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

## DỰ THẢO

## NGHỊ ĐỊNH

## Quy định chi tiết và hướng dẫn thi hành một số điều

##  của Luật Bảo hiểm y tế

*Căn cứ**Luật Bảo hiểm y tế ngày 14 tháng 11 năm 2008; Luật sửa đổi, bổ sung một số điều của Luật Bảo hiểm y tế ngày 13 tháng 6 năm 2014; Luật sửa đổi, bổ sung một số điều của Luật Bảo hiểm y tế ngày 27 tháng 11 năm 2024;*

## *Căn cứ Luật Tổ chức Chính phủ ngày 18 tháng 02 năm 2025;*

*Theo đề nghị của Bộ trưởng Bộ Y tế,*

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

**Chương I**

**QUY ĐỊNH CHUNG**

**Điều 1. Phạm vi điều chỉnh**

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:

1. Quy định chi tiết các nội dung về:

a) Hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế theo quy định tại Điều 25 của Luật Bảo hiểm y tế;

b) Thủ tục khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế theo quy định tại khoản 1 Điều 28 của Luật Bảo hiểm y tế;

c) Phương thức thanh toán và việc áp dụng phương thức thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế theo quy định tại Điều 30 của Luật Bảo hiểm y tế;

d) Thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế theo quy định tại các điểm a và b khoản 2, khoản 3 và điểm a khoản 4 Điều 31 của Luật Bảo hiểm y tế;

đ) Phân bổ và sử dụng quỹ, chi tổ chức và hoạt động bảo hiểm y tế theo quy định tại Điều 35 của Luật Bảo hiểm y tế;

e) Quy định các trường hợp thuộc khoản 1 Điều 48b Luật Bảo hiểm y tế nhưng có lý do chính đáng thì không bị coi là trốn đóng bảo hiểm y tế;

g) Xử lý vi phạm pháp luật về bảo hiểm y tế theo quy định tại điểm a khoản 2, điểm a khoản 3 và khoản 4 Điều 49 của Luật Bảo hiểm y tế.

2. Quy định các nội dung về:

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

b) 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;

c) Cấp thẻ bảo hiểm y tế bản giấy và bản điện tử theo quy định tại khoản 3 Điều 17 của Luật Bảo hiểm y tế;

d) Phạm 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) Mức 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) Ký kết hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế theo quy định tại Điều 24 của Luật Bảo hiểm y tế ;

g) Thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế theo quy định tại điểm c khoản 2, điểm a khoản 4 Điều 31 của Luật Bảo hiểm y tế

h) 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 theo quy định tại khoản 2 Điều 34 của Luật Bảo hiểm y tế;

i) 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.

3. Hướng dẫn thi hành một số nội dung sau đây:

a) Phương thức đóng bảo hiểm y tế của một số đối tượng tham gia bảo hiểm y tế;

b) Ứng dụng công nghệ thông tin, chuyển đổi số trong thực hiện bảo hiểm y tế.

4. Trách nhiệm của các bên liên quan trong tổ chức thực hiện.

**Điều 2. Đối tượng áp dụng**

1. Nghị định này áp dụng đối với người tham gia bảo hiểm y tế, cơ sở khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế, cơ quan bảo hiểm xã hội và tổ chức, cá nhân khác có liên quan đến bảo hiểm y tế, bao gồm cả các đối tượng thuộc trường hợp quy định tại khoản 2 Điều này.

2. Người tham gia bảo hiểm y tế, cơ sở khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế trong các trường hợp sau đây:

a) 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 không thuộc thẩm quyền quản lý của Bộ Quốc phòng, Bộ Công an;

b) Người tham gia bảo hiểm y tế không 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.

3. Người tham gia bảo hiểm y tế thuộc quân đội nhân dân, công an nhân dân và người làm công tác cơ yếu 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 áp dụng theo quy định riêng của Chính phủ đối với các đối tượng này.

**Chương II**

**ĐỐI TƯỢNG, MỨC ĐÓNG, MỨC HỖ TRỢ ĐÓNG VÀ TRÁCH NHIỆM ĐÓNG BẢO HIỂM Y TẾ**

**Điều 3. Đối tượng tham gia bảo hiểm y tế**

Ngoài các 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, người tham gia bảo hiểm y tế còn bao gồm các đối tượng sau đây:

1. Công nhân cao su đang hưởng trợ cấp hằng tháng theo quy định của Chính phủ.

2. Người dân các xã an toàn khu cách mạng trong kháng chiến chống Pháp hoặc chống Mỹ hiện đang thường trú tại các xã an toàn khu cách mạng trong kháng chiến chống Pháp hoặc 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. Trường hợp đối tượng này đồng thời thuộc đối tượng tham gia bảo hiểm y tế quy định tại các khoản 1, 2 và 3 Điều 12 của Luật Bảo hiểm y tế thì tham gia đóng bảo hiểm y tế theo quy định tại các điểm a, b, c, d, đ khoản 5 Điều 13 của Luật Bảo hiểm y tế.

3. 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.

4. 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.

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 tham gia kháng chiến, bảo vệ Tổ quốc, làm nghĩa vụ quốc tế và các đối tượng khác đã được ngân sách nhà nước đóng bảo hiểm y tế theo quy định tại các văn bản quy phạm pháp luật ban hành trước ngày 01 tháng 01 năm 2025.

7. 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.

**Điều 4. Mức đóng, mức hỗ trợ 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 người sử dụng lao động và người lao động 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;

b) Mức đóng hằng tháng của đối tượng quy định tại các điểm b, 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;

c) 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;

d) 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, 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 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, người sử dụng lao động của công nhân công an đang công tác trong công an nhân dân đóng;

e) Mức đóng hằng tháng của đối tượng quy định tại khoản 5 Điều 3 Nghị định này bằng 4,5% mức lương cơ sở và do người sử dụng lao động của người làm công tác khác trong tổ chức cơ yếu theo quy định của pháp luật về cơ yếu đóng;

g) Người lao động trong thời gian bị tạm giam, tạm giữ hoặc tạm đình chỉ công tác để điều tra, xem xét kết luận có vi phạm hay không vi phạm pháp luật thì mức đóng hằng tháng bằng 4,5% của 50% mức tiền lương tháng của người lao động của tháng liền kề trước khi bị tạm giam, tạm giữ hoặc tạm đình chỉ theo quy định của pháp luật, trong đó người sử dụng lao động đóng hai phần ba và người lao động đóng một phần ba. Trường hợp cơ quan có thẩm quyền kết luận là không vi phạm pháp luật, người sử dụng lao động và người lao động phải truy đóng bảo hiểm y tế trên số tiền lương được truy lĩnh.

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

a) Mức đóng hằng tháng của đối tượng quy định tại điểm a khoản 2 Điều 12 của Luật 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 các điểm b, c khoản 2 Điều 12 của Luật Bảo hiểm y tế và khoản 1 Điều 3 Nghị định này 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 của nhóm do ngân sách nhà nước đóng và hỗ trợ mức đóng được quy định như sau:

a) Mức đóng hằng tháng của đối tượng quy định tại các điểm 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 các khoản 2, 3, 6 Điều 3 Nghị định này bằng 4,5% mức lương cơ sở và do ngân sách nhà nước đóng;

b) 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;

c) Mức đóng hằng tháng của đối tượng quy định tại khoản 4 Điều 12 của Luật Bảo hiểm y tế và khoản 4 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 theo quy định tại khoản 5 Điều này.

4. Mức đóng hằng tháng của đối tượng quy định tại khoản 5 Điều 12 của Luật Bảo hiểm y tế được quy định như sau:

a) Mức đóng hằng tháng bằng 4,5% mức lương cơ sở và do đối tượng đóng theo hộ gia đình hoặc tự 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 được quy định như sau:

a) Hỗ trợ 100% mức đóng bảo hiểm y tế đối với người thuộc hộ gia đình cận nghèo đang cư trú trên địa bàn các xã nghèo theo Quyết định của Thủ tướng Chính phủ và các văn bản khác của cơ quan có thẩm quyền;

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

c) Hỗ trợ tối thiểu 70% mức đóng bảo hiểm y tế đối với đối tượng quy định tại điểm g khoản 4 Điều 12 của Luật Bảo hiểm y tế. Thời gian hỗ trợ là 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;

d) Hỗ trợ tối thiểu 50% mức đóng bảo hiểm y tế đối với đối tượng quy định tại điểm i khoản 4 Điều 12 của Luật Bảo hiểm y tế. Thời gian hỗ trợ là 01 năm kể từ khi đối tượng được cơ quan có thẩm quyền xác nhận là nạn nhân theo quy định của Luật Phòng, chống mua bán người;

đ) Hỗ trợ 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;

e) 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 và khoản 4 Điều 3 Nghị định này.

6. Ủy ban nhân dân tỉnh, thành phố trực thuộc Trung ương căn cứ khả năng ngân sách của địa phương và các nguồn kinh phí hợp pháp khác trình Hội đồng nhân dân tỉnh, thành phố trực thuộc Trung ương quyết định:

a) Mức hỗ trợ đóng bảo hiểm y tế cho các đối tượng cao hơn mức hỗ trợ tối thiểu quy định tại các điểm các điểm b, c, d, đ và e khoản 5 Điều này;

b) Mức hỗ trợ đóng bảo hiểm y tế cho các đối tượng không được hưởng mức hỗ trợ quy định tại các điểm b, c, d, đ và e khoản 5 Điều này.

**Điều 5. Phương thức đóng bảo hiểm y tế của một số đối tượng**

1. Đối với người đang hưởng lương hưu, trợ cấp mất sức lao động, trợ cấp bảo hiểm xã hội hằng tháng do ngân sách nhà nước bảo đảm quy định tại khoản 2, điểm q khoản 3 Điều 12 của Luật Bảo hiểm y tế và khoản 1 Điều 3 Nghị định này, hằng tháng, cơ quan bảo hiểm xã hội chuyển kinh phí đóng bảo hiểm y tế cho đối tượng này từ nguồn kinh phí chi lương hưu, trợ cấp bảo hiểm xã hội do ngân sách nhà nước đảm bảo.

2. Đối với đối tượng quy định tại các điểm e, i, k khoản 3 Điều 12 của Luật Bảo hiểm y tế và khoản 6 Điều 3 Nghị định này, hằng quý, cơ quan nội vụ chuyển kinh phí đóng bảo hiểm y tế từ nguồn thực hiện chính sách ưu đãi người có công với cách mạng vào quỹ bảo hiểm y tế. Chậm nhất đến ngày 15 tháng 12 hằng năm, cơ quan nội vụ phải thực hiện xong việc thanh toán, chuyển kinh phí đóng bảo hiểm y tế của năm đó.

3. Đối với các đối tượng quy định tại các điểm r khoản 3 Điều 12 của Luật Bảo hiểm y tế và các khoản 2, 4 Điều 3 Nghị định này, hằng quý, cơ quan y tế chuyển kinh phí đóng bảo hiểm y tế từ nguồn thực hiện chính sách bảo trợ xã hội vào quỹ bảo hiểm y tế. Chậm nhất đến ngày 15 tháng 12 hằng năm, cơ quan y tế phải thực hiện xong việc thanh toán, chuyển kinh phí đóng bảo hiểm y tế của năm đó.

4. Đối với đối tượng quy định tại các điểm g, h, l, m o, p và s, t và u khoản 3, các điểm a và g khoản 4 Điều 12 của Luật Bảo hiểm y tế và khoản 3 Điều 3 Nghị định này:

a) Hằng quý, cơ quan bảo hiểm xã hội tổng hợp số thẻ bảo hiểm y tế đã phát hành và số tiền đóng, hỗ trợ đóng theo Mẫu số 1 Phụ lục ban hành kèm theo Nghị định này, gửi cơ quan tài chính để chuyển kinh phí vào quỹ bảo hiểm y tế theo quy định tại khoản 10 Điều này;

b) Thời điểm để tính số tiền phải đóng đối với các đối tượng được lập danh sách hằng năm, tính tiền đóng từ ngày 01 tháng 01; đối với các đối tượng được bổ sung trong năm, tính tiền đóng từ ngày được xác định tại quyết định phê duyệt danh sách của cơ quan có thẩm quyền;

c) Trường hợp người tham gia bảo hiểm y tế tử vong, mất tích hoặc không còn cư trú tại Việt Nam, số tiền đóng bảo hiểm y tế tính từ thời điểm đóng đến thời điểm ngừng đóng theo danh sách báo giảm đóng của cơ quan có thẩm quyền lập.

5. Đối với đối tượng học sinh, sinh viên quy định tại điểm b khoản 4 Điều 12 của Luật Bảo hiểm y tế:

a) Định kỳ 03 tháng, 06 tháng hoặc 12 tháng, học sinh, sinh viên hoặc cha, mẹ, người giám hộ của học sinh, sinh viên có trách nhiệm đóng bảo hiểm y tế phần thuộc trách nhiệm đóng theo quy định tại khoản 2 Điều 6 Nghị định này cho cơ quan bảo hiểm xã hội và được ngân sách nhà nước hỗ trợ một phần theo quy định tại các điểm b, c Khoản này;

b) Học sinh, sinh viên đang theo học tại cơ sở giáo dục hoặc cơ sở giáo dục nghề nghiệp trực thuộc bộ, cơ quan trung ương thì do ngân sách trung ương hỗ trợ. Định kỳ 03 tháng, 06 tháng hoặc 12 tháng, Bảo hiểm xã hội cấp tỉnh tổng hợp số thẻ bảo hiểm y tế đã phát hành, số tiền thu của học sinh, sinh viên và số tiền ngân sách nhà nước hỗ trợ đóng theo Mẫu số 1 Phụ lục ban hành kèm theo Nghị định này, gửi Bảo hiểm xã hội Việt Nam tổng hợp, gửi Bộ Tài chính để chuyển kinh phí vào quỹ bảo hiểm y tế theo quy định tại khoản 9 Điều này;

c) Học sinh, sinh viên đang theo học tại cơ sở giáo dục hoặc cơ sở giáo dục nghề nghiệp khác thì ngân sách địa phương, bao gồm cả phần ngân sách trung ương hỗ trợ (nếu có) nơi cơ sở giáo dục đó đặt trụ sở hỗ trợ, không phân biệt hộ khẩu thường trú của học sinh, sinh viên. Định kỳ 03 tháng, 06 tháng hoặc 12 tháng, cơ quan bảo hiểm xã hội tổng hợp số thẻ bảo hiểm y tế đã phát hành, số tiền thu của học sinh, sinh viên và số tiền ngân sách nhà nước hỗ trợ đóng theo Mẫu số 1 Phụ lục ban hành kèm theo Nghị định này, gửi cơ quan tài chính để chuyển kinh phí vào quỹ bảo hiểm y tế theo quy định tại khoản 9 Điều này.

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

a) Định kỳ 03 tháng, 06 tháng hoặc 12 tháng, người đại diện của hộ gia đình trực tiếp nộp tiền đóng bảo hiểm y tế phần thuộc trách nhiệm đóng của mình theo quy định tại khoản 2 Điều 6 Nghị định này cho cơ quan bảo hiểm xã hội;

b) Định kỳ 03 tháng, 06 tháng hoặc 12 tháng, cơ quan bảo hiểm xã hội tổng hợp số thẻ bảo hiểm y tế đã phát hành, số tiền thu của người tham gia và số tiền ngân sách nhà nước hỗ trợ đóng theo Mẫu số 1 Phụ lục ban hành kèm theo Nghị định này, gửi cơ quan tài chính để chuyển kinh phí vào quỹ bảo hiểm y tế theo quy định tại khoản 9 Điều này.

7. Đối với đối tượng tham gia bảo hiểm y tế theo hộ gia đình quy định tại khoản 5 Điều 12 của Luật Bảo hiểm y tế: Định kỳ 03 tháng, 06 tháng hoặc 12 tháng, người đại diện hộ gia đình hoặc thành viên hộ gia đình tham gia bảo hiểm y tế nộp tiền đóng bảo hiểm y tế theo quy định tại khoản 3 Điều 6 Nghị định này cho cơ quan bảo hiểm xã hội.

8. Đối với đối tượng tham gia bảo hiểm y tế theo quy định tại các điểm h, i khoản 1 Điều 12 của Luật Bảo hiểm y tế và khoản 5 Điều 3 Nghị định này, hằng tháng người sử dụng lao động đóng bảo hiểm y tế cho đối tượng này cùng với việc đóng bảo hiểm y tế cho người lao động theo quy định từ các nguồn như sau:

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

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

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

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

10. Đối với đối tượng quy định tại điểm n khoản 3 Điều 12 của Luật Bảo hiểm y tế, hằng quý cơ quan, đơn vị, tổ chức cấp học bổng đóng bảo hiểm y tế theo quy định vào quỹ bảo hiểm y tế.

**Điều 6. Xác định số tiền đóng, hỗ trợ đối với một số đối tượng khi nhà nước điều chỉnh mức đóng bảo hiểm y tế, điều chỉnh mức lương cơ sở**

1. Đối với nhóm đối tượng quy định tại khoản 3 Điều 12 của Luật Bảo hiểm y tế và đối tượng được hỗ trợ 100% mức đóng bảo hiểm y tế quy định tại điểm a khoản 5 Điều 4 Nghị định này mà được ngân sách nhà nước hỗ trợ 100% mức đóng bảo hiểm y tế:

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

b) Số tiền đóng bảo hiểm y tế đối với đối tượng quy định tại điểm h khoản 3 Điều 12 Luật Bảo hiểm y tế được tính từ ngày sinh đến ngày trẻ đủ 72 tháng tuổi. Trường hợp trẻ em là người Việt Nam sinh ra ở nước ngoài, số tiền đóng bảo hiểm y tế được tính từ ngày trẻ về cư trú tại Việt Nam theo quy định của pháp luật.

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

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

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

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

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

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

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

**Chương III**

**THẺ BẢO HIỂM Y TẾ**

**Điều 7. 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. Cơ quan bảo hiểm xã hội lập danh sách cấp thẻ bảo hiểm y tế đối với người đã hiến bộ phận cơ thể theo quy định của pháp luật căn cứ vào giấy ra viện do cơ sở khám bệnh, chữa bệnh nơi lấy bộ phận cơ thể của người hiến. Cơ sở khám bệnh, chữa bệnh gửi giấy ra viện, tờ khai theo Mẫu số 4 Phụ lục ban hành kèm theo Nghị định này cho cơ quan bảo hiểm xã hội nơi ký hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế để làm căn cứ lập danh sách và cấp thẻ bảo hiểm y tế.

3. Ủy ban nhân dân cấp xã lập danh sách cấp thẻ bảo hiểm y tế đối với các đối tượng theo quy định tại các khoản 2, 3, 4 và 6 Điều 3 Nghị định này.

4. Người sử dụng lao động lập danh sách cấp thẻ bảo hiểm y tế đối với đối tượng theo quy định tại khoản 5 Điều 3 Nghị định này.

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

**Điều 8. Thông tin thẻ bảo hiểm y tế**

1. Thẻ bảo hiểm y tế điện tử hoặc bản giấy do cơ quan bảo hiểm xã hội phát hành kèm theo mã số bảo hiểm y tế và các thông tin cơ bản sau đây:

a) Thông tin cá nhân của người tham gia bảo hiểm y tế, bao gồm: Họ và tên; giới tính; ngày tháng năm sinh;

b) Thông tin về mức hưởng bảo hiểm y tế theo đối tượng tham gia bảo hiểm y tế;

c) Thời điểm thẻ bảo hiểm y tế có giá trị sử dụng;

d) Nơi đăng ký khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế ban đầu;

đ) 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.

2. Thông tin thẻ bảo hiểm y tế được tích hợp để tra cứu được theo mã số bảo hiểm y tế, số căn cước của người tham gia bảo hiểm y tế.

**Điều 9. Thủ tục cấp thẻ bảo hiểm y tế**

1. Cơ quan bảo hiểm xã hội cấp cho từng người tham gia bảo hiểm y tế thẻ bảo hiểm y tế điện tử. Trường hợp người tham gia bảo hiểm y tế đề nghị thì cơ quan bảo hiểm xã hội cấp thẻ bảo hiểm y tế bản giấy.

2. Cấp thẻ bảo hiểm y tế (bao gồm cấp lần đầu, cấp lại) và điều chỉnh thông tin thẻ bảo hiểm y tế được thực hiện như sau:

a) Người tham gia bảo hiểm y tế kê khai đầy đủ thông tin theo Mẫusố 4 Phụ lục ban hành kèm theo Nghị định này hoặc cơ quan, tổ chức quản lý đối tượng kê khai đầy đủ thông tin theo Mẫu số 2 Phụ lục ban hành kèm theo Nghị định này trên Cổng dịch vụ công quốc gia hoặc qua ứng dụng của cơ quan bảo hiểm xã hội hoặc nộp trực tiếp tại bộ phận một cửa của bảo hiểm xã hội được giao nhiệm vụ tiếp nhận hoặc gửi qua dịch vụ bưu chính công ích đến cơ quan bảo hiểm xã hội được giao nhiệm vụ tiếp nhận;

b) Người tham gia bảo hiểm y tế hoặc cơ quan, tổ chức quản lý đối tượng tích chọn cấp thẻ bảo hiểm y tế điện tử hoặc cấp thẻ bảo hiểm y tế bản giấy trên Tờ khai tham gia hoặc danh sách đối tượng tham gia. Trường hợp thay đổi thông tin thân nhân hoặc thay đổi thông tin quyền lợi được hưởng thì người tham gia bảo hiểm y tế phải cung cấp bản chụp (scan) các văn bản, tài liệu liên quan để nộp cùng Tờ khai trên Cổng dịch vụ công quốc gia hoặc qua ứng dụng của cơ quan bảo hiểm xã hội, hoặc nộp trực tiếp tại bộ phận một cửa của bảo hiểm xã hội được giao nhiệm vụ tiếp nhận, hoặc gửi qua dịch vụ bưu chính công ích đến cơ quan bảo hiểm xã hội được giao nhiệm vụ tiếp nhận;

c) Cổng dịch vụ công quốc gia hoặc qua ứng dụng 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 cho người tham gia bảo hiểm y tế hoặc cho cơ quan, tổ chức quản lý đối tượng. Trường hợp nộp trực tiếp hồ sơ tại bộ phận một cửa của cơ quan bảo hiểm xã hội, cán bộ tiếp nhận hồ sơ tại bộ phận một cửa trực tiếp kiểm tra hồ sơ, cấp Giấy tiếp nhận hồ sơ và hẹn trả kết quả cấp thẻ bảo hiểm y tế cho người tham gia bảo hiểm y tế hoặc cho cơ quan, tổ chức quản lý đối tượng;

d) Trường hợp cấp thẻ bảo hiểm y tế điện tử, trong thời hạn 05 ngày làm việc kể từ ngày nhận đủ hồ sơ theo quy định tại các điểm a, b và c khoản này, cơ quan bảo hiểm xã hội trả kết quả thẻ bảo hiểm y tế điện tử vào tài khoản định danh điện tử (VNeID), ứng dụng bảo hiểm xã hội số (VssID), hòm thư điện tử cá nhân (email). Người tham gia bảo hiểm y tế sử dụng thiết bị điện tử có cài đặt ứng dụng VNeID hoặc VssID có kết nối internet để nhận thẻ bảo hiểm y tế điện tử.

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

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

**Điều 10. Thu hồi, tạm khóa giá trị sử dụng thẻ bảo hiểm y tế**

1. Thẻ bảo hiểm y tế bị thu hồi trong các trường hợp sau đây:

a) Thẻ đã cấp không thuộc đối tượng tham gia bảo hiểm y tế;

b) Có hành vi gian lận trong đề nghị cấp thẻ bảo hiểm y tế.

2. Thẻ bảo hiểm y tế bị tạm khóa giá trị sử dụng trong các trường hợp sau đây:

a) Sử dụng thẻ bảo hiểm y tế của người khác để đi khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế;

b) Có hành vi gian lận, giả mạo, vi phạm pháp luật trong việc sử dụng thẻ bảo hiểm y tế;

c) Người bệnh không ký hồ sơ thanh toán khi kết thúc điều trị tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh.

3. Khi phát hiện các hành vi quy định tại các khoản 1, 2 Điều này, cơ quan bảo hiểm xã hội tạm khoá giá trị sử dụng của thẻ bảo hiểm y tế.

4. Thẻ bảo hiểm y tế bị tạm khóa giá trị sử dụng được mở khóa sau khi người có thẻ cho người khác sử dụng bị xử lý theo quy định của pháp luật hoặc được xác minh không có hành vi gian lận, giả mạo, vi phạm pháp luật hoặc người bệnh đã hoàn thành ký hồ sơ thanh toán trước khi ra viện.

5. Khi thu hồi, tạm khoá giá trị sử dụng thẻ bảo hiểm y tế, cơ quan bảo hiểm xã hội phải thông báo cho người tham gia bảo hiểm y tế biết.

**Điều 11. Thời điểm thẻ bảo hiểm y tế có giá trị sử dụng**

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

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 lấy bộ phận cơ thể hiến.

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 hằng năm như sau:

a) Học sinh lớp 1: Từ ngày 01 tháng 10 năm đầu tiên của cấp tiểu học; từ ngày cuối của tháng trẻ đủ 72 tháng tuổi đối với trường hợp quy định tại điểm b khoản 2 Điều này.

b) Học sinh lớp 12: Từ ngày 01 tháng 01 đến hết ngày 30 tháng 9 của năm đó. Khuyến khích học sinh lớp 12 đóng bảo hiểm y tế và được hưởng mức hỗ trợ đóng bảo hiểm y tế đến hết ngày 31 tháng 12 của năm học cuối để bảo đảm liên tục quyền lợi bảo hiểm y tế, không phải hoàn trả phần kinh phí hỗ trợ đóng bảo hiểm y tế của ngân sách nhà nước trong trường hợp thay đổi đối tượng.

