**Ngân hàng câu hỏi Hội thi “Thầy thuốc giỏi chuyên môn, vững bảo hiểm y tế” lần thứ 1 - năm 2024 (đợt 1)**

1. **Đối tượng nào dưới đây tham gia BHYT thuộc diện hưởng trợ cấp, trợ giúp xã hội (do ngân sách nhà nước đóng):**
2. Người cao tuổi.
3. Phụ nữ mang thai.
4. Học sinh.
5. Trẻ em.
6. **Đối tượng nào dưới đây tham gia BHYT thuộc diện hưởng trợ cấp, trợ giúp xã hội (do ngân sách nhà nước đóng):**
7. Phụ nữ mang thai.
8. Người khuyết tật và trợ giúp xã hội.
9. Học sinh.
10. Trẻ em.
11. **Người bệnh BHYT có thể xuất trình thủ tục nào sau đây để được hưởng chi phí KCB BHYT tại cơ sở KCB:**
12. Thẻ BHYT và Giấy tờ tùy thân có ảnh.
13. Căn cước công dân.
14. Thẻ BHYT.
15. Giấy tờ tùy thân có ảnh.
16. **Người bệnh BHYT có thể xuất trình thủ tục nào sau đây để được hưởng chi phí KCB BHYT tại cơ sở KCB:**
17. Căn cước công dân.
18. Ứng dụng VssID và Giấy tờ tùy thân có ảnh.
19. Thẻ BHYT.
20. Giấy tờ tùy thân có ảnh.
21. **Trường hợp nào sau đây được hưởng BHYT:**
22. Khám sức khỏe định kỳ.
23. Trường hợp cấp cứu.
24. Sử dụng dịch vụ thẩm mỹ.
25. Tham gia thử nghiệm lâm sàng và nghiên cứu khoa học.
26. **Hồ sơ thanh toán chi phí KCB trực tiếp KHÔNG bao gồm nội dung sau:**
27. Giấy đề nghị thanh toán trực tiếp chi phí KCB
28. Giấy ra viện hoặc chỉ định của thầy thuốc và đơn thuốc
29. Giấy giới thiệu của cơ quan, đơn vị quản lý
30. Bản chính các chứng từ, hóa đơn hợp lệ và các giấy tờ khác theo quy định
31. **Thông tư số 27/2018/TT-BYT ngày 26/10/2018 của Bộ Y tế hướng dẫn thực hiện bảo hiểm y tế và khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế liên quan đến:**
32. Bệnh HIV.
33. Bệnh Tâm thần.
34. Bệnh Lao.
35. Bệnh không lây nhiễm.
36. **Điều kiện KCB BHYT người bệnh nhiễm HIV/AIDS, NGOẠI TRỪ:**
37. Phòng khám đa khoa có chuyên khoa HIV/AIDS.
38. Phòng khám Nội tổng hợp.
39. Phòng khám Nội tổng hợp có buồng khám HIV.
40. Phòng khám chuyên khoa HIV/AIDS.
41. **Đ****iều kiện thanh toán chi phí KCB BHYT ngoại trú cho người bệnh nhiễm HIV/AIDS**
42. Bác sĩ chuyên khoa truyền nhiễm hoặc bác sĩ đa khoa và có giấy chứng nhận đã đào tạo, tập huấn về điều trị HIV/AIDS.
43. Bác sĩ chuyên khoa truyền nhiễm ở tất cả các cơ sở y tế cấp xã.
44. Bác sĩ chuyên khoa truyền nhiễm ở tất cả các cơ sở y tế cấp tỉnh.
45. Bác sĩ chuyên khoa truyền nhiễm ở tất cả các cơ sở y tế ngoài công lập.
46. **Dịch vụ y tế liên quan đến HIV/AIDS nào dưới đây được quỹ BHYT chi trả cho người tham gia BHYT nhiễm HIV (chọn đáp án chính xác nhất):**
47. Thuốc kháng HIV.
48. Kỹ thuật sản phụ khoa.
49. Xét nghiệm.
50. Thuốc điều trị dự phòng.
51. **Dịch vụ y tế liên quan đến HIV/AIDS nào dưới đây được quỹ BHYT chi trả cho người tham gia BHYT nhiễm HIV (chọn đáp án chính xác nhất):**
52. Thuốc điều trị.
53. Kỹ thuật đình chỉ thai nghén ở phụ nữ mang thai nhiễm HIV.
54. Xét nghiệm.
55. Thuốc dự phòng.
56. **Dịch vụ y tế liên quan đến HIV/AIDS nào dưới đây được quỹ BHYT chi trả cho người tham gia BHYT nhiễm HIV (chọn đáp án chính xác nhất):**
57. Thuốc điều trị.
58. Kỹ thuật sản phụ khoa.
59. Xét nghiệm HIV theo yêu cầu chuyên môn trong khám, chữa bệnh.
60. Thuốc dự phòng.
61. **Dịch vụ y tế liên quan đến HIV/AIDS nào dưới đây được quỹ BHYT chi trả cho người tham gia BHYT nhiễm HIV (chọn đáp án chính xác nhất):**
62. Thuốc điều trị.
63. Thuốc điều trị dự phòng nhiễm trùng cơ hội.
64. Kỹ thuật sản phụ khoa.
65. Xét nghiệm.
66. **Người nhiễm HIV tham gia BHYT, trong trường hợp cấp cứu được khám bệnh, chữa bệnh:**
67. Tại Trạm y tế xã.
68. Tại Phòng khám đa khoa, chuyên khoa (có ký hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế liên quan đến khám, điều trị HIV/AIDS).
69. Tại Bệnh viện đa khoa, chuyên khoa
70. Tại bất kỳ cơ sở khám bệnh, chữa bệnh
71. **Quy định Thuốc kháng HIV được đấu thầu, mua sắm tập trung:**
72. Cấp quốc gia.
73. Cấp tỉnh/thành phố
74. Cấp quận/huyện.
75. Cấp cơ sở.
76. **Thông tư số 36/2021/TT-BYT ngày 31/12/2021 của Bộ Y tế quy định khám bệnh, chữa bệnh và thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế liên quan đến khám bệnh, chữa bệnh:**
77. Bệnh HIV.
78. Bệnh Tâm thần.
79. Bệnh Lao.
80. Bệnh không lây nhiễm.
81. **Điều kiện KCB BHYT người bệnh lao, NGOẠI TRỪ:**
82. Phòng khám đa khoa.
83. Phòng khám đa khoa có chuyên khoa Lao và bệnh phổi.
84. Phòng khám chuyên khoa Lao và bệnh phổi.
85. Phòng khám Nội tổng hợp có buồng khám Lao
86. **Điều kiện thanh toán chi phí KCB BHYT ngoại trú cho người bệnh mắc lao**
87. Bác sĩ có chứng chỉ hành nghề.
88. Bác sĩ có chứng chỉ hành nghề Nội được tập huấn lao hoặc bác sĩ chuyên khoa lao và bệnh phổi.
89. Bác sĩ chuyên khoa truyền nhiễm ở tất cả các cơ sở y tế ngoài công lập.
90. Bác sĩ chuyên khoa truyền nhiễm ở tất cả các cơ sở y tế cấp xã.
91. **Phân tuyến cơ sở khám bệnh, chữa bệnh thực hiện khám bệnh, chữa bệnh lao đối với người tham gia bảo hiểm y tế bao gồm:**
92. Các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh tuyến xã.
93. Các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh tuyến xã, huyện.
94. Các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh tuyến xã, huyện, tỉnh.
95. Các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh tuyến xã, huyện, tỉnh, trung ương.
96. **Đối tượng được đề cập đến tại Thông tư số 36/2021/TT-BYT ngày 31/12/2021 của Bộ Y tế, NGOẠI TRỪ:**
97. Người tham gia BHYT nghi mắc bệnh lao, mắc bệnh lao
98. Người tham gia BHYT mắc bệnh lao kháng thuốc, lao tiềm ẩn
99. Người tham gia BHYT là phụ nữ mang thai
100. Người sử dụng các dịch vụ y tế liên quan đến khám bệnh, chữa bệnh lao
101. **Điều kiện KCB BHYT người bệnh tâm thần, NGOẠI TRỪ:**
102. Phòng khám đa khoa có chuyên khoa tâm thần.
103. Phòng khám chuyên khoa tâm thần.
104. Phòng khám đa khoa.
105. Phòng khám Nội tổng hợp có buồng khám tâm thần.
106. **Điều kiện thanh toán chi phí KCB BHYT ngoại trú cho người bệnh rối loạn tâm thần**
107. Bác sĩ có chứng chỉ hành nghề ở các cơ sở y tế công lập.
108. Bác sĩ có chứng chỉ hành nghề ở các cơ sở y tế ngoài công lập.
109. Bác sĩ có chứng chỉ hành nghề Tâm thần hoặc chuyên khoa Nội được tập huấn tâm thần cơ bản.
110. Bác sĩ có chứng chỉ hành nghề ở tuyến y tế cơ sở.
111. **Các thuốc kháng sinh có dấu (\*) trong danh mục thuốc thanh toán BHYT có ý nghĩa gì?**
112. Quỹ bảo hiểm y tế thanh toán trong tất cả mọi trường hợp
113. Quỹ bảo hiểm y tế thanh toán khi thực hiện đúng quy trình hội chẩn khi kê đơn theo quy định
114. Quỹ bảo hiểm y tế chỉ thanh toán 50% chi phí sử dụng thuốc
115. Quỹ bảo hiểm y tế chỉ thanh toán trong trường hợp cấp cứu
116. **Tài liệu nào sau đây có thể được sử dụng để xem xét tính phù hợp của chỉ định của thuốc khi thanh toán BHYT:**
117. Dược điển Châu Âu
118. Hướng dẫn điều trị của các nước trên thế giới
119. Tờ hướng dẫn sử dụng của tất cả các thuốc cùng hoạt chất, khác tên thương mại
120. Tờ hướng dẫn sử dụng thuốc kèm theo hồ sơ đăng ký thuốc đã được Bộ Y tế cấp phép
121. **Trường hợp theo chỉ định chuyên môn, người bệnh không sử dụng hết 01 đơn vị đóng gói nhỏ nhất của thuốc và lượng còn lại không thể sử dụng được thì chi phí thanh toán BHYT sẽ được tính như thế nào:**
122. Quỹ BHYT thanh toán theo giá tương ứng phần thuốc đã sử dụng
123. Quỹ BHYT thanh toán toàn bộ theo giá của đơn vị đóng gói nhỏ nhất
124. Quỹ BHYT thanh toán 75% giá của đơn vị đóng gói nhỏ nhất
125. Quỹ BHYT thanh toán 50% giá của đơn vị đóng gói nhỏ nhất
126. **Hoạt chất glucosamin được quỹ BHYT thanh toán trong trường hợp điều trị:**
127. Các bệnh lý về khớp mức độ nhẹ
128. Thoái hóa khớp gối mức độ nặng
129. Thoái hóa khớp gối mức độ nhẹ đến trung bình
130. Thoái hóa đa khớp mức độ nhẹ đến trung bình
131. **Theo danh mục thuốc thanh toán BHYT, thuốc được xếp nhóm này nhưng sử dụng để điều trị bệnh thuộc nhóm khác được quỹ BHYT thanh toán khi:**
132. Có chỉ định phù hợp với quy định trong Thông tư số 20/2022/TT-BYT
133. Trong trường hợp cấp cứu
134. Tiến hành hội chẩn nhiều chuyên khoa
135. Cơ sở y tế không còn thuốc khác có thể sử dụng để điều trị
136. **Quy định về chuyển khoa, chuyển viện tại Luật Khám, chữa bệnh 2023 có điều chỉnh so với Luật cũ như thế nào:**
137. Chuyển khoa khi người bệnh mắc phải bệnh không thuộc phạm vi chuyên môn của khoa đang điều trị.
138. Chuyển khoa khi bệnh đang được khám, chữa liên quan chủ yếu đến chuyên khoa khác.
139. Phát hiện tình trạng bệnh của người bệnh thích hợp khám, chữa bệnh tại chuyên khoa khác hơn.
140. Chuyển viện theo yêu cầu của người bệnh.
141. **Đâu là hình thức tổ chức cơ sở khám bệnh, chữa bệnh mới được quy định tại Luật Khám bệnh, chữa bệnh 2023:**
142. Bệnh viện
143. Phòng khám
144. Cơ sở cấp cứu ngoại viện
145. Trạm y tế
146. **Có bao nhiêu cấp chuyên môn kỹ thuật trong khám bệnh, chữa bệnh**
147. 2
148. 3
149. 4
150. 5
151. **Chọn câu sai. Hình thức hội chẩn**
152. Hội chẩn khoa, liên khoa và toàn viện
153. Hội chẩn ngoại viện
154. Hội chẩn cấp cứu
155. Hội chẩn khác
156. **Người bệnh đi khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế tại cùng một cơ sở y tế thì được hưởng bảo hiểm y tế tối đa bao nhiêu lần tiền công khám (cho một lần khám bệnh, chữa bệnh)?**
157. 2 lần tiền công khám bảo hiểm y tế.
158. 3 lần tiền công khám bảo hiểm y tế.
159. 4 lần tiền công khám bảo hiểm y tế.
160. 5 lần tiền công khám bảo hiểm y tế.
161. **Về đối tượng bảo hiểm y tế, nhóm nào sau đây được ngân sách nhà nước đóng hoàn toàn mức đóng bảo hiểm y tế?**
162. Học sinh, sinh viên.
163. Trẻ em dưới 6 tuổi.
164. Người đang hưởng trợ cấp thất nghiệp.
165. Người hoạt động không chuyên trách ở xã, phường, thị trấn theo quy định của pháp luật.
166. **Cơ quan nào quy định chi tiết về mức đóng bảo hiểm y tế?**
167. Quốc hội hoặc Ủy ban Thường vụ Quốc hội.
168. Chính phủ.
169. Bộ Y tế.
170. Bảo hiểm xã hội Việt Nam.
171. **Thẻ bảo hiểm y tế không có giá trị sử dụng khi nào, chọn câu SAI?**
172. Thẻ đã hết thời hạn sử dụng.
173. Thẻ bị sửa chữa, tẩy xóa.
174. Thẻ không có thông tin khi kiểm tra thông tuyến.
175. Người có tên trong thẻ không tiếp tục tham gia bảo hiểm y tế.
176. **Đối tượng nào sau đây không bắt buộc tham gia bảo hiểm y tế?**
177. Học sinh, sinh viên.
178. Trẻ em dưới 6 tuổi.
179. Người lao động nghỉ việc do ốm đau.
180. Chức sắc, chức việc, nhà tu hành.
181. **Điều nào sâu đây là SAI khi nói về thẻ bảo hiểm y tế?**
182. Mỗi người chỉ được cấp một thẻ bảo hiểm y tế.
183. Thẻ bảo hiểm y tế đã hết thời hạn sử dụng có thể vứt đi.
184. Thẻ bảo hiểm y tế bị rách vẫn có giá trị sử dụng.
185. Người sử dụng bảo hiểm y tế là người có tên trên thẻ bảo hiểm y tế.
186. **Các trường hợp người tham gia bảo hiểm y tế sử dụng thuốc Sugammadex không được thanh toán?**

A. Bệnh nhân mắc bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính (COPD), hen phế quản.

B. Bệnh nhân suy tim, loạn nhịp tim, bệnh van tim, mạch vành.

C. Bệnh nhân béo phì (BMI > 29.5);

D. Bệnh nhân có bệnh lý thần kinh-cơ (loạn dưỡng cơ, nhược cơ);

1. **Quỹ bảo hiểm y tế thanh toán chi phí sử dụng thuốc Sugammdex trong các trường hợp:**

A. Trường hợp đã tiêm thuốc giãn cơ

B. Bệnh nhân suy tim chưa rõ nguyên nhân

C. Bệnh nhân có bệnh lý thần kinh

D. Bệnh nhân có chống chỉ định với neostigmine và atropin.

1. **Quỹ bảo hiểm y tế thanh toán chi phí sử dụng thuốc Dinoproston (viên đặt âm đạo) trong các trường hợp:**

A. Bệnh viện hạng đặc biệt, hạng I

B. Bệnh viện hạng đặc biệt, hạng I và bệnh viện chuyên khoa sản hạng II.

C. Bệnh viện hạng đặc biệt, hạng I, hạng II.

D. Bệnh viện hạng đặc biệt, hạng I và được Bs ra y lệnh

1. **Tập mạnh cơ đáy chậu (cơ sàn chậu, Pelvis floor) được thanh toán trong các trường hợp**

A. Sa sinh dục độ 3;

B. Rỉ tiểu do u xơ tiền liệt tuyến;

C.  Rỉ tiểu do bệnh lý thần kinh cơ;

D. Tiểu tiện không tự chủ đối với sản phụ sau mổ đẻ và sản phụ sau đẻ 07 ngày.

1. **Phòng khám tư nhân nào có thể tham gia hệ thống cơ sở khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế ban đầu?**
2. Phòng khám bác sĩ gia đình tư nhân độc lập.
3. Phòng khám chuyên khoa thuộc hệ nội.
4. Phòng khám, tư vấn và điều trị dự phòng.
5. Phòng xét nghiệm.
6. **Bệnh nào sau đây KHÔNG thuộc nhóm được sử dụng giấy chuyển tuyến trong năm dương lịch (xin giấy chuyển tuyến 1 lần trong năm)?**
7. Đái tháo đường.
8. Suy tim.
9. Tăng huyết áp.
10. Suy tuyến giáp.
11. **Giấy chuyển viện có giá trị trong bao lâu?**
12. Có giá trị trong vòng 10 ngày, kể từ ngày ký.
13. Có giá trị trong vòng 20 ngày, kể từ ngày ký.
14. Có giá trị trong vòng 30 ngày, kể từ ngày ký.
15. Không có quy định.
16. **Trường hợp một người thuộc nhiều đối tượng tham gia bảo hiểm y tế thì được hưởng quyền lợi bảo hiểm y tế như thế nào?**
17. Theo đối tượng có quyền lợi thấp nhất.
18. Do cơ quan BHXH quyết định.
19. Theo đối tượng có quyền lợi cao nhất.
20. Tổng hợp tất cả quyền lợi của các đối tượng.
21. **Thông tư 14/2014/TT-BYT quy định về chuyển tuyến giữa các cơ sở khám chữa bệnh:**
22. Các hình thức chuyển tuyến: chuyển người bệnh từ tuyến dưới lên tuyến trên, chuyển người bệnh từ tuyến trên về tuyến dưới, chuyển người bệnh giữa các cơ sở khám chữa bệnh trong cùng tuyến.
23. Các hình thức chuyển tuyến: chuyển người bệnh từ tuyến dưới lên tuyến trên, chuyển người bệnh giữa các cơ sở khám chữa bệnh trong cùng tuyến.
24. Các hình thức chuyển tuyến: chuyển người bệnh từ tuyến dưới lên tuyến trên, chuyển người bệnh từ tuyến trên về tuyến dưới.
25. Các hình thức chuyển tuyến: chuyển người bệnh từ tuyến trên về tuyến dưới, chuyển người bệnh giữa các cơ sở khám chữa bệnh trong cùng tuyến.
26. **Cấp lại giấy nghỉ việc hưởng bảo hiểm xã hội trong các trường hợp sau. Ngoại trừ:**
27. Mất hoặc hỏng giấy
28. Dấu đóng không đúng qui định
29. Người ký giấy đúng thẩm quyền
30. Sai sót về thông tin ghi trên giấy
31. **Lộ trình tuổi nghỉ hưu đến năm 2024 là:**
32. 60 tuổi 9 tháng đối với nam
33. 56 tuổi đối với nữ
34. 56 tuổi 4 tháng đối với nữ
35. 60 tuổi 8 tháng đối với nam
36. **Giấy hẹn khám lại trong trường hợp đã được chuyển tuyến có giá trị:**
37. Không giới hạn trong năm
38. Có thể sử dụng 2 lần trong vòng 10 ngày
39. Có thể sử dụng 2 lần trong vòng 1 tháng
40. Chỉ sử dụng 1 lần trong thời hạn 10 ngày
41. **Đối tượng nào không thuộc đối tượng được hưởng 100% chi phí khám bệnh, chữa bệnh và không áp dụng giới hạn tỷ lệ thanh toán thuốc, hóa chất, vật tư y tế và dịch vụ kỹ thuật theo quy định của Bộ trưởng Bộ Y tế:**
42. Người hoạt động cách mạng trước ngày 01 tháng 01 năm 1945.
43. Bà mẹ Việt Nam anh hùng.
44. Thương binh, người hưởng chính sách như thương binh, thương binh loại B, bệnh binh suy giảm khả năng lao động từ 80% trở lên.
45. Trẻ em dưới 6 tuổi.
46. **Trường hợp người bệnh đi khám bệnh, chữa bệnh không đúng nơi đăng ký khám bệnh, chữa bệnh ban đầu thì được quỹ bảo hiểm y tế thanh toán theo chi phí thực tế trong phạm vi được hưởng và mức hưởng bảo hiểm y tế nhưng tối đa không quá bao nhiêu lần mức lương cơ sở tại thời điểm khám bệnh, chữa bệnh đối với trường hợp khám bệnh, chữa bệnh ngoại trú:**
47. 0,15 lần.
48. 0,50 lần.
49. 1,0 lần.
50. 2,5 lần.
51. **Thời hạn có hiệu lực của hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế ký lần đầu tối đa không quá:**
52. 12 tháng.
53. 24 tháng.
54. 36 tháng.
55. 48 tháng.
56. **Trường hợp người bệnh đến khám bệnh, chữa bệnh nội trú tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh tuyến huyện và tương đương không có hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế, thanh toán theo chi phí thực tế trong phạm vi được hưởng và mức hưởng bảo hiểm y tế theo quy định nhưng tối đa không quá bao nhiêu lần mức lương cơ sở tại thời điểm ra viện:**
57. 0,15 lần.
58. 0,50 lần.
59. 0,60 lần.
60. 1,0 lần.
61. **Người thuộc hộ gia đình cận nghèo theo tiêu chí chuẩn cận nghèo theo quy định của Chính phủ, Thủ tướng Chính phủ thuộc nhóm đối tượng tham gia bảo hiểm y tế nào sau đây:**
62. Nhóm do ngân sách nhà nước đóng.
63. Nhóm do cơ quan bảo hiểm xã hội đóng.
64. Nhóm được ngân sách nhà nước hỗ trợ mức đóng.
65. Nhóm tham gia bảo hiểm y tế theo hộ gia đình.
66. **Trường hợp ký hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế hằng năm, cơ sở khám bệnh, chữa bệnh và cơ quan bảo hiểm xã hội, trước khi hợp đồng hết hiệu lực bao nhiêu ngày thì cơ sở khám bệnh, chữa bệnh và cơ quan bảo hiểm xã hội phải thỏa thuận gia hạn và thỏa thuận tiếp tục thực hiện hợp đồng bằng một phụ lục hợp đồng thì phụ lục đó có giá trị pháp lý:**
67. 05 ngày.
68. 10 ngày.
69. 15 ngày.
70. 30 ngày.
71. **Trường hợp người có thẻ bảo hiểm y tế đang điều trị nội trú tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh nhưng thẻ bảo hiểm y tế hết hạn sử dụng thì được quỹ bảo hiểm y tế thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh trong phạm vi được hưởng và mức hưởng cho đến khi ra viện nhưng tối đa không vượt quá bao nhiêu ngày kể từ ngày thẻ bảo hiểm y tế hết hạn sử dụng:**
72. 05 ngày.
73. 10 ngày.
74. 15 ngày.
75. 30 ngày.
76. **Kể từ ngày nhận đủ hồ sơ hợp lệ (theo ngày ghi trên dấu công văn đến), cơ quan bảo hiểm xã hội phải thực hiện xong việc xem xét hồ sơ và ký hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh Bảo hiểm Y tế lần đầu trong vòng bao nhiêu ngày:**
77. 10 ngày.
78. 15 ngày.
79. 20 ngày.
80. 30 ngày.
81. **Chi phí quản lý quỹ bảo hiểm y tế gồm:**
82. Tuyên truyền, phổ biến chính sách, pháp luật; thanh tra, kiểm tra và chi khác theo quy định của pháp luật về bảo hiểm y tế.
83. Hoạt động bộ máy của cơ quan bảo hiểm xã hội các cấp; phát triển, quản lý người tham gia; tập huấn, bồi dưỡng chuyên môn, nghiệp vụ; cải cách thủ tục; tổ chức thu; thanh tra, kiểm tra và chi khác theo quy định của pháp luật về bảo hiểm y tế; Tuyên truyền, phổ biến chính sách, pháp luật; ứng dụng công nghệ thông tin và đầu tư phát triển.
84. Hoạt động bộ máy của cơ quan bảo hiểm xã hội các cấp; phát triển, quản lý người tham gia; tập huấn, bồi dưỡng chuyên môn, nghiệp vụ; thanh tra, kiểm tra và chi khác theo quy định của pháp luật về bảo hiểm y tế; Tuyên truyền, phổ biến chính sách, pháp luật; ứng dụng công nghệ thông tin và đầu tư phát triển.
85. Phát triển, quản lý người tham gia; tập huấn, bồi dưỡng chuyên môn, nghiệp vụ; cải cách thủ tục; tổ chức thu; thanh tra, kiểm tra và chi khác theo quy định của pháp luật về bảo hiểm y tế; ứng dụng công nghệ thông tin và đầu tư phát triển.
86. **Trường hợp gián đoạn tối đa thời gian tham gia bảo hiểm y tế 05 năm liên tục không quá bao nhiêu tháng:**
87. 01 tháng.
88. 02 tháng.
89. 03 tháng.
90. 04 tháng.
91. **Trường hợp trẻ em sinh trước ngày 30/9 thì thẻ bảo hiểm y tế có giá trị sử dụng đến:**
92. Ngày trẻ đủ 72 tháng tuổi.
93. Ngày 30/9 của năm trẻ đủ 72 tháng tuổi.
94. Ngày trẻ được cấp Thẻ Bảo hiểm Y tế.
95. Tất cả đều sai.
96. **Mức đóng bảo hiểm y tế hàng tháng của đối tượng người lao động trong thời gian nghỉ việc hưởng chế độ thai sản khi sinh con bằng bao nhiêu % tiền lương tháng của người lao động trước khi nghỉ thai sản:**
97. 4,5%.
98. 5,0%.
99. 5,5%.
100. 6,0%.
101. **Quỹ dự phòng khám bệnh, chữa bệnh do:**
102. Bảo hiểm xã hội tỉnh quản lý.
103. Bảo hiểm xã hội tỉnh và Ủy ban nhân dân tỉnh quản lý.
104. Bảo hiểm xã hội Việt Nam quản lý.
105. Cả 3 câu trên đều sai.
106. **Các đối tượng tham gia bảo hiểm y tế theo hình thức hộ gia đình:**
107. Chức sắc, chức việc, nhà tu hành.
108. Người sinh sống trong cơ sở bảo trợ xã hội.
109. A, B đúng.
110. A, B đúng sai.
111. **Cơ quan nào có trách nhiệm trình Hội đồng nhân dân cùng cấp bảo đảm kinh phí đóng bảo hiểm y tế cho các đối tượng được ngân sách nhà nước đóng, hỗ trợ đóng bảo hiểm y tế theo quy định hiện hành:**
112. Ủy ban nhân dân phường, xã, thị trấn.
113. Ủy ban nhân dân quận, huyện.
114. Ủy ban nhân dân tỉnh, thành phố trực thuộc Trung ương.
115. Cả 3 câu trên đều sai.
116. **Trường hợp cấp cứu, người tham gia bảo hiểm y tế hưởng quyền lợi khi:**
117. Xuất trình Thẻ BHYT và giấy tờ tùy thân hợp pháp khác hoặc giấy tờ được định danh điện tử mức độ 2 khi nhập viện.
118. Xuất trình Thẻ BHYT và giấy tờ tùy thân hợp pháp khác hoặc giấy tờ được định danh điện tử mức độ 2 trong vòng 24 giờ.
119. Xuất trình Thẻ BHYT và giấy tờ tùy thân hợp pháp khác hoặc giấy tờ được định danh điện tử mức độ 2 trong vòng 48 giờ.
120. Xuất trình Thẻ BHYT và giấy tờ tùy thân hợp pháp khác hoặc giấy tờ được định danh điện tử mức độ 2 trước khi ra viện.
121. **Ngân sách nhà nước hỗ trợ tối thiểu 30% mức đóng bảo hiểm y tế đối với các đối tượng:**
122. Học sinh, sinh viên; Người thuộc hộ gia đình làm nông nghiệp, lâm nghiệp, ngư nghiệp và diêm nghiệp có mức sống trung bình theo quy định của Chính phủ, Thủ tướng Chính phủ.
123. Người thuộc hộ gia đình cận nghèo theo tiêu chí chuẩn cận nghèo theo quy định của Chính phủ, Thủ tướng Chính phủ.
124. A, B đúng.
125. A, B sai.
126. **Trường hợp các đối tượng tham gia vào các ngày trong tháng thì:**
127. Số tiền đóng bảo hiểm y tế được xác định theo tháng kể từ ngày đóng bảo hiểm y tế
128. Số tiền đóng bảo hiểm y tế được xác định theo tuần kể từ ngày đóng bảo hiểm y tế
129. Số tiền đóng bảo hiểm y tế được xác định theo ngày kể từ ngày đóng bảo hiểm y tế
130. Cả 3 câu trên đều sai.
131. **Mức hưởng bảo hiểm y tế 100% chi phí khám bệnh, chữa bệnh áp dụng trong trường hợp khi người bệnh có thời gian tham gia bảo hiểm y tế 05 năm liên tục trở lên và có số tiền cùng chi trả chi phí khám bệnh, chữa bệnh trong năm … tháng lương cơ sở, trừ trường hợp tự đi khám bệnh, chữa bệnh không đúng tuyến:**
132. Lớn hơn 03 tháng lương cơ sở
133. Bằng 03 tháng lương cơ sở
134. Lớn hơn 06 tháng lương cơ sở
135. Bằng 06 tháng lương cơ sở
136. **Thủ tục khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế đối với trẻ em dưới 6 tuổi:**
137. Xuất trình thẻ bảo hiểm y tế và một trong các giấy tờ tùy thân có ảnh;
138. Chỉ xuất trình thẻ bảo hiểm y tế;
139. Trường hợp trẻ chưa được cấp thẻ bảo hiểm y tế thì xuất trình bản sao giấy chứng sinh hoặc bản sao giấy khai sinh;
140. Cả B và C đều đúng.
141. **Đối tượng nào được hưởng hỗ trợ 100% mức đóng bảo hiểm y tế từ ngân sách nhà nước:**
142. Người thuộc hộ gia đình cận nghèo đang sinh sống tại các huyện nghèo theo Nghị quyết số 30a/2008/NQ-CP ngày 27 tháng 12 năm 2008 của Chính phủ về chương trình hỗ trợ giảm nghèo nhanh và bền vững và các huyện được áp dụng cơ chế, chính sách theo Nghị quyết số 30a/2008/NQ-CP.
143. Người thuộc hộ gia đình cận nghèo đang cư trú trên địa bàn các huyện nghèo theo quyết định của Thủ tướng Chính phủ và các văn bản khác của cơ quan có thẩm quyền.
144. A, B đúng.
145. A, B sai.
146. **Cơ quan thống nhất quản lý nhà nước về bảo hiểm y tế là:**
147. Chính phủ.
148. Bộ Y tế.
149. Bộ, cơ quan ngang bộ.
150. Uỷ ban nhân dân các cấp.
151. **Quỹ bảo hiểm y tế hình thành từ các nguồn:**
152. Tiền đóng bảo hiểm y tế; Tài trợ, viện trợ của các tổ chức, cá nhân trong nước và nước ngoài và các nguồn thu hợp pháp khác.
153. Tiền đóng bảo hiểm y tế; Tiền sinh lời từ hoạt động đầu tư của quỹ bảo hiểm y tế; Tài trợ, viện trợ của các tổ chức, cá nhân trong nước và nước ngoài và các nguồn thu hợp pháp khác.
154. Tiền đóng bảo hiểm y tế; Tài trợ, viện trợ của các tổ chức, cá nhân trong nước và nước ngoài.
155. Tiền đóng bảo hiểm y tế; Tiền sinh lời từ hoạt động đầu tư của quỹ bảo hiểm y tế và các nguồn thu hợp pháp khác.
156. **Đối tượng nào sau đây được thanh toán 100% chi phí khám bệnh, chữa bệnh:**
157. Người có công với cách mạng; Cựu chiến binh theo quy định của pháp luật về cựu chiến binh; Người trực tiếp tham gia kháng chiến chống Mỹ cứu nước theo quy định của Chính phủ.
158. Người có công với cách mạng; 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; Trẻ em dưới 6 tuổi.
159. Người có công với cách mạng; Đại biểu Quốc hội, đại biểu Hội đồng nhân dân các cấp đương nhiệm; 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.
160. Người thuộc hộ gia đình nghèo; người dân tộc thiểu số đang sinh sống tại vùng có điều kiện kinh tế - xã hội khó khăn, đặc biệt khó khăn; Người hưởng lương hưu, trợ cấp mất sức lao động hằng tháng.
161. **Kiểm toán nhà nước thực hiện kiểm toán quỹ bảo hiểm y tế và báo cáo kết quả với Quốc hội định kỳ:**
162. 01 năm/lần.
163. 02 năm/lần.
164. 03 năm/lần.
165. 05 năm/lần.
166. **Các phương thức thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế bao gồm:**
167. Thanh toán theo giá dịch vụ; Thanh toán theo giá viện phí; Thanh toán theo giá hao phí.
168. Thanh toán theo giá dịch vụ; Thanh toán theo giá viện phí; Thanh toán theo giá hao phí; Thanh toán theo trường hợp bệnh.
169. Thanh toán theo định suất; Thanh toán theo giá dịch vụ; Thanh toán theo trường hợp bệnh.
170. Thanh toán theo định suất; Thanh toán theo giá dịch vụ; Thanh toán theo giá viện phí; Thanh toán theo trường hợp bệnh.
171. **Thông tư số 22/2023/TT-BYT ngày 17/11/2023 có hiệu lực thi hành kể từ ngày:**
172. 15/11/2023
173. 16/11/2023
174. 17/11/2023
175. 18/11/2023
176. **Cơ cấu giá dịch vụ khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế tại Thông tư số 22/2023/TT-BYT ngày 17/11/2023 bao gồm:**
177. 4 yếu tố: Chi phí trực tiếp, tiền lương, chi phí khấu hao, chi phí quản lý;
178. 3 yếu tố: Chi phí trực tiếp, tiền lương, chi phí khấu hao;
179. 2 yếu tố: Chi phí trực tiếp và tiền lương;
180. 1 yếu tố: Chi phí trực tiếp.
181. **Chi phí trực tiếp tính trong giá dịch vụ ngày giường bệnh, không bao gồm:**
182. Chi phí về thuốc, máu toàn phần, chế phẩm máu đạt tiêu chuẩn, dịch truyền, trang thiết bị y tế;
183. Chi phí về quần áo, mũ, khẩu trang, chăn, ga, gối, đệm, màn, chiếu; văn phòng phẩm; găng tay sử dụng, vật tư tiêu hao khác;
184. Chi phí duy tu, bảo dưỡng nhà cửa, trang thiết bị, mua sắm thay thế các tài sản, công cụ, dụng cụ;
185. Chi phí về về điện; nước; nhiên liệu; xử lý chất thải sinh hoạt, chất thải y tế (rắn, lỏng); giặt, là, hấp, sấy, rửa, tiệt trùng đồ vải, dụng cụ thăm khám; chi phí vệ sinh và bảo đảm vệ sinh môi trường; vật tư, hóa chất khử khuẩn, chống nhiễm khuẩn trong quá trình khám bệnh.
186. **Theo Thông tư số 22/2023/TT-BYT, chi phí tiền lương tính trong giá dịch vụ khám bệnh, dịch vụ ngày giường bệnh và dịch vụ kỹ thuật, không bao gồm:**
187. Phụ cấp thường trực, phụ cấp phẫu thuật, thủ thuật theo Quyết định số [73/2011/QĐ-TTg](https://thuvienphapluat.vn/van-ban/lao-dong-tien-luong/quyet-dinh-73-2011-qd-ttg-che-do-phu-cap-dac-thu-doi-voi-cong-chuc-vien-chuc-nguoi-lao-dong-133550.aspx" \t "_blank) ngày 28 tháng 12 năm 2011 của Thủ tướng Chính phủ;
188. Chế độ phụ cấp ưu đãi, phụ cấp thu hút, trợ cấp và các ưu đãi khác đối với cán bộ, viên chức y tế, lao động hợp đồng và cán bộ, nhân viên quân y trực tiếp làm công tác chuyên môn y tế tại các cơ sở y tế của Nhà nước ở vùng có điều kiện kinh tế - xã hội đặc biệt khó khăn;
189. Các khoản phụ cấp do Nhà nước quy định đối với đơn vị sự nghiệp công lập;
190. Cả 3 câu trên đều sai.
191. **Cơ sở khám bệnh, chữa bệnh chưa được phân hạng, áp dụng mức giá của bệnh viện:**
192. Hạng I;
193. Hạng II;
194. Hạng III;
195. Hạng IV.
196. **Mức giá giá thanh toán chi phí khám bệnh của cùng 1 người bệnh khám từ lần thứ 2 trong 1 ngày:**
197. Bằng 10% mức giá của 01 lần khám bệnh và mức thanh toán tối đa chi phí khám bệnh của người đó không quá 02 lần mức giá của 01 lần khám bệnh;
198. Bằng 20% mức giá của 01 lần khám bệnh và mức thanh toán tối đa chi phí khám bệnh của người đó không quá 02 lần mức giá của 01 lần khám bệnh;
199. Bằng 30% mức giá của 01 lần khám bệnh và mức thanh toán tối đa chi phí khám bệnh của người đó không quá 02 lần mức giá của 01 lần khám bệnh;
200. Bằng 40% mức giá của 01 lần khám bệnh và mức thanh toán tối đa chi phí khám bệnh của người đó không quá 02 lần mức giá của 01 lần khám bệnh.
201. **Đối với các bàn khám khám trên 65 lượt khám/01 ngày, cơ quan bảo hiểm xã hội thanh toán:**
202. 20% mức giá khám bệnh từ lượt khám thứ 66 trở lên của bàn khám đó;
203. 30% mức giá khám bệnh từ lượt khám thứ 66 trở lên của bàn khám đó;
204. 40% mức giá khám bệnh từ lượt khám thứ 66 trở lên của bàn khám đó;
205. 50% mức giá khám bệnh từ lượt khám thứ 66 trở lên của bàn khám đó.
206. **Đối với viện có giường bệnh, trung tâm y tế có chức năng khám bệnh, chữa bệnh, được cấp giấy phép hoạt động theo hình thức tổ chức là bệnh viện; trung tâm y tế huyện có chức năng khám bệnh, chữa bệnh, được xếp hạng bệnh viện thì áp dụng mức giá dịch vụ:**
207. Của bệnh viện hạng tương đương.
208. Của bệnh viện hạng II.
209. Của bệnh viện hạng III.
210. Của bệnh viện hạng IV.
211. **Trạm y tế xã, phường, thị trấn, trạm y tế cơ quan, đơn vị, tổ chức, trường học, trạm y tế kết hợp quân dân y được áp dụng giá dịch vụ kỹ thuật:**
212. Bằng 60% mức giá dịch vụ kỹ thuật theo quy định tại Phụ lục III ban hành kèm theo Thông tư này.
213. Bằng 65% mức giá dịch vụ kỹ thuật theo quy định tại Phụ lục III ban hành kèm theo Thông tư này
214. Bằng 70% mức giá dịch vụ kỹ thuật theo quy định tại Phụ lục III ban hành kèm theo Thông tư này.
215. Bằng 75% mức giá dịch vụ kỹ thuật theo quy định tại Phụ lục III ban hành kèm theo Thông tư này.
216. **Nhà hộ sinh áp dụng giá dịch vụ khám bệnh, chữa bệnh:**
217. Của bệnh viện hạng I.
218. Của bệnh viện hạng II.
219. Của bệnh viện hạng III.
220. Của bệnh viện hạng IV.
221. **Trong thời gian tối đa 01 quý, cơ sở khám bệnh, chữa bệnh vẫn còn có bàn khám bệnh trên 65 lượt/ngày thì cơ quan bảo hiểm xã hội thanh toán tiền khám bệnh từ lượt khám thứ 66 trở lên của bàn khám bệnh đó như sau:**
222. Không thanh toán từ lượt khám thứ 66 trở lên của bàn khám đó;
223. 30% mức giá khám bệnh từ lượt khám thứ 66 trở lên của bàn khám đó;
224. 40% mức giá khám bệnh từ lượt khám thứ 66 trở lên của bàn khám đó;
225. 50% mức giá khám bệnh từ lượt khám thứ 66 trở lên của bàn khám đó.
226. **Người bệnh nặng đang điều trị nội trú mà tình trạng bệnh chưa thuyên giảm, tử vong hoặc diễn biến nặng lên nhưng gia đình xin về hoặc chuyển viện lên tuyến trên thì số ngày giường điều trị nội trú để thanh toán tiền giường bệnh, được tính bằng:**
227. Số ngày điều trị nội trú bằng ngày ra viện trừ (-) ngày vào viện cộng (+) 1.
228. Số ngày điều trị nội trú bằng ngày ra viện trừ (-) ngày vào viện.
229. A&B đều đúng.
230. A&B đều sai.
231. **Giá dịch vụ ngày giường bệnh được tính:**
232. Ở cùng một thời điểm phải nằm ghép 02 người/01 giường thì chỉ được thanh toán 1/2 mức giá dịch vụ ngày giường bệnh tương ứng.
233. Ở cùng một thời điểm phải nằm ghép 02 người/01 giường thì chỉ được thanh toán 1/3 mức giá dịch vụ ngày giường bệnh tương ứng.
234. Ở cùng một thời điểm phải nằm ghép 02 người/01 giường thì chỉ được thanh toán 1/4 mức giá dịch vụ ngày giường bệnh tương ứng.
235. Cả A,B,C đều sai.
236. **Số giường thực tế sử dụng trong quý (năm) được xác định bằng:**
237. Tổng số ngày điều trị nội trú trong quý (năm) chia (:) số ngày thực tế trong quý (năm là 365 ngày).
238. Tổng số ngày điều trị ngoại trú trong quý (năm) chia (:) số ngày thực tế trong quý (năm là 365 ngày).
239. Tổng số ngày điều trị nội trú, ngoại trú trong quý (năm) chia (:) số ngày thực tế trong quý (năm là 365 ngày).
240. Tất cả đều sai.
241. **Cơ quan bảo hiểm y tế thanh toán cho cơ sở y tế bằng 97% tổng số tiền theo số ngày giường thực tế và mức giá dịch vụ ngày giường bệnh theo quy định, đối với trường hợp nào:**
242. Tỷ lệ sử dụng giường thực tế nhỏ hơn hoặc bằng 130%.
243. Tỷ lệ sử dụng giường thực tế lớn hơn 130% đến 140%.
244. Tỷ lệ sử dụng giường thực tế lớn hơn 140% đến 150%
245. Tỷ lệ sử dụng giường thực tế lớn hơn 150%.
246. **Trường hợp thực hiện nhiều can thiệp trong cùng một lần phẫu thuật: thanh toán theo giá của phẫu thuật phức tạp nhất, có mức giá cao nhất, các dịch vụ kỹ thuật khác phát sinh ngoài quy trình kỹ thuật của phẫu thuật nêu trên được thanh toán như sau:**
247. Trường hợp thực hiện dịch vụ phát sinh là các thủ thuật thì thanh toán 50% giá của dịch vụ kỹ thuật phát sinh.
248. Trường hợp thực hiện dịch vụ phát sinh là các thủ thuật thì thanh toán 60% giá của dịch vụ kỹ thuật phát sinh.
249. Trường hợp thực hiện dịch vụ phát sinh là các thủ thuật thì thanh toán 70% giá của dịch vụ kỹ thuật phát sinh.
250. Trường hợp thực hiện dịch vụ phát sinh là các thủ thuật thì thanh toán 80% giá của dịch vụ kỹ thuật phát sinh.
251. **Đối với dịch vụ “Thay băng vết mổ có chiều dài trên 15 cm đến 30 cm” trong điều trị nội trú chỉ áp dụng đối với một số trường hợp sau:**
252. Vết thương hoặc vết mổ nhiễm trùng; vết thương có thấm dịch, máu trong các tổn thương lóc da, hở da diện tích trên 6 cm2; vết thương đã có chèn gạc; vết thương chân ống dẫn lưu chảy dịch nhiều; đa vết thương hoặc vết mổ; hoặc sau 1 phẫu thuật nhưng phải thực hiện từ hai đường mổ trở lên.
253. Vết mổ nhiễm trùng, rò tiêu hóa, rò mật, rò nước tiểu; Vết mổ sau phẫu thuật nhiễm khuẩn (viêm phúc mạc bụng hoặc viêm xương hoặc áp xe), vết mổ sau phẫu thuật ống tiêu hóa hoặc hệ tiết niệu hoặc đường mật hoặc bụng cổ chướng.
254. B&C đều sai.
255. B&C đều đúng.
256. **Giá dịch vụ khám bệnh, hội chẩn được quy định tại:**
257. Phụ lục I ban hành kèm theo Thông tư số 22/2023/TT-BYT.
258. Phụ lục II ban hành kèm theo Thông tư số 22/2023/TT-BYT.
259. Phụ lục III ban hành kèm theo Thông tư số 22/2023/TT-BYT.
260. Phụ lục IV ban hành kèm theo Thông tư số 22/2023/TT-BYT.
261. **Giá dịch vụ kỹ thuật, xét nghiệm được quy định tại:**
262. Phụ lục I ban hành kèm theo Thông tư số 22/2023/TT-BYT.
263. Phụ lục II ban hành kèm theo Thông tư số 22/2023/TT-BYT.
264. Phụ lục III ban hành kèm theo Thông tư số 22/2023/TT-BYT.
265. Phụ lục IV ban hành kèm theo Thông tư số 22/2023/TT-BYT.
266. **Số ngày điều trị nội trú được tính bằng ngày ra viện trừ (-) ngày vào viện, áp dụng đối với trường hợp nào:**
267. Người bệnh nặng đang điều trị nội trú mà tình trạng bệnh chưa thuyên giảm, tử vong hoặc diễn biến nặng lên nhưng gia đình xin về hoặc chuyển viện lên tuyến trên.
268. Người bệnh đã được điều trị tại tuyến trên qua giai đoạn cấp cứu nhưng vẫn cần tiếp tục điều trị nội trú được chuyển về tuyến dưới hoặc sang cơ sở khám bệnh, chữa bệnh khác.
269. A&B đều đúng.
270. A&B đều sai.
271. **Quỹ bảo hiểm y tế thanh toán trong trường hợp chỉ định thuốc phù hợp với chỉ định của một trong các tài liệu sau:**

