|  |  |
| --- | --- |
| **BỘ Y TẾ** | **CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM**  **Độc lập - Tự do - Hạnh phúc**  *Hà Nội, ngày tháng năm 2025* |

**BẢN ĐÁNH GIÁ THỦ TỤC HÀNH CHÍNH**

**Nghị định quy định chi tiết và hướng dẫn thi hành một số điều**

**của Luật Bảo hiểm y tế**

*(Hồ sơ gửi Bộ Tư pháp để thẩm định)*

Ngày 27/11/2024, Quốc hội đã ban hành Luật sửa đổi, bổ sung một số điều của Luật Bảo hiểm y tế số 51/2024/QH15. Bộ Y tế triển khai xây dựng Nghị định quy định chi tiết và hướng dẫn thi hành một số điều của Luật Bảo hiểm y tế.

Thực hiện quy định của Luật ban hành văn bản quy phạm pháp luật năm 2015 (sửa đổi, bổ sung năm 2020, sửa đổi, bổ sung năm 2025), Nghị định số 63/2010/NĐ-CP ngày 08/6/2010 của Chính phủ về kiểm soát thủ tục hành chính (đã được sửa đổi, bổ sung năm 2013, 2017), Thông tư số 03/2022/TT-BTP ngày 10/02/2022 của Bộ trưởng Bộ Tư pháp hướng dẫn việc đánh giá tác động của thủ tục hành chính (TTHC) trong lập đề nghị xây dựng văn bản quy phạm pháp luật (QPPL) và soạn thảo dự án, dự thảo văn bản QPPL, Bộ Y tế thực hiện đánh giá tác động thủ tục hành chính trong nội dung Dự thảo Nghị định quy định chi tiết và hướng dẫn thi hành một số điều của Luật Bảo hiểm y tế (sau đây gọi là Nghị định), cụ thể như sau:

**I. XÁC ĐỊNH VẤN ĐỀ TỔNG QUAN**

Nghị định này quy định chi tiết và hướng dẫn thi hành 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 tại Luật sửa đổi, bổ sung một số điều của Luật Bảo hiểm y tế số 46/2014/QH13 ngày 13 tháng 6 năm 2014 và Luật sửa đổi, bổ sung một số điều của Luật Bảo hiểm y tế số 51/2024/QH15 ngày 27 tháng 11 năm 2024, bao gồm:

**1. Quy định thủ tục cấp thẻ bảo hiểm y tế bản giấy, điện tử theo quy định tại khoản 3 Điều 17 của Luật Bảo hiểm y tế**

Nghị định quy định thủ tục cấp thẻ bảo hiểm y tế điện tử hoặc thẻ bảo hiểm y tế bản giấy. Thẻ bảo hiểm y tế điện tử được cơ quan bảo hiểm xã hội cấp cho từng người tham gia bảo hiểm y tế trên môi trường điện tử tại Cổng dịch vụ công Quốc gia hoặc Cổng dịch vụ công của cơ quan bảo hiểm xã hội.

Người tham gia bảo hiểm y tế đã được cấp thẻ bảo hiểm y tế điện tử thì cơ quan bảo hiểm xã hội không cấp thẻ bảo hiểm y tế bản giấy trừ trường hợp người tham gia bảo hiểm y tế đề nghị.

Thủ tục cấp thẻ bảo hiểm y tế được thực hiện trong các trường hợp cấp thẻ lần đầu, cấp lại thẻ bảo hiểm y tế, đổi thẻ bảo hiểm y tế trong trường hợp thay đổi thông tin thẻ bảo hiểm y tế.

Đối với trẻ em dưới 6 tuổi, việc cấp thẻ bảo hiểm y tế điện tử thực hiện liên thông với thủ tục đăng ký khai sinh, đăng ký thường trú theo quy định tại Nghị định số 63/2024/NĐ-CP ngày 10 tháng 6 năm 2024 của Chính phủ quy định việc thực hiện liên thông điện tử 02 nhóm thủ tục hành chính: Đăng ký khai sinh, đăng ký thường trú, cấp thẻ bảo hiểm y tế cho trẻ em dưới 6 tuổi; đăng ký khai tử, xóa đăng ký thường trú, giải quyết mai táng phí, tử tuất.

**2. Quy định về hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế**

Nghị định quy định hồ sơ, thủ tục ký hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế, bao gồm trường hợp ký hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế lần đầu và hồ sơ ký hợp đồng từ lần thứ hai. Đối với ký hợp đồng từ lần thứ hai, trường hợp không có sự thay đổi về hồ sơ, cơ sở khám bệnh, chữa bệnh và cơ quan bảo hiểm xã hội tiếp tục phối hợp ký hợp đồng; trường hợp có sự thay đổi hồ sơ, cơ sở khám bệnh, chữa bệnh gửi bổ sung các văn bản có thay đổi cho cơ quan bảo hiểm xã hội để ký hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế.

