

Số: /2025/NĐ-CP Hà Nội, ngày tháng năm 2025

NGHỊ ĐỊNH

QUY ĐỊNH CHI TIẾT VÀ HƯỚNG DẪN THI HÀNH MỘT SỐ ĐIỀU
CỦA LUẬT BẢO HIỂM Y TẾDỰ THẢO full
28.02.2025

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

Theo đề nghị của Bộ trưởng Bộ Y tế,

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

Chương I

QUY ĐỊNH CHUNG

Điều 1. Phạm vi điều chỉnh

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

p) Quy định chuyển tiếp đối với việc thực hiện hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế được ký trước ngày 01 tháng 7 năm 2025 mà còn hiệu lực sau ngày 01 tháng 7 năm 2025.

Điều 2. Đối tượng áp dụng

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

2. Nghị định này không áp dụng đối với trường hợp người tham gia bảo hiểm y tế thuộc thẩm quyền quản lý của Bộ Quốc phòng, Bộ Công an khám bệnh, chữa bệnh tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế thuộc thẩm quyền quản lý của Bộ Quốc phòng, Bộ Công an.

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

1. Đối tượng tham gia bảo hiểm y tế theo quy định tại các khoản 1, 2, 3, 4, 5 và 6 Điều 12 của Luật Bảo hiểm y tế.

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

3. Nạn nhân bom mìn vật nổ sau chiến tranh theo quy định tại Khoản 8 Điều 3 của Nghị định số 18/2019/NĐ-CP ngày 01 tháng 02 năm 2019 của Chính phủ về quản lý và thực hiện hoạt động khắc phục hậu quả bom mìn vật nổ sau chiến tranh mà không thuộc đối tượng quy định tại các khoản 1, 2 và 3 Điều 12 của Luật Bảo hiểm y tế.

4. Người được phong tặng danh hiệu nghệ nhân nhân dân, nghệ nhân ưu tú thuộc hộ gia đình có mức thu nhập bình quân đầu người hằng tháng thấp hơn mức lương cơ sở theo quy định của Chính phủ mà không thuộc đối tượng quy định tại các khoản 1, 2 và 3 Điều 12 của Luật Bảo hiểm y tế.

5. Thân nhân của người làm công tác khác trong tổ chức cơ yếu theo quy định của pháp luật về cơ yếu.

6. Người thuộc nhiều đối tượng được ngân sách nhà nước hỗ trợ mức đóng quy định tại các khoản 2, 3 và 4 Điều này và khoản 4 Điều 12 của Luật Bảo hiểm y tế thì được lựa chọn tham gia theo đối tượng có mức hỗ trợ cao nhất.

Điều 4. Mức đóng và trách nhiệm đóng bảo hiểm y tế

1. Mức đóng do người sử dụng lao động đóng hoặc người lao động đóng hoặc cùng đóng được quy định như sau

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

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

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

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

đ) Mức đóng hằng tháng của đối tượng quy định tại điểm h khoản 1 Điều 12 của Luật Bảo hiểm y tế bằng 4,5% tiền lương tháng. Đối với đơn vị sử dụng ngân sách nhà nước thì do ngân sách nhà nước đảm bảo; đối với đơn vị sự nghiệp thì sử dụng kinh phí của đơn vị theo quy định của pháp luật về cơ chế tự chủ của

đơn vị sự nghiệp công lập; đối với doanh nghiệp thì sử dụng kinh phí của doanh nghiệp;

e) Mức đóng hằng tháng của đối tượng quy định tại điểm i khoản 1 Điều 12 của Luật Bảo hiểm y tế bằng 4,5% mức lương cơ sở và trách nhiệm đóng do người sử dụng lao động của công nhân và viên chức quốc phòng đang phục vụ trong quân đội, thân nhân của công nhân công an đang công tác trong công an nhân dân đóng;

g) Mức đóng hằng tháng của đối tượng quy định tại khoản 5 Điều 3 Nghị định này bằng 4,5% mức lương cơ sở. Đối với đơn vị sử dụng ngân sách nhà nước thì do ngân sách nhà nước đảm bảo; đối với đơn vị sự nghiệp thì sử dụng kinh phí của đơn vị theo quy định của pháp luật về cơ chế tự chủ của đơn vị sự nghiệp công lập; đối với doanh nghiệp thì sử dụng kinh phí của doanh nghiệp.

2. Mức đóng do cơ quan bảo hiểm xã hội đóng

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

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

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

3. Mức đóng do ngân sách nhà nước đóng và hỗ trợ mức đóng

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

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

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

d) Mức đóng hằng tháng của đối tượng quy định tại khoản 4 Điều 12 của Luật Bảo hiểm y tế và các khoản 2, 3 Điều 3 Nghị định này bằng 4,5% mức lương cơ sở do đối tượng tự đóng và được ngân sách nhà nước hỗ trợ một phần mức đóng.

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

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

b) Thành viên hộ gia đình quy định tại điểm a khoản 5 Điều 12 của Luật Bảo hiểm y tế cùng tham gia bảo hiểm y tế theo hình thức hộ gia đình trong năm tài chính thì được giảm trừ mức đóng như sau: Người thứ nhất đóng bằng 4,5% mức lương cơ sở; người thứ hai, thứ ba, thứ tư đóng lần lượt bằng 70%, 60%, 50% mức đóng của người thứ nhất; từ người thứ năm trở đi đóng bằng 40% mức đóng của người thứ nhất.

5. Mức hỗ trợ từ ngân sách nhà nước

a) Từ ngày Nghị định này có hiệu lực thi hành, mức hỗ trợ từ ngân sách nhà nước cho một số đối tượng như sau: Tối thiểu 70% mức đóng bảo hiểm y tế đối với đối tượng quy định tại điểm a, g và i khoản 4 Điều 12 của Luật Bảo hiểm y tế. Đối với đối tượng quy định tại điểm g khoản 4 Điều 12 của Luật Bảo hiểm y tế, ngân sách nhà nước hỗ trợ trong thời gian 36 (ba mươi sáu) tháng kể từ thời điểm xã nơi đối tượng đang sinh sống không còn thuộc vùng có điều kiện kinh tế - xã hội khó khăn, đặc biệt khó khăn; Tối thiểu 50% mức đóng bảo hiểm y tế đối với đối tượng quy định tại điểm c, đ, e, h khoản 4 Điều 12 của Luật Bảo hiểm y tế và các khoản 2, 3 Điều 3 Nghị định này; hỗ trợ tối thiểu 30% mức đóng bảo hiểm y tế đối với đối tượng quy định tại điểm d khoản 4 Điều 12 của Luật Bảo hiểm y tế;

b) Ủy ban nhân dân tỉnh, thành phố trực thuộc Trung ương căn cứ khả năng ngân sách địa phương và các nguồn hợp pháp khác xây dựng và trình Hội đồng nhân dân cấp tỉnh quyết định mức hỗ trợ đóng bảo hiểm y tế cao hơn mức hỗ trợ tối thiểu quy định tại điểm a khoản này.

Chương III

THẺ BẢO HIỂM Y TẾ

Điều 5. Lập danh sách cấp thẻ bảo hiểm y tế của một số đối tượng

1. Trách nhiệm lập danh sách cấp thẻ bảo hiểm y tế được thực hiện theo quy định tại khoản 3 Điều 8 và khoản 1 Điều 17 của Luật Bảo hiểm y tế.