#### Dược thư Quốc gia Việt Nam

#### Tờ hướng dẫn sử dụng thuốc kèm theo hồ sơ đăng ký thuốc đã được Bộ Y tế cấp phép

#### Phác đồ điều trị của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh

#### a và b đúng

1. **Quy định về việc quỹ bảo hiểm y tế thanh toán chi phí sử dụng thuốc:**

#### Tất cả các thuốc trong danh mục được thanh toán theo số lượng thuốc thực tế sử dụng

#### Không thanh toán cho người bệnh điều trị tại cơ sở chưa được phân hạng bệnh viện

#### Không thanh toán đối với các thuốc phối hợp nhiều thành phần

#### Một số thuốc có quy định điều kiện, tỷ lệ thanh toán

1. **Cấu trúc Danh mục thuốc hóa dược và sinh phẩm thuộc phạm vi được hưởng của người tham gia bảo hiểm y tế theo quy định tại Thông tư số 20/2022/TT-BYT không bao gồm:**

#### Tên thương mại của thuốc

#### Đường dùng

#### Nồng độ/hàm lượng

#### a và c đúng

1. **Quy định về sử dụng và thanh toán bảo hiểm y tế tại các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh theo hạng bệnh viện**

#### Trạm y tế xã, phường, thị trấn và phòng khám đa khoa thuộc trung tâm y tế quận, huyện, thị xã, thành phố trực thuộc tỉnh thành phố trực thuộc trung ương được sử dụng danh mục thuốc giống nhau

#### Bệnh viện hạng đặc biệt và hạng I được sử dụng danh mục thuốc giống nhau

#### Thuốc sử dụng tại nhà hộ sinh tư nhân không được thanh toán

#### Không thanh toán cho trường hợp cơ sở khám bệnh, chữa bệnh sử dụng thuốc để thực hiện dịch vụ kỹ thuật quy định tại hạng bệnh viện cao hơn

1. **Quy định tại Thông tư số 20/2022/TT-BYT về thanh toán oxy dược dụng sử dụng cho người bệnh**

#### Theo số thời gian thở khí y tế thực tế của người bệnh nhân (x) lượng khí thở trên một đơn vị thời gian (phút hoặc giờ)

#### Theo gói dịch vụ y tế có sử dụng oxy dược dụng

#### Theo định mức quy định

#### Không được thanh toán oxy dược dụng

1. **Phát biểu nào dưới đây là sai về hạng bệnh viện được sử dụng và thanh toán bảo hiểm y tế:**

#### Phòng khám đa khoa thuộc bệnh viện đa khoa hoặc thuộc trung tâm y tế quận, huyện, thị xã, thành phố trực thuộc tỉnh thành phố trực thuộc trung ương đã được cơ quan nhà nước có thẩm quyền phân tuyến chuyên môn kỹ thuật tương đương tuyến III được sử dụng các thuốc quy định cho Bệnh viện hạng III

#### Phòng khám chuyên khoa chưa được phân tuyến chuyên môn kỹ thuật được sử dụng các thuốc tương đương các thuốc quy định cho trạm y tế xã, phường, thị trấn

#### Thuốc phóng xạ và chất đánh dấu không theo phân hạng bệnh viện.

#### Thuốc quy định cho bệnh viện hạng III khác bệnh viện hạng IV

1. **Quỹ bảo hiểm y tế thanh toán chi phí cho các trường hợp sau:**

#### Thanh toán toàn bộ theo giá của đơn vị đóng gói nhỏ nhất nếu người bệnh chỉ sử dụng một phần lượng thuốc trong đơn vị đóng gói nhỏ nhất và lượng thuốc còn lại không thể sử dụng được

#### Thuốc kháng sinh phải được sử dụng và thực hiện đúng quy trình hội chẩn

#### Không thanh toán cho thuốc được bào chế hoặc pha chế tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh

#### Chỉ thanh toán cho thuốc được bào chế hoặc pha chế tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh khi có hợp đồng mua bán với cơ sở cung ứng thuốc

1. **Quy định về thanh toán thuốc điều trị ung thư, thuốc điều hòa miễn dịch:**

#### Bác sĩ chỉ định điều trị ung thư phải được cấp chứng chỉ hành nghề khám bệnh, chữa bệnh và có phạm vi hành nghề là ung bướu hoặc y học hạt nhân hoặc huyết học truyền máu

#### Không được sử dụng thuốc điều trị ung thư, thuốc điều hòa miễn dịch để điều trị các bệnh khác không phải ung thư

#### Phải hội chẩn với bác sĩ chuyên khoa ung bướu

#### Chỉ được sử dụng tại các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh có chức năng điều trị ung thư

1. **Phát biểu nào sau đây không đúng:**

#### Không áp dụng giới hạn tỷ lệ thanh toán thuốc đối với trẻ em dưới 6 tuổi

#### Trẻ em dưới 6 tuổi phải có thẻ bảo hiểm y tế khi đến khám bệnh, chữa bệnh

#### Danh mục thuốc vượt hạng được quỹ bảo hiểm y tế thanh toán tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh không cao hơn hạng của bệnh viện đa khoa tuyến tỉnh có hạng cao nhất đóng trên địa bàn.

#### Quỹ bảo hiểm y tế thanh toán các dạng đồng phân hóa học khác hoặc các dạng muối khác của hoạt chất nếu có cùng chỉ định với dạng hóa học hay thuốc ghi trong Danh mục thuốc hóa dược và sinh phẩm thuộc phạm vi được hưởng của người tham gia bảo hiểm y tế

1. **Trách nhiệm ban hành Bộ mã Danh mục dùng chung về thuốc tân dược, thuốc y học cổ truyền để sử dụng thống nhất trong toàn quốc thuộc:**

#### Bộ Y tế

#### Bảo hiểm xã hội Việt Nam

#### Bảo hiểm y tế

#### Tất cả đều sai

1. **Thanh toán tiền thuốc cho người bệnh có thẻ bảo hiểm y tế được trích từ**

#### Nguồn ngân sách nhà nước

#### Nguồn thu từ dịch vụ khám bệnh, chữa bệnh

#### Quỹ bảo hiểm y tế

#### Tất cả đều đúng

1. **Danh mục thuốc hóa dược và sinh phẩm thuộc phạm vi được hưởng của người tham gia bảo hiểm y tế được quy định như sau:**

#### Tên thuốc được ghi theo tên hoạt chất theo tên chung quốc tế

#### Tên thuốc được ghi theo tên hoạt chất được cấp phép lưu hành

#### Tên thuốc được ghi theo tên trong hướng dẫn chẩn đoán, điều trị của Bộ Y tế

#### Tất cả đều đúng

1. **Quỹ bảo hiểm y tế không thanh toán chi phí sử dụng thuốc trong các trường hợp sau:**

#### Các dạng đồng phân hóa học khác hoặc các dạng muối khác của hoạt chất có trong Danh mục thuốc hóa dược và sinh phẩm thuộc phạm vi được hưởng của người tham gia bảo hiểm y tế theo quy định tại Thông tư số 20/2022/TT-BYT

#### Thuốc được xếp nhóm này nhưng sử dụng để điều trị bệnh thuộc nhóm khác

#### Thuốc phối hợp nhiều thành phần

#### Thuốc được sử dụng trong nghiên cứu khoa học

1. **Quy định về các thuốc có ký hiệu dấu sao (\*)**

#### Là thuốc phải yêu cầu hội chẩn trước khi sử dụng

#### Là thuốc kháng sinh

#### Là thuốc cấp cứu

#### Tất cả đều sai

1. **Mức tỷ lệ thanh toán thuốc thấp nhất được quỹ bảo hiểm y tế thanh toán:**

#### 30%

#### 50%

#### 20%

#### 70%

1. **Đối với thuốc được bào chế hoặc pha chế tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh, giá hoặc chi phí thuốc không bao gồm:**

#### Chi phí thành phần hoạt chất của thuốc

#### Chi phí kiểm nghiệm

#### Thặng số bán lẻ

#### Chi phí khử khuẩn, tiệt khuẩn

1. **Quỹ bảo hiểm y tế thanh toán đối với thuốc được bào chế hoặc pha chế tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh:**

#### Không thanh toán cho thuốc được cấu thành bởi nhiều hoạt chất, nhưng có thành phần không có trong Danh mục thuốc hóa dược và sinh phẩm thuộc phạm vi được hưởng của người tham gia bảo hiểm y tế

#### Không thanh toán khi có thuốc thương mại trên thị trường có cùng thành phần, hàm lượng, dạng bào chế

#### Phải có thành phần được quy định trong Danh mục thuốc hóa dược và sinh phẩm thuộc phạm vi được hưởng của người tham gia bảo hiểm y tế

#### Không có câu đúng

1. **Ngoài Danh mục thuốc hóa dược, sinh phẩm, thuốc phóng xạ và chất đánh dấu sử dụng tại đơn vị, cơ sở khám bệnh, chữa bệnh công lập phải gửi về cơ quan bảo hiểm xã hội nơi ký hợp đồng khám bệnh chữa bệnh các hồ sơ sau:**

#### Kế hoạch lựa chọn nhà thầu, kết quả lựa chọn nhà thầu

#### Phác đồ điều trị

#### a và b đúng

#### Tất cả đều sai

1. **Quy định về sử dụng thuốc điều hòa miễn dịch để điều trị các bệnh khác không phải ung thư:**

#### Quỹ bảo hiểm y tế chỉ thanh toán khi có có hướng dẫn chẩn đoán, điều trị của Bộ Y tế hoặc của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh.

#### Quỹ bảo hiểm y tế chỉ thanh toán khi có hội chẩn với bác sĩ chuyên khoa ung bướu.

#### Trường hợp chưa có hướng dẫn chẩn đoán, điều trị, không có bác sĩ chuyên khoa ung bướu thì phải được hội chẩn dưới sự chủ trì của lãnh đạo cơ sở khám bệnh, chữa bệnh trước khi chỉ định sử dụng.

#### Tất cả đều sai

1. **Đối với các hoạt chất có đường dùng khác với đường dùng trong Danh mục thuốc hóa dược và sinh phẩm thuộc phạm vi được hưởng của người tham gia bảo hiểm y tế theo quy định tại Thông tư số 20/2022/TT-BYT nhưng cùng chỉ định điều trị:**

#### Quỹ bảo hiểm y tế thanh toán khi có hướng dẫn chẩn đoán, điều trị của Bộ Y tế

#### Quỹ bảo hiểm y tế chỉ thanh toán trong một số trường hợp

#### Quỹ bảo hiểm y tế thanh toán theo tỷ lệ quy định

#### Quỹ bảo hiểm y tế không thanh toán

1. **Quy định về thanh toán thuốc kháng sinh:**

#### Quỹ bảo hiểm y tế thanh toán khi thực hiện hội chẩn dưới sự chủ trì của lãnh đạo cơ sở khám bệnh, chữa bệnh trước khi chỉ định sử dụng các thuốc kháng sinh đường tiêm

#### Đối với thuốc kháng sinh có ký hiệu dấu sao (\*), quỹ bảo hiểm y tế thanh toán khi thực hiện đúng quy trình hội chẩn khi kê đơn theo quy định về Hướng dẫn thực hiện quản lý sử dụng kháng sinh trong bệnh viện của Bộ Y tế.

#### Quỹ bảo hiểm y tế thanh toán khi thực hiện khi thực hiện đúng quy định về đấu thầu và chỉ định dùng thuốc

#### b và c đúng

1. **Quy định về quỹ bảo hiểm y tế thanh toán đối với người bệnh mắc dịch bệnh truyền nhiễm nhóm A và không thể đến khám bệnh, nhận thuốc:**

#### Người bệnh được ủy quyền cho người đại diện đến nhận thuốc tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh nơi cấp giấy hẹn khám lại

#### Quỹ bảo hiểm y tế thanh toán chi phí thuốc điều trị cho người bệnh cho nhà thuốc nơi người bệnh đến mua thuốc thay thế

#### Đối với người mắc bệnh lao, cơ sở khám bệnh, chữa bệnh nơi cấp giấy hẹn khám lại cử người hoặc thông qua đơn vị thứ ba vận chuyển thuốc đến cho người bệnh để tiếp tục điều trị và sử dụng thuốc.

#### a và c đúng

1. **Quỹ bảo hiểm y tế thanh toán chi phí thuốc sử dụng cho người bệnh**

#### Phù hợp với phạm vi quyền lợi, mức hưởng theo quy định pháp luật về bảo hiểm y tế

#### Phải có chỉ định thuốc phù hợp với chỉ định của Dược thư Quốc gia Việt Nam

#### Phải đúng dạng đồng phân hóa học của hoạt chất có trong Danh mục thuốc hóa dược và sinh phẩm thuộc phạm vi được hưởng của người tham gia bảo hiểm y tế

#### a và b đúng

1. **Quy định đối với các thuốc được quỹ bảo hiểm y tế thanh toán:**

#### Cơ sở khám, chữa bệnh phải tổ chức đấu thầu mua sắm thuốc

#### Chỉ được sử dụng tại cơ sở khám chữa bệnh theo hạng bệnh viện

#### Thanh toán theo giá mua thực tế của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh theo quy định của pháp luật về đấu thầu

#### Tất cả đều đúng

1. **Quy định về Danh mục thuốc hóa dược và sinh phẩm thuộc phạm vi được hưởng của người tham gia bảo hiểm y tế:**

#### Quỹ bảo hiểm y tế thanh toán đối với các thuốc có hàm lượng ghi trong danh mục

#### Quỹ bảo hiểm y tế thanh toán đối với các thuốc có dạng bào chế ghi trong danh mục

#### Thuốc được sắp xếp vào các nhóm theo tác dụng điều trị

#### Tất cả đều sai

1. **Quy định về khám bệnh, chữa bệnh và thanh toán thuốc bảo hiểm y tế**

#### Người bệnh phải đến khám và nhận thuốc tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh

#### Thuốc sử dụng trong Hội chẩn từ xa áp dụng đối với tất cả người bệnh điều trị cấp cứu

#### Quỹ bảo hiểm y tế thanh toán thuốc sử dụng trong Hội chẩn từ xa mà không phụ thuộc vào hạng của bệnh viện khi đáp ứng các yêu cầu theo quy định

#### b và c đúng

1. **Quy định thanh toán thuốc đối với một số cơ sở khám bệnh, chữa bệnh**

#### Quỹ bảo hiểm y tế thanh toán đối với thuốc điều hòa miễn dịch sử dụng để điều trị ung thư tại các khoa ung bướu của bệnh viện bệnh viện đa khoa

#### Quỹ bảo hiểm y tế thanh toán đối với thuốc được pha chế tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh khi phù hợp về dạng bào chế trong Danh mục thuốc hóa dược và sinh phẩm thuộc phạm vi được hưởng của người tham gia bảo hiểm y tế

#### Quỹ bảo hiểm y tế không thanh toán đối với thuốc sử dụng trong Hội chẩn từ xa

#### Quỹ bảo hiểm y tế thanh toán theo giá mua thực tế của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh theo quy định của pháp luật về đấu thầu và chi phí bảo quản thuốc

1. **Đối với cơ sở khám bệnh, chữa bệnh nhà nước có ký hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế nhưng chưa được phân hạng bệnh viện, Quỹ bảo hiểm y tế thanh toán chi phí thuốc dựa vào: (Điều 4, Thông tư 20/2002/TT-BYT)**

#### Nhân lực, trang thiết bị y tế, cơ sở vật chất và danh mục dịch vụ kỹ thuật đã được cấp có thẩm quyền phê duyệt

#### Nhân lực, thiết bị y tế, cơ sở vật chất và danh mục dịch vụ kỹ thuật đã được cấp có thẩm quyền phê duyệt

#### Nhân lực, trang thiết bị y tế và danh mục dịch vụ kỹ thuật đã được cấp có thẩm quyền phê duyệt

#### Nhân lực, thiết bị y tế và danh mục dịch vụ kỹ thuật đã được cấp có thẩm quyền phê duyệt

1. **Nhóm thuốc hạ lipid sau được quỹ bảo hiểm y tế thanh toán ở tất cả hạng bệnh viện:**

#### Ciprofibrat

#### Fenofibrat

#### Pravastatin

#### Gemfibrozil

1. **Nhóm thuốc gây tê, gây mê (dạng tiêm) nào sau đây được quỹ bảo hiểm y tế thanh toán ở tất cả hạng bệnh viện**

#### Lidocain+ prilocain

#### Morphin

#### Pethidin

#### Fentanyl

1. **Nhóm thuốc kháng sinh beta lactam dạng tiêm nào sau đây chỉ được quỹ bảo hiểm y tế thanh toán ở bệnh viện hạng đặc biệt và bệnh viện hạng I**

#### Cefazolin

#### Cefamandol

#### Cefotiam

#### Cefalothin

1. **Hãy chọn câu sai. Nguyên tắc của bảo hiểm y tế là (Điều 3, Luật BHYT)**

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

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

#### 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

#### 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

1. **Hãy chọn câu sai. Chính sách của nhà nước về bảo hiểm y tế (Điều 4, Luật BHYT)**

#### 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

#### 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

#### 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

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

1. **Tiền lương, tiền công, tiền trợ cấp làm căn cứ đóng bảo hiểm y tế. Tất cả câu sau đều đúng, ngoại trừ**

#### 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)

#### 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

#### 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.

#### Mức tiền công, tiền lương tối đa để tính mức đóng bảo hiểm y tế là 20 lần mức lương tối thiểu

1. **Trường hợp người bệnh đang điều trị nội trú có chỉ định chuyển tuyến nhưng do tình hình dịch bệnh không chuyển được người bệnh:**

#### Quỹ bảo hiểm y tế thanh toán chi phí thuốc sử dụng cho người bệnh khi thuốc đó được cơ sở khám bệnh, chữa bệnh mua sắm theo quy định của pháp luật về đấu thầu, mà không phụ thuộc vào hạng của bệnh viện

#### Quỹ bảo hiểm y tế chỉ thanh toán chi phí thuốc theo đúng phân hạng của bệnh viện mà người bệnh đang điều trị nội trú

#### Chỉ khi người bệnh đang điều trị nội trú ở bệnh viện hạng IV có chỉ định chuyển lên hạng III thì được quỹ bảo hiểm y tế thanh toán chi phí thuốc theo bệnh viện hạng III

#### Chỉ khi người bệnh đang điều trị nội trú ở bệnh viện hạng III có chỉ định chuyển lên hạng II thì được quỹ bảo hiểm y tế thanh toán chi phí thuốc theo bệnh viện hạng II

1. **Đối với thuốc sử dụng trong Hội chẩn từ xa**

#### Quỹ bảo hiểm y tế thanh toán mà không phụ thuộc vào hạng của bệnh viện khi đáp ứng một số yêu cầu cụ thể theo quy định.

#### Quỹ bảo hiểm y tế thanh toán thuốc theo đúng hạng của bệnh viện mà người bệnh đang điều trị.

#### Quỹ bảo hiểm y tế thanh toán thuốc không phụ thuộc vào hạng của bệnh viện khi người bệnh đang điều trị ở các bệnh viện từ hạng II trở lên

#### Tất cả câu trên đều sai

1. **Trong danh mục thuốc hóa dược, sinh phẩm thuộc phạm vi được hưởng của người tham gia bảo hiểm y tế, đối với cột (3) ghi dạng đường dùng, đối với đường dùng dạng uống bao gồm:**

#### Uống, nhai

#### Uống, nhai, ngậm

#### Uống, nhai, đặt dưới lưỡi

#### Uống, nhai, ngậm, đặt dưới lưỡi

1. **Trong danh mục thuốc hóa dược, sinh phẩm thuộc phạm vi được hưởng của người tham gia bảo hiểm y tế, đối với cột (3) ghi dạng đường dùng, đối với đường dùng dạng nhỏ mắt bao gồm:**

#### Thuốc nhỏ mắt

#### Thuốc nhỏ mắt, thuốc rửa mắt

#### Thuốc nhỏ mắt, thuốc tra mắt

#### Thuốc nhỏ mắt, thuốc rửa mắt, thuốc tra mắt

1. **Trong danh mục thuốc hóa dược, sinh phẩm thuộc phạm vi được hưởng của người tham gia bảo hiểm y tế, đối với cột (3) ghi dạng đường dùng, đối với đường dùng dạng nhỏ mũi bao gồm:**

#### Thuốc nhỏ mũi

#### Thuốc nhỏ mũi, thuốc xịt mũi

#### Thuốc nhỏ mũi, thuốc rửa mũi

#### Thuốc nhỏ mũi, thuốc xịt mũi, thuốc rửa mũi

1. **Quỹ bảo hiểm y tế thanh toán chi phí thuốc sử dụng cho người bệnh theo số lượng thực tế sử dụng, trừ trường hợp:**

#### Thuốc được xếp nhóm này nhưng sử dụng để điều trị bệnh thuộc nhóm khác

#### Một số thuốc ở dạng lỏng hay khí nén (như oxy dược dụng, nitric oxid) không được đóng gói để sử dụng riêng cho từng người bệnh, quỹ bảo hiểm y tế thanh toán số lượng thuốc sử dụng theo số thời gian thở khí y tế thực tế của người bệnh nhân (x) lượng khí thở trên một đơn vị thời gian (phút hoặc giờ)

#### Cả hai câu trên đều đúng

#### Cả hai câu trên đều sai

1. **Đối với thuốc được bào chế hoặc pha chế (bao gồm oxy dược dụng và nitric oxid) tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh, giá hoặc chi phí thuốc được xây dựng trên cơ sở các yếu tố sau, ngoại trừ:**

#### Chi phí thành phần hoạt chất của thuốc theo giá bán ra của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh

#### Chi phí tá dược, phụ liệu làm thuốc

#### Chi phí nhân công thực hiện

#### Chi phí kiểm nghiệm

1. **Đối với thuốc sử dụng trong Hội chẩn từ xa, Quỹ bảo hiểm y tế thanh toán khi đáp ứng các yêu cầu sau đây, ngoại trừ:**

#### Việc hội chẩn được thực hiện theo nhiệm vụ chỉ đạo tuyến hoặc theo hợp đồng chuyển giao kỹ thuật

#### Thuốc được cơ sở khám bệnh, chữa bệnh điều trị cho người bệnh mua sắm theo quy định của pháp luật về đấu thầu

#### Có biên bản hội chẩn theo đúng mẫu biên bản hội chẩn thực hiện theo Phụ lục I ban hành kèm theo Thông tư số 49/2017/TT-BYT ngày 28 tháng 12 năm 2017 của Bộ trưởng Bộ Y tế quy định về hoạt động y tế từ xa

#### Thuốc được chỉ định phải phù hợp với hạng bệnh viện mà người bệnh đang điều trị

1. **Trường hợp dịch bệnh truyền nhiễm nào sau đây xảy ra, người bệnh không thể đến được cơ sở khám bệnh, chữa bệnh nhưng vẫn được quỹ bảo hiểm y tế thanh toán chi phí thuốc khi đáp ứng một số yêu cầu theo quy định**

#### Bệnh lao

#### Bệnh dại

#### Bệnh bại liệt

#### Bệnh sốt rét

1. **Trong danh mục thuốc hóa dược, sinh phẩm thuộc phạm vi được hưởng của người tham gia bảo hiểm y tế, đối với cột (3) ghi dạng đường dùng, đối với đường dùng dạng đặt bao gồm các thuốc sau, ngoại trừ:**

#### Thuốc đặt âm đạo

#### Thuốc đặt dưới lưỡi

#### Thuốc thụt hậu môn

#### Thuốc đặt cổ họng

1. **Trong danh mục thuốc hóa dược, sinh phẩm thuộc phạm vi được hưởng của người tham gia bảo hiểm y tế, các hạng bệnh viện sau được sử dụng danh mục thuốc giống nhau:**

#### Bệnh viện hạng I và hạng II

#### Bệnh viện hạng II và hạng III

#### Bệnh viện hạng III và hạng IV

#### Các câu trên đều sai

1. **Thuốc giảm đau, hạ sốt; chống viêm không steroid dạng uống được thanh toán bảo hiểm y tế ở trạm y tế xã, phường:**

#### Naproxen

#### Celecoxib

#### Dexibuprofen

#### Loxoprofen

1. **Thuốc điều trị viêm gan C nào sau đây được Quỹ bảo hiểm y tế thanh toán 80% chi phí thuốc**

#### Daclatasvir

#### Sofosbuvir

#### Cả 2 thuốc nếu trên

#### Không thuốc nào nêu trên

1. **Trong danh mục thuốc hóa dược, sinh phẩm thuộc phạm vi được hưởng của người tham gia bảo hiểm y tế, đối với cột (3) ghi dạng đường dùng, đối với đường dùng dạng hô hấp bao gồm các thuốc sau, ngoại trừ**

#### Phun mù

#### Bột để hít

#### Khí dung

#### Xịt họng

1. **Quỹ bảo hiểm y tế không thanh toán đối với trường hợp sau:**

#### Thuốc được sử dụng trong thử nghiệm lâm sàng, nghiên cứu khoa học

#### Thuốc được xếp nhóm này nhưng sử dụng để điều trị bệnh thuộc nhóm khác

#### Theo chỉ định chuyên môn, người bệnh chỉ sử dụng một phần lượng thuốc trong đơn vị đóng gói nhỏ nhất (ví dụ: thuốc dùng trong chuyên khoa nhi, chuyên khoa ung bướu) và lượng thuốc còn lại không thể sử dụng được

#### Thuốc được bào chế hoặc pha chế (bao gồm oxy dược dụng và nitric oxid) tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh

1. **Đối với thuốc được bào chế hoặc pha chế (bao gồm oxy dược dụng và nitric oxid) tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh trực thuộc Sở Y tế, Quỹ bảo hiểm y tế thanh toán khi:**

#### Người đứng đầu cơ sở khám bệnh, chữa bệnh xây dựng quy trình bào chế hoặc pha chế, tiêu chuẩn chất lượng, giá hoặc chi phí của thuốc; thống nhất với cơ quan bảo hiểm xã hội về giá hoặc chi phí thuốc để làm căn cứ thanh toán

#### Cơ sở thực hiện theo quy định pháp luật về giá

#### Cơ sở bào chế và chuyển cho cơ sở khác có nhu cầu sử dụng

#### Tất cả câu trên đều đúng

1. **Đối với thuốc được bào chế hoặc pha chế (bao gồm oxy dược dụng và nitric oxid) tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh, giá hoặc chi phí thuốc được xây dựng trên cơ sở sau, ngoại trừ:**

#### Chi phí hao hụt (nếu có)

#### Chi phí bao bì đóng gói, vật tư tiêu hao

#### Chi phí kiểm nghiệm

#### Chi phí quản lý

1. **Trường hợp người bệnh sau khi đã điều trị nội trú ổn định nhưng cần phải tiếp tục sử dụng thuốc sau khi ra viện theo chỉ định của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh theo quy định của Bộ trưởng Bộ Y tế, quỹ bảo hiểm y tế thanh toán chi phí thuốc như thế nào?**

### Thanh toán thuốc trong phạm vi được hưởng và mức hưởng theo chế độ quy định..

#### Thanh toán khi cơ sở khám bệnh, chữa bệnh tổng hợp khoản chi thuốc này vào chi phí khám bệnh, chữa bệnh của người bệnh trước khi ra viện.

