|  |  |
| --- | --- |
| **CHÍNH PHỦ** | **CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM Độc lập - Tự do - Hạnh phúc** |
| Số: /2025/NĐ-CP | *Hà Nội, ngày tháng năm 2025* |

## NGHỊ ĐỊNH

## QUY ĐỊNH CHI TIẾT MỘT SỐ ĐIỀU CỦA LUẬT BẢO HIỂM Y TẾ

**DỰ THẢO full**

**21.01.2025**

## *Căn cứ**Luật bảo hiểm y tế ngày 14 tháng 11 năm 2008 được sửa đổi, bổ sung một số điều theo**Luật bảo hiểm y tế ngày 13 tháng 6 năm 2014 và Luật bảo hiểm y tế ngày 27 tháng 11 năm 2024;*

## *Căn cứ**Luật tổ chức Chính phủ ngày 19 tháng 6 năm 2015; Luật sửa đổi, bổ sung một số điều của Luật Tổ chức Chính phủ và Luật Tổ chức chính quyền địa phương năm 2019;*

## *Theo đề nghị của Bộ trưởng Bộ Y tế,*

## *Chính phủ ban hành Nghị định quy định chi tiết một số điều củ**a Luật Bảo hiểm y tế.*

**Chương I**

**QUY ĐỊNH CHUNG**

**Điều 1. Phạm vi điều chỉnh**

1. Nghị định này quy định và quy định chi tiết một số điều của Luật Bảo hiểm y tế số 25/2008/QH12 ngày 14 tháng 11 năm 2008 đã được sửa đổi, bổ sung một số điều theo Luật số 32/2013/QH13, Luật số 46/2014/QH13, Luật số 97/2015/QH13, Luật số 35/2018/QH14, Luật số 68/2020/QH14, Luật số 30/2023/QH15 và Luật số 51/2024/QH15 (sau đây gọi là Luật Bảo hiểm y tế), bao gồm:

a) Quy định về đối tượng tham gia bảo hiểm y tế theo quy định tại điểm a khoản 7 Điều 12 của Luật Bảo hiểm y tế;

b) Quy định về mức tham chiếu theo quy định tại khoản 9 Điều 2 và mức đóng, mức hỗ trợ đóng và trách nhiệm đóng bảo hiểm y tế theo quy định tại điểm đ, e khoản 1 và khoản 7 Điều 13 của Luật Bảo hiểm y tế;

c) Quy định về cấp thẻ bảo hiểm y tế bản giấy và bản điển tử tại khoản 3 Điều 17 của Luật Bảo hiểm y tế;

d) Quy định vềphạm vi được hưởng của người tham gia bảo hiểm y tế theo quy định tại điểm a và điểm c khoản 3 Điều 21 của Luật Bảo hiểm y tế;

đ) Quy định vềmức hưởng bảo hiểm y tế của người tham gia bảo hiểm y tế theo quy định tại điểm b khoản 1; điểm e và điểm h khoản 4; trong trường hợp sử dụng khám bệnh, chữa bệnh theo yêu cầu theo quy định tại khoản 6 Điều 22 của Luật Bảo hiểm y tế;

e) Quy định về hợp đồng, mẫu hợp đồng và ký kết hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế theo quy định tại Điều 24 và Điều 25 của Luật Bảo hiểm y tế;

g) Quy định chi tiết về thủ tục khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế tại khoản 1 Điều 28 của Luật Bảo hiểm y tế;

h) Quy định chi tiết về phương thức thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế tại Điều 30 của Luật Bảo hiểm y tế;

i) Quy định chi tiết về thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế tại điểm c khoản 2, khoản 3 Điều 31 của Luật Bảo hiểm y tế;

k) Quy định về quản lý quỹ bảo hiểm y tế, quyết định nguồn tài chính để đảm bảo việc khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế trong trường hợp mất cân đối thu, chi quỹ bảo hiểm y tế tại khoản 2 Điều 34 của Luật Bảo hiểm y tế;

l) Quy định chi tiết về phân bổ và sử dụng quỹ bảo hiểm y tếvà quy định về chi tổ chức và hoạt động bảo hiểm y tế tại Điều 35 của Luật Bảo hiểm y tế;

m) Quy định chi tiết về trốn đóng bảo hiểm y tế và quy định các trường hợp không bị coi là trốn đóng bảo hiểm y tế tại Điều 48b của Luật Bảo hiểm y tế;

n) Quy định chi tiết về xử lý vi phạm pháp luật về bảo hiểm y tế tại điểm a khoản 2, điểm a khoản 3 và khoản 4 Điều 49 của Luật Bảo hiểm y tế;

o) Quy định trách nhiệm chức năng, nhiệm vụ của cơ quan bảo hiểm xã hội trong tổ chức thực hiện bảo hiểm y tế tại khoản 2 Điều 9 của Luật Bảo hiểm y tế.

**Điều 2. Đối tượng áp dụng**

1. Nghị định áp dụng đối với tổ chức, các nhân trong nước và tổ chức, cá nhân nước ngoài tại Việt Nam có liên quan đến bảo hiểm y tế.

2. Nghị định này không áp dụng đối người tham gia bảo hiểm y tế và cơ sở khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế thuộc thẩm quyền quản lý của Bộ Quốc phòng, Bộ Công an và đối tượng dân quân thường trực.

**Điều 3. Giải thích từ ngữ**

…

**CHƯƠNG II**

**ĐỐI TƯỢNG THAM GIA BẢO HIỂM Y TẾ**

**Điều 4. Nhóm do người lao động và người sử dụng lao động đóng**

Chủ hộ kinh doanh của hộ kinh doanh có đăng ký kinh doanh là người thành lập hộ kinh doanh hoặc chủ hộ kinh doanh thực hiện đăng ký hộ kinh doanh tại Cơ quan đăng ký kinh doanh cấp huyện nơi đặt trụ sở hộ kinh doanh, đã được Cơ quan đăng ký kinh doanh cấp huyện cấp Giấy chứng nhận đăng ký hộ kinh doanh cho hộ kinh doanh.

**Điều 5. Nhóm do ngân sách nhà nước đóng**

1. Cựu chiến binh, bao gồm:

a) Cựu chiến binh tham gia kháng chiến từ ngày 30 tháng 4 năm 1975 trở về trước theo quy định tại khoản 1, 2, 3 và 4 Điều 2 Nghị định số 150/2006/NĐ-CP ngày 12 tháng 12 năm 2006 của Chính phủ quy định chi tiết và hướng dẫn thi hành một số điều của Pháp lệnh cựu chiến binh (sau đây gọi tắt là Nghị định số 150/2006/NĐ-CP), được sửa đổi, bổ sung tại khoản 1 Điều 1 Nghị định số 157/2016/NĐ-CP ngày 24 tháng 11 năm 2016 của Chính phủ sửa đổi, bổ sung Nghị định số 150/2006/NĐ-CP ngày 12 tháng 12 năm 2006 của Chính phủ quy định chi tiết và hướng dẫn thi hành một số điều của Pháp lệnh cựu chiến binh (sau đây gọi tắt là Nghị định số 157/2016/NĐ-CP).

b) Cựu chiến binh tham gia kháng chiến sau ngày 30 tháng 4 năm 1975 quy định tại khoản 5 Điều 2 Nghị định số 150/2006/NĐ-CP ngày 12 tháng 12 năm 2006 của Chính phủ quy định chi tiết và hướng dẫn thi hành một số điều của Pháp lệnh cựu chiến binh và tại khoản 1 Điều 1 Nghị định số 157/2016/NĐ-CP ngày 24 tháng 11 năm 2016 của Chính phủ sửa đổi, bổ sung Nghị định số 150/2006/NĐ-CP của Chính phủ, bao gồm:

- Quân nhân, công nhân viên quốc phòng đã được hưởng trợ cấp theo Quyết định số 62/2011/QĐ-TTg ngày 09 tháng 11 năm 2011 của Thủ tướng Chính phủ về chế độ, chính sách đối với đối tượng tham gia chiến tranh bảo vệ Tổ quốc, làm nhiệm vụ quốc tế ở Căm-pu-chi-a, giúp bạn Lào sau ngày 30 tháng 4 năm 1975 đã phục viên, xuất ngũ, thôi việc (sau đây gọi tắt là Quyết định số 62/2011/QĐ-TTg);

- Sĩ quan, quân nhân chuyên nghiệp, hạ sĩ quan, chiến sĩ, công nhân viên quốc phòng trực tiếp tham gia chiến tranh bảo vệ Tổ quốc, làm nhiệm vụ quốc tế ở Căm-pu-chia, giúp bạn Lào sau ngày 30 tháng 4 năm 1975 chuyển ngành về làm việc tại các cơ quan, tổ chức, doanh nghiệp (không được hưởng trợ cấp theo Quyết định số 62/2011/QĐ-TTg);

- Sĩ quan, quân nhân chuyên nghiệp đã hoàn thành nhiệm vụ tại ngũ trong thời kỳ xây dựng và bảo vệ Tổ quốc đã phục viên, nghỉ hưu hoặc chuyển ngành về làm việc tại các cơ quan, tổ chức, doanh nghiệp;

- Dân quân, tự vệ đã tham gia chiến đấu, trực tiếp phục vụ chiến đấu sau ngày 30 tháng 4 năm 1975 đã được hưởng trợ cấp theo Quyết định số 62/2011/QĐ-TTg.

2. Người tham gia kháng chiến và bảo vệ Tổ quốc, bao gồm:

a) Người tham gia kháng chiến chống Mỹ cứu nước đã được hưởng trợ cấp theo một trong các văn bản sau:

- Quyết định số 290/2005/QĐ-TTg ngày 01 tháng 11 năm 2005 của Thủ tướng Chính phủ về chế độ, chính sách đối với một số đối tượng trực tiếp tham gia kháng chiến chống Mỹ chưa được hưởng chính sách của Đảng và Nhà nước;

- Quyết định số 188/2007/QĐ-TTg ngày 06 tháng 12 năm 2007 của Thủ tướng Chính phủ sửa đổi Quyết định số 290/2005/QĐ-TTg ngày 01 tháng 11 năm 2005 của Thủ tướng Chính phủ về chế độ, chính sách đối với một số đối tượng trực tiếp tham gia kháng chiến chống Mỹ chưa được hưởng chính sách của Đảng và Nhà nước;

- Quyết định số 142/2008/QĐ-TTg ngày 27 tháng 10 năm 2008 của Thủ tướng Chính phủ về thực hiện chế độ đối với quân nhân tham gia kháng chiến chống Mỹ cứu nước có dưới 20 năm công tác trong quân đội đã phục viên, xuất ngũ về địa phương;

b) Người đã được hưởng trợ cấp theo Quyết định số 62/2011/QĐ-TTg nhưng không phải là cựu chiến binh tại khoản 4 Điều này;

c) Cán bộ, chiến sĩ Công an nhân dân tham gia kháng chiến chống Mỹ cứu nước có dưới 20 năm công tác trong Công an nhân dân đã thôi việc, xuất ngũ về địa phương đã được hưởng trợ cấp theo Quyết định số 53/2010/QĐ-TTg ngày 20 tháng 8 năm 2010 của Thủ tướng Chính phủ về chế độ đối với cán bộ, chiến sĩ Công an nhân dân tham gia kháng chiến chống Mỹ cứu nước có dưới 20 năm công tác trong Công an nhân dân đã thôi việc, xuất ngũ về địa phương;

d) Thanh niên xung phong đã được hưởng trợ cấp theo Quyết định số 170/2008/QĐ-TTg ngày 18 tháng 12 năm 2008 của Thủ tướng Chính phủ về chế độ bảo hiểm y tế và trợ cấp mai táng phí đối với thanh niên xung phong thời kỳ kháng chiến chống Pháp, Quyết định số 40/2011/QĐ-TTg ngày 27 tháng 7 năm 2011 của Thủ tướng Chính phủ quy định về chế độ đối với thanh niên xung phong đã hoàn thành nhiệm vụ trong kháng chiến và Nghị định số 112/2017/NĐ-CP ngày 06 tháng 10 năm 2017 của Chính phủ quy định về chế độ, chính sách đối với thanh niên xung phong cơ sở ở miền Nam tham gia kháng chiến giai đoạn 1965 - 1975;

đ) Dân công hỏa tuyến tham gia kháng chiến chống Pháp, chống Mỹ, chiến tranh bảo vệ Tổ quốc và làm nhiệm vụ quốc tế đã được hưởng trợ cấp theo Quyết định số 49/2015/QĐ-TTg ngày 14 tháng 10 năm 2015 của Thủ tướng Chính phủ về một số chế độ, chính sách đối với dân công hỏa tuyến tham gia kháng chiến chống Pháp, chống Mỹ, chiến tranh bảo vệ Tổ quốc và làm nhiệm vụ quốc tế.

3. Thân nhân của liệt sĩ bao gồm: cha đẻ; mẹ đẻ; vợ hoặc chồng, con của liệt sĩ; người có công nuôi liệt sĩ.

4. Thân nhân của người có công, trừ các đối tượng quy định tại khoản 3 Điều này, bao gồm:

a) Vợ hoặc chồng, con từ đủ 6 tuổi đến chưa đủ 18 tuổi hoặc con từ đủ 18 tuổi trở lên nếu còn tiếp tục đi hoặc khuyết tật nặng, khuyết tật đặc biệt nặng của người hoạt động cách mạng trước ngày 01 tháng 01 năm 1945, người hoạt động cách mạng từ ngày 01 tháng 01 năm 1945 đến ngày khởi nghĩa tháng Tám năm 1945;

b) Cha đẻ, mẹ đẻ, vợ hoặc chồng, con từ đủ 6 tuổi đến chưa đủ 18 tuổi hoặc từ đủ 18 tuổi trở lên nếu còn tiếp tục đi học hoặc bị khuyết tật nặng, khuyết tật đặc biệt nặng của Anh hùng Lực lượng vũ trang nhân dân, Anh hùng Lao động trong thời kỳ kháng chiến;

c) Cha đẻ, mẹ đẻ, vợ hoặc chồng, con từ đủ 06 tuổi đến chưa đủ 18 tuổi hoặc từ đủ 18 tuổi trở lên nếu còn tiếp tục đi học hoặc bị khuyết tật nặng, khuyết tật đặc biệt nặng của thương binh, người hưởng chính sách như thương binh, bệnh binh, người hoạt động kháng chiến bị nhiễm chất độc hóa học có tỷ lệ tổn thương cơ thể từ 61% trở lên;

d) Con đẻ từ đủ 6 tuổi trở lên bị dị dạng, dị tật có liên quan đến phơi nhiễm chất độc hóa học đang hưởng trợ cấp hằng tháng đối với con đẻ của người hoạt động kháng chiến bị nhiễm chất độc hóa học.”

5. Thân nhân của các đối tượng quy định tại điểm a và điểm b khoản 3 Điều 12 Luật Bảo hiểm y tế, bao gồm:

a) Cha đẻ, mẹ đẻ; cha đẻ, mẹ đẻ của vợ hoặc chồng; người nuôi dưỡng hợp pháp của bản thân, của vợ hoặc của chồng;

b) Vợ hoặc chồng;

c) Con đẻ, con nuôi hợp pháp từ trên 6 tuổi đến dưới 18 tuổi; con đẻ, con nuôi hợp pháp từ đủ 18 tuổi trở lên nếu còn tiếp tục đi học phổ thông.

6. Người phục vụ người có công đang sống ở gia đình/ cá nhân có liên quan theo quy định của Pháp lệnh Ưu đãi người có công với cách mạng, bao gồm:

a) Người phục vụ Bà mẹ Việt Nam anh hùng;

b) Người phục vụ thương binh, bao gồm cả thương binh loại B được công nhận trước ngày 31 tháng 12 năm 1993, người hưởng chính sách như thương binh, bệnh binh, người hoạt động kháng chiến bị nhiễm chất độc hóa học có tỷ lệ tổn thương cơ thể từ 81% trở lên.

**Điều 6. Đối tượng do ngân sách nhà nước hỗ trợ mức đóng**

1. Người thuộc hộ gia đình làm nông nghiệp, lâm nghiệp, ngư nghiệp và diêm nghiệp có mức sống trung bình theo chuẩn hộ có mức sống trung bình giai đoạn 2022-2025 quy định tại Nghị định số 07/2021/NĐ-CP và các văn bản khác của cơ quan có thẩm quyền sửa đổi, bổ sung hoặc thay thế chuẩn hộ có mức sống trung bình áp dụng cho từng giai đoạn.