2. Đối với người đã hiến bộ phận cơ thể theo quy định của pháp luật, cơ quan bảo hiểm xã hội lập danh sách cấp thẻ bảo hiểm y tế căn cứ vào giấy ra viện do cơ sở khám bệnh, chữa bệnh nơi lấy bộ phận cơ thể của người hiến cấp.

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

4. Đối với đối tượng quy định tại khoản 5 Điều 3 Nghị định này, người sử dụng lao động có trách nhiệm lập danh sách cấp thẻ bảo hiểm y tế.

5. Danh sách đối tượng tham gia bảo hiểm y tế được lập theo mẫu quy định tại phụ lục ban hành kèm theo Nghị định này.

Điều 6. Thông tin thẻ bảo hiểm y tế

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

1. Mã số bảo hiểm y tế.
2. Thông tin cá nhân của người tham gia bảo hiểm y tế, bao gồm: Họ và tên; giới tính; ngày tháng năm sinh; địa chỉ nơi cư trú hoặc nơi làm việc.
3. Mức hưởng bảo hiểm y tế theo đối tượng tham gia bảo hiểm y tế.
4. Thời hạn sử dụng của thẻ bảo hiểm y tế.
5. Nơi đăng ký khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế ban đầu.
6. Thời gian tham gia bảo hiểm y tế 05 năm liên tục trở lên đối với đối tượng phải cùng chi trả chi phí khám bệnh, chữa bệnh.

Điều 7. Thủ tục cấp thẻ bảo hiểm y tế điện tử

1. Thẻ bảo hiểm y tế điện tử được cơ quan bảo hiểm xã hội cấp cho từng người tham gia bảo hiểm y tế trên môi trường điện tử. Thẻ bảo hiểm y tế điện tử có các thông tin quy định tại Điều 6 Nghị định này và được mã hóa bằng QR Code.

2. Cấp thẻ bảo hiểm y tế điện tử đối với trường hợp người tham gia bảo hiểm y tế lần đầu và trường hợp thay đổi thông tin thẻ bảo hiểm y tế:

a) Người tham gia bảo hiểm y tế hoặc cơ quan, tổ chức quản lý đối tượng kê khai đầy đủ thông tin trên Tờ khai tham gia bảo hiểm y tế theo mẫu quy định tại phụ lục ban hành kèm theo Nghị định này trên Cổng dịch vụ công của cơ quan bảo hiểm xã hội.

b) Cổng dịch vụ công của cơ quan bảo hiểm xã hội trả tự động Giấy tiếp nhận hồ sơ và hẹn trả kết quả cấp thẻ bảo hiểm y tế theo mẫu quy định tại phụ lục ban hành kèm theo Nghị định này cho người tham gia bảo hiểm y tế.

c) Trong thời hạn 05 ngày làm việc kể từ ngày nhận được đủ hồ sơ theo quy định tại điểm b khoản này, Cổng dịch vụ công của cơ quan bảo hiểm xã hội trả kết quả thẻ bảo hiểm y tế điện tử vào tài khoản định danh điện tử (VNeID) mức độ 2 của cá nhân và địa chỉ tiếp nhận thông tin trên môi trường điện tử của tổ chức đối với trường hợp người tham gia bảo hiểm y tế đăng ký tham gia qua tổ chức để theo dõi. Người tham gia bảo hiểm y tế sử dụng thiết bị điện tử cầm tay (điện thoại thông minh, máy tính bảng...) được kết nối Internet để nhận thẻ bảo hiểm y tế điện tử.

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

Điều 8. Thủ tục cấp thẻ bảo hiểm y tế bản giấy

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

2. Cấp thẻ bảo hiểm y tế bản giấy đối với trường hợp người tham gia bảo hiểm y tế lần đầu và trường hợp thay đổi thông tin thẻ bảo hiểm y tế:

a) Người tham gia bảo hiểm y tế hoặc cơ quan, tổ chức quản lý đối tượng kê khai đầy đủ thông tin trên Tờ khai tham gia bảo hiểm y tế theo mẫu quy định tại phụ lục ban hành kèm theo Nghị định này tại bộ phận một cửa của cơ quan bảo hiểm xã hội cấp tỉnh hoặc cấp huyện.

b) Cán bộ tiếp nhận hồ sơ tại bộ phận một cửa của cơ quan bảo hiểm xã hội cấp tỉnh hoặc cấp huyện kiểm tra hồ sơ và cấp Giấy tiếp nhận hồ sơ và hẹn trả kết quả cấp thẻ bảo hiểm y tế theo mẫu quy định tại phụ lục ban hành kèm theo Nghị định này cho người tham gia bảo hiểm y tế.

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

Điều 9. Thời hạn thẻ bảo hiểm y tế có giá trị sử dụng

Thời điểm thẻ bảo hiểm y tế có giá trị sử dụng kể từ ngày đóng bảo hiểm y tế, cụ thể như sau:

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

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

a) Trường hợp trẻ em sinh trước ngày 30 tháng 9: từ ngày sinh đến hết ngày 30 tháng 9 của năm trẻ đủ 72 tháng tuổi;

b) Trường hợp trẻ sinh sau ngày 30 tháng 9: từ ngày sinh đến hết ngày cuối của tháng trẻ đủ 72 tháng tuổi.

3. Đối với đối tượng quy định tại điểm r khoản 3 Điều 12 của Luật Bảo hiểm y tế: từ ngày được hưởng trợ cấp xã hội tại quyết định của Ủy ban nhân dân cấp huyện.

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

5. Đối với đối tượng quy định tại điểm m khoản 3 Điều 12 của Luật Bảo hiểm y tế: Ngay sau khi hiến bộ phận cơ thể.

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

7. Đối tượng quy định tại điểm b khoản 4 Điều 12 của Luật Bảo hiểm y tế là học sinh của cơ sở giáo dục phổ thông đóng bảo hiểm y tế hàng năm:

a) Học sinh lớp 1: Từ ngày 01 tháng 10 năm đầu tiên của cấp tiểu học;

b) Học sinh lớp 12: Từ ngày 01 tháng 01 đến hết ngày 30 tháng 9 của năm đó.

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 hàng năm, trong đó:

a) Học sinh, sinh viên năm thứ nhất của khóa học: Từ ngày nhập học; trường hợp thẻ của học sinh lớp 12 đang còn giá trị sử dụng sau ngày nhập học thì đóng từ ngày thẻ bảo hiểm y tế hết hạn;

b) Học sinh, sinh viên năm cuối của khóa học: Từ ngày 01 tháng 01 đến ngày cuối của tháng kết thúc khóa học.

9. Đối tượng khác, thẻ bảo hiểm y tế có giá trị sử dụng từ ngày người tham gia đóng bảo hiểm y tế.

CHƯƠNG IV

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

Điều 10. Phạm vi hưởng về chi phí vận chuyển người bệnh

1. Người tham gia bảo hiểm y tế thuộc đối tượng quy định tại các e, h, i, o và r khoản 3 Điều 12 của Luật Bảo hiểm y tế trong trường hợp đang điều trị nội trú hoặc cấp cứu phải chuyển cơ sở khám bệnh, chữa bệnh được thanh toán chi phí vận chuyển.

