

SỞ TƯ PHÁP TỈNH TUYÊN QUANG

TÌM HIỂU

Quy định của Luật Bảo hiểm y tế năm 2014 về tổ chức khám bệnh, chữa bệnh cho người tham gia bảo hiểm y tế; thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế; quỹ bảo hiểm y tế

Luật Bảo hiểm y tế được Quốc hội nước Cộng hòa xã hội chủ nghĩa Việt Nam thông qua ngày 14 tháng 11 năm 2008, có hiệu lực thi hành kể từ ngày 01 tháng 7 năm 2009, được sửa đổi, bổ sung bởi: Luật Sửa đổi, bổ sung một số điều của Luật Thuế thu nhập doanh nghiệp năm 2014; Luật sửa đổi, bổ sung một số điều của Luật Bảo hiểm y tế năm 2014; Luật Phí và lệ phí năm 2015; Luật sửa đổi, bổ sung một số điều của 37 luật có liên quan đến quy hoạch; Luật Cư trú năm 2001; Luật Lực lượng tham gia bảo vệ an ninh, trật tự ở cơ sở năm 2023 Luật sửa đổi, bổ sung một số điều của Luật Bảo hiểm y tế năm 2025 (sau đây viết tắt là Luật Bảo hiểm y tế năm 2014).

Sở Tư pháp tỉnh Tuyên Quang trân trọng giới thiệu quy định của Luật Bảo hiểm y tế năm 2014 về tổ chức khám bệnh, chữa bệnh cho người tham gia bảo hiểm y tế; thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế; quỹ bảo hiểm y tế.

I. Cơ sở khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế

Điều 24 Luật Bảo hiểm y tế năm 2014 quy định về cơ sở khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế như sau:

Cơ sở khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế là cơ sở khám bệnh, chữa bệnh theo quy định của Luật Khám bệnh, chữa bệnh có ký kết hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế với cơ quan bảo hiểm xã hội theo quy định của Chính phủ.

II. Hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế

Điều 25 Luật Bảo hiểm y tế năm 2014 quy định về Hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế như sau:

1. Hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế là văn bản thỏa thuận giữa cơ quan bảo hiểm xã hội với cơ sở khám bệnh, chữa bệnh về việc cung ứng dịch vụ và thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế.

2. Hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế gồm các nội dung chủ yếu sau đây:

a) Đối tượng phục vụ và yêu cầu về phạm vi cung ứng dịch vụ; dự kiến số lượng thẻ và cơ cấu nhóm đối tượng tham gia bảo hiểm y tế đối với cơ sở khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế ban đầu;

b) Phương thức thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh;

- c) Quyền và trách nhiệm của các bên;
- d) Thời hạn hợp đồng;
- đ) Trách nhiệm do vi phạm hợp đồng;
- e) Điều kiện thay đổi, thanh lý, tạm dừng, chấm dứt hợp đồng.

3. Việc thỏa thuận về điều kiện thay đổi, thanh lý, tạm dừng, chấm dứt hợp đồng phải bảo đảm không làm gián đoạn việc khám bệnh, chữa bệnh của người tham gia bảo hiểm y tế.

III. Đăng ký khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế ban đầu

Điều 26 Luật Bảo hiểm y tế năm 2014 quy định về đăng ký khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế ban đầu 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 cấp ban đầu hoặc cấp cơ bản; có quyền thay đổi cơ sở khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế ban đầu trong 15 ngày đầu của mỗi quý.

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

IV. Chuyển người bệnh giữa các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế

Điều 27 Luật Bảo hiểm y tế năm 2014 quy định về chuyển người bệnh giữa các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế như sau:

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

V. Thủ tục khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế

Điều 28 Luật Bảo hiểm y tế năm 2014 quy định về thủ tục khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế như sau:

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.

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.

VI. Giám định bảo hiểm y tế

Điều 29 Luật Bảo hiểm y tế năm 2014 quy định về giám định bảo hiểm y tế như sau:

1. Nội dung giám định bảo hiểm y tế bao gồm:
 - a) Kiểm tra thủ tục khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế;
 - b) Kiểm tra, đánh giá việc chỉ định điều trị, sử dụng thuốc, hóa chất, vật tư, thiết bị y tế, dịch vụ kỹ thuật y tế cho người bệnh;
 - c) Kiểm tra, xác định chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế.
2. Việc giám định bảo hiểm y tế phải bảo đảm chính xác, công khai, minh bạch.
3. Cơ quan bảo hiểm xã hội thực hiện việc giám định bảo hiểm y tế và chịu trách nhiệm trước pháp luật về kết quả giám định.

