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

**BẢN TỔNG HỢP, GIẢI TRÌNH, TIẾP THU Ý KIẾN GÓP Ý CỦA CƠ QUAN, TỔ CHỨC, CÁ NHÂN VỀ ĐỀ NGHỊ XÂY DỰNG DỰ THẢO NGHỊ ĐỊNH QUY ĐỊNH CHI TIẾT VÀ HƯỚNG DẪN THI HÀNH MỘT SỐ ĐIỀU CỦA LUẬT BẢO HIỂM Y TẾ**

**1. Căn cứ xây dựng Bản tổng hợp, giải trình, tiếp thu ý kiến góp ý của cơ quan, tổ chức, cá nhân**

Luật Ban hành văn bản quy phạm pháp luật năm 2015, Luật sửa đổi, bổ sung một số điều của Luật Ban hành văn bản quy phạm pháp luật năm 2020 và các Nghị định hướng dẫn thi hành, Bộ Y tế đã có Công văn số 1095/BYT-BH ngày 28/02/2025 và 1126/BYT-BH ngày 03/03/2025 gửi các cơ quan, bộ, ngành, cơ sở khám bệnh, chữa bệnh xin ý kiến dự thảo Nghị định quy định chi tiết và hướng dẫn thi hành một số điều của Luật Bảo hiểm y tế.

**2. Cơ quan, tổ chức, cá nhân lấy ý kiến**

Tính đến ngày 19/3/2025 , Bộ Y tế nhận được 85 văn bản góp ý, cụ thể như sau:

- Bộ, ngành: 10 đơn vị góp ý: Bộ Xây dựng, Bộ KHCN, Bộ Quốc phòng, Bộ Giáo dục- Đào tạo, Bộ Nội vụ, Bộ Văn hóa, Thể thao và Du lịch, Bộ Tư Pháp, Bộ Dân tộc và Tôn giáo, Bộ Công thương.

- Ủy ban Nhân dân tỉnh, thành phố trực thuộc trung ương: 8 ủy ban; Các ủy ban nhân dân tỉnh, thành phố còn lại giao cho Sở Y tế làm đầu mối góp ý dự thảo Nghị định;

- Sở Y tế: 46/63 đơn vị gửi góp ý;

- BHXH tỉnh, thành phố: 01 BHXH Hà Nội;

- Các cơ quan đơn vị thuộc Bộ Y tế: Các Vụ, Cục: 05 đơn vị gửi góp ý;

- Bệnh viện, viện có giường bệnh trực thuộc Bộ Y tế và một số cơ sở KCB: 20 đơn vị gửi góp ý;

- Cơ quan, đơn vị khác: Liên đoàn Thương mại và Công nghiệp Việt Nam, Hiệp hội Bệnh viện tư nhân Việt Nam

Trên cơ sở ý kiến của các cơ quan, tổ chức, cá nhân, Bộ Y tế đã tổng hợp đầy đủ các ý kiến góp ý và giải trình, tiếp thu ý kiến góp ý như sau:

1. **GÓP Ý CHUNG**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Stt** | **Đơn vị góp ý** | **Nội dung góp ý** | **Tiếp thu, giải trình** |
|  | SYT Quảng Trị | Đề nghị quy định cụ thể thời gian thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh BHYT trong năm cho cơ sở khám bệnh, chữa bệnh sau khi cơ quan bảo hiểm xã hội và cơ sở khám bệnh, chữa bệnh đã thống nhất quyết toán. | Giải trình: Nội dung này đã được quy định cụ thể tại Điều 32 của Luật Bảo hiểm y tế. |
|  | SYT Quảng Ngãi | Điều 53, Điều 54, Điều 55 của dự thảo trùng lặp với Điều 2, Điều 3, Điều 4 của Thông tư số 22/2024/TT-BYT ngày 18/10/2024 của Bộ trưởng Bộ Y tế 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 | Giải trình: Hiện nay theo quy định tại Luật BHYT số 51/2024/QH15 đã giao Chính phủ 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. Vì vậy, nội dung này đã được quy định tại dự thảo Nghị định quy định chi tiết và hướng dẫn thi hành một số điều của Luật Bảo hiểm y tế. Khi Nghị định có hiệu lực sẽ bãi bỏ Thông tư số 22/2024/TT-BYT ngày 18/10/2024 của Bộ trưởng Bộ Y tế. |
|  | SYT Quảng Ngãi | Cân nhắc sử dụng cụm từ “Trung tâm Y tế huyện”, “Bảo hiểm xã hội tỉnh (huyện)”.  Lý do:  + Kết luận số 127/KL-TW ngày 28/02/2025 của Bộ Chính trị, Ban Bí thư về việc triển khai nghiên cứu, đề xuất tiếp tục sắp xếp tổ chức bộ máy của hệ thống chính trị (trong đó có nêu: Lộ trình sáp nhập tỉnh, xã và bỏ cấp huyện).  + Quyết định số 391/QĐ-BTC ngày 26/02/2025 của Bộ trưởng Bộ Tài chính quy định chức năng, nhiệm vụ, quyền hạn và cơ cấu tổ chức của Bảo hiểm xã hội Việt Nam thuộc Bộ Tài chính (không còn đơn vị Bảo hiểm xã hội cấp tỉnh, thay vào đó là Bảo hiểm xã hội khu vực). | Tiếp thu: Đã rà soát chỉnh sửa trong nội dung dự thảo Nghị định. |
|  | SYT Đăk Nông | Đối với phần thanh toán trực tiếp nêu tại Chương IX cần quy định rõ trường hợp điều trị nội trú và điều trị ngoại trú:  - Đối với bệnh điều trị nội trú: Các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh chịu trách thanh toán cho người bệnh tự mua thuốc vì quỹ đã giao cho các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh và cơ quan bảo hiểm xã hội sẽ thanh toán thông qua giám định hồ sơ bệnh án của bệnh nhân đó đã được lưu lại tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh, đồng thời tạo điều kiện thuận lợi cho bệnh nhân trong thanh toán chi phí khi kết thúc đợt điều trị.  - Thanh toán trực tiếp cho người bệnh trong trường hợp người bệnh tự mua thuốc, thiết bị y tế: Đề nghị quy định cụ thể khi khấu trừ chi phí bảo hiểm y tế thanh toán của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh nơi điều trị người bệnh thì khấu trừ trên các biểu mẫu thanh quyết toán nào thời gian khấu trừ. | Giải trình: Luật số 51/2025/QH15 đã quy định việc thanh toán trực tiếp là giữa cơ quan BHXH và người bệnh vì vậy không quy định cơ sở KCB thanh toán cho người bệnh.  Giải trình: Việc khấu trừ thực hiện bằng trừ kinh phí thanh toán giữa cơ quan BHXH và cơ sở KCB trên tổng số thanh toán nên không cần quy định biểu mẫu thanh toán. |
|  | Văn Phòng Bộ | Xem xét, kết cấu lại Điều 7 và Điều 8 trên tinh thần kết cấu lại 2 Điều này thành 1 Điều quy định về cấp thẻ và thẻ bảo hiểm y tế điện tử và thẻ bảo hiểm giấy là các trường hợp của quy định về cấp thẻ bảo hiểm.  - Rà soát, bổ sung thủ tục đối với trường hợp đề nghị cấp thẻ bảo hiểm y tế đối với tổ chức.  - Rà soát lại để đảm bảo quy định các điều, khoản, điểm sau phù hợp với điều, khoản, điểm trước, ví dụ: tại điểm c khoản 2 Điều 7 có quy định “Trong thời hạn 05 ngày làm việc kể từ ngày nhận được đủ hồ sơ theo quy định tại điểm b khoản này…..” nhưng điểm b khoản này lại không quy định về hồ sơ.  - Về quy định về hồ sơ ký hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế: Bảo hiểm xã hội Việt Nam có yêu cầu bổ sung thành phần hồ sơ là bảng kê danh sách nhân lực, quyết định phê duyệt quy mô giường bệnh… đề nghị Quý Vụ rà soát lại để đảm bảo hồ sơ theo đúng quy định nhưng cũng không quy định thêm thành phần hồ sơ gây khó khăn cho cá nhân, tổ chức thực hiện thủ tục.  - Rà soát lại thành phần hồ sơ quy định trong các thủ tục để đảm bảo đầy đủ hồ sơ theo đúng quy định.  - Rà soát lại các Biểu mẫu để ban hành kèm theo Nghị định đầy đủ các Biểu mẫu đã quy định trong Nghị định.  - Rà soát một số cụm từ để đảm bảo sử dụng đúng cụm từ theo quy định, ví dụ như cụm từ “Bản chụp”. | Tiếp thu: Để rà soát và xây dựng quyết định ban hành thủ tục hành chính về cấp thẻ chung cho cả thẻ giấy và thẻ điện tử.  Giải trình: Cấp thẻ cho cá nhân hay tổ chức có quy trình thủ tục như nhau và đã được quy định trong dự thảo Nghị định.  Tiếp thu: Đã rà soát, sửa đổi trong dự thảo Nghị định.  Tiếp thu: Đã rà soát, sửa đổi trong dự thảo Nghị định để bảo đảm đầy đủ thành phần hồ sơ cũng như biểu mẫu nhưng không quy định thêm thành phần hồ sơ không cần thiết, trành gây khó khăn cho cá nhân, thủ tục khi thực hiện.  Tiếp thu: Đã rà soát và sửa đổi trong dự thảo Nghị định. |
|  | SYT Long An | ”Đề nghị rà soát, sửa đổi về tên gọi cơ quan Bảo hiểm xã hội cấp tỉnh, Bảo hiểm xã hội cấp huyện hay Bảo hiểm xã hội các tỉnh, thành phố trực thuộc trung ương nêu trong Dự thảo của Nghị định sao cho phù hợp với tên gọi theo Nghị định số 29/2025/NĐ-CP ngày 24/02/2025 của Chính phủ quy định chức năng, nhiệm vụ, quyền hạn và cơ cấu tổ chức của Bộ Tài chính và Quyết định số 391/QĐ-BTC ngày 26/02/2025 của Bộ Trưởng Bộ Tài chính quy định chức năng, nhiệm vụ, quyền hạn và cơ cấu tổ chức của Bảo hiểm xã hội Việt Nam thuộc Bộ Tài chính. | Tiếp thu: Đã rà soát và sửa đổi trong dự thảo Nghị định. |
|  | Hiệp hội BVTN | Ứng dụng công nghệ thông tin, chuyển đổi số trong thực hiện bảo hiểm y tế (Điều 68 - Điều 72) trong Dự thảo Nghị định là nội dung mới, được thiết kế dành 1 chương (CHƯƠNG XI), tuy nhiên, nội dung này cần làm rõ các bất cập, đặc biệt là nội dung kinh phí tại khoản 1 Điều 70, và cần được đánh giá tính hợp lý, minh bạch, và khả thi.  ***a) Từ góc độ pháp lý:***  - Kinh phí (Điều 70, khoản 1): Quy định "nguồn thu BHYT, NSNN, và các nguồn hợp pháp khác" quá chung chung, không rõ tỷ lệ phân bổ, cơ chế quản lý, hoặc giới hạn chi từ quỹ BHYT. Điều 12 Luật BHYT chỉ cho phép quỹ chi cho KCB, không phải chuyển đổi số, gây mâu thuẫn pháp lý. "Các nguồn hợp pháp khác" không định nghĩa cụ thể (tư nhân, viện trợ?), dễ dẫn đến tranh cãi pháp lý khi huy động và sử dụng.  - Khoản 4 ("đảm bảo hạ tầng kỹ thuật, nhân lực") thiếu tiêu chí cụ thể (mức độ nào là đủ?), giảm tính thực thi.  - Vai trò Bộ Tài chính chỉ đạo BHXH Việt Nam (khoản 2) chưa rõ ràng về thẩm quyền phối hợp với Bộ Y tế, dễ chồng chéo trách nhiệm trong xây dựng hệ thống CNTT.  ***b) Từ góc độ tài chính và quản lý quỹ:***  - Quỹ BHYT là quỹ dịch vụ (chi KCB, Điều 12 Luật BHYT), không phải quỹ đầu tư hạ tầng công nghệ thông tin và chuyển đổi số. Việc dùng quỹ BHYT cho hạ tầng, phần mềm, hoặc đào tạo nhân lực (Điều 69) làm giảm nguồn lực dành cho KCB, ảnh hưởng quyền lợi người tham gia BHYT. Ngoài ra, thiếu cơ chế phân bổ cụ thể (bao nhiêu từ quỹ BHYT, bao nhiêu từ NSNN?) dễ dẫn đến lạm dụng quỹ BHYT, đặc biệt khi NSNN không đủ hoặc "nguồn hợp pháp khác" không huy động được.  - Về quản lý kinh phí (Điều 70, khoản 2): "Thực hiện theo quy định pháp luật" không nêu rõ quy trình lập kế hoạch, phê duyệt, thanh quyết toán, tạo kẽ hở cho chi tiêu không minh bạch (ví dụ: mua sắm thiết bị không cần thiết).  ***c) Từ góc độ thực tiễn:***  - Nội dung ứng dụng (Điều 69): Các nội dung (quản lý, số hóa, giám định, thanh toán) khả thi với cơ sở KCB lớn, nhưng khó thực hiện ở vùng sâu vùng xa (thiếu hạ tầng, nhân lực CNTT).  - Kinh phí (Điều 70): Không quy định mức chi tối đa hoặc ưu tiên (hạ tầng, phần mềm, đào tạo?), gây khó khăn cho BHXH và cơ sở KCB khi triển khai thực tế.  - Bộ Công an xây dựng Cơ sở dữ liệu Quốc gia về bảo hiểm (khoản 3(b)) chưa rõ thời hạn, nguồn lực, và cách phối hợp với BHXH Việt Nam, giảm tính khả thi.  ***d) Từ góc độ quyền lợi và rủi ro:***  - Nếu quỹ BHYT bị dùng quá mức cho công nghệ thông tin và chuyển đổi số, quyền lợi KCB có thể bị thu hẹp.  - Cơ quan BHXH chịu áp lực tài chính nếu NSNN không cấp đủ, dẫn đến lạm dụng quỹ BHYT.  - Rủi ro trục lợi: Thiếu giám sát kinh phí (Điều 70) và hành vi cấm không đủ chi tiết (Điều 71) có thể dẫn đến tham nhũng (mua sắm giá cao, kê khai chi phí CNTT không hợp lý).  Từ những phân tích trên, đề nghị Ban Soạn thảo, Tổ Biên tập nghiên cứu, tổ chức đánh giá tác động đối với nội dung Ứng dụng công nghệ thông tin, chuyển đổi số trong thực hiện bảo hiểm y tế (Điều 68 - Điều 72) trong Dự thảo Nghị định. |  |
|  | BV Chợ Rẫy | - Đề nghị sửa đổi các thuật ngữ liên quan đến tên gọi của cơ quan bảo hiểm y tế, bảo hiểm xã hội cho phù hợp với mô hình tổ chức hoạt động hiện nay của cơ quan này (không còn bảo hiểm xã hội tỉnh mà là bảo hiểm xã hội khu vực).  - Liên quan đến thuật ngữ thiết bị y tế được đề cập trong Dự thảo nên điều chỉnh lại thành thiết bị y tế tiêu hao lý do: tại cơ sở khám chữa bệnh, thiết bị y tế sẽ gồm các thiết bị y tế là tài sản cố định và thiết bị y tế tiêu hao. Thiết bị y tế là tài sản cố định sẽ được khấu hao dần và giá trị khấu hao sẽ được kết cấu vào giá dịch vụ theo định mức tiêu hao, không thực hiện chi trả 01 lần. Ngược lại, thiết bị y tế tiêu hao là những mặt hàng tiêu hao khi cung cấp dịch vụ y tế cho từng ca bệnh, đa phần được khẩu hao 01 lần và giá trị của hàng hóa được kết cầu 01 lần vào giá dịch vụ. Trong Dự tháo, các nội dung được đề cập liên quan đến thiết bị y tế đều mang tính chất tiêu hao. Hơn nữa, chỉ có cơ sở y tế mới có thể mua sắm được thiết bị y tế là tài sản cố định, cá nhân người bệnh không thể tự mua sắm loại tài sản này, việc chuyển nhượng tài sản cố định (thiết bị y tế) giữa các cơ sở y tế gần như là không khả thì cho dù chỉ xét về thời gian cần đáp ứng ngay cho nhu cầu phát sinh. - Làm rõ thuật ngữ "Thiết bị y tế" trong dự thảo Nghị định. Hiện nay, theo văn bản hợp nhất Nghị định về quản lý thiết bị y tế số 12/VBHN-BYT ngày 11/11/2024 của Bộ Y tế, Thiết bị y tế được định nghĩa bao gồm: Thiết bị, vật tư cấy ghép, dụng cụ, vật liệu, thuốc thử và chất hiệu chuẩn in vitro, phần mềm (software). Như vậy, định nghĩa "Thiết bị y tế" theo quy định hiện hành bao quát cả máy móc, thiết bị, vật tư y tế tiêu hao, với sự khác biệt quan trọng giữa: + Thiết bị, máy móc, dụng cụ: Là tài sản thuộc phạm vi quản lý của Luật Quản lý tài sản công, được khẩu hao dần theo quy định và không được thực hiện chỉ trả một lần. + Vật tư y tế tiêu hao: Được sử dụng trực tiếp cho từng bệnh, đa phần được khấu hao một lần và giá trị được kết cấu vào giá dịch vụ y tế. Đề xuất: Dự thảo cần làm rõ loại thiết bị y tế nào thuộc phạm vi áp dụng. Theo quan điểm tải chính và thực tiễn chỉ trả Bảo hiểm y tế, chỉ nên áp dụng quy định này đối với vật tư y tế tiêu hao (được sử dụng trực tiếp trên người bệnh), không áp dụng đối với máy móc, thiết bị, dụng cụ y tế có tính chất tài sản cố định. | Tiếp thu: Đã rà soát và sửa đổi trong dự thảo Nghị định. |
|  | BV ĐH Y Dược Thái Bình | Cần thống nhất khái niệm đã được nêu tại Thông tư 39/2024/TT-BYT như sau: Một lượt khám bệnh, chữa bệnh được xác định là một lần khám ngoại trú hoặc một đợt điều trị (điều trị ngoại trú hoặc điều trị ban ngày hoặc điều trị nội trú) | Tiếp thu: Rà soát thống nhất trong dự thảo Nghị định. |
|  | Bộ Dân tộc và Tôn giáo | Đề nghị cơ quan chủ trì soạn thảo chỉ đưa các Luật còn hiệu lực vào phần căn cứ ban hành Nghị định và trích dẫn đầy đủ các Luật liên quan tại từng điều khoản của dự thảo Nghị định | Tiếp thu: Đã rà soát và sửa đổi trong dự thảo Nghị định. |
|  | Bộ Công Thương | 1. Về cơ sở pháp lý: Ngày 18/02/2025, tại Kỳ họp bất thường lần thứ 9, Quốc hội đã thông qua Luật Tổ chức Chính phủ năm 2025, Luật này có hiệu lực từ ngày 01/3/2025. Đề nghị cơ quan soạn thảo cập nhật lại cơ sở pháp lý. | Tiếp thu: Đã rà soát và sửa đổi trong dự thảo Nghị định. |
|  | Bộ Tư pháp | Dự thảo Nghị định có nhiều nội dung mang tính kinh tế - kỹ thuật (như Điều 13, Chương VII đến Chương IX, Điều 60...), đề nghị cơ quan chủ trì soạn thảo phối hợp với Bộ Tài chính, chuyên gia, người làm thực hiễn rà soát, hoàn thiện, đảm bảo tính hợp pháp, tính thống nhất, khả thi. | Tiếp thu: Đã phối hợp, xin ý kiến Bộ Tài chính, các chuyên gia, đối tượng chịu tác động của Nghị định. |
|  | Bộ Tư pháp | Dự thảo Nghị định có nhiều quy định liên quan đến trách nhiệm của các Bộ, ngành, địa phương (ví dụ: quy định về thẻ bảo hiểm y tế, quy định về quản lý và sử dụng quỹ bảo hiểm y tế...). Do đó, đề nghị cơ quan chủ trì soạn thảo rà soát lại trách nhiệm của các Bộ, ngành, địa phương cho phù hợp với sắp xếp tổ chức bộ máy mới, cắt giảm thủ tục hành chính theo chỉ đạo của Tổng Bí thư và Thủ tướng Chính phủ tại Văn bản số 1767/VPCP-TKBT ngày 05/03/2025 của Văn phòng Chính phủ về việctriển khai kết luận của Tổng Bí thư tại buổi làm việc với Ban Chính sách, chiến lược Trung ương | Tiếp thu: Đã rà soát và bổ sung trong dự thảo Nghị định. |
|  | Bộ Tư pháp | Đề nghị cơ quan chủ trì soạn thảo rà soát, nghiên cứu thể chế hóa đầy đủ các chủ trương, chính sách của Đảng, trong đó đảm bảo dự thảo Nghị định và hồ sơ tuân thủ đúng và đầy đủ: (i) Quy định số 178-QĐ/TW ngày 27/6/2024 của Bộ Chính trị về kiểm soát quyền lực, phòng, chống tham nhũng, tiêu cực trong công tác xây dựng pháp luật; (ii) Thông báo số 108-TB/VPTW ngày 18/11/2024 của Văn phòng Trung ương về Kết luận của Tổng Bí thư Tô Lâm tại buổi làm việc với Ban Cán sự đảng Bộ Tư pháp ngày 07/11/2024; (iii) Nghị quyết số 110/2023/QH15 ngày 29/11/2023 của Quốc hội về kỳ họp thứ 6 Quốc hội khóa XV (yêu cầu: “ngăn chặn kịp thời và xử lý nghiêm các hành vi tham nhũng, tiêu cực, “lợi ích nhóm”, “lợi ích cục bộ” trong công tác xây dựng và tổ chức thi hành pháp luật” - Mục 3); (iv) Nghị quyết số 126/NQ-CP  ngày 14/8/2023 của Chính phủ về một số giải pháp nâng cao chất lượng công tác xây dựng, hoàn thiện hệ thống pháp luật và tổ chức thi hành pháp luật nhằm ngăn ngừa tình trạng tham nhũng, lợi ích nhóm, lợi ích cục bộ... | Tiếp thu: Tiếp tục rà soát trong quá trình xây dựng dự thảo Nghị định. |
|  | Bộ Tư pháp | **Về ngôn ngữ, thể thức, kỹ thuật trình bày văn bản**  **1.**Đề nghị cơ quan chủ trì soạn thảo thực hiện việc xin ý kiến đối với đối tượng chịu tác động; Bộ Tài chính, Bộ Quốc phòng, Bộ Công an, bộ, cơ quan ngang bộ, cơ quan thuộc Chính phủ, các tổ chức, cá nhân có liên quan; chuyên gia, nhà khoa học và người làm thực tiễn... theo quy định tại Điều 91 Luật Ban hành văn bản quy phạm pháp luật năm 2015 (sửa đổi, bổ sung năm 2020) và đăng tải dự thảo Nghị định trên Cổng thông tin điện tử của Chính phủ và cơ quan chủ trì soạn thảo; từ đó tiếp thu, giải trình đầy đủ, hợp lý các ý kiến tham gia để hoàn thiện hồ sơ dự thảo Nghị định, đảm bảo tính  hợp pháp, tính thống nhất, khách quan, hợp lý, khả thi (và chịu trách nhiệm về vấn đề này). | Tiếp thu:  - Đã xin ý kiến đối với đối tượng chịu tác động; Bộ Tài chính, Bộ Quốc phòng, Bộ Công an, bộ, cơ quan ngang bộ, cơ quan thuộc Chính phủ, các tổ chức, cá nhân có liên quan; chuyên gia...và đăng tải Dự thảo Nghị định trên Cổng thông tin điện tử Chính phủ và Công thông tin điện tử Bộ Y tế.  - Đã tiếp thu, giải trình đầy đủ, hợp lý các ý kiến tham gia để hoàn thiện hồ sơ dự thảo Nghị định và tiếp tục tiếp thu, giải trình các ý kiến tham gia mới. |
|  | Bộ Tư pháp | **2.**Đề nghị cơ quan chủ trì soạn thảo rà soát dự thảo Nghị định và các tài liệu kèm theo, bảo đảm quy định thống nhất, hợp lý và tuân thủ thể thức và kỹ thuật trình bày văn bản theo quy định tại Điều 8 Luật Ban hành văn bản quy phạm pháp luật năm 2015, sửa đổi, bổ sung năm 2020 và Chương V (thể thức và kỹ thuật trình bày văn bản quy phạm pháp luật) Nghị định số 34/2016/NĐ-CP ngày 14/5/2016 của Chính phủ quy định chi tiết và biện pháp thi hành Luật Ban hành văn bản quy phạm pháp luật (đã được sửa đổi, bổ sung một số điều tại Nghị định số 154/2020/NĐ-CP ngày 31/12/2020 và Nghị định số 59/2024/NĐ-CP ngày 25/5/2024). | Tiếp thu: Rà soát và hoàn thiện dự thảo Nghị định và các tài liệu kèm theo, bảo đảm quy định thống nhất, hợp lý và tuân thủ thể thức và kỹ thuật trình bày văn bản. |
|  | Bộ Tư pháp | **3.**Đề nghị cơ quan chủ trì soạn thảo hoàn thiện thành phần hồ sơ gửi Bộ Tư pháp thẩm định dự thảo Nghị định theo quy định tại khoản 2 Điều 92 Luật Ban hành văn bản quy phạm pháp luật, trong đó, cơ quan chủ trì soạn thảo chú ý hoàn thiện dự thảo Nghị định (theo Mẫu số 28 Phụ lục ban hành kèm theo Nghị định số 154/2020/NĐ-CP); Tờ trình (theo Mẫu số 03 Phụ lục IIINghị định số 59/2024/NĐ-CP); Báo cáo về rà soát các văn bản quy phạm pháp luật có liên quan đến dự thảo Nghị định (theo Mẫu số 13 Phụ lục INghị định số 59/2024/NĐ-CP); Báo cáo đánh giá tác động của chính sách (theo Mẫu số 01 Phụ lục IIINghị định số 59/2024/NĐ-CP); Bản tổng hợp, giải trình, tiếp thu ý kiến góp ý của cơ quan, tổ chức, cá nhân (theo Mẫu số 14 Phụ lục INghị định số 59/2024/NĐ-CP); Bản đánh giá thủ tục hành chính trong dự thảo (theo quy định tại 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 trong lập đề nghị xây dựng văn bản quy phạm pháp luật và soạn thảo dự án, dự thảo văn bản quy phạm pháp luật); Báo cáo về lồng ghép vấn đề bình đẳng giới (theo Mẫu số 12 Phụ lục INghị định số 59/2024/NĐ-CP, nếu trong dự thảo có quy định liên quan đến vấn đề bình đẳng giới)...; đảm bảo đúng và đầy đủ cả về thành phần, nội dung và hình thức các tài liệu (theo quy định tại khoản 16 Điều 1 Nghị định số 59/2024/NĐ-CP) trong hồ sơ gửi Bộ Tư pháp thẩm định. Ngoài ra, đề nghị cơ quan chủ trì soạn thảo bổ sung thêm bản so sánh quy định của dự thảo Nghị định với quy định hiện hành. | Tiếp thu: Hoàn thiện dự thảo Nghị định và các Báo cáo liên quan. |

1. **GÓP Ý NGOÀI NỘI DUNG NGHỊ ĐỊNH**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Stt** | **Đơn vị góp ý** | **Nội dung góp ý** | **Tiếp thu, giải trình** |
|  | **Bộ Nội vụ** | Đối với dự thảo Tờ trình, tại Mục IV: Đề nghị bổ sung nội dung đánh giá chi tiết và làm rõ về nguồn nhân lực, bảo đảm không làm tăng thêm tổ chức bộ máy và biên chế (hưởng lương từ ngân sách nhà nước) theo đúng tinh thần các Nghị quyết của Hội nghị Trung ương 6 khóa XII (Nghị quyết số 18-NQ/TW và Nghị quyết số 19-NQ/TW ngày 25/10/2017) và Nghị quyết số 56/2017/QH14 ngày 24/11/2017 của Quốc hội về việc tiếp tục cải cách tổ chức bộ máy hành chính nhà nước tinh gọn, hoạt động hiệu lực, hiệu quả đảm bảo phù hợp với chủ trương, quy định của Đảng và Nhà nước. | Tiếp thu: Đã rà soát, bổ sung trong Tờ trình và báo cáo đánh giá tác động. |
| 1. **1** | **UBND tỉnh Tiền Giang** | Bổ sung nội dung hướng dẫn thanh, quyết toán tiền ngày giường bệnh thực tế giữa cơ quan Bảo hiểm xã hội và cơ sở khám bệnh, chữa bệnh khi vượt quá giường kế hoạch. | **Tiếp thu:** Đã bổ sung nội dung hướng dẫn trong dự thảo Nghị định. |
|  | **UBND tỉnh Tiền Giang** | Về Phiếu hẹn khám lại, tại phần hướng dẫn, nên thể hiện rõ thời gian không đúng hẹn có thể khám lại:*“Trường hợp quá thời gian hẹn khám lại, trong thời gian 10 ngày kể từ ngày được hẹn khám lại, người bệnh liên hệ nhân viên y tế để đăng ký lịch khám phù hợp hoặc tự đến khám lại”* như mẫu cũ được quy định tại Nghị định số 75/2023/NĐ-CP ngày 19/10/2023 về việcsửa đổi Nghị định số 146/2018/NĐ-CP hướng dẫn Luật Bảo hiểm y tế để cơ sở khám bệnh, chữa bệnh thuận lợi trong quá trình thực hiện và đảm bảo quyền lợi cho người bệnh | Giải trình: Luật số 51/2024/QH15 đã giao thẩm quyền cho Bộ trưởng Bộ Y tế Quy định trường hợp khám lại theo yêu cầu điều trị và tục hẹn khám lại. Vì vậy, Thông tư số 01/2025/TT-BYT đã có quy định cụ thể về thủ tục hẹn khám lại và mẫu phiếu hẹn khám lại. |
|  | **UBND tỉnh Tiền Giang** | Về Phiếu chuyển cơ sở khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế  + Cần thể hiện rõ nội dung “*Phiếu chuyển cơ sở khám bệnh, chữa bệnh có giá trị sử dụng trong 10 ngày làm việc, kể từ ngày ký*” trong Phiếu chuyển.  + Hướng dẫn cụ thể việc đóng dấu của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh khi bác sĩ điều trị ký tên trên Phiếu chuyển (Bác sĩ điều trị không có thẩm quyến đóng dấu ngay tên đã ký). | Giải trình: Luật số 51/2024/QH15 đã giao thẩm quyền cho Bộ trưởng Bộ Y tế Quy định trường hợp chuyển cơ sở khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế. Vì vậy, Thông tư số 01/2025/TT-BYT đã có quy định cụ thể về mẫu phiếu chuyển cơ sở khám bệnh, chữa bệnh. |
|  | **SYT Bình Phước** | Về từ ngữ sử dụng “ Bảo hiểm Xã hội tỉnh/Thành phố”:  Theo quyết định số 391/QĐ-BTC ngày 26/02/2025 của Bộ Tài chính về việc “Quy định chức năng, nhiệm vụ, quyền hạn và cơ cấu tổ chức của Bảo hiểm Xã hội Việt Nam”. Thì hiện nay BHXH các tỉnh được chia thành các Bảo hiểm Xã hội Khu vực, không còn BHXH tỉnh/Thành phố. | **Tiếp thu**: Đã rà soát chỉnh sửa trong nội dung dự thảo Nghị định. |
|  | **SYT Lai Châu** | Thực trạng: Hằng quý, cơ quan bảo hiểm xã hội tổng hợp số thẻ BHYT đã phát hành và số tiền đóng, hỗ trợ đóng theo Mẫu biểu quy định, gửi cơ quan tài chính để chuyển kinh phí vào quỹ BHYT theo quy định. Tuy nhiên, Sở Tài Chính không đồng ý cấp số tiền đóng BHYT phát sinh từ ngày sinh của trẻ đến thời điểm ngày UBND xã lập danh sách đề nghị cấp thẻ BHYT cho trẻ em dưới 6 tuổi.  Đề nghị: Bổ sung hướng dẫn về phương thức tính kinh phí NSNN đóng BHYT trong thời gian trẻ em dưới 6 tuổi chưa được cấp thẻ BHYT. Để có cơ sở thực hiện trích chuyển nguồn kinh phí từ ngân sách nhà nước hỗ trợ đóng BHYT cho đối tượng trẻ em dưới 6 tuổi. | **Tiếp thu**: Đã rà soát chỉnh sửa trong nội dung dự thảo Nghị định. |
|  | **SYT Yên Bái** | Đề xuất cần có quy định cụ thể về việc thanh toán chi phí khám chữa bệnh từ xa, hỗ trợ khám bệnh, chữa bệnh từ xa, khám bệnh, chữa bệnh y học gia đình, khám bệnh, chữa bệnh tại nhà *(điểm a, khoản 1, Điều 21 của Luật số 51/2024/QH15).* | Tiếp thu: Sẽ rà soát để bổ sung quy định trong dự thảo Nghị định. |
|  | **BV ĐH Y Dược TPHCM** | Theo Khoản 4 Điều 31 của Luật BHYT có quy định Tổ chức bảo hiểm y tế thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh trên cơ sở viện phí theo quy định của Chính phủ. Vì vậy, đề nghị thực hiện việc giám định BHYT hoàn tất trước khi thanh toán.  Lý giải: Trong thực tiễn những năm qua, có những trường hợp đã qua nhiều năm của kỳ giám định BHYT thì cơ quan BHXH vẫn thực hiện giảm định lại chi phí KCB đã được thống nhất thanh toán, quyết toán giữa cơ quan BHXH và Bệnh viện, thực hiện xuất toán chi phí đã thanh toán cho Bệnh viện. Trong khi Bệnh viện đã thực hiện quyết toán các khoản chi phí này và căn cứ vào khoản kinh phí này mà Bệnh viện đã cân đối sử dụng (thu nhập nhân viên, tái đầu tư...). Nếu xuất toán thì Bệnh viện không có nguồn kinh phí bù vào, ảnh hưởng đến thu nhập nhân viên và kinh phí hoạt động thường xuyên của Bệnh viện | Tiếp thu: Sẽ rà soát để bổ sung quy định trong dự thảo Nghị định. |