2. Việc thanh toán được xác định như sau:

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

b) Mức thanh toán là 0,2 lít xăng RON92 cho 01 km và không áp dụng tỷ lệ mức hưởng theo quy định tại Điều 22 của Luật Bảo hiểm y tế. Đơn giá xăng RON92 theo công bố của cơ quan quản lý có thẩm quyền trên địa bàn của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh vận chuyển người bệnh tại thời điểm (giờ) vận chuyển người bệnh đi được ghi trên giấy chuyển cơ sở khám bệnh, chữa bệnh.

3. Trường hợp cơ sở khám bệnh, chữa bệnh cung cấp dịch vụ vận chuyển chuyển người bệnh, quỹ bảo hiểm y tế thanh toán như sau:

a) Thanh toán chi phí vận chuyển cả chiều đi và về cho cơ sở khám bệnh, chữa bệnh nơi chuyển người bệnh theo đơn giá trên hóa đơn mua xăng hoặc dầu căn cứ theo loại xăng hoặc dầu thực tế tiêu thụ của phương tiện vận chuyển người

bệnh nhưng không cao hơn mức giá xăng thanh toán quy định tại điểm b khoản 2 Điều này.

b) Trường hợp phương tiện vận chuyển người bệnh không sử dụng xăng, dầu thì áp dụng mức thanh toán khoán theo định mức xăng RON92 quy định tại điểm b khoản 2 Điều này.

c) Trường hợp có nhiều hơn 01 (một) người bệnh cùng được vận chuyển trên một phương tiện thì mức thanh toán cũng chỉ được tính như đối với vận chuyển 01 người bệnh.

d) Cơ sở khám bệnh, chữa bệnh chỉ định chuyên người bệnh có trách nhiệm tổng hợp toàn bộ chi phí này và thanh toán với cơ quan bảo hiểm xã hội. Đại diện cơ sở khám bệnh, chữa bệnh tiếp nhận người bệnh ký xác nhận trên phiếu điều xe của cơ sở chuyên người bệnh đi;

4. Trường hợp người bệnh tự túc phương tiện vận chuyển, quỹ bảo hiểm y tế thanh toán như sau:

a) Thanh toán chi phí vận chuyển một chiều (chiều đi) theo hình thức khoán cho cơ sở khám bệnh chữa bệnh nơi tiếp nhận người bệnh theo mức thanh toán quy định tại điểm b khoản 2 Điều này;

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

c) Cơ sở khám bệnh, chữa bệnh nơi tiếp nhận người bệnh tổng hợp chi phí thanh toán với quan bảo hiểm xã hội và hoàn trả chi phí cho người bệnh.

Điều 11. Đối tượng không áp dụng tỷ lệ thanh toán quy định tại điểm c khoản 2 Điều 21 của Luật Bảo hiểm y tế

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

1. Người hoạt động cách mạng trước ngày 01 tháng 01 năm 1945.
2. Người hoạt động cách mạng từ ngày 01 tháng 01 năm 1945 đến ngày khởi nghĩa tháng Tám năm 1945.
3. Bà mẹ Việt Nam anh hùng.
4. Thương binh, người hưởng chính sách như thương binh, thương binh loại B, bệnh binh suy giảm khả năng lao động từ 81% trở lên.
5. Thương binh, người hưởng chính sách như thương binh, thương binh loại B, bệnh binh khi điều trị vết thương, bệnh tật tái phát.
6. Người hoạt động kháng chiến bị nhiễm chất độc hóa học có tỷ lệ suy giảm khả năng lao động từ 81% trở lên.
7. Trẻ em dưới 6 tuổi.

Điều 12. Mức hưởng bảo hiểm y tế trong trường hợp thấp hơn 15% mức lương cơ sở

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

Điều 13. Áp dụng mức hưởng đối với trường hợp có thời gian tham gia bảo hiểm y tế 05 năm liên tục

1. Thời gian tham gia bảo hiểm y tế 05 năm liên tục áp dụng mức hưởng theo quy định tại điểm d khoản 1 Điều 22 của Luật Bảo hiểm y tế được quy định cụ thể như sau:

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

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

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

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

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

2. Thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh như sau:

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

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

trả lớn hơn 06 tháng lương cơ sở và nhận giấy xác nhận không phải cùng chi trả trong năm đó;

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

d) Cách xác định số tiền cùng chi trả trong năm vượt quá 06 tháng lương cơ sở trong trường hợp mức lương cơ sở thay đổi trong năm như sau:

Số tiền cùng chi trả trong năm lớn hơn 06 tháng lương cơ sở để xác định quyền lợi không cùng chi trả lớn hơn số tiền được xác định như sau:

$$(6 - \frac{\text{Tổng số tiền đã cùng chi trả từ 01/01 đến trước ngày thay đổi mức lương cơ sở}}{\text{Mức lương cơ sở cũ}}) \times \text{Mức lương cơ sở mới}$$

Đối với các trường hợp có số tiền cùng chi trả từ 01 tháng 01 đến trước ngày thay đổi mức lương cơ sở đã đủ hoặc vượt quá 6 tháng lương cơ sở thì được hưởng quyền lợi theo quy định và không áp dụng công thức này.

Điều 14. Lộ trình thực hiện và tỷ lệ mức hưởng khi khám bệnh, chữa bệnh ngoại trú tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh cấp cơ bản theo quy định tại điểm e và điểm h khoản 4 Điều 22 của Luật Bảo hiểm y tế như sau

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

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

1. Người có thẻ bảo hiểm y tế đi khám bệnh, chữa bệnh theo yêu cầu được quỹ bảo hiểm y tế thanh toán phần chi phí khám bệnh, chữa bệnh theo phạm vi được hưởng và mức hưởng của Luật Bảo hiểm y tế. Phần chênh lệch giữa chi phí dịch vụ khám bệnh, chữa bệnh theo yêu cầu với chi phí được quỹ bảo hiểm y tế thanh toán do người bệnh thanh toán cho cơ sở khám bệnh, chữa bệnh.

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

Điều 16. Quy định thời điểm áp dụng mức hưởng bảo hiểm y tế trong trường hợp có nhiều mức hưởng hoặc thay đổi mức hưởng

1. Trường hợp người tham gia bảo hiểm y tế có mức hưởng thuộc nhiều trường hợp quy định tại khoản 1 Điều 22 Luật bảo hiểm y tế thì được hưởng theo mức hưởng cao nhất.

2. Trường hợp chuyển đổi mức hưởng bảo hiểm y tế thì mức hưởng bảo hiểm y tế mới được tính từ thời điểm thẻ bảo hiểm y tế mới có giá trị sử dụng (thời điểm có giá trị thẻ từ ngày đóng).

Chương V

HỢP ĐỒNG KHÁM BỆNH, CHỮA BỆNH BẢO HIỂM Y TẾ

Điều 17. Điều kiện ký hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế

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

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 18. Hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế

1. Hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế được ký giữa cơ sở khám bệnh, chữa bệnh đáp ứng đủ điều kiện quy định tại Điều 17 Nghị định này và cơ quan bảo hiểm xã hội được cấp có thẩm quyền giao nhiệm vụ. Mỗi giấy phép hoạt động của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh được ký 01 hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế.

2. Hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế được thực hiện theo mẫu quy tại phụ lục ban hành kèm theo Nghị định này và có các nội dung cơ bản quy định tại Điều 20 Nghị định này.