Nghị định quy định hồ sơ, thủ tục ký phụ lục hợp đồng trong một số trưởng hợp như có sự điều chỉnh giấy phép hoạt động, thay đổi số giường bệnh, bổ sung hoặc giảm bớt bộ phận chuyên môn, thay đổi chủ sở hữu đối với cơ sở khám bệnh, chữa bệnh. Đồng thời, Nghị định quy định cụ thể về trường hợp tạm dừng, trường hợp chấm dứt hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh.

Hồ sơ được nộp bằng bản điện tử trên hệ thống dịch vụ công trực tuyến của cơ quan bảo hiểm xã hội theo lộ trình của cơ quan bảo hiểm xã hội đã được cấp có thẩm quyền phê duyệt. Trong thời hạn chưa hoàn thành hệ thống dịch vụ công trực tuyến thì được nộp bản giấy.

**3. 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**

Thủ tục khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế được giữ nguyên như quy định tại Nghị định số 02/2024/NĐ-CP.

"Điều 32. 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 tra cứu được thông tin qua Hệ thống công nghệ thông tin; đối với đối tượng tham gia bảo hiểm y tế quy định tại các điểm a, b, c, d khoản 3 Điều 12 Luật Bảo hiểm y tế chưa có thông tin về thẻ bảo hiểm y tế tra cứu được trên hệ thống công nghệ thông tin thì phải xuất trình thẻ bảo hiểm y tế bản giấy.Trường hợp thẻ bảo hiểm y tế chưa có ảnh hoặc mã số bảo hiểm y tế không tra cứu được thông tin 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, cơ sở khám bệnh, chữa bệnh sử dụng chức năng tra cứu thông tin mã thẻ bảo hiểm y tế tạm thời trên Cổng tiếp nhận dữ liệu của cơ quan bảo hiểm xã hội để lấy thông tin mã thẻ bảo hiểm y tế tạm thời, 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 quy định tại 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 chưa có thẻ bảo hiểm y tế nhưng phải điều trị ngay sau khi hiến thì đại diện của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh nơi lấy bộ phận cơ thể sử dụng chức năng tra cứu thông tin mã thẻ bảo hiểm y tế tạm thời trên Cổng tiếp nhận dữ liệu của cơ quan bảo hiểm xã hội để lấy thông tin mã thẻ bảo hiểm y tế tạm thời; cơ sở khám bệnh, chữa bệnh 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. Trường hợp người bệnh có thẻ bảo hiểm y tế điện tử khi đi khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế mà không xuất trình được thẻ bảo hiểm y tế điện tử do ứng dụng VNeID và ứng dụng VssID bị lỗi hoặc do lỗi kết nối Internet, người bệnh cung cấp thông tin mã số thẻ bảo hiểm y tế để cơ sở khám bệnh, chữa bệnh thực hiện tra cứu thông tin trên Hệ thống dữ liệu quản lý thẻ bảo hiểm y tế. Trường hợp Hệ thống dữ liệu quản lý thẻ bảo hiểm y tế bị lỗi không tra cứu được thì cơ sở khám bệnh, chữa bệnh ghi nhận thông tin mã số thẻ bảo hiểm y tế, tiếp nhận người bệnh để khám bệnh, chữa bệnh. Cơ sở khám bệnh, chữa bệnh thực hiện tra cứu lại thông tin thẻ bảo hiểm y tế trước khi kết thúc khám bệnh hoặc kết thúc đợt điều trị nội trú hoặc kết thúc đợt điều trị ngoại trú của người bệnh để xác định phạm vi, quyền lợi, chế độ hưởng bảo hiểm y tế. Trường hợp hệ thống dữ liệu quản lý thẻ bảo hiểm y tế điện tử vẫn bị lỗi không trích xuất được thông tin thì cơ sở khám bệnh, chữa bệnh chụp ảnh màn hình tra cứu, giải thích với người bệnh và cung cấp đầy đủ ảnh chụp màn hình tra cứu có xác nhận của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh và người bệnh và hóa đơn, chứng từ có liên quan cho người bệnh trước khi ra viện để người bệnh thanh toán trực tiếp với cơ quan bảo hiểm xã hội.

7. 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."

**4. Quy định 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**

- Quy định 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 cơ bản được giữ nguyên như quy định tại Nghị định số 146/2018/NĐ-CP, Nghị định số 75/2023/NĐ-CP.

Nghị định quy định bổ sung trường hợp thanh toán chi phí trong thời gian kể từ ngày được xác định thuộc đối tượng do ngân sách nhà nước đóng bảo hiểm y tế nhưng chưa được cấp thẻ bảo hiểm y tế, để bảo đảm quyền lợi của người tham gia bảo hiểm y tế trong trường hợp được ngân sách nhà nước mua thẻ bảo hiểm y tế nhưng được cấp thẻ muộn.

- Bổ sung quy định thanh toán chi phí thuốc, thiết bị y tế trực tiếp cho người có thẻ bảo hiểm y tế đi khám bệnh, chữa bệnh.