1. **GÓP Ý NỘI DUNG NGHỊ ĐỊNH**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **NHÓM VẤN ĐỀ HOẶC ĐIỀU, KHOẢN** | **CHỦ THỂ GÓP Ý** | **NỘI DUNGGÓP Ý** | **NỘI DUNG TIẾP THU, GIẢI TRÌNH** |
| **Điều 1. Phạm vi điều chỉnh**  1. 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 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; | **Bộ Văn hóa, Thể thao và Du lịch** | Để bảo đảm ngắn gọn, đề nghị cơ quan chủ trì soạn thảo quy định theo hướng: Quy định trực tiếp các điểm, khoản và điều được giao quy định chi tiết trong Luật Bảo hiểm y tế (chỉ cần nêu tên các điểm, khoản, điều) và quy định những nội dung thuộc biện pháp thi hành Luật Bảo hiểm y tế. | Tiếp thu: Sẽ rà soát để quy định ngắn gọn nhưng đầy đủ nội dung và rõ ràng trong phạm vi điều chỉnh của dự thảo Nghị định. |
| 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 các điểm đ, e khoản 1 và khoản 7 Điều 13 của Luật Bảo hiểm y tế; | **Bộ Nội vụ; Bộ Văn hóa, Thể thao và Du lịch** | Điểm b) khoản 1 Điều 1 có nêu “Quy định về mức tham chiếu” thuộc phạm vi quy định và hướng dẫn thi hành của Nghị định này. Tuy nhiên nội dung dự thảo Nghị định sau đó không nhắc đến “mức tham chiếu” mà sử dụng “mức lương cở sở”. Do vậy, đề nghị cân nhắc việc sử dụng thống nhất “mức tham chiếu” hoặc “mức lương cơ sở” | Giải trình: Luật số 51 đã quy định mức tham chiếu quy định tại Luật này áp dụng theo mức lương cơ sở. Trường hợp chính sách tiền lương có thay đổi, Chính phủ quyết định mức tham chiếu cụ thể. Vì vậy, dự thảo Nghị định đã sử dụng về mức lương để làm căn cứ đóng-hưởng BHYT. |
| c) Quy định về cấp thẻ bảo hiểm y tế bản giấy và bản điện 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; trường hợp người tham gia bảo hiểm y tế sử dụng dịch vụ khám bệnh, chữa bệnh theo yêu cầu theo quy định tại khoản 6 và các trường hợp khác không thuộc quy định tại khoản 1 Điều 22 của Luật Bảo hiểm y tế; |  |  |  |
| e) Quy định về 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 bảo đảm 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; | **Bộ Tư pháp** | Điểm l khoản 1 Điều 1 dự thảo Nghị định quy định chi tiết về phân bổ và sử dụng quỹ bảo hiểm y tế và quy định về chi tổ chức và hoạt động bảo hiểm y tế tại Điều 35 của Luật Bảo hiểm y tế. Tuy nhiên, căn cứ Luật Bảo hiểm xã hội (khoản 5 Điều 120, khoản 1 Điều 137) và, Quyết định số 717/QĐ-TT ngày 27/7/2024 của Thủ tướng Chính phủ về Danh mục và phân công cơ quan chủ trì soạn thảo văn bản quy định chi tiết thi hành các luật, nghị quyết được Quốc hội khóa XV thông qua tại Kỳ họp 7, Bộ Tài chính đang xây dựng dự thảo Nghị định quy định cơ chế tài chính về bảo hiểm xã hội, bảo hiểm thất nghiệp, bảo hiểm y tế, chi tổ chức và hoạt động bảo hiểm xã hội, bảo hiểm thất nghiệp, bảo hiểm y tế. Do đó, để tránh trùng lặp, chồng chéo về nội dung, đề nghị bỏ nội dung này. | Tiếp thu: Đã rà soát và sửa trong dự thảo Nghị định. |
| 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 ; | **Bộ Tư pháp** | Điểm o khoản 1 Điều 1 dự thảo Nghị định quy định về 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. Tuy nhiên, ngày 24/02/2025, Chính phủ ban hành Nghị định 29/2025/NĐ-CP quy định chức năng, nhiệm vụ, quyền hạn và cơ cấu tổ chức của Bộ Tài chính, trong đó, Bảo hiểm xã hội Việt Nam là đơn vị đặc thù của Bộ Tài chính. Căn cứ Nghị định 29/2025/NĐ-CP, ngày 26/02/2025, Bộ trưởng Bộ Tài chính ban hành Quyết định 391/QĐ-BTC quy định chức năng, nhiệm vụ, quyền hạn và cơ cấu tổ chức của Bảo hiểm xã hội Việt Nam thuộc Bộ Tài chính. Do đó, để đảm bảo tính thống nhất về mặt chức năng, nhiệm vụ, đề nghị bỏ quy định tại điểm o khoản 1 Điều 1 dự thảo Nghị định. | Tiếp thu: Bỏ nội dung này trong Dự thảo Nghị định. |
| p) Quy định chuyển tiếp đối với việc thực hiện hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế được ký trước ngày 01 tháng 7 năm 2025 mà còn hiệu lực sau ngày 01 tháng 7 năm 2025. |  |  |  |
|  | **Bộ Tư pháp** | Khoản 1 Điều 1 dự thảo Nghị định “*quy định chi tiết và hướng dẫn thi hành một số điều của Luật Bảo hiểm y tế*”. Tuy nhiên, các nội dung tại điểm a đến điểm p của khoản 1 Điều 1 chỉ là quy định chi tiết. Do đó, trường hợp có nội dung hướng dẫn thi hành, đề nghị cơ quan chủ trì soạn thảo làm rõ căn cứ, cơ sở của việc đề xuất các các quy định hướng dẫn thi hành này. Trường hợp giữ lại thì giải trình và rà soát để tránh trùng lặp giữa 02 Nghị định. | Giải trình: Các nội dung về hướng dẫn thi hành đều được lồng ghép vào các nội dung mà luật giao cho Chính phủ, ví dụ: Các nội dung thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh BHYT. Bên cạnh đó, Chương về điều khoản thi hành thì có quy định cũng đã bổ sung các quy định chuyển tiếp cho các nội dung này. |
|  | **Bộ Tư pháp** | So với mục 13 (STT105) Phụ lục kèm theo Quyết định số 1610/QĐ-TTg, phạm vi điều chỉnh của dự thảo Nghị định có mở rộng thêm một số nội dung quy định chi tiết như: 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; 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 các điểm đ, e khoản 1 và khoản 7 Điều 13 của Luật Bảo hiểm y tế; quy định về quản lý quỹ bảo hiểm y tế, quyết định nguồn tài chính để bảo đảm việc khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế trong trường hợp mất cân đối thu, chi quỹ bảo hiểm y tế tại khoản 2 Điều 34 của Luật Bảo hiểm y tế… Đây đều là các nội dung được Luật giao Chính phủ quy định chi tiết. Đồng thời, theo khoản 2 Điều 67 dự thảo Nghị định, các Nghị định số: 146/2018/NĐ-CP, 75/2023/NĐ-CP và 02/2025/NĐ-CP hết hiệu lực thi hành kể từ ngày Nghị định này có hiệu lực thi hành. Do đó, việc cơ quan chủ trì soạn thảo bổ sung các nội dung quy định chi tiết nêu trên là phù hợp. Tuy nhiên, để đảm bảo tính rõ ràng, có căn cứ báo cáo Chính phủ, đề nghị cơ quan chủ trì soạn thảo làm rõ hơn vấn đề này tại Tờ trình Chính phủ | Tiếp thu: Làm rõ nội dung này trong Tờ trình Chính phủ. |
| **Điều 2. Đối tượng áp dụng**  1. Nghị định này áp dụng đối với tổ chức, cá nhân trong nước và tổ chức, cá nhân nước ngoài tại Việt Nam có liên quan đến bảo hiểm y tế. | **BV Răng Hàm Mặt TW** | Đề xuất: Nghị định này áp dụng đối với tổ chức, cá nhân trong nước và tổ chức, cá nhân nước ngoài tại Việt Nam có liên quan đến bảo hiểm y tế do BHXH Việt Nam quản lý.  Lý do: Có rất nhiều đơn vị phát hành thẻ BHYT như Bảo hiểm Bảo Việt, Bảo hiểm AIA, Bảo hiểm dầu khí,... đều có lĩnh vực bảo hiểm y tế. | Giải trình: Trong phạm vi điều chỉnh, Nghị định này quy định chi tiết và hướng dẫn thi hành một số điều của luật BHYT, Luật BHYT đã định nghĩa là bảo hiểm y tế là hình thức bảo hiểm bắt buộc được áp dụng đối với các đối tượng theo quy định của Luật này để chăm sóc sức khỏe, không vì mục đích lợi nhuận do Nhà nước tổ chức thực hiện. Vì vậy, không cần bổ sung như BV đã góp ý |
|  | **Bộ Nội vụ** | Khoản 2 Điều 2 quy định đối tượng áp dụng là các tổ chức, cá nhân trong nước và tổ chức, cá nhân nước ngoài tại Việt Nam có liên quan đến bảo hiểm y tế. Tuy nhiên, trong dự thảo chưa có quy định cụ thể về thủ tục khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế cho người nước ngoài tại Việt Nam. Đề nghị cơ quan chủ trì soạn thảo bổ sung thêm tại Điều 32 dự thảo các quy định cần thiết để hoàn thiện thủ tục khám, chữa bệnh cho các đối tượng áp dụng Nghị định này. | Giải trình: Về thủ tục khám bệnh, chữa bệnh đã quy định chung về việc xuất trình thẻ BHYT và các giấy tờ liên quan cho cả nhóm đối tượng là người Việt Nam hay tổ chức, cá nhân nước ngoài tại Việt Nam (đối với người nước ngoài đã quy định xuất trình hộ chiếu trong trường hợp thẻ bảo hiểm y tế chưa có ảnh hoặc mã số bảo hiểm y tế không tra cứu được thông tin). |
| 2. Nghị định này không áp dụng đối với trường hợp người tham gia bảo hiểm y tế thuộc thẩm quyền quản lý của Bộ Quốc phòng, Bộ Công an khám bệnh, chữa bệnh tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế thuộc thẩm quyền quản lý của Bộ Quốc phòng, Bộ Công an. | **BV TWQĐ 108** | Nghị định này không áp dụng đối với trường hợp người tham gia bảo hiểm y tế thuộc thẩm quyền quản lý của Bộ Quốc phòng, Bộ Công an  Lý do: Quân nhân/công an nhân dân có thể đi khám bất kỳ ở cơ sở khám chữa bệnh nào gần nhất, để quyền lợi của quân nhân được đảm bảo tối đa thì các cơ sở dân y cũng phải tuân thủ theo các quy định cho đối tượng của Bộ Quốc phòng, Bộ Công an. Các trường hợp thuộc quyền quản lý của Bộ Quốc phòng hoặc Bộ Công an hiện tại theo quy định tại Nghị định số 70/2015/NĐ-CP có mức hưởng và phạm vi hưởng bảo hiểm y tế cao hơn so với các đối tượng khác. | Giải trình: Đối tượng người tham gia bảo hiểm y tế thuộc thẩm quyền quản lý của Bộ Quốc phòng, Bộ Công an khi đi khám bệnh, chữa bệnh tại các cơ sở KCB không thuộc thẩm quyền quản lý của Bộ Quốc phòng, Bộ Công an thì vẫn cần có quy định tại Nghị định này. |
|  | **Bộ Quốc phòng** | *2. Quy định về phạm vi, mức hưởng bảo hiểm y tế tại Nghị định này áp dụng đối với trường hợp người tham gia bảo hiểm y tế thuộc thẩm quyền quản lý của Bộ Quốc phòng, Bộ Công an khám bệnh, chữa bệnh tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế ngoài thẩm quyền quản lý của Bộ Quốc phòng, Bộ Công an”*  Lý do: Để bảo đảm đầy đủ quyền lợi về Bảo hiểm y tế (BHYT) cho quân nhân theo quy định tại điểm a khoản 1 Điều 22 Luật BHYT (Quân nhân được hưởng 100% chi phí khám bệnh, chữa bệnh (KBCB) trong và ngoài phạm vi được hưởng BHYT, được thanh toán đối với thuốc, hóa chất, vật tư y tế được phép lưu hành tại Việt Nam và các kỹ thuật y tế được cấp có thẩm quyền phê duyệt) ngay tại các cơ sở KBCB không thuộc thẩm quyền quản lý của Bộ Quốc phòng, Bộ Công an.  Ngoài các đối tượng quy định tại điểm a, b, c, d, đ khoản 3 Điều 12 Luật BHYT số 51/2024/QH15, Bộ Quốc phòng, Bộ Công an còn quản lý nhiều đối tượng khác như: Công nhân và viên chức quốc phòng, công chức quốc phòng; đồng thời lập danh sách, đóng BHYT cho các đối tượng được quy định tại điểm i khoản 1, điểm l khoản 3 Điều 12 Luật BHYT (thân nhân của công nhân và viên chức quốc phòng; thân nhân của Sĩ quan quân đội nhân dân, quân nhân chuyên nghiệp đang tại ngũ, người làm công tác cơ yếu hưởng lương như đối với quân nhân; thân nhân của Hạ sĩ quan, binh sĩ quân đội nhân dân đang tại ngũ, học viên quân đội, học viên cơ yếu hưởng sinh hoạt phí là người Việt Nam). | Giải trình: Đối tượng người tham gia bảo hiểm y tế thuộc thẩm quyền quản lý của Bộ Quốc phòng, Bộ Công an khi đi khám bệnh, chữa bệnh tại các cơ sở KCB không thuộc thẩm quyền quản lý của Bộ Quốc phòng, Bộ Công an thì vẫn cần có quy định tại Nghị định này. Dự thảo Nghị định chỉ không áp dụng đối với trường hợp người tham gia bảo hiểm y tế thuộc thẩm quyền quản lý của Bộ Quốc phòng, Bộ Công an khám bệnh, chữa bệnh tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế thuộc thẩm quyền quản lý của Bộ Quốc phòng, Bộ Công an. Do vậy đã phù hợp với đề nghị của Bộ Quốc phòng. |
|  | **Bộ Quốc phòng** | Đề nghị bổ sung Điều 2a vào sau Điều 2 như sau:  *“****Điều 2a. Mức tham chiếu***  *1. Mức tham chiếu là mức tiền do Chính phủ quyết định dùng để tính mức đóng, mức hưởng một số chế độ bảo hiểm y tế quy định trong Luật Bảo hiểm y tế.*  *2. Khi chưa bãi bỏ mức lương cơ sở thì mức tham chiếu quy định tại Luật Bảo hiểm y tế bằng mức lương cơ sở. Tại thời điểm mức lương cơ sở bị bãi bỏ thì mức tham chiếu không thấp hơn mức lương cơ sở.*  *3. Khi mức lương cơ sở bị bãi bỏ thì mức tham chiếu được Chính phủ điều chỉnh trên cơ sở mức tăng của chỉ số giá tiêu dùng, tăng trưởng kinh tế, phù hợp với khả năng của ngân sách nhà nước và quỹ bảo hiểm y tế.”*  Lý do: Phù hợp với quy định tại khoản 1 Điều 1 và điểm b khoản 5 Điều 3 Luật BHYT; thống nhất với quy định của Luật BHXH; đồng thời, tạo điều kiện thuận lợi cho quá trình tổ chức thực hiện. | Giải trình: Nội dung này đã được quy định cụ thể tại điểm b Khoản 5 Điều 3 của Luật số 51/2025/QH15 nên không quy định lại trong dự thảo Nghị định. |
| **Điều 3. Đối tượng tham gia bảo hiểm y tế**  1. Đối tượng tham gia bảo hiểm y tế theo quy định tại các khoản 1, 2, 3, 4, 5 và 6 Điều 12 của Luật Bảo hiểm y tế. |  |  |  |
| 2. 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 của Luật Bảo hiểm y tế. |  |  |  |
| 3. Nạn nhân bom mìn vật nổ sau chiến tranh theo quy định tại Khoản 8 Điều 3 của 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 mà không thuộc đối tượng quy định tại các khoản 1, 2 và 3 Điều 12 của Luật Bảo hiểm y tế. | **Bộ Nội vụ** | Đề nghị giải trình làm rõ việc bổ sung đối tượng là “Nạn nhân bom mìn vật nổ sau chiến tranh ...” là đối tượng đã được thực hiện theo điểm a, b khoản 7 Điều 12 Luật sửa đổi, bổ sung một số điều của Luật Bảo hiểm y tế số 51/2024/QH15 ngày 27/11/2024 (được pháp luật quy định trước ngày 01/01/2025 hay việc bổ sung đối tượng này đã được báo cáo và chấp thuận từ Ủy ban thường vụ Quốc hội). | Tiếp thu: Nội dung này đã được tiếp thu và giải trình cụ thể tại Tờ trình và báo cáo đánh giá tác động. |
| 4. Người được phong tặng danh hiệu nghệ nhân nhân dân, nghệ nhân ưu tú thuộc hộ gia đình có mức thu nhập bình quân đầu người hằng tháng thấp hơn mức lương cơ sở theo quy định của Chính phủ mà không thuộc đối tượng quy định tại các khoản 1, 2 và 3 Điều 12 của Luật Bảo hiểm y tế. | **Bộ Nội vụ** | Khoản 4 Điều 3 quy định đối tượng là người được phong tặng danh hiệu nghệ nhân nhân dân, nghệ nhân ưu tú thuộc hộ gia đình có mức thu nhập bình quân đầu người hằng tháng thấp hơn mức lương cơ sở theo quy định. Theo đó, việc xác nhận mức thu nhập bình quân đầu người hàng tháng sẽ làm phát sinh thêm nguồn lực và thủ tục hành chính. Đề nghị cơ quan chủ trì soạn thảo có báo cáo đánh giá tác động về quy định này. | Giải trình: Đối tượng người được phong tặng danh hiệu nghệ nhân nhân dân, nghệ nhân ưu tú thuộc hộ gia đình có mức thu nhập bình quân đầu người hằng tháng thấp hơn mức lương cơ sở theo quy định của Chính phủ đã thuộc đối tượng do ngân sách nhà nước đóng bảo hiểm y tế theo quy định tại Nghị khoản 10 Điều 3 Nghị định số 146/2018/NĐ-CP nên quy định này tại dự thảo không làm phát sinh thêm nguồn lực và thủ tục hành chính. |
| 5. Thân nhân của người làm công tác khác trong tổ chức cơ yếu theo quy định của pháp luật về cơ yếu. |  |  |  |
| 6. Người thuộc nhiều đối tượng được ngân sách nhà nước hỗ trợ mức đóng quy định tại các khoản 2, 3 và 4 Điều này và khoản 4 Điều 12 của Luật Bảo hiểm y tế thì được lựa chọn tham gia theo đối tượng có mức hỗ trợ cao nhất. |  |  |  |
|  | **Bộ Quốc phòng** | Đề nghị bổ sung thêm đối tượng ***“thân nhân của Dân quân thường trực”****.*  Lý do: (1) Luật Dân quân tự vệ năm 2019, quy định “Dân quân thường trực” là lực lượng thường trực làm nhiệm vụ tại các địa bàn trọng điểm về quốc phòng (khoản 4 Điều 2), trực tiếp tham gia chống khủng bố, giải thoát con tin, trấn áp tội phạm, giải tán biểu tình, bạo loạn; phòng, chống dịch bệnh nguy hiểm ở những khu vực có nguy cơ lây nhiễm cao; cứu sập, cứu hộ, cứu nạn, chữa cháy, khắc phục sự cố, thảm họa ở khu vực nguy hiểm đến tính mạng (Điều 5); đây là những nhiệm vụ có yêu cầu cao, tính chất phức tạp, phải huy động kịp thời, hoạt động không kể ngày, đêm, thường xảy ra trên địa bàn vùng sâu, vùng xa, biên giới, hải đảo, điều kiện môi trường khắc nghiệt, nguy hiểm, đặc biệt nguy hiểm, ảnh hưởng đến sức khỏe, tính mạng của “Dân quân thường trực”; thời gian thực hiện nghĩa vụ “Dân quân thường trực” là 02 năm (khoản 2 Điều 8). Luật Dân quân tự vệ quy định “Dân quân thường trực” được hưởng chế độ bảo hiểm xã hội (BHXH), BHYT như hạ sĩ quan, binh sĩ Quân đội nhân dân Việt Nam đang tại ngũ (điểm c khoản 1 Điều 34), để bảo đảm tính tương quan giữa các lực lượng có tính chất hoạt động tương đồng.  (2) Thực tế tại các địa phương, đối tượng “Dân quân thường trực” đang được hưởng các chế độ chính sách như hạ sĩ quan, binh sĩ Quân đội nhân dân Việt Nam đang tại ngũ, nhưng “thân nhân của Dân quân thường trực” chưa được hưởng BHYT như thân nhân của hạ sỹ quan, binh sỹ đang tại ngũ trong Quân đội nhân dân Việt Nam.  (3) Hiện nay, toàn quốc có khoảng 82.000 người là “thân nhân của Dân quân thường trực”, trong đó có khoảng 30% thân nhân đã tham gia BHYT theo các nhóm đối tượng khác; hiện tại còn khoảng 70% “thân nhân của Dân quân thường trực” chưa tham gia BHYT và cần được ngân sách nhà nước hỗ trợ với tổng số khoảng 57.000 người. Với mức hỗ trợ 100%, mức đóng tối đa là 6% của mức lương cơ sở hiện nay là 2.340.000 đồng, nếu được hỗ trợ thì dự kiến ngân sách bảo đảm để chi trả tối đa cho đối tượng này khoảng 96 tỷ đồng/năm.  (4) Theo quy định tại Khoản 7 Điều 12 Luật số 51/2024/QH15:  *“Chính phủ quy định đối tượng khác ngoài đối tượng quy định tại các khoản 1, 2, 3, 4, 5 và 6 Điều này, bao gồm:*  *a) Đối tượng tham gia bảo hiểm y tế được pháp luật quy định trước ngày 01/01/2025;*  *b) Đối tượng khác ngoài đối tượng quy định tại điểm a khoản này sau khi báo cáo Ủy ban Thường vụ Quốc hội”.*  “Thân nhân của Dân quân thường trực” là đối tượng mới chưa được quy định ở các văn bản quy phạm pháp luật hiện hành. Để bảo đảm cho “thân nhân của Dân quân thường trực” được hưởng chế độ BHYT như thân nhân của hạ sĩ quan, binh sĩ, cần báo cáo Chính phủ xin ý kiến Ủy ban Thường vụ Quốc hội cho phép đưa đối tượng “thân nhân của Dân quân thường trực”được tham gia vào nhóm do ngân sách Nhà nước đóng BHYT vào dự thảo Nghị định quy định chi tiết và hướng dẫn biện pháp thi hành một số điều của Luật BHYT để bảo đảm tính thống nhất, tương đồng với quy định của pháp luật về nghĩa vụ quân sự và tạo động lực cho “Dân quân thường trực” thực hiện tốt hơn nữa nhiệm vụ được giao. | Tiếp thu, giải trình: Trong quá trình xây dựng Luật, nôi dung bổ sung thêm đối tượng **“thân nhân của Dân quân thường trực”** đã được đề xuất nhiều lần tuy nhiên chưa được Quốc hội thông qua. Vì vậy, việc bổ sung thêm đối tượng này sẽ tiếp tục được xin ý kiến thường vụ quốc hội để đề nghị bổ sung. Tuy nhiên tại Nghị định này để bảo đảm tiến độ ban hành, hiện nay chưa bổ sung đối tượng này. |
| **Điều 4. Mức đóng và trách nhiệm đóng bảo hiểm y tế**  1. Mức đóng do người sử dụng lao động đóng hoặc người lao động đóng hoặc cùng đóng được quy định như sau  a) Mức đóng hằng tháng của đối tượng quy định tại các điểm a, c, d và e khoản 1 Điều 12 của Luật 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; | **Bộ Nội vụ** | Điểm a, đ khoản 1 và điểm a khoản 3 sử dụng khái niệm “tiền lương tháng”; Điểm b, c khoản 1 sử dụng khái niệm “tiền lương tháng làm căn cứ đóng bảo hiểm xã hội bắt buộc”. Tuy nhiên, Điều 31 Luật Bảo hiểm xã hội số 41/2024/QH15 quy định căn cứ đóng bảo hiểm xã hội là “tiền lương làm căn cứ đóng bảo hiểm xã hội bắt buộc”.  Do vậy, đề nghị xem xét, thống nhất sử dụng khái niệm “tiền lương tháng” (đã được giải thích tại Luật Sửa đổi, bổ sung một số điều của Luật Bảo hiểm y tế số 51/2024/QH15) hoặc “tiền lương làm căn cứ đóng bảo hiểm xã hội bắt buộc” theo đúng quy định tại Luật Bảo hiểm xã hội. | Giải trình: Nội dung quy định tại điểm a Khoản 1 Điều 4 là mức đóng hàng tháng do vậy quy định “tiền lương tháng làm căn cứ đóng bảo hiểm xã hội bắt buộc” là phù hợp với quy định tại Luật. |
|  | **SYT Long An** | - Khoản 1 Điều 4 bổ sung dấu “:” sau cụm từ “như sau”:  “1. Mức đóng do người sử dụng lao động đóng hoặc người lao động đóng hoặc cùng đóng được quy định như sau:” | Tiếp thu: Chỉnh sửa trong dự thảo Nghị định |
|  | **Bộ Văn hóa, Thể thao và Du lịch** | Tại điểm a, d khoản 1 Điều 4, cân nhắc quy định mức đóng hằng tháng bằng số phần trăm cụ thể, theo đó chỉnh sửa lại như sau: “…trong đó người sử dụng lao động đóng 3% và người lao động đóng 1,5%” | Giải trình: Nội dung này giữ nguyên theo quy định tại Nghị định 146 và không thay đổi bản chất về tỷ lệ đóng của các đối tượng. |
| b) 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; |  |  |  |
| c) 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; |  |  |  |
| d) 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; |  |  |  |
| đ) 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. Đối với đơn vị sử dụng ngân sách nhà nước thì do ngân sách nhà nước đảm bảo; 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; đối với doanh nghiệp thì sử dụng kinh phí của doanh nghiệp; |  |  |  |
| e) 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 do người sử dụng lao động của công nhân và viên chức quốc phòng đang phục vụ trong quân đội, thân nhân của công nhân công an đang công tác trong công an nhân dân đóng; |  |  |  |
| g) Mức đóng hằng tháng của đối tượng quy định tại khoản 5 Điều 3 Nghị định này bằng 4,5% mức lương cơ sở. Đối với đơn vị sử dụng ngân sách nhà nước thì do ngân sách nhà nước đảm bảo; 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; đối với doanh nghiệp thì sử dụng kinh phí của doanh nghiệp. |  |  |  |
| 2. Mức đóng do cơ quan bảo hiểm xã hội đóng  a) 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; |  |  |  |
| b) 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; |  |  |  |
| c) 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. |  |  |  |
| 3. Mức đóng do ngân sách nhà nước đóng và hỗ trợ mức đóng  a) 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; | **SYT Trà Vinh** | Đề nghị điều chỉnh tất cả các nội dung dự thảo có cụm từ *“mức lương cơ sở”* thành *“mức tham chiếu”* cho phù hợp với Luật BHYT. | Giải trình: Theo quy định tại điểm b khoản 5 Điều 3 của Luật Bảo hiểm y tế số 51/2024/NĐ-CP đã quy định mức tham chiếu quy đinh tại Luật này áp dụng theo mức lương cơ sở. Vì vây, để bảo đảm việc hướng dẫn cụ thể Nghị định này đã làm rõ căn cứ mức đóng của một số nhóm đối tượng là mức lương cơ sở. |
| b) Mức đóng hằng tháng của đối tượng quy định tại các điểm b, c, d, đ, e, g, h, i, k, l, m, o, p, q, r, s, t và u khoản 3 Điều 12 của Luật Bảo hiểm y tế và khoản 4 Điều 3 Nghị định này bằng 4,5% mức lương cơ sở và do ngân sách nhà nước đóng; | **SYT Trà Vinh** | b) Mức đóng hằng tháng của đối tượng quy định tại các điểm b, c, d, đ, e, g, h, i, k, l, m, o, p, q, r, s, t và u khoản 3 Điều 12 của Luật Bảo hiểm y tế và khoản 2, 3, 4 Điều 3 Nghị định này bằng 4,5% mức lương cơ sở và do ngân sách nhà nước đóng. | Tiếp thu: Bổ sung mức đóng và trách nhiệm đóng cho đối tượng tại khoản 2 Điều 3 Nghị định này (Đối tượng an toàn khu mức đóng bằng 4,5% mức lương cơ sở và do ngân sách nhà nước đóng); đối tượng quy định tại các khoản 3, 4 Nghị định này mức đóng bằng 4,5% mức lương cơ sở do đối tượng tự đóng và được ngân sách nhà nước hỗ trợ một phần mức đóng. |
|  | **SYT Sóc Trăng** | Đưa đối tượng Người dân các xã an toàn khu vào quy định tại điểm b, khoản 3, điều 4, thuộc nhóm được ngân sách nhà nước đóng 100%. Điểm b, khoản 3 điều 4 sau khi bổ sung viết lại như sau:“b) Mức đóng hằng tháng của đối tượng quy định tại các điểm b, c, d, đ, e, g, h, i, k, l, m, o, p, q, r, s, t và u khoản 3 Điều 12 của Luật Bảo hiểm y tế và **khoản 2,** khoản 4 Điều 3 Nghị định này bằng 4,5% mức lương cơ sở và do ngân sách nhà nước đóng”.Lý do: Thực tế hiện nay, người dân sống ở các xã an toàn khu hầu hết thuộc các xã vùng sâu, vùng xa, thu nhập chủ yếu từ sản xuất nông nghiệp. Mặc dù đời sống của họ có bước phát triển hơn so với trước, nhưng nhìn chung vẫn còn nhiều khó khăn | Tiếp thu: Chỉnh sửa trong dự thảo Nghị định |
|  | **Bộ Quốc phòng** | Tại khoản 3 Điều 4 dự thảo, nghiên cứu bỏ các đối tượng thuộc Bộ Quốc phòng quản lý (đối tượng quy định tại điểm a, b, c, d, đ khoản 3 Điều 12 Luật BHYT).  Lý do: Hiện nay, mức đóng, trách nhiệm đóng BHYT đối với các đối tượng quy định tại điểm a, b, c, d, đ khoản 3 Điều 12 Luật BHYT đang được quy định tại Nghị định số 70/2015/NĐ-CP ngày 01/9/2015 của Chính phủ quy định chi tiết và hướng dẫn thi hành một số điều của Luật BHYT đối với Quân đội nhân dân, Công an nhân dân và người làm công tác cơ yếu. Đồng thời, đang được sửa đổi, bổ sung tại dự thảo Nghị định sửa đổi, bổ sung một số điều của Nghị định số 70/2015/NĐ-CP (đang trình Chính phủ). | Tiếp thu: Chỉnh sửa trong dự thảo Nghị định |
| c) 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; |  |  |  |
| d) Mức đóng hằng tháng của đối tượng quy định tại khoản 4 Điều 12 của Luật Bảo hiểm y tế và các khoản 2, 3 Điều 3 Nghị định này bằng 4,5% mức lương cơ sở do đối tượng tự đóng và được ngân sách nhà nước hỗ trợ một phần mức đóng. | **SYT Lai Châu;**  **SYT Trà Vinh** | Đề nghị Bộ Y tế xem xét bỏ nội dung: và các khoản 2, 3 Điều 3 Nghị định này và sửa lại điểm d như sau:  d) 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.  Lý do: Tại khoản 3 quy định (Mức đóng do ngân sách nhà nước đóng và hỗ trợ mức đóng) đối với các đối tượng được ngân sách nhà nước đóng và hỗ trợ đóng, còn đối với các đối tượng do người sử dụng lao động đóng hoặc người lao động đóng hoặc cùng đóng và do cơ quan bảo hiểm xã hội đóng đã được quy định tại khoản 1, 2 Điều 3 dự thảo Nghị định. Do đó, nếu quy định thêm khoản 2, 3 Điều 3 vào khoản 3 là không phù hợp | Tiếp thu: Đã sửa đổi, bổ sung trong dự thảo Nghị định quy định mức đóng đối với đối tượng quy định tại các khoản 3, 4 Nghị định này mức đóng bằng 4,5% mức lương cơ sở do đối tượng tự đóng và được ngân sách nhà nước hỗ trợ một phần mức đóng. |
| 4. Mức đóng hằng tháng của đối tượng quy định tại khoản 5 Điều 12 của Luật Bảo hiểm y tế  a) 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. |  |  |  |
| b) 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: Người thứ nhất đóng bằng 4,5% mức lương cơ sở; người thứ hai, thứ ba, thứ tư đóng lần lượt bằng 70%, 60%, 50% mức đóng của người thứ nhất; từ người thứ năm trở đi đóng bằng 40% mức đóng của người thứ nhất. |  |  |  |
| 5. Mức hỗ trợ từ ngân sách nhà nước  a) 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: Tối thiểu 70% mức đóng bảo hiểm y tế đối với đối tượng quy định tại điểm a, g và i khoản 4 Điều 12 của Luật Bảo hiểm y tế. Đối với đối tượng quy định tại điểm g khoản 4 Điều 12 của Luật Bảo hiểm y tế, ngân sách nhà nước hỗ trợ trong thời gian 36 (ba mươi sáu) tháng kể từ thời điểm xã nơi đối tượng đang sinh sống không còn thuộc vùng có điều kiện kinh tế - xã hội khó khăn, đặc biệt khó khăn; Tối thiểu 50% mức đóng bảo hiểm y tế đối với đối tượng quy định tại điểm c, đ, e, h khoản 4 Điều 12 của Luật Bảo hiểm y tế và các khoản 2, 3 Điều 3 Nghị định này; hỗ trợ tối thiểu 30% mức đóng bảo hiểm y tế đối với đối tượng quy định tại điểm b, d khoản 4 Điều 12 của Luật Bảo hiểm y tế; | **UBND Kon Tum**  **SYT Lai Châu**  **UBND tỉnh Cao Bằng** | Tại điểm a khoản 5 Điều 4 dự thảo Nghị định, đề nghị bổ sung đối tượng học sinh, sinh viên vào đối tượng được hỗ trợ từ ngân sách nhà nước và điều chỉnh mức hỗ trợ đóng bảo hiểm y tế của đối tượng quy định tại điểm b và d khoản 4 Điều 12 của Luật Bảo hiểm y tế, cụ thể:  *“a) 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: Tối thiểu 70% mức đóng bảo hiểm y tế đối với đối tượng quy định tại điểm a, g và i khoản 4 Điều 12 của Luật Bảo hiểm y tế. Đối với đối tượng quy định tại điểm g khoản 4 Điều 12 của Luật Bảo hiểm y tế, ngân sách nhà nước hỗ trợ trong thời gian 36 (ba mươi sáu) tháng kể từ thời điểm xã nơi đối tượng đang sinh sống không còn thuộc vùng có điều kiện kinh tế - xã hội khó khăn, đặc biệt khó khăn; Tối thiểu 50% mức đóng bảo hiểm y tế đối với đối tượng quy định tại điểm b, c, d, đ, e, h khoản 4 Điều 12 của Luật Bảo hiểm y tế và các khoản 2, 3 Điều 3 Nghị định này; ~~hỗ trợ tối thiểu 30% mức đóng bảo hiểm y tế đối với đối tượng quy định tại điểm d khoản 4 Điều 12 của Luật Bảo hiểm y tế;~~”*.  Lý do:  - Theo quy định tại điểm b khoản 4 Điều 12 của Luật Bảo hiểm y tế thì đối tượng học sinh, sinh viên được ngân sách nhà nước hỗ trợ đóng và tại Nghị định 146/2018/NĐ-CP đối tượng học sinh, sinh viên hiện đang được ngân sách nhà nước hỗ trợ 30% mức đóng, nhưng tại dự thảo Nghị định bãi bỏ quy định này là không phù hợp.  - Đồng thời đề nghị nâng mức hỗ trợ đóng đối với đối tượng học sinh, sinh viên và người thuộc hộ nông, lâm ngư nghiệp có mức sống trung bình lên 50% để khuyến khích học sinh, sinh viên và người thuộc hộ nông, lâm ngư nghiệp có mức sống trung bình tham gia bảo hiểm y tế theo đối tượng học sinh, sinh viên và hộ nông, lâm ngư nghiệp có mức sống trung bình nhằm đảm bảo mức cá nhân tự đóng thấp hơn so với tham gia bảo hiểm y tế theo hộ gia đình khi được giảm trừ mức đóng từ người thứ 5 trở đi và để đảm bảo sự công bằng, phù hợp giữa các nhóm đối tượng và quy định của pháp luật.  Tại điểm a khoản 5 Điều 4 của dự thảo Nghị định đề xuất tiếp tục có cơ chế hỗ trợ như sau: Hỗ trợ 100% mức đóng BHYT đối với người thuộc hộ gia đình cận nghèo đang cư trú trên địa bàn các huyện nghèo theo quyết định của Thủ tướng Chính phủ và các văn bản khác của cơ quan có thẩm quyền; hỗ trợ tối thiểu 30% mức đóng BHYT đối với đối tượng quy định tại điểm b khoản 4 Điều 12 của Luật BHYT. Lý do: Tạo điều kiện hỗ trợ cho các địa phương còn khó khăn chưa tự cân đối được ngân sách (nhận trợ cấp từ ngân sách Trung ương trên 80%) như tỉnh Cao Bằng để các đối tượng đều đảm bảo được hưởng mức trợ cấp | Tiếp thu: Đã bổ sung đối tượng quy định tại điểm b khoản 4 Điều 12 vào nhóm đối tượng được ngân sách nhà nước hỗ trợ mức đóng bảo hiểm y tế.  Giải trình: Mức hỗ trợ được giữ 30% mức đóng bảo hiểm y tế cho nhóm đối tượng học sinh, sinh viên nhằm giữ ổn định chính sách và không gây tăng chi cho NSNN nhưng có quy định tại điểm b khoản này như sau:  *“b) 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 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 điểm a khoản này.”*  Giải trình: Mức hỗ trợ được giữ 70% mức đóng bảo hiểm y tế đối với người thuộc hộ gia đình cận nghèo đang cư trú trên địa bàn các huyện nghèo theo quyết định của Thủ tướng Chính phủ và các văn bản khác của cơ quan có thẩm quyền nhằm giữ ổn định chính sách và không gây tăng chi cho NSNN, nhưng có quy định tại điểm b khoản này như sau:  *“b) 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 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 điểm a khoản này.”* |
|  | **Bộ Tư pháp** | Điểm a khoản 5 Điều 4 dự thảo Nghị định quy định mức hỗ trợ từ ngân sách nhà nước, trong đó quy định các mức hỗ trợ khác nhau cho các đối tượng như: tối thiểu 70% mức đóng bảo hiểm y tế đối với đối tượng quy định tại điểm a, g và i khoản 4 Điều 12 của Luật Bảo hiểm y tế; đối với đối tượng quy định tại điểm g khoản 4 Điều 12 của Luật Bảo hiểm y tế, ngân sách nhà nước hỗ trợ trong thời gian 36 (ba mươi sáu) tháng kể từ thời điểm xã nơi đối tượng đang sinh sống không còn thuộc vùng có điều kiện kinh tế - xã hội khó khăn, đặc biệt khó khăn; tối thiểu 50% mức đóng bảo hiểm y tế đối với đối tượng quy định tại điểm c, đ, e, h khoản 4 Điều 12 của Luật Bảo hiểm y tế và các khoản 2, 3 Điều 3 Nghị định này; hỗ trợ tối thiểu 30% mức đóng bảo hiểm y tế đối với đối tượng quy định tại điểm d khoản 4 Điều 12 của Luật Bảo hiểm y tế.  Tuy nhiên, tại Tờ trình Chính phủ, cơ quan chủ trì soạn thảo chưa có đánh giá, làm rõ căn cứ, cơ sở của việc quy định các mức hỗ trợ khác nhau đối với các đối tượng này. Vì vậy, để có căn cứ, cơ sở trình Chính phủ xem xét, quyết định mức hỗ trợ từ ngân sách nhà nước, đề nghị cơ quan chủ trì soạn thảo làm rõ nội dung trên. | Tiếp thu: Làm rõ trong Tờ trình Chính phủ |
|  | **SYT Trà Vinh** | a) 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: Tối thiểu 70% mức đóng bảo hiểm y tế đối với đối tượng quy định tại điểm a, g và i khoản 4 Điều 12 của Luật Bảo hiểm y tế; Tối thiểu 50% mức đóng bảo hiểm y tế đối với đối tượng quy định tại điểm b, c, đ, e, h khoản 4 Điều 12 của Luật Bảo hiểm y tế; hỗ trợ tối thiểu 30% mức đóng bảo hiểm y tế đối với đối tượng quy định tại điểm d khoản 4 Điều 12 của Luật Bảo hiểm y tế; | Giải trình: Mức hỗ trợ được giữ 30% mức đóng bảo hiểm y tế cho nhóm đối tượng học sinh, sinh viên nhằm giữ ổn định chính sách và không gây tăng chi cho NSNN nhưng có quy định tại điểm b khoản này như sau:  *“b) 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 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 điểm a khoản này.”* |
|  | **SYT Vĩnh Long** | Đối với đối tượng quy định tại điểm g khoản 4 Điều 12 Luật Bảo hiểm y tế (Người dân tộc thiểu số đang sinh sống tại các xã được xác định không còn thuộc vùng có điều kiện kinh tế - xã hội khó khăn, đặc biệt khó khăn thì được ngân sách nhà nước hỗ trợ đóng bảo hiểm y tế theo quy định của Chính phủ). Đề nghị sửa lại “ngân sách nhà nước hỗ trợ trong thời gian 36 (ba mươi sáu) tháng kể từ ngày Nghị định có hiệu lực”. |  |
|  | **Bộ Quốc phòng;**  **SYT Vĩnh Long; SYT Hà Nội** | Tại điểm a khoản 5 Điều 4 dự thảo, đề nghị sửa đổi, bổ sung như sau:  *“a) Từ ngày Nghị định này có hiệu lực thi hành, ...; hỗ trợ tối thiểu 30% mức đóng bảo hiểm y tế đối với đối tượng quy định tại điểm* ***b*** *và d khoản 4 Điều 12 Luật Bảo hiểm y tế;”*  Lý do: Theo quy định tại điểm b khoản 4 Điều 12 Luật BHYT thì học sinh, sinh viên thuộc nhóm được ngân sách nhà nước hỗ trợ mức đóng. | Tiếp thu: Bổ sung học sinh, sinh viên vào nhóm đối tượng được ngân sách nhà nước hỗ trợ mức đóng trong dự thảo Nghị định. |
|  | **SYT Vĩnh Long** | Đối tượng khoản 2 Điều 3 Nghị định này (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 của Luật Bảo hiểm y tế) đề nghị điều chỉnh tăng mức ngân sách hỗ trợ là 100%. Hiện tại, các xã an toàn khu đang được hỗ trợ 100%; qua đó đã thể hiện sự quan tâm của Đảng, Nhà nước nhằm ghi nhận công lao đóng góp và sự tri ân đối với các đồng bào, các dân tộc trong các xã an toàn khu, vùng an toàn khu cách mạng đã có công nuôi dưỡng, đùm bọc cách mạng trong thời kỳ kháng chiến chống Pháp và chống Mỹ. |  |
| b) 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 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 điểm a khoản này. | **Bộ Tư pháp** | Điểm b khoản 5 Điều 1 dự thảo Nghị định quy định: “*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 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 điểm a khoản này*”. Theo quy định tại điểm h khoản 9 Điều 30 Luật Ngân sách nhà nước năm 2015, một trong các nhiệm vụ, quyền hạn của Hội đồng nhân dân cấp tỉnh là “*quyết định các chế độ chi ngân sách đối với một số nhiệm vụ chi có tính chất đặc thù ở địa phương* *ngoài các chế độ, tiêu chuẩn, định mức chi ngân sách do Chính phủ, Bộ trưởng Bộ Tài chính ban hành để thực hiện nhiệm vụ phát triển kinh tế - xã hội, bảo đảm trật tự, an toàn xã hội trên địa bàn, phù hợp với khả năng cân đối của ngân sách địa phương*”. Đồng thời, điểm đ khoản 1 Điều 15 Luật Tổ chức chính quyền địa phương năm 2025 quy định Hội đồng nhân dân cấp tỉnh có nhiệm vụ, quyền hạn: “*Quyết định cơ chế, chính sách, biện pháp để phát triển các lĩnh vực… y tế… theo quy định của pháp luật*”. Do đó, đề nghị cơ quan chủ trì soạn thảo làm rõ hơn trường hợp này Hội đồng nhân dân cấp tỉnh chỉ được quy định mức hỗ trợ cao hơn cho các đối tượng đã được quy định tại Nghị định này? Hay được quyết định bổ sung thêm đối tượng được hỗ trợ đóng bảo hiểm y tế ngoài các đối tượng quy định tại dự thảo Nghị định? | Tiếp thu: Đã sửa đổi, bổ sung trong dự thảo Nghị định. |
|  | **Bộ Quốc phòng** | a) Thống nhất dùng cụm từ *“tiền lương tháng làm căn cứ đóng bảo hiểm xã hội bắt buộc”* và *“mức tham chiếu”* trong dự thảo*.*  Lý do: Để đảm bảo đồng bộ với quy định tại khoản 9 Điều 2, khoản 2 Điều 3 và Điều 13 Luật số 51/2024/QH15. | Tiếp thu: Đã rà soát và sửa đổi, bổ sung trong dự thảo Nghị định. |
| **Điều 5. Lập danh sách cấp thẻ bảo hiểm y tế của một số đối tượng**  1. Trách nhiệm lập danh sách cấp thẻ bảo hiểm y tế được thực hiện theo quy định tại khoản 3 Điều 8 và khoản 1 Điều 17 của Luật Bảo hiểm y tế |  |  |  |
| 2. Đối với người đã hiến bộ phận cơ thể theo quy định của pháp luật, cơ quan bảo hiểm xã hội lập danh sách cấp thẻ bảo hiểm y tế căn cứ vào giấy ra viện do cơ sở khám bệnh, chữa bệnh nơi lấy bộ phận cơ thể của người hiến cấp. | **BV TW Huế** | 2. Đối với người đã hiến mô, bộ phận cơ thể theo quy định của pháp luật, cơ quan bảo hiểm xã hội lập danh sách cấp thẻ bảo hiểm y tế căn cứ vào giấy ra viện do cơ sở khám bệnh, chữa bệnh nơi lấy mô, bộ phận cơ thể của người hiến cấp.”  Góp ý theo Luật Hiến, lấy, Góp ghép mô, bộ phận cơ thể người và hiến, lấy xác | Giải trình: Đối tượng người đã hiến bộ phận cơ thể người theo quy định của pháp luật đang được quy định tại điểm m khoản 3 Điều 12 của Luật Bảo hiểm y tế. |
| 3. Đối với các đối tượng theo quy định tại các khoản 2, 3 và 4 Điều 3 Nghị định này, Ủy ban nhân dân cấp xã có trách nhiệm lập danh sách cấp thẻ bảo hiểm y tế. |  |  |  |
| 4. Đối với đối tượng quy định tại khoản 5 Điều 3 Nghị định này, người sử dụng lao động có trách nhiệm lập danh sách cấp thẻ bảo hiểm y tế.  5. Danh sách đối tượng tham gia bảo hiểm y tế được lập theo mẫu quy định tại phụ lục ban hành kèm theo Nghị định này. |  |  |  |
| **Điều 6. Thông tin thẻ bảo hiểm y tế**  Thẻ bảo hiểm y tế do cơ quan bảo hiểm xã hội phát hành bằng bản giấy hoặc bản điện tử, bao gồm các thông tin sau:  1. Mã số bảo hiểm y tế. |  |  |  |
| 2. 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. | **SYT Bình Phước** | Đề nghị điều chỉnh thành: “*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*”.  Lý do: Thông tin thẻ Bảo hiểm y tế của người bệnh chỉ ghi “nơi cư trú” theo thông tin trên căn cước công dân/VNeID của người bệnh để thống nhất thông tin của người bệnh tại các giấy tờ liên quan quá trình khám chữa bệnh, điều trị của người bệnh tại cơ sở khám chữa bệnh (giấy ra viện, tóm tắt hồ sơ bệnh án, chứng nhận thương tích, chứng nhận phẫu thuật,...); người bệnh không phải quay lại cơ sở khám chữa bệnh để điều chỉnh thông tin các giấy tờ do cơ sở khám chữa bệnh cấp khi giải quyết các chế độ liên quan. | Tiếp thu: Chỉnh sửa dự thảo Nghị định. |
| 3. Mức hưởng bảo hiểm y tế theo đối tượng tham gia bảo hiểm y tế. |  |  |  |
| 4. Thời hạn sử dụng của thẻ bảo hiểm y tế. | **SYT Vĩnh Long** | Đề nghị giữ nguyên theo quy định trước đây (Nghị định 146/2018/NĐ-CP) là **“Thời điểm thẻ bảo hiểm y tế có giá trị sử dụng”** |  |
| 5. Nơi đăng ký khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế ban đầu. |  |  |  |
| 6. 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. |  |  |  |
|  | **SYT Quảng Trị** | Bổ sung thêm khoản tại Điều 6. Thông tin thẻ bảo hiểm y tế: Bổ sung nhóm đối tượng thuộc khu vực trên thông tin thẻ. | Giải trình: Mã số thẻ đã thể hiện được thông tin của nhóm đối tượng trên thẻ. |
|  | **BV Răng Hàm Mặt TW** | Đề xuất:  Trên thẻ giấy và điện tử cần ghi đầy đủ 15 ký tự để khi chưa kiểm tra được thông tin thẻ trên Hệ thống giám định bảo hiểm, các cơ sở y tế có thể nhập dữ liệu cho Bệnh nhân được hưởng quyền lợi BHYT.  Hiện nay trên thẻ bảo hiểm chỉ có thông tin thẻ có giá trị từ ngày, nên có thêm giá trị đến ngày để người bệnh có thẻ BHYT biết và chủ động mua thẻ trước khi hết hạn và các cơ sở y tế có thể nhập được dữ liệu khi chưa kiểm tra được thông tin thê BHYT trên Hệ thống giám định bảo hiểm. | Tiếp thu, giải trình: Hiện nay thông tin đầy đủ của thẻ BHYT đã được tích hợp trên hệ thống điện tử nên chỉ cần mã số thẻ sẽ tra cứu được đầy đủ thông tin. Đối với việc ghi thông tin trên thẻ giấy, sẽ tiếp tục thống nhất để quy định bảo đảm tính đầy đủ trong dự thảo Nghị định. |
| **Điều 7. Thủ tục cấp thẻ bảo hiểm y tế điện tử**  1. 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. Thẻ bảo hiểm y tế điện tử có các thông tin quy định tại Điều 6 Nghị định này và được mã hóa bằng QR Code. |  |  |  |
| 2. Cấp thẻ bảo hiểm y tế điện tử đối với trường hợp người tham gia bảo hiểm y tế lần đầu và trường hợp thay đổi thông tin thẻ bảo hiểm y tế:  a) Người tham gia bảo hiểm y tế hoặc cơ quan, tổ chức quản lý đối tượng kê khai đầy đủ thông tin trên Tờ khai tham gia bảo hiểm y tế theo mẫu quy định tại phụ lục ban hành kèm theo Nghị định này trên Cổng dịch vụ công của cơ quan bảo hiểm xã hội. |  |  |  |
| b) Cổng dịch vụ công của cơ quan bảo hiểm xã hội 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. |  |  |  |
| c) Trong thời hạn 05 ngày làm việc kể từ ngày nhận được đủ hồ sơ theo quy định tại điểm b khoản này, Cổng dịch vụ công của cơ quan bảo hiểm xã hội trả kết quả thẻ bảo hiểm y tế điện tử vào tài khoản định danh điện tử (VNeID) mức độ 2 của cá nhân 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 cầm tay (điện thoại thông minh, máy tính bảng…) được kết nối Internet để nhận thẻ bảo hiểm y tế điện tử. |  |  |  |
| 3. 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. |  |  |  |
| **Điều 8. Thủ tục cấp thẻ bảo hiểm y tế bản giấy**  1. 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. |  |  |  |
| 2. Cấp thẻ bảo hiểm y tế bản giấy đối với trường hợp người tham gia bảo hiểm y tế lần đầu và trường hợp thay đổi thông tin thẻ bảo hiểm y tế:  a) Người tham gia bảo hiểm y tế hoặc cơ quan, tổ chức quản lý đối tượng kê khai đầy đủ thông tin trên Tờ khai tham gia bảo hiểm y tế theo mẫu quy định tại phụ lục ban hành kèm theo Nghị định này tại bộ phận một cửa của cơ quan bảo hiểm xã hội cấp tỉnh hoặc cấp huyện. |  |  |  |
| b) Cán bộ tiếp nhận hồ sơ tại bộ phận một cửa của cơ quan bảo hiểm xã hội cấp tỉnh hoặc cấp huyện kiểm tra hồ sơ và cấp 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. |  |  |  |
| c) Trong thời hạn 05 ngày làm việc kể từ ngày nhận được đủ hồ sơ theo quy định tại điểm b 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. |  |  |  |
| **Điều 9. Thời hạn thẻ bảo hiểm y tế có giá trị sử dụng**  Thời điểm thẻ bảo hiểm y tế có giá trị sử dụng kể từ ngày đóng bảo hiểm y tế, cụ thể như sau:  1. Đối với đối tượng quy định tại điểm d khoản 2 Điều 12 của Luật Bảo hiểm y tế: 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: từ ngày sinh đến hết ngày 30 tháng 9 của năm trẻ đủ 72 tháng tuổi;  b) Trường hợp trẻ sinh sau ngày 30 tháng 9: từ ngày sinh 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: từ ngày được hưởng trợ cấp xã hội tại quyết định của Ủy ban nhân dân cấp huyện. | **UBND Lào Cai**  **SYT Tuyên Quang** | Tại khoản 3, Điều 9 về thời hạn thẻ bảo hiểm y tế có giá trị sử dụng: “Đối với đối tượng quy định tại điểm r khoản 3 Điều 12 của Luật Bảo hiểm y tế: từ ngày được hưởng trợ cấp xã hội tại quyết định của Ủy ban nhân dân cấp huyện” đề nghị sửa cụm từ “của Ủy ban nhân dân cấp huyện” thành “của cơ quan nhà nước có thẩm quyền”.  Lý do: Để phù hợp với Kết luận số 127-KL/TW ngày 28/2/2025 của Bộ chính trị, Ban Bí thư về triển khai nghiên cứu, đề xuất tiếp tục sắp xếp tổ chức bộ máy của hệ thống chính trị trong đó nghiên cứu không tổ chức cấp huyện  Đề nghị sửa thành cơ quan nhà nước có thẩm quyền cho phù hợp theo lộ trình không thực hiện UBND Cấp huyện. | Tiếp thu: Đã rà soát, chỉnh sửa trong dự thảo Nghị định.  Tiếp thu: Đã rà soát, chỉnh sửa trong dự thảo Nghị định. |
| 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: 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 m khoản 3 Điều 12 của Luật Bảo hiểm y tế: Ngay sau khi hiến bộ phận cơ thể. |  |  |  |
| 6. Đối với đối tượng quy định tại điểm h khoản 4 Điều 12 của Luật Bảo hiểm y tế: từ ngày được xác định tại Quyết định phê duyệt danh sách của cơ quan nhà nước có thẩm quyền. |  |  |  |
| 7. Đối tượng quy định tại điểm b khoản 4 Điều 12 của Luật Bảo hiểm y tế là học sinh của cơ sở giáo dục phổ thông đóng bảo hiểm y tế hàng năm:  a) Học sinh lớp 1: Từ ngày 01 tháng 10 năm đầu tiên của cấp tiểu học;  b) Học sinh lớp 12: Từ ngày 01 tháng 01 đến hết ngày 30 tháng 9 của năm đó. | **SYT Cần Thơ** | b) Học sinh lớp 12: Từ ngày 01 tháng 10 đến hết ngày 30 tháng 9 của năm sau. | **Giải trình**: Thẻ BHYT đối với học sinh lớp 12 được quy định từ ngày 01 tháng 01 đến hết ngày 30 tháng 9 của năm đó. Quy định này giữ nguyên theo quy định tại Nghị định 156/2018/NĐ-CP, đã bảo đảm thời hạn thẻ đủ khoản thời gian học sinh lớp 12 tốt nghiệp và ra trường. |
| 8. Đối tượng quy định tại điểm b khoản 4 Điều 12 của Luật Bảo hiểm y tế là học sinh, sinh viên của cơ sở giáo dục đại học, cơ sở giáo dục nghề nghiệp đóng bảo hiểm y tế hằng năm, trong đó:  a) Học sinh, sinh viên năm thứ nhất của khóa học: Từ ngày nhập học; trường hợp thẻ của học sinh lớp 12 đang còn giá trị sử dụng sau ngày nhập học thì đóng từ ngày thẻ bảo hiểm y tế hết hạn;  b) Học sinh, sinh viên năm cuối của khóa học: Từ ngày 01 tháng 01 đến ngày cuối của tháng kết thúc khóa học. |  |  |  |
| 9. Đối tượng khác, thẻ bảo hiểm y tế có giá trị sử dụng từ ngày người tham gia đóng bảo hiểm y tế. | **SYT Lai Châu** | Đề nghị: cần quy định cụ thể hơn đối với các “Đối tượng khác” còn lại được quy định về “thời điểm thẻ BHYT có giá trị sử dụng kể từ ngày đóng”.  Lý do: Để phân biệt với người tham gia BHYT theo quy định tại khoản 4 và khoản 5 Điều 12 Luật BHYT mà lần đầu tiên tham gia BHYT hoặc đã tham gia BHYT theo một trong các đối tượng quy định tại Điều 12 của Luật BHYT nhưng không liên tục từ 90 ngày trở lên thì thẻ BHYT có giá trị sử dụng sau 30 ngày kể từ ngày đóng đủ BHYT (quy định tại điểm b, khoản 14 Điều 1 Luật số 51/2024/QH15 sửa đổi, bổ sung một số điều của Luật BHYT); để phù hợp với nội dung quy định tại Luật BHYT | **Tiếp thu:** Rà soát, chỉnh sửa, bổ sung vào nội dung về thời điểm thẻ có giá trị sử dụng của các nhóm đối tượng khác tại dự thảo Nghị định: “trừ các đối tượng quy định tại điểm c, khoản 3 Điều 16 của Luật Bảo hiểm y tế”. |
|  | **UBND tỉnh Cao Bằng; SYT Trà Vinh** | Đề nghị xem xét, bổ sung tại Điều 9 dự thảo Nghị định quy định đối với người tham gia BHYT theo quy định tại khoản 4 và khoản 5 Điều 12 của Luật BHYT mà lần đầu tiên tham gia BHYT hoặc đã tham gia BHYT theo một trong các đối tượng khác nhưng không liên tục từ 90 ngày trở lên thì thẻ BHYT có giá trị sử dụng sau 30 ngày kể từ ngày đóng đủ BHYT.  Lý do: để phù hợp với quy định tại điểm b khoản 14 Điều 1 Luật Sửa đổi, bổ sung một số điều của Luật BHYT. | **Tiếp thu:** Rà soát, chỉnh sửa, bổ sung vào nội dung về thời điểm thẻ có giá trị sử dụng của các nhóm đối tượng khác tại dự thảo Nghị định: “trừ các đối tượng quy định tại điểm c, khoản 3 Điều 16 của Luật Bảo hiểm y tế”. |
|  | **UBND Kon Tum** | Bổ sung khoản 10 vào Điều 9 dự thảo Nghị định như sau:  “10. Thẻ bảo hiểm y tế không có giá trị sử dụng trong trường hợp người sử dụng lao động chậm đóng bảo hiểm y tế quá thời hạn quy định tại khoản 1, 2 Điều 15 của Luật Bảo hiểm y tế.”  Lý do: Tại khoản 1, 2 Điều 15 Luật Bảo hiểm y tế quy định:  “1. Hằng tháng, người sử dụng lao động đóng bảo hiểm y tế cho người lao động và trích tiền đóng bảo hiểm y tế từ tiền lương của người lao động để nộp cùng một lúc vào quỹ bảo hiểm y tế.  2. Đối với các doanh nghiệp thuộc lĩnh vực nông nghiệp, lâm nghiệp, ngư nghiệp, diêm nghiệp không trả lương theo tháng thì định kỳ 3 tháng hoặc 6 tháng một lần, 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.”. | **Giải trình:** Dự thảo Nghị định đã quy định thẻ bảo hiểm y tế có giá trị sử dụng từ ngày người tham gia đóng bảo hiểm y tế. Trường hợp chậm đóng, trốn đóng thì thẻ BHYT không còn giá trị sử dụng. |
|  | **SYT Hà Nội** | Đề nghị bổ sung nội dung: “Giá trị sử dụng của thẻ tương ứng với số tiền đóng bảo hiểm y tế theo quy định”. Lý do: nhằm xác định rõ số tiền đóng bảo hiểm y tế đối với các đối tượng đóng bảo hiểm y tế không đủ 12 tháng như học sinh lớp 12 và sinh viên đại học năm cuối. |  |
|  | **SYT Long An** | Đối tượng khác, thẻ bảo hiểm y tế có giá trị sử dụng từ ngày người tham gia đóng bảo hiểm y tế tương ứng số tiền đóng theo quy định |  |
|  | **Viện Y học biển** | Nên chia rõ nhóm tự đóng BHYT:  - Với trường hợp tái tục: Thẻ BHYT sẽ có giá trị sử dụng từ ngày người tham gia đóng BHYT.  - Với trường hợp mua mới: Thẻ BHYT sẽ có giá trị sử dụng sau 30 ngày kể từ ngày người tham gia đóng BHYT. |  |
| **Điều 10. Phạm vi hưởng về chi phí vận chuyển người bệnh**  1. Người tham gia bảo hiểm y tế thuộc đối tượng quy định tại các 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 chi phí vận chuyển. | **Bộ Quốc phòng** | Tại khoản 1 Điều 10 dự thảo, đề nghị bổ sung thêm đối tượng thuộc Bộ Quốc phòng quản lý (các đối tượng tại điểm a, b, c, d, đ khoản 3 Điều 12 Luật BHYT), khoản 1 được viết lại như sau:  *“1. Người tham gia bảo hiểm y tế thuộc các đối tượng quy định tại các điểm* ***a, b, c, d, đ,*** *e, h, i, o và r khoản 3 Điều 12 của Luật Bảo hiểm y tế trong trường hợp ….”*  Lý do: Phù hợp với quy định tại điểm d khoản 1 Điều 1 Nghị định này và để bảo đảm việc thanh toán chi phí vận chuyển cho các đối tượng thuộc Bộ Quốc phòng, Bộ Công an tại các cơ sở KBCB ngoài Quân đội. Đồng thời là cơ sở tham chiếu đối với Nghị định sửa đổi, bổ sung Nghị định số 70/2015/NĐ-CP. | Tiếp thu: Bổ sung trong dự thảo Nghị định. |
|  | **Cục HT&TBYT** | Tại Khoản 1 Điều 10: Cần làm rõ trường hợp người bệnh đang điều trị nội trú ở tuyến trên được chuyển về tuyến dưới tiếp tục điều trị thì có được thanh toán chi phí vận chuyển hay không? |  |
| 2. Việc thanh toán được xác định như sau:  a) Căn cứ khoảng cách thực tế giữa hai cơ sở khám bệnh, chữa bệnh; | **SYT Bắc Giang;**  **BV Chợ Rẫy;**  **SYT Đồng Tháp** | Đề nghị bổ sung căn cứ cụ thể để tính khoảng cách giữa 02 cơ sở y tế hoặc quy định rõ cơ quan quản lý có thẩm quyền trên địa bàn nào của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh vận chuyển người bệnh có trách nhiệm công bố khoảng cách giữa các cơ sở y tế. | **Giải trình:** Khoảng cách thực tế tức là khoảng cách giữa 02 địa chỉ của cơ sở khám bệnh chữa bệnh nơi chuyển đi và nơi chuyển đến. |