#### Không thanh toán bất cứ khoản chi phí thuốc sử dụng sau thời điểm xuất viện.

#### Câu a, b đúng

1. **Đối với chi phí về thuốc sử dụng cho bệnh nhân có thẻ BHYT, giá thuốc mà quỹ bảo hiểm y tế thanh toán cho cơ sở khám bệnh, chữa bệnh là giá nào?**

#### Giá thuốc thanh toán là giá mua của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh theo quy định về đấu thầu và phù hợp với phạm vi quyền lợi, mức hưởng theo quy định pháp luật về bảo hiểm y tế

#### Giá thuốc thanh toán là giá thuốc do cơ sở khám bệnh, chữa bệnh thống nhất với Cơ quan bảo hiểm y tế

#### Giá thuốc thanh toán là giá mua của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh cộng với thặng số do cơ sở khám bệnh, chữa bệnh thống nhất với Cơ quan bảo hiểm y tế

#### Giá thuốc thanh toán là giá thuốc trúng thầu trên toàn quốc do trang thông tin điện tử của Cục Quản lý Dược công bố

1. **Nguyên tắc chung về thanh toán chi phí thuốc đối với người bệnh tham gia bảo hiểm y tế**

#### Quỹ bảo hiểm y tế thanh toán chi phí thuốc sử dụng cho người bệnh theo số lượng thực tế sử dụng.

#### Giá thuốc thanh toán là giá mua thực tế của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh theo quy định của pháp luật về đấu thầu và phù hợp với phạm vi quyền lợi, mức hưởng theo quy định pháp luật về bảo hiểm y tế.

#### Quỹ bảo hiểm y tế thanh toán trong trường hợp chỉ định thuốc phù hợp với Biên bản hội chẩn.

#### a và b đúng

1. **Đối với trường hợp sử dụng các thuốc điều trị ung thư, thuốc điều hòa miễn dịch để điều trị các bệnh khác không phải ung thư, Quỹ bảo hiểm y tế thanh toán khi:**

#### Có hướng dẫn chẩn đoán, điều trị của Bộ Y tế hoặc của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh. Trường hợp chưa có hướng dẫn chẩn đoán, điều trị thì phải hội chẩn với bác sĩ chuyên khoa ung bướu

#### Trường hợp chưa có hướng dẫn chẩn đoán, điều trị, không có bác sĩ chuyên khoa ung bướu thì phải được hội chẩn dưới sự chủ trì của lãnh đạo cơ sở khám bệnh, chữa bệnh trước khi chỉ định sử dụng

#### Chỉ cần cơ sở khám bệnh, chữa bệnh có bác sĩ chuyên khoa ung bướu chẩn đoán và điều trị bằng các thuốc điều trị ung thư, thuốc điều hòa miễn dịch có trong danh mục đã thống nhất với BHYT.

#### A và B đúng

1. **Quỹ bảo hiểm y tế thanh toán chi phí thuốc đối với người bệnh tham gia bảo hiểm y tế khi sử dụng các thuốc điều trị ung thư, thuốc điều hòa miễn dịch tại các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh có chức năng điều trị ung thư, bao gồm:**

#### Cơ sở ung bướu, huyết học truyền máu, y học hạt nhân. Các khoa hoặc trung tâm ung bướu, huyết học truyền máu và y học hạt nhân trong viện, bệnh viện chuyên khoa hoặc bệnh viện đa khoa

#### Các loại hình tổ chức có nhiệm vụ điều trị ung thư được quy định trong quy chế tổ chức hoạt động hoặc điều lệ tổ chức hoạt động đã được cơ quan có thẩm quyền phê duyệt hoặc công nhận

#### Các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh có đăng ký chuyên môn điều trị ung thư với cơ quan BHYT.

#### A và B đúng

1. **Quy định thanh toán của quỹ BHYT khi sử dụng một số thuốc có ký hiệu dấu sao (\*)**

#### Quỹ bảo hiểm y tế chỉ thanh toán khi sử dụng thuốc có ký hiệu dấu sao (\*) có kèm biên bản hội chẩn.

#### Đối với thuốc kháng sinh có ký hiệu dấu sao (\*), quỹ bảo hiểm y tế thanh toán khi thực hiện đúng quy trình hội chẩn khi kê đơn theo quy định về Hướng dẫn thực hiện quản lý sử dụng kháng sinh trong bệnh viện của Bộ Y tế.

#### Trong trường hợp cấp cứu, sử dụng thuốc có ký hiệu dấu sao (\*) vẫn phải có kèm biên bản hội chẩn mới được quỹ bảo hiểm y tế thanh toán.

#### Đối với thuốc có ký hiệu dấu sao (\*), BHYT quy định đánh số thứ tự ngày sử dụng thuốc để xác định mức thanh toán.

1. **Căn cứ để thanh toán chi phí thuốc của Cơ quan bảo hiểm xã hội dựa vào:**

#### Cơ sở khám bệnh, chữa bệnh tổng hợp, gửi danh mục thuốc cho cơ quan bảo hiểm xã hội nơi ký hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế để làm cơ sở thanh toán.

#### Cơ quan bảo hiểm xã hội thanh toán chi phí thuốc theo danh mục thuốc trúng thầu của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh.

#### Cơ quan bảo hiểm xã hội thanh toán chi phí thuốc theo nhu cầu sử dụng thuốc do cơ sở khám bệnh, chữa bệnh đề nghị.

#### Cơ quan bảo hiểm xã hội thanh toán chi phí thuốc theo phác đồ điều trị của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh.

1. **Quy định thanh toán của quỹ bảo hiểm y tế :**

#### Thuốc được xếp nhóm này nhưng sử dụng để điều trị bệnh thuộc nhóm khác thì không được thanh toán

#### Thuốc được xếp nhóm này nhưng sử dụng để điều trị bệnh thuộc nhóm khác mặc dù có chỉ định phù hợp cũng không được thanh toán

#### Trường hợp theo chỉ định chuyên môn, người bệnh chỉ sử dụng một phần lượng thuốc trong đơn vị đóng gói nhỏ nhất và lượng thuốc còn lại không thể sử dụng được thì quỹ bảo hiểm y tế thanh toán theo giá trị của lượng thuốc đã sử dụng

#### Trường hợp theo chỉ định chuyên môn, người bệnh chỉ sử dụng một phần lượng thuốc trong đơn vị đóng gói nhỏ nhất và lượng thuốc còn lại không thể sử dụng được thì quỹ bảo hiểm y tế thanh toán toàn bộ theo giá của đơn vị đóng gói nhỏ nhất đó.

1. **Quỹ bảo hiểm y tế không thanh toán đối với việc sử dụng các thuốc sau:**

#### Thuốc được sử dụng trong thử nghiệm lâm sàng, nghiên cứu khoa học.

#### Thuốc được xếp nhóm này nhưng sử dụng để điều trị bệnh thuộc nhóm khác phù hợp với chỉ định quy định tại Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị của Bộ Y tế.

#### Chi phí các thuốc đã được kết cấu vào giá của dịch vụ kỹ thuật, khám bệnh, ngày giường điều trị hoặc giá thu trọn gói theo ca bệnh theo quy định hiện hành.

#### A và C đúng

1. **Căn cứ để xác định sự phù hợp của chỉ định sử dụng thuốc do Quỹ bảo hiểm y tế quy định:**

### Tờ hướng dẫn sử dụng thuốc kèm theo hồ sơ đăng ký thuốc đã được Bộ Y tế cấp phép.

### Tờ hướng dẫn sử dụng thuốc kèm theo sản phẩm.

### Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị của Bộ Y tế.

### A và C đúng.

1. **Trường hợp người bệnh được cấp giấy hẹn khám lại nhưng do dịch bệnh, không đến được cơ sở khám bệnh, chữa bệnh nơi đã cấp giấy hẹn để khám bệnh, chữa bệnh và nhận thuốc, quỹ bảo hiểm y tế quy định như sau:**

#### Người bệnh được ủy quyền cho người đại diện đến nhận thuốc tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh khác (nơi nhận thuốc từ cơ sở khám bệnh, chữa bệnh cấp giấy hẹn khám lại).

#### Người bệnh được ủy quyền cho người đại diện đến nhận thuốc tại đúng cơ sở khám bệnh, chữa bệnh nơi cấp giấy hẹn khám lại.

#### Người bệnh được ủy quyền cho người đại diện đến nhận thuốc tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh nơi cấp giấy hẹn khám lại hoặc tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh khác (nơi nhận thuốc từ cơ sở khám bệnh, chữa bệnh cấp giấy hẹn khám lại).

#### Người bệnh không được nhận thuốc trong bất kỳ trường hợp nào.

1. **Đối người mắc bệnh lao, lao tiềm ẩn, lao kháng thuốc, người mắc bệnh HIV/AIDS và người sử dụng các thuốc điều trị bệnh không lây nhiễm, trong trường hợp không đến được cơ sở khám bệnh, chữa bệnh, BHYT có quy định**

#### Cơ sở khám bệnh, chữa bệnh nơi cấp giấy hẹn khám lại cử người vận chuyển thuốc đến cho người bệnh để tiếp tục điều trị và sử dụng thuốc.

#### Cơ sở khám bệnh, chữa bệnh nơi cấp giấy hẹn khám lại cử người hoặc thông qua đơn vị thứ ba vận chuyển thuốc đến cho người bệnh để tiếp tục điều trị và sử dụng thuốc.

#### Người bệnh được ủy quyền cho người đại diện đến nhận thuốc tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh khác (nơi nhận thuốc từ cơ sở khám bệnh, chữa bệnh cấp giấy hẹn khám lại).

#### Người bệnh được ủy quyền cho người đại diện đến nhận thuốc tại đúng cơ sở khám bệnh, chữa bệnh nơi cấp giấy hẹn khám lại.

1. **Đối với thuốc được bào chế hoặc pha chế (bao gồm oxy dược dụng và nitric oxid) tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh, quỹ BHYT quy định cơ sở xây dựng giá hoặc chi phí thuốc không bao gồm:**

#### Chi phí thành phần hoạt chất của thuốc theo giá mua vào của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh.

#### Chi phí tá dược, phụ liệu làm thuốc. Chi phí bao bì đóng gói, vật tư tiêu hao.

#### Chi phí chế biến, bào chế bao gồm điện, nước, nhiên liệu. Chi phí khử khuẩn, tiệt khuẩn (nếu có)

#### Chi phí mặt bằng

1. **Đối với thuốc được bào chế hoặc pha chế (bao gồm oxy dược dụng và nitric oxid) tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh, quỹ bảo hiểm y tế thanh toán khi:**

#### Chỉ sử dụng tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh bào chế hoặc pha chế thuốc đó.

#### Có thể sử dụng tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh khác cùng chuyên khoa trên địa bàn.

#### Cơ sở khám bệnh, chữa bệnh khác cùng hạng trên toàn quốc có thể nhượng để sử dụng.

#### A, B đúng

1. **Đối với trường hợp sử dụng các thuốc điều trị ung thư, thuốc điều hòa miễn dịch để điều trị các bệnh khác không phải ung thư, Quỹ bảo hiểm y tế thanh toán khi:**

#### Có hướng dẫn chẩn đoán, điều trị của Bộ Y tế hoặc của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh. Trường hợp chưa có hướng dẫn chẩn đoán, điều trị thì phải hội chẩn với bác sĩ chuyên khoa ung bướu.

#### Có hướng dẫn chẩn đoán, điều trị của Bộ Y tế hoặc của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh. Trường hợp chưa có hướng dẫn chẩn đoán, điều trị thì phải thông qua Hội đồng thuốc và điều trị của cơ sở.

#### Có hướng dẫn chẩn đoán, điều trị của Bộ Y tế hoặc của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh. Trường hợp chưa có hướng dẫn chẩn đoán, điều trị, không có bác sĩ chuyên khoa ung bướu thì phải được hội chẩn với cơ quan BHYT

#### Chỉ cần cơ sở khám bệnh, chữa bệnh có bác sĩ chuyên khoa ung bướu chẩn đoán và điều trị bằng các thuốc điều trị ung thư, thuốc điều hòa miễn dịch có trong danh mục đã thống nhất với BHYT.

1. **Quy định thuốc có ký hiệu dấu sao (\*) là thuốc:**

#### Thuốc phải được hội chẩn trước khi sử dụng, trừ trường hợp cấp cứu.

#### Thuốc kháng sinh

#### Thuốc tiêm truyền

#### Vắc xin, sinh phẩm

1. **Danh mục thuốc hóa dược và sinh phẩm thuộc phạm vi được hưởng của người tham gia bảo hiểm y tế được quy định như sau:**

#### Tên thuốc được ghi theo tên thương mại

#### Tên thuốc được ghi theo tên hoạt chất được cấp phép lưu hành

#### Tên thuốc được ghi theo tên trong hướng dẫn chẩn đoán, điều trị của Bộ Y tế

#### B và C đúng

1. **Danh mục thuốc hóa dược và sinh phẩm thuộc phạm vi được hưởng của người tham gia bảo hiểm y tế quy định về cách ghi đường dùng của thuốc như sau:**

#### Dùng ngoài bao gồm thuốc bôi ngoài da, xoa ngoài da, dán ngoài da, xịt ngoài da.

#### Dùng ngoài bao gồm thuốc bôi ngoài da, xoa ngoài da, dán ngoài da, xịt ngoài da, thuốc rửa, bôi vào niêm mạc.

#### Dùng uống bao gồm các thuốc viên uống, dung dịch uống.

### Dùng tác dụng tại chỗ bao gồm viên ngậm, viên đặt dưới lưỡi.

1. **Đối với thuốc được bào chế hoặc pha chế tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh, giá hoặc chi phí thuốc được xây dựng bao gồm:**

#### Chi phí kiểm nghiệm

#### Chi phí soạn thảo quy trình bào chế hoặc pha chế

#### Chi phí đào tạo, hướng dẫn nhân công bào chế hoặc pha chế

#### Chi phí giám sát quá trình bào chế hoặc pha chế

1. **Quy định thanh toán của quỹ BHYT khi sử dụng một số thuốc có ký hiệu dấu sao (\*)**

#### Quỹ bảo hiểm y tế chỉ thanh toán khi sử dụng thuốc có ký hiệu dấu sao (\*) có kèm biên bản hội chẩn.

#### Quỹ bảo hiểm y tế thanh toán thuốc kháng sinh có ký hiệu dấu sao (\*) khi thực hiện đánh số thứ tự ngày sử dụng vào hồ sơ bệnh án’

#### Đối với thuốc có ký hiệu dấu sao (\*), BHYT quy định thuốc phải được hội chẩn trước khi sử dụng, trừ trường hợp cấp cứu

#### Đối với thuốc có ký hiệu dấu sao (\*), BHYT quy định thuốc chỉ được sử dụng trong trường hợp cấp cứu.

1. **Theo quyết định 5937/QĐ-BYT ngày 30/12/2021 của Bộ Y tế, nội dung nào sau đây không phù hợp về Danh mục mã dùng chung:**

#### Mã dùng chung ban hành kèm theo Quyết định trên là cơ sở dữ liệu đầu vào sử dụng trong trích chuyển dữ liệu điện tử giữa cơ sở khám bệnh, chữa bệnh với cơ quan bảo hiểm xã hội trên phạm vi toàn quốc.

#### Có 11 danh mục mã dùng chung

#### Danh mục mã gói thầu và mã nhóm thầu thuốc không phải là một trong các danh mục mã dùng chung.

#### Danh mục mã chế phẩm thuốc y học cổ truyền chuyển đổi sang mã thuốc hóa dược không phải là một trong các danh mục mã dùng chung.

1. **Theo quyết định 5937/QĐ-BYT ngày 30/12/2021 của Bộ Y tế, nội dung nào sau đây phù hợp về Danh mục mã dùng chung:**

### Mã dùng chung ban hành kèm theo Quyết định trên là cơ sở dữ liệu đầu vào sử dụng trong trích chuyển dữ liệu điện tử giữa cơ sở khám bệnh, chữa bệnh với cơ quan bảo hiểm xã hội trên phạm vi từng địa phương.

### Có 05 danh mục mã dùng chung

### Danh mục mã gói thầu và mã nhóm thầu thuốc là một trong các danh mục mã dùng chung.

### Danh mục mã chế phẩm thuốc y học cổ truyền chuyển đổi sang mã thuốc hóa dược không phải là một trong các danh mục mã dùng chung.

1. **Nội dung nào sau đây là đúng về giám định thanh toán bảo hiểm y tế**

#### Hiện tại có 2 hình thức giám định được thực hiện song song: Giám định chủ động và giám định tự động.

#### Hiện tại có 2 hình thức giám định, cơ quan Bảo hiểm xã hội quyết định áp dụng một hình thức giám định phù hợp cho đơn vị có tham gia khám chữa bệnh bảo hiểm y tế.

#### Giám định chủ động là hình thức giám định sử dụng phần mềm kiểm tra thông tin trong dữ liệu điện tử.

#### Giám định tự động là hình thức giám định do nhân sự cơ quan BHXH trực tiếp thực hiện.

1. **Nội dung nào sau đây là không đúng về giám định thanh toán bảo hiểm y tế**

#### Hiện tại có nhiều hơn 2 hình thức giám định thanh toán bảo hiểm y tế.

### Hiện tại có 2 hình thức giám định, cơ quan Bảo hiểm xã hội quyết định áp dụng một hình thức giám định phù hợp cho đơn vị có tham gia khám chữa bệnh bảo hiểm y tế.

### Giám định chủ động là hình thức giám định do nhân sự cơ quan BHXH trực tiếp thực hiện.

### Giám định tự động là hình thức giám định do nhân sự cơ quan BHXH trực tiếp thực hiện.

1. **Bệnh nhân đăng ký khám chữa bệnh bảo hiểm y tế ban đầu tại bệnh viện tuyến tỉnh, khi đến khám chữa bệnh thông thường tại các trạm y tế có được hưởng quyền lợi bảo hiểm y tế không.**

#### Được hưởng đầy đủ quyền lợi bảo hiểm y tế, không cần chuyển tuyến.

#### Được hưởng đầy đủ quyền lợi bảo hiểm y tế khi được chuyển tuyến.

#### Không được hưởng quyền lợi bảo hiểm y tế

#### Được hưởng một phần quyền lợi bảo hiểm y tế theo quy định.

1. **Phát biểu sau về “Danh mục thuốc sản xuất trong nước đáp ứng nhu cầu điều trị, giá thuốc, khả năng cung cấp” được Bộ Y tế ban hành là đúng:**

#### Danh mục này có giá trị tham khảo trong mua sắm tại các cơ sở y tế công lập.

#### Giá thuốc trong danh mục luôn thấp hơn giá thuốc nhập khẩu cùng tiêu chí kỹ thuật.

#### Điều kiện sử dụng Danh mục này: bắt buộc áp dụng trong mua sắm tại các cơ sở y tế công lập, theo các quy định cụ thể.

#### Điều kiện sử dụng Danh mục này: bắt buộc áp dụng trong mua sắm tại tất cả các cơ sở y tế theo các quy định cụ thể.

1. **Phát biểu sau về “Danh mục thuốc sản xuất trong nước đáp ứng nhu cầu điều trị, giá thuốc, khả năng cung cấp” được Bộ Y tế ban hành là sai:**

#### Điều kiện sử dụng Danh mục này: bắt buộc áp dụng trong mua sắm tại tất cả các cơ sở y tế theo các quy định cụ thể.

#### Giá thuốc trong danh mục luôn thấp hơn giá thuốc nhập khẩu cùng tiêu chí kỹ thuật.

#### Hồ sơ mời thầu, hồ sơ yêu cầu phải ghi rõ nhà thầu không được chào thầu thuốc nhập khẩu cùng nhóm tiêu chuẩn kỹ thuật với thuốc sản xuất trong nước thuộc danh mục ban hành kèm theo Thông tư do BYT ban hành.

#### Danh mục thuốc này được Bộ Y tế bổ sung hoặc loại bỏ phù hợp tình hình thực tế.

1. **Các loại chi phí được kể đến là yếu tố đầu vào trong nghiên cứu Đánh giá chi phí hiệu quả trong sử dụng thuốc bao gồm các chi phí sau đây, ngoại trừ:**

#### Chi phí điều trị ban đầu, chi phí điều trị tiếp theo.

#### Chi phí quản lý biến cố.

#### Chi phí chăm sóc, chi phí theo dõi sau điều trị.

#### Chi phí giảm ngày công lao động.

1. **Phát biểu nào sau đây phù hợp về trách nhiệm quản lý sử dụng quỹ BHYT hiệu quả**

#### Là trách nhiêm của cơ quan BHXH các cấp.

#### Là trách nhiệm của Ngành y tế.

#### Là trách nhiệm của người dân tham gia bảo hiểm y tế.

#### Không phát biểu nào đúng, đủ.

1. **Quyết định số 130/QĐ-BYT ngày 18/01/2023 của Bộ Y tế quy định chuẩn và định dạng dữ liệu đầu ra phục vụ việc quản lý, giám định, thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh và giải quyết các chế độ liên quan thay thế cho Quyết định:**
2. Quyết định số 4210/QĐ-BYT ngày 20/9/2017
3. Quyết định số 3532/QĐ-BYT ngày 12/8/2020
4. Quyết định số 28/QĐ-BYT ngày 05/01/2021
5. Cả A,B,C đúng
6. **Quyết định số 130/QĐ-BYT ngày 18/01/2023 của Bộ Y tế quy định chuẩn và định dạng dữ liệu đầu ra phục vụ việc quản lý, giám định, thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh và giải quyết các chế độ liên quan thay thế cho Quyết định:**
7. Quyết định số 4210/QĐ-BYT ngày 20/9/2017
8. Quyết định số 3532/QĐ-BYT ngày 12/8/2020
9. Quyết định số 28/QĐ-BYT ngày 05/01/2021
10. Cả A,B,C đúng
11. **Các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh và cơ quan bảo hiểm xã hội có trách nhiệm chính thức thực hiện việc gửi và nhận dữ liệu điện tử theo định dạng:**
12. XML của các Bảng chỉ tiêu dữ liệu quy định tại Điều 1 của Quyết định số 130/QĐ-BYT ngày 18/01/2023 của Bộ Y tế
13. EXCEL của các Bảng chỉ tiêu dữ liệu quy định tại Điều 1 của Quyết định số 130/QĐ-BYT ngày 18/01/2023 của Bộ Y tế
14. ACCESS của các Bảng chỉ tiêu dữ liệu quy định tại Điều 1 của Quyết định số 130/QĐ-BYT ngày 18/01/2023 của Bộ Y tế
15. Cả A,B,C đúng
16. **Quyết định số 4210/QĐ-BYT ngày 20/9/2017 của Bộ Y tế quy định chuẩn và định dạng dữ liệu đầu ra sử dụng trong quản lý, giám định và thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế và các văn bản hướng dẫn, bổ sung liên quan được thay thế:**
17. Quyết định số 3532/QĐ-BYT ngày 12/8/2020 của Bộ Y tế và 130/QĐ-BYT ngày 18/01/2023 của Bộ Y tế
18. Quyết định số 28/QĐ-BYT ngày 05/01/2021 của Bộ Y tế và 130/QĐ-BYT ngày 18/01/2023 của Bộ Y tế
19. Quyết định số 130/QĐ-BYT ngày 18/01/2023 của Bộ Y tế và Quyết định số 4750/QĐ-BYT ngày 29/12/2023 của Bộ Y tế
20. Cả A,B,C đúng
21. **Quyết định số 4750/QĐ-BYT ngày 29/12/2023 của Bộ Y tế sửa đổi, bổ sung quyết định số 130/QĐ-BYT ngày 18/01/2023 của Bộ Y tế quy định chuẩn và định dạng dữ liệu đầu ra phục vụ việc quản lý, giám định, thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh và giải quyết các chế độ liên quan có hiệu lực từ:**
22. Từ ngày 29/12/2023
23. Từ ngày 01/01/2024
24. Từ ngày 01/7/2024
25. Từ ngày 29/12/2024
26. **Bảng chỉ tiêu dữ liệu về trạng thái khám bệnh, chữa bệnh (Bảng check-in): Được cơ sở khám bệnh, chữa bệnh sử dụng để:**
27. Cung cấp thông tin phục vụ việc thông báo về trạng thái khám bệnh, chữa bệnh của người bệnh trên Cổng Tiếp nhận dữ liệu thuộc Hệ thống thông tin giám định bảo hiểm y tế của cơ quan bảo hiểm xã hội**.**
28. Làm căn cứ giám định, thanh toán, quyết toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế.
29. Cả A,B đúng
30. Cả A,B sai
31. **Bảng chỉ tiêu dữ liệu về trạng thái khám bệnh, chữa bệnh quy định chỉ tiêu “SO\_CCCD” trong trường hợp không có số căn cước công dân hoặc số chứng minh thư nhân dân hoặc số hộ chiếu thì sử dụng thông tin thay thế là:**
32. Số điện thoại
33. Ngày tháng năm sinh
34. Mã bệnh nhân
35. Mã tài khoản định danh điện tử
36. **Bảng chỉ tiêu dữ liệu về trạng thái khám bệnh, chữa bệnh quy định chỉ tiêu “GIOI\_TINH” là mã giới tính của người bệnh như sau:**
37. 1: Nữ; 2: Nam; 3: Chưa xác định
38. 1: Nam; 2: Nữ; 3: Chưa xác định
39. 1: Chưa xác định; 2: Nam; 3: Nữ
40. 0: Chưa xác định; 1: Nam; 2: Nữ
41. **Bảng 1. Chỉ tiêu tổng hợp khám bệnh, chữa bệnh quy định chỉ tiêu “MA\_QUOCTICH” Ghi mã quốc tịch của người bệnh theo quy định tại:**
42. Thông tư số [07/2016/TT-BCA](https://thuvienphapluat.vn/van-ban/quyen-dan-su/thong-tu-07-2016-tt-bca-quy-dinh-chi-tiet-luat-can-cuoc-cong-dan-nghi-dinh-137-2015-nd-cp-304996.aspx) ngày 01 tháng 2 năm 2016 của Bộ trưởng Bộ Công an về quy định chi tiết một số điều của luật căn cước công dân
43. Quyết định số [34/2020/QĐ-TTg](https://thuvienphapluat.vn/van-ban/lao-dong-tien-luong/quyet-dinh-34-2020-qd-ttg-danh-muc-nghe-nghiep-viet-nam-su-dung-trong-thong-ke-ve-lao-dong-458436.aspx) ngày 26 tháng 11 năm 2020 của Thủ tướng Chính phủ về ban hành danh mục nghề nghiệp Việt Nam
44. Quyết định số [124/2004/QĐ-TTg](https://thuvienphapluat.vn/van-ban/bo-may-hanh-chinh/quyet-dinh-124-2004-qd-ttg-bang-danh-muc-ma-so-don-vi-hanh-chinh-viet-nam-52328.aspx) ngày 08/7/2004 của Thủ tướng Chính phủ ban hành danh mục mã đơn vị hành chính
45. Nghị định số [146/2018/NĐ-CP](https://thuvienphapluat.vn/van-ban/the-thao-y-te/nghi-dinh-146-2018-nd-cp-huong-dan-luat-bao-hiem-y-te-357505.aspx) ngày 17/10/2018 của Chính phủ quy định chi tiết và hướng dẫn biện pháp thi hành một số điều của Luật BHYT
46. **Bảng 1. Chỉ tiêu tổng hợp khám bệnh, chữa bệnh quy định chỉ tiêu “MAHUYEN\_CU\_TRU” Ghi mã đơn vị hành chính cấp huyện theo quy định tại:**
47. Thông tư số [07/2016/TT-BCA](https://thuvienphapluat.vn/van-ban/quyen-dan-su/thong-tu-07-2016-tt-bca-quy-dinh-chi-tiet-luat-can-cuoc-cong-dan-nghi-dinh-137-2015-nd-cp-304996.aspx) ngày 01 tháng 2 năm 2016 của Bộ trưởng Bộ Công an về quy định chi tiết một số điều của luật căn cước công dân
48. Quyết định số [34/2020/QĐ-TTg](https://thuvienphapluat.vn/van-ban/lao-dong-tien-luong/quyet-dinh-34-2020-qd-ttg-danh-muc-nghe-nghiep-viet-nam-su-dung-trong-thong-ke-ve-lao-dong-458436.aspx) ngày 26 tháng 11 năm 2020 của Thủ tướng Chính phủ về ban hành danh mục nghề nghiệp Việt Nam
49. Quyết định số [124/2004/QĐ-TTg](https://thuvienphapluat.vn/van-ban/bo-may-hanh-chinh/quyet-dinh-124-2004-qd-ttg-bang-danh-muc-ma-so-don-vi-hanh-chinh-viet-nam-52328.aspx) ngày 08/7/2004 của Thủ tướng Chính phủ ban hành danh mục mã đơn vị hành chính
50. Nghị định số [146/2018/NĐ-CP](https://thuvienphapluat.vn/van-ban/the-thao-y-te/nghi-dinh-146-2018-nd-cp-huong-dan-luat-bao-hiem-y-te-357505.aspx) ngày 17/10/2018 của Chính phủ quy định chi tiết và hướng dẫn biện pháp thi hành một số điều của Luật BHYT
51. **Bảng 3. Chỉ tiêu chi tiết dịch vụ kỹ thuật và vật tư y tế “MA\_DICH\_VU” Ghi mã dịch vụ kỹ thuật hoặc mã tiền khám hoặc mã tiền giường bệnh theo hạng bệnh viện theo quy định tại:**
52. Bộ mã danh mục dùng chung do cơ sở y tế ban hành
53. Bộ mã danh mục dùng chung do Sở Y tế ban hành
54. Bộ mã danh mục dùng chung do Bộ Y tế ban hành
55. Bộ mã danh mục dùng chung do Bảo hiểm xã hội ban hành
56. **Đối với trường hợp người bệnh được chỉ định vào điều trị nội trú hoặc nội trú ban ngày hoặc điều trị ngoại trú: Cơ sở khám bệnh, chữa bệnh gửi Bảng check-in khi:**
57. Ngay sau khi có phát sinh chi phí của dịch vụ đầu tiên tại khoa điều trị nội trú hoặc khoa điều trị nội trú ban ngày hoặc khoa điều trị ngoại trú.
58. Ngay sau khi có phát sinh chi phí của dịch vụ cuối cùng tại khoa điều trị nội trú hoặc khoa điều trị nội trú ban ngày hoặc khoa điều trị ngoại trú.
59. Ngay sau khi không còn phát sinh chi phí của dịch vụ tại khoa điều trị nội trú hoặc khoa điều trị nội trú ban ngày hoặc khoa điều trị ngoại trú.
60. Cả A,B,C đúng
61. **Cơ sở khám bệnh, chữa bệnh không cần gửi bảng check-in trong những trường hợp sau:**
62. Trường hợp cấp cứu (có MA\_DOITUONG\_KCB = 2) theo quy định tại khoản 6 Điều 15 Nghị định số 146/2018/NĐ-CP ngày 17 tháng 10 năm 2018 của Chính phủ quy định chi tiết và hướng dẫn biện pháp thi hành một số điều của Luật bảo hiểm y tế.
63. Cơ sở tiếp nhận người bệnh hoặc mẫu bệnh phẩm để thực hiện các dịch vụ cận lâm sàng theo quy định tại Điều 9 Thông tư 30/2020/TT-BYT ngày 31/12/2020 của Bộ Y tế quy định chi tiết và hướng dẫn biện pháp thi hành một số điều của Nghị định số 146/2018/NĐ-CP quy định chi tiết và hướng dẫn biện pháp thi hành một số điều của Luật bảo hiểm y tế.
64. Cả A,B đúng
65. Cả A,B sai
66. **Bộ tiêu chí ứng dụng công nghệ thông tin tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh bao gồm các nhóm tiêu chí nào?**
    * 1. Phần mềm quản lý điều hành, HIS, RIS-PACS, LIS, phi chức năng, bảo mật và an toàn thông tin, EMR
      2. Hạ tầng, phần mềm quản lý điều hành, HIS, RIS-PACS, LISbảo mật và an toàn thông tin, EMR
      3. Hạ tầng, phần mềm quản lý điều hành, HIS, RIS-PACS, LIS, phi chức năng, bảo mật và an toàn thông tin, EMR
      4. Hạ tầng, phần mềm quản lý điều hành, HIS, RIS-PACS, LIS, phi chức năng, bảo mật và an toàn thông tin
67. **Thông tư số 54/2017/TT-BYT ngày 29 tháng 12 năm 2017 của Bộ Y tế về ban hành bộ tiêu chí ứng dụng công nghệ thông tin tại các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh áp dụng cho:**
    * 1. Cơ sở khám bệnh, chữa bệnh
      2. Cơ sở khám bệnh, chữa bệnh đã được cấp giấy phép hoạt động
      3. Cơ sở khám bệnh, chữa bệnh đã được cấp giấy phép hoạt động theo quy định của Luật Khám bệnh, chữa bệnh
      4. Cơ sở khám bệnh, chữa bệnh được cấp giấy phép hoạt động ít nhất đủ 12 tháng.
68. **Cổng tiếp nhận dữ liệu hệ thống thông tin giám định BHYT**
    1. <https://gdbhyt.baohiemxahoi.gov.vn>
    2. <https://bhyt.baohiemxahoi.gov.vn>
    3. <https://gdbhyt.baohiem.gov.vn>
    4. <https://gdbh.baohiemyte.gov.vn>
69. **Theo thông tư 48/2017/TT-BYT quy định trích chuyển dữ liệu điện tử trong quản lý và thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế Trích chuyển dữ liệu điện tử gồm mấy phương thức:**
    * 1. 2
      2. 3
      3. 4
      4. 5
70. **Theo thông tư 48/2017/TT-BYT quy định trích chuyển dữ liệu điện tử trong quản lý và thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế Trường hợp nào được phép gửi gửi chậm so với qui định:**
    * 1. Sau khi kết thúc lần khám bệnh hoặc kết thúc đợt điều trị ngoại trú hoặc kết thúc đợt điều trị nội trú đối với người bệnh
      2. Do sự cố khách quan, bất khả kháng gây ra mà hệ thống hạ tầng kỹ thuật công nghệ thông tin không đáp ứng được việc trích chuyển hoặc tiếp nhận dữ liệu điện tử
      3. Hệ thống hạ tầng kỹ thuật công nghệ thông tin không đáp ứng được việc trích chuyển hoặc tiếp nhận dữ liệu điện tử do không có điện, không có đường truyền Internet
      4. cả B và C đúng
71. **Quyết định số 4750/QĐ-BYT ngày 29/12/2023 của Bộ Y tế sửa đổi, bổ sung quyết định số 130/QĐ-BYT ngày 18/01/2023 của Bộ Y tế quy định chuẩn và định dạng dữ liệu đầu ra phục vụ việc quản lý, giám định, thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh và giải quyết các chế độ liên quan:**