2. Người dân tộc thiểu số đang sinh sống tại địa bàn các thôn, xã khu vực II, khu vực III, thôn đặc biệt khó khăn thuộc vùng đồng bào dân tộc thiểu số và miền núi mà các xã này không còn trong danh sách các xã khu vực II, khu vực III, thôn đặc biệt khó khăn thuộc vùng đồng bào dân tộc thiểu số và miền núi theo quyết định của Thủ tướng Chính phủ.

**Điều 7. Đối tượng khác ngoài quy định của Điều 12 của luật**

1. Người dân các xã an toàn khu, vùng an toàn khu cách mạng trong kháng chiến chống Pháp và chống Mỹ hiện đang thường trú tại các xã an toàn khu cách mạng trong kháng chiến chống Pháp và chống Mỹ đã được cập nhật thông tin trong Cơ sở dữ liệu quốc gia về dân cư, Cơ sở dữ liệu về cư trú mà không thuộc đối tượng quy định tại các khoản 1,2 và 3 Điều 12 Luật Bảo hiểm y tế.

2. Đối tượng tham gia bảo hiểm y tế là nạn nhân bom mìn vật nổ sau chiến tranh theo quy định tại Khoản 8 Điều 3 Nghị định số 18/2019/NĐ-CP ngày 01 tháng 02 năm 2019 của Chính phủ về quản lý và thực hiện hoạt động khắc phục hậu quả bom mìn vật nổ sau chiến tranh.

**Chương III**

**MỨC ĐÓNG, MỨC HỖ TRỢ ĐÓNG VÀ TRÁCH NHIỆM ĐÓNG**

**BẢO HIỂM Y TẾ**

**Điều 8. Mức đóng do người sử dụng lao động và người lao động cùng đóng hoặc do người sử dụng lao động đóng:**

1. Mức đóng hằng tháng của đối tượng quy định tại các điểm a, c, d và e khoản 1 Điều 12 của Luật Bảo hiểm y tế bằng 4,5% tiền lương tháng, trong đó người sử dụng lao động đóng hai phần ba và người lao động đóng một phần ba;

2. Mức đóng hằng tháng của đối tượng quy định tại điểm b khoản 1 Điều 12 của Luật Bảo hiểm y tế bằng 4,5% tiền lương tháng làm căn cứ đóng bảo hiểm xã hội bắt buộc và do đối tượng đóng;

3. Mức đóng hằng tháng của đối tượng quy định tại điểm đ khoản 1 Điều 12 của Luật Bảo hiểm y tế bằng 4,5% tiền lương tháng làm căn cứ đóng bảo hiểm xã hội bắt buộc và do đối tượng đóng;

4. Mức đóng hằng tháng của đối tượng quy định tại điểm g khoản 1 Điều 12 của Luật Bảo hiểm y tế bằng 4,5% mức lương cơ sở, trong đó người sử dụng lao động đóng hai phần ba và người lao động đóng một phần ba;

5. Mức đóng hằng tháng của đối tượng quy định tại điểm h khoản 1 Điều 12 của Luật Bảo hiểm y tế bằng 4,5% tiền lương tháng và trách nhiệm đóng theo như sau:

a) Đối với đơn vị sử dụng ngân sách nhà nước thì do ngân sách nhà nước đảm bảo;

b) Đối với đơn vị sự nghiệp thì sử dụng kinh phí của đơn vị theo quy định của pháp luật về cơ chế tự chủ của đơn vị sự nghiệp công lập;

c) Đối với doanh nghiệp thì sử dụng kinh phí của doanh nghiệp.

6. Mức đóng hằng tháng của đối tượng quy định tại điểm i khoản 1 Điều 12 của Luật Bảo hiểm y tế bằng 4,5% mức lương cơ sở và trách nhiệm đóng theo quy định của Chính phủ.

**Điều 9. Mức đóng do cơ quan bảo hiểm xã hội đóng:**

1. Mức đóng hằng tháng của đối tượng quy định tại điểm a khoản 2 Điều 12 của Luật Bảo hiểm y tế bằng 4,5% tiền lương hưu hoặc trợ cấp mất sức lao động;

2. Mức đóng hằng tháng của đối tượng quy định tại điểm b và điểm c khoản 2 Điều 12 của Luật Bảo hiểm y tế bằng 4,5% mức lương cơ sở;

3. Mức đóng hằng tháng của đối tượng quy định tại điểm d khoản 2 Điều 12 của Luật Bảo hiểm y tế bằng 4,5% tiền trợ cấp thất nghiệp.

**Điều 10. Mức đóng do ngân sách nhà nước đóng và hỗ trợ mức đóng**

1. Mức đóng hằng tháng của đối tượng quy định tại điểm a khoản 3 Điều 12 của Luật Bảo hiểm y tế bằng 4,5% tiền lương tháng và do ngân sách nhà nước đóng;

2. Mức đóng hằng tháng của đối tượng quy định tại các điểm b, c, d, đ, e, g, h, i, k, l, m, o, p, q, r, s, t và u khoản 3 Điều 12 của Luật Bảo hiểm y tế tối đa bằng 4,5% mức lương cơ sở và do ngân sách nhà nước đóng;

3. Mức đóng hằng tháng của đối tượng quy định tại điểm n khoản 3 Điều 12 của Luật Bảo hiểm y tế bằng 4,5% mức lương cơ sở và do ngân sách nhà nước đóng thông qua cơ quan, tổ chức, đơn vị cấp học bổng;

4. Mức đóng hằng tháng của đối tượng quy định tại khoản 4 Điều 12 của Luật Bảo hiểm y tế bằng 4,5% mức lương cơ sở do đối tượng tự đóng và được ngân sách nhà nước hỗ trợ một phần mức đóng.

**Điều 11. Mức đóng hằng tháng của đối tượng quy định tại** **khoản 5 Điều 12 của Luật Bảo hiểm y tế**

1. Mức đóng tối đa bằng 4,5% mức lương cơ sở và do đối tượng đóng theo hộ gia đình hoặc đóng theo cá nhân tham gia.

2. Thành viên hộ gia đình quy định tại điểm a khoản 5 Điều 12 của Luật Bảo hiểm y tế cùng tham gia bảo hiểm y tế theo hình thức hộ gia đình trong năm tài chính thì được giảm trừ mức đóng như sau:

a) Người thứ nhất đóng bằng 4,5% mức lương cơ sở;

b) Người thứ hai, thứ ba, thứ tư đóng lần lượt bằng 70%, 60%, 50% mức đóng của người thứ nhất;

c) Từ người thứ năm trở đi đóng bằng 40% mức đóng của người thứ nhất.

**Điều 12. Mức hỗ trợ từ ngân sách nhà nước**

1. Từ ngày Nghị định này có hiệu lực thi hành, mức hỗ trợ từ ngân sách nhà nước cho một số đối tượng như sau:

a) Hỗ trợ tối thiểu 70% mức đóng bảo hiểm y tế đối với đối tượng quy định tại điểm c, đ khoản 4 Điều 12 Luật bảo hiểm y tế;

b) Hỗ trợ tối thiểu 30% mức đóng bảo hiểm y tế đối với đối tượng quy định tại điểm d khoản 4 Điều 12 Luật bảo hiểm y tế;

2. Trường hợp một người thuộc nhiều đối tượng được ngân sách nhà nước hỗ trợ mức đóng quy định tại khoản 1 Điều này thì được hưởng mức hỗ trợ đóng bảo hiểm y tế theo đối tượng có mức hỗ trợ cao nhất.

3. Ủy ban nhân dân tỉnh, thành phố trực thuộc Trung ương căn cứ khả năng ngân sách địa phương và các nguồn hợp pháp khác, kể cả 20% số kinh phí quy định tại điểm a khoản 3 Điều 35 của Luật bảo hiểm y tế (nếu có) xây dựng và trình Hội đồng nhân dân cấp tỉnh quyết định mức hỗ trợ đóng bảo hiểm y tế cao hơn mức hỗ trợ tối thiểu quy định tại khoản 1 Điều này.

**Điều 13. Phương thức đóng bảo hiểm y tế của một số đối tượng**

1. Các đối tượng được quy định tại khoản 1 điều 12 Luật Bảo hiểm y tế

*a) Đối với đối tượng quy định tại các điểm a, c, d, e:* Hằng tháng, người sử dụng lao động đóng bảo hiểm y tế cho người lao động và trích tiền đóng bảo hiểm y tế từ tiền lương của người lao động để nộp cùng một lúc vào quỹ bảo hiểm y tế.

*b) Đối với đối tượng quy định tại điểm b:* Hằng tháng, đối tượng tham gia đóng bảo hiểm y tế vào quỹ bảo hiểm y tế.

*c) Đối với đối tượng quy định tại các điểm đ: 6 tháng một lần chủ hộ kinh doanh của hộ kinh doanh có đăng ký kinh doanh đóng* vào quỹ bảo hiểm y tế.

đ) Hằng quý, ngân sách nhà nước chuyển số tiền đóng bảo hiểm y tế cho đối tượng quy định tại điểm s khoản 3 Điều 12 của Luật bảo hiểm y tế vào quỹ bảo hiểm y tế.

2. Đối với *đối tượng quy định tại các điểm a, b, đ* khoản 2 điều 12 Luật Bảo hiểm y tế

a) Hằng tháng, cơ quan bảo hiểm xã hội thực hiện đóng bảo hiểm y tế cho đối tượng tại các điểm a, đ từ nguồn kinh phí chi trả lương hưu.

b) Hằng tháng, cơ quan bảo hiểm xã hội thực hiện đóng bảo hiểm y tế cho đối tượng tại điểm b.

2. Đối với đối tượng quy định tại các điểm e, i, k, r, s, t, u, v khoản 3 Điều 12 Luật bảo hiểm y tế: Hàng quý, cơ quan lao động - thương binh và xã hội chuyển kinh phí từ nguồn thực hiện chính sách ưu đãi người có công với cách mạng, nguồn thực hiện chính sách bảo trợ xã hội vào quỹ bảo hiểm y tế. Chậm nhất đến ngày 15 tháng 12 hàng năm, cơ quan lao động - thương binh và xã hội phải thực hiện xong việc thanh toán, chuyển kinh phí vào quỹ bảo hiểm y tế của năm đó.

3. Đối với đối tượng quy định tại các điểm h, o khoản 3 Điều 12 Luật bảo hiểm y tế mà được ngân sách nhà nước hỗ trợ 100% mức đóng bảo hiểm y tế: Hàng quý, cơ quan bảo hiểm xã hội tổng hợp số thẻ bảo hiểm y tế đã phát hành và số tiền đóng, hỗ trợ đóng theo Mẫu số 1 Phụ lục ban hành kèm theo Nghị định 146/2018/NĐ-CP của Chính phủ, gửi cơ quan tài chính để chuyển kinh phí vào quỹ bảo hiểm y tế theo quy định tại khoản 9 Điều này. Thời điểm để tính số tiền phải đóng: Các đối tượng được lập danh sách hàng năm, tính tiền đóng từ ngày 01 tháng 01; đối với các đối tượng được bổ sung trong năm, tính tiền đóng từ ngày được xác định tại Quyết định phê duyệt danh sách của cơ quan nhà nước có thẩm quyền.

*c) Đối với đối tượng quy định tại điểm p khoản 3 Điều 12 của Luật bảo hiểm y tế: Định kỳ 03 tháng, 06 tháng hoặc 12 tháng, cơ sở đào tạo có trách nhiệm đóng bảo hiểm y tế cho cơ quan bảo hiểm xã hội;*

4. Đối với các đối tượng được ngân sách nhà nước hỗ trợ một phần mức đóng bảo hiểm y tế quy định tại điểm c, d, đ, e khoản 4 Điều 12 Luật Bảo hiểm y tế:

a) Định kỳ 03 tháng, 06 tháng hoặc 12 tháng, đối tượng hoặc người đại diện của hộ gia đình trực tiếp nộp tiền đóng bảo hiểm y tế phần thuộc trách nhiệm đóng của mình theo quy định tại Điều 8 Nghị định này cho cơ quan bảo hiểm xã hội;

b) Định kỳ 03 tháng, 06 tháng hoặc 12 tháng, cơ quan bảo hiểm xã hội tổng hợp số thẻ bảo hiểm y tế đã phát hành, số tiền thu của người tham gia và số tiền ngân sách nhà nước hỗ trợ đóng theo Mẫu số 1 Phụ lục ban hành kèm theo Nghị định 146/2018/NĐ-CP của Chính phủ, gửi cơ quan tài chính để chuyển kinh phí vào quỹ bảo hiểm y tế theo quy định tại khoản 6 Điều này.

5. Đối với đối tượng tự đóng bảo hiểm y tế quy định tại điểm a, b, c khoản 5 Điều 12 Luật bảo hiểm y tế: Định kỳ 03 tháng, 06 tháng hoặc 12 tháng, đối tượng hoặc người đại điện hộ gia đình tham gia bảo hiểm y tế nộp tiền đóng bảo hiểm y tế theo quy định tại khoản 3 Điều 8 Nghị định này cho cơ quan bảo hiểm xã hội.

6. Cơ quan tài chính căn cứ quy định về phân cấp quản lý ngân sách của cấp có thẩm quyền và bảng tổng hợp đối tượng, kinh phí ngân sách nhà nước đóng, hỗ trợ đóng do cơ quan bảo hiểm xã hội chuyển đến, có trách nhiệm chuyển kinh phí vào quỹ bảo hiểm y tế mỗi quý một lần. Chậm nhất đến ngày 15 tháng 12 hàng năm phải thực hiện xong việc chuyển kinh phí vào quỹ bảo hiểm y tế của năm đó.

**Điều 14. Xác định số tiền đóng, hỗ trợ đối với một số đối tượng khi nhà nước điều chỉnh mức đóng bảo hiểm y tế, điều chỉnh mức lương cơ sở**

1. Đối với nhóm đối tượng quy định tại điểm a, g khoản 4 Điều 12 Luật bảo hiểm y tế mà được ngân sách nhà nước hỗ trợ 100% mức đóng bảo hiểm y tế:

Số tiền ngân sách nhà nước đóng, hỗ trợ đóng hàng tháng được xác định theo mức đóng bảo hiểm y tế nhân (x) với mức lương cơ sở. Khi nhà nước điều chỉnh mức đóng bảo hiểm y tế, điều chỉnh mức lương cơ sở, số tiền ngân sách nhà nước đóng, hỗ trợ đóng được điều chỉnh kể từ ngày áp dụng mức đóng bảo hiểm y tế mới, mức lương cơ sở mới;

2. Đối với nhóm đối tượng được ngân sách nhà nước hỗ trợ một phần mức đóng bảo hiểm y tế quy định tại điểm b, c, d, đ, e khoản 4 Điều 12 Luật bảo hiểm y tế:

a) Số tiền đóng của người tham gia và hỗ trợ của ngân sách nhà nước hàng tháng được xác định theo mức đóng bảo hiểm y tế nhân (x) với mức lương cơ sở tại thời điểm người tham gia đóng bảo hiểm y tế;

b) Khi Nhà nước điều chỉnh mức đóng bảo hiểm y tế, điều chỉnh mức lương cơ sở, người tham gia và ngân sách nhà nước không phải đóng bổ sung hoặc không được hoàn trả phần chênh lệch do điều chỉnh mức đóng bảo hiểm y tế, mức lương cơ sở đối với thời gian còn lại mà người tham gia đã đóng bảo hiểm y tế.

3. Đối với nhóm đối tượng tự đóng bảo hiểm y tế theo quy định tại khoản 5 Điều 12 Luật bảo hiểm y tế:

a) Số tiền đóng của người tham gia hàng tháng được xác định theo mức đóng bảo hiểm y tế nhân (x) với mức lương cơ sở tại thời điểm đóng bảo hiểm y tế;

b) Khi Nhà nước điều chỉnh mức đóng bảo hiểm y tế, điều chỉnh mức lương cơ sở, người tham gia không phải đóng bổ sung hoặc không được hoàn trả phần chênh lệch do điều chỉnh mức đóng bảo hiểm y tế, mức lương cơ sở đối với thời gian còn lại mà người tham gia đã đóng bảo hiểm y tế.

4. Đối tượng tham gia vào các ngày trong tháng thì số tiền đóng bảo hiểm y tế được xác định theo tháng kể từ ngày đóng bảo hiểm y tế.

**Chương IV**

**THẺ BẢO HIỂM Y TẾ**

**Điều 15. Lập danh sách cấp thẻ bảo hiểm y tế của một số đối tượng**

1. Người sử dụng lao động lập danh sách tham gia bảo hiểm y tế của nhóm đối tượng quy định của Luật Bảo hiểm y tế

2. Cơ sở giáo dục, cơ sở giáo dục nghề nghiệp có trách nhiệm lập danh sách tham gia bảo hiểm y tế của các đối tượng thuộc phạm vi quản lý theo quy định tại d khoản 1 Điều 17.