| b) Mức thanh toán là 0,2 lít xăng RON92 cho 01 km và không áp dụng tỷ lệ mức hưởng theo quy định tại Điều 22 của Luật Bảo hiểm y tế. Đơn giá xăng RON92 theo công bố của cơ quan quản lý có thẩm quyền trên địa bàn của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh vận chuyển người bệnh tại thời điểm (giờ) vận chuyển người bệnh đi được ghi trên giấy chuyển cơ sở khám bệnh, chữa bệnh. | **UBND Lào Cai**  **SYT Cần Thơ** | Đề nghị điều chỉnh thành “Mức thanh toán là 0,2 lít nhiên liêu sử dụng thực tế cho 01 km”. Lý do: nếu cơ sở sử dụng xăng, dầu mà chỉ thanh toán giá theo giá xăng RON92 phần chi phí chênh lệch xăng RON92 và RON95, dầu cơ sở không có tiền để bù vào phần chi phí chênh lệch đó và cũng rất khó tính được mức tiêu hao nhiên liệu chênh giữa RON 95, dầu và RON 92 để quy ra tiền khi vận chuyển người bệnh đến cơ sở khác để thu của người bệnh.  b) Mức thanh toán là 0,2 lít xăng RON92 hoặc RON95 cho 01 km. | **Giải trình:** Nội dung về mức thanh toán chi phí vận chuyển đã được chỉnh sửa tại Nghị định. Tuy nhiên, mức thanh toán theo 0,2 lít xăng RON92 cho 01 km nhằm bảo đảm sự ổn định và đồng nhất mức thanh toán cho các phương tiện khác nhau.  Giải trình: Mức thanh toán theo 0,2 lít xăng RON92 cho 01 km nhằm bảo đảm sự ổn định và đồng nhất mức thanh toán cho các phương tiện khác nhau. |
|  | **SYT Bà Rịa - Vũng Tàu** | Mức thanh toán là 0,2 lít xăng/km, chi phí vận chuyển người bệnh được quỹ bảo hiểm y tế thanh toán chỉ là chi phí nhiên liệu. Kính đề nghị Bộ Y tế xem xét bổ sung thêm các chi phí liên quan khác trong việc sử dụng phương tiện vận chuyển và nhân lực. | **Tiếp thu:** Đã quy định nội dung thanh toán chi phí thuốc và thiết bị y tế phát sinh trong quá trình vận chuyển người bệnh trong dự thảo Nghị định. |
|  | **SYT Hà Nội** | “*Đơn giá xăng RON92* ***được áp dụng*** *theo công bố của cơ quan quản lý có thẩm quyền trên địa bàn của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh vận chuyển người bệnh tại thời điểm (giờ) vận chuyển người bệnh đi được ghi trên giấy chuyển cơ sở khám bệnh, chữa bệnh.”. Lý do:* Việc xác định đơn giá xăng lại biến động theo giờ và phải do cơ quan quản lý có thẩm quyền trên địa bàn công bố là rất vướng mắc và khó khả thi. | Tiếp thu: Đã sửa đổi, bổ sung trong dự thảo Nghị định. |
|  | **Bộ Văn hóa, Thể thao và Du lịch** | Tại điểm b khoản 2 Điều 10, cân nhắc quy định kinh phí hỗ trợ nhiên liệu là xăng, dầu hoặc điện năng (đối với xe điện) để thống nhất với quy định tại khoản 3 Điều 10 | Giải trình: Mức thanh toán theo 0,2 lít xăng RON92 cho 01 km nhằm bảo đảm sự ổn định và đồng nhất mức thanh toán cho các phương tiện khác nhau. |
|  | **Viện Y học Biển** | Đề nghị thanh toán chi phí vận chuyển theo số km x đơn giá tính đủ yếu tố chi phí (bao gồm cả tiêu hao nhiên liệu, nhân công, chỉ phí bảo dưỡng, sửa chữa, khấu hao xe...). Cách tính hiện nay chỉ tỉnh mỗi xăng xe theo mức khoản là không đủ chỉ phí. Đồng thời quy định cách tính khoảng cách thực tế giữa hai cơ sở khám bệnh, chữa bệnh để làm căn cứ quyết toán với cơ quan BHXH | Giải trình: Mức thanh toán theo 0,2 lít xăng RON92 cho 01 km nhằm bảo đảm sự ổn định và đồng nhất mức thanh toán cho các phương tiện khác nhau. |
| 3. Trường hợp cơ sở khám bệnh, chữa bệnh cung cấp dịch vụ vận chuyển chuyển người bệnh, quỹ bảo hiểm y tế thanh toán như sau:  a) Thanh toán chi phí vận chuyển cả chiều đi và về cho cơ sở khám bệnh, chữa bệnh nơi chuyển người bệnh theo đơn giá trên hóa đơn mua xăng hoặc dầu căn cứ theo loại xăng hoặc dầu thực tế tiêu thụ của phương tiện vận chuyển người bệnh nhưng không cao hơn mức giá xăng thanh toán quy định tại điểm b khoản 2 Điều này. | **SYT Nghệ An** | a) Thanh toán chi phí vận chuyển cả chiều đi và về cho cơ sở khám bệnh, chữa bệnh nơi chuyển người bệnh theo đơn giá trên hóa đơn mua xăng hoặc dầu căn cứ theo loại xăng hoặc dầu thực tế tiêu thụ của phương tiện vận chuyển người bệnh nhưng không cao hơn mức giá xăng thanh toán quy định tại điểm b khoản 2 Điều này."  Ý kiến góp ý: Mức thanh toán là 0,2 lít xăng/km, chi phí vận chuyển được quỹ bảo hiểm y tế thanh toán chỉ là chi phí nhiên liệu chưa bao gồm các chi phí khác (Chi phí bảo dưỡng, thay thế phụ tùng, hao mòn, đăng kiểm, phí bảo trì đường bộ, bảo hiểm xe, trang thiết bị y tế, nhân viên y tế hộ tống…đối với xe cứu thương). Cơ chế thanh toán này chưa phản ánh đầy đủ chi phí thực tế mà cơ sở KCB phải trả, từ đó gây khó khăn trong công việc vận hành hệ thống xe vận chuyển người bệnh và đảm bảo chất lượng dịch vụ vận chuyển bệnh nhân.  Đề xuất: Bộ Y tế xem xét, xây dựng chi phí vận chuyển dựa trên các chi phí nêu để đảm bảo quyền lợi của người tham gia bảo hiểm y tế, cơ sở khám bệnh, chữa bệnh | **Giải trình:** Nội dung về mức thanh toán chi phí vận chuyển đã được chỉnh sửa tại Nghị định. Tuy nhiên, mức thanh toán theo 0,2 lít xăng RON92 cho 01 km nhằm bảo đảm sự ổn định và đồng nhất mức thanh toán cho các phương tiện khác nhau. |
|  | **SYT Hà Nội** | “Thanh toán chi phí vận chuyển cả chiều đi và về cho cơ sở khám bệnh, chữa bệnh nơi chuyển người bệnh theo đơn giá trên hóa đơn mua xăng hoặc dầu căn cứ theo loại xăng hoặc dầu thực tế tiêu thụ của phương tiện vận chuyển người bệnh nhưng không cao hơn mức giá xăng thanh toán quy định tại điểm b khoản 2 Điều này” là rất khó khả thi và chưa thực tế. Ví dụ: tại thời điểm mua xăng dầu có hóa đơn không phải thời điểm vận chuyển người bệnh theo Khoản 2 Điều 10 quy định | Tiếp thu: Đã quy định lại theo mức thanh toán, không căn cứ và yêu cầu về hóa đơn mua xăng, dầu hay nhiên liệu khác. |
|  | **BV Bạch Mai** | Thanh toán chi phí vận chuyển cả chiều đi và về cho cơ sở khám bệnh, chữa bệnh nơi chuyển người bệnh theo đơn giá trên hóa đơn mua xăng hoặc dầu căn cứ theo loại xăng hoặc dầu thực tế tiêu thụ của phương tiện vận chuyển người bệnh  Bỏ cụm từ “nhưng không cao hơn mức giá xăng thanh toán quy định tại điểm b khoản 2 Điều này”.  Lý do: Một số trường hợp khoảng cách vận chuyển xa, phải mua thêm xăng dầu trong quá trình vận chuyển. Khi đó giá mua xăng dầu thực tế có thể cao hơn mức giá xăng thanh toán quy định tại điểm b khoản 2. | Tiếp thu: Đã quy định lại theo mức thanh toán, không căn cứ và yêu cầu về hóa đơn mua xăng, dầu hay nhiên liệu khác. |
| b) Trường hợp phương tiện vận chuyển người bệnh không sử dụng xăng, dầu thì áp dụng mức thanh toán khoán theo định mức xăng RON92 quy định tại điểm b khoản 2 Điều này. | **SYT Hà Nội** | Đề nghị sửa đổi như sau: “Trường hợp phương tiện vận chuyển người bệnh không sử dụng xăng, dầu thì áp dụng mức thanh toán khoán theo định mức xăng RON92 quy định tại điểm b khoản 2 Điều này **cả chiều đi và về cho cơ sở khám bệnh, chữa bệnh nơi chuyển người bệnh**” | Tiếp thu: Đã rà soát và sửa trong dự thảo Nghị định. |
| c) Trường hợp có nhiều hơn 01 (một) người bệnh cùng được vận chuyển trên một phương tiện thì mức thanh toán cũng chỉ được tính như đối với vận chuyển 01 người bệnh. | **SYT Bình Định** | c) Cơ sở khám bệnh, chữa bệnh nơi tiếp nhận người bệnh tổng hợp chi phí thanh toán với quan bảo hiểm xã hội và hoàn trả chi phí cho người bệnh."  Ý kiến góp ý: việc hoàn trả chi phí vận chuyển cho người bệnh cần kịp thời, thuận tiện tránh để người dân sau khi ra viện một thời gian dài mới được thanh toán chi phí vận chuyển.  Đề xuất sửa đổi: Cơ sở khám bệnh, chữa bệnh nơi tiếp nhận người bệnh có trách nhiệm thanh toán chi phí vận chuyển trực tiếp cho người bệnh sau khi kết thúc đợt điều trị, sau đó thanh toán với cơ quan bảo hiểm xã hội. | **Tiếp thu:** Đã bổ sung nội dung trong dự thảo Nghị định *“Cơ sở khám bệnh, chữa bệnh nơi tiếp nhận người bệnh có trách nhiệm thanh toán chi phí vận chuyển trực tiếp cho người bệnh sau khi kết thúc đợt điều trị, sau đó thanh toán với cơ quan bảo hiểm xã hội”.* |
|  | **SYT Hà Nội** | Đề nghị bỏ quy định này do rất khó để xác định tại thời điểm đó trên xe vận chuyển 1 hay nhiều bệnh nhân.  Mặt khác chi phí vận chuyển không chỉ mỗi chi phí nhiên liệu mà con hư hao phương tiện, nhân công (lái xe, nhân viên y tế…)  Do đó, đề nghị tính đúng tính đủ chi phí vận chuyển cho 1 km để các đơn vị mã hóa phần mềm đẩy cổng BHYT thanh toán như chi phí khám chữa bệnh. | **Giải trình:** Việc cơ sở KCB vận chuyển 01 hay nhiều bệnh nhân cần được quy định cụ thể để tránh việc vận chuyển đồng thời nhiều người bệnh trong cùng 01 chuyến xe nhưng thanh toán cho chuyến xe vận chuyển.  Việc thanh toán chi phí vận chuyển là thanh toán theo khoán để thuận tiện trong quá trình mã hóa và thanh toán. |
| d) Cơ sở khám bệnh, chữa bệnh chỉ định chuyển người bệnh có trách nhiệm tổng hợp toàn bộ chi phí này và thanh toán với cơ quan bảo hiểm xã hội. Đại diện cơ sở khám bệnh, chữa bệnh tiếp nhận người bệnh ký xác nhận trên phiếu điều xe của cơ sở chuyển người bệnh đi; | **SYT Quảng Trị**  **SYT Bình Định** | Điều chỉnh điểm d khoản 3 Điều 10: “Cơ sở khám bệnh, chữa bệnh chỉ định chuyển người bệnh có trách nhiệm tổng hợp toàn bộ chi phí này và thanh toán với cơ quan bảo hiểm xã hội. Đại diện cơ sở khám bệnh, chữa bệnh tiếp nhận người bệnh ký xác nhận trên phiếu điều xe của cơ sở chuyển người bệnh đi”. Bổ sung người nhà bệnh nhân hoặc người đại diện có quyền ký xác nhận trên phiếu điều xe.  d) Cơ sở khám bệnh, chữa bệnh chỉ định chuyển người bệnh có trách nhiệm tổng hợp toàn bộ chi phí này và thanh toán với cơ quan bảo hiểm xã hội. Đại diện cơ sở khám bệnh, chữa bệnh tiếp nhận người bệnh ký xác nhận trên phiếu điều xe của cơ sở chuyển người bệnh đi;"  Ý kiến góp ý: “ Đại diện cơ sở khám bệnh, chữa bệnh” được hiểu là Ban Lãnh đạo bệnh viện, như vậy sẽ gây khó khăn và bất cập cho cơ sở khám bệnh, chữa bệnh trong thực hiện thủ tục hành chính.  Đề xuất sửa đổi: Cơ sở khám bệnh, chữa bệnh chỉ định chuyển người bệnh có trách nhiệm tổng hợp toàn bộ chi phí này và thanh toán với cơ quan bảo hiểm xã hội. Nhân viên y tế của bộ phận tiếp nhận người bệnh ban đầu tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh tiếp nhận người bệnh ký xác nhận trên phiếu điều xe của cơ sở chuyển người bệnh đi | **Giải trình:** Dự thảo Nghị định chỉ quy định đại diện cơ sở khám bệnh, chữa bệnh tiếp nhận người bệnh ký xác nhận trên phiếu điều xe của cơ sở chuyển người bệnh đi không tạo thêm giảm thủ tục hành chính, giảm phiền hà cho người bệnh.  **Tiếp thu:** Đã rà soát, chỉnh sửa dự thảo Nghị định: *“Nhân viên y tế của bộ phận tiếp nhận người bệnh tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh nơi người bệnh chuyển đến ký xác nhận trên phiếu điều xe của cơ sở chuyển người bệnh đi.”.* |
|  | **SYT Đồng Nai** | Chưa có hướng dẫn mã hóa dữ liệu chi phí vận chuyển người bệnh theo quy định mới.  Hướng dẫn chi tiết để được thanh toán. | **Giải trình:** Hướng dẫn mã hóa chi phí vẫn chuyển sẽ được ban hành trong quyết định của Bộ trưởng Bộ Y tế. |
| 4. Trường hợp người bệnh tự túc phương tiện vận chuyển, quỹ bảo hiểm y tế thanh toán như sau:  a) Thanh toán chi phí vận chuyển một chiều (chiều đi) theo hình thức khoán cho cơ sở khám bệnh chữa bệnh nơi tiếp nhận người bệnh theo mức thanh toán quy định tại điểm b khoản 2 Điều này; | **SYT Yên Bái** | Đề nghị sửa thành: “*Thanh toán chi phí vận chuyển một chiều (chiều đi) theo hình thức cơ quan bảo hiểm xã hội thanh toán trực tiếp cho người bệnh theo mức thanh toán quy định tại điểm b khoản 2 Điều này”*; | Giải trình: Quy định thanh toán cho cơ sở khám bệnh chữa bệnh nơi tiếp nhận người bệnh, rồi thanh toán lại cho người bệnh để thuận tiện cho người bệnh không phải làm các thủ tục thanh toán trực tiếp với cơ quan BHXH. |
| b) Cơ sở khám bệnh, chữa bệnh chỉ định chuyển người bệnh có trách nhiệm ghi nội dung người bệnh tự túc phương tiện trên phiếu chuyển cơ sở khám bệnh, chữa bện; | **SYT Thái Nguyên;**  **SYT Yên Bái;**  **BV Châm cứu TW;**  **BV Bạch Mai** | Sửa chính tả:  b) Cơ sở khám bệnh, chữa bệnh chỉ định chuyển người bệnh có trách nhiệm ghi nội dung người bệnh tự túc phương tiện trên phiếu chuyển cơ sở khám bệnh, chữa bệnh; | **Tiếp thu:** Sửa chính tả trong dự thảo Nghị định. |
| c) Cơ sở khám bệnh, chữa bệnh nơi tiếp nhận người bệnh tổng hợp chi phí thanh toán với quan bảo hiểm xã hội và hoàn trả chi phí cho người bệnh. | **SYT Cần Thơ**  **SYT Bắc Giang** | Đề nghị hướng dẫn cụ thể hơn để cơ sở khám, chữa bệnh tổng hợp các chứng từ gì và sẽ trả cho người bệnh ra sao.  - Bổ sung quy định cụ thể việc tổng hợp chi phí vận chuyển người bệnh để thanh toán với cơ quan BHXH vào chi phí khám, chữa bệnh BHYT theo bảng kê chi phí khám, chữa bệnh hay thanh toán trực tiếp; thời hạn thanh toán ngay sau khi bệnh nhân chuyển viện hay theo tháng/quý. | **Giải trình:** Cơ sở KCB chỉ tổng hợp chi phí vận chuyển không cần quy định về hóa đơn vận chuyển vì đã thanh toán khoán theo mức. Việc hoàn trả chi phí cho người bệnh thực hiện trước khi người bệnh ra viện. |
|  | **SYT Yên Bái** | Đề nghị bỏ do đã điều chỉnh hình thức thanh toán tại điểm a. |  |
|  | **Bộ Công thương** | + Chưa đề cập đến một số dịch y tế vụ thiết yếu như Khám sức khỏe định kỳ, điều trị một số bệnh đặc thù vẫn chưa nằm trong phạm vi được hưởng chế độ bảo hiểm y tế.  + Các gói dịch vụ y tế cơ bản chưa quy định rõ ràng, chưa bám sát với thực tiễn và chưa tương xứng với quyền lợi của người tham gia bảo hiểm. Điều này gây khó khăn cho người dân trong việc tiếp cận các dịch vụ y tế cần thiết. | **Giải trình:**  Dịch vụ Khám sức khỏe định kỳ chưa nằm trong phạm vi chi trả theo quy định của Luật BHYT vì vậy chưa đưa vào phạm vi quyền lợi tại dự thảo Nghị định. |
| **Điều 11. Đối tượng không áp dụng tỷ lệ thanh toán quy định tại điểm c khoản 2 Điều 21 của Luật Bảo hiểm y tế**  Các đối tượng được hưởng 100% chi phí khám bệnh, chữa bệnh không áp dụng tỷ lệ thanh toán theo quy định tại điểm c khoản 2 Điều 21 của 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. | **Bộ Văn hóa, Thể thao và Du lịch** | Tại khoản 1, khoản 2 Điều 11 cân nhắc gộp hai khoản này nếu trong trường hợp hai đối tượng này không có sự khác nhau về mức hưởng chi phí khám bệnh, chữa bệnh. |  |
|  | **Bộ Quốc phòng** | ***2. Các đối tượng quy định tại điểm a, b, c, d và đ khoản 3 Điều 12 Luật Bảo hiểm y tế được hưởng 100% chi phí khám bệnh, chữa bệnh không áp dụng tỷ lệ, mức thanh toán thuốc, thiết bị y tế, dịch vụ kỹ thuật y tế thuộc phạm vi được hưởng của người tham gia bảo hiểm y tế. Chi phí khám bệnh, chữa bệnh ngoài phạm vi được hưởng bảo hiểm y tế được chi trả từ nguồn kinh phí bảo hiểm y tế dành cho khám bệnh, chữa bệnh của nhóm đối tượng này; trường hợp nguồn kinh phí này không đủ thì do ngân sách nhà nước bảo đảm.”***  Lý do: Bổ sung khoản 2 vào Điều 13 dự thảo là phù hợp với quy định tại điểm b khoản 3 Điều 21 và điểm a khoản 1 Điều 22 Luật BHYT. Thực tế hiện nay một số cơ sở KBCB ngoài Quân đội chưa bảo đảm đầy đủ quyền lợi về BHYT cho các đối tượng thuộc Bộ Quốc phòng, Bộ Công an (như về chi phí ngoài phạm vi thanh toán BHYT, tỷ lệ, mức thanh toán đối với một số thuốc, thiết bị y tế, dịch vụ kỹ thuật). | Tiếp thu: Đã rà soát và bổ sung vào dự thảo Nghị định. |
| **Điều 12. 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. |  | Đề xuất: cần làm rõ đối với bệnh nhân đúng tuyến hay cả trái tuyến. | Giải trình: Việc quy định đúng hay trái tuyến thực hiện theo Khoản 4 Điều 22 Luật BHYT |
|  | **BHXH Hà Nội** | Tại Điều 22 Luật BHYT quy định 100% chi phí KCB đối với trường hợp chi một lần KCB thấp hơn 15% mức lương cơ sở chỉ áp dụng cho trường hợp người bệnh đi KCB đúng quy định (KCB tại nơi đăng ký KCB ban đầu, KCB cấp cứu hoặc có phiếu chuyển cơ sở KCB).  Vì vậy 100% chi phí KCB đối với trường hợp chi một lần KCB thấp hơn 15% mức lương cơ sở nên quy định rõ chỉ áp dụng cho trường hợp người bệnh đi KCB đúng quy định, không áp dụng đối với trường hợp tự đi KCB.  - Hiện nay, chi phí bình quân/lượt KCB ngoại trú tại các cơ sở y tế cấp ban đầu xấp xỉ 200.000 đồng/lượt KCB. 15% mức lương cơ sở hiện tại là 351.000 đồng. Đề nghị Bộ Y tế xem xét đánh giá tác động đối với quy định 100% chi phí KCB đối với trường hợp chi một lần KCB thấp hơn 15% mức lương cơ sở để đảm bảo khuyến khích người bệnh KCB tại y tế cơ sở (cấp ban đầu), hạn chế KCB vượt cấp đối với các trường hợp không cần thiết và khả năng cân đối quỹ BHYT. | Giải trình: Nội dung này đã quy định tại Luật BHYT, khi đi trái tuyến người bệnh sẽ được hưởng theo tỷ lệ quy định tại khoản 4 Điều 22 và được áp dụng mức hưởng tại khoản 1 Điều 22 Luật BHYT. |
|  | **BV Việt Đức** | Đề nghị sửa lại là: Điều 12. Mức hưởng bảo hiểm y tế trong trường hợp thấp hơn 15% mức lương cơ sở Người tham gia bảo hiểm y tế khi đi khám bệnh, chữa bệnh theo quy định tại các điều 26, 27 của Luật BHYT được hưởng 100% chi phí khám bệnh, chữa bệnh đổi 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. Lý do: Để phù hợp với quy định tại Khoản 1 Điều 22 Luật BHYT số 51/2024/QH15 đã quy định. | Tiếp thu: Đã sửa đổi trong dự thảo Nghị định. |
| **Điều 13. Áp dụng mức hưởng đối với trường hợp có thời gian tham gia bảo hiểm y tế 05 năm liên tục**  1. Thời gian tham gia bảo hiểm y tế 05 năm liên tục áp dụng mức hưởng theo quy định tại điểm d khoản 1 Điều 22 của Luật Bảo hiểm y tế được quy định cụ thể như sau: | **Bộ Nội vụ** | Đề nghị thống nhất sử dụng cụm từ “05 năm liên tục trở lên” thay cho cụm từ “05 năm liên tục”. | Tiếp thu: Đã sửa đổi trong dự thảo Nghị định. |
| a) Trường hợp gián đoạn tham gia bảo hiểm y tế trong vòng 90 ngày vẫn được tính là thời gian tham gia bảo hiểm y tế liên tục; | **Bộ Văn hóa, Thể thao và Du lịch** | Điểm a khoản 1 Điều 13 đề nghị rà soát lại quy định bảo đảm thống nhất với quy định của Luật Bảo hiểm xã hội, theo đó, cần xem xét thời gian tối đa người lao động đang nghỉ hưởng trợ cấp thất nghiệp có được tính là thời gian tham gia bảo hiểm y tế liên tục hay không | Tiếp thu: Đã bổ sung quy định trong dự thảo Nghị định. |
| b) 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; |  |  |  |
| c) 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; |  |  |  |
| d) 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; |  |  |  |
| đ) 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. |  |  |  |
| 2. Thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh như sau:  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; | **SYT Phú Thọ**  **BV Phong Da Liễu TW Quy Hòa** | **Khoản 2, Điều 13:** Thanh toán chi phí KBCB cho người có thời giam tham gia BHYT đủ 5 năm liên tục. Có những nội dung tại Điểm a, b, c được trích dẫn lặp lại tại khoản 1, 2 và 3 Điều 38.  Đề nghị xem xét lại nội dung này  a) Trường hợp người bệnh có số tiền cùng chi trả tại một lần hoặc nhiều lần khám bệnh, chữa bệnh (trong năm tài chính) 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 chỉ 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 chỉ 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, | Tiếp thu: Đã rà soát và sửa đổi tại dự thảo Nghị định. |
| 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. |  |  |  |
| d) Cách xác định số tiền cùng chi trả trong năm vượt quá 06 tháng lương cơ sở trong trường hợp mức lương cơ sở thay đổi trong năm như sau:  Số tiền cùng chi trả chi trong năm lớn hơn 06 tháng lương cơ sở để xác định quyền lợi không cùng chi trả lớn hơn số tiền được xác định như sau:  Tổng số tiền đã cùng chi trả từ 01/01 đến trước ngày thay đổi mức lương cơ sở  (6 **-**  ) x Mức lương cơ sở mới  Mức lương cơ sở cũ  Đối với các trường hợp có số tiền cùng chi trả từ 01 tháng 01 đến trước ngày thay đổi mức lương cơ sở đã đủ hoặc vượt quá 6 tháng lương cơ sở thì được hưởng quyền lợi theo quy định và không áp dụng công thức này. |  |  |  |
|  | **Bộ Quốc phòng** | Đề nghị nghiên cứu chuyển nội dung khoản 2 Điều 13 về Điều 38 dự thảo.  Lý do: Nội hàm của Điều 13 là “Áp dụng mức hưởng đối với trường hợp có thời gian tham gia bảo hiểm y tế 05 năm liên tục”. Do đó, việc chuyển nội dung của khoản 2 Điều 13 (về thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh) về Điều 38 (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) là phù hợp với nội hàm các Điều, bảo đảm dễ thực hiện. | Giải trình: Điều 13 quy định về mức hưởng và việc áp dụng mức hưởng nên để tại Chương IV quy định về phạm vi được hưởng, mức hưởng của người tham gia bảo hiểm y tế và đã bỏ điều 38 tại dự thảo Nghị định để tránh trùng lặp. |
| **Điều 14. 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. | **SYT Cần Thơ** | Đề nghị bỏ phần trừ cơ sở khám bệnh, chữa bệnh quy định tại khoản 3 Điều này và không căn cứ vào tuyến của cơ sở khám, chữa bệnh vì quy định tuyến không còn nữa mà chỉ căn cứ vào quy định xếp cấp theo Luật Khám bệnh, chữa bệnh cho dễ thực hiện và nâng cao năng lực của các cấp chuyên môn kỹ thuật đúng thực trạng. | **Giải trình:** Cần bổ sung “ trừ cơ sở khám bệnh, chữa bệnh quy định tại khoản 3 Điều này” vì để loại trừ trường hợp quy định trùng tại khoản 3. Việc căn cứ theo tuyến được quy định trước 01/01/2025 là phù hợp để bảo đảm tính ổn định, không gây xáo trộn về mặt chính sách. |
|  | **SYT Quảng Ninh** | **Đề xuất sửa đổi, bổ sung:** Từ ngày 01 tháng 01 năm 2025, khi đi 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 **mà trước ngày 01/01/2025 đã được cơ quan có thẩm quyền xác định là tuyến huyện hoặc mới được thành lập**, người tham gia bảo hiểm y tế được quỹ bảo hiểm y tế thanh toán 100% mức hưởng.  **Lý do:** Để đảm bảo quyền lợi cho người tham gia và phân biệt được bệnh viện tuyến huyện cũ, và đơn vị mới thành lập từ năm 2025. | **Giải trình:** Đã quy định rõ tại Điều 14 dự thảo Nghị định và không quy định trùng lặp với Luật. |
| 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. | **Hiệp hội BVTN** | Điều 14 quy định lộ trình giảm tỷ lệ thanh toán BHYT ngoại trú từ 100% xuống 50% từ ngày 01/7/2026 tại các cơ sở cấp cơ bản đạt 50-70 điểm, tuy nhiên cần đánh giá tác động kinh tế - xã hội lên người dân vùng sâu, vùng xa, nơi cơ sở y tế cấp cơ bản là lựa chọn duy nhất.  Do vậy, đề nghị cần bổ sung chính sách hỗ trợ đặc thù cho người dân vùng sâu, vùng xa, chẳng hạn duy trì mức thanh toán 100% tại các cơ sở cấp cơ bản ở khu vực này đến ít nhất năm 2030, kèm theo đánh giá tác động trước khi áp dụng lộ trình giảm. | Giải trình: Nội dung này đã được giải tình cụ thể tại báo cáo đánh giá tác động của Luật số 51/2024/QH15 bảo đảm tính khả thi và tránh xáo trộn về mặt mức hưởng so với quy định mức hưởng theo tuyến trước kia. |
|  | **Cục HT&TBYT** | Quy định chỉ thanh toán 50% chi phí đối với một số bệnh viện cấp cơ bản từ năm 2026 có thể làm giảm khả năng tiếp cận dịch vụ y tế của người dân. Đề nghị xem xét việc gia hạn lộ trình để có thời gian nâng cấp hệ thống y tế cơ sở. | Giải trình: Nội dung này đã được giải tình cụ thể tại báo cáo đánh giá tác động của Luật số 51/2024/QH15 bảo đảm tính khả thi và tránh xáo trộn về mặt mức hưởng so với quy định mức hưởng theo tuyến trước kia. |
| 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. | **SYT Yên Bái** | Như vậy, theo quy định của Luật khám bệnh, chữa bệnh năm 2023 và theo các Thông tư, Nghị định hướng dẫn Luật khám bệnh, chữa bệnh thì các cơ sở khám bệnh,chữa bệnh được xếp cấp chuyên môn kỹ thuật theo 03 cấp (Ban đầu, cơ bản và chuyên sâu), không còn 04 tuyến (xã, huyện tỉnh, trung ương). Quy định chuyển bệnh nhân giữa các cơ sở khám, chữa bệnh cũng theo cấp chuyên môn kỹ thuật. Như vậy, khoản 3,4 Điều 14 như trên vẫn quy định mức hưởng BHYT của người bệnh theo tuyến là chưa hợp lý, đề xuất cần chỉnh sửa theo xếp cấp chuyên môn kỹ thuật. | Giải trình: Việc phân chia cơ sở KCB theo tuyến trước ngày 01/01/2025 nhằm tránh xáo trộn về mặt mức hưởng so với quy định mức hưởng theo tuyến trước kia. |
| 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. | **SYT Phú Thọ** | Đề nghị điều chỉnh lộ trình từ ngày 01/7/2026 thành ngày 01/01/2028, cụ thể sửa lại thành: **Từ ngày 01 tháng 01 năm 2028**, khi KBCB ngoại trú tại cơ sở KBCB 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.  **Lý do:** Gây tình trạng quá tải cho các bệnh viện chuyên sâu, dẫn đến việc các bệnh lý có thể điều trị được tại các cơ sở KBCB xếp cấp cơ bản nhưng người bệnh không lựa chọn; để các cơ sở KBCB trước ngày 01/01/2025 đã được cơ quan có thẩm quyền xác định là tuyến tỉnh hoặc tương đương tuyến tỉnh, có thời gian chuẩn bị đáp ứng đầy đủ các tiêu chí xếp cấp chuyên sâu. | Giải trình: Việc quy định lộ trình thực hiện đã được đánh giá, báo cáo ngay từ khi xây dựng Luật BHYT số 51/2025/QH15 và đã được quốc hội thông qua với mốc điều chỉnh mức hưởng đối với trường hợp KBCB ngoại trú tại cơ sở KBCB 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 là từ 01/7/2026. |
|  | **SYT Quảng Trị** | 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:  Khi thực hiện xếp cấp chuyên môn kỹ thuật theo 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, đa số các cơ sở KBCB được xếp cấp cơ bản với tổng số điểm dưới 50 điểm. Do đó, đề nghị Bộ Y tế xem xét mức điểm với mức hưởng của cơ sở KCB cấp cơ bản từ ngày 01 tháng 01 năm 2025, và từ ngày 01 tháng 7 năm 2026. | Giải trình: Nội dung quy định liên quan mức điểm xếp cấp chuyên môn kỹ thuật đã được nghiên cứu, đánh giá đầy đủ tại Nghị định số 02/2025/NĐ-CP. Dự thảo Nghị định giữ nguyên nội dung này nhằm đảm bảo tính ổn định trong quá trình tổ chức, thực hiện. |
|  | **SYT Bình Định** | Đề nghị bổ sung hướng dẫn quy định cụ thể mức hưởng khi người tham gia bảo hiểm y tế đi khám bệnh, chữa bệnh ngoại trú và có hồ sơ “điều trị ngoại trú theo đợt”. Đồng thời hướng dẫn cụ thể giai đoạn chuyển tiếp việc thực hiện thanh toán giữa các đợt điều trị ngoại trú khi Nghị định có hiệu lực | Giải trình: Mức hưởng bảo hiểm y tế được quy định theo đối tượng tham gia bảo hiểm y tế và được quy định tại Điều 22 của Luật Bảo hiểm y tế nên Nghị định không quy định mức hưởng theo đợt điều trị. |
|  | **BV Đại học Y Thái Bình** | Nội dung này chưa nêu rõ lộ trình thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh ngoại trú đối với đối tượng khám bệnh, chữa bệnh BHYT trái tuyến. | Giải trình: Đã đầy đủ các trường hợp khi tự đi khám bệnh, chữa bệnh ngoại trú. |
|  | **Bộ Tư pháp** | Điều 14 dự thảo Nghị định quy định chi tiết điểm e và điểm h khoản 4 Điều 22 Luật Bảo hiểm y tế. Tuy nhiên, điểm e khoản 4 Điều 22 Luật Bảo hiểm y tế quy định về mức hưởng khi khám bệnh, chữa bệnh ngoại trú tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh cấp cơ bản còn điểm h khoản 4 Điều 22 Luật này quy định về mức hưởng khi khám bệnh, chữa bệnh ngoại trú theo lộ trình do Chính phủ quy định và 100% mức hưởng khi khám bệnh, chữa bệnh nội trú trong trường hợp khám bệnh, chữa bệnh tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh cấp chuyên sâu mà trước ngày 01/01/2025 đã được cơ quan có thẩm quyền xác định là tuyến tỉnh. Do đó, để đảm bảo tính thống nhất, khả thi, rõ ràng, thuận tiện cho việc theo dõi, thực hiện, đề nghị cơ quan chủ trì soạn thảo rà soát, đảm bảo đầy đủ hết các trường hợp cần quy định chi tiết và tách bạch nội dung quy định chi tiết giữa điểm e và điểm h khoản 4 Điều 22 Luật Bảo hiểm y tế. | Tiếp thu để rà soát bổ sung trong dự thảo. |
| **Điều 15. 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 và mức hưởng của Luật Bảo hiểm y tế. Phần chênh lệch giữa chi phí dịch vụ khám bệnh, chữa bệnh theo yêu cầu với chi phí được quỹ bảo hiểm y tế thanh toán 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. | **BV Phong Da Liễu TW Quy Hòa** | Mức hưởng đối với trường hợp người tham gia bảo hiểm y tế đi khám bệnh, chữa bệnh theo yêu cầu | **Giải trình:** Đã quy định cụ thể “ 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 và mức hưởng của Luật Bảo hiểm y tế”. |
|  | **SYT Hà Nội** | Cần bổ sung rõ quy định về quy định các cơ sở tổ chức khám chữa bệnh theo yêu cầu (ví dụ: tất cả các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh BHYT đều phải tổ chức KCB BHYT và tỷ lệ bố trí tổ chức KCB theo yêu cầu là tối đa bao nhiêu). |  |
|  | **SYT Long An;**  **BV Châm cứu TW** | Bị lặp từ “đối với trường hợp”. | Tiếp thu: chỉnh sử trong dự thảo Nghị định |
| **Điều 16. Quy định thời điểm áp dụng mức hưởng bảo hiểm y tế trong trường hợp có nhiều mức hưởng hoặc thay đổi mức hưởng**  1. Trường hợp người tham gia bảo hiểm y tế có mức hưởng thuộc nhiều trường hợp quy định tại khoản 1 Điều 22 Luật bảo hiểm y tế thì được hưởng theo mức hưởng cao nhất. |  |  |  |
| 2. Trường hợp chuyển đổi mức hưởng bảo hiểm y tế thì mức hưởng bảo hiểm y tế mới được tính từ thời điểm thẻ bảo hiểm y tế mới có giá trị sử dụng (thời điểm có giá trị thẻ từ ngày đóng). | **BV Phong Da Liễu TW Quy Hòa** | 2. Trường hợp chuyển đổi mức hưởng bảo hiểm y tế thì mức hưởng bảo hiểm y tế mới được tính từ thời điểm thẻ bảo hiểm y tế mới có giá trị sử dụng (thời điểm có giá trị thẻ từ ngày đóng). Trường hợp người bệnh đang điều trị nội trú hoặc điều trị ngoại trú thì mức hưởng bảo hiểm y tế cũ thực hiện đến hết đợt điều trị." | Giải trình: Dự thảo Nghị định quy định như trên tức là khi thẻ mới có giá trị sử dụng thì được tính theo mức hưởng của thẻ mới bất kể trong cùng một đợt nội trú hay ngoại trú. |
|  | **SYT Long An** | 2. Trường hợp chuyển đổi mức hưởng bảo hiểm y tế thì mức hưởng bảo hiểm y tế mới được tính từ thời điểm thẻ bảo hiểm y tế mới có giá trị sử dụng (thời điểm có giá trị thẻ từ ngày nộp đủ hồ sơ theo quy định cho cơ quan bảo hiểm xã hội).” | Giải trình: Đã quy định cụ thể tại Điều 8 dự thảo nghị định về thời hạn thẻ bảo hiểm y tế có giá trị sử dụng. |
|  |  | 2. Trường hợp chuyển đổi mức hưởng bảo hiểm y tế thì mức hưởng bảo hiểm y tế mới được tính từ thời điểm thẻ bảo hiểm y tế mới có giá trị sử dụng (thời điểm có giá trị thẻ từ ngày đóng). Trong trường hợp người bệnh đang nằm điều trị nội trú, người bệnh, người nhà người bệnh có trách nhiệm cung cấp mã thẻ BHYT mới làm cơ sở giải quyết quyền lợi này.  - Bổ sung quy định để tránh trường hợp người bệnh có thay đổi mức hưởng thẻ trong thời gian nằm viện và cơ quan Bảo hiểm xã hội (BHXH) xuất toán chênh lệch mức hưởng. Bởi vì cơ sở khám chữa bệnh (KCB) thực hiện tra cứu thông tin thẻ bảo hiểm y tế (BHYT) khi người bệnh đi khám chữa bệnh hoặc trước khi ra viện đối với trường hợp cấp cứu và chỉ tra cứu lại thông tin thẻ BHYT nếu trong quá trình điều trị nội trú mà thẻ BHYT hết hạn. Do vậy cơ sở KCB không thể biết người bệnh có chuyển đổi mức hưởng BHYT trong quá trình nằm viện nếu như người bệnh không cung cấp thông tin cho cơ sở KCB. | Tiếp thu: Đã sửa đổi, bổ sung trong dự thảo Nghị định. |
| **Điều 17. Điều kiện ký hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế**  1. Cơ sở khám bệnh, chữa bệnh được cấp giấy phép hoạt động theo quy định của pháp luật về khám bệnh, chữa bệnh. | **SYT Tuyên Quang** | Đề nghị BST xác định cụ thể hình thức tổ chức của cơ sở kBCB quy định tại Điều 48 Luật KBCB đủ điều kiện ký hợp đồng KCB HBYT | Tiếp thu, bổ sung quy định tại khoản 1 như sau:  Cơ sở khám bệnh, chữa bệnh được cấp giấy phép hoạt động theo quy định của pháp luật về khám bệnh, chữa bệnh với hình thức tổ chức bệnh viện hoặc phòng khám hoặc trạm y tế. |
| 2. Bảo đảm tiêu chuẩn kết nối, liên thông dữ liệu khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế với hệ thống thông tin, giám định bảo hiểm y tế của cơ quan bảo hiểm xã hội theo quy định của Bộ trưởng Bộ Y tế. | **UBND Thừa Thiên Huế** | Bộ Y tế cần làm rõ hơn điều kiện ký hợp đồng KCB BHYT đối với cơ sở KCB ký hợp đồng lần đầu quy định tại khoản 2, Điều 17 Dự thảo Nghị định (quy định: Bảo đảm tiêu chuẩn kết nối, liên thông dữ liệu khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế với hệ thống thông tin, giám định bảo hiểm y tế của cơ quan bảo hiểm xã hội theo quy định của Bộ trưởng Bộ Y tế chỉ thực hiện đối với cơ sở KCB BHYT đã ký hợp đồng). | Giải trình:  - Các điều kiện hiện hành đã áp dụng cho cả cơ sở khám bệnh, chữa bệnh mới thành lập bao gồm giấy phép hoạt động, kết nối liên thông dữ liệu.  - Tiêu chuẩn cụ thể về kết nối, liên thông CNTT đã được quy định tại các Thông tư (TT48/2017; TT46/2020; TT56/20...; QĐ4750, QĐ 3176...).  - Các tiêu chuẩn này sẽ thay đổi thường xuyên theo UDCNTT nên phải bảo đảm tính linh hoạt. |
|  | **Bà Rịa - Vũng Tàu** | |  | | --- | | Bổ sung khoản 3 Điều 17 như sau: |   3. Hàng năm cơ quan BHXH thực hiện rà soát khả năng đáp ứng nhu cầu KCB BHYT của những người có thẻ BHYT trên địa bàn, nếu số lượng người tham gia BHYT ổn định, gia tăng chậm, số lượt KCB BHYT không quá tải, thông báo công khai bằng văn bản về việc tạm thời không tiếp nhận hồ sơ đề nghị ký hợp đồng KCB lần đầu trên địa bàn đó. | Giải trình:  - Nhà nước không hạn chế sự tham gia cung cấp dịch vụ khám bệnh, chữa bệnh nói chung và KBCB BHYT nói riêng. Để bảo đảm đáp ứng kịp thời, đầy đủ nhu cầu của người dân.  - Việc xem xét khả năng đáp ứng, nhu cầu ký hợp đồng KBCB BHYT thuộc vai trò, trách nhiệm của Sở Y tế.  - Trong TT 01/2025 đã quy định trách nhiệm của BHXH là đến cuối tháng 10 hàng năm phải thông báo cho Sở Y tế về đăng ký khám chữa bệnh ban đầu tại các cơ sở khám bệnh chữa bệnh trên địa bàn, Sở Y tế có trách nhiệm phân bổ thẻ cho phù hợp. |
|  | **BHXH Hà Nội** | Hiện nay BHXH Thành phố đã thực hiện ký hợp đồng KCB BHYT với 190 cơ sở KCB (với 734 điểm KCB) từ cấp ban đầu tới cấp chuyên sâu, trong đó bao gồm toàn bộ hệ thống cơ sở KCB công lập, hầu hết các bệnh viện ngoài công lập và một số phòng khám ngoài công lập trên địa bàn, đảm bảo mạng lưới cơ sở KCB đáp ứng yêu cầu phục vụ công tác KCB BHYT, đảm bảo khả năng tiếp cận thuận lợi cho người có thẻ BHYT đi KCB.  Tuy nhiên trên địa bàn Thành phố, số lượng phòng khám tư nhân rất lớn (khoảng trên 5000 cơ sở), cơ quan BHXH không thể ký hợp đồng với toàn bộ các phòng khám này do điều kiện về nhân lực được giao, bên cạnh đó mạng lưới cơ sở KCB BHYT hiện nay đã đáp ứng được nhu cầu KCB BHYT của người dân. Vì vậy đề nghị bổ sung nội dung cơ quan BHXH từ chối ký hợp đồng KCB BHYT khi nhận được đề nghị của cơ sở KCB nhưng hệ thống cơ sở KCB trên địa bàn đã đáp ứng được yêu cầu KCB của người tham gia BHYT | Giải trình: Việc quy định nội dung cơ quan BHXH từ chối ký hợp đồng KCB BHYT khi nhận được đề nghị của cơ sở KCB nhưng hệ thống cơ sở KCB trên địa bàn đã đáp ứng được yêu cầu KCB của người tham gia BHYT là chưa thực sự phù hợp và không đảm bảo tính công bằng cho các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh trong việc KCB BHYT. |
|  | **Hiệp hội BVTN** | Khoản 5 Điều 59 Luật KCB 2023 quy định Quyền của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh:  *“5. Giao kết hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế với cơ quan bảo hiểm xã hội theo quy định của pháp luật về bảo hiểm y tế; giao kết hợp đồng với các tổ chức bảo hiểm khác theo quy định của pháp luật về kinh doanh bảo hiểm để khám bệnh, chữa bệnh.”*  Quy định này khẳng định quyền chủ động của cơ sở KCB trong việc ký hợp đồng KCB BHYT với cơ quan BHXH, miễn là đáp ứng các điều kiện theo pháp luật về BHYT, đặc biệt không phân biệt giữa cơ sở KCB công lập và tư nhân, thể hiện tính bình đẳng về mặt pháp lý.  Tuy nhiên, thực tiễn cho thấy, nhiều Phòng khám đa khoa tư nhân dù đáp ứng đầy đủ các điều kiện (giấy phép, cơ sở vật chất hiện đại, bác sĩ chuyên khoa), thực tế cho thấy cơ quan BHXH vẫn chưa đồng ý ký hợp đồng hoặc không trả lời lý do rõ ràng. Ví dụ: các phòng khám đầu tư hàng chục tỷ đồng với trang thiết bị tiên tiến (máy MRI, siêu âm 4D) vẫn bị loại trừ khỏi hệ thống BHYT.  Ngược lại, cơ sở công lập (trạm y tế xã, phường) (quy định tại Điều 25 của Dự thảo Nghị định) các trạm y tế yếu kém về cơ sở vật chất, thiếu bác sĩ (chỉ có y sĩ hoặc điều dưỡng) ở vùng nông thôn, miền núi vẫn được ký hợp đồng KCB BHYT, thường với lý do "đảm bảo y tế cơ sở" theo chính sách Nhà nước.  Điều này gây lãng phí nguồn lực xã hội, chưa tận dụng được nguồn lực từ khối tư nhân để giảm tải chi phí cho hệ thống công lập và hạn chế quyền lợi của người dân trong việc tiếp cận dịch vụ y tế chất lượng cao, đặc biệt ở khu vực đô thị nơi phòng khám tư nhân phát triển mạnh. Ngoài ra, phòng khám đa khoa tư nhân sẽ bị hạn chế tiếp cận nguồn thu từ quỹ BHYT, ảnh hưởng đến khả năng duy trì hoạt động, đặc biệt khi đã đầu tư lớn.  Điều 17 trong Dự thảo quy định các điều kiện ký hợp đồng (*giấy phép, năng lực chuyên môn, phạm vi dịch vụ*) nhưng thiếu tiêu chí cụ thể, không định lượng rõ ràng (*ví dụ: số lượng bác sĩ tối thiểu, danh mục thiết bị bắt buộc*). Sự chung chung của quy định này không bảo đảm quyền chủ động của cơ sở KCB, đặc biệt là cơ sở tư nhân. Thực tế từ chối ký hợp đồng với phòng khám đa khoa tư nhân cho thấy Điều 17 của Dự thảo chưa được xây dựng đủ chặt chẽ để ngăn chặn quyền quyết định của cơ quan BHXH.  ***Sửa đổi Điều 17 Dự thảo***  ***“Điều 17: Điều kiện ký hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế***  *1.* *Cơ sở KCB được ký hợp đồng KCB BHYT với cơ quan BHXH khi đáp ứng các điều kiện sau:*  *a) Có giấy phép hoạt động KCB hợp lệ theo quy định của Luật Khám bệnh, chữa bệnh.*  *b) Có ít nhất 01 bác sĩ chuyên khoa có chứng chỉ hành nghề và kinh nghiệm tối thiểu 02 năm làm việc toàn thời gian.*  *c) Đáp ứng tiêu chuẩn cơ sở vật chất và trang thiết bị y tế tối thiểu theo danh mục do Bộ Y tế ban hành.*  *d) Có khả năng thực hiện ít nhất 50% danh mục kỹ thuật thuộc tuyến cơ sở theo quy định của Bộ Y tế.*  *2.* *Quy trình đánh giá điều kiện ký hợp đồng:*  *a) Cơ sở KCB nộp hồ sơ đề nghị ký hợp đồng KCB BHYT cho cơ quan BHXH theo mẫu quy định.*  *b) Trong vòng 15 ngày làm việc kể từ khi nhận đủ hồ sơ, cơ quan BHXH phối hợp với Sở Y tế tại địa phương để đánh giá các điều kiện quy định tại khoản 1. Sở Y tế có trách nhiệm cung cấp ý kiến chuyên môn bằng văn bản về năng lực thực tế của cơ sở KCB, bao gồm cơ sở vật chất, trang thiết bị và nhân sự.*  *c) Căn cứ ý kiến của Sở Y tế, cơ quan BHXH ra quyết định ký hợp đồng hoặc từ chối trong vòng 30 ngày làm việc kể từ khi nhận đủ hồ sơ. Trường hợp từ chối, cơ quan BHXH phải thông báo bằng văn bản, nêu rõ lý do dựa trên các điều kiện tại khoản 1 và ý kiến của Sở Y tế.*  *3.* *Trường hợp cơ sở KCB cho rằng quyết định từ chối của cơ quan BHXH không phù hợp với quy định tại khoản 1, có quyền khiếu nại lên Sở Y tế trong vòng 07 ngày làm việc kể từ khi nhận thông báo. Sở Y tế xem xét và ra quyết định trong 15 ngày làm việc, quyết định này có giá trị ràng buộc với cơ quan BHXH.*  *4.* *Bộ Y tế ban hành thông tư hướng dẫn chi tiết Danh mục thiết bị và dịch vụ kỹ thuật tối thiểu để ký hợp đồng KCB BHYT và quy trình xử lý hồ sơ đề nghị ký hợp đồng, bao gồm thời hạn và mẫu văn bản từ chối của cơ quan BHXH”.* | Tiếp thu: Đã sửa đổi, bổ sung trong dự thảo Nghị định.  Tiếp thu: Đã sửa đổi, bổ sung trong dự thảo Nghị định tuy nhiên không quy định cụ thể để bảo đảm tính khả thi, không gây vướng mắc trong quá trình tổ chức thực hiện. |
| **Điều 18. Hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế**  1. Hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế được ký giữa cơ sở khám bệnh, chữa bệnh đáp ứng đủ điều kiện quy định tại Điều 17 Nghị định này và cơ quan bảo hiểm xã hội được cấp có thẩm quyền giao nhiệm vụ. Mỗi giấy phép hoạt động của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh được ký 01 hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế. | **UBND Thừa Thiên Huế** | Bộ Y tế cần xem xét lại quy định: Mỗi giấy phép hoạt động của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh được ký 01 hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế (khoản 1, Điều 18 Dự thảo Nghị định) là chưa phù hợp với thực tế hiện nay với các lý do sau:  - Các Trung tâm y tế huyện, quận, thị xã (gọi chung Trung tâm y tế huyện) đang quản lý trực tiếp các Trạm Y tế xã, thị trấn (gọi chung là Trạm Y tế xã) và các Phòng khám đa khoa khu vực (nếu có) trên địa bàn và mỗi Trạm Y tế đều phải có Giấy phép hoạt động riêng.  - Hiện tại chỉ Trung tâm y tế huyện có tư cách pháp nhân, có con dấu, tài khoản riêng được mở tài khoản tại Kho bạc Nhà nước và Ngân hàng theo quy định của pháp luật hoặc Bệnh viện cơ sở 2 được cấp Giấy phép hoạt động ngoài khuôn viên của Bệnh viện cũng chưa có con dấu, tài khoản riêng được mở tài khoản tại Kho bạc Nhà nước để thực hiện ký hợp đồng KCB BHYT. | Tiếp thu và đã chỉnh sửa trong dự thảo NĐ cho phù hợp với trạm y tế xã. |
|  | **Bộ Tư pháp** | Tại khoản 1 Điều 18 dự thảo Nghị định, đề nghị bỏ nội dung “*Mỗi giấy phép hoạt động của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh được ký 01 hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế*” vì mỗi cơ sở khám, chữa bệnh chỉ được cấp 01 giấy phép hoạt động theo quy định của Luật Khám bệnh, chữa bệnh. | Tiếp thu: Chỉnh sửa trong dự thảo Nghị định. |
|  | **Bộ Quốc phòng** | Tại Điều 18 dự thảo, đề nghị nghiên cứu, bỏ nội dung: *“Mỗi giấy phép hoạt động của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh được ký 01 hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế”.*  Lý do: Các cơ sở KBCB có thể đồng thời ký với nhiều cơ quan BHXH khác nhau. Hiện nay, các cơ sở KBCB của Bộ Quốc phòng, Bộ Công an có thể đồng thời ký hợp đồng KBCB với BHXH tỉnh (khu vực) và BHXH Bộ Quốc phòng hoặc BHXH Công an Nhân dân khi đáp ứng đầy đủ các điều kiện ký hợp đồng. | Tiếp thu: Để rà soát, chỉnh sửa trong dự thảo Nghị định. |
| 2. Hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế được thực hiện theo mẫu quy tại phụ lục ban hành kèm theo Nghị định này và có các nội dung cơ bản quy định tại Điều 20 Nghị định này. | **Bộ Tư pháp** | Khoản 2 Điều 18 dự thảo Nghị định quy định: “*Hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế được thực hiện theo mẫu quy tại phụ lục ban hành kèm theo Nghị định này và có các nội dung cơ bản quy định tại Điều 20 Nghị định này*”. Tuy nhiên, rà soát Mẫu số 6 Hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế kèm theo dự thảo Nghị định chưa đầy đủ các nội dung theo yêu cầu tại khoản 2 Điều 25 Luật Bảo hiểm y tế (như chưa có quy định về trách nhiệm do vi phạm hợp đồng, chưa quy định về điều kiện thay đổi, thanh lý, tạm dừng, chấm dứt hợp đồng…). Hơn nữa, quy định này cũng chưa rõ việc ký kết hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế “bắt buộc” thực hiện theo mẫu quy định tại Nghị định này hay có thể sửa đổi, bổ sung (trong trường hợp các bên tự thỏa thuận) hay không? Do đó, đề nghị cơ quan chủ trì soạn thảo rà soát, chỉnh lý cho đầy đủ. Đồng thời rà soát các trường hợp sửa đổi, bổ sung hợp đồng phù hợp với việc thay đổi nội dung hợp đồng. | Tiếp thu: Rà soát, chỉnh sửa trong dự thảo Nghị định. |
| 3. Trường hợp có thay đổi theo quy định tại khoản 2 Điều 19 Nghị định này cơ sở khám bệnh, chữa bệnh và cơ quan bảo hiểm xã hội phải ký phụ lục hợp đồng theo quy định tại Điều 24 Nghị định này. |  |  |  |
| 4. Hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế có thời hạn từ 1 đến 3 năm và có hiệu lực kể từ ngày ký hợp đồng hoặc được quy định cụ thể trong hợp đồng. Trong thời gian 60 ngày trước khi hết hạn hợp đồng đã ký hai bên phải làm thủ tục để ký hợp đồng mới, bảo đảm không gián đoạn việc khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế. | **BV ĐH Y Dược Thái Bình** | Nội dung này cần để thời hạn có tính thống nhất chung trong toàn quốc để đảm bảo công tác thống kê nhân lực, cơ sở vật chất. Đề xuất thời hạn của hợp đồng là 3 năm để đảm bảo tính ổn định, hiệu quả, hạn chế các thủ tục hành chính. | Tiếp thu: Để đảm bảo tính ổn định, hiệu quả, hạn chế các thủ tục hành chính dự thảo Nghị định được chỉnh sửa theo hướng hợp đồng KBCB BHYT là hợp đồng không có thời hạn và được ký bổ sung phụ lục khi có các thay đổi liên quan đến nội dung hợp đồng. |
| 5. Khi kết thúc thời hạn của hợp đồng các bên phải thực hiện thủ tục thanh lý hợp đồng theo quy định tại Điều 27 Nghị định này. |  |  |  |
| 6. Cơ sở khám bệnh, chữa bệnh chỉ được khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế và thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế kể từ thời điểm hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế có hiệu lực. Các bên ký hợp đồng phải bảo đảm các điều kiện của hợp đồng trong suốt thời gian thực hiện hợp đồng. |  |  |  |
| 7. Người đại diện cho cơ sở khám bệnh, chữa bệnh để ký hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế là người đứng đầu cơ sở khám bệnh, chữa bệnh theo quy định của pháp luật về khám bệnh, chữa bệnh hoặc người được người đứng đầu cơ sở khám bệnh, chữa bệnh ủy quyền. | **Hiệp hội BVTN** | Quy định này xác định hai trường hợp người có thẩm quyền ký hợp đồng KCB BHYT:  *Người đứng đầu cơ sở KCB theo quy định của pháp luật về KCB* (thường là Giám đốc bệnh viện, Trưởng phòng khám, hoặc người chịu trách nhiệm chuyên môn)  *Người được người đứng đầu ủy quyền* (có thể là người khác trong cơ sở KCB, không nhất thiết phải là đại diện theo pháp luật).  Trong khi đó, khoản 13 Điều 2 Luật KCB 2023 quy định:  *“13.* ***Người chịu trách nhiệm chuyên môn của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh*** *là người đại diện theo pháp luật của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh* ***về toàn bộ hoạt động chuyên môn*** *của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh”.*  Tuy nhiên, cơ sở KCB tư nhân hoạt động theo mô hình doanh nghiệp (Công ty TNHH, Công ty cổ phần) có thể tồn tại các trường hợp sau:  ***Trường hợp 1*:** Người đại diện theo pháp luật (theo Luật Doanh nghiệp) đồng thời là người đứng đầu chịu trách nhiệm chuyên môn của cơ sở KCB (theo Luật Khám bệnh, chữa bệnh).  *Ví dụ*: Chủ tịch HĐTV hoặc Giám đốc công ty TNHH vừa có chứng chỉ hành nghề y, vừa được đăng ký là người chịu trách nhiệm chuyên môn kỹ thuật của phòng khám/bệnh viện tư nhân.  ***Trường hợp 2*:** Người đại diện theo pháp luật và người đứng đầu chịu trách nhiệm chuyên môn là hai người khác nhau.  *Ví dụ*: Chủ tịch HĐTV (đại diện pháp luật) là nhà đầu tư không có chứng chỉ hành nghề y, còn Giám đốc bệnh viện/phòng khám (người đứng đầu) là bác sĩ có chứng chỉ hành nghề, chịu trách nhiệm chuyên môn.  ***Trường hợp 3*:** Người đứng đầu cơ sở KCB ủy quyền cho người khác ký hợp đồng KCB BHYT.  *Ví dụ*: Giám đốc bệnh viện tư nhân ủy quyền cho Phó Giám đốc hoặc Trưởng phòng Hành chính ký hợp đồng với cơ quan BHXH.  Đối chiếu khoản 7 Điều 18 với thực tiễn hiện tại có thể thấy, **Trường hợp 2 chưa được làm rõ:** Quy định chỉ đề cập đến "người đứng đầu cơ sở KCB theo pháp luật về KCB" mà không giải thích mối quan hệ với "người đại diện theo pháp luật" trong Luật Doanh nghiệp. Trong thực tiễn, cơ sở KCB tư nhân hoạt động dưới dạng doanh nghiệp thường có sự tách bạch giữa:  Người đại diện theo pháp luật (Chủ tịch HĐTV, Giám đốc công ty) – chịu trách nhiệm pháp lý tổng quát của doanh nghiệp.  Người đứng đầu cơ sở KCB (Giám đốc bệnh viện, Trưởng phòng khám) – chịu trách nhiệm chuyên môn kỹ thuật.  Nếu người đại diện theo pháp luật không phải là người đứng đầu cơ sở KCB, quy định này không xác định rõ họ có được ký hợp đồng KCB BHYT hay không, dẫn đến nguy cơ tranh chấp thẩm quyền với cơ quan BHXH.  ***b) Đề xuất sửa đổi khoản 7 Điều 18***  Để đảm bảo khoản 7 Điều 18 bao quát hết các tình huống thực tiễn và tránh mâu thuẫn pháp lý, Hiệp hội đề xuất sửa đổi như sau:  *"Người đại diện theo pháp luật của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh để ký hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế là:*  *a) Người đứng đầu cơ sở khám bệnh, chữa bệnh theo quy định của pháp luật về khám bệnh, chữa bệnh; hoặc*  *b) Người đại diện theo pháp luật của doanh nghiệp theo quy định của pháp luật về doanh nghiệp, nếu không đồng thời là người đứng đầu cơ sở khám bệnh, chữa bệnh; hoặc*  *c) Người được người đứng đầu cơ sở khám bệnh, chữa bệnh hoặc người đại diện theo pháp luật của doanh nghiệp ủy quyền bằng văn bản."*  **=> Lý do:**  - Thêm trường hợp b) để làm rõ thẩm quyền của người đại diện theo pháp luật trong mô hình doanh nghiệp tư nhân, đặc biệt khi họ không phải là người đứng đầu cơ sở KCB.  - Liên kết cả Luật Khám bệnh, chữa bệnh và Luật Doanh nghiệp, đảm bảo tính thống nhất pháp lý.  - Mở rộng ủy quyền từ cả hai đối tượng (người đứng đầu hoặc người đại diện theo pháp luật), tăng tính linh hoạt. | Tiếp thu: Để rà soát, chỉnh sửa trong dự thảo Nghị định. |
| **Điều 19. Các trường hợp ký hợp đồng, phụ lục hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế**  1. Các trường hợp ký hợp đồng, bao gồm:  a) Trường hợp cơ sở khám bệnh, chữa bệnh được cấp mới giấy phép hoạt động quy định tại các khoản a, b, c, d khoản 1 Điều 52 của Luật Khám bệnh, chữa bệnh; |  |  |  |
| b) Trường hợp cơ sở khám bệnh, chữa bệnh điều chỉnh giấy phép hoạt động quy định tại các khoản a, b, đ khoản 1 Điều 54 của Luật Khám bệnh, chữa bệnh trừ trường hợp quy định tại điểm b khoản 2 Điều này; | **SYT Lai Châu** | Tại các khoản a, b khoản 1 Điều 54 của Luật Khám bệnh, chữa bệnh (KCB) là: “a) Thay đổi phạm vi hoạt động chuyên môn”, “b) Thay đổi quy mô hoạt động;”  Đề nghị: cần quy định, hướng dẫn cụ thể những nội dung về thay đổi của cơ sở KCB được xác định là: "Thay đổi phạm vi hoạt động chuyên môn" và "Thay đổi quy mô hoạt động".  Lý do: Để có căn cứ xác định cụ thể các trường hợp ký lại hợp đồng theo quy định tại khoản 1 Điều 19 và thanh lý hợp đồng (quy định tại điểm d khoản 1 Điều 27 dự thảo Nghị định) | Tiếp thu và đã chỉnh sửa tại dự thảo NĐ |
