

VĂN PHÒNG QUỐC HỘI

Số: 22/VBHN-VPQH

CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM

Độc lập - Tự do - Hạnh phúc

Hà Nội, ngày 26 tháng 02 năm 2025

LUẬT

BẢO HIỂM Y TẾ

Luật Bảo hiểm y tế số 25/2008/QH12 ngày 14 tháng 11 năm 2008 của Quốc hội, có hiệu lực kể từ ngày 01 tháng 7 năm 2009, được sửa đổi, bổ sung bởi:

1. Luật số 32/2013/QH13 ngày 19 tháng 6 năm 2013 của Quốc hội sửa đổi, bổ sung một số điều của Luật Thuế thu nhập doanh nghiệp, có hiệu lực kể từ ngày 01 tháng 01 năm 2014;
2. Luật số 46/2014/QH13 ngày 13 tháng 6 năm 2014 của Quốc hội sửa đổi, bổ sung một số điều của Luật Bảo hiểm y tế, có hiệu lực kể từ ngày 01 tháng 01 năm 2015;
3. Luật Phí và lệ phí số 97/2015/QH13 ngày 25 tháng 11 năm 2015 của Quốc hội, có hiệu lực kể từ ngày 01 tháng 01 năm 2017;
4. Luật số 35/2018/QH14 ngày 20 tháng 11 năm 2018 của Quốc hội sửa đổi, bổ sung một số điều của 37 luật có liên quan đến quy hoạch, có hiệu lực kể từ ngày 01 tháng 01 năm 2019;
5. Luật Cư trú số 68/2020/QH14 ngày 13 tháng 11 năm 2020 của Quốc hội, có hiệu lực kể từ ngày 01 tháng 7 năm 2021;
6. Luật Lực lượng tham gia bảo vệ an ninh, trật tự ở cơ sở số 30/2023/QH15 ngày 28 tháng 11 năm 2023 của Quốc hội, có hiệu lực kể từ ngày 01 tháng 7 năm 2024;
7. Luật số 51/2024/QH15 ngày 27 tháng 11 năm 2024 của Quốc hội sửa đổi, bổ sung một số điều của Luật Bảo hiểm y tế, có hiệu lực kể từ ngày 01 tháng 7 năm 2025.

Căn cứ Hiến pháp nước Cộng hòa xã hội chủ nghĩa Việt Nam năm 1992 đã được sửa đổi, bổ sung theo Nghị quyết số 51/2001/QH10;

Quốc hội ban hành Luật Bảo hiểm y tế^[1].

Chương I

NHỮNG QUY ĐỊNH CHUNG

Điều 1. Phạm vi điều chỉnh và đối tượng áp dụng

1. Luật này quy định về chế độ, chính sách bảo hiểm y tế, bao gồm đối tượng, mức đóng, trách nhiệm và phương thức đóng bảo hiểm y tế; thẻ bảo hiểm y tế; phạm vi được hưởng bảo hiểm y tế; 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; quyền và trách nhiệm của các bên liên quan đến bảo hiểm y tế.

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

3. Luật này không áp dụng đối với bảo hiểm y tế mang tính kinh doanh.

Điều 2. Giải thích từ ngữ

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

- 1.[2] *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.
2. *Bảo hiểm y tế toàn dân* là việc các đối tượng quy định trong Luật này đều tham gia bảo hiểm y tế.
3. *Quỹ bảo hiểm y tế* là quỹ tài chính được hình thành từ nguồn đóng bảo hiểm y tế và các nguồn thu hợp pháp khác, được sử dụng để chi trả chi phí khám bệnh, chữa bệnh cho người tham gia bảo hiểm y tế, chi phí quản lý bộ máy của cơ quan bảo hiểm xã hội[3] và những khoản chi phí hợp pháp khác liên quan đến bảo hiểm y tế.
4. *Người sử dụng lao động* bao gồm cơ quan nhà nước, đơn vị sự nghiệp công lập, đơn vị vũ trang nhân dân, tổ chức chính trị, tổ chức chính trị - xã hội, tổ chức chính trị xã hội - nghề nghiệp, tổ chức xã hội, tổ chức xã hội - nghề nghiệp, doanh nghiệp, hợp tác xã, hộ kinh doanh cá thể và tổ chức khác; tổ chức nước ngoài, tổ chức quốc tế hoạt động trên lãnh thổ Việt Nam có trách nhiệm đóng bảo hiểm y tế.
5. *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.
6. *Giám định bảo hiểm y tế* là hoạt động chuyên môn do cơ quan bảo hiểm xã hội[4] tiến hành nhằm đánh giá sự hợp lý của việc cung cấp dịch vụ y tế cho người tham gia bảo hiểm y tế, làm cơ sở để thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế.
- 7.[5] *Hộ gia đình tham gia bảo hiểm y tế* (sau đây gọi chung là hộ gia đình) là những người cùng đăng ký thường trú hoặc cùng đăng ký tạm trú tại một chỗ ở hợp pháp theo quy định của pháp luật về cư trú.
- 8.[6] *Gói dịch vụ y tế cơ bản do quỹ bảo hiểm y tế chi trả* là những dịch vụ y tế thiết yếu để chăm sóc sức khỏe, phù hợp với khả năng chi trả của quỹ bảo hiểm y tế.
- 9.[7] *Mức tham chiếu* là mức tiền do Chính phủ quyết định dùng để tính mức đóng, mức hưởng của một số trường hợp tham gia bảo hiểm y tế quy định tại Luật này.

Điều 3. Nguyên tắc bảo hiểm y tế

1. Bảo đảm chia sẻ rủi ro giữa những người tham gia bảo hiểm y tế.
- 2.[8] 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 tham chiếu.
- 3.[9] 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.

Điều 4. 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.[10] 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.

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

1. Chính phủ thống nhất quản lý nhà nước về bảo hiểm y tế.
2. Bộ Y tế chịu trách nhiệm trước Chính phủ thực hiện quản lý nhà nước về bảo hiểm y tế.
3. Bộ, cơ quan ngang bộ trong phạm vi nhiệm vụ, quyền hạn của mình phối hợp với Bộ Y tế thực hiện quản lý nhà nước về bảo hiểm y tế.
4. Ủy ban nhân dân các cấp trong phạm vi nhiệm vụ, quyền hạn của mình thực hiện quản lý nhà nước về bảo hiểm y tế tại địa phương.

Điều 6. 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.[11] Ban hành theo thẩm quyền hoặc trình cấp có thẩm quyền ban hành chính sách, pháp luật về bảo hiểm y tế, tổ chức hệ thống 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; giải pháp tăng cường năng lực khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế cho y tế cơ sở;
2. Xây dựng chiến lược,[12], kế hoạch tổng thể phát triển bảo hiểm y tế;
- 3.[13] Ban hành quy định, quy trình, hướng dẫn chuyên môn về khám bệnh, chữa bệnh; rà soát và cập nhật thường xuyên hướng dẫn chẩn đoán và điều trị; quy định về đánh giá sự hợp lý của việc cung cấp dịch vụ khám bệnh, chữa bệnh; quy định về ứng dụng công nghệ thông tin, chuyển đổi số, chia sẻ dữ liệu trong lĩnh vực bảo hiểm y tế, việc liên thông và sử dụng kết quả cận lâm sàng liên thông giữa các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế phù hợp yêu cầu chuyên môn;
- 4.[14] Ban hành theo thẩm quyền hoặc trình cấp có thẩm quyền ban hành 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;
- 10.[15] Ban hành gói dịch vụ y tế cơ bản do quỹ bảo hiểm y tế chi trả.

Điều 7. Trách nhiệm của Bộ Tài chính về bảo hiểm y tế

1. Phối hợp với Bộ Y tế, cơ quan, tổ chức có liên quan xây dựng chính sách, pháp luật về tài chính liên quan đến bảo hiểm y tế.
2. Thanh tra, kiểm tra việc thực hiện các quy định của pháp luật về chế độ tài chính đối với bảo hiểm y tế, quỹ bảo hiểm y tế.

Điều 7a. Trách nhiệm của Bộ Lao động - Thương binh và Xã hội^[16]

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, i, k, o, r, s và t khoản 3, các điểm a, b, d và g 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, i, k, o, r, s và t khoản 3, các điểm a, b, d và g khoản 4 Điều 12 của Luật này, trừ đối tượng do Bộ Quốc phòng và Bộ Công an quản lý.

Điều 7b. Trách nhiệm của Bộ Giáo dục và Đào tạo^[17]

1. Chỉ đạo, hướng dẫn tổ chức thực hiện việc xác định, quản lý đối tượng do Bộ Giáo dục và Đào tạo quản lý quy định tại điểm n khoản 3 và điểm b 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 các đối tượng do Bộ Giáo dục và Đào tạo quản lý quy định tại điểm n khoản 3 và điểm b khoản 4 Điều 12 của Luật này.
3. Chủ trì, phối hợp với Bộ Y tế, các bộ, ngành liên quan hướng dẫn thành lập, kiện toàn hệ thống y tế trường học để chăm sóc sức khỏe ban đầu đối với trẻ em, học sinh, sinh viên.

Điều 7c. Trách nhiệm của Bộ Quốc phòng và Bộ Công an^[18]

- 1.^[19] Chỉ đạo, quản lý, hướng dẫn, tổ chức thực hiện việc xác định, quản lý, lập danh sách tham gia bảo hiểm y tế đối với đối tượng do Bộ Quốc phòng và Bộ Công an quản lý quy định tại các điểm a, c, e, h và i khoản 1, các điểm a, b, c, d, l và n khoản 3, điểm b khoản 4 Điều 12 của Luật này.
2. Lập danh sách và cung cấp danh sách đề nghị cấp thẻ bảo hiểm y tế đối với đối tượng quy định tại điểm l khoản 3 Điều 12 của Luật này cho cơ quan bảo hiểm xã hội^[20].
- 3.^[21] 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 các điểm a, c, e, h và i khoản 1, các điểm a, b, c, d, l và n khoản 3, điểm b khoản 4 Điều 12 của Luật này.
4. Phối hợp với Bộ Y tế, các bộ, ngành liên quan hướng dẫn các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh của Bộ Quốc phòng và Bộ Công an ký kết hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế với cơ quan bảo hiểm xã hội^[22] để khám bệnh, chữa bệnh cho các đối tượng tham gia bảo hiểm y tế.

Điều 8. Trách nhiệm của Ủy ban nhân dân các cấp về bảo hiểm y tế

1. Trong phạm vi nhiệm vụ, quyền hạn của mình, Ủy ban nhân dân các cấp có trách nhiệm sau đây:
 - a) Chỉ đạo tổ chức triển khai thực hiện chính sách, pháp luật về bảo hiểm y tế;

b) Bảo đảm kinh phí đóng bảo hiểm y tế cho các đối tượng được ngân sách nhà nước đóng hoặc hỗ trợ theo quy định của Luật này;

c) Tuyên truyền, phổ biến chính sách, pháp luật về bảo hiểm y tế;

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

2.[23] Ủy ban nhân dân tỉnh, thành phố trực thuộc trung ương, ngoài việc thực hiện trách nhiệm quy định tại khoản 1 Điều này, có trách nhiệm chỉ đạo xây dựng bộ máy, nguồn lực để thực hiện quản lý nhà nước về bảo hiểm y tế tại địa phương.

3.[24] Ủy ban nhân dân xã, phường, thị trấn (sau đây gọi chung là Ủy ban nhân dân cấp xã) có trách nhiệm sau đây:

a) Thực hiện trách nhiệm quy định tại khoản 1 Điều này;

b) Lập danh sách tham gia bảo hiểm y tế cho các đối tượng trên địa bàn quy định tại các khoản 2, 3, 4 và 5 Điều 12 của Luật này theo hộ gia đình, trừ đối tượng thuộc thẩm quyền quản lý của các Bộ, ngành, cơ quan, đơn vị khác quy định tại các điểm a, b, c, d, l và n khoản 3, điểm b khoản 4 Điều 12 của Luật này;

c) Lập danh sách đề nghị cấp thẻ bảo hiểm y tế cho trẻ em phải thực hiện đồng thời với việc cấp giấy khai sinh.

Điều 9. Cơ quan thực hiện bảo hiểm y tế[25]

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

2. Chính phủ quy định cụ thể về chức năng, nhiệm vụ, quyền hạn và cơ cấu tổ chức của cơ quan bảo hiểm xã hội trong tổ chức thực hiện bảo hiểm y tế.

Điều 10. Kiểm toán quỹ bảo hiểm y tế[26]

1. Kiểm toán nhà nước, định kỳ ba năm, thực hiện kiểm toán quỹ bảo hiểm y tế và báo cáo kết quả với Quốc hội; thực hiện kiểm toán đột xuất quỹ bảo hiểm y tế theo yêu cầu của Quốc hội, Ủy ban Thường vụ Quốc hội, Chủ tịch nước, Chính phủ, Thủ tướng Chính phủ.

2. Định kỳ hằng năm, Kiểm toán nhà nước thực hiện kiểm toán nội dung chi tổ chức và hoạt động bảo hiểm y tế khi kiểm toán báo cáo quyết toán chi tổ chức và hoạt động bảo hiểm xã hội.

Điều 11. Các hành vi bị nghiêm cấm

1.[27] Chậm đóng, trốn đóng bảo hiểm y tế.