Các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh và cơ quan bảo hiểm xã hội chính thức thực hiện việc gửi và nhận dữ liệu điện tử theo định dạng XML của các Bảng chỉ tiêu dữ liệu từ ngày nào:

A. 01/4/2024

B. 01/5/2024

C. 01/7/2024

D. 01/8/2024

1. **Quyết định số 3532/QĐ-BYT ngày 12/8/2020 của Bộ Y tế Quy định về xây dựng và triển khai hệ thống thông tin quản lý của?**
2. Trạm y tế xã, phường, thị trấn
3. Phòng khám bác sỹ gia đình tư nhân độc lập
4. Trung tâm Y tế
5. Cả 03 đáp án trên đều đúng
6. **Điều kiện về bảo đảm an toàn, an ninh thông tin được quy định Quyết định số 3532/QĐ-BYT ngày 12/8/2020 của Bộ Y tế:**
7. Có biện pháp bảo đảm an toàn, an ninh thông tin cho các máy tính tại Trạm Y tế khi kết nối mạng
8. Bảo đảm an toàn thông tin đường truyền mạng trong quá trình triển khai Hệ thống thông tin quản lý
9. Có trang bị máy tính và đường đường truyền mạng
10. A và B đúng
11. **Quyết định số 130/QĐ-BYT ngày 18/01/2023 của Bộ Y tế quy định chuẩn và định dạng dữ liệu đầu ra phục vụ việc quản lý, giám định, thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh và giải quyết các chế độ liên quan, gồm:**
12. 10 Bảng dữ liệu
13. 11 bảng dữ liệu
14. 12 bảng dữ liêu
15. 13 bảng dữ liệu
16. **Quyết định số 130/QĐ-BYT ngày 18/01/2023 của Bộ Y tế quy định chuẩn và định dạng dữ liệu đầu ra phục vụ việc quản lý, giám định, thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh và giải quyết các chế độ liên quan thay thế cho Quyết định:**
17. Quyết định số 4210/QĐ-BYT ngày 20/9/2017
18. Quyết định số 3532/QĐ-BYT ngày 12/8/2020
19. Quyết định số 28/QĐ-BYT ngày 05/01/2021
20. Cả A,B,C đúng
21. **Bảng chỉ tiêu dữ liệu về trạng thái khám bệnh, chữa bệnh (Bảng check-in): Được cơ sở khám bệnh, chữa bệnh sử dụng để:**
22. Cung cấp thông tin phục vụ việc thông báo về trạng thái khám bệnh, chữa bệnh của người bệnh trên Cổng Tiếp nhận dữ liệu thuộc Hệ thống thông tin giám định bảo hiểm y tế của cơ quan bảo hiểm xã hội**.**
23. Làm căn cứ giám định, thanh toán, quyết toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế.
24. Cả A,B đúng
25. Cả A,B sai
26. **Đối với trường hợp người bệnh được chỉ định vào điều trị nội trú hoặc nội trú ban ngày hoặc điều trị ngoại trú: Cơ sở khám bệnh, chữa bệnh gửi Bảng check-in khi:**
27. Ngay sau khi có phát sinh chi phí của dịch vụ đầu tiên tại khoa điều trị nội trú hoặc khoa điều trị nội trú ban ngày hoặc khoa điều trị ngoại trú.
28. Ngay sau khi có phát sinh chi phí của dịch vụ cuối cùng tại khoa điều trị nội trú hoặc khoa điều trị nội trú ban ngày hoặc khoa điều trị ngoại trú.
29. Ngay sau khi không còn phát sinh chi phí của dịch vụ tại khoa điều trị nội trú hoặc khoa điều trị nội trú ban ngày hoặc khoa điều trị ngoại trú.
30. Cả A,B,C đúng
31. **Giá trị pháp lý của đơn thuốc điện tử?** 
    * 1. Đơn thuốc điện tử được ký số.
      2. Đơn thuốc điện tử được lập và lưu trữ bằng phương thức điện tử.
      3. Đơn thuốc điện tử được lập, hiển thị, ký số, chia sẻ và lưu trữ bằng phương thức điện tử.
      4. Đơn thuốc điện tử được lập, hiển thị, ký số, chia sẻ và lưu trữ bằng phương thức điện tử đáp ứng các quy định của Thông tư số 27/2021/TT-BYT này 20/12/2021 của Bộ Y tế.
32. **Cơ sở y tế nào phải thực hiện kê đơn thuốc bằng hình thức điện tử theo quy định tại Thông tư số 27/2021/TT-BYT này 20/12/2021 của Bộ Y tế?** 
    * 1. Trạm Y tế
      2. Trung tâm Y tế
      3. Bệnh viện
      4. Tất cả các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh
33. **Cơ quan phụ trách cấp mã định danh cơ sở khám bệnh, chữa bệnh và mã người hành nghề cho đối tượng thuộc thẩm quyền quản lý thông qua Hệ thống đơn thuốc quốc gia**
    * 1. Bộ Y tế
      2. Cục Quản lý khám chữa bệnh
      3. Cục Quản lý dược
      4. Sở Y tế
34. **Các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh phải thực hiện việc kê đơn thuốc bằng hình thức điện tử quy định tại Thông tư này theo lộ trình cụ thể như sau:**
    * 1. Đối với các bệnh viện từ hạng 3 trở lên: Hoàn thành trước ngày 31 tháng 12 năm 2022.
      2. Đối với các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh khác: Hoàn thành trước ngày 30 tháng 06 năm 2023.
      3. A,B đúng
      4. A, B sai
35. **Cơ sở Gửi đơn thuốc điện tử lên Hệ thống đơn thuốc quốc gia theo quy định của Bộ Y tế khi nào?**
36. Ngay sau khi kết thúc quy trình khám bệnh, chữa bệnh đối với người bệnh ngoại trú và trước khi người bệnh ra viện đối với người bệnh nội trú.
37. Ngay sau khi kết thúc quy trình khám bệnh, chữa bệnh đối với người bệnh ngoại trú và sau khi người bệnh ra viện đối với người bệnh nội trú.
38. Trước khi kết thúc quy trình khám bệnh, chữa bệnh đối với người bệnh ngoại trú và trước khi người bệnh ra viện đối với người bệnh nội trú.
39. Trong quy trình khám bệnh, chữa bệnh đối với người bệnh ngoại trú và sau khi người bệnh ra viện đối với người bệnh nội trú.
40. **Yêu cầu kỹ thuật công nghệ thông tin đối với hoạt động y tế từ xa? (chọn câu sai)**
41. Hạ tầng kỹ thuật công nghệ thông tin và biện pháp bảo đảm an toàn bảo mật thông tin phải đáp ứng đầy đủ quy định tại Điều 3 và Điều 4 của Thông tư số 53/2014/TT-BYT ngày 29 tháng 12 năm 2014 của Bộ Y tế quy định điều kiện hoạt động y tế trên môi trường mạng.
42. Bên tư vấn và bên xin ý kiến tư vấn phải bảo đảm đường truyền thông suốt, liên tục trong thời gian hoạt động y tế từ xa.
43. Hệ thống công nghệ thông tin phải do người được đào tạo hoặc bồi dưỡng kiến thức về vận hành hệ thống công nghệ thông tin vận hành.
44. Hệ thống ghi dữ liệu phải có dung lượng lưu trữ tối thiểu 1 năm.
45. **Hệ thống thông tin quản lý Trạm Y tế xã, phường, thị trấn yêu cầu tối thiểu bao nhiêu phân hệ và chức năng?** 
    * 1. 20
      2. 21
      3. 22
      4. 23
46. **Hệ thống ghi dữ liệu đối với hoạt động y tế từ xa phải có dung lượng lưu trữ tối thiểu bao nhiêu năm?**
    * 1. 05 năm
      2. 07 năm
      3. 10 năm
      4. 15 năm
47. **Các mức đánh giá ứng dụng Công nghệ thông tin để thực hiện hoạt động y tế từ xa được chia thành bao nhiêu mức độ?**
    * 1. 02 mức độ
      2. 03 mức độ
      3. 04 mức độ
      4. 05 mức độ
48. **Sử dụng công nghệ hội nghị truyền hình để hỗ trợ tư vấn và đào tạo là mức độ mấy trong ứng dụng Công nghệ thông tin để thực hiện hoạt động y tế từ xa?**
    * 1. Mức độ 1
      2. Mức độ 2
      3. Mức độ 3
      4. Mức độ 4
49. **Hệ thống thư điện tử Thành phố Hồ Chí Minh có địa chỉ tại:**
50. https://mail.tphcm.gov.vn
51. <https://pmail.tphcm.gov.vn>
52. <https://gmail.tphcm.gov.vn>
53. <https://mail.google.com>
54. **Cổng thông tin điện tử Ngành y tế có địa chỉ tại:**
55. https://quanlyskcd.medinet.org.vn
56. [https://tiemchungcovid19.gov.vn](https://tiemchungcovid19.gov.vn/)
57. <https://soyte.hochiminhcity.gov.vn>
58. <https://thongtin>.medinet.org.vn
59. **Nền tảng quản lý Quản lý sức khỏe cộng đồng do cơ quan nào triển khai**
60. Bộ Y tế
61. Ủy ban nhân dân Thành phố
62. Sở Y tế
63. Trung tâm y tế
64. **Hiện nay các trạm y tế quản lý thông tin khám sức khỏe của người cao tuổi bằng:**
65. Thống kê y tế điện tử
66. Nền tảng quản lý Quản lý sức khỏe
67. Tiêm chủng COVID-19
68. Nền tảng số quản lý COVID-19
69. **Nền tảng quản lý Quản lý sức khỏe cộng đồng có địa chỉ tại:**
70. https://quanlyskcd.medinet.org.vn
71. https://covid19.medinet.org.vn
72. [https://tiemchungcovid19.gov.vn](https://tiemchungcovid19.gov.vn/)
73. <https://medinet.gov.vn>
74. **Hệ thống quản lý Giám sát bệnh truyền nhiễm do cơ quan nào triển khai?**
75. Bộ Y tế
76. Viện Pasteur TP.HCM
77. Sở Y tế
78. Trung tâm Kiểm soát bệnh tật Thành phố
79. **Lợi ích của Hồ sơ sức khỏe điện tử là:**
80. Người dân biết được thông tin sức khỏe của mình khi đi khám chữa bệnh.
81. Người dân biết và tự quản lý thông tin sức khỏe của mình liên tục, suốt đời.
82. Người dân biết được thông tin sức khỏe của mình khi gặp thầy thuốc.
83. Người dân biết được thông tin sức khỏe của mình khi đến trạm y tế.
84. **Bảng thông tin, truyền thông của Trạm y tế tuyến xã được qui định tại Thông tư số 28/2020/TT-BYT ngày 31 tháng 12 năm 2020 là bao nhiêu bảng?**
85. 1 bảng
86. 2 bảng
87. 3 bảng
88. Không có bảng
89. **Điền vào chỗ trống “Thực hiện ………... các hoạt động của y tế cơ sở và quản lý hồ sơ theo dõi sức khỏe của từng người dân. Đồng bộ và kết nối hệ thống thông tin giữa y tế xã với y tế huyện để theo dõi, quản lý sức khỏe người dân trên địa bàn”**
90. Quản lý hóa
91. Tin học hóa
92. Chuẩn hóa
93. Hiện đại hóa
94. **Việc xây dựng và triển khai thực hiện bệnh án điện tử; quản lý hoạt động khám, chữa bệnh và chi phí khám, chữa bệnh bảo hiểm y tế được thực hiện tại đâu?**
95. Các cơ sở khám, chữa bệnh
96. Bệnh viện tuyến Trung ương
97. Bệnh viện tuyến tỉnh, thành
98. Các cơ sở y tế xã, huyện
99. **Các mức đánh giá ứng dụng công nghệ thông tin để thực hiện hoạt động y tế từ xa có nội dung: “Thực hiện tư vấn phòng bệnh, khám bệnh từ xa qua kênh điện thoại riêng. Các cơ sở y tế xây dựng kênh điện thoại tư vấn riêng kết nối với các bác sĩ hoặc các cơ sở y tế tuyến trên”. Đây là nội dung nằm ở mức độ mấy trong bộ tiêu chí ?**
100. Mức độ 1
101. Mức độ 2
102. Mức độ 3
103. Mức độ 4
104. **Trong nhóm tiêu chí hạ tầng kỹ thuật, ở mức độ 4 có bao nhiêu tiêu chí cơ bản?**
105. 6 tiêu chí
106. 7 tiêu chí
107. 8 tiêu chí
108. 9 tiêu chí
109. **Văn bản nào sau đây hết hiệu lực kể từ ngày Thông tư số 32/2023/TT-BYT của Bộ Y tế có hiệu lực thi hành?**
110. Thông tư số [35/2019/TT-BYT](https://thuvienphapluat.vn/van-ban/the-thao-y-te/thong-tu-35-2019-tt-byt-pham-vi-hoat-dong-chuyen-mon-doi-voi-nguoi-hanh-nghe-kham-chua-benh-387690.aspx" \t "_blank) ngày 30 tháng 12 năm 2019 của Bộ trưởng Bộ Y tế quy định phạm vi hoạt động chuyên môn đối với người hành nghề khám bệnh, chữa bệnh;
111. Thông tư số 14/2014/TT-BYT ngày 14 tháng 4 năm 2014 của Bộ Y tế quy định việc chuyển tuyến giữa các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh;
112. Thông tư số 40/2015/TT-BYT ngày 16 tháng 11 năm 2015 của Bộ Y tế quy định đăng ký khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế ban đầu và chuyển tuyến khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế;
113. Thông tư số 46/2016/TT-BYT ngày 30 tháng 12 năm 2016 của Bộ Y tế quy định về danh mục bệnh cần chữa trị dài ngày;
114. **Trích chuyển dữ liệu điện tử gồm các phương thức nào:**
     * 1. Kết nối bằng web service, Nhập dữ liệu trực tiếp
       2. Đồng bộ dữ liệu điện tử từ phần mềm máy trạm, Nhập dữ liệu trực tiếp
       3. Truyền file FTP (File Transfer Protocol), Nhập dữ liệu trực tiếp
       4. Truyền file FTP (File Transfer Protocol), Kết nối bằng web servic, Đồng bộ dữ liệu điện tử từ phần mềm máy trạm, Nhập dữ liệu trực tiếp
115. **Bảo hiểm y tế bắt buộc là gì:**
116. 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.
117. Bảo hiểm y tế là hình thức bảo hiểm được áp dụng trong lĩnh vực chăm sóc sức khỏe, vì mục đích lợi nhuận, do các công ty bảo hiểm thương mại và nhà nước tổ chức thực hiện và các đối tượng có trách nhiệm tham gia theo quy định của Luật BHYT và luật kinh doanh bảo hiểm.
118. Bảo hiểm y tế là hình thức bảo hiểm được áp dụng trong lĩnh vực chăm sóc sức khỏe, không vì mục đích lợi nhuận, do Nhà nước tổ chức thực hiện và các đối tượng có trách nhiệm tham gia theo quy định của Luật này.
119. **Bảo hiểm y tế có bao nhiêu nguyên tắc?**
120. Có 03 nguyên tắc.
121. Có 4 nguyên tắc.
122. Có 2 nguyên tắc.
123. Có 5 nguyên tắc.
124. **Chức năng Tổ chức bảo hiểm y tế**
125. Tổ chức bảo hiểm y tế có chức năng giám định và chi trả chi phí khám chữa bệnh bảo hiểm y tế.
126. Tổ chức bảo hiểm y tế 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.
127. Tổ chức bảo hiểm y tế có chức năng chi trả chi phí khám chữa bệnh bảo hiểm y tế.
128. d) Tổ chức bảo hiểm y tế có chức năng thực hiện chế độ về bảo hiểm y tế, quản lý và sử dụng quỹ bảo hiểm y tế.
129. **Mức đóng BHYT dựa trên cơ sở nào?** 
     1. Mức đóng bảo hiểm y tế được xác định theo tỷ lệ phần trăm của tiền lương, tiền công, tiền lương hưu, tiền trợ cấp hoặc mức lương tối thiểu của khu vực hành chính.
     2. Mức đóng bảo hiểm y tế được xác định trên cơ sở mức thu nhập.
     3. Mức đóng bảo hiểm y tế do nhà nước ấn định hàng năm.
     4. Mức đóng bảo hiểm y tế do người tham gia tự chọn.
130. **Trường hợp người lao động làm việc theo hợp đồng lao động không xác định thời hạn, hợp đồng lao động có thời hạn từ đủ 3 tháng trở lên; người quản lý doanh nghiệp, đơn vị sự nghiệp ngoài công lập và người quản lý điều hành hợp tác xã hưởng tiền lương; cán bộ, công chức, viên chức có thêm một hoặc nhiều hợp đồng lao động không xác định thời hạn hoặc hợp đồng lao động có thời hạn từ đủ 3 tháng trở lên thì đóng bảo hiểm y tế.**
     1. Theo hợp đồng lao động giao kết đầu tiên.
     2. Theo hợp đồng lao động giao kết đầu tiên và có mức lương cao nhất.
     3. Theo hợp đồng lao động có mức tiền lương cao nhất.
     4. Theo hợp đồng lao động giao kết thứ hai.
131. **Phương án nào sau đây là một trong những nguyên tắc BHYT?**
132. Bảo đảm đạo đức nghề nghiệp của người hành nghề.
133. Bảo đảm chia sẻ rủi ro giữa những người tham gia bảo hiểm y tế.
134. Bình đẳng, công bằng và không kỳ thị, phân biệt đối xử đối với người bị bệnh.
135. Tôn trọng, hợp tác và bảo vệ người hành nghề khi làm nhiệm vụ.
136. **Xác định phương án sai về nguyên tắc BHYT?**
137. Bảo đảm rủi ro cho người tham gia bảo hiểm y tế khi bị bệnh.
138. Mức đóng BHYT được xác định theo tỷ lệ phần tram của tiền lương làm căn cứ đóng bảo hiểm xã hội bắt buộc theo quy định của Luật bảo hiểm xã hội, tiền lương hưu, tiền trợ cấp hoặc mức lương cơ sở.
139. Mức hưởng BHYT theo mức độ bệnh tật, nhóm đối tượng trong phạm vi quyền lợi và thời gian tham gia bảo hiểm y tế.
140. Quỹ BHYT được quản lý tập trung, thống nhất, công khai, minh bạch, bảo đảm cân đối thu, chi và được nhà nước bảo hộ.
141. **Chọn phương án đúng về nguyên tắc BHYT?**
142. Bình đẳng công bằng và không kỳ thị, phân biệt đối xử với người bệnh.
143. Quỹ bảo hiểm y tế do Chính Phủ quản lý tập trung, thống nhất.
144. 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.
145. Quỹ bảo hiểm y tế phải công khai, minh bạch, bảo đảm cân đối thu, chi và được Nhà nước bảo hộ.
146. **Chọn phương án đúng đối với người lao động thuộc đối tượng thực hiện chế độ tiền lương do Nhà nước quy định thì căn cứ để đóng BHYT là?**
147. Tiền lương tháng theo ngạch bậc, cấp quân hàm.
148. Tiền lương tháng theo nhạch bậc, cấp quân hàm và các khoản phụ cấp chức vụ, phụ cấp tham niên vượt khung, tiền thưởng.
149. Tiền lương tháng theo ngạch bậc, cấp quân hàm và các khoản phụ cấp chức vụ, phụ cấp tham niên vượt khung, phụ cấp thâm niên nghề.
150. Tiền lương tháng theo nhạch bậc, cấp quân hàm và các khoản phụ cấp chức vụ, phụ cấp tham niên vượt khung, tiền làm thêm giờ.
151. **Chọn phương án đúng 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……….được ghi trong hợp đồng lao động?**
152. Tiền lương, tiền làm thêm giờ.
153. Tiền lương, tiền công tháng, tiền làm thêm giờ.
154. Tiền lương, tiền công tháng.
155. Tiền lương, tiền công tháng, tiền thưởng.
156. **Chọn phương án đúng đối với người hưởng trợ cấp bảo hiểm thất nghiệp hằng tháng thì căn cứ để đóng bảo hiểm y tế là tiền?**
157. Tiền lương hang tháng trước khi thất nghiệp.
158. Tiền lương và phụ cấp của tháng trước khi thất nghiệp.
159. Tiền trợ cấp thất nghiệp hàng tháng.
160. Không có phương án nào đúng.
161. **Chọn phương án đúng đối với người hưởng trợ cấp mất sức lao động hng tháng thì căn cứ để đóng bảo hiểm y tế là tiền?**
162. Trợ cấp mất sức lao động hằng tháng.
163. Bằng 60% tiền trợ cấp mất sức lao động hằng tháng.
164. Bằng 70% tiền trợ cấp mất sức lao động hằng tháng.
165. Bằng 90% tiền trợ cấp mất sức lao động hằng tháng.
166. **Chọn câu trả lời sai các trường hợp không được hưởng BHYT**
167. Khám bệnh, chữa bệnh nghiện ma túy, nghiện rượu hoặc chất gây nghiện khác.
168. Điều trị lác, cận thị và tật khúc xạ của mắt, trừ trường hợp trẻ em dưới 6 tuổi
169. Khám chữa bệnh phục hồi chức năng.
170. Sử dụng dịch vụ thẩm mỹ.
171. **Xác định phương án đúng về trường hợp không được hưởng bảo hiểm y tế.**
172. Tham gia thử nghiệm lâm sàng, nghiên cứu khoa học.
173. Khám bệnh, chữa bệnh phục hồi chức năng.
174. Khám thai định kỳ, sinh con.
175. Điều trị lác, cận thị và tật khúc xạ của mắt của trẻ dưới 6 tuổi.
176. **Cơ sở khám bệnh, chữa bệnh có bao nhiêu trách nghiệm.**
177. 8
178. 5
179. 7
180. 6
181. **Tổ chức đại diện người lao động và tổ chức đại diện người sử dụng lao động có bao nhiêu quyền.**
182. 20
183. 10
184. 2
185. 12
186. **Trường hợp thẻ em dưới 06 tuổi tham gia BHYT thì thời gian sử dụng thẻ là bao lâu?**
     1. Được dùng đến ngày trẻ đủ 36 tháng tuổi.
     2. Được dùng đến ngày trẻ đủ 60 tháng tuổi.
     3. Được dùng đến khi trẻ vào lớp một.
     4. Được dùng đến ngày trẻ đủ 72 tháng tuổi. Trường hợp trẻ em sinh trước ngày 30/9 của năm đủ 72 tháng tuổi thì sẽ được sử dụng thẻ BHYT đến ngày 30/9 của năm đó.
187. **Mức đóng BHYT của cán bộ, công chức, viên chức căn cứ trên mức lương nào?**
     1. Mức lương cơ sở.
     2. Mức lương tối thiểu vùng.
     3. Tiền lương tháng theo ngạch bậc, cấp quân hàm và các khoản phụ cấp chức vụ, phụ cấp thâm niên vượt khung, phụ việc theo HĐLĐ có thời hạn.
     4. 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 (tiền lương tháng), tiền lương hưu, tiền trợ cấp hoặc mức lương cơ sở.
188. **Người đang hưởng lương hưu đóng BHYT trên mức lương nào?**
     1. Tiền lương hưu hàng tháng.
     2. Mức lương cơ sở.
     3. Mức lương tối thiểu vùng.
     4. Tiền lương tháng theo ngạch bậc, cấp quân hàm và các khoản phụ cấp chức vụ, phụ cấp thâm niên vượt khung, phụ việc theo HĐLĐ có thời hạn trước khi nghỉ hưu.
189. **Người tham gia BHYT theo hộ gia đình đóng BHYT trên mức lương nào?**
     1. Tiền lương tháng theo ngạch bậc, cấp quân hàm và các khoản phụ cấp chức vụ, phụ cấp thâm niên vượt khung, phụ việc theo HĐLĐ có thời hạn trước khi nghỉ hưu.
     2. Mức lương tối thiểu vùng.
     3. Mức lương cơ sở.
     4. Mức lương thực tế hàng tháng.
190. **Thời hạn cấp lại thẻ BHYT theo quy định của luật BHYT là bao nhiêu ngày?**
     1. Trong thời hạn 3 ngày làm việc, kể từ ngày nhận được đơn đề nghị cấp lại thẻ, tổ chức bảo hiểm y tế phải cấp lại thẻ cho người tham gia bảo hiểm y tế.
     2. Trong thời hạn 5 ngày làm việc, kể từ ngày nhận được đơn đề nghị cấp lại thẻ, tổ chức bảo hiểm y tế phải cấp lại thẻ cho người tham gia bảo hiểm y tế.
     3. Trong thời hạn 7 ngày làm việc, kể từ ngày nhận được đơn đề nghị cấp lại thẻ, tổ chức bảo hiểm y tế phải cấp lại thẻ cho người tham gia bảo hiểm y tế.
191. **Quỹ BHYT chi trả những chi phí nào cho người tham gia BHYT sau đây?**
     1. Khám sức khỏe tổng quát.
     2. Khám thai định kỳ.
     3. Giám định y khoa, giám định pháp y.
     4. Thử nghiệm lâm sàng, nghiên cứu khoa học.
192. **Đối tượng nào sau đây khám, chữa bệnh bằng BHYT đúng tuyến được hưởng 100% chi phí khám, chữa bệnh?**
     1. Người lao động làm việc theo hợp đồng lao động không xác định thời hạn, hợp đồng lao động có thời hạn từ đủ 3 tháng trở lên; người lao động là người quản lý doanh nghiệp hưởng tiền lương; cán bộ, công chức, viên chức.
     2. Người đang hưởng trợ cấp bảo hiểm xã hội hằng tháng do bị tai nạn lao động, bệnh nghề nghiệp hoặc mắc bệnh thuộc danh mục bệnh cần chữa trị dài ngày; người từ đủ 80 tuổi trở lên đang hưởng trợ cấp tuất hằng tháng.
     3. Học sinh, sinh viên.
     4. Người có công với cách mạng, cựu chiến binh.
193. **A đăng ký khám, chữa bệnh ban đầu theo BHYT tại bệnh viện Quận 3, TP.HCM. Trường hợp nào A bị xem là khám, chữa bệnh BHYT trái tuyến?**
     1. Khám chữa bệnh tại bệnh viện quận Phú Nhuận.
     2. Phẫu thuật tại bệnh viện Chợ rẫy (BV tuyến trung ương) theo giấy chuyển tuyến từ bệnh viện Quận 3.
     3. Tự đi khám bệnh tại Bệnh viện Gia Định (BV tuyến tỉnh).
     4. Khám chữa bệnh tại bệnh viện quận 3.
194. **Trường hợp khám, chữa bệnh BHYT trái tuyến năm 2024 thì được hưởng bao nhiêu % chi phí BHYT?**
     1. 60% chi phí điều trị nội trú tại bệnh viện tuyến tỉnh, 40% chi phí điều trị nội trú tại bệnh viện tuyến trung ương.
     2. 50% chi phí điều trị nội trú tại bệnh viện tuyến tỉnh, 40% chi phí điều trị nội trú tại bệnh viện tuyến trung ương.
     3. 80% chi phí điều trị nội trú tại bệnh viện tuyến tỉnh, 40% chi phí điều trị ngoại trú tại bệnh viện tuyến trung ương.
     4. 100% chi phí điều trị nội trú tại bệnh viện tuyến tỉnh, 40% chi phí điều trị nội trú tại bệnh viện tuyến trung ương.
195. **Điều trị ngoại trú trái tuyến tuyến tỉnh được hưởng BHYT bao nhiêu?**
     1. 80% chi phí khám chữa bệnh theo mức quyền lợi.
     2. 80% chi phí khám chữa bệnh theo mức quyền lợi.
     3. 100% chi phí khám chữa bệnh theo mức quyền lợi.
     4. 0 % chi phí khám chữa bệnh theo mức quyền lợi.
196. **Trường hợp nào sau đây thì bị Phạt tiền từ 500.000 đồng đến 1.000.000 theo điều 95 Nghị Định số 117/2020/NĐ-CP ngày 28 tháng 9 năm 2020:**
     1. Hành vi gửi báo cáo quyết toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế chậm hơn thời gian quy định dưới 05 ngày làm việc.
     2. Hành vi gửi báo cáo quyết toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế chậm hơn thời gian quy định dưới 04 ngày làm việc.
     3. Hành vi gửi báo cáo quyết toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế chậm hơn thời gian quy định từ 05 ngày làm việc đến dưới 20 ngày.
     4. gửi báo cáo quyết toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế chậm hơn thời gian quy định từ 20 ngày trở lên.
197. **Phạt tiền đối với hành vi cho người khác mượn thẻ bảo hiểm y tế hoặc sử dụng thẻ bảo hiểm y tế của người khác trong khám bệnh, chữa bệnh theo một trong các mức sau đây:**
     1. Từ 500.000 đồng đến 1.000.000 đồng đối với trường hợp vi phạm làm thiệt hại đến quỹ bảo hiểm y tế.
     2. Từ 1.000.000 đồng đến 2.000.000 đồng đối với trường hợp vi phạm làm thiệt hại đến quỹ bảo hiểm y tế.
     3. Từ 2.000.000 đồng đến 4.000.000 đồng đối với trường hợp vi phạm làm thiệt hại đến quỹ bảo hiểm y tế.
     4. Từ 3.000.000 đồng đến 5.000.000 đồng đối với trường hợp vi phạm làm thiệt hại đến quỹ bảo hiểm y tế.
198. **Vi phạm quy định về lập hồ sơ bệnh án, kê đơn thuốc bảo hiểm y tế theo Điều 84 Nghị Định số 117/2020/NĐ-CP, hành vi nào thì bị** **phạt tiền từ 200.000 đồng đến 500.000 đồng.** 
     1. Lập hồ sơ bệnh án, kê đơn thuốc mà thực tế không có hoặc không đúng người bệnh với mức vi phạm có giá trị dưới 600.000 đồng.
     2. Lập hồ sơ bệnh án, kê đơn thuốc mà thực tế không có hoặc không đúng người bệnh với mức vi phạm có giá trị dưới 2.000.000 đồng.
     3. Lập hồ sơ bệnh án, kê đơn thuốc mà thực tế không có hoặc không đúng người bệnh với mức vi phạm có giá trị dưới 1.000.000 đồng.
     4. Lập hồ sơ bệnh án, kê đơn thuốc mà thực tế không có hoặc không đúng người bệnh với mức vi phạm có giá trị dưới 2.000.000 đồng.
199. **Vi phạm quy định về xác định quyền lợi trong khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế không đúng với thông tin trên thẻ bảo hiểm y tế Điều 90, Nghị Định số 117/2020/NĐ-CP, hành vi nào sau đây thì bị phạt tiền từ 200.000 đồng đến 500.000 đồng.**
200. Hành vi xác định quyền lợi trong khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế không đúng với thông tin trên thẻ bảo hiểm y tế với mức vi phạm có giá trị dưới 1.000.000 đồng.
201. Hành vi xác định quyền lợi trong khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế không đúng với thông tin trên thẻ bảo hiểm y tế với mức vi phạm có giá trị dưới 1.500.000 đồng.
202. Hành vi xác định quyền lợi trong khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế không đúng với thông tin trên thẻ bảo hiểm y tế với mức vi phạm có giá trị dưới 2.000.000 đồng.
203. Hành vi xác định quyền lợi trong khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế không đúng với thông tin trên thẻ bảo hiểm y tế với mức vi phạm có giá trị dưới 2.500.000 đồng.
204. **Tỷ lệ đóng BHYT của người tham gia BHYT hộ gia đình hiện nay là.**
     1. Bằng 3% mức lương cơ sở/tháng.
     2. Bằng 4,5% mức lương cơ sở/tháng.
     3. Bằng 6% mức lương cơ sở/tháng.
     4. Bằng 1,5% mức lương cơ sở/tháng.
205. **Người tham gia BHYT được thay đổi nơi đăng ký KCB ban đầu.** 
     1. Cuối mỗi quý.
     2. Vào tháng đầu quý.
     3. Hàng tháng.
     4. Hàng năm.
206. **Điều kiện hưởng 100% chi phí khám, chữa bệnh của người tham gia BHYT hộ gia đình**
     1. Tham gia BHYT đủ 5 năm liên tục.
     2. Có chi phí KCB đồng chi trả lớn hơn 6 tháng lương cơ sở.
     3. Người bệnh có thời gian tham gia BHYT 5 năm liên tục trở lên và có số tiền cùng chi trả chi phí KCB trong năm lớn hơn 6 tháng lương cơ sở, trừ trường hợp tự đi KCB không đúng tuyến.
     4. Trong năm tài chính có chi phí KCB đồng chi trả lớn hơn 6 tháng lương cơ sở.
207. **Mức thanh toán trực tiếp khi đi khám chữa bệnh nội trú tại bệnh viện tuyến tỉnh không có hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh BHYT.**
     1. 0,5 lần mức lương cơ sở (hiện tại là 900.000 đồng).
     2. 01 lần mức lương cơ sở (hiện tại là 1.800.000 đồng).
     3. 2,5 lần mức lương cơ sở (hiện tại là 4.500.000 đồng).
     4. 3 lần mức lương cơ sở (hiện tại là 5.400.000 đồng).
208. **Các hình thức tham gia Bảo hiểm y tế ở Việt Nam là?**
209. Tham gia BHYT theo hình thức Tự nguyện.
210. Tham gia BHYT theo hình thức Bắt buộc.
211. Vừa tham gia theo hình thức bắt buộc vừa tham gia theo hình thức tự nguyện.
212. Không tham gia BHYT do Nhà nước tổ chức mà chỉ tham gia BHYT do tổ chức và tư nhân thực hiện vì mục đích lợi nhuận.
213. **Chọn câu trả lời sai. Nguyên tắc bảo hiểm y tế là….**
214. Mức đóng BHYT được xác định theo tỷ lệ phần trăm của tiền lương tháng.
215. Tham gia BHYT theo hình thức tự nguyện.
216. Chi phí khám bệnh, chữa bệnh BHYT do quỹ BHYT.
217. Quỹ BHYT được quản lý tập trung, thống nhất.
218. **Chọn câu trả lời sai. Bộ Lao động- Thương binh và Xã hội có trách nhiệm chỉ đạo, hướng dẫn việc xác định đối tượng.**
219. Người sinh sống tại xã đảo, huyện đảo.
220. Người thuộc hộ gia đình nông nghiệp, lâm nghiệp, ngư nghiệp, diêm nghiệp có mức sống trung bình.
221. Người thuộc hộ gia đình.
222. Người thuộc hộ gia đình cận nghèo.
223. **Chọn câu trả lời sai. Bộ Giáo dục và Đào tạo có trách nhiệm chỉ đạo, hướng dẫn việc xác định, quản lý đối tượng.**
224. Học sinh.
225. Sinh viên.
226. Trẻ em đang học mẫu giáo.
227. Công chức, viên chức.
228. **Chọn câu trả lời sai. Bộ Công an có trách nhiệm chỉ đạo, hướng dẫn việc xác định, quản lý các đối tượng.**
229. Sỹ quan đang công tác trong lực lượng Công an nhân dân.
230. Chiến sỹ nghĩa vụ trong lực lượng Công an nhân dân.
231. Sinh viên hệ dân sự đang học tập tại trường Công an nhân dân.
232. Anh, chị em ruột của sỹ quan Công an nhân dân.
233. **Chọn câu trả lời sai. Uỷ ban nhân dân xã, phường, thị trấn có trách nhiệm.**
234. Chỉ đạo, tổ chức triển khai thực hiện chính sách, pháp luật về BHYT.
235. Thanh tra, kiểm tra, xử lý vi phạm về BHYT.
236. Lập danh sách tham gia BHYT trên địa bàn theo hộ gia đình.
237. Đảm bảo kinh phí đóng BHYT cho các đối tượng được ngân sánh nhà nước đóng trên địa bàn xã, phường quản lý.
238. **Chọn câu trả lời sai. Đối tượng được tổ chức bảo hiểm xã hội đóng BHYT là.**
239. Người từ đủ 80 tuổi trở lên đang hưởng trợ cấp tuất hàng tháng.
240. Cán bộ xã, phường, thị trấn đã nghỉ việc đang hưởng trợ cấp hàng tháng từ ngân sách nhà nước.
241. Người đang hưởng trợ cấp thất nghiệp.
242. Người lao động nghỉ chế độ thai sản.
243. **Chọn câu trả lời sai. Thân nhân của người có công với cách mạng được ngân sách. nhà nước mua thẻ BHYT là:**
244. Con từ trên 6 tuổi đến dưới 18 tuổi.
245. Con từ đủ 18 tuổi trở lên đang đi học.
246. Con 30 tuổi bị khuyết tật nặng.
247. Con trên 18 tuổi.
248. **Chọn câu trả lời đúng. Đối tượng được tham gia BHYT theo hộ gia đình gồm:**
249. Chồng là công nhân.
250. Vợ là nội trợ.
251. Bà nội đã nghỉ hưu.
252. Con đang học mẫu giáo.
253. **Chọn câu trả lời đúng. Mức đóng của các thành viên tham gia BHYT theo hộ gia đình:**
254. Người thứ hai bằng 80% người thứ nhất.
255. Người thứ ba bằng 60% người thứ nhất.
256. Người thứ tư bằng 40% người thứ nhất.
257. Người thứ năm bằng 30% người thứ nhất.
258. **Chọn câu trả lời sai. Các đối tượng không đóng BHYT nhưng vẫn được coi là tham gia BHYT bao gồm:**