3. Đối với người đã hiến bộ phận cơ thể theo quy định của pháp luật, cơ quan bảo hiểm xã hội căn cứ giấy ra viện do cơ sở khám bệnh, chữa bệnh nơi người hiến bộ phận cơ thể cấp cho đối tượng này để cấp thẻ bảo hiểm y tế.

4. Ủy ban nhân dân xã có trách nhiệm lập danh sách đối tượng theo quy định tại khoản 3 Điều 8 của Luật Bảo hiểm y tế.

5. Danh sách đối tượng tham gia bảo hiểm y tế được lập theo Mẫu số 2 và Mẫu số 3 Phụ lục ban hành kèm theo Nghị định này.

**Điều 16. Thẻ bảo hiểm y tế**

Thẻ bảo hiểm y tế có mã số bảo hiểm y tế do cơ quan bảo hiểm xã hội phát hành bằng bản giấy và bản điện tử, bao gồm các thông tin sau:

1. Thông tin cá nhân của người tham gia bảo hiểm y tế, bao gồm: Họ và tên; giới tính; ngày tháng năm sinh; địa chỉ nơi cư trú hoặc nơi làm việc.

2. Mức hưởng bảo hiểm y tế theo quy định tại Điều 14 Nghị định này.

3. Thời điểm thẻ bảo hiểm y tế có giá trị sử dụng.

4. Nơi đăng ký khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế ban đầu.

5. Thời gian tham gia bảo hiểm y tế 05 năm liên tục trở lên đối với đối tượng phải cùng chi trả chi phí khám bệnh, chữa bệnh. Thời gian tham gia bảo hiểm y tế liên tục là thời gian sử dụng ghi trên thẻ bảo hiểm y tế lần sau nối tiếp lần trước; trường hợp gián đoạn tối đa không quá 03 tháng. Thời gian tham gia bảo hiểm y tế trong một số trường hợp cụ thể được quy định như sau:

a) Người được cơ quan có thẩm quyền cử đi công tác, học tập, làm việc hoặc theo chế độ phu nhân, phu quân hoặc con đẻ, con nuôi hợp pháp dưới 18 tuổi đi theo bố hoặc mẹ công tác nhiệm kỳ tại cơ quan Việt Nam ở nước ngoài thì thời gian ở nước ngoài được tính là thời gian tham gia bảo hiểm y tế.

b) Người lao động khi đi lao động ở nước ngoài thì thời gian đã tham gia bảo hiểm y tế trước khi đi lao động ở nước ngoài được tính là thời gian đã tham gia bảo hiểm y tế nếu tham gia bảo hiểm y tế khi về nước trong thời gian 30 ngày kể từ ngày nhập cảnh.

c) Người lao động trong thời gian làm thủ tục chờ hưởng chế độ trợ cấp thất nghiệp theo quy định của Luật việc làm thì thời gian đã tham gia bảo hiểm y tế trước đó được tính là thời gian đã tham gia bảo hiểm y tế.

d) Đối tượng quy định tại điểm a khoản 3 Điều 12 của Luật Bảo hiểm y tế khi nghỉ hưu, xuất ngũ, chuyển ngành hoặc thôi việc, nếu thời gian học tập, công tác trong quân đội nhân dân, công an nhân dân và tổ chức cơ yếu chưa tham gia bảo hiểm y tế thì thời gian đó được tính là thời gian tham gia bảo hiểm y tế liên tục.

6. Ảnh của người tham bảo hiểm y tế (trừ trẻ em dưới 6 tuổi) đối với trường hợp người tham gia bảo hiểm y tế không có giấy tờ xác nhận nhân thân có ảnh do cơ quan, tổ chức có thẩm quyền cấp hoặc Giấy xác nhận của Công an cấp xã hoặc giấy tờ khác có xác nhận của cơ sở giáo dục, cơ sở giáo dục nghề nghiệp nơi quản lý học sinh, sinh viên, hoặc giấy tờ chứng minh nhân thân hợp pháp khác.

**Điều 17. Thời hạn thẻ bảo hiểm y tế có giá trị sử dụng**

1. Đối với đối tượng quy định tại điểm d khoản 2 Điều 12 của Luật Bảo hiểm y tế, thẻ bảo hiểm y tế có giá trị sử dụng từ tháng đầu tiên hưởng trợ cấp thất nghiệp ghi trong quyết định hưởng trợ cấp thất nghiệp của cơ quan nhà nước cấp có thẩm quyền.

2. Đối với đối tượng quy định tại điểm h khoản 3 Điều 12 của Luật Bảo hiểm y tế:

a) Trường hợp trẻ em sinh trước ngày 30 tháng 9: Thẻ bảo hiểm y tế có giá trị sử dụng đến hết ngày 30 tháng 9 của năm trẻ đủ 72 tháng tuổi;

b) Trường hợp trẻ sinh sau ngày 30 tháng 9: Thẻ bảo hiểm y tế có giá trị sử dụng đến hết ngày cuối của tháng trẻ đủ 72 tháng tuổi.

3. Đối với đối tượng quy định tại điểm r khoản 3 Điều 12 của Luật Bảo hiểm y tế, thẻ bảo hiểm y tế có giá trị sử dụng từ ngày được hưởng trợ cấp xã hội tại quyết định của Ủy ban nhân dân cấp huyện.

4. Đối với đối tượng quy định tại điểm o khoản 3 và điểm a khoản 4 Điều 12 của Luật Bảo hiểm y tế mà được ngân sách nhà nước hỗ trợ 100% mức đóng bảo hiểm y tế, thẻ bảo hiểm y tế có giá trị sử dụng từ ngày được xác định tại quyết định phê duyệt danh sách của cơ quan nhà nước có thẩm quyền.

5. Đối với đối tượng quy định tại điểm h khoản 4 Điều 12 của Luật Bảo hiểm y tế thẻ bảo hiểm y tế có giá trị sử dụng từ ngày được xác định tại Quyết định phê duyệt danh sách của cơ quan nhà nước có thẩm quyền.

6. Đối với đối tượng quy định tại điểm m khoản 3 Điều 12 của Luật Bảo hiểm y tế, thẻ bảo hiểm y tế có giá trị sử dụng ngay sau khi hiến bộ phận cơ thể.

7. Đối với đối tượng quy định tại điểm b khoản 4 Điều 12 của Luật Bảo hiểm y tế:

a) Thẻ bảo hiểm y tế được cấp hằng năm cho học sinh của cơ sở giáo dục phổ thông, trong đó:

- Đối với học sinh lớp 1: Giá trị sử dụng bắt đầu từ ngày 01 tháng 10 năm đầu tiên của cấp tiểu học;

- Đối với học sinh lớp 12: Thẻ có giá trị sử dụng đến hết ngày 30 tháng 9 của năm đó.

b) Thẻ bảo hiểm y tế được cấp hằng năm cho học sinh, sinh viên của cơ sở giáo dục đại học, cơ sở giáo dục nghề nghiệp, trong đó:

- Đối với học sinh, sinh viên năm thứ nhất của khóa học: Thẻ có giá trị sử dụng từ ngày nhập học, trừ trường hợp thẻ của học sinh lớp 12 đang còn giá trị sử dụng;

- Đối với học sinh, sinh viên năm cuối của khóa học: Thẻ có giá trị sử dụng đến ngày cuối của tháng kết thúc khóa học.

8. Đối với đối tượng khác, thẻ bảo hiểm y tế có giá trị sử dụng từ ngày người tham gia nộp tiền đóng bảo hiểm y tế. Trường hợp đối tượng quy định tại khoản 4 Điều 4, Điều 5 và 6 Nghị định này tham gia bảo hiểm y tế lần đầu hoặc tham gia không liên tục từ 03 tháng trở lên trong năm tài chính thì thẻ bảo hiểm y tế có thời hạn sử dụng là 12 tháng kể từ ngày thẻ bảo hiểm y tế có giá trị sử dụng theo quy định tại điểm c khoản 3 Điều 16 của Luật Bảo hiểm y tế.

9. Giá trị sử dụng của thẻ bảo hiểm y tế quy định tại Điều này tương ứng số tiền đóng bảo hiểm y tế theo quy định, trừ đối tượng là trẻ em dưới 6 tuổi.

**Điều 18. Thủ tục cấp thẻ bảo hiểm y tế bản giấy, bản điện tử**

1. Thẻ bảo hiểm y tế bản điện tử được cơ quan bảo hiểm xã hội cấp cho từng người tham gia bảo hiểm y tế trên môi trường điện tử. Dữ liệu thẻ bảo hiểm y tế bản điện tử chứa đựng các thông tin (được mã hóa bằng QR Code) gồm: mã số bảo hiểm xã hội; họ và tên; ngày tháng năm sinh, giới tính, giá trị sử dụng, quyền lợi, quá trình đóng, hưởng chế độ bảo hiểm y tế và các thông tin cần thiết khác có liên quan của người tham gia).

2. Cấp thẻ bảo hiểm y tế bản điện tử: Người tham gia bảo hiểm y tế khi có nhu cầu nhận thẻ bảo hiểm y tế bản điện tử (bao gồm cấp mới và thay đổi thông tin) thực hiện kê khai đầy đủ thông tin và tích chọn trên Tờ khai tham gia, điều chỉnh thông tin bảo hiểm xã hội, bảo hiểm y tế. Cơ quan bảo hiểm xã hội cấp thẻ bảo hiểm y tế bản điện tử cho người tham gia trong thời hạn 05 ngày làm việc kể từ ngày nhận được đủ hồ sơ theo quy định.

3. Trả kết quả thẻ bảo hiểm y tế bản điện tử: Cơ quan bảo hiểm xã hội trả kết quả thẻ bảo hiểm y tế bản điện tử vào tài khoản định danh điện tử (VneID) mức độ 2 của cá nhân và kho quản lý dữ liệu của tổ chức đối với trường hợp người tham gia bảo hiểm y tế đăng ký tham gia qua tổ chức để theo dõi. Người tham gia bảo hiểm y tế sử dụng thiết bị điện tử cầm tay (điện thoại thông minh, máy tính bảng…) được kết nối Internet để nhận thẻ bảo hiểm y tế bản điện tử.

**CHƯƠNG V**

**PHẠM VI ĐƯỢC HƯỞNG , MỨC HƯỞNG CỦA NGƯỜI THAM GIA BẢO HIỂM Y TẾ**

**Điều 19. Phạm vi hưởng về chi phí vận chuyển người bệnh**

Người tham gia bảo hiểm y tế thuộc đối tượng quy định tại các a, b, c, d, e, h, i, o và r khoản 3 Điều 12 của Luật bảo hiểm y tế trong trường hợp đang điều trị nội trú hoặc cấp cứu phải chuyển cơ sở khám bệnh, chữa bệnh được thanh toán theo mức như sau:

1. Trường hợp sử dụng phương tiện vận chuyển của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh chỉ định chuyển người bệnh, quỹ bảo hiểm y tế thanh toán chi phí vận chuyển cả chiều đi và về cho cơ sở khám bệnh, chữa bệnh đó theo mức bằng 0,2 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. Trường hợp 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. Cơ sở khám bệnh, chữa bệnh tiếp nhận người bệnh ký xác nhận trên phiếu điều xe của cơ sở chuyển người bệnh đi; trường hợp ngoài giờ hành chính thì phải có chữ ký của bác sỹ tiếp nhận người bệnh;

2. Trường hợp không sử dụng phương tiện vận chuyển của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh, quỹ bảo hiểm y tế thanh toán chi phí vận chuyển một chiều (chiều đi) cho người bệnh theo mức bằng 0,2 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 lên tuyến trên. Cơ sở khám bệnh, chữa bệnh chỉ định chuyển người bệnh có trách nhiệm thanh toán khoản chi này trực tiếp cho người bệnh trước khi chuyển, sau đó thanh toán với cơ quan bảo hiểm xã hội.

**Điều 20. Đối tượng không áp dụng tỷ lệ thanh toán quy định tại điểm c khoản 2 Điều 21 Luật Bảo hiểm y tế**

Các đối tượng được hưởng 100% chi phí khám bệnh, chữa bệnh theo quy định tại điểm a khoản 1 Điều 22 Luật Bảo hiểm y tế và không áp dụng tỷ lệ thanh toán theo quy định tại điểm c khoản 2 Điều 21 Luật Bảo hiểm y tế, bao gồm:

1. Người hoạt động cách mạng trước ngày 01 tháng 01 năm 1945.

2. Người hoạt động cách mạng từ ngày 01 tháng 01 năm 1945 đến ngày khởi nghĩa tháng Tám năm 1945.

3. Bà mẹ Việt Nam anh hùng.

4. Thương binh, người hưởng chính sách như thương binh, thương binh loại B, bệnh binh suy giảm khả năng lao động từ 81% trở lên.

5. Thương binh, người hưởng chính sách như thương binh, thương binh loại B, bệnh binh khi điều trị vết thương, bệnh tật tái phát.

6. Người hoạt động kháng chiến bị nhiễm chất độc hóa học có tỷ lệ suy giảm khả năng lao động từ 81% trở lên.

7. Trẻ em dưới 6 tuổi.

**Điều 21. Mức hưởng bảo hiểm y tế trong trường hợp thấp hơn 15% mức lương cơ sở**

Người bệnh được hưởng 100% chi phí khám bệnh, chữa bệnh đối với trường hợp chi phí cho một lần khám bệnh, chữa bệnh tại cấp ban đầu, cấp cơ bản, cấp chuyên sâu thấp hơn 15% mức lương cơ sở.

**Điều 22. Lộ trình thực hiện và tỷ lệ mức hưởng khi khám bệnh, chữa bệnh ngoại trú tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh cấp cơ bản theo quy định tại điểm e và điểm h khoản 4 Điều 22 của Luật Bảo hiểm y tế như sau**

1. Từ ngày 01 tháng 01 năm 2025, khi khám bệnh, chữa bệnh ngoại trú tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh cấp cơ bản đạt số điểm dưới 50 điểm hoặc được tạm xếp cấp cơ bản, người tham gia bảo hiểm y tế được quỹ bảo hiểm y tế thanh toán 100% mức hưởng, trừ cơ sở khám bệnh, chữa bệnh quy định tại khoản 3 Điều này.

2. Từ ngày 01 tháng 7 năm 2026, khi khám bệnh, chữa bệnh ngoại trú tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh cấp cơ bản đạt số điểm từ 50 điểm đến dưới 70 điểm, người tham gia bảo hiểm y tế được quỹ bảo hiểm y tế thanh toán 50% mức hưởng.

3. Từ ngày 01 tháng 7 năm 2026, khi khám bệnh, chữa bệnh ngoại trú tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh cấp cơ bản mà trước ngày 01 tháng 01 năm 2025 đã được cơ quan có thẩm quyền xác định là tuyến tỉnh hoặc tuyến trung ương hoặc tương đương tuyến tỉnh hoặc tuyến trung ương, người tham gia bảo hiểm y tế được quỹ bảo hiểm y tế thanh toán 50% mức hưởng;

4. Từ ngày 01 tháng 7 năm 2026, khi khám bệnh, chữa bệnh ngoại trú tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh cấp chuyên sâu mà trước ngày 01 tháng 01 năm 2025 đã được cơ quan có thẩm quyền xác định là tuyến tỉnh hoặc tương đương tuyến tỉnh theo quy định tại điểm h khoản 4 Điều 22 của Luật Bảo hiểm y tế, người tham gia bảo hiểm y tế được quỹ bảo hiểm y tế thanh toán 50% mức hưởng.

**Điều 23. Mức hưởng đối với trường hợp đối với trường hợp người tham gia bảo hiểm y tế đi khám bệnh, chữa bệnh theo yêu cầu**

1. Người có thẻ bảo hiểm y tế đi khám bệnh, chữa bệnh theo yêu cầu được quỹ bảo hiểm y tế thanh toán phần chi phí khám bệnh, chữa bệnh theo phạm vi được hưởng (nếu có) theo quy định tại điều 22 Luật Bảo hiểm y tế. Phần chênh lệch giữa giá dịch vụ khám bệnh, chữa bệnh theo yêu cầu với mức thanh toán của quỹ bảo hiểm y tế do người bệnh thanh toán cho cơ sở khám bệnh, chữa bệnh;

2. Cơ sở khám bệnh, chữa bệnh có trách nhiệm bảo đảm về nhân lực, điều kiện chuyên môn, công khai những khoản chi phí mà người bệnh phải chi trả ngoài phạm vi được hưởng và mức hưởng bảo hiểm y tế, phần chi phí chênh lệch và phải thông báo trước cho người bệnh.