Trong thời gian qua, để bảo đảm quyền lợi của người tham gia bảo hiểm y tế, khắc phục tình trạng thiếu thuốc, thiết bị y tế, thực hiện Nghị quyết của Quốc hội, Bộ trưởng Bộ Y tế đã ban hành Thông tư số 22/2024/TT-BYT quy định về thanh toán chi phí thuốc, thiết bị y tế trực tiếp cho người có thẻ bảo hiểm y tế đi khám bệnh, chữa bệnh. Tuy nhiên, để bảo đảm hiệu lực pháp lý cao trong tổ chức thực hiện, dự thảo Nghị định bổ sung các nội dung của Thông tư thành 01 chương của Nghị định. Nội dung bao gồm các quy định chặt chẽ về các trường hợp thuốc, thiết bị y tế thuộc phạm vi thanh toán và các điều kiện thanh toán chặt chẽ nhằm bảo đảm quyền lợi của người tham giao bảo hiểm y tế tuy nhiên nâng cao trách nhiệm của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh trong mua sắm thuốc, thiết bị y tế và tránh lạm dụng quy định của thông tư để không mua sắm theo quy định của pháp luật về đấu thầu.

**II. ĐÁNH GIÁ TÁC ĐỘNG CỦA TỪNG THỦ TỤC HÀNH CHÍNH**

**1. Thủ tục hành chính được giữ nguyên**

Thủ tục thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh giữa cơ sở khám bệnh, chữa bệnh và cơ quan bảo hiểm xã hội.

**2. Nhóm TTHC dự kiến ban hành mới**

***2.1. Thủ tục cấp thẻ bảo hiểm y tế:***

Nghị định quy định thủ tục cấp thẻ bảo hiểm y tế như sau:

"*Điều 7. Thủ tục cấp thẻ bảo hiểm y tế*

*1. Thẻ bảo hiểm y tế điện tử hoặc thẻ bảo hiểm y tế bản giấy được cơ quan bảo hiểm xã hội cấp cho từng người tham gia bảo hiểm y tế. Người tham gia bảo hiểm y tế lựa chọn cấp thẻ bảo hiểm y tế điện tử thì cơ quan bảo hiểm xã hội không cấp thẻ bảo hiểm y tế bản giấy trừ trường hợp người tham gia bảo hiểm y tế đề nghị.*

*2. Cấp thẻ bảo hiểm y tế và điều chỉnh thông tin thẻ bảo hiểm y tế:*

*a) Người tham gia bảo hiểm y tế kê khai đầy đủ thông tin theo Mẫu - Tờ khai tham gia, điều chỉnh thông tin bảo hiểm xã hội, bảo hiểm y tế quy định tại phụ lục ban hành kèm theo Nghị định này hoặc cơ quan, tổ chức quản lý đối tượng kê khai đầy đủ thông tin theo Mẫu số 2 - Danh sách đối tượng tham gia bảo hiểm y tế tại phụ lục ban hành kèm theo Nghị định này trên Cổng dịch vụ công Quốc gia hoặc Cổng giao dịch điện tử của Bảo hiểm xã hội Việt Nam hoặc tại bộ phận một cửa của bảo hiểm xã hội khu vực. Người tham gia bảo hiểm y tế hoặc cơ quan, tổ chức quản lý đối tượng tích chọn cấp thẻ bảo hiểm y tế điện tử hoặc cấp thẻ bảo hiểm y tế bản giấy trên Tờ khai tham gia hoặc Danh sách đối tượng tham gia. Trường hợp thay đổi thông tin thân nhân hoặc thay đổi thông tin quyền lợi được hưởng thì người tham gia bảo hiểm y tế phải cung cấp thêm bản scan các văn bản, tài liệu liên quan để nộp cùng Tờ khai trên Cổng dịch vụ công Quốc gia hoặc Cổng giao dịch điện tử của Bảo hiểm xã hội Việt Nam hoặc nộp trực tiếp bộ phận một cửa của bảo hiểm xã hội khu vực;*

*b) Cổng dịch vụ công Quốc gia hoặc Cổng giao dịch điện tử của Bảo hiểm xã hội Việt Nam trả tự động Giấy tiếp nhận hồ sơ và hẹn trả kết quả cấp thẻ bảo hiểm y tế theo mẫu quy định tại phụ lục ban hành kèm theo Nghị định này cho người tham gia bảo hiểm y tế hoặc cho cơ quan, tổ chức quản lý đối tượng hoặc cán bộ tiếp nhận hồ sơ tại bộ phận một cửa của cơ quan bảo hiểm xã hội khu vực trực tiếp kiểm tra hồ sơ và cấp Giấy tiếp nhận hồ sơ và hẹn trả kết quả cấp thẻ bảo hiểm y tế cho người tham gia bảo hiểm y tế hoặc cho cơ quan, tổ chức quản lý đối tượng;*

*c) Trường hợp người tham gia bảo hiểm y tế hoặc cơ quan, tổ chức quản lý đối tượng lựa chọn cấp thẻ bảo hiểm y tế điện tử, trong thời hạn 05 ngày làm việc kể từ ngày nhận được đủ hồ sơ theo quy định tại điểm a khoản này, Cổng dịch vụ công Quốc gia hoặc Cổng giao dịch điện tử của Bảo hiểm xã hội Việt Nam trả kết quả thẻ bảo hiểm y tế điện tử vào tài khoản định danh điện tử mức độ 2 của cá nhân qua ứng dụng VNeID hoặc tài khoản trên ứng dụng bảo hiểm xã hội số (VssID) và địa chỉ tiếp nhận thông tin trên môi trường điện tử 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 có cài đặt ứng dụng VNeID hoặc VssID có kết nối internet để nhận thẻ bảo hiểm y tế điện tử.*