|  | **BHXH Hà Nội** | - Đề nghị chuyển sang khoản 2 Điều 19: ký phụ lục hợp đồng  - Bổ sung trường hợp ký phụ lục hợp đồng: Khi cơ quan BHXH thay đổi người đứng đầu, tên và con dấu. | Tiếp thu và đã chỉnh sửa tại dự thảo NĐ |
| c) Cơ sở khám bệnh, chữa bệnh bổ sung thêm cơ sở khám bệnh, chữa bệnh trực thuộc ngoài khuôn viên của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh đã ký hợp đồng. Trường hợp này ký hợp đồng cho cơ sở khám bệnh, chữa bệnh mới bổ sung. |  |  |  |
|  | **Viện Y học Biển** | Thời hạn hợp đồng được tối đa 3 năm nếu không đổi | Tiếp thu: Để đảm bảo tính ổn định, hiệu quả, hạn chế các thủ tục hành chính dự thảo Nghị định được chỉnh sửa theo hướng hợp đồng KBCB BHYT là hợp đồng không có thời hạn và được ký bổ sung phụ lục khi có các thay đổi liên quan đến nội dung hợp đồng. |
| 2. Các trường hợp ký phụ lục hợp đồng, bao gồm:  a) Cơ sở khám bệnh, chữa bệnh thay đổi quy mô giường bệnh vượt quá 10% hoặc vượt quá 30 giường bệnh so với tổng số giường bệnh của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh theo giấy phép hoạt động đã được cấp; | **SYT Phú Yên**  **SYT Cần Thơ** | Bổ sung thêm nội dung ký phụ lục hợp đồng vào khoản 2 Điều 19 Các trường hợp ký hợp đồng, phụ lục hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh BHYT bổ sung thêm nội dung: *“ký phụ lục hợp đồng đối với các trường hợp chuyển thực hiện dịch vụ cận lâm sàng”.*  Lý do bổ sung: để phù hợp với Điều 37 của dự thảo Nghị định.  Đề nghị điều chỉnh: thống nhất với Điều 67, khoản 2, mục c của Nghị định số 96/2023/NĐ-CP khi tăng từ 10% trở lên hoặc vượt quá 30 giường bệnh | Giải trình: Nội dung này làm tăng thủ tục hành chính không cần thiết. Dự thảo NĐ đã chỉnh sửa theo hướng là cơ sở KBCB chỉ cần gửi văn bản thông báo cho cơ quan BHXH biết và lưu vào hồ sơ của hợp đồng KBCB BHYT.  **Giải trình:** Nội dung này sẽ tiếp tục được xin ý kiến để thống nhất quy định tại Nghị định bảo đảm việc thanh toán BHYT phù hợp với thực tiễn. |
|  | **BV Phong Da Liễu TW Quy Hòa** | “a) Cơ sở khám bệnh, chữa bệnh thay đổi quy mô giường bệnh vượt quá 30% so với tổng số giường bệnh của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh theo giấy phép hoạt động đã được cấp; " Lý do đề nghị sửa lại: Để thống nhất với nội dung tại Điểm c Khoản 16 Điều 6 Thông tư 22/2023/TT-BYT, các cơ sở y tế linh hoạt hơn, thực hiện được kế hoạch giường bệnh của đơn vị. | Tiếp thu: Nội dung này sẽ tiếp tục được xin ý kiến để thống nhất quy định tại Nghị định, bảo đảm việc thanh toán BHYT phù hợp với thực tiễn. |
|  | **BV Việt Nam - Cu Ba Đồng Hới** | Đề nghị bỏ cụm từ “ hoặc vượt quá 30 giường bệnh” | Tiếp thu: Nội dung này sẽ tiếp tục được xin ý kiến để thống nhất quy định tại Nghị định bảo đảm việc thanh toán BHYT phù hợp với thực tiễn. |
|  | **BV Bạch Mai** | a) Cơ sở khám bệnh, chữa bệnh thay đổi quy mô giường bệnh mà được cấp có thẩm quyền cấp điều chỉnh giấy phép hoạt động.  - Vấn đề thay đổi quy mô giường bệnh phải cấp điều chỉnh giấy phép hoạt động hiện đang có nhiều vướng mắc và Bộ Y tế đang xin ý kiến góp ý sửa đổi Nghị định số 96/2023/NĐ-CP ngày 30/12/2023 của Chính phủ quy định chi tiết một số điều của Luật Khám bệnh, chữa bệnh. Do vậy, không nên quy định cụ thể số lượng ấn định theo quy định của Nghị định số 96/2023/NĐ-CP trong Nghị định này. | Tiếp thu: Nội dung này sẽ tiếp tục được xin ý kiến để thống nhất quy định tại Nghị định bảo đảm việc thanh toán BHYT phù hợp với thực tiễn. |
|  | **BV TW Huế** | “a) Cơ sở khám bệnh, chữa bệnh thay đổi quy mô giường bệnh vượt quá 10% so với tổng số giường bệnh của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh theo giấy phép hoạt động đã được cấp;"  Đối với bệnh viện có quy mô giường bệnh trên 1.000 giường, chênh lệch 30 giường chiếm tỷ lệ quá nhỏ so với tổng giường. Việc phải điều chỉnh GPHĐ khi có thay đổi từ 30 giường gây khó khăn trong công tác chuyên môn và thanh toán chỉ phí KCB KHYT với cơ quan BHYT. | Tiếp thu: Nội dung này sẽ tiếp tục được xin ý kiến để thống nhất quy định tại Nghị định bảo đảm việc thanh toán BHYT phù hợp với thực tiễn. |
|  | **SYT Đồng Tháp** | 2. Các trường hợp ký phụ lục hợp đồng, bao gồm:  a) Cơ sở khám bệnh, chữa bệnh thay đổi quy mô giường bệnh vượt quá 20% so với tổng số giường bệnh của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh theo giấy phép hoạt động đã được cấp;”  - Nội dung này cần đồng nhất với quy định tại Nghị định sửa đổi Nghị định số 96/2023/NĐ-CP. | Tiếp thu: Nội dung này sẽ tiếp tục được xin ý kiến để thống nhất quy định tại Nghị định bảo đảm việc thanh toán BHYT phù hợp với thực tiễn. |
|  | **Bộ Tư pháp** | Điểm a khoản 2 Điều 19 dự thảo Nghị định quy định trường hợp ký phụ lục hợp đồng khi “*Cơ sở khám bệnh, chữa bệnh thay đổi quy mô giường bệnh vượt quá 10% hoặc vượt quá 30 giường bệnh so với tổng số giường bệnh của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh theo giấy phép hoạt động đã được cấp*”. Quy định này sẽ dẫn đến việc cơ sở khám, chữa bệnh không rõ áp dụng quy định không vượt quá 10% hay quy định không vượt quá 30 giường bệnh? Hơn nữa, cơ quan chủ trì soạn thảo cũng chưa làm rõ được căn cứ, cơ sở của việc ký phụ lục hợp đồng đối với trường hợp này. Do đó, để đảm bảo tính khả thi, đề nghị cơ quan chủ trì soạn thảo nghiên cứu, làm giải trình rõ hơn nội dung trên. | Tiếp thu: Nội dung này sẽ tiếp tục được xin ý kiến để thống nhất quy định tại Nghị định bảo đảm việc thanh toán BHYT phù hợp với thực tiễn. |
| b) Cơ sở khám bệnh, chữa bệnh được cấp có thẩm quyền điều chỉnh giấy phép hoạt động trong trường hợp bổ sung, giảm bớt bộ phận chuyên môn nhưng không làm thay đổi các bộ phận chuyên môn khác trong cơ cấu tổ chức của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh; |  |  |  |
| c) Cơ sở khám bệnh, chữa bệnh có thay đổi chủ sở hữu theo quy định tại khoản 2 Điều 59 của Nghị định số 96/2023/NĐ-CP. |  |  |  |
|  | **SYT Quảng Ngãi** | “d) Cơ sở khám bệnh, chữa bệnh được cấp có thẩm quyền xếp cấp chuyên môn kỹ thuật mới hoặc thay đổi cấp chuyên môn kỹ thuật”.  Lý do: Điều này liên quan đến tỷ lệ mức hưởng của người tham gia BHYT khi khám bệnh, chữa bệnh ngoại trú tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh theo cấp chuyên môn kỹ thuật. | Tiếp thu theo hướng là cơ sở gửi quyết định xếp cấp CMKT mới cho cơ quan BHXH để tổng hợp trong HS của hợp đồng và xác định mức hưởng của người bệnh. |
|  | **SYT Trà Vinh** | d) Cơ sở khám bệnh, chữa bệnh có thay đổi bàn khán khám bệnh. | Giải trình: Không cần thiết phải ký phụ lục hợp đồng KBCB, chỉ cần thông báo cho BHXH để không tăng thêm TTHC. |
| 3. Các trường hợp cơ sở khám bệnh, chữa bệnh thực hiện thủ tục thông báo cho cơ quan bảo hiểm xã hội và không phải ký lại hợp đồng, phụ lục hợp đồng, bao gồm:  a) Cơ sở khám bệnh, chữa bệnh thay đổi quy mô giường bệnh không vượt quá 10% và không vượt quá 30 giường bệnh so với tổng số giường bệnh của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh theo giấy phép hoạt động đã được cấp; | **BV Phong Da Liễu TW Quy Hòa** | Đề nghị sửa lại “a) Cơ sở khám bệnh, chữa bệnh thay đổi quy mô giường bệnh không vượt quá 30% so với tổng số giường bệnh của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh theo giấy phép hoạt động đã được cấp;  " Lý do đề nghị sửa lại: Để thống nhất với nội dung tại Điểm c Khoản 16 Điều 6 Thông tư 22/2023/TT-BYT, các cơ sở y tế linh hoạt hơn, thực hiện được kế hoạch giường bệnh của đơn vị.. | Tiếp thu: Nội dung này sẽ tiếp tục được xin ý kiến để thống nhất quy định tại Nghị định bảo đảm việc thanh toán BHYT phù hợp với thực tiễn. |
|  | **BV Việt Nam - Cu Ba Đồng Hới** | Đề nghị bỏ cụm từ “ và không vượt quá 30 giường bệnh” | Tiếp thu: Nội dung này sẽ tiếp tục được xin ý kiến để thống nhất quy định tại Nghị định bảo đảm việc thanh toán BHYT phù hợp với thực tiễn. |
|  | **BV TW Huế** | a) Cơ sở khám bệnh, chữa bệnh thay đổi quy mô giường bệnh không vượt quá 10% so với tổng số giường bệnh của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh theo giấy phép hoạt động đã được cấp;"  Đối với bệnh viện có quy mô giường bệnh trên 1.000 giường, chênh lệch 30 giường chiếm tỷ lệ quá nhỏ so với tổng giường. Việc phải điều chỉnh GPHĐ khi có thay đổi từ 30 giường gây khó khăn trong công tác chuyên môn và thanh toán chỉ phí KCB KHYT với cơ quan BHYT. | Tiếp thu: Nội dung này sẽ tiếp tục được xin ý kiến để thống nhất quy định tại Nghị định bảo đảm việc thanh toán BHYT phù hợp với thực tiễn. |
|  | **SYT Đồng Tháp** | “3. Các trường hợp cơ sở khám bệnh, chữa bệnh thực hiện thủ tục thông báo cho cơ quan bảo hiểm xã hội và không phải ký lại hợp đồng, phụ lục hợp đồng, bao gồm:  a) Cơ sở khám bệnh, chữa bệnh thay đổi quy mô giường bệnh không vượt quá 20% so với tổng số giường bệnh của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh theo giấy phép hoạt động đã được cấp;” | Tiếp thu: Nội dung này sẽ tiếp tục được xin ý kiến để thống nhất quy định tại Nghị định bảo đảm việc thanh toán BHYT phù hợp với thực tiễn. |
| b) Các trường hợp cơ sở khám bệnh, chữa bệnh được cấp lại giấy phép hoạt động quy định tại khoản 1 Điều 53 của Luật Khám bệnh, chữa bệnh; |  |  |  |
| c) Cơ sở khám bệnh, chữa bệnh được bổ sung, giảm bớt danh mục kỹ thuật; |  |  |  |
| d) Các trường hợp quy định tại các điểm c, d khoản 1 Điều 54 của Luật Khám bệnh, chữa bệnh; |  |  |  |
| d) Các trường hợp quy định tại các điểm c, d khoản 1 Điều 54 của Luật Khám bệnh, chữa bệnh; |  |  |  |
|  | **BV Châm cứu TW** | Điều 19, khoản 3: Đối chiếu với khoản 3 Điều 67 của Nghị định 96/2023: “Bệnh viện phải bảo cáo với cơ quan quản lý trực tiếp về số giường bệnh thay đổi của các khoa phòng, bản kê khai cơ sở vật chất, thiết bị, nhân lực chứng minh đáp ứng đủ điều kiện thay đổi quy mô giường bệnh”. Vậy khoản 3 Điều 19 của Dự thảo Nghị định này nên làm rõ nội dung này. | Tiếp thu: Nội dung này sẽ tiếp tục được xin ý kiến để thống nhất quy định tại Nghị định bảo đảm việc thanh toán BHYT phù hợp với thực tiễn. |
| **Điều 20. Nội dung hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế**  1. Hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế được lập theo mẫu quy định tại phụ lục ban hành kèm theo Nghị định này. | **SYT Đăk Nông** | Hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế được lập theo mẫu quy định tại phụ lục ban hành kèm theo Nghị định này”. Đề nghị điều chỉnh thành “1. Hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế được lập theo mẫu quy định tại Mẫu số 6 ban hành kèm theo Nghị định này”. | Tiếp thu: Để rà soát và đánh số lại toàn bộ các mẫu trong dự thảo Nghị định. |
|  | **BHXH Hà Nội** | Tại Điều 3 Thông tư số 39/2024/TT-BYT quy định từ 01/01/2025, Hợp đồng KCB phải thể hiện số giường, đề nghị bổ sung nội dung vào mẫu Hợp đồng |  |
| 2. Nội dung cơ bản của hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế theo quy định tại khoản 2 Điều 25 của Luật Bảo hiểm y tế. |  |  |  |
| 3. Tùy theo điều kiện của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh, cơ quan bảo hiểm xã hội và cơ sở khám bệnh, chữa bệnh có thể bổ sung nội dung khác trong hợp đồng và phải được sự thống nhất, đồng thuận của hai bên, không trái quy định của pháp luật về bảo hiểm y tế. Trường hợp không đạt được sự thống nhất, đồng thuận của hai bên về nội dung bổ sung thì không đưa vào hợp đồng. | **SYT Hà Nội** | Đề nghị bỏ nội dung tại Khoản 3. Lý do: đề nghị áp dụng đúng mẫu Hợp đồng khám chữa bệnh, bảo hiểm y tế được quy định tại Phụ lục Nghị định, tránh trường hợp các bên đưa ra các nội dung khó thống nhất. | Tiếp thu: Chỉnh sửa trong dự thảo Nghị định. |
| 4. Phương thức thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh thực hiện theo quy định tại Chương VII Nghị định này. |  |  |  |
| 5. Quy định việc thanh toán, quyết toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế trong hợp đồng: Hai bên thống nhất các nội dung theo quy định tại Nghị định này và pháp luật về bảo hiểm y tế. |  |  |  |
| 6. Thời hạn của hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế |  |  |  |
|  | **SYT Bình Định** | Đề nghị bổ sung:  7. Thống nhất hình thức xử lý khi phát hiện các trường hợp người tham gia bảo hiểm y tế cố tình trục lợi bảo hiểm y tế”. | Giải trình:  Việc trục lợi BHYT cả về từ phía người bệnh hoặc cơ sở y tế hoặc cơ quan BHXH đã có chế tài xử lý bằng NĐ 117/... hoặc Bộ Luật HS. |
| **Điều 21. Hồ sơ ký hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế**  1. Hồ sơ ký hợp đồng 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 tại phụ lục ban hành kèm theo Nghị định này; | **SYT Bắc Giang** | Đề nghị quy định rõ nội dung này chỉ áp dụng đối với ký hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế lần đầu của cơ sở khám chữa bệnh hoặc khi hoạt động khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế trở lại sau khi dừng/bị dừng, ký hợp đồng hàng năm | Tiếp thu: Để rà soát và sửa đổi, bổ sung trong dự thảo Nghị định. |
|  | **BV Việt Đức** | “1. Hồ sơ ký hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh lần đầu bao gồm: " Lý do: Để phù hợp với quy định tại Khoản 4, Điều 18 của Dự thảo Nghị định này. Khi hết hạn hợp đồng, hai bên chỉ cần làm thủ tục để ký hợp đồng mới, bảo đảm không gián đoạn việc khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế. Việc phải hoàn thành 01 một bộ hồ sơ mỗi lần ký lại hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh sẽ làm gia tăng thủ tục hành chính và không cần thiết. | Tiếp thu: Để đảm bảo tính ổn định, hiệu quả, hạn chế các thủ tục hành chính dự thảo Nghị định được chỉnh sửa theo hướng hợp đồng KBCB BHYT là hợp đồng không có thời hạn và được ký bổ sung phụ lục khi có các thay đổi liên quan đến nội dung hợp đồng. |
| b) Bản chụp 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; | **SYT Đăk Nông** | Đề nghị xem xét điều chỉnh hoặc bỏ đối với cụm từ “có đóng dấu xác nhận của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh” nêu tại điểm b, c, d khoản 1, Điều 21, vì không phù hợp theo quy định sử dụng con dấu tại Nghị định số 30/2020/NĐ-CP ngày 05/3/2020 của Chính phủ về công tác văn thư. | Giải trình: Đây là bản sao giấy phép hoạt động khám bệnh, chữa bệnh của cơ sở KCB, do vậy có thể đóng dấu nội bộ của cơ sở KCB. |
| 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 khoản 3 Điều 14 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 xác nhận của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh; |  |  |  |
| d) Bản chụp 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. |  |  |  |
|  | **SYT Hà Nội** | Danh mục hồ sơ ký hợp đồng gồm các giấy tờ không thể hiện nội dung số lượng giường bệnh. Do đó, rất khó để xác định khi có sự thay đổi quy mô giường bệnh. | Tiếp thu: Quy định nội dung số lượng giường bệnh trong hợp đồng để thuận lợi trong xác định khi cơ sở KCB có sự thay đổi quy mô giường bệnh. |
|  | **BHXH Hà Nội** | - Đề nghị ghi bổ sung: tổng số giường bệnh của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh và bản kê khai số giường bệnh theo từng bộ phận chuyên môn được cấp có thẩm quyền phê duyệt |  |
| 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. |  |  |  |
|  | **BV Bạch Mai** | Điều 21. Hồ sơ ký hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế **lần đầu**  Điều này chỉ phù hợp đối với các cơ sở KCB có nhu cầu ký hợp đồng KCB BHYT lần đầu |  |
| **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 tại phụ lục ban hành kèm theo Nghị định này; | **Viện Y học Biển** | Cần quy định rõ Bộ hồ sơ phụ lục hợp đồng.  Ví dụ, khi thêm DMKT mới nhưng thực hiện trên máy móc đã có trong phụ lục hợp đồng của những năm trước thì không cần thiết phải nộp hồ sơ máy. Hoặc DMKT thực hiện bởi nhân viên y tế đã được công bố danh sách trên cổng thông tin của Bộ Y tế thì không phải nộp thêm minh chứng là giấy phép hành nghề | Tiếp thu: Quy định rõ hồ sơ ký phụ lục hợp đồng trong dự thảo Nghị định. |
| b) Bản chụp 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 chuyên; | **BV Châm cứu TW** | Sửa “chuyên chuyên” thành “chuyên môn". | Tiếp thu: chỉnh sửa trong dự thảo Nghị định. |
| 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 30 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 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 cơ sở khám bệnh, chữa bệnh; |  |  |  |
| b) Trong thời hạn 60 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 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 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 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; |  |  |  |
| 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. |  |  |  |
| **Điều 25. Ký 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. Tùy theo điều kiện thực tế của địa phương, Sở Y tế trình Ủy ban nhân dân cấp tỉnh quy định việc ký hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế theo 01 trong các hình thức sau đây:  a) Trạm y tế xã, phường, nhà hộ sinh công lập, phòng khám đa khoa khu vực trực tiếp ký hợp đồng với cơ quan bảo hiểm xã hội; | **Hiệp hội BVTN** | Đề xuất sửa đổi, bổ sung việc ký hợp đồng KCB BHYT được thực hiện với: *Phòng khám đa khoa tư nhân và các cơ sở KCB tư nhân khác đáp ứng điều kiện tại Điều 17."* |  |
| b) Trung tâm y tế huyện hoặc bệnh viện thuộc Sở Y tế ký hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế với cơ quan bảo hiểm xã hội cho trạm y tế xã, phường, nhà hộ sinh công lập, phòng khám đa khoa khu vực. | **SYT Bình Phước** | Tại điểm b khoản 1 Điều 19 tại Nghị định 146/2018/NĐ-CP có quy định: “*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*”.  Tuy nhiên, tại Điều 25 của dự thảo Nghị định chỉ thể hiện được nội dung về ký hợp đồng khám chữa bệnh BHYT nhưng chưa thể hiện rõ trách nhiệm của Trung tâm Y tế hoặc Bệnh viện đứng ra ký hợp đồng cho Trạm Y tế trong việc thanh quyết toán và về cung ứng thuốc, vật tư cho tuyến trạm | Tiếp thu và bổ sung tách nhiệm của cơ sở KBCB ký hợp đồng. |
| 2. Ủy ban nhân dân tỉnh quyết định việc trạm y tế xã, phường, nhà hộ sinh công lập, phòng khám đa khoa khu vực có con dấu, tài khoản riêng để thực hiện ký hợp đồng trực tiếp và thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế với cơ quan bảo hiểm xã hội. |  |  |  |
| 3. Trường hợp ký hợp đồng cho trạm y tế xã, phường, nhà hộ sinh công lập, phòng khám đa khoa khu vực thông qua trung tâm y tế huyện hoặc bệnh viện thuộc Sở Y tế thì trong hợp đồng phải có các nội dung cụ thể cho từng trạm y tế xã, phường, nhà hộ sinh công lập, phòng khám đa khoa khu vực. Người đứng đầu trạm y tế xã và người đứng đầu trung tâm y tế huyện hoặc bệnh viện thuộc Sở Y tế cùng đứng tên ký hợp đồng. | **UBND Kon Tum** | *“3. Trường hợp ký hợp đồng cho trạm y tế xã, phường, nhà hộ sinh công lập, phòng khám đa khoa khu vực thông qua trung tâm y tế huyện hoặc bệnh viện thuộc Sở Y tế thì trong hợp đồng phải có các nội dung cụ thể cho từng trạm y tế xã, phường, nhà hộ sinh công lập, phòng khám đa khoa khu vực. Người đứng đầu ~~trạm y tế xã và người đứng đầu~~ trung tâm y tế huyện hoặc bệnh viện thuộc Sở Y tế ~~cùng đứng tên~~ là người đại diện ký hợp đồng.”.*  Lý do: Quy định tại dự thảo *“Người đứng đầu trạm y tế xã và người đứng đầu trung tâm y tế huyện hoặc bệnh viện thuộc Sở Y tế cùng đứng tên ký hợp đồng”* là không phù hợp do có quá nhiều người cùng chịu trách nhiệm, quy định 01 người đại diện ký hợp đồng để thể hiện rõ trách nhiệm của người đứng đầu đơn vị được giao ký hợp đồng cho trạm y tế xã, phường, nhà hộ sinh công lập, phòng khám đa khoa khu vực. | Giải trình:  Việc này quy định người đứng đầu Trạm y tế xã cùng đứng tên ký hợp đồng để bảo đảm trách nhiệm của người ký hợp đồng đồng thời cũng bảo đảm quyền lợi của Trạm y tế xã trong việc thảo luận, thống nhất các nội dung của hợp đồng trước khi ký. |
| 4. 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 48 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. |  |  |  |
| 5. Thủ tục ký hợp đồng, phụ lục hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh thực hiện theo quy định tại các Điều 23, 24 Nghị định này. |  |  |  |
| 1. Hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế bị tạm dừng hợp đồng trong các trường hợp cụ thể như sau:  a) Cơ sở khám bệnh, chữa bệnh tạm dừng hoạt động hoặc bị đình chỉ toàn bộ hoạt động theo quy định của pháp luật; | **Bà rịa - Vũng tàu** | Bổ sung lần lượt điểm đ) và điểm e) sau điểm d) khoản 1 Điều 26 như sau:  đ) Trường hợp Cơ sở KCB không cung cấp các hồ sơ, tài liệu liên quan đến chi phí KCB BHYT để phục vụ công tác giám định của cơ quan BHXH hoặc cung cấp chậm, muộn hồ sơ, Dữ liệu đề nghị thanh toán hoặc nhiều kỳ không ký biên bản liên quan đến thanh, quyết toán, cơ quan BHXH tạm dừng hợp đồng KCB với cơ sở.  e) Hàng năm cơ quan BHXH cấp tỉnh phối hợp với Sở Y tế thực hiện việc rà soát về cơ sở vật chất, máy móc trang thiết bị, nhân lực, khả năng đáp ứng nhu cầu KCB, trường hợp không đảm bảo đủ điều kiện, hoặc vi phạm phải dừng hợp đồng quá 2 lần trong năm, cơ quan BHXH cấp tỉnh thống nhất với Sở Y tế để thông báo chấm dứt hợp đồng với cơ sở KCB. | Tiếp thu:  Bổ sung trường hợp tạm dừng HD khi cơ sở KBCB bị đình chỉ hợp đồng liên tiếp 2 lần trong năm.  Giải trình: Không tiếp thu các nội dung còn lại vì không đủ cơ sở để định lượng các hành vi, mức độ chủ quan hay khách quan. Việc hai năm 1 lần rà soát các điều kiện nhân lực, cơ sở vật chất trang thiết bị là không đúng với quy định của Luật KBCB, tăng thủ tục hành chính phiền hà. Đồng thời, đã có công tác thanh tra, kiểm tra việc thực hiện pháp luật về BHYT của cơ quan nhà nước có thẩm quyền đối với cơ sở KBCB. |
|  | **Hiệp hội BVTN** | ***a) Các trường hợp tạm dừng hợp đồng***  Điều 26 quy định bốn trường hợp cụ thể dẫn đến việc tạm dừng hợp đồng KCB BHYT giữa cơ quan BHXH và cơ sở KCB, bao gồm:  - *Tạm dừng hoặc bị đình chỉ toàn bộ hoạt động* theo quy định pháp luật (khoản a).  - *Không bảo đảm các điều kiện hoạt động* theo giấy phép hoạt động KCB (khoản b).  - *Bị xử phạt vi phạm hành chính do vi phạm nghiêm trọng các điều kiện chuyên môn*, ảnh hưởng đến hoạt động KCB, tính mạng, sức khỏe người bệnh (khoản c).  - *Gian lận, trục lợi BHYT* (khoản d).  Mục đích của quy định này nhằm bảo vệ quyền lợi của người tham gia BHYT, đảm bảo chất lượng dịch vụ KCB và quản lý hiệu quả quỹ BHYT. Tuy nhiên, các khái niệm trong các khoản b, c, và d được diễn đạt quá chung chung, thiếu tiêu chí cụ thể để xác định, dẫn đến nguy cơ áp dụng tùy tiện và ảnh hưởng nghiêm trọng đến quyền lợi của các cơ sở KCB. Cụ thể: |  |
| b) Cơ sở khám bệnh, chữa bệnh không bảo đảm các điều kiện hoạt động theo giấy phép hoạt động khám bệnh, chữa bệnh; | **Hiệp hội BVTN** | **Khoản b: "*Không bảo đảm các điều kiện hoạt động theo giấy phép hoạt động KCB*"**  Khái niệm "các điều kiện hoạt động" không được định nghĩa rõ ràng trong Dự thảo hoặc văn bản liên quan. Giấy phép hoạt động KCB (theo Luật Khám bệnh, chữa bệnh 2023) bao gồm nhiều yêu cầu như cơ sở vật chất, nhân sự, thiết bị y tế, quy trình chuyên môn, v.v. Tuy nhiên, không có tiêu chí cụ thể để xác định mức độ "*không bảo đảm*" nào đủ để dẫn đến tạm dừng hợp đồng. Ví dụ: thiếu một bác sĩ trong ca trực có được coi là "không bảo đảm" không? Hay cơ sở vật chất xuống cấp nhẹ có bị áp dụng không?  Sự mơ hồ này trao quyền quyết định quá lớn cho cơ quan BHXH mà không có ranh giới pháp lý rõ ràng, tiềm ẩn nguy cơ lạm dụng để tạm dừng hợp đồng mà không cần chứng minh vi phạm nghiêm trọng. |  |
|  | **BHXH Hà Nội** | Đề nghị quy định rõ cơ quan nào xác nhận cơ sở KCB không bảo đảm các điều kiện hoạt động theo giấy phép hoạt động khám bệnh, chữa bệnh |  |
| c) Cơ sở khám bệnh, chữa bệnh bị xử phạt vi phạm hành chính do vi phạm nghiêm trọng các điều kiện chuyên môn trong khám bệnh, chữa bệnh ảnh hưởng đến hoạt động khám bệnh, chữa bệnh, tính mạng, sức khỏe người bệnh; | **Hiệp hội BVTN** | **Khoản c: "*Vi phạm nghiêm trọng các điều kiện chuyên môn trong KCB, ảnh hưởng đến hoạt động KCB, tính mạng, sức khỏe người bệnh*"**  Cụm từ "vi phạm nghiêm trọng" và "ảnh hưởng đến tính mạng, sức khỏe người bệnh" không được định lượng hoặc định tính cụ thể. Ví dụ: một sai sót y khoa nhỏ (như kê đơn nhầm liều lượng nhưng không gây hậu quả nghiêm trọng) có được coi là "nghiêm trọng" không? Hay phải có trường hợp tử vong mới đủ điều kiện? Hơn nữa, việc "ảnh hưởng" được đánh giá dựa trên tiêu chí nào (kết luận của cơ quan y tế, tòa án, hay tự BHXH quyết định)?  Trong khi Nghị định 117/2020/NĐ-CP (được sửa đổi bởi Nghị định 124/2021/NĐ-CP cung cấp danh mục hành vi vi phạm cụ thể, mức phạt và biện pháp khắc phục) tuy có liệt kê hành vi nhưng không quy định ngưỡng "***nghiêm trọng***" để dẫn đến tạm dừng hợp đồng.  Nếu không làm rõ thì hệ quả là cơ quan BHXH có thể áp dụng quy định này một cách chủ quan, đặc biệt khi chỉ cần dựa trên một quyết định xử phạt vi phạm hành chính (mà mức độ xử phạt không nhất thiết tương ứng với hậu quả thực tế). |  |
| d) Cơ sở khám bệnh, chữa bệnh gian lận, trục lợi bảo hiểm y tế. |  |  |  |
| 2. Thủ tục tạm dừng hợp đồng:  a) Cơ quan bảo hiểm xã hội gửi thông báo bằng văn bản cho cơ sở khám bệnh, chữa bệnh trước ít nhất 10 ngày làm việc trong đó ghi rõ lý do tạm dừng hợp đồng; | **Hiệp hội BVTN** | Khoản 2 Điều 26 quy định về thủ tục tạm dừng hợp đồng. Tuy nhiên, Dự thảo hiện tại không đặt ra giới hạn thời gian tối đa cho việc tạm dừng hợp đồng, cũng không yêu cầu cơ quan BHXH phải chứng minh đầy đủ vi phạm trước khi áp dụng biện pháp này. Điều 26 khoản 2 chỉ yêu cầu thông báo trước 10 ngày và cơ sở KCB phải tự khắc phục, nhưng không có cơ chế giám sát độc lập (ví dụ: vai trò của Sở Y tế hoặc tòa án) để đảm bảo quyết định của BHXH là công bằng. Trong khi các biện pháp xử phạt bổ sung tại Nghị định 117/2020/NĐ-CP (như tước giấy phép) chỉ kéo dài 1-3 tháng. Vậy, trường hợp sau 1-3 tháng thì cơ sở y tế có tiếp tục được ký lại Hợp đồng KCB BHYT hay không?.  Hơn nữa, điểm d khoản 2 cho phép cơ sở KCB gửi văn bản đến Sở Y tế hoặc Bộ Y tế nếu không đồng ý, nhưng đây chỉ là "xem xét, giải quyết" mà không phải là cơ chế khiếu nại chính thức có tính ràng buộc pháp lý. Điều này làm giảm tính minh bạch và quyền tự bảo vệ của cơ sở KCB.Do vậy, đề nghị bổ sung thời gian tối đa tạm dừng hợp đồng (ví dụ: 90 ngày) và cơ chế khiếu nại lên Sở Y tế hoặc Bộ Y tế trong vòng 10 ngày nếu có tranh chấp, đảm bảo tính công bằng và minh bạch. |  |
| b) Cơ sở khám bệnh, chữa bệnh có trách nhiệm thực hiện các biện pháp khắc phục và có văn bản giải trình gửi cơ quan bảo hiểm xã hội đề nghị tiếp tục thực hiện hợp đồng; |  |  |  |
| c) Trong thời gian 05 ngày làm việc kể từ ngày nhận được văn bản của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh, cơ quan bảo hiểm xã hội có văn bản về việc đồng ý tiếp tục thực hiện hợp đồng hoặc không đồng ý tiếp tục thực hiện hợp đồng và nêu rõ lý do. Trường hợp cơ quan bảo hiểm xã hội không đồng ý tiếp tục thực hiện hợp đồng thì hai bên thực hiện thanh lý hợp đồng và phải thông báo với cơ quan quản lý nhà nước về y tế; |  |  |  |
| d) Trường hợp không đồng ý với việc tạm dừng hợp đồng, cơ sở khám bệnh, chữa bệnh có văn bản gửi Sở Y tế đối với các đơn vị thuộc Sở và cơ sở y tế trên địa bàn, Bộ Y tế đối với các đơn vị thuộc Bộ, ngành để xem xét, giải quyết; |  |  |  |
| đ) Khi tạm dừng hợp đồng, hai bên phải thống nhất phương án đảm bảo quyền lợi cho người bệnh trong thời gian tạm dừng hợp đồng. |  |  |  |
| **Điều 27. Thanh lý hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế**  1. Hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế giữa cơ quan bảo hiểm xã hội và cơ sở khám bệnh, chữa bệnh được thanh lý trong các trường hợp sau đây:  a) Hết thời hạn của hợp đồng;  b) Hai bên thỏa thuận chấm dứt hợp đồng trước thời hạn;  c) Chấm dứt hợp đồng do sự kiện bất khả kháng;  d) Thuộc trường hợp phải ký lại hợp đồng theo quy định tại khoản 1 Điều 19 Nghị định này. | **SYT Đăk Nông** | Đối với thời hạn thanh lý hợp đồng cần quy định rõ về thời gian chốt số liệu để thanh lý hợp đồng, vì liên quan đến chỉ phí KBCB BHYT, tài liệu đối chiếu quyết toán,... | Giải trình: Thời hạn thanh toán theo quy định tại Luật BHYT. |
| 2. Việc thanh lý hợp đồng được thực hiện theo quy định của pháp luật dân sự. |  |  |  |
| 3. Hai bên đối chiếu và xác nhận chi phí khám bệnh, chữa bệnh đã được giám định nhưng chưa được thanh toán; Các khoản tiền truy thu hoặc hoàn trả, các khoản tiền phạt, bồi thường (nếu có). Sau khi thống nhất, xác nhận, cơ quan Bảo hiểm xã hội thực hiện thanh toán hoặc thu hồi các khoản tiền liên quan theo quy định. |  |  |  |
|  | **BHXH Hà Nội** | - Đề xuất quy định Mẫu thanh lý hợp đồng KCB BHYT |  |
| 4. Quyền và nghĩa vụ của cơ quan bảo hiểm xã hội  a) Kiểm tra, xác nhận công nợ, tài liệu đối chiếu quyết toán của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh; Yêu cầu hoàn trả các khoản thanh toán sai quy định (nếu có); Từ chối thanh lý nếu cơ sở khám bệnh, chữa bệnh chưa hoàn tất các nghĩa vụ tài chính hoặc chưa cung cấp đủ tài liệu phục vụ quyết toán; |  |  |  |
| b) Có trách nhiệm thực hiện thanh toán các khoản chi phí còn nợ đúng thời hạn; không yêu cầu bàn giao hồ sơ bệnh án gốc, trừ trường hợp có quy định khác của pháp luật; hỗ trợ hướng dẫn bệnh nhân đang điều trị tại cơ sở chuyển đổi sang đơn vị khác (nếu cần). | **BV Bạch Mai** | b) Có trách nhiệm thực hiện thanh toán các khoản chi phí còn nợ đúng thời hạn; **ghi nhận các chi phí chưa thống nhất quyết toán,** không yêu cầu bàn giao hồ sơ bệnh án gốc, trừ trường hợp có quy định khác của pháp luật; hỗ trợ hướng dẫn bệnh nhân đang điều trị tại cơ sở chuyển đổi sang đơn vị khác (nếu cần).  Hiện nay còn rất nhiều chi phí chưa thống nhất nhưng không được ghi nhận trên các biên bản thanh quyết toán giữa cơ sở KCB và cơ quan BHXH. |  |
|  | **BHXH Hà Nội** | - Trường hợp từ chối thanh lý hợp đồng nếu cơ sở KCB chưa hoàn tất các nghĩa vụ tài chính hoặc chưa cung cấp đủ tài liệu phục vụ quyết toán. Đề nghị hướng dẫn cụ thể việc xử lý đối với trường hợp này như thế nào.  - Đề nghị làm rõ ý khi đưa quy định “không yêu cầu bàn giao hồ sơ bệnh án gốc” nêu trên. |  |
| 5. Quyền và nghĩa vụ của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh  a) Yêu cầu cơ quan bảo hiểm xã hội thanh toán đầy đủ các khoản chi phí còn nợ; Giữ lại hồ sơ bệnh án theo đúng quy định và chỉ bàn giao tài liệu phục vụ quyết toán; Được đề nghị gia hạn hợp đồng nếu có nhu cầu và đáp ứng điều kiện theo quy định; |  |  |  |
| b) Có trách nhiệm hoàn thành quyết toán tài chính và thanh toán các khoản phải hoàn trả (nếu có); cung cấp tài liệu phục vụ đối chiếu, kiểm tra nhưng vẫn đảm bảo quy định lưu trữ hồ sơ bệnh án; đảm bảo việc chuyển đổi bệnh nhân sang các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh khác không ảnh hưởng đến quyền lợi của người tham gia bảo hiểm y tế. |  |  |  |
|  | **SYT Quảng Trị** | Bổ sung thêm khoản tại Điều 27. Thanh lý hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế: Sau khi cơ sở khám bệnh, chữa bệnh và cơ quan bảo hiểm xã hội đã thực hiện thống nhất quyết toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh trong năm đó thì cơ quan bảo hiểm xã hội không được thực hiện các chuyên đề xuất toán hay truy hồi chi phí khám bệnh, chữa bệnh của năm đã được quyết toán | Giải trình:  Việc có thu hồi hay xuất toán chi phí KBCB phụ thuộc vào việc chi phí KBCB có đúng các quy định của pháp luật về KBCB, BHYT hay không nên không thể quy định cứng việc xuất toán chi phí KBCB nên nội dung này sẽ phụ thuộc vào thực tiễn của công tác giám định, thanh tra, kiểm tra. |
|  | **SYT Bình Định** | Đề nghị bổ sung “Mẫu Thanh lý Hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế” vào nội dung Mẫu số 6: Hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế | Tiếp thu:  Bổ sung quy định việc thanh lý HĐ thực hiện theo pháp luật dân sự. |
|  | **Hiệp hội BVTN** | ***a) Phân tích nội dung***  Điều 27 quy định các trường hợp thanh lý hợp đồng, thủ tục thanh lý, và quyền, nghĩa vụ của hai bên (cơ quan BHXH và cơ sở KCB), đảm bảo việc chấm dứt hợp đồng được thực hiện minh bạch, rõ ràng về tài chính, và không ảnh hưởng đến quyền lợi của người tham gia BHYT.  Tuy nhiên, nội dung này có một số điểm chưa hợp lý, gây bất lợi cho cơ sở KCB BHYT, cụ thể:  - Khoản 3 không quy định thời gian cụ thể để hai bên hoàn tất đối chiếu, thanh toán hoặc thu hồi tiền, có thể dẫn đến kéo dài tranh chấp tài chính hoặc trì hoãn thanh toán, ảnh hưởng đến dòng tiền của cơ sở KCB (*đặc biệt là tư nhân*).  - Điểm a Khoản 4 trao quyền lớn cho BHXH mà không có cơ chế kiểm soát hoặc giới hạn, dễ dẫn đến lạm quyền (ví dụ: *từ chối thanh lý vì lý do không rõ ràng*).  - Khoản 1 Điểm c không quy định cách xử lý chi phí KCB đã thực hiện trong trường hợp bất khả kháng (*như dịch bệnh, thiên tai*), có thể gây thiệt hại tài chính cho cơ sở KCB.  Ngoài ra, ở góc độ kinh tế và doanh nghiệp, Điều 27 còn có hạn chế:  - Rủi ro thanh khoản: Nghĩa vụ hoàn trả tiền sai phạm điểm b Khoản 5 không kèm theo thời gian ân hạn hoặc phương thức thanh toán linh hoạt, có thể gây áp lực tài chính lớn cho cơ sở KCB, nhất là doanh nghiệp nhỏ.  - Chưa đề cập đến quyền lợi kinh tế của cơ sở KCB: Quyền yêu cầu thanh toán điểm a Khoản 5 không kèm cơ chế bảo đảm (*như phạt chậm thanh toán*), khiến cơ sở KCB phụ thuộc hoàn toàn vào thiện chí của cơ quan BHXH  ***b) Đề xuất sửa đổi, điều chỉnh***  Dựa trên phân tích, Hiệp hội đề xuất Ban Soạn thảo sửa đổi Điều 27 như sau để tăng tính pháp lý, kinh tế và khả thi.  **“*Điều 27: Thanh lý hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế***  *1.* *Các trường hợp thanh lý hợp đồng:*  *Hợp đồng KCB BHYT giữa cơ quan BHXH và cơ sở KCB được thanh lý trong các trường hợp sau:*  *a) Hết thời hạn của hợp đồng.*  *b) Hai bên thỏa thuận chấm dứt hợp đồng trước thời hạn.*  *c) Chấm dứt hợp đồng do sự kiện bất khả kháng theo quy định của Bộ luật Dân sự.*  *d) Thuộc trường hợp phải ký lại hợp đồng theo quy định tại khoản 1 Điều 19 Nghị định này.*  *2.* *Thủ tục và thời hạn thanh lý:*  *a) Việc thanh lý hợp đồng được thực hiện theo quy định của pháp luật dân sự và hoàn tất trong vòng 30 ngày làm việc kể từ khi xảy ra một trong các trường hợp tại khoản 1, trừ trường hợp hai bên có thỏa thuận khác bằng văn bản.*  *b) Trong vòng 15 ngày làm việc kể từ khi bắt đầu thanh lý, hai bên phải đối chiếu và xác nhận:*  *- Chi phí KCB đã được giám định nhưng chưa thanh toán.*  *- Các khoản truy thu, hoàn trả, phạt, hoặc bồi thường (nếu có).*  *c) Sau khi thống nhất, cơ quan BHXH hoàn tất thanh toán hoặc thu hồi các khoản tiền liên quan trong vòng 15 ngày làm việc tiếp theo, trừ trường hợp có tranh chấp được giải quyết theo khoản 6.*  *3.* *Xử lý chi phí trong trường hợp bất khả kháng:*  *Trường hợp chấm dứt hợp đồng do bất khả kháng điểm khoản 1, chi phí KCB đã thực hiện trước thời điểm xảy ra sự kiện bất khả kháng được thanh toán đầy đủ theo quy định của quỹ BHYT, dựa trên kết quả giám định của cơ quan BHXH và ý kiến của Sở Y tế nếu có tranh chấp.*  *4.* *Quyền và nghĩa vụ của cơ quan bảo hiểm xã hội:*  *a) Quyền:*  *- Kiểm tra, xác nhận công nợ và tài liệu đối chiếu quyết toán của cơ sở KCB.*  *- Yêu cầu hoàn trả các khoản thanh toán sai quy định, kèm theo biên bản giám định cụ thể.*  *- Từ chối thanh lý nếu cơ sở KCB chưa hoàn tất nghĩa vụ tài chính hoặc chưa cung cấp đủ tài liệu, nhưng phải thông báo lý do bằng văn bản trong vòng 07 ngày làm việc kể từ khi phát hiện vi phạm.*  *b) Nghĩa vụ:*  *- Thanh toán các khoản chi phí còn nợ trong vòng 15 ngày làm việc sau khi xác nhận công nợ, kèm theo lãi suất chậm trả 0,03%/ngày nếu vi phạm thời hạn (tính theo lãi suất cơ bản của Ngân hàng Nhà nước).*  *- Không yêu cầu bàn giao hồ sơ bệnh án gốc, trừ trường hợp có quyết định của cơ quan có thẩm quyền theo quy định pháp luật.*  *- Hỗ trợ hướng dẫn bệnh nhân chuyển sang cơ sở KCB khác trong vòng 07 ngày kể từ khi thanh lý, đảm bảo quyền lợi của người tham gia BHYT.*  *5.* *Quyền và nghĩa vụ của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh:*  *a) Quyền:*  *- Yêu cầu cơ quan BHXH thanh toán đầy đủ các khoản chi phí còn nợ, kèm theo quyền khiếu nại nếu BHXH chậm thanh toán quá thời hạn quy định tại khoản 4.*  *- Lưu giữ lại hồ sơ bệnh án theo quy định của Luật Khám bệnh, chữa bệnh, chỉ cung cấp tài liệu cần thiết cho quyết toán.*  *- Đề nghị tiếp tục ký hợp đồng mới nếu đáp ứng điều kiện tại Điều 17, trong vòng 30 ngày trước khi hợp đồng hiện tại hết hạn hoặc thanh lý.*  *b)**Nghĩa vụ:*  *- Hoàn thành quyết toán tài chính và thanh toán các khoản phải hoàn trả trong vòng 15 ngày làm việc sau khi xác nhận công nợ; trường hợp khó khăn tài chính, được thỏa thuận trả góp trong tối đa 03 tháng với cơ quan BHXH.*  *- Cung cấp tài liệu phục vụ đối chiếu, kiểm tra theo yêu cầu của BHXH, nhưng không vượt quá quy định lưu trữ hồ sơ bệnh án.*  *6.* *Giải quyết tranh chấp trong thanh lý:*  *a) Trường hợp hai bên không thống nhất về công nợ hoặc chi phí thanh toán, trong vòng 07 ngày làm việc, một trong hai bên có thể đề nghị Sở Y tế tổ chức hòa giải và đưa ra ý kiến chuyên môn.*  *b) Ý kiến của Sở Y tế được lập thành biên bản, có giá trị ràng buộc để hai bên thực hiện thanh lý trong vòng 10 ngày làm việc tiếp theo.*  *c) Nếu không đồng ý với kết quả hòa giải, hai bên có quyền khởi kiện ra tòa án có thẩm quyền theo quy định của pháp luật.* |  |
| **Điều 28. Các trường hợp chấm dứt hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế**  1. Cơ sở khám bệnh, chữa bệnh chấm dứt hoạt động, giải thể, phá sản hoặc bị thu hồi giấy phép hoạt động. | **Bộ Tư pháp** | Khoản 1 Điều 28 dự thảo Nghị định quy định về các trường hợp chấm dứt hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế, trong đó có trường hợp “*Cơ sở khám bệnh, chữa bệnh chấm dứt hoạt động, giải thể, phá sản hoặc bị thu hồi giấy phép hoạt động*”. Tuy nhiên, thực tiễn cho thấy, ngoài các trường hợp nêu trên, còn một số trường hợp cơ sở khám bệnh, chữa bệnh sáp nhập, hợp nhất, chia tách. Đề nghị cơ quan chủ trì soạn thảo nghiên cứu, bổ sung cho đầy đủ. |  |
| 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). |  |  |  |
|  | **Hiệp hội BVTN** | Điều 28 quy định 03 trường hợp chấm dứt hợp đồng KCB BHYT:  - Cơ sở KCB chấm dứt hoạt động (giải thể, phá sản, bị thu hồi giấy phép).  - Hai bên thỏa thuận chấm dứt hợp đồng.  - Phát hiện vi phạm hợp đồng từ một trong hai bên (cơ sở KCB hoặc cơ quan BHXH), với quy trình xử lý thông qua cơ quan quản lý (Sở Y tế, Bộ Y tế, hoặc cơ quan y tế ngành).  Về cơ bản, quy định này đã đảm bảo hợp đồng chấm dứt có căn cứ pháp lý rõ ràng, đồng thời thiết lập cơ chế xử lý vi phạm minh bạch.  Tuy nhiên, vẫn còn bất cập, chưa đầy đủ, cụ thể:  **Từ góc độ pháp lý:**  - Khoản 3 và 4 quy định thời hạn 05 ngày cho bước đầu (yêu cầu giải trình), nhưng không đặt thời hạn tối đa để cơ quan quản lý phối hợp xác minh và ra kết luận. Điều này có thể dẫn đến kéo dài xử lý, ảnh hưởng đến quyền lợi của các bên.  - Khoản 3, khoản 4quy định yêu cầu kết luận "***nêu rõ có/không vi phạm và biện pháp khắc phục***," nhưng không xác định kết luận này có dẫn đến chấm dứt hợp đồng ngay lập tức hay chỉ là cơ sở để xử lý tiếp theo (ví dụ: tạm dừng, phạt, hay chấm dứt).  - Trong trường hợp có một bên không đồng ý với kết luận của cơ quan quản lý, không có quy định về bước xử lý tiếp theo (khiếu nại lên cấp trên hoặc tòa án), dễ dẫn đến tranh chấp pháp lý kéo dài.  **Từ góc độ thực tiễn:**  - Đối với các vi phạm phức tạp (như gian lận BHYT hoặc kê khai sai chi phí), việc yêu cầu giải trình và cung cấp bằng chứng trong 05 ngày có thể không khả thi, thậm chí quá ngắn, đặc biệt với cơ sở KCB nhỏ hoặc cơ quan BHXH địa phương có nguồn lực hạn chế.  - Nếu cơ sở KCB hoặc BHXH không gửi văn bản giải trình, quy trình xử lý sẽ tiếp tục thế nào không được làm rõ, tiềm ẩn nguy cơ đình trệ, vậy trách nhiệm giải trình ra sao.  - Cơ quan quản lý ở đây là Sở Y tế và Bộ Y tế chỉ mang tính chất được thông tin để "phối hợp" với BHXH mà không có quyền quyết định độc lập, có thể làm giảm tính trung lập nếu BHXH gây áp lực trong quá trình xác minh.  **Từ góc độ quyền lợi các bên:**  - Không có cơ chế bảo vệ khi bị chấm dứt hợp đồng oan sai hoặc khi BHXH chậm trễ xử lý vi phạm, khiến cho quyền lợi, uy tín, thương hiệu của cơ sở KCB bị ảnh hưởng.  - Chưa quy định trách nhiệm chuyển giao bệnh nhân khi hợp đồng chấm dứt do vi phạm, có thể ảnh hưởng đến việc tiếp cận dịch vụ y tế, và quyền lợi của người bệnh tham gia BHYT.  - Việc chấm dứt hợp đồng KCB BHYT với cơ quan BHXH có thể gây ảnh hưởng tiêu cực đến cơ sở KCB, đặc biệt trong bối cảnh nhiều cơ sở KCB (cả công lập và tư nhân) phụ thuộc lớn vào nguồn thu từ quỹ BHYT để duy trì hoạt động. Thay vì chấm dứt hợp đồng – điều mà các cơ sở KCB thường không mong muốn – việc đưa ra cơ chế đền bù thiệt hại khi cơ quan BHXH vi phạm hợp đồng là một giải pháp hợp lý, vừa bảo vệ quyền lợi của cơ sở KCB, vừa duy trì mối quan hệ hợp tác với BHXH, đồng thời phù hợp với nguyên tắc trách nhiệm dân sự trong Bộ luật Dân sự 2015 (BLDS).  ***b) Đề xuất sửa đổi, điều chỉnh***  Dựa trên phân tích, Hiệp hội đề xuất sửa đổi Điều 28 như sau để tăng tính chặt chẽ pháp lý, khả thi thực tiễn, và bảo vệ quyền lợi các bên liên quan:  **“*Điều 28: Các trường hợp chấm dứt và xử lý vi phạm hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế***  *1. Chấm dứt hợp đồng do cơ sở khám bệnh, chữa bệnh mất tư cách hoạt động:*  *Hợp đồng KCB BHYT chấm dứt khi cơ sở KCB:*  *a) Chấm dứt hoạt động, giải thể hoặc phá sản theo quy định của pháp luật về doanh nghiệp hoặc pháp luật liên quan.*  *b) Bị thu hồi giấy phép hoạt động KCB theo quy định tại Điều 47 Luật Khám bệnh, chữa bệnh 2023.*  *2. Chấm dứt hợp đồng do thỏa thuận:*  *Cơ quan BHXH và cơ sở KCB có thể thỏa thuận chấm dứt hợp đồng KCB BHYT trước thời hạn theo quy định của pháp luật dân sự, được lập thành văn bản có chữ ký của hai bên.*  *3. Xử lý vi phạm hợp đồng của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh:*  *a) Trong quá trình thực hiện hợp đồng, nếu cơ quan BHXH hoặc cơ quan, đơn vị, tổ chức, cá nhân phát hiện cơ sở KCB có hành vi vi phạm hợp đồng (bao gồm nhưng không giới hạn ở các hành vi tại Điều 26 Nghị định này), phải thông báo bằng văn bản cho cơ quan quản lý (Sở Y tế, Bộ Y tế, hoặc cơ quan y tế ngành) theo phạm vi quản lý của cơ sở KCB.*  *b) Trong vòng 07 ngày làm việc kể từ khi nhận thông báo, cơ quan quản lý gửi văn bản yêu cầu cơ sở KCB giải trình bằng văn bản về các hành vi vi phạm, kèm theo tài liệu chứng minh (nếu có). Trường hợp cần thiết, cơ quan quản lý có thể gia hạn thêm 07 ngày làm việc nếu vi phạm có tính chất phức tạp.*  *c) Trong vòng 10 ngày làm việc kể từ khi nhận yêu cầu, cơ sở KCB phải gửi văn bản giải trình; nếu không giải trình, cơ quan quản lý có quyền kết luận dựa trên tài liệu hiện có.*  *d) Trong vòng 15 ngày làm việc kể từ khi nhận giải trình hoặc hết thời hạn giải trình, cơ quan quản lý chủ trì, phối hợp với cơ quan BHXH cùng cấp, tổ chức xác minh và ra văn bản kết luận. Kết luận phải nêu rõ*  *- Cơ sở KCB có hoặc không có hành vi vi phạm hợp đồng.*  *- Mức độ vi phạm (nhẹ, nghiêm trọng, hoặc đặc biệt nghiêm trọng).*  *- Biện pháp xử lý: cảnh cáo, phạt tiền, tạm dừng hợp đồng, hoặc chấm dứt hợp đồng (trong trường hợp vi phạm đặc biệt nghiêm trọng như gian lận, trục lợi BHYT quy mô lớn).*  *- Biện pháp khắc phục hậu quả (nếu có), bao gồm hoàn trả chi phí sai phạm và phối hợp chuyển giao bệnh nhân trong vòng 07 ngày làm việc kể từ khi hợp đồng chấm dứt.*  *e) Trường hợp kết luận xác định vi phạm đặc biệt nghiêm trọng, hợp đồng chấm dứt ngay sau khi có văn bản kết luận, trừ khi cơ sở KCB khiếu nại theo khoản 5.*  *4. Xử lý vi phạm hợp đồng của cơ quan bảo hiểm xã hội:*  *a) Trong quá trình thực hiện hợp đồng, nếu cơ quan, đơn vị, tổ chức, cá nhân phát hiện cơ quan BHXH có hành vi vi phạm hợp đồng (ví dụ: chậm thanh toán chi phí KCB quá 30 ngày mà không có lý do chính đáng, từ chối thanh toán không có căn cứ), phải thông báo bằng văn bản cho cơ quan quản lý.*  *b) Trong vòng 07 ngày làm việc kể từ khi nhận thông báo, cơ quan quản lý gửi văn bản yêu cầu cơ quan BHXH giải trình bằng văn bản về các hành vi vi phạm, kèm theo tài liệu chứng minh (nếu có). Trường hợp phức tạp, có thể gia hạn thêm 07 ngày làm việc.*  *c) Trong vòng 10 ngày làm việc kể từ khi nhận yêu cầu, cơ quan BHXH phải gửi văn bản giải trình; nếu không giải trình, cơ quan quản lý có quyền kết luận dựa trên tài liệu hiện có.*  *d) Trong vòng 15 ngày làm việc kể từ khi nhận giải trình hoặc hết thời hạn giải trình, cơ quan quản lý chủ trì, phối hợp với cơ quan BHXH cấp trên (nếu cơ quan BHXH cùng cấp bị kiến nghị), tổ chức xác minh và ra văn bản kết luận. Kết luận phải nêu rõ:*  - *Cơ quan BHXH có hoặc không có hành vi vi phạm hợp đồng.*  - *Mức độ vi phạm (nhẹ, nghiêm trọng, hoặc đặc biệt nghiêm trọng).*  - *Biện pháp xử lý: cảnh cáo, yêu cầu khắc phục, hoặc đền bù thiệt hại cho cơ sở KCB.*  - *Biện pháp khắc phục hậu quả: Thanh toán đầy đủ chi phí KCB còn nợ trong vòng 15 ngày làm việc kể từ khi có kết luận. Đền bù thiệt hại (nếu có) cho cơ sở KCB, bao gồm lãi suất chậm trả (tính theo lãi suất cơ bản của Ngân hàng Nhà nước tại thời điểm vi phạm, tối thiểu 0,03%/ngày) và các thiệt hại trực tiếp khác (như chi phí duy trì hoạt động do chậm thanh toán).*  *e) Trường hợp cơ quan BHXH không thực hiện biện pháp khắc phục hoặc đền bù thiệt hại theo kết luận trong vòng 30 ngày làm việc, cơ sở KCB có quyền khiếu nại theo khoản 5 hoặc khởi kiện ra tòa án có thẩm quyền.*  *5. Khiếu nại và giải quyết tranh chấp:*  *a) Trong vòng 07 ngày làm việc kể từ khi nhận kết luận của cơ quan quản lý, cơ quan BHXH hoặc cơ sở KCB có quyền khiếu nại lên cơ quan quản lý cấp trên (Bộ Y tế hoặc cơ quan y tế ngành cấp trung ương) nếu không đồng ý với kết luận.*  *b) Cơ quan quản lý cấp trên xem xét và ra quyết định cuối cùng trong vòng 20 ngày làm việc, quyết định này có giá trị ràng buộc để thực hiện biện pháp xử lý hoặc đền bù thiệt hại.*  *c) Nếu không đồng ý với quyết định của cơ quan quản lý cấp trên, hai bên có quyền khởi kiện ra tòa án có thẩm quyền theo quy định của pháp luật.*  *6. Bảo vệ quyền lợi người tham gia bảo hiểm y tế:*  *Trong trường hợp hợp đồng chấm dứt theo khoản 1 hoặc khoản 3, cơ quan BHXH và cơ sở KCB có trách nhiệm phối hợp chuyển giao bệnh nhân đang điều trị sang cơ sở KCB khác trong vòng 07 ngày làm việc kể từ khi hợp đồng chấm dứt, đảm bảo không gián đoạn quyền lợi của người tham gia BHYT”.* |  |
| **Điều 29. Quyền và trách nhiệm của cơ quan bảo hiểm xã hội trong thực hiện hợp đồng**  1. Quyền của cơ quan bảo hiểm xã hội  a) Theo 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 thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế theo quy định của Bộ trưởng Bộ Y tế. |  |  |  |
| 2. Trách nhiệm 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 quy định tại 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; | **UBND Lào Cai**  **SYT Phú Yên** | Đề nghị bỏ điểm b, khoản 2, Điều 29. Quyền và trách nhiệm của cơ quan bảo hiểm xã hội trong thực hiện hợp đồng.  Lý do: Tại mẫu 7-Nghị định 75/2023/NĐ-CP ngày 19/10/2023 của Chính phủ đã bãi bỏ nội dung này, đồng thời cần đảm bảo an toàn thông tin cá nhân theo quy định tại Luật An toàn thông tin mạng ngày 19/11/2015  Đề nghị điều chỉnh nội dung tại tiết b, khoản 2, Điều 29 Quyền và trách  nhiệm của cơ quan bảo hiểm xã hội trong thực hiện hợp đồng như sau: “*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 quy định tại phụ lục ban hành kèm theo Nghị định này vào sau ngày 15 đầu mỗi quý bằng bản điện tử hoặc văn bản có ký tên đóng dấu*”.  Lý do điều chỉnh: Tại tiết a, khoản 6, Điều 7 của Thông tư số 01/2025/TTBYT ngày 01 tháng 01 năm 2025 của Bộ Y tế quy định “*Người tham gia BHYT được thay đổi nơi đăng ký khám bệnh, chữa bệnh BHYT ban đầu vào 15 ngày đầu mỗi quý để phù hợp với nơi cư trú, làm việc hoặc học tập để không có biến động biến động lớn số lượng người tham gia đăng ký ban đầu tại cơ sở.* Do đó, điều chỉnh quy định tại Tại tiết a, khoản 6, Điều 7 của Thông tư số 01/2025/TT-BYT ngày 01 tháng 01 năm 2025 của Bộ trưởng Bộ Y tế | Giải trình:  Nội dung này cần có để bảo đảm quyền lợi của cơ sở KBCB đồng thời ràng buộc trách nhiệm của cơ quan BHXH. Vấn đề bảo đảm an toàn thông tin cá nhân đã có các quy định của pháp luật.  Tiếp thu |
|  | **SYT Quảng Ninh** | **Đề xuất**: Bỏ nội dung này hoặc chỉ cung cấp số lượng đầu thẻ đăng ký KCB ban đầu theo từng cơ sở KCB.  **Lý do:** Việc chuyển danh sách, cung cấp mã thẻ BHYT có thể dẫn đến nguy cơ lạm dụng, trục lợi quỹ BHYT. |  |
|  | **BHXH Hà Nội** | Thông tư 1/2025/TT-BYT ngày 01/01/2025 của Bộ Y tế Quy định chi tiết và hướng dẫn thi hành một số điều của Luật BHYT có quy định Sở Y tế có trách nhiệm quy định và thông báo số thẻ đăng ký ban đầu tại các cơ sở KCB; mặt khác cổng tiếp nhận yêu cầu thanh toán của Hệ thống thông tin giám định mà cơ sở KCB sử dụng đã có đầy đủ thông tin thẻ BHYT để cơ sở KCB có trách nhiệm tra cứu khi tiếp nhận người bệnh. Vì vậy quy định trong 10 ngày đầu của tháng đầu kỳ ký hợp đồng, cung cấp cho cơ sở KCB danh sách người có thẻ BHYT đăng ký KCB ban đầu… là không cần thiết, đề nghị bỏ quy định này |  |