**Chương VI**

**HỢP ĐỒNG KHÁM BỆNH, CHỮA BỆNH BẢO HIỂM Y TẾ**

**Điều 25. Hồ sơ ký hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế**

1. Trường hợp ký hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh lần đầu, hồ sơ gồm:

a) Công văn đề nghị ký hợp đồng của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh;

b) 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;

c) Bản chụp quyết định xếp cấp hoặc tạm xếp cấp chuyên môn kỹ thuật cho cơ sở khám bệnh, chữa bệnh của cơ quan có thẩm quyền; đối với trường hợp quy định tại điểm đ và điểm h khoản 4 Điều 22 của Luật Bảo hiểm y tế và điểm c khoản 5 Điều 14 của Nghị định này còn phải có bản chụp văn bản của cơ quan có thẩm quyền xác định cơ sở khám bệnh, chữa bệnh đã được xếp tuyến chuyên môn kỹ thuật trước ngày 01 tháng 01 năm 2025. Các văn bản này phải có đóng dấu của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh;

d) Danh mục dịch vụ kỹ thuật y tế, danh mục thuốc, hóa chất, vật tư y tế được cấp có thẩm quyền phê duyệt (bằng văn bản hoặc bản điện tử).

2. Trường hợp cơ sở khám bệnh, chữa bệnh được cơ quan có thẩm quyền phê duyệt bổ sung chức năng, nhiệm vụ, phạm vi chuyên môn, cấp chuyên môn kỹ thuật, cơ sở khám bệnh, chữa bệnh có trách nhiệm thông báo cho cơ quan bảo hiểm xã hội để bổ sung vào hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế. Trong thời hạn 10 ngày làm việc kể từ ngày nhận được văn bản phê duyệt do cơ sở khám bệnh chữa bệnh gửi đến, cơ quan bảo hiểm xã hội có trách nhiệm hoàn thành việc ký kết bổ sung phụ lục hợp đồng hoặc giao kết hợp đồng mới.

**Điều 26. Nội dung hợp đồng, điều kiện ký hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế đối với cơ sở khám bệnh, chữa bệnh**

1. Nội dung hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế được lập theo Mẫu số 5 Phụ lục ban hành kèm theo Nghị định này. Tùy theo điều kiện của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh, cơ quan bảo hiểm xã hội và cơ sở khám bệnh, chữa bệnh thống nhất bổ sung nội dung trong hợp đồng nhưng không trái quy định của pháp luật về bảo hiểm y tế.

2. Điều kiện để ký hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế đối với cơ sở khám bệnh, chữa bệnh gồm:

a) Có đủ điều kiện hoạt động khám bệnh, chữa bệnh theo quy định của pháp luật về khám bệnh, chữa bệnh và đã được cơ quan có thẩm quyền cấp giấy phép hoạt động khám bệnh, chữa bệnh;

b) Đảm bảo việc cung ứng thuốc, hóa chất, vật tư y tế phù hợp với phạm vi hoạt động chuyên môn của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh.

**Điều 27. Ký hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế**

1. Trường hợp ký hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh lần đầu:

a) Cơ sở khám bệnh, chữa bệnh gửi 01 bộ hồ sơ theo quy định tại Điều 16 Nghị định này đến cơ quan bảo hiểm xã hội;

b) Trong thời hạn 30 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. Trường hợp không đồng ý ký hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế thì phải có văn bản trả lời và nêu rõ lý do.

2. Thời hạn có hiệu lực của hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế:

a) Thời hạn của hợp đồng từ ngày 01 tháng 01 đến hết ngày 31 tháng 12 của năm, tối đa không quá 36 tháng;

b) Đối với hợp đồng ký lần đầu, thời hạn của hợp đồng được tính kể từ ngày ký đến hết ngày 31 tháng 12 của năm thời hạn hợp đồng hết hiệu lực, tối đa không quá 36 tháng;

c) 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 hoàn thành việc ký hợp đồng năm sau trước ngày 31 tháng 12 của năm đó.

Trước khi hợp đồng hết hiệu lực 10 ngày, nếu cơ sở khám bệnh, chữa bệnh và cơ quan bảo hiểm xã hội 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, trừ khi có thỏa thuận khác.

3. 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 như sau:

a) 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;

b) 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 đó.

4. Hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế phải quy định rõ phương thức thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế phù hợp với điều kiện của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh.

5. Các bên có trách nhiệm bảo đảm quyền lợi của người bệnh có thẻ bảo hiểm y tế theo quy định của pháp luật về bảo hiểm y tế và không làm gián đoạn việc khám bệnh, chữa bệnh đối với người bệnh có thẻ bảo hiểm y tế.

**Điều 28. Hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế tại trạm y tế xã, phường, nhà hộ sinh công lập, phòng khám đa khoa khu vực, cơ sở khám bệnh, chữa bệnh của cơ quan, đơn vị, trường học**

1. Đối với trạm y tế xã, phường, nhà hộ sinh công lập và phòng khám đa khoa khu vực

a) Cơ quan bảo hiểm xã hội ký hợp đồng với trung tâm y tế huyện hoặc bệnh viện huyện hoặc cơ sở khám bệnh, chữa bệnh khác do Sở Y tế phê duyệt để thực hiện khám bệnh, chữa bệnh tại trạm y tế xã, phường, nhà hộ sinh công lập, phòng khám đa khoa khu vực cho người tham gia bảo hiểm y tế;

b) Cơ sở khám bệnh, chữa bệnh ký hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế quy định tại điểm a khoản này có trách nhiệm cung ứng thuốc, hóa chất, vật tư y tế cho trạm y tế xã, phường, nhà hộ sinh công lập, phòng khám đa khoa khu vực và thanh toán chi phí sử dụng giường bệnh (nếu có) và dịch vụ kỹ thuật y tế thực hiện trong phạm vi chuyên môn; đồng thời theo dõi, giám sát và tổng hợp để thanh toán với cơ quan bảo hiểm xã hội.

2. Đối với cơ sở khám bệnh, chữa bệnh của cơ quan, đơn vị, trường học (trừ cơ quan, đơn vị, trường học được cấp kinh phí khám bệnh, chữa bệnh trong công tác chăm sóc sức khỏe ban đầu theo quy định khoản 1 Điều 34 Nghị định này), cơ quan bảo hiểm xã hội ký hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế trực tiếp với cơ quan, đơn vị, trường học.

**Điều 29. Quyền và trách nhiệm của cơ quan bảo hiểm xã hội trong thực hiện hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế**

1. Quyền của cơ quan bảo hiểm xã hội:

a) Thực hiện các quy định tại Điều 40 của Luật bảo hiểm y tế;

b) Yêu cầu cơ sở khám bệnh, chữa bệnh thực hiện chuyển dữ liệu điện tử để thực hiện giám định và thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế theo quy định của Bộ trưởng Bộ Y tế.

2. Trách nhiệm của cơ quan bảo hiểm xã hội:

a) Thực hiện theo quy định tại Điều 41 của Luật bảo hiểm y tế;

b) Trong 10 ngày đầu của tháng đầu kỳ ký hợp đồng, cung cấp cho cơ sở khám bệnh, chữa bệnh danh sách những người có thẻ bảo hiểm y tế đăng ký khám bệnh, chữa bệnh ban đầu theo Mẫu số 8 Phụ lục ban hành kèm theo Nghị định này vào đầu mỗi quý bằng bản điện tử hoặc văn bản có ký tên đóng dấu;

c) Bảo đảm tuân thủ quy định của pháp luật về khám bệnh, chữa bệnh, quy chế quản lý hồ sơ bệnh án theo quy định của Bộ trưởng Bộ Y tế;

d) Phối hợp với cơ sở khám bệnh, chữa bệnh trong việc tiếp nhận, kiểm tra thủ tục khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế; thu hồi, tạm giữ thẻ bảo hiểm y tế và xử lý theo thẩm quyền đối với các trường hợp vi phạm; hỗ trợ ứng dụng công nghệ thông tin trong giám định và thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế cho cơ sở khám bệnh, chữa bệnh;

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

e) Hoàn thiện hệ thống giám định 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 cho cơ sở khám bệnh, chữa bệnh theo quy định của Bộ trưởng Bộ Y tế.

**Điều 30. Quyền và trách nhiệm của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh trong thực hiện hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế**

1. Quyền của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh:

a) Thực hiện các quyền theo quy định tại Điều 42 Luật Bảo hiểm y tế và quy định của pháp luật về khám bệnh, chữa bệnh;

b) Được cung cấp thông tin kịp thời khi hệ thống thông tin giám định bảo hiểm y tế phát hiện có gia tăng chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế cao so với mức chi phí bình quân của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh cùng cấp chuyên môn kỹ thuật, cùng chuyên khoa để kịp thời rà soát, kiểm tra xác minh, thực hiện giải pháp điều chỉnh phù hợp.

2. Trách nhiệm của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh:

a) Thực hiện các trách nhiệm theo quy định tại Điều 43 Luật Bảo hiểm y tế và các trách nhiệm theo quy định của pháp luật về khám bệnh, chữa bệnh

b) Tuân thủ các quy định của pháp luật về khám bệnh, chữa bệnh, các hướng dẫn chuyên môn của Bộ Y tế và quy định của pháp luật có liên quan về mua sắm, đấu thầu để bảo đảm cung ứng thuốc, hóa chất, vật tư y tế, dịch vụ kỹ thuật y tế có chất lượng, hiệu quả và tiết kiệm.

c) 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 hoặc kết thúc đợt điều trị nội trú của người bệnh theo quy định của Bộ trưởng Bộ Y tế;

d) 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, chữa bệnh đối với người bệnh theo quy định của Bộ trưởng Bộ Y tế.

đ) Thiết lập hệ thống cơ sở hạ tầng công nghệ thông tin, nâng cấp, hoàn thiện hệ thống phần mềm quản lý bệnh viện để thực hiện đúng quy định của pháp luật về chuẩn dữ liệu đầu vào, chuẩn dữ liệu đầu ra, trích chuyển dữ liệu điện tử, chuyển đổi số và giao dịch điện tử trong lĩnh vực y tế;

e) Rà soát, ban hành kịp thời các quy trình, hướng dẫn chuyên môn trong khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế, các biện pháp phòng chống lạm dụng, trục lợi quỹ bảo hiểm y tế theo thẩm quyền; tổ chức kiểm tra, rà soát việc thực hiện thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế theo đúng quy định của pháp luật; chủ động phát hiện, rà soát, kiểm tra xác minh các chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế tăng cao tại cơ sở theo kiến nghị, cảnh báo của cơ quan bảo hiểm xã hội và điều chỉnh phù hợp.

g) Cơ quan có thẩm quyền xếp cấp chuyên môn kỹ thuật quy định tại khoản 3 Điều 90 của Nghị định số 96/2023/NĐ-CP ngày 30 tháng 12 năm 2023 của Chính phủ quy định chi tiết một số điều của [Luật Khám bệnh, chữa bệnh](https://thuvienphapluat.vn/van-ban/The-thao-Y-te/Luat-15-2023-QH15-kham-benh-chua-benh-372143.aspx) có trách nhiệm công khai danh sách các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh được xếp cấp kèm theo số điểm trên Cổng thông tin điện tử của cơ quan và trên hệ thống thông tin về quản lý hoạt động khám bệnh, chữa bệnh.

Cơ sở khám bệnh, chữa bệnh có trách nhiệm công khai kết quả xếp cấp chuyên môn kỹ thuật kèm theo số điểm trên trang thông tin điện tử của cơ sở và tại nơi đón tiếp người bệnh.

**Điều 31. Sửa đổi, bổ sung hợp đồng**

1. Trong quá trình thực hiện hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế, nếu bên nào có yêu cầu sửa đổi, bổ sung nội dung hợp đồng thì phải thông báo bằng văn bản cho bên kia biết trước ít nhất 30 ngày về những nội dung cần sửa đổi, bổ sung tại hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế.

2. Trong trường hợp hai bên thỏa thuận được nội dung sửa đổi, bổ sung hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế thì việc sửa đổi, bổ sung hợp đồng được thực hiện bằng việc ký kết phụ lục hợp đồng hoặc giao kết hợp đồng mới.

3. Trong trường hợp hai bên không thỏa thuận được việc sửa đổi, bổ sung nội dung hợp đồng thì tiếp tục thực hiện hợp đồng đã giao kết.

**Điều 32. Các trường hợp tạm dừng hợp đồng**

….

**Điều 33. Các trường hợp chấm dứt hợp đồng**

1. Cơ sở khám bệnh, chữa bệnh chấm dứt hoạt động, giải thể, phá sản hoặc bị thu hồi Giấy phép hoạt động.

2. Hai bên thỏa thuận thống nhất chấm dứt hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế theo quy định của pháp luật.

3. Trong quá trình thực hiện hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế, cơ quan bảo hiểm xã hội hoặc cơ quan, đơn vị, tổ chức và cá nhân phát hiện cơ sở khám bệnh, chữa bệnh có hành vi vi phạm hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế thì thông báo cho Sở Y tế đối với trường hợp cơ sở khám bệnh, chữa bệnh thuộc phạm vi quản lý của Sở Y tế hoặc Bộ Y tế đối với trường hợp cơ sở khám bệnh, chữa bệnh thuộc phạm vi quản lý của Bộ Y tế hoặc cơ quan quản lý y tế của bộ ngành đối với trường hợp cơ sở khám bệnh, chữa bệnh thuộc phạm vi quản lý của bộ, ngành (sau đây gọi tắt là cơ quan quản lý).

Trong thời hạn 05 ngày làm việc kể từ ngày nhận được thông báo, cơ quan quản lý có trách nhiệm có văn bản đề nghị cơ sở khám bệnh, chữa bệnh giải trình bằng văn bản các nội dung liên quan đến kiến nghị về hành vi vi phạm.

Sau khi nhận được văn bản đề nghị giải trình của cơ quan quản lý, cơ sở khám bệnh, chữa bệnh có trách nhiệm gửi văn bản giải trình cho cơ quan quản lý kèm theo các bằng chứng chứng minh (nếu có).

Sau khi nhận được văn bản giải trình của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh, cơ quan quản lý có trách nhiệm phối hợp với cơ quan bảo hiểm xã hội cùng cấp xem xét, tổ chức xác minh và kết luận đối với kiến nghị về hành vi vi phạm. Nội dung kết luận phải nêu rõ cơ sở khám bệnh, chữa bệnh có hoặc không có hành vi vi phạm và biện pháp khắc phục hậu quả (nếu có).

4. Trong quá trình thực hiện hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế cơ quan, đơn vị, tổ chức và cá nhân phát hiện cơ quan bảo hiểm xã hội có hành vi vi phạm hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế thì thông báo cho cơ quan quản lý.

Trong thời hạn 05 ngày làm việc kể từ ngày nhận được thông báo, cơ quan quản lý có trách nhiệm có văn bản đề nghị cơ quan bảo hiểm xã hội giải trình bằng văn bản các nội dung liên quan đến kiến nghị về hành vi vi phạm.

Sau khi nhận được văn bản đề nghị giải trình của cơ quan quản lý, cơ quan bảo hiểm xã hội có trách nhiệm gửi văn bản giải trình cho cơ quan quản lý kèm theo các bằng chứng chứng minh (nếu có).

Sau khi nhận được văn bản giải trình của cơ quan bảo hiểm xã hội, cơ quan quản lý có trách nhiệm phối hợp với cơ quan bảo hiểm xã hội cùng cấp (trường hợp cơ quan bảo hiểm xã hội cùng cấp là cơ quan bị kiến nghị thì mời cơ quan bảo hiểm xã hội cấp trên) xem xét, tổ chức xác minh và kết luận đối với kiến nghị về hành vi vi phạm. Nội dung kết luận phải nêu rõ cơ quan bảo hiểm xã hội có hoặc không có hành vi vi phạm và biện pháp khắc phục hậu quả (nếu có).