3. Trường hợp có thay đổi theo quy định tại khoản 2 Điều 19 Nghị định này cơ sở khám bệnh, chữa bệnh và cơ quan bảo hiểm xã hội phải ký phụ lục hợp đồng theo quy định tại Điều 24 Nghị định này.

4. Hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế có thời hạn từ 1 đến 3 năm và có hiệu lực kể từ ngày ký hợp đồng hoặc được quy định cụ thể trong hợp đồng. Trong thời gian 60 ngày trước khi hết hạn hợp đồng đã ký hai bên phải làm thủ tục để ký hợp đồng mới, bảo đảm không gián đoạn việc khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế.

5. Khi kết thúc thời hạn của hợp đồng các bên phải thực hiện thủ tục thanh lý hợp đồng theo quy định tại Điều 27 Nghị định này.

6. Cơ sở khám bệnh, chữa bệnh chỉ được khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế và thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế kể từ thời điểm hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế có hiệu lực. Các bên ký hợp đồng phải bảo đảm các điều kiện của hợp đồng trong suốt thời gian thực hiện hợp đồng.

7. Người đại diện cho cơ sở khám bệnh, chữa bệnh để ký hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế là người đứng đầu cơ sở khám bệnh, chữa bệnh theo quy định của pháp luật về khám bệnh, chữa bệnh hoặc người được người đứng đầu cơ sở khám bệnh, chữa bệnh ủy quyền.

Điều 19. Các trường hợp ký hợp đồng, phụ lục hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế

1. Các trường hợp ký hợp đồng, bao gồm:

a) Trường hợp cơ sở khám bệnh, chữa bệnh được cấp mới giấy phép hoạt động quy định tại các khoản a, b, c, d khoản 1 Điều 52 của Luật Khám bệnh, chữa bệnh;

b) Trường hợp cơ sở khám bệnh, chữa bệnh điều chỉnh giấy phép hoạt động quy định tại các khoản a, b, đ khoản 1 Điều 54 của Luật Khám bệnh, chữa bệnh trừ trường hợp quy định tại điểm b khoản 2 Điều này;

c) Cơ sở khám bệnh, chữa bệnh bổ sung thêm cơ sở khám bệnh, chữa bệnh trực thuộc ngoài khuôn viên của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh đã ký hợp đồng. Trường hợp này ký hợp đồng cho cơ sở khám bệnh, chữa bệnh mới bổ sung.

2. Các trường hợp ký phụ lục hợp đồng, bao gồm:

a) Cơ sở khám bệnh, chữa bệnh thay đổi quy mô giường bệnh vượt quá 10% hoặc vượt quá 30 giường bệnh so với tổng số giường bệnh của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh theo giấy phép hoạt động đã được cấp;

b) Cơ sở khám bệnh, chữa bệnh được cấp có thẩm quyền điều chỉnh giấy phép hoạt động trong trường hợp bổ sung, giảm bớt bộ phận chuyên môn nhưng không làm thay đổi các bộ phận chuyên môn khác trong cơ cấu tổ chức của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh;

c) Cơ sở khám bệnh, chữa bệnh có thay đổi chủ sở hữu theo quy định tại khoản 2 Điều 59 của Nghị định số 96/2023/NĐ-CP.

3. Các trường hợp cơ sở khám bệnh, chữa bệnh thực hiện thủ tục thông báo cho cơ quan bảo hiểm xã hội và không phải ký lại hợp đồng, phụ lục hợp đồng, bao gồm:

a) Cơ sở khám bệnh, chữa bệnh thay đổi quy mô giường bệnh không vượt quá 10% và không vượt quá 30 giường bệnh so với tổng số giường bệnh của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh theo giấy phép hoạt động đã được cấp;

b) Các trường hợp cơ sở khám bệnh, chữa bệnh được cấp lại giấy phép hoạt động quy định tại khoản 1 Điều 53 của Luật Khám bệnh, chữa bệnh;

c) Cơ sở khám bệnh, chữa bệnh được bổ sung, giảm bớt danh mục kỹ thuật;

d) Các trường hợp quy định tại các điểm c, d khoản 1 Điều 54 của Luật Khám bệnh, chữa bệnh;

đ) Cơ sở khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế có thay đổi khác không thuộc trường hợp quy định tại các khoản 1, 2 và các điểm a, b, c, d khoản 3 Điều này.

Điều 20. Nội dung hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế

1. Hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế được lập theo mẫu quy định tại phụ lục ban hành kèm theo Nghị định này.

2. Nội dung cơ bản của hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế theo quy định tại khoản 2 Điều 25 của Luật Bảo hiểm y tế.

3. Tùy theo điều kiện của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh, cơ quan bảo hiểm xã hội và cơ sở khám bệnh, chữa bệnh có thể bổ sung nội dung khác trong hợp đồng và phải được sự thống nhất, đồng thuận của hai bên, không trái quy định của pháp luật về bảo hiểm y tế. Trường hợp không đạt được sự thống nhất, đồng thuận của hai bên về nội dung bổ sung thì không đưa vào hợp đồng.

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.

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

1. Hồ sơ ký hợp đồng bao gồm:

a) Văn bản đề nghị ký hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh theo mẫu quy định 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 14 Nghị định này còn phải có bản chụp văn bản của cơ quan có thẩm quyền xác định cơ sở khám bệnh, chữa bệnh đã được xếp tuyến chuyên môn kỹ thuật trước ngày 01 tháng 01 năm 2025. Các văn bản này phải có đóng dấu xác nhận của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh;

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

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

2. Số lượng hồ sơ: 01 bộ.

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

Điều 22. Hồ sơ ký phụ lục hợp đồng

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

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

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

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

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

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

2. Số lượng hồ sơ: 01 bộ.

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

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

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

2. Trường hợp không có yêu cầu sửa đổi, bổ sung hồ sơ, trong thời hạn 30 ngày làm việc, kể từ ngày nhận đủ hồ sơ hợp lệ (trường hợp nộp hồ sơ bản giấy căn cứ theo ngày ghi trên dấu công văn đến), cơ quan bảo hiểm xã hội phải thực hiện xong việc ký hợp đồng.

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

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

b) Trong thời hạn 60 ngày kể từ ngày nhận được văn bản yêu cầu sửa đổi, bổ sung (trường hợp nộp hồ sơ bản giấy căn cứ theo ngày ghi trên dấu công văn đến), cơ sở khám bệnh, chữa bệnh có trách nhiệm sửa đổi, bổ sung hồ sơ và gửi cơ quan bảo hiểm xã hội để xem xét;

c) Trong thời hạn 20 ngày làm việc, kể từ ngày nhận hồ sơ sửa đổi, bổ sung (trường hợp nộp hồ sơ bản giấy căn cứ theo ngày ghi trên dấu công văn đến), cơ quan bảo hiểm xã hội phải thực hiện ký hợp đồng.

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

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

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

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

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

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

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

Điều 25. Ký hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế tại trạm y tế xã, phường, nhà hộ sinh công lập, phòng khám đa khoa khu vực, cơ sở khám bệnh, chữa bệnh của cơ quan, đơn vị, trường học

1. Tùy theo điều kiện thực tế của địa phương, Sở Y tế trình Ủy ban nhân dân cấp tỉnh quy định việc ký hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế theo 01 trong các hình thức sau đây:

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

b) Trung tâm y tế huyện hoặc bệnh viện thuộc Sở Y tế ký hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế với cơ quan bảo hiểm xã hội cho trạm y tế xã, phường, nhà hộ sinh công lập, phòng khám đa khoa khu vực.