*Trường hợp người tham gia bảo hiểm y tế hoặc cơ quan, tổ chức quản lý đối tượng lựa chọn cấp thẻ bảo hiểm y tế bản giấy, trong thời hạn 05 ngày làm việc kể từ ngày nhận được đủ hồ sơ theo quy định tại điểm a khoản này, cơ quan bảo hiểm xã hội chuyển thẻ bảo hiểm y tế bản giấy cho người tham gia bảo hiểm y tế hoặc tổ chức quản lý đối tượng để chuyển lại cho người tham gia bảo hiểm y tế.*

*3. Đối với trẻ em dưới 6 tuổi, việc cấp thẻ bảo hiểm y tế thực hiện liên thông cùng với thủ tục đăng ký khai sinh, đăng ký thường trú theo quy định tại Nghị định số 63/2024/NĐ-CP ngày 10 tháng 6 năm 2024 của Chính phủ quy định việc thực hiện liên thông điện tử 02 nhóm thủ tục hành chính: Đăng ký khai sinh, đăng ký thường trú, cấp thẻ bảo hiểm y tế cho trẻ em dưới 6 tuổi; đăng ký khai tử, xóa đăng ký thường trú, giải quyết mai táng phí, tử tuất.*"

Nghị định bổ sung quy định cấp thẻ bảo hiểm y tế điện tử. Việc quy định như trên giúp đơn giản hóa giấy tờ, hồ sơ cho người bệnh trong quá trình khám bệnh, chữa bệnh và đáp ứng yêu cầu chuyển đổi số theo Đề án 06 của Thủ tướng Chính phủ.

Đối với thủ tục liên quan đến thẻ BHYT, bao gồm cả thẻ BHYT điện tử và thẻ BHYT bản giấy, phát sinh các thủ tục cấp thẻ BHYT lần đầu, cấp lại thẻ BHYT và đổi thẻ BHYT.

Chi phí tuân thủ TTHC: Việc tính chi phí tuân thủ TTHC được thực hiện theo quy định của Thông tư số 03/2022/TT-BTP.

***2.2. Nhóm thủ tục ký hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế, bao gồm:***

- Thủ tục ký hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế

- Thủ tục ký phụ lục hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế

Nghị định quy định thủ tục ký hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế, thủ tục ký phụ lục hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế như sau:

" *Điều 21. Hồ sơ ký hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế*

*1. Hồ sơ ký hợp đồng lần đầu bao gồm:*

*a) Văn bản đề nghị ký hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh theo mẫu quy định tại phụ lục ban hành kèm theo Nghị định này;*

*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 có đóng dấu xác nhận của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh;*

*c) Bản sao 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 khoản 3 Điều 14 Nghị định này còn phải có bản sao văn bản của cơ quan có thẩm quyền xác định cơ sở khám bệnh, chữa bệnh đã được phân tuyến chuyên môn kỹ thuật trước ngày 01 tháng 01 năm 2025. Các văn bản này phải có đóng dấu xác nhận của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh;*

*d) Bản sao Quyết định phê duyệt danh mục dịch vụ kỹ thuật y tế được cấp có thẩm quyền phê duyệt có đóng dấu xác nhận của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh;*

*đ) Danh mục thuốc, thiết bị y tế sử dụng tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh;*

*e) Bảng kê nhân lực, tổng số giường bệnh của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh.*

*2. Hồ sơ ký hợp đồng từ lần thứ 2, bao gồm:*

*a) Trường hợp các nội dung quy định tại khoản 1 Điều này không có sự thay đổi cơ sở khám bệnh, chữa bệnh và cơ quan bảo hiểm xã hội tiếp tục phối hợp ký hợp đồng;*

*b) Trường hợp các nội dung quy định tại khoản 1 Điều này có sự thay đổi cơ sở khám bệnh, chữa bệnh gửi bổ sung các văn bản có thay đổi cho cơ quan bảo hiểm xã hội để ký hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế.*

*3. Số lượng hồ sơ: 01 bộ.*

*4. Hồ sơ được nộp bằng bản điện tử trên hệ thống dịch vụ công trực tuyến của cơ quan bảo hiểm xã hội theo lộ trình của cơ quan bảo hiểm xã hội đã được cấp có thẩm quyền phê duyệt. Trong thời hạn chưa hoàn thành hệ thống dịch vụ công trực tuyến thì được nộp bản giấy.*

*Điều 22. Hồ sơ ký phụ lục hợp đồng*

*1. Hồ sơ ký phụ lục để sửa đổi, bổ sung hợp đồng, bao gồm:*

*a) Văn bản đề nghị ký phụ lục hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh theo mẫu quy định tại phụ lục ban hành kèm theo Nghị định này;*

*b) Bản sao giấy phép hoạt động hoặc văn bản điều chỉnh nội dung giấy phép hoạt động của cơ quan có thẩm quyền;*