259. Người lao động đi lao động tại nước ngoài.
260. Người lao động nghỉ không lương 4 tháng trong năm tài chính.
261. Người lao động trong thời gian nghỉ việc hưởng chế độ ốm đau từ 14 ngày trở lên trong tháng.
262. Người lao động trong thời gian làm thủ tục chờ hưởng trợ cấp thất nghiệp.
263. **Chọn câu trả lời đúng. Người thuộc hộ gia đình tham gia BHYT lần đầu được cấp thẻ BHYT có giá trị sử dụng:**
264. Kể từ ngày đóng.
265. Sau 10 ngày, kể từ ngày đóng.
266. Sau 20 ngày, kể từ ngày đóng.
267. Sau 30 ngày, kể từ ngày đóng.
268. **Chọn câu trả lời sai. Đối tượng không phải cùng chi trả chi phí khám bệnh, chữa bệnh là:**
269. Đại biểu Quốc hội đương nhiệm.
270. Thân nhân liệt sĩ.
271. Cựu chiến binh.
272. Người sinh sống tại xã đảo, huyện đảo.
273. **Chọn câu trả lời đúng. Đối tượng không được hưởng 100% chi phí thuốc, kể cả thuốc quy định thanh toán theo tỷ lệ là:**
274. Thương binh loại B.
275. Học viên cơ yếu hưởng sinh hoạt phí từ ngân sách nhà nước.
276. Trẻ em trên 72 tháng tuổi nhưng chưa đến kỳ nhập học.
277. Người đang hưởng lương hưu, trợ cấp mất sức lao động hàng tháng.
278. **Chọn câu trả lời đúng. Các trường hợp đi khám chữa bệnh được coi là khám chữa bệnh trái tuyến:**
279. Tự đi khám chữa bệnh tại bệnh viện huyện trong địa bàn tỉnh.
280. Tự đi khám chữa bệnh tại các bệnh viện tuyến tỉnh trong địa bàn tỉnh.
281. Tự đi khám chữa bệnh nội trú tại bệnh viện tuyến trung ương đối với người dân tộc thiểu số sinh sống tại vùng khó khăn.
282. Tự đi khám chữa bệnh nội trú tại bệnh viện tuyến tỉnh đối với người sinh sống tại xã đảo.
283. **Chọn câu trả lời đúng. Đối tượng phải cùng chi trả 5% chi phí khám bệnh, chữa bệnh là:**
284. Thân nhân người hoạt động kháng chiến bị nhiễm chất độc hóa học suy giảm khả năng lao động 81%.
285. Người phục vụ người hoạt động kháng chiến bị nhiễm chất độc hóa học suy giảm khả năng lao động 81%.
286. Người sinh sống tại vùng kinh tế - xã hội đặc biệt khó khan.
287. Cán bộ xã phường đã nghỉ việc đang hưởng trợ cấp hằng tháng từ ngân sách nhà nước.
288. **Chọn câu trả lời đúng. Đối tượng không phải cùng chi trả 20% chi phí khám bệnh, chữa bệnh là:**
289. Thân nhân quân nhân.
290. Người đã hiến bộ phận cơ thể.
291. Người đang hưởng trợ cấp thất nghiệp.
292. Vợ liệt sỹ.
293. **Chọn câu trả lời đúng. Đối tượng không được hưởng chi phí vận chuyển trong trường hợp cấp cứu và chuyển tuyến chuyên môn kỹ thuật từ tuyến huyện trở lên là:**
294. Thân nhân liệt sĩ.
295. Hạ sỹ quan, binh sỹ đang tại ngũ.
296. Cựu chiến binh.
297. Người thuộc hộ gia đình cận nghèo.
298. **Chọn câu trả lời sai. Các đối tượng được chăm sóc sức khỏe ban đầu là:**
299. Học sinh, sinh viên.
300. Người lao động tại các cơ quan, Doanh nghiệp.
301. Trẻ em đang học tại trường mẫu giáo.
302. Người cao tuổi.
303. **Chọn câu trả lời đúng. Phương thức thanh toán chi phí khám chữa bệnh BHYT đang được áp dụng phổ biến nhất tại Việt Nam là:**
304. Thanh toán theo giá dịch vụ có trần.
305. Thanh toán theo định suất.
306. Thanh toán theo trường hợp bệnh.
307. Cả 3 phương thức trên.
308. **Chọn câu trả lời đúng. Trường hợp không được cơ quan BHXH xem xét thanh toán trực tiếp chi phí khám chữa bệnh:**
309. Khám chữa bệnh không xuất trình thẻ BHYT.
310. Khám chữa bệnh không xuất trình Giấy tờ tùy thân có ảnh.
311. Khám chữa bệnh tại cơ sở y tế không có hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh BHYT.
312. Khám chữa bệnh ở nước ngoài.
313. **Chọn câu trả lời sai. Mức thanh toán trực tiếp cho người bệnh khi khám chữa bệnh tại cơ sở y tế không ký hợp đồng khám chữa bệnh bảo hiểm y tế**
314. 270.000 đồng khi điều trị ngoại trú tại cơ sở y tế tuyến huyện.
315. 120.000 đồng khi điều trị ngoại trú tại cơ sở y tế tuyến tỉnh.
316. 900.000 đồng khi điều trị nội trú tại cơ sở y tế tuyến huyện.
317. 1.800.000 đồng khi điều trị nội trú tại cơ sở y tế tuyến tỉnh.
318. **Chọn câu trả lời đúng. Thời gian tối đa người bệnh có thẻ BHYT nhận được tiền thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh trực tiếp là:**
319. 30 ngày.
320. 40 ngày.
321. 50 ngày.
322. 60 ngày.
323. **Chọn câu trả lời sai. Phạm vi quyền lợi được hưởng BHYT là:**
324. Khám chữa bệnh do tự tử, tự gây thương tích.
325. Khám, chữa bệnh do HIV.
326. Khám, chữa bệnh xơ gan do nghiện rượu.
327. Khám sàng lọc, chẩn đoán sớm một số bệnh.
328. **Chọn câu trả lời sai. Các trường hợp không được hưởng BHYT là:**
329. Khám chữa bệnh nghiện rượu, chất ma túy.
330. Khám, chữa bệnh do tai nạn lao động.
331. Khám chữa bệnh trong trường hợp thảm họa.
332. Điều trị lác, cận thị của học sinh.
333. **Chọn câu trả lời sai. Hồ sơ ký hợp đồng khám chữa bệnh bảo hiểm y tế đối với Phòng khám đa khoa tư nhân ký hợp đồng lần đầu bao gồm:**
334. Công văn đề nghị ký hợp đồng của cơ sở y tế .
335. Giấy phép hoạt động của cơ sở y tế.
336. Hợp đồng thuê địa điểm.
337. Quyết định tuyến chuyên môn kỹ thuật.
338. **Chọn câu trả lời sai. Thủ tục khám chữa bệnh BHYT trong thời gian đi công tác bao gồm:**
339. Thẻ BHYT .
340. Giấy công tác.
341. Chứng minh nhân dân.
342. Giấy xác nhận của cơ quan quản lý.
343. **Chọn câu trả lời sai. Thủ tục KCB trong đối với trẻ em dưới 6 tuổi chưa được cấp thẻ BHYT là:**
344. Giấy khai sinh.
345. Giấy chứng sinh.
346. Hồ sơ bệnh án có xác nhận của giám đốc bệnh viện và cha/mẹ trẻ.
347. Giấy xác nhận của UBND cấp xã.
348. **Chọn câu trả lời sai. Nhiệm vụ của bộ phận giám định tại cơ sở khám chữa bệnh là:**
349. Giám định xuất, nhập, tồn thuốc, vật tư y tế.
350. Giám định hồ sơ thanh toán khám bệnh, chữa bệnh ngoại trú.
351. Giám định hồ sơ thanh toán khám bệnh, chữa bệnh nội trú.
352. Phối hợp với cơ sở y tế để KCB cho người có thẻ BHYT.
353. **Chọn câu trả lời sai. Cơ sở khám chữa bệnh BHYT ban đầu tuyến huyện và tương đương bao gồm:**
354. Bệnh viện chuyên khoa tư nhân tương đương hạng III.
355. Bệnh viện chuyên khoa hạng II có Phòng khám đa khoa.
356. Bệnh viện đa khoa tư nhân chưa xếp hạng.
357. Bệnh viện quân y chưa xếp hạng.
358. **Chọn câu trả lời đúng. Các đối tượng được hưởng chi phí vận chuyển trong các trường hợp sau:**
359. Chuyển người bệnh từ tuyến huyện lên tuyến trên trong trường hợp cấp cứu.
360. Chuyển người bệnh từ tuyến trên về tuyến dưới khi điều trị qua giai đoạn cấp cứu, tình trạng bệnh đã thuyên giảm.
361. Chuyển tuyến theo yêu cầu của người bệnh.
362. Chuyển người bệnh giữa các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh trong cùng tuyến.
363. **Chọn câu trả lời sai. Các bệnh được sử dụng Giấy chuyển tuyến trong năm dương lịch:**
364. Suy tim.
365. Tăng huyết áp.
366. Đái tháo đường.
367. Hen phế quản.
368. **Chọn câu trả lời sai. Quỹ khám bệnh, chữa bệnh được sử dụng để:**
369. Chi trả chi phí KCB thuộc phạm vi được hưởng của người tham gia BHYT.
370. Trích chăm sóc sức khỏe ban đầu cho học sinh, sinh viên tham gia BHYT.
371. Trích chăm sóc sức khỏe ban đầu cho người lao động tham gia BHYT.
372. Để chi trả lương cho cán bộ y tế thực hiện công tác chăm sóc sức khỏe ban đầu.
373. **Chọn câu trả lời đúng. Quỹ BHYT dự phòng được sử dụng để:**
374. Trích chuyển 20% kinh phí cho tỉnh, thành phố có kết dư.
375. Bổ sung nguồn kinh phí khám bệnh, chữa bệnh BHYT cho cơ sở y tế vượt trần đa tuyến đến.
376. Bổ sung nguồn kinh phí khám bệnh, chữa bệnh BHYT cho cơ sở y tế vượt quỹ khám chữa bệnh.
377. Bổ sung nguồn kinh phí khám bệnh, chữa bệnh BHYT cho tỉnh, thành phố bị bội chi.
378. **Chọn câu trả lời đúng. Trong phương thức thanh toán theo định suất, quỹ định suất được xác định theo:**
379. Nhóm đối tượng tham gia BHYT.
380. Tuyến chuyên môn kỹ thuật và số thẻ đăng ký khám chữa bệnh ban đầu tại cơ sở y tế.
381. Hạng bệnh viện.
382. Hạng bệnh viện và số thẻ đăng ký khám chữa bệnh ban đầu tại cơ sở y tế.
383. **Chọn câu trả lời sai. Hồ sơ thanh toán chi phí KCB trực tiếp gồm:**
384. Giấy đề nghị thanh toán trực tiếp chi phí KCB.
385. Giấy ra viện hoặc chỉ định của Thầy thuốc và đơn thuốc.
386. Bản chính các chứng từ, hóa đơn hợp lệ và các giấy tờ khác theo quy định.
387. Giấy giới thiệu của cơ quan, đơn vị quản lý.
388. **Chọn câu trả lời sai. Điều kiện trích chuyển kinh phí chăm sóc sức khỏe ban đầu:**
389. Cán bộ hợp đồng trình độ trung cấp y.
390. Cán bộ chuyên trách trình độ y sỹ đa khoa.
391. Có phòng y tế riêng.
392. Có cán bộ chuyên trách có trình độ sơ cấp y.
393. **Chọn câu trả lời sai. Đối với cơ sở ký hợp đồng lần đầu, một bộ hồ sơ ký hợp đồng KCB BHYT gồm:**
394. Công văn đề nghị ký hợp đồng KCB BHYT.
395. Giấy phép hoạt động của cơ sở KCB.
396. Quyết định phân hạng bệnh viện của cơ sở KCB.
397. Giấy phép kinh doanh của cơ sở KCB.
398. **Chọn câu trả lời sai. Trách nhiệm của Bộ Y tế về BHYT:**
399. Xây dựng chính sách pháp luật về BHYT.
400. Xây dựng chiến lược, quy hoạch tổng thể phát triển BHYT.
401. Ban hành quy định chuyên môn kỹ thuật, quy trình KCB và hướng dẫn điều trị.
402. Thanh tra, kiểm tra việc thực hiện các quy định của pháp luật về chế độ tài chính đối với BHYT.
403. **Chọn câu trả lời sai. Trách nhiệm của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh BHYT?**
404. Cung cấp bảng kê chi phí khám bệnh, chữa bệnh cho người tham gia BHYT.
405. Quản lý, sử dụng kinh phí KCB từ quỹ bảo hiểm y tế.
406. Yêu cầu tổ chức bảo hiểm y tế cung cấp kinh phí tuyên truyền về chính sách BHYT.
407. Thu hồi, tạm giữ thẻ bảo hiểm y tế.
408. **Chọn câu trả lời sai. Quyền của người tham gia BHYT?**
409. Yêu cầu tổ chức BHYT, cơ quan nhà nước có thẩm quyền giải thích, cung cấp thông tin về chế độ BHYT.
410. Tố cáo hành vi vi phạm pháp luật về BHYT.
411. Đóng BHYT đầy đủ, đúng thời hạn.
412. Được tổ chức BHYT thanh toán chi phí khám chữa bệnh
413. **Chọn câu trả lời sai. Đơn vị sử dụng lao động không đóng BHYT thì bị xử lý:**
414. Phải đóng đủ số tiền chưa đóng.
415. Nộp số tiền lãi trong thời gian không đóng.
416. Cơ quan BHXH trích tiền từ tài khoản của đơn vị vào tài khoản của quỹ BHYT.
417. Hoàn trả chi phí khám chữa bệnh cho người lao động trong thời gian chưa có thẻ BHYT.
418. **Theo quy định tại Điều 32 Luật BHYT thì cơ sở KCB có ký hợp đồng KCB BHYT sẽ được cơ quan BHXH tạm ứng kinh phí KCB hàng quý bằng:**
     1. 90% chi phí KCB BHYT phát sinh của quý trước.
     2. 50% chi phí KCB BHYT phát sinh của quý trước.
     3. 80% chi phí KCB BHYT phát sinh của quý trước.
     4. 100% chi phí KCB BHYT phát sinh của quý trước.
419. **Với chi phí khám, chữa bệnh cho 1 đợt điều trị thấp hơn bao nhiêu % lương cơ sở (1.800.000 đồng) thì người bệnh được miễn cùng chi trả?**
     1. 10%.
     2. 15%.
     3. 25%.
     4. 30%.
420. **Thời hạn sử dụng thẻ BHYT của trẻ em dưới 6 tuổi (sinh trước 30 tháng 9) là bao lâu?**
     1. Được dùng đến ngày trẻ đủ 25 tháng tuổi.
     2. Được dùng đến ngày trẻ đủ 40 tháng tuổi.
     3. Được dùng hết ngày 30 tháng 9 của năm trẻ đủ 72 tháng tuổi.
     4. Được dùng đến ngày trẻ đủ 70 tháng tuổi.
421. **Để biết một dịch vụ kỹ thuật được Bộ Y tế phân tuyến chuyên môn kỹ thuật nào (tuyến 1, tuyến 2, tuyến 3 hay tuyến 4), anh/chị tra cứu Thông tư nào?**
422. Thông tư 43/2023/TT-BYT ngày 11/12/2013.
423. Thông tư 43/2023/TT-BYT ngày 11/12/2013; Thông tư 21/2017/TT-BYT ngày 10/05/2017.
424. Thông tư 50/2014/TT-BYT ngày 26/11/2014.
425. Thông tư 43/2023/TT-BYT ngày 11/12/2013; Thông tư 50/2014/TT-BYT ngày 26/11/2014 và Thông tư 21/2017/TT-BYT ngày 10/05/2017.
426. **Mức thanh toán chi phí vận chuyển người bệnh khi có chỉ định chuyển tuyến. Chọn câu đúng:**
     1. Nếu sử dụng phương tiện vận chuyển của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh chỉ định chuyển tuyến: Quỹ BHYT thanh toán chi phí vận chuyển chiều đi cho cơ sở khám bệnh, chữa bệnh đó.
     2. Mức thanh toán bằng 0,25 lít xăng/km tính theo khoảng cách thực tế giữa hai cơ sở khám bệnh, chữa bệnh và giá xăng tại thời điểm chuyển người bệnh.
     3. Nếu có nhiều hơn một người bệnh cùng được vận chuyển trên một phương tiện thì mức thanh toán cũng chỉ được tính như đối với vận chuyển một người bệnh.
     4. Nếu không sử dụng phương tiện vận chuyển của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh thì cơ quan BHXH có trách nhiệm thanh toán khoản chi này trực tiếp cho người bệnh sau khi chuyển tuyến.
427. **Để biết một kỹ thuật phẫu thuật/thủ thuật được Bộ Y tế phân loại gì (Loại Đặc biệt, loại I, loại II hay loại III), các anh/chị tra cứu Thông tư nào?**
428. Thông tư 43/2023/TT-BYT ngày 11/12/2013.
429. Thông tư 43/2023/TT-BYT ngày 11/12/2013; Thông tư 21/2017/TT-BYT ngày 10/05/2017.
430. Thông tư 50/2014/TT-BYT ngày 26/11/2014.
431. Thông tư 43/2023/TT-BYT ngày 11/12/2013; Thông tư 50/2014/TT-BYT ngày 26/11/2014 và Thông tư 21/2017/TT-BYT ngày 10/05/2017.
432. **Các hình thức chuyển tuyến người bệnh gồm:**
433. Chuyển người bệnh từ tuyến dưới lên tuyến trên, chuyển người bệnh từ tuyến trên về tuyến dưới.
434. Chuyển người bệnh từ tuyến trên về tuyến dưới, chuyển người bệnh giữa các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh trong cùng tuyến.
435. Chuyển người bệnh giữa các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh trong cùng tuyến.
436. Chuyển người bệnh từ tuyến trên về tuyến dưới; Chuyển người bệnh giữa các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh trong cùng tuyến; Chuyển người bệnh từ tuyến dưới lên tuyến trên.
437. **Hồ sơ ký hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế gồm các giấy tờ sau đây, ngoại trừ:**
438. Công văn đề nghị ký hợp đồng của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh.
439. Bản sao giấy phép hoạt động khám bệnh, chữa bệnh do cơ quan nhà nước có thẩm quyền cấp cho cơ sở khám bệnh, chữa bệnh.
440. Bản chụp có đóng dấu của cơ sở đối với quyết định phân hạng bệnh viện của cấp có thẩm quyền (nếu có).
441. Văn bằng, bằng cấp chuyên môn của tất cả người hành nghề tại cơ sở khám, chữa bệnh.
442. **Cơ sở khám bệnh, chữa bệnh chuyển người bệnh từ tuyến trên về tuyến dưới phù hợp khi:**
443. Khi người bệnh đã được chẩn đoán, được điều trị qua giai đoạn cấp cứu, xác định tình trạng bệnh đã thuyên giảm, có thể tiếp tục điều trị ở tuyến dưới.
444. Tuyến trên quá tải, cần giải tỏa người bệnh đi nơi khác để giảm tải.
445. Khi bệnh viện tuyến trên sắp vượt tổng mức thanh toán, cần chuyển người bệnh về tuyến dưới để giảm chi phí thanh toán BHYT ở tuyến trên.
446. Người bệnh và thân nhân có yêu cầu.
447. **Trong thời hạn bao nhiêu ngày, kể từ ngày nhận đủ hồ sơ hợp lệ (theo ngày ghi trên dấu công văn đến), cơ quan bảo hiểm xã hội phải thực hiện xong việc xem xét hồ sơ và ký hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh BHYT?**
448. 15 ngày làm việc.
449. 20 ngày làm việc.
450. 30 ngày.
451. 45 ngày.
452. **Hồ sơ đề nghị thanh toán trực tiếp chi phí khám bệnh, chữa bệnh giữa cơ quan bảo hiểm xã hội và người tham gia bảo hiểm y tế bao gồm. Chọn câu đúng nhất:**
     1. Thẻ bảo hiểm y tế, giấy chứng minh nhân thân, Phiếu khám bệnh hoặc sổ khám bệnh của lần khám bệnh, chữa bệnh đề nghị thanh toán; bảng kê chi phí khám, chữa bệnh BHYT.
     2. Giấy ra viện, phiếu khám bệnh hoặc sổ khám bệnh của lần khám bệnh, chữa bệnh đề nghị thanh toán, Hóa đơn và các chứng từ có liên quan.
     3. Thẻ bảo hiểm y tế, giấy chứng minh nhân thân, Giấy ra viện, phiếu khám bệnh hoặc sổ khám bệnh của lần khám bệnh, chữa bệnh đề nghị thanh toán; hóa đơn và các chứng từ liên quan.
     4. Hóa đơn và các chứng từ có liên quan.
453. **Thẩm quyền ký Giấy chuyển tuyến quy định tại Thông tư 14/2014/TT-BYT:**
454. Đối với cơ sở khám bệnh, chữa bệnh của Nhà nước: Người đứng đầu cơ sở khám bệnh, chữa bệnh hoặc người được người đứng đầu cơ sở khám bệnh, chữa bệnh ủy quyền ký giấy chuyển tuyến.
455. Đối với cơ sở khám bệnh, chữa bệnh tư nhân: Giám đốc điều hành của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh hoặc người được Giám đốc điều hành của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh ủy quyền ký giấy chuyển tuyến.
456. Trong phiên trực, bất kỳ bác sĩ trực nào trong tua trực cũng được quyền ký giấy chuyển tuyến đối với trường hợp cấp cứu.
457. Trong ngày, bác sĩ trực nào cũng được quyền ký giấy chuyển tuyến đối với trường hợp cấp cứu.
458. **Các khoản chi phí khám bệnh, chữa bệnh đối với trường hợp người tham gia bảo hiểm y tế đến khám bệnh, chữa bệnh trước ngày 01 tháng 01 nhưng ra viện kể từ ngày 01 tháng 01 thì thực hiện (chọn câu đúng):**
459. Trường hợp cơ sở khám bệnh, chữa bệnh tiếp tục ký hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế thì tính vào chi phí khám bệnh, chữa bệnh năm trước.
460. Trường hợp cơ sở khám bệnh, chữa bệnh không tiếp tục ký hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế thì tính vào chi phí khám bệnh, chữa bệnh năm sau.
461. Trường hợp cơ sở khám bệnh, chữa bệnh tiếp tục ký hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế thì tính vào chi phí khám bệnh, chữa bệnh năm sau.
462. Không thanh toán.
463. **Trường hợp nào được xác định là đúng tuyến khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế:**
464. Người có thẻ bảo hiểm y tế đăng ký khám bệnh, chữa bệnh ban đầu tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh tuyến xã hoặc phòng khám đa khoa hoặc bệnh viện tuyến huyện tự đến khám bệnh ngoại trú tại bệnh viên đa khoa tỉnh.
465. Người có thẻ bảo hiểm y tế đăng ký khám bệnh, chữa bệnh ban đầu tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh tuyến xã chuyển tuyến đến bệnh viện tỉnh, bao gồm cả các bệnh viện tỉnh đã được xếp hạng I, hạng II.
466. Người có thẻ bảo hiểm y tế đăng ký khám bệnh, chữa bệnh ban đầu tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh tuyến huyện tự đến khám và nhập viện tại bệnh viện tuyến trung ương.
467. Trường hợp người bệnh được chuyển tuyến khám bệnh, chữa bệnh có bệnh khác kèm theo, bệnh được phát hiện hoặc phát sinh ngoài bệnh đã ghi trên giấy chuyển tuyến, cơ sở khám bệnh, chữa bệnh nơi tiếp nhận người bệnh thực hiện việc khám bệnh, chữa bệnh đối với các bệnh đó trong phạm vi chuyên môn.
468. **Thời hạn có hiệu lực của hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế:**
469. Thời hạn của hợp đồng từ ngày 01 tháng 01 đến ngày 01 tháng 01 của năm sau, tối đa không quá 36 tháng
470. Thời hạn của hợp đồng từ ngày 01 tháng 01 đến hết ngày 01 tháng 01 của năm sau, tối đa không quá 24 tháng
471. Thời hạn của hợp đồng từ ngày 01 tháng 01 đến hết ngày 31 tháng 12 của năm, tối đa không quá 12 tháng.
472. Thời hạn của hợp đồng từ ngày 01 tháng 01 đến hết ngày 31 tháng 12 của năm, tối đa không quá 36 tháng.
473. **Về mức thanh toán trực tiếp, trường hợp người bệnh đến khám bệnh, chữa bệnh nội trú tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh tuyến tỉnh và tương đương không có hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế (trừ trường hợp cấp cứu), thanh toán theo chi phí thực tế trong phạm vi được hưởng và mức hưởng bảo hiểm y tế theo quy định nhưng tối đa không quá ….. lần mức lương cơ sở tại thời điểm ra viện. Chọn câu đúng:**
     1. 0.5
     2. 1.0
     3. 1.5
     4. 2.5
474. **Điều kiện để người bệnh được cấp Giấy xác nhận miễn cùng chi trả hiện nay?**
475. Người bệnh có thời gian tham gia BHYT từ đủ 5 năm liên tục trở lên, có số tiền cùng chi trả chi phí khám bệnh, chữa bệnh trong năm lớn hơn 3 tháng lương cơ sở.
476. Người bệnh có thời gian tham gia BHYT từ đủ 5 năm liên tục trở lên.
477. Người bệnh có thời gian tham gia BHYT từ đủ 5 năm liên tục trở lên, có số tiền cùng chi trả chi phí khám bệnh, chữa bệnh trong năm lớn hơn 6 tháng lương cơ sở.
478. Người bệnh đi KCB đúng tuyến, có thời gian tham gia BHYT từ đủ 5 năm liên tục trở lên, có số tiền cùng chi trả chi phí khám bệnh, chữa bệnh trong năm lớn hơn 6 tháng lương cơ sở.
479. **Điều kiện đăng ký khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế ban đầu đối với phòng khám đa khoa:**
480. Phải có ít nhất 02 chuyên khoa nội và ngoại.
481. Phải có ít nhất 02 chuyên khoa nội và nhi.
482. Phải có ít nhất 03 chuyên khoa: nội, ngoại và xét nghiệm.
483. Phải có đầy đủ 04 chuyên khoa gồm: nội,ngoại, sản, nhi.
484. **Trường hợp người bệnh đã được chuyển tuyến khám chữa bệnh nhưng chưa xác định chẩn đoán trong lần khám đầu và có chỉ định khám lại theo yêu cầu điều trị, người tham gia bảo hiểm y tế phải:**
485. Người bệnh về cơ sở khám chữa bệnh ban đầu xin lại giấy chuyển tuyến bổ sung cho lần khám sau.
486. Cơ sở khám chữa bệnh cấp Giấy hẹn khám lại cho người bệnh, người bệnh sử dụng cho lần tái khám theo hẹn thay cho Giấy chuyển tuyến.
487. Người bệnh phải chi trả dịch vụ do chỉ được hưởng chuyển tuyến 01 lần duy nhất.
488. Người bệnh không phải chi trả dịch vụ do chỉ được hưởng chuyển tuyến.
489. **Anh/chị hãy cho biết chính sách thông tuyến BHYT nội trú tuyến tỉnh được áp dụng từ ngày tháng năm nào?**
490. Ngày 01/01/2016.
491. Ngày 01/01/2020.
492. Ngày 01/01/2021.
493. Ngày 01/01/2022.
494. **Để tra cứu một dịch vụ kỹ thuật có quy định điều kiện thanh toán hay không, anh/chị tra cứu:**
495. Thông tư 35/2016/TT-BYT ngày 28/09/2016; Thông tư 50/2017/TT-BYT ngày 29/12/2017
496. Thông tư 20/2022/TT-BYT ngày 31/12/2022; Thông tư 35/2016/TT-BYT ngày 28/09/2016; Thông tư 50/2017/TT-BYT ngày 29/12/2017
497. Thông tư 35/2016/TT-BYT ngày 28/09/2016; Thông tư 50/2017/TT-BYT ngày 29/12/2017; Thông tư 13/2020/TT-BYT ngày 22/06/2020
498. Thông tư 35/2016/TT-BYT ngày 28/09/2016; Thông tư 50/2017/TT-BYT ngày 29/12/2017; Thông tư 13/2020/TT-BYT ngày 22/06/2020; Thông tư 20/2022/TT-BYT ngày 31/12/2022.
499. **Trường hợp giấy chuyển tuyến có giá trị sử dụng đến hết ngày 31 tháng 12 nhưng đợt điều trị nội trú chưa kết thúc thì:**
500. Cơ sở khám chữa bệnh yêu cầu người bệnh phải về xin giấy chuyển tuyến bổ sung từ ngày 01 tháng 01 năm liền kề
501. Người bệnh được sử dụng giấy chuyển tuyến đó đến hết đợt điều trị
502. Giải quyết bảo hiểm y tế cho đến hết ngày 31/12, từ ngày 01/01 người bệnh tự chi trả chi phí khám, chữa bệnh.
503. Giấy chuyển tuyến sẽ được tự động gia hạn, cơ sở y tế tra cổng thông tin thông tuyến để tải về giấy chuyển tuyến mới để người bệnh tiếp tục sử dụng.
504. **Hiện nay, trong trường hợp điều trị nội trú trái tuyến tại cơ sở khám chữa bệnh tuyến trung ương, người bệnh được thanh toán với mức:**
505. 40% chi phí khám bệnh theo mức quyền lợi của thẻ BHYT.
506. Được thanh toán 100% chi phí theo mức quyền lợi thẻ BHYT tương tự như khám chữa bệnh đúng tuyến theo chính sách thông tuyến.
507. Không được thanh toán chi phí khám bệnh ngoại trú.
508. Tùy cán bộ phụ trách của cơ sở khám chữa bệnh tuyến trung ương quyết định.
509. **Người bệnh đến khám bệnh tại Bệnh viện Truyền máu Huyết học,. Người bệnh trình ra 02 thẻ BHYT gồm thẻ:** [**BT2757523974903**](https://gdbhyt.baohiemxahoi.gov.vn/DanhSachHoSoKCB/ChiTiet?MaHS=2269051518&Vitri=2) **và thẻ** [**GD4757523968837**](https://gdbhyt.baohiemxahoi.gov.vn/DanhSachHoSoKCB/ChiTiet?MaHS=2269247973&Vitri=2)**, cả 2 thẻ đều còn hạn sử dụng. Người bệnh có đầy đủ Giấy tờ tùy thân và Giấy chuyển tuyến hợp lệ. Biết rằng thẻ** [**BT2757523974903**](https://gdbhyt.baohiemxahoi.gov.vn/DanhSachHoSoKCB/ChiTiet?MaHS=2269051518&Vitri=2) **có mức quyền lợi là 100%, thẻ** [**GD4757523968837**](https://gdbhyt.baohiemxahoi.gov.vn/DanhSachHoSoKCB/ChiTiet?MaHS=2269247973&Vitri=2) **có mức quyền lợi là 80%. An/chị hãy cho biết đợt khám này người bệnh được giải quyết BHYT như thế nào?**
     1. Không giải quyết BHYT vì người bệnh có 02 thẻ BHYT là vi phạm Luật BHYT.
     2. Giải quyết BHYT với mức hưởng 100% theo mức quyền lợi của thẻ [BT2757523974903](https://gdbhyt.baohiemxahoi.gov.vn/DanhSachHoSoKCB/ChiTiet?MaHS=2269051518&Vitri=2).
     3. Giải quyết BHYT với hưởng 80% theo mức quyền lợi của thẻ [GD4757523968837](https://gdbhyt.baohiemxahoi.gov.vn/DanhSachHoSoKCB/ChiTiet?MaHS=2269247973&Vitri=2).
     4. Chi phí dịch vụ kỹ thuật thanh toán theo mức hưởng 80%, chi phí thuốc thanh toán mức hưởng 100%.
510. **Trường hợp trẻ sinh trước ngày 30 tháng 9. Thẻ bảo hiểm y tế có giá trị sử dụng đến:**
511. Hết ngày cuối của tháng trẻ đủ 72 tháng tuổi.
512. Đến ngày trẻ em bắt đầu đi học.
513. Thẻ trẻ em không có quy định về thời hạn.
514. Đến 30/9 năm đi học.
515. **Người tham gia bảo hiểm y tế đăng ký khám bệnh, chữa bệnh ban đầu tại trạm y tế tuyến xã giáp ranh của tỉnh giáp ranh khi đến khám bệnh, chữa bệnh tại trạm y tế tuyến xã giáp ranh của tỉnh giáp ranh được quỹ bảo hiểm y tế thanh toán ở mức:**
516. 80% chi phí khám bệnh, chữa bệnh trong phạm vi được hưởng và mức hưởng quy định tại khoản 1 Điều 14 Nghị định 146/2018/NĐ-CP
517. 90% chi phí khám bệnh, chữa bệnh trong phạm vi được hưởng và mức hưởng quy định tại khoản 1 Điều 14 Nghị định 146/2018/NĐ-CP
518. 95% chi phí khám bệnh, chữa bệnh trong phạm vi được hưởng và mức hưởng quy định tại khoản 1 Điều 14 Nghị định 146/2018/NĐ-CP
519. 100% chi phí khám bệnh, chữa bệnh trong phạm vi được hưởng và mức hưởng quy định tại khoản 1 Điều 14 Nghị định 146/2018/NĐ-CP
520. **Bác sĩ Nguyễn Văn A ký hợp đồng lao động có thời hạn 12 tháng với Bệnh viện Truyền máu Huyết học. Anh/chị hãy cho biết mức đóng BHYT hàng tháng của BS Nguyễn Văn A là:**
521. 4,5% tiền lương tháng
522. 5% tiền lương tháng
523. 6.5% tiền lương tháng
524. 7.5% tiền lương tháng
525. **Trường hợp một người bệnh sinh năm 2018 được đưa đến khoa Cấp cứu của Bệnh viện Truyền máu Huyết học nhập viện trong tình trạng cấp cứu vào Chủ Nhật ngày 22/10/2023 mà không có bất kỳ giấy tờ nào xuất trình cho bệnh viện. Đến ngày 24/10/2023, gia đình người bệnh chỉ nộp bổ sung được bản photo Giấy khai sinh của người bệnh, ngày 25/10/2023, người bệnh được cho xuất viện. Anh/chị hãy cho biết trong đợt điều trị này, người bệnh được giải quyết BHYT như thế nào?**
526. Giải quyết BHYT theo chế độ thông tuyến tỉnh nội trú.
527. Giải quyết BHYT đúng tuyến theo chế độ cấp cứu.
528. Không giải quyết BHYT vì người bệnh không có thẻ BHYT và Giấy tờ tùy thân có ảnh.
529. Không giải quyết vì người bệnh không có thẻ BHYT và Giấy chuyển tuyến
530. **Người được hưởng 100% chi phí khám bệnh, chữa bệnh và không áp dụng giới hạn tỷ lệ thanh toán thuốc, hóa chất, vật tư y tế và dịch vụ kỹ thuật theo quy định của Bộ trưởng Bộ Y tế là các trường hợp sau, ngoại trừ:**
531. Người cao tuổi (trên 75 tuổi)
532. Bà mẹ Việt Nam anh hùng
533. Người hoạt động kháng chiến bị nhiễm chất độc hóa học có tỷ lệ suy giảm khả năng lao động từ 81% trở lên
534. Trẻ em dưới 6 tuổi
535. **Đối tượng được ngân sách nhà nước đóng bảo hiểm y tế, ngoại trừ:**
536. Trẻ em dưới 6 tuổi
537. Đại biểu Quốc hội, đại biểu Hội đồng nhân dân các cấp đương nhiệm
538. Người thuộc hộ gia đình làm nông nghiệp, lâm nghiệp, ngư nghiệp và diêm nghiệp có mức sống trung bình theo quy định của Chính phủ, Thủ tướng Chính phủ.
539. Người thuộc diện hưởng trợ cấp bảo trợ xã hội hàng tháng theo quy định của pháp luật về người cao tuổi, người khuyết tật, đối tượng bảo trợ xã hội.
540. **Trường hợp người bệnh Nguyễn Văn A, có thẻ BHYT mã** [**GD4666623043623**](https://gdbhyt.baohiemxahoi.gov.vn/DanhSachHoSoKCB/ChiTiet?MaHS=2288903070&Vitri=2)**, thời hạn từ ngày 01/01/2022 đến 31/12/2022. Người bệnh nhập viện điều trị tại Bệnh viện chuyên khoa tuyến Tỉnh vào ngày 25/12/2022 với chế độ BHYT đúng tuyến, người bệnh có Giấy nhận miễn cùng chi trả cấp ngày 10/05/2022. Người bệnh nằm viện đến ngày 05/01/2023 thì được cho xuất viện. Anh/chị hãy cho biết mức hưởng BHYT của người bệnh trong đợt điều trị này như thế nào (biết rằng thẻ** [**GD4666623043623**](https://gdbhyt.baohiemxahoi.gov.vn/DanhSachHoSoKCB/ChiTiet?MaHS=2288903070&Vitri=2) **của người bệnh có mức quyền lợi là 80%)?**
541. Mức hưởng 80% từ ngày 25/12/2022 đến 31/12/2022, không được thanh toán BHYT từ ngày 01/01/2023 đến ngày 05/01/2023.
542. Không được thanh toán BHYT từ ngày 25/12/2022 đến 31/12/2022 và hưởng mức 80% từ ngày 01/01/2023-05/01/2023.
543. Mức hưởng 80% từ ngày nhập viện đến khi ra viện.
544. Mức hưởng 100% từ ngày 25/12/2022 đến ngày 31/12/2022 và 80% từ ngày 01/01/2023 đến ngày 05/01/2023.
545. **Những đối tượng sau đây được ngân sách nhà nước hỗ trợ mức đóng bảo hiểm y tế:**
546. Người thuộc hộ gia đình nghèo theo tiêu chí về thu nhập, người thuộc hộ nghèo đa chiều có thiếu hụt về bảo hiểm y tế quy định tại Quyết định số [59/2015/QĐ-TTg](https://thuvienphapluat.vn/van-ban/van-hoa-xa-hoi/quyet-dinh-59-2015-qd-ttg-chuan-ngheo-tiep-can-da-chieu-ap-dung-2016-2020-296044.aspx) ngày 19 tháng 11 năm 2015 của Thủ tướng Chính phủ ban hành chuẩn nghèo tiếp cận đa chiều áp dụng cho giai đoạn 2016 - 2020 và các quyết định khác của cơ quan có thẩm quyền sửa đổi, bổ sung hoặc thay thế chuẩn nghèo áp dụng cho từng giai đoạn.
