương do Nhà nước quy định thì căn cứ để đóng bảo hiểm y tế là tiền lương tháng theo ngạch bậc, cấp quân hàm và các khoản phụ cấp chức vụ, phụ cấp thâm niên vượt khung, phụ cấp thâm niên nghề (nếu có).

2. Đối với người lao động hưởng tiền lương, tiền công theo quy định của người sử dụng lao động thì căn cứ để đóng bảo hiểm y tế là tiền lương, tiền công tháng được ghi trong hợp đồng lao động.

3. Đối với người hưởng lương hưu, trợ cấp mất sức lao động, trợ cấp thất nghiệp hằng tháng thì căn cứ để đóng bảo hiểm y tế là tiền lương hưu, trợ cấp mất sức lao động, trợ cấp thất nghiệp hằng tháng.

4. Đối với các đối tượng khác thì căn cứ để đóng bảo hiểm y tế là mức lương cơ sở.

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

**Ý 3. Luật quy định như thế nào về Thẻ bảo hiểm y tế?**

Điều 16 của Luật BHYT số 46/VBHN-VPQH quy định về Thẻ bảo hiểm y tế như sau: (1 đ)

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. Mỗi người chỉ được cấp một thẻ bảo hiểm y tế.

3. Thời điểm thẻ bảo hiểm y tế có giá trị sử dụng được quy định như sau:

a) Đối tượng quy định tại các khoản 1, 2 và 3 Điều 12 của Luật này tham gia bảo hiểm y tế lần đầu, thẻ bảo hiểm y tế có giá trị sử dụng kể từ ngày đóng bảo hiểm y tế;

b) Người tham gia bảo hiểm y tế liên tục kể từ lần thứ hai trở đi thì thẻ bảo hiểm y tế có giá trị sử dụng nối tiếp với ngày hết hạn sử dụng của thẻ lần trước;

c) Đối tượng quy định tại khoản 4 và khoản 5 Điều 12 của Luật này tham gia bảo hiểm y tế từ ngày Luật này có hiệu lực thi hành hoặc tham gia không liên tục từ 3 tháng trở lên trong năm tài chính thì thẻ bảo hiểm y tế có giá trị sử dụng sau 30 ngày, kể từ ngày đóng bảo hiểm y tế;

d) Đối với trẻ em dưới 6 tuổi thì thẻ bảo hiểm y tế có giá trị sử dụng đến ngày trẻ đủ 72 tháng tuổi. Trường hợp trẻ đủ 72 tháng tuổi mà chưa đến kỳ nhập học thì thẻ bảo hiểm y tế có giá trị sử dụng đến ngày 30 tháng 9 của năm đó.

4. 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 xóa;

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

5. Tổ chức bảo hiểm y tế ban hành mẫu thẻ bảo hiểm y tế sau khi có ý kiến thống nhất của Bộ Y tế.

## ****Câu 8. Mức chi trả theo luật khi khám bảo hiểm khác tỉnh - khám bảo hiểm trái tuyến được quy định như thế nào?**** Các trường hợp nào không được hưởng bảo hiểm y tế? ****Luật quy định về đ****ăng ký khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế như thế nào? ****Người tham gia Bảo hiểm y tế**** được quyền đăng ký khám, chữa bệnh ban đầu tại những cơ sở ****khám chữa bệnh nào?**** ****Người tham gia BHYT có được thay đổi nơi khám chữa bệnh ban đầu không?****

## ****Trả lời:****

### ****Ý 1. Mức chi trả theo luật khi khám bảo hiểm khác tỉnh - khám bảo hiểm trái tuyến được quy định như thế nào?****

### Trong trường hợp đóng bảo hiểm y tế nhưng lại đi khám trái tuyến (gồm việc khám khác tỉnh) thì mức hưởng sẽ được tính theo quy định tại *Khoản 3, Điều 22*, *Luật bảo hiểm y tế số 46/VBHN-VPQH* quy định về mức chi trả bảo hiểm y tế khi tự đi khám bệnh, chữa bệnh trái tuyến như sau:

“Trường hợp người có thẻ bảo hiểm y tế tự đi khám bệnh, chữa bệnh không đúng tuyến được quỹ bảo hiểm y tế thanh toán theo mức hưởng quy định tại khoản 1 Điều này theo tỷ lệ như sau, trừ trường hợp quy định tại khoản 5 Điều này:

a) Tại bệnh viện tuyến trung ương là 40% chi phí điều trị nội trú;

b) Tại bệnh viện tuyến tỉnh là 60% chi phí điều trị nội trú từ ngày Luật này có hiệu lực đến ngày 31 tháng 12 năm 2020; 100% chi phí điều trị nội trú từ ngày 01 tháng 01 năm 2021 trong phạm vi cả nước;

c) Tại bệnh viện tuyến huyện là 70% chi phí khám bệnh, chữa bệnh từ ngày Luật này có hiệu lực đến ngày 31 tháng 12 năm 2015; 100% chi phí khám bệnh, chữa bệnh từ ngày 01 tháng 01 năm 2016.”