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.

Chương II

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

Điều 12. Đối tượng tham gia bảo hiểm y tế^[28]

1. Nhóm do người sử dụng lao động đóng hoặc người lao động đóng hoặc cùng 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 có 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 trường hợp là người di chuyển trong nội bộ doanh nghiệp theo quy định của pháp luật về người lao động nước ngoài làm việc tại Việt Nam hoặc 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 hoặc 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 làm việc theo hợp đồng lao động không xác định thời hạn, hợp đồng lao động xác định thời hạn có 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, thỏa thuận với người sử dụng lao động 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 theo quy định của pháp luật về bảo hiểm xã hội;

đ) Chủ hộ kinh doanh của hộ kinh doanh có đăng ký kinh doanh thuộc đối tượng tham gia bảo hiểm xã hội bắt buộc theo quy định của pháp luật về bảo hiểm xã hội;

e) Cán bộ, công chức, viên chức;

g) Người hoạt động không chuyên trách ở cấp xã theo quy định của pháp luật;

h) Công nhân và viên chức quốc phòng đang phục vụ trong quân đội, công nhân công an đang công tác trong công an nhân dân; người làm công tác khác trong tổ chức cơ yếu quy định tại Luật Cơ yếu;

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 không thuộc đối tượng tham gia bảo hiểm y tế theo quy định tại các điểm a, b, c, d, đ, e, g và h khoản này, khoản 2 và khoản 3 Điều này.

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

- a) Người đang hưởng lương hưu, trợ cấp mất sức lao động hằng tháng;
- b) 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;
- 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) 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;
- b) 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;
- c) Học viên quân đội, học viên công an, học viên cơ yếu hưởng sinh hoạt phí là 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 theo quy định của Pháp lệnh Ưu đãi người có công với cách mạng; cựu chiến binh;
- 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 liệt sĩ, người có công nuôi dưỡng liệt sĩ theo quy định của Pháp lệnh Ưu đãi người có công với cách mạng;
- k) 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, trừ đối tượng quy định tại điểm i khoản này;
- l) Thân nhân của các đối tượng quy định tại điểm a và điểm b khoản này theo quy định của pháp luật;
- 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 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;

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 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;

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 đang 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 pháp luật;

đ) Nhân viên y tế thôn, bản; cô đỡ thôn, bản;

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

g) 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;

h) Người được tặng danh hiệu Nghệ nhân nhân dân, Nghệ nhân ưu tú theo quy định của Luật Di sản văn hóa;

i) Nạn nhân theo quy định của Luật Phòng, chống mua bán người.

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;

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

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

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

6. Đối tượng khác ngoài đối tượng quy định tại các khoản 1, 2, 3, 4 và 5 Điều này theo quy định của luật, pháp lệnh.

7. Chính phủ quy định đối tượng khác ngoài đối tượng quy định tại các khoản 1, 2, 3, 4, 5 và 6 Điều này bao gồm:

- a) Đối tượng tham gia bảo hiểm y tế được pháp luật quy định trước ngày 01 tháng 01 năm 2025;
- b) Đối tượng khác ngoài đối tượng quy định tại điểm a khoản này sau khi báo cáo Ủy ban Thường vụ Quốc hội.

Điều 13. Mức đóng và trách nhiệm đóng bảo hiểm y tế^[29]

1. Mức đóng do người sử dụng lao động đóng hoặc người lao động đóng hoặc cùng đóng được quy định như sau:

- a) Mức đóng hằng tháng của đối tượng quy định tại các điểm a, c, d và e khoản 1 Điều 12 của Luật này tối đa bằng 6% tiền lương tháng, trong đó người sử dụng lao động đóng hai phần ba và người lao động đóng một phần ba;
- 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 đối tượng 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 đối tượng 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 tham chiếu, trong đó người sử dụng lao động đóng hai phần ba và người lao động đóng một phần ba;
- đ) Mức đóng hằng tháng của đối tượng quy định tại điểm h khoản 1 Điều 12 của Luật này tối đa bằng 6% tiền lương tháng và trách nhiệm đóng theo quy định của Chính phủ;
- e) Mức đóng hằng tháng của đối tượng quy định tại điểm i khoản 1 Điều 12 của Luật này tối đa bằng 6% mức tham chiếu và trách nhiệm đóng theo quy định của Chính phủ.

2. Mức đóng do cơ quan bảo hiểm xã hội đóng được quy định như sau:

- a) Mức đóng hằng tháng của đối tượng quy định tại điểm a khoản 2 Điều 12 của Luật này tối đa bằng 6% tiền lương hưu hoặc trợ cấp mất sức lao động;
- b) Mức đóng hằng tháng của đối tượng quy định tại điểm b và điểm c khoản 2 Điều 12 của Luật này tối đa bằng 6% mức tham chiếu;
- c) Mức đóng hằng tháng của đối tượng quy định tại điểm d khoản 2 Điều 12 của Luật này tối đa bằng 6% tiền trợ cấp thất nghiệp.

3. Mức đóng do ngân sách nhà nước đóng và hỗ trợ mức đóng được quy định như sau:

- a) Mức đóng hằng tháng của đối tượng quy định tại điểm a khoản 3 Điều 12 của Luật này tối đa bằng 6% tiền lương tháng và do ngân sách nhà nước đóng;
- b) Mức đóng hằng tháng của đối tượng quy định tại các điểm b, c, d, đ, e, g, h, i, k, l, m, o, p, q, r, s, t và u khoản 3 Điều 12 của Luật này tối đa bằng 6% mức tham chiếu và do ngân sách nhà nước đóng;

c) Mức đóng hằng tháng của đối tượng quy định tại điểm n khoản 3 Điều 12 của Luật này tối đa bằng 6% mức tham chiếu và do ngân sách nhà nước đóng thông qua cơ quan, tổ chức, đơn vị cấp học bổng;

d) Mức đóng hằng tháng của đối tượng quy định tại khoản 4 Điều 12 của Luật này tối đa bằng 6% mức tham chiếu 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 khoản 5 Điều 12 của Luật này tối đa bằng 6% mức tham chiếu và do đối tượng đóng theo hộ gia đình hoặc đóng theo cá nhân tham gia.

5. 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) 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, trừ trường hợp quy định tại các điểm c, d, đ, e và g khoản này;

b) Người thuộc đối tượng quy định tại các điểm a, c, d, đ và e khoản 1 Điều 12 của Luật này đồng thời có một hoặc nhiều hợp đồng lao động thì đóng bảo hiểm y tế theo hợp đồng lao động làm căn cứ tham gia bảo hiểm xã hội bắt buộc;

c) Người thuộc 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 do cơ quan bảo hiểm xã hội đóng, do ngân sách nhà nước đóng, do ngân sách nhà nước hỗ trợ mức đóng, do đối tượng và Ủy ban nhân dân cấp xã cùng đóng;

d) Người thuộc đối tượng quy định tại điểm a và điểm c khoản 2 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 tham gia theo đối tượng do cơ quan bảo hiểm xã hội đóng;

đ) Người thuộc đối tượng quy định tại các điểm s, t và u khoản 3 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 tham gia theo đối tượng do ngân sách nhà nước đóng;

e) Người thuộc đối tượng quy định tại các điểm a, c, d, đ, e, g, h và i khoản 4 Điều 12 của Luật này đồng thời thuộc đối tượng quy định tại điểm a khoản 5 Điều 12 của Luật này thì được lựa chọn đối tượng tham gia bảo hiểm y tế;

g) Người thuộc nhiều đối tượng được ngân sách nhà nước hỗ trợ mức đóng quy định tại khoản 4 Điều 12 của Luật này thì được lựa chọn tham gia theo đối tượng có mức hỗ trợ cao nhất;

h) Người thuộc đối tượng quy định tại điểm b và điểm c khoản 5 Điều 12 của Luật này 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.

6. Thành viên hộ gia đình quy định tại điểm a khoản 5 Điều 12 của 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 tham chiếu;

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.

7. Chính phủ quy định các nội dung sau đây:

a) Mức đóng, mức hỗ trợ đóng quy định tại Điều này;

b) Trách nhiệm đóng, mức đóng, mức hỗ trợ đóng đối với các đối tượng quy định tại khoản 6 và khoản 7 Điều 12 của Luật này.

Điều 14. Tiền lương, tiền công, tiền trợ cấp làm căn cứ đóng bảo hiểm y tế

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.[30] Đối với đối tượng không thuộc quy định tại các khoản 1, 2 và 3 Điều này thì căn cứ để đóng bảo hiểm y tế là mức tham chiếu.

5.[31] Mức tiền lương tháng tối đa để tính số tiền đóng bảo hiểm y tế là 20 lần mức tham chiếu.

Điều 15. Phương thức đóng bảo hiểm y tế^[32]

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 của người lao động để nộp cùng một lúc vào quỹ bảo hiểm y tế.

2.[33] 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.

3.[34] Hằng tháng, cơ quan bảo hiểm xã hội đóng bảo hiểm y tế theo quy định tại khoản 2 Điều 13 của Luật này vào quỹ bảo hiểm y tế.

4.[35] Hằng quý, cơ quan, tổ chức, đơn vị cấp học bổng đóng bảo hiểm y tế theo quy định tại điểm c khoản 3 Điều 13 của Luật này vào quỹ bảo hiểm y tế.

5.[36] Hằng quý, ngân sách nhà nước chuyển số tiền đóng, hỗ trợ đóng bảo hiểm y tế theo quy định tại các điểm a, b và d khoản 3 Điều 13 của Luật này vào quỹ bảo hiểm y tế.

6. Định kỳ 3 tháng, 6 tháng hoặc 12 tháng, đại diện hộ gia đình, tổ chức, cá nhân đóng đủ số tiền thuộc trách nhiệm phải đóng vào quỹ bảo hiểm y tế.

7.[37] Đối tượng quy định tại điểm b và điểm đ khoản 1 Điều 12 của Luật này đóng đủ số tiền thuộc trách nhiệm phải đóng trực tiếp cho cơ quan bảo hiểm xã hội hoặc đóng qua hộ kinh doanh, doanh nghiệp, hợp tác xã, liên hiệp hợp tác xã tham gia quản lý theo phương thức đóng hằng tháng, 03 tháng hoặc 06 tháng một lần.

8.[38] 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 hoặc 06 tháng một lần.

Chương III

THẺ BẢO HIỂM Y TẾ

Điều 16. Thẻ bảo hiểm y tế

- 1.[39] Thẻ bảo hiểm y tế có mã số 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. Thẻ bảo hiểm y tế được cấp bằng bản điện tử, bản giấy và có giá trị pháp lý như nhau.
- 2.[40] Mỗi người chỉ được cấp một mã số bảo hiểm y tế.
- 3.[41] 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)[42] Người tham gia bảo hiểm y tế theo quy định tại khoản 4 và khoản 5 Điều 12 của Luật này mà lần đầu tiên tham gia bảo hiểm y tế hoặc đã tham gia bảo hiểm y tế theo một trong các đối tượng quy định tại Điều 12 của Luật này nhưng 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 đủ 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.[43] Bảo hiểm xã hội Việt Nam ban hành mẫu thẻ bảo hiểm y tế sau khi có ý kiến thống nhất của Bộ Y tế.

Điều 17. Cấp thẻ bảo hiểm y tế[44]

- 1. Hồ sơ cấp thẻ bảo hiểm y tế như sau:
 - a) 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;
 - 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 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;

c) 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;

d) 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;

đ) 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, l 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.

2. Trong thời hạn 05 ngày làm việc kể từ ngày nhận đủ hồ sơ quy định tại khoản 1 Điều này, cơ quan bảo hiểm xã hội phải cấp thẻ bảo hiểm y tế cho người tham gia bảo hiểm y tế và thông báo hoặc giao thẻ cho cơ quan, tổ chức quản lý, lập danh sách đối tượng.

3. Chính phủ quy định việc cấp thẻ bảo hiểm y tế bằng bản giấy và bằng bản điện tử.

Điều 18. 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.[45] Trong thời hạn 7 ngày làm việc, kể từ ngày nhận được đơn đề nghị cấp lại thẻ, cơ quan bảo hiểm xã hội[46] phải cấp lại thẻ cho người tham gia bảo hiểm y tế. Trong thời gian chờ cấp lại thẻ, người tham gia bảo hiểm y tế vẫn được hưởng quyền lợi bảo hiểm y tế.

4.[47] *(được bãi bỏ)*

Điều 19. Đổi thẻ bảo hiểm y tế

1. 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.

2. Hồ sơ đổi thẻ bảo hiểm y tế bao gồm:

- a) Đơn đề nghị đổi thẻ của người tham gia bảo hiểm y tế;
- b) Thẻ bảo hiểm y tế.

3. Trong thời hạn 7 ngày làm việc, kể từ ngày nhận đủ hồ sơ quy định tại khoản 2 Điều này, cơ quan bảo hiểm xã hội[48] phải đổi thẻ cho người tham gia bảo hiểm y tế. Trong thời gian chờ đổi thẻ, người có thẻ vẫn được hưởng quyền lợi của người tham gia bảo hiểm y tế.

4. Người được đổi thẻ bảo hiểm y tế do thẻ bị rách, nát hoặc hỏng phải nộp phí. Bộ trưởng Bộ Tài chính quy định mức phí đổi thẻ bảo hiểm y tế.