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. Khuyến khích học sinh, sinh viên năm cuối của khóa học đóng bảo hiểm y tế và được hưởng mức hỗ trợ đóng bảo hiểm y tế đến hết ngày 31 tháng 12 của năm học cuối để bảo đảm liên tục quyền lợi bảo hiểm y tế, không phải hoàn trả phần kinh phí hỗ trợ đóng bảo hiểm y tế của ngân sách nhà nước trong trường hợp thay đổi đối tượng.

9. Đối với các đối tượng khác, thẻ bảo hiểm y tế có giá trị sử dụng từ ngày người tham gia đóng bảo hiểm y tế, trừ trường hợp quy định tại điểm c khoản 3 Điều 16 của Luật Bảo hiểm y tế.

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

**CHƯƠNG IV**

**PHẠM VI ĐƯỢC HƯỞNG, MỨC HƯỞNG CỦA NGƯỜI**

**THAM GIA BẢO HIỂM Y TẾ**

**Điều 12. 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 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 đang điều trị nội trú hoặc cấp cứu phải chuyển cơ sở khám bệnh, chữa bệnh được thanh toán chi phí vận chuyển.

2. Quỹ bảo hiểm y tế thanh toán chi phí vận chuyển cho cơ sở thực hiện dịch vụ vận chuyển người bệnh theo giá dịch vụ vận chuyển được cấp có thẩm quyền phê duyệt.

3. Trường hợp chưa có giá dịch vụ vận chuyển người bệnh được cấp có thẩm quyền phê duyệt, quỹ bảo hiểm y tế thanh toán chi phí vận chuyển trên căn cứ xác định như sau:

a) Căn cứ khoảng cách thực tế giữa hai cơ sở khám bệnh, chữa bệnh;

b) Mức thanh toán chi phí nhiên liệu được tính theo định mức 0,2 lít xăng RON 95-III 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 RON 95-III 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.

4. Đối với cơ sở khám bệnh, chữa bệnh cung cấp dịch vụ vận chuyển người bệnh trong trường hợp chưa có giá dịch vụ vận chuyển người bệnh được cấp có thẩm quyền phê duyệt, 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 đi 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 thanh toán chi phí nhiên liệu quy định tại điểm b khoản 2 Điều này;

b) Trường hợp phương tiện vận chuyển người bệnh không sử dụng nhiên liệu là xăng, dầu thì áp dụng mức thanh toán chi phí nhiên liệu quy định tại điểm b khoản 2 Điều này;

c) Trường hợp có nhiều hơn 01 (một) người bệnh cùng được vận chuyển trên một phương tiện thì mức thanh toán được tính theo mức quy định đối với vận chuyển 01 người bệnh;

d) Cơ sở khám bệnh, chữa bệnh chỉ định chuyển người bệnh đi có trách nhiệm tổng hợp toàn bộ chi phí vận chuyển và thanh toán với cơ quan bảo hiểm xã hội. Nhân viên y tế của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh nơi tiếp nhận người bệnh chuyển đến ký xác nhận trên phiếu điều xe của cơ sở chuyển người bệnh đi.

5. Đối với người bệnh tự túc phương tiện vận chuyển trong trường hợp chưa có giá dịch vụ vận chuyển người bệnh được cấp có thẩm quyền phê duyệt, 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;

b) Cơ sở khám bệnh, chữa bệnh chỉ định chuyển người bệnh có trách nhiệm ghi nội dung người bệnh tự túc phương tiện vận chuyển trên phiếu chuyển cơ sở khám bệnh, chữa bệnh;

c) Cơ sở khám bệnh, chữa bệnh nơi tiếp nhận người bệnh hoàn trả chi phí cho người bệnh theo mức quy định tại điểm a khoản này, và tổng hợp chi phí vận chuyển do người bệnh tự chi trả để thanh toán với cơ quan bảo hiểm xã hội.

**Điều 13. Mức hưởng bảo hiểm y tế của một số đối tượng, trường hợp**

1. Người tham gia bảo hiểm y tế thuộc đối tượng quy định tại các khoản 2, 3, 4, 5, 6 Điều 3 Nghị định này khi khám bệnh, chữa bệnh theo quy định tại Điều 26 và Điều 27 của Luật Bảo hiểm y tế được quỹ bảo hiểm y tế thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh trong phạm vi được hưởng với mức hưởng như sau:

a) 100% chi phí khám bệnh, chữa bệnh đối với đối tượng quy định tại khoản 2 Điều 3 Nghị định này;

b) 80% chi phí khám bệnh, chữa bệnh đối với các đối tượng quy định tại các khoản 3, 4, 5, 6 Điều 3 Nghị định này.

2. Người tham gia bảo hiểm y tế thuộc đối tượng quy định tại các điểm a, b, c, d và đ khoản 3 Điều 12 của Luật Bảo hiểm y tế khi đi khám bệnh, chữa bệnh tại các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế không thuộc thẩm quyền quản lý của Bộ Quốc phòng, Bộ Công an được quỹ bảo hiểm y tế thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh theo mức hưởng quy định tại Điều 11 của Nghị định số 70/2015/NĐ-CP ngày 01 tháng 9 năm 2015 của Chính phủ quy định chi tiết và hướng dẫn thi hành một số điều của Luật Bảo hiểm y tế đối với quân đội nhân dân được sửa đổi, bổ sung bởi Nghị định số 74/2025/NĐ-CP ngày 31 tháng 3 năm 2025 của Chính phủ.

**Điều 14. Đối tượng không áp dụng tỷ lệ thanh toán quy định tại điểm c khoản 2 Điều 21 của Luật Bảo hiểm y tế**

Đối tượng không áp dụng tỷ lệ thanh toán 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.

**Điều 15. Áp dụng mức hưởng bảo hiểm y tế đối với một số trường hợp**

1. Mức chi phí cho một lần khám bệnh, chữa bệnh để xác định người tham gia bảo hiểm y tế được hưởng 100% chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế quy định tại điểm b khoản 1 Điều 22 của Luật Bảo hiểm y tế là thấp hơn 15% mức lương cơ sở.

2. Quy định tại điểm b khoản 1 Điều 22 của Luật Bảo hiểm y tế và khoản 1 Điều này được áp dụng đối với các trường hợp người tham gia bảo hiểm y tế đi khám bệnh, chữa bệnh theo quy định tại các khoản 1, 3, 4 và 5 Điều 22 của Luật Bảo hiểm y tế.

3. Quy định tại các điểm đ, e khoản 1 Điều 22 của Luật Bảo hiểm y tế được áp dụng đối với các trường hợp người tham gia bảo hiểm y tế đi khám bệnh, chữa bệnh theo quy định tại các khoản 3, 4 và 5 Điều 22 của Luật Bảo hiểm y tế trừ trường hợp quy định tại khoản 2 Điều này và trừ các đối tượng có mức hưởng 100% chi phí khám bệnh, chữa bệnh.

4. Người tham gia bảo hiểm y tế thuộc nhiều trường hợp có mức hưởng khác nhau quy định tại khoản 1 Điều 22 của Luật Bảo hiểm y tế thì áp dụng theo trường hợp có mức hưởng cao nhất. Trường hợp áp dụng mức hưởng quy định tại các điểm a, b, c và d khoản 1 Điều 22 của Luật Bảo hiểm y tế thì không áp dụng mức hưởng theo đối tượng quy định tại các điểm đ, e khoản 1 Điều 22 của Luật Bảo hiểm y tế.

**Điều 16. Áp dụng mức hưởng đối với trường hợp có thời gian tham gia bảo hiểm y tế 05 năm liên tục trở lên**

1. Một số trường hợp được tính là thời gian tham gia bảo hiểm y tế liên tục để áp dụng mức hưởng khi có thời gian tham gia bảo hiểm y tế 5 năm liên tục trở lên theo quy định tại điểm d khoản 1 Điều 22 của Luật Bảo hiểm y tế được quy định cụ thể như sau:

a) Trường hợp gián đoạn tham gia bảo hiểm y tế trong vòng 90 ngày được tính là thời gian tham gia bảo hiểm y tế liên tục;

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 khi về nước người lao động tham gia bảo hiểm y tế 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 các điểm a, b, d và đ khoản 3 Điều 12 của Luật Bảo hiểm y tế khi nghỉ hưu, xuất ngũ, chuyển ngành hoặc thôi việc thì thời gian học tập, công tác trong quân đội nhân dân, công an nhân dân và tổ chức cơ yếu được tính là thời gian tham gia bảo hiểm y tế.

2. Thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh đối với người bệnh có thời gian tham gia bảo hiểm y tế 05 năm liên tục trở lên và có số tiền cùng chi trả chi phí khám bệnh, chữa bệnh trong năm lớn hơn 06 tháng lương cơ sở theo quy định tại điểm d khoản 1 Điều 22 của Luật Bảo hiểm y tế như sau:

a) Quỹ bảo hiểm y tế thanh toán 100% chi phí khám bệnh chữa bệnh trong phạm vi được hưởng của người tham gia bảo hiểm y tế kể từ thời điểm người bệnh đồng thời đạt đủ điều kiện 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 tài chính lớn hơn 06 tháng lương cơ sở đến hết ngày 31 tháng 12 của năm đó;

b) Trường hợp người bệnh có số tiền cùng chi trả tại một lần hoặc nhiều lần khám bệnh, chữa bệnh lũy kế trong năm tài chính tại cùng 01 (một) cơ sở khám bệnh, chữa bệnh lớn hơn 06 tháng lương cơ sở thì người bệnh không phải trả số tiền cùng chi trả lớn hơn 06 tháng lương cơ sở trong năm đó kể từ lần khám bệnh, chữa bệnh có số tiền cùng chi trả lũy kế trong năm tài chính lớn hơn 06 tháng lương cơ sở. Cơ sở khám bệnh, chữa bệnh có trách nhiệm tổng hợp đề nghị cơ quan bảo hiểm xã hội thanh toán;

c) 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 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;

d) Trường hợp mức lương cơ sở thay đổi trong năm, cách xác định số tiền còn lại phải cùng chi trả từ thời điểm mức lương cơ sở thay đổi đến hết ngày 31 tháng 12 năm đó như sau:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| (6 - | Tổng số tiền đã cùng chi trả từ 01/01 đến trước ngày thay đổi mức lương cơ sở | ) | x | Mức lương cơ sở |
| Mức lương cơ sở cũ |

Đối với các trường hợp có số tiền cùng chi trả từ ngày 01 tháng 01 đến trước ngày thay đổi mức lương cơ sở trong năm 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.

**Điều 17. 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**

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 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.

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

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

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

**Điều 18. Mức hưởng 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 pháp luật về 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.

**Điều 19. 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 Điều 22 của 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. Người bệnh có thẻ bảo hiểm y tế khi đang trong quá trình điều trị nội trú mà có thay đổi về mức hưởng bảo hiểm y tế có trách nhiệm cung cấp thông tin về thẻ liên quan đến việc thay đổi mức hưởng.

**Chương V**

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

**Điều 20. Điều kiện ký hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế**

1. Cơ sở khám bệnh, chữa bệnh đã được cấp giấy phép hoạt động theo quy định của pháp luật về khám bệnh, chữa bệnh.

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.

**Điều 21. 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 20 Nghị định này và cơ quan bảo hiểm xã hội được cấp có thẩm quyền giao nhiệm vụ ký hợp đồng:

a) Mỗi giấy phép hoạt động được dùng để ký 01 hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế, trừ trường hợp quy định tại điểm c khoản này;

b) Trường hợp cơ sở khám bệnh, chữa bệnh có nhiều cơ sở trực thuộc tại nhiều địa điểm khám bệnh, chữa bệnh khác nhau trên cùng địa bàn tỉnh, thành phố trực thuộc trung ương được cấp giấy phép hoạt động riêng cho từng địa điểm theo quy định của pháp luật về khám bệnh, chữa bệnh thì cơ sở khám bệnh, chữa bệnh được ký chung 01 hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế cho cơ sở đó và các cơ sở trực thuộc hoặc ký hợp đồng riêng cho từng cơ sở khám bệnh, chữa bệnh;

c) Trường hợp cơ sở khám bệnh, chữa bệnh và cơ sở khám bệnh, chữa bệnh trực thuộc có địa chỉ tại các tỉnh, thành phố trực thuộc trung ương khác nhau, cơ sở khám bệnh chữa bệnh được ký hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế riêng cho từng cơ sở với cơ quan bảo hiểm xã hội trên địa bàn nơi cơ sở khám bệnh, chữa bệnh đặt địa điểm;

d) Cơ sở khám bệnh, chữa bệnh có cơ sở khám bệnh chữa bệnh trực thuộc đáp ứng đủ điều kiện quy định tại Điều 20 Nghị định này nhưng không cùng cấp chuyên môn kỹ thuật có thể ký 01 hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh riêng cho cơ sở trực thuộc;

đ) Trường hợp cơ sở khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế thuộc thẩm quyền quản lý của Bộ Quốc phòng, Bộ Công an, cơ sở khám bệnh chữa bệnh có thể ký 01 hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế với cơ quan bảo hiểm xã hội quân đội, công an và 01 hợp đồng với cơ quan bảo hiểm xã hội trực thuộc Bảo hiểm xã hội Việt Nam.

2. Hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế được thực hiện theo Mẫu số 5 Phụ lục ban hành kèm theo Nghị định này và có các nội dung cơ bản quy định tại Điều 23 Nghị định này. Phụ lục hợp đồng theo quy định tại khoản 2 Điều 22 Nghị định này và các văn bản thông báo theo quy định tại khoản 3 Điều 22 Nghị định này là thành phần không tách rời của hợp đồng và có hiệu lực theo hiệu lực của hợp đồng.

3. Trường hợp có thay đổi theo quy định tại khoản 2 Điều 22 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 27 Nghị định này.

4. Hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế có hiệu lực kể từ ngày ký hợp đồng hoặc được quy định cụ thể trong hợp đồng.

5. Hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế là hợp đồng không xác định thời hạn hoặc có thời hạn theo thỏa thuận của 02 bên trừ trường hợp chấm dứt hợp đồng theo quy định tại Điều 30 Nghị định này. Hằng năm, khi kết thúc năm tài chính, cơ quan bảo hiểm xã hội và cơ sở khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế cùng thống nhất xác định các nội dung và số chi phí khám bệnh, chữa bệnh đề nghị thanh toán, tạm ứng, đã giám định, đã thanh toán, chưa thanh toán, quyết toán, từ chối thanh toán, thu hồi trong năm và phương thức, thời hạn giải quyết đối với từng nội dung chưa thống nhất, các nghĩa vụ phải thực hiện của từng bên để làm căn cứ cho cơ sở khám bệnh, chữa bệnh thực hiện các quyền, nghĩa vụ tài chính, quyết toán và nộp thuế (nếu có) đúng thời hạn và cơ quan bảo hiểm xã hội thực hiện tổng kết, báo cáo, quyết toán.

6. Khi chấm dứt hợp đồng các bên phải thực hiện thủ tục thanh lý hợp đồng theo Mẫu số 6 Phụ lục ban hành kèm theo Nghị định này và các nội dung quy định tại Điều 31 Nghị định này.

7. 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.

8. 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 được quy định như sau:

a) Đối với cơ sở khám bệnh, chữa bệnh công lập là người giữ một trong các chức danh tổng giám đốc, giám đốc, viện trưởng của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh, người được giao thẩm quyền ký hợp đồng cho Trạm y tế (bao gồm cả các cơ sở là đơn vị sự nghiệp công lập có hội đồng quản lý) hoặc người được người đứng đầu cơ sở khám bệnh, chữa bệnh ủy quyền;

b) Đối với cơ sở khám bệnh, chữa bệnh tư nhân là người đại diện theo pháp luật của doanh nghiệp sở hữu cơ sở khám bệnh, chữa bệnh tư nhân hoặc người được giao nhiệm vụ đứng đầu cơ sở khám bệnh, chữa bệnh tư nhân trong điều lệ tổ chức hoạt động của doanh nghiệp;

c) Người được người đại diện theo pháp luật của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh quy định tại các điểm a và b khoản này ủy quyền.

**Điều 22. Các trường hợp ký phụ lục hợp đồng và thông báo thông tin về việc thực hiện hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế**

1. Trong quá trình thực hiện hợp đồng nếu có phát sinh, thay đổi các nội dung liên quan đến việc thực hiện hợp đồng thì các bên thực hiện thủ tục thông báo theo quy định tại khoản 3 Điều này, chấm dứt hợp đồng theo quy định tại Điều 30 Nghị định này.

2. Trường hợp thay đổi tên gọi, con dấu, tài khoản, chủ tài khoản của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh hoặc cơ quan bảo hiểm xã hội thì ký phụ lục hợp đồng.

3. Các trường hợp khác có phát sinh, thay đổi các nội dung liên quan đến việc thực hiện hợp đồng mà không thuộc trường hợp quy định tại khoản 2 Điều này và Điều 29 Nghị định này thì các bên không phải ký lại hợp đồng, phụ lục hợp đồng. Cơ sở khám bệnh, chữa bệnh và cơ quan bảo hiểm xã hội đã ký hợp đồng thực hiện thủ tục thông báo để làm căn cứ thực hiện như sau:

a) Cơ sở khám bệnh, chữa bệnh gửi văn bản có thông tin, tài liệu liên quan đến việc thay đổi cho cơ quan bảo hiểm xã hội nơi ký hợp đồng. Văn bản do cơ sở khám bệnh, chữa bệnh ký ban hành là bản gốc, văn bản do cơ quan có thẩm quyền ban hành là bản chụp có đóng dấu treo xác nhận của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh;

b) Trường hợp cơ quan bảo hiểm xã hội có ý kiến về các nội dung thay đổi, phát sinh của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh, trong thời hạn tối đa không quá 05 ngày làm việc kể từ ngày nhận được văn bản thông báo của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh, cơ quan bảo hiểm xã hội có trách nhiệm gửi văn bản phản hồi cho cơ sở khám bệnh, chữa bệnh nêu rõ nội dung, lý do trong văn bản phản hồi;

c) Trong thời hạn tối đa không quá 05 ngày làm việc kể từ ngày nhận được văn bản phản hồi có ý kiến của cơ quan bảo hiểm xã hội, cơ sở khám bệnh, chữa bệnh của trách nhiệm gửi văn bản trả lời các ý kiến của cơ quan bảo hiểm xã hội.

d) Trường hợp cơ quan bảo hiểm xã hội không có ý kiến về các nội dung thay đổi, phát sinh của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh, trong thời hạn tối đa không quá 02 ngày làm việc kể từ ngày nhận được văn bản thông báo của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh, cơ quan bảo hiểm xã hội có trách nhiệm gửi văn bản phản hồi cho cơ sở khám bệnh, chữa bệnh đồng ý với các nội dung thay đổi, phát sinh.

**Điều 23. Nội dung hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế**

1. 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 được lập theo Mẫu số 5 Phụ lục ban hành kèm theo Nghị định này. Trường hợp cơ sở khám bệnh, chữa bệnh có nhiều cơ sở trực thuộc được cấp giấy phép hoạt động ở các địa điểm khác nhau và ký chung hợp đồng thì phải thể hiện rõ nội dung cho từng cơ sở trực thuộc.

2. Nội dung về đối tượng phục vụ, yêu cầu về phạm vi cung ứng dịch vụ của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh phải phù hợp với điều kiện hoạt động và năng lực thực tế của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh. Dự kiến số lượng thẻ và cơ cấu nhóm đối tượng tham gia bảo hiểm y tế đối với cơ sở khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế ban đầu phải phù hợp với quy định của Bộ trưởng Bộ 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. Trường hợp không đạt được sự thống nhất, đồng thuận của hai bên về nội dung bổ sung thì không đưa vào hợp đồng.

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 thực hiện theo quy định tại Điều 21 Nghị định này.

7. Phương thức giải quyết tranh chấp hợp đồng do hai bên thỏa thuận và theo quy định của Nghị định này. Trường hợp các bên lựa chọn khởi kiện ra toà án để giải quyết tranh chấp hợp đồng thì thực hiện theo quy định của pháp luật dân sự.

8. Quy định việc thông báo và phản hồi giữa các bên khi có thay đổi, phát sinh liên quan đến thực hiện hợp đồng; cơ chế tiếp nhận, phản hồi thông tin liên quan đến trích chuyển, gửi dữ liệu giám định và thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế.

**Điều 24. 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 số 7 tại Phụ lục ban hành kèm theo Nghị định này;

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;

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 17 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 phân tuyến chuyên môn kỹ thuật trước ngày 01 tháng 01 năm 2025. Các văn bản này phải có đóng dấu treo xác nhận của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh;

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

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

e) Bảng kê nhân lực, tổng số giường bệnh của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh theo từng khoa hoặc bộ phận chuyên môn được cấp có thẩm quyền phê duyệt;

g) Văn bản của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh về mức giá dịch vụ khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế áp dụng thanh toán tại cơ sở trong trường hợp thực hiện theo quy định tại Điều 45 và 46 Nghị định này;

h) Bản chụp có đóng dấu xác nhận của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh quyết định phê duyệt giá dịch vụ khám bệnh, chữa bệnh thuộc danh mục do quỹ bảo hiểm y tế thanh toán được cấp có thẩm quyền phê duyệt; văn bản của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh đề xuất mức giá dịch vụ khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế áp dụng thanh toán tại đơn vị trong trường hợp thực hiện theo quy định tại các Điều 45 và 46 Nghị định này;

i) Bảng kê danh mục các thiết bị phần mềm, phần cứng bảo đảm việc kết nối liên thông để trích chuyển dữ liệu điện tử trong thanh toán bảo hiểm y tế theo Mẫu số 8 tại Phụ lục ban hành kèm theo Nghị định này.

2. Trường hợp ký hợp đồng nối tiếp khi hợp đồng đã ký hết hạn hoặc hai bên thống nhất chấm dứt hợp đồng trước thời hạn mà các tài liệu không có sự thay đổi, cơ sở khám bệnh, chữa bệnh không phải nộp lại và được sử dụng hồ sơ đã nộp khi ký đồng liền kề trước đó. Trường hợp các tài liệu trong hồ sơ quy định tại khoản 1 Điều này của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh có sự thay đổi thì cơ sở khám bệnh, chữa bệnh chỉ phải nộp các tài liệu chứng minh nội dung thay đổi.

3. Số lượng hồ sơ: 01 bộ.

4. Hồ sơ được nộp bằng bản điện tử trên Cổng dịch vụ công quốc gia hoặc qua ứng dụng của cơ quan bảo hiểm xã hội. Trong thời hạn chưa hoàn thành hệ thống dịch vụ công trực tuyến và tại các đơn vị hành chính ở vùng có điều kiện kinh tế xã hội khó khăn hoặc đặc biệt khó khăn thì nộp hồ sơ trực tiếp tại bộ phận một cửa của bảo hiểm xã hội được giao nhiệm vụ tiếp nhận hoặc gửi qua dịch vụ bưu chính công ích đến bảo hiểm xã hội được giao nhiệm vụ tiếp nhận.

**Điều 25. Hồ sơ ký phụ lục hợp đồng**

1. Hồ sơ ký phụ lục 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, cơ quan bảo hiểm xã hội theo Mẫu số 7 tại Phụ lục ban hành kèm theo Nghị định này;

b) Bản chụp văn bản chứng minh sự thay đổi đối với trường hợp quy định tại khoản 2 Điều 22 Nghị định này có đóng dấu của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh hoặc cơ quan bảo hiểm xã hội.

2. Số lượng hồ sơ: 01 bộ.

**Điều 26. Thủ tục ký hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế**

1. Cơ sở khám bệnh, chữa bệnh gửi hồ sơ theo quy định tại Điều 24 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 10 ngày làm việc, kể từ ngày nhận đủ hồ sơ hợp lệ và đủ điều kiện để ký hợp đồng (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 có trách nhiệm trả lời bằng văn bản nêu 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. Trường hợp quá 30 ngày mà cơ sở khám bệnh, chữa bệnh không bổ sung và gửi hồ sơ thì phải thực hiện lại thủ tục theo các khoản 1, 2 Điều này;

c) Trong thời hạn 10 ngày làm việc, kể từ ngày nhận hồ sơ sửa đổi, bổ sung (trường hợp nộp hồ sơ bản giấy căn cứ theo ngày ghi trên dấu công văn đến), cơ quan bảo hiểm xã hội thực hiện ký hợp đồng trong trường hợp đủ điều kiện hoặc có văn bản thông báo từ chối ký hợp đồng trong trường hợp chưa đủ điều kiện và nêu rõ lý do, căn cứ pháp lý xác định chưa đủ điều kiện ký hợp đồng.

4. Việc thẩm định để ký hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế được thực hiện trên hồ sơ do cơ sở khám bệnh, chữa bệnh nộp theo quy định tại Điều 24 Nghị định này. Cơ sở khám bệnh, chữa bệnh chịu trách nhiệm về tính chính xác của hồ sơ và bảo đảm tuân thủ các điều kiện hoạt động khám bệnh, chữa bệnh theo quy định. Trường hợp cần thẩm định thực tế tại cơ sở, việc thẩm định thực hiện theo quy định của Bộ trưởng Bộ Y tế.

5. Trường hợp ký hợp đồng nối tiếp khi hợp đồng đã ký hết hạn hoặc hai bên thống nhất chấm dứt hợp đồng trước thời hạn theo quy định tại khoản 2 Điều 24 các bên thực hiện thủ tục theo quy định như sau:

a) Cơ sở khám bệnh, chữa bệnh gửi hồ sơ theo quy định tại khoản 2 Điều 24 Nghị định này đến cơ quan bảo hiểm xã hội được cấp có thẩm quyền giao nhiệm vụ ký hợp đồng;

b) Trường hợp không có yêu cầu sửa đổi, bổ sung hồ sơ, trong thời hạn 03 ngày làm việc, kể từ ngày nhận đủ hồ sơ hợp lệ và đủ điều kiện ký hợp đồng (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.

c) Trường hợp có yêu cầu sửa đổi, bổ sung hồ sơ, trong thời hạn 02 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 có trách nhiệm trả lời bằng văn bản nêu cụ thể nội dung cần sửa đổi, bổ sung gửi cơ sở khám bệnh, chữa bệnh;

d) Trong thời hạn 10 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. Trường hợp quá 10 ngày mà cơ sở khám bệnh, chữa bệnh không bổ sung và gửi hồ sơ thì phải thực hiện lại thủ tục theo quy định tại Điều này;

đ) Trong thời hạn 03 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 thực hiện ký hợp đồng trong trường hợp đủ điều kiện hoặc có văn bản thông báo từ chối ký hợp đồng trong trường hợp chưa đủ điều kiện và nêu rõ lý do, căn cứ pháp lý xác định chưa đủ điều kiện ký hợp đồng.