Như vậy từ ngày 01/01/2016 thì người có thẻ bảo hiểm y tế tự đi khám bệnh, chữa bệnh không đúng tuyến được quỹ bảo hiểm y tế thanh toán theo mức hưởng bằng 100% chi phí khám bệnh, chữa bệnh tại bệnh viện tuyến huyện, 60% chi phí điều trị nội trú tại bệnh viện tuyến tỉnh và 40% chi phí điều trị nội trú tại bệnh viện tuyến trung ương.

Từ ngày 01/01/2021, quỹ bảo hiểm y tế chi trả chi phí điều trị nội trú theo mức hưởng quy định nêu trên cho người tham gia bảo hiểm y tế áp dụng trong phạm vi cả nước khi tự đi khám bệnh, chữa bệnh không đúng tuyến.

**Ý 2. Các trường hợp nào không được hưởng bảo hiểm y tế?**

Điều 23 của Luật BHYT số 46/VBHN-VPQH quy định về các trường hợp không được hưởng bảo hiểm y tế như sau:

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, trừ trường hợp trẻ em dưới 6 tuổi.

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 trong trường hợp thảm họa.

10. ***(được bãi bỏ)***

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

12. ***(được bãi bỏ)***

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.

**Ý 3. Luật quy định về đăng ký khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế như thế nào?**

Điều 26 của Luật BHYT số 46/VBHN-VPQH quy định về đăng ký khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế như sau:

1. Người tham gia bảo hiểm y tế có quyền đăng ký khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế ban đầu tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh tuyến xã, tuyến huyện hoặc tương đương; trừ trường hợp được đăng ký tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh tuyến tỉnh hoặc tuyến trung ương theo quy định của Bộ trưởng Bộ Y tế.

Trường hợp người tham gia bảo hiểm y tế phải làm việc lưu động hoặc đến tạm trú tại địa phương khác thì được khám bệnh, chữa bệnh ban đầu tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh phù hợp với tuyến chuyên môn kỹ thuật và nơi người đó đang làm việc lưu động, tạm trú theo quy định của Bộ trưởng Bộ Y tế.

2. Người tham gia bảo hiểm y tế được thay đổi cơ sở đăng ký khám bệnh, chữa bệnh ban đầu vào đầu mỗi quý.

3. Tên cơ sở khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế ban đầu được ghi trong thẻ bảo hiểm y tế.

## ****Ý 4. Người tham gia Bảo hiểm y tế**** được quyền đăng ký khám, chữa bệnh ban đầu tại những cơ sở ****khám chữa bệnh nào?****

Căn cứ theo quy định tại Điều 8, Thông tư 40/2015/TT-BYT, người tham gia Bảo hiểm y tế được quyền đăng ký khám, chữa bệnh ban đầu tại những cơ sở khám đáp ứng điều kiện quy định tại Điều 3, Điều 4 của Thông tư này và không phân biệt địa giới hành chính, phù hợp với nơi làm việc, địa điểm cư trú và khả năng đáp ứng nhu cầu khám, chữa bệnh của cơ sở khám, chữa bệnh. Người tham gia BHYT có thể đăng ký nơi khám chữa bệnh ban đầu như dưới đây.

**Điều 3. Cơ sở khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế ban đầu tuyến xã và tương đương** (1 đ)

1. Trạm y tế xã, phường, thị trấn;

2. Trạm xá, trạm y tế, phòng y tế của cơ quan, đơn vị, tổ chức;

3. Phòng khám bác sỹ gia đình tư nhân độc lập;

4. Trạm y tế quân - dân y, Phòng khám quân - dân y, Quân y đơn vị cấp tiểu đoàn và các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh khác theo quy định của Bộ trưởng Bộ Quốc phòng.