| 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; | **SYT Quảng Ninh** | **Đề xuất**: Đề nghị nêu rõ, cụ thể những gì trong công nghệ thông tin  **Lý do:** Để minh bạch và rõ trách nhiệm |  |
| 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; | **BHXH Hà Nội** | Hiện nay cơ quan BHXH không bố trí giám định viên thường trực tại cơ sở KCB, do vậy quy định trên không khả thi trong tổ chức thực hiện.  Đề nghị sửa thành: Phối hợp với cơ sở KCB giải quyết các khó khăn, vướng mắc trong việc tiếp nhận, kiểm tra thủ tục KCB BHYT của cơ sở KCB |  |
| đ) 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; |  |  |  |
| e) Tạm ứng, thanh toán và quyết toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế đúng thời hạn. |  |  |  |
|  | **SYT Bình Định** | Đề nghị quy định rõ trách nhiệm của cơ quan bảo hiểm xã hội trong “quản lý và xử lý người tham gia bảo hiểm y tế khi cố tình trục lợi quỹ Bảo hiểm y tế trong khám bệnh, chữa bệnh | Giải trình:  Các hành vi vi phạm liên quan đến trục lợi quỹ BHYT bị xử lý theo các quy định cyar pháp luật về xử lý vi phạm của pháp luật hành chính và PL HS. |
|  | **Hiệp hội BVTN** | ***a) Phân tích nội dung Điều 29***  Điều 29 quy định quyền và trách nhiệm của cơ quan BHXH trong việc thực hiện hợp đồng KCB BHYT và các quy định của Bộ Y tế nhằm đảm bảo mục tiêu cơ quan BHXH thực hiện đúng vai trò quản lý quỹ BHYT, giám sát thanh toán, và hỗ trợ cơ sở KCB trong việc cung ứng dịch vụ y tế.  Tuy nhiên, vẫn còn những hạn chế, cụ thể:  - Chưa quy định chế tài khi BHXH không thực hiện trách nhiệm: Ví dụ, nếu BHXH không thanh toán đúng hạn (khoản 2, điểm e) hoặc không cung cấp danh sách thẻ BHYT kịp thời (khoản 2 điểm b), không có biện pháp xử lý hoặc bồi thường cho cơ sở KCB bị thiệt hại.  - Quyền yêu cầu chuyển dữ liệu điện tử (khoản 1 điểm b): Không quy định trách nhiệm của BHXH khi hệ thống giám định của BHXH gặp lỗi, gây chậm trễ cho cơ sở KCB.  - Phối hợp với cơ sở khám bệnh, chữa bệnh trong việc ...“Hỗ trợ công nghệ thông tin (khoản 2 điểm d). Quy định này mang tính chung chung, hình thức, không rõ BHXH phải hỗ trợ đến mức nào (ví dụ: cung cấp phần mềm, đào tạo, hay chi phí triển khai?), gây khó hiểu cho cơ sở KCB.  - Danh sách thẻ BHYT (khoản 2 điểm b): Thời hạn "*10 ngày đầu tháng đầu kỳ*" chưa đủ linh hoạt, vì danh sách có thể thay đổi giữa các quý (người dân chuyển nơi đăng ký), dẫn đến sai lệch thông tin.  - Phản hồi giám định (khoản 2 điểm đ): "*Kịp thời*" là khái niệm mơ hồ, không có thời hạn cụ thể, dễ gây chậm trễ trong phản hồi kết quả giám định, ảnh hưởng đến quyết toán của cơ sở KCB.  - Thu hồi thẻ BHYT (khoản 2 điểm d): Quy định này đặt gánh nặng lên cơ sở KCB trong việc phối hợp xử lý vi phạm, nhưng không đề cập đến hỗ trợ chi phí hoặc trách nhiệm pháp lý nếu xảy ra tranh chấp với người tham gia BHYT.  ***b) Đề xuất sửa đổi***  **“*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 quyền theo Điều 40 Luật Bảo hiểm y tế.*  *b) Yêu cầu cơ sở KCB chuyển dữ liệu điện tử để phục vụ giám định và thanh toán chi phí KCB BHYT theo chuẩn quy định của Bộ trưởng Bộ Y tế; trường hợp hệ thống giám định của BHXH gặp sự cố kỹ thuật kéo dài quá 03 ngày làm việc, phải thông báo bằng văn bản cho cơ sở KCB và kéo dài thời hạn gửi dữ liệu tương ứng.*  *2.* *Trách nhiệm của cơ quan bảo hiểm xã hội:*  *a) Thực hiện các trách nhiệm theo Điều 41 Luật Bảo hiểm y tế.*  *b) Cung cấp danh sách người có thẻ BHYT đăng ký KCB ban đầu tại cơ sở KCB:*  *- Trong vòng 10 ngày làm việc đầu tiên của tháng đầu kỳ ký hợp đồng, gửi danh sách ban đầu bằng bản điện tử hoặc văn bản có ký tên, đóng dấu theo mẫu tại phụ lục ban hành kèm Nghị định này.*  *- Hàng quý, cập nhật và gửi danh sách điều chỉnh (nếu có) trước ngày 05 của tháng đầu quý, đảm bảo thông tin chính xác để cơ sở KCB quản lý bệnh nhân.*  *- Trường hợp chậm cung cấp danh sách quá 05 ngày làm việc so với thời hạn quy định, phải thông báo lý do bằng văn bản và chịu trách nhiệm bồi thường thiệt hại (nếu có) cho cơ sở KCB theo quy định tại Điều 28 khoản 4.*  *c) Tuân thủ quy định của pháp luật về KCB và quy chế quản lý hồ sơ bệnh án theo quy định của Bộ trưởng Bộ Y tế; không yêu cầu cơ sở KCB cung cấp hồ sơ bệnh án gốc, trừ trường hợp có quyết định của cơ quan có thẩm quyền theo pháp luật.*  *d) Phối hợp với cơ sở KCB trong các hoạt động sau:*  *- Tiếp nhận, kiểm tra thủ tục KCB BHYT; hỗ trợ cơ sở KCB thu hồi hoặc tạm giữ thẻ BHYT trong các trường hợp vi phạm, kèm theo chi phí hỗ trợ hành chính (tối thiểu 50.000 đồng/trường hợp, điều chỉnh theo quy định của Bộ Tài chính).*  *Cung cấp hướng dẫn, hỗ trợ kỹ thuật ứng dụng công nghệ thông tin (bao gồm tài liệu, đào tạo cơ bản) để giám định và thanh toán chi phí KCB BHYT, đặc biệt cho các cơ sở KCB quy mô nhỏ.*  *đ) Hoàn thiện và duy trì hệ thống giám định điện tử:*  *- Đảm bảo tiếp nhận dữ liệu điện tử từ cơ sở KCB liên tục 24/7, phản hồi kết quả giám định trong vòng 03 ngày làm việc kể từ khi nhận đủ dữ liệu; trường hợp chậm phản hồi quá 03 ngày, phải thông báo lý do và bồi thường thiệt hại (nếu có) theo Điều 28 khoản 4.*  *- Bảo trì hệ thống giám định định kỳ, thông báo trước cho cơ sở KCB ít nhất 07 ngày làm việc để tránh gián đoạn quá trình giám định và thanh toán”.* |  |
|  | **BV Bạch Mai** | Bổ sung trách nhiệm của cơ quan bảo hiểm xã hội;  g) Công khai các quy tắc giám định bảo hiểm y tế cho các cơ sở khám chữa bệnh biết và phối hợp thực hiện.  Cơ quan bảo hiểm xã hội cần công khai các quy tắc giám định để các cơ sở KCB phối hợp thực hiện, phòng tránh các sai sót, các chi phí đề nghị thanh toán không đúng quy định. |  |
| **Điều 30. Quyền và trách nhiệm của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh trong thực hiện hợp đồng**  1. Quyền của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh  a) Theo quy định tại Điều 42 của 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;  c) Được đề nghị và khiếu nại cơ quan bảo hiểm xã hội làm rõ lý chậm thanh toán, quyết toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế. | **SYT Phú Yên**  **SYT Đăk Nông** | Đề nghị bỏ nội dung tại tiết c, khoản 1, Điều 30 Quyền và trách nhiệm của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh trong thực hiện hợp đồng: *Được đề nghị và khiếu nại cơ quan bảo hiểm xã hội làm rõ lý chậm thanh toán, quyết toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế.*  Lý do: Tại Điều 42 Luật Bảo hiểm y tế Quyền của cơ sở khám bệnh, chữa  bệnh bảo hiểm y tế không có nội dung này. Kiến nghị bỏ, để phù hợp với các quy định của Luật Bảo hiểm y tế. | Giải trình:  Đây là quyền cần thiết của cơ sở KBCB để khắc phục các tranh chấp vướng mắc, bất cập phát sinh trong quá trình thực hiện hợp đồng KBCB của BHYT. |
|  | **SYT Phú Thọ** | Quyền và trách nhiệm của cơ sở KBCB trong thực hiện hợp đồng cần bổ sung đối với cơ sở KBCB:  Được quyền khiếu nại và đề nghị cơ quan BHXH làm rõ lý do chậm quyết toán, thanh toán chi phí KBCB BHYT, biện pháp, thời hạn xử lý, giải quyết các vướng mắc trong việc quyết toán và thanh toán chi phí KBCB BHYT. | Tiếp thu: Đã bổ sung trong dự thao nghị định. |
|  | **SYT Đăk Nông** | Được đề nghị và khiếu nại |  |
| 2. Trách nhiệm của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh  a) Thực hiện quy định tại Điều 43 của 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; | **BHXH Hà Nội** | - Đề nghị bổ sung quy định: cơ sở KCB có trách nhiệm đảm bảo cung ứng đủ thuốc, thiết bị y tế phục vụ công tác KCB BHYT |  |
| 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. | **SYT Phú Yên** | Đề nghị điều chỉnh nội dung tại tiết d, khoản 2, Điều 30 Quyền và trách  nhiệm của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh trong thực hiện hợp đồng như sau: “*Gửi dữ liệu điện tử về chi phí khám bệnh, chữa bệnh BHYT 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 và trước trước ngày mùng 05 của tháng kế tiếp theo quy định  của Bộ trưởng Bộ Y tế”.*  Lý do điều chỉnh: Để phù hợp, đúng theo quy định tại tiết d, khoản 1, Điều  7 của Thông tư số 48/2017/TT-BYT ngày 28 tháng 12 năm 2017 của Bộ trưởng Bộ Y tế quy định trích chuyển dữ liệu điện tử trong quản lý và thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh BHYT. | Giải trình:  Nội dung này sẽ được quy định cụ thể trong TT 48/BYT.. để bảo đảm tính khả thi. |
| 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; | **Cục KHCN &ĐT** | đ. Nâng cấp, hoàn thiện hệ thống thông tin quản lý bệnh viện để thực hiện kết nối, trao đổi dữ liệu, trích chuyển dữ liệu điện tử theo quy định;” | Tiếp thu |
| 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; | **BHXH Hà Nội** | Để nâng cao trách nhiệm của cơ sở KCB trong việc sử dụng quỹ BHYT tối ưu, hiệu quả, đề nghị bổ sung quy định:  - Bộ Y tế hướng dẫn cụ thể cách xác định số liệu đối với các chi phí tăng cao.  - Quy định về xử lý trách nhiệm của người đứng đầu cơ sở KCB đối với các trường hợp cơ sở KCB không điều chỉnh các chi phí tăng cao bất hợp lý khi đã được cơ quan BHXH cảnh báo và các chi phí sai sót đã thông báo qua công tác thẩm định nhưng vẫn chưa có sự điều chỉnh của kỳ sau. |  |
| g) Công khai kết quả xếp cấp chuyên môn kỹ thuật được cơ quan có thẩm quyền phê duyệt kèm theo số điểm trên trang thông tin điện tử của cơ sở và tại nơi đón tiếp người bệnh. |  |  |  |
|  | **SYT Bình Định** | Đề nghị bổ sung quy định về trách nhiệm của cơ quan bảo hiểm xã hội khi cơ sở khám bệnh, chữa bệnh có những thay đổi mà không phải ký lại hợp đồng, phụ lục hợp đồng theo quy định tại Khoản 3 Điều 19 của Nghị định, cụ thể: “Trong thời gian 05 ngày, cơ quan bảo hiểm xã hội có trách nhiệm cập nhật thôngtin thay đổi của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh theo quy định tại Khoản 3 Điều 19 Nghị định này trên Cổng dịch vụ công của cơ quan Bảo hiểm xã hội”. | Tiếp thu |
|  | **Hiệp hội BVTN** | ***a) Phân tích Điều 30***  Điều 30 quy định quyền và trách nhiệm của cơ sở KCB trong thực hiện hợp đồng KCB BHYT, cơ bản đã bao quát đủ quyền, trách nhiệm của cơ sở KCB trong mối tương quan với cơ quan BHXH và thực hiện hợp đồng KCB BHYT. Tuy nhiên còn một số điểm chưa phù hợp, cụ thể:  - Không quy định thời hạn BHXH phải trả lời khiếu nại hoặc hậu quả nếu BHXH không giải quyết, làm giảm hiệu lực của quyền này (khoản 1 điểm c), khiến thiếu cơ chế thực thi.  - Trách nhiệm gửi dữ liệu (khoản 2 điểm c, khoản 2 điểm d): Không có điều khoản miễn trừ hoặc gia hạn khi hệ thống BHXH lỗi, gây rủi ro pháp lý cho cơ sở KCB nếu không gửi đúng hạn.  - Phòng chống lạm dụng quỹ (khoản 2 điểm e): Quy định chung chung, không rõ cơ sở KCB phải làm gì cụ thể (ví dụ: quy trình kiểm tra nội bộ, báo cáo định kỳ?), dễ dẫn đến áp dụng không thống nhất.  - Thông tin chi phí tăng cao (khoản 1 điểm b): Quyền nhận thông tin không đi kèm trách nhiệm của BHXH phải cung cấp dữ liệu so sánh chi tiết (mức bình quân, tiêu chí), khiến cơ sở KCB khó xác minh và điều chỉnh chính xác.  - Công khai xếp hạng (khoản 2 điểm g): Quy định này khả thi với cơ sở KCB quy mô lớn có website, nhưng khó thực hiện với trạm y tế xã hoặc phòng khám nhỏ không có trang thông tin điện tử.  ***b) Đề xuất sửa đổi***  “***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 Điều 42 Luật Bảo hiểm y tế.*  *b) Được cơ quan BHXH cung cấp thông tin bằng văn bản trong vòng 07 ngày làm việc khi hệ thống giám định BHYT phát hiện chi phí KCB BHYT tăng cao bất thường so với mức bình quân của các cơ sở cùng cấp chuyên môn kỹ thuật, quy mô, và chuyên khoa; thông tin phải bao gồm dữ liệu so sánh cụ thể (mức chi phí bình quân, tiêu chí đánh giá) để cơ sở KCB rà soát, kiểm tra, và điều chỉnh phù hợp.*  *c) Được khiếu nại cơ quan BHXH về chậm thanh toán hoặc quyết toán chi phí KCB BHYT; cơ quan BHXH phải trả lời bằng văn bản trong vòng 10 ngày làm việc kể từ khi nhận khiếu nại, kèm theo biện pháp khắc phục (nếu có); trường hợp không giải quyết, cơ sở KCB có quyền yêu cầu bồi thường thiệt hại theo Điều 28 khoản 4.*  *2. Trách nhiệm của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh:*  *a) Thực hiện các trách nhiệm theo Điều 43 Luật Bảo hiểm y tế, bao gồm: cung ứng dịch vụ KCB BHYT theo phạm vi chuyên môn, lập hồ sơ thanh toán đầy đủ và đúng quy định, chịu sự giám định của cơ quan BHXH.*  *b) Tuân thủ quy định của pháp luật về KCB, các hướng dẫn chuyên môn của Bộ Y tế, và quy định pháp luật về mua sắm, đấu thầu để đảm bảo cung ứng thuốc, hóa chất, vật tư y tế, và dịch vụ kỹ thuật y tế chất lượng, hiệu quả, tiết kiệm.*  *c) Gửi dữ liệu điện tử để phục vụ quản lý KCB BHYT ngay sau khi kết thúc lần khám bệnh, đợt điều trị ngoại trú, hoặc đợt điều trị nội trú theo chuẩn quy định của Bộ trưởng Bộ Y tế; trường hợp hệ thống giám định của BHXH gặp sự cố được thông báo theo khoản 1 Điều 29, thời hạn gửi dữ liệu được kéo dài tương ứng.*  *d) Gửi dữ liệu điện tử đề nghị thanh toán chi phí KCB BHYT chậm nhất trong vòng 10 ngày làm việc kể từ ngày kết thúc dịch vụ KCB; trường hợp cơ sở KCB ở vùng sâu, vùng xa hoặc gặp sự cố kỹ thuật bất khả kháng (được xác nhận bằng văn bản), thời hạn có thể kéo dài thêm 05 ngày làm việc.*  *đ) Thiết lập và duy trì hệ thống cơ sở hạ tầng công nghệ thông tin đáp ứng chuẩn dữ liệu đầu vào, đầu ra, trích chuyển dữ liệu điện tử theo quy định của Bộ Y tế; được nhận hỗ trợ kỹ thuật cơ bản (tài liệu, đào tạo) từ cơ quan BHXH theo quy định tại khoản 2 Điều 29 để triển khai hiệu quả.*  *e) Thực hiện các biện pháp phòng chống lạm dụng, trục lợi quỹ BHYT, bao gồm:*  *- Ban hành quy trình nội bộ về kiểm soát chi phí KCB BHYT trong vòng 30 ngày kể từ khi ký hợp đồng.*  *- Rà soát và kiểm tra chi phí KCB BHYT khi nhận cảnh báo từ cơ quan BHXH theo điểm b khoản 1, báo cáo kết quả kiểm tra trong vòng 15 ngày làm việc; chi phí kiểm tra do cơ quan BHXH chịu nếu cảnh báo không có căn cứ.*  *g) Công khai kết quả xếp hạng chuyên môn kỹ thuật được cơ quan có thẩm quyền phê duyệt (kèm số điểm) trên trang thông tin điện tử của cơ sở (nếu có) và tại nơi đón tiếp người bệnh bằng hình thức phù hợp (bảng thông báo, tài liệu in), đảm bảo người bệnh dễ tiếp cận thông tin”*. |  |
| **Điều 31.** **Phương thức giải quyết tranh chấp**  Tranh chấp về hợp đồng bảo hiểm y tế được giải quyết thông qua thương lượng giữa các bên. Trường hợp không thương lượng được thì tranh chấp được giải quyết thông qua hòa giải hoặc Trọng tài hoặc Tòa án theo thỏa thuận trong hợp đồng bảo hiểm y tế và quy định của pháp luật. | **SYT Bình Định** | Đề nghị hướng dẫn cụ thể về “Trọng tài” trong giải quyết tranh chấp hợp đồng bảo hiểm y tế | Tiếp thu và giải trình:  Nội dung này đã được quy định trong BL DS do đó dự thảo NĐ sẽ dẫn chiếu sang BL DS. |
|  | **Hiệp hội BVTN** | Điều 31 hiện tại cung cấp khung cơ bản cho giải quyết tranh chấp nhưng thiếu chi tiết, không tận dụng vai trò cơ quan quản lý, và chưa bảo vệ đầy đủ quyền lợi của cơ sở KCB trong bối cảnh bất bình đẳng quyền lực với BHXH. Cụ thể:  - Quy định chỉ nêu các phương thức mà không xác định thời hạn, trình tự, hoặc điều kiện áp dụng (ví dụ: thời gian thương lượng tối đa, ai tổ chức hòa giải?), dễ dẫn đến mơ hồ khi thực hiện.  - Trong tranh chấp BHYT, Sở Y tế hoặc Bộ Y tế thường có vai trò giám sát chuyên môn, nhưng Điều 31 không đưa họ vào quá trình giải quyết, bỏ qua một kênh trung gian quan trọng.  - Với sự bất cân bằng quyền lực (BHXH là cơ quan quản lý quỹ, cơ sở KCB phụ thuộc tài chính), thương lượng có thể không công bằng, đặc biệt khi BHXH từ chối thanh toán mà không giải thích rõ ràng.  - Tranh chấp BHYT thường liên quan đến yếu tố công (quỹ BHYT là tài sản công), trong khi trọng tài thương mại chủ yếu áp dụng cho tranh chấp tư (Luật Trọng tài Thương mại 2010), dẫn đến khả năng áp dụng thấp.  Do vậy, đề xuất sửa đổi Điều 31 theo hướng như sau:  **“*Điều 31: Phương thức giải quyết tranh chấp về hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế***  *1. Thương lượng:*  *a) Tranh chấp về hợp đồng KCB BHYT được các bên giải quyết trước tiên thông qua thương lượng.*  *b) Thời hạn thương lượng tối đa là 15 ngày làm việc kể từ khi một bên thông báo bằng văn bản về tranh chấp; nếu hết thời hạn mà không đạt thỏa thuận, các bên chuyển sang phương thức khác theo khoản 2 hoặc khoản 3.*  *2. Hòa giải:*  *a) Trường hợp thương lượng không thành, các bên có thể yêu cầu hòa giải thông qua Sở Y tế (đối với cơ sở KCB thuộc phạm vi quản lý của địa phương) hoặc Bộ Y tế (đối với cơ sở KCB thuộc Bộ hoặc ngành).*  *b) Trong vòng 07 ngày làm việc kể từ khi nhận yêu cầu, cơ quan quản lý chỉ định hòa giải viên (là cán bộ có chuyên môn y tế và pháp lý) và tổ chức phiên hòa giải trong vòng 15 ngày làm việc tiếp theo.*  *c) Kết quả hòa giải được lập thành biên bản, có giá trị thỏa thuận giữa các bên nếu cả hai đồng ý; chi phí hòa giải (nếu có) do hai bên chia đều, trừ khi có thỏa thuận khác.*  *d) Nếu hòa giải không thành, các bên chuyển sang trọng tài hoặc tòa án theo khoản 3.*  *3. Trọng tài hoặc Tòa án:*  *a) Tranh chấp được giải quyết bằng trọng tài hoặc tòa án theo thỏa thuận trong hợp đồng KCB BHYT và quy định của pháp luật:*  *- Nếu hợp đồng quy định trọng tài, áp dụng Luật Trọng tài Thương mại hiện hành.*  *- Nếu hợp đồng không quy định hoặc quy định tòa án, áp dụng Bộ luật Tố tụng Dân sự hiện hành tại Tòa án nhân dân có thẩm quyền.*  *b) Trường hợp hợp đồng không có điều khoản giải quyết tranh chấp, tranh chấp được giải quyết tại Tòa án nhân dân nơi cơ quan BHXH đặt trụ sở, trừ khi các bên thỏa thuận khác bằng văn bản sau khi tranh chấp phát sinh.*  *4. Quy định bổ sung:*  *a) Trong thời gian giải quyết tranh chấp, cơ quan BHXH không được dừng thanh toán chi phí KCB BHYT đã được giám định hợp lệ, trừ trường hợp có bằng chứng rõ ràng về gian lận hoặc trục lợi quỹ BHYT từ cơ sở KCB.*  *b) Các bên có trách nhiệm cung cấp đầy đủ tài liệu, chứng cứ liên quan đến tranh chấp theo yêu cầu của cơ quan hòa giải, trọng tài, hoặc tòa án; nếu không cung cấp mà không có lý do chính đáng, bên đó chịu bất lợi trong quá trình giải quyết”*. |  |
| **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; 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; | **Viện Y học Biển**  **Bộ Quốc phòng** | Sửa thành xuất trình ngay  Đề nghị sửa đổi, bổ sung điểm a khoản 1 Điều 32 dự thảo như sau:  *“a)* ***Thông tin về*** *thẻ bảo hiểm y tế hoặc mã số thẻ bảo hiểm y tế và xuất trình thêm một trong các giấy tờ tùy thân có ảnh: ...”*  Lý do: Phù hợp với quy định tại khoản 1 Điều 28 Luật BHYT. |  |
|  | **Viện Y học Biển** | - Chưa có quy định về việc người bệnh có được sử dụng ứng dụng điện tử của cơ quan BHXH VssID để đăng ký KCB không. - Mới có quy định về trường hợp xuất trình thẻ BHYT chưa có ảnh thì phải xuất trình kèm theo các giấy tờ tùy thân có ảnh nhưng chưa có quy định về việc cung cấp mã số BHYT thì cũng phải xuất trình kèm theo các giấy tờ tùy thân có ảnh. |  |
|  | **Bộ Công Thương** | Đề nghị cơ quan soạn thảo điều chỉnh tiêu đề Điều 32 thành “ Thủ tục khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế”, bỏ cụm từ “quy định tại Khoản 1 Điều 28 Luật Bảo hiểm y tế” do không cần thiết và không chính xác (quy định này đã được sửa đổi bởi Khoản 23 Điều 1 Luật Bảo hiểm y tế sửa đổi năm 2024). - Đề nghị cơ quan soạn thảo xem xét, nghiên cứu bổ sung quy định đối với Người tham gia bảo hiểm y tế khi khám bệnh, chữa bệnh khi chỉ xuất trình thông tin về mã số bảo hiểm y tế cần xuất trình thêm một trong các giấy tờ tùy thân nhằm tăng cường đảm bảo tăng cường quản lý. |  |
| 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. | **SYT Cần Thơ**  **SYT Bắc Giang** | Đề nghị hướng dẫn cụ thể hơn thời gian sử dụng giấy khai sinh, chứng sinh trong thời gian bao lâu nhằm tránh việc cấp mã tạm trùng lắp.  Đề nghị bổ sung thêm vào khoản 2 Điều 32: “Đối với trẻ em dưới 6 tuổi chỉ xuất trình thẻ bảo hiểm y tế hoặc mã số bảo hiểm y tế hoặc “mã định danh điện tử tra cứu được thông tin thẻ BHYT”..  Đề nghị xem xét quy định đối với tình huống trẻ em trên 60 ngày mà chưa có giấy khai sinh (thậm chí 01 tuổi) thì có chấp nhận sử dụng giấy chứng sinh và mã thẻ tạm để khám chữa bệnh BHYT cho trẻ hay không trong khi *tại Điều 15 Luật Hộ tịch năm 2014 quy định trách nhiệm đăng ký khai sinh: Trong thời hạn 60 ngày kể từ ngày sinh con, cha hoặc mẹ có trách nhiệm đăng ký khai sinh cho con; trường hợp cha, mẹ không thể đăng ký khai sinh cho con thì ông hoặc bà hoặc người thân thích khác hoặc cá nhân, tổ chức đang nuôi dưỡng trẻ em có trách nhiệm đăng ký khai sinh cho trẻ em.* | Giải trình: Không quy định thời hạn sử dụng giấy khai sinh và chứng sinh tại dự thảo Nghị định bảo đảm tính thuận lợi cho người bệnh là trẻ em dưới 6 tuổi.  Giải trình: Không quy định thời hạn sử dụng giấy khai sinh và chứng sinh tại dự thảo Nghị định bảo đảm tính thuận lợi cho người bệnh là trẻ em dưới 6 tuổi. |
| 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 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. | **BV Phụ sản TW** | Xin thêm hướng dẫn đối với trường hợp chưa thông tuyển thì có được hưởng bảo hiểm không và hướng dẫn đối với trường hợp trái tuyến chưa nộp bảo hiểm ngay tại thời điểm vào viện. | Giải trình: Quy định mức hưởng trong trường hợp “thông tuyến”, “trái tuyến” theo quy định tại điều 22 Luật BHYT. Các hồ sơ, giấy tờ cần thực hiện tại khoản 1 và 2 Điều này. |
| 6. Trường hợp người bệnh có thẻ bảo hiểm y tế điện tử khi đi khám bệnh chữa bệnh bảo hiểm y tế mà hệ thống dữ liệu quản lý thẻ bảo hiểm y tế điện tử bị lỗi không truy cập được thì phải đọc mã số bảo hiểm y tế để cơ sở khám bệnh, chữa bệnh thực hiện tra cứu trên hệ thống trước khi thực hiện tiếp nhận khám bệnh, chữa bệnh. | **UBND Tỉnh Lạng Sơn**  **Cục KHCN &ĐT**  **SYT Nghệ An** | Tại cổng giám định bảo hiểm y tế của Bảo hiểm xã hội Việt Nam, dữ liệu chỉ được cập nhật khi người bệnh đã thanh toán ra viện. Do vậy, nếu người bệnh chỉ đọc mã số thẻ bảo hiểm y tế, cơ sở khám, chữa bệnh sẽ không có đủ cơ sở để tiếp nhận người bệnh, vì không thể xác định được liệu đây có phải đúng là người bệnh đến khám, chữa bệnh hay không, hoặc có thể phát sinh trường hợp người bệnh đang khám, điều trị tại một cơ sở khám, chữa bệnh khác.  Nên cân nhắc điều chỉnh quy định theo hướng người bệnh được sử dụng căn cước thay thẻ bảo hiểm y tế trong quá trình khám bệnh, chữa bệnh  6. Trường hợp người bệnh có thẻ bảo hiểm y tế điện tử khi đi khám bệnh chữa bệnh bảo hiểm y tế mà hệ thống dữ liệu quản lý thẻ bảo hiểm y tế điện tử bị lỗi không truy cập được thì phải đọc mã số bảo hiểm y tế để cơ sở khám bệnh, chữa bệnh thực hiện tra cứu trên hệ thống trước khi thực hiện tiếp nhận khám bệnh, chữa bệnh.”  Đề xuất bổ sung: Nếu hệ thống vẫn không thể tra cứu được, cơ sở y tế cần hướng dẫn người bệnh xuất trình các giấy tờ liên quan hoặc thực hiện các biện pháp xác minh khác theo quy định để đảm bảo quyền lợi bảo hiểm y tế của người bệnh. | Giải trình:  Việc đọc mã số thẻ BHYT sẽ link với kho dữ liệu thẻ của BHXH VN. Đồng thời cũng link với CCCD của người bệnh, khi dữ liệu liên thông thì hình ảnh trên CCCD sẽ thể hiện có đúng người xuất trình thẻ KCB hay không.  Tiếp thu  Tiếp thu |
|  | **SYT Bắc Giang** | Khoản 6 Điều 32: Tại Điều 7 của Nghị định quy định thông tin thẻ BHYT điện tử được mã hóa bằng QR code. Vậy nếu quét QR bị lỗi không tra cứu được thông tin vậy thì người bệnh làm thế nào để biết mã số bảo hiểm của mình để cung cấp cho cơ sở KCB? Đề nghị có hướng dẫn, quy định cụ thể. | Tiếp thu: Sẽ rà soát để bổ sung trong dự thảo Nghị định. |
|  | **SYT Phú Thọ** | Đề nghị thay thế từ **“đọc”** thành **“cung cấp”** | Tiếp thu |
|  | **BV Việt Đức** | Đề nghị sửa lại là: ""Trường hợp người bệnh có thẻ bảo hiểm y tế điện từ khi đi khám bệnh chữa bệnh bảo hiểm y tế mà hệ thống dữ liệu quản lý thẻ bảo hiểm y tế điện tử bị lỗi không truy cập được thì phải đọc mã số bảo hiểm y tế để cơ sở khám bệnh, chữa bệnh thực hiện tra cứu trên hệ thống, kiểm tra thông tin và cập nhật trước khi thực hiện tiếp nhận khảm bệnh, chữa bệnh." |  |
|  | **BV TW Huế** | Đề nghị làm rõ nội dung này: trong trường hợp hệ thống dữ liệu quản lý thẻ BHYT điện từ lỗi, không truy cập được → Cơ sở KCB tiếp nhận không thể thực hiện tra cứu thông qua Cổng Giám định BHYT (do đây là lỗi hệ thống). |  |
|  | **BV TW Huế** | Đề nghị bổ sung điều khoản quy định về việc tiếp đón bệnh nhân khám chữa bệnh BHYT khi hệ thống bệnh án điện tử của cơ sở khám bệnh chữa bệnh bị sự cố. |  |
|  | **BV TW Huế** | Đề nghị bổ sung điều khoản quy định về việc giảm định và thanh toán chi phí khám chữa bệnh BHYT trong trường hợp cơ sở dữ liệu (điện tử) của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh xảy ra sự cổ. |  |
| 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. | **UBND Tỉnh Lạng Sơn** | Ý kiến bổ sung: đối với các thẻ bảo hiểm y tế thuộc đối tượng quân nhân trong quân đội, công an, hoặc đối với trẻ em chỉ có giấy chứng sinh, thì không có dữ liệu thông tin về thẻ bảo hiểm y tế trên cổng giám định bảo hiểm y tế. Vì vậy, cơ sở khám, chữa bệnh cần phải sao chụp lại thẻ bảo hiểm y tế và giấy khai sinh để lưu hồ sơ và chuyển cho bảo hiểm xã hội nhằm giám định tính chính xác của thông tin thẻ bảo hiểm y tế, làm căn cứ thanh toán chi phí khám, chữa bệnh bảo hiểm y tế. Do đó, cần bổ sung quy định cho phép sao chụp thẻ bảo hiểm y tế và giấy chứng sinh trong các trường hợp này mà không phải xin ý kiến đồng ý của người bệnh hoặc người giám hộ. | Giải trình:  Cơ sở được phép sao chụp nhưng phải tự sao chụp. |
|  | **SYT Bình Định** | Đề nghị hướng dẫn thêm về “khoản thời gian cho phép và mức hưởng” đối với các trường hợp không xuất trình đầy đủ thủ tục, thông tin thẻ bảo hiểm y tế kịp thời khi khám bệnh, chữa bệnh, cụ thể:  - Người bệnh được chỉ định vào điều trị nội trú theo tình trạng bệnh không phải cấp cứu, nhưng thẻ bảo hiểm y tế của người bệnh có giá trị sử dụng vào thời điểm giữa đợt điều trị, khi đó người bệnh có được hưởng quyền lợi bảo hiểm y tế bắt đầu từ thời điểm thẻ bảo hiểm y tế có giá trị sử dụng hay không?  - Người bệnh vào đăng ký khám bệnh, chữa bệnh nhưng không xuất trình đầy đủ thủ tục theo quy định tại Khoản 1 hoặc Khoản 2 hoặc Khoản 3 Điều này (hoặc người bệnh đăng ký khám bệnh, chữa bệnh không sử dụng thẻ bảo hiểm y tế) và tình trạng bệnh không phải cấp cứu, sau đó được chỉ định vào “điều trị nội trú” hoặc “đợt điều trị ngoại trú”. Trong thời gian đang điều trị trước khi ra viện, người bệnh xuất trình đầy đủ thông tin thẻ và chứng minh nhân thân. Khi đó người bệnh có được hưởng quyền lợi bảo hiểm y tế trong đợt điều trị đó hay không? | Tiếp thu  - Giải trình:  Nội dung này đã được quy định về thủ tục KBCB, theo đó người bệnh phải xuất trình thẻ BHYT khi đến KBCB. |
|  | **SYT Bắc Giang** | Đề nghị bổ sung quy định xử lý tình huống khi tra cứu thông tin bằng căn cước hoặc tài khoản định danh điện tử của người bệnh lên cổng tiếp nhận nhưng thông tin không trùng khớp (sai tên, năm sinh...). | Tiếp thu: Sẽ rà soát để bổ sung trong dự thảo Nghị định. |
|  | **BV Răng - Hàm - Mặt TW** | Đề xuất: cơ sở y tế hiện nay đều kiểm tra trên hệ thống giảm định bảo hiểm do đó các cơ sở y tế không thể tự thực hiện tra cứu trên hệ thống của bệnh viện trước khi thực hiện tiếp nhận khám bệnh, chữa bệnh. |  |
|  | **Hiệp hội BVTN** | ***a) Phân tích nội dung Điều 32***  Điều 32 hiện tại đã tạo khung linh hoạt cho thủ tục KCB BHYT, nhưng còn một số điểm chưa rõ ràng (tra cứu, thời hạn), thiếu khả thi ở vùng sâu vùng xa, và đặt áp lực lớn lên cơ sở KCB mà không quy định rõ trách nhiệm của BHXH khi hệ thống lỗi. Cụ thể:  - Mơ hồ về "tra cứu được thông tin" (khoản 1(a)): Không rõ tiêu chí "tra cứu được" (hệ thống nào, ai chịu trách nhiệm khi hệ thống lỗi?), dễ gây tranh cãi khi tiếp nhận bệnh nhân.  - Thủ tục cấp cứu (khoản 5): Yêu cầu xuất trình giấy tờ "trước khi kết thúc đợt điều trị" không quy định thời hạn cụ thể, có thể dẫn đến từ chối quyền lợi nếu người bệnh không kịp bổ sung.  - Trẻ vừa sinh (khoản 2): Quy định cha/mẹ/thân nhân ký xác nhận trên hồ sơ bệnh án thiếu cơ chế xử lý khi không có ai ký (ví dụ: trẻ mồ côi sơ sinh), gây khó cho cơ sở KCB.  - Sao chụp giấy tờ (khoản 7): Yêu cầu "đồng ý của người bệnh" không rõ ràng khi người bệnh bất tỉnh hoặc không có người giám hộ, dễ gây đình trệ quản lý.  - Người hiến bộ phận cơ thể (khoản 4): Yêu cầu giấy ra viện không thực tế nếu người hiến cần điều trị ngay tại cơ sở khác, hoặc giấy ra viện bị thất lạc.  ***b) Đề xuất sửa đổi***  “*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 thông thường:*  *a) Khi KCB, người tham gia BHYT phải xuất trình một trong các giấy tờ sau:*  *- Thẻ BHYT hoặc mã số BHYT tra cứu được trên Cổng thông tin BHXH Việt Nam hoặc hệ thống thông tin điện tử do Bộ Y tế quy định. Nếu thẻ chưa có ảnh hoặc mã số không tra cứu được, phải bổ sung một giấy tờ có ảnh: căn cước công dân, giấy chứng nhận căn cước, hộ chiếu, tài khoản định danh điện tử mức 2 (VNeID), hoặc giấy tờ chứng minh nhân thân khác do cơ quan có thẩm quyền cấp.*  *- Căn cước công dân hoặc VNeID mức 2 đã tích hợp thông tin thẻ BHYT.*  *b) Trường hợp hệ thống tra cứu gặp sự cố (do cơ quan BHXH thông báo hoặc cơ sở KCB xác nhận), mã số BHYT được đọc và ghi nhận tạm thời, không được từ chối tiếp nhận nếu người bệnh cung cấp mã số hợp lệ.*  *2. Trẻ em dưới 6 tuổi:*  *a) Chỉ cần xuất trình thẻ BHYT hoặc mã số BHYT tra cứu được.*  *b) Nếu chưa có thẻ, xuất trình giấy khai sinh (bản gốc/sao/trích lục), giấy chứng sinh (bản gốc/sao), hoặc căn cước công dân (nếu có).*  *c) Trẻ vừa sinh chưa có giấy tờ: Cha/mẹ/thân nhân ký xác nhận trên hồ sơ bệnh án; nếu không có cha/mẹ/thân nhân, đại diện cơ sở KCB ký xác nhận và thông báo cho cơ quan BHXH trong vòng 03 ngày làm việc để cấp mã số BHYT tạm thời.*  *3. Người trong thời gian chờ cấp, cấp lại, hoặc đổi thẻ BHYT:*  *a) Xuất trình giấy tiếp nhận hồ sơ và hẹn trả kết quả do cơ quan BHXH (hoặc tổ chức được ủy quyền) cấp, kèm mã số BHYT hoặc thông tin thẻ cũ (nếu có), theo mẫu tại phụ lục ban hành kèm Nghị định này.*  *b) Bổ sung một giấy tờ có ảnh: căn cước công dân, giấy chứng nhận căn cước, hộ chiếu, VNeID mức 2, hoặc giấy tờ chứng minh nhân thân khác do cơ quan có thẩm quyền cấp.*  *c) Trường hợp giấy hẹn không có mã số BHYT, cơ quan BHXH phải cung cấp thông tin xác minh trong vòng 02 ngày làm việc theo yêu cầu của cơ sở KCB.*  *4. Người đã hiến bộ phận cơ thể:*  *a) Xuất trình thẻ BHYT theo khoản 1 hoặc giấy hẹn theo khoản 3.*  *b) Nếu chưa có thẻ, xuất trình giấy ra viện (nơi lấy bộ phận cơ thể cấp) hoặc biên bản hiến bộ phận (do cơ sở y tế lập), kèm một giấy tờ có ảnh: căn cước công dân, giấy chứng nhận căn cước, hộ chiếu, VNeID mức 2, hoặc giấy tờ chứng minh nhân thân khác.*  *c) Nếu điều trị ngay sau hiến tại cơ sở khác, đại diện cơ sở KCB nơi hiến ký xác nhận trên hồ sơ bệnh án, kèm thông báo cho cơ quan BHXH trong vòng 03 ngày làm việc để cấp mã số BHYT tạm thời.*  *5. Trường hợp cấp cứu:*  *a) Người bệnh được tiếp nhận và điều trị ngay mà không cần xuất trình giấy tờ tại thời điểm nhập viện.*  *b) Trước khi xuất viện hoặc trong vòng 07 ngày làm việc sau khi kết thúc đợt điều trị cấp cứu, phải bổ sung giấy tờ theo khoản 1, 2, hoặc 3; nếu không bổ sung được do lý do bất khả kháng (xác nhận bằng văn bản), cơ quan BHXH phối hợp cơ sở KCB xác minh trong vòng 05 ngày làm việc.*  *6. Trường hợp hệ thống thẻ BHYT điện tử lỗi:*  *a) Nếu hệ thống dữ liệu thẻ BHYT điện tử không truy cập được (do cơ quan BHXH quản lý), người bệnh đọc mã số BHYT để cơ sở KCB ghi nhận tạm thời và tra cứu sau khi hệ thống hoạt động trở lại.*  *b) Cơ quan BHXH phải thông báo sự cố hệ thống trong vòng 24 giờ và khắc phục trong vòng 03 ngày làm việc; nếu chậm khắc phục, cơ sở KCB được quyền sử dụng mã số BHYT tạm thời để thanh toán mà không bị từ chối.*  *7. Trách nhiệm của cơ sở KCB và cơ quan BHXH:*  *a) Cơ sở KCB và cơ quan BHXH không được yêu cầu thêm thủ tục ngoài quy định tại Điều này.*  *b) Nếu cần sao chụp giấy tờ để quản lý, cơ sở KCB/BHXH tự thực hiện sau khi được người bệnh (hoặc người giám hộ) đồng ý bằng văn bản; trường hợp người bệnh bất tỉnh hoặc không có người giám hộ, đại diện cơ sở KCB ký xác nhận và chịu trách nhiệm. Chi phí sao chụp do cơ sở KCB/BHXH chịu, không được chuyển cho người bệnh* |  |
| **Điều 33. Thanh toán theo giá dịch vụ**  1. Thanh toán theo giá dịch vụ là phương thức thanh toán theo giá dịch vụ dựa trên chi phí của thuốc, máu, chế phẩm máu, thiết bị y tế, dịch vụ kỹ thuật y tế, khí y tế, vật tư, hoá chất, dụng cụ, công cụ sử dụng trong khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế | **SYT Phú Thọ** | Phương thức thanh toán chi phí KBCB BHYT theo giá dịch vụ hiện nay, tại Khoản 7 Điều 119, Nghị định 96/2023 ngày 30/12/2023, quy định khi thanh toán chi phí KBCB: *“(a) Không yêu cầu liệt kê khối lượng chi tiết các cấu phần chi phí đã kết cấu vào giá dịch vụ KBCB;* *(b) Không sử dụng định mức kinh tế kỹ thuật, mức chi phí sử dụng trong quá trình xây dựng giá dịch vụ KBCB làm căn cứ để thanh toán đối với từng dịch vụ KBCB cụ thể”*. Mặc dù giá dịch vụ KBCB chưa tính đúng tính đủ chi phí.  **Tuy nhiên:** Cơ quan BHXH thường viện dẫn cứng nhắc những hướng dẫn về chuyên môn nghiệp vụ của Bộ Y tế làm cơ sở giảm trừ chi phí (dẫn đến các cơ sở KBCB cân nhắc trong việc sử dụng dịch vụ), vì vậy người có thẻ BHYT chưa được hưởng đầy đủ quyền lợi trong KBCB BHYT.  **Đề nghị**: Điều chỉnh, bổ sung và làm rõ các nội dung tại **Điều 33**, để thuận lợi trong triển khai thực hiện. Đồng thời đảm bảo quyền lợi và nghĩa vụ, trong thực hiện chính sách KBCB BHYT. | Tiếp thu: Sẽ rà soát để bổ sung trong dự thảo Nghị định. |
| 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 trong khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế 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 trong khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế 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; | **BV Chợ Rẫy** | - Phương án 1: sửa thành ".... được thanh toán theo số lượng thực tế sử dụng trên cơ sở giá mua vào theo quy định của pháp luật về đấu thầu. Đối với những thuốc mà giữ nguyên đơn vị đóng gói khi mua sắm chuyển sang sử dụng trực tiếp cho người bệnh thì thanh toán theo giá mua vào và chỉ phí logistic, hư hao; đối với những thuốc phải phân lại liều hoặc phải pha chế thì thanh toán theo giá sau khi tỉnh đủ các chi phí cho phân lại liều hoặc chỉ phí cho pha chế".  - Phương án 2: sửa thành ".... được thanh toán theo số lượng thực tế sử dụng trên cơ sở giá mua vào theo quy định của pháp luật về đấu thầu. Giao Bộ Y tế hướng dẫn chi tiết nội dung này".  Lý giải: Lý do đề xuất điều chỉnh như 02 phương án đã trình bày: nếu quy định như Dự thảo ".... được thanh toán theo số lượng thực tế sử dụng và giả mua theo quy định của pháp luật về đấu thầu" thì vẫn chưa giải quyết được bất cập là không tỉnh chỉ phí dịch vụ logistic để đưa thuốc từ nhà cung cấp tới tay người bệnh, không tỉnh chỉ phỉ cho quá trình cung cấp dịch vụ bảo quản, cấp phát thuốc đến tay người bệnh (bao gồm cả chi phí hư hao vốn đã được quy định tại Thông tư 55/2017/TT-BYT); đi ngược lại với nguyên tắc tỉnh đúng, tính đủ dịch vụ y tế. Đối với các thuốc phải phân lại liều như các thuốc pha hóa trị liệu ung thư, thuốc sử dụng cho bệnh nhân nhỉ, thuốc phóng xạ, thuốc nuôi dưỡng đường tĩnh mạch thì quy định thanh toán bằng giá mua vào là không khả thí, các thuốc này bắt buộc phải có tác động của người cung cấp dịch vụ chuyên môn dược để thành dạng đưa trực tiếp vào cơ thể người bệnh và giá thanh toán phải được cộng thêm chi phí dịch vụ phân lại liều, pha chế. |  |
| 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 là phương thức thanh toán theo mức phí được xác định trước theo phạm vi dịch vụ cho một đầu thẻ đăng ký tại cơ sở cung ứng dịch vụ y tế trong một khoảng thời gian nhất định. 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. | **BV Việt Đức** | Đề nghị sửa lại là: “Thanh toán theo định suất là phương thức thanh toán theo mức phí được xác định trước theo phạm vi dịch vụ cho một đầu thẻ đăng ký tại cơ sở cung ứng dịch vụ y tế trong một khoảng thời gian nhất định. Thanh toán theo định suất được áp dụng đối với trường hợp người bệnh khám bệnh, chữa bệnh ngoại trú và 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 tham gia 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. | **BV Việt Đức** | 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 đó và người tham gia bảo hiểm y tế đăng ký khám bệnh, chữa bệnh ban đầu tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh đó đi khám bệnh, chữa bệnh tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh khác." |  |
| 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. | **Viện Y học Biển** | Đề nghị quy định rõ căn cứ giao quỹ định suất hàng năm để đảm bảo phù hợp giữa các cơ sở khám chữa bệnh. |  |
| 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; | **Viện Y học biển** | Quy định này gây khó khăn cho cơ sở khám chữa bệnh. Vì việc bội chỉ quỹ định suất do nhiều nguyên nhân khách quan mà cơ sở khám chữa bệnh không thể kiểm soát được, cũng như không thể từ chối khám bệnh BHYT khi đã vượt quỹ định suất được giao trong năm. |  |
| 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. | **BV Đại học y Dược TPHCM** | Bỏ điểm b khoản 4 Điều 34:~~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.~~  Lý do bỏ: Cơ sở KCB đã thực hiện chi cho người bệnh. |  |
| 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 | **BHXH Hà Nội** | Đề nghị quy định cụ thể thời gian, lộ trình Bộ Y tế triển khai thực hiện phương thức thanh toán theo định suất để kiểm soát chi phí KCB BHYT đảm bảo hợp lý, tối ưu |  |
| 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. Thanh toán theo nhóm chẩn đoán là phương thức thanh toán theo mức chi 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. |  |  |  |
|  | **BHXH Hà Nội** | Đề nghị quy định cụ thể thời gian, lộ trình Bộ Y tế triển khai thực hiện, thay thế phương thức thanh toán theo giá dịch vụ như hiện nay để kiểm soát chi phí KCB BHYT đảm bảo hợp lý, tối ưu. |  |
| **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 tại thời điểm người bệnh được kê đơn, chỉ định sử dụng thuốc, thiết bị y tế không có sẵn và không thể thay thế bằng thuốc, thiết bị y tế khác, cụ thể như sau:  1. Việc xác định cơ sở khám bệnh, chữa bệnh không có sẵn thuốc, thiết bị y tế tại thời điểm kê đơn, chỉ định và không thể thay thế bằng thuốc, thiết bị y tế khác 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; | **SYT Phú Yên** | Bổ sung thêm *mẫu phiếu xác nhận việc điều chuyển thuốc giữa cơ sở KCB bên nhận và cơ sở KCB bên điều chuyển* vào Điều 36 Thanh toán chi phí thuốc, thiết bị y tế được điều chuyển giữa các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh BHYT*.* Trong mẫu phiếu xác nhận cần nêu rõ tại thời điểm người bệnh được kê đơn, chỉ định sử dụng thuốc, thiết bị y tế, cơ sở KCB BHYT không có sẵn và không thể tha thế bằng thuốc, thiết bị y tế khác đáp ứng theo khoản 1 , khoản 2 Điều 36 dự thảo Nghị định.  Lý do bổ sung: Căn cứ pháp lý để giữa cơ quan Bảo hiểm xã hội và cơ sở khám chữa bệnh (bên điều chuyển, bên nhận) thanh quyết toán chi phí thuốc, thiết bị y tế đã điều trị cho người bệnh BHYT. | Tiếp thu |
| b) Đối với thiết bị y tế: Không có sẵn thiết bị y tế mà người bệnh được chỉ định sử dụng. | **BV Chợ Rẫy** | Đề nghị điều chỉnh: Đề nghị sửa thuật ngữ “thiết bị y tế tiêu hao” thành “thiết bị y tế tiêu hao theo tên thương mại" hoặc "thiết bị y tế tiêu hao theo chủng loại". Lý giải: Để có cách hiểu và triển khai thống nhất. |  |
| 2. Tại thời điểm người bệnh được kê đơn, chỉ định, cơ sở khám bệnh, chữa bệnh không có sẵn thuốc, thiết bị y tế do một trong các nguyên nhân sau đây:  a) Trong giai đoạn dịch bệnh nhóm A đối với cơ sở khám bệnh, chữa bệnh bị phong tỏa, cách ly y tế hoặc nằm trong vùng thực hiện việc giãn cách xã hội hoặc thực hiện nhiệm vụ phòng, chống dịch bệnh, không tiếp nhận được người bệnh; |  |  |  |
| b) 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 | SYT Sóc Trăng | b) 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 và đang trong giai đoạn tiến hành quy trình lựa chọn nhà thầu mới |  |
| c) 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; | **SYT Trà Vinh** | quy định rõ hơn chi phí cận lâm sàng này được thanh toán theo giá tại cơ sở chuyển đến nào cho phù hợp | Tiếp thu: (Chuyển về đúng mục) |
|  | **SYT Sóc Trăng** | c) 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 đang tiến hành quy trình lựa chọn nhà thầu theo 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; |  |
|  | **BV Chợ Rẫy** | Đề nghị điều chỉnh: "... 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 đầu thầu thuốc tại cơ sở y tế công lập và đang trong thời gian chờ kết quả lựa chọn nhà thầu theo hướng mô tả nội dung thay vì dẫn chiều số hiệu của thông tư vì thông tư có thể cập nhật thay đổi bổ sung hoặc bị thay thế bằng thông tư khác". |  |
| d) 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 | **BV Chợ rẫy** | Đề nghị điều chỉnh: - "... nhà thầu có thông báo không cung ứng được” thành “có bằng chứng bằng văn bản xác nhận nhà thầu không cung ứng được thuốc (văn bản cung ứng thuốc từ nhà cung cấp, phụ lục hợp đồng, biên bản xác nhận nhà thầu không cung cấp thuốc)". |  |
|  | **BV Chợ rẫy** | - Bổ sung thêm Điểm e vào Khoản 2 Điều 36: “thuốc (được xác định bằng tên thương mại theo giấy phép lưu hành cụ thể) đã có trong kho của cơ sở khám chữa bệnh nhưng tại thời điểm phát sinh nhu cầu thì thuốc phải thực hiện thu hồi". |  |
| 3. Thẩm quyền quyết định trường hợp được nhận thuốc, thiết bị y tế điều chuyển từ cơ sở khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế khác quy định cụ thể như sau:  a) Giám đốc cơ sở khám bệnh, chữa bệnh nơi điều trị cho người bệnh, căn cứ tình hình thực tế và các điều kiện quy định tại khoản 1và khoản 2 Điều này để lựa chọn cơ sở khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế có sẵn thuốc, thiết bị y tế, đồng ý điều chuyển để nhận điều chuyển thuốc, thiết bị y tế;  b) Việc quyết định lựa chọn cơ sở khám bệnh, chữa bệnh điều chuyển thuốc, thiết bị y tế bảo đảm phù hợp, hiệu quả, tiết kiệm, 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. |  |  |  |
| 4. Việc điều chuyển và thanh toán thuốc, thiết bị y tế được thực hiện như sau:  a) Cơ sở khám bệnh, chữa bệnh có trách nhiệm thông báo về việc điều chuyển thuốc, thiết bị y tế và các khoản chi phí mà người bệnh bảo hiểm y tế phải chi trả và phải được người bệnh đồng ý trước khi quyết định viện nhận điều chuyển thuốc, thiết bị y tế từ cơ sở khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế khác; | **SYT Nghệ An** | Cơ sở khám bệnh, chữa bệnh có trách nhiệm thông báo về việc điều chuyển thuốc, thiết bị y tế và các khoản chi phí mà người bệnh bảo hiểm y tế phải chi trả và phải được người bệnh đồng ý trước khi quyết định viện nhận điều chuyển thuốc, thiết bị y tế từ cơ sở khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế khác”  Ý kiến góp ý: Bỏ quy định về việc “phải được người bệnh đồng ý trước khi quyết định viện nhận điều chuyển thuốc, thiết bị y tế từ cơ sở khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế khác”.  Lý do: Về bản chất, việc điều chuyển thuốc, thiết bị y tế và các khoản chi phí mà người bệnh bảo hiểm y tế phải chi trả nằm trong nhu cầu điều chuyển của các đơn vị, đơn vị có trách nhiệm thông báo và có sự đồng thuận với người bệnh. Bên cạnh đó, một số mặt hàng thuốc, vật tư hóa chất, trang thiết bị không chỉ phục vụ cho một người bệnh tại một thời điểm mà có thể phục vụ nhiều người bệnh tại nhiều thời điểm khác nhau, dự trù điều chuyển theo đánh giá nhu cầu thực tế của các đơn vị nên không thể lấy ý kiến đồng ý của người bệnh trước khi quyết định việc nhận điều chuyển | Tiếp thu nhưng có bổ sung thông báo cho người bệnh trong trường hợp có tăng chi phí đồng chi trả. |
|  | **SYT Yên Bái** | Đề nghị sửa thành: *“…trước khi quyết định* ***việc*** *nhận điều chuyển thuốc...”.* |  |
|  | **SYT Sóc Trăng** | a) Đề nghị quy định rõ về việc đồng ý này (gồm giấy tờ gì) |  |
|  | **BV Chợ Rẫy** | Đề nghị điều chỉnh: đề xuất bỏ yêu cầu “phải được người bệnh đồng ý trước khi quyết định"  Lý giải: vì quy định này không khả thi cho các trường hợp người bệnh bất tỉnh, người bệnh không đủ tỉnh táo, nhận thức. |  |
|  | **BV Việt Đức** | a) Cơ sở khám bệnh, chữa bệnh có trách nhiệm thông báo với người bệnh hoặc người nhà người bệnh về việc điều chuyển thuốc, thiết bị y tế và các khoản chi phí màgười bệnh bảo hiểm y tế phải chi trả trước khi quyết định nhận điều chuyển thuốc, thiết bị y tế từ cơ sở khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế khác;" Lý do: Việc chỉ định sử dụng thuốc, thiết bị y tế phụ thuộc vào phác đồ điều trị của chuyên môn, bác sỹ điều trị chỉ có trách nhiệm thông báo trước khi thực hiện, việc cần được đồng ý từ người bệnh mới thực hiện điều trị có thể gây chậm trễ, giảm hiệu quả chuyên môn. |  |
| b) 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; | **SYT Sóc Trăng** | b) Cơ sở điều chuyển thuốc, thiết bị y tế và cơ sở nhận thuốc, hoá chất, vật tư, thiết bị y tế phải có đề nghị nhượng thuốc của cơ sở y tế không có thuốc điều trị, phiếu xuất kho của cơ sơ y tế nhượng thuốc.(thực tế nhượng thuốc hiện giờ các đơn vị đang tiến hành. Hồ sơ chỉ gồm đề nghị nhượng thuốc, phiếu xuất kho, hóa đơn của đơn vị nhượng thuốc.) |  |
|  | **BV Chợ rẫy** | Đề nghị điều chỉnh: đề nghị bỏ cụm từ "hóa chất, vật tư  Lý giải: để phù hợp với tiêu đề của 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" |  |
| c) Quỹ bảo hiểm y tế thanh toán chi phí thuốc, thiết bị y tế trong phạm vi quyền lợi và mức hưởng của người tham gia 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. Các chi phí khác do người bệnh thanh toán cho cơ sở khám bệnh, chữa bệnh nơi điều trị; | **BV Chợ rẫy** | Lý giải: khó thực hiện được vì cơ sở khám chữa bệnh nơi nhận thuốc, thiết bị y tế không đủ thông tin của các thuốc, thiết bị y tế này để chuyển lên cổng thông tin điện tử. |  |
| d) Cơ sở khám bệnh, chữa bệnh nhận thuốc, thiết bị y tế có trách nhiệm thanh toán chi phí thuốc, thiết bị y tế cho cơ sở khám bệnh, chữa bệnh nơi điều chuyển. Cơ sở khám bệnh, chữa bệnh nơi điều trị cho người bệnh tổng hợp phần chi phí thuốc, thiết bị y tế thuộc phạm vi thanh toán của quỹ bảo hiểm y tế vào chi phí khám bệnh, chữa bệnh của người bệnh để thanh toán với cơ quan bảo hiểm xã hội. | **Sở Y tế**  **Thanh Hóa** | Đề nghị làm rõ theo đơn giá nào và các chi phí liên quan như bảo quản thuốc, vận chuyển thuốc. | Tiếp thu |
|  | **Viện Y học biển** | Quy định này rất khó khăn cho các cơ sở khám chữa bệnh, đề nghị để các đơn vị tự điều tiết và quỹ BHYT thanh toán theo thực tế sử dụng cho bệnh nhân. |  |
| **Điều 37.** **Quy định về việc chuyển người bệnh hoặc mẫu bệnh phẩm đến cơ sở khác đủ điều kiện để thực hiện dịch vụ cận lâm sàng**  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. Cơ sở tiếp nhận người bệnh hoặc mẫu bệnh phẩm để thực hiện các dịch vụ cận lâm sàng không được chuyển tiếp người bệnh hoặc mẫu bệnh phẩm đến cơ sở thứ ba (khác). | **UBND Lào Cai**  **SYT Phú Thọ** | Đề xuất xem xét bổ sung quy định cụ thể về việc thanh toán chi phí vận chuyển người bệnh, vận chuyển mẫu bệnh phẩm giữa các cơ sở khám chữa bệnh  Việc cho phép chuyển gửi các dịch vụ kỹ thuật mà đơn vị gửi chưa làm được và cũng chưa được phê duyệt là phù hợp vì các kỹ thuật cao không phải đơn vị nào cũng có nhưng việc làm các kỹ thuật đó để chẩn đoán và điều trị là cần thiết. Ví dụ: Tại bệnh viện A chưa có máy chụp MRI nhưng để chẩn đoán và điều trị thì bệnh nhân cần thực hiện kỹ thuật đó, vì vậy cần cho phép chuyển gửi, ủy thác làm kỹ thuật này tránh đầu tư lãng phí.  Cần bổ sung việc xử lý trong trường hợp Cơ sở tiếp nhận đủ điều kiện thực hiện dịch vụ cận lâm sàng nhưng cơ sở vật chất hoặc nhân lực gặp vấn đề, thời điểm chuyển bệnh nhân đến không đủ điều kiện thực hiện thì xử lý như thế nào nếu không chuyển tiếp đến bên thứ ba.  Bên cạnh việc cho phép chuyển gửi Cận lâm sàng nên cho phép chuyển gửi, ủy thác các kỹ thuật điều trị như Xạ trị trong điều trị ung thư, can thiệp mạch (DSA) trong điều trị chấn thương, tim mạch, thần kinh. Điều này giúp người bệnh không phải chuyển cơ sở KBCB và tiết kiệm các cận lâm sàng khi đã thực hiện ở cơ sở chuyển người bệnh | Giải trình: Cơ sở KBCB đang điều trị cho người bệnh phải có tách nhiệm cung ứng đầy đủ các dịch vụ cho người bệnh. |
| 2. Việc chuyển thực hiện dịch vụ cận lâm sàng được thực hiện theo nguyên tắc phù hợp với yêu cầu về chuyên môn kỹ thuật trong khám bệnh, chữa bệnh, bảo đảm quyền lợi của người tham gia bảo hiểm y tế và theo danh mục như sau:  a) Dịch vụ cận lâm sàng thuộc danh mục dịch vụ kỹ thuật y tế được cơ quan nhà nước có thẩm quyền phê duyệt cho cơ sở khám bệnh, chữa bệnh và đang được thực hiện tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh nhưng tại thời điểm chỉ định sử dụng cho người bệnh, cơ sở khám bệnh, chữa bệnh đó không thực hiện được.  Cơ sở khám bệnh, chữa bệnh nơi chuyển người bệnh hoặc mẫu bệnh phẩm điền thông tin vào mẫu quy định tại phụ lục ban hành kèm theo Nghị định này và gửi kèm trong quá trình chuyển người bệnh hoặc mẫu bệnh phẩm đến cơ sở thực hiện dịch vụ cận lâm sàng; | **BHXH Hà Nội** | Đề nghị thông báo với cơ quan BHXH để có cơ sở thanh toán  - Mẫu chuyển người bệnh: đề nghị có đóng dấu của cơ sở KCB chuyển người bệnh và được lập 02 liên, 01 liên lưu trong hồ sơ bệnh án của người bệnh. |  |