**Điều 27. Thủ tục ký phụ lục hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế**

1. Trong thời hạn 03 ngày làm việc kể từ ngày có văn bản của cấp có thẩm quyền về sự thay đổi đối với trường hợp quy định tại khoản 2 Điều 22 Nghị định này, cơ quan bảo hiểm xã hội gửi cho cơ sở khám bệnh, chữa bệnh hồ sơ ký phụ lục hợp đồng.

2. Trong thời hạn 05 ngày làm việc kể từ ngày nhận được hồ sơ của cơ quan bảo hiểm xã hội, cơ sở khám bệnh, chữa bệnh và cơ quan bảo hiểm xã hội hoàn thành việc ký phụ lục hợp đồng.

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

1. Trạm y tế xã, phường, nhà hộ sinh, phòng khám đa khoa ký hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế theo một trong các hình thức sau đây:

a) Trạm y tế xã, phường, nhà hộ sinh, phòng khám đa khoa trực tiếp ký hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế với cơ quan bảo hiểm xã hội;

b) Trạm y tế xã, phường, nhà hộ sinh, phòng khám đa khoa được Sở Y tế trình Ủy ban nhân dân tỉnh, thành phố trực thuộc trung ương phân công 01 đơn vị đại diện 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, phòng khám đa khoa khu vực thuộc địa bàn quản lý.

2. Ủy ban nhân dân tỉnh, thành phố trực thuộc trung ương quyết định việc trạm y tế xã, phường, nhà hộ sinh, phòng khám đa khoa 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, phòng khám đa khoa khu vực thông qua đơn vị được giao nhiệm vụ quy định tại điểm b khoản 1 Điều này thì trong hợp đồng phải có các nội dung cụ thể cho từng trạm y tế xã, phường, nhà hộ sinh, phòng khám đa khoa khu vực. Người đứng đầu cơ sở được giao nhiệm vụ đứng tên ký hợp đồng.

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 65 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. Đối với các đơn vị, trường học không phải cơ quan nhà nước, đơn vị sự nghiệp công lập thì cơ sở khám bệnh, chữa bệnh của đơn vị, trường học này áp dụng các quy định về thanh toán bảo hiểm y tế đối với cơ sở khám bệnh, chữa bệnh tư nhân.

5. Thủ tục ký hợp đồng, phụ lục hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh thực hiện theo quy định tại các Điều 26, 27 Nghị định này.

**Điều 29. Tạm dừng hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế**

1. Hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế bị tạm dừng trong các trường hợp sau đây:

a) Cơ sở khám bệnh, chữa bệnh tạm dừng toàn bộ hoạt động hoặc bị đình chỉ toàn bộ hoạt động theo quyết định của cơ quan có thẩm quyền thì tạm dừng toàn bộ hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế;

b) Cơ sở khám bệnh, chữa bệnh tạm dừng một phần hoạt động hoặc bị đình chỉ một phần hoạt động theo quyết định của cơ quan có thẩm quyền thì tạm dừng một phần hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh đối với các dịch vụ liên quan đến phần bị tạm dừng hoặc đình chỉ một phần hoạt động.

2. Khi ra quyết định đình chỉ một phần hoặc toàn bộ hoạt động của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh, cơ quan có thẩm quyền có trách nhiệm gửi thông báo đến cơ quan bảo hiểm xã hội nơi ký hợp đồng.

3. Việc tạm dừng hợp đồng và tiếp tục thực hiện hợp đồng sau khi tạm dừng được thực hiện như sau:

a) Trong thời gian 03 ngày làm việc kể từ ngày nhận được thông báo của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh hoặc quyết định cơ quan có thẩm quyền đình chỉ quy định tại các khoản 1, 2 Điều này, cơ quan bảo hiểm xã hội gửi thông báo bằng văn bản cho cơ sở khám bệnh, chữa bệnh về việc tạm dừng hợp đồng;

b) Trong thời gian 30 ngày kể từ ngày nhận được thông báo bằng văn bản của cơ quan bảo hiểm xã hội, 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 thông báo gửi cơ sở khám bệnh, chữa bệnh 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, căn cứ pháp lý;

Trường hợp cơ quan bảo hiểm xã hội đồng ý với giải trình thì chấm dứt việc tạm dừng hợp đồng kể từ ngày ban hành văn bản thông báo của cơ quan bảo hiểm xã hội. Trường hợp cơ quan bảo hiểm xã hội không đồng ý tiếp tục thực hiện hợp đồng và có lý do, căn cứ pháp lý 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, trong thời gian 05 ngày làm việc kể từ ngày nhận được thông báo bằng văn bản của cơ quan bảo hiểm xã hội, cơ sở khám bệnh, chữa bệnh có văn bản gửi Sở Y tế đối với các đơn vị thuộc phạm vi quản lý của Sở, Bộ Y tế đối với các đơn vị thuộc phạm vi quản lý của Bộ, ngành để xem xét, giải quyết;

đ) Trong thời hạn 15 ngày kể từ ngày nhận được văn bản của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh, cơ quan có thẩm quyền quy định tại điểm d khoản này có trách nhiệm phối hợp với cơ quan bảo hiểm xã hội ở địa phương hoặc trung ương xem xét, tổ chức xác minh và kết luận cụ thể đối với việc tạm dừng hợp đồng để làm căn cứ tạm dừng hoặc tiếp tục thực hiện hợp đồng;

e) Trường hợp cơ sở khám bệnh, chữa bệnh hoặc cơ quan bảo hiểm xã hội không thống nhất với kết luận của Sở Y tế, trong thời hạn 05 ngày kể từ ngày nhận được văn bản kết luận của Sở Y tế, cơ sở khám bệnh, chữa bệnh hoặc cơ quan bảo hiểm xã hội gửi văn bản kiến nghị đến Bộ Y tế để xem xét, giải quyết;

g) Trong thời hạn 15 ngày kể từ ngày nhận được văn bản của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh hoặc cơ quan bảo hiểm xã hội, Bộ Y tế có trách nhiệm phối hợp với Bảo hiểm xã hội Việt Nam xem xét, tổ chức xác minh và kết luận cụ thể đối với việc tạm dừng hợp đồng để làm căn cứ tạm dừng hoặc tiếp tục thực hiện hợp đồng;

h) Trường hợp các bên đồng ý với kết luận thì thực hiện theo văn bản thông báo của Bộ Y tế. Trường hợp các bên không đồng ý với kết quả giải quyết của Bộ Y tế, các bên có thể khởi kiện ra tòa án để giải quyết theo quy định của pháp luật.

4. Khi tạm dừng hợp đồng, hai bên phải thống nhất phương án bảo đảm quyền lợi cho người bệnh trong thời gian tạm dừng hợp đồng.

5. Nội dung kết luận giải quyết của cơ quan có thẩm quyền 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). Trường hợp hành vi vi phạm không thể khắc phục hậu quả và ảnh hưởng tới quỹ bảo hiểm y tế và quyền lợi của người tham gia bảo hiểm y tế thì thực hiện chấm dứt hợp đồng.

**Điều 30. Các trường hợp chấm dứt hợp đồng và thủ tục chấm dứt hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế**

1. Các trường hợp chấm dứt hợp đồng và thủ tục chấm dứt hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế bao gồm:

a) Hết thời hạn của hợp đồng;

b) Hai bên thỏa thuận chấm dứt hợp đồng trước thời hạn;

c) Cơ sở khám bệnh, chữa bệnh chấm dứt hoạt động, giải thể, phá sản;

d) Cơ sở khám bệnh, chữa bệnh bị thu hồi giấy phép hoạt động;

đ) Quá thời hạn tạm dừng hợp đồng 03 tháng mà cơ sở khám bệnh, chữa bệnh chưa khắc phục được các nội dung vi phạm để tiếp tục thực hiện hợp đồng.

2. Thủ tục chấm dứt hợp đồng trong trường hợp quy định tại các điểm a, b khoản 1 Điều này như sau:

a) Trường hợp tiếp tục ký hợp đồng, chậm nhất 60 ngày trước ngày hết hạn hợp đồng quy định tại điểm a khoản 1 Điều này hoặc tại thời điểm thống nhất chấm dứt hợp đồng, các bên phải thực hiện thủ tục ký hợp đồng theo quy định tại khoản 5 Điều 26 Nghị định này. Khi hết thời hạn của hợp đồng, các bên thực hiện thủ tục thanh lý hợp đồng theo quy định tại Điều 31 Nghị định này;

b) Trường hợp không tiếp tục ký hợp đồng, các bên thực hiện thủ tục thanh lý hợp đồng theo quy định tại Điều 31 Nghị định này.

3. Thủ tục chấm dứt hợp đồng trong trường hợp quy định tại các điểm c, d khoản 1 Điều này như sau:

a) Trong thời hạn 03 ngày làm việc kể từ ngày chấm dứt hoạt động theo quy định của pháp luật về giải thể, phá sản hoặc theo quyết định về việc chấm dứt hoạt động của cấp có thẩm quyền đối với cơ sở, cơ sở khám bệnh, chữa bệnh có trách nhiệm thông báo cho cơ quan bảo hiểm xã hội nơi ký hợp đồng;

b) Trong thời hạn 05 ngày làm việc kể từ ngày nhận được thông báo của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh, các bên thực hiện thủ tục thanh lý hợp đồng theo quy định tại Điều 31 Nghị định này.

4. Thủ tục chấm dứt hợp đồng trong trường hợp quy định tại điểm đ khoản 1 Điều này như sau:

a) Trong thời hạn 05 ngày làm việc kể từ ngày hết thời hạn tạm dừng hợp đồng và cơ sở khám bệnh, chữa bệnh không khắc phục được được các nội dung vi phạm hoặc khi có quyết định cuối cùng của cấp có thẩm quyền theo quy định tại Điều 30 Nghị định này, cơ quan bảo hiểm xã hội nơi ký hợp đồng có văn bản thông báo cho cơ sở khám bệnh, chữa bệnh về việc chấm dứt hợp đồng;

b) Trong thời hạn 10 ngày làm việc kể từ ngày nhận được thông báo của cơ quan bảo hiểm xã hội nơi ký hợp đồng, các bên thực hiện thủ tục thanh lý hợp đồng theo quy định tại Điều 31 Nghị định này;

c) Trường hợp cơ sở khám bệnh, chữa bệnh không đồng ý với việc chấm dứt hợp đồng, cơ sở khám bệnh, chữa bệnh có thể kiện ra tòa án để giải quyết theo quy định của pháp luật.

**Điều 31. 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 sau khi chấm dứt hợp đồng theo quy định tại Điều 30 Nghị định này. Mẫu thanh lý hợp đồngkhám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế được thực hiện theo Mẫu số 6 Phụ lục ban hành kèm theo Nghị định này.

2. Việc thanh lý hợp đồng được thực hiện theo quy định của pháp luật dân sự.

3. Hai bên cùng đối chiếu, xác định, thống nhất các nội dung và số chi phí khám bệnh, chữa bệnh đề nghị thanh toán, tạm ứng, đã giám định, đã thanh toán, chưa thanh toán, quyết toán, từ chối thanh toán, thu hồi trong năm và phương thức, thời hạn giải quyết đối với từng nội dung chưa thống nhất, các nghĩa vụ phải thực hiện của từng bên; các khoản tiền truy thu hoặc hoàn trả (nếu có) bên để làm căn cứ chấm dứt hợp đồng. 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.

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 chưa thanh toán đúng thời hạn; không yêu cầu bàn giao hồ sơ bệnh án gốc, trừ trường hợp có quy định khác của pháp luật.

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 đã quyết toán; giữ lại hồ sơ bệnh án theo đúng quy định và chỉ bàn giao tài liệu phục vụ quyết toán; được đề nghị tiếp tục ký 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 phải bảo đảm quy định về lưu trữ hồ sơ bệnh án và chịu trách nhiệm trước pháp luật đối với các hồ sơ, tài liệu đã thanh toán với cơ quan bảo hiểm xã hội; bảo đảm việc chuyển người bệnh sang các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh khác và không ảnh hưởng đến quyền lợi của người tham gia bảo hiểm y tế.

**Điều 32. 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) Các quyền theo 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 của cơ quan bảo hiểm xã hội

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

b) Trong 10 ngày đầu của tháng đầu kỳ ký hợp đồng, cung cấp cho cơ sở khám bệnh, chữa bệnh danh sách những người có thẻ bảo hiểm y tế đăng ký khám bệnh, chữa bệnh ban đầu theo Mẫu số 9 Phụ lục ban hành kèm theo Nghị định này vào đầu mỗi quý bằng bản điện tử hoặc văn bản có ký tên đóng dấu;

c) Bảo đảm bảo mật các thông tin thu thập trong quá trình thực hiện giám định và thanh toán khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế theo quy định của pháp luật, khai thác, sử dụng hồ sơ bệnh án theo quy định của Bộ trưởng Bộ Y tế;

d) Phối hợp với cơ sở khám bệnh, chữa bệnh trong việc xác minh, làm rõ thông tin của người tham gia bảo hiểm y tế khi có yêu cầu và giải quyết các khó khăn, vướng mắc trong việc tiếp nhận, kiểm tra thủ tục khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế; xem xét thu hồi, tạm giữ thẻ bảo hiểm y tế và xử lý theo thẩm quyền đối với các trường hợp vi phạm khi tiếp nhận được thông tin phản ánh về các trường hợp vi phạm; hỗ trợ ứng dụng công nghệ thông tin trong giám định và thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế cho cơ sở khám bệnh, chữa bệnh;

đ) Hoàn thiện hệ thống giám định và bảo đảm duy trì tiếp nhận, phản hồi kịp thời việc tiếp nhận dữ liệu điện tử, gửi hồ sơ lỗi, kết quả giám định chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế, các sự cố, vướng mắc liên quan đến việc tiếp nhận dữ liệu 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 và đúng số lượng, tỷ lệ tạm ứng theo quy định, ghi nhận các chi phí chưa thống nhất quyết toán, còn vướng mắc;

g) Công khai các quy tắc giám định bảo hiểm y tế để các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh phối hợp thực hiện;

h) Thống nhất số lượng hồ sơ gửi giám định, số tạm ứng chi phí khám bệnh, chữa bệnh kỳ kế tiếp khi xảy ra sự cố, vướng mắc trong việc tiếp nhận dữ liệu.

3. Trách nhiệm giải trình trong quá trình thực hiện hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế trong trường hợp 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 và phản ánh, kiến nghị, thông báo cho cơ quan quản lý. 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 cấp trên của cơ quan bảo hiểm xã hội) 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).

**Điều 33. 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) Các quyền 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 và tương đồng về quy mô 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;

d) Được cơ quan bảo hiểm xã hội tham vấn ý kiến, phản hồi, thông báo kịp thời về các quy tắc giám định, các sự cố của hệ thống tiếp nhận dữ liệu, phản hồi kịp thời các lỗi gửi hồ sơ.

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, thiết bị y tế, dịch vụ kỹ thuật y tế có chất lượng, hiệu quả và tiết kiệm;

c) Gửi dữ liệu điện tử để phục vụ quản lý khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế ngay sau khi kết thúc lần khám bệnh hoặc kết thúc đợt điều trị ngoại trú hoặc kết thúc đợt điều trị nội trú của người bệnh theo quy định của Bộ trưởng Bộ Y tế;

d) Gửi dữ liệu điện tử về chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế đề nghị thanh toán theo quy định của Bộ trưởng Bộ Y tế;

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

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

g) Cơ sở khám bệnh, chữa bệnh có trách nhiệm 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. Cơ quan có thẩm quyền xếp cấp chuyên môn kỹ thuật quy định tại khoản 3 Điều 90 của Nghị định số 96/2023/NĐ-CP ngày 30 tháng 12 năm 2023 của Chính phủ quy định chi tiết một số điều của Luật Khám bệnh, chữa bệnh có trách nhiệm công khai danh sách các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh được xếp cấp kèm theo số điểm trên Cổng thông tin điện tử của cơ quan và trên hệ thống thông tin về quản lý hoạt động khám bệnh, chữa bệnh.

**Điều 34.** **Phương thức giải quyết vướng mắc và các vấn đề phát sinh chưa thống nhất trong thực hiện hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế**

1. Các bên có trách nhiệm trao đổi, thống nhất về nội dung vướng mắc và có biên bản thống nhất giữa các bên làm căn cứ để thực hiện.

2. Trường hợp không thống nhất được, cơ sở khám bệnh, chữa bệnh hoặc cơ quan bảo hiểm xã hội có văn bản đề nghị cơ quan có thẩm quyền thành lập hội đồng chuyên môn để giải quyết. Hội đồng chuyên môn được thành lập và hoạt động theo các nguyên tắc sau:

a) Đối với cơ sở khám bệnh, chữa bệnh thuộc thẩm quyền quản lý và cơ sở khám bệnh, chữa bệnh tư nhân trên địa bàn tỉnh, thành phố trực thuộc trung ương: Trong thời hạn không quá 30 ngày làm việc, trên cơ sở đề nghị của cơ quan bảo hiểm xã hội hoặc cơ sở khám bệnh chữa bệnh, Giám đốc Sở Y tế quyết định thành lập Hội đồng chuyên môn cấp tỉnh. Hội đồng chuyên môn có trách nhiệm xem xét nội dung vướng mắc và đưa ra quyết định xử lý;

b) Trường hợp đã có quyết định giải quyết của hội đồng chuyên môn cấp tỉnh theo quy định tại điểm a khoản này mà một trong các bên là cơ sở khám bệnh, chữa bệnh hoặc cơ quan bảo hiểm xã hội không đồng ý thì có quyền đề nghị Bộ Y tế thành lập Hội đồng chuyên môn cấp Bộ. Trong thời hạn không quá 30 ngày, Bộ trưởng Bộ Y tế quyết định thành lập hội đồng chuyên môn cấp Bộ xem xét nội dung các vướng mắc và đưa ra quyết định xử lý;

c) Đối với cơ sở khám bệnh, chữa bệnh thuộc hoặc trực thuộc Bộ Y tế và các Bộ, ngành: Trong thời hạn không quá 30 ngày làm việc, trên cơ sở đề nghị của cơ quan bảo hiểm xã hội hoặc cơ sở khám bệnh, chữa bệnh, Bộ trưởng Bộ Y tế quyết định thành lập hội đồng chuyên môn cấp Bộ xem xét nội dung các vướng mắc và đưa ra quyết định xử lý.

3. Nội dung kết luận giải quyết của hội đồng phải nêu rõ kết quả xử lý đối với từng vướng mắc, nội dung đúng, không đúng quy định, căn cứ pháp lý để giải quyết, nội dung cần kiến nghị cấp có thẩm quyền xem xét, trách nhiệm của các bên liên quan.

4. Quyết định của Hội đồng cấp Bộ Y tế là quyết định cuối cùng. Trường hợp các bên đồng ý với kết luận thì thực hiện theo văn bản thông báo của Bộ Y tế. Trường hợp các bên không đồng ý với kết quả giải quyết của hội đồng, các bên có thể khởi kiện ra tòa án để giải quyết theo quy định của pháp luật.

5. Quỹ bảo hiểm y tế thanh toán bổ sung cho các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh theo quyết định giải quyết của cơ quan có thẩm quyền hoặc bản án của Toà án.

**Điều 35. Kiểm tra việc thực hiện hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế**

1. Các trường hợp kiểm tra bao gồm:
2. Kiểm tra thường xuyên theo kế hoạch hằng năm;
3. Kiểm tra đột xuất khi phát hiện có vi phạm hoặc có dấu hiệu vi phạm liên quan tới việc thực hiện hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế.
4. Nguyên tắc kiểm tra
5. Việc kiểm tra phải căn cứ vào kế hoạch kiểm tra đã được cấp có thẩm quyền phê duyệt;
6. Việc kiểm tra thường xuyên bảo đảm nguyên tắc cơ sở khám bệnh, chữa bệnh không bị kiểm tra quá 01 lần về cùng 01 nội dung trong 01 năm kể cả các đoàn kiểm tra, thanh tra, kiểm toán của các cơ quan có thẩm quyền;
7. Nội dung kiểm tra căn cứ vào các điều khoản, nội dung, trách nhiệm trong hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế đã ký kết;

đ) Không kiểm tra các nội dung chuyên môn thuộc thẩm quyền của cơ quan quản lý nhà nước về y tế, các nội dung ngoài nội dung của hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế đã ký và các nội dung không thuộc chức năng, nhiệm vụ của cơ quan bảo hiểm xã hội;

1. Kế hoạch kiểm tra phải được gửi cho đối tượng được kiểm tra ngay sau khi phê duyệt. Thời gian kiểm tra phải được thông báo cho đối tượng được kiểm tra trước khi tiến hành kiểm tra ít nhất 07 ngày; Việc kiểm tra đột xuất phải có văn bản thông báo trước cho đối tượng kiểm tra trước ít nhất 01 ngày;
2. Kết luận kiểm tra phải được gửi cho đối tượng được kiểm tra. Trong vòng 03 tháng kể từ ngày nhận được kết luận kiểm tra, đối tượng kiểm tra phải có báo cáo về việc thực hiện kết luận kiểm tra gửi cho cơ quan kiểm tra.
3. Việc xây dựng kế hoạch kiểm tra được thực hiện như sau:
4. Kế hoạch kiểm tra của Bảo hiểm xã hội Việt Nam do Bảo hiểm xã hội Việt Nam xây dựng, xin ý kiến Bộ Y tế và trình Bộ trưởng Bộ Tài chính phê duyệt;
5. Kế hoạch kiểm tra của bảo hiểm xã hội tỉnh, thành phố trực thuộc Trung ương do bảo hiểm xã hội tỉnh, thành phố trực thuộc Trung ương, xin ý kiến Sở Y tế và gửi Bảo hiểm xã hội Việt Nam phê duyệt.
6. Thẩm quyền kiểm tra

 a) Cơ quan bảo hiểm xã hội đã ký hợp đồng thực hiện việc kiểm tra đối với cơ sở khám bệnh, chữa bệnh đã ký hợp đồng với cơ quan bảo hiểm xã hội đó;

b) Bảo hiểm xã hội Việt Nam kiểm tra việc tuân thủ các quy định của pháp luật trong việc ký kết và thực hiện hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế của các bên ký hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế.

**Chương VI**

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

**Điều 36. 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, giấy tờ chứng minh nhân thân của người đó theo một trong các hình thức sau đây:

a) 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;

b) Thẻ bảo hiểm y tế bản điện tử hoặc bản giấy. Đối với đối tượng tham gia bảo hiểm y tế quy định tại các điểm a, b, c, d khoản 3 Điều 12 của Luật Bảo hiểm y tế chưa có thông tin về thẻ bảo hiểm y tế tra cứu được trên hệ thống công nghệ thông tin thì phải xuất trình thẻ bảo hiểm y tế bản giấy. Trường hợp sử dụng thẻ bảo hiểm y tế chưa có ảnh hoặc mã số bảo hiểm y tế thì phải xuất trình thêm một trong các giấy tờ chứng minh thân nhân: 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 ứng dụng VssID 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.

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

3. Người tham gia bảo hiểm y tế trong thời gian chờ cấp hoặc thay đổi 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 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 ứng dụng VssID hoặc giấy tờ chứng minh nhân thân khác do cơ quan, tổ chức có thẩm quyền cấp. Trường hợp chưa có thẻ bảo hiểm y tế nhưng phải điều trị ngay sau khi hiến, cơ sở khám bệnh, chữa bệnh và người bệnh hoặc thân nhân của người bệnh ký xác nhận vào hồ sơ bệnh án.

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

**Điều 37. Thủ tục khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế trong một số trường hợp**

1. Trường hợp người bệnh có thẻ bảo hiểm y tế khi đi khám bệnh, chữa bệnh mà xuất trình thẻ muộn thì được quỹ bảo hiểm y tế thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh trong phạm vi quyền lợi và mức hưởng kể từ thời điểm xuất trình thẻ bảo hiểm y tế. Chi phí khám bệnh, chữa bệnh trong thời gian người bệnh chưa xuất trình thẻ bảo hiểm y tế được quỹ bảo hiểm y tế thanh toán trực tiếp theo thủ tục quy định tại Điều 58 và theo mức quy định tại Điều 59 Nghị định này.

2. Trường hợp người bệnh có thẻ bảo hiểm y tế điện tử khi đi khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế mà không xuất trình được thẻ bảo hiểm y tế điện tử do ứng dụng VNeID và ứng dụng VssID bị lỗi hoặc do lỗi kết nối Internet, người bệnh cung cấp thông tin mã số thẻ bảo hiểm y tế để cơ sở khám bệnh, chữa bệnh thực hiện tra cứu thông tin trên Hệ thống dữ liệu quản lý thẻ bảo hiểm y tế. Trường hợp Hệ thống dữ liệu quản lý thẻ bảo hiểm y tế bị lỗi không tra cứu được thì cơ sở khám bệnh, chữa bệnh ghi nhận thông tin mã số thẻ bảo hiểm y tế, tiếp nhận người bệnh để khám bệnh, chữa bệnh. Cơ sở khám bệnh, chữa bệnh phối hợp với cơ quan bảo hiểm xã hội thực hiện tra cứu lại thông tin thẻ bảo hiểm y tế trước khi kết thúc khám bệnh hoặc kết thúc đợt điều trị nội trú hoặc kết thúc đợt điều trị ngoại trú của người bệnh để xác định phạm vi, quyền lợi, chế độ hưởng bảo hiểm y tế. Trường hợp hệ thống dữ liệu quản lý thẻ bảo hiểm y tế điện tử vẫn bị lỗi không trích xuất được thông tin thì cơ sở khám bệnh, chữa bệnh chụp ảnh màn hình tra cứu, giải thích với người bệnh và cung cấp đầy đủ ảnh chụp màn hình tra cứu có xác nhận của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh và người bệnh và hóa đơn, chứng từ có liên quan cho người bệnh trước khi ra viện để người bệnh thanh toán trực tiếp với cơ quan bảo hiểm xã hội.