*c) Đối với trường hợp quy định tại điểm a khoản 2 Điều 19 Nghị định này: bản kê khai số giường bệnh theo từng bộ phận chuyên môn;*

*d) Đối với trường hợp quy định tại điểm b khoản 2 Điều 19 Nghị định này: danh mục cơ cấu tổ chức của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh sau khi bổ sung, giảm bớt bộ phận chuyên môn;*

*đ) Đối với trường hợp quy định tại điểm c khoản 2 Điều 19 Nghị định này: giấy tờ chứng mình sự thay đổi chủ sở hữu.*

*2. Số lượng hồ sơ: 01 bộ.*

*3. Hồ sơ được nộp bằng bản điện tử trên hệ thống dịch vụ công trực tuyến của cơ quan bảo hiểm xã hội theo lộ trình của cơ quan bảo hiểm xã hội đã được cấp có thẩm quyền phê duyệt. Trong thời hạn chưa hoàn thành hệ thống dịch vụ công trực tuyến thì được nộp bản giấy.*

*Điều 23. Thủ tục ký hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế*

*1. Cơ sở khám bệnh, chữa bệnh gửi 01 bộ hồ sơ theo quy định tại Điều 21 Nghị định này đến cơ quan bảo hiểm xã hội được cấp có thẩm quyền giao nhiệm vụ ký hợp đồng;*

*2. Trường hợp không có yêu cầu sửa đổi, bổ sung hồ sơ, trong thời hạn 15 ngày làm việc, kể từ ngày nhận đủ hồ sơ hợp lệ (trường hợp nộp hồ sơ bản giấy căn cứ theo ngày ghi trên dấu công văn đến), cơ quan bảo hiểm xã hội phải thực hiện xong việc ký hợp đồng.*

*3. Trường hợp có yêu cầu sửa đổi, bổ sung hồ sơ được thực hiện như sau:*

*a) Trong thời hạn 5 ngày làm việc, kể từ ngày nhận hồ sơ (trường hợp nộp hồ sơ bản giấy căn cứ theo ngày ghi trên dấu công văn đến), cơ quan bảo hiểm xã hội phải có văn bản ghi cụ thể nội dung cần sửa đổi, bổ sung gửi cơ sở khám bệnh, chữa bệnh;*

*b) Trong thời hạn 30 ngày kể từ ngày nhận được văn bản yêu cầu sửa đổi, bổ sung (trường hợp nộp hồ sơ bản giấy căn cứ theo ngày ghi trên dấu công văn đến), cơ sở khám bệnh, chữa bệnh có trách nhiệm sửa đổi, bổ sung hồ sơ và gửi cơ quan bảo hiểm xã hội để xem xét. Trường hợp quá 30 ngày mà cơ sở khám bệnh, chữa bệnh không bổ sung và gửi hồ sơ thì phải thực hiện lại thủ tục theo các khoản 1, 2 Điều này;*

*c) Trong thời hạn 10 ngày làm việc, kể từ ngày nhận hồ sơ sửa đổi, bổ sung (trường hợp nộp hồ sơ bản giấy căn cứ theo ngày ghi trên dấu công văn đến), cơ quan bảo hiểm xã hội phải thực hiện ký hợp đồng.*

*Điều 24. Thủ tục ký phụ lục hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế*

*1. Cơ sở khám bệnh, chữa bệnh gửi 01 bộ hồ sơ theo quy định tại Điều 22 Nghị định này đến cơ quan bảo hiểm xã hội được cấp có thẩm quyền giao nhiệm vụ ký phụ lục hợp đồng;*

*2. Trường hợp không có yêu cầu sửa đổi, bổ sung hồ sơ, trong thời hạn 10 ngày làm việc, kể từ ngày nhận đủ hồ sơ hợp lệ (trường hợp nộp hồ sơ bản giấy căn cứ theo ngày ghi trên dấu công văn đến), cơ quan bảo hiểm xã hội phải thực hiện xong việc ký hợp đồng.*

*3. Trường hợp có yêu cầu sửa đổi, bổ sung hồ sơ được thực hiện như sau:*

*a) Trong thời hạn 05 ngày làm việc, kể từ ngày nhận hồ sơ (trường hợp nộp hồ sơ bản giấy căn cứ theo ngày ghi trên dấu công văn đến), cơ quan bảo hiểm xã hội phải có văn bản ghi cụ thể nội dung cần sửa đổi, bổ sung gửi cơ sở khám bệnh, chữa bệnh;*

*b) Trong thời hạn 20 ngày kể từ ngày nhận được văn bản yêu cầu sửa đổi, bổ sung (trường hợp nộp hồ sơ bản giấy căn cứ theo ngày ghi trên dấu công văn đến), cơ sở khám bệnh, chữa bệnh có trách nhiệm sửa đổi, bổ sung hồ sơ và gửi cơ quan bảo hiểm xã hội để xem xét;*

*c) Trong thời hạn 05 ngày làm việc, kể từ ngày nhận hồ sơ sửa đổi, bổ sung (trường hợp nộp hồ sơ bản giấy căn cứ theo ngày ghi trên dấu công văn đến), cơ quan bảo hiểm xã hội phải thực hiện ký hợp đồng.*"

Theo quy định tại Nghị định, hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế không có thời hạn trừ trường hợp chấm dứt hợp đồng. Quy định này đã giảm thủ tục ký hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế trong các trường hợp không cần thiết, khi không có sự thay đổi về nội dung và điều kiện ký kết hợp đồng. Đồng thời, thời gian xử lý thủ tục ký hợp đồng, chi phí tuân thủ đảm bảo giảm ít nhất 30% so với quy định trước đây.