Điều 20. Thu hồi, tạm giữ thẻ bảo hiểm y tế

1. 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)[49] Cấp trùng thẻ bảo hiểm y tế.

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

Chương IV

PHẠM VI ĐƯỢC HƯỞNG BẢO HIỂM Y TẾ

Điều 21. Phạm vi được hưởng của người tham gia bảo hiểm y tế[50]

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

a) 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;

b) 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;

c) 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.

2. Bộ trưởng Bộ Y tế quy định các nội dung sau đây:

a) Nguyên tắc, tiêu chí xây dựng danh mục thuốc, nguyên tắc xây dựng danh mục thiết bị y tế, dịch vụ kỹ thuật y tế thuộc phạm vi được hưởng của người tham gia bảo hiểm y tế;

b) Ban hành danh mục thuốc, thiết bị y tế, dịch vụ kỹ thuật y tế thuộc phạm vi được hưởng của người tham gia bảo hiểm y tế trên cơ sở nguyên tắc, tiêu chí quy định tại điểm a khoản này;

c) Tỷ lệ thanh toán thuốc, thiết bị y tế, dịch vụ kỹ thuật y tế thuộc phạm vi được hưởng của người tham gia bảo hiểm y tế;

d) Mức, điều kiện và việc thanh toán thuốc, thiết bị y tế, dịch vụ kỹ thuật y tế thuộc phạm vi được hưởng của người tham gia bảo hiểm y tế;

đ) Việc thanh toán 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 được hưởng của người tham gia bảo hiểm y tế.

3. Chính phủ quy định các nội dung sau đây:

a) Việc thanh toán chi phí vận chuyển người bệnh quy định tại điểm b khoản 1 Điều này;

b) Phạm vi được hưởng của các đối tượng quy định tại các điểm a, b, c, d và đ khoản 3 Điều 12 của Luật này;

c) Đối tượng không áp dụng tỷ lệ thanh toán quy định tại điểm c khoản 2 Điều này.

Điều 22. Mức hưởng bảo hiểm y tế của người tham gia bảo hiểm y tế[51]

1. 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:

- a) 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;
- 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;
- c) 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;
- d) 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;
- đ) 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;
- e) 80% chi phí khám bệnh, chữa bệnh đối với đối tượng khác.

2. 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 đăng ký khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế ban đầu tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh cấp chuyên sâu và cấp cơ bản khi khám bệnh, chữa bệnh không đúng nơi đăng ký khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế ban đầu do thay đổi nơi tạm trú, nơi lưu trú thì được khám bệnh, chữa bệnh tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh cấp cơ bản phù hợp với nơi tạm trú, lưu trú mới và được quỹ bảo hiểm y tế thanh toán theo quy định tại khoản 1 Điều này. Bộ trưởng Bộ Y tế quy định thủ tục, trường hợp lưu trú được khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế quy định tại khoản này.

4. 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:

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

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

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

đ) 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;

e) 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;

g) 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;

h) 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.

5. Người tham gia bảo hiểm y tế được hưởng 100% mức hưởng quy định tại khoản 1 Điều này khi khám bệnh, chữa bệnh tại bất kỳ cơ sở khám bệnh, chữa bệnh nào trong trường hợp cấp cứu.

6. Chính phủ quy định chi tiết mức hưởng đối với đối tượng quy định tại các điểm a, b, c, d và đ khoản 3 Điều 12 của Luật này; quy định mức hưởng đối với trường hợp người tham gia bảo hiểm y tế sử dụng dịch vụ khám bệnh, chữa bệnh theo yêu cầu và các trường hợp khác không thuộc quy định tại khoản 1 Điều này.

Điều 23. 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.[52] Điều trị lác và tật khúc xạ của mắt đối với người từ đủ 18 tuổi trở lên.

8.[53] Sử dụng thiết bị y tế thay thế bao gồm chân giả, 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.[54] Khám bệnh, chữa bệnh, phục hồi chức năng trong trường hợp thảm họa.

10.[55] *(được bãi bỏ)*

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

12.[56] (*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.

Chương V

TỔ CHỨC KHÁM BỆNH, CHỮA BỆNH CHO NGƯỜI THAM GIA BẢO HIỂM Y TẾ

Điều 24. Cơ sở khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế[57]

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.

Điều 25. Hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế

1. Hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế là văn bản thỏa thuận giữa cơ quan bảo hiểm xã hội[58] 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)[59] 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)[60] Điều kiện thay đổi, thanh lý, tạm dừng, chấm dứt hợp đồng.

3.[61] Việc thỏa thuận về điều kiện thay đổi, thanh lý, tạm dừng, chấm dứt hợp đồng quy định tại điểm e khoản 2 Điều này phải bảo đảm không làm gián đoạn việc khám bệnh, chữa bệnh của người tham gia bảo hiểm y tế.

4.[62] Chính phủ quy định chi tiết Điều này và quy định mẫu hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế.

Điều 26. Đăng ký khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế ban đầu[63]

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.

3. Bộ trưởng Bộ Y tế quy định chi tiết khoản 1 và khoản 2 Điều này; quy định trường hợp đăng ký khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế ban đầu tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh cấp chuyên sâu.

4. Bộ trưởng Bộ Công an, Bộ trưởng Bộ Quốc phòng quy định việc đăng ký khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế ban đầu đối với cơ sở khám bệnh, chữa bệnh cấp ban đầu, cấp cơ bản, cấp chuyên sâu và người tham gia bảo hiểm y tế thuộc thẩm quyền quản lý.

Điều 27. Chuyển người bệnh giữa các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế^[64]

1. 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.

2. Bộ trưởng Bộ Y tế quy định việc chuyển người bệnh về cơ sở khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế ban đầu để điều trị, quản lý, theo dõi đối với các bệnh mạn tính, bao gồm cả việc sử dụng thuốc, thiết bị y tế và dịch vụ kỹ thuật y tế đã được kê đơn, chỉ định theo năng lực chuyên môn của cơ sở nơi điều trị, quản lý, theo dõi bệnh mạn tính; quy định chi tiết khoản 1 Điều này, trừ trường hợp quy định tại khoản 3 Điều này.

3. Bộ trưởng Bộ Công an, Bộ trưởng Bộ Quốc phòng quy định việc chuyển người bệnh thuộc thẩm quyền quản lý giữa các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế thuộc thẩm quyền quản lý.

Điều 28. Thủ tục khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế^[65]

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.

Điều 29. Giám định bảo hiểm y tế

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^[66] thực hiện việc giám định bảo hiểm y tế và chịu trách nhiệm trước pháp luật về kết quả giám định.

Chương VI

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

Điều 30. Phương thức thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế^[67]

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

- a) Thanh toán theo định suất;
- b) Thanh toán theo giá dịch vụ;
- c) Thanh toán theo nhóm chẩn đoán.

2. Chính phủ quy định chi tiết khoản 1 Điều này và quy định việc áp dụng phương thức thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế.

Điều 31. Thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế^[68]

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 quy định tại Điều 28 của Luật này;
- 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.

4. Chính phủ quy định các nội dung sau đây:

- a) Điều kiện, thẩm quyền quyết định trường hợp 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 và việc thanh toán chi phí thuốc, thiết bị y tế được điều chuyển quy định tại khoản 3 Điều này;
- b) Quản lý, sử dụng kinh phí dành cho khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế, giám định và thanh toán, quyết toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế đối với đối tượng quy định tại các điểm a, b, c, d và đ khoản 3 Điều 12 của Luật này;
- c) Việc thanh toán, quyết toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế phù hợp với đối tượng thuộc lực lượng vũ trang nhân dân và Nhân dân ở khu vực biên giới, biển đảo, thôn, xã đặc biệt khó khăn để bảo đảm chính sách quốc phòng, an ninh.

5. Chính phủ quy định chi tiết điểm a và điểm b khoản 2, khoản 3 Điều này, trừ trường hợp quy định tại khoản 4 Điều này.

Điều 32. Tạm ứng, thanh toán, quyết toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế^[69]

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 theo quy định tại điểm a khoản này;

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 quy định tại khoản 2 Điều 31 của Luật này, 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.

Chương VII

QUỸ BẢO HIỂM Y TẾ

Điều 33. Nguồn hình thành quỹ bảo hiểm y tế

1. Tiền đóng bảo hiểm y tế theo quy định của Luật này.

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

Điều 34. Quản lý quỹ bảo hiểm y tế

1.[70] 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[71].

Hội đồng quản lý bảo hiểm xã hội[72] 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.[73] Hằng năm, Chính phủ báo cáo trước Quốc hội về quản lý và sử dụng quỹ bảo hiểm y tế.

Điều 35. Phân bổ và sử dụng quỹ bảo hiểm y tế[74]

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.

5. Chính phủ quy định chi tiết Điều này và quy định về chi tổ chức và hoạt động bảo hiểm y tế.

Chương VIII

QUYỀN VÀ TRÁCH NHIỆM CỦA CÁC BÊN LIÊN QUAN ĐẾN BẢO HIỂM Y TẾ

Điều 36. Quyền của người tham gia bảo hiểm y tế

1. Được cấp thẻ bảo hiểm y tế khi đóng bảo hiểm y tế.
- 2.[75] Được đăng ký cơ sở khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế ban đầu theo quy định tại Điều 26 của Luật này.
3. Được khám bệnh, chữa bệnh.
4. Được cơ quan bảo hiểm xã hội[76] thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh theo chế độ bảo hiểm y tế.

5. Yêu cầu cơ quan bảo hiểm xã hội[77], cơ sở khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế và cơ quan liên quan giải thích, cung cấp thông tin về chế độ bảo hiểm y tế.
6. Khiếu nại, tố cáo hành vi vi phạm pháp luật về bảo hiểm y tế.

Điều 37. Nghĩa vụ của người tham gia bảo hiểm y tế

1. Đóng bảo hiểm y tế đầy đủ, đúng thời hạn.
2. Sử dụng thẻ bảo hiểm y tế đúng mục đích, không cho người khác mượn thẻ bảo hiểm y tế.
3. Thực hiện các quy định tại Điều 28 của Luật này khi đến khám bệnh, chữa bệnh.
4. Chấp hành các quy định và hướng dẫn của cơ quan bảo hiểm xã hội[78], cơ sở khám bệnh, chữa bệnh khi đến khám bệnh, chữa bệnh.
5. Thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh cho cơ sở khám bệnh, chữa bệnh ngoài phần chi phí do quỹ bảo hiểm y tế chi trả.

Điều 38. Quyền của tổ chức, cá nhân đóng bảo hiểm y tế

1. Yêu cầu cơ quan bảo hiểm xã hội[79], cơ quan nhà nước có thẩm quyền giải thích, cung cấp thông tin về chế độ bảo hiểm y tế.
2. Khiếu nại, tố cáo hành vi vi phạm pháp luật về bảo hiểm y tế.

Điều 39. Trách nhiệm của tổ chức, cá nhân đóng bảo hiểm y tế

1. Lập hồ sơ đề nghị cấp thẻ bảo hiểm y tế.
2. Đóng bảo hiểm y tế đầy đủ, đúng thời hạn.
- 3.[80] Giao thẻ hoặc thông báo về kết quả cấp thẻ bảo hiểm y tế cho người tham gia bảo hiểm y tế trong thời hạn 03 ngày làm việc kể từ ngày nhận được thẻ hoặc nhận được thông báo về kết quả cấp thẻ bảo hiểm y tế từ cơ quan bảo hiểm xã hội.
4. Cung cấp đầy đủ, chính xác thông tin, tài liệu có liên quan đến trách nhiệm thực hiện bảo hiểm y tế của người sử dụng lao động, của đại diện cho người tham gia bảo hiểm y tế khi có yêu cầu của cơ quan bảo hiểm xã hội[81], người lao động hoặc đại diện của người lao động.
5. Chấp hành việc thanh tra, kiểm tra về việc thực hiện các quy định của pháp luật về bảo hiểm y tế.

Điều 40. Quyền của cơ quan bảo hiểm xã hội[82]

1. Yêu cầu người sử dụng lao động, đại diện của người tham gia bảo hiểm y tế và người tham gia bảo hiểm y tế cung cấp đầy đủ, chính xác thông tin, tài liệu có liên quan đến trách nhiệm của họ về việc thực hiện bảo hiểm y tế.
- 2.[83] Kiểm tra việc thực hiện hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế; giám định bảo hiểm y tế; thu hồi, tạm giữ thẻ bảo hiểm y tế đối với trường hợp quy định tại Điều 20 của Luật này.
3. Yêu cầu cơ sở khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế cung cấp hồ sơ, bệnh án, tài liệu về khám bệnh, chữa bệnh để phục vụ công tác giám định bảo hiểm y tế.
4. Từ chối thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế không đúng quy định của Luật này hoặc không đúng với nội dung hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế.

5. Yêu cầu người có trách nhiệm bồi thường thiệt hại cho người tham gia bảo hiểm y tế hoàn trả chi phí khám bệnh, chữa bệnh mà cơ quan bảo hiểm xã hội[84] đã chi trả.

6. Kiến nghị với cơ quan nhà nước có thẩm quyền sửa đổi, bổ sung chính sách, pháp luật về bảo hiểm y tế và xử lý tổ chức, cá nhân vi phạm pháp luật về bảo hiểm y tế.