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

**Chương VII**

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

**Điều 38. Thanh toán theo giá dịch vụ**

1. Thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế theo giá dịch vụ là phương thức thanh toán dựa trên chi phí cho sử dụng dịch vụ kỹ thuật y tế, thuốc, thiết bị y tế, máu, chế phẩm máu, khí y tế, vật tư, dụng cụ, công cụ, hoá chất sử dụng trong khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế.

2. Nguyên tắc thanh toán:

a) Giá dịch vụ khám bệnh, chữa bệnh làm căn cứ thanh toán bảo hiểm y tế thực hiện theo quy định của pháp luật về giá dịch vụ khám bệnh, chữa bệnh, phù hợp với phạm vi được hưởng và mức hưởng của người tham gia bảo hiểm y tế;

b) Trong một số trường hợp dịch vụ khám bệnh, chữa bệnh chưa được cấp có thẩm quyền phê duyệt giá thì thanh toán theo chi phí sử dụng trong khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế dựa theo các yếu tố cấu thành giá thuộc phạm vi, mức chi trả của quỹ bảo hiểm y tế;

c) Đối với một số chi phí khám bệnh, chữa bệnh và chi phí hao hụt trong quá trình khám bệnh, chữa bệnh nhưng chưa được tính trong chi phí để kết cấu trong giá dịch vụ khám bệnh, chữa bệnh thì được thanh toán riêng theo số lượng thực tế và giá làm căn cứ thanh toán theo quy định của pháp luật.

d) Bộ trưởng Bộ Y tế quy định về thanh toán chi phí hao hụt thuốc, thiết bị y tế.

3. Một số thuốc, thiết bị y tế có thể áp dụng hình thức thanh toán theo hạn mức thỏa thuận giữa nhà cung cấp và cơ quan có thẩm quyền quản lý về bảo hiểm y tế, cụ thể như sau:

a) Hạn mức thanh toán là mức tối đa mà quỹ bảo hiểm y tế thanh toán cho thuốc, thiết bị y tế;

b) Trường hợp tổng chi phí thuốc, thiết bị y tế thực tế sử dụng vượt quá hạn mức quy định tại điểm a khoản này nhà cung cấp hoàn trả phần chi phí vượt quá hạn mức cho quỹ bảo hiểm y tế;

c) Bộ trưởng Bộ Y tế quy định nguyên tắc, yêu cầu, quy trình thực hiện việc thanh toán theo quy định tại khoản này khi đủ điều kiện áp dụng.

**Điều 39. Thanh toán theo định suất**

1. Thanh toán theo định suất được áp dụng đối với cơ sở khám bệnh, chữa bệnh có khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế ngoại trú; ưu tiên thực hiện tại trạm y tế xã, phường.

2. Phạm vi thanh toán theo định suất bao gồm chi phí khám bệnh, chữa bệnh ngoại trú trong phạm vi được hưởng và mức hưởng của người có thẻ bảo hiểm y tế khi khám bệnh, chữa bệnh tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh.

3. Quỹ định suất được giao cho cơ sở khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế dựa trên thực tế chi phí của khám bệnh, chữa bệnh ngoại trú trung bình của 02 năm trước liền kề.

4. 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 số chi khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế), cơ sở khám bệnh, chữa bệnh được giữ lại 50% số kết dư và được hạch toán số kết dư được giữ lại vào nguồn thu sự nghiệp của đơn vị, số kết dư còn lại được chuyển về quỹ bảo hiểm y tế để điều tiết. 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 khám bệnh, chữa bệnh có trách nhiệm chuyển phần kết dư cho trạm y tế xã đó;

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.

c) Trường hợp cơ sở khám bệnh, chữa bệnh bội chi quỹ định suất trong 02 năm liên tiếp thì được xem xét bổ sung thanh toán và điều chỉnh cho các năm tiếp theo.

d) Trường hợp quỹ định suất toàn quốc bội chi trong năm vượt quá khả năng cân đối của quỹ bảo hiểm y tế, Bảo hiểm xã hội Việt Nam tổng hợp báo cáo Bộ Y tế. Bộ Y tế chủ trì, phối hợp với Bộ Tài chính trình Chính phủ xem xét, quyết định.

5. Bộ trưởng Bộ Y tế hướng dẫn thực hiện Điều này và quy định các bệnh, nhóm bệnh, dịch vụ y tế, chi phí không thuộc phạm vi thanh toán theo định suất; kỹ thuật xác định quỹ, suất phí, việc thanh toán theo định suất, xử lý kết dư và bội chi quỹ định suất.

**Điều 40.** **Thanh toán theo nhóm chẩn đoán**

1. Thanh toán theo nhóm chẩn đoán (DRG) là thanh toán theo mức chi phí được xác định trước cho từng nhóm chẩn đoán tương đồng về đặc tính lâm sàng và nguồn lực cần thiết, không phụ thuộc vào chi phí thực tế sử dụng trong khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế.

 2. Phạm vi thanh toán theo nhóm chẩn đoán bao gồm chi phí khám bệnh, chữa bệnh trong phạm vi được hưởng và mức hưởng của người có thẻ bảo hiểm y tế khi khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế nội trú và điều trị ban ngày theo danh mục do Bộ trưởng Bộ Y tế ban hành.

3. Bộ trưởng Bộ Y tế hướng dẫn thực hiện Điều này và việc thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế theo nhóm chẩn đoán.

**Điều 41. Áp dụng phương thức thanh toán**

1. Chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế của các dịch vụ y tế đã được thanh toán theo một phương thức thanh toán thì không được thanh toán trùng theo phương thức khác.

2. Hằng năm, cơ sở khám bệnh, chữa bệnh áp dụng một hoặc phối hợp các phương thức thanh toán, phù hợp với điều kiện của cơ sở, phạm vi chuyên môn, đối tượng phục vụ để thực hiện thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế với cơ quan bảo hiểm xã hội.

3. Phương thức thanh toán được áp dụng tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh được nêu cụ thể trong hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh với cơ quan bảo hiểm xã hội theo quy định tại Điều 23 Nghị định này.

4. Bộ trưởng Bộ Y tế quyết định việc phối hợp áp dụng các phương thức thanh toán phù hợp với điều kiện thực tiễn nhằm phát huy tối đa hiệu quả của mỗi phương thức thanh toán để sử dụng hiệu quả quỹ bảo hiểm y tế.

**Chương VIII**

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

**Điều 42. 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: Cơ sở khám bệnh, chữa bệnh không có thuốc thương mại nào chứa hoạt chất mà người bệnh được chỉ định hoặc có thuốc cùng hoạt chất nhưng khác nồng độ hoặc hàm lượng hoặc dạng bào chế hoặc đường dùng mà không thể thay thế để chỉ định cho người bệnh;

b) Đối với thiết bị y tế: Áp dụng với thiết bị y tế 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 được sửa đổi, bổ sung tại Nghị định số 07/2023/NĐ-CP ngày 03 tháng 3 năm 2023 và Nghị định số 04/2025/NĐ-CP ngày 01 tháng 01 năm 2025 của Chính phủ sửa đổi, bổ sung một số điều của Nghị định số [98/2021/NĐ-CP](https://thuvienphapluat.vn/van-ban/The-thao-Y-te/Nghi-dinh-98-2021-ND-CP-quan-ly-trang-thiet-bi-y-te-493940.aspx%22%20%5Ct%20%22_blank) ngày 08 tháng 11 năm 2021 về quản lý thiết bị y tế đã được sửa đổi, bổ sung một số điều theo Nghị định số [07/2023/NĐ-CP](https://thuvienphapluat.vn/van-ban/The-thao-Y-te/Nghi-dinh-07-2023-ND-CP-sua-doi-Nghi-dinh-98-2021-ND-CP-quan-ly-trang-thiet-bi-y-te-557403.aspx%22%20%5Ct%20%22_blank) ngày 03 tháng 3 năm 2023 của Chính phủ. Cơ sở khám bệnh chữa bệnh 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. 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 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 của 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](https://thuvienphapluat.vn/van-ban/Dau-tu/Luat-Dau-thau-2023-22-2023-QH15-518805.aspx%22%20%5Ct%20%22_blank) về lựa chọn nhà thầu nhưng không lựa chọn được nhà thầu;

c) Cơ sở khám bệnh, chữa bệnh đã ký hợp đồng với nhà thầu cung ứng thuốc, thiết bị y tế đó nhưng tại thời điểm chỉ định thuốc, thiết bị y tế cho người bệnh 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).

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 được quy định 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 1 và 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;

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 trong trường hợp người bệnh phải trả thêm chi phí ngoài chi phí đồng chi trả theo quy định;

b) Cơ sở điều chuyển thuốc, thiết bị y tế và cơ sở nhận thuốc, thiết bị y tế có văn bản giao nhận;

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;

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;

đ) 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.

5. Trường hợp người bệnh bảo hiểm y tế không đồng ý thanh toán các chi phí ngoài phạm vi được hưởng và mức hưởng của người tham gia bảo hiểm y tế khi điều chuyển thuốc, thiết bị y tế thì cơ sở khám bệnh, chữa bệnh chuyển người bệnh tới cơ sở khám bệnh, chữa bệnh khác bảo đảm cung ứng thuốc, thiết bị y tế để điều trị cho người bệnh.

**Điều 43.** **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).

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 thuộc các trường hợp như sau:

a) Dịch vụ cận lâm sàng 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 hoặc không đủ đáp ứng nhu cầu thực hiện dịch cận lâm sàng. Cơ sở khám bệnh, chữa bệnh nơi chuyển người bệnh hoặc mẫu bệnh phẩm điền thông tin vào Mẫu số 10 Phụ lục ban hành kèm theo Nghị định này để gửi kèm trong quá trình chuyển người bệnh hoặc mẫu bệnh phẩm đến cơ sở thực hiện dịch vụ cận lâm sàng. Cơ sở khám bệnh, chữa bệnh nơi chuyển người bệnh hoặc mẫu bệnh phẩm gửi danh sách các dịch vụ cận lâm sàng đã thực hiện chuyển đến cơ sở thực hiện dịch vụ cận lâm sàng cho cơ quan bảo hiểm xã hội nơi ký hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế để làm căn cứ thanh toán;

b) Dịch vụ cận lâm sàng chưa 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. 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 với cơ sở khám bệnh, chữa bệnh nơi chuyển đi 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, 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 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, đồng thời tổng hợp chi phí dịch vụ cận lâm sàng 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 của người bệnh. Trường hợp người bệnh phải trả thêm chi phí thực hiện dịch vụ cận lâm sàng ngoài chi phí đồng chi trả theo quy định, cơ sở khám bệnh chữa bệnh nơi chuyển người bệnh hoặc mẫu bệnh phẩm cần thông báo và có sự đồng ý của người bệnh trước khi chuyển người bệnh hoặc mẫu bệnh phẩm.

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) Trường hợp quy định tại điểm a khoản 2 Điều này: 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 nhưng không vượt quá giá dịch vụ khám bệnh, chữa bệnh của cơ sở chuyển đi. Trường hợp cơ sở nơi thực hiện dịch vụ cận lâm sàng chưa được cơ quan có thẩm quyền phê duyệt hoặc chưa có mức giá dịch vụ khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế, 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;

b) Trường hợp quy định tại điểm b khoản 2 Điều này: 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. Trường hợp cơ sở nơi thực hiện dịch vụ cận lâm sàng chưa được cơ quan có thẩm quyền phê duyệt giá dịch vụ khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế, 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 bảo hiểm y tế của nhà nước cùng cấp chuyên môn kỹ thuật trên địa bàn tỉnh với cơ sở khám bệnh, chữa bệnh nơi chuyển người bệnh hoặc mẫu bệnh phẩm đi. Trường hợp không có giá dịch vụ kỹ thuật được cấp có thẩm quyền phê duyệt cho cơ sở khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế của Nhà nước cùng cấp chuyên môn kỹ thuật trên địa bàn tỉnh, quỹ bảo hiểm y tế thanh toán theo theo giá dịch vụ kỹ thuật được cấp có thẩm quyền phê duyệt cho cơ sở khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế của Nhà nước cùng cấp chuyên môn kỹ thuật trên địa bàn tỉnh giáp ranh. Trường hợp không có giá dịch vụ kỹ thuật được cấp có thẩm quyền phê duyệt cho cơ sở khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế của Nhà nước cùng cấp chuyên môn kỹ thuật trên địa bàn tỉnh giáp ranh, quỹ bảo hiểm y tế thanh toán theo theo giá dịch vụ kỹ thuật được cấp có thẩm quyền phê duyệt cho cơ sở khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế của Nhà nước cùng cấp chuyên môn kỹ thuật trên địa bàn trên toàn quốc. Trường hợp không có giá dịch vụ kỹ thuật được cấp có thẩm quyền phê duyệt cho cơ sở khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế của Nhà nước cùng cấp chuyên môn kỹ thuật trên toàn quốc, 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 bảo hiểm y tế của Nhà nước khác trên toàn quốc.

**Điều 44. Thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh đối với các dịch vụ chuyển giao kỹ thuật**

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

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

2. Trường hợp dịch vụ kỹ thuật chưa được cấp có thẩm quyền phê duyệt danh mục và giá dịch vụ kỹ thuật cho cơ sở khám bệnh, chữa bệnh nhận chuyển giao kỹ thuật, cơ sở khám bệnh, chữa bệnh nhận chuyển giao kỹ thuật có trách nhiệm thông báo bằng văn bản cho cơ quan bảo hiểm xã hội ký hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế về các dịch vụ kỹ thuật được thực hiện theo chương trình, đề án hoặc hợp đồng chuyển giao để làm cơ sở thanh toán. Quỹ bảo hiểm y tế thanh toán theo giá của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh chuyển giao kỹ thuật và số lượng trên hợp đồng chuyển giao hoặc quyết định của cơ quan có thẩm quyền phê duyệt triển khai thí điểm, chuyển giao kỹ thuật. Sau khi hoàn thành việc thực hiện hợp đồng chuyển giao hoặc hoàn thành thực hiện quyết định thí điểm, cơ sở khám bệnh, chữa bệnh phải trình cấp có thẩm quyền phê duyệt danh mục kỹ thuật để làm cơ sở thực hiện và thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế đối với kỹ thuật y tế này.

3. Đối với chi phí về thuốc, thiết bị y tế, khí y tế, vật tư, dụng cụ, công cụ, hóa chất, quỹ bảo hiểm y tế thanh toán theo giá mua của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh theo quy định về đấu thầu. Đối với chi phí máu, chế phẩm máu, quỹ bảo hiểm y tế thanh toán theo quy định của Bộ trưởng Bộ Y tế.

**Điều 45. 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 ngoài giờ hành chính hoặc 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.

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 quản lý trên địa bàn và cơ quan bảo hiểm xã hội nơi ký hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế ít nhất 03 ngày làm việc trước khi thực hiện hoạt động khám bệnh, chữa bệnh ngoài giờ hành chính hoặc vào ngày nghỉ, ngày lễ để làm cơ sở thực hiện và thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh.

**Điều 46. Thanh toán chi phí của dịch vụ kỹ thuật trong khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế đối với cơ sở khám bệnh**, **chữa bệnh tư nhân**

Cơ sở khám bệnh, chữa bệnh tư nhân thực hiện dịch vụ kỹ thuật đã được cơ quan có thẩm quyền phê duyệt danh mục được đề xuất thanh toán chi phí theo giá của dịch vụ kỹ thuật đó đã được cấp có thẩm quyền 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 sau đây:

1. Cơ sở khám bệnh, chữa bệnh tư nhân cấp chuyên sâu được thanh toán tối đa bằng giá cao nhất của dịch vụ kỹ thuật đó 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 giá của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh cấp chuyên sâu của Nhà nước trên địa bàn tỉnh.

2. Cơ sở khám bệnh, chữa bệnh tư nhân cấp cơ bản được thanh toán tối đa bằng giá cao nhất của dịch vụ kỹ thuật đó của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh cấp cơ bản của Nhà nước trên địa bàn tỉnh. Trường hợp cơ sở khám bệnh, chữa bệnh cấp cơ bản của Nhà nước trên địa bàn tỉnh không có giá của dịch vụ kỹ thuật đó thì được thanh toán tối đa bằng giá thấp nhất của dịch vụ kỹ thuật đó của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh cấp chuyên sâu của Nhà nước trên địa bàn tỉnh.

3. Cơ sở khám bệnh, chữa bệnh tư nhân cấp ban đầu được thanh toán tối đa bằng giá cao nhất của dịch vụ kỹ thuật đó của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh cấp ban đầu của Nhà nước trên địa bàn tỉnh. Trường hợp, cơ sở khám bệnh, chữa bệnh cấp ban đầu của Nhà nước trên địa bàn tỉnh không có giá của dịch vụ kỹ thuật đó thì được thanh toán tối đa bằng giá thấp nhất của dịch vụ kỹ thuật đó của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh cấp cơ bản của Nhà nước trên địa bàn tỉnh.

4. Trường hợp chưa có giá của dịch vụ kỹ thuật đó được cấp có thẩm quyền quy định hoặc phê duyệt cho cơ sở khám bệnh, chữa bệnh của Nhà nước trên địa bàn tỉnh, cơ sở khám bệnh, chữa bệnh tư nhân được thanh toán theo nguyên tắc quy định tại các khoản 1, 2 và 3 Điều này như sau:

 a) Thanh toán theo giá dịch vụ kỹ thuật đó được cấp có thẩm quyền phê duyệt cho cơ sở khám bệnh, chữa bệnh của Nhà nước thuộc tỉnh giáp ranh;

b) Thanh toán theo giá dịch vụ kỹ thuật đó được cấp có thẩm quyền phê duyệt cho cơ sở khám bệnh, chữa bệnh của Nhà nước trên địa bàn 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.

**Điều 47. Thanh toán trong trường hợp cơ sở khám bệnh, chữa bệnh 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**

1. Trong thời gian cơ sở khám bệnh, chữa bệnh xây dựng và trình cấp có thẩm quyền phê duyệt giá cho dịch vụ kỹ thuật, cơ sở khám bệnh, chữa bệnh được thanh toán theo giá của dịch vụ kỹ thuật đó được cơ quan có thẩm quyền quy định hoặc phê duyệt cho cơ sở khám bệnh, chữa bệnh của Nhà nước theo nguyên tắc thanh toán áp dụng về cấp chuyên môn kỹ thuật và địa bàn quy định tại Điều 46 Nghị định này và trong khoảng thời gian như sau:

 a) Tối đa không quá 06 tháng kể từ thời điểm cơ sở khám bệnh, chữa bệnh được phê duyệt dịch vụ kỹ thuật đó đối với trường hợp dịch vụ kỹ thuật được phê duyệt sau ngày Nghị định này có hiệu lực;

b) Tối đa không quá 06 tháng kể từ thời điểm Nghị định này có hiệu lực đối với trường hợp dịch vụ kỹ thuật được phê duyệt trước ngày Nghị định này có hiệu lực.

2. Trường hợp cơ quan có thẩm quyền chưa quy định hoặc phê duyệt giá dịch vụ kỹ thuật đó cho các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh trên toàn quốc, việc thanh toán được thực hiện như sau:

a) Quỹ bảo hiểm y tế thanh toán theo số lượng thực tế các loại thuốc, thiết bị y tế, khí y tế, vật tư, dụng cụ, công cụ, hóa chất 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; đối với chi phí máu, chế phẩm máu thanh toán theo quy định của Bộ trưởng Bộ Y tế;

b) Trong thời gian xây dựng và trình cấp có thẩm quyền phê duyệt giá cho dịch vụ kỹ thuật, cơ sở khám bệnh, chữa bệnh của Nhà nước được quỹ bảo hiểm y tế thanh toán chi phí tiền lương, tiền công, phụ cấp, các khoản đóng góp và phụ cấp phẫu thuật, thủ thuật (nếu có) bằng mức tiền lương, tiền công, phụ cấp, các khoản đóng góp và phụ cấp phẫu thuật, thủ thuật thấp nhất theo phương án giá của các dịch vụ kỹ thuật cùng loại phẫu thuật, thủ thuật hoặc cùng chuyên khoa mà đã được cấp có thẩm quyền phê duyệt cho cơ sở khám bệnh, chữa bệnh và trong khoảng thời gian tối đa không quá 12 tháng kể từ thời điểm cơ sở khám bệnh, chữa bệnh được phê duyệt dịch vụ kỹ thuật đó đối với trường hợp dịch vụ kỹ thuật được phê duyệt sau ngày Nghị định này có hiệu lực, tối đa không quá 12 tháng kể từ thời điểm Nghị định này có hiệu lực đối với trường hợp dịch vụ kỹ thuật được phê duyệt trước ngày Nghị định này có hiệu lực;

c) Cơ sở khám bệnh, chữa bệnh tư nhân được quỹ bảo hiểm y tế thanh toán chi phí tiền lương, tiền công bằng mức tiền lương, tiền công, phụ cấp, các khoản đóng góp và phụ cấp phẫu thuật, thủ thuật thấp nhất theo phương án giá của các dịch vụ kỹ thuật cùng loại phẫu thuật, thủ thuật hoặc cùng chuyên khoa mà đã được cấp có thẩm quyền phê duyệt cho cơ sở khám bệnh, chữa bệnh của Nhà nước cùng cấp chuyên môn kỹ thuật trên địa bàn tỉnh cho đến khi có giá của dịch vụ kỹ thuật đó được cấp có thẩm quyền quy định hoặc phê duyệt giá cho cơ sở khám bệnh, chữa bệnh của Nhà nước.

**Điều 48. Mức thanh toán trong trường hợp dịch vụ kỹ thuật đã được cơ sở khám bệnh, chữa bệnh chỉ định và thực hiện nhưng vì nguyên nhân diễn biến bệnh hoặc thể trạng người bệnh nên không thể tiếp tục thực hiện được kỹ thuật đó**

1. Quỹ bảo hiểm y tế thanh toán theo số lượng thực tế các loại thuốc, thiết bị y tế, khí y tế, vật tư, dụng cụ, công cụ, hóa chất 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; đối với chi phí máu, chế phẩm máu thanh toán theo quy định của Bộ trưởng Bộ Y tế;

2. Quỹ bảo hiểm y tế thanh toán 50% chi phí tiền lương, tiền công, phụ cấp, các khoản đóng góp và phụ cấp phẫu thuật, thủ thuật (nếu có) theo phương án giá đã được cấp có thẩm quyền phê duyệt cho cơ sở khám bệnh, chữa bệnh.

3. Đối với cơ sở khám bệnh, chữa bệnh tư nhân, quỹ bảo hiểm y tế thanh toán 50% chi phí tiền lương, tiền công, phụ cấp, các khoản đóng góp và phụ cấp phẫu thuật, thủ thuật (nếu có) theo phương án giá đã được cấp có thẩm quyền phê duyệt theo nguyên tắc quy định tại Điều 46 Nghị định này.

**Điều 49. Thanh toán chi phí ngày giường bệnh**

1. Số giường bệnh của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh là tổng số giường của tất cả các khoa, phòng làm cơ sở thanh toán bảo hiểm y tế được quy định như sau:

a) Căn cứ vào số lượng giường bệnh tại một trong các văn bản: Giấy phép hoạt động khám bệnh, chữa bệnh của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh hoặc hồ sơ đề nghị cấp giấy phép hoạt động được cấp có thẩm quyền thẩm định đạt điều kiện và phê duyệt giấy phép hoạt động hoặc văn bản giao giường bệnh của cấp có thẩm quyền trước ngày 01 tháng 01 năm 2024 hoặc số giường bệnh trong hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế được ký trước ngày 01 tháng 01 năm 2024. Trường hợp từ 01 tháng 01 năm 2024, cơ sở khám bệnh, chữa bệnh đã được phê duyệt giấy phép hoạt động khám bệnh, chữa bệnh mới thì thực hiện theo số lượng giường bệnh kèm theo giấy phép hoạt động mới;

b) Đối với cơ sở khám bệnh, chữa bệnh chưa được phê duyệt giấy phép hoạt động mới trước ngày 01 tháng 01 năm 2024, trường hợp số giường bệnh tại các văn bản quy định tại điểm a khoản này có sự khác nhau thì áp dụng theo số giường được phê duyệt tại văn bản gần nhất so với thời điểm ngày 01 tháng 01 năm 2024 để làm cơ sở tính và thanh toán tiền ngày giường;

c) Việc thanh toán tiền ngày giường căn cứ trên tổng số giường bệnh của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh theo quy định tại các điểm a, b khoản này mà không căn cứ số giường cụ thể của từng khoa, phòng.