Chi phí tuân thủ TTHC: Việc tính chi phí tuân thủ TTHC được thực hiện theo quy định của Thông tư số 03/2022/TT-BTP.

***2.3. Thủ tục khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế***

Nghị định quy định thủ tục khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế như sau:

"*Điều 32. 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 tra cứu được thông tin qua Hệ thống công nghệ thông tin; đối với đối tượng tham gia bảo hiểm y tế quy định tại các điểm a, b, c, d khoản 3 Điều 12 Luật Bảo hiểm y tế chưa có thông tin về thẻ bảo hiểm y tế tra cứu được trên hệ thống công nghệ thông tin thì phải xuất trình thẻ bảo hiểm y tế bản giấy.Trường hợp thẻ bảo hiểm y tế chưa có ảnh hoặc mã số bảo hiểm y tế không tra cứu được thông tin 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, cơ sở khám bệnh, chữa bệnh sử dụng chức năng tra cứu thông tin mã thẻ bảo hiểm y tế tạm thời trên Cổng tiếp nhận dữ liệu của cơ quan bảo hiểm xã hội để lấy thông tin mã thẻ bảo hiểm y tế tạm thời, 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 quy định tại 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 chưa có thẻ bảo hiểm y tế nhưng phải điều trị ngay sau khi hiến thì đại diện của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh nơi lấy bộ phận cơ thể sử dụng chức năng tra cứu thông tin mã thẻ bảo hiểm y tế tạm thời trên Cổng tiếp nhận dữ liệu của cơ quan bảo hiểm xã hội để lấy thông tin mã thẻ bảo hiểm y tế tạm thời; cơ sở khám bệnh, chữa bệnh 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. Trường hợp người bệnh có thẻ bảo hiểm y tế điện tử khi đi khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế mà không xuất trình được thẻ bảo hiểm y tế điện tử do ứng dụng VNeID và ứng dụng VssID bị lỗi hoặc do lỗi kết nối Internet, người bệnh cung cấp thông tin mã số thẻ bảo hiểm y tế để cơ sở khám bệnh, chữa bệnh thực hiện tra cứu thông tin trên Hệ thống dữ liệu quản lý thẻ bảo hiểm y tế. Trường hợp Hệ thống dữ liệu quản lý thẻ bảo hiểm y tế bị lỗi không tra cứu được thì cơ sở khám bệnh, chữa bệnh ghi nhận thông tin mã số thẻ bảo hiểm y tế, tiếp nhận người bệnh để khám bệnh, chữa bệnh. Cơ sở khám bệnh, chữa bệnh thực hiện tra cứu lại thông tin thẻ bảo hiểm y tế trước khi kết thúc khám bệnh hoặc kết thúc đợt điều trị nội trú hoặc kết thúc đợt điều trị ngoại trú của người bệnh để xác định phạm vi, quyền lợi, chế độ hưởng bảo hiểm y tế. Trường hợp hệ thống dữ liệu quản lý thẻ bảo hiểm y tế điện tử vẫn bị lỗi không trích xuất được thông tin thì cơ sở khám bệnh, chữa bệnh chụp ảnh màn hình tra cứu, giải thích với người bệnh và cung cấp đầy đủ ảnh chụp màn hình tra cứu có xác nhận của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh và người bệnh và hóa đơn, chứng từ có liên quan cho người bệnh trước khi ra viện để người bệnh thanh toán trực tiếp với cơ quan bảo hiểm xã hội.*

*7. 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.*"

Thủ tục khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế được giữ nguyên như quy định tại Nghị định số 02/2025/NĐ-CP. Việc quy định các thành phần hồ sơ như trên giúp đơn giản hóa giấy tờ, hồ sơ cho người bệnh trong quá trình khám bệnh, chữa bệnh và đáp ứng yêu cầu chuyển đổi số theo Đề án 06 của Thủ tướng Chính phủ.

- Chi phí tuân thủ TTHC: Việc tính chi phí tuân thủ TTHC được thực hiện theo quy định của Thông tư số 03/2022/TT-BTP.