Điều 41. Trách nhiệm của cơ quan bảo hiểm xã hội[85]

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

2.[86] Tổ chức đề đối tượng quy định tại khoản 5 Điều 12 của Luật này đóng bảo hiểm y tế theo hộ gia đình thuận lợi tại đại lý bảo hiểm y tế. Hướng dẫn hồ sơ, thủ tục, nơi đăng ký tham gia bảo hiểm y tế và tổ chức thực hiện chế độ bảo hiểm y tế, bảo đảm nhanh chóng, đơn giản và thuận tiện cho người tham gia bảo hiểm y tế. Rà soát, tổng hợp, xác nhận danh sách tham gia bảo hiểm y tế để tránh cấp trùng thẻ bảo hiểm y tế của các đối tượng quy định tại Điều 12 của Luật này, trừ các đối tượng do Bộ Quốc phòng và Bộ Công an quản lý.

3. Thu tiền đóng bảo hiểm y tế và cấp thẻ bảo hiểm y tế.

4. Quản lý, sử dụng quỹ bảo hiểm y tế.

5. Ký hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế với cơ sở khám bệnh, chữa bệnh.

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

7. Cung cấp thông tin về các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế và hướng dẫn người tham gia bảo hiểm y tế lựa chọn cơ sở khám bệnh, chữa bệnh ban đầu.

8.[87] Kiểm tra việc thực hiện hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế; giám định bảo hiểm y tế.

9. Bảo vệ quyền lợi của người tham gia bảo hiểm y tế; giải quyết theo thẩm quyền các kiến nghị, khiếu nại, tố cáo về chế độ bảo hiểm y tế.

10.[88] Lưu trữ hồ sơ, số liệu về bảo hiểm y tế theo quy định của pháp luật; xác định thời gian tham gia bảo hiểm y tế để đảm bảo quyền lợi cho người tham gia bảo hiểm y tế; ứng dụng công nghệ thông tin trong quản lý bảo hiểm y tế, xây dựng cơ sở dữ liệu quốc gia về bảo hiểm y tế.

11. Tổ chức thực hiện công tác thống kê, báo cáo, hướng dẫn nghiệp vụ về bảo hiểm y tế; báo cáo định kỳ hoặc đột xuất khi có yêu cầu về quản lý, sử dụng quỹ bảo hiểm y tế.

12. Tổ chức đào tạo, bồi dưỡng nghiệp vụ, nghiên cứu khoa học và hợp tác quốc tế về bảo hiểm y tế.

Điều 42. Quyền của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế

1. Yêu cầu cơ quan bảo hiểm xã hội[89] cung cấp đầy đủ, chính xác các thông tin có liên quan đến người tham gia bảo hiểm y tế, kinh phí khám bệnh, chữa bệnh cho người tham gia bảo hiểm y tế tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh.

2. Được cơ quan bảo hiểm xã hội[90] tạm ứng kinh phí và thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh theo hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh đã ký.

3. Kiến nghị với cơ quan nhà nước có thẩm quyền xử lý tổ chức, cá nhân vi phạm pháp luật về bảo hiểm y tế.

Điều 43. Trách nhiệm của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế

1. Tổ chức khám bệnh, chữa bệnh bảo đảm chất lượng với thủ tục đơn giản, thuận tiện cho người tham gia bảo hiểm y tế.

2.[91] Cung cấp hồ sơ bệnh án, tài liệu liên quan đến khám bệnh, chữa bệnh và thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh của người tham gia bảo hiểm y tế theo yêu cầu của cơ quan bảo hiểm xã hội[92] và cơ quan nhà nước có thẩm quyền; đối với hồ sơ đề nghị thanh toán trực tiếp, trong thời hạn 5 ngày làm việc, kể từ ngày nhận được yêu cầu của cơ quan bảo hiểm xã hội[93], cơ sở khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế có trách nhiệm cung cấp hồ sơ bệnh án, tài liệu liên quan đến khám bệnh, chữa bệnh của người tham gia bảo hiểm y tế.

3. Bảo đảm điều kiện cần thiết cho cơ quan bảo hiểm xã hội[94] thực hiện công tác giám định; phối hợp với cơ quan bảo hiểm xã hội[95] trong việc tuyên truyền, giải thích về chế độ bảo hiểm y tế cho người tham gia bảo hiểm y tế.

4. Kiểm tra, phát hiện và thông báo cho cơ quan bảo hiểm xã hội[96] những trường hợp vi phạm về sử dụng thẻ bảo hiểm y tế; phối hợp với cơ quan bảo hiểm xã hội[97] thu hồi, tạm giữ thẻ bảo hiểm y tế đối với các trường hợp quy định tại Điều 20 của Luật này.

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

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

7.[98] Lập bảng kê chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế và chịu trách nhiệm trước pháp luật về tính hợp pháp, chính xác của bảng kê này.

8.[99] Cung cấp bảng kê chi phí khám bệnh, chữa bệnh cho người tham gia bảo hiểm y tế khi có yêu cầu.

9.[100] Bảo đảm đủ điều kiện cho hoạt động khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế theo quy định của pháp luật về bảo hiểm y tế, pháp luật về khám bệnh, chữa bệnh và theo hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế.

Điều 44. Quyền của tổ chức đại diện người lao động và tổ chức đại diện người sử dụng lao động

1. Yêu cầu cơ quan bảo hiểm xã hội[101], cơ sở khám bệnh, chữa bệnh và người sử dụng lao động cung cấp đầy đủ, chính xác thông tin liên quan đến chế độ bảo hiểm y tế của người lao động.

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

Điều 45. Trách nhiệm của tổ chức đại diện người lao động và tổ chức đại diện người sử dụng lao động

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

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

3.[102] Tham gia giám sát việc thi hành pháp luật về bảo hiểm y tế, đôn đốc người sử dụng lao động đóng bảo hiểm y tế cho người lao động và tham gia giải quyết các trường hợp trốn đóng, nợ đóng bảo hiểm y tế.

Chương IX

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

Điều 46. Thanh tra bảo hiểm y tế

Thanh tra y tế thực hiện chức năng thanh tra chuyên ngành về bảo hiểm y tế.

Điều 47. Khiếu nại, tố cáo về bảo hiểm y tế

Việc khiếu nại và giải quyết khiếu nại đối với quyết định hành chính, hành vi hành chính về bảo hiểm y tế, việc tố cáo và giải quyết tố cáo vi phạm pháp luật về bảo hiểm y tế được thực hiện theo quy định của pháp luật về khiếu nại, tố cáo.

Điều 48. Tranh chấp về bảo hiểm y tế

1. Tranh chấp về bảo hiểm y tế là tranh chấp liên quan đến quyền, nghĩa vụ và trách nhiệm bảo hiểm y tế giữa các đối tượng sau đây:

- a) Người tham gia bảo hiểm y tế theo quy định tại Điều 12 của Luật này, người đại diện của người tham gia bảo hiểm y tế;
- b) Tổ chức, cá nhân đóng bảo hiểm y tế theo quy định tại khoản 1 Điều 13 của Luật này;
- c) Cơ quan bảo hiểm xã hội^[103];
- d) Cơ sở khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế.

2. Tranh chấp về bảo hiểm y tế được giải quyết như sau:

- a) Các bên tranh chấp có trách nhiệm tự hòa giải về nội dung tranh chấp;
- b) Trường hợp hòa giải không thành thì các bên tranh chấp có quyền khởi kiện tại Tòa án theo quy định của pháp luật.

Điều 48a. Chậm đóng bảo hiểm y tế^[104]

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.

Điều 48b. Trốn đóng bảo hiểm y tế^[105]

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

- a) 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;

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

c) 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 đơn đốc theo quy định của Chính phủ;

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

2. Chính phủ quy định chi tiết Điều này; quy định các trường hợp thuộc khoản 1 Điều này nhưng có lý do chính đáng thì không bị coi là trốn đóng bảo hiểm y tế.

Điều 49. Xử lý vi phạm pháp luật về bảo hiểm y tế^[106]

1. Cơ quan, tổ chức, cá nhân có hành vi vi phạm pháp luật về 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. Biện pháp xử lý hành vi chậm đóng bảo hiểm y tế bao gồm:

a) 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;

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

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

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

a) 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;

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

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

4. Cơ quan, tổ chức, người sử dụng lao động chậm đóng, trốn đóng bảo hiểm y tế cho người lao động phải hoàn trả toàn bộ chi phí khám bệnh, chữa bệnh trong phạm vi quyền lợi, mức hưởng bảo hiểm y tế mà người lao động đã chi trả trong thời gian chưa có thẻ bảo hiểm y tế do chậm đóng, trốn đóng bảo hiểm y tế.

5. Chính phủ quy định chi tiết điểm a khoản 2, điểm a khoản 3 và khoản 4 Điều này.

Chương X

ĐIỀU KHOẢN THI HÀNH^[107]

Điều 50. Điều khoản chuyển tiếp

1. Thẻ bảo hiểm y tế và thẻ khám bệnh, chữa bệnh miễn phí cho trẻ em dưới 6 tuổi đã được cấp trước ngày Luật này có hiệu lực có giá trị sử dụng như sau:

a) Theo thời hạn ghi trên thẻ trong trường hợp thẻ ghi giá trị sử dụng đến ngày 31 tháng 12 năm 2009;

b) Đến hết ngày 31 tháng 12 năm 2009 trong trường hợp thẻ ghi giá trị sử dụng sau ngày 31 tháng 12 năm 2009.

2. Phạm vi quyền lợi của người được cấp thẻ bảo hiểm y tế trước khi Luật này có hiệu lực được thực hiện theo quy định hiện hành của pháp luật về bảo hiểm y tế cho đến hết ngày 31 tháng 12 năm 2009.

3. Đối tượng quy định tại các khoản 21, 22, 23, 24 và 25 Điều 12 của Luật này khi chưa thực hiện quy định tại các điểm b, c, d và đ khoản 2 Điều 51 của Luật này thì có quyền tự nguyện tham gia bảo hiểm y tế theo quy định của Chính phủ.

Điều 51. Hiệu lực thi hành

1. Luật này có hiệu lực thi hành từ ngày 01 tháng 7 năm 2009.

2. Lộ trình thực hiện bảo hiểm y tế toàn dân được quy định như sau:

a) Đối tượng quy định từ khoản 1 đến khoản 20 Điều 12 của Luật này thực hiện bảo hiểm y tế từ ngày Luật này có hiệu lực thi hành;

b) Đối tượng quy định tại khoản 21 Điều 12 của Luật này thực hiện bảo hiểm y tế từ ngày 01 tháng 01 năm 2010;

c) Đối tượng quy định tại khoản 22 Điều 12 của Luật này thực hiện bảo hiểm y tế từ ngày 01 tháng 01 năm 2012;

d) Đối tượng quy định tại khoản 23 và khoản 24 Điều 12 của Luật này thực hiện bảo hiểm y tế từ ngày 01 tháng 01 năm 2014;

đ) Đối tượng quy định tại khoản 25 Điều 12 của Luật này thực hiện bảo hiểm y tế theo quy định của Chính phủ chậm nhất là ngày 01 tháng 01 năm 2014.

Điều 52. Quy định chi tiết và hướng dẫn thi hành

Chính phủ quy định chi tiết và hướng dẫn thi hành các điều, khoản được giao trong Luật; hướng dẫn những nội dung cần thiết khác của Luật này để đáp ứng yêu cầu của quản lý nhà nước.

XÁC THỰC VĂN BẢN HỢP NHẤT CHỦ NHIỆM

Lê Quang Tùng

[1] Luật số 32/2013/QH13 sửa đổi, bổ sung một số điều của Luật Thuế thu nhập doanh nghiệp có căn cứ ban hành như sau:

“Căn cứ Hiến pháp nước Cộng hòa xã hội chủ nghĩa Việt Nam năm 1992 đã được sửa đổi, bổ sung một số điều theo Nghị quyết số 51/2001/QH10;

Quốc hội ban hành Luật sửa đổi, bổ sung một số điều của Luật Thuế thu nhập doanh nghiệp số 14/2008/QH12.”.

Luật số 46/2014/QH13 sửa đổi, bổ sung một số điều của Luật Bảo hiểm y tế có căn cứ ban hành như sau:

“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.”.

Luật Phí và lệ phí số 97/2015/QH13 có căn cứ ban hành như sau:

“Căn cứ Hiến pháp nước Cộng hòa xã hội chủ nghĩa Việt Nam;

Quốc hội ban hành Luật Phí và lệ phí.”.