**Điều 4. Cơ sở khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế ban đầu tuyến huyện và tương đương**

1. Bệnh viện đa khoa huyện, quận, thị xã, thành phố thuộc tỉnh;

2. Trung tâm y tế huyện có chức năng khám bệnh, chữa bệnh; Trung tâm y tế huyện có phòng khám đa khoa;

3. Phòng khám đa khoa; phòng khám đa khoa khu vực;

4. Bệnh viện đa khoa hạng III, hạng IV và chưa xếp hạng thuộc các Bộ, Ngành hoặc trực thuộc đơn vị thuộc các Bộ, Ngành;

5. Bệnh viện đa khoa tư nhân tương đương hạng III, tương đương hạng IV hoặc chưa được xếp hạng tương đương;

6. Bệnh viện y học cổ truyền tư nhân tương đương hạng III, tương đương hạng IV hoặc chưa được xếp hạng tương đương;

7. Phòng Y tế, Bệnh xá trực thuộc Bộ Công an, Bệnh xá Công an tỉnh, thành phố trực thuộc trung ương;

8. Trung tâm y tế quân - dân y, Bệnh xá quân y, Bệnh xá quân - dân y, Bệnh viện quân y hạng III, hạng IV hoặc chưa được xếp hạng, bệnh viện quân - dân y hạng III, hạng IV hoặc chưa được xếp hạng, các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh khác theo quy định của Bộ trưởng Bộ Quốc phòng.

**Điều 5. Cơ sở khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế ban đầu tuyến tỉnh và tương đương**

1. Bệnh viện đa khoa tỉnh, thành phố trực thuộc trung ương;

2. Bệnh viện đa khoa hạng I, hạng II thuộc các Bộ, Ngành, hoặc trực thuộc đơn vị thuộc các Bộ, Ngành;

3. Bệnh viện chuyên khoa, Viện chuyên khoa, Trung tâm chuyên khoa, Trung tâm y tế dự phòng tỉnh, thành phố trực thuộc trung ương có Phòng khám đa khoa;

4. Bệnh viện Nhi, Bệnh viện Sản - Nhi tỉnh, thành phố trực thuộc trung ương;

5. Bệnh viện đa khoa tư nhân tương đương hạng I, tương đương hạng II;

6. Bệnh viện y học cổ truyền tỉnh, thành phố trực thuộc trung ương, Bộ, Ngành;

7. Bệnh viện y học cổ truyền tư nhân tương đương hạng I, tương đương hạng II;

8. Phòng khám thuộc Ban bảo vệ chăm sóc sức khoẻ cán bộ tỉnh, thành phố trực thuộc trung ương;

9. Bệnh viện hạng II thuộc Bộ Quốc phòng, Bệnh viện quân - dân y hạng II, các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh khác theo quy định của Bộ trưởng Bộ Quốc phòng.

**Điều 6. Cơ sở đăng ký khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế ban đầu tuyến trung ương và tương đương**

1. Bệnh viện đa khoa trực thuộc Bộ Y tế, trừ các bệnh viện quy định tại Khoản 3 Điều này;

2. Bệnh viện chuyên khoa, Viện chuyên khoa trực thuộc Bộ Y tế có Phòng khám đa khoa;

3. Bệnh viện Hữu Nghị, Bệnh viện C Đà Nẵng và Bệnh viện Thống Nhất trực thuộc Bộ Y tế;

4. Bệnh viện hạng đặc biệt, bệnh viện hạng I trực thuộc Bộ Quốc phòng, Viện Y học cổ truyền Quân đội, các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh khác theo quy định của Bộ trưởng Bộ Quốc phòng.

## ****Ý 5. Người tham gia BHYT có được thay đổi nơi khám chữa bệnh ban đầu không?****

Căn cứ vào Khoản 2, Điều 26 của Luật BHYT số 46/VBHN-VPQH, người tham gia Bảo hiểm y tế được quyền thay đổi lại cơ sở khám chữa bệnh ban đầu vào đầu mỗi quý. Đây là quy định mang tính chất tạo điều kiện thuận lợi cho những người đóng Bảo hiểm y tế, đặc biệt trong trường hợp người dân phải làm việc lưu động hoặc đến tạm trú ở địa điểm khác thì được thay đổi cơ sở khám, chữa bệnh phù hợp, thuận tiện cho việc đi lại.

Để thực hiện đổi nơi đăng ký khám, chữa bệnh ban đầu, cần xuất trình thẻ Bảo hiểm y tế đã được cấp. Đồng thời, kê khai vào Tờ khai cung cấp và thay đổi thông tin vào tờ khai TK1-TS, ghi rõ về việc thay đổi nơi khám, chữa bệnh ban đầu.

Thủ tục đổi nơi khám chữa bệnh ban đầu sẽ được thực hiện trong thời hạn 5 ngày kể từ ngày cơ quan BHXH nhận đủ hồ sơ và hợp lệ. Lưu ý: Thẻ BHYT phải còn hiệu lực, nộp thêm chứng minh thư nhân dân hoặc thẻ căn cước công dân bản sao công chứng.