***2.4. Thủ tục 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***

- Thanh toán trực tiếp đối với trường hợp quy định tại Điều 50 của Nghị định, hồ sơ đề nghị thanh toán thực hiện theo quy định tại Điều 51:

"*Điều 51. Hồ sơ đề nghị thanh toán trực tiếp*

*1. Văn bản đề nghị thanh toán trực tiếp theo mẫu kèm theo phụ lục tại Nghị định này.*

*2. Các giấy tờ là bản sao gồm:*

*a) Thẻ bảo hiểm y tế hoặc mã số bảo hiểm y tế đối với trường hợp có thông tin về thẻ bảo hiểm y tế điện tử, giấy chứng minh nhân thân theo quy định tại khoản 1 Điều 26 Nghị định này. Trường hợp quy định tại khoản 6 Điều 50 Nghị định này, thẻ bảo hiểm y tế bao gồm thẻ có mức hưởng cũ và thẻ có mức hưởng mới cao hơn.*

*b) Giấy ra viện, phiếu khám bệnh hoặc sổ khám bệnh của lần khám bệnh, chữa bệnh đề nghị thanh toán (bản sao có dấu treo của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh);*

*c) Đơn thuốc, hồ sơ bệnh án nếu có.*

*3. Hóa đơn.*

*4. Trường hợp quy định tại khoản 7 Điều 50 Nghị định này, hồ sơ đề nghị thanh toán trực tiếp thực hiện theo quy định tại Điều 57 Nghị định này.*

*Điều 52. Quy trình, thủ tục thanh toán trực tiếp*

*1. Người bệnh hoặc thân nhân của người bệnh theo quy định của pháp luật về khám bệnh, chữa bệnh nộp hồ sơ theo quy định tại Điều 51 Nghị định này cho cơ quan bảo hiểm xã hội liên huyện nơi cư trú/nơi cấp thẻ/nơi ký hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế. Hồ sơ được nộp bằng bản điện tử trên hệ thống dịch vụ công trực tuyến của cơ quan bảo hiểm xã hội theo lộ trình của cơ quan bảo hiểm xã hội đã được cấp có thẩm quyền phê duyệt. Trong thời hạn chưa hoàn thành hệ thống dịch vụ công trực tuyến thì được nộp bản giấy.*

*2. Trường hợp không có yêu cầu sửa đổi, bổ sung hồ sơ, trong thời hạn 20 ngày làm việc, kể từ ngày nhận đủ hồ sơ hợp lệ (trường hợp nộp hồ sơ bản giấy căn cứ theo ngày ghi trên dấu công văn đến hoặc giấy tiếp nhận hồ sơ) cơ quan bảo hiểm xã hội phải hoàn thành việc giám định bảo hiểm y tế và thanh toán chi phí cho người bệnh. Chi phí thanh toán trực tiếp bằng tiền mặt hoặc chuyển khoản theo số tài khoản của người bệnh được cung cấp tại văn bản đề nghị thanh toán trực tiếp.*

*3. Trường hợp có yêu cầu sửa đổi, bổ sung hồ sơ được thực hiện như sau:*

*a) Trong thời hạn 10 ngày làm việc, kể từ ngày nhận hồ sơ (trường hợp nộp hồ sơ bản giấy căn cứ theo ngày ghi trên dấu công văn đến hoặc giấy tiếp nhận hồ sơ), cơ quan bảo hiểm xã hội phải có văn bản ghi cụ thể nội dung cần sửa đổi, bổ sung gửi người bệnh hoặc thân nhân của người bệnh theo quy định của pháp luật về khám bệnh, chữa bệnh ;*

*b) Trong thời hạn 30 ngày làm việc kể từ ngày nhận được văn bản yêu cầu sửa đổi, bổ sung (trường hợp nộp hồ sơ bản giấy căn cứ theo ngày ghi trên dấu công văn đến hoặc giấy tiếp nhận hồ sơ), người bệnh hoặc thân nhân của người bệnh theo quy định của pháp luật về khám bệnh, chữa bệnh có trách nhiệm sửa đổi, bổ sung hồ sơ và gửi cơ quan bảo hiểm xã hội để xem xét;*

*c) Trong thời hạn 10 ngày làm việc, kể từ ngày nhận hồ sơ sửa đổi, bổ sung (trường hợp nộp hồ sơ bản giấy căn cứ theo ngày ghi trên dấu công văn đến hoặc giấy tiếp nhận hồ sơ), cơ quan bảo hiểm xã hội phải thực hiện thanh toán chi phí cho người bệnh. Chi phí thanh toán trực tiếp bằng tiền mặt hoặc chuyển khoản theo số tài khoản của người bệnh được cung cấp tại văn bản đề nghị thanh toán trực tiếp.*"

- Thanh toán trực tiếp đối với trường hợp người bệnh tự mua thuốc, thiết bị y tế

"*Điều 57. Hồ sơ đề nghị thanh toán chi phí trực tiếp cho người bệnh trong trường hợp người bệnh tự mua thuốc, thiết bị y tế*

*1. Văn bản đề nghị, các giấy tờ là bản sao theo quy định tại Điều 51 Nghị định này.*

*2. Phiếu chỉ định kê đơn thiết bị y tế cho người bệnh.*

*3. Phiếu xác nhận tình trạng thiếu thuốc, vật tư y tế theo quy định tại mẫu quy định tại phụ lục ban hành kèm theo Nghị định này.*

*Điều 58. Quy trình, thủ tục thanh toán trực tiếp chi phí trực tiếp cho người bệnh trong trường hợp người bệnh tự mua thuốc, thiết bị y tế*