**Chương VII**

**THỦ TỤC KHÁM BỆNH, CHỮA BỆNH BẢO HIỂM Y TẾ**

## Điều 33. Thủ tục khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế quy định tại khoản 1 Điều 28 của Luật Bảo hiểm y tế

1. Người tham gia bảo hiểm y tế khi khám bệnh, chữa bệnh phải xuất trình thông tin về thẻ bảo hiểm y tế theo một trong các trường hợp sau đây:

a) Thẻ bảo hiểm y tế hoặc mã số bảo hiểm y tế; trường hợp thẻ bảo hiểm y tế chưa có ảnh thì phải xuất trình thêm một trong các giấy tờ tùy thân có ảnh: căn cước, căn cước công dân, giấy chứng nhận căn cước, hộ chiếu, tài khoản định danh điện tử mức độ 2 trên ứng dụng VNeID hoặc giấy tờ chứng minh nhân thân khác do cơ quan, tổ chức có thẩm quyền cấp hoặc giấy xác nhận của công an cấp xã hoặc giấy tờ khác có xác nhận của cơ sở giáo dục nơi quản lý học sinh, sinh viên;

b) Căn cước hoặc căn cước công dân hoặc tài khoản định danh điện tử mức độ 2 trên ứng dụng VNeID đã tích hợp thông tin về thẻ bảo hiểm y tế.

2. Đối với trẻ em dưới 6 tuổi chỉ xuất trình thẻ bảo hiểm y tế hoặc mã số bảo hiểm y tế; trường hợp chưa được cấp thẻ bảo hiểm y tế thì xuất trình giấy khai sinh bản gốc hoặc bản sao hoặc trích lục khai sinh, giấy chứng sinh bản gốc hoặc bản sao hoặc căn cước; đối với trẻ vừa sinh, cha hoặc mẹ hoặc thân nhân của trẻ ký xác nhận trên hồ sơ bệnh án hoặc người đại diện cơ sở khám bệnh, chữa bệnh ký xác nhận trên hồ sơ bệnh án trong trường hợp trẻ không có cha, mẹ hoặc thân nhân.

3. Người tham gia bảo hiểm y tế trong thời gian chờ cấp lại thẻ, thay đổi thẻ bảo hiểm y tế hoặc thông tin về thẻ bảo hiểm y tế khi đến khám bệnh, chữa bệnh phải xuất trình giấy tiếp nhận hồ sơ và hẹn trả kết quả cấp, cấp lại và đổi thẻ bảo hiểm y tế, thông tin về thẻ bảo hiểm y tế do cơ quan bảo hiểm xã hội hoặc tổ chức, cá nhân được cơ quan bảo hiểm xã hội ủy quyền tiếp nhận hồ sơ cấp lại thẻ, đổi thẻ cấp theo Mẫu số 4 Phụ lục ban hành kèm theo Nghị định này và một loại giấy tờ chứng minh về nhân thân của người đó theo quy định tại điểm a khoản 1 Điều này.

4. Người đã hiến bộ phận cơ thể người phải xuất trình thông tin về thẻ bảo hiểm y tế theo quy định tại khoản 1 hoặc khoản 3 Điều này. Trường hợp chưa có thẻ bảo hiểm y tế thì phải xuất trình giấy ra viện do cơ sở khám bệnh, chữa bệnh nơi lấy bộ phận cơ thể người cấp cho người đã hiến bộ phận cơ thể người và một trong các giấy tờ chứng minh nhân thân của người đó: căn cước, căn cước công dân, giấy chứng nhận căn cước, hộ chiếu, tài khoản định danh điện tử mức độ 2 trên ứng dụng VNeID hoặc giấy tờ chứng minh nhân thân khác do cơ quan, tổ chức có thẩm quyền cấp. Trường hợp phải điều trị ngay sau khi hiến thì đại diện của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh nơi lấy bộ phận cơ thể và người bệnh hoặc thân nhân của người bệnh ký xác nhận vào hồ sơ bệnh án.

5. Trường hợp cấp cứu, người tham gia bảo hiểm y tế phải xuất trình các giấy tờ theo quy định tại khoản 1 hoặc khoản 2 hoặc khoản 3 Điều này trước khi kết thúc đợt điều trị.

6. Cơ sở khám bệnh, chữa bệnh, cơ quan bảo hiểm xã hội không được quy định thêm thủ tục khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế ngoài các thủ tục quy định tại Điều này. Trường hợp cơ sở khám bệnh, chữa bệnh, cơ quan bảo hiểm xã hội cần sao chụp thẻ bảo hiểm y tế, các giấy tờ liên quan đến khám bệnh, chữa bệnh của người bệnh để phục vụ cho công tác quản lý thì phải tự sao chụp sau khi có ý kiến đồng ý của người bệnh hoặc người giám hộ người bệnh, không được yêu cầu người bệnh sao chụp hoặc chi trả cho khoản chi phí này.

**Chương VIII**

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

**Điều 34. Thanh toán theo giá dịch vụ**

1. Thanh toán theo giá dịch vụ là phương thức thanh toán dựa trên chi phí của thuốc, thiết bị y tế, dịch vụ kỹ thuật y tế, máu toàn phần, chế phẩm máu, khí y tế, vật tư, hoá chất, dụng cụ, công cụ sử dụng trong khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế được tính vào giá dịch vụ được sử dụng cho người bệnh tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh/ chi phí chưa tính vào giá dịch vụ.

2. Thanh toán theo giá dịch vụ khám bệnh, chữa bệnh được áp dụng để thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế, trừ chi phí của các dịch vụ y tế đã được thanh toán theo phương thức khác.

3. Nguyên tắc thanh toán:

a) Chi phí dịch vụ khám bệnh, chi phí dịch vụ ngày giường bệnh và chi phí dịch vụ kỹ thuật, xét nghiệm đã được sử dụng cho người bệnh trong phạm vi được hưởng và mức hưởng của người tham gia bảo hiểm y tế được thanh toán theo số lượng thực tế sử dụng cho người bệnh và mức giá theo quy định hiện hành;

b) Chi phí thuốc, thiết bị y tế chưa được tính trong giá dịch vụ khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế hoặc sử dụng trong các dịch vụ kỹ thuật chưa được ban hành giá khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế đã được sử dụng cho người bệnh trong phạm vi được hưởng và mức hưởng của người tham gia bảo hiểm y tế được thanh toán theo số lượng thực tế sử dụng và giá mua theo quy định của pháp luật về đấu thầu;

c) Chi phí máu toàn phần, chế phẩm máu được thanh toán theo hướng dẫn của Bộ trưởng Bộ Y tế.

**Điều 34. Thanh toán theo định suất**

1. Thanh toán theo định suất được áp dụng đối với cơ sở khám bệnh, chữa bệnh có khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế ngoại trú.

2. Phạm vi thanh toán theo định suất, bao gồm chi phí trong phạm vi được hưởng và mức hưởng của người có thẻ bảo hiểm y tế đăng ký khám bệnh, chữa bệnh ban đầu tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh và người có thẻ bảo hiểm y tế đăng ký khám bệnh, chữa bệnh ban đầu tại các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh khác đến khám bệnh, chữa bệnh tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh đó.

3. Các bệnh, nhóm bệnh, dịch vụ y tế, chi phí không thuộc phạm vi thanh toán theo định suất do Bộ trưởng Bộ Y tế quy định.

4. Quỹ định suất giao cho cơ sở khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế hằng năm phải bảo đảm trong phạm vi quỹ định suất giao cho tỉnh và trong phạm vi quỹ định suất toàn quốc.

5. Xử lý chênh lệch quỹ định suất giao cho cơ sở khám bệnh, chữa bệnh

a) Trường hợp quỹ định suất có kết dư trong năm (quỹ định suất được giao lớn hơn chi khám bệnh, chữa bệnh), cơ sở khám bệnh, chữa bệnh hạch toán số kết dư này vào nguồn thu sự nghiệp của đơn vị và làm căn cứ xác định quỹ định suất cho năm sau. Trường hợp cơ sở khám bệnh, chữa bệnh được giao ký hợp đồng thực hiện khám bệnh, chữa bệnh ban đầu bao gồm cả trạm y tế xã, cơ sở có trách nhiệm chuyển một phần kết dư cho các trạm y tế xã;

b) Trường hợp quỹ định suất bội chi trong năm (quỹ định suất được giao nhỏ hơn chi khám bệnh, chữa bệnh), cơ sở khám bệnh, chữa bệnh tự cân đối trong nguồn thu của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh theo quy định.

6. Trường hợp tổng chi phí trong phạm vi quỹ định suất toàn quốc năm giao quỹ lớn hơn tổng quỹ định suất toàn quốc đã giao, Bảo hiểm xã hội Việt Nam tổng hợp, báo cáo Hội đồng quản lý Bảo hiểm xã hội Việt Nam thông qua và báo cáo Bộ Tài chính, Bộ Y tế. Bộ Y tế chủ trì, phối hợp với Bộ Tài chính xem xét, tổng hợp trình Thủ tướng Chính phủ quyết định.

7. Bộ trưởng Bộ Y tế quy định phạm vi thực hiện, lộ trình thực hiện, kỹ thuật xác định quỹ và thanh toán theo định suất quy định tại Điều này.

**Điều 35.** **Phương thức thanh toán theo nhóm chẩn đoán**

1. Phương thức thanh toán theo nhóm chẩn đoán là thanh toán theo mức phí được xác định trước cho từng nhóm chẩn đoán.

2. Bộ trưởng Bộ Y tế quy định phạm vi thực hiện, lộ trình thực hiện và thanh toán theo nhóm chẩn đoán quy định tại Điều này.

**Chương IX**

**THANH TOÁN CHI PHÍ KHÁM BỆNH, CHỮA BỆNH GIỮA CƠ QUAN BẢO HIỂM XÃ HỘI VÀ CƠ SỞ KHÁM BỆNH, CHỮA BỆNH**

**Điều 36. Thanh toán chi phí thuốc, thiết bị y tế được điều chuyển giữa các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế**

Quỹ bảo hiểm y tế thanh toán chi phí thuốc, thiết bị y tế được điều chuyển giữa các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế trong trường hợp không chuyển người bệnh đến cơ sở khám bệnh, chữa bệnh khác và tại thời điểm người bệnh được kê đơn, chỉ định sử dụng thuốc, thiết bị y tế không có sẵn khi đáp ứng các quy định sau đây:

1. Các trường hợp không chuyển được người bệnh:

a) Tình trạng, sức khỏe người bệnh được xác định không đủ điều kiện để chuyển giữa các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh;

b) Cơ sở khám bệnh chữa bệnh có đủ năng lực chuyên môn để điều trị người bệnh và việc vận chuyển người bệnh được cơ sở khám bệnh, chữa bệnh xác định là tốn kém chi phí hơn việc điều chuyển thuốc, thiết bị y tế;

c) Cơ sở khám bệnh, chữa bệnh đang trong thời gian cách ly y tế do dịch bệnh theo quy định của pháp luật;

d) Người bệnh đang điều trị tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh cấp chuyên sâu.

2. Việc xác định cơ sở khám bệnh, chữa bệnh không có sẵn thuốc, thiết bị y tế tại thời điểm kê đơn, chỉ định, khi thuộc một trong các trường hợp sau đây:

a) Đối với thuốc: Không có thuốc thương mại nào chứa hoạt chất mà người bệnh được chỉ định hoặc cùng hoạt chất nhưng khác nồng độ hoặc hàm lượng hoặc dạng bào chế hoặc đường dùng và không thể thay thế để chỉ định cho người bệnh;

b) Đối với thiết bị y tế: Không có sẵn thiết bị y tế mà người bệnh được chỉ định sử dụng.

3. Tại thời điểm người bệnh được kê đơn, chỉ định, cơ sở khám bệnh, chữa bệnh không có sẵn thuốc, thiết bị y tế theo quy định tại Khoản 5 Điều 31 Luật bảo hiểm y tế và do một trong các nguyên nhân sau đây:

a) Cơ sở khám bệnh, chữa bệnh đã thực hiện mua sắm thuốc, thiết bị y tế theo kế hoạch lựa chọn nhà thầu đã được phê duyệt theo đúng quy định của pháp luật về đấu thầu nhưng không lựa chọn được nhà thầu, sau đó đã phát hành hồ sơ mời thầu theo quy định và đang trong thời gian chờ kết quả lựa chọn nhà thầu;

b) Trong giai đoạn chưa có kết quả đấu thầu tập trung cấp quốc gia, cấp địa phương, đàm phán giá và đã hết thời hạn hiệu lực của hợp đồng mua sắm tập trung, cơ sở khám bệnh, chữa bệnh đã phát hành hồ sơ mời thầu để đấu thầu sau khi có thông báo của đơn vị mua sắm tập trung theo quy định tại khoản 2 hoặc khoản 3 Điều 17 Thông tư số 07/2024/TT-BYT ngày 17 tháng 5 năm 2024 của Bộ trưởng Bộ Y tế quy định về đấu thầu thuốc tại cơ sở y tế công lập và đang trong thời gian chờ kết quả lựa chọn nhà thầu;

c) Cơ sở khám bệnh, chữa bệnh đã ký hợp đồng với nhà thầu cung ứng thuốc đó nhưng tại thời điểm chỉ định thuốc cho người bệnh nhà thầu có thông báo không cung ứng được.

4. Việc điều chuyển và thanh toán thuốc, thiết bị y tế được thực hiện như sau:

a) Cơ sở điều chuyển thuốc, thiết bị y tế và cơ sở nhận thuốc, hoá chất, vật tư, thiết bị y tế phải có văn bản giao nhận giữa các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh. Khuyến khích thực hiện điều chuyển thuốc, thiết bị y tế đối với các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh trên cùng địa bàn tỉnh, thành phố trực thuộc trung ương.

b) Quỹ bảo hiểm y tế thanh toán chi phí thuốc, thiết bị y tế trong phạm vi quyền lợi và mức hưởng bảo hiểm y tế theo quy định cho cơ sở khám bệnh, chữa bệnh nơi nhận theo giá thanh toán bảo hiểm y tế của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh nơi chuyển thuốc, thiết bị y tế;

c) Cơ sở khám bệnh, chữa bệnh nhận thuốc, thiết bị y tế có trách nhiệm thanh toán chi phí cho cơ sở khám bệnh, chữa bệnh chuyển thuốc, hoá chất, vật tư, thiết bị y tế, sau đó tổng hợp vào chi phí khám bệnh, chữa bệnh của người bệnh để thanh toán với cơ quan bảo hiểm xã hội.

**Điều 37.** **Quy định thanh toán chi phí dịch vụ cận lâm sàng được chuyển** **đến cơ sở tiếp nhận được cấp có thẩm quyền phê duyệt đủ điều kiện thực hiện dịch vụ cận lâm sàng trong trường hợp tại thời điểm người bệnh được chỉ định sử dụng dịch vụ, cơ sở khám bệnh, chữa bệnh không đủ điều kiện thực hiện được.**

1. Các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh chỉ thực hiện chuyển người bệnh hoặc mẫu bệnh phẩm đến cơ sở tiếp nhận được cấp có thẩm quyền phê duyệt đủ điều kiện thực hiện dịch vụ cận lâm sàng và phải ký hợp đồng nguyên tắc với cơ sở thực hiện dịch vụ cận lâm sàng. trong hợp đồng có nội dung thống nhất việc cơ quan bảo hiểm xã hội nơi ký hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế giám định về dịch vụ cận lâm sàng đã tiếp nhận và thực hiện tại cơ sở thực hiện dịch vụ cận lâm sàng).

2. Quỹ bảo hiểm y tế thanh toán chi phí dịch vụ cận lâm sàng như sau:

a) Thanh toán dịch vụ cận lâm sàng và chi phí vận chuyển cho cơ sở khám bệnh, chữa bệnh nơi chỉ định dịch vụ cận lâm sàng.

b) Thanh toán chi phí thực hiện dịch vụ cận lâm sàng trong phạm vi quyền lợi và mức hưởng bảo hiểm y tế của người bệnh theo giá thanh toán bảo hiểm y tế của cơ sở tiếp nhận người bệnh hoặc mẫu bệnh phẩm;

c) Trường hợp một dịch vụ cận lâm sàng được thực hiện tại nhiều cơ sở tiếp nhận trong cùng một lần chỉ định, quỹ bảo hiểm y tế chỉ thanh toán cho một lần thực hiện dịch vụ cận lâm sàng đó.

d) Cơ sở tiếp nhận thực hiện dịch vụ cận lâm sàng không được thu thêm chi phí về khám bệnh và thực hiện dịch vụ cận lâm sàng của người bệnh.

đ) Quỹ bảo hiểm y tế thanh toán chi phí vận chuyển trong trường hợp chuyển người bệnh đi thực hiện dịch vụ chẩn đoán hình ảnh tại cơ sở khác: thanh toán chi phí vận chuyển người bệnh đang điều trị nội trú như đối với quy định về thanh toán vận chuyển áp dụng đối với một số đối tượng tại Điều 1 Nghị định này. Người bệnh không phải xuất trình thẻ bảo hiểm y tế tại cơ sở thực hiện dịch vụ chẩn đoán hình ảnh như trình tự thủ tục khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế.