547. Học sinh, sinh viên.
548. Trẻ em dưới 6 tuổi
549. Người đã hiến bộ phận cơ thể
550. **Trường hợp người bệnh Nguyễn Văn B, có thẻ BHYT mã HT3790296279059, thời hạn từ ngày 01/01/2023 đến 31/12/2023. Người bệnh nhập viện điều trị tại Bệnh viện Truyền máu Huyết học vào ngày 06/05/2023 với chế độ BHYT đúng tuyến, người bệnh có Giấy nhận miễn cùng chi trả có giá trị từ ngày 10/05/2023 đến 31/12/2023. Người bệnh nằm viện đến ngày 25/05/2023 thì được cho xuất viện. Anh/chị hãy cho biết mức hưởng BHYT của người bệnh trong đợt điều trị này như thế nào?**
551. Mức hưởng 95% từ ngày 06/05/2023 đến ngày 25/05/2023.
552. Mức hưởng 95% từ ngày 06/05/2023 đến ngày 09/05/2023 và mức hưởng 100% từ ngày 10/05/2023 đến ngày 25/05/2023.
553. Mức hưởng 100% từ ngày 06/05/2023 đến ngày 25/05/2023.
554. Mức hưởng 100% từ ngày 06/05/2023 đến ngày 09/05/2023 và 95% từ ngày 10/05/2023 đến ngày 25/05/2023.
555. **Học sinh, sinh viên được ngân sách nhà nước hỗ trợ mức đóng bảo hiểm y tế bao nhiêu?**
556. Hỗ trợ tối đa 20% mức đóng bảo hiểm y tế
557. Hỗ trợ tối thiểu 20% mức đóng bảo hiểm y tế
558. Hỗ trợ tối đa 30% mức đóng bảo hiểm y tế
559. Hỗ trợ tối thiểu 30% mức đóng bảo hiểm y tế
560. **Chọn câu sai: Các đối tượng tham gia Bảo hiểm y tế hộ gia đình bao gồm các trường hợp sau, ngoại trừ:**
561. Học viên đang theo học tại các trường cao đẳng, trung cấp nghề
562. Chức sắc, chức việc, nhà tu hành
563. Người sinh sống trong các cơ quan bảo trợ xã hội mà không được ngân sách nhà nước hỗ trợ đóng bảo hiểm y tế
564. Các đối tượng tham gia bảo hiểm y tế theo hộ gia đình sẽ bao gồm ​toàn bộ người có tên trong cùng 1 hộ gia đình đăng ký thường trú, tạm trú.
565. **Trường hợp người bệnh Nguyễn Văn D, có thẻ BHYT mã BT2898925619613, thời hạn từ ngày 01/01/2023 đến 31/12/2023, nơi đăng ký khám chữa bệnh ban đầu là Bệnh viện Quận 5. Người bệnh đến Bệnh viện Chợ Rẫy khám và được cho chỉ định nhập viện (khi đến khám người bệnh có mang theo thẻ BHYT, Giấy chuyển tuyến từ Bệnh viện Nguyễn Tri Phương và có giấy tờ tùy thân hợp lệ). Anh/chị hãy cho biết đợt điều trị này người bệnh Nguyễn Văn D được giải quyết BHYT như thế nào (biết rằng Bệnh viện Quận 5 là bệnh viện tuyến huyện, Bệnh viện Nguyễn Tri Phương là bệnh viện tuyến tỉnh, Bệnh viện Chợ Rẫy là bệnh viện tuyến trung ương, thẻ BT2898925619613 có mức quyền lợi là 100%)?**
566. Không thanh toán chi phí khi khám ngoại trú, hưởng 100% chi phí điều trị nội trú trong phạm vi quyền lợi được hưởng.
567. Không thanh toán chi phí khám ngoại trú, hưởng 40% chi phí điều trị nội trú trong phạm vi quyền lợi được hưởng.
568. Không thanh toán BHYT cả ngoại trú và nội trú.
569. Được thanh toán 100% chi phí khám ngoại trú và điều trị nội trú trong phạm vi quyền lợi được hưởng.
570. **Hãy chọn câu không chính xác. Đối tượng tham gia bảo hiểm y tế do Tổ chức Bảo hiểm xã hội đóng bao gồm:**
571. Người đang hưởng trợ cấp thất nghiệp
572. Người hưởng lương hưu, trợ cấp mất sức lao động hàng tháng
573. Cán bộ xã, phường, thị trấn đã nghỉ việc đang hưởng trợ cấp hằng tháng từ ngân sách nhà nước
574. Người từ 80 tuổi trở lên đang được hưởng trợ cấp tuất hàng tháng.
575. **Để biết một loại thuốc có trong danh mục BHYT thanh toán hay không và có quy định tỉ lệ, điều kiện thanh toán hay không, anh/chị tra cứu thông tư nào?**
576. Thông tư 43/2023/TT-BYT ngày 11/12/2013.
577. Thông tư 50/2014/TT-BYT ngày 26/11/2014.
578. Thông tư 21/2017/TT-BYT ngày 10/05/2017
579. Thông tư 20/2022/TT-BYT ngày 31/12/2022.
580. **Chi phí cùng chi trả để xác định vượt 06 tháng lương cơ sở làm căn cứ cho cơ quan Bảo hiểm xã hội cấp Giấy xác nhận miễn cùng chi trả cho người bệnh được tính như thế nào?**
581. Là tổng số tiền cùng chi trả lũy kế trong năm tài chính tại cùng một cơ sở khám, chữa bệnh.
582. Là tổng số tiền cùng chi trả lũy kế trong năm tài chính tại các cơ sở khám, chữa bệnh khác nhau hoặc tại cùng một cơ sở khám, chữa bệnh.
583. Là tổng số tiền cùng chi trả và tổng số tiền người bệnh tự trả ngoài phạm vi thanh toán BHYT lũy kế trong năm tài chính tại các cơ sở khám, chữa bệnh khác nhau hoặc tại cùng một cơ sở khám, chữa bệnh.
584. Là tổng số tiền cùng chi trả và tổng số tiền người bệnh tự trả ngoài phạm vi thanh toán BHYT lũy kế trong năm tài chính tại cùng một cơ sở khám, chữa bệnh.
585. **Tuyến chuyên môn kỹ thuật áp dụng trong chuyển tuyến đối với cơ sở khám bệnh, chữa bệnh thuộc Bộ Quốc phòng có tham gia khám bệnh, chữa bệnh cho nhân dân do:**
586. Bộ Y tế quy định sau khi có ý kiến thống nhất bằng văn bản của Bộ Quốc phòng.
587. Bộ Quốc phòng quy định sau khi có ý kiến thống nhất bằng văn bản của Bộ Y tế.
588. Bộ Y tế quy định vì lĩnh vực khám, chữa bệnh thuộc lĩnh vực quản lý của Bộ Y tế.
589. Chính phủ quy định vì thẩm quyển của Bộ Y tế và Bộ quốc phòng ngang nhau.
590. **Điều kiện người bệnh có thẻ BHYT đi khám chữa bệnh đúng tuyến được hưởng 100% chi phí khám chữa bệnh BHYT. Chọn câu sai:**
     1. Tất cả người bệnh đã tham gia BHYT liên tục từ 5 năm trở lên đều được hưởng 100% chi phí KCB BHYT.
     2. Tất cả người bệnh khám chữa bệnh ở tuyến xã.
     3. Người bệnh phải có số tiền cùng chi trả chi phí KCB trong năm lớn hơn 6 tháng lương cơ sở tính từ thời điểm bắt đầu tham gia BHYT đủ 5 năm liên tục.
     4. Tất cả người bệnh đi khám chữa bệnh có chi phí 01 lần khám chữa bệnh thấp hơn hoặc bằng 15% mức lương cơ sở.
591. **Nếu cơ sở khám bệnh, chữa bệnh không thực hiện được xét nghiệm cận lâm sàng và phải chuyển người bệnh hoặc mẫu bệnh phẩm đến cơ sở khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế hoặc cơ sở được cấp có thẩm quyền phê duyệt đủ điều kiện thực hiện thì quỹ BHYT sẽ thanh toán chi phí theo quy định nào. Chọn câu đúng:**
     1. Người bệnh không được thanh toán BHYT, phải tự chi trả dịch vụ.
     2. Trong phạm vi được hưởng và mức hưởng theo quy định cho cơ sở nơi nhận người bệnh, mẫu bệnh phẩm.
     3. Trong phạm vi được hưởng và mức hưởng theo quy định cho cơ sở nơi chuyển người bệnh, mẫu bệnh phẩm.
     4. Người bệnh tự trả cho cơ sở khám chữa bệnh và thanh toán trực tiếp với cơ quan BHXH
592. **Điều kiện chuyển người bệnh giữa các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh cùng tuyến:**
593. Bệnh phù hợp với danh mục kỹ thuật của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh đã được cơ quan Nhà nước có thẩm quyền về y tế phê duyệt và người bệnh hoặc thân nhân có yêu cầu chuyển viện.
594. Bệnh phù hợp với danh mục kỹ thuật của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh đã được cơ quan Nhà nước có thẩm quyền về y tế phê duyệt và cơ sở khám bệnh, chữa bệnh vẫn đảm bảo đủ điều kiện chẩn đoán và điều trị;
595. Bệnh phù hợp với danh mục kỹ thuật của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh cùng tuyến dự kiến chuyển đến đã được cơ quan Nhà nước có thẩm quyền về y tế phê duyệt.
596. Bệnh không phù hợp với danh mục kỹ thuật của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh cùng tuyến dự kiến chuyển đến đã được cơ quan Nhà nước có thẩm quyền về y tế phê duyệt.
597. **Trường hợp người có thẻ bảo hiểm y tế đang điều trị nội trú tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh nhưng thẻ bảo hiểm y tế hết hạn sử dụng. Chọn câu đúng:**
     1. Quỹ bảo hiểm y tế thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh trong phạm vi được hưởng và mức hưởng cho đến khi ra viện, không giới hạn thời gian.
     2. Quỹ bảo hiểm y tế thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh trong phạm vi được hưởng và mức hưởng cho đến khi ra viện, nhưng tối đa không vượt quá 15 ngày.
     3. Quỹ bảo hiểm y tế thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh trong phạm vi được hưởng và mức hưởng cho đến khi ra viện, nhưng tối đa không vượt quá 15 ngày làm việc (trừ các ngày Thứ Bảy, Chủ Nhật và Lễ, Tết).
     4. Quỹ bảo hiểm y tế thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh trong phạm vi được hưởng và mức hưởng cho đến khi ra viện, nhưng tối đa không vượt quá 30 ngày.
598. **Trong trường hợp chuyển tuyến cấp cứu, cơ sở khám, chữa bệnh nơi chuyển người bệnh đi cần: chọn câu sai**
599. Liên hệ với cơ sở khám bệnh, chữa bệnh dự kiến chuyển người bệnh đến.
600. Kiểm tra lần cuối cùng tình trạng người bệnh trước khi chuyển;
601. Chuẩn bị sẵn sàng phương tiện để cấp cứu người bệnh trên đường vận chuyển.
602. Không cần liên hệ trước với cơ sở khám, chữa bệnh dự kiến chuyển người bệnh đến do đây là trường hợp cấp cứu.
603. **Anh/chị hãy cho biết chính sách thông tuyến BHYT tuyến huyện được áp dụng từ ngày tháng năm nào?**
604. Ngày 01/01/2016
605. Ngày 01/01/2020
606. Ngày 01/01/2021
607. Ngày 01/01/2022
608. **Thời hạn của Giấy hẹn khám lại, chọn câu trả lời đúng**
609. Giấy hẹn khám lại có giá trị trong 10 ngày kể từ ngày hẹn khám lại.
610. Giấy hẹn khám lại có giá trị trong 10 ngày làm việc kể từ ngày hẹn khám lại.
611. Giấy hẹn khám lại có giá trị theo thời gian ghi trong giấy hẹn khám lại của cơ sở khám chữa bệnh.
612. Giấy hẹn khám lại không có quy định về thời hạn.
613. **Về mức thanh toán trực tiếp, trường hợp người bệnh đến khám bệnh, chữa bệnh nội trú tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh tuyến trung ương và tương đương không có hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế (trừ trường hợp cấp cứu), thanh toán theo chi phí thực tế trong phạm vi được hưởng và mức hưởng bảo hiểm y tế theo quy định nhưng tối đa không quá ….. lần mức lương cơ sở tại thời điểm ra viện:**
614. 0.5
615. 1.0
616. 1.5
617. 2.5
618. **Hiện nay, trong trường hợp điều trị nội trú trái tuyến tại cơ sở khám chữa bệnh tuyến tỉnh, người bệnh được thanh toán với mức:**
619. 40% chi phí khám bệnh theo mức quyền lợi của thẻ BHYT.
620. Được thanh toán 100% chi phí theo mức quyền lợi thẻ BHYT
621. Không được thanh toán.
622. 80% theo mức quyền lợi hưởng.
623. **Quyền và trách nhiệm của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh trong thực hiện hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế, ngoại trừ:**
624. Bảo đảm cung ứng thuốc, hóa chất, vật tư y tế và dịch vụ kỹ thuật phù hợp tuyến chuyên môn kỹ thuật theo quy định của Bộ trưởng Bộ Y tế.
625. Gửi dữ liệu điện tử để phục vụ quản lý khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế ngay sau khi kết thúc lần khám bệnh hoặc kết thúc đợt điều trị ngoại trú.
626. Gửi dữ liệu điện tử về chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế đề nghị thanh toán chậm nhất trong vòng 07 ngày làm việc kể từ ngày kết thúc việc khám bệnh.
627. Hoàn thiện hệ thống phần mềm viện phí và bảo đảm duy trì tiếp nhận, phản hồi kịp thời việc tiếp nhận dữ liệu điện tử, kết quả giám định khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế.
628. **Người bệnh đăng ký khám, chữa bệnh ban đầu tại bệnh viện Quận 11. Người bệnh này có thể đến khám bệnh (ngoại trú) ở bệnh viện nào sau đây mà vẫn được thanh toán BHYT theo mức hưởng đúng tuyến, không cần phải có Giấy chuyển tuyến:**
629. Bệnh viện Chợ Rẫy (tuyến trung ương)
630. Bệnh viện Nguyễn Tri Phương (tuyến tỉnh)
631. Bệnh viện Quận 5 (tuyến huyện).
632. Cả 3 bệnh viện Chợ Rẫy, Nguyễn Tri Phương và Bệnh viện Quận 5 đều không được.
633. **Điều kiện để ký hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế đối với cơ sở khám bệnh, chữa bệnh gồm:**
634. Có đủ điều kiện hoạt động khám bệnh, chữa bệnh theo quy định của pháp luật về khám bệnh, chữa bệnh
635. Có đủ điều kiện hoạt động KCB theo quy định của pháp luật về KCB và đã được cơ quan có thẩm quyền cấp giấy phép hoạt động KCB;
636. Đảm bảo việc cung ứng thuốc, hóa chất, vật tư y tế phù hợp với phạm vi hoạt động chuyên môn của cơ sở KCB.
637. Có đủ điều kiện hoạt động KCB theo quy định của pháp luật về KCB; có giấy phép hoạt động khám, chữa bệnh; được phân tuyến chuyên môn kỹ thuật và được cấp mã đơn vị
638. **Trường hợp trẻ em sinh trước ngày 30 tháng 9: Thẻ bảo hiểm y tế có giá trị sử dụng đến:**
639. Hết ngày cuối của tháng trẻ đủ 72 tháng tuổi.
640. Hết ngày 30 tháng 9 của năm trẻ đủ 72 tháng tuổi;
641. Đến ngày trẻ bắt đầu đi học.
642. Thẻ trẻ em không có quy định về thời hạn.
643. **Trường hợp người bệnh sinh năm 2018 có thẻ BHYT với nơi đăng ký khám chữa bệnh ban đầu là Bệnh viện Quận 5, khi đến khám bệnh tại Bệnh viện Quận 10, người bệnh cần có những giấy tờ gì để được hưởng BHYT theo mức quyền lợi đúng tuyến (biết rằng Bệnh viện Quận 5 và Bệnh viện Quận 10 đều là bệnh viện tuyến huyện):**
644. Giấy chuyển tuyến từ Bệnh viện Quận 5 chuyển đến Bệnh viện Quận 10.
645. Thẻ BHYT còn hạn sử dụng
646. Giấy tờ tùy thân có ảnh.
647. Giấy chuyển tuyến từ Bệnh viện Quận 5 chuyển tuyến đến Bệnh viện Quận 10, Giấy tờ tùy thân có ảnh.
648. **Cơ sở y tế có được phép sao chụp lại Căn cước công dân của người bệnh để quản lý không?**
649. Tuyệt đối không vì đây là yêu cầu bảo mật thông tin của người bệnh.
650. Được nếu do nhu cầu quản lý, cơ sở y tế yêu cầu người bệnh cung cấp bản sao.
651. Được nếu do nhu cầu quản lý, cơ sở y tế tự sao chụp, thông báo rõ và có thể yêu cầu người bệnh đóng phí hỗ trợ sao chụp.
652. Được nếu do là nhu cầu quản lý, cơ sở y tế tự sao chụp và không được yêu cầu người bệnh đóng phí.
653. **Bệnh viện Nhi Đồng 1 tiếp nhận một bệnh nhi được chuyển tuyến từ Bệnh viện Từ Dũ. Bệnh nhi này vừa sinh xong nên chưa có Giấy khai sinh cũng như chưa có Giấy chứng sinh. Trường hợp này cần thủ tục gì để làm căn cứ thanh toán.**
654. Cha hoặc mẹ hoặc người giám hộ của trẻ làm đơn nộp bệnh viện đề nghị thanh toán.
655. Thủ trưởng của Bệnh viện Nhi đồng 1 và cha hoặc mẹ hoặc người giám hộ của trẻ ký xác nhận vào hồ sơ bệnh án.
656. Giám định viên phụ trách của Bệnh viện Từ Dũ ký xác nhận vào Giấy chuyển tuyến.
657. Trường hợp này không được thanh toán bì bệnh nhi không có bất kỳ giấy tờ nào cả.
658. **Trường hợp người bệnh đến khám bệnh lần đầu tại Bệnh viện Truyền máu Huyết học vào ngày 20/10/2023, người bệnh có xuất trình đầy đủ thẻ BHYT (còn hạn sử dụng), giấy tờ tùy thân có ảnh hợp lệ, Giấy chuyển tuyến ký ngày 09/10/2023, người bệnh này được giải quyết BHYT như thế nào?**
659. Giải quyết BHYT đúng tuyến
660. Giải quyết BHYT theo chế độ thông tuyến huyện
661. Giải quyết BHYT theo chế độ thông tuyến tỉnh nội trú
662. Không giải quyết BHYT, người bệnh tự chi trả vì Giấy chuyển tuyến đã quá hạn.
663. **Trẻ em dưới 6 tuổi nếu đã có thẻ BHYT, khi đến khám bệnh tại nơi đăng ký khám chữa bệnh ban đầu phải:**
664. Chỉ xuất trình thẻ BHYT
665. Phải xuất trình thẻ BHYT và một loại giấy tờ khác có hình
666. Phải xuất trình giấy chứng sinh hoặc giấy khai sinh kèm theo và Giấy chuyển tuyến.
667. Phải xuất trình kèm giấy xác nhận của UBND cấp về việc đã mua BHYT.
668. **Trường hợp người bệnh Nguyễn Văn A, có thẻ BHYT mã** [**GD4666623043623**](https://gdbhyt.baohiemxahoi.gov.vn/DanhSachHoSoKCB/ChiTiet?MaHS=2288903070&Vitri=2)**, thời hạn từ ngày 01/01/2022 đến 31/12/2022. Người bệnh nhập viện điều trị vào ngày 25/12/2022 với chế độ BHYT đúng tuyến. Người bệnh nằm viện đến ngày 05/01/2023 thì được cho xuất viện. Anh/chị hãy cho biết mức hưởng BHYT của người bệnh trong đợt điều trị này như thế nào (biết rằng thẻ BHYT** [**GD4666623043623**](https://gdbhyt.baohiemxahoi.gov.vn/DanhSachHoSoKCB/ChiTiet?MaHS=2288903070&Vitri=2) **của người bệnh có mức quyền lợi là 80%)?**
669. Mức hưởng 80% từ ngày 25/12/2022 đến 31/12/2022, không được thanh toán BHYT từ ngày 01/01/2023 đến ngày 05/01/2023.
670. Không được thanh toán BHYT từ ngày 25/12/2022 đến 31/12/2022 và hưởng mức 80% từ ngày 01/01/2023-05/01/2023.
671. Mức hưởng 80% từ ngày nhập viện đến khi ra viện.
672. Không được thanh toán BHYT cả đợt điều trị.
673. **Trường hợp nào sau đây, người bệnh không được giải quyết BHYT đúng tuyến:**
674. Khám chữa bệnh tại cơ sở khám chữa bệnh khác nơi đăng khám chữa bệnh ban đầu, có Giấy chuyển tuyến từ cơ sở khám chữa bệnh ban đầu đến cơ sở điều trị theo trình tự quy định tại Thông tư 14/2014/TT-BYT.
675. Đang điều trị nội trú được phát hiện bệnh khác ngoài phạm vi chuyên môn của cơ sở khám bệnh, được chuyển tuyến đến cơ sở khám chữa bệnh phù hợp.
676. Gia đình người bệnh xin chuyển tuyến
677. Tình trạng bệnh diễn biến vượt quá khả năng chuyên môn của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh nên được chuyển lên tuyến trên liền kề.
678. **Trường hợp người bệnh Nguyễn Văn E, có thẻ BHYT mã GD4808022777189, thời hạn từ ngày 01/01/2022 đến 31/12/2022. Người bệnh nhập viện điều trị ngoại trú tại Bệnh viện Truyền máu Huyết học vào ngày 06/05/2023, có giấy tờ tùy thân hợp lệ nhưng không có Giấy chuyển tuyến. Anh/chị hãy cho biết mức hưởng BHYT của người bệnh trong đợt điều trị này như thế nào?**
679. 80% theo mức quyền lợi
680. 100% theo mức quyền lợi
681. Người bệnh không được thanh toán BHYT
682. 80% theo tổng chi phí.
683. **Trường hợp một người thuộc nhiều đối tượng tham gia bảo hiểm y tế thì được hưởng quyền lợi bảo hiểm y tế như thế nào?**
684. Cộng gộp các mức hưởng quy định theo khoản 1 điều 14 Nghị định 146/2018/NĐ-CP.
685. Trung bình cộng các mức hưởng quy định theo khoản 1 điều 14 Nghị định 146/2018/NĐ-CP.
686. Được hưởng mức 100% quy định theo khoản 1 điều 14 Nghị định 146/2018/NĐ-CP
687. Được hưởng mức cao nhất quy định theo khoản 1 điều 14 Nghị định 146/2018/NĐ-CP.
688. **Trường hợp người bệnh Nguyễn Văn D, có thẻ BHYT mã BT2898925619613, thời hạn từ ngày 01/01/2023 đến 31/12/2023, nơi đăng ký khám chữa bệnh ban đầu là Bệnh viện Quận 5. Người bệnh tự đi khám bệnh tại Bệnh viện Chợ Rẫy và được cho chỉ định nhập viện. Anh/chị hãy cho biết đợt điều trị này người bệnh Nguyễn Văn D được giải quyết BHYT như thế nào?**
689. Không thanh toán chi phí khi khám ngoại trú, hưởng 100% chi phí điều trị nội trú.
690. Không thanh toán chi phí khám ngoại trú, hưởng 40% chi phí điều trị nội trú theo mức quyền lợi.
691. Không thanh toán BHYT cả ngoại trú và nội trú.
692. Được thanh toán 100% chi phí khám ngoại trú và điều trị nội trú.
693. **Khi có thay đổi mức bảo hiểm y tế chi trả, người bệnh được hưởng quyền lợi thay đổi từ thời điểm nào ?**
694. Từ ngày 01 tháng 01 của năm Dương lịch tiếp theo
695. Theo mức quyền lợi của thẻ BHYT cũ trước khi hết đợt điều trị
696. Từ lúc thẻ mới của người bệnh có giá trị sử dụng
697. Từ thời điểm người bệnh có thẻ bảo hiểm y tế mới.
698. **Trường hợp khám bệnh ngoại trú tại tuyến trung ương, người bệnh được thanh toán BHYT với mức:**
699. 40% chi phí khám bệnh theo mức quyền lợi của thẻ BHYT.
700. Được thanh toán 100% chi phí theo mức quyền lợi thẻ BHYT tương tự như khám chữa bệnh đúng tuyến theo chính sách thông tuyến.
701. Không được thanh toán chi phí khám bệnh ngoại trú.
702. Tùy cán bộ phụ trách của cơ sở khám chữa bệnh tuyến trung ương quyết định.
703. **Trong thời gian người lao động nghỉ việc hưởng chế độ thai sản theo quy định của pháp luật về bảo hiểm xã hội thì mức đóng bảo hiểm y tế tối đa hàng tháng là bao nhiêu và do ai đóng:**
704. Do người lao động tự đóng với mức 4.5% lương của người lao động trước khi nghỉ thai sản
705. Do người sử dụng lao động đóng với mức là 4.5% lương của người lao động trước khi nghỉ thai sản
706. Do người sử dụng lao động đóng với mức là 4.5% lương của người lao động trước khi nghỉ thai sản
707. Do tổ chức Bảo hiểm xã hội đóng với mức là 4,5% lương của người lao động trước khi nghỉ thai sản
708. **Trường hợp một người bệnh sinh ngày 01/10/2023 được đưa đến khoa Cấp cứu của Bệnh viện Nhi đồng 1 nhập viện trong tình trạng cấp cứu vào Chủ Nhật ngày 22/10/2023 mà không có bất kỳ giấy tờ nào xuất trình cho bệnh viện. Đến ngày 24/10/2023, gia đình người bệnh chỉ nộp bổ sung được bản sao y Giấy khai sinh của người bệnh, ngày 25/10/2023, người bệnh được cho xuất viện. Anh/chị hãy cho biết trong đợt điều trị này, người bệnh được giải quyết BHYT như thế nào?**
709. Giải quyết BHYT theo chế độ thông tuyến tỉnh nội trú.
710. Giải quyết BHYT đúng tuyến theo chế độ cấp cứu.
711. Không giải quyết BHYT vì người bệnh không có thẻ BHYT và Giấy tờ tùy thân có ảnh.
712. Không giải quyết vì người bệnh không có thẻ BHYT và Giấy chuyển tuyến.
713. **Trong cùng một lần đến khám bệnh tại cùng một cơ sở y tế (có thể trong cùng một ngày hoặc do điều kiện khách quan hoặc yêu cầu chuyên môn nên chưa hoàn thành được quá trình khám bệnh trong ngày đầu tiên, phải tiếp tục khám trong ngày tiếp theo), người bệnh sau khi khám một chuyên khoa cần phải khám thêm các chuyên khoa khác thì từ lần khám thứ 02 trở đi được tính như thế nào?**
714. Bệnh nhân được khám và cấp thuốc chỉ định được 2 chuyên khoa/ngày
715. Bệnh nhân không được khám lần 2 trong ngày.
716. Bệnh nhân được khám và cấp thuốc nhưng phải đóng tiền khám bệnh
717. Bệnh nhân được khám và cấp thuốc tất cả chuyên khoa cần thiết; Khi bệnh viện thanh toán với cơ quan BHXH thì tiền khám chữa bệnh từ lần thứ 2 bằng 30% giá khám bệnh nhưng tối đa không quá 2 lần nếu giá khám bệnh trong 1 ngày
718. **Quy định kê đơn thuốc đối với người bệnh ngay sau khi kết thúc việc điều trị nội trú, trường hợp tiên lượng người bệnh cần tiếp tục điều trị trên 07 (bảy) ngày thì việc kê đơn được thực hiện như thế nào?**
719. Đối với trường hợp xuất viện sau khi điều trị nội trú, người bệnh chỉ kê đơn tối đa 07 ngày, không được kê đơn dài ngày hơn.
720. Người kê đơn thuốc ra chỉ định điều trị vào sổ khám bệnh (sổ y bạ) của người bệnh và bệnh án điều trị ngoại trú hoặc phần mềm bệnh án ngoại trú của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh.
721. Người kê đơn thuốc 07 ngày và hướng dẫn người bệnh ra nhà thuốc bên ngoài mua thêm thuốc vượt 07 ngày.
722. Người kê đơn yêu cầu người bệnh tự đóng tiền khám ngoại trú lại để được kê đơn dài ngày hơn.
723. **Người bệnh đến khám bệnh tại Bệnh viện tuyến Trung ương. Người bệnh trình ra 02 thẻ BHYT gồm thẻ:**[**BT2757523974903**](https://gdbhyt.baohiemxahoi.gov.vn/DanhSachHoSoKCB/ChiTiet?MaHS=2269051518&Vitri=2)**và thẻ**[**GD4757523968837**](https://gdbhyt.baohiemxahoi.gov.vn/DanhSachHoSoKCB/ChiTiet?MaHS=2269247973&Vitri=2)**, cả 2 thẻ đều còn hạn sử dụng. Người bệnh có đầy đủ Giấy tờ tùy thân và Giấy chuyển tuyến hợp lệ. Anh/chị hãy cho biết đợt khám này người bệnh được giải quyết BHYT như thế nào?**
724. Không giải quyết BHYT vì người bệnh có 02 thẻ BHYT là vi phạm Luật BHYT.
725. Giải quyết BHYT với mức hưởng 100% theo mức quyền lợi của thẻ BT2757523974903 và yêu cầu bệnh nhân đến cơ quan BHXH lấy thẻ GD4757523968837
726. Giải quyết BHYT với hưởng 80% theo mức quyền lợi của thẻ GD4757523968837
727. Yêu cầu bệnh nhân đến cơ quan BHXH để xác định.
728. **Trường hợp một người bệnh được thực hiện chỉ định thực hiện một loại thủ thuật. Tuy nhiên, việc quá trình thực hiện thủ thuật này làm phát sinh thêm một thủ thuật khác cần thực hiện. Giả sử thủ thuật thứ hai (phát sinh thêm) có giá là 100.000 đồng. Anh/chị hãy cho biết thủ thuật thứ hai này được thanh toán BHYT như thế nào?** 
     1. Thanh toán 70% mức giá (tức 70.000 đồng)
     2. Thanh toán 80% mức giá (tức 80.000 đồng)
     3. Thanh toán 100% mức giá (tức 100.000 đồng)
     4. Không được thanh toán BHYT do không có chỉ định thực hiện ngay từ đầu.
729. **Trường hợp người bệnh nhập viện tại Bệnh viện tuyến Trung ương vào lúc 20h30 ngày 07/11/2020, bác sĩ đánh giá người bệnh này không có tình trạng cấp cứu nhưng có chỉ định nhập viện. Thời điểm nhập viện người bệnh trình được thẻ BHYT (mức hưởng 80%) và CMND, không có Giấy chuyển tuyến. Anh/chị hãy cho biết người bệnh này được thanh toán BHYT với mức hưởng bao nhiêu % trong đợt điều trị này?**
730. 80% chi phí điều trị theo mức quyền lợi.
731. 100% chi phí điều trị theo mức quyền lợi.
732. 32% chi phí điều trị theo mức quyền lợi.
733. 40% chi phí điều trị theo mức quyền lợi
734. **Người tham gia BHYT hộ gia đình được thay đổi nơi khám chữa bệnh ban đầu hay không?**
735. Được thay đổi bất cứ lúc nào
736. Không được đổi
737. Được thay đổi từ ngày 1 đến ngày 10 của đầu quý
738. Được thay đổi vào tháng đầu mỗi quý
739. **Hiện nay, đối với trường hợp KCB BHYT không đúng tuyến, người tham gia được quỹ BHYT thanh toán:**
     1. 40% chi phí điều trị nội trú tại Bệnh viên tuyến Trung Ương, 100% KCB tại tuyến huyện, 100% chi phí điều trị nội trú tại bệnh viện tuyến tỉnh.
     2. 60% chi phí điều trị nội trú tại Bệnh viên tuyến tỉnh, 100% chi phí điều trị tại bệnh viện tuyến huyện
     3. 40% chi phí điều trị nội trú tại Bệnh viên tuyến Trung Ương, 60% chi phí điều trị nội trú tại bệnh viện tuyến tỉnh và 100% chi phí điều trị tại bệnh viện tuyến huyện
     4. 40% chi phí điều trị nội trú tại Bệnh viên tuyến Trung Ương, 100% chi phí điều trị tại bệnh viện tuyến tỉnh và tuyến huyện
740. **Phương thức đóng BHYT hộ gia đình?**
741. 3 tháng, 6 tháng, 9 tháng
742. 3 tháng, 6 tháng, 12 tháng
743. 3 tháng, 6 tháng, 9 tháng, 12 tháng
744. 1 tháng, 3 tháng, 6 tháng, 12 tháng
745. **Quyền lợi về 05 năm liên lục được hưởng khi nào?**
746. Có thời tham gia BHYT liên tục 05 năm trở lên.
747. Có số tiền cùng chi trả chi phí khám chữa bệnh trong năm lớn hơn 06 tháng lương cơ sở
748. Khám chữa bệnh đúng tuyến
749. Có thời tham gia BHYT liên tục 05 năm trở lên, Khám chữa bệnh đúng tuyến, Có số tiền cùng chi trả chi phí khám chữa bệnh trong năm lớn hơn 06 tháng lương cơ sở
750. **Chọn câu sai: Người tham gia BHYT hộ gia đình có nghĩa vụ gì?**
     1. Đóng BHYT đầy đủ, đúng thời hạn.
     2. Sử dụng thẻ BHYT đúng mục đích, không cho người khác mượn thẻ BHYT.
     3. Thực hiện đúng quy định về thủ tục khám chữa bệnh BHYT và quy định của cơ sở khám chữa bệnh khi đi khám bệnh, chữa bệnh.
     4. Được khám chữa bệnh tại tất cả các cơ sở khám chữa bệnh trong cả nước
751. **Để đảm bảo thời gian 05 năm liên tục, người tham gia BHYT hộ gia đình không để gián đoạn quá trình tham gia BHYT quá.**
     1. 04 tháng
     2. 03 tháng
     3. 01 tháng
     4. 02 tháng
752. **Ứng dụng VssID được tải trên điện thoại, máy tính bảng sử dụng trên hệ điều hành nào?**
     1. Anroid 4.0 hoặc IOS 9.1 trở lên
     2. Anroid 4.1 hoặc IOS 9.0 trở lên
     3. Anroid 4.1 hoặc IOS 9.1 trở lên
     4. Anroid 4.0 hoặc IOS 9.0 trở lên
753. **Chọn câu sai, Ứng dụng VssID – BHXH số có những tiện ích gì?**
     1. Tra cứu quá trình tham gia BHXH, BHYT, BHTN, BH TNLĐ-BNN, Thông tin hưởng các chế độ BHXH (một lần, ốm đau, thai sản…); Lịch sử khám, chữa bệnh BHYT; Tra cứu mã số BHXH, các cơ sở KCB BHYT, các điểm thu BHXH, BHYT, Thông tin của Ngành BHXH Việt Nam...
     2. Sử dụng hình ảnh thẻ trên ứng dụng thay thế thẻ BHYT giấy đi KCB trên toàn quốc.
     3. Cung cấp các dịch vụ công trực tuyến, Hỗ trợ chatbot, tư vấn trực tuyến 24/7.
     4. Được thanh toán chi phí khám chữa bệnh BHYT
754. **Chọn câu hỏi sai: Cách để lấy lại mật khẩu tài khoản giao dịch điện tử cá nhân (VssID) với cơ quan BHXH?**
     1. Lấy lại mật khẩu VssID tại ứng dụng VssID
     2. Lấy lại mật khẩu VssID tại Cổng Dịch vụ công BHXH
     3. Lấy lại mật khẩu VssID bằng cách gọi điện cho tổng đài BHXH 1900 9068d
     4. Gọi tổng đài 8079
755. **Khi đăng ký cài đặt tài khoản VssID với cơ quan BHXH thì người dùng cần những gì?**
     1. Mã số BHXH, Căn cứ công dân, Điện thoại thông minh hoặc máy tính bảng có hệ điều hành Android 4.1 hoặc IOS 9.0 trở lên, Email cá nhân.
     2. Mã số BHXH, Căn cứ công dân, Điện thoại thông minh hoặc máy tính bảng có hệ điều hành Android 4.1 hoặc IOS 9.0 trở lên
     3. Mã số BHXH, Căn cứ công dân.
     4. Điện thoại thông minh.
756. **Khái niệm Bảo hiểm y tế chính xác nhất là:**
     * 1. Bảo hiểm y tế là hình thức bảo hiểm bắt buộc được áp dụng đối với các đối tượng theo quy định của Luật Bảo hiểm y tế để chăm sóc sức khỏe, không vì mục đích lợi nhuận do Nhà nước tổ chức thực hiện. Chế độ này được thực hiện dựa trên các nguyên tắc bảo đảm chia sẻ rủi ro giữa những người tham gia BHYT.
       2. Bảo hiểm y tế là hình thức bảo hiểm được áp dụng trong lĩnh vực chăm sóc sức khỏe, không vì mục đích lợi nhuận, do Nhà nước tổ chức thực hiện và các đối tượng có trách nhiệm tham gia theo quy định của Luật này.
       3. Bảo hiểm y tế là hình thức của bảo hiểm thương mại.
       4. Quỹ BHYT được dùng để đầu tư vào hoạt động tài chính và sinh lời
757. **Chọn đáp án đúng nhất:**