2. Cơ sở khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế được thanh toán chi phí ngày giường bệnh trong các trường hợp sau đây:

a) Được cấp có thẩm quyền phê duyệt số lượng giường bệnh theo giấy phép hoạt động khám bệnh, chữa bệnh; đối với trường hợp số lượng giường bệnh được phê duyệt trước ngày 01 tháng 01 năm 2025 thực hiện theo quy định tại khoản 1 Điều này;

b) Trường hợp cơ sở khám bệnh, chữa bệnh tự điều chỉnh quy mô giường bệnh mà không phải điều chỉnh giấy phép hoạt động thì tổng số giường bệnh được điều chỉnh giữa các khoa, phòng, bộ phận chuyên môn của cơ sở không được vượt quá phạm vi tổng số giường bệnh của cả cơ sở được phép tự điều chỉnh theo quy định của pháp luật về khám bệnh, chữa bệnh;

c) Trường hợp nhu cầu khám bệnh, chữa bệnh của người dân tăng cao tại một thời điểm nhất định, cơ sở khám bệnh, chữa bệnh được kê thêm giường bệnh, băng ca, giường gấp. Số tiền thanh toán cho 01 giường bệnh, băng ca, giường gấp kê thêm vượt quá số lượng giường bệnh quy định tại điểm a, b khoản này bằng 50% giá tiền giường của chuyên khoa tương ứng; tổng số giường bệnh, băng ca, giường gấp được thanh toán tối đa không quá 50% tổng số giường bệnh được phê duyệt của khoa, phòng, bộ phận chuyên môn và không quá 02 quý trong 01 năm;

d) 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 quan bảo hiểm xã hội thanh toán cho cơ sở khám bệnh, chữa bệnh theo mức giá và số lượng giường thực tế;

3. Cơ sở khám bệnh chữa bệnh có trách nhiệm sau đây:

a) Thông báo cho cơ quan bảo hiểm xã hội nơi ký hợp đồng về việc thay đổi cơ cấu, quy mô giường bệnh thuộc trường hợp không phải điều chỉnh giấy phép hoạt động trước khi thực hiện để làm căn cứ giám định, thanh toán. Cơ sở khám bệnh, chữa bệnh và cơ quan bảo hiểm xã hội thống nhất về hình thức thông báo vào thời gian phản hồi để thực hiện;

b) Cơ sở khám bệnh, chữa bệnh có thể phân luồng người bệnh về các khoa chuyên môn phù hợp, có thể sử dụng giường băng ca, giường gấp để kịp thời khám và điều trị bệnh nhân;

c) 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 theo quy định của pháp luật về khám bệnh, chữa bệnh.

**Điều 50. 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**

1. Trường hợp các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh tư nhân không tổ chức lựa chọn nhà thầu đối với mua thuốc, hóa chất, vật tư xét nghiệm, thiết bị y tế thì cơ sở khám bệnh, chữa bệnh đó được quỹ bảo hiểm y tế thanh toán theo giá mua vào nhưng không cao hơn 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 của các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh công lập cùng cấp chuyên môn kỹ thuật tương ứng trên cùng địa bàn với cơ sở khám bệnh, chữa bệnh đó như sau:

a) Cùng cấp ban đầu trên cùng địa bàn;

b) Cùng cấp cơ bản và đạt số điểm dưới 50 điểm hoặc tạm xếp cấp cơ bản;

c) Cùng cấp cơ bản và đạt số điểm từ 50 điểm đến dưới 70 điểm;

d) Cùng cấp chuyên sâu.

2. Trường hợp không có đơn giá quy định tại khoản 1 Điều này, việc xác định đơn giá để làm căn cứ thanh toán 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.

3. Trường hợp không có đơn giá quy định tại khoản 2 Điều này, việc xác định đơn giá để làm căn cứ thanh toán 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 nguyên tắc sau như sau:

a) Cơ sở khám bệnh, chữa bệnh cấp ban đầu được thanh toán theo đơn giá của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh cấp cơ bản. Trường hợp không có đơn giá cấp cơ bản, được thanh toán theo đơn giá cấp chuyên sâu trên địa bàn;

b) Cơ sở khám bệnh, chữa bệnh cấp cơ bản được thanh toán theo đơn giá của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh cơ bản khác trên địa bàn. Trường hợp không có đơn giá cấp cơ bản, được thanh toán theo đơn giá cấp chuyên sâu trên địa bàn;

c) Cơ sở khám bệnh, chữa bệnh cấp chuyên sâu được thanh toán theo đơn giá của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh cấp ban đầu hoặc cơ sở khám bệnh, chữa bệnh cấp cơ bản trên địa bàn.

4. Trường hợp không có đơn giá quy định tại khoản 3 Điều này, quỹ bảo hiểm y tế thanh toán theo giá mua vào nhưng không cao hơn đơn giá trúng thầu của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh công lập cùng cấp chuyên môn kỹ thuật trên địa bàn giáp ranh theo nguyên tắc quy định tại khoản 1, 2 và 3 Điều này.

5. Trường hợp không có đơn giá quy định tại khoản 4 Điều này, quỹ bảo hiểm y tế thanh toán theo giá mua vào nhưng không cao hơn đơn giá trúng thầu của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh của Nhà nước trên địa bàn tỉnh khác trên toàn quốc theo nguyên tắc quy định tại các khoản 1, 2 và 3 Điều này.

**Điều 51. Thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh đối với một số trường hợp**

1. Thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh đối với trẻ em dưới 6 tuổi, người đã hiến bộ phận cơ thể người mà chưa có thẻ bảo hiểm y tế:

a) Cơ sở khám bệnh, chữa bệnh sử dụng chức năng tra cứu thông tin mã thẻ bảo hiểm y tế tạm thời trên cổng tiếp nhận dữ liệu của cơ quan bảo hiểm xã hội để lấy thông tin mã thẻ bảo hiểm y tế tạm thời, 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. Trường hợp người bệnh chưa được cấp mã thẻ tạm thì cơ sở khám bệnh, chữa bệnh nhập đầy đủ thông tin trên cổng tiếp nhận dữ liệu của cơ quan bảo hiểm xã hội để cổng cấp tự động mã thẻ tạm;

b) Cơ quan bảo hiểm xã hội có trách nhiệm kiểm tra thông tin mã thẻ bảo hiểm y tế tạm thời; thực hiện thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh theo quy định.

2. 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 người bệnh đi. Trường hợp chi phí thuốc, thiết bị y tế chưa được tổng hợp vào chi phí điều trị, quỹ bảo hiểm y tế thanh toán theo quy định của Bộ trưởng Bộ Y tế.

3. 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, quỹ bảo hiểm y tế thanh toán chi phí thuốc trong phạm vi được hưởng và mức hưởng theo quy định của Bộ trưởng Bộ Y tế. 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.

4. Trường hợp người có thẻ bảo hiểm y tế đang điều trị nội trú hoặc đang điều trị ban ngày 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. Trường hợp người bệnh có thẻ bảo hiểm y tế đang điều trị ngoại trú tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh và thẻ bảo hiểm y tế còn hạn sử dụng thì được quỹ bảo hiểm y tế thanh toán chi phí thuốc, thiết bị y tế được kê đơn trong phạm vi được hưởng và mức hưởng nhưng tối đa không vượt quá 30 ngày kể từ ngày thẻ bảo hiểm y tế hết hạn sử dụng.

5. 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.

6. 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 của Chính phủ quy định chi tiết một số điều của Luật Khám bệnh, chữa bệnh và được quỹ bảo hiểm y tế thanh toán trong phạm vi được hưởng và mức hưởng của người tham gia bảo hiểm y tế.

7. Đối với các dịch vụ kỹ thuật chẩn đoán hình ảnh thực hiện trên hệ thống lưu trữ và truyền tải hình ảnh (PACS), quỹ bảo hiểm y tế thanh toán dịch vụ kỹ thuật như sau:

a) Thanh toán theo giá thanh toán bảo hiểm y tế được cấp có thẩm quyền phê duyệt đối dịch vụ kỹ thuật chẩn đoán hình ảnh thực hiện trên hệ thống PACS đáp ứng tiêu chuẩn theo quy định của Bộ trưởng Bộ Y tế;

b) Trong thời gian chờ cấp có thẩm quyền phê duyệt giá dịch vụ kỹ thuật, cơ sở khám bệnh, chữa bệnh đã triển dịch vụ kỹ thuật chẩn đoán hình ảnh trên hệ thống PACS được thanh toán bằng giá thanh toán bảo hiểm y tế của các dịch vụ chẩn đoán hình ảnh tương ứng có in phim đã được cấp có thẩm quyền phê duyệt trừ 50% chi phí phim và túi đựng phim.

**Điều 52. 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. Trường hợp trạm y tế xã, phường được cấp có thẩm quyền xác định là đơn vị dự toán thì được sử dụng nguồn thu từ quỹ bảo hiểm y tế theo cơ chế tự chủ tài chính.

3. Trường hợp trạm y tế xã phường không phải là đơn vị dự toán: Ngân sách nhà nước bảo đảm chi trả tiền lương, quỹ tiền thưởng, phụ cấp, các khoản đóng góp theo lương cho nhân viên y tế tại trạm y tế xã theo quy định của pháp luật. Chi phí tiền lương, tiền công, các khoản đóng góp theo lương, phụ cấp, 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.

**Điều 53. Từ chối thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế**

1. Từ chối thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh là việc cơ quan bảo hiểm xã hội từ chối thanh toán đối với các chi phí trong quá trình giám định được cơ quan bảo hiểm xã hội xác định không đủ điều kiện thanh toán theo quy định.
2. Sau khi nhận hồ sơ và số liệu khám bệnh, chữa bệnh của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh đề nghị giám định, quyết toán nếu phát hiện các khoản chi phí không hợp lý, hợp lệ, giám định viên yêu cầu cơ sở khám bệnh, chữa bệnh giải trình bằng văn bản, trong thời hạn không quá 05 (năm) ngày làm việc nếu cơ sở khám bệnh, chữa bệnh không giải trình được thì giám định viên có quyền quyết định việc từ chối thanh toán.

3. Việc từ chối thanh toán phải có căn cứ pháp lý và được ghi rõ lý do trong biên bản giám định, quyết toán; không thực hiện từ chối thanh toán, giảm trừ các khoản chi phí khám bệnh, chữa bệnh sau khi đã ký biên bản giám định, quyết toán.

4. Cơ sở khám bệnh, chữa bệnh có quyền kiến nghị cơ quan có thẩm quyền quản lý xem xét, giải quyết theo quy định tại Điều 34 Nghị định này.

**Điều 54. Thu hồi chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế**

1. Việc thu hồi chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế được thực hiện đối với các chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế đã thanh toán nhưng không đúng quy định được phát hiện qua công tác thanh tra, kiểm tra, kiểm toán, giải quyết vướng mắc, xử lý vi phạm pháp luật của cơ quan có thẩm quyền.

2. Căn cứ vào kết luận, kết quả xử lý của cấp có thẩm quyền theo quy định tại khoản 1 Điều này, Giám đốc cơ quan bảo hiểm xã hội ban hành quyết định thu hồi chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế thuộc thẩm quyền. Quyết định thu hồi phải nêu rõ căn cứ pháp lý thu hồi, nội dung vi phạm, số tiền bị thu hồi, thời hạn thực hiện thu hồi, trách nhiệm của tổ chức, cá nhân liên quan tới chi phí bị thu hồi.

3. Trường hợp chi phí thu hồi ảnh hưởng tới hoạt động của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh, cơ quan bảo hiểm xã hội phải thống nhất với cơ sở y tế, cơ quan quản lý nhà nước về y tế quản lý cơ sở khám bệnh, chữa bệnh để thống nhất phương án thu hồi, nguồn kinh phí để thực hiện nghĩa vụ thu hồi.

4. Phần kinh phí thu hồi được hạch toán vào năm thực hiện thu hồi.

5. Cơ sở khám bệnh, chữa bệnh có quyền kiến nghị cơ quan có thẩm quyền quản lý xem xét, giải quyết theo quy định tại Điều 34 Nghị định này.

**Điều 55. Trách nhiệm của các bên liên quan trong việc từ chối thanh toán, thu hồi chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế**

1. Cơ quan, tổ chức, cá nhân bị từ chối thanh toán, đề nghị thu hồi chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế có trách nhiệm thực hiện theo quyết định của cơ quan bảo hiểm xã hội hoặc theo kết quả giải quyết cuối cùng của cơ quan có thẩm quyền theo quy định tại Điều 34 Nghị định này.

2. Khi giải quyết việc từ chối thanh toán, thu hồi chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế, cơ quan giải quyết phải xác định rõ trách nhiệm và việc xử lý hoặc kiến nghị xử lý trách nhiệm của cơ quan, tổ chức, cá nhân có liên quan.

3. Trường hợp việc từ chối thanh toán, thu hồi không đúng quy định của pháp luật thì phải có trách nhiệm hoàn trả cho cơ sở khám bệnh, chữa bệnh. Trường hợp gây thiệt hại thì phải bồi thường theo quy định của pháp luật.

**Chương IX**

**THANH TOÁN TRỰC TIẾP CHI PHÍ KHÁM BỆNH, CHỮA BỆNH GIỮA CƠ QUAN BẢO HIỂM XÃ HỘI VÀ NGƯỜI THAM GIA BẢO HIỂM Y TẾ**

**Điều 56. 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 trong các trường hợp sau đây:

1. Người bệnh có số tiền cùng chi trả lũy kế trong năm tài chính tại các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh khác nhau lớn hơn 06 tháng lương cơ sở theo quy định tại điểm c khoản 2 Điều 16 Nghị định này. Người bệnh được thanh toán toàn bộ phần chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế đồng chi trả vượt 06 tháng lương cơ sở.

2. Khi kết thúc đợt khám bệnh hoặc đợt điều trị nội trú hoặc kết thúc đợt điều trị ngoại trú mà hệ thống dữ liệu quản lý thẻ bảo hiểm y tế bị lỗi không trích xuất được thông tin thẻ bảo hiểm y tế theo quy định tại khoản 2 Điều 37 Nghị định này.

3. Người bệnh trong tình trạng cấp cứu, mất ý thức hoặc tử vong nhưng chưa xuất trình được thẻ bảo hiểm y tế hoặc người tham gia bảo hiểm y tế thuộc thẩm quyền quản lý của Bộ Quốc phòng, Bộ Công an bị mất thẻ nhưng chưa được cấp lại.

4. Người tham gia bảo hiểm y tế 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 quy định tại khoản 1 Điều 51 Nghị định này. Người bệnh được thanh toán toàn bộ phần chi phí khám bệnh, chữa bệnh trong phạm vi được hưởng và mức hưởng kể từ ngày được xác định thuộc đối tượng do ngân sách nhà nước đóng nhưng chưa được thanh toán do chưa được cấp thẻ bảo hiểm y tế.

5. Người bệnh vào cấp cứu tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh không có hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế. Người bệnh được thanh toán toàn bộ phần chi phí khám bệnh, chữa bệnh trong phạm vi được hưởng và mức hưởng chưa được thanh toán theo quy định của pháp luật về bảo hiểm y tế.

6. Trường hợp khám bệnh, chữa 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.

7. Trường hợp người bệnh tự mua thuốc, thiết bị y tế theo quy định tại Điều 60 và 61 Nghị định này. Đối với đối tượng theo quy định tại các điểm a, b, c và đ khoản 3 Điều 12 Luật Bảo hiểm y tế, việc thanh toán chi phí thuốc, thiết bị y tế thực hiện theo quy định tại Nghị định số 70/2015/NĐ-CP quy định chi tiết và hướng dẫn thi hành một số điều của Luật Bảo hiểm y tế đối với quân đội nhân dân, công an nhân dân và người làm công tác cơ yếu được sửa đổi, bổ sung bởi Nghị định số 74/2025/NĐ-CP ngày 31 tháng 3 năm 2025 của Chính phủ.

**Điều 57. Hồ sơ đề nghị thanh toán trực tiếp**

1. Văn bản đề nghị thanh toán trực tiếp theo Mẫu số 11 Phụ lục ban hành kèm theo Nghị định này.

2. Các giấy tờ là bản chụp gồm:

a) Thẻ bảo hiểm y tế hoặc mã số bảo hiểm y tế đối với trường hợp có thông tin về thẻ bảo hiểm y tế điện tử, giấy chứng minh nhân thân theo quy định tại điểm b khoản 1 Điều 36 Nghị định này. Trường hợp quy định tại khoản 6 Điều 56 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 bảng kê chi phí.

4. Trường hợp quy định tại khoản 7 Điều 56 Nghị định này, hồ sơ đề nghị thanh toán trực tiếp ngoài các quy định tại khoản 2 và 3 Điều này còn bao gồm các hồ sơ như sau:

a) Phiếu chỉ định thiết bị y tế cho người bệnh trong trường hợp chỉ định thiết bị y tế;

b) Phiếu xác nhận tình trạng thiếu thuốc, thiết bị y tế theo quy định tại Mẫu số 12 Phụ lục ban hành kèm theo Nghị định này do cơ sở khám bệnh, chữa bệnh cấp cho người bệnh.

**Điều 58. Quy trình, thủ tục thanh toán trực tiếp**

1. Người bệnh hoặc thân nhân của người bệnh theo quy định của pháp luật về khám bệnh, chữa bệnh kê khai đầy đủ thông tin theo văn bản đề nghị thanh toán trực tiếp tại phụ lục ban hành kèm theo Nghị định này trên Cổng dịch vụ công quốc gia hoặc qua ứng dụng của cơ quan bảo hiểm xã hội, hoặc nộp trực tiếp tại bộ phận một cửa hoặc gửi qua dịch vụ bưu chính đến bảo hiểm xã hội trên địa bàn nơi người bệnh cư trú hoặc cơ quan bảo hiểm xã hội nơi cấp thẻ hoặc cơ quan bảo hiểm xã hội nơi ký hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế với cơ sở khám bệnh, chữa bệnh nơi bệnh nhân điều trị.

2. Người bệnh hoặc thân nhân của người bệnh theo quy định của pháp luật về khám bệnh, chữa bệnh tích chọn nhận chi phí thanh toán trực tiếp tại bộ phận một cửa của cơ quan bảo hiểm xã hội hoặc qua số tài khoản cá nhân được kê khai Mẫu số 11 Phụ lục ban hành kèm theo Nghị định này, đồng thời cung cấp hồ sơ theo quy định tại khoản 2 và 3 Điều 57 hoặc khoản 4 Điều 57 Nghị định này.

3. Cổng dịch vụ công quốc gia hoặc qua ứng dụng của cơ quan bảo hiểm xã hội trả tự động Giấy tiếp nhận hồ sơ và hẹn trả kết quả thanh toán trực tiếp cho người bệnh hoặc thân nhân của người bệnh theo quy định của pháp luật về khám bệnh, chữa bệnh hoặc cán bộ tiếp nhận hồ sơ tại bộ phận một cửa của cơ quan bảo hiểm xã hội trực tiếp kiểm tra hồ sơ và cấp Giấy tiếp nhận hồ sơ và hẹn trả kết quả thanh toán trực tiếp cho người bệnh hoặc thân nhân của người bệnh theo quy định của pháp luật về khám bệnh, chữa bệnh;

4. Trường hợp không có yêu cầu sửa đổi, bổ sung hồ sơ, trong thời hạn 25 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 hoặc giấy tiếp nhận hồ sơ) cơ quan bảo hiểm xã hội phải hoàn thành việc giám định bảo hiểm y tế và thanh toán chi phí cho người bệnh. Chi phí thanh toán trực tiếp bằng tiền mặt hoặc chuyển khoản theo số tài khoản của người bệnh được cung cấp tại văn bản đề nghị thanh toán trực tiếp.

5. 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 hoặc giấy tiếp nhận hồ sơ), cơ quan bảo hiểm xã hội phải có văn bản ghi cụ thể nội dung cần sửa đổi, bổ sung gửi người bệnh hoặc thân nhân của người bệnh theo quy định của pháp luật về khám bệnh, chữa bệnh;

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

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

**Điều 59. 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, trừ trường hợp 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 và không có hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế (trừ trường hợp cấp cứu), mức thanh toán như sau:

a) Trường hợp khám bệnh, chữa bệnh ngoại trú, thanh toán theo chi phí thực tế trong phạm vi được hưởng và mức hưởng bảo hiểm y tế theo quy định nhưng tối đa không quá 0,15 lần mức lương cơ sở tại thời điểm khám bệnh, chữa bệnh;

b) Trường hợp khám bệnh, chữa bệnh nội trú, thanh toán theo chi phí thực tế trong phạm vi được hưởng và mức hưởng bảo hiểm y tế theo quy định nhưng tối đa không quá 0,5 lần mức lương cơ sở tại thời điểm ra viện.

2. Trường hợp người bệnh đến khám bệnh, chữa bệnh nội trú tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh cấp cơ bản mà trước ngày 01 tháng 01 năm 2025 đã được cơ quan có thẩm quyền xác định là tuyến tỉnh hoặc cơ sở khám bệnh, chữa bệnh cấp cơ bản đạt số điểm từ 50 điểm đến dưới 70 điểm không có hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế (trừ trường hợp cấp cứu), thanh toán theo chi phí thực tế trong phạm vi được hưởng và mức hưởng bảo hiểm y tế theo quy định nhưng tối đa không quá 1,0 lần mức lương cơ sở tại thời điểm ra viện.

3. Trường hợp người bệnh đến khám bệnh, chữa bệnh nội trú tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh cấp chuyên sâu không có hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế (trừ trường hợp cấp cứu), thanh toán theo chi phí thực tế trong phạm vi được hưởng và mức hưởng bảo hiểm y tế theo quy định nhưng tối đa không quá 2,5 lần mức lương cơ sở tại thời điểm ra viện.

4. Trường hợp người bệnh đi khám bệnh, chữa bệnh 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 mức cụ thể như sau:

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

b) Trường hợp khám bệnh, chữa bệnh nội trú, không quá 0,5 lần mức lương cơ sở đối với giai đoạn khám bệnh, chữa bệnh nội trú mà chưa thực hiện đúng quy định tại khoản 1 Điều 28 của Luật Bảo hiểm y tế.

**Điều 60.** **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 theo quy định của Bộ trưởng Bộ Y tế.

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 61. 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 đáp ứng toàn bộ điều kiện theo quy định sau đây:

1. Tại thời điểm người bệnh được kê đơn, chỉ định, cơ sở khám bệnh, chữa bệnh không có sẵn thuốc, thiết bị y tế theo quy định tại điểm b khoản 2 Điều 42 Nghị định này và thuộc trường hợp quy định sau đây:

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

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

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

c) Cơ sở khám bệnh, chữa bệnh nơi người bệnh đang khám và điều trị là cơ sở khám bệnh, chữa bệnh cấp chuyên sâu hoặc cấp chuyên môn kỹ thuật cao nhất trên địa bàn tỉnh, thành phố trực thuộc trung ương.

3. Không thể điều chuyển thuốc, thiết bị y tế giữa các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh.

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

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

6. Cơ sở khám bệnh, chữa bệnh có trách nhiệm cung cấp phiếu xác nhận tình trạng thiếu thuốc, thiết bị y tế theo Mẫu số 12 Phụ lục ban hành kèm theo Nghị định này cho người bệnh để làm cơ sở thanh toán.

**Điều 62. 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;

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 tại thời điểm thanh toán 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 của các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh công lập cùng cấp chuyên môn kỹ thuật trên địa bàn. Trường hợp không có kết quả lựa chọn nhà thầu của các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh công lập cùng cấp chuyên môn kỹ thuật trên địa bàn, căn cứ vào kết quả lựa chọn nhà thầu thấp nhất của các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh công lập khác 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 cùng cấp chuyên môn kỹ thuật trên toàn quốc. Trường hợp không có kết quả lựa chọn nhà thầu của các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh công lập cùng cấp chuyên môn kỹ thuật trên toàn quốc, căn cứ vào kết quả lựa chọn nhà thầu thấp nhất của các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh công lập khác trên toàn quốc.

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.

**CHƯƠNG X**

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

**Điều 63. 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% số tiền đóng bảo hiểm y tế dành cho khám bệnh, chữa bệnh (sau đây gọi là quỹ khám bệnh, chữa bệnh) được sử dụng cho các nội dung sau đây:

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 66 Nghị định này.

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

a) Chi tổ chức và hoạt động bảo hiểm y tế tối đa bằng 4% số tiền đóng bảo hiểm y tế. Sau khi Thủ tướng Chính phủ phê chuẩn quyết toán năm chi tổ chức và hoạt động bảo hiểm xã hội, bảo hiểm thất nghiệp, bảo hiểm y tế, Bảo hiểm xã hội Việt Nam có trách nhiệm bổ sung số kinh phí không sử dụng hết vào quỹ dự phòng để điều tiết chung;

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

3. Đối với nguồn tài trợ, viện trợ của các tổ chức, cá nhân trong nước và nước ngoài quy định tại khoản 3 Điều 33 của Luật Bảo hiểm y tế, việc quản lý, sử dụng được thực hiện như sau:

a) Nguồn tài trợ, viện trợ của các tổ chức, cá nhân trong nước và nước ngoài có thể bằng kinh phí hoặc hiện vật và được thực hiện theo dõi, hạch toán riêng so với kinh phí quy định tại các khoản 1, 2 Điều này;

b) Nguồn kinh phí quy định tại điểm a khoản này được sử dụng để hỗ trợ chi phí đồng chi trả bảo hiểm y tế, phần chi phí khám bệnh, chữa bệnh thuộc phạm vi hoặc ngoài phạm vi được hưởng của người tham gia bảo hiểm y tế đối với các trường hợp người nghèo, cận nghèo, người mắc bệnh có chi phí điều trị lớn; hỗ trợ mua thẻ bảo hiểm y tế cho một số nhóm đối tượng và các trường hợp cần thiết khác; điều tiết bổ sung quỹ dự phòng khi cần thiết;

c) Việc quản lý, sử dụng các khoản tài trợ, viện trợ này đảm bảo công khai, minh bạch, khách quan, đúng đối tượng, mức hỗ trợ;

d) Bộ trưởng Bộ Y tế hướng dẫn thực hiện các điểm a, b và c khoản này; việc hỗ trợ thuốc, thiết bị y tế một phần hoặc toàn bộ cho người bệnh được thực hiện thông qua quỹ bảo hiểm y tế để sử dụng cho người bệnh được chỉ định theo yêu cầu chuyên môn.