**Điều 38. Thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh một số trường hợp**

1. Thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh đối với trẻ em dưới 6 tuổi trong trường hợp chưa có thẻ bảo hiểm y tế: cơ sở khám bệnh, chữa bệnh tổng hợp danh sách trẻ em dưới 6 tuổi và chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế theo phạm vi được hưởng và mức hưởng gửi cơ quan bảo hiểm xã hội thanh toán theo quy định.

Cơ quan bảo hiểm xã hội căn cứ danh sách số trẻ em đã được khám bệnh, chữa bệnh do cơ sở khám bệnh, chữa bệnh chuyển đến, có trách nhiệm kiểm tra, xác minh việc cấp thẻ bảo hiểm y tế cho trẻ; thực hiện thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh. Trường hợp trẻ em chưa được cấp thẻ thì thực hiện cấp thẻ theo quy định.

2. Thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh đối với người đã hiến bộ phận cơ thể người phải điều trị ngay sau khi hiến mà chưa có thẻ bảo hiểm y tế: cơ sở khám bệnh, chữa bệnh sau khi lấy bộ phận cơ thể người có trách nhiệm tổng hợp danh sách số người đã hiến và chi phí khám bệnh, chữa bệnh theo phạm vi được hưởng và mức hưởng bảo hiểm y tế sau khi hiến, gửi cơ quan bảo hiểm xã hội để thanh toán theo quy định.

Cơ quan bảo hiểm xã hội căn cứ danh sách số người đã hiến bộ phận cơ thể đã được khám bệnh, chữa bệnh sau khi hiến và chi phí do cơ sở khám bệnh, chữa bệnh chuyển đến để thực hiện thanh toán, cấp thẻ bảo hiểm y tế.

4. Trường hợp chuyển cơ sở khám bệnh, chữa bệnh đối với người bệnh cần phải có nhân viên y tế đi kèm và có sử dụng thuốc, vật tư y tế theo yêu cầu chuyên môn trong quá trình vận chuyển, thì chi phí thuốc, vật tư y tế được tổng hợp vào chi phí điều trị của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh chỉ định chuyển cơ sở khám bệnh, chữa bệnh.

5. 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 trong phạm vi được hưởng và mức hưởng theo chế độ quy định. 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.

6. Thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh đối với các dịch vụ kỹ thuật do nhân viên của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh chuyển giao kỹ thuật thực hiện theo chương trình chỉ đạo chuyên môn kỹ thuật, đề án nâng cao năng lực chuyên môn cho cơ sở khám bệnh, chữa bệnh nhận chuyển giao kỹ thuật, hợp đồng chuyển giao kỹ thuật theo quy định của Bộ trưởng Bộ Y tế:

a) Trường hợp dịch vụ kỹ thuật đã được cấp có thẩm quyền phê duyệt cho cơ sở khám bệnh, chữa bệnh nhận chuyển giao kỹ thuật, quỹ bảo hiểm y tế thanh toán theo mức giá dịch vụ đã được phê duyệt;

b) Trường hợp dịch vụ kỹ thuật chưa được cấp có thẩm quyền phê duyệt cho cơ sở khám bệnh, chữa bệnh nhận chuyển giao kỹ thuật, cơ sở khám bệnh, chữa bệnh nhận chuyển giao kỹ thuật có trách nhiệm thông báo bằng văn bản cho cơ quan bảo hiểm xã hội ký hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế về các dịch vụ kỹ thuật được thực hiện theo chương trình, đề án, hợp đồng để làm cơ sở thanh toán, đồng thời trình cấp có thẩm quyền phê duyệt danh mục kỹ thuật để làm cơ sở thực hiện khi tiếp nhận kỹ thuật y tế này;

c) Đối với chi phí về thuốc, hóa chất, thiết bị y tế, quỹ bảo hiểm y tế thanh toán theo giá mua của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh theo quy định về đấu thầu.

7. Thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh đối với trường hợp cơ sở khám bệnh, chữa bệnh triển khai kỹ thuật, phương pháp mới đã được cấp có thẩm quyền phê duyệt nhưng chưa có quy định về giá dịch vụ y tế thì cơ sở khám bệnh, chữa bệnh phải xây dựng và trình cấp có thẩm quyền phê duyệt giá dịch vụ kỹ thuật để làm căn cứ thanh toán. Cơ sở khám bệnh, chữa bệnh có trách nhiệm thông báo bằng văn bản cho cơ quan bảo hiểm xã hội về việc triển khai kỹ thuật, phương pháp mới.

8. 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 15 ngày kể từ ngày thẻ bảo hiểm y tế hết hạn sử dụng. Cơ sở khám bệnh, chữa bệnh có trách nhiệm thông báo cho người bệnh và cơ quan bảo hiểm xã hội nơi ký hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế với cơ sở khám bệnh, chữa bệnh để người bệnh tiếp tục tham gia bảo hiểm y tế, cơ quan bảo hiểm xã hội thực hiện việc cấp hoặc gia hạn thẻ bảo hiểm y tế cho người bệnh trong thời gian đang điều trị tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh.

9. Thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh đối với cơ sở khám bệnh, chữa bệnh có tổ chức khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế vào ngày nghỉ, ngày lễ:

a) Người có thẻ bảo hiểm y tế đến khám bệnh, chữa bệnh được quỹ bảo hiểm y tế thanh toán trong phạm vi được hưởng và mức hưởng bảo hiểm y tế;

b) Cơ sở khám bệnh, chữa bệnh có trách nhiệm bảo đảm về nhân lực, điều kiện chuyên môn, công khai những khoản chi phí mà người bệnh phải chi trả ngoài phạm vi được hưởng và mức hưởng bảo hiểm y tế và phải thông báo trước cho người bệnh; thông báo bằng văn bản cho cơ quan bảo hiểm xã hội để bổ sung vào hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh trước khi thực hiện hoạt động khám bệnh, chữa bệnh vào ngày lễ, ngày nghỉ để làm cơ sở thanh toán.

10. Cơ sở khám bệnh, chữa bệnh tư nhân đề xuất thanh toán chi phí dịch vụ khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế theo giá khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế của dịch vụ kỹ thuật đó do Hội đồng nhân dân cấp tỉnh quy định hoặc phê duyệt cho các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh của nhà nước trên địa bàn tỉnh, thành phố trực thuộc trung ương (tỉnh), chịu trách nhiệm về đề xuất của mình và được quỹ bảo hiểm y tế thanh toán theo nguyên tắc cụ thể như sau:

a) Cơ sở khám bệnh, chữa bệnh tư nhân cấp chuyên sâu được thanh toán không cao hơn giá dịch vụ khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế cao nhất của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh cấp chuyên sâu của nhà nước trên địa bàn tỉnh hoặc của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh cấp cơ bản của nhà nước trên địa bàn tỉnh trong trường hợp không có cơ sở khám bệnh, chữa bệnh cấp chuyên sâu của nhà nước trên địa bàn tỉnh;

b) Cơ sở khám bệnh, chữa bệnh tư nhân cấp cơ bản được thanh toán không cao hơn giá dịch vụ khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế cao nhất của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh cấp cơ bản của nhà nước trên địa bàn tỉnh;

c) Cơ sở khám bệnh, chữa bệnh tư nhân cấp ban đầu được thanh toán không cao hơn giá dịch vụ khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế thấp nhất của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh cấp cơ bản của nhà nước trên địa bàn tỉnh;

d) Cơ sở khám bệnh, chữa bệnh tư nhân thực hiện các dịch vụ kỹ thuật đã được cơ quan có thẩm quyền phê duyệt danh mục nhưng chưa được Hội đồng nhân dân cấp tỉnh quy định hoặc phê duyệt giá cho cơ sở khám bệnh, chữa bệnh của nhà nước trên địa bàn tỉnh, được thanh toán theo giá dịch vụ khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh của nhà nước có cùng cấp chuyên môn kỹ thuật thuộc tỉnh giáp ranh hoặc tỉnh khác trên toàn quốc trong trường hợp cơ sở khám bệnh, chữa bệnh của nhà nước thuộc tỉnh giáp ranh không có giá của dịch vụ kỹ thuật đó theo nguyên tắc quy định tại các điểm a, b và c khoản này.

11. Trường hợp cơ sở khám bệnh, chữa bệnh của nhà nước thực hiện các dịch vụ kỹ thuật đã được cơ quan có thẩm quyền phê duyệt danh mục nhưng chưa được cơ quan có thẩm quyền quy định hoặc phê duyệt giá cho cơ sở khám bệnh, chữa bệnh đó thì được thanh toán không cao hơn giá dịch vụ khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế cao nhất của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh của nhà nước có cùng cấp chuyên môn kỹ thuật trên địa bàn tỉnh hoặc tỉnh giáp ranh hoặc tỉnh khác trên toàn quốc trong trường hợp cơ sở khám bệnh, chữa bệnh của nhà nước thuộc tỉnh giáp ranh không có giá của dịch vụ kỹ thuật đó theo nguyên tắc quy định tại các điểm a, b, c và d khoản 10 Điều này.

12. Trường hợp cơ sở khám bệnh, chữa bệnh của nhà nước thực hiện dịch vụ kỹ thuật đã được cơ quan có thẩm quyền phê duyệt danh mục (trừ các dịch vụ chăm sóc đã tính trong chi phí ngày giường điều trị, các dịch vụ là một công đoạn đã được tính trong chi phí của dịch vụ khác) nhưng chưa được cơ quan có thẩm quyền quy định hoặc phê duyệt giá dịch vụ kỹ thuật cho cơ sở khám bệnh, chữa bệnh trên toàn quốc hoặc dịch vụ kỹ thuật đã được chỉ định thực hiện nhưng vì nguyên nhân diễn biến bệnh hoặc thể trạng người bệnh nên không thể tiếp tục thực hiện được kỹ thuật đã chỉ định, cơ sở khám bệnh, chữa bệnh được thanh toán chí phí thực hiện dịch vụ khám bệnh, chữa bệnh cụ thể như sau:

a) Thanh toán theo số lượng thực tế các loại thuốc, thiết bị y tế thuộc phạm vi thanh toán của quỹ bảo hiểm y tế đã sử dụng cho người bệnh và giá mua theo quy định của pháp luật;

b) Thanh toán chi phí tiền lương, tiền công, phụ cấp, các khoản đóng góp và phụ cấp phẫu thuật, thủ thuật (nếu có) theo mức do Bộ trưởng Bộ Y tế quy định.

**Chương X**

**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**

**Điều 39. Các trường hợp cơ quan bảo hiểm xã hội thanh toán trực tiếp chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế trực tiếp với người có thẻ bảo hiểm y tế theo quy định tại điểm c khoản 2 Điều 31 của Luật Bảo hiểm y tế:**

1. Thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh đối với 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 lớn hơn 06 tháng lương cơ sở theo quy định tại điểm d khoản 1 Điều 22 của Luật Bảo hiểm y tế:

a) Trường hợp người bệnh có số tiền cùng chi trả tại một lần hoặc nhiều lần khám bệnh, chữa bệnh tại cùng cơ sở khám bệnh, chữa bệnh đó lớn hơn 06 tháng lương cơ sở thì cơ sở khám bệnh, chữa bệnh không thu số tiền cùng chi trả lớn hơn 06 tháng lương cơ sở của người bệnh. Cơ sở khám bệnh, chữa bệnh có trách nhiệm cung cấp hóa đơn thu đối với số tiền cùng chi trả đủ 06 tháng lương cơ sở để người bệnh có căn cứ đề nghị cơ quan bảo hiểm xã hội xác nhận không phải cùng chi trả trong năm đó;

b) Trường hợp người bệnh có số tiền cùng chi trả lũy kế trong năm tài chính tại các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh khác nhau hoặc tại cùng một cơ sở khám bệnh, chữa bệnh lớn hơn 06 tháng lương cơ sở thì người bệnh mang chứng từ đến cơ quan bảo hiểm xã hội nơi cấp thẻ bảo hiểm y tế để thanh toán số tiền cùng chi trả lớn hơn 06 tháng lương cơ sở và nhận giấy xác nhận không phải cùng chi trả trong năm đó;

c) Trường hợp người bệnh có số tiền cùng chi trả vượt quá 06 tháng lương cơ sở được tính từ ngày 01 tháng 01, quỹ bảo hiểm y tế thanh toán 100% chi phí khám bệnh chữa bệnh trong phạm vi quyền lợi của người bệnh kể từ thời điểm người bệnh tham gia đủ 05 năm liên tục đến hết ngày 31 tháng 12 của năm đó.

2. Trường hợp dữ liệu thẻ bảo hiểm y tế không được cung cấp hoặc cung cấp không chính xác về thông tin thẻ bảo hiểm y tế.

3. Trường hợp người bệnh không xuất trình được thẻ bảo hiểm y tế trước khi kết thúc đợt điều trị, chuyển cơ sở khám bệnh, chữa bệnh trong ngày do tình trạng cấp cứu, mất ý thức hoặc tử vong hoặc bị mất thẻ nhưng chưa được cấp lại.

Đối với các trường hợp quy định tại Điều này, cơ quan bảo hiểm xã hội thanh toán chi phí trực tiếp cho người tham gia bảo hiểm y tế theo phạm vi hưởng và mức hưởng theo quy định của pháp luật về bảo hiểm y tế.

**Điều 40. Hồ sơ đề nghị thanh toán trực tiếp**

1. Các giấy tờ là bản chụp (kèm theo bản gốc để đối chiếu) gồm:

a) Thẻ bảo hiểm y tế, giấy chứng minh nhân thân theo quy định tại khoản 1 Điều 15 Nghị định này;

b) Giấy ra viện, phiếu khám bệnh hoặc sổ khám bệnh của lần khám bệnh, chữa bệnh đề nghị thanh toán;

c) Đơn thuốc, hồ sơ bệnh án nếu có.

2. Hóa đơn và các chứng từ có liên quan.

**Điều 41. Quy trình, thủ tục thanh toán trực tiếp**

1. Người bệnh hoặc thân nhân hoặc người đại diện hợp pháp theo quy định của pháp luật của người bệnh trực tiếp nộp hồ sơ quy định tại Điều 40 của Nghị định này cho cơ quan bảo hiểm xã hội cấp huyện nơi cư trú.

2. Bảo hiểm xã hội cấp huyện có trách nhiệm:

a) Tiếp nhận hồ sơ đề nghị thanh toán của người bệnh và lập giấy biên nhận hồ sơ. Những hồ sơ không đầy đủ theo quy định thì hướng dẫn bổ sung đầy đủ;

b) Trong thời hạn 40 ngày, kể từ ngày nhận đủ hồ sơ đề nghị thanh toán phải hoàn thành việc giám định bảo hiểm y tế và thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh cho người bệnh hoặc thân nhân của người bệnh hoặc người đại diện hợp pháp. Trường hợp không thanh toán phải trả lời bằng văn bản và nêu rõ lý do.

**Điều 42. Mức thanh toán trực tiếp đối với trường hợp quy định tại điểm a và điểm b khoản 2 Điều 31 của Luật Bảo hiểm y tế**

1. Trường hợp người bệnh đến khám bệnh, chữa bệnh tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh cấp cơ bản mà trước ngày 01 tháng 01 năm 2025 đã được cơ quan có thẩm quyền xác định là tuyến huyện hoặc cơ sở khám bệnh, chữa bệnh cấp cơ bản đạt số điểm từ dưới 50 hoặc được tạm xếp cấp cơ bản có hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế (trừ trường hợp cấp cứu), thanh toán như sau:

a) Trường hợp khám bệnh, chữa bệnh ngoại trú, 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 0,15 lần mức lương cơ sở tại thời điểm khám bệnh, chữa bệnh;

b) Trường hợp khám bệnh, chữa bệnh nội trú, 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 0,5 lần mức lương cơ sở tại thời điểm ra viện.

2. Trường hợp người bệnh đến khám bệnh, chữa bệnh nội trú tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh cấp cơ bản mà trước ngày 01 tháng 01 năm 2025 đã được cơ quan có thẩm quyền xác định là tuyến tỉnh hoặc cơ sở khám bệnh, chữa bệnh cấp cơ bản đạt số điểm từ 50 điểm đến dưới 70 điểm 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 1,0 lần mức lương cơ sở tại thời điểm ra viện.

3. Trường hợp người bệnh đến khám bệnh, chữa bệnh nội trú tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh cấp chuyên sâu 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 2,5 lần mức lương cơ sở tại thời điểm ra viện.