VII. Phương thức thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế

Điều 30 Luật Bảo hiểm y tế năm 2014 quy định về phương thức thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế như sau:

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

1. Thanh toán theo định suất.
2. Thanh toán theo giá dịch vụ.
3. Thanh toán theo nhóm chẩn đoán.

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

Điều 31 Luật Bảo hiểm y tế năm 2014 quy định về thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế như sau:

1. Cơ quan bảo hiểm xã hội thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế với cơ sở khám bệnh, chữa bệnh theo hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế.
2. Cơ quan bảo hiểm xã hội thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế trực tiếp với người có thẻ bảo hiểm y tế khi khám bệnh, chữa bệnh trong các trường hợp sau đây:
 - a) Tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh không có hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế;
 - b) Khám bệnh, chữa bệnh không đúng thủ tục khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế;

c) Trường hợp đặc biệt khác do Chính phủ quy định.

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

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

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

Điều 32 Luật Bảo hiểm y tế năm 2014 quy định về tạm ứng, thanh toán, quyết toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế như sau:

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

a) Trong thời hạn 05 ngày làm việc kể từ ngày nhận được báo cáo quyết toán quý trước của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh, cơ quan bảo hiểm xã hội tạm ứng một lần bằng 90% chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế theo báo cáo quyết toán quý trước của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh;

b) Đối với cơ sở khám bệnh, chữa bệnh lần đầu ký hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế, căn cứ chi phí khám bệnh, chữa bệnh của tháng trước khi ký hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế, cơ quan bảo hiểm xã hội tạm ứng 90% kinh phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế cho tháng đầu tiên thực hiện hợp đồng; sau một tháng thực hiện hợp đồng, cơ quan bảo hiểm xã hội dự kiến và tạm ứng 90% kinh phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế trong quý;

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

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

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

nhiệm gửi báo cáo quyết toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế của quý trước cho cơ quan bảo hiểm xã hội;

b) Trong thời hạn 30 ngày kể từ ngày nhận được báo cáo quyết toán quý trước của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh, cơ quan bảo hiểm xã hội có trách nhiệm thông báo kết quả giám định và số quyết toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế, bao gồm chi phí khám bệnh, chữa bệnh thực tế trong phạm vi quyền lợi và mức hưởng bảo hiểm y tế với cơ sở khám bệnh, chữa bệnh. Đối với quý 4 trong năm, thời hạn thông báo kết quả giám định và số quyết toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế không quá 60 ngày, kể từ ngày cơ quan bảo hiểm xã hội nhận được báo cáo quyết toán quý 4 của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh;

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

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

3. Trong thời hạn 40 ngày, kể từ ngày nhận đủ hồ sơ đề nghị thanh toán của người tham gia bảo hiểm y tế (*trong trường hợp cơ quan bảo hiểm xã hội thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế trực tiếp với người có thẻ bảo hiểm y tế*) thì cơ quan bảo hiểm xã hội phải thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế trực tiếp cho đối tượng này.

X. Nguồn hình thành quỹ bảo hiểm y tế

Điều 33 Luật Bảo hiểm y tế năm 2014 quy định quỹ bảo hiểm y tế hình thành từ những nguồn sau:

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

XI. Quản lý quỹ bảo hiểm y tế

Điều 34 Luật Bảo hiểm y tế năm 2014 quy định về quản lý quỹ bảo hiểm y tế như sau:

1. Quỹ bảo hiểm y tế được quản lý tập trung, thống nhất, công khai, minh bạch và có sự phân cấp quản lý trong hệ thống cơ quan bảo hiểm xã hội.

Hội đồng quản lý bảo hiểm xã hội theo quy định của Luật Bảo hiểm xã hội chịu trách nhiệm quản lý quỹ bảo hiểm y tế và tư vấn chính sách bảo hiểm y tế.

2. Chính phủ quy định cụ thể việc quản lý quỹ bảo hiểm y tế; quyết định nguồn tài chính để bảo đảm việc khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế trong trường hợp mất cân đối thu, chi quỹ bảo hiểm y tế.

3. Hằng năm, Chính phủ báo cáo trước Quốc hội về quản lý và sử dụng quỹ bảo hiểm y tế.

XII. Phân bổ và sử dụng quỹ bảo hiểm y tế

Điều 35 Luật Bảo hiểm y tế năm 2014 quy định về phân bổ và sử dụng quỹ bảo hiểm y tế như sau:

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

- a) 92% số tiền đóng bảo hiểm y tế dành cho khám bệnh, chữa bệnh;
- b) 8% số tiền đóng bảo hiểm y tế dành cho quỹ dự phòng, chi tổ chức và hoạt động bảo hiểm y tế, trong đó dành tối thiểu 4% số tiền đóng bảo hiểm y tế cho quỹ dự phòng.

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

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

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