4. Đối với nguồn thu hợp pháp khác theo quy định tại khoản 4 Điều 33 của Luật Bảo hiểm y tế, việc quản lý, sử dụng được thực hiện như sau:

a) Nguồn kinh phí từ phần kinh phí thu hồi theo quy định tại Điều 54 Nghị định này; phần kinh phí mà nhà cung cấp thuốc, thiết bị y tế trả lại khi vượt tổng hạn mức thỏa thuận giữa nhà cung cấp và cơ quan có thẩm quyền quản lý về bảo hiểm y tế theo quy định tại khoản 3 Điều 38 Nghị định này; nguồn kinh phí hỗ trợ từ các quỹ tài chính ngoài ngân sách, các chương trình mục tiêu y tế, dân số; nguồn thu hợp pháp khác (nếu có) được cấp có thẩm quyền cho phép thì được thực hiện theo dõi, hạch toán riêng so với kinh phí quy định tại các khoản 1, 2 Điều này;

b) Nguồn kinh phí quy định tại điểm a khoản này được sử dụng để hỗ trợ chi phí đồng chi trả bảo hiểm y tế, phần chi phí khám bệnh, chữa bệnh ngoài phạm vi được hưởng của người tham gia bảo hiểm y tế thuộc các trường hợp người nghèo, cận nghèo, người mắc bệnh có chi phí điều trị lớn; hỗ trợ mua thẻ bảo hiểm y tế cho một số nhóm đối tượng và các trường hợp cần thiết khác; điều tiết bổ sung quỹ dự phòng khi cần thiết;

c) Bộ trưởng Bộ Y tế hướng dẫn thực hiện các điểm a, b khoản này.

**Điều 64. Chi tổ chức và hoạt động bảo hiểm y tế**

1. Chi tổ chức và hoạt động bảo hiểm y tế được sử dụng để thực hiện các nội dung sau đây:

a) Các nội dung chi tổ chức và hoạt động bảo hiểm y tế theo quy định của Chính phủ về cơ chế quản lý tài chính bảo hiểm xã hội, bảo hiểm thất nghiệp, bảo hiểm y tế và chi tổ chức và hoạt động bảo hiểm xã hội, bảo hiểm thất nghiệp, bảo hiểm y tế;

b) 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, vướng mắc thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế;

c) Chi cho hoạt động ứng dụng công nghệ thông tin, chuyển đổi số trong quản lý, giám định khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế.

2. Mức chi tổ chức và hoạt động bảo hiểm y tế tối đa bằng 4% số tiền đóng bảo hiểm y tế. Định kỳ 03 năm, Thủ tướng quyết định về mức chi tổ chức và hoạt động bảo hiểm y tế cụ thể của từng năm trong giai đoạn đó.

3. Việc lập dự toán thu, chi quỹ bảo hiểm y tế và quyết toán chi tổ chức và hoạt động bảo hiểm y tế thực hiện theo quy định của Chính phủ về cơ chế quản lý tài chính bảo hiểm xã hội, bảo hiểm thất nghiệp, bảo hiểm y tế và chi tổ chức và hoạt động bảo hiểm xã hội, bảo hiểm thất nghiệp, bảo hiểm y tế.

4. Kiểm toán nhà nước thực hiện kiểm toán hằng năm đối với báo cáo quyết toán chi tổ chức và hoạt động bảo hiểm y tế.

**Điều 65. Mức chi cho khám bệnh, chữa bệnh trong công tác chăm sóc sức khỏe ban đầu**

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

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

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

Trong đó:

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

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

2. Số tiền trích để lại cho cơ quan, tổ chức, doanh nghiệp có đủ điều kiện theo quy định tại khoản 1 Điều 66 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, thiết bị 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 cấp tỉnh giao mua tủ thuốc, thuốc, vật tư y tế; tổng hợp số tiền đã trích chuyển vào quyết toán quỹ khám bệnh, chữa bệnh.

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

**Điều 66. 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 28 Nghị định này) được cấp kinh phí từ quỹ bảo hiểm y tế để thực hiện khám bệnh, chữa bệnh trong chăm sóc sức khỏe ban đầu khi có đủ các điều kiện sau đây:

a) Có ít nhất một người có đủ điều kiện làm việc chuyên trách hoặc kiêm nhiệm trong công tác chăm sóc sức khỏe ban đầu theo quy định tại Điều 19 của 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, thiết bị y tế, vật tư, dụng cụ, công cụ, hóa chất 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 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 tài liệu phục vụ hoạt động phòng ngừa dịch bệnh, vệ sinh phòng bệnh và hoạt động khám bệnh, chữa bệnh trong công tác chăm sóc sức khỏe ban đầu.

3. Thanh toán, quyết toán kinh phí:

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

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

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

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

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

**Điều 67. 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 63 Nghị định này;

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

c) Tiền lãi chậm đóng, trốn đóng bảo hiểm y tế;

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

đ) Phần kinh phí được điều tiết từ nguồn tài trợ, viện trợ của các tổ chức, cá nhân trong nước và ngoài nước và các khoản thu hợp pháp khác theo quy định tại các khoản 3, 4 Điều 63 Nghị định này.

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 63 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) Tạm ứng chi phí đã được giám định, quyết toán năm trước nhưng chưa được chi trả trong thời gian trình hội đồng quản lý phê duyệt quyết toán;

c) 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 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 68. Lập dự toán và quyết toán thu, chi quỹ bảo hiểm y tế**

1. Hằng năm, Bảo hiểm xã hội Việt Nam lập dự toán thu, chi quỹ bảo hiểm y tế; chi tổ chức và hoạt động bảo hiểm y tế và đầu tư từ số tiền tạm thời nhàn rỗi của quỹ bảo hiểm y tế, trình Hội đồng quản lý bảo hiểm xã hội thông qua và gửi về Bộ Tài chính để chủ trì, phối hợp với Bộ Y tế xem xét, tổng hợp trình Thủ tướng Chính phủ giao dự toán thu, chi quỹ bảo hiểm y tế.

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 Quân đội, Bảo hiểm xã hội Công an nhân dân) trình Hội đồng quản lý bảo hiểm xã hội thông qua. Sau khi Hội đồng quản lý bảo hiểm xã hội thông qua, Bảo hiểm xã hội Việt Nam tổng hợp, báo cáo 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 để 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 trước ngày 31 tháng 12 hằng năm;

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 trong phạm vi 92% số thu cho Bảo hiểm xã hội tỉnh, thành phố trực thuộc Trung ương, Bảo hiểm xã hội Quân đội, Bảo hiểm xã hội Công an nhân dân;

 c) Trên cơ sở đề nghị của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh và dự toán được Thủ tướng Chính phủ giao, Bảo hiểm xã hội 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 ươngtrước ngày 15 tháng 10 hằng năm để tổng hợp, điều chỉnh trong phạm vi dự toán được giao của Bảo hiểm xã hội tỉnh, thành phố trực thuộc Trung ương;

d) Trường hợp tổng số dự kiến chi khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế của các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh, số ước thực hiện chi khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế của Bảo hiểm xã hội Quân đội, Bảo hiểm xã hội Công an nhân dân trong năm tăng hoặc giảm so với dự toán được Bảo hiểm xã hội giao, Bảo hiểm xã hội tỉnh, thành phố trực thuộc Trung ương, Bảo hiểm xã hội Quân đội, 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 Quân đội, 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 tỉnh, thành phố trực thuộc Trung ương, Bảo hiểm xã hội Quân đội, Bảo hiểm xã hội Công an nhân dân trong phạm vi 92% số thu và quỹ dự phòng được giao trong năm trước ngày 15 tháng 11 hằng năm để làm cơ sở điều chỉnh số dự kiến chi khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh.

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

a) Bảo hiểm xã hội tỉnh, thành phố trực thuộc Trung ương chủ trì, phối hợp với Sở Y tế, cơ sở khám bệnh, chữa bệnh rà soát xác định chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế vượt số dự kiến chi được thanh toán và bổ sung kinh phí cho cơ sở khám bệnh, chữa bệnh theo nguyên tắc các chi phí khám bệnh, chữa bệnh đã được cơ quan bảo hiểm xã hội giám định, xác định đủ điều kiện thanh toán, không có dấu hiệu lạm dụng, trục lợi thì được thanh toán bổ sung.

 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 Quân đội, Bảo hiểm xã hội Công an nhân dân tổng hợp, gửi Bảo hiểm xã hội Việt Nam xem xét, bổ sung kinh phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế.

4. Trường hợp tổng số chi khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế thực tế trong năm vượt dự toán được Thủ tướng Chính phủ giao:

a) Bảo hiểm xã hội Việt Nam tổng hợp báo cáo Hội đồng quản lý Bảo hiểm xã hội trước khi gửi Bộ Tài chính;

b) 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;

c) 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 Quân đội, Bảo hiểm xã hội Công an nhân dân, các cơ quan thực hiện theo quy định tại khoản 3 Điều 67 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 69. Các trường hợp không bị coi là trốn đóng bảo hiểm y tế**

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.

**Điều 70. Xác định số tiền phải nộp và hoàn trả chi phí cho người bệnh trong trường hợp chậm đóng, trốn đóng bảo hiểm y tế**

1. Số tiền phải nộp đối với hành vi chậm đóng, trốn đóng bảo hiểm y tế được xác định như sau:

***Cđt = Pst x n x 0,03%***

Trong đó:

- Cđt: Số tiền phải đóng trên số ngày chậm đóng, trốn đóng cho tháng t (t=1,2,3,...12)

- Pst: Số tiền phải đóng phát sinh của tháng t

- n: Số ngày chậm đóng, trốn 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 người bệnh đã thanh toán cho cơ sở khám bệnh chữa bệnh;

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 56 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.

**Chương XI**

**ỨNG DỤNG CÔNG NGHỆ THÔNG TIN, CHUYỂN ĐỔI SỐ**

**TRONG THỰC HIỆN BẢO HIỂM Y TẾ**

**Điều 71. Nguyên tắc ứng dụng công nghệ thông tin, chuyển đổi số trong thực hiện bảo hiểm y tế**

1. Tuân thủ các quy định của pháp luật về ứng dụng công nghệ thông tin; quy định của pháp luật về khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế; pháp luật về bảo vệ bí mật nhà nước và bí mật có liên quan; quy định của pháp luật về giao dịch điện tử, lưu trữ và an toàn thông tin.

2. Tuân thủ các tiêu chuẩn, quy chuẩn kỹ thuật, bảo đảm sự tương thích, thông suốt và an toàn, tạo thuận lợi trong thực hiện giao dịch điện tử giữa cơ sở khám bệnh, chữa bệnh với cơ quan bảo hiểm xã hội.

3. Bảo đảm tính bảo mật, tính riêng tư đối với dữ liệu và thông tin khám bệnh, chữa bệnh của người tham gia bảo hiểm y tế.

4. Bảo đảm hạ tầng kỹ thuật, đường truyền, phần mềm, nhân lực đáp ứng yêu cầu về ứng dụng công nghệ thông tin, chuyển đổi số trong thực hiện bảo hiểm y tế.

5. Bảo đảm khả năng kết nối liên thông, chia sẻ dữ liệu về bảo hiểm y tế với các hệ thống công nghệ thông tin khác.

**Điều 72. Nội dung ứng dụng công nghệ thông tin, chuyển đổi số trong thực hiện bảo hiểm y tế**

Ứng dụng công nghệ thông tin, chuyển đổi số trong thực hiện bảo hiểm y tế gồm các nội dung sau:

1. Ứng dụng công nghệ thông tin phục vụ công tác quản lý nhà nước về bảo hiểm y tế ở cấp Trung ương và cấp địa phương.

2. Ứng dụng công nghệ thông tin để số hoá thông tin người tham gia bảo hiểm y tế.

3. Ứng dụng công nghệ thông tin để xây dựng và thiết lập các phương thức thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế.

4. Ứng dụng công nghệ thông tin phục vụ công tác khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế ở cơ sở khám bệnh, chữa bệnh.

5. Ứng dụng công nghệ thông tin phục vụ công tác tạm ứng, giám định, thanh quyết toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế của cơ quan bảo hiểm xã hội.

6. Ứng dụng công nghệ thông tin phục vụ công tác quản lý, phân bổ quỹ bảo hiểm y tế, thu, chi bảo hiểm y tế.

7. Ứng dụng công nghệ thông tin trong thực hiện bảo hiểm y tế để phục vụ các nhiệm vụ khác do Chính phủ chỉ đạo.

**Điều 73. Kinh phí cho ứng dụng công nghệ thông tin, chuyển đổi số trong thực hiện bảo hiểm y tế**

1. Kinh phí cho ứng dụng công nghệ thông tin, chuyển đổi số trong thực hiện bảo hiểm y tế được lấy từ nguồn thu bảo hiểm y tế, nguồn ngân sách nhà nước và các nguồn kinh phí hợp pháp khác.

2. Sử dụng kinh phí cho ứng dụng công nghệ thông tin, chuyển đổi số trong thực hiện bảo hiểm y tế thực hiện theo quy định của pháp luật về công nghệ thông tin, quy định của pháp luật về bảo hiểm y tế và các quy định pháp luật có liên quan khác.

**Điều 74. Trách nhiệm của các cơ quan, đơn vị về ứng dụng công nghệ thông tin, chuyển đổi số trong thực hiện bảo hiểm y tế**

1. Trách nhiệm của Bộ Y tế

a) Xây dựng, ban hành các tiêu chuẩn, định dạng dữ liệu phục vụ kết nối, liên thông dữ liệu điện tử chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế;

b) Xây dựng, ban hành các bộ mã danh mục dùng chung áp dụng trong khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế;

c) Xây dựng, ban hành các quy định về trích chuyển dữ liệu điện tử trong khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế;

d) Xây dựng, ban hành tài liệu hướng dẫn, tổ chức đào tạo về mã hoá lâm sàng để sử dụng trong hồ sơ bệnh án điện tử, sổ sức khoẻ điện tử, thiết lập phương thức thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế và phục vụ giám định bảo hiểm y tế điện tử;

đ) Xây dựng, thiết lập các phương thức thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế theo quy định của pháp luật về bảo hiểm y tế;

e) Chủ trì, phối hợp với Bộ Tài chính và các cơ quan, đơn vị liên quan nghiên cứu xây dựng phương án giá, định mức kinh tế kỹ thuật đối với chi phí ứng dụng công nghệ thông tin trong cơ cấu giá dịch vụ khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế (bao gồm chi phí ứng dụng công nghệ thông tin trong cấu phần chi phí trực tiếp và chi phí ứng dụng công nghệ thông tin trong cấu phần chi phí quản lý theo quy định của pháp luật về khám bệnh, chữa bệnh); chi phí ứng dụng công nghệ thông tin trong cơ cấu suất phí trong trường hợp thanh toán theo định suất và chi phí ứng dụng công nghệ thông tin trong thanh toán theo nhóm chẩn đoán liên quan. Trên cơ sở đó, Bộ Y tế phê duyệt giá dịch vụ khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế đã được kết cấu chi phí ứng dụng công nghệ thông tin cho các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh thuộc Bộ Y tế và các Bộ, ngành; ban hành suất phí và mức chi phí cho từng nhóm chẩn đoán liên quan đã được kết cấu chi phí ứng dụng công nghệ thông tin;

g) Chỉ đạo các cơ quan, tổ chức có liên quan tiếp nhận, lưu trữ, sử dụng dữ liệu chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế do Bộ Công an, Bảo hiểm xã hội Việt Nam cung cấp để phục vụ xây dựng các phương thức thanh toán bảo hiểm y tế và xây dựng các chính sách, pháp luật về bảo hiểm y tế, đảm bảo các quy định của pháp luật về bảo mật, an toàn thông tin, dữ liệu;

h) Xây dựng và ban hành các quy định có liên quan khác phục vụ triển khai ứng dụng công nghệ thông tin, chuyển đổi số trong lĩnh vực bảo hiểm y tế theo chỉ đạo của Chính phủ.

2. Bộ Tài chính có trách nhiệm bảo đảm điều kiện và chỉ đạo Bảo hiểm xã hội Việt Nam triển khai các nội dung sau:

a) Xây dựng, hoàn thiện và vận hành Cổng tiếp nhận dữ liệu để tiếp nhận dữ liệu chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế của các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh trong toàn quốc;

b) Xây dựng, vận hành hệ thống công nghệ thông tin phục vụ công tác giám định bảo hiểm y tế điện tử, thanh quyết toán, chi trả chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế theo từng giai đoạn với từng phương thức thanh toán bảo hiểm y tế theo quy định của pháp luật về bảo hiểm y tế; nghiên cứu triển khai giám định bảo hiểm y tế điện tử dựa trên dữ liệu hồ sơ bệnh án điện tử;

c) Thiết lập, cập nhật các quy tắc, quy trình giám định bảo hiểm y tế điện tử. Quy tắc giám định bảo hiểm y tế điện tử được thiết lập trên cơ sở các quy định tại các văn bản quy phạm pháp luật do cấp có thẩm quyền ban hành, được cập nhật kịp thời khi các văn bản quy phạm pháp luật có điều chỉnh, sửa đổi. Bảo hiểm xã hội Việt Nam có trách nhiệm báo cáo Bộ Tài chính các quy tắc, quy trình giám định bảo hiểm y tế điện tử để thống nhất với Bộ Y tế trước khi ban hành, áp dụng; công bố công khai quy tắc giám định, các quy tắc được cập nhật trên Cổng tiếp nhận dữ liệu trong vòng 72 giờ trước khi áp dụng trong Hệ thống giám định bảo hiểm y tế điện tử;

d) Xây dựng hệ thống giám sát, cảnh báo trong thực hiện chế độ, chính sách pháp luật về bảo hiểm y tế;

đ) Xây dựng các tiện ích phục vụ việc thu đóng bảo hiểm y tế trực tuyến, tích hợp thông báo tự động cho người tham gia bảo hiểm y tế thông tin về thời hạn phải đóng, mức đóng cho lần tiếp theo trước 10 ngày thẻ bảo hiểm y tế hết hạn, tự động gia hạn thời gian tham gia bảo hiểm y tế khi người tham gia bảo hiểm y tế đã đóng tiền tham gia bảo hiểm y tế;

e) Triển khai hệ thống dịch vụ công trực tuyến để thực hiện ký hợp đồng, phụ lục hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế với cơ sở khám bệnh, chữa bệnh trên môi trường điện tử;

g) Xây dựng, bổ sung các tiện ích liên quan khác để tạo thuận lợi, phục vụ người dân, các cơ quan, tổ chức trong thực hiện chế độ, chính sách pháp luật về bảo hiểm y tế;

h) Chia sẻ dữ liệu đầy đủ, chính xác, kịp thời từ Cơ sở dữ liệu quốc gia về bảo hiểm với Bộ Y tế, Ủy ban nhân dân các tỉnh, thành phố trực thuộc Trung ương để thực hiện chức năng quản lý nhà nước về bảo hiểm y tế; chia sẻ, chuyển giao dữ liệu về khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế cho Bộ Y tế đầy đủ, kịp thời để xây dựng, triển khai phương thức thanh toán và tham mưu xây dựng chính sách.

3. Trách nhiệm của Bộ Công an

a) Kết nối, liên thông Cơ sở dữ liệu Quốc gia về bảo hiểm với Cơ sở dữ liệu Quốc gia về dân cư, xây dựng các tiện ích trên Ứng dụng định danh điện tử Quốc gia (VNeID) để phục vụ người dân, các cơ quan, đơn vị liên quan trong việc giải quyết các chế độ, chính sách pháp luật về bảo hiểm y tế;

b) Xây dựng Cơ sở dữ liệu Quốc gia về bảo hiểm đặt tại Trung tâm dữ liệu Quốc gia do Chính phủ quản lý;

c) Tạo tài khoản được phân quyền tế từ Cơ sở dữ liệu Quốc gia về dân cư cho Bộ Y tế, Sở Y tế các tỉnh, thành phố trực thuộc Trung ương để chia sẻ thông tin, dữ liệu về sổ sức khoẻ điện tử, các tiện ích liên quan trong việc giải quyết các chế độ, chính sách pháp luật về bảo hiểm y.

4. Trách nhiệm của các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh

Triển khai đầy đủ các nội dung về ứng dụng công nghệ thông tin, chuyển đổi số trong thực hiện chính sách, pháp luật về bảo hiểm y tế theo quy định của Chính phủ, của Bộ Y tế, Bộ Tài chính và các bộ, ngành có liên quan; triển khai hồ sơ bệnh án điện tử theo quy định của Bộ Y tế để thực hiện chuyển đổi số trong lĩnh vực y tế, đồng thời phục vụ công tác giám định bảo hiểm y tế điện tử.

**Chương XII**

**ĐIỀU KHOẢN THI HÀNH**

**Điều 75. Điều khoản chuyển tiếp**

1. Trường hợp người bệnh vào cơ sở khám bệnh, chữa bệnh trước ngày Nghị định này có hiệu lực và kết thúc lượt khám bệnh, chữa bệnh 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.

2. Trường hợp người tham gia bảo hiểm y tế bị thay đổi đối tượng có mức hỗ trợ đóng bảo hiểm y tế thấp hơn do việc sáp nhập đơn vị hành chính khi thực hiện sắp xếp tổ chức bộ máy của hệ thống chính trị, người tham gia bảo hiểm y tế được tiếp tục duy trì mức hỗ trợ đóng bảo hiểm y tế tối đa không quá 12 tháng kể từ khi thay đổi mức hỗ trợ đóng.

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.

4. Đối với các dịch vụ kỹ thuật theo chương trình chỉ đạo, hỗ trợ chuyên môn, đề án nâng cao năng lực chuyên môn cho cơ sở khám bệnh, chữa bệnh nhận chuyển giao kỹ thuật, hợp đồng chuyển giao kỹ thuật quy định tại Điều 44 Nghị định này đã được thực hiện trước ngày Nghị định này có hiệu lực mà chưa được quỹ bảo hiểm y tế thanh toán thì được thanh toán theo quy định của Nghị định này.

5. Trường hợp cơ sở khám bệnh, chữa bệnh tư nhân đã ký hợp đồng cung ứng thuốc, hóa chất, vật tư xét nghiệm, thiết bị y tế trước ngày 01 tháng 07 năm 2025 để được thanh toán theo Điều 50 Nghị định này thì được sử dụng và thanh toán hết số lượng thuốc, hóa chất, vật tư xét nghiệm, thiết bị y tế theo hợp đồng đã ký kết.

6. Việc thanh toán tiền ngày giường bệnh trước ngày 01 tháng 01 năm 2025 thực hiện theo quy định tại khoản 4 Điều 147 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 và áp dụng các nguyên tắc quy định tại Điều 49 Nghị định này.

7. Đối với các các dịch vụ kỹ thuật chẩn đoán hình ảnh thực hiện trên hệ thống PACS đã được thực hiện từ ngày 16 tháng 11 năm 2015 đến trước ngày Nghị định này có hiệu lực tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh không thuộc danh sách các đơn vị trong Đề án thí điểm các dịch vụ kỹ thuật chẩn đoán hình ảnh thực hiện trên hệ thống PACS, quỹ bảo hiểm y tế thanh toán theo quy định tại điểm b khoản 7 Điều 51 Nghị định này.

8. Đối với các vướng mắc thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế trước ngày Nghị định này có hiệu lực nhưng chưa được giải quyết thanh toán được áp dụng các quy định tại Nghị định này để được xem xét giải quyết.

**Điều 76. 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 2024 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%22%20%5Ct%20%22_blank) về lựa chọn nhà thầu.

4. 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.

5. Việc thẩm định thực tế tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh để ký hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế theo quy định tại khoản 4 Điều 26 Nghị định này được thực hiện từ thời điểm Thông tư hướng dẫn của Bộ trưởng Bộ Y tế về nội dung này có hiệu lực.

**Điều 77. Trách nhiệm hướng dẫn thực hiện**

1. Bộ Y tế có trách nhiệm:

a) Hướng dẫn thi hành các điều, khoản được giao trong Nghị định này;

b) Chủ trì, phối hợp với các bộ, cơ quan liên quan kiểm tra việc thực hiện chính sách, pháp luật về bảo hiểm y tế;

c) Hướng dẫn thẩm định điều kiện ký hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh ban đầu đối với cơ sở khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế;

d) Quy định nguyên tắc, phương pháp, quy trình giám định chi phí khám bệnh, chữa bênh bảo hiểm y tế và hướng dẫn phương thức giải quyết tranh chấp hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế;

đ) Chỉ đạo các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh tăng cường ứng dụng công nghệ thông tin trong khám bệnh, chữa bệnh; cập nhật kịp thời, chính xác, đầy đủ thông tin về khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế và chuyển dữ liệu về hệ thống tiếp nhận dữ liệu khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế của Bộ Y tế và hệ thống thông tin giám định của Bảo hiểm xã hội Việt Nam để phục vụ quản lý bảo hiểm y tế và giám định, thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế;

e) Quy định cụ thể nội dung ứng dụng công nghệ thông tin trong khám chữa, bệnh bảo hiểm y tế;

g) Quy định, hướng dẫn thực hiện liên thông dữ liệu về kết quả xét nghiệm, chẩn đoán hình ảnh, thăm dò chức năng, thông tin khám bệnh, chữa bệnh của người bệnh tham gia bảo hiểm y tế;

h) Chủ trì, phối hợp Bộ Tài chính xây dựng báo cáo Chính phủ trình Quốc hội về tình hình thực hiện chế độ, chính sách bảo hiểm y tế, trong đó có tình hình quản lý và sử dụng quỹ bảo hiểm y tế đột xuất, định kỳ hoặc hằng năm;

i) Chỉ đạo các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh và các đơn vị mua sắm tập trung thực hiện nghiêm các quy định có liên quan đến mua sắm, đấu thầu để bảo đảm cung ứng kịp thời thuốc, hóa chất, vật tư y tế thuộc phạm vi được hưởng của người tham gia bảo hiểm y tế, nâng cao thực hành tiết kiệm, chống lãng phí. Chỉ đạo các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh tuân thủ các quy định của pháp luật về khám bệnh, chữa bệnh, các hướng dẫn chuyên môn của Bộ Y tế; các quy định của pháp luật liên quan đến việc cung ứng dịch vụ kỹ thuật y tế để bảo đảm chất lượng, hiệu quả và tiết kiệm. Rà soát, cập nhật theo yêu cầu thực tiễn các danh mục, điều kiện, phạm vi, tỷ lệ thanh toán đối với các thuốc, vật tư, dịch vụ kỹ thuật, hàng hóa thuộc phạm vi thanh toán của quỹ bảo hiểm y tế để bảo đảm quản lý, sử dụng quỹ hiệu quả;

k) Hướng dẫn lập danh sách đối tượng thuộc thẩm quyền quản lý;

l) Hướng dẫn huy động các nguồn tài chính hợp pháp ngoài bảo hiểm y tế để hỗ trợ người bệnh bảo hiểm y tế chi trả các chi phí khám bệnh, chữa bệnh ngoài phạm vi được hưởng của quỹ bảo hiểm y tế khi mắc các bệnh hiếm, bệnh hiểm nghèo có chi phí khám bệnh, chữa bệnh lớn.