4. Trường hợp người bệnh đi khám bệnh, chữa bệnh tại nơi đăng ký khám bệnh, chữa bệnh ban đầu không đúng quy định tại khoản 1 Điều 28 của Luật Bảo hiểm y tế 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 0,15 lần mức lương cơ sở tại thời điểm khám bệnh, chữa bệnh đối với trường hợp khám bệnh, chữa bệnh ngoại trú và tối đa không quá 0,5 lần mức lương cơ sở tại thời điểm ra viện đối với trường hợp khám bệnh, chữa bệnh nội trú.

**CHƯƠNG X**

**THANH TOÁN CHI PHI THUỐC, THIẾT BỊ Y TẾ TRỰC TIẾP CHO NGƯỜI CÓ THẺ BẢO HIỂM Y TẾ ĐI KHÁM BỆNH, CHỮA BỆNH**

**Điều 43.** **Trường hợp thuốc, thiết bị y tế thuộc phạm vi thanh toán**

1. Thuốc thuộc Danh mục thuốc hiếm ban hành kèm theo Thông tư số 26/2019/TT-BYT ngày 30 tháng 8 năm 2019 của Bộ trưởng Bộ Y tế quy định về Danh mục thuốc hiếm.

2. Thiết bị y tế loại C hoặc D, trừ thiết bị y tế chẩn đoán in vitro, thiết bị y tế đặc thù cá nhân, thiết bị y tế thuộc danh mục thiết bị y tế do Bộ trưởng Bộ Y tế ban hành được mua, bán như các hàng hóa thông thường theo quy định tại Nghị định số 98/2021/NĐ-CP ngày 08 tháng 11 năm 2021 của Chính phủ về quản lý trang thiết bị y tế và Nghị định số 07/2023/NĐ-CP ngày 03 tháng 3 năm 2023 của Chính phủ sửa đổi, bổ sung một số điều của Nghị định số 98/2021/NĐ-CP ngày 08 tháng 11 năm 2021 của Chính phủ về quản lý thiết bị y tế.

**Điều 44. Điều kiện thanh toán**

Tại thời điểm kê đơn thuốc, chỉ định sử dụng thiết bị y tế phải bảo đảm các điều kiện theo quy định sau đây:

1. Không có thuốc, thiết bị y tế do đang trong quá trình lựa chọn nhà thầu theo kế hoạch lựa chọn nhà thầu đã được duyệt theo một trong các hình thức: Đấu thầu rộng rãi hoặc đấu thầu hạn chế hoặc chào hàng cạnh tranh hoặc mua sắm trực tiếp hoặc lựa chọn nhà thầu trong trường hợp đặc biệt nhưng chưa lựa chọn được nhà thầu hoặc chào giá trực tuyến hoặc mua sắm trực tuyến và đã thực hiện chỉ định thầu rút gọn theo quy định tại điểm c khoản 1, khoản 2 Điều 23 của Luật Đấu thầu và khoản 1 Điều 94 Nghị định số 24/2024/NĐ-CP ngày 27 tháng 02 năm 2024 của Chính phủ quy định chi tiết một số điều và biện pháp thi hành Luật Đấu thầu về lựa chọn nhà thầu nhưng không lựa chọn được nhà thầu. Đồng thời, tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh:

a) Đối với thuốc: Không có thuốc thương mại nào chứa hoạt chất mà người bệnh được kê đơn hoặc cùng hoạt chất nhưng khác nồng độ hoặc hàm lượng hoặc dạng bào chế hoặc đường dùng và không thể thay thế để kê đơn cho người bệnh;

b) Đối với thiết bị y tế: Không có thiết bị y tế mà người bệnh được chỉ định sử dụng và không có thiết bị y tế để thay thế.

2. Không chuyển người bệnh đến cơ sở khám bệnh, chữa bệnh khác thuộc một trong các trường hợp sau đây:

a) Tình trạng sức khỏe, bệnh lý người bệnh được xác định không đủ điều kiện để chuyển;

b) Cơ sở khám bệnh, chữa bệnh nơi người bệnh đang khám và điều trị đang trong thời gian cách ly y tế theo quy định của pháp luật phòng, chống bệnh truyền nhiễm;

c) Cơ sở khám bệnh, chữa bệnh nơi người bệnh đang khám và điều trị là cơ sở khám bệnh, chữa bệnh cấp chuyên sâu.

3. Không thể điều chuyển thuốc, thiết bị y tế giữa các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh theo quy định của pháp luật.

4. Thuốc, thiết bị y tế được kê đơn, chỉ định sử dụng phải phù hợp với phạm vi chuyên môn của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh và đã được thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế tại một trong các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh trên toàn quốc.

5. Thuốc, thiết bị y tế được kê đơn, chỉ định sử dụng phải thuộc phạm vi quyền lợi của người tham gia bảo hiểm y tế.

**Điều 45. Mức thanh toán chi phí trực tiếp**

1. Cơ quan bảo hiểm xã hội thanh toán trực tiếp cho người bệnh theo quy định như sau:

a) Đối với thuốc: Căn cứ để tính mức thanh toán là số lượng và đơn giá được ghi trên hóa đơn do người bệnh mua tại cơ sở kinh doanh dược. Trường hợp thuốc có quy định về tỷ lệ, điều kiện thanh toán thì thực hiện theo tỷ lệ, điều kiện thanh toán;

b) Đối với thiết bị y tế (bao gồm thiết bị y tế sử dụng nhiều lần): Căn cứ để tính mức thanh toán là số lượng và đơn giá được ghi trên hóa đơn do người bệnh mua tại cơ sở mua bán thiết bị y tế. Trường hợp thiết bị y tế có quy định mức thanh toán không vượt quá mức thanh toán theo quy định đối với thiết bị y tế đó.

2. Đơn giá thuốc, thiết bị y tế làm căn cứ để xác định mức thanh toán không được vượt quá đơn giá thanh toán tại thời điểm gần nhất đối với trường hợp thuốc, thiết bị y tế đã trúng thầu tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh nơi người bệnh đã khám bệnh, chữa bệnh.

Trường hợp thuốc, thiết bị y tế chưa trúng thầu tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh nơi người bệnh đã khám bệnh, chữa bệnh, đơn giá làm căn cứ để xác định mức thanh toán bảo hiểm y tế là kết quả lựa chọn nhà thầu còn hiệu lực theo thứ tự ưu tiên như sau:

a) Kết quả mua sắm tập trung cấp quốc gia hoặc kết quả đàm phán giá;

b) Kết quả mua sắm tập trung cấp địa phương trên địa bàn;

c) Kết quả lựa chọn nhà thầu thấp nhất tại thời điểm thanh toán của các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh công lập cấp chuyên sâu, cấp cơ bản hoặc cơ sở khám bệnh, chữa bệnh cùng cấp chuyên môn kỹ thuật trên địa bàn;

d) Kết quả lựa chọn nhà thầu thấp nhất tại thời điểm thanh toán của các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh công lập cấp chuyên sâu, cấp cơ bản hoặc cơ sở khám bệnh, chữa bệnh cùng cấp chuyên môn kỹ thuật trên địa bàn thành phố Hà Nội, thành phố Hồ Chí Minh.

3. Cơ quan bảo hiểm xã hội thực hiện khấu trừ chi phí bảo hiểm y tế thanh toán của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh nơi điều trị người bệnh như sau:

a) Trường hợp chi phí thuốc, thiết bị y tế được tính trong giá dịch vụ khám bệnh, chữa bệnh: Thực hiện khấu trừ vào chi phí dịch vụ khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh bằng mức thanh toán theo quy định tại khoản 1 và 2 Điều này;

b) Trường hợp chi phí thuốc, thiết bị y tế chưa bao gồm trong cơ cấu giá dịch vụ khám bệnh, chữa bệnh: Không thực hiện khấu trừ vào chi phí dịch vụ khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh;

c) Chi phí thuốc, thiết bị y tế do cơ quan bảo hiểm xã hội thanh toán trực tiếp cho người bệnh được tính trong dự kiến chi của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh.

**Điều 46. Hồ sơ, thủ tục thanh toán trực tiếp**

1. Hồ sơ thanh toán trực tiếp thực hiện theo quy định tại Điều 40 Nghị định này.

2. Quy trình, thủ tục thanh toán trực tiếp theo quy định tại Điều 41 Nghị định này.

**CHƯƠNG XI**

**QUẢN LÝ VÀ SỬ DỤNG QUỸ BẢO HIỂM Y TẾ**

**Điều 47. Phân bổ và sử dụng quỹ bảo hiểm y tế**

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

1. 92% dành cho khám bệnh, chữa bệnh (sau đây gọi là quỹ khám bệnh, chữa bệnh) được sử dụng cho các mục đích:

a) Chi trả các khoản chi phí thuộc phạm vi được hưởng của người tham gia bảo hiểm y tế theo quy định của pháp luật về bảo hiểm y tế;

b) Trích để lại cho các cơ sở giáo dục hoặc cơ sở giáo dục nghề nghiệp, cơ quan, tổ chức, doanh nghiệp có đủ điều kiện theo quy định tại khoản 1 Điều 50 Nghị định này.

2. 8% số tiền đóng bảo hiểm y tế dành cho quỹ dự phòng và chi tổ chức và hoạt động quản lý quỹ bảo hiểm y tế, được quy định như sau:

a) Chi tổ chức và hoạt động quản lý quỹ bảo hiểm y tế tối đa bằng 4% số tiền đóng bảo hiểm y tế.

b) Mức trích quỹ dự phòng là số tiền còn lại sau khi đã trích chi tổ chức và hoạt động quản lý quỹ bảo hiểm y tế theo quy định tại điểm a khoản này, tối thiểu bằng 4% số tiền đóng bảo hiểm y tế.

**Điều 48. Nội dung chi và mức chi tổ chức và hoạt động quản lý quỹ bảo hiểm y tế**

*(Nội dung này sửa đổi, bổ sung Điều 32 Nghị định số 146/2018/NĐ-CP theo nội dung quy định của Luật sửa đổi bổ sung Luật Bảo hiểm y tế và để đồng nhất với Điều 120 Luật Bảo hiểm xã hội)*

1. Chi tổ chức và hoạt động quản lý quỹ bảo hiểm y tế được sử dụng để thực hiện các nhiệm vụ sau đây:

a) Tuyên truyền, phổ biến, giải đáp, tư vấn chính sách, pháp luật về bảo hiểm y tế; tập huấn, bồi dưỡng chuyên môn, nghiệp vụ về bảo hiểm y tế;

b) Cải cách hành chính bảo hiểm y tế; phát triển, quản lý người tham gia, người thụ hưởng chế độ bảo hiểm y tế;

c) Đầu tư, nâng cấp, cải tạo, mở rộng, bảo dưỡng, sửa chữa tài sản, thuê, mua sắm tài sản, hàng hóa, dịch vụ liên quan đến quản lý và hoạt động quản lý quỹ bảo hiểm y tế;

d) Tổ chức thu, chi trả bảo hiểm y tế và hoạt động bộ máy của cơ quan bảo hiểm xã hội các cấp, Hội đồng quản lý bảo hiểm xã hội.

2. Mức chi tổ chức và hoạt động quản lý quỹ bảo hiểm y tế và nội dung chi hằng năm thực hiện theo quy định của Thủ tướng Chính phủ.

3. Định kỳ 03 năm, Chính phủ báo cáo Ủy ban Thường vụ Quốc hội quyết định về mức chi tổ chức và hoạt động quản lý quỹ bảo hiểm y tế.

4. Bộ Tài chính chủ trì, phối hợp với Bộ Y tế và các cơ quan liên quan hướng dẫn lập quyết toán, duyệt, thẩm định, trình cấp có thẩm quyền phê chuẩn quyết toán chi tổ chức và hoạt động quản lý quỹ bảo hiểm y tế. (Tại nhiệm vụ số 104 của Quyết định số 717/QĐ-TTg ngày 27/7/2024 đã giao Bộ Tài chính hướng dẫn lập quyết toán, duyệt, thẩm định, trình cấp có thẩm quyền phê chuẩn quyết toán chi tổ chức và hoạt động bảo hiểm xã hội. Do vậy để đồng bộ với Luật BHXH, giao Bộ Tài chính hướng dẫn ND này).

**Điều 49. Mức chi cho khám bệnh, chữa bệnh trong công tác chăm sóc sức khỏe ban đầu**

1. Số tiền trích để lại cho cơ sở giáo dục hoặc cơ sở giáo dục nghề nghiệp gồm:

a) 5% số thu bảo hiểm y tế tính trên tổng số trẻ em dưới 6 tuổi hoặc học sinh, sinh viên đang theo học tại cơ sở giáo dục, công thức tính như sau:

Số tiền trích = 5% x (Nsố người x M bảo hiểm y tế x L cơ sở x Th)

Trong đó:

- Nsố người: Tổng số trẻ em dưới 6 tuổi; học sinh, sinh viên đang theo học tại cơ sở giáo dục hoặc cơ sở giáo dục nghề nghiệp có tham gia bảo hiểm y tế.

- Mbảo hiểm y tế: Mức đóng bảo hiểm y tế áp dụng đối với đối tượng trẻ em dưới 6 tuổi hoặc học sinh, sinh viên theo quy định tại khoản 1 Điều 7 Nghị định này.

- Lcơ sở: Mức lương cơ sở tại thời điểm đóng bảo hiểm y tế.

- Th: Số tháng đóng bảo hiểm y tế.

Định kỳ 03 tháng hoặc 06 tháng hoặc 12 tháng, cơ quan bảo hiểm xã hội có trách nhiệm chuyển số tiền quy định tại điểm này cho cơ sở giáo dục hoặc cơ sở giáo dục nghề nghiệp và tổng hợp vào quyết toán quỹ khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế.

b) 1% tính trên số tiền đóng bảo hiểm y tế hằng tháng cho người lao động tại cơ sở giáo dục hoặc cơ sở giáo dục nghề nghiệp, cơ quan bảo hiểm xã hội có trách nhiệm thanh toán khoản chi này ngay sau khi nhận được tiền đóng bảo hiểm y tế của cơ sở giáo dục hoặc cơ sở giáo dục nghề nghiệp.

2. Số tiền trích để lại cho cơ quan, tổ chức, doanh nghiệp có đủ điều kiện theo quy định tại khoản 1 Điều 50 Nghị định này bằng 1% tính trên số tiền đóng bảo hiểm y tế hằng tháng cho người lao động tại cơ quan, tổ chức, doanh nghiệp. Cơ quan bảo hiểm xã hội có trách nhiệm thanh toán khoản chi này ngay sau khi nhận được tiền đóng bảo hiểm y tế của cơ quan, tổ chức, doanh nghiệp.

3. Số tiền trích để lại cho người làm việc trên tàu đánh bắt xa bờ:

a) Mức chi bằng 10% số thu bảo hiểm y tế tính trên số người làm việc trên tàu có tham gia bảo hiểm y tế để mua tủ thuốc, thuốc, vật tư y tế phục vụ sơ cấp cứu, xử trí ban đầu, công thức tính như sau:

Số tiền trích = 10% x (Nsố người x Mbảo hiểm y tế x Lcơ sở x Th)

Trong đó:

- Nsố người: Số người tham gia bảo hiểm y tế làm việc trên tàu đánh bắt.

- Mbảo hiểm y tế: Mức đóng bảo hiểm y tế đối với người thứ nhất trong hộ gia đình theo quy định tại Điều 11 Nghị định này.

- Lcơ sở: Mức lương cơ sở tại thời điểm đóng.

- Th: Số tháng đóng bảo hiểm y tế.

b) Chủ tịch Ủy ban nhân dân cấp tỉnh tổ chức mua và cấp cho các chủ tàu đánh bắt xa bờ tủ thuốc, thuốc, vật tư y tế. Cơ quan bảo hiểm xã hội trích chuyển số tiền quy định tại điểm a khoản này cho cơ quan, tổ chức được Chủ tịch Ủy ban nhân dân cấp tỉnh giao mua tủ thuốc, thuốc, vật tư y tế; tổng hợp số tiền đã trích chuyển vào quyết toán quỹ khám bệnh, chữa bệnh.

4. Căn cứ vào nhu cầu thực tế và khả năng cân đối quỹ bảo hiểm y tế, Bộ trưởng Bộ Y tế trình Chính phủ điều chỉnh mức trích chuyển kinh phí chi khám bệnh, chữa bệnh trong công tác chăm sóc sức khỏe ban đầu.