Luật số 35/2018/QH14 sửa đổi, bổ sung một số điều của 37 luật có liên quan đến quy hoạch có căn cứ ban hành như sau:

“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 có liên quan đến quy hoạch của Luật Giao thông đường bộ số 23/2008/QH12, Bộ luật Hàng hải Việt Nam số 95/2015/QH13, Luật Đường sắt số 06/2017/QH14, Luật Giao thông đường thủy nội địa số 23/2004/QH11 đã được sửa đổi, bổ sung một số điều theo Luật số 48/2014/QH13 và Luật số 97/2015/QH13, Luật Tài nguyên nước số 17/2012/QH13 đã được sửa đổi, bổ sung một số điều theo Luật số 08/2017/QH14, Luật Đất đai số 45/2013/QH13, Luật Bảo vệ môi trường số 55/2014/QH13, Luật Khoáng sản số 60/2010/QH12, Luật Khí tượng thủy văn số 90/2015/QH13, Luật Đa dạng sinh học số 20/2008/QH12, Luật Tài nguyên, môi trường biển và hải đảo số 82/2015/QH13, Luật Bảo vệ và kiểm dịch thực vật số 41/2013/QH13, Luật Đề điều số 79/2006/QH11, Luật Thủy lợi số 08/2017/QH14, Luật Năng lượng nguyên tử số 18/2008/QH12, Luật Đo lường số 04/2011/QH13, Luật Tiêu chuẩn và quy chuẩn kỹ thuật số 68/2006/QH11, Luật Chất lượng sản phẩm, hàng hóa số 05/2007/QH12, Luật An toàn thông tin mạng số 86/2015/QH13, Luật Xuất bản số 19/2012/QH13, Luật Báo chí số 103/2016/QH13, Luật Giáo dục quốc phòng và an ninh số 30/2013/QH13, Luật Quản lý, sử dụng vốn nhà nước đầu tư vào sản xuất, kinh doanh tại doanh nghiệp số 69/2014/QH13, Luật Thực hành tiết kiệm, chống lãng phí số 44/2013/QH13 đã được sửa đổi, bổ sung một số điều theo Luật số 21/2017/QH14, Luật Hải quan số 54/2014/QH13 đã được sửa đổi, bổ sung một số điều theo Luật số 71/2014/QH13, Luật Chứng khoán số 70/2006/QH11 đã được sửa đổi, bổ sung một số điều theo Luật số 62/2010/QH12, Luật Điện ảnh số 62/2006/QH11 đã được sửa đổi, bổ sung một số điều theo Luật số 31/2009/QH12, Luật Quảng cáo số 16/2012/QH13, Luật Xây dựng số 50/2014/QH13 đã được sửa đổi, bổ sung một số điều theo Luật số 03/2016/QH14, Luật Quy hoạch đô thị số 30/2009/QH12 đã được sửa đổi, bổ sung một số điều theo Luật số 77/2015/QH13, Luật Dầu khí năm 1993 đã được sửa đổi, bổ sung một số điều theo Luật số 19/2000/QH10 và Luật số 10/2008/QH12, Bộ luật Lao động số 10/2012/QH13 đã được sửa đổi, bổ sung một số điều theo Luật số 92/2015/QH13, Luật Bảo hiểm xã hội số 58/2014/QH13, Luật Bảo hiểm y tế số 25/2008/QH12 đã được sửa đổi, bổ sung một số điều theo Luật số 32/2013/QH13, Luật số 46/2014/QH13 và Luật số 97/2015/QH13, Luật Phòng, chống bệnh truyền nhiễm số 03/2007/QH12, Luật Giám định tư pháp số 13/2012/QH13 và Luật Bảo vệ quyền lợi người tiêu dùng số 59/2010/QH12.”.

Luật Cư trú số 68/2020/QH14 có căn cứ ban hành như sau:

“Căn cứ Hiến pháp nước Cộng hòa xã hội chủ nghĩa Việt Nam;

Quốc hội ban hành Luật Cư trú.”.

Luật Lực lượng tham gia bảo vệ an ninh, trật tự ở cơ sở số 30/2023/QH15 có căn cứ ban hành như sau:

“Căn cứ Hiến pháp nước Cộng hòa xã hội chủ nghĩa Việt Nam;

Quốc hội ban hành Luật Lực lượng tham gia bảo vệ an ninh, trật tự ở cơ sở.”.

Luật số 51/2024/QH15 sửa đổi, bổ sung một số điều của Luật Bảo hiểm y tế có căn cứ ban hành như sau:

“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 theo Luật số 32/2013/QH13, Luật số 46/2014/QH13, Luật số 97/2015/QH13, Luật số 35/2018/QH14, Luật số 68/2020/QH14 và Luật số 30/2023/QH15.”.

[2] Khoản này được sửa đổi, bổ sung theo quy định tại khoản 1 Điều 1 của Luật số 46/2014/QH13 sửa đổi, bổ sung một số điều của Luật Bảo hiểm y tế, có hiệu lực kể từ ngày 01 tháng 01 năm 2015.

[3] Cụm từ “tổ chức bảo hiểm y tế” được thay thế bằng cụm từ “cơ quan bảo hiểm xã hội” theo quy định tại điểm a khoản 35 Điều 1 của Luật số 51/2024/QH15 sửa đổi, bổ sung một số điều của Luật Bảo hiểm y tế, có hiệu lực kể từ ngày 01 tháng 7 năm 2025.

[4] Cụm từ “tổ chức bảo hiểm y tế” được thay thế bằng cụm từ “cơ quan bảo hiểm xã hội” theo quy định tại điểm a khoản 35 Điều 1 của Luật số 51/2024/QH15 sửa đổi, bổ sung một số điều của Luật Bảo hiểm y tế, có hiệu lực kể từ ngày 01 tháng 7 năm 2025.

[5] Khoản này được bổ sung lần thứ nhất theo quy định tại khoản 1 Điều 1 của Luật số 46/2014/QH13 sửa đổi, bổ sung một số điều của Luật Bảo hiểm y tế, có hiệu lực kể từ ngày 01 tháng 01 năm 2015.

Khoản này được sửa đổi, bổ sung lần thứ hai theo quy định tại khoản 2 Điều 37 của Luật Cư trú số 68/2020/QH14, có hiệu lực kể từ ngày 01 tháng 7 năm 2021.

[6] Khoản này được bổ sung theo quy định tại khoản 1 Điều 1 của Luật số 46/2014/QH13 sửa đổi, bổ sung một số điều của Luật Bảo hiểm y tế, có hiệu lực kể từ ngày 01 tháng 01 năm 2015.

[7] Khoản này được bổ sung theo quy định tại khoản 1 Điều 1 của Luật số 51/2024/QH15 sửa đổi, bổ sung một số điều của Luật Bảo hiểm y tế, có hiệu lực kể từ ngày 01 tháng 7 năm 2025.

[8] Khoản này được sửa đổi, bổ sung lần thứ nhất theo quy định tại khoản 2 Điều 1 của Luật số 46/2014/QH13 sửa đổi, bổ sung một số điều của Luật Bảo hiểm y tế, có hiệu lực kể từ ngày 01 tháng 01 năm 2015.

Khoản này được sửa đổi, bổ sung lần thứ hai theo quy định tại khoản 2 Điều 1 của Luật số 51/2024/QH15 sửa đổi, bổ sung một số điều của Luật Bảo hiểm y tế, có hiệu lực kể từ ngày 01 tháng 7 năm 2025.

[9] Khoản này được sửa đổi, bổ sung theo quy định tại khoản 2 Điều 1 của Luật số 46/2014/QH13 sửa đổi, bổ sung một số điều của Luật Bảo hiểm y tế, có hiệu lực kể từ ngày 01 tháng 01 năm 2015.

[10] Nội dung quy định về thuế thu nhập doanh nghiệp tại Khoản này được bãi bỏ theo quy định tại điểm b khoản 4 Điều 2 của Luật số 32/2013/QH13 sửa đổi, bổ sung một số điều của Luật Thuế thu nhập doanh nghiệp, có hiệu lực kể từ ngày 01 tháng 01 năm 2014.

[11] Khoản này được sửa đổi, bổ sung theo quy định tại điểm a khoản 3 Điều 1 của Luật số 51/2024/QH15 sửa đổi, bổ sung một số điều của Luật Bảo hiểm y tế, có hiệu lực kể từ ngày 01 tháng 7 năm 2025. Quy định liên quan đến cấp chuyên môn kỹ thuật trong khám bệnh, chữa bệnh, đăng ký khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế ban đầu, chuyển người bệnh giữa các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế, thủ tục khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế có hiệu lực kể từ ngày 01 tháng 01 năm 2025 theo quy định tại khoản 2 Điều 3 của Luật số 51/2024/QH15 sửa đổi, bổ sung một số điều của Luật Bảo hiểm y tế.

[12] Từ “quy hoạch,” được bãi bỏ theo quy định tại điểm đ khoản 1 Điều 30 của Luật số 35/2018/QH14 sửa đổi, bổ sung một số điều của 37 luật có liên quan đến quy hoạch, có hiệu lực kể từ ngày 01 tháng 01 năm 2019.

[13] Khoản này được sửa đổi, bổ sung lần thứ nhất theo quy định tại khoản 3 Điều 1 của Luật số 46/2014/QH13 sửa đổi, bổ sung một số điều của Luật Bảo hiểm y tế, có hiệu lực kể từ ngày 01 tháng 01 năm 2015.

Khoản này được sửa đổi, bổ sung lần thứ hai theo quy định tại điểm b khoản 3 Điều 1 của Luật số 51/2024/QH15 sửa đổi, bổ sung một số điều của Luật Bảo hiểm y tế, có hiệu lực kể từ ngày 01 tháng 7 năm 2025. Quy định liên quan đến cấp chuyên môn kỹ thuật trong khám bệnh, chữa bệnh, đăng ký khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế ban đầu, chuyển người bệnh giữa các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế, thủ tục khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế có hiệu lực kể từ ngày 01 tháng 01 năm 2025 theo quy định tại khoản 2 Điều 3 của Luật số 51/2024/QH15 sửa đổi, bổ sung một số điều của Luật Bảo hiểm y tế.

[14] Khoản này được sửa đổi, bổ sung theo quy định tại điểm b khoản 3 Điều 1 của Luật số 51/2024/QH15 sửa đổi, bổ sung một số điều của Luật Bảo hiểm y tế, có hiệu lực kể từ ngày 01 tháng 7 năm 2025. Quy định liên quan đến cấp chuyên môn kỹ thuật trong khám bệnh, chữa bệnh, đăng ký khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế ban đầu, chuyển người bệnh giữa các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế, thủ tục khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế có hiệu lực kể từ ngày 01 tháng 01 năm 2025 theo quy định tại khoản 2 Điều 3 của Luật số 51/2024/QH15 sửa đổi, bổ sung một số điều của Luật Bảo hiểm y tế.

[15] Khoản này được bổ sung theo quy định tại khoản 3 Điều 1 của Luật số 46/2014/QH13 sửa đổi, bổ sung một số điều của Luật Bảo hiểm y tế, có hiệu lực kể từ ngày 01 tháng 01 năm 2015.

[16] Điều này được bổ sung theo quy định tại khoản 4 Điều 1 của Luật số 46/2014/QH13 sửa đổi, bổ sung một số điều của Luật Bảo hiểm y tế, có hiệu lực kể từ ngày 01 tháng 01 năm 2015.

Điều này được sửa đổi, bổ sung theo quy định tại khoản 4 Điều 1 của Luật số 51/2024/QH15 sửa đổi, bổ sung một số điều của Luật Bảo hiểm y tế, có hiệu lực kể từ ngày 01 tháng 7 năm 2025.

[17] Điều này được bổ sung theo quy định tại khoản 4 Điều 1 của Luật số 46/2014/QH13 sửa đổi, bổ sung một số điều của Luật Bảo hiểm y tế, có hiệu lực kể từ ngày 01 tháng 01 năm 2015.

[18] Điều này được bổ sung theo quy định tại khoản 4 Điều 1 của Luật số 46/2014/QH13 sửa đổi, bổ sung một số điều của Luật Bảo hiểm y tế, có hiệu lực kể từ ngày 01 tháng 01 năm 2015.

[19] Khoản này được sửa đổi, bổ sung theo quy định tại điểm a khoản 5 Điều 1 của Luật số 51/2024/QH15 sửa đổi, bổ sung một số điều của Luật Bảo hiểm y tế, có hiệu lực kể từ ngày 01 tháng 7 năm 2025.

[20] Cụm từ “tổ chức bảo hiểm y tế” được thay thế bằng cụm từ “cơ quan bảo hiểm xã hội” theo quy định tại điểm a khoản 35 Điều 1 của Luật số 51/2024/QH15 sửa đổi, bổ sung một số điều của Luật Bảo hiểm y tế, có hiệu lực kể từ ngày 01 tháng 7 năm 2025.

[21] Khoản này được sửa đổi, bổ sung theo quy định tại điểm b khoản 5 Điều 1 của Luật số 51/2024/QH15 sửa đổi, bổ sung một số điều của Luật Bảo hiểm y tế, có hiệu lực kể từ ngày 01 tháng 7 năm 2025.

[22] Cụm từ “tổ chức bảo hiểm y tế” được thay thế bằng cụm từ “cơ quan bảo hiểm xã hội” theo quy định tại điểm a khoản 35 Điều 1 của Luật số 51/2024/QH15 sửa đổi, bổ sung một số điều của Luật Bảo hiểm y tế, có hiệu lực kể từ ngày 01 tháng 7 năm 2025.

[23] Khoản này được sửa đổi, bổ sung lần thứ nhất theo quy định tại khoản 5 Điều 1 của Luật số 46/2014/QH13 sửa đổi, bổ sung một số điều của Luật Bảo hiểm y tế, có hiệu lực kể từ ngày 01 tháng 01 năm 2015.