2. Bộ Tài chính có trách nhiệm:

a) Cân đối, bố trí ngân sách trung ương hỗ trợ cho các địa phương chưa tự cân đối được ngân sách để bảo đảm nguồn thực hiện chính sách bảo hiểm y tế theo quy định của pháp luật về ngân sách nhà nước;

b) Báo cáo Chính phủ tình hình quản lý, sử dụng quỹ bảo hiểm y tế định kỳ hàng năm hoặc đột xuất theo yêu cầu của Chính phủ;

c) Báo cáo về tình hình quản lý và sử dụng quỹ bảo hiểm y tế hằng năm và gửi Bộ Y tế để tổng hợp theo quy định tại điểm h khoản 1 Điều này;

d) Chỉ đạo Bảo hiểm xã hội Việt Nam giao hướng dẫn và giao trách nhiệm cho Bảo hiểm xã hội trực thuộc triển khai giải quyết thủ tục hành chính quy định tại Nghị định này phù hợp với mô hình tổ chức sắp xếp chính quyền địa phương.

3. Bộ Quốc phòng, Bộ Công an, Ban Cơ yếu Chính phủ có trách nhiệm hướng dẫn thực hiện bảo hiểm y tế đối với các đối tượng thuộc phạm vi quản lý của Bộ Quốc phòng, Bộ Công an khám bệnh, chữa bệnh theo quy định tại Nghị định này.

4. Bộ Nội vụ có trách nhiệm:

a) Nghiên cứu, xây dựng tiêu chí xác định hộ gia đình làm nông nghiệp, lâm nghiệp, ngư nghiệp và diêm nghiệp có mức sống trung bình phù hợp với tình hình kinh tế - xã hội từng thời kỳ, trình Thủ tướng Chính phủ ban hành;

b) Hướng dẫn lập danh sách đối tượng thuộc thẩm quyền quản lý.

5. Bộ Giáo dục và Đào tạo có trách nhiệm xác định và hướng dẫn lập danh sách đối tượng quy định tại điểm b khoản 4 Điều 12 Luật Bảo hiểm y tế.

6. Bộ Văn hóa, Thể thao và Du lịch có trách nhiệm xác định và hướng dẫn đối tượng quy định tại điểm h khoản 4 Điều 12 Luật Bảo hiểm y tế và khoản 3 Điều 3 Nghị định này.

7. Bảo hiểm xã hội Việt Nam thuộc Bộ Tài chính:

a) Chỉ đạo cơ quan bảo hiểm xã hội các cấp ký hợp đồng với các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh có đủ điều kiện theo quy định tại Nghị định này;

b) Chỉ đạo bảo hiểm xã hội khu vực chủ trì phối hợp với Sở Y tế, Sở Tài chính và các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế trên địa bàn, địa bàn giáp ranh và các cơ quan liên quan giải quyết theo thẩm quyền hoặc kiến nghị cấp có thẩm quyền xem xét, xử lý kịp thời các vướng mắc phát sinh;

c) Chỉ đạo bảo hiểm xã hội các cấp cung cấp biểu mẫu, hướng dẫn cho Ủy ban nhân dân cấp xã trong việc lập danh sách, quản lý danh sách tham gia bảo hiểm y tế theo hộ gia đình;

d) Hoàn thiện hệ thống công nghệ thông tin đáp ứng việc tiếp nhận, giám định và phản hồi kịp thời cho cơ sở khám bệnh, chữa bệnh về dữ liệu khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế; bảo đảm chính xác, an toàn, bảo mật thông tin và quyền lợi của các bên liên quan; chủ động rà soát, phát hiện và gửi thông tin cảnh báo kịp thời cho cơ sở khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế về 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, cùng quy mô khám bệnh, chữa bệnh, cùng chuyên khoa để cơ sở khám bệnh, chữa bệnh kiểm tra, rà soát theo các quy định của pháp luật nhằm sử dụng quỹ bảo hiểm y tế hợp lý, hiệu quả;

đ) Tổng hợp, báo cáo định kỳ, hằng năm hoặc báo cáo đột xuất theo yêu cầu của cơ quan quản lý nhà nước về tình hình thực hiện chế độ, chính sách bảo hiểm y tế; tình hình thu, chi, quản lý và sử dụng quỹ bảo hiểm y tế và gửi Bộ Y tế, Bộ Tài chính để tổng hợp theo quy định tại Nghị định này;

e) Quy định thẩm quyền ký hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế của cơ quan bảo hiểm xã hội với cơ sở khám bệnh, chữa bệnh bảo đảm phù hợp chức năng, nhiệm vụ, quyền hạn và cơ cấu tổ chức của Bảo hiểm Xã hội Việt Nam;

 g) Chia sẻ, cung cấp, chuyển đầy đủ dữ liệu về chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế theo quy định do Bộ Y tế ban hành về chuẩn và định dạng dữ liệu đầu ra phục vụ việc quản lý, giám định, thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh và giải quyết các chế độ liên quan cho Bộ Y tế khi có yêu cầu để phục vụ xây dựng các phương thức thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế theo quy định tại khoản 1 Điều 30 Luật Bảo hiểm y tế, đánh giá kinh tế y tế, nghiên cứu khoa học và xây dựng các chính sách, pháp luật về bảo hiểm y tế.

8. Ủy ban nhân dân tỉnh, thành phố trực thuộc trung ương có trách nhiệm

a) Trình Hội đồng nhân dân cùng cấp bảo đảm kinh phí đóng bảo hiểm y tế cho các đối tượng được ngân sách nhà nước đóng, hỗ trợ đóng bảo hiểm y tế theo quy định hiện hành; quy định đối tượng được hỗ trợ và mức hỗ trợ cùng chi trả chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế cho người tham gia bảo hiểm y tế khi đi khám bệnh, chữa bệnh;

b) Trình Hội đồng nhân dân cùng cấp ban hành giá dịch vụ khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế đã được kết cấu chi phí ứng dụng công nghệ thông tin cho các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh công lập trên địa bàn (trừ cơ sở khám bệnh, chữa bệnh thuộc Bộ Y tế và các Bộ, ngành) theo lộ trình do Chính phủ quy định;

c) Chủ trì, giải quyết các vướng mắc trong quá trình thực hiện chính sách pháp luật về bảo hiểm y tế giữa cơ sở khám bệnh, chữa bệnh và cơ quan bảo hiểm xã hội trên địa bàn quản lý.

**Điều 78. Trách nhiệm thi hành**

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

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

**Phụ lục**

*(Ban hành kèm theo Nghị định số /2025/NĐ-CP ngày tháng năm 2025 của Chính phủ)*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **STT** | **Số thứ tự mẫu** | **Tên mẫu** |
| 1 | Mẫu số 1 | Bảng tổng hợp đối tượng và kinh phí do ngân sách nhà nước đóng, hỗ trợ đóng bảo hiểm y tế |
| 2 | Mẫu số 2 | Danh sách đối tượng tham gia bảo hiểm y tế |
| 3 | Mẫu số 3 | Danh sách thành viên hộ gia đình tham gia bảo hiểm y tế |
| 4 | Mẫu số 4 | Tờ khai tham gia, điều chỉnh thông tin bảo hiểm xã hội, bảo hiểm y tế. |
| 5 | Mẫu số 5 | Hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh BHYT |
| 6 | Mẫu số 6 | Thanh lý hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh BHYT |
| 7 | Mẫu số 7 | Văn bản đề nghị ký hợp đồng, phụ lục hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế |
| 8 | Mẫu số 8 | Bảng kê danh mục thiết bị phần cứng, phần mềm bảo đảm việc kết nối liên thông để trích chuyển dữ liệu điện tử trong thanh toán bảo hiểm y tế |
| 9 | Mẫu số 9 | Danh sách người tham gia bảo hiểm y tế đăng ký khám bệnh, chữa bệnh ban đầu tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh |
| 10 | Mẫu số 10 | Phiếu chuyển dịch vụ cận lâm sàng |
| 11 | Mẫu số 11 | Giấy đề nghị thanh toán trực tiếp  |
| 12 | Mẫu số 12 | Phiếu xác nhận tình trạng thiếu thuốc, thiết bị y tế |

**Mẫu số 1**

|  |  |
| --- | --- |
| **BHXH........** | **CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAMĐộc lập - Tự do - Hạnh phúc**  |

**BẢNG TỔNG HỢP ĐỐI TƯỢNG VÀ KINH PHÍ DO NGÂN SÁCH NHÀ NƯỚC ĐÓNG, HỖ TRỢ ĐÓNG BẢO HIỂM Y TẾ**

Năm 20...

*(Đơn vị tính: Thẻ; Đồng)*

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Số TT** | **Đối tượng tham gia bảo hiểm y tế (BHYT) được ngân sách nhà nước đóng, hỗ trợ** | **Số thẻ BHYT đã phát hành** | **Số tiền đóng BHYT tính theo mức đóng quy định** | **Số tiền do người tham gia đóng** | **Số tiền ngân sách nhà nước đóng, hỗ trợ** | **Số tiền cơ quan tài chính, lao động đã chuyển** | **Số tiền cơ quan tài chính, lao động còn phải chuyển** |
| A | B | 1 | 2 | 3 | 4=2-3 | 5 | 6=4-5 |
|   | **Tổng số** |   |   |   |   |   |   |
| 1 | Trẻ em dưới 6 tuổi |   |   |   |   |   |   |
| 2 | Người thuộc hộ gia đình nghèo |   |   |   |   |   |   |
| 3 | Người thuộc hộ gia đình cận nghèo |   |   |   |   |   |   |
|   | - Đối tượng được NSNN hỗ trợ 100% mức đóng |   |   |   |   |   |   |
|   | - Đối tượng được NSNN hỗ trợ ...% mức đóng |   |   |   |   |   |   |
| 4 | Học sinh, sinh viên |   |   |   |   |   |   |
| 5 | Người thuộc hộ gia đình làm nông nghiệp, lâm nghiệp, ngư nghiệp và diêm nghiệp có mức sống trung bình |   |   |   |   |   |   |
| 6 | …….. |   |   |   |   |   |   |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **NGƯỜI LẬP BIỂU***(Ký, ghi rõ họ và tên)* | **PHỤ TRÁCH KẾ TOÁN***(Ký, ghi rõ họ và tên)* | *... ngày.... tháng....năm 20...* **GIÁM ĐỐC***(Ký, ghi rõ họ, tên và đóng dấu)* |

***Ghi chú:*** Trường hợp cá nhân, tổ chức trong hoặc ngoài nước hỗ trợ thêm mức đóng cho người tham gia được NSNN hỗ trợ một phần mức đóng BHYT, thì phần kinh phí hỗ trợ của cá nhân, tổ chức được tổng hợp vào cột 3 "Số tiền do người tham gia BHYT đóng".

**Mẫu số 2**

|  |  |
| --- | --- |
| **BHXH........** | **CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAMĐộc lập - Tự do - Hạnh phúc ---------------** |

**DANH SÁCH ĐỐI TƯỢNG THAM GIA BẢO HIỂM Y TẾ**Năm 20...*(Kèm theo công văn số.... /… ngày... tháng... năm ... của BHXH...)*

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **STT** | **Họ và tên** | **Mã số BHXH** | **Ngày tháng năm sinh** | **Giới** | **Địa chỉ** | **Mã số thẻ BHYT đã phát hành trong năm** | **Nơi đăng ký KCB ban đầu** | **Số CMND/ Thẻ căn cước/Hộ chiếu** | **Loại thẻ BHYT** |
| **Điện tử** | **Giấy** |
| 1 | Nguyễn Văn A |   |   |   |   |   |   |  |  |  |
| 2 |   |   |   |   |   |   |   |  |  |  |
| 3 |   |   |   |   |   |   |   |  |  |  |
| ... |   |   |   |   |   |   |   |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **NGƯỜI LẬP BIỂU***(Ký, ghi rõ họ và tên)* | *... ngày.... tháng....năm....***GIÁM ĐỐC***(Ký, ghi rõ họ và tên)* |

**Mẫu số 3**

**DANH SÁCH THÀNH VIÊN HỘ GIA ĐÌNH
THAM GIA BẢO HIỂM Y TẾ**

Họ và tên chủ hộ: ................................................. Số điện thoại (nếu có)..............

Địa chỉ: Thôn (bản, tổ dân phố) .............................................................................

Xã (phường): ............................................ Tỉnh (TP): ...........................................

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **STT** | **Họ và tên** | **Mã thẻ BHYT** | **Ngày, tháng, năm sinh** | **Giới tính** | **Nơi cấp giấy khai sinh** | **Mối quan hệ với chủ hộ** | **Số CMND/ Thẻ căn cước/Hộ chiếu** | **Ghi chú** |
| A | B | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 1 |   |   |   |   |   |   |   |   |
| 2 |   |   |   |   |   |   |   |   |
| 3 |   |   |   |   |   |   |   |   |
| 4 |   |   |   |   |   |   |   |   |
| ... |   |   |   |   |   |   |   |   |

(***Ghi chú:*** Người kê khai có thể tra cứu Mã số bảo hiểm y tế và Mã hộ gia đình tại địa chỉ: **http://baohiemxahoi.gov.vn**)

|  |  |
| --- | --- |
|   | Tôi cam đoan những nội dung kê khai là đúng và chịu trách nhiệm trước pháp luật về những nội dung đã kê khai*......, ngày .... tháng .... năm ....***NGƯỜI KÊ KHAI***(Ký, ghi rõ họ tên)* |

**Mẫu số 4**

|  |  |
| --- | --- |
| **BẢO HIỂM XÃ HỘI VIỆT NAM** | **CỘNG HOÀ XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM****Độc lập - Tự do - Hạnh phúc** |

**TỜ KHAI**

**THAM GIA, ĐIỀU CHỈNH THÔNG TIN BẢO HIỂM XÃ HỘI, BẢO HIỂM**

**Y TẾ**

**I. Áp dụng đối với người tham gia tra cứu không thấy mã số BHXH do cơ quan BHXH cấp**

[01]. Họ và tên *(viết chữ in hoa)*: [02]. Giới tính:

[03]. Ngày, tháng, năm sinh: / / [04]. Quốc tịch:

[05]. Dân tộc: [06]. Số CCCD/ĐDCN/Hộ chiếu:

[07]. Điện thoại: [08]. Email (nếu có):

[09]. Nơi đăng ký khai sinh: [09.1]. Xã: [09.2]. Tỉnh:

 [10]. Họ tên cha/mẹ/giám hộ *(đối với trẻ em dưới 6 tuổi)*:

[11]. Đăng ký nhận kết quả giải quyết thủ tục hành chính:

[11.1] Nhận sổ BHXH, thẻ BHYT bản điện tử:

[11.2]. Nhận sổ BHXH, thẻ BHYT bản giấy, địa chỉ:

[11.2a]. Số nhà, đường/phố, thôn/xóm:

[11.2b]. Xã: ……………….[11.2c] Tỉnh: ……………………….

[12]. Kê khai Phụ lục Thành viên hộ gia đình (phụ lục kèm theo) đối với người tham gia tra cứu không thấy mã số BHXH và người tham gia BHYT theo hộ gia đình để giảm trừ mức đóng.

**II. Áp dụng đối với người tham gia đã có mã số BHXH đề nghị đăng ký, điều chỉnh thông tin ghi trên sổ BHXH, thẻ BHYT**

[13]. Mã số BHXH: [14]. Điều chỉnh thông tin cá nhân:

[14.1]. Họ và tên *(viết chữ in hoa)*: [14.2]. Giới tính:

[14.3]. Ngày, tháng, năm sinh: / / [14.4]. Nơi đăng ký khai sinh:

Xã Tỉnh:

[14.5]. Số CCCD/ĐDCN/Hộ chiếu:

[15]. Mức tiền đóng: [16]. Phương thức đóng:

[17]. Nơi đăng ký khám, chữa bệnh ban đầu:

[18]. Nội dung thay đổi, yêu cầu khác:

[19]. Hồ sơ kèm theo *(nếu có)*:

|  |  |
| --- | --- |
| **XÁC NHẬN CỦA ĐƠN VỊ**…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… | *………, ngày …… tháng …… năm ………***Người kê khai**…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… |

*Ghi chú: Người tham gia tra cứu mã số BHXH tại địa chỉ: https://baohiemxahoi.gov.vn.*

**Phụ lục Thành viên hộ gia đình**

*(Áp dụng đối với: Người tham gia tra cứu không thấy mã số BHXH; Người tham gia BHYT theo hộ gia đình để giảm trừ mức đóng;*

*Trẻ em dưới 6 tuổi thực hiện cấp thẻ BHYT liên thông dữ liệu với Bộ Tư pháp)*

Họ và tên chủ hộ: Số CCCD/ĐDCN:

Mã số hộ gia đình: Điện thoại liên hệ:

Địa chỉ theo nơi thường trú hoặc tạm trú*:* Số nhà, đường phố, tập thể:

Thôn *(bản, tổ dân phố)*: …Xã *(phường)*:

Tỉnh *(Tp thuộc Trung ương)*:

*Bảng thông tin thành viên hộ gia đình:*

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Stt** | **Họ và tên** | **Mã số BHXH** | **Ngày tháng năm sinh** | **Giới tính** | **Quốc tịch** | **Dân tộc** | **Nơi đăng ký khai sinh** | **Mối quan hệ với chủ hộ** | **Số CCCD/ĐDCN/ Hộ chiếu** | **Ghi chú** |
| *A* | *B* | *1* | *2* | *3* | *4* | *5* | *6* | *7* | *8* | *9* |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
|  | *………, ngày …… tháng …… năm ………***Người kê khai**……………………………………………………………………………………………………………………………………………… |

**Mẫu số 5**

**CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM
Độc lập - Tự do - Hạnh phúc
---------------**

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

(Số:      /HĐKCB-BHYT)(1)

Căn cứ Bộ luật Dân sự ngày .... tháng .... năm ....;

Căn cứ Luật Bảo hiểm y tế ngày .... tháng .... năm ....;

Căn cứ Luật Khám bệnh, chữa bệnh ngày .... tháng .... năm .....;

Căn cứ Nghị định số …/2025/NĐ-CP ngày … tháng … quy định chi tiết một số điều và biện pháp thi hành Luật Bảo hiểm y tế;

Căn cứ Quyết định số … ngày … tháng … năm ... của ......................... về việc ban hành quy chế tổ chức và hoạt động/quy định chức năng, nhiệm vụ của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh......................... (2)

Căn cứ Quyết định số…... ngày ....tháng....năm .... của ……………………. về việc quy định chức năng, nhiệm vụ của Bảo hiểm xã hội cấp tỉnh/ khu vực(3) ...............

Hôm nay, ngày … tháng … năm ... tại ..........................., Chúng tôi gồm:

**Bên A** Bảo hiểm xã hội /khu vực) ..............................................................

Địa chỉ: ...................................................................................................................

Địa chỉ thư điện tử: .................................................................................................

Điện thoại: ....................................Fax: ..................................................................

Tài khoản số: .............. Tại ngân hàng ...................................................................

Đại diện là ông (bà): ............................................................................................

Chức vụ: Giám đốc hoặc Phó Giám đốc (Giấy ủy quyền số: ......................... ngày … tháng … năm …) (4)

**Bên B:**

**1. (Tên cơ sở khám bệnh, chữa bệnh *hoặc* cơ quan ký hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh): .................................................................................... (5)**

Địa chỉ: ....................................................................................

Địa chỉ thư điện tử: ........................................................................

Điện thoại: ............................... Fax: ...................................................................

Tài khoản số: ................... Tại Kho bạc nhà nước *hoặc* Ngân hàng ...................

Đại diện là ông (bà): ............................................................

Chức vụ: Người đại diện theo pháp luật của cơ sở khám chữa bệnh/người được ủy quyền (Giấy ủy quyền số: ......................... ngày … tháng … năm …)(6)

Mã cơ sở khám bệnh, chữa bệnh:

Cấp chuyên môn kỹ thuật:

Số giấy phép hoạt động:

Phạm vi chuyên môn:

Người chịu trách nhiệm chuyên môn kỹ thuật của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh:

Loại hình hợp đồng(7):

**2. Trạm y tế xã, phường, nhà hộ sinh, phòng khám đa khoa khu vực (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):** ………………………………...

Địa chỉ: ....................................................................................................................

Địa chỉ thư điện tử: .......................................... Điện thoại: ...................................

Đại diện là ông (bà): ................................................................................................

Chức vụ: Trưởng hoặc Phó (Giấy ủy quyền số: ...... ngày ... tháng ... năm 20.....) Trạm y tế xã, nhà hộ sinh, phòng khám đa khoa khu vực (8)

Sau khi thỏa thuận, hai (các) bên thống nhất ký kết hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế theo các điều khoản như sau:

**Điều 1. Tổ chức khám bệnh, chữa bệnh**

1. Đối tượng phục vụ: Người có tham gia bảo hiểm y tế đến khám bệnh, chữa bệnh tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh của bên B.

2. Phạm vi cung ứng dịch vụ: Bên B thực hiện cung ứng dịch vụ kỹ thuật y tế thuộc phạm vi chuyên môn, danh mục dịch vụ kỹ thuật được cơ quan có thẩm quyền phê duyệt; danh mục thuốc, thiết bị y tế được sử dụng theo cấp chuyên môn kỹ thuật và theo quy định của pháp luật về khám bệnh, chữa bệnh và phạm vi được hưởng của người tham gia bảo hiểm y tế.

3. Dự kiến số lượng thẻ và cơ cấu nhóm đối tượng tham gia bảo hiểm y tế đối với cơ sở khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế ban đầu (theo phân bổ của sở y tế hoặc số lượng thẻ của năm trước liền kề).

4. Phương thức thanh toán:

Hai bên thống nhất các phương thức thanh toán và thể hiện cụ thể về đối tượng, phạm vi (ghi rõ phương thức thanh toán): …………………………………………

**Điều 2. Tạm ứng, thanh toán, quyết toán**

Hai bên thực hiện việc tạm ứng, thanh quyết toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh theo quy định tại Điều 32 của Luật Bảo hiểm y tế, Nghị định số …/2025/NĐ-CP ngày … tháng … năm … quy định chi tiết một số điều và biện pháp thi hành Luật Bảo hiểm y tế và các văn bản liên quan theo quy định của pháp luật.

**Điều 3. Quyền và trách nhiệm của bên A**

1. Quyền của bên A:

a) Thực hiện đúng theo quy định tại Điều 40 của Luật Bảo hiểm y tế;

b) Yêu cầu bên B cung cấp tài liệu về khám bệnh, chữa bệnh để phục vụ công tác giám định bảo hiểm y tế (quy định tại khoản 3 Điều 40 Luật BHYT).

c) Từ chối thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế không đúng quy định hoặc không đúng với nội dung hợp đồng này.

2. Trách nhiệm của bên A:

a) Thực hiện đúng theo quy định tại Điều 32 Nghị định số …/NĐ-CPngày … tháng … năm … của Chính phủ và các văn bản sửa đổi, bổ sung, hoặc thay thế.

b) Thực hiện tạm ứng, thanh toán, quyết toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế hằng quý cho bên B theo quy định tại khoản 1 và khoản 2 Điều 32 của Luật Bảo hiểm y tế.

- Trong thời hạn 30 ngày, kể từ ngày nhận được báo cáo quyết toán quý trước của cơ sở KCB, cơ quan BHXH có trách nhiệm thông báo kết quả giám định và số quyết toán chi phí KCB BHYT bao gồm chi phí KCB thực tế trong phạm vi quyền lợi và mức hưởng BHYT cho cơ sở KCB;

- Trong thời hạn 10 ngày, kể từ ngày thông báo số quyết toán chi phí KCB BHYT, cơ quan BHXH phải hoàn thành việc thanh toán với cơ sở KCB.

c) Không yêu cầu bên B kiểm tra lại thông tin trên thẻ bảo hiểm y tế đối với những người bệnh tham gia bảo hiểm y tế đã được quyết toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh qua năm tài chính;

d) Không xuất toán hoặc thu hồi chi phí mà bên B đã sử dụng thực tế cho người bệnh và đã được cơ sở khám bệnh, chữa bệnh hoàn thiện thủ tục thanh toán đối với trường hợp thông tin trên thẻ bảo hiểm y tế sai hoặc trong trường hợp cơ quan BHXH cấp sai giấy xác nhận không cùng chi trả hoặc trường hợp cơ quan BHXH thực hiện điều chỉnh thông tin thẻ BHYT sau thời điểm cơ sở KCB đã thực hiện tra cứu thông tin thẻ BHYT hoặc trong trường hợp người bệnh có thay đổi mức hưởng trong thời gian điều trị nội trú nhưng không cung cấp thông tin cho cơ sở KCB được biết.