*1. Người bệnh hoặc thân nhân của người bệnh theo quy định của pháp luật về khám bệnh, chữa bệnh nộp hồ sơ theo quy định tại Điều 57 Nghị định này cho cơ quan bảo hiểm xã hội nơi ký hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế. Hồ sơ được nộp bằng bản điện tử trên hệ thống dịch vụ công trực tuyến của cơ quan bảo hiểm xã hội theo lộ trình của cơ quan bảo hiểm xã hội đã được cấp có thẩm quyền phê duyệt. Trong thời hạn chưa hoàn thành hệ thống dịch vụ công trực tuyến thì được nộp bản giấy.*

*2. Trường hợp không có yêu cầu sửa đổi, bổ sung hồ sơ, trong thời hạn 30 ngày, kể từ ngày nhận đủ hồ sơ hợp lệ (trường hợp nộp hồ sơ bản giấy căn cứ theo ngày ghi trên dấu công văn đến) cơ quan bảo hiểm xã hội phải hoàn thành việc giám định bảo hiểm y tế và thanh toán chi phí cho người bệnh. Kinh phí thanh toán trực tiếp bằng tiền mặt hoặc chuyển khoản theo số tài khoản của người bệnh được cung cấp tại văn bản đề nghị thanh toán trực tiếp.*

*3. Trường hợp có yêu cầu sửa đổi, bổ sung hồ sơ được thực hiện như sau:*

*a) Trong thời hạn 10 ngày làm việc, kể từ ngày nhận hồ sơ (trường hợp nộp hồ sơ bản giấy căn cứ theo ngày ghi trên dấu công văn đến), cơ quan bảo hiểm xã hội phải có văn bản ghi cụ thể nội dung cần sửa đổi, bổ sung gửi người bệnh hoặc thân nhân hoặc người đại diện hợp pháp;*

*b) Trong thời hạn 30 ngày kể từ ngày nhận được văn bản yêu cầu sửa đổi, bổ sung (trường hợp nộp hồ sơ bản giấy căn cứ theo ngày ghi trên dấu công văn đến), người bệnh hoặc thân nhân hoặc người đại diện hợp pháp có trách nhiệm sửa đổi, bổ sung hồ sơ và gửi cơ quan bảo hiểm xã hội để xem xét;*

*c) Trong thời hạn 20 ngày làm việc, kể từ ngày nhận hồ sơ sửa đổi, bổ sung (trường hợp nộp hồ sơ bản giấy căn cứ theo ngày ghi trên dấu công văn đến), cơ quan bảo hiểm xã hội phải thực hiện thanh toán chi phí cho người bệnh. Kinh phí thanh toán trực tiếp bằng tiền mặt hoặc chuyển khoản theo số tài khoản của người bệnh được cung cấp tại văn bản đề nghị thanh toán trực tiếp.*"

Quy định này thanh toán, đảm bảo quyền lợi người bệnh trong trường hợp thiếu thuốc, thiết bị y tế xảy ra bởi những nguyên nhân khách quan, bất khả kháng mà cơ sở khám bệnh, chữa bệnh không mua được thuốc như đã thực hiện đấu thầu thuốc, vật tư y tế, thiết bị y tế đó nhưng không có đơn vị trúng thầu hoặc đã ký hợp đồng cung ứng với nhà thầu nhưng tại thời điểm chỉ định thuốc, vật tư y tế, thiết bị y tế cho người bệnh nhà cung cấp không cung ứng được do thiếu nguồn hàng hóa cung ứng, hàng hóa về chậm, do thiên tai, dịch bệnh…

- Chi phí tuân thủ TTHC: Việc tính chi phí tuân thủ TTHC được thực hiện theo quy định của Thông tư số 03/2022/TT-BTP.

**3. Nhóm TTHC được bãi bỏ**

- Thủ tục cấp thẻ bảo hiểm y tế lần đầu;

- Thủ tục cấp lại thẻ bảo hiểm y tế;

- Thủ tục đổi thẻ bảo hiểm y tế;

- Thủ tục khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế;

- Thủ tục ký hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế lần đầu;

- Thủ tục ký hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế đối với cơ sở khám bệnh, chữa bệnh được cơ quan có thẩm quyền phê duyệt bổ sung chức năng, nhiệm vụ, phạm vi chuyên môn, hạng bệnh viện trong việc thực hiện khám bệnh, chữa bệnh;

- Thủ tục ký hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế hằng năm;

- Thủ tục 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.

**III. LẤY Ý KIẾN**

Bộ Y tế đã gửi công văn lấy ý kiến các bộ, cơ quan ngang bộ (trong đó có Văn phòng Chính phủ) theo quy định của Luật ban hành văn bản quy phạm pháp luật năm 2015 (đã được sửa đổi, bổ sung năm 2020) và Thông tư số 03/2022/TT-BTP ngày 10 tháng 02 năm 2022 của Bộ trưởng Bộ Tư pháp hướng dẫn việc đánh giá tác động của TTHC trong lập đề nghị xây dựng văn bản QPPL và soạn thảo dự án, dự thảo văn bản QPPL./.