Khoản này được sửa đổi, bổ sung lần thứ hai theo quy định tại khoản 6 Điều 1 của Luật số 51/2024/QH15 sửa đổi, bổ sung một số điều của Luật Bảo hiểm y tế, có hiệu lực kể từ ngày 01 tháng 7 năm 2025.

[24] Khoản này được bổ sung theo quy định tại khoản 5 Điều 1 của Luật số 46/2014/QH13 sửa đổi, bổ sung một số điều của Luật Bảo hiểm y tế, có hiệu lực kể từ ngày 01 tháng 01 năm 2015.

Khoản này được sửa đổi, bổ sung theo quy định tại khoản 6 Điều 1 của Luật số 51/2024/QH15 sửa đổi, bổ sung một số điều của Luật Bảo hiểm y tế, có hiệu lực kể từ ngày 01 tháng 7 năm 2025.

[25] Điều này được sửa đổi, bổ sung theo quy định tại khoản 7 Điều 1 của Luật số 51/2024/QH15 sửa đổi, bổ sung một số điều của Luật Bảo hiểm y tế, có hiệu lực kể từ ngày 01 tháng 7 năm 2025.

[26] Điều này được sửa đổi, bổ sung theo quy định tại khoản 8 Điều 1 của Luật số 51/2024/QH15 sửa đổi, bổ sung một số điều của Luật Bảo hiểm y tế, có hiệu lực kể từ ngày 01 tháng 7 năm 2025.

[27] Khoản này được sửa đổi, bổ sung theo quy định tại khoản 9 Điều 1 của Luật số 51/2024/QH15 sửa đổi, bổ sung một số điều của Luật Bảo hiểm y tế, có hiệu lực kể từ ngày 01 tháng 7 năm 2025.

[28] Điều này được sửa đổi, bổ sung lần thứ nhất theo quy định tại khoản 6 Điều 1 của Luật số 46/2014/QH13 sửa đổi, bổ sung một số điều của Luật Bảo hiểm y tế, có hiệu lực kể từ ngày 01 tháng 01 năm 2015.

Điều này được sửa đổi, bổ sung lần thứ hai theo quy định tại khoản 10 Điều 1 của Luật số 51/2024/QH15 sửa đổi, bổ sung một số điều của Luật Bảo hiểm y tế, có hiệu lực kể từ ngày 01 tháng 7 năm 2025.

[29] Điều này được sửa đổi, bổ sung lần thứ nhất theo quy định tại khoản 7 Điều 1 của Luật số 46/2014/QH13 sửa đổi, bổ sung một số điều của Luật Bảo hiểm y tế, có hiệu lực kể từ ngày 01 tháng 01 năm 2015.

Điều này được sửa đổi, bổ sung lần thứ hai theo quy định tại khoản 11 Điều 1 của Luật số 51/2024/QH15 sửa đổi, bổ sung một số điều của Luật Bảo hiểm y tế, có hiệu lực kể từ ngày 01 tháng 7 năm 2025.

[30] Khoản này được sửa đổi, bổ sung lần thứ nhất theo quy định tại khoản 8 Điều 1 của Luật số 46/2014/QH13 sửa đổi, bổ sung một số điều của Luật Bảo hiểm y tế, có hiệu lực kể từ ngày 01 tháng 01 năm 2015.

Khoản này được sửa đổi, bổ sung lần thứ hai theo quy định tại khoản 12 Điều 1 của Luật số 51/2024/QH15 sửa đổi, bổ sung một số điều của Luật Bảo hiểm y tế, có hiệu lực kể từ ngày 01 tháng 7 năm 2025.

[31] Khoản này được sửa đổi, bổ sung lần thứ nhất theo quy định tại khoản 8 Điều 1 của Luật số 46/2014/QH13 sửa đổi, bổ sung một số điều của Luật Bảo hiểm y tế, có hiệu lực kể từ ngày 01 tháng 01 năm 2015.

Khoản này được sửa đổi, bổ sung lần thứ hai theo quy định tại khoản 12 Điều 1 của Luật số 51/2024/QH15 sửa đổi, bổ sung một số điều của Luật Bảo hiểm y tế, có hiệu lực kể từ ngày 01 tháng 7 năm 2025.

[32] Điều này được sửa đổi, bổ sung theo quy định tại khoản 9 Điều 1 của Luật số 46/2014/QH13 sửa đổi, bổ sung một số điều của Luật Bảo hiểm y tế, có hiệu lực kể từ ngày 01 tháng 01 năm 2015.

[33] Khoản này được sửa đổi, bổ sung theo quy định tại điểm a khoản 13 Điều 1 của Luật số 51/2024/QH15 sửa đổi, bổ sung một số điều của Luật Bảo hiểm y tế, có hiệu lực kể từ ngày 01 tháng 7 năm 2025.

[34] Khoản này được sửa đổi, bổ sung theo quy định tại điểm a khoản 13 Điều 1 của Luật số 51/2024/QH15 sửa đổi, bổ sung một số điều của Luật Bảo hiểm y tế, có hiệu lực kể từ ngày 01 tháng 7 năm 2025.

[35] Khoản này được sửa đổi, bổ sung theo quy định tại điểm a khoản 13 Điều 1 của Luật số 51/2024/QH15 sửa đổi, bổ sung một số điều của Luật Bảo hiểm y tế, có hiệu lực kể từ ngày 01 tháng 7 năm 2025.

[36] Khoản này được sửa đổi, bổ sung theo quy định tại điểm a khoản 13 Điều 1 của Luật số 51/2024/QH15 sửa đổi, bổ sung một số điều của Luật Bảo hiểm y tế, có hiệu lực kể từ ngày 01 tháng 7 năm 2025.

[37] Khoản này được bổ sung theo quy định tại điểm b khoản 13 Điều 1 của Luật số 51/2024/QH15 sửa đổi, bổ sung một số điều của Luật Bảo hiểm y tế, có hiệu lực kể từ ngày 01 tháng 7 năm 2025.

[38] Khoản này được bổ sung theo quy định tại điểm b khoản 13 Điều 1 của Luật số 51/2024/QH15 sửa đổi, bổ sung một số điều của Luật Bảo hiểm y tế, có hiệu lực kể từ ngày 01 tháng 7 năm 2025.

[39] Khoản này được sửa đổi, bổ sung theo quy định tại điểm a khoản 14 Điều 1 của Luật số 51/2024/QH15 sửa đổi, bổ sung một số điều của Luật Bảo hiểm y tế, có hiệu lực kể từ ngày 01 tháng 7 năm 2025.

[40] Khoản này được sửa đổi, bổ sung theo quy định tại điểm a khoản 14 Điều 1 của Luật số 51/2024/QH15 sửa đổi, bổ sung một số điều của Luật Bảo hiểm y tế, có hiệu lực kể từ ngày 01 tháng 7 năm 2025.

[41] Khoản này được sửa đổi, bổ sung theo quy định tại khoản 10 Điều 1 của Luật số 46/2014/QH13 sửa đổi, bổ sung một số điều của Luật Bảo hiểm y tế, có hiệu lực kể từ ngày 01 tháng 01 năm 2015.

[42] Điểm này được sửa đổi, bổ sung theo quy định tại điểm b khoản 14 Điều 1 của Luật số 51/2024/QH15 sửa đổi, bổ sung một số điều của Luật Bảo hiểm y tế, có hiệu lực kể từ ngày 01 tháng 7 năm 2025.

[43] Khoản này được sửa đổi, bổ sung lần thứ nhất theo quy định tại khoản 10 Điều 1 của Luật số 46/2014/QH13 sửa đổi, bổ sung một số điều của Luật Bảo hiểm y tế, có hiệu lực kể từ ngày 01 tháng 01 năm 2015.

Khoản này được sửa đổi, bổ sung lần thứ hai theo quy định tại điểm c khoản 14 Điều 1 của Luật số 51/2024/QH15 sửa đổi, bổ sung một số điều của Luật Bảo hiểm y tế, có hiệu lực kể từ ngày 01 tháng 7 năm 2025.

[44] Điều này được sửa đổi, bổ sung lần thứ nhất theo quy định tại khoản 11 Điều 1 của Luật số 46/2014/QH13 sửa đổi, bổ sung một số điều của Luật Bảo hiểm y tế, có hiệu lực kể từ ngày 01 tháng 01 năm 2015.

Điều này được sửa đổi, bổ sung lần thứ hai theo quy định tại khoản 15 Điều 1 của Luật số 51/2024/QH15 sửa đổi, bổ sung một số điều của Luật Bảo hiểm y tế, có hiệu lực kể từ ngày 01 tháng 7 năm 2025.

[45] Khoản này được sửa đổi, bổ sung theo quy định tại khoản 12 Điều 1 của Luật số 46/2014/QH13 sửa đổi, bổ sung một số điều của Luật Bảo hiểm y tế, có hiệu lực kể từ ngày 01 tháng 01 năm 2015.

[46] Cụm từ “tổ chức bảo hiểm y tế” được thay thế bằng cụm từ “cơ quan bảo hiểm xã hội” theo quy định tại điểm a khoản 35 Điều 1 của Luật số 51/2024/QH15 sửa đổi, bổ sung một số điều của Luật Bảo hiểm y tế, có hiệu lực kể từ ngày 01 tháng 7 năm 2025.

[47] Khoản này được sửa đổi, bổ sung lần thứ nhất theo quy định tại khoản 12 Điều 1 của Luật số 46/2014/QH13 sửa đổi, bổ sung một số điều của Luật Bảo hiểm y tế, có hiệu lực kể từ ngày 01 tháng 01 năm 2015.

Khoản này được bãi bỏ theo quy định tại điểm d khoản 2 Điều 23 của Luật Phí và lệ phí số 97/2015/QH13, có hiệu lực kể từ ngày 01 tháng 01 năm 2017.

[48] Cụm từ “tổ chức bảo hiểm y tế” được thay thế bằng cụm từ “cơ quan bảo hiểm xã hội” theo quy định tại điểm a khoản 35 Điều 1 của Luật số 51/2024/QH15 sửa đổi, bổ sung một số điều của Luật Bảo hiểm y tế, có hiệu lực kể từ ngày 01 tháng 7 năm 2025.

[49] Điểm này được bổ sung theo quy định tại khoản 13 Điều 1 của Luật số 46/2014/QH13 sửa đổi, bổ sung một số điều của Luật Bảo hiểm y tế, có hiệu lực kể từ ngày 01 tháng 01 năm 2015.

[50] Điều này được sửa đổi, bổ sung theo quy định tại khoản 16 Điều 1 của Luật số 51/2024/QH15 sửa đổi, bổ sung một số điều của Luật Bảo hiểm y tế, có hiệu lực kể từ ngày 01 tháng 7 năm 2025. Quy định liên quan đến cấp chuyên môn kỹ thuật trong khám bệnh, chữa bệnh, đăng ký khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế ban đầu, chuyển người bệnh giữa các cơ sở

khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế, thủ tục khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế có hiệu lực kể từ ngày 01 tháng 01 năm 2025 theo quy định tại khoản 2 Điều 3 của Luật số 51/2024/QH15 sửa đổi, bổ sung một số điều của Luật Bảo hiểm y tế.

[51] Điều này được sửa đổi, bổ sung lần thứ nhất theo quy định tại khoản 15 Điều 1 của Luật số 46/2014/QH13 sửa đổi, bổ sung một số điều của Luật Bảo hiểm y tế, có hiệu lực kể từ ngày 01 tháng 01 năm 2015.

Điều này được sửa đổi, bổ sung lần thứ hai theo quy định tại khoản 17 Điều 1 của Luật số 51/2024/QH15 sửa đổi, bổ sung một số điều của Luật Bảo hiểm y tế, có hiệu lực kể từ ngày 01 tháng 7 năm 2025. Quy định liên quan đến cấp chuyên môn kỹ thuật trong khám bệnh, chữa bệnh, đăng ký khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế ban đầu, chuyển người bệnh giữa các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế, thủ tục khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế có hiệu lực kể từ ngày 01 tháng 01 năm 2025 theo quy định tại khoản 2 Điều 3 của Luật số 51/2024/QH15 sửa đổi, bổ sung một số điều của Luật Bảo hiểm y tế.

[52] Khoản này được sửa đổi, bổ sung lần thứ nhất theo quy định tại khoản 16 Điều 1 của Luật số 46/2014/QH13 sửa đổi, bổ sung một số điều của Luật Bảo hiểm y tế, có hiệu lực kể từ ngày 01 tháng 01 năm 2015.

Khoản này được sửa đổi, bổ sung lần thứ hai theo quy định tại khoản 18 Điều 1 của Luật số 51/2024/QH15 sửa đổi, bổ sung một số điều của Luật Bảo hiểm y tế, có hiệu lực kể từ ngày 01 tháng 7 năm 2025.

[53] Khoản này được sửa đổi, bổ sung theo quy định tại khoản 18 Điều 1 của Luật số 51/2024/QH15 sửa đổi, bổ sung một số điều của Luật Bảo hiểm y tế, có hiệu lực kể từ ngày 01 tháng 7 năm 2025.

[54] Khoản này được sửa đổi, bổ sung theo quy định tại khoản 16 Điều 1 của Luật số 46/2014/QH13 sửa đổi, bổ sung một số điều của Luật Bảo hiểm y tế, có hiệu lực kể từ ngày 01 tháng 01 năm 2015.