| b) Dịch vụ cận lâm sàng không thuộc danh mục dịch vụ kỹ thuật y tế được cơ quan nhà nước có thẩm quyền phê duyệt cho cơ sở khám bệnh, chữa bệnh nhưng thực tế cần thiết cho các hoạt động chuyên môn theo quy định của Bộ trưởng Bộ Y tế về quản lý, chẩn đoán và điều trị trong khám bệnh, chữa bệnh thì được quỹ bảo hiểm y tế thanh toán.  Người đứng đầu cơ sở khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế nơi chuyển người bệnh hoặc mẫu bệnh phẩm căn cứ chức năng, nhiệm vụ, phạm vi hoạt động chuyên môn được cấp có thẩm quyền phê duyệt để lập danh sách các dịch vụ cận lâm sàng cần chuyển và ký hợp đồng nguyên tắc với cơ sở thực hiện dịch vụ cận lâm sàng. Trong hợp đồng nguyên tắc 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. Đồng thời, người đứng đầu cơ sở khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế nơi chuyển người bệnh hoặc mẫu bệnh phẩm gửi danh sách các dịch vụ cận lâm sàng cần chuyển và hợp đồng nguyên tắc đến cơ quan bảo hiểm xã hội nơi ký hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế để hai bên ký bổ sung phụ lục Hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế trước khi thực hiện. |  |  |  |
| 3. Cơ sở khám bệnh, chữa bệnh chuyển người bệnh hoặc mẫu bệnh phẩm có trách nhiệm thanh toán chi phí cho cơ sở khám bệnh, chữa bệnh hoặc đơn vị thực hiện dịch vụ, sau đó tổng hợp vào chi phí khám bệnh, chữa bệnh của người bệnh để thanh toán với cơ quan bảo hiểm xã hội. 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. | **BV Bạch Mai** | 3. Cơ sở khám bệnh, chữa bệnh chuyển người bệnh hoặc mẫu bệnh phẩm có trách nhiệm thanh toán chi phí cho cơ sở khám bệnh, chữa bệnh hoặc đơn vị thực hiện dịch vụ, sau đó tổng hợp vào chi phí khám bệnh, chữa bệnh của người bệnh để thanh toán với cơ quan bảo hiểm xã hội. Cơ sở tiếp nhận thực hiện dịch vụ cận lâm sàng không được thu thêm chi phí về khám bệnh và **chi phí**thực hiện dịch vụ cận lâm sàng của người bệnh.  Bổ sung từ cho rõ nghĩa |  |
|  | **BV Việt Đức** | Đề nghị sửa lại là: “Cơ sở khám bệnh, chữa bệnh chuyển người bệnh hoặc mẫu bệnh phẩm có trách nhiệm thanh toán chi phí cho cơ sở khám bệnh, chữa bệnh hoặc đơn vị thực hiện dịch vụ. Đồng thời, tổng hợp phần chi phí dịch vụ cận lâm sàng của người bệnh thuộc phạm vi thanh toán của quỹ bảo hiểm y tế đề nghị thanh toán với cơ quan bảo hiểm xã hội theo quy định Khoản 4 Điều này, các chi phí khác do người bệnh thanh toán cho cơ sở khám bệnh, chữa bệnh nơi điều trị. Cơ sở tiếp nhận thực hiện dịch vụ cận lâm sàng không được thu thêm chi phí về khám bệnh ể thực hiện dịch vụ cận lâm sàng của người bệnh." |  |
| 4. Quỹ bảo hiểm y tế thanh toán chi phí dịch vụ cận lâm sàng theo phạm vi, mức hưởng của người tham gia bảo hiểm y tế, cụ thể như sau:  a) Quỹ bảo hiểm y tế thanh toán theo giá dịch vụ cận lâm sàng đã được cấp có thẩm quyền phê duyệt cho cơ sở nơi thực hiện người bệnh hoặc mẫu bệnh phẩm; | **BV Bạch Mai** | Sửa chính tả  a) Quỹ bảo hiểm y tế thanh toán theo giá dịch vụ cận lâm sàng đã được cấp có thẩm quyền phê duyệt cho cơ sở nơi **thực hiện dịch vụ cận lâm sàng** |  |
| b) Trường hợp cơ sở nơi thực hiện dịch vụ cận lâm sàng chưa được cơ quan có thẩm quyền phê duyệt giá, quỹ bảo hiểm y tế thanh toán theo giá dịch vụ kỹ thuật được cấp có thẩm quyền phê duyệt cho cơ sở khám bệnh, chữa bệnh nơi chuyển người bệnh hoặc mẫu bệnh phẩm; | **BHXH Hà Nội** | Đề nghị bổ sung quy định về giá thanh toán dịch vụ cận lâm sàng trong trường hợp cả cơ sở thực hiện và cơ sở chuyển người bệnh điều chưa được phê duyệt giá dịch vụ cận lâm sàng |  |
| 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. | **BV Phụ Sản TW** | Bệnh viện góp ý nên bỏ điểm c, khoản 4, Điều 37: Vì trong giấy chuyển chỉ định chỉ chuyển đến một nơi thực hiện chỉ định cận lâm sàng | **Giải trình:** Quy định này để làm rõ việc thanh toán chỉ cho 01 lần/01 lần chỉ định. |
|  | **BV Răng - Hàm Mặt TW** | Quy định về việc chuyển người bệnh hoặc mẫu bệnh phẩm đến cơ sở khác đã điều kiện để thực hiện dịch vụ cận lâm sàng Việc chuyển các dịch vụ cận lâm sàng giữa các bệnh viện hiện nay theo như dự thảo sẽ làm mất cơ hội điều trị của bệnh nhân (đặc biệt là các bệnh viện chuyên khoa) vì khi đã ký hợp đồng chuyển gửi thì không thể chuyển được bệnh nhân BHYT sang cơ sở khác. Ví dụ: Cơ sở A chuyển bệnh nhân sang cơ sở B để chụp MRI, mẫu bệnh phẩm. Tuy nhiên, máy cơ sở 1 hỏng chưa chụp được, chưa chạy được mẫu nên hẹn bệnh nhân tháng sau quay lại (đo cơ sở A chỉ ký Hợp đồng chuyển gửi với cơ sở B nên không thể linh hoạt chuyển sang cơ sở C hay D). Bên cạnh đó phát sinh thêm rất nhiều thủ tục hành chính trên một dịch vụ như là: Kỷ hợp đảng chuyển gửi với cơ sở của giải. Đồng thời, người đứng đầu cơ sở khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế nói chuyển người bệnh hoặc mẫu bệnh phong danh sách các dịch vụ cận lâm sàng cần chuyển và hợp đồng nguyên cho đảo cơ quan bảo hiểm xã hội nơi ký hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế để hai bên ký bổ sung phụ lục Hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế trước khi thực hiện, các loại phiếu chỉ định chuyển gửi, cấu hình lại tính năng Bệnh án điện tử, đề nghị ánh xạ trước khi thực hiện, đối chiếu và thanh toán giữa hai cơ sở.  Đề xuất: Với các bệnh viện chuyên khoa chỉ cần lập Phiếu chuyến cơ sở khám bệnh, chữa bệnh BHYT. | Giải trình: Nội dung này đã được sửa đổi tại dự thảo Nghị định, đối với trường hợp dịch vụ CLS đã được thực hiện ở cơ sở KCB mà chuyển sang cơ sở KCB khác thì không cần ký hợp đồng trước đó. |
|  | **BHXH Hà Nội** | Tại điểm đ khoản 4 Điều 37 Dự thảo Nghị định: Thanh toán chi phí thuốc, thiết bị y tế được điều chuyển giữa các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế  - Cơ quan bảo hiểm xã hội có trách nhiệm cung cấp các thông tin trúng thầu và việc sử dụng thuốc, thiết bị y tế của các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh nơi ký hợp đồng cho cơ sở khám bệnh chữa bệnh khi có yêu cầu để làm cơ sở chuyển thuốc, thiết bị y tế.  Ý kiến BHXH Thành phố:  Đề nghị sửa thành Bộ Y tế, Sở Y tế có trách nhiệm cung cấp các thông tin trúng thầu và việc sử dụng thuốc, thiết bị y tế của các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh nơi ký hợp đồng cho cơ sở khám bệnh chữa bệnh khi có yêu cầu để làm cơ sở chuyển thuốc, thiết bị y tế. |  |
| **Điều 38. 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**  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 Điều 13 của Nghị định này:  1. 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. | **SYT Hà Nội**  **BV Bạch Mai** | Nội dung này trùng lắp với Khoản 2 Điều 13. |  |
| 2. 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; |  |  |  |
| 3. 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. |  |  |  |
|  | **BV Việt Nam - Cu Ba Đồng Hới** | Bổ sung nội dung của điểm d khoản 2 Điều 13 thành khoản 4 Điều 38 và bỏ toàn bộ nội dung tại khoản 2 Điều 13 để tránh trùng lặp | Tiếp thu: Đã rà soát, bảo đảm tránh quy định trùng lặp trong dự thảo Nghị định. |
| **Điều 39. 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**  1. 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. | **BV Bạch Mai** | Điều 39. 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, **ngoài giờ hành chính:** | Tiếp thu: Bổ sung trong dự thảo Nghị định |
| 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 và phải thông báo trước cho người bệnh; thông báo bằng văn bản cho cơ quan bảo hiểm xã hội trước khi thực hiện hoạt động khám bệnh, chữa bệnh vào ngày lễ, ngày nghỉ để làm cơ sở thanh toán. | **SYT Bình Định** | Cơ sở khám bệnh, chữa bệnh có trách nhiệm……; thông báo bằng văn bản cho cơ quan bảo hiểm xã hội trước khi thực hiện hoạt động khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế vào ngày lễ, ngày nghỉ để làm cơ sở thanh toán, trừ trường hợp cơ sở khám bệnh, chữa bệnh đã ký hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế vào ngày nghỉ, ngày lễ thì không cần phải thông báo | Tiếp thu |
|  | **SYT Phú Thọ** | Đề nghị bổ sung thêm nội dung KBCB BHYT **ngoài giờ hành chính**. Đề nghị sửa thành: *Thanh toán chi phí KBCB đối với cơ sở KBCB có tổ chức KBCB vào ngày nghỉ, ngày lễ, ngoài giờ hành chính.*  **Lý do:** Thực tế hiện nay do yêu cầu từ thực tiễn, nhu cầu KBCB của người dân ngoài giờ hành chính là tương đối lớn đặc biệt là các đối tượng cán bộ, công chức, viên chức, công nhân…Như hiện nay tại Bệnh viện Bạch mai đang triển khai KBCB ngoài giờ hành chính có hiệu quả và đảm bảo quyền lợi tốt hơn cho người có thẻ BHYT khi đi KBCB. | Tiếp thu: Đã bổ sung trong dự thảo Nghị định. |
|  | **BV Phụ Sản TW** | Xin bổ sung vào hợp đồng ký hàng năm về nội dung thực hiện hoạt động khám bệnh, chữa bệnh vào ngày nghỉ, ngày lễ, tết và ngoài giờ hành chính thay vì phải làm thông báo bổ sung cho cơ quan bảo hiểm. | Tiếp thu: Để rà soát, bổ sung trong dự thảo Nghị định. |
|  | **Hiệp hội BVTN** | Điều 39 quy định cơ chế thanh toán chi phí KCB BHYT cho các dịch vụ kỹ thuật chuyển giao từ cơ sở KCB chuyển giao sang cơ sở KCB nhận chuyển giao, theo chương trình chỉ đạo tuyến, đề án nâng cao năng lực, hoặc hợp đồng chuyển giao kỹ thuật. Để thể hiện rõ ràng và dễ hiểu, dễ thực hiện, đề xuất sửa như sau:  “***Điều 39: Thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh cho dịch vụ kỹ thuật chuyển giao***  *Chi phí KCB BHYT đối với các dịch vụ kỹ thuật do nhân viên của cơ sở KCB chuyển giao thực hiện tại cơ sở KCB nhận chuyển giao theo chương trình chỉ đạo tuyến, đề án nâng cao năng lực chuyên môn, hoặc hợp đồng chuyển giao kỹ thuật (theo hướng dẫn của Bộ trưởng Bộ Y tế) được quỹ BHYT thanh toán như sau:*  *1. Đối với dịch vụ đã có danh mục và giá phê duyệt:*  *Trường hợp dịch vụ kỹ thuật đã được cấp có thẩm quyền phê duyệt danh mục và giá cho cơ sở nhận chuyển giao, quỹ BHYT thanh toán theo mức giá đã phê duyệt, dựa trên số lượng thực tế sử dụng trong phạm vi quyền lợi BHYT.*  *2. Đối với dịch vụ chưa có danh mục hoặc giá phê duyệt:*  *a) Cơ sở nhận chuyển giao thông báo bằng văn bản (theo mẫu tại phụ lục ban hành kèm Nghị định này) đến cơ quan BHXH nơi ký hợp đồng KCB BHYT trong vòng 07 ngày làm việc kể từ khi bắt đầu thực hiện dịch vụ chuyển giao, nêu rõ: danh mục dịch vụ, số lượng dự kiến, và hợp đồng/đề án chuyển giao.*  *b) Quỹ BHYT thanh toán dựa trên:*  *- Giá dịch vụ đã được phê duyệt cho cơ sở KCB chuyển giao tại thời điểm chuyển giao.*  *- Số lượng thực tế sử dụng, không vượt quá số lượng trong hợp đồng chuyển giao hoặc quyết định phê duyệt của cấp có thẩm quyền.*  *c) Trong vòng 30 ngày làm việc sau khi hoàn thành hợp đồng chuyển giao (kết thúc thời hạn hợp đồng hoặc nhận chuyển giao tự thực hiện dịch vụ), cơ sở nhận chuyển giao phải trình cấp có thẩm quyền phê duyệt danh mục kỹ thuật; nếu không trình, cơ quan BHXH tạm dừng thanh toán số lượng dịch vụ tiếp theo cho đến khi hoàn thiện.*  *3. Chi phí thuốc, hóa chất, vật tư y tế:*  *Đối với chi phí về thuốc, hóa chất, vật tư 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*.” |  |
| **Điều 40. Thanh toán chi phí dịch vụ khám bệnh, chữa bệnh đối với cơ sở khám bệnh chữa bệnh tư nhân**  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:  1. 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. | **SYT Cần Thơ** | Đề nghị bổ sung: Cơ cơ khám, chữa bệnh ngoài công lập cấp cơ bản có thực hiện các kỹ thuật mà không có trong nghị quyết của HĐND ban hành cho bệnh viện cùng cấp thì được áp dụng mức thu của dịch vụ kỹ thuật của các bệnh viện công lập cấp chuyên sâu trong và ngoài thành phố | Giải trình: Đã quy định cụ thể trường hợp không có giá ở các cấp tương ứng thì được áp dụng giá của các cơ sở KCB khác theo thứ tự tại dự thảo Nghị định. |
| 2. 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. | **UBND Kon Tum** | “2. 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 có cùng tuyến chuyên môn kỹ thuật trước ngày 01/01/2025 của nhà nước trên địa bàn tỉnh; | Giải trình:  Nội dung này thực hiện theo quy định của Luật Đấu thầu, Luật KBCB. |
| 3. 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. | **SYT Đăk Nông** | 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 của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh của nhà nước cùng cấp chuyên môn kỹ thuật trên địa bàn tỉnh | Giải trình: Quy định trong dự thảo Nghị định bảo đảm cơ sở tư nhân cấp ban đầu được áp dụng giá và dịch vụ của cơ sở KCB cấp cơ bản của nhà nước trên địa bàn. |
| 4. 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 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 khoản 1, 2 và 3 Điều này. | **UBND Kon Tum** | 4. 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 không cao hơn 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 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 1, 2 và 3 Điều này.”.  Lý do: Để phù hợp với thực tế và đảm bảo công bằng giữa cơ sở công lập và tư nhân. | Giải trình:  Nội dung này thực hiện theo quy định của Luật Đấu thầu, Luật KBCB |
| **Điều 41. Thanh toán trong 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**  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 theo giá dịch vụ khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh của nhà nước 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 khoản 1, 2, 3 và 4 Điều 40 Nghị định này. | **UBND Lào Cai** | Tại Điều 41, dự thảo quy định thanh toán theo giá dịch vụ của cơ sở khám chữa bệnh nhà nước trên địa bàn tỉnh, tỉnh giáp ranh hoặc tỉnh khác trên toàn quốc. Tuy nhiên, cần bổ sung quy định khi các cơ sở khám chữa bệnh cùng cấp tại các tỉnh giáp ranh hoặc toàn quốc không có giá dịch vụ để tham chiếu nhưng có bệnh viện cấp cao hơn có giá (Ví dụ một bệnh viện cấp cơ bản thực hiện dịch vụ kỹ thuật loại đặc biệt mà chưa có bệnh viện cấp cơ bản khác trên toàn quốc thực hiện, chỉ có các bệnh viện cấp chuyên sâu thực hiện, tham chiếu) | Tiếp thu, bổ sung trong dự thảo Nghị định |
|  | **BV Chợ Rẫy** | Đề nghị điều chỉnh: “... nhà nước áp dụng cùng hạng bệnh viện gần nhất, ưu tiên trên địa bàn nếu không có thì theo địa lý gần nhất ...”.  Lý giải: Nhằm đảm bảo chi phí thực hiện không bị thiệt thòi, đặc biệt với các bệnh viện tuyến cuối có chi phí vận hành cao. |  |
|  | **BV Đại học Y dược TPHCM** | Điều 41 (bổ sung phần in đậm, gạch chân):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 theo giá dịch vụ khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh **cùng cấp chuyên môn kỹ thuật** của nhà nước 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 khoản 1, 2, 3 và 4 Điều 40 Nghị định này. |  |
| **Điều 42. Thanh toán trong 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:  1. 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. |  |  |  |
| 2. 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. | **Viện Y học biển** | Đề nghị hướng dẫn cụ thể về 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  Đề nghị hướng dẫn cụ thể về 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: Cơ sở y tế tự kê chi phí tiền lương, tiền công, phụ cấp của NVYT tham gia vào DVKT đô hay theo mức BYT quy định? Vì nếu BYT đã ban hành mức thanh toán thì cũng là ban hành giá DVKT luôn. |  |
|  | **BHXH Hà Nội** | Tại điểm a khoản 2 Điều 42 Dự thảo Nghị định: Thanh toán trong 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  - Quỹ bảo hiểm y tế thanh toán theo số lượng thực tế các loại thuốc, thiết bị y tế đã sử dụng để thực hiện dịch vụ kỹ thuật đó và giá mua theo quy định của pháp luật về đấu thầu hoặc theo giá thanh toán bảo hiểm y tế đối với cơ sở khám bệnh, chữa bệnh tư nhân;  Ý kiến BHXH Thành phố:  - Đề nghị bỏ cụm từ “…hoặc theo giá thanh toán bảo hiểm y tế đối với cơ sở khám bệnh, chữa bệnh tư nhân”. Lý do hiện nay giá của các CSKCB công lập chưa tính đủ chi phí, còn giá do các CSKCB tư nhân đã tính đủ chi phí, vì vậy nếu áp giá của CSKCB tư nhân tạo ra yếu tố không đồng nhất về chính sách |  |
|  | **BV Việt Đức** | Đề nghị sửa lại là: “Cơ sở khám bệnh, chữa bệnh tổng hợp thanh toán chi phí thực hiện dịch vụ khám bệnh, chữa bệnh với cơ quan bảo hiểm xã hội, cụ thể như sau:  1. 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.  2. 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.  3. Các chi phí khác do người bệnh thanh toán với cơ sở khám bệnh, chữa bênh. |  |
| **Điều 43. Thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh khi cơ sở khám bệnh, chữa bệnh điều chỉnh quy mô giường bệnh**  1. Cơ sở khám bệnh, chữa bệnh được thanh toán chi phí trong trường hợp điều chỉnh quy mô giường bệnh của một hoặc một số khoa, phòng tối đa không vượt quá 10% và không quá 30 giường trong tổng số giường bệnh của cơ sở khám bệnh đó nhưng phải bảo đảm các điều kiện nhân lực, cơ sở vật chất, trang thiết bị theo quy định của pháp luật về khám bệnh, chữa bệnh. Cơ sở khám bệnh chữa bệnh thực hiện thông báo cho cơ quan bảo hiểm xã hội về việc thay đổi cơ cấu giường bệnh giữa các khoa để làm căn cứ thanh toán. | **SYT Quảng Trị** | Cơ sở khám bệnh, chữa bệnh được thanh toán chi phí trong trường hợp điều chỉnh quy mô giường bệnh của một hoặc một số khoa, phòng tối đa không vượt quá 30% trong tổng số giường bệnh của cơ sở khám bệnh đó nhưng phải bảo đảm các điều kiện nhân lực, cơ sở vật chất, trang thiết bị theo quy định của pháp luật về khám bệnh, chữa bệnh. Cơ sở khám bệnh chữa bệnh thực hiện thông báo cho cơ quan bảo hiểm xã hội về việc thay đổi cơ cấu giường bệnh giữa các khoa để làm căn cứ thanh toán. | Tiếp thu. Chỉnh sửa trong dự thảo Nghị định nhưng có các mức khác nhau căn cứ vào quy mô, số lượng giường bệnh. |
|  | **BV Phong Da Liễu TW Quy Hòa** | "1. Cơ sở khám bệnh, chữa bệnh được thanh toán chi phí trong trường hợp điều chỉnh quy mô giường bệnh của một hoặc một số khoa, phòng tối đa không vượt quá 30% tổng số giường bệnh của cơ sở khám bệnh đó nhưng phải bảo đảm các điều kiện nhân lực, cơ sở vật chất, trang thiết bị theo quy định của pháp luật về khám bệnh, chữa bệnh. Cơ sở khám bệnh chữa bệnh thực hiện thông báo cho cơ quan bảo hiểm xã hội về việc thay đổi cơ cấu giường bệnh giữa các khoa để làm căn cứ thanh toán."  Lý do đề nghị sửa lại: Để thống nhất với nội dung tại Điểm c Khoản 16 Điều 6 Thông tư 22/2023/TT-BYT, các cơ sở y tế linh hoạt hơn, thực hiện được kế hoạch giường bệnh của đơn vị. | Tiếp thu: Nội dung này sẽ được rà soát để thống nhất quy định tại dự thảo Nghị định bảo đảm việc thanh toán BHYT phù hợp với thực tiễn. |
|  | **SYT Sóc Trăng** | Việc tiếp nhận và điều trị người bệnh là chức năng và nhiệm vụ của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh. Theo đó, thực hiện quy định tại khoản 1 điều 43 của dự thảo sẽ dẫn đến một số khó khăn, vướng mắc cho cơ sở khám bệnh, chữa bệnh vì số lượng bệnh nhân biến động từng giờ từng ngày, trường hợp số lượng bệnh nhân điều trị vượt số giường phân bổ cho từng khoa, phòng theo từng ngày không được thanh toán bảo hiểm y tế là điều không hợp lý. Lý do 1 vài khoa bệnh tăng lên theo mùa, theo tình hình dịch bệnh, bệnh viện chủ động điều động giường từ các khoa khác đến để đáp ứng nhu cầu khám bệnh của người dân nhưng tổng số giường của bệnh viện không thay đổi. Do đó đề xuất: không áp dụng tính vượt gường tại từng khoa và theo từng ngày, đề xuất áp dụng dựa trên quy mô giường bệnh của toàn bệnh viện.Đề xuất áp dụng theo hàng quý theo quy định tại khoản 9 Điều 1 Nghị địnhsố 75/2023/NĐ-CP. |  |
|  | **BV Phụ Sản TW** | Xin điều chỉnh số giường bệnh tăng tối đa không quá 10% thay vì không quá 30 giường để phù hợp với tình hình thực tế một số bệnh viện có trên 500 giường bệnh nội trú. | Tiếp thu: Nội dung này sẽ được rà soát để thống nhất quy định tại dự thảo Nghị định bảo đảm việc thanh toán BHYT phù hợp với thực tiễn. |
|  | **BV Việt Nam - Cu Ba Đồng Hới** | Bỏ cụm từ “phòng” và “và không quá 30 giường” | Tiếp thu: Nội dung này sẽ được rà soát để thống nhất quy định tại dự thảo Nghị định bảo đảm việc thanh toán BHYT phù hợp với thực tiễn. |
|  | **SYT Hà Nội** | Tại Khoản 1 Điều 43 đề nghị bỏ “*nhưng phải bảo đảm các điều kiện nhân lực, cơ sở vật chất, trang thiết bị theo quy định của pháp luật về khám bệnh, chữa bệnh.”* Do thực tế lâm sàng số lượng bệnh nhân biến động liên tục và *“Người đứng đầu cơ sở khám bệnh, chữa bệnh có thể điều động nhân lực hoặc phân công nhân lực hỗ trợ, kiêm nhiệm tại các khoa phòng được điều chỉnh tăng quy mô giường bệnh”* như khoản 2 Điều này. |  |
|  | **BHXH Hà Nội** | - Đề nghị bổ sung: Cơ sở KCB thực hiện thông báo cho cơ quan bảo hiểm xã hội về việc thay đổi cơ cấu giường bệnh và gửi kèm theo văn bản cơ sở KCB báo cáo cấp có thẩm quyền về việc điều chỉnh quy mô giường bệnh để làm căn cứ thanh toán. |  |
|  | **BV Bạch Mai** | 1. Cơ sở khám bệnh, chữa bệnh được thanh toán chi phí giường bệnh theo số giường thực kê trong trường hợp có điều chỉnh quy mô giường bệnh của một hoặc một số khoa, phòng **nhưng không phải điều chỉnh giấy phép hoạt động theo quy định của pháp luật về khám bệnh, chữa bệnh**. Cơ sở khám bệnh chữa bệnh thực hiện thông báo cho cơ quan bảo hiểm xã hội về việc thay đổi cơ cấu giường bệnh giữa các khoa để làm căn cứ thanh toán.  - Vấn đề thay đổi quy mô giường bệnh phải cấp điều chỉnh giấy phép hoạt động hiện đang có nhiều vướng mắc và Bộ Y tế đang xin ý kiến góp ý sửa đổi Nghị định số 96/2023/NĐ-CP ngày 30/12/2023 của Chính phủ quy định chi tiết một số điều của Luật Khám bệnh, chữa bệnh. Do vậy, không nên quy định cụ thể số lượng ấn định theo quy định của Nghị định số 96/2023/NĐ-CP trong Nghị định này. |  |
|  | **BV Việt Đức** | Đề nghị sửa lại là: “ Cơ sở khám bệnh, chữa bệnh được thanh toán chi phí trong trường hợp điều chính quy mô giường bệnh của một hoặc một số khoa, phòng tối đa không vượt quá 10% trong tổng số giường bệnh của cơ sở khám bệnh đó nhưng phải bảo đảm các điều kiện nhân lực, cơ sở vật chất, trang thiết bị theo quy định của pháp luật về khám bệnh, chữa bệnh. Cơ sở khám bệnh chữa bệnh thực hiện thông báo cho cơ quan bảo hiểm xã hội về việc thay đổi cơ cấu giường bệnh giữa các khoa để làm căn cứ thanh toán."  Nhiều đơn vị có 10% tổng số giường bệnh lớn hơn 30 giường |  |
|  | **BV Đại học Y dược TPHCM** | Thay thế khoản 1 bằng nội dung:  *“Việc thanh, quyết toán tiền ngày giường bệnh hàng quý giữa cơ quan bảo hiểm xã hội và cơ sở khám bệnh, chữa bệnh thực hiện như sau:*  *a) Xác định số giường thực tế sử dụng trong quý (năm) = Tổng số ngày điều trị nội trú trong quý (năm) chia (:) số ngày thực tế trong quý (năm là 365 ngày), trong đó số ngày điều trị nội trú được quy đổi theo nguyên tắc: giường băng ca, giường gấp, giường ghép 02 người: 02 ngày giường quy đổi bằng 01 ngày; giường ghép từ 03 người trở lên: 03 ngày giường quy đổi bằng 01 ngày;*  *b) Trường hợp cơ sở y tế có số giường thực tế sử dụng trong quý thấp hơn hoặc bằng 120% số giường kế hoạch được giao: thanh toán 100% tổng số tiền theo số ngày giường thực tế và mức giá dịch vụ ngày giường bệnh theo quy định;*  *c) Trường hợp cơ sở y tế có số giường thực tế sử dụng cao hơn 120% số giường kế hoạch được giao trong năm:*  *Đối với các cơ sở y tế được giao giường kế hoạch trước năm 2015 thì cơ sở khám bệnh, chữa bệnh và cơ quan bảo hiểm xã hội có thể thống nhất cách xác định tỷ lệ sử dụng giường thực tế hàng quý (sau đây gọi tắt là tỷ lệ sử dụng giường bệnh), bằng (=) số giường thực tế sử dụng của quý chia (:) cho số giường thực tế sử dụng năm 2015 nhân (X) với 100%.*  *Trường hợp tỷ lệ sử dụng giường thực tế (kể cả theo cách tính nêu trên):*  *Nhỏ hơn hoặc bằng 130%: cơ quan bảo hiểm y tế thanh toán cho cơ sở y tế bằng 100% tổng số tiền theo số ngày giường thực tế và mức giá dịch vụ ngày giường bệnh theo quy định;*  *Lớn hơn 130% đến 140%: cơ quan bảo hiểm y tế thanh toán cho cơ sở y tế bằng 97% tổng số tiền theo số ngày giường thực tế và mức giá dịch vụ ngày giường bệnh theo quy định;*  *Lớn hơn 140% đến 150%: cơ quan bảo hiểm y tế thanh toán cho cơ sở y tế bằng 95% tổng số tiền theo số ngày giường thực tế và mức giá dịch vụ ngày giường bệnh theo quy định;*  *Lớn hơn 150%: cơ quan bảo hiểm y tế thanh toán cho cơ sở y tế bằng 90% tổng số tiền theo số ngày giường thực tế và mức giá dịch vụ ngày giường bệnh theo quy định.”*  Lý do thay thế: Để phù hợp với Thông tư Số 22/2023/TT-BYT ngày 17/11/2022. |  |
|  | **BV TW Huế** | 1. Cơ sở khám bệnh, chữa bệnh được thanh toán chi phí trong trường hợp điều chỉnh quy mô giường bệnh của một hoặc một số khoa, phòng tối đa không vượt quá 10% trong tổng số giường bệnh của cơ sở khám bệnh đó nhưng phải bảo đảm các điều kiện nhân lực, cơ sở vật chất, trang thiết bị theo quy định của pháp luật của pháp luật về khám bệnh, Cơ sở khám bệnh chữa bệnh thực áo cho cơ quan bảo hiểm xã hội về cơ cầu giường bệnh giữa các khoa cứ thanh toán  Đối với bệnh viện có quy mô giường bệnh trên 1.000 giường, chênh lệch 30 giường chiếm tỷ lệ quá nhỏ so với tổng giường. Việc phải điều chỉnh GPHĐ khi có thay đổi từ 30 giường gây khó khăn trong công tác chuyên môn và thanh toán chỉ phí KCB KHYT với cơ quan BHYT. |  |
|  | **SYT Đồng Tháp** | 1. Cơ sở khám bệnh, chữa bệnh được thanh toán chi phí trong trường hợp điều chỉnh quy mô giường bệnh của một hoặc một số khoa, phòng tối đa không vượt quá 20% trong tổng số giường bệnh của cơ sở khám bệnh đó nhưng phải bảo đảm các điều kiện nhân lực, cơ sở vật chất, trang thiết bị theo quy định của pháp luật về khám bệnh, chữa bệnh. Cơ sở khám bệnh chữa bệnh thực hiện thông báo cho cơ quan bảo hiểm xã hội về việc thay đổi cơ cấu giường bệnh giữa các khoa để làm căn cứ thanh toán.” |  |
| 2. Người đứng đầu cơ sở khám bệnh, chữa bệnh có thể điều động nhân lực hoặc phân công nhân lực hỗ trợ, kiêm nhiệm tại các khoa phòng được điều chỉnh tăng quy mô giường bệnh. | **BV Răng Hàm Mặt TW** | Đề xuất: cần làm rõ khi điều động nhân lực hoặc phân công nhân lực hỗ trợ, kiểm nhiệm tại các khoa phòng có phải báo cáo cơ quan bảo hiểm không. | Tiếp thu: Rà soát và bổ sung trong dự thảo Nghị định. |
|  | **SYT Bắc Giang** | Đề nghị quy định rõ thời gian điều chỉnh quy mô giường bệnh của một hoặc một số khoa, phòng tối đa không vượt quá 10% và không quá 30 giường trong tổng số giường bệnh của cơ sở khám bệnh *(được phép thực hiện trong thời gian bao nhiêu lâu 01 lần?).* Vì theo thực tế, công suất sử dụng giường bệnh của các khoa, phòng khác nhau các thời điểm trong năm (ví dụ mùa dịch cúm thì khoa Truyền nhiễm cần điều chỉnh giường...) | Tiếp thu: Nội dung này sẽ được rà soát để thống nhất quy định tại dự thảo Nghị định bảo đảm việc thanh toán BHYT phù hợp với thực tiễn. |
|  | **BV Bạch Mai** | 3. Trong thời gian xảy ra thiên tai, thảm họa, dịch bệnh theo quy định của pháp luật về phòng, chống thiên tai; phòng thủ dân sự; phòng, chống bệnh truyền nhiễm được cơ quan có thẩm quyền ra thông báo: cơ sở khám chữa bệnh thực hiện thông báo cho cơ quan bảo hiểm xã hội về việc thay đổi quy mô, cơ cấu giường bệnh và cơ quan bảo hiểm xã hội thanh toán cho cơ sở khám bệnh, chữa bệnh theo số lượng giường thực tế.  Trong trường hợp thiên tai, thảm họa, dịch bệnh cơ sở KCB phải kê thêm giường vượt quá quy định là do khách quan và cần được thanh toán theo thực tế. Khoản 8, Điều 4d, Thông tư số 39/2024/TT-BYT ngày 17/11/2024 của Bộ Y tế ban hành Thông tư sửa đổi, bổ sung một số điều của Thông tư số [35/2016/TT-BYT](https://thuvienphapluat.vn/van-ban/bao-hiem/thong-tu-35-2016-tt-byt-danh-muc-ty-le-dieu-kien-thanh-toan-dich-vu-ky-thuat-y-te-nguoi-tham-gia-bao-hiem-288918.aspx" \t "_blank) ngày 28/9/2016 của Bộ trưởng Bộ Y tế ban hành Danh mục và tỷ lệ, điều kiện thanh toán đối với dịch vụ kỹ thuật y tế thuộc phạm vi được hưởng của người tham gia bảo hiểm y tế hiện chưa có hướng dẫn đối với việc thanh toán tiền giường trong trường hợp kê thêm vượt quá quy định do thiên tai, thảm họa, dịch bệnh*.* |  |
|  | **BV Đại học Y dược TPHCM** | Khoản 2 (bổ sung phần in đậm, gạch chân): **Trường hợp một khoa quá tải giường bệnh nhưng khoa kia còn giường trống thì khoa quá tải được phép gửi người bệnh nằm tại khoa còn giường trống**, người đứng đầu cơ sở khám bệnh, chữa bệnh có thể điều động nhân lực hoặc phân công nhân lực hỗ trợ, kiêm nhiệm tại các khoa phòng được điều chỉnh tăng quy mô giường bệnh. |  |
| **Điều 44.** **Thanh toán chi phí mua thuốc, hóa chất, vật tư xét nghiệm, thiết bị y tế cho các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh tư nhân**  Cơ sở khám bệnh, chữa bệnh tư nhân sử dụng thuốc thuộc danh mục thuốc do quỹ bảo hiểm y tế chi trả để phục vụ công tác khám bệnh, chữa bệnh thì được quỹ bảo hiểm y tế thanh toán theo giá trúng thầu còn hiệu lực của thuốc cùng tên thương mại, hãng sản xuất, xuất xứ, nồng độ, hàm lượng, đường dùng, cùng nhóm tiêu chí kỹ thuật, dạng bào chế, đơn vị tính hoặc của cùng hóa chất, vật tư xét nghiệm, thiết bị y tế đó, cụ thể như sau:  1. Không vượt đơn giá trúng thầu của các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh công lập tuyến tỉnh, tuyến trung ương hoặc cơ sở khám bệnh, chữa bệnh cùng cấp chuyên môn kỹ thuật trên cùng địa bàn. | **SYT Thanh Hóa**  **BHXH Hà Nội** | Đề nghị điều chỉnh lại:  Theo chứng từ, hóa đơn nhập hàng nhưng không vượt đơn giá trúng thầu của các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh công lập tuyến tỉnh, tuyến trung ương hoặc cơ sở khám bệnh, chữa bệnh cùng cấp chuyên môn kỹ thuật trên cùng địa bàn.  - Bổ sung hướng dẫn rõ hiệu lực tra cứu giá trúng thầu tham khảo: Còn hiệu lực, tham khảo kết quả trong vòng 12 tháng trước, tra cứu ở địa chỉ nào?  - Trường hợp khi kết quả trúng thầu nhiều cơ sở đảm bảo cùng cấp, khoảng điểm thì lựa chọn giá nào, theo nguyên tắc ưu tiên nào? | Giải trình:  Nội dung này đã chỉnh sửa, bảo đảm thống nhất với Điều 55 của Luật Đấu thầu. |
|  | **SYT Đồng Tháp** | “1. Không vượt đơn giá trúng thầu của các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh cấp chuyên sâu hoặc cơ sở khám bệnh, chữa bệnh cùng cấp chuyên môn kỹ thuật trên cùng địa bàn.” |  |
| 2. Trường hợp không có đơn giá quy định tại khoản 1 Điều này, việc xác định đơn giá để thanh toán căn cứ theo đơn giá trúng thầu của thuốc cùng tên thương mại, hãng sản xuất, xuất xứ, nồng độ, hàm lượng, đường dùng, cùng nhóm tiêu chí kỹ thuật, dạng bào chế, đơn vị tính hoặc của cùng hóa chất, vật tư xét nghiệm, thiết bị y tế đó, theo thứ tự ưu tiên như sau:  a) Kết quả mua sắm tập trung quốc gia, kết quả đàm phán giá;  b) Kết quả mua sắm tập trung trên địa bàn;  c) Kết quả đấu thầu của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh công lập khác trên cùng địa bàn;  d) Kết quả đấu thầu của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh công lập cùng cấp chuyên môn kỹ thuật trên địa bàn lân cận. Trường hợp, không có giá của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh cùng cấp chuyên môn kỹ thuật trên địa bàn lân cận, thực hiện theo kết quả đấu thầu của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh công lập cấp cơ bản hoặc cấp chuyên sâu trên địa bàn lân cận;  đ) Kết quả đấu thầu của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh công lập cùng cấp chuyên môn kỹ thuật trên địa bàn Thành phố Hà Nội, Thành phố Hồ Chí Minh. Trường hợp, không có giá của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh cùng cấp chuyên môn kỹ thuật trên địa bàn lân cận, thực hiện theo kết quả đấu thầu của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh công lập cấp cơ bản hoặc cấp chuyên sâu trên địa bàn Thành phố Hà Nội, Thành phố Hồ Chí Minh. | **BHXH Hà Nội** | - Địa bàn lân cận khó xác định: Đề nghị sửa thành địa bàn giáp ranh  - Trường hợp không áp dụng quy định tại khoản 1, thì áp dụng khoản 2. Nhưng khoản 2 chỉ nói đến kết quả đấu thầu của cơ sở KCB công lập, chưa nhắc đến kết quả đấu thầu tập trung cấp địa phương của các địa bàn lân cận (giáp ranh) có được lựa chọn không? |  |
|  | **Hiệp hội BVTN** | a) Phân tích Điều 45  Điều 45 Dự thảo Nghị định hướng dẫn Điều 55 của Luật Đấu thầu số 2023 về các phương thức mua sắm thuốc, hóa chất, vật tư xét nghiệm, thiết bị y tế của các cơ sở KCB tư nhân để làm cơ sở thanh tóan từ Quỹ BHYT, cơ bản đã giải quyết được vướng mắc, khó khăn trong việc mua sắm thuốc, hóa chất, vật tư xét nghiệm, thiết bị y tế, đảm bảo cơ sở KCB BHYT yên tâm hoạt động.  Khoản 3 Điều 55 Luật Đấu thầu 2023 quy định:  “*3. Trường hợp các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh tư nhân không chọn áp dụng quy định của Luật này đối với mua thuốc, hóa chất, vật tư xét nghiệm, thiết bị y tế thì cơ sở khám bệnh, chữa bệnh đó chỉ được thanh toán từ nguồn quỹ bảo hiểm y tế theo đúng giá mặt hàng thuốc, hóa chất, vật tư xét nghiệm, thiết bị y tế theo đơn giá đã trúng thầu của các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh công lập tuyến tỉnh, tuyến trung ương* ***hoặc cơ sở khám bệnh, chữa bệnh cùng cấp chuyên môn kỹ thuật trên cùng địa bàn****; nếu không có giá trúng thầu của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh công lập tuyến tỉnh, tuyến trung ương* ***hoặc cơ sở khám bệnh, chữa bệnh cùng cấp chuyên môn kỹ thuật trên cùng địa bàn*** *thì thực hiện theo quy định của Chính phủ*”.  Đối chiếu với điểm b, điểm c khoản 1 Điều 55 Dự thảo Nghị định lại tách phần cùng cấp cơ bản thành 2 loại cơ sở KCB đạt số điểm khác nhau, cụ thể:  *“b) Cùng cấp cơ bản đạt số điểm dưới 50 điểm;*  *c) Cùng cấp cơ bản đạt số điểm từ 50 điểm đến dưới 70 điểm”;*  Khoản 3 Điều 55 Luật Đấu thầu 2023 chỉ yêu cầu cơ sở KCB tư nhân không áp dụng đấu thầu được thanh toán theo giá trúng thầu của "***cơ sở KCB công lập tuyến tỉnh, tuyến trung ương***" hoặc "***cùng cấp chuyên môn kỹ thuật trên cùng địa bàn***." Cụm từ "***cùng cấp chuyên môn kỹ thuật***" là một khái niệm chung, không gắn với điểm số hay tiêu chí định lượng cụ thể nào trong Luật. Việc Dự thảo phân loại "***cùng cấp cơ bản" theo điểm số (dưới 50, 50-70)*** là bổ sung thêm, vượt thẩm quyền hướng dẫn của Nghị định (Nghị định không được trái luật cấp trên, theo Luật Ban hành văn bản quy phạm pháp luật 2015). Điều này mâu thuẫn với bản chất của khoản 3 Điều 55 Luật Đấu thầu 2023, gây phức tạp và không cần thiết.  ***b) Đề xuất sửa đổi***  Từ phân tích nêu trên, đề xuất sửa đổi các điểm a, b, c khoản 1 Điều 55 như sau:  “.............................  *a) Cùng cấp ban đầu;*  *b) Cùng cấp cơ bản;*  *c) Cùng cấp chuyên sâu”.*  ......................................” |  |
| **Điều 45. 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. | **SYT Hà Nội** | Tại Điều 45 đề nghị bỏ Khoản 1 vì hiện đã và đang thực hiện theo Điều 10 Thông tư số 30/2020/TT-BYT ngày 31/12/2020 của Bộ Y tế là các trẻ em này sẽ được cơ sở khám chữa bệnh cấp thẻ tạm cho trẻ để liên thông dữ liệu khám chữa bệnh BHYT đề nghị thanh toán rồi không cần cơ sở khám chữa bệnh lập đề nghị thanh toán sau nữa |  |
|  | **BV Việt Đức** | Đề nghị sửa lại là: “ 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 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 tổng hợp chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế đề nghị thanh toán, 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."  Lý do: Căn cứ chi phí khám bệnh, chữa bệnh trên hệ thống giám định báo hiểm y tế cơ quan bảo hiểm xã hội có thể tổng hợp được danh sách mà không cần chờ cơ sở khám bệnh, chữa bệnh báo cáo. |  |
| 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. | **Sở YT Thanh Hóa** | Cần nghiên cứu sửa khoản 2 vì thực tế người hiến tạng phải vào viện trước khi phẫu thuật lấy tạng (ko kể những xét nghiệm sàng lọc trước ghép trước khi vào viện).  Xin bổ sung:  Người đã hiến bộ phận cơ thể của mình nhưng chưa có thẻ bảo hiểm y tế cần phải vào viện chuẩn bị các điều kiện trước khi thực hiện kỹ thuật phẫu thuật lấy bộ phận cơ thể để hiến ghép thì được quỹ bảo hiểm y tế thanh toán chi phí ngay từ đợt điều trị trước và sau khi người hiến đã hiến xong bộ phận cơ thể của mình và bảo đảm tính vô danh của người được ghép bộ phận cơ thể người, trừ trường hợp người hiến bộ phận cơ thể và người nhận bộ phận cơ thể người có cùng huyết thống. | Giải trình:  Nội dung này phải thực hiện theo quy định của Luật hiến ghép mô cơ thể người và chỉ được hưởng quyền lợi từ thời điểm lấy mô ở cơ thể người. |
|  | **BV Bạch Mai** | Bỏ khoản 1, khoản 2  Chi phí KCB BHYT của trẻ em dưới 6 tuổi và người hiến ghép bộ phận cơ thể người nhưng chưa được cấp thẻ BHYT đã được Bộ Y tế và cơ quan BHXH hướng dẫn mã hóa theo mã thẻ BHYT tạm thời và cơ sở KCB đã gửi tổng hợp danh sách đề nghị thanh toán trên Cổng tiếp nhận dữ liệu Hệ thống thông tin giám định BHYT cũng như theo đường công văn. Do vậy, cơ quan BHXH có thể rút được danh sách báo cáo theo quy định mà không cần cơ sở KCB phải gửi tổng hợp báo cáo riêng, phát sinh thêm thủ tục hành chính. |  |
| 3. 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, thiết bị y tế theo yêu cầu chuyên môn trong quá trình vận chuyển, thì chi phí thuốc, thiết bị 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. Trường hợp chi phí thuốc, thiết bị y tế khi chưa được tổng hợp vào chi phí điều, quỹ bảo hiểm y tế thanh toán theo quy định của Bộ trưởng Bộ Y tế. | **SYT Quảng Trị**  **BV Việt Nam - Cu Ba Đồng Hới** | Bổ sung hướng dẫn cụ thể thanh toán bảo hiểm y tế về chi phí thuốc, thiết bị y tế phát sinh trong quá trình chuyển cơ sở khám bệnh, chữa bệnh đối với người bệnh.  Bổ sung từ trị sau chi phí điều, quỹ bảo hiểm y tế | Tiếp thu |
|  | **SYT Yên Bái** | Đề nghị sửa thành: *“…khi chưa được tổng hợp vào chi phí* ***điều trị****,…”.* |  |
|  | **SYT Phú Thọ** | Quy định việc tổng hợp chi phí thuốc, vật tư y tế nếu cần sử dụng trong quá trình chuyển cơ sở KBCB vào bệnh viện chuyển người bệnh, điều này rất khó thực hiện vì trước khi chuyển cơ sở KBCB phải kết thúc hồ sơ bệnh án, hoàn thiện thủ tục thanh toán, theo quy định rồi mới cho người bệnh chuyển cơ sở KBCB.  Do đó đề nghị xem sửa đổi khoản này như sau: Người bệnh phải tự chi trả chi phí thuốc, vật tư y tế phải sử dụng trong quá trình vận chuyển, cơ quan BHXH có trách nhiệm thanh toán trực tiếp chi phí này cho người bệnh | Giải trình: BYT sẽ quy định cụ thể việc tổng hợp chi phí này. |
| 4. 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. | **BV Phong Da Liễu TW Quy Hòa** | Đề nghị cần làm rõ Khoản này vì: Người bệnh đăng ký KCBBĐ nơi khác, không có giấy chuyển khi vào điều trị nội trú tại cơ sở y tế xếp cấp chuyên môn kỹ thuật CƠ BẢN được thanh toán 100% mức hưởng, không áp dụng BHYT khi điều trị ngoại trú. Vậy người bệnh có được 100% mức hưởng với số thuốc cấp cho người bệnh sử dụng ngoại trú sau khi ra viện hay không? | Giải trình: Thuốc cấp ngoại trú trong hồ sơ bệnh án ngoại trú được tính vào chi phí KCB nội trú của người bệnh. |
|  | **Bệnh viện YHCT TW** | Hiện nay, cơ quan bảo hiểm y tế chưa thanh toán chi phí đối với những trường hợp này.  Đề xuất: Cần có văn bản hướng dẫn thực hiện. | Giải trình: Thuốc cấp ngoại trú trong hồ sơ bệnh án ngoại trú được tính vào chi phí KCB nội trú của người bệnh. |
| 5. 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. | **BV Răng Hàm Mặt TW** | 5. Trường hợp người có thể 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 thể 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  Bệnh nhân hết hạn thẻ bảo hiểm và được thêm 15 ngày điều trị nội trú là rất nhân văn tuy nhiên lại khó khăn cho cơ sở khám bệnh, chữa bệnh do phía cơ quan BHXH cấp thẻ ngược  Ví dụ tại Bệnh viện Răng Hàm Mặt Trung ương Hà Nội:  Bệnh nhân A vào viện ngày 20/12/2024 và giá trị thẻ đến hết 31/12/2024 với thẻ HN2, đối tượng hưởng 100% BHYT. Đến ngày 10/01/2025, Bệnh nhân được ra viện và kiểm tra trên Hệ thống giám định nhận được thông báo thẻ BHYT hết hạn và bệnh viện chủ động ra hạn thêm 10 ngày theo luật BHYT và cho bệnh nhân thanh toán ra viện theo chế độ 100% cả đợt điều trị. Tuy nhiên khi hết tháng cơ quan bảo hiểm chạy dữ liệu và thông báo bệnh viện đề nghị sai mức hưởng. Nguyên nhân là do bệnh nhân A ở tỉnh H năm 2024 là đối tượng hộ nghèo nhưng sang năm 2025 không còn được trong danh sách hộ nghèo và chuyển sang cận nghèo do đó thẻ BHYT sẽ chuyển sang CN3 hưởng 95%. Tuy nhiên cơ quan BHYT chưa giảm sát được bệnh nhân có nằm viện thời gian đó nên vẫn cấp thẻ BHYT CN3 từ ngày 01/01/2025, do đó giữa bệnh viện và cơ quan bảo hiểm bị khác nhau về đối tượng hưởng BHYT 10 ngày là HN2 và CN3, hồ sơ không đề nghị được thanh toán được và bị trả lại. Sau khi làm công văn với cơ quan BHXH, bệnh viện vẫn bị cơ quan bảo hiểm trừ tiền do sai mức hưởng 10 ngày.  Đề xuất:  Hiện nay, các Bệnh viện đã và đang áp dụng bệnh án điện tử và số hóa các loại giấy tờ. Tuy nhiên các bệnh viện vẫn phải in chứng từ thanh toán để lưu trữ do đó đang lãng phí tài nguyên số và kho lưu trữ, chỉ phí bảo quản chống ẩm, mốc... giấy tờ.  - Chữ ký số và vân tay đã được công nhận pháp lý, tuy nhiên cơ quan bảo hiểm vẫn yêu cầu các cơ sở y tế in bảng kê chi phí và ký tươi nên mất thêm thời gian.  Trong hệ sinh thái Bệnh án điện tử có Nhóm tiêu chỉ hệ thống thông tin bệnh viện (HIS) theo Thông tư 54/2017/TT-BYT và chỉ tiết theo mục:  Mục 35: Quân lý viện phí và thanh toán BHYT  Mục 61: Thanh toán viện phí điện tử. Trên cơ sở của Luật Kế toán 88/2015/QH13, căn cứ Khoản 1, 3 Điều 17, Khoản 6 Điều 18, Khoản 4 Điều có quy định về việc cho phép các đơn vị được lựa chọn phương án lưu trữ chứng từ:  1. In ra giấy để lưu trữ, ký, đóng dấu.  2. Lưu trữ trên phương tiện điện tử nếu đảm bảo an toàn, bảo mật thông tin đứ liệu và đảm bảo tra cứu được trong thời hạn lưu trữ. So với phương thức truyền thống in ra giấy, phương thức lưu trữ điện từ góp phần khắc phục được các nhược điểm như tốn chi phí, diện tích lại trê, rủi ro mất cổ. hóng chứng từ và đồng thời phù hợp với sự phát triển của khoa học công nghệ trong công tác quản lý. Đặc biệt các quy định mới đây của Nhà nước về việc bắt buộc sử dụng hóa đơn điện tử cũng tạo nhiều thuận lợi cho phương thức lưu trữ chứng từ, sổ sách kế toán điện tử). | Tiếp thu: Để rà soát, cân nhắc bổ sung trong dự thảo Nghị định. |
| 6. 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. |  |  |  |
| 7. Các chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế đã thực hiện trên tài sản, phương tiện và hiện vật được tài trợ nhưng chưa hoàn thành thủ tục xác lập quyền sở hữu toàn dân trong giai đoạn trước ngày 04 tháng 3 năm 2023 được áp dụng theo quy định tại khoản 4 Điều 118 Nghị định số 96/2023/NĐ-CP quy định chi tiết một số điều của Luật Khám bệnh, chữa bệnh. |  |  |  |
|  | **SYT Trà Vinh** | Sửa đổi theo hướng chuyển dữ liệu điện tử để thanh toán với cơ quan BHXH và Bộ Y tế sẽ hướng dẫn cụ thể để thực hiện. | Giải trình:  Nội dung này đã có trong TT 48 và BYT đang rà soát sửa đổi để bảo đảm tính cập nhật. |
|  | **SYT Cần Thơ** | Đề nghị bổ sung thêm khoản 8: về thanh toán giường bệnh được các bệnh viện tính công suất sử dụng giường bệnh hàng quý và năm. Vì vậy, hướng dẫn việc thanh toán giường bệnh công suất sử dụng hàng quý, áp dụng chung cho cả cho cả bệnh viện, không tính riêng từng khoa lâm sàng, giám đốc bệnh viện tự chịutrách nhiệm điều phối giường bệnh các khoa lâm sàng khi quá tải. | Tiếp thu: Nội dung này sẽ được rà soát để thống nhất quy định tại dự thảo Nghị định bảo đảm việc thanh toán BHYT phù hợp với thực tiễn. |
|  | **SYT Hà Nội** | Tại Điều 45 đề nghị bổ sung thêm nội dung: Trong trường hợp người tham gia bảo hiểm y tế tới khám chữa bệnh đã được khám chữa bệnh nhưng lại không phối hợp thanh toán chi phí khám chữa bệnh theo quy định thì cơ sở khám chữa bệnh lập biên bản, ký xác nhận của Trưởng khoa hoặc Trưởng kíp trực, có ký, đóng dấu của lãnh đạo cơ sở khám chữa bệnh để lưu giữ cùng hồ sơ khám bệnh của người bệnh. Cơ sở khám chữa bệnh tiến hành thanh toán chi phí khám chữa bệnh theo mức hưởng và phạm vi hưởng với cơ quan BHXH và gửi văn bản tới cơ quan BHXH nơi ký hợp đồng để làm căn cứ giám định, thanh quyết toán |  |
|  | **BV Bạch Mai** | Bổ sung điều khoản để giải quyết các trường hợp sau:  - Các chi phí chưa thống nhất giữa cơ sở KCB và cơ quan Bảo hiểm xã hội.  - Thanh toán chi phí khám chữa bệnh BHYT trong trường hợp chuyển giao kỹ thuật.  - Thanh toán chi phí khám chữa bệnh BHYT trong trường hợp áp dụng thí điểm phương pháp mới, kỹ thuật mới.  Xuất phát từ các vướng mắc phát sinh trong thực tế cần có hướng dẫn giải quyết. |  |
| **Điều 46. Quản lý, sử dụng nguồn thu khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế tại trạm y tế xã**  1. Nguồn thu khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế được hạch toán riêng cho từng trạm y tế xã. |  |  |  |
| 2. Ngân sách nhà nước bảo đảm chi trả tiền lương cho nhân viên y tế tại trạm y tế xã. Chi phí tiền lương, tiền công, chi phí quản lý được kết cấu trong giá dịch vụ y tế được giữ lại trạm y tế xã để chi thu nhập tăng thêm cho người lao động tại trạm y tế xã và không khấu trừ vào tiền lương, phụ cấp. | **SYT Bắc Kan** | Khoản thu trên giữ lại để chi thu nhập tăng thêm là chưa hợp lý vì chi phí quản lý trong khám bệnh, chữa bệnh còn nhiều khoản chi khác.  Đề xuất sửa thành: "Nguồn thu khám, chữa bệnh bảo hiểm y tế của các trạm y tế xã, thị trấn được giữ lại để chi các khoản chi phí trực tiếp tính trong giá dịch vụ và để chi thu nhập tăng thêm cho người lao động tại trạm y tế xã, thị trấn". | Giải trình:  Quy định như dự thảo Nghị định để bảo đảm khuyến khích động viên cho nhân viên Trạm y tế bảo đảm đúng chủ trương, đường lối của Chỉ thị 25 BCH TW. |
| **Điều 47. Các trường hợp, thẩm quyền, quy trình, thủ tục thu hồi chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế (Đề nghị các cơ quan, đơn vị đề xuất các nội dung cụ thể)**  1. Các trường hợp thu hồi chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế. | **UBND tỉnh Lạng Sơn**  **SYT TP HCM** | Để hoạt động kiểm tra, đánh giá sự hợp lý trong việc chỉ định điều trị, sử dụng thuốc, hóa chất, vật tư, thiết bị y tế, và dịch vụ kỹ thuật y tế cho người bệnh bảo hiểm y tế được thực hiện khách quan và đúng với chuyên môn nghiệp vụ. Đề xuất giao nội dung này cho hội đồng chuyên môn của ngành y tế thực hiện.  Đề nghị việc thu hồi chi phí KCB BHYT phải được thực hiện theo Kết luận của các đoàn thanh tra, kiểm tra, kiểm toán, … tuy nhiên cần giới hạn trong khoảng thời gian cụ thể do việc thu hồi các chi phí KCB BHYT đã thanh toán, quyết toán, kiểm toán nhiều năm trước sẽ gây khó khăn rất lớn cho các cơ sở KCB tại thời điểm hiện tại trong việc đảm bảo nguồn kinh phí hoạt động và cân đối thu chi của đơn vị. | Tiếp thu. Nghiên cứu để quy định phù hợp trong NĐ và TT của Bộ trưởng BYT |
|  | **SYT Đồng Nai** | 1. Các trường hợp thu hồi chi phí khám bệnh, chữa bệnh BHYT  a) Không đúng quy định Luật khám chữa bệnh và các Thông tư, văn bản ban hành của Bộ Y tế.  b) Không đúng với nội dung hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế ký kết với cơ sở KCB. | Tiếp thu: Nội dung này sẽ được rà soát để thống nhất quy định tại dự thảo Nghị định bảo đảm quy định phù hợp với thực tiễn. |
|  | **SYT Đăk Nông; SYT Sóc Trăng** | a) Các trường hợp thu hồi chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế.  - Các trường hợp bị thu hồi thẻ bảo hiểm y tế;  - Trường hợp người đi khám bệnh, chữa bệnh sử dụng thẻ bảo hiểm y tế của người khác;  Trường hợp cơ sở khám bệnh, chữa bệnh thanh toán không đúng mức giá theo quy định hiện hành. Các dịch vụ kỹ thuật thực hiện tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh chưa được phê duyệt, người thực hiện kỹ thuật không có văn bằng hoặc chứng chỉ môn theo quy định của Bộ Y tế.  - Các trang thiết bị y tế chưa đầy đủ hồ sơ, chưa chứng minh được nguồn gốc xuất xứ, chứng nhận chất lượng,... theo quy định của pháp luật. | Tiếp thu: Nội dung này sẽ được rà soát để thống nhất quy định tại dự thảo Nghị định bảo đảm quy định phù hợp với thực tiễn. |
|  | **SYT Quảng Ninh** | Các chi phí đề nghị thanh toán của cơ sở y tế chưa đúng quy định được phát hiện qua công tác, thanh tra, kiểm tra, kiểm toán. |  |
|  | **Hiệp hội BVTN** | *1. Các trường hợp thu hồi chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế:*  *Quỹ BHYT được thu hồi chi phí KCB đã thanh toán trong các trường hợp sau:*  *a) Gian lận, trục lợi quỹ BHYT:*  *- Cơ sở KCB cố ý lập hồ sơ bệnh án, hóa đơn, hoặc chỉ định dịch vụ không đúng thực tế để được thanh toán từ quỹ BHYT.*  *- Người tham gia BHYT sử dụng thẻ BHYT của người khác hoặc giả mạo giấy tờ để hưởng quyền lợi BHYT.*  *b) Chi trả sai quy định:*  *- Thanh toán chi phí KCB cho dịch vụ, thuốc, vật tư y tế ngoài phạm vi được hưởng hoặc mức hưởng BHYT theo Điều 21 và Điều 22 Luật BHYT.*  *- Thanh toán vượt số lượng thực tế sử dụng, hoặc sai giá dịch vụ so với mức giá được cơ quan có thẩm quyền phê duyệt.*  *c) Sai sót kỹ thuật hoặc hành chính:*  *- Cơ sở KCB cung cấp dữ liệu sai lệch (ví dụ: mã số BHYT, danh mục dịch vụ) dẫn đến thanh toán không đúng.*  *- Cơ quan BHXH thanh toán nhầm do lỗi hệ thống hoặc tính toán, phát hiện qua giám định sau thanh toán.*  *d) Hoàn trả tự nguyện: Cơ sở KCB hoặc người tham gia BHYT tự nguyện hoàn trả chi phí đã nhận khi phát hiện sai phạm trước khi cơ quan BHXH yêu cầu.* |  |