2. Ủy ban nhân dân tỉnh quyết định việc trạm y tế xã, phường, nhà hộ sinh công lập, phòng khám đa khoa khu vực có con dấu, tài khoản riêng để thực hiện ký hợp đồng trực tiếp và thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế với cơ quan bảo hiểm xã hội.

3. Trường hợp ký hợp đồng cho trạm y tế xã, phường, nhà hộ sinh công lập, phòng khám đa khoa khu vực thông qua trung tâm y tế huyện hoặc bệnh viện thuộc Sở Y tế thì trong hợp đồng phải có các nội dung cụ thể cho từng trạm y tế xã, phường, nhà hộ sinh công lập, phòng khám đa khoa khu vực. Người đứng đầu trạm y tế xã và người đứng đầu trung tâm y tế huyện hoặc bệnh viện thuộc Sở Y tế cùng đứng tên ký hợp đồng.

4. Đối với cơ sở khám bệnh, chữa bệnh của cơ quan, đơn vị, trường học (trừ cơ quan, đơn vị, trường học được cấp kinh phí khám bệnh, chữa bệnh trong công tác chăm sóc sức khỏe ban đầu theo quy định khoản 1 Điều 48 Nghị định này), cơ quan bảo hiểm xã hội ký hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế trực tiếp với cơ quan, đơn vị, trường học.

5. Thủ tục ký hợp đồng, phụ lục hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh thực hiện theo quy định tại các Điều 23, 24 Nghị định này.

Điều 26. 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 hợp đồng trong các trường hợp cụ thể như sau:

a) Cơ sở khám bệnh, chữa bệnh tạm dừng hoạt động hoặc bị đình chỉ toàn bộ hoạt động theo quy định của pháp luật;

b) Cơ sở khám bệnh, chữa bệnh không bảo đảm các điều kiện hoạt động theo giấy phép hoạt động khám bệnh, chữa bệnh;

c) Cơ sở khám bệnh, chữa bệnh bị xử phạt vi phạm hành chính do vi phạm nghiêm trọng các điều kiện chuyên môn trong khám bệnh, chữa bệnh ảnh hưởng đến hoạt động khám bệnh, chữa bệnh, tính mạng, sức khỏe người bệnh;

d) Cơ sở khám bệnh, chữa bệnh gian lận, trục lợi bảo hiểm y tế.

2. Thủ tục tạm dừng hợp đồng:

a) Cơ quan bảo hiểm xã hội gửi thông báo bằng văn bản cho cơ sở khám bệnh, chữa bệnh trước ít nhất 10 ngày làm việc trong đó ghi rõ lý do tạm dừng hợp đồng;

b) Cơ sở khám bệnh, chữa bệnh có trách nhiệm thực hiện các biện pháp khắc phục và có văn bản giải trình gửi cơ quan bảo hiểm xã hội đề nghị tiếp tục thực hiện hợp đồng;

c) Trong thời gian 05 ngày làm việc kể từ ngày nhận được văn bản của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh, cơ quan bảo hiểm xã hội có văn bản về việc đồng ý tiếp tục thực hiện hợp đồng hoặc không đồng ý tiếp tục thực hiện hợp đồng và nêu rõ lý do. Trường hợp cơ quan bảo hiểm xã hội không đồng ý tiếp tục thực hiện hợp đồng thì hai bên thực hiện thanh lý hợp đồng và phải thông báo với cơ quan quản lý nhà nước về y tế;

d) Trường hợp không đồng ý với việc tạm dừng hợp đồng, cơ sở khám bệnh, chữa bệnh có văn bản gửi Sở Y tế đối với các đơn vị thuộc Sở và cơ sở y tế trên địa bàn, Bộ Y tế đối với các đơn vị thuộc Bộ, ngành để xem xét, giải quyết;

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

Điều 27. Thanh lý hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế

1. Hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế giữa cơ quan bảo hiểm xã hội và cơ sở khám bệnh, chữa bệnh được thanh lý trong các trường hợp sau đây:

a) Hết thời hạn của hợp đồng;

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

c) Chấm dứt hợp đồng do sự kiện bất khả kháng;

d) Thuộc trường hợp phải ký lại hợp đồng theo quy định tại khoản 1 Điều 19 Nghị định này.

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

3. Hai bên đối chiếu và xác nhận chi phí khám bệnh, chữa bệnh đã được giám định nhưng chưa được thanh toán; Các khoản tiền truy thu hoặc hoàn trả, các khoản tiền phạt, bồi thường (nếu có). Sau khi thống nhất, xác nhận, cơ quan Bảo hiểm xã hội thực hiện thanh toán hoặc thu hồi các khoản tiền liên quan theo quy định.

4. Quyền và nghĩa vụ của cơ quan bảo hiểm xã hội

a) Kiểm tra, xác nhận công nợ, tài liệu đối chiếu quyết toán của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh; Yêu cầu hoàn trả các khoản thanh toán sai quy định (nếu có); Từ chối thanh lý nếu cơ sở khám bệnh, chữa bệnh chưa hoàn tất các nghĩa vụ tài chính hoặc chưa cung cấp đủ tài liệu phục vụ quyết toán;

b) Có trách nhiệm thực hiện thanh toán các khoản chi phí còn nợ đúng thời hạn; không yêu cầu bàn giao hồ sơ bệnh án gốc, trừ trường hợp có quy định khác của pháp luật; hỗ trợ hướng dẫn bệnh nhân đang điều trị tại cơ sở chuyển đổi sang đơn vị khác (nếu cần).

5. Quyền và nghĩa vụ của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh

a) Yêu cầu cơ quan bảo hiểm xã hội thanh toán đầy đủ các khoản chi phí còn nợ; Giữ lại hồ sơ bệnh án theo đúng quy định và chỉ bàn giao tài liệu phục vụ quyết toán; Được đề nghị gia hạn hợp đồng nếu có nhu cầu và đáp ứng điều kiện theo quy định;

b) Có trách nhiệm hoàn thành quyết toán tài chính và thanh toán các khoản phải hoàn trả (nếu có); cung cấp tài liệu phục vụ đối chiếu, kiểm tra nhưng vẫn đảm bảo quy định lưu trữ hồ sơ bệnh án; đảm bảo việc chuyển đổi bệnh nhân sang các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh khác không ảnh hưởng đến quyền lợi của người tham gia bảo hiểm y tế.

Điều 28. Các trường hợp chấm dứt hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Điều 29. Quyền và trách nhiệm của cơ quan bảo hiểm xã hội trong thực hiện hợp đồng

1. Quyền của cơ quan bảo hiểm xã hội

- a) Theo các quy định tại Điều 40 của Luật Bảo hiểm y tế;
- b) Yêu cầu cơ sở khám bệnh, chữa bệnh thực hiện chuyển dữ liệu điện tử để thực hiện thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế theo quy định của Bộ trưởng Bộ Y tế.