**Điều 50. Điều kiện, nội dung chi, thanh quyết toán kinh phí khám bệnh, chữa bệnh trong công tác chăm sóc sức khỏe ban đầu**

1. Cơ sở giáo dục hoặc cơ sở giáo dục nghề nghiệp, cơ quan, tổ chức, doanh nghiệp quy định tại điểm b khoản 1 Điều 47 Nghị định này (trừ cơ sở giáo dục hoặc cơ sở giáo dục nghề nghiệp, cơ quan, tổ chức, doanh nghiệp đã ký hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế theo quy định tại Điều 28 Nghị định này) được cấp kinh phí từ quỹ bảo hiểm y tế để thực hiện khám bệnh, chữa bệnh trong chăm sóc sức khỏe ban đầu khi có đủ các điều kiện sau đây:

a) Có ít nhất một người có đủ điều kiện hành nghề khám bệnh, chữa bệnh theo quy định của pháp luật về khám bệnh, chữa bệnh làm việc chuyên trách hoặc kiêm nhiệm trong công tác chăm sóc sức khỏe ban đầu;

b) Có phòng y tế hoặc phòng làm việc riêng để thực hiện việc sơ cấp cứu, xử trí ban đầu cho các đối tượng do cơ sở giáo dục hoặc cơ sở giáo dục nghề nghiệp, cơ quan, tổ chức, doanh nghiệp quản lý khi bị tai nạn thương tích, các bệnh thông thường trong thời gian học tập, làm việc tại cơ sở giáo dục hoặc cơ sở giáo dục nghề nghiệp, cơ quan, tổ chức, doanh nghiệp.

2. Nội dung chi:

a) Chi mua thuốc, vật tư y tế phục vụ sơ cấp cứu, xử trí ban đầu cho trẻ em, học sinh, sinh viên, các đối tượng do cơ quan, tổ chức, doanh nghiệp quản lý khi bị tai nạn thương tích hoặc các trường hợp bệnh thông thường trong thời gian học, làm việc tại cơ sở giáo dục hoặc cơ sở giáo dục nghề nghiệp, cơ quan, tổ chức, doanh nghiệp;

b) Chi mua sắm, sửa chữa trang thiết bị y tế thông thường phục vụ chăm sóc sức khỏe ban đầu, tủ tài liệu quản lý hồ sơ sức khỏe tại cơ sở giáo dục hoặc cơ sở giáo dục nghề nghiệp, cơ quan, tổ chức, doanh nghiệp;

c) Chi mua văn phòng phẩm phục vụ hoạt động khám bệnh, chữa bệnh trong công tác chăm sóc sức khỏe ban đầu.

3. Thanh toán, quyết toán kinh phí:

a) Đối với cơ sở giáo dục hoặc cơ sở giáo dục nghề nghiệp công lập thực hiện hạch toán các khoản chi khám bệnh, chữa bệnh trong công tác chăm sóc sức khỏe ban đầu vào chi phí thực hiện công tác y tế tại cơ sở và quyết toán với đơn vị quản lý cấp trên theo quy định hiện hành;

b) Đối với cơ sở giáo dục hoặc cơ sở giáo dục nghề nghiệp ngoài công lập thực hiện hạch toán các khoản chi khám bệnh, chữa bệnh trong công tác chăm sóc sức khỏe ban đầu vào chi phí của cơ sở và quyết toán với đơn vị cấp trên (nếu có);

c) Đối với doanh nghiệp, tổ chức kinh tế thực hiện mở sổ kế toán riêng để phản ánh việc tiếp nhận kinh phí, sử dụng kinh phí, không tổng hợp vào quyết toán chi phí của doanh nghiệp, tổ chức kinh tế;

d) Đối với cơ quan, đơn vị khác thực hiện hạch toán các khoản chi khám bệnh, chữa bệnh trong chăm sóc sức khỏe ban đầu vào chi phí thực hiện công tác y tế của cơ quan, đơn vị và quyết toán với cơ quan, đơn vị quản lý cấp trên trực thuộc (nếu có) hoặc cơ quan tài chính cùng cấp theo quy định hiện hành.

4. Cơ sở giáo dục hoặc cơ sở giáo dục nghề nghiệp, cơ quan, tổ chức, doanh nghiệp được cấp kinh phí chi cho khám bệnh, chữa bệnh trong chăm sóc sức khỏe ban đầu theo quy định tại Nghị định này có trách nhiệm sử dụng cho công tác chăm sóc sức khỏe ban đầu, không được sử dụng vào các mục đích khác, số kinh phí được cấp đến cuối năm chưa sử dụng hết, được chuyển nguồn sang năm sau tiếp tục sử dụng, không phải quyết toán với cơ quan bảo hiểm xã hội.

**Điều 51. Quản lý và sử dụng quỹ dự phòng**

1. Nguồn hình thành quỹ dự phòng:

a) Số tiền được trích hằng năm theo quy định tại điểm b khoản 2 Điều 47 Nghị định này;

b) Các khoản thu chậm đóng, trốn đóng bảo hiểm y tế;

c) Tiền sinh lời của hoạt động đầu tư từ quỹ bảo hiểm y tế;

d) Tiền lãi chậm đóng, trốn đóng bảo hiểm y tế.

2. Nội dung sử dụng quỹ dự phòng:

a) Bổ sung kinh phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế cho các tỉnh, thành phố trong trường hợp số thu bảo hiểm y tế dành cho khám bệnh, chữa bệnh theo quy định tại khoản 1 Điều 47 Nghị định này nhỏ hơn số chi khám bệnh chữa bệnh trong năm. Sau khi thẩm định quyết toán, bảo hiểm xã hội Việt Nam có trách nhiệm bổ sung toàn bộ phần kinh phí chênh lệch này từ nguồn quỹ dự phòng.

b) Hoàn trả ngân sách nhà nước kinh phí cấp trùng thẻ bảo hiểm y tế.

3. Trường hợp quỹ dự phòng không đủ để bổ sung kinh phí khám bệnh, chữa bệnh cho các tỉnh, thành phố theo quy định tại điểm a khoản 2 Điều này, Bảo hiểm xã hội Việt Nam báo cáo Hội đồng quản lý Bảo hiểm xã hội Việt Nam phương án giải quyết trước khi báo cáo Bộ Y tế, Bộ Tài chính.

Bộ Y tế chủ trì, phối hợp với Bộ Tài chính trình Chính phủ các biện pháp giải quyết để bảo đảm đủ và kịp thời nguồn kinh phí cho khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế theo quy định.

**Điều 52. Lập kế hoạch tài chính và quyết toán thu, chi quỹ bảo hiểm y tế** (Đã được hướng dẫn tại Điều 36 Nghị định số 146/2018/NĐ-CP):

1. Hằng năm, Bảo hiểm xã hội Việt Nam lập kế hoạch tài chính về thu, chi quỹ bảo hiểm y tế; chi phí quản lý quỹ bảo hiểm y tế và đầu tư từ số tiền tạm thời nhàn rỗi của quỹ bảo hiểm y tế. Bộ Tài chính chủ trì, phối hợp với Bộ Y tế xem xét, tổng hợp trình Thủ tướng Chính phủ giao kế hoạch tài chính.

2. Lập, giao dự toán chi khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế và thông báo số dự kiến chi khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế:

a) Bảo hiểm xã hội Việt Nam lập dự toán chi khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế năm sau (bao gồm cả dự toán của Bảo hiểm xã hội Bộ Quốc phòng, Bảo hiểm xã hội Công an nhân dân) gửi Bộ Tài chính trước ngày 30 tháng 8 hằng năm. Bộ Tài chính chủ trì, phối hợp với Bộ Y tế tổng hợp trình Thủ tướng Chính phủ giao dự toán chi khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế từ số dự toán thu và quỹ dự phòng cho Bảo hiểm xã hội Việt Nam;

b) Trên cơ sở dự toán được Thủ tướng Chính phủ giao, Bảo hiểm xã hội Việt Nam giao dự toán chi khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế cho Bảo hiểm xã hội Bộ Quốc phòng, Bảo hiểm xã hội Công an nhân dân, Bảo hiểm xã hội các tỉnh, thành phố trực thuộc trung ương trong phạm vi 92% số dự toán thu bảo hiểm y tế của toàn quốc;

c) Trên cơ sở đề nghị của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh, Bảo hiểm xã hội các tỉnh, thành phố trực thuộc trung ương thông báo số dự kiến chi khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế đến cơ sở khám bệnh, chữa bệnh (không áp dụng làm căn cứ tạm ứng, thanh toán, quyết toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh trong trường hợp vượt số dự kiến chi). Trường hợp cơ sở khám bệnh, chữa bệnh có số dự kiến chi trong năm tăng hoặc giảm so với số đã được thông báo, cơ sở có văn bản gửi Bảo hiểm xã hội tỉnh, thành phố trực thuộc trung ương trước ngày 15 tháng 10 hằng năm để tổng hợp, điều chỉnh trong phạm vi dự toán được giao của Bảo hiểm xã hội tỉnh, thành phố trực thuộc trung ương;

d) Trường hợp tổng số dự kiến chi khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế của các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh, số ước thực hiện chi khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế của Bảo hiểm xã hội Bộ Quốc phòng, Bảo hiểm xã hội Công an nhân dân trong năm tăng hoặc giảm so với dự toán được Bảo hiểm xã hội Việt Nam giao, Bảo hiểm xã hội các tỉnh, thành phố trực thuộc trung ương, Bảo hiểm xã hội Bộ Quốc phòng, Bảo hiểm xã hội Công an nhân dân tổng hợp gửi Bảo hiểm xã hội Việt Nam trước ngày 30 tháng 10 hằng năm để xem xét điều chỉnh giữa các tỉnh, thành phố trực thuộc trung ương và Bảo hiểm xã hội Bộ Quốc phòng, Bảo hiểm xã hội Công an nhân dân.

Bảo hiểm xã hội Việt Nam tổng hợp, xem xét điều chỉnh dự toán chi khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế giữa Bảo hiểm xã hội các tỉnh, thành phố trực thuộc trung ương, Bảo hiểm xã hội Bộ Quốc phòng, Bảo hiểm xã hội Công an nhân dân trong phạm vi dự toán được Thủ tướng Chính phủ giao trước ngày 15 tháng 11 hằng năm để làm cơ sở điều chỉnh số dự kiến chi khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh.

3. Bổ sung kinh phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế cho cơ sở khám bệnh, chữa bệnh trong trường hợp số chi khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế thực tế trong năm của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh sau khi được cơ quan bảo hiểm xã hội giám định vượt số dự kiến chi (bao gồm số thông báo đầu năm và số điều chỉnh trong năm) và vượt dự toán chi khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế được Bảo hiểm xã hội Việt Nam giao thực hiện như sau:

a) Bảo hiểm xã hội tỉnh, thành phố trực thuộc trung ương chủ trì, phối hợp với Sở Y tế, cơ sở khám bệnh, chữa bệnh rà soát xác định chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế vượt số dự kiến chi được thanh toán và bổ sung kinh phí cho cơ sở khám bệnh, chữa bệnh.

b) Trường hợp dự toán được Bảo hiểm xã hội Việt Nam giao không đủ để bổ sung kinh phí cho các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh, Bảo hiểm xã hội tỉnh, thành phố trực thuộc trung ương, Bảo hiểm xã hội Bộ Quốc phòng, Bảo hiểm xã hội Công an nhân dân tổng hợp, gửi Bảo hiểm xã hội Việt Nam để xem xét, bổ sung kinh phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế.

4. Trường hợp tổng số chi khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế thực tế trong năm vượt dự toán được Thủ tướng Chính phủ giao, Bảo hiểm xã hội Việt Nam tổng hợp báo cáo Hội đồng quản lý Bảo hiểm xã hội trước khi gửi Bộ Tài chính.

Bộ Tài chính chủ trì, phối hợp với Bộ Y tế trình Thủ tướng Chính phủ xem xét, bổ sung kinh phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế từ nguồn quỹ dự phòng.

Trường hợp quỹ dự phòng bảo hiểm y tế không đủ để bổ sung kinh phí khám bệnh, chữa bệnh cho các tỉnh, thành phố trực thuộc trung ương, Bảo hiểm xã hội Bộ Quốc phòng, Bảo hiểm xã hội Công an nhân dân, các cơ quan thực hiện theo quy định tại khoản 3 Điều 51 Nghị định này.

5. Tạm ứng, thanh toán, quyết toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế cho cơ sở khám bệnh, chữa bệnh được thực hiện hằng quý theo đúng quy định tại các khoản 1 và 2 Điều 32 Luật Bảo hiểm y tế.

6. Hằng năm, trước ngày 01 tháng 10, Bảo hiểm xã hội Việt Nam có trách nhiệm tổng hợp và lập báo cáo quyết toán quỹ bảo hiểm y tế năm trước theo quy định tại Điều 32 của Luật Bảo hiểm y tế.

**Chương XII**

**ĐIỀU KHOẢN THI HÀNH**

**Điều 53. Điều khoản tham chiếu**

1. Trường hợp các văn bản dẫn chiếu trong Nghị định này bị thay thế hoặc sửa đổi, bổ sung thì thực hiện theo văn bản thay thế hoặc văn bản đã được sửa đổi, bổ sung.

2. Trường hợp người bệnh vào cơ sở khám bệnh, chữa bệnh trước ngày Luật này có hiệu lực và kết thúc điều trị sau ngày Nghị định này có hiệu lực thì áp dụng theo quy định của Nghị định này hoặc các quy định trước thời điểm Luật này có hiệu lực theo hướng có lợi cho người bệnh về thủ tục và quyền lợi bảo hiểm y tế;

**Điều 54. Hiệu lực thi hành**

1. Nghị định này có hiệu lực thi hành từ ngày 01 tháng 7 năm 2025.

2. Các văn bản sau đây hết hiệu lực thi hành, kể từ ngày Nghị định này có hiệu lực thi hành:

a) Nghị định số 146/2018/NĐ-CP ngày 18 tháng 10 năm 2018 của Chính phủ quy định chi tiết và hướng dẫn biện pháp thi hành luật bảo hiểm y tế;

b) Nghị định số 75/2023/NĐ-CP ngày 19 tháng 10 năm 2023 của Chính phủ sửa đổi, bổ sung một số điều Nghị định số 146/2018/NĐ-CP và quy định chi tiết một số điều của Luật số 51/2024/QH15;

c) Nghị định số /2024/NĐ-CP ngày tháng 12 năm 2024 của Chính phủ sửa đổi, bổ sung một số điều của Nghị định số 146/2018/NĐ-CP ngày 18 tháng 10 năm 2018 của Chính phủ quy định chi tiết và hướng dẫn biện pháp thi hành luật bảo hiểm y tế, Nghị định số 75/2023/NĐ-CP ngày 19 tháng 10 năm 2023 của Chính phủ sửa đổi, bổ sung một số điều Nghị định số 146/2018/NĐ-CP và quy định chi tiết một số điều của Luật số 51/2024/QH15

**Điều 55. Trách nhiệm thi hành**

Các Bộ trưởng, Thủ trưởng cơ quan ngang Bộ, Thủ trưởng cơ quan thuộc Chính phủ, Chủ tịch Ủy ban nhân dân tỉnh, thành phố trực thuộc trung ương và các tổ chức, cá nhân có liên quan chịu trách nhiệm thi hành Nghị định này./.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ***Nơi nhận:***  - Ban Bí thư Trung ương Đảng;  - Thủ tướng, các Phó Thủ tướng Chính phủ;  - Các Bộ, cơ quan ngang bộ, cơ quan thuộc Chính phủ;  - HĐND, UBND các tỉnh, thành phố trực thuộc trung ương;  - Văn phòng Trung ương và các Ban của Đảng;  - Văn phòng Tổng Bí thư;  - Văn phòng Chủ tịch nước;  - Hội đồng Dân tộc và các Ủy ban của Quốc hội;  - Văn phòng Quốc hội;  - Toà án nhân dân tối cao;  - Viện Kiểm sát nhân dân tối cao;  - Ủy ban Giám sát tài chính Quốc gia;  - Kiểm toán nhà nước;  - Ủy ban Trung ương Mặt trận Tổ quốc Việt Nam;  - Cơ quan trung ương của các đoàn thể;  - VPCP: BTCN, các PCN, Trợ lý TTg, TGĐ Cổng TTĐT,  các Vụ, Cục, đơn vị trực thuộc, Công báo;  - Lưu: VT, KGVX (2b). | **TM. CHÍNH PHỦ**  **THỦ TƯỚNG**  **Phạm Minh Chính** |  |
|  |  |