| 2. Thẩm quyền thu hồi chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế. | **SYT Đồng Nai** | 2. Thẩm quyền thu hồi chi phí khám bệnh, chữa bệnh BHYT.  Cơ quan BHXH có thẩm quyền thu hồi chi phí KCB BHYT không đúng quy định Luật khám chữa bệnh và các Thông tư, văn bản ban hành của Bộ Y tế hoặc không đúng với nội dung hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế đã ký kết với cơ sở KCB. | Tiếp thu: Nội dung này sẽ được rà soát để thống nhất quy định tại dự thảo Nghị định bảo đảm quy định phù hợp với thực tiễn. |
|  | **SYT Đăk Nông; SYT Sóc Trăng** | Đề xuất phân cấp giao Bảo hiểm xã hội khu vực chủ động phối hợp với Bảo hiểm xã hội liên huyện thực hiện thu hồi chi phí khám bệnh, chữa bệnh BHYT nếu phát hiện sử dụng chi phí chưa đúng theo theo quy định hiện hành. | Tiếp thu: Nội dung này sẽ được rà soát để thống nhất quy định tại dự thảo Nghị định bảo đảm quy định phù hợp với thực tiễn. |
|  | **SYT Quảng Ninh** | Trưởng các đoàn thanh tra, kiểm tra, kiểm toán. |  |
|  | **Hiệp hội BVTN** | *2. Thẩm quyền thu hồi chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế:*  *a) Cơ quan BHXH:*  *- Bảo hiểm xã hội Việt Nam có thẩm quyền ban hành quyết định thu hồi chi phí KCB BHYT trong các trường hợp gian lận, trục lợi quy mô lớn (số tiền trên 500.000 .000 đồng).*  *- BHXH khu vực có thẩm quyền thu hồi chi phí tại địa phương mình quản lý, trừ trường hợp thuộc thẩm quyền của BHXH Việt Nam.*  *b) Sở Y tế:*  *Hỗ trợ xác minh và kết luận trong các trường hợp tranh chấp về chuyên môn y tế liên quan đến thu hồi chi phí, theo yêu cầu của cơ quan BHXH.*  *c) Cơ quan có thẩm quyền khác:*  *- Tòa án nhân dân hoặc cơ quan điều tra (Công an, Viện Kiểm sát) có thẩm quyền yêu cầu thu hồi chi phí nếu phát hiện sai phạm qua phán quyết pháp luật hoặc điều tra hình sự.* |  |
| 3. Quy trình thu hồi chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế. | **SYT Đồng Nai** | 3. Quy trình, thủ tục thu hồi chi phí khám bệnh, chữa bệnh BHYT.  a) Cơ quan giám định BHXH gửi văn bản thông báo chi phí đề nghị thu hồi kèm theo chi tiết nội dung vi phạm và lí do vi phạm cho cơ sở khám chữa bệnh đối với những trường hợp vi phạm khoản 1 điều này.  b) Cơ sở KCB phải có văn bản giải trình với cơ quan BHXH về hồ sơ giám định trong thời gian quy định.  c) Cơ sở KCB và cơ quan BHXH thống nhất bằng văn bản để làm cơ sở và tiến hành thu hồi theo quy định.  d) Trường hợp cơ quan giám định BHXH và cơ sở KCB không thống nhất chi phí thu hồi. Đề nghị cơ quan BHXH tổ chức cuộc họp thống nhất với Sở Y tế và cơ sở khám chữa bệnh. | Tiếp thu: Nội dung này sẽ được rà soát để thống nhất quy định tại dự thảo Nghị định bảo đảm quy định phù hợp với thực tiễn. |
|  | **SYT Đăk Nông; SYT Sóc Trăng** | Đề xuất phân cấp giao Bảo hiểm xã hội khu vực thông báo đến cơ quan bảo hiểm liên huyện và các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh bị thu hồi tiến hành rà soát nội dung và hoàn thiện thủ tục nộp phần chi phí bị thu hồi theo quy định. | Tiếp thu: Nội dung này sẽ được rà soát để thống nhất quy định tại dự thảo Nghị định bảo đảm quy định phù hợp với thực tiễn. |
|  | **SYT Quảng Ninh** | Sau khi thống nhất số liệu chi chưa đúng quy định được phát hiện qua thanh tra, kiểm tra, kiểm toán, cơ sở y tế có trách nhiệm hoàn trả hoặc giảm trừ kinh phí BHYT. |  |
|  | **Hiệp hội BVTN** | *3. Quy trình thu hồi chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế:*  *a) Phát hiện sai phạm:*  *- Cơ quan BHXH phát hiện qua giám định định kỳ, kiểm tra đột xuất, hoặc tố giác từ cá nhân/tổ chức.*  *- Thời hạn phát hiện: Trong vòng 12 tháng kể từ ngày thanh toán chi phí KCB, trừ trường hợp gian lận/trục lợi có thể kéo dài theo thời hiệu khởi kiện dân sự theo quy định pháp luật Dân sự hiện hành.*  *b) Thông báo và xác minh:*  *- Cơ quan BHXH gửi thông báo bằng văn bản (theo mẫu tại phụ lục ban hành kèm Nghị định này) đến cơ sở KCB hoặc người tham gia BHYT trong vòng 07 ngày làm việc kể từ khi phát hiện, nêu rõ: số tiền thu hồi, lý do, và thời hạn giải trình (15 ngày làm việc).*  *- Cơ sở KCB hoặc người tham gia BHYT có quyền giải trình, cung cấp chứng cứ phản bác trong thời hạn quy định.*  *- Trường hợp cần xác minh chuyên môn, cơ quan BHXH yêu cầu Sở Y tế kết luận trong vòng 10 ngày làm việc.*  *c) Ban hành quyết định thu hồi:*  *Trong vòng 10 ngày làm việc sau khi hết hạn giải trình hoặc nhận kết luận từ Sở Y tế, cơ quan BHXH ban hành quyết định thu hồi (theo mẫu phụ lục), gửi đến đối tượng liên quan và cơ sở KCB (nếu áp dụng).*  *d) Thực hiện thu hồi:*  *Đối tượng bị thu hồi hoàn trả chi phí trong vòng 30 ngày làm việc kể từ khi nhận quyết định; nếu không tự nguyện hoàn trả, cơ quan BHXH khấu trừ vào khoản thanh toán tiếp theo hoặc khởi kiện dân sự.*  *e) Giải quyết tranh chấp:*  *Nếu có khiếu nại, các bên đối chiếu trong vòng 15 ngày làm việc; nếu không thống nhất, chuyển Sở Y tế hoặc Tòa án giải quyết theo Điều 31 Nghị định này.* |  |
| 4. Thủ tục thu hồi chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế. |  |  |  |
|  | **SYT Quảng Ninh** | Cơ sở y tế thực hiện hoàn trả vào quỹ BHYT theo thông tin được thông báo hoặc giảm trừ trực tiếp vào chi phí khám chữa bệnh kỳ thực hiện.” |  |
|  | **Hiệp hội BVTN** | *4. Thủ tục thu hồi chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế:*  *a) Hồ sơ thu hồi:*  *- Quyết định thu hồi của cơ quan BHXH (bản chính).*  *- Biên bản giám định hoặc kiểm tra xác định sai phạm (bản sao có xác nhận).*  *- Văn bản giải trình của cơ sở KCB hoặc người tham gia BHYT (nếu có).*  *- Kết luận của Sở Y tế (nếu có).*  *b) Hình thức thu hồi:*  *- Chuyển khoản vào tài khoản quỹ BHYT do cơ quan BHXH chỉ định.*  *- Khấu trừ trực tiếp vào chi phí KCB BHYT kỳ sau của cơ sở KCB (nếu áp dụng), với sự đồng ý bằng văn bản của cơ sở KCB.*  *c) Xác nhận hoàn tất:*  *- Cơ quan BHXH cấp biên nhận hoàn trả (theo mẫu phụ lục) trong vòng 05 ngày làm việc kể từ khi nhận đủ số tiền thu hồi, gửi đối tượng liên quan và lưu hồ sơ.*  *d) Trường hợp đặc biệt:*  *Nếu đối tượng bị thu hồi không có khả năng hoàn trả (phá sản, mất tích), cơ quan BHXH báo cáo BHXH Việt Nam để xử lý theo quy định pháp luật về quản lý nợ công, không ảnh hưởng đến quyền lợi BHYT của người tham gia khác”.* |  |
|  | **Viện Y học biển** | *Đề nghị cơ quan BHXH không thu hồi chi phí KCB BHYT sau khi đã giám định, quyết toán, trừ trường hợp có kiến nghị của cơ quan thanh tra, kiểm toán nhà nước.*  *Hiện nay, Giám định bảo hiểm y tế là hoạt động chuyên môn nhằm đánh giá sự hợp lý của dịch vụ bảo hiểm y tế do tổ chức bảo hiểm y tế tiến hành. Tuy nhiên, hiện nay đang thiểu các quy định cụ thể về quy trình, tiêu chỉ giám định, dẫn đến bất cập cho các bệnh viện, khiến tình trạng trễ hạn thanh toán chi phí xảy ra khá phổ biến trong thực tế vì thiếu rõ ràng trong quy định về giám định y tế. Cần xây dựng, ban hành các tiêu chí và hướng dẫn chi tiết về giám định y tế giúp thống nhất quy trình đánh giá và phối hợp hiệu quả giữa cơ quan bảo hiểm xã hội với ngành y tế.*  *Cơ quan BHXH cử cán bộ giám định đủ số người, đủ trình độ để chỉ làm 1 lần; Không thành lập nhiều đoàn giám định hoặc giảm định lập lại các nội dung: Ví dụ: đã làm chuyên đề bệnh nhẹ vào viện quý 3/2024. Sau đó lại có đoàn giám định, xem lại hồ sơ bệnh án từ 1/1/2024 đến 30/9/2024, trong đó vẫn có chuyên đề bệnh nhẹ vào viện ... Các chuyên đề thuốc xuất toán với trường hợp chống chỉ định chẩn đoán mã ICD là chưa hợp lý. Ví dụ bác sỹ kê thuốc, trong hướng dẫn sử dụng thuốc có ghi chống chỉ định cho bệnh nhân hen phế quản. Vì bệnh nhân này có tiền sử hen phế quản từ nhỏ, Bác sỹ vẫn ghi vào bệnh án là tiền sử hen phế quản. Hiện tại, bệnh ổn định. Vì vậy, bác sỹ vẫn kê thuốc để điều trị cho bệnh nhân. Khi đó, BHXH cứ thấy có mã bệnh của Hen phế quản, là tự động xuất toán thuốc đó Khi giám định, các lỗi thuộc thủ tục hành chính. Ví dụ: Thiếu cam kết thực hiện phẫu thuật, thủ thuật, thiếu biên bản hội chẩn, thiếu 1 chữ ký ... Đề nghị được bổ sung và không xuất toán nhưng ghi vào biên bản để nhắc nhở, rút kinh nghiệm.* |  |
|  | **Bộ Tư pháp** | Điều 47, Điều 48 dự thảo Nghị định quy định các trường hợp, thẩm quyền, quy trình, thủ tục thu hồi chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế; trách nhiệm của các bên liên quan trong việc thu hồi chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế của các bên liên quan và đề nghị các cơ quan, đơn vị đề xuất các nội dung cụ thể. Tuy nhiên, Luật Bảo hiểm y tế chỉ quy định về thu hồi bảo hiểm y tế, không có quy định về thu hồi chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế và không giao Chính phủ quy định chi tiết nội dung này. Do đó, đề nghị cơ quan chủ trì soạn thảo nghiên cứu, làm căn cứ, cơ sở của việc quy định nội dung này tại dự thảo Nghị định. |  |
| **Điều 48. Trách nhiệm của các bên liên quan trong việc thu hồi chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế của các bên liên quan (Đề nghị các cơ quan, đơn vị đề xuất các nội dung cụ thể)**  1. Trách nhiệm của cơ quan bảo hiểm xã hội. | **SYT Đồng Nai** | 1. Trách nhiệm của cơ quan bảo hiểm xã hội.  a) Cơ quan giám định Bảo hiểm xã hội phản hồi dữ liệu sai sót cho cơ sở khám chữa bệnh trong tháng phát sinh dữ liệu và tối đa không quá 05 ngày làm việc đầu tiên của tháng kế tiếp. Thực hiện thanh quyết toán chi phí khám chữa bệnh cả năm cho cơ sở khám chữa bệnh chậm nhất là trong quý 1 của năm kế tiếp. Không thực hiện thu hồi chi phí khám chữa bệnh của những năm trước đó.  b) Phối hợp với cơ sở KCB trong việc giải trình các hồ sơ quyết toán chi phí bảo hiểm y tế đề nghị rà soát, thu hồi chi phí.  c) Đối với những hồ sơ giám định đã đồng ý quyết toán với cơ sở khám, chữa bệnh, phải thanh toán đúng quy định, chậm nhất là quý 1 của năm kế tiếp. | Tiếp thu: Nội dung này sẽ được rà soát để thống nhất quy định tại dự thảo Nghị định bảo đảm quy định phù hợp với thực tiễn. |
|  | **SYT Đăk Nông; SYT Sóc Trăng** | Đề xuất phân cấp giao Bảo hiểm xã hội khu vực thông báo đến cơ quan bảo hiểm liên huyện và các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh bị thu hồi tiến hành rà soát nội dung và hoàn thiện thủ tục nộp phần chi phí bị thu hồi theo quy định. |  |
|  | **SYT Quảng Ninh** | Tổ chức rút kinh nghiệm đối với các chi phí bị thu hồi qua công tác thanh tra, kiểm tra, kiểm toán do chưa phát hiện ra trong công tác giám định định kỳ. |  |
|  | **Hiệp hội BVTN** | *1. Trách nhiệm của cơ quan bảo hiểm xã hội:*  *a) Phát hiện và thông báo sai phạm:*  *- Chủ động giám định định kỳ, kiểm tra đột xuất, hoặc tiếp nhận tố giác để phát hiện các trường hợp thu hồi chi phí theo khoản 1 Điều 48.*  *- Trong vòng 07 ngày làm việc kể từ khi phát hiện, gửi thông báo bằng văn bản hoặc điện tử (theo mẫu tại phụ lục ban hành kèm Nghị định này) đến cơ sở KCB hoặc người tham gia BHYT, nêu rõ số tiền thu hồi, lý do, và thời hạn giải trình (15 ngày làm việc).*  *b) Xác minh và ban hành quyết định:*  *- Tiếp nhận giải trình và chứng cứ từ cơ sở KCB hoặc người tham gia BHYT trong thời hạn quy định; nếu cần xác minh chuyên môn, yêu cầu Sở Y tế kết luận trong vòng 10 ngày làm việc.*  *- Ban hành quyết định thu hồi (theo mẫu phụ lục) trong vòng 10 ngày làm việc sau khi hết hạn giải trình hoặc nhận kết luận từ Sở Y tế, gửi đến cơ sở KCB và đối tượng liên quan.*  *c) Thực hiện thu hồi:*  *- Theo dõi và đôn đốc cơ sở KCB hoặc người tham gia BHYT hoàn trả chi phí trong vòng 30 ngày làm việc kể từ khi ban hành quyết định.*  *- Nếu đối tượng không tự nguyện hoàn trả, thực hiện khấu trừ vào chi phí thanh toán kỳ sau của cơ sở KCB (sau khi có văn bản đồng ý) hoặc khởi kiện dân sự theo quy định pháp luật.*  *d) Xác nhận và báo cáo:*  *- Cấp biên nhận hoàn trả (theo mẫu phụ lục) trong vòng 05 ngày làm việc kể từ khi nhận đủ số tiền thu hồi, gửi cơ sở KCB hoặc đối tượng liên quan để lưu hồ sơ.*  *- Báo cáo BHXH Việt Nam về tình hình thu hồi chi phí (số lượng, số tiền, khó khăn) định kỳ 6 tháng/lần hoặc đột xuất khi có trường hợp phức tạp (số tiền trên 500 triệu đồng).*  *e) Minh bạch và hỗ trợ:*  *- Công khai danh sách các trường hợp thu hồi (không bao gồm thông tin cá nhân nhạy cảm) trên Cổng thông tin BHXH trong vòng 15 ngày sau khi hoàn tất thu hồi.*  *- Hỗ trợ cơ sở KCB giải đáp thắc mắc về quy trình thu hồi trong vòng 05 ngày làm việc kể từ khi nn yêu cầu* |  |
| 2. Trách nhiệm của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh. | **SYT Đồng Nai** | 2. Trách nhiệm của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh.  a) Sau khi nhận được thông báo của cơ quan Bảo hiểm xã hội, cơ sở khám, chữa bệnh gửi văn bản phản hồi giải trình cho cơ quan Bảo hiểm xã hội.  b) Phối hợp cơ quan Bảo hiểm xã hội trong công tác rà soát, giám định dữ liệu khám chữa bệnh.  c) Báo cáo về Sở Y tế khi vượt quá khả năng xử lý của cơ sở khám chữa bệnh. | Tiếp thu: Nội dung này sẽ được rà soát để thống nhất quy định tại dự thảo Nghị định bảo đảm quy định phù hợp với thực tiễn. |
|  | **SYT Đăk Nông; SYT Sóc Trăng** | Thực hiện nộp phần chi phí thu hồi chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế theo đúng quy định hiện hành | Tiếp thu: Nội dung này sẽ được rà soát để thống nhất quy định tại dự thảo Nghị định bảo đảm quy định phù hợp với thực tiễn. |
|  | **SYT Quảng Ninh** | Tổ chức rút kinh nghiệm, sửa đổi, điều chỉnh ngay hệ thống phần mềm quản lý đối với các chi phí đề nghị thanh toán chưa đúng theo quy định hiện hành |  |
|  | **Hiệp hội BVTN** | *2. Trách nhiệm của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh:*  *a) Cung cấp thông tin và giải trình:*  *- Cung cấp đầy đủ hồ sơ, chứng cứ (bệnh án, hóa đơn, dữ liệu điện tử) theo yêu cầu của cơ quan BHXH trong vòng 15 ngày làm việc kể từ khi nhận thông báo thu hồi.*  *- Giải trình bằng văn bản (kèm chứng cứ nếu có) về các khoản chi phí bị yêu cầu thu hồi trong thời hạn quy định; nếu cần gia hạn do lý do khách quan (sự cố kỹ thuật, thiếu nhân lực), thông báo BHXH trước khi hết hạn và được gia hạn tối đa 07 ngày làm việc.*  *b) Thực hiện hoàn trả:*  *- Hoàn trả chi phí đã nhận không đúng quy định trong vòng 30 ngày làm việc kể từ khi nhận quyết định thu hồi, bằng hình thức chuyển khoản vào tài khoản quỹ BHYT hoặc đồng ý khấu trừ vào chi phí thanh toán kỳ sau.*  *- Trường hợp phát hiện sai phạm trước khi BHXH yêu cầu, tự nguyện hoàn trả và thông báo BHXH để được miễn xử phạt hành chính (nếu có).*  *c) Phối hợp giám định và xác minh:*  *- Hỗ trợ cơ quan BHXH và Sở Y tế trong quá trình kiểm tra, giám định tại chỗ hoặc cung cấp thông tin bổ sung trong vòng 07 ngày làm việc kể từ khi nhận yêu cầu.*  *- Tham gia đối chiếu trực tiếp với BHXH nếu có tranh chấp về số tiền hoặc lý do thu hồi, theo quy trình tại khoản 3(e) Điều 48.*  *d) Bảo đảm quyền lợi người bệnh:*  *- Không được thu thêm chi phí từ người tham gia BHYT để bù đắp số tiền bị thu hồi, trừ trường hợp người bệnh cố ý gian lận (được xác minh bằng quyết định của cơ quan có thẩm quyền).*  *e) Lưu trữ và báo cáo:*  *- Lưu trữ hồ sơ liên quan đến các trường hợp thu hồi (thông báo, quyết định, biên nhận) ít nhất 05 năm kể từ ngày hoàn tất để phục vụ kiểm tra sau này.*  *- Báo cáo cơ quan BHXH và Sở Y tế về các khó khăn trong quá trình thu hồi (nếu có) trong vòng 15 ngày làm việc kể từ khi hoàn tất mỗi trường hợp”.* |  |
| **Điều 49. 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**  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, cụ thể như sau:  1. Trong 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 theo quy định tại khoản 2 Điều 38 Nghị định này. |  |  |  |
| 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. | **BHXH Hà Nội** | - Đề nghị quy định rõ chỉ trong trường hợp người bệnh bị mất thẻ nhưng chưa được cấp lại trong trường hợp bệnh nhân cấp cứu |  |
| 4. Khám bệnh, chữa bệnh 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, trừ các trường hợp sau đây:  a) Trẻ em dưới 6 tuổi;  b) Trường hợp quy định tại khoản 2 Điều 45 Nghị định này. |  |  |  |
| 5. Trường hợp người bệnh vào cấp cứu tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh không có hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế. |  |  |  |
| 6. Trường hợp khám bệnh, chữa bệnh bệnh bảo hiểm y tế đối với người đã thay đổi thuộc nhóm đối tượng có mức hưởng bảo hiểm y tế cao hơn nhưng chưa được cấp thẻ bảo hiểm y tế mới, cơ quan bảo hiểm xã hội thanh toán chi phí chênh lệch giữa hai mức hưởng trực tiếp cho người tham gia bảo hiểm y tế. | **SYT Long An** | Bị lặp từ “bệnh”. |  |
|  | **SYT Long An** | “Giao Bộ Y tế chủ trì, phối hợp Bảo hiểm xã hội Việt Nam hướng dẫn cụ thể các trường hợp được thanh toán trực tiếp theo các khoản quy định tại Điều này”. |  |
| 7. Trường hợp người bệnh tự mua thuốc, thiết bị y tế theo quy định Điều 53 và 54 của Nghị định này. |  |  |  |
|  | **BV Bạch Mai** | 8. Trường hợp người bệnh xuất trình thẻ bảo hiểm y tế hoặc mã số bảo hiểm y tế muộn nhưng không trong tình trạng cấp cứu.  Theo quy định hiện nay về thủ tục KCB BHYT: người bệnh phải xuất trình thẻ bảo hiểm y tế hoặc mã số bảo hiểm y tế khi đi khám chữa bệnh. Chỉ trong trường hợp cấp cứu mới được trình trước khi ra viện. Trong thực tế có nhiều trường hợp trình thẻ BHYT muộn nhưng không được hưởng quyền lợi BHYT tại cơ sở KCB. Do vậy, cần có quy định thanh toán trực tiếp trong trường hợp này để đảm bảo quyền lợi người bệnh. |  |
| **Điều 50. 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 chụp gồm:  a) Thẻ bảo hiểm y tế, giấy chứng minh nhân thân theo quy định tại khoản 1 Điều 26 Nghị định này. Trường hợp quy định tại khoản 6 Điều 49 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 chụp có dấu treo của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh);  c) Đơn thuốc, hồ sơ bệnh án nếu có.  3. Hóa đơn và các chứng từ có liên quan.  4. Trường hợp quy định tại khoản 7 Điều 49 Nghị định này, hồ sơ đề nghị thanh toán trực tiếp thực hiện theo quy định tại Điều 56 Nghị định này. | **SYT Long An** | “a) Thẻ bảo hiểm y tế, căn cước hoặc căn cước công dân hoặc các giấy tờ tùy thân khác theo quy định tại khoản 1 Điều 32 Nghị định này. Trường hợp quy định tại khoản 6 Điều 49 Nghị định này, thẻ bảo hiểm y tế bao gồm thẻ có mức hưởng cũ và thẻ có mức hưởng mới cao hơn. |  |
| **Điều 51. 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 nộp hồ sơ theo quy định tại Điều 50 Nghị định này cho cơ quan bảo hiểm xã hội cấp 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. | **SYT Tuyên Quang** | Thay đổi cụm từ bảo hiểm xã hội cấp huyện cho phù hợp mô hình, tổ chức BHXH cấp huyện hiện nay | Tiếp thu |
| 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. | **SYT Nghệ An** | 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 nghịthanh toán trực tiếp.  Ý kiến góp ý: giảm thời hạn từ 30 ngày xuống 15 - 20 ngày. | Tiếp thu |
| 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. |  |  |  |
| **Điều 52. 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; | **BV Phong Da Liễu TW Quy Hòa** | Đề nghị cần làm rõ Khoản này, đối với người bệnh đến khám bệnh tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh cấp cơ bản có số điểm dưới 50 điểm (trước ngày 01/01/2025 được xếp là tuyển Tình, tuyến Trung ương) có được thanh toán trực tiếp như các trường hợp khám bệnh tại tuyến cơ bản (trước ngày 01/01/2025 được xếp là tuyến huyện) hay không? Vì hiện nay tại Khoản 1 Điều 14 Nghị định này thì người bệnh chưa được hưởng BHYT tại các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh cấp cơ bản (trước ngày 01/01/2025 được xếp là tuyến tỉnh, tuyến Trung ương) khi đi khám bệnh không đúng nơi đăng ký khám chữa bệnh ban đầu. Cần quy định thêm thanh toán trực tiếp cho các trường hợp khám bệnh, chữa bệnh tại cơ sở khám, chữa bệnh cấp cơ bản từ 50 điểm đến 70 điểm từ ngày 01/7/202 | Giải trình: Nội dung thanh toán trực tiếp cho các trường hợp khám bệnh, chữa bệnh tại cơ sở khám, chữa bệnh cấp cơ bản từ 50 điểm đến 70 điểm tại khoản 2 điều này. |
| 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. |  |  |  |
| **Điều 53. Trường hợp được thanh toán trực tiếp cho người bệnh khi người bệnh tự mua thuốc, thiết bị y tế**  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 54. Điều kiện thanh toán chi phí trực tiếp cho người bệnh trong trường hợp người bệnh tự mua thuốc, thiết bị y tế**  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; | **BV TW Huế** | 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;  Cơ sở chuyên sâu vẫn thực hiện chuyển bệnh nhân đến cơ sở KCB chuyên sâu khác, trong trường hợp cơ sở KCB chuyên sâu hiện tại không đủ năng lực chuyên môn đáp ứng điều trị chuyên khoa đối với người bệnh đó. |  |
| 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. | **UBND Tỉnh Lạng Sơn** | Đề nghị cơ quan soạn thảo xem xét: căn cứ điểm a khoản 2 Điều 9 Thông tư số 01/2025/TT-BYT về chuyển người bệnh giữa các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế ghi rõ: “Các trường hợp chuyển người bệnh giữa các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế theo đúng trình tự bao gồm: a) Chuyển người bệnh giữa các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế trong cùng cấp khám bệnh, chữa bệnh.”  Tuy nhiên, thực tế có thời điểm một số cơ sở khám chữa bệnh cấp chuyên sâu thiếu một số thuốc và thiết bị y tế cần thiết để điều trị cho người bệnh. Trong khi đó, có các cơ sở khám chữa bệnh cấp chuyên sâu khác lại có đầy đủ các thuốc và thiết bị y tế cần thiết để điều trị. Để đảm bảo quyền lợi và kịp thời điều trị cho người bệnh. Đề xuất rằng các trường hợp này được phép chuyển đến cơ sở khám chữa bệnh khác để tiếp tục điều trị. | Tiếp thu |
| 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. | **SYT Phú Thọ** | Đề nghị bổ sung cụm từ **“ít nhất”** như sau: Thuốc, thiết bị y tế được kê đơn, chỉ định sử dụng phải phù hợp với phạm vi chuyên môn của cơ sở KBCB và đã được thanh toán chi phí KBCB BHYT tại **ít nhất** một trong các cơ sở KBCB trên toàn quốc.” | Giải trình: Chỉ cần quy định một trong là đủ nghĩa |
| 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 55. Mức thanh toán chi phí trực tiếp cho người bệnh trong trường hợp người bệnh tự mua thuốc, thiết bị y tế**  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; | **SYT Bình Dương** | Cần quy định hóa đơn mua thuốc được mua tại cáctại cơ sở mua bán thuốc/thiết bị y tế thuộc hệ thống cơ sở khám chữa bệnh bảo hiểm y tế để đảm bảo việc người bệnh được sử dụng thuốc/thiết bị y tế có nguồn gốc xuất xứ rõ ràng, tránh việc lợi dụng mua bán thuốc/vật tư y tế trôi nổi trên thị trường. | Giải trình:  Nội dung này quy định như dự thảo để thống nhất với Luật.  (Cơ sở mua bán TBYT được kinh doanh ntn????) |
| 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 56. 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 chụp theo quy định tại Điều 50 Nghị định này. |  |  |  |
| 2. 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. | **BV Bạch Mai** | 2. Đơn mua thuốc/thiết bị y tế theo quy định tại mẫu quy định tại phụ lục ban hành kèm theo Nghị định này.  Để giảm thiểu thủ tục hành chính, tạo điều kiện thuận lợi cho người bệnh, rút ngắn thời gian giám định hồ sơ thanh toán trực tiếp, mẫu đơn mua thuốc/ thiết bị y tế ngoài những thông tin về thuốc, thiết bị y tế, cơ sở KCB có trách nhiệm xác nhận trên đơn việc đáp ứng hay không đáp ứng các điều kiện thanh toán trong trường hợp người bệnh tự mua thuốc, thiết bị y tế. Người bệnh dùng đơn mua thuốc/thiết bị y tế nộp cho cơ quan BHXH làm căn cứ thanh toán. |  |
| **Điều 57. 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 hoặc người đại diện hợp pháp theo quy định của pháp luật của người bệnh nộp hồ sơ theo quy định tại Điều 56 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. | **Viện Y học biển** | Nội dung Điều 57 giống nội dung Điều 51. Quy trình, thủ tục thanh toán trực tiếp, đề nghị xem xét điều chỉnh lại. |  |
|  | **BV Việt Đức** | Đề nghị sửa lại là: “ Người bệnh hoặc thân nhân hoặc người đại diện hợp pháp theo quy định của pháp luật của người bệnh nộp hồ sơ theo quy định tại Điều 56 Nghị định này cho cơ quan bảo hiểm xã hội cấp huyện nơi cư trú nơi cấp thể ký hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế. Hồ sơ được nộp bằng bàn 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. |  |  |  |
|  | **BV Chợ rẫy** | Đề nghị điều chỉnh: Đề nghị thay thế cụm từ “nơi ký hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế” thành “nơi cấp thẻ".  Lý giải: Điều chỉnh cho phù hợp với Điều 51 |  |
| **Điều 58. 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 Điều 60 Nghị định này. | **Bộ Văn hóa, Thể thao và Du lịch** | Phân bổ và sử dụng quỹ bảo hiểm y tế, đề nghị cân nhắc quy định phân bổ số phần trăm cụ thể cho khoản a và khoản b trên tổng số được phân bổ là 92%. |  |
| 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. | **Hiệp hội BVTN** | Điểm a khoản 2 Điều 60 của Dự thảo Nghị định hướng dẫn Luật Bảo hiểm y tế quy định về cách phân bổ và sử dụng quỹ BHYT, trong đó có nội dung dành tối đa 4% số tiền đóng BHYT chi tổ chức và hoạt động quản lý quỹ bảo hiểm y tế. Quy định này cần được xem xét giảm xuống để đảm bảo hiệu quả sử dụng quỹ, phù hợp với chủ trương tinh giản bộ máy, nâng cao hiệu suất hoạt động của Bảo hiểm Xã hội Việt Nam.  ***a) Cơ sở pháp lý và thực tiễn tinh giản bộ máy***  Theo Quyết định số 391/QĐ-BTC của Bộ trưởng Bộ Tài chính, số lượng đầu mối trong toàn ngành BHXH đã giảm từ 1.470 xuống còn 747 đơn vị (giảm 49,2%).  Hệ thống tổ chức BHXH Việt Nam hiện được sắp xếp lại theo mô hình 3 cấp:  + 14 đơn vị tham mưu tại Trung ương.  + 35 Bảo hiểm xã hội khu vực.  + 350 Bảo hiểm xã hội liên huyện.  Công tác tinh giản bộ máy sẽ đi kèm với các cải cách trong quản lý và ứng dụng công nghệ thông tin, giúp nâng cao hiệu suất hoạt động, giảm thiểu chi phí vận hành.  ***b) Hiệu quả của việc tinh giản và tác động đến chi phí quản lý quỹ***  Sự giảm mạnh về số lượng đầu mối giúp tối ưu hóa cơ cấu nhân sự, đồng nghĩa với việc chi phí hành chính cũng phải giảm theo.  BHXH Việt Nam đã thực hiện nhiều biện pháp cải tiến quy trình, giảm thủ tục hành chính, ứng dụng công nghệ số trong quản lý quỹ BHYT, từ đó tiết kiệm đáng kể chi phí vận hành.  Việc tiếp tục duy trì mức trích 4% là không phù hợp với thực tế cải cách tổ chức và yêu cầu tinh giản biên chế.  ***c) Quan điểm chỉ đạo và yêu cầu tiết kiệm ngân sách***  Tổng Bí thư Tô Lâm đã chỉ đạo rõ ràng về tinh thần tiết kiệm và tối ưu hóa nguồn lực trong bộ máy nhà nước.  Cắt giảm chi phí quản lý quỹ BHYT sẽ giúp phân bổ thêm nguồn lực cho việc khám chữa bệnh, trực tiếp mang lại lợi ích cho người tham gia BHYT.  Hiện nay, các khoản chi quản lý quỹ BHYT cần được kiểm soát chặt chẽ để tránh tình trạng sử dụng không hiệu quả.  ***d) Đề xuất điều chỉnh tỷ lệ chi cho quản lý quỹ BHYT***  ***Giảm tỷ lệ chi tổ chức và hoạt động quản lý quỹ BHYT từ 4% xuống 3%.***  Số tiền tiết kiệm được có thể bổ sung vào quỹ khám chữa bệnh để đảm bảo tính bền vững của hệ thống BHYT.  Cần có cơ chế giám sát chặt chẽ việc sử dụng nguồn quỹ để đảm bảo hiệu quả tối đa. |  |
| **Điều 59. Nội dung chi và mức chi tổ chức và hoạt động quản lý quỹ bảo hiểm y tế**  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;  đ) Chi cho các hoạt động của cơ quan quản lý nhà nước về y tế để tổ chức đánh giá công nghệ y tế và hoạt động của các hội đồng chuyên môn xây dựng, cập nhật danh mục thuốc, thiết bị y tế, dịch vụ kỹ thuật y tế; các hoạt động chuyên môn phục vụ cho việc đánh giá tính hợp lý của việc cung cấp dịch vụ khám bệnh, chữa bệnh khi xảy ra tranh chấp trong việc giám định. | **Bộ Tư Pháp** | Ngày 24/02/2025, Chính phủ ban hành Nghị định 29/2025/NĐ-CP quy định chức năng, nhiệm vụ, quyền hạn và cơ cấu tổ chức của Bộ Tài chính, trong đó, Bảo hiểm xã hội Việt Nam là đơn vị đặc thù của Bộ Tài chính. Căn cứ Nghị định 29/2025/NĐ-CP, ngày 26/02/2025, Bộ trưởng Bộ Tài chính ban hành Quyết định 391/QĐ-BTC quy định chức năng, nhiệm vụ, quyền hạn và cơ cấu tổ chức của Bảo hiểm xã hội Việt Nam thuộc Bộ Tài chính. Do đó, để đảm bảo tính thống nhất về mặt chức năng, nhiệm vụ, đề nghị không quy định nội dung chi và mức chi tổ chức và hoạt động quản lý bảo hiểm y tế tại dự thảo Nghị định này. |  |
| 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). |  |  |  |
| 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 3 Điều 4 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. | **BHXH Hà Nội** | - Quy định số tiền trích lại cho cơ quan, tổ chức có đủ điều kiện là 1% tính trên số tiền đóng BHYT hàng tháng.  Qua kiểm tra thực tế việc sử dụng nguồn kinh phí này tại hầu hết các đơn vị, doanh nghiệp, việc sử dụng không hiệu quả, không cần thiết, nhiều đơn vị còn tồn số tiền lớn dẫn đến lãng phí. Vì vậy đề nghị bỏ quy định trích 1% số tiền đóng BHYT hàng tháng để chi cho công tác CSSK ban đầu tại cơ quan, tổ chức, doanh nghiệp tránh lãng phí. Nguồn kinh phí này dùng để bổ sung cho công tác KCB tại các cơ sở y tế, bên cạnh đó hệ thống y tế hiện nay đảm bảo tỉnh rộng khắp và khả năng tiếp cận cho người tham gia BHYT |  |
| 2. Số tiền trích để lại cho cơ quan, tổ chức, doanh nghiệp có đủ điều kiện theo quy định tại khoản 1 Điều 61 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 4 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. | **SYT Lai Châu** | Đề nghị: Bổ sung quy định, hướng dẫn về các tiêu chí, nội dung rà soát xác định các chi phí KCB trong việc rà soát xác định số vượt dự kiến chi trong năm được thanh toán.  Lý do: Để thống nhất trong tổ chức thực hiện, đạt được sự đồng thuận cao giữa các bên liên quan (cơ quan BHXH, Sở Y tế, các cơ sở KCB); hoặc bổ sung quy định tại Nghị định: giao Bộ Y tế hướng dẫn các tiêu chí, nội dung rà soát xác định số vượt dự kiến chi quy định tại khoản này. | Giải trình:  Nội dung này BYT đang nghiên cứu và sẽ có quy định hoặc trình cấp có thẩm quyền trong thời gian tới. |
| 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 61. 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 (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 23 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 làm việc chuyên trách hoặc kiêm nhiệm trong công tác chăm sóc sức khỏe ban đầu theo quy định của Điều 19 Luật khám bệnh, chữa bệnh;  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, tài liệu phục vụ hoạt động khám bệnh, chữa bệnh trong công tác chăm sóc sức khỏe ban đầu. | **Bộ Giáo dục** | Tại Khoản 2, Điều 61 quy định các nội dung chi trong công tác chăm sóc sức khỏe ban đầu chỉ được mua thuốc, vật tư y tế, mua sắm, sửa chữa trang thiết bị y tế, văn phòng phẩm…dẫn đến nhiều cơ sở giáo dục không chi hết phí trích lại từ nguồn bảo hiểm y tế,phải chuyển nguồn sang các năm sau. Trong khi kinh phí chị cho các nội dung khác thuộc phạm vi chăm sóc sức khỏe ban đầu cho trẻ em, học sinh trong trường học (công tác giáo dục, truyền thông phòng, chống dịch, bệnh, vệ sinh trường học, bồi dưỡng chuyên môn cho nhân viên y tế…) hầu như không có.  2. Từ bất cập nêu trên, căn cứ quy định tại Luật Bảo hiểm y tế (sửa đổi) Bộ GDĐT đề nghị Bộ Y tế điều chỉnh, bổ sung nội dung tại khoản 2, Điều 61 theo hướng mở rộng nội dung chi trong công tác chăm sóc sức khỏe ban đầu cho trẻ em, học sinh trong trường học, cụ thể:  - Bổ sung tại điểm c: “Chi mua văn phòng phẩm, tài liệu, trang thiết bị phục vụ các hoạt động phòng ngừa dịch, bệnh, vệ sinh trường học và các hoạt động khám bệnh, chữa bệnh trong công tác chăm sóc sức khỏe ban đầu”; - Bổ sung điểm d như sau: “Chi bồi dưỡng nâng cao chuyên môn, nghiệp vụ về chăm sóc sức khỏe ban đầu cho đội ngũ nhân viên y tế trường học truyên trách hoặc kiêm nhiệm trong các cơ sở giáo dục".  Đề nghị bổ sung vào điểm c: “c. Chi mua văn phòng phẩm, tài liệu, trang thiết bị y tế phục vụ hoạt động phòng ngừa dịch bệnh, vệ sinh trường học và hoạt động khám bệnh, chữa bệnh trong công tác chăm sóc sức khỏe ban đầu.”  Đề nghị bổ sung thêm điểm d: “Chi bồi dưỡng nâng cao chuyên môn nghiệp vụ về chăm sóc sức khỏe ban đầu cho đội ngũ nhân viên y tế trường học chuyên trách hoặc kiêm nhiệm trong cơ sở giáo dục”. | Giải trình: Nội dung được đề nghị bổ sung hiện nay đang được quy định trong nội dung chi thường xuyên của các cơ sở. Nếu bổ sung vào nghị định này sẽ xảy ra quy định về chi trùng nội dung từ 02 nguồn tài chính. |
| 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. |  |  |  |
|  | **Hiệp hội BVTN** | ***a) Phân tích Điều 63***  Điều 63 hiện tại có ý nghĩa hỗ trợ CSSK ban đầu, nhưng việc cấp kinh phí từ quỹ BHYT mà không qua hợp đồng KCB BHYT mâu thuẫn với bản chất quỹ (dịch vụ, minh bạch), nội dung chi mở rộng (đào tạo, văn phòng phẩm) gây lãng phí, và thiếu giám sát dẫn đến rủi ro lạm dụng, trục lợi. Cụ thể:  - Quỹ BHYT là nguồn tài chính công, quản lý dựa trên nguyên tắc hợp đồng theo quy định của Luật BHYT để đảm bảo công khai, minh bạch, và giám sát chặt chẽ. Việc cấp kinh phí trực tiếp mà không qua hợp đồng mâu thuẫn với bản chất của quỹ, thiếu cơ chế giám định, dễ dẫn đến sử dụng sai mục đích. Do vậy cần làm rõ lý do loại trừ các cơ sở đã ký hợp đồng KCB BHYT (Điều 23), tránh tạo sự bất bình đẳng giữa các cơ sở cùng thực hiện CSSK ban đầu.  - Không định nghĩa cụ thể phạm vi CSSK ban đầu tại các cơ sở này là như thế nào, dễ mở rộng quá mức (vượt sơ cấp cứu, xử trí thông thường), vi phạm phạm vi quyền lợi BHYT theo Luật BHYT.  - Thanh, quyết toán không thống nhất (tại khoản 3): Quy định khác nhau giữa cơ sở công lập, ngoài công lập, doanh nghiệp, và cơ quan khác thiếu cơ sở pháp lý rõ ràng, gây khó khăn trong kiểm soát và báo cáo tài chính. Hơn nữa, Quỹ BHYT chủ yếu dành cho KCB tại các cơ sở y tế có hợp đồng, không phải cấp trực tiếp cho các cơ sở giáo dục, doanh nghiệp không phải đơn vị y tế chuyên nghiệp. Việc chi cho đào tạo (khoản 2 điểm c) và văn phòng phẩm (khoản 2 điểm d) không liên quan trực tiếp đến quyền lợi KCB của người tham gia BHYT, gây lãng phí và lệch mục tiêu.  - Dự thảo quy định không yêu cầu quyết toán với BHXH (khoản 4) mâu thuẫn với nguyên tắc quản lý quỹ tài chính công (Luật Quản lý tài sản công 2017), làm mất khả năng điều chỉnh phân bổ quỹ giữa các cơ sở, dẫn đến thất thoát hoặc sử dụng kém hiệu quả, tạo kẽ hở cho lạm dụng, trục lợi (ví dụ: mua sắm thiết bị không cần thiết, kê khống chi phí...). Hơn nữa, quy định không quyết toán với BHXH đồng nghĩa với việc cơ quan BHXH không biết số dư thực tế, cơ sở có thể giữ lại kinh phí để sử dụng sai mục đích (ví dụ: mua sắm cá nhân, chi tiêu ngoài CSSK ban đầu). Đồng thời chuyển nguồn vô thời hạn cho phép cơ sở "giữ quỹ riêng," tạo điều kiện kê khống chi phí hoặc báo cáo không trung thực, đặc biệt khi không có giám định độc lập.  - Tại sao các cơ sở KCB BHYT (theo Điều 23) phải quyết toán chi tiết với BHXH, trong khi cơ sở theo Điều 63 được miễn, tạo bất bình đẳng và giảm tính nghiêm minh trong quản lý quỹ. Như vậy, người tham gia đóng BHYT không được hưởng lợi từ số kinh phí dư thừa nếu nó bị sử dụng sai hoặc tích lũy không minh bạch, làm giảm hiệu quả quỹ.  ***b) Đề xuất sửa đổi***  Dựa trên các phân tích chi tiết trước đó, đề nghị Ban soạn thảo nghiên cứu, sửa lại Điều 63 của Dự thảo Nghị định như sau:  *“Điều 63: Điều kiện, nội dung chi, thanh toán và quyết toán kinh phí khám bệnh, chữa bệnh trong công tác chăm sóc sức khỏe ban đầu*  *1. Điều kiện cấp kinh phí từ quỹ bảo hiểm y tế:*  *Các cơ sở giáo dục, cơ sở giáo dục nghề nghiệp, cơ quan, tổ chức, hoặc doanh nghiệp (sau đây gọi chung là "cơ sở") được cấp kinh phí từ quỹ bảo hiểm y tế để thực hiện chăm sóc sức khỏe ban đầu nếu đáp ứng đầy đủ các điều kiện sau:*  *a) Không đủ điều kiện ký hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh BHYT theo quy định tại Điều 23 Nghị định này, nhưng có nhu cầu thực hiện sơ cấp cứu và xử trí ban đầu cho học sinh, sinh viên, hoặc người lao động trong phạm vi quản lý của cơ sở.*  *b) Có ít nhất một nhân viên y tế được đào tạo về sơ cấp cứu theo quy định tại Điều 19 Luật KCB 2023, làm việc chuyên trách hoặc kiêm nhiệm tại cơ sở.*  *c) Có phòng y tế hoặc khu vực riêng biệt đáp ứng tiêu chuẩn tối thiểu do Bộ Y tế ban hành, để thực hiện sơ cấp cứu và xử trí các bệnh thông thường trong thời gian học tập hoặc làm việc tại cơ sở.*  *d) Đăng ký kế hoạch chăm sóc sức khỏe ban đầu với cơ quan bảo hiểm xã hội nơi cơ sở đóng trụ sở, bao gồm: số lượng đối tượng dự kiến phục vụ, danh mục dịch vụ sơ cấp cứu và xử trí ban đầu, và cam kết sử dụng kinh phí đúng mục đích.*  *2. Nội dung chi từ quỹ bảo hiểm y tế:*  *Kinh phí từ quỹ BHYT chỉ được sử dụng cho các hoạt động sau đây:*  *a) Mua thuốc, vật tư y tế tiêu hao, và dụng cụ y tế phục vụ trực tiếp cho sơ cấp cứu, xử trí ban đầu đối với tai nạn thương tích hoặc các bệnh thông thường xảy ra trong thời gian học tập, làm việc tại cơ sở, theo danh mục do Bộ Y tế ban hành.*  *b) Mua sắm hoặc bảo trì các thiết bị y tế tối thiểu (như huyết áp kế, nhiệt kế, dụng cụ băng bó) phục vụ chăm sóc sức khỏe ban đầu, với mức chi tối đa không vượt 20 triệu đồng/năm/cơ sở.*  *c) Các khoản chi khác (bao gồm đào tạo nhân viên y tế, mua văn phòng phẩm, tài liệu, hoặc vận hành hành chính) không được sử dụng từ quỹ BHYT, mà do cơ sở tự chi trả từ nguồn kinh phí hợp pháp của mình.*  *3. Thanh toán kinh phí từ quỹ bảo hiểm y tế:*  *a) Cơ quan BHXH cấp kinh phí định kỳ 6 tháng/lần cho cơ sở dựa trên kế hoạch đã đăng ký theo điểm d khoản 1, với mức chi tối đa 50.000 đồng/người/năm, được điều chỉnh theo chỉ số giá tiêu dùng do Chính phủ công bố.*  *b) Cơ quan BHXH tạm ứng 50% kinh phí dự kiến cho mỗi kỳ 6 tháng, phần còn lại được thanh toán sau khi cơ sở nộp báo cáo sử dụng kinh phí theo quy định tại điểm c khoản 4.*  *c) Trường hợp cơ sở vi phạm điều kiện tại khoản 1 hoặc sử dụng kinh phí sai mục đích, cơ quan BHXH tạm dừng cấp kinh phí cho đến khi khắc phục xong sai phạm.*  *4. Quyết toán và giám sát kinh phí:*  *a) Trách nhiệm của cơ sở:*  *- Cơ sở lập sổ kế toán riêng để ghi chép chi tiết các khoản chi từ kinh phí BHYT, kèm hóa đơn, chứng từ hợp lệ, và lưu trữ ít nhất 05 năm kể từ ngày nhận kinh phí để phục vụ giám sát.*  *- Số kinh phí chưa sử dụng hết cuối năm được phép chuyển nguồn sang năm sau để tiếp tục sử dụng cho chăm sóc sức khỏe ban đầu, với thời hạn tối đa 12 tháng kể từ ngày kết thúc năm tài chính. Sau thời hạn này, số kinh phí còn lại phải hoàn trả vào tài khoản quỹ BHYT trong vòng 30 ngày làm việc, kèm báo cáo giải trình lý do không sử dụng.*  *b) Báo cáo quyết toán:*  *- Cơ sở nộp báo cáo quyết toán kinh phí hàng năm (theo mẫu tại phụ lục ban hành kèm Nghị định này) cho cơ quan BHXH trước ngày 31 tháng 1 năm sau, bao gồm:*  *- Tổng kinh phí đã nhận trong năm.*  *- Số tiền đã chi, kèm danh mục chi tiết (thuốc, vật tư, thiết bị) và chứng từ chứng minh.*  *- Số kinh phí chưa sử dụng và kế hoạch sử dụng trong 12 tháng tiếp theo.*  *- Cơ quan BHXH kiểm tra báo cáo quyết toán trong vòng 30 ngày làm việc kể từ ngày nhận; nếu phát hiện sai phạm (chi sai mục đích, thiếu chứng từ), yêu cầu cơ sở hoàn trả số tiền tương ứng theo quy định tại Điều 48 Nghị định này.*  *c) Giám sát và xử lý vi phạm:*  *- Cơ quan BHXH có trách nhiệm tổ chức giám định định kỳ (2 năm/lần) hoặc đột xuất nếu có dấu hiệu sai phạm (tố giác, số dư bất thường), kiểm tra thực tế tại cơ sở về việc sử dụng kinh phí.*  *- Trường hợp cơ sở sử dụng kinh phí sai mục đích (ví dụ: chi cho đào tạo, văn phòng phẩm, hoặc mục đích cá nhân), phải hoàn trả toàn bộ số tiền đã cấp, chịu phạt hành chính theo quy định pháp luật về xử lý vi phạm hành chính (Nghị định 117/2020/NĐ-CP), và bị cấm nhận kinh phí từ quỹ BHYT trong 03 năm tiếp theo.*  *d) Báo cáo tổng hợp:*  *Cơ quan BHXH báo cáo BHXH Việt Nam về tình hình sử dụng kinh phí chăm sóc sức khỏe ban đầu tại các cơ sở, định kỳ 2 năm/lần, để đánh giá hiệu quả và đề xuất điều chỉnh chính sách”.* |  |
| **Điều 62. 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 58 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 58 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 63. 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. | **BHXH Hà Nội** | Hiện nay, các cơ sở KCB thực hiện tự chủ tài chính kết hợp với phương thức thanh toán theo giá dịch vụ y tế, dẫn đến tình trạng cơ sở KCB sử dụng quỹ BHYT chưa hợp lý như chỉ định vào viện nội trú rộng rãi, kéo dài ngày điều trị, chỉ định vượt quá mức cần thiết các xét nghiệm, chẩn đoán hình ảnh, dịch vụ kỹ thuật ngày càng phổ biến, phức tạp.  Vì vậy cần có giải pháp về quản lý tài chính để các cơ sở KCB phải nâng cao trách nhiệm trong quản lý, sử dụng quỹ BHYT đảm bảo tối ưu, phòng, chống lạm dụng, trục lợi quỹ BHYT. Vì vậy đề nghị bổ sung quy định việc tạm ứng, thanh, quyết toán chi phí KCB BHYT giữa cơ quan BHXH và cơ sở KCB trong phạm vi số dự kiến chi đã thông báo và trong phạm vi dự toán hàng năm của tỉnh được BHXH Việt Nam giao. Trường hợp kết thúc năm mà số chi KCB BHYT vượt quá số dự kiến chi, cơ sở KCB phải thuyết minh, làm rõ và quỹ BHYT chỉ thanh toán các khoản chi vượt số dự kiến chi do nguyên nhân khách quan, bất khả kháng. Bộ Y tế có trách nhiệm hướng dẫn cụ thể các xác định các chi phí do nguyên nhân khách quan, bất khả kháng để cơ quan BHXH có cơ sở phối hợp với cơ sở KCB thực hiện |  |
| 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; | **Bộ Tư pháp** | Khoản 2 Điều 63 dự thảo Nghị định quy định về việc 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. Theo đó, “*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*”. Tuy nhiên, theo Nghị định 29/2025/NĐ-CP, Bảo hiểm xã hội Việt Nam là đơn vị đặc thù của Bộ Tài chính. Do đó, đề nghị rà soát lại quy định cho phù hợp về mặt chức năng, nhiệm vụ, quyền hạn của Bảo hiểm xã hội và Bộ Tài chính. |  |
| 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; | **SYT Quảng Ninh** | **Tại Điểm c khoản 2 Điều 63:**  Đề nghị sửa đổi và bổ sung như sau:  *“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. 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.*  ***Bộ Y tế quy định chi tiết điều này.”***  **Lý do:** Hiện nay chưa có văn bản quy định cụ thể nào về tiêu chí hướng dẫn, rà soát đối với số vượt dự kiến chi. Đề nghị quy định cụ thể tiêu chí rà soát. Đề nghị phải có tiêu chí xác định cụ thể đảm bảo tính công khai, minh bạch, công bằng giữa các cơ sở | Tiếp thu: Đã rà soát và sửa đổi trong dự thảo Nghị định |
| 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. | **SYT Đăk Nông** | Điều chỉnh bảo hiểm xã hội các tỉnh thành bảo hiểm xã hội khu vực |  |
| 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. | **SYT Bình Định**  **SYT TPHCM** | Đề nghị bổ sung nội dung về thời hạn cơ quan bảo hiểm xã hội giám định số vượt dự kiến chi tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh và thời hạn bổ sung kinh phí cho cơ sở khám bệnh, chữa bệnh sau giám định  a) Bảo hiểm xã hội tỉnh, thành phố trực thuộc trung ương chủ trì, phối hợp với Sở Y tế, cơ sở KCB rà soát xác định chi phí KCB BHYT vượt số dự kiến chi được thanh toán và bổ sung kinh phí cho cơ sở KCB trước ngày 01 tháng 7 năm sau”;  Lý do bổ sung: Hiện tại, một số cơ sở KCB BHYT trên địa bàn Thành phố Hồ Chí Minh vẫn chưa nhận được chi phí KCB BHYT vượt số dự kiến chi của năm 2023, gây khó khăn cho nguồn tài chính và cân đối thu chi của đơn vị | Tiếp thu.  Tiếp thu. |
| 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 62 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 của 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. |  |  |  |
| **Điều 64. Trốn đóng bảo hiểm y tế**  1. Trốn đóng bảo hiểm y tế là hành vi của người sử dụng lao động thuộc một trong các trường hợp sau đây:  a) Các hành vi của người sử dụng lao động quy định tại các điểm a, b và c khoản 1 Điều 48b Luật Bảo hiểm y tế;  b) Người sử dụng lao động bị coi là trốn đóng bảo hiểm y tế khi chưa đóng hoặc đóng chưa đầy đủ số tiền đã trích đóng từ tiền lương của người lao động, kể từ sau ngày đóng bảo hiểm y tế chậm nhất theo quy định. | Liên đoàn Thương mại và Công nghiệp Việt Nam (VCCI) | Bỏ quy định tại điểm b  Quy định này là không phù hợp khi trường hợp này vẫn thuộc trường hợp chậm đóng bảo hiểm y tế theo quy định tại khoản 1 Điều 48a Luật Bảo hiểm y tế do “*Chưa đóng hoặc đóng chưa đầy đủ số tiền phải đóng bảo hiểm y tế kể từ sau ngày đóng bảo hiểm y tế chậm nhất quy định tại khoản 8 Điều 15 của Luật này, trừ trường hợp quy định tại điểm c khoản 1 Điều 48b của Luật này* | Tiếp thu và giải trình: Rà soát để quy định chặt chẽ hơn, loại trừ các trường hợp khách quan. |
| 2. Người sử dụng lao động không bị coi là trốn đóng bảo hiểm y tế khi đã đóng đủ số tiền thuộc trách nhiệm phải đóng của người lao động nhưng chưa có khả năng đóng số tiền thuộc trách nhiệm của người sử dụng lao động do đơn vị gặp thiên tai, địch họa, dịch bệnh, hỏa hoạn đã báo cáo và được cơ quan có thẩm quyền xem xét, xác nhận. | **Bộ Tư pháp** | Khoản 2 Điều 64 dự thảo Nghị định quy định: “*Người sử dụng lao động không bị coi là trốn đóng bảo hiểm y tế khi đã đóng đủ số tiền thuộc trách nhiệm phải đóng của người lao động nhưng chưa có khả năng đóng số tiền thuộc trách nhiệm của người sử dụng lao động do đơn vị gặp thiên tai, địch họa, dịch bệnh, hỏa hoạn đã báo cáo và được cơ quan có thẩm quyền xem xét, xác nhận*”. Để đảm bảo tính khả thi, đề nghị cơ quan chủ trì soạn thảo làm rõ cơ quan có thẩm quyền xem xét, xác nhận là cơ quan nào? |  |
| **Điều 65. Xử lý vi phạm pháp luật về bảo hiểm y tế**  1. Xác định số tiền phải nộp đối với hành vi chậm đóng, trốn đóng bảo hiểm y tế  a) Xác định số tiền chậm đóng, trốn đóng bảo hiểm y tế  Số tiền chậm đóng, trốn đóng bảo hiểm y tế = PSt x t  Trong đó:  PSt: Số tiền phải đóng phát sinh hằng tháng  t: Số tháng chậm đóng, trốn đóng bảo hiểm y tế  b) Số tiền phạt chậm đóng, trốn đóng bảo hiểm y tế  TLt = PSt x n x 0,03%  Trong đó:  TLt: Số tiền chậm đóng, trốn đóng cho số ngày chậm đóng, trốn đóng  PSt: Số tiền phải đóng phát sinh tháng  n: số ngày chậm đóng |  |  |  |
| 2. Hoàn trả chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế cho người lao động trong trường hợp cơ quan, tổ chức, người sử dụng lao động chậm đóng, trốn đóng bảo hiểm y tế thực hiện như sau:  a) Người lao động khi đi khám bệnh, chữa bệnh đề nghị cơ sở khám bệnh, chữa bệnh xác định số tiền được hưởng trong phạm vi quyền lợi, mức hưởng như đối với người có thẻ bảo hiểm y tế; | **BV Việt Đức** | Đề nghị sửa lại là: “ Cơ sở khám bệnh, chữa bệnh cung cấp bảng kê chi phí khám bệnh, chữa bệnh cho người lao động khi đi khám bệnh, chữa bệnh theo quy định" | Tiếp thu: đã chỉnh sửa dự thảo Nghị định |
| b) Người lao động hoặc thân nhân hoặc người đại diện hợp pháp theo quy định của pháp luật của người lao động trực tiếp nộp hồ sơ như quy định Điều 50 Nghị định này cho cơ quan, tổ chức, người sử dụng lao động chậm đóng, trốn đóng bảo hiểm y tế; |  |  |  |
| c) Cơ quan, tổ chức, người sử dụng lao động có trách nhiệm phải thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh cho người bệnh hoặc thân nhân của người bệnh hoặc người đại diện hợp pháp trong thời hạn 40 ngày, kể từ ngày nhận đủ hồ sơ đề nghị thanh toán. |  |  |  |
| **Điều 66. 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 Nghị định 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 Nghị định này có hiệu lực theo hướng có lợi cho người bệnh về thủ tục và quyền lợi bảo hiểm y tế. | **Bộ Tư pháp** | Tuy nhiên, khoản 2, 3 Điều này quy định về nội dung chuyển tiếp. Hơn nữa, Luật sửa đổi, bổ sung một số điều của Luật Bảo hiểm y tế (khoản 5 Điều 3) có quy định cụ thể điều khoản chuyển tiếp và giao Chính phủ quy định. Do đó, để đảm quy định đúng, đầy đủ nhiệm vụ nội dung Luật giao, đề nghị cơ quan chủ trì soạn thảo rà soát, bổ sung đầy đủ quy định về nội dung điều khoản chuyển tiếp nêu trên.  Ngoài ra, đề nghị cơ quan chủ trì soạn thảo rà soát các bất cập, vướng mắc trong thực tiễn thực hiện quy định về bảo hiểm y tế (do quy định pháp luật hay do tổ chức thi hành) để đề xuất hướng xử lý khả thi, đúng thẩm quyền của Chính phủ trong dự thảo Nghị định. |  |
| 3. Trường hợp hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế được ký trước ngày 01 tháng 7 năm 2025 mà còn hiệu lực sau ngày 01 tháng 7 năm 2025 thì được thực hiện hết thời hạn hợp đồng. |  |  |  |
| **Điều 67. 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 02/2025/NĐ-CP ngày 01 tháng 01 năm 2025 của Chính phủ sửa đổi, bổ sung một số điều của Nghị định số 146/2018/NĐ-CP ngày 17 tháng 10 năm 2018 của Chính phủ quy định chi tiết và hướng dẫn biện pháp thi hành 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.  3. Bãi bỏ khoản 3 và 4 Điều 95 của Nghị định số 24/2024/NĐ-CP ngày 27 tháng 02 năm 202 quy định chi tiết một số điều và biện pháp thi hành [Luật Đấu thầu](https://thuvienphapluat.vn/van-ban/Dau-tu/Luat-Dau-thau-2023-22-2023-QH15-518805.aspx) về lựa chọn nhà thầu. |  |  |  |
| **Điều 68. 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 |  |  |  |