2. Trách nhiệm 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 quy định tại phụ lục ban hành kèm theo Nghị định này vào đầu mỗi quý bằng bản điện tử hoặc văn bản có ký tên đóng dấu;
- c) Bảo đảm tuân thủ quy định của pháp luật về khám bệnh, chữa bệnh, quy chế quản lý hồ sơ bệnh án theo quy định của Bộ trưởng Bộ Y tế;
- d) Phối hợp với cơ sở khám bệnh, chữa bệnh trong việc tiếp nhận, kiểm tra thủ tục khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế; thu hồi, tạm giữ thẻ bảo hiểm y tế và xử lý theo thẩm quyền đối với các trường hợp vi phạm; hỗ trợ ứng dụng công nghệ thông tin trong giám định và thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế cho cơ sở khám bệnh, chữa bệnh;
- đ) Hoàn thiện hệ thống giám định và bảo đảm duy trì tiếp nhận, phản hồi kịp thời việc tiếp nhận dữ liệu điện tử, kết quả giám định khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế cho cơ sở khám bệnh, chữa bệnh theo quy định của Bộ trưởng Bộ Y tế;
- e) Tạm ứng, thanh toán và quyết toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế đúng thời hạn.

Điều 30. Quyền và trách nhiệm của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh trong thực hiện hợp đồng

1. Quyền của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh

a) Theo quy định tại Điều 42 của Luật Bảo hiểm y tế và quy định của pháp luật về khám bệnh, chữa bệnh;

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

c) Được đề nghị và khiếu nại cơ quan bảo hiểm xã hội làm rõ lý chậm thanh toán, quyết toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế.

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, đầu thầu để bảo đảm cung ứng thuốc, hóa chất, vật tư y tế, dịch vụ kỹ thuật y tế có chất lượng, hiệu quả và tiết kiệm;

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

d) Gửi dữ liệu điện tử về chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế đề nghị thanh toán chậm nhất trong vòng 07 ngày làm việc kể từ ngày kết thúc việc khám bệnh, chữa bệnh đối với người bệnh theo quy định của Bộ trưởng Bộ Y tế;

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

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

g) 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.

Điều 31. Phương thức giải quyết tranh chấp

Tranh chấp về hợp đồng bảo hiểm y tế được giải quyết thông qua thương lượng giữa các bên. Trường hợp không thương lượng được thì tranh chấp được

giải quyết thông qua hòa giải hoặc Trọng tài hoặc Tòa án theo thỏa thuận trong hợp đồng bảo hiểm y tế và quy định của pháp luật.

Chương VI

THỦ TỤC KHÁM BỆNH, CHỮA BỆNH BẢO HIỂM Y TẾ

Điều 32. Thủ tục khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế quy định tại khoản 1 Điều 28 của Luật Bảo hiểm y tế

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

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

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

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

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

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

chức có thẩm quyền cấp. Trường hợp phải điều trị ngay sau khi hiến thì đại diện của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh nơi lấy bộ phận cơ thể và người bệnh hoặc thân nhân của người bệnh ký xác nhận vào hồ sơ bệnh án.

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

6. Trường hợp người bệnh có thẻ bảo hiểm y tế điện tử khi đi khám bệnh chữa bệnh bảo hiểm y tế mà hệ thống dữ liệu quản lý thẻ bảo hiểm y tế điện tử bị lỗi không truy cập được thì phải đọc mã số bảo hiểm y tế để cơ sở khám bệnh, chữa bệnh thực hiện tra cứu trên hệ thống trước khi thực hiện tiếp nhận khám bệnh, chữa bệnh.

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

Chương VII

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

Điều 33. Thanh toán theo giá dịch vụ

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

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

3. Nguyên tắc thanh toán:

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

b) Chi phí thuốc, thiết bị y tế chưa được tính trong giá dịch vụ khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế hoặc sử dụng trong các dịch vụ kỹ thuật chưa được ban hành giá khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế đã được sử dụng trong khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế trong phạm vi được hưởng và mức hưởng của người

tham gia bảo hiểm y tế được thanh toán theo số lượng thực tế sử dụng và giá mua theo quy định của pháp luật về đấu thầu;

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

Điều 34. Thanh toán theo định suất

1. Thanh toán theo định suất là phương thức thanh toán theo mức phí được xác định trước theo phạm vi dịch vụ cho một đầu thẻ đăng ký tại cơ sở cung ứng dịch vụ y tế trong một khoảng thời gian nhất định. Thanh toán theo định suất được áp dụng đối với cơ sở khám bệnh, chữa bệnh có khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế ngoại trú.

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

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

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

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

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

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

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

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

Điều 35. Phương thức thanh toán theo nhóm chẩn đoán

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

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

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

Quỹ bảo hiểm y tế thanh toán chi phí thuốc, thiết bị y tế được điều chuyển giữa các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế trong trường hợp tại thời điểm người bệnh được kê đơn, chỉ định sử dụng thuốc, thiết bị y tế không có sẵn và không thể thay thế bằng thuốc, thiết bị y tế khác, cụ thể như sau:

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

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

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

2. Tại thời điểm người bệnh được kê đơn, chỉ định, cơ sở khám bệnh, chữa bệnh không có sẵn thuốc, thiết bị y tế do một trong các nguyên nhân sau đây:

a) Trong giai đoạn dịch bệnh nhóm A đối với cơ sở khám bệnh, chữa bệnh bị phong tỏa, cách ly y tế hoặc nằm trong vùng thực hiện việc giãn cách xã hội hoặc thực hiện nhiệm vụ phòng, chống dịch bệnh, không tiếp nhận được người bệnh;

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

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

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

3. Thẩm quyền quyết định trường hợp được nhận thuốc, thiết bị y tế điều chuyển từ cơ sở khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế khác quy định cụ thể như sau:

a) Giám đốc cơ sở khám bệnh, chữa bệnh nơi điều trị cho người bệnh, căn cứ tình hình thực tế và các điều kiện quy định tại khoản 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 để nhận điều chuyển thuốc, thiết bị y tế;

b) Việc quyết định lựa chọn cơ sở khám bệnh, chữa bệnh điều chuyển thuốc, thiết bị y tế bảo đảm phù hợp, hiệu quả, tiết kiệm, khuyến khích thực hiện điều chuyển thuốc, thiết bị y tế đối với các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh trên cùng địa bàn tỉnh, thành phố trực thuộc trung ương.

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

a) Cơ sở khám bệnh, chữa bệnh có trách nhiệm thông báo về việc điều chuyển thuốc, thiết bị y tế và các khoản chi phí mà người bệnh bảo hiểm y tế phải chi trả và phải được người bệnh đồng ý trước khi quyết định viện nhận điều chuyển thuốc, thiết bị y tế từ cơ sở khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế khác;

b) Cơ sở điều chuyển thuốc, thiết bị y tế và cơ sở nhận thuốc, hoá chất, vật tư, thiết bị y tế phải có văn bản giao nhận giữa các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh;

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.

Điều 37. Quy định về việc chuyển người bệnh hoặc mẫu bệnh phẩm đến cơ sở khác đủ điều kiện để thực hiện dịch vụ cận lâm sàng.

1. Các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh chỉ thực hiện chuyển người bệnh hoặc mẫu bệnh phẩm đến cơ sở tiếp nhận được cấp có thẩm quyền phê duyệt đủ điều kiện thực hiện dịch vụ cận lâm sàng. Cơ sở tiếp nhận người bệnh hoặc mẫu bệnh phẩm để thực hiện các dịch vụ cận lâm sàng không được chuyển tiếp người bệnh hoặc mẫu bệnh phẩm đến cơ sở thứ ba (khác).