Đối tượng nào sau đây thuộc đối tượng tham gia BHYT hộ gia đình?

* 1. Học sinh, sinh viên
  2. Cán bộ, công chức
  3. Người lao động có giao kết hợp đồng lao động từ đủ 01 tháng trở lên
  4. Người lao động làm việc trong khu vực phi chính thức

1. **Mức đóng của đối tượng tham gia BHYT theo hộ gia đình căn cứ vào**
   1. Mức lương tối thiểu vùng
   2. Mức lương cơ sở
   3. Mức lương thực tế hàng tháng
   4. Tiền lương hưu hàng tháng
2. **Đối tượng nào sau đây khám, chữa bệnh bằng BHYT đúng tuyến được hưởng 100% chi phí khám, chữa bệnh**
   1. Cán bộ, công chức
   2. Học sinh, sinh viên
   3. Người có công với cách mạng, cựu chiến binh
   4. Hưu trí
3. **Năm 2024, khám, chữa bệnh bằng BHYT trái tuyến được hưởng bao nhiêu % chi phí?**
   1. 100% chi phí điều trị nội trú tại bệnh viện tuyến tỉnh, 40% chi phí điều trị nội trú tại bệnh viện tuyến trung ương
   2. 60% chi phí điều trị nội trú tại bệnh viện tuyến tỉnh, 40% chi phí điều trị nội trú tại bệnh viện tuyến trung ương
   3. 50% chi phí điều trị nội trú tại bệnh viện tuyến tỉnh, 40% chi phí điều trị nội trú tại bệnh viện tuyến trung ương
   4. 100% chi phí điều trị nội trú tại bệnh viện tuyến tỉnh, 40% chi phí điều trị ngoại trú tại bệnh viện tuyến trung ương
4. **Mức đóng BHYT tối đa được tính như thế nào?**
   1. Mức tiền công, tiền lương tối đa để tính mức đóng BHYT là 20 lần mức lương tối thiểu
   2. Mức tiền công, tiền lương tối đa để tính mức đóng BHYT là 20 lần mức lương cơ sở.
   3. Mức tiền công, tiền lương tối đa để tính mức đóng BHYT là 20 lần mức thu nhập hàng tháng.
   4. Mức tổng thu nhập hàng tháng, tiền lương tối đa để tính mức đóng BHYT là 20 lần tổng thu nhập hàng tháng.
5. **Người tham gia BHYT được Quỹ BHYT chi trả các chi phí sau?**
   1. Khám bệnh, chữa bệnh, phục hồi chức năng, khám thai định kỳ và sinh con.
   2. Xét nghiệm, chẩn doán thai không nhằm mục đích điều trị.
   3. Sử dụng vật tư y tế thay thế bao gồm chân tay giả, mắt giả, kính mắt; máy trợ thính, phương tiện trợ giúp vận động và phục hồi chức năng.
   4. Tham gia thử nghiệm lâm sàng, nghiên cứu khoa học.
6. **Chọn đáp án sai, Giám định bảo hiểm y tế theo Luật BHYT gồm những nội dung gì?**
   1. Kiểm tra thủ tục khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế;
   2. 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;
   3. Kiểm tra, xác định chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế.
   4. Kiểm tra việc chẩn đoán và điều trị bệnh của bác sĩ tại cơ sở KCB.
7. **Hưởng BHYT ra sao khi tự khám bệnh ở tuyến trung ương?**
   1. 40% chi phí điều trị nội trú
   2. 60% chi phí điều trị nội trú.
   3. 30% chi phí điều trị nội trú.
   4. tất cả đều sai.
8. **Việc chuyển dữ liệu xml chi phí KCB BHYT ngay sau khi kết thúc đợt điều trị lên Cổng tiếp nhận BHYT nhằm mục đích.**
9. Các cở sở KCB sau tiếp nhận biết được quá trình KCB của người có thẻ.
10. Để xác thực dữ liệu điện tử
11. Phục vụ quản lý KCB BHYT
12. Tất cả đều đúng
13. **Khi đã chuyển dữ liệu Xml đề nghị thanh toán lên Hệ thống cổng tiếp nhận BHYT cơ sở KCB có thể:**
14. Kiểm tra, đối chiếu để hiệu chỉnh dữ liệu điện tử trong trường hợp dữ liệu có sai lệch so với thực tế và bổ sung các dữ liệu còn thiếu và loại bỏ các thông tin chưa phù hợp trước khi gửi đề nghị thanh toán.
15. Không thể thực hiện được.
16. Liên hệ BHXH để được thực hiện các nội dung thay đổi.
17. Gửi bổ sung…
18. **Khi chuyển dữ liệu đề nghị thanh toán có lỗi sai sót thì cơ quan BHXH sẽ thông báo các lỗi sai sót về dữ liệu Xml đề nghị thanh toán bằng:**
19. Không thông báo
20. Trả lỗi về cổng tiếp nhận của cơ sở KCB
21. Giám định viên thông báo.
22. Từ chối thanh toán.
23. **Sau khi chuyển dữ liệu đề nghị thanh toán qua cổng giám định BHYT, cơ sở có thể đề nghị thay thế hồ sơ khi phát hiện có sai lệch với hồ sơ thực tế.**
24. Không thể thay thế.
25. Trong thời gian tối đa của tháng liền kề.
26. Thay thế lúc nào cũng được.
27. Thay thế sau 01 quý.
28. **Việc thanh toán thuốc BHYT đang thực hiện theo Thông tư nào của Bộ Y tế:**
    1. Thông tư số 30/2018/TT-BYT
    2. Thông tư số 20/2023/TT-BYT
    3. Thông tư số 20/2021/TT-BYT
    4. Thông tư số 20/2022/TT-BYT
29. **Giá thuốc theo kết quả thầu:**
    1. Là giá thanh toán BHYT
    2. Do sự thương thảo của cơ sở với nhà cung ứng.
    3. Giá của nhà cung ứng thông báo với bệnh viện
    4. Giá sau khi tổ chức lựa chọn nhà thầu theo quy định của pháp luật
30. **Chọn câu trả lời sai: Quỹ bảo hiểm y tế thanh toán trong trường hợp chỉ định thuốc phù hợp với chỉ định trong tài liệu sau:**
    1. Tờ hướng dẫn sử dụng thuốc.
    2. Tờ hướng dẫn sử dụng thuốc kèm theo hồ sơ đăng ký thuốc của thuốc biệt dược gốc, sinh phẩm tham chiếu đã được Bộ Y tế cấp phép
    3. Phác đồ điều trị của bệnh viện.
    4. Dược thư Quốc gia Việt Nam.
31. **Thuốc rút số đăng ký có được thanh toán BHYT:**
    1. Có
    2. Không
    3. Tùy theo hướng dẫn Cục Quản lý Dược trong công văn rút số đăng ký
    4. Tùy theo quy định của mỗi cơ sở khám chữa bệnh.
32. **Thông tư 20/2022/TT-BYT có mấy phụ lục:**
    1. 1 phụ lục
    2. 2 phụ lục
    3. 3 phụ lục
    4. 4 phụ lục
33. **Việc xây dựng danh mục thuốc trên Hệ thống Giám định bảo hiểm y tế của BHXH Việt Nam theo chuẩn dữ liệu quy định tại quyết định nào:**
    1. 4210/QĐ-BYT ngày 20/09/2017
    2. 130/QĐ-BYT ngày 18/01/2023
    3. 3802/QĐ-BYT ngày 09/10/2023
    4. 6451/BYT-QLD ngày 06/10/2023
34. **Nội dung cột số đăng ký trong danh mục thuốc trên Giám định bảo hiểm y tế của BHXH Việt Nam:**
    1. Ghi số thứ tự của thuốc trong danh sách cấp số đăng ký do Cục Quản lý Dược công bố
    2. Ghi số tờ khai hải quan nhập thuốc.
    3. Ghi số đăng ký của thuốc
    4. Ghi đầy đủ số đăng ký và số quyết định cấp số đăng ký đó
35. **Nội dung cột đơn giá trong danh mục thuốc trên Giám định bảo hiểm y tế của BHXH Việt Nam:**
    1. Giá theo hóa đơn
    2. Giá theo thỏa thuận với nhà cung cấp
    3. Giá theo giá kê khai của thuốc
    4. Giá chưa bao gồm thuế VAT
36. **Nội dung cột thông tin thầu (TT\_THAU) trong danh mục thuốc trên Giám định bảo hiểm y tế của BHXH Việt Nam:**
    1. Gồm các thông tin theo thứ tự: số quyết định, ngày quyết định, gói thầu, mã đơn vị, nhóm thầu
    2. Gồm các thông tin theo thứ tự: số quyết định, ngày quyết định, mã đơn vị, gói thầu, nhóm thầu
    3. Gồm các thông tin theo thứ tự: ngày quyết định, số quyết định, gói thầu, mã đơn vị, nhóm thầu
    4. Gồm các thông tin theo thứ tự: số quyết định, gói thầu, nhóm thầu, năm
37. **Cột thông tin thầu (TT\_THAU) trong danh mục thuốc trên Hệ thống thông tin Giám định bảo hiểm y tế của BHXH Việt Nam đối với kết quả thầu tập trung cấp quốc gia thì bổ sung mã đơn vị là:**
    1. 10
    2. 30
    3. 00
    4. 40
38. **Cột thông tin thầu (TT\_THAU) trong danh mục thuốc trên Hệ thống thông tin Giám định bảo hiểm y tế của BHXH Việt Nam đối với kết quả thầu tập trung cấp địa phương do Sở Y tế thành phố Hồ Chí Minh tổ chức thì bổ sung mã đơn vị là:**
    1. 08
    2. 32
    3. 71
    4. 79
39. **Nội dung cột đơn vị tính trong danh mục thuốc trên Giám định bảo hiểm y tế của BHXH Việt Nam:**
    1. Ghi đơn vị tính nhỏ nhất, đơn vị tính của thuốc thực tế sử dụng cho người bệnh.
    2. Ghi đơn vị tính theo đơn vị tính trên hóa đơn.
    3. Ghi đơn vị tính theo dạng đóng gói kê toa cho bệnh nhân.
    4. Ghi đơn vị tính của thuốc sử dụng cho người bệnh.
40. **Nội dung cột mã thuốc trong danh mục thuốc trên Giám định bảo hiểm y tế của BHXH Việt Nam:**
    1. Số thứ tự của thuốc theo Thông tư
    2. Ghi hoạt chất của thuốc
    3. Ghi mã hoạt chất theo quy định tại Bộ mã danh mục dùng chung do Bộ Y tế ban hành
    4. Không bắt buộc có dữ liệu
41. **Nội dung cột tên thuốc trong danh mục thuốc trên Giám định bảo hiểm y tế của BHXH Việt Nam:**
    1. Ghi tên thuốc theo đúng tên thuốc được Cục Quản lý Dược cấp số đăng ký; Ghi tên thuốc theo đúng tên thuốc được Cục Quản lý Y, dược cổ truyền cấp số đăng ký.
    2. Ghi tên thuốc theo đúng tên thuốc được Bộ y tế cấp số đăng ký.
    3. Ghi tên thuốc theo đúng tên thuốc cổ truyền được Sở y tế cấp số đăng ký.
    4. Ghi tên thuốc theo đúng tên thuốc cổ truyền được Bộ y tế cấp số đăng ký.
42. **Nội dung cột tên thuốc trong danh mục thuốc trên Giám định bảo hiểm y tế của BHXH Việt Nam:**
    * 1. Ghi tên thuốc theo đúng tên thuốc được Cục Quản lý dược cấp số đăng ký; Thuốc do cơ sở KBCB tự bào chế, chế biến thì ghi tên thuốc theo đúng hồ sơ được người đứng đầu cơ sở KBCB phê duyệt.
      2. Ghi tên thuốc theo tên thuốc được Sở y tế cấp số đăng ký.
      3. Thuốc do cơ sở KBCB tự bào chế, chế biến thì ghi tên thuốc theo đúng hồ sơ được Cục Quản lý Dược cấp số đăng ký phê duyệt.
      4. Không có câu nào đúng
43. **Thuốc thuộc gói thầu Biệt dược gốc hoặc tương đương điều trị thì ghi nhóm thầu trong trong danh mục thuốc trên Hệ thống thông tin Giám định bảo hiểm y tế của BHXH Việt Nam là:**
    1. N1
    2. N2
    3. N3
    4. N4
44. **Thuốc thuộc gói thầu Biệt dược gốc hoặc tương đương điều trị thì ghi gói thầu trong trong danh mục thuốc trên Hệ thống thông tin Giám định bảo hiểm y tế của BHXH Việt Nam là:**
    1. G1
    2. G2
    3. G3
    4. G4
45. **Thuốc thuộc gói thầu thuốc Generic thì ghi gói thầu trong trong danh mục thuốc trên Hệ thống thông tin Giám định bảo hiểm y tế của BHXH Việt Nam là:**
    1. G1
    2. G2
    3. G3
    4. G4
46. **Thuốc thuộc gói thầu thuốc Thuốc cổ truyền, từ dược liệu thì ghi gói thầu trong trong danh mục thuốc trên Hệ thống thông tin Giám định bảo hiểm y tế của BHXH Việt Nam là:**
    1. G1
    2. G2
    3. G3
    4. G4
47. **Thuốc thuộc gói thầu Generic thì ghi nhóm thầu trong trong danh mục thuốc trên Hệ thống thông tin Giám định bảo hiểm y tế của BHXH Việt Nam là:**
    1. N1
    2. N2
    3. N3
    4. N4
48. **Trường hợp người bệnh được hưởng quyền lợi BHYT trái tuyến tại Bệnh viện tuyến tỉnh:**
49. Điều trị nội trú không có giấy chuyển tuyến.
50. Cấp cứu.
51. Điều trị ngoại trú có giấy chuyển tuyến.
52. Điều trị nội trú có giấy chuyển tuyến.
53. **Mức hưởng Bảo hiểm y tế nội trái tuyến tại bệnh viện tuyến tỉnh:**
54. 80%, 95%, 100% tùy theo đối tượng tham gia BHYT.
55. 40%, 60%, 80% tùy theo đối tượng tham gia BHYT.
56. 40%, 50%, 60% tùy theo đối tượng tham gia BHYT.
57. 50%, 60%, 95% tùy theo đối tượng tham gia BHYT.
58. **Mức hưởng Bảo hiểm y tế ngoại trái tuyến tại bệnh viện tuyến tỉnh:**
59. 80%, 95%, 100% tùy theo đối tượng tham gia BHYT;
60. Không được hưởng quyền lợi BHYT;
61. 50%, 70%, 80% tùy theo đối tượng tham gia BHYT;
62. 70%, 80%, 85% tùy theo đối tượng tham gia BHYT;
63. **Mức hưởng Bảo hiểm y tế nội trái tuyến tại bệnh viện tuyến TW:**
64. 100% tùy theo đối tượng tham gia BHYT;
65. 40% tùy theo đối tượng tham gia BHYT;
66. 60% tùy theo đối tượng tham gia BHYT;
67. 80% tùy theo đối tượng tham gia BHYT;
68. **Định nghĩa về ngày điều trị của 1 đợt điều trị nội trú:**
69. Ngày điều trị nội trú: Là một ngày trong đó, người bệnh được làm bệnh án nội trú, được hưởng ít nhất một trong các chế độ: theo dõi, chẩn đoán, điều trị hoặc chăm sóc.
70. Ngày điều trị nội trú: Là một ngày trong đó, người bệnh được theo dõi, chẩn đoán, điều trị hoặc chăm sóc.
71. Ngày điều trị nội trú: Là một ngày trong đó, người bệnh được khám, theo dõi, chẩn đoán, điều trị hoặc chăm sóc.
72. Ngày điều trị nội trú: Là một ngày trong đó, người bệnh được khám, điều trị, vật lý trị liệu hoặc chăm sóc.
73. **Người bệnh đến khám bệnh tại cơ sở y tế, đã được khám bệnh, cấp thuốc về điều trị nhưng sau đó có biểu hiện bất thường, đến cơ sở y tế đó để khám lại ngay trong ngày hôm đó và được tiếp tục thăm khám thì lần khám này được thanh toán chi phí như thế nào?**
74. Xem như là lần khám thứ 02 trở đi trong một ngày. Chỉ tính 30% mức giá của 01 lần khám bệnh và mức thanh toán tối đa chi phí khám bệnh của người đó không quá 02 lần mức giá của 01 lần khám bệnh.
75. Xem như một lần khám mới
76. Không tính tiền khám
77. Tính bằng 50% mức giá của 01 lần khám bệnh
78. **Trường hợp người bệnh vào khoa cấp cứu, không qua khoa khám bệnh, có thời gian cấp cứu, điều trị từ 04 giờ trở xuống (kể cả trường hợp ra viện, vào viện hoặc chuyển viện, tử vong) được thanh toán chi phí như thế nào?**
79. Thanh toán tiền khám bệnh, tiền thuốc, vật tư y tế và các dịch vụ kỹ thuật, không thanh toán tiền ngày giường bệnh hồi sức cấp cứu.
80. Thanh toán tiền ngày giường bệnh hồi sức cấp cứu.
81. Thanh toán tiền ngày giường nội khoa.
82. Thanh toán tiền không thanh toán tiền ngày giường bệnh hồi sức cấp cứu, Không thanh tiền khám bệnh, tiền thuốc, vật tư y tế và các dịch vụ kỹ thuật.
83. **Giá ngày giường bệnh được tính cho 01 người/01 giường. Trường hợp ở cùng một thời điểm phải nằm ghép 02 người/01 giường, ghép 03 người/01 giường thì được tính chi phí như thế nào?**
84. Trường hợp ở cùng một thời điểm phải nằm ghép 02 người/01 giường thì chỉ được thanh toán 1/2 mức giá, trường hợp nằm ghép từ 03 người trở lên thì chỉ được thanh toán 1/3 mức giá ngày giường điều trị tương ứng.
85. Tính 1 ngày/giường/người.
86. Tính 1/2 ngày/giường/người.
87. Tính 1/3 ngày/giường/người.
88. **Các phẫu thuật chưa được phân loại phẫu thuật quy định tại Thông tư số 50 thì áp dụng mức giá ngày giường ngoại khoa nào?**
89. Áp dụng mức giá ngày giường ngoại khoa loại 4 của hạng bệnh viện tương ứng.
90. Không tính tiền ngày giường bệnh
91. Áp dụng theo mức giá ngày giường của khoa điều trị
92. Không có câu nào đúng.
93. **Danh mục vật tư y tế thanh toán BHYT gồm bao nhiêu nhóm vật tư theo thông tư Thông tư 04/2017/TT-BYT ngày 14/4/2017 về Ban hành danh mục và tỷ lệ, điều kiện thanh toán đối với vật tư y tế thuộc phạm vi ảnh hưởng của người tham gia bảo hiểm y tế?**
94. Gồm 09 nhóm vật tư
95. Gồm 08 nhóm vật tư
96. Gồm 10 nhóm vật tư
97. Gồm 07 nhóm vật tư
98. **Bệnh nhân có thẻ BHYT khi tham gia khám chữa bệnh BHYT đúng qui định, BN thực hiện dịch vụ kỹ thuật tại bệnh viện hạng I có thanh toán vật tư y tế riêng. Hiện nay, số tiền VTYT được thanh toán BHYT tối đa cho bệnh nhân là bao nhiêu?**
99. 81.000.000 đồng
100. 67.050.000 đồng
101. 60.000.000 đồng
102. 70.000.000 đồng
103. **Mức thanh toán tối đa khi sử dụng stent động mạch vành phủ thuốc là bao nhiêu?**
     1. 30.000.000 đồng/1 stent
     2. 35.000.000 đồng/1 stent
     3. 36.000.000 đồng/1 stent
     4. 40.000.000 đồng/1 stent
104. **Theo Thông tư 04/2017/TT-BYT của Bộ Y tế quy định mức thanh toán tổng chi phí vật tư y tế cho một lần sử dụng dịch vụ kỹ thuật**
     1. Không vượt quá 40 tháng lương cơ sở; không áp dụng quy định này đối với vật tư y tế có quy định tỷ lệ thanh toán tại cột 5 Danh mục vật tư y tế tại Phụ lục 01 ban hành kèm theo Thông tư.
     2. Không vượt quá 45 tháng lương cơ sở; không áp dụng quy định này đối với vật tư y tế có quy định tỷ lệ thanh toán tại cột 5 Danh mục vật tư y tế tại Phụ lục 01 ban hành kèm theo Thông tư.
     3. Không vượt quá 40 tháng lương cơ sở.
     4. Không vượt quá 45 tháng lương cơ sở.
105. **Theo Thông tư 04/2017/TT-BYT của Bộ Y tế, đối với dịch vụ kỹ thuật đặt stent động mạch vành phải sử dụng nhiều hơn một stent phủ thuốc, quỹ bảo hiểm y tế thanh toán stent thứ 2 như thế nào?**
     1. Thanh toán thêm một phần hai (1/2) chi phí đối với stent thứ hai theo giá mua vào của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh nhưng không cao hơn 18.000.000 đồng.
     2. Thanh toán thêm một phần hai (1/2) chi phí đối với stent thứ hai theo giá mua vào của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh.
     3. Thanh toán thêm stent thứ hai theo giá mua vào của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh nhưng không cao hơn 18.000.000 đồng.
     4. Không thanh toán.
106. **Theo Thông tư 04/2017/TT-BYT của Bộ Y tế, mức thanh toán tối đa khi sử dụng stent động mạch vành phủ thuốc là bao nhiêu?**
     1. 30.000.000 đồng/1 stent
     2. 35.000.000 đồng/1 stent
     3. 36.000.000 đồng/1 stent
     4. 40.000.000 đồng/1 stent
107. **Theo Thông tư 04/2017/TT-BYT của Bộ Y tế, mức thanh toán tối đa khi sử dụng Thủy tinh thể nhân tạo là bao nhiêu?**
     1. 3.000.000 đồng/1 thủy tinh thể
     2. 3.500.000 đồng/1 thủy tinh thể
     3. 4.000.000 đồng/1 thủy tinh thể
     4. Thanh toán theo giá mua vào của cơ sở khám chữa bệnh.
108. **Theo Thông tư 04/2017/TT-BYT của Bộ Y tế, mức thanh toán khi sử dụng Hạt vi cầu Resin gắn đồng vị phóng xạ Y-90 như thế nào?**
     1. Thanh toán theo giá mua vào của cơ sở khám chữa bệnh
     2. Không thanh toán do ngoài danh mục của Thông tư 04
     3. Thanh toán với tỷ lệ 40%
     4. Thanh toán với tỷ lệ 50%
109. **Theo Thông tư 04/2017/TT-BYT của Bộ Y tế, mức thanh toán khi sử dụng Máy tạo nhịp 2 buồng là bao nhiêu?**
     1. Thanh toán theo giá mua vào của cơ sở khám chữa bệnh.
     2. 42.000.000 đồng/1 bộ
     3. 50.000.000 đồng/1 bộ
     4. 70.000.000 đồng/1 bộ
110. **Theo Thông tư 04/2017/TT-BYT của Bộ Y tế, đối với dịch vụ kỹ thuật đặt stent động mạch vành phải sử dụng nhiều hơn một stent phủ thuốc, quỹ bảo hiểm y tế thanh toán stent thứ 3 như thế nào?**
     1. Thanh toán thêm một phần ba (1/3) chi phí đối với stent thứ ba theo giá mua vào của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh.
     2. Thanh toán thêm một phần ba (1/3) chi phí đối với stent thứ ba theo giá mua vào của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh nhưng không cao hơn 18.000.000 đồng.
     3. Thanh toán thêm một phần ba (1/3) chi phí đối với stent thứ ba theo giá mua vào của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh nhưng không cao hơn 12.000.000 đồng.
     4. Không thanh toán.
111. **Theo Thông tư số 04/2017/TT-BYT của Bộ y tế, vật tư y tế nào sau đây không có quy định mức thanh toán tối đa?**
     1. Thủy tinh thể nhân tạo
     2. Stent động mạch vành phủ thuốc
     3. Khớp gối nhân tạo
     4. Đinh dùng trong kỹ thuật kết hợp xương.
112. **Theo quyết định 5086/QĐ-BYT của Bộ y tế, mã vật tư y tế được dùng để ánh xạ danh mục tại hệ thống thông tin giám định BHYT có cấu trúc?**
     1. X.YYYY.yyy.ppp
     2. X.YYYY.yyy.ZZZZ
     3. X.YYYY.yyy.ZZZZ.ppp
     4. X.YYYY.ppp
113. **Theo quyết định 5086/QĐ-BYT của Bộ y tế, ký hiệu mã “ppp” được áp dụng khi nào?**
     1. Áp dụng trong đấu thầu, mua sắm vật tư y tế; đồng thời, để ánh xạ danh mục vật tư y tế với cơ quan bảo hiểm xã hội, phục vụ việc trích chuyển dữ liệu điện tử
     2. Áp dụng trong việc trích chuyển dữ liệu điện tử giữa cơ sở khám bệnh, chữa bệnh với cơ quan bảo hiểm xã hội sau khi vật tư y tế đã được sử dụng cho người bệnh.
     3. Áp dụng trong đấu thầu, mua sắm vật tư y tế
     4. Để ánh xạ danh mục vật tư y tế với cơ quan bảo hiểm xã hội.