1. **GÓP Ý PHỤ LỤC NGHỊ ĐỊNH**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Stt** | **Đơn vị góp ý** | **Nội dung góp ý** | **Tiếp thu, giải trình** |
|  | **UBND Lào Cai** | Tại Điều 3, Phụ lục 6 - Hợp đồng KCB BHYT  - Tại điểm g “Thông báo cho cơ sở khám bệnh, chữa bệnh trước và sau khi cập nhật, thay đổi các quy tắc giám định bảo hiểm y tế.” Đề nghị bổ sung quy định rõ về thời gian thông báo (trước, sau bao nhiêu ngày để tránh bị động cho cơ sở y tế) và quy định hình thức thông báo bằng văn bản.  - Tại điểm h “Chịu trách nhiệm về kết quả giám định đối với các hồ sơ, các chuyên đề giám định đã thực hiện (được ghi nhận tại mục B bảng tổng hợp chi phí KCB BHYT đưa vào quyết toán theo Mẫu số C80-HĐ ban hành theo Thông tư số 102/2018/TT-BTC ngày 14/11/2018 của Bộ Tài chính hướng dẫn kế toán bảo hiểm xã hội và quy định tại khoản 3 Điều 29 Luật BHYT).”  Đề nghị bổ sung cơ chế xử lý nếu có sai sót trong giám định để tránh ảnh hưởng đến quyền lợi của cơ sở y tế và người tham gia BHYT. | **Tiếp thu:** Nội dung đã được rà soát, bổ sung trong chương ứng dụng CNTT trong việc thực hiện BHYT.  Tiếp thu để rà soát, bổ sung trong dự thảo Nghị định. |
|  | **UBND Kon Tum** | Mẫu số 6 *“Hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh Bảo hiểm Y tế”*: Tại điểm e khoản 2 Điều 3 về trách nhiệm của cơ quan Bảo hiểm xã hội phải quy định rõ các chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế tăng cao so với mức chi phí bình quân của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh cùng cấp chuyên môn kỹ thuật, cùng vùng/miền, cụ thể cần tăng giảm bao nhiêu phần trăm được cảnh báo và không phải giải trình. | **Giải trình:** Không thể quy định cụ thể *“cần tăng giảm bao nhiêu phần trăm được cảnh báo và không phải giải trình”* cho tất cả các trường hợp. Vì vậy, điểm e khoản 2 Điều 3 dự thảo Nghị định chỉ quy định trách nhiệm của cơ quan bảo hiểm xã hội thông báo để cơ sở khám bệnh, chữa bệnh kiểm tra lại hoạt động của cơ sở mình. |
|  | **SYT Ninh Bình** | Tại điểm d khoản 2 Điều 5, Mẫu số 6 quy định: "d) Thực hiện gửi dữ liệu điện tử về KCB BHYT theo đúng quy định tại điểm b và c khoản 2 Điều 21 Nghị định số 146/2018/NĐ-CP ngày 17/10/2018 của Chính phủ và quy định tại khoản 1 Điều 6, khoản 1 Điều 7 và khoản 1 Điều 8 Thông tư số 48/2017/TT-BYT ngày 28/12/2017 của Bộ Y tế (Gửi dữ liệu phục vụ quản lý KCB BHYT ngay sau khi kết thúc lần khám bệnh hoặc kết thúc đợt điều trị ngoại trú hay đợt điều trị nội trú; Gửi dữ liệu về chi phí KCB BHYT đề nghị thanh toán trong vòng 07 ngày làm việc kể từ ngày kết thúc việc KCB đối với người bệnh)**.**  **Đề nghị sửa thành:**  d)Thực hiện gửi dữ liệu điện tử về KCB BHYT theo đúng quy định tại điểm d khoản 2 Điều 30 Nghị định số …/NĐ-CP ngày … tháng … năm … của Chính phủ và các văn bản thay thế hoặc văn bản đã được sửa đổi, bổ sung  Tại điểm e khoản 2 Điều 5, Mẫu số 6 quy định: *"e) Chủ động phát hiện, rà soát, kiểm tra xác minh các chi phí KCB BHYT tăng cao tại cơ sở theo kiến nghị, cảnh báo của cơ quan BHXH và điều chỉnh phù hợp (quy định tại điểm d khoản 7 Điều 1 Nghị định số 75/2023/NĐ-CP)."*  **Đề nghị sửa thành:**  “e) Chủ động phát hiện, rà soát, kiểm tra xác minh các chi phí KCB BHYT tăng cao tại cơ sở theo kiến nghị, cảnh báo của cơ quan BHXH và điều chỉnh phù hợp (quy định tại điểm e khoản 2 Điều 30 Nghị định số …/NĐ-CP ngày … tháng … năm … của Chính phủ và các văn bản thay thế hoặc văn bản đã được sửa đổi, bổ sung).”  **Lý do**: Căn cứ **Điều 67. Hiệu lực thi hành** tại Nghị định số …/NĐ-CP ngày … tháng … năm … của Chính phủ quy định: Nghị định số 146/2018/NĐ-CP và Nghị định số 75/2023/NĐ-CP hết hiệu lực thi hành kể từ ngày Nghị định này có hiệu lực nên các dẫn chiếu tại điểm d,e khoản 2 Điều 5, Mẫu số 6 trong dự thảo Nghị định là chưa phù hợp và cần sửa đổi. | **Tiếp thu:** Rà soát, chỉnh sửa cho phù hợp.  **Tiếp thu:** Rà soát, chỉnh sửa cho phù hợp. |
|  | **BV Chợ rẫy** | 3. Mẫu hợp đồng Khám bệnh, chữa bệnh BHYT: Góp ý Điểm d, e Điều 5: Quyền và trách nhiệm của bên B Nội dung dự thảo: "d) ... đúng quy định tại điểm b và c khoản 2 Điều 21 Nghị định số 146/2018/NĐ- CP ngày 17/10/2018 của Chính phủ và quy định tại khoản 1 Điều 6, khoản 1 Điều 7 và khoản 1 Điều 8 Thông tư số 48/2017/TT-BYT ngày 28/12/2017 của Bộ Y tế...". "e) ... chi phí KCB BHYT tăng cao tại cơ sở theo kiến nghị, cảnh báo của cơ quan BHXH và điều chỉnh phù hợp (quy định tại điểm d khoản 7 Điều 1 Nghị định số 75/2023/NĐ-CP). Đề nghị điều chỉnh: bỏ quy định điểm b và c khoản 2 Điều 21 Nghị định số 146/2018/NĐ-CP ngày 17/10/2018, quy định tại điểm d khoản 7 Điều 1 Nghị định số 75/2023/NĐ-CP. Lý giải: Kể từ ngày dự thảo Nghị định này có hiệu lực thi hành thì các văn bản sau đây hết hiệu lực thi hành: Nghị định số 146/2018/NĐ-CP, Nghị định số 75/2023/NĐ-Y CP, Nghị định số 02/2025/NĐ-CP. | **Tiếp thu:** Chỉnh sửa trong dự thảo Nghị định |
|  | **BV Bạch Mai** | Sửa các dẫn chiếu tại điểm c, điểm e Điều 5  Nghị định này thay thế Nghị định số 146/2018/NĐ-CP và Nghị định số 75/2023/NĐ-CP do vậy dẫn chiếu theo 02 Nghị định này là chưa phù hợp. | **Tiếp thu:** Chỉnh sửa trong dự thảo Nghị định |
|  | **BV Bạch Mai** | Mẫu số 9 - Đơn mua thuốc/thiết bị y tế  Để giảm thiểu thủ tục hành chính, tạo điều kiện thuận lợi cho người bệnh, rút ngắn thời gian giám định hồ sơ thanh toán trực tiếp, mẫu đơn mua thuốc/ thiết bị y tế ngoài những thông tin về thuốc, thiết bị y tế, cơ sở KCB có trách nhiệm xác nhận trên đơn việc đáp ứng hay không đáp ứng các điều kiện thanh toán trong trường hợp người bệnh tự mua thuốc, thiết bị y tế. Người bệnh dùng đơn mua thuốc/thiết bị y tế nộp cho cơ quan BHXH làm căn cứ thanh toán. |  |
|  | **BV Đại học Y dược TPHCM** | Phụ lục 6:  Phần Bên B (bổ sung thêm phần in đậm, gạch chân):  Mục 2 : Trạm y tế xã, phường, nhà hộ sinh công lập, phòng khám đa khoa khu vực**, Y tế cơ quan** (đối với trường hợp các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh này không đủ điều kiện ký hợp đồng trực tiếp với Cơ quan bảo hiểm xã hội)  Điểm d khoản 2 Điều 5 (Bỏ phần gạch chồng): Thực hiện gửi dữ liệu điện tử về KCB BHYT theo đúng quy định ~~tại~~~~điểm b và c khoản 2 Điều 21 Nghị định số 146/2018/NĐ-CP ngày 17/10/2018 của Chính phủ~~ và quy định tại khoản 1 Điều 6, khoản 1 Điều 7 và khoản 1 Điều 8 Thông tư số 48/2017/TT-BYT ngày 28/12/2017 của Bộ Y tế (Gửi dữ liệu phục vụ quản lý KCB BHYT ngay sau khi kết thúc lần khám bệnh hoặc kết thúc đợt điều trị ngoại trú hay đợt điều trị nội trú; Gửi dữ liệu về chi phí KCB BHYT đề nghị thanh toán trong vòng 07 ngày làm việc kể từ ngày kết thúc việc KCB đối với người bệnh).  Lý do bỏ: Nghị định này ra đời thì Nghị định 146/2018/NĐ-CP hết hiệu lực. | **Tiếp thu:** Chỉnh sửa trong dự thảo Nghị định |
|  | **BV Đại học Y dược TPHCM** | Phụ lục 8: Bỏ  Lý do bỏ: Khi các cơ sở đã ký hợp đồng với nhau thì cơ sở y tế đang điều trị người bệnh sẽ tự vận chuyển mẫu bệnh phẩm đến cơ sở y tế nhận thực hiện cận lâm sàng. |  |
|  | **BV Đại học Y dược TPHCM** | Phụ lục 9: Bỏ phần chữ ký Bác sĩ khám bệnh, điều trị  Lý do bỏ: Việc thiếu thuốc/VTYT liên quan đến đấu thầu thì bác sĩ không biết việc này. |  |