[55] Khoản này được bãi bỏ theo quy định tại khoản 16 Điều 1 của Luật số 46/2014/QH13 sửa đổi, bổ sung một số điều của Luật Bảo hiểm y tế, có hiệu lực kể từ ngày 01 tháng 01 năm 2015.

[56] Khoản này được bãi bỏ theo quy định tại khoản 16 Điều 1 của Luật số 46/2014/QH13 sửa đổi, bổ sung một số điều của Luật Bảo hiểm y tế, có hiệu lực kể từ ngày 01 tháng 01 năm 2015.

[57] Điều này được sửa đổi, bổ sung lần thứ nhất theo quy định tại khoản 17 Điều 1 của Luật số 46/2014/QH13 sửa đổi, bổ sung một số điều của Luật Bảo hiểm y tế, có hiệu lực kể từ ngày 01 tháng 01 năm 2015.

Điều này được sửa đổi, bổ sung lần thứ hai theo quy định tại khoản 19 Điều 1 của Luật số 51/2024/QH15 sửa đổi, bổ sung một số điều của Luật Bảo hiểm y tế, có hiệu lực kể từ ngày 01 tháng 7 năm 2025.

[58] Cụm từ “tổ chức bảo hiểm y tế” được thay thế bằng cụm từ “cơ quan bảo hiểm xã hội” theo quy định tại điểm a khoản 35 Điều 1 của Luật số 51/2024/QH15 sửa đổi, bổ sung một số điều của Luật Bảo hiểm y tế, có hiệu lực kể từ ngày 01 tháng 7 năm 2025.

[59] Điều này được sửa đổi, bổ sung theo quy định tại khoản 18 Điều 1 của Luật số 46/2014/QH13 sửa đổi, bổ sung một số điều của Luật Bảo hiểm y tế, có hiệu lực kể từ ngày 01 tháng 01 năm 2015.

[60] Điều này được sửa đổi, bổ sung theo quy định tại điểm a khoản 20 Điều 1 của Luật số 51/2024/QH15 sửa đổi, bổ sung một số điều của Luật Bảo hiểm y tế, có hiệu lực kể từ ngày 01 tháng 7 năm 2025.

[61] Khoản này được sửa đổi, bổ sung theo quy định tại điểm b khoản 20 Điều 1 của Luật số 51/2024/QH15 sửa đổi, bổ sung một số điều của Luật Bảo hiểm y tế, có hiệu lực kể từ ngày 01 tháng 7 năm 2025.

[62] Khoản này được sửa đổi, bổ sung lần thứ nhất theo quy định tại khoản 18 Điều 1 của Luật số 46/2014/QH13 sửa đổi, bổ sung một số điều của Luật Bảo hiểm y tế, có hiệu lực kể từ ngày 01 tháng 01 năm 2015.

Khoản này được sửa đổi, bổ sung lần thứ hai theo quy định tại điểm b khoản 20 Điều 1 của Luật số 51/2024/QH15 sửa đổi, bổ sung một số điều của Luật Bảo hiểm y tế, có hiệu lực kể từ ngày 01 tháng 7 năm 2025.

[63] Điều này được sửa đổi, bổ sung theo quy định tại khoản 21 Điều 1 của Luật số 51/2024/QH15 sửa đổi, bổ sung một số điều của Luật Bảo hiểm y tế, có hiệu lực kể từ ngày 01 tháng 7 năm 2025. Quy định liên quan đến cấp chuyên môn kỹ thuật trong khám bệnh, chữa bệnh, đăng ký khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế ban đầu, chuyển người bệnh giữa các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế, thủ tục khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế có hiệu lực kể từ ngày 01 tháng 01 năm 2025 theo quy định tại khoản 2 Điều 3 của Luật số 51/2024/QH15 sửa đổi, bổ sung một số điều của Luật Bảo hiểm y tế.

[64] Điều này được sửa đổi, bổ sung theo quy định tại khoản 22 Điều 1 của Luật số 51/2024/QH15 sửa đổi, bổ sung một số điều của Luật Bảo hiểm y tế, có hiệu lực kể từ ngày 01 tháng 7 năm 2025. Quy định liên quan đến cấp chuyên môn kỹ thuật trong khám bệnh, chữa bệnh, đăng ký khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế ban đầu, chuyển người bệnh giữa các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế, thủ tục khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế có hiệu lực kể từ ngày 01 tháng 01 năm 2025 theo quy định tại khoản 2 Điều 3 của Luật số 51/2024/QH15 sửa đổi, bổ sung một số điều của Luật Bảo hiểm y tế.

[65] Điều này được sửa đổi, bổ sung theo quy định tại khoản 23 Điều 1 của Luật số 51/2024/QH15 sửa đổi, bổ sung một số điều của Luật Bảo hiểm y tế, có hiệu lực kể từ ngày 01 tháng 7 năm 2025. Quy định liên quan đến cấp chuyên môn kỹ thuật trong khám bệnh, chữa bệnh, đăng ký khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế ban đầu, chuyển người bệnh giữa các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế, thủ tục khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế có hiệu lực kể từ ngày 01 tháng 01 năm 2025 theo quy định tại khoản 2 Điều 3 của Luật số 51/2024/QH15 sửa đổi, bổ sung một số điều của Luật Bảo hiểm y tế.

[66] Cụm từ “tổ chức bảo hiểm y tế” được thay thế bằng cụm từ “cơ quan bảo hiểm xã hội” theo quy định tại điểm a khoản 35 Điều 1 của Luật số 51/2024/QH15 sửa đổi, bổ sung một số điều của Luật Bảo hiểm y tế, có hiệu lực kể từ ngày 01 tháng 7 năm 2025.

[67] Điều này được sửa đổi, bổ sung theo quy định tại khoản 24 Điều 1 của Luật số 51/2024/QH15 sửa đổi, bổ sung một số điều của Luật Bảo hiểm y tế, có hiệu lực kể từ ngày 01 tháng 7 năm 2025.

[68] Điều này được sửa đổi, bổ sung theo quy định tại khoản 25 Điều 1 của Luật số 51/2024/QH15 sửa đổi, bổ sung một số điều của Luật Bảo hiểm y tế, có hiệu lực kể từ ngày 01 tháng 7 năm 2025.

[69] Điều này được sửa đổi, bổ sung lần thứ nhất theo quy định tại khoản 21 Điều 1 của Luật số 46/2014/QH13 sửa đổi, bổ sung một số điều của Luật Bảo hiểm y tế, có hiệu lực kể từ ngày 01 tháng 01 năm 2015.

Điều này được sửa đổi, bổ sung lần thứ hai theo quy định tại khoản 26 Điều 1 của Luật số 51/2024/QH15 sửa đổi, bổ sung một số điều của Luật Bảo hiểm y tế, có hiệu lực kể từ ngày 01 tháng 7 năm 2025.

[70] Khoản này được sửa đổi, bổ sung theo quy định tại khoản 22 Điều 1 của Luật số 46/2014/QH13 sửa đổi, bổ sung một số điều của Luật Bảo hiểm y tế, có hiệu lực kể từ ngày 01 tháng 01 năm 2015.

[71] Cụm từ “tổ chức bảo hiểm y tế” được thay thế bằng cụm từ “cơ quan bảo hiểm xã hội” theo quy định tại điểm a khoản 35 Điều 1 của Luật số 51/2024/QH15 sửa đổi, bổ sung một số điều của Luật Bảo hiểm y tế, có hiệu lực kể từ ngày 01 tháng 7 năm 2025.

[72] Cụm từ “Hội đồng quản lý bảo hiểm xã hội Việt Nam” được thay thế bằng cụm từ “Hội đồng quản lý bảo hiểm xã hội” theo quy định tại điểm b khoản 35 Điều 1 của Luật số 51/2024/QH15 sửa đổi, bổ sung một số điều của Luật Bảo hiểm y tế, có hiệu lực kể từ ngày 01 tháng 7 năm 2025.

[73] Khoản này được bổ sung theo quy định tại khoản 22 Điều 1 của Luật số 46/2014/QH13 sửa đổi, bổ sung một số điều của Luật Bảo hiểm y tế, có hiệu lực kể từ ngày 01 tháng 01 năm 2015.

[74] Điều này được sửa đổi, bổ sung lần thứ nhất theo quy định tại khoản 23 Điều 1 của Luật số 46/2014/QH13 sửa đổi, bổ sung một số điều của Luật Bảo hiểm y tế, có hiệu lực kể từ ngày 01 tháng 01 năm 2015.

Điều này được sửa đổi, bổ sung lần thứ hai theo quy định tại khoản 27 Điều 1 của Luật số 51/2024/QH15 sửa đổi, bổ sung một số điều của Luật Bảo hiểm y tế, có hiệu lực kể từ ngày 01 tháng 7 năm 2025.

[75] Khoản này được sửa đổi, bổ sung lần thứ nhất theo quy định tại khoản 24 Điều 1 của Luật số 46/2014/QH13 sửa đổi, bổ sung một số điều của Luật Bảo hiểm y tế, có hiệu lực kể từ ngày 01 tháng 01 năm 2015.

Khoản này được sửa đổi, bổ sung lần thứ hai theo quy định tại khoản 28 Điều 1 của Luật số 51/2024/QH15 sửa đổi, bổ sung một số điều của Luật Bảo hiểm y tế, có hiệu lực kể từ ngày 01 tháng 7 năm 2025. Quy định liên quan đến cấp chuyên môn kỹ thuật trong khám bệnh, chữa bệnh, đăng ký khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế ban đầu, chuyển người bệnh giữa các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế, thủ tục khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế có hiệu lực kể từ ngày 01 tháng 01 năm 2025 theo quy định tại khoản 2 Điều 3 của Luật số 51/2024/QH15 sửa đổi, bổ sung một số điều của Luật Bảo hiểm y tế.

[76] Cụm từ “tổ chức bảo hiểm y tế” được thay thế bằng cụm từ “cơ quan bảo hiểm xã hội” theo quy định tại điểm a khoản 35 Điều 1 của Luật số 51/2024/QH15 sửa đổi, bổ sung một số điều của Luật Bảo hiểm y tế, có hiệu lực kể từ ngày 01 tháng 7 năm 2025.

[77] Cụm từ “tổ chức bảo hiểm y tế” được thay thế bằng cụm từ “cơ quan bảo hiểm xã hội” theo quy định tại điểm a khoản 35 Điều 1 của Luật số 51/2024/QH15 sửa đổi, bổ sung một số điều của Luật Bảo hiểm y tế, có hiệu lực kể từ ngày 01 tháng 7 năm 2025.

[90] Cụm từ “tổ chức bảo hiểm y tế” được thay thế bằng cụm từ “cơ quan bảo hiểm xã hội” theo quy định tại điểm a khoản 35 Điều 1 của Luật số 51/2024/QH15 sửa đổi, bổ sung một số điều của Luật Bảo hiểm y tế, có hiệu lực kể từ ngày 01 tháng 7 năm 2025.

[105] Điều này được bổ sung theo quy định tại khoản 33 Điều 1 của Luật số 51/2024/QH15 sửa đổi, bổ sung một số điều của Luật Bảo hiểm y tế, có hiệu lực kể từ ngày 01 tháng 7 năm 2025.

[106] Điều này được sửa đổi, bổ sung lần thứ nhất theo quy định tại khoản 28 Điều 1 của Luật số 46/2014/QH13 sửa đổi, bổ sung một số điều của Luật Bảo hiểm y tế, có hiệu lực kể từ ngày 01 tháng 01 năm 2015.

Điều này được sửa đổi, bổ sung lần thứ hai theo quy định tại khoản 34 Điều 1 của Luật số 51/2024/QH15 sửa đổi, bổ sung một số điều của Luật Bảo hiểm y tế, có hiệu lực kể từ ngày 01 tháng 7 năm 2025.

[107] Điều 2 của Luật số 32/2013/QH13 sửa đổi, bổ sung một số điều của Luật Thuế thu nhập doanh nghiệp, có hiệu lực kể từ ngày 01 tháng 01 năm 2014 quy định như sau:

“Điều 2

1. Luật này có hiệu lực thi hành từ ngày 01 tháng 01 năm 2014, trừ quy định tại khoản 2 Điều này.

2. Quy định về áp dụng thuế suất 20% đối với doanh nghiệp có tổng doanh thu năm không quá hai mươi tỷ đồng tại khoản 6 Điều 1 và quy định về áp dụng thuế suất 10% đối với thu nhập của doanh nghiệp từ thực hiện dự án đầu tư - kinh doanh nhà ở xã hội tại khoản 7 Điều 1 của Luật này được thực hiện từ ngày 01 tháng 7 năm 2013.

3. Doanh nghiệp có dự án đầu tư mà tính đến hết kỳ tính thuế năm 2013 còn đang trong thời gian hưởng ưu đãi thuế thu nhập doanh nghiệp (thuế suất, thời gian miễn, giảm thuế) theo quy định của các văn bản quy phạm pháp luật về thuế thu nhập doanh nghiệp trước thời điểm Luật này có hiệu lực thi hành thì tiếp tục được hưởng cho thời gian còn lại theo quy định của các văn bản đó. Trường hợp đáp ứng điều kiện ưu đãi thuế theo quy định của Luật này thì được lựa chọn ưu đãi đang hưởng hoặc ưu đãi theo quy định của Luật này theo diện ưu đãi đối với đầu tư mới cho thời gian còn lại nếu đang hưởng theo diện doanh nghiệp thành lập mới từ dự án đầu tư hoặc theo diện ưu đãi đối với đầu tư mở rộng cho thời gian còn lại nếu đang hưởng theo diện đầu tư mở rộng.