2. Việc chuyển thực hiện dịch vụ cận lâm sàng được thực hiện theo nguyên tắc phù hợp với yêu cầu về chuyên môn kỹ thuật trong khám bệnh, chữa bệnh, bảo đảm quyền lợi của người tham gia bảo hiểm y tế và theo danh mục như sau:

a) Dịch vụ cận lâm sàng thuộc danh mục dịch vụ kỹ thuật y tế được cơ quan nhà nước có thẩm quyền phê duyệt cho cơ sở khám bệnh, chữa bệnh và đang được thực hiện tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh nhưng tại thời điểm chỉ định sử dụng cho người bệnh, cơ sở khám bệnh, chữa bệnh đó không thực hiện được.

Cơ sở khám bệnh, chữa bệnh nơi chuyển người bệnh hoặc mẫu bệnh phẩm điền thông tin vào mẫu quy định tại phụ lục ban hành kèm theo Nghị định này và gửi kèm trong quá trình chuyển người bệnh hoặc mẫu bệnh phẩm đến cơ sở thực hiện dịch vụ cận lâm sàng;

b) Dịch vụ cận lâm sàng không thuộc danh mục dịch vụ kỹ thuật y tế được cơ quan nhà nước có thẩm quyền phê duyệt cho cơ sở khám bệnh, chữa bệnh nhưng thực tế cần thiết cho các hoạt động chuyên môn theo quy định của Bộ trưởng Bộ Y tế về quản lý, chẩn đoán và điều trị trong khám bệnh, chữa bệnh thì được quỹ bảo hiểm y tế thanh toán.

Người đứng đầu cơ sở khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế nơi chuyển người bệnh hoặc mẫu bệnh phẩm căn cứ chức năng, nhiệm vụ, phạm vi hoạt động chuyên môn được cấp có thẩm quyền phê duyệt đề lập danh sách các dịch vụ cận lâm sàng cần chuyển và ký hợp đồng nguyên tắc với cơ sở thực hiện dịch vụ cận lâm sàng. Trong hợp đồng nguyên tắc có nội dung thống nhất việc cơ quan bảo hiểm xã hội nơi ký hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế giám định về dịch vụ cận lâm sàng đã tiếp nhận và thực hiện tại cơ sở thực hiện dịch vụ cận lâm sàng. Đồng thời, người đứng đầu cơ sở khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế nơi chuyển người bệnh hoặc mẫu bệnh phẩm gửi danh sách các dịch vụ cận lâm sàng cần chuyển và hợp đồng nguyên tắc đến cơ quan bảo hiểm xã hội nơi ký hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế để hai bên ký bổ sung phụ lục Hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế trước khi thực hiện.

3. Cơ sở khám bệnh, chữa bệnh chuyển người bệnh hoặc mẫu bệnh phẩm có trách nhiệm thanh toán chi phí cho cơ sở khám bệnh, chữa bệnh hoặc đơn vị thực hiện dịch vụ, sau đó tổng hợp vào chi phí khám bệnh, chữa bệnh của người bệnh để thanh toán với cơ quan bảo hiểm xã hội. Cơ sở tiếp nhận thực hiện dịch vụ cận lâm sàng không được thu thêm chi phí về khám bệnh và thực hiện dịch vụ cận lâm sàng của người bệnh.

4. Quỹ bảo hiểm y tế thanh toán chi phí dịch vụ cận lâm sàng theo phạm vi, mức hưởng của người tham gia bảo hiểm y tế, cụ thể như sau:

a) Quỹ bảo hiểm y tế thanh toán theo giá dịch vụ cận lâm sàng đã được cấp có thẩm quyền phê duyệt cho cơ sở nơi thực hiện người bệnh hoặc mẫu bệnh phẩm;

b) Trường hợp cơ sở nơi thực hiện dịch vụ cận lâm sàng chưa được cơ quan có thẩm quyền phê duyệt giá, quỹ bảo hiểm y tế thanh toán theo giá dịch vụ kỹ

thuật được cấp có thẩm quyền phê duyệt cho cơ sở khám bệnh, chữa bệnh nơi chuyển người bệnh hoặc mẫu bệnh phẩm;

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

Điều 38. Thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh đối với người bệnh có thời gian tham gia bảo hiểm y tế 05 năm liên tục trở lên

Thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh đối với người bệnh có thời gian tham gia bảo hiểm y tế 05 năm liên tục trở lên và có số tiền cùng chi trả chi phí khám bệnh, chữa bệnh trong năm lớn hơn 06 tháng lương cơ sở theo quy định tại Điều 13 của Nghị định này:

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

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

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

Điều 39. Thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh đối với cơ sở khám bệnh, chữa bệnh có tổ chức khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế vào ngày nghỉ, ngày lễ:

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

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

Điều 40. Thanh toán chi phí dịch vụ khám bệnh, chữa bệnh đối với cơ sở khám bệnh chữa bệnh tư nhân

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

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

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

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

4. Cơ sở khám bệnh, chữa bệnh tư nhân thực hiện các dịch vụ kỹ thuật đã được cơ quan có thẩm quyền phê duyệt danh mục nhưng chưa được Hội đồng nhân dân cấp tỉnh quy định hoặc phê duyệt giá cho cơ sở khám bệnh, chữa bệnh của nhà nước trên địa bàn tỉnh, được thanh toán theo giá dịch vụ khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh của nhà nước thuộc tỉnh giáp ranh hoặc tỉnh khác trên toàn quốc trong trường hợp cơ sở khám bệnh, chữa bệnh của nhà nước thuộc tỉnh giáp ranh không có giá của dịch vụ kỹ thuật đó theo nguyên tắc quy định tại các khoản 1, 2 và 3 Điều này.

Điều 41. Thanh toán trong trường hợp cơ sở khám bệnh, chữa bệnh của nhà nước thực hiện các dịch vụ kỹ thuật đã được cơ quan có thẩm quyền phê duyệt danh mục nhưng chưa được cơ quan có thẩm quyền quy định hoặc phê duyệt giá cho cơ sở khám bệnh, chữa bệnh đó

Trường hợp cơ sở khám bệnh, chữa bệnh của nhà nước thực hiện các dịch vụ kỹ thuật đã được cơ quan có thẩm quyền phê duyệt danh mục nhưng chưa được cơ quan có thẩm quyền quy định hoặc phê duyệt giá cho cơ sở khám bệnh, chữa bệnh đó thì được thanh toán theo giá dịch vụ khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh của nhà nước trên địa bàn tỉnh hoặc tỉnh giáp ranh hoặc tỉnh khác trên toàn quốc trong trường hợp cơ sở khám bệnh, chữa bệnh của nhà nước thuộc tỉnh giáp ranh không có giá của dịch vụ kỹ thuật đó theo nguyên tắc quy định tại các khoản 1, 2, 3 và 4 Điều 40 Nghị định này.