đ) Tuân thủ các quy định của pháp luật về khám bệnh, chữa bệnh trong thực hiện công tác giám định; chịu trách nhiệm trước pháp luật về kết quả giám định, thanh quyết toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế.

e) Tiếp nhận, giám định và phản hồi kịp thời cho cơ sở khám bệnh, chữa bệnh về dữ liệu khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế; bảo đảm chính xác, an toàn, bảo mật thông tin và quyền lợi của các bên liên quan; chủ động rà soát, phát hiện và gửi thông tin cảnh báo kịp thời cho cơ sở khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế về 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;

g) 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).

**Điều 4. Quyền và trách nhiệm của bên B**

1. Quyền của bên B:

Thực hiện theo quy định tại Điều 42 của Luật Bảo hiểm y tế;

2. Trách nhiệm của bên B:

a) Thực hiện đúng theo quy định tại tại Điều 27, điểm a khoản 2 Điều 32 và Điều 43 của Luật Bảo hiểm y tế; Điều 30 của Nghị định số …/NĐ-CPngày … tháng … năm … của Chính phủ và các văn bản sửa đổi, bổ sung, hoặc thay thế.

b) Cung cấp cho bên A tài liệu liên quan đến KCB và thanh toán chi phí KCB của người tham gia BHYT (quy định tại khoản 2 Điều 43 Luật BHYT).

c) Lập bảng kê chi phí KCB BHYT và chịu trách nhiệm trước pháp luật về tính hợp pháp, chính xác của bảng kê này (quy định tại khoản 7 Điều 43 Luật BHYT).

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.

đ) Thực hiện gửi bản tổng hợp đề nghị thanh toán chi phí KCB BHYT của tháng trước trong thời hạn 15 ngày đầu mỗi tháng, gửi báo cáo quyết toán chi phí KCB BHYT của quý trước trong thời hạn 15 ngày đầu mỗi quý (quy định tại điểm a khoản 2 Điều 32 Luật BHYT).

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).

 g) Chịu trách nhiệm trước pháp luật về các hành vi vi phạm của bên B trong thực hiện chính sách, pháp luật về bảo hiểm y tế.

**Điều 6. Thời hạn thực hiện hợp đồng**

Hợp đồng này có hiệu lực … năm kể từ ngày ký hợp đồng. (Từ ngày …/ … / … tới ngày … / … / …)

**Điều 7. Phương thức giải quyết tranh chấp Hợp đồng**

1. Nếu có bất kỳ vướng mắc, tranh chấp nào liên quan đến việc thực hiện hợp đồng, hai bên sẽ cùng nhau bàn bạc và giải quyết trên nguyên tắc tuân thủ pháp luật, quyền và lợi ích hợp pháp của các bên và của người bệnh có tham gia bảo hiểm y tế và tinh thần hợp tác, tự thỏa thuận, hòa giải.

2. Trường hợp không thống nhất được thì các bên kiến nghị xử lý vướng mắc đến cấp quản lý nhà nước về bảo hiểm y tế theo quy định tại khoản 4 Điều 5, khoản 2 Điều 8 Luật Bảo hiểm y tế.

3. Nếu tranh chấp không thể giải quyết được thì một trong hai bên có quyền khởi kiện tại Tòa án theo quy định tại Điều 48 của Luật Bảo hiểm y tế. Quyết định của Tòa án là quyết định cuối cùng để hai bên thực hiện.

4. Trong thời gian tranh chấp, hai bên vẫn phải bảo đảm không làm gián đoạn việc khám bệnh, chữa bệnh của người tham gia bảo hiểm y tế.

5. Trường hợp có thay đổi, tạm dừng, chấm dứt hợp đồng thì thực hiện theo quy định tại điểm e khoản 2 Điều 25 của Luật Bảo hiểm y tế, Điều 26, 27 hoặc Điều 28 của Nghị định số …/NĐ-CPngày … tháng … năm … của Chính phủ.

**Điều 8. Cam kết chung**

1. Hai bên cam kết thực hiện đúng các điều khoản thỏa thuận trong hợp đồng và các quy định của pháp luật.

2. Các thông báo và thỏa thuận được thực hiện bằng văn bản gửi qua bưu điện hoặc thư điện tử theo địa chỉ nêu trong Hợp đồng này.

3. Hai bên thống nhất tuân thủ các quy định và phối hợp trong việc ứng dụng công nghệ thông tin để tạo thuận lợi trong giám định và thanh quyết toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế.

4. Các bên không được cung cấp hoặc đưa thông tin làm ảnh hưởng đến uy tín và quyền lợi của các bên, ảnh hưởng đến chính sách, pháp luật về bảo hiểm y tế.

5. Khi thực hiện công tác kiểm tra, bên A phải thông báo cho bên B trước về thời gian, nội dung kiểm tra và được sự thống nhất của bên B.

6. Các thỏa thuận khác (nếu có) phải được hai bên ghi nhận thành các Phụ lục của Hợp đồng này, nhưng không trái quy định của pháp luật.

Hợp đồng này được lập thành 04 (bốn) bản có giá trị như nhau, mỗi bên giữ 02 (hai) bản./.

|  |  |
| --- | --- |
|  **ĐẠI DIỆN BÊN A***(Ký, ghi rõ họ và tên, đóng dấu)* | **ĐẠI DIỆN BÊN B***(Ký, ghi rõ họ và tên, đóng dấu)* |
|  |  |
|  |  |
|  |  |  |

***Ghi chú:***

(1): số hợp đồng được đánh theo số thứ tự hợp đồng trong một năm, bắt đầu từ số 01 vào ngày đầu năm và kết thúc vào ngày 31 tháng 12 năm kết thúc hợp đồng.

(2): ghi theo Quyết định thành lập đơn vị hoặc Quyết định phê duyệt phạm vi chuyên môn của đơn vị.

(3): ghi theo Quyết định thành lập đơn vị.

(5): ghi theo Quyết định thành lập đơn vị.

(4), (6), (8): ghi trong trường hợp người đứng đầu cơ sở ủy quyền cho người khác ký hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế

(7): ghi một trong các loại hình sau: (1) Khám bệnh, chữa bệnh ngoại trú; (2) Khám bệnh, chữa bệnh nội, ngoại trú.

\* Tùy theo điều kiện của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh, cơ quan Bảo hiểm xã hội và cơ sở khám bệnh, chữa bệnh thống nhất bổ sung nội dung trong hợp đồng nhưng không trái quy định của pháp luật về khám bệnh, chữa bệnh và bảo hiểm y tế.

**Mẫu số 6**

**CỘNG HOÀ XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM**

**Độc lập - Tự do - Hạnh phúc**

**BIÊN BẢN THANH LÝ HỢP ĐỒNG**

*(Thanh lý Hợp đồng số.......* /TLHĐKCB-BHYT*)*

Căn cứ Bộ luật Dân sự ngày .... tháng .... năm ....;

Căn cứ Luật Bảo hiểm y tế ngày .... tháng .... năm ....;

Căn cứ Luật Khám bệnh, chữa bệnh ngày .... tháng .... năm .....;

Căn cứ Nghị định số …/2025/NĐ-CP ngày … tháng … quy định chi tiết một số điều và biện pháp thi hành Luật Bảo hiểm y tế;

Căn cứ Quyết định số … ngày … tháng … năm ... của ......................... về việc quy định chức năng, nhiệm vụ của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh......................... (2)

Căn cứ Quyết định số…... ngày ....tháng....năm .... của ……………………. về việc quy định chức năng, nhiệm vụ của Bảo hiểm xã hội cấp tỉnh/ khu vực ...............

Căn cứ Hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh số:      /HĐKCB-BHYT

Căn cứ khả năng và nhu cầu của hai bên;

Hôm nay, ngày … tháng … năm ... tại ..........................., Chúng tôi gồm:

**Bên A** Bảo hiểm xã hội /khu vực) ..............................................................

Địa chỉ: ...................................................................................................................

Địa chỉ thư điện tử: .................................................................................................

Điện thoại: ....................................Fax: ..................................................................

Tài khoản số: .............. Tại ngân hàng ...................................................................

Đại diện là ông (bà): ............................................................................................

Chức vụ: Giám đốc hoặc Phó Giám đốc (Giấy ủy quyền số: ......................... ngày … tháng … năm …)

**Bên B:**

**1. (Tên cơ sở khám bệnh, chữa bệnh *hoặc* cơ quan ký hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh): .................................................................................... (5)**

Địa chỉ: ....................................................................................

Địa chỉ thư điện tử: ........................................................................

Điện thoại: ............................... Fax: ...................................................................

Tài khoản số: ................... Tại Kho bạc nhà nước *hoặc* Ngân hàng ...................

Đại diện là ông (bà): ............................................................

Chức vụ: Người đại diện theo pháp luật của cơ sở khám chữa bệnh/người được ủy quyền (Giấy ủy quyền số: ......................... ngày … tháng … năm …)(6)

Mã cơ sở khám bệnh, chữa bệnh:

Cấp chuyên môn kỹ thuật:

Số giấy phép hoạt động:

Phạm vi chuyên môn:

Người chịu trách nhiệm chuyên môn kỹ thuật của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh:

**2. Trạm y tế xã, phường, nhà hộ sinh, phòng khám đa khoa khu vực (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):** ………………………………...

Địa chỉ: ....................................................................................................................

Địa chỉ thư điện tử: .......................................... Điện thoại: ...................................

Đại diện là ông (bà): ................................................................................................

Chức vụ: Trưởng hoặc Phó (Giấy ủy quyền số: ...... ngày ... tháng ... năm 20.....) Trạm y tế xã, nhà hộ sinh, phòng khám đa khoa khu vực (8).

*Chúng tôi tự nguyện cùng nhau lập và ký Văn bản này để thực hiện việc thanh lý Hợp đồng Số:      /HĐKCB-BHYT theo các thoả thuận sau đây:*

**Điều 1. Thỏa thuận thanh lý Hợp đồng**

Căn cứ theo Hợp đồng số ……………. ký ngày……………. giữa Bên A và Bên B và các quy định pháp luật về bảo hiểm y tế, khám chữa bệnh;
Căn cứ vào tình hình thực hiện hợp đồng và sự thống nhất của hai bên, các bên đồng ý ký thỏa thuận thanh lý hợp đồng kể từ ngày các bên đồng ký kết vào Biên bản này.

**Điều 2. Xác nhận việc thực hiện hợp đồng**

- Bên B đã hoàn thành việc tổ chức khám bệnh, chữa bệnh theo các điều, khoản quy định tại Hợp đồng số ……………. ký ngày…………. giữa Bên A và Bên B;
- Bên A đã thực hiện giám định, tạm ứng và thanh toán chi phí khám chữa bệnh BHYT theo đúng quy định.

- Hai bên không có tranh chấp hay vi phạm nghiêm trọng trong quá trình thực hiện hợp đồng.

**Điều 3. Công nợ và nghĩa vụ thanh toán**

- Tổng chi phí khám chữa bệnh BHYT theo hợp đồng: … VNĐ.
- Tổng số tiền đã thanh toán: … VNĐ.
- Số tiền còn lại (nếu có): … VNĐ, sẽ được thanh toán trước ngày … (theo thỏa thuận).

- Số chi phí chưa thống nhất quyết toán :…VNĐ. Phương thức, thời hạn giải quyết :……
- Sau khi hoàn tất nghĩa vụ tài chính, hai bên không còn công nợ liên quan đến hợp đồng này.

**Điều 4. Chấm dứt hiệu lực hợp đồng**

- Hợp đồng số … ký ngày … chính thức hết hiệu lực từ ngày …
- Hai bên cam kết không có khiếu nại, tranh chấp liên quan đến hợp đồng sau khi thanh lý.

**Điều 5. Cam kết của các bên**

- Hai bên cam kết đã thực hiện đầy đủ quyền và nghĩa vụ theo hợp đồng.
- Biên bản Thanh lý Hợp đồng này được lập thành 04 (bốn) bản có giá trị như nhau, mỗi bên giữ 02 (hai) bản./.

|  |  |
| --- | --- |
|  **ĐẠI DIỆN BÊN A***(Ký, ghi rõ họ và tên, đóng dấu)* | **ĐẠI DIỆN BÊN B***(Ký, ghi rõ họ và tên, đóng dấu)* |
|  |  |
|  |  |

**Mẫu số 7**

|  |  |
| --- | --- |
| TÊN CQ, TC CHỦ QUẢN**TÊN CƠ SỞ KHÁM BỆNH CHỮA BỆNH/TÊN CƠ QUAN BẢO HIỂM XÃ HỘI** | **CỘNG HOÀ XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM****Độc lập - Tự do - Hạnh phúc** |
| Số: … /…V/v đề nghị ký hợp đồng/phụ lục hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế | *[[1]](#footnote-2), ngày … tháng … năm …* |

Kính gửi: Bảo hiểm xã hội…/Cơ sở khám bệnh, chữa bệnh

Tên cơ sở đề nghị:

Địa chỉ:[[2]](#footnote-3)

Điện thoại: Fax: Email (nếu có):

Số Giấy phép hoạt động khám bệnh, chữa bệnh số:[[3]](#footnote-4) … Ngày cấp: … Nơi cấp:

Trường hợp đề nghị:

Hồ sơ gửi kèm theo đơn này gồm các giấy tờ sau đây:[[4]](#footnote-5)

(1)

(2)

(3)

Kính đề nghị Quý cơ quan xem xét và ký hợp đồng/ký phụ lục hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế

|  |  |
| --- | --- |
|  | **ĐẠI DIỆN CƠ SỞ[[5]](#footnote-6)***(Ký, ghi rõ họ, tên và đóng dấu)* |

**Mẫu số 8**

|  |  |
| --- | --- |
| TÊN CQ, TC CHỦ QUẢN**TÊN CƠ SỞ KHÁM BỆNH CHỮA BỆNH** | **CỘNG HOÀ XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM****Độc lập - Tự do - Hạnh phúc** |
|  | *…, ngày … tháng … năm …* |

**BẢNG KÊ DANH MỤC THIẾT BỊ PHẦN CỨNG, PHẦN MỀM BẢO ĐẢM VIỆC KẾT NỐI LIÊN THÔNG ĐỂ TRÍCH CHUYỂN DỮ LIỆU ĐIỆN TỬ TRONG THANH TOÁN BẢO HIỂM Y TẾ**

**I. THIẾT BỊ PHẦN CỨNG**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **TT** | **Tên thiết bị** | **Ký hiệu (MODEL)** | **Hãng sản xuất** | **Xuất xứ** | **Năm sản xuất** | **Thông tin cấu hình** | **Tình trạng** **sử dụng** |
| 1 | Máy chủ (Server)  |   |   |   |   |   |   |
| 2 | Máy trạm (Workstation) |   |   |   |   |   |   |
| 3 | Thiết bị lưu trữ |  |  |  |  |  |  |
| 4 | Bộ lưu điện (Ups)  |  |  |  |  |  |  |
| 5 | Thiết bị mạng LAN |  |  |  |  |  |  |
| 6 | Thiết bị mạng Internet |   |   |   |   |   |   |
| 7 | Thiết bị khác |  |  |  |  |  |  |

**II. PHẦN MỀM HỆ THỐNG THÔNG TIN BỆNH VIỆN (HIS)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **TT** | **Nội dung** | **Thông tin** |
| 1 | Tên phần mềm |  |
| 2 | Thời điểm bắt đầu sử dụng |  |
| 3 | Nhà cung cấp |  |
| 4 | Nguồn gốc (Thuê/Mua/Tự phát triển) |  |
| 5 | Tình trạng sử dụng |  |

 **ĐẠI DIỆN CƠ SỞ KCB**

 *(Ký tên, đóng dấu)*

**Mẫu số 9**

BẢO HIỂM XÃ HỘI VIỆT NAM

**BẢO HIỂM XÃ HỘI ...**

**DANH SÁCH NGƯỜI THAM GIA BẢO HIỂM Y TẾ ĐĂNG KÝ KHÁM BỆNH, CHỮA BỆNH BAN ĐẦU TẠI**.... *(Tên cơ sở khám chữa bệnh)*

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **STT** | **Họ và tên** | **Tuổi** | **Địa chỉ** | **Mã thẻ BHYT** | **Ghi chú** |
| **Nam** | **Nữ** |
| 1 |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |  |  |
| ... |  |  |  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
|  | *Ngày............ tháng......... năm........***ĐẠI DIỆN CƠ QUAN BHXH***(Ký, họ và tên, đóng dấu)* |

***Ghi chú:***Danh sách theo mẫu này được chuyển đến cơ sở khám bệnh, chữa bệnh bằng file điện tử hoặc bản có ký tên đóng dấu của cơ quan BHXH.

**Mẫu số 10**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| CƠ QUAN CHỦ QUẢN (BYT/SYT..)**TÊN CƠ SỞ KCB****Mã đơn vị (1)** | **CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAMĐộc lập - Tự do - Hạnh phúc---------------** | **Mã người bệnh(2)Vào số chuyển DVCLS:** ... |
| Số: ...../20.../PCDVCLS |  |  |

**PHIẾU CHUYỂN DỊCH VỤ CẬN LÂM SÀNG**

Kính gửi: ...............................................................................

Cơ sở khám bệnh, chữa bệnh: ........................................ trân trọng giới thiệu:

 Người bệnh:

 Mẫu bệnh phẩm:………………………………….(Ghi cụ thể tên mẫu bệnh phẩm)

Lý do chuyển:

 Hỏng máy/thiết bị y tế

 Thiếu hóa chất, vật tư xét nghiệm

 Thiếu người thực hiện DVCLS

 Nguyên nhân khác: Ghi rõ nguyên nhân.

Thông tin của người bệnh cụ thể như sau:

- Họ và tên người bệnh: ..............................……………………………………..

- Nam/Nữ: ...........……Năm sinh: ...............

- Địa chỉ: ................................................................................................................

................................................................................................................................

- Dân tộc: ..................................................... Quốc tịch: .......................................

- Nghề nghiệp: ................................................... Nơi làm việc .............................

- Số thẻ bảo hiểm y tế: ...........................................................................................

- Thời hạn sử dụng của thẻ bảo hiểm y tế đến ngày….. tháng……. năm……….

Hết thời hạn: Không xác định được thời hạn:

- Nơi ĐK KCB ban đầu:

- Ngày khám bệnh/ Ngày vào viện:

- Loại khám chữa bệnh ( Ngoại trú: 01; Điều trị ngoại trú: 02; Nội trú: 03):

- Khoa điều trị:

- Chẩn đoán xác định (cần ghi chẩn đoán)

- Bệnh kèm theo (nếu có):

- Dịch vụ cận lâm sàng được chuyển:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **STT** | **Mã DV** | **TÊN DỊCH VỤ** **CẬN LÂM SÀNG** | **Hình thức đưa mẫu** |
| **Người bệnh đến lấy mẫu** | **Mẫu bệnh phẩm đã lấy từ cơ sở** |
| 1 |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |
| … |  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **BÁC SỸ YÊU CẦU****(Ký và ghi rõ họ tên)** | *…, ngày tháng năm* **DUYỆT CHUYỂN DỊCH VỤ** **(Ký và ghi rõ họ tên)** |

***Ghi chú:***

(1) Theo đúng mã đơn vị trên Hệ thống giám định bảo hiểm y tế;

(2) Là mã người bệnh tại cơ sở khám chữa bệnh chỉ định dịch vụ cận lâm sàng.

**Mẫu số 11**

**CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM
Độc lập – Tự do – Hạnh phúc
---------------**

**ĐỀ NGHỊ THANH TOÁN TRỰC TIẾP**

Kính gửi: BHXH.………………………………………………

Họ và tên người bệnh: ………………… Giới tính……………

Sinh ngày: ……./…./…….

Địa chỉ: …………………………………… Số điện thoại ………………………

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Mã thẻ BHYT  |  |  |  |  |  |  | giá trị: từ ……./…./….. đến ……../…./……. |

Nơi đăng ký KCB ban đầu:

Nơi khám chữa bệnh:

Hình thức khám chữa bệnh (nội trú, ngoại trú):

Chẩn đoán:

Số tiền đề nghị thanh toán:

Bằng chữ:

Hình thức nhận thanh toán: Tiền mặt ⬜ Chuyển khoản ⬜

Tài khoản số:

Chủ tài khoản:

Tại ngân hàng:

Lý do chưa được hưởng quyền lợi tại cơ sở KCB:

Chứng từ kèm theo gồm:

1 ……………………...…………………...……2………………………………………

3 ………………………...………………...……4………………………………………

5 ………………………………...………………6..….…………………………………

|  |  |
| --- | --- |
| **Người tiếp nhận hồ sơ** *(ký, họ tên)* | …….., ngày …. tháng ……năm …….**Người đề nghị** *(ký, họ tên)* |

**Mẫu số 12**

**CƠ SỞ KCB.....
PHIẾU XÁC NHẬN TÌNH TRẠNG THIẾU THUỐC, THIẾT BỊ Y TẾ**

 *(Cấp cho bệnh nhân để thực hiện thanh toán trực tiếp)*

Họ tên người bệnh:

Tuổi: Nam/Nữ:

Địa chỉ:

Điện thoại:

Số thẻ BHYT:

Họ tên bác sĩ chỉ định:

Khoa/Phòng:

Tên hoạt chất:

Hàm lượng:

Đường dùng, dạng dùng:

Nhóm, loại vật tư y tế:

Đơn vị tính:

Cơ sở khám bệnh, chữa bệnh và chỉ định điều trị xác nhận về tình trạng thiếu thuốc, vật tư y tế theo quy định tại Điều 42 và Điều 43 Nghị định số…./2025/NĐ-CP. Ghi cụ thể cho từng thuốc, thiết bị y tế như sau:

1. Thuốc thuộc Danh mục thuốc hiếm ban hành kèm theo Thông tư số ..... ngày ....... của Bộ trưởng Bộ Y tế *(ghi rõ đúng hay không)*

*.................................................................................................................................*
*.................................................................................................................................*

2. Thiết bị y tế thuộc 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 08/11/2021 của Chính phủ về quản lý trang thiết bị y tế và Nghị định số 07/2023/NĐ-CP ngày 03/3/2023 của Chính phủ sửa đổi, bổ sung một số điều của Nghị định số 98/2021/NĐ-CP ngày 08/11/2021 của Chính phủ về quản lý trang thiết bị y tế *(ghi rõ đúng hay không).*
*.................................................................................................................................*
*.................................................................................................................................*

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

3.1. 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 của Nghị định số 24/2024/NĐ-CP ngày 27/02/2024 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 *(ghi rõ trường hợp không có thuốc, thiết bị y tế)*

*.................................................................................................................................*
*.................................................................................................................................*

- 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 *(ghi rõ đúng hay không)*

*.................................................................................................................................*
*................................................................................................................................*

- 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 *(ghi rõ đúng hay không)*

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

- Tình trạng sức khỏe, bệnh lý người bệnh được xác định không đủ điều kiện để chuyển *(ghi rõ đúng hay không)*

*.................................................................................................................................*
*.................................................................................................................................*

- 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 *(ghi rõ đúng hay không)*

*.................................................................................................................................*
*.................................................................................................................................*

- Cơ sở khám bệnh, chữa bệnh nơi người bệnh đang khám và điều trị là cơ sở khám bệnh, chữa bệnh cấp chuyên sâu *(ghi rõ đúng hay không)*

*.................................................................................................................................*
3.3. Không thể điều chuyển thuốc, thiết bị y tế giữa các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh theo quy định của pháp luật *(ghi rõ đúng hay không)*

*.................................................................................................................................*
*.................................................................................................................................*
3.4. Thuốc, thiết bị y tế được kê đơn, chỉ định sử dụng phù hợp với phạm vi chuyên môn của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh *(ghi rõ đúng hay không)*

*.................................................................................................................................*
*.................................................................................................................................*
3.5. Thuốc, thiết bị y tế được kê đơn, chỉ định sử dụng thuộc phạm vi quyền lợi của người tham gia bảo hiểm y tế *(ghi rõ đúng hay không)*

*.................................................................................................................................
.................................................................................................................................*

3.6Thuốc, thiết bị y tế được kê đơn, chỉ định sử dụng đã được tính trong cơ cấu giá của dịch vụ kỹ thuật:

⬜ Ngoài cơ cấu giá dịch vụ kỹ thuật

⬜ Trong cơ cấu giá dịch vụ kỹ thuật.

Trường hợp trong cơ cấu giá dịch vụ kỹ thuật, ghi rõ:

- Tên dịch vụ kỹ thuật: ……………………………. Mã dịch vụ kỹ thuật: ……………

- Giá dịch vụ kỹ thuật: …………………………….

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lãnh đạo khoa Dược/Vật tư y tế***(Ký, ghi rõ họ tên)* | **Bác sĩ khám bệnh/điều trị***(Ký, ghi rõ họ tên)* | *...,ngày ... tháng ... năm ...***Đại diện cơ sở KCB***(Ký tên, đóng dấu)* |

1. Địa danh. [↑](#footnote-ref-2)
2. Địa chỉ cụ thể của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh ghi trên GPHĐ/Địa chỉ cơ quan bảo hiểm xã hội. [↑](#footnote-ref-3)
3. Nội dung này dành riêng trong trường hợp cơ sở khám bệnh chữa bệnh là đơn vị đề nghị. [↑](#footnote-ref-4)
4. Liệt kê đầy đủ các giấy tờ, tài liệu nộp kèm theo đơn. Các giấy tờ tài liệu phải đầy đủ và được sắp xếp theo thứ tự quy định tại Nghị định số …/2025/NĐ-CP. [↑](#footnote-ref-5)
5. Người đứng đầu hoặc người được người đứng đầu ủy quyền ký ghi rõ họ, tên và đóng dấu. [↑](#footnote-ref-6)