1. **Theo Thông tư 04/2017/TT-BYT của Bộ Y tế, Bộ Y tế có trách nhiệm:**
   1. Tổ chức triển khai, thanh tra, kiểm tra việc thực hiện Thông tư này trên phạm vi cả nước.
   2. Tổ chức thực hiện, thanh toán chi phí vật tư y tế theo đúng quy định của Thông tư này và các văn bản quy phạm pháp luật khác có liên quan.
   3. Chủ trì, phối hợp với các đơn vị liên quan giải quyết vướng mắc phát sinh trong quá trình tổ chức thực hiện.
   4. Cung ứng đầy đủ, kịp thời, đúng quy định theo danh mục vật tư y tế đã xây dựng, đáp ứng nhu cầu điều trị của người tham gia bảo hiểm y tế.
2. **Theo Thông tư 04/2017/TT-BYT của Bộ Y tế, Cơ sở khám bệnh, chữa bệnh không có trách nhiệm nào sau đây:**
   1. Phối hợp với Bộ Y tế và các đơn vị liên quan giải quyết vướng mắc phát sinh trong quá trình tổ chức thực hiện.
   2. Quản lý, sử dụng vật tư y tế theo đúng quy định, bảo đảm an toàn, hợp lý, tiết kiệm và bảo đảm chất lượng; tổng hợp thanh toán kịp thời, đúng chủng loại, đúng số lượng và đúng giá, đúng chi phí
   3. Xây dựng danh mục vật tư y tế để mua sắm, sử dụng tại đơn vị theo quy định tại Khoản 1 Điều 2 Thông tư này
   4. Cung cấp hóa đơn, chứng từ mua vật tư y tế đối với các vật tư y tế chưa được tính chi phí vào giá của dịch vụ kỹ thuật, khám bệnh, ngày giường điều trị hoặc thu trọn gói theo trường hợp bệnh trong các đợt giám định, thanh tra, kiểm tra chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế
3. **Theo Quyết định 5086/QĐ-BYT ngày 04/11/2021 của Bộ Y tế, Vụ Trang thiết bị và công trình y tế, Bộ Y tế có trách nhiệm:**
   1. Chủ trì, phối hợp với các Vụ, Cục thuộc Bộ Y tế và các cơ quan, đơn vị có liên quan thuộc Bảo hiểm xã hội Việt Nam tổng hợp danh sách các hãng, nước sản xuất vật tư y tế; định kỳ 03 (ba) tháng một lần gửi văn bản đến Vụ Bảo hiểm y tế để rà soát, tổng hợp, trình Lãnh đạo Bộ Y tế xem xét, ký ban hành;
   2. Tổ chức thực hiện, thanh toán chi phí vật tư y tế theo đúng quy định của Thông tư này và các văn bản quy phạm pháp luật khác có liên quan
   3. Chủ trì, phối hợp với các đơn vị liên quan giải quyết vướng mắc phát sinh trong quá trình tổ chức thực hiện.
   4. Cung ứng đầy đủ, kịp thời, đúng quy định theo danh mục vật tư y tế đã xây dựng, đáp ứng nhu cầu điều trị của người tham gia bảo hiểm y tế;
4. **Trường hợp bệnh nhân mã thẻ hộ gia đình, mức hưởng 80%, được chỉ định sử dụng “Stent động mạch vành phủ thuốc”, giá trúng thầu là 42 triệu đồng. Vậy số tiền mà cơ quan Bảo hiểm xã hội thanh toán là bao nhiêu?**
   1. 42 triệu đồng.
   2. 36 triệu đồng.
   3. 40 triệu đồng.
   4. 28,8 triệu đồng.
5. **Trường hợp bệnh nhân mã thẻ hộ gia đình, mức hưởng 80%, được chỉ định sử dụng “Thủy tinh thể nhân tạo”, giá trúng thầu là 4,1 triệu đồng. Vậy số tiền mà cơ quan Bảo hiểm xã hội thanh toán là bao nhiêu?**
   1. 4,1 triệu đồng.
   2. 3,5 triệu đồng.
   3. 3 triệu đồng.
   4. 2,4 triệu đồng.
6. **Trường hợp bệnh nhân mã thẻ hộ gia đình, mức hưởng 95%, được chỉ định sử dụng “Khớp háng toàn phần nhân tạo”, giá trúng thầu là 47 triệu đồng. Vậy số tiền mà cơ quan Bảo hiểm xã hội thanh toán là bao nhiêu?**
   1. 47 triệu đồng.
   2. 40 triệu đồng.
   3. 44.65 triệu đồng.
   4. 42.75 triệu đồng.
7. **Trường hợp bệnh nhân mã thẻ hộ gia đình, mức hưởng 80%, được chỉ định sử dụng “Khớp gối toàn phần nhân tạo”, giá trúng thầu là 60 triệu đồng. Vậy số tiền mà cơ quan Bảo hiểm xã hội thanh toán là bao nhiêu?**
   1. 36 triệu đồng.
   2. 60 triệu đồng.
   3. 40 triệu đồng.
   4. 48 triệu đồng.
8. **Trường hợp bệnh nhân mã thẻ TE “Trẻ em dưới 6 tuổi”, mức hưởng 100%, được chỉ định sử dụng “Stent động mạch vành phủ thuốc”, giá trúng thầu là 45 triệu đồng. Vậy số tiền mà cơ quan Bảo hiểm xã hội thanh toán là bao nhiêu?**
   1. 45 triệu đồng.
   2. 36 triệu đồng.
   3. 40 triệu đồng.
   4. 28,8 triệu đồng.
9. **Trường hợp bệnh nhân mã thẻ hộ gia đình, mức hưởng 80%, được chỉ định sử dụng “Khớp háng bán phần nhân tạo”, giá trúng thầu là 43 triệu đồng. Vậy số tiền mà cơ quan Bảo hiểm xã hội thanh toán là bao nhiêu?**
   1. 28 triệu đồng.
   2. 34.4 triệu đồng.
   3. 30 triệu đồng.
   4. 28,8 triệu đồng.
10. **Trường hợp bệnh nhân mã thẻ hộ gia đình, mức hưởng 80%, được chỉ định sử dụng “Stent động mạch vành phủ thuốc”, giá trúng thầu là 42 triệu đồng. Vậy số tiền mà cơ quan Bảo hiểm xã hội thanh toán là bao nhiêu?**
    1. 42 triệu đồng.
    2. 36 triệu đồng.
    3. 40 triệu đồng.
    4. 28,8 triệu đồng.
11. **Trường hợp bệnh nhân mã thẻ hộ gia đình, mức hưởng 80%, được chỉ định sử dụng 01 “Stent động mạch vành phủ thuốc”, giá trúng thầu là 42 triệu đồng, 01 “Stent động mạch vành không phủ thuốc” giá 15 triệu trong cùng 01 dịch vụ kỹ thuật. Vậy số tiền mà cơ quan Bảo hiểm xã hội thanh toán là bao nhiêu?**
    1. 57 triệu đồng.
    2. 45.6 triệu đồng.
    3. 40,8 triệu đồng.
    4. 36.3 triệu đồng.
12. **Trường hợp bệnh nhân mã thẻ HT “Hưu trí”, mức hưởng 95%, được chỉ định sử dụng 01 “Stent động mạch vành phủ thuốc”, giá trúng thầu là 42 triệu đồng, 01 “Stent động mạch vành không phủ thuốc” giá 15 triệu trong cùng 01 dịch vụ kỹ thuật. Vậy số tiền mà cơ quan Bảo hiểm xã hội thanh toán là bao nhiêu?**
    1. 57 triệu đồng.
    2. 48,45 triệu đồng.
    3. 54,15 triệu đồng.
    4. 41,7 triệu đồng.

1. **Trường hợp bệnh nhân mã thẻ TE “Trẻ em dưới 6 tuổi”, mức hưởng 100%, được chỉ định sử dụng 01 “Stent động mạch vành phủ thuốc”, giá trúng thầu là 42 triệu đồng, 01 “Stent động mạch vành không phủ thuốc” giá 15 triệu trong cùng 01 dịch vụ kỹ thuật. Vậy số tiền mà cơ quan Bảo hiểm xã hội thanh toán là bao nhiêu?**
   1. 57 triệu đồng.
   2. 51 triệu đồng.
   3. 40 triệu đồng.
   4. 28,8 triệu đồng.
2. **Trường hợp bệnh nhân mã thẻ TE “Trẻ em dưới 6 tuổi”, mức hưởng 100%, được chỉ định sử dụng 01 “Stent động mạch vành phủ thuốc”, giá trúng thầu là 42 triệu đồng, 01 “Stent động mạch vành phủ thuốc” giá 38 triệu trong cùng 01 dịch vụ kỹ thuật. Vậy số tiền mà cơ quan Bảo hiểm xã hội thanh toán là bao nhiêu?**
   1. 80 triệu đồng.
   2. 72 triệu đồng.
   3. 54 triệu đồng.
   4. 60 triệu đồng.

1. **Trường hợp bệnh nhân mã thẻ HT “Hưu trí”, mức hưởng 95%, được chỉ định sử dụng 01 “Stent động mạch vành phủ thuốc”, giá trúng thầu là 42 triệu đồng, 01 “Stent động mạch vành phủ thuốc” giá 38 triệu trong cùng 01 dịch vụ kỹ thuật. Vậy số tiền mà cơ quan Bảo hiểm xã hội thanh toán là bao nhiêu?**
   1. 57 triệu đồng.
   2. 52.2 triệu đồng.
   3. 76 triệu đồng.
   4. 41,7 triệu đồng.
2. **Trường hợp bệnh nhân mã thẻ GD “Hộ Gia đình”, mức hưởng 80%, được chỉ định sử dụng 01 “Stent động mạch vành phủ thuốc”, giá trúng thầu là 42 triệu đồng, 01 “Stent động mạch vành phủ thuốc” giá 38 triệu trong cùng 01 dịch vụ kỹ thuật. Vậy số tiền mà cơ quan Bảo hiểm xã hội thanh toán là bao nhiêu?**
   1. 64 triệu đồng.
   2. 46.8 triệu đồng.
   3. 57.6 triệu đồng.
   4. 41,7 triệu đồng.

1. **Vật tư y tế có giá mua vào là 20 triệu đồng, vật tư tái sử dụng, với số lần sử dụng trung bình là 4 lần, không có chi phí hấp sấy, khử khuẩn. Vậy 01 lần thanh toán với giá bao nhiêu?**
   1. 20 triệu đồng.
   2. 5 triệu đồng.
   3. 10 triệu đồng.
   4. 15 triệu đồng.
2. **Vật tư y tế có giá mua vào là 20 triệu đồng, vật tư tái sử dụng, với số lần sử dụng trung bình là 5 lần, chi phí hấp sấy khử khuẩn là 200.000/1 lần hấp lại. Vậy 01 lần thanh toán với giá bao nhiêu?**
   1. 4,2 triệu đồng.
   2. 4,16 triệu đồng.
   3. 4 triệu đồng.
   4. 10,2 triệu đồng.
3. **Vật tư y tế có giá mua vào là 5 triệu đồng, vật tư tái sử dụng, với số lần sử dụng trung bình là 2 lần, chi phí hấp sấy khử khuẩn là 200.000/1 lần hấp lại. Vậy 01 lần thanh toán với giá bao nhiêu?**
4. 2,5 triệu đồng.
5. 2,7 triệu đồng.
6. 2,6 triệu đồng.
7. 2,4 triệu đồng.
8. **Trường hợp bệnh nhân mã thẻ GD “Hộ Gia đình”, mức hưởng 80%, được chỉ định sử dụng 01 “Khớp gối toàn phần nhân tạo”, giá trúng thầu là 50 triệu đồng, 02 Vật tư y tế “Nẹp dùng trong kết hợp xương” đơn giá 15 triệu/cái, 04 Vật tư y tế “Đinh dùng trong kết hợp xương” đơn giá 5 triệu/cái trong cùng 01 dịch vụ kỹ thuật. Vậy số tiền mà cơ quan Bảo hiểm xã hội thanh toán là bao nhiêu?**
   1. 85 triệu đồng.
   2. 68 triệu đồng.
   3. 64,8 triệu đồng.
   4. 67 triệu đồng.
9. **Trường hợp bệnh nhân mã thẻ HT “Hưu trí”, mức hưởng 95%, được chỉ định sử dụng 01 “Khớp gối toàn phần nhân tạo”, giá trúng thầu là 50 triệu đồng, 02 Vật tư y tế “Nẹp dùng trong kết hợp xương” đơn giá 15 triệu/cái, 04 Vật tư y tế “Đinh dùng trong kết hợp xương” đơn giá 5 triệu/cái trong cùng 01 dịch vụ kỹ thuật. Vậy số tiền mà cơ quan Bảo hiểm xã hội thanh toán là bao nhiêu?**
   1. 85 triệu đồng.
   2. 80,75 triệu đồng.
   3. 76,95 triệu đồng.
   4. 67 triệu đồng.
10. **Trường hợp bệnh nhân mã thẻ TE “Trẻ em dưới 6 tuổi”, mức hưởng 100%, được chỉ định sử dụng 01 “Khớp gối toàn phần nhân tạo”, giá trúng thầu là 50 triệu đồng, 02 Vật tư y tế “Nẹp dùng trong kết hợp xương” đơn giá 15 triệu/cái, 04 Vật tư y tế “Đinh dùng trong kết hợp xương” đơn giá 5 triệu/cái trong cùng 01 dịch vụ kỹ thuật. Vậy số tiền mà cơ quan Bảo hiểm xã hội thanh toán là bao nhiêu?**
    1. 90 triệu đồng.
    2. 85 triệu đồng.
    3. 81 triệu đồng.
    4. 67 triệu đồng.
11. **Trường hợp bệnh nhân mã thẻ CB“Cựu chiến binh”, mức hưởng 100%, được chỉ định sử dụng 01 “Khớp gối toàn phần nhân tạo”, giá trúng thầu là 50 triệu đồng, 02 Vật tư y tế “Nẹp dùng trong kết hợp xương” đơn giá 15 triệu/cái, 04 Vật tư y tế “Đinh dùng trong kết hợp xương” đơn giá 5 triệu/cái trong cùng 01 dịch vụ kỹ thuật. Vậy số tiền mà cơ quan Bảo hiểm xã hội thanh toán là bao nhiêu?**
    1. 90 triệu đồng.
    2. 85 triệu đồng.
    3. 81 triệu đồng.
    4. 67 triệu đồng.
12. **Với chi phí khám, chữa bệnh cho 1 đợt điều trị thấp hơn bao nhiêu % lương cơ sở (1.800.000 đồng) thì người bệnh được miễn cùng chi trả?**
    1. 10%
    2. 15%
    3. 20%
    4. 30%
13. **Khi đủ điều kiện được miễn cùng chi trả chi phí khám, chữa bệnh, người bệnh đến cơ quan BHXH nào để đề nghị cấp giấy miễn cùng chi trả?**
    1. Bảo hiểm xã hội gần nơi cư trú.
    2. Tổ chức dịch vụ thu nơi mua thẻ BHYT.
    3. Ủy Ban Nhân Dân phường/xã.
    4. Bưu điện gầ nơi cư trú.
14. **Chọn câu trả lời sai. Quyền của người tham gia BHYT**
    1. Được cấp thẻ BHYT khi đóng BHYT.
    2. Được khám bệnh, chữa bệnh.
    3. Được tổ chức BHYT (BHXH) thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh theo chế độ BHYT.
    4. Yêu cầu tổ chức BHYT (BHXH), thanh toán chi phí cho người bệnh tự chọn theo yêu cầu.
15. **Cơ sở KCB có ký hợp đồng KCB BHYT sẽ được cơ quan BHXH tạm ứng kinh phí KCB hàng quý bằng**
    1. 60% chi phí KCB BHYT phát sinh của quý trước
    2. 70% chi phí KCB BHYT phát sinh của quý trước
    3. 80% chi phí KCB BHYT phát sinh của quý trước
    4. 90% chi phí KCB BHYT phát sinh của quý trước.
16. **Cách ghi lý do trên “GIẤY CHUYỂN TUYẾN KHÁM BỆNH, CHỮA BỆNH BẢO HIỂM Y TẾ”, chọn câu trả lời đúng:**
17. Khoanh tròn vào mục 1 lý do chuyển tuyến. Trường hợp chọn mục 1, đánh dấu (X) vào ô tương ứng: a) Phù hợp với quy định chuyển tuyến (\*) □ b) Không phù hợp với khả năng đáp ứng của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh. □.
18. Khoanh tròn vào mục 1 lý do chuyển tuyến. Trường hợp chọn mục 1, không đánh dấu (X) vào ô tương ứng: a) hoặc b), nhưng phải ghi rõ lý do chuyển tuyến.
19. Khoanh tròn vào mục 2 lý do chuyển tuyến. Trường hợp chọn mục 2 (Theo yêu cầu của người bệnh hoặc người đại diện hợp pháp của người bệnh).
20. Khoanh tròn vào mục lý do chuyển tuyến (Theo yêu cầu của người bệnh hoặc người đại diện hợp pháp của người bệnh).
21. **Cơ sở khám bệnh, chữa bệnh BHYT là những cơ sở nào?**
22. Là cơ sở KCB có ký hợp đồng KCB với tổ chức BHYT.
23. Bệnh viện, Phòng khám đa khoa công lập.
24. Bệnh viện, phòng khám đa khoa công lập và tư nhân.
25. Bệnh viện, phòng khám đa khoa, trạm y tế
26. **Người tham gia BHYT đăng ký khám chữa bệnh ban đầu tại các cơ sở y tế ngoài công lập có được hưởng quyền lợi về BHYT không?**
27. Được chi trả toàn bộ.
28. Không được chi trả.
29. Chi trả trong phạm vi được hưởng và mức hưởng theo đúng quy định nhưng chỉ tính theo giá dịch vụ áp dụng đối với các cơ sở KCB công lập tương đương tuyến chuyên môn kỹ thuật.
30. Chi trả một phần
31. **Trường hợp cấp cứu, người tham gia BHYT được KCB tại bất kỳ cơ sở KCB nào và phải xuất trình thẻ BHYT cùng với giấy tờ quy định trong thời gian nào?**
32. Xuất trình ngay sau khi nhập viện
33. Xuất trình sau 1 ngày nhập viện
34. Xuất trình trước khi ra viện
35. Xuất trình trong 3 ngày nhập viện
36. **Ông B có thẻ BHYT đăng ký KCB ban đầu tại bệnh viện Nguyễn Trãi (BV tuyến tỉnh) khi đến KCB tại bệnh viện Quận 11 là KCB.**
37. Đúng tuyến được hưởng theo mức hưởng và quyền lợi
38. Trái tuyến được hưởng theo mức hưởng và quyền lợi
39. Thông tuyến được hưởng theo mức hưởng và quyền lợi
40. Trái tuyến được hưởng theo tỷ lệ 60%
41. **Ông A có thẻ BHYT đăng ký KCB ban đầu tại bệnh viện Huyện Bến Lức (tỉnh Long An), đến KCB tại bệnh viện Quận Bình Tân được hưởng BHYT.**
42. KCB thông tuyến được hưởng theo mức hưởng và quyền lợi
43. KCB trái tuyến được hưởng theo mức hưởng và quyền lợi
44. KCB đúng tuyến được hưởng theo mức hưởng và quyền lợi
45. KCB trái tuyến hưởng theo tỷ lệ quy định
46. **Ông A có thẻ BHYT đăng ký KCB ban đầu tại bệnh viện Huyện Bến Lức (tỉnh Long An), đến KCB tại PKĐK Đại Phước (tuyến Quận huyện) được hưởng BHYT.**
47. KCB thông tuyến được hưởng theo mức hưởng và quyền lợi
48. KCB trái tuyến được hưởng theo mức hưởng và quyền lợi
49. KCB đúng tuyến được hưởng theo mức hưởng và quyền lợi
50. KCB trái tuyến không được hưởng quyền lợi BHYT
51. **Trường hợp người bệnh đến KCB tại nơi đăng ký KCB ban đầu nhưng không trình đầy đủ thủ tục KCB thì được thanh toán trực tiếp tại cơ quan BHXH chi phí trong phạm vi quyền lợi và mức hưởng BHYT sau đây:**
    1. 80% chi phí khám bệnh, chữa bệnh thuôc̣ pham vi quyền lơi BHYT ̣
    2. Thanh toán chi phí ngoại trú tối đa không quá 0,15 lần mức lương cơ sở và nội trú không quá 0,5 lần mức lương cơ sở tại thời điểm KCB
    3. Thanh toán nội trú không quá 0,5 lần mức lương cơ sở tại thời điểm KCB.
    4. Không được hưởng chế độ BHYT
52. **Thủ tục khám lại theo yêu cầu điều trị đối với người tham gia BHYT tại tuyến trên được quy định như thế nào.**
53. Người bệnh phải xuất trình thẻ BHYT và giấy chuyển tuyến của tuyến trước.
54. Người bệnh phải xuất trình thẻ BHYT và giấy hẹn khám lại của cơ sở y tế. Mỗi giấy hẹn chỉ có giá trị sử dụng một lần theo thời gian ghi trong giấy hẹn.
55. Người bệnh phải xuất trình thẻ BHYT, CCCD có gắn chíp hoặc VssID.
56. Người bệnh phải xuất trình thẻ BHYT, CCCD có gắn chíp hoặc VssID và giấy chuyển tuyến.
57. **Trẻ em dưới 18 tuổi không có sử dụng điện thoại thông minh thì có thể cài đặt ứng dụng VssID được không?**
    1. Được
    2. Không được
    3. Đối với trường hợp trẻ dưới 18 tuổi không sử dụng điện thoại thông minh thì có thể sử dụng tài khoản của cha, mẹ hoặc người giám hộ cài đặt cho con.
    4. Đối với trường hợp trẻ dưới 18 tuổi không sử dụng điện thoại thông minh thì có thể sử dụng mã định danh cài đặt cho con.
58. **Chào hàng cạnh tranh được áp dụng đối với gói thầu có giá gói thầu không quá giá trị bao nhiêu:**
59. 02 tỷ.
60. 03 tỷ.
61. 04 tỷ.
62. 05 tỷ.
63. **Đấu thầu qua mạng được hiểu là:**
64. Quá trình lựa chọn nhà thầu để ký kết, thực hiện hợp đồng cung cấp dịch vụ tư vấn, dịch vụ phi tư vấn, mua sắm hàng hóa, xây lắp, lựa chọn nhà đầu tư để ký kết, thực hiện hợp đồng dự án đầu tư kinh doanh trên cơ sở bảo đảm cạnh tranh, công bằng, minh bạch, hiệu quả kinh tế và trách nhiệm giải trình.
65. Việc thực hiện hoạt động đấu thầu trên Hệ thống mạng đấu thầu quốc gia.
66. Hoạt động đấu thầu mà nhà thầu, nhà đầu tư trong nước, nước ngoài được tham dự thầu.
67. Hoạt động đấu thầu chỉ có nhà thầu, nhà đầu tư trong nước được tham dự thầu.
68. **Nhà thầu gồm:**
69. Tổ chức có tư cách hợp lệ theo quy định.
70. Tổ chức, hộ kinh doanh, cá nhân có tư cách hợp lệ theo quy định.
71. Tổ chức, cá nhân có tư cách hợp lệ.
72. Cả A, B, C đều sai.
73. **Hành vi nào sau đây không gọi là thông thầu:**
    1. Dàn xếp, thỏa thuận, ép buộc để một hoặc các bên chuẩn bị hồ sơ dự thầu hoặc rút hồ sơ dự thầu để một bên trúng thầu.
    2. Dàn xếp, thỏa thuận để từ chối cung cấp hàng hóa, dịch vụ, không ký hợp đồng thầu phụ hoặc thực hiện các hình thức thỏa thuận khác nhằm hạn chế cạnh tranh để một bên trúng thầu.
    3. Lợi dụng chức vụ, quyền hạn để gây ảnh hưởng, can thiệp trái pháp luật vào hoạt động đấu thầu dưới mọi hình thức.
    4. Nhà thầu, nhà đầu tư có năng lực, kinh nghiệm đã tham dự thầu và đáp ứng yêu cầu của hồ sơ mời thầu nhưng cố ý không cung cấp tài liệu để chứng minh năng lực, kinh nghiệm khi được bên mời thầu yêu cầu làm rõ hồ sơ dự thầu hoặc khi được yêu cầu đối chiếu tài liệu nhằm tạo điều kiện để một bên trúng thầu.
74. **Nhận định sai về hình thức Đấu thầu rộng rãi là:**
    1. Là hình thức lựa chọn nhà thầu trong đó không hạn chế số lượng nhà thầu tham dự.
    2. Đấu thầu rộng rãi được áp dụng đối với tất cả các gói thầu, trừ trường hợp quy định gói thầu được áp dụng các hình thức khác.
    3. Trường hợp không đấu thầu rộng rãi, văn bản trình duyệt kế hoạch lựa chọn nhà thầu phải nêu rõ lý do không thực hiện đấu thầu rộng rãi.
    4. Bên mời thầu quyết định và chịu trách nhiệm về việc không áp dụng hình thức đấu thầu rộng rãi.
75. **Nhận định dưới đây sai về hình thức chỉ định thầu:**
76. Gồm chỉ định thầu thông thường và chỉ định thầu rút gọn.
77. Quy trình chỉ định thầu thông thường chỉ áp dụng trong trường hợp chủ đầu tư gửi hồ sơ yêu cầu cho nhiều hơn một nhà thầu.
78. Việc chỉ định thầu phải được thực hiện trong thời hạn không quá 45 ngày kể từ ngày phê duyệt hồ sơ yêu cầu đến ngày ký kết hợp đồng; trường hợp gói thầu có quy mô lớn, phức tạp không quá 90 ngày.
79. Trường hợp các gói thầu đáp ứng điều kiện quy định về chỉ định thầu nhưng vẫn có thể áp dụng các hình thức lựa chọn nhà thầu khác thì khuyến khích người có thẩm quyền quyết định áp dụng hình thức khác để lựa chọn nhà thầu.
80. **Nhiệm vụ nào sau đây không phải là trách nhiệm của bên mời thầu đối với lựa chọn nhà thầu:**
81. Chuẩn bị lựa chọn nhà thầu; tổ chức lựa chọn nhà thầu; tổ chức đánh giá hồ sơ quan tâm, hồ sơ dự sơ tuyển, hồ sơ dự thầu, hồ sơ đề xuất.
82. Quyết định thành lập tổ chuyên gia trong trường hợp bên mời thầu là đơn vị tư vấn được chủ đầu tư lựa chọn.
83. Lập hồ sơ mời quan tâm, hồ sơ mời sơ tuyển, hồ sơ mời thầu, hồ sơ yêu cầu.
84. Yêu cầu nhà thầu làm rõ hồ sơ quan tâm, hồ sơ dự sơ tuyển, hồ sơ dự thầu, hồ sơ đề xuất trong quá trình đánh giá hồ sơ.
85. **Thời gian có hiệu lực của bảo đảm dự thầu được quy định trong hồ sơ mời thầu bằng thời gian có hiệu lực của hồ sơ dự thầu cộng thêm:**
86. 15 ngày.
87. 30 ngày.
88. 45 ngày.
89. 60 ngày.
90. **Gian lận bao gồm các hành vi nào sau đây:**
91. Làm giả hoặc làm sai lệch thông tin, hồ sơ, tài liệu trong đấu thầu.
92. Có hành vi vi phạm pháp luật về an toàn, an ninh mạng nhằm can thiệp, cản trở việc đấu thầu qua mạng.
93. Cố ý cung cấp thông tin, tài liệu không trung thực, không khách quan trong hồ sơ quan tâm, hồ sơ dự sơ tuyển, hồ sơ đăng ký thực hiện dự án đầu tư kinh doanh, hồ sơ dự thầu, hồ sơ đề xuất nhằm làm sai lệch kết quả lựa chọn nhà thầu, nhà đầu tư.
94. Cả A và C đều đúng.
95. **Cản trở bao gồm các hành vi nào sau đây:**
96. Làm giả hoặc làm sai lệch thông tin, hồ sơ, tài liệu trong đấu thầu.
97. Cố ý cung cấp thông tin, tài liệu không trung thực, không khách quan trong hồ sơ quan tâm, hồ sơ dự sơ tuyển, hồ sơ đăng ký thực hiện dự án đầu tư kinh doanh, hồ sơ dự thầu, hồ sơ đề xuất nhằm làm sai lệch kết quả lựa chọn nhà thầu, nhà đầu tư.
98. Cản trở người có thẩm quyền, chủ đầu tư, bên mời thầu, nhà thầu, nhà đầu tư trong lựa chọn nhà thầu, nhà đầu tư.
99. Cả A, B, C đều đúng.
100. **Thành viên tổ chuyên gia, tổ thẩm định phải có tối thiểu bao nhiêu năm công tác thuộc một trong các lĩnh vực liên quan đến nội dung pháp lý, kỹ thuật, tài chính của gói thầu, dự án đầu tư kinh doanh:**
101. 02 năm.
102. 03 năm.
103. 04 năm.
104. 05 năm.
105. **Đối với lĩnh vực y tế, trường hợp cần ý kiến của chuyên gia chuyên ngành thì:**
106. Các chuyên gia này không yêu cầu có tối thiểu 03 năm công tác thuộc một trong các lĩnh vực liên quan đến nội dung pháp lý, kỹ thuật, tài chính của gói thầu nhưng phải có năng lực hành vi dân sự đầy đủ theo quy định.
107. Các chuyên gia này vẫn phải đáp ứng yêu cầu Tốt nghiệp đại học trở lên.
108. Các chuyên gia này vẫn phải có chứng chỉ nghiệp vụ chuyên môn về đấu thầu.
109. Các chuyên gia này có tối thiểu 03 năm công tác thuộc một trong các lĩnh vực liên quan đến nội dung pháp lý, kỹ thuật, tài chính của gói thầu.
110. **Việc công khai thông tin về lựa chọn nhà thầu phãi được đăng tải tại:**
111. Cổng thông tin điện tử của đơn vị.
112. Trên một số website.
113. Trên tạp chí chuyên ngành.
114. Hệ thống mạng đấu thầu quốc gia.
115. **Giá trúng thầu là:**
116. Giá được ghi trong quyết định phê duyệt kế hoạch lựa chọn nhà thầu.
117. Giá được ghi trong quyết định phê duyệt kết quả lựa chọn nhà thầu.
118. Giá được ghi trong quyết định phê duyệt dự toán mua sắm.
119. Giá được ghi trong hợp đồng.
120. **Từ 01/01/2024, các gói thầu mua sắm thuốc, vật tư y tế mà bệnh viện thực hiện hình thức chào hàng cạnh tranh thì bệnh viện tổ chức thực hiện hoạt động đấu thầu theo:**
121. Đấu thầu qua mạng.
122. Đấu thầu không qua mạng.
123. Đấu thầu rộng rãi.
124. Đấu thầu hạn chế.
125. **Nhận định sai về giá gói thầu là:**
126. Giá gói thầu được tính đúng, tính đủ toàn bộ chi phí để thực hiện gói thầu, kể cả chi phí dự phòng, phí, lệ phí và thuế.
127. Giá gói thầu phải được cập nhật trong thời hạn 28 ngày trước ngày mở thầu.
128. Trường hợp gói thầu gồm nhiều phần riêng biệt thì nêu rõ giá trị ước tính của từng phần.
129. Bao gồm các chi phí cần thiết để thực hiện các yêu cầu về đấu thầu bền vững trong trường hợp gói thầu có xem xét các yếu tố đấu thầu bền vững, sản phẩm, dịch vụ thân thiện với môi trường.
130. **Hồ sơ mời thầu là bao gồm các yêu cầu cho một dự án, gói thầu, dự án đầu tư kinh doanh làm căn cứ để nhà thầu, nhà đầu tư chuẩn bị hồ sơ dự thầu và để bên mời thầu tổ chức đánh giá hồ sơ dự thầu của các hình thức lựa chọn nhà thầu:**
131. Đấu thầu rộng rãi, Đấu thầu hạn chế
132. Đấu thầu rộng rãi, đấu thầu hạn chế, chào hàng cạnh tranh.
133. Đấu thầu trong nước.
134. Đấu thầu qua mạng.
135. **Đối với hồ sơ đấu thầu theo dự toán mua sắm, phải thực hiện thẩm định các nội dung chủ yếu như sau:**
136. Kế hoạch tổng thể lựa chọn nhà thầu; Kế hoạch lựa chọn nhà thầu; Hồ sơ mời thầu, hồ sơ yêu cầu; Kết quả lựa chọn nhà thầu.
137. Kế hoạch lựa chọn nhà thầu; Hồ sơ mời thầu, Hồ sơ yêu cầu; Kết quả lựa chọn nhà thầu.
138. Hồ sơ mời thầu, Hồ sơ yêu cầu; Kết quả lựa chọn nhà thầu.
139. Kế hoạch lựa chọn nhà thầu; Kết quả lựa chọn nhà thầu.
140. **Nhà thầu, nhà đầu tư phải thực hiện một trong các biện pháp để bảo đảm trách nhiệm dự thầu trong thời gian xác định theo yêu cầu của hồ sơ mời thầu. Nhận định sai về hình thức thực hiện bảo đảm dự thầu là:**
141. Đặt cọc.
142. Nộp thư bảo lãnh của tổ chức tín dụng trong nước, chi nhánh ngân hàng nước ngoài được thành lập theo pháp luật Việt Nam.
143. Nộp thư bảo lãnh của chi nhánh ngân hàng trong nước.
144. Nộp giấy chứng nhận bảo hiểm bảo lãnh của doanh nghiệp bảo hiểm phi nhân thọ trong nước, chi nhánh doanh nghiệp bảo hiểm phi nhân thọ nước ngoài được thành lập theo pháp luật Việt Nam.
145. **Căn cứ sai khi xác định giá gói thầu là:**
146. Dự toán gói thầu được duyệt (nếu có).
147. Nội dung và phạm vi công việc, số lượng chuyên gia, thời gian thực hiện, năng lực, kinh nghiệm của chuyên gia tư vấn, mức lương chuyên gia theo quy định của pháp luật (nếu có) và các yếu tố khác;
148. Kết quả lựa chọn nhà thầu đối với hàng hóa, dịch vụ tương tự trong thời gian tối đa 12 tháng trước ngày trình kế hoạch lựa chọn nhà thầu.
149. Tối thiểu 03 báo giá của hàng hóa, dịch vụ.
150. **Thời gian có hiệu lực của hồ sơ dự thầu, hồ sơ đề xuất là số ngày được quy định trong hồ sơ mời thầu, hồ sơ yêu cầu và được tính kể từ ngày có thời điểm đóng thầu đến ngày cuối cùng có hiệu lực theo quy định trong hồ sơ mời thầu, hồ sơ yêu cầu. Cách tính như sau:**
151. Từ thời điểm đóng thầu đến hết 24 giờ kế tiếp thì tính là 01 ngày.
152. Từ thời điểm đóng thầu đến hết 17 giờ (giờ làm việc hành chính) của ngày đóng thầu được tính là 01 ngày.
153. Từ thời điểm đóng thầu đến hết 24 giờ của ngày đóng thầu được tính là 01 ngày.
154. Cả A, B, C đều sai.
155. **Việc làm rõ hồ sơ dự thầu như sau:**
156. Nội dung được làm rõ là tư cách hợp lệ, năng lực và kinh nghiệm của nhà thầu; do nhà thầu tự nộp cho Bên mời thầu hoặc/và Bên mời thầu có yêu cầu.
157. Nội dung được làm rõ là tư cách hợp lệ, năng lực, kinh nghiệm và đề xuất về kỹ thuật, tài chính của nhà thầu; do nhà thầu tự nộp cho Bên mời thầu hoặc/và Bên mời thầu có yêu cầu.
158. Nội dung được làm rõ là tư cách hợp lệ, năng lực và kinh nghiệm của nhà thầu; do nhà thầu tự nộp cho Bên mời thầu.
159. Nội dung được làm rõ là tư cách hợp lệ, năng lực, kinh nghiệm và đề xuất về kỹ thuật, tài chính của nhà thầu; do nhà thầu tự nộp cho Bên mời thầu.
160. **Thành viên tổ chuyên gia, tổ thẩm định phải đáp ứng yêu cầu sau đây:**
161. Tốt nghiệp đại học trở lên.
162. Có năng lực hành vi dân sự đầy đủ theo quy định của pháp luật; không đang bị truy cứu trách nhiệm hình sự.
163. Có tối thiểu 02 năm công tác thuộc một trong các lĩnh vực liên quan đến nội dung pháp lý, kỹ thuật, tài chính của gói thầu: có kinh nghiệm hoặc thực hiện các nội dung liên quan đến kỹ thuật nêu trong hồ sơ mời quan tâm, hồ sơ mời sơ tuyển, hồ sơ mời thầu, hồ sơ yêu cầu hoặc các công việc về tài chính hoặc các công việc về pháp lý.
164. Cả A và B đều đúng.
165. **Giá gói thầu được lập có thể căn cứ thông tin sau:**
166. Tối thiểu 01 báo giá của hàng hóa, dịch vụ; khuyến khích thu thập nhiều hơn 01 báo giá; trường hợp có nhiều hơn 01 báo giá thì lấy theo giá thấp nhất của các báo giá.
167. Tối thiểu 01 báo giá của hàng hóa, dịch vụ; khuyến khích thu thập nhiều hơn 01 báo giá; trường hợp có nhiều hơn 01 báo giá thì lấy giá trung bình của các báo giá.
168. 03 báo giá của hàng hóa, dịch vụ; giá gói thầu được xác định là giá thấp của các báo giá.
169. 03 báo giá của hàng hóa, dịch vụ; giá gói thầu được xác định là giá trung bình của các báo giá.
170. **Chủ đầu tư được hiểu là:**
171. Cơ quan, tổ chức sở hữu vốn, vay vốn hoặc được giao trực tiếp quản lý, sử dụng vốn, quản lý quá trình thực hiện dự án; đơn vị sử dụng ngân sách; đơn vị dự toán trực tiếp sử dụng dự toán mua sắm ngoài ngân sách nhà nước; đơn vị mua sắm tập trung.
172. Cơ quan có thẩm quyền chấp thuận chủ trương đầu tư hoặc cơ quan có thẩm quyền quyết định tổ chức đấu thầu lựa chọn nhà đầu tư; đơn vị được cơ quan có thẩm quyền giao nhiệm vụ tổ chức lựa chọn nhà đầu tư.
173. Cơ quan, tổ chức thực hiện các hoạt động đấu thầu.
174. Người quyết định đầu tư hoặc người quyết định việc mua sắm theo quy định của pháp luật.
175. **Bảo đảm dự thầu được áp dụng trong các trường hợp sau đây:**
176. Đấu thầu rộng rãi, đấu thầu hạn chế, chào hàng cạnh tranh đối với gói thầu cung cấp dịch vụ phi tư vấn, mua sắm hàng hóa, xây lắp.
177. Đấu thầu rộng rãi, chào hàng cạnh tranh đối với gói thầu cung cấp dịch vụ phi tư vấn, mua sắm hàng hóa, xây lắp và gói thầu hỗn hợp.
178. Đấu thầu rộng rãi, đấu thầu hạn chế, chào hàng cạnh tranh đối với gói thầu mua sắm hàng hóa, xây lắp và gói thầu hỗn hợp.
179. Đấu thầu rộng rãi, đấu thầu hạn chế, chào hàng cạnh tranh đối với gói thầu cung cấp dịch vụ phi tư vấn, mua sắm hàng hóa, xây lắp và gói thầu hỗn hợp.