Tính đến hết kỳ tính thuế năm 2015, trường hợp doanh nghiệp có dự án đầu tư đang được áp dụng thuế suất ưu đãi 20% quy định tại khoản 3 Điều 13 Luật Thuế thu nhập doanh nghiệp số 14/2008/QH12 được sửa đổi, bổ sung tại khoản 7 Điều 1 của Luật này thì kể từ ngày 01 tháng 01 năm 2016 được chuyển sang áp dụng mức thuế suất 17% cho thời gian còn lại.

4. Bãi bỏ các nội dung quy định về thuế thu nhập doanh nghiệp tại các điều, khoản của các luật sau đây:

a) Khoản 2 Điều 7 của Luật Bảo hiểm tiền gửi số 06/2012/QH13;

b) Khoản 2 Điều 4 của Luật Bảo hiểm y tế số 25/2008/QH12;

c) Khoản 1 Điều 10; khoản 1 Điều 12; khoản 2 Điều 18; khoản 2 Điều 19; khoản 1 và khoản 2 Điều 22; khoản 3 Điều 24 và khoản 2 Điều 28 của Luật Công nghệ cao số 21/2008/QH12;

d) Các khoản 1, 4, 5, 6, 7 và 8 Điều 44, Điều 45 của Luật Chuyển giao công nghệ số 80/2006/QH11;

đ) Khoản 1 Điều 53, khoản 5 Điều 55 và khoản 3 Điều 86 của Luật Dạy nghề số 76/2006/QH11;

e) Khoản 1 Điều 68 của Luật Người lao động Việt Nam đi làm việc tại nước ngoài số 72/2006/QH11;

g) Khoản 2 Điều 6 của Luật Bảo hiểm xã hội số 71/2006/QH11;

h) Khoản 3 Điều 8 của Luật Trợ giúp pháp lý số 69/2006/QH11;

i) Khoản 3 Điều 66 của Luật Giáo dục đại học số 08/2012/QH13;

k) Điều 34 của Luật Người khuyết tật số 51/2010/QH12;

l) Khoản 4 Điều 33 của Luật Đầu tư số 59/2005/QH11;

m) Khoản 2 Điều 58, khoản 2 Điều 73, khoản 3 Điều 117 và khoản 3 Điều 125 của Luật Doanh nghiệp số 60/2005/QH11.

5. Chính phủ quy định chi tiết, hướng dẫn thi hành các điều, khoản được giao trong Luật.”.

Điều 2 của Luật số 46/2014/QH13 sửa đổi, bổ sung một số điều của Luật Bảo hiểm y tế, có hiệu lực kể từ ngày 01 tháng 01 năm 2015 quy định như sau:

“Điều 2

1. Luật này có hiệu lực thi hành từ ngày 01 tháng 01 năm 2015.

2. Chính phủ quy định chi tiết những điều, khoản được giao trong Luật.”.

Các điều 23, 24 và 25 của Luật Phí và lệ phí số 97/2015/QH13, có hiệu lực kể từ ngày 01 tháng 01 năm 2017 quy định như sau:

“Điều 23. Hiệu lực thi hành

1. Luật này có hiệu lực thi hành từ ngày 01 tháng 01 năm 2017.

2. Sửa đổi, bãi bỏ các quy định sau đây:

a) Bãi bỏ khoản 3 Điều 75 của Luật Giao thông đường thủy nội địa số 23/2004/QH11 đã được sửa đổi, bổ sung một số điều theo Luật số 48/2014/QH13;

b) Bãi bỏ điểm a khoản 2 Điều 74 của Luật Đường sắt số 35/2005/QH11;

c) Bỏ cụm từ “lệ phí tuyển sinh” tại Điều 101 và Điều 105 của Luật Giáo dục số 38/2005/QH11 đã được sửa đổi, bổ sung một số điều theo Luật số 44/2009/QH12, Điều 64 và Điều 65 của Luật Giáo dục đại học số 08/2012/QH13, Điều 28 và Điều 29 của Luật Giáo dục nghề nghiệp số 74/2014/QH13;

d) Bãi bỏ khoản 4 Điều 18 của Luật Bảo hiểm y tế số 25/2008/QH12 đã được sửa đổi, bổ sung một số điều theo Luật số 46/2014/QH13;

đ) Bãi bỏ Điều 25 và khoản 3 Điều 15 của Luật Kiểm toán độc lập số 67/2011/QH12;

e) Bãi bỏ Chương IV-A về thuế môn bài quy định tại Nghị quyết số 200/NQ-TVQH ngày 18 tháng 01 năm 1966 của Ủy ban Thường vụ Quốc hội ấn định thuế công thương nghiệp đối với các hợp tác xã, tổ chức hợp tác và hộ riêng lẻ kinh doanh công thương nghiệp đã được sửa đổi, bổ sung một số điều theo Pháp lệnh số 10-LCT/HĐNN7 sửa đổi một số điều về thuế công thương nghiệp ngày 26 tháng 02 năm 1983, Pháp lệnh bổ sung, sửa đổi một số điều lệ về thuế công thương nghiệp và điều lệ về thuế hàng hóa ngày 17 tháng 11 năm 1987 và Pháp lệnh sửa đổi, bổ

sung một số điều trong Pháp lệnh, Điều lệ về thuế công thương nghiệp và thuế hàng hóa ngày 03 tháng 3 năm 1989.

3. Pháp lệnh Phí và lệ phí số 38/2001/PL-UBTVQH10 và Pháp lệnh Án phí, lệ phí toà án số 10/2009/PL-UBTVQH12 hết hiệu lực kể từ ngày Luật này có hiệu lực thi hành.

Điều 24. Quy định chuyển tiếp

Các khoản phí trong Danh mục phí và lệ phí kèm theo Pháp lệnh Phí và lệ phí số 38/2001/PL-UBTVQH10 chuyển sang thực hiện theo cơ chế giá do Nhà nước định giá theo Danh mục tại Phụ lục số 2 kèm theo Luật này được thực hiện theo Luật Giá kể từ ngày Luật này có hiệu lực thi hành.

Chính phủ quy định cụ thể cơ quan có thẩm quyền quy định giá và hình thức định giá.

Điều 25. Quy định chi tiết

Chính phủ quy định chi tiết các điều, khoản được giao trong Luật.”.

Điều 31 của Luật số 35/2018/QH14 sửa đổi, bổ sung một số điều của 37 luật có liên quan đến quy hoạch, có hiệu lực kể từ ngày 01 tháng 01 năm 2019 quy định như sau:

“Điều 31. Hiệu lực thi hành

Luật này có hiệu lực thi hành từ ngày 01 tháng 01 năm 2019.”.

Điều 38 của Luật Cư trú số 68/2020/QH14, có hiệu lực kể từ ngày 01 tháng 7 năm 2021 quy định như sau:

“Điều 38. Điều khoản thi hành

1. Luật này có hiệu lực thi hành từ ngày 01 tháng 7 năm 2021.

2. Luật Cư trú số 81/2006/QH11 đã được sửa đổi, bổ sung một số điều theo Luật số 36/2013/QH13 hết hiệu lực kể từ ngày Luật này có hiệu lực thi hành.

3. Kể từ ngày Luật này có hiệu lực thi hành, Sổ hộ khẩu, Sổ tạm trú đã được cấp vẫn được sử dụng và có giá trị như giấy tờ, tài liệu xác nhận về cư trú theo quy định của Luật này cho đến hết ngày 31 tháng 12 năm 2022.

Trường hợp thông tin trong Sổ hộ khẩu, Sổ tạm trú khác với thông tin trong Cơ sở dữ liệu về cư trú thì sử dụng thông tin trong Cơ sở dữ liệu về cư trú.

Khi công dân thực hiện các thủ tục đăng ký cư trú dẫn đến thay đổi thông tin trong Sổ hộ khẩu, Sổ tạm trú thì cơ quan đăng ký cư trú có trách nhiệm thu hồi Sổ hộ khẩu, Sổ tạm trú đã cấp, thực hiện điều chỉnh, cập nhật thông tin trong Cơ sở dữ liệu về cư trú theo quy định của Luật này và không cấp mới, cấp lại Sổ hộ khẩu, Sổ tạm trú.

4. Chính phủ, Bộ, cơ quan ngang Bộ và cơ quan khác có liên quan rà soát các văn bản quy phạm pháp luật thuộc thẩm quyền ban hành có nội dung quy định liên quan đến Sổ hộ khẩu, Sổ tạm trú hoặc có yêu cầu xuất trình giấy tờ, tài liệu xác nhận về cư trú để sửa đổi, bổ sung cho phù hợp với quy định của Luật này, hạn chế việc sử dụng thông tin về nơi cư trú là điều kiện để thực hiện các thủ tục hành chính.”.

Điều 33 của Luật Lực lượng tham gia bảo vệ an ninh, trật tự ở cơ sở số 30/2023/QH15, có hiệu lực kể từ ngày 01 tháng 7 năm 2024 quy định như sau:

“Điều 33. Hiệu lực thi hành

1. Luật này có hiệu lực thi hành từ ngày 01 tháng 7 năm 2024.
2. Pháp lệnh Công an xã số 06/2008/PL-UBTVQH12 hết hiệu lực kể từ ngày Luật này có hiệu lực thi hành.”.

Điều 3 của Luật số 51/2024/QH15 sửa đổi, bổ sung một số điều của Luật Bảo hiểm y tế, có hiệu lực kể từ ngày 01 tháng 7 năm 2025 quy định như sau:

Điều 3. Điều khoản thi hành

1. Luật này có hiệu lực thi hành từ ngày 01 tháng 7 năm 2025, trừ quy định tại khoản 2 và khoản 3 Điều này.
2. Quy định liên quan đến cấp chuyên môn kỹ thuật trong khám bệnh, chữa bệnh, đăng ký khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế ban đầu, chuyển người bệnh giữa các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế, thủ tục khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế tại các khoản 3, 16, 17, 21, 22, 23 và 28 Điều 1 của Luật này có hiệu lực thi hành từ ngày 01 tháng 01 năm 2025.
3. Quy định về phạm vi được hưởng tại khoản 16 Điều 1 của Luật này, trừ các quy định về 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 và nguyên tắc xây dựng danh mục thiết bị y tế, dịch vụ kỹ thuật thuộc phạm vi được hưởng của người tham gia bảo hiểm y tế và quy định về mức hưởng tại khoản 17 Điều 1 của Luật này được áp dụng đối với các trường hợp sau đây có hiệu lực thi hành từ ngày 01 tháng 01 năm 2025:
 - a) Đối tượng quy định tại khoản 10 Điều 1 của Luật này mà đối tượng này đã được quy định tại Điều 12 của Luật Bảo hiểm y tế số 25/2008/QH12 đã được sửa đổi, bổ sung một số điều theo Luật số 32/2013/QH13, Luật số 46/2014/QH13, Luật số 97/2015/QH13, Luật số 35/2018/QH14, Luật số 68/2020/QH14 và Luật số 30/2023/QH15;
 - b) Đối tượng quy định tại điểm a khoản này khám bệnh, chữa bệnh tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh trước ngày 01 tháng 01 năm 2025 và kết thúc đợt điều trị từ ngày 01 tháng 01 năm 2025.
4. Chậm nhất là ngày 01 tháng 01 năm 2027, thực hiện liên thông, sử dụng kết quả cận lâm sàng liên thông giữa các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế phù hợp với yêu cầu chuyên môn theo quy định của Chính phủ.
5. Quy định chuyển tiếp:
 - a) Trường hợp người bệnh không thuộc đối tượng quy định tại điểm a và điểm b khoản 3 Điều này khám bệnh, chữa bệnh tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh trước ngày 01 tháng 7 năm 2025 và kết thúc đợt điều trị từ ngày 01 tháng 7 năm 2025 thì áp dụng theo quy định của Luật này;
 - b) Mức tham chiếu quy định tại Luật này áp dụng theo mức lương cơ sở. Trường hợp chính sách tiền lương có thay đổi, Chính phủ quyết định mức tham chiếu cụ thể;
 - c) Hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế được ký trước ngày 01 tháng 7 năm 2025 mà còn hiệu lực sau ngày 01 tháng 7 năm 2025 được thực hiện theo quy định của Chính phủ;
 - d) Đối với số tiền bảo hiểm y tế mà người sử dụng lao động có trách nhiệm đóng theo quy định của Luật Bảo hiểm y tế số 25/2008/QH12 đã được sửa đổi, bổ sung một số điều theo Luật số 32/2013/QH13, Luật số 46/2014/QH13, Luật số 97/2015/QH13, Luật số 35/2018/QH14, Luật số

68/2020/QH14 và Luật số 30/2023/QH15 nhưng đến hết ngày 30 tháng 6 năm 2025 mà không đóng hoặc không đóng đầy đủ thì được xử lý theo quy định về chậm đóng của Luật này.”.