Điều 42. Thanh toán trong trường hợp cơ sở khám bệnh, chữa bệnh của nhà nước thực hiện dịch vụ kỹ thuật đã được cơ quan có thẩm quyền phê duyệt danh mục (trừ các dịch vụ chăm sóc đã tính trong chi phí ngày giường điều trị, các dịch vụ là một công đoạn đã được tính trong chi phí của dịch vụ

khác) nhưng chưa được cơ quan có thẩm quyền quy định hoặc phê duyệt giá dịch vụ kỹ thuật cho cơ sở khám bệnh, chữa bệnh trên toàn quốc hoặc dịch vụ kỹ thuật đã được chỉ định thực hiện nhưng vì nguyên nhân diễn biến bệnh hoặc thể trạng người bệnh nên không thể tiếp tục thực hiện được kỹ thuật đã chỉ định

Cơ sở khám bệnh, chữa bệnh được thanh toán chi phí thực hiện dịch vụ khám bệnh, chữa bệnh, cụ thể như sau:

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

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

Điều 43. Thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh khi cơ sở khám bệnh, chữa bệnh điều chỉnh quy mô giường bệnh

1. Cơ sở khám bệnh, chữa bệnh được thanh toán chi phí trong trường hợp điều chỉnh quy mô giường bệnh của một hoặc một số khoa, phòng tối đa không vượt quá 10% và không quá 30 giường trong tổng số giường bệnh của cơ sở khám bệnh đó nhưng phải bảo đảm các điều kiện nhân lực, cơ sở vật chất, trang thiết bị theo quy định của pháp luật về khám bệnh, chữa bệnh. Cơ sở khám bệnh chữa bệnh thực hiện thông báo cho cơ quan bảo hiểm xã hội về việc thay đổi cơ cấu giường bệnh giữa các khoa để làm căn cứ thanh toán.

2. Người đứng đầu cơ sở khám bệnh, chữa bệnh có thể điều động nhân lực hoặc phân công nhân lực hỗ trợ, kiêm nhiệm tại các khoa phòng được điều chỉnh tăng quy mô giường bệnh.

Điều 44. Thanh toán chi phí mua thuốc, hóa chất, vật tư xét nghiệm, thiết bị y tế cho các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh tư nhân

Cơ sở khám bệnh, chữa bệnh tư nhân sử dụng thuốc thuộc danh mục thuốc do quỹ bảo hiểm y tế chi trả để phục vụ công tác khám bệnh, chữa bệnh thì được quỹ bảo hiểm y tế thanh toán theo giá trúng thầu còn hiệu lực của thuốc cùng tên thương mại, hãng sản xuất, xuất xứ, nồng độ, hàm lượng, đường dùng, cùng nhóm tiêu chí kỹ thuật, dạng bào chế, đơn vị tính hoặc của cùng hóa chất, vật tư xét nghiệm, thiết bị y tế đó, cụ thể như sau:

1. Không vượt đơn giá trúng thầu của các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh công lập tuyến tỉnh, tuyến trung ương hoặc cơ sở khám bệnh, chữa bệnh cùng cấp chuyên môn kỹ thuật trên cùng địa bàn.

2. Trường hợp không có đơn giá quy định tại khoản 1 Điều này, việc xác định đơn giá để thanh toán căn cứ theo đơn giá trúng thầu của thuốc cùng tên thương mại, hãng sản xuất, xuất xứ, nồng độ, hàm lượng, đường dùng, cùng nhóm

tiêu chí kỹ thuật, dạng bào chế, đơn vị tính hoặc của cùng hóa chất, vật tư xét nghiệm, thiết bị y tế đó, theo thứ tự ưu tiên như sau:

- a) Kết quả mua sắm tập trung quốc gia, kết quả đàm phán giá;
- b) Kết quả mua sắm tập trung trên địa bàn;
- c) Kết quả đấu thầu của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh công lập khác trên cùng địa bàn;

d) Kết quả đấu thầu của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh công lập cùng cấp chuyên môn kỹ thuật trên địa bàn lân cận. Trường hợp, không có giá của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh cùng cấp chuyên môn kỹ thuật trên địa bàn lân cận, thực hiện theo kết quả đấu thầu của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh công lập cấp cơ bản hoặc cấp chuyên sâu trên địa bàn lân cận;

đ) Kết quả đấu thầu của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh công lập cùng cấp chuyên môn kỹ thuật trên địa bàn Thành phố Hà Nội, Thành phố Hồ Chí Minh. Trường hợp, không có giá của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh cùng cấp chuyên môn kỹ thuật trên địa bàn lân cận, thực hiện theo kết quả đấu thầu của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh công lập cấp cơ bản hoặc cấp chuyên sâu trên địa bàn Thành phố Hà Nội, Thành phố Hồ Chí Minh.

Điều 45. Thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh một số trường hợp

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

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

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

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

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

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

4. Trường hợp người bệnh sau khi đã điều trị nội trú ổn định nhưng cần phải tiếp tục sử dụng thuốc sau khi ra viện theo chỉ định của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh theo quy định của Bộ trưởng Bộ Y tế, quỹ bảo hiểm y tế thanh toán chi phí thuốc trong phạm vi được hưởng và mức hưởng theo chế độ quy định. Cơ sở khám bệnh, chữa bệnh tổng hợp khoản chi thuốc này vào chi phí khám bệnh, chữa bệnh của người bệnh trước khi ra viện.

5. Trường hợp người có thẻ bảo hiểm y tế đang điều trị nội trú tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh nhưng thẻ bảo hiểm y tế hết hạn sử dụng thì được quỹ bảo hiểm y tế thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh trong phạm vi được hưởng và mức hưởng cho đến khi ra viện nhưng tối đa không vượt quá 15 ngày kể từ ngày thẻ bảo hiểm y tế hết hạn sử dụng.

6. Các khoản chi phí khám bệnh, chữa bệnh đối với trường hợp người tham gia bảo hiểm y tế đến khám bệnh, chữa bệnh trước ngày 01 tháng 01 nhưng ra viện kể từ ngày 01 tháng 01 thì thực hiện như sau:

a) Trường hợp cơ sở khám bệnh, chữa bệnh tiếp tục ký hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế thì tính vào chi phí khám bệnh, chữa bệnh năm sau;

b) Trường hợp cơ sở khám bệnh, chữa bệnh không tiếp tục ký hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế thì tính vào chi phí khám bệnh, chữa bệnh năm đó.

7. Các chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế đã thực hiện trên tài sản, phương tiện và hiện vật được tài trợ nhưng chưa hoàn thành thủ tục xác lập quyền sở hữu toàn dân trong giai đoạn trước ngày 04 tháng 3 năm 2023 được áp dụng theo quy định tại khoản 4 Điều 118 Nghị định số 96/2023/NĐ-CP quy định chi tiết một số điều của Luật Khám bệnh, chữa bệnh.

Điều 46. Quản lý, sử dụng nguồn thu khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế tại trạm y tế xã

1. Nguồn thu khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế được hạch toán riêng cho từng trạm y tế xã.

2. Ngân sách nhà nước bảo đảm chi trả tiền lương cho nhân viên y tế tại trạm y tế xã. Chi phí tiền lương, tiền công, chi phí quản lý được kết cấu trong giá dịch vụ y tế được giữ lại trạm y tế xã để chi thu nhập tăng thêm cho người lao động tại trạm y tế xã và không khấu trừ vào tiền lương, phụ cấp.

Điều 47. Các trường hợp, thẩm quyền, quy trình, thủ tục thu hồi chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế (Đề nghị các cơ quan, đơn vị đề xuất các nội dung cụ thể)

1. Các trường hợp thu hồi chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế.

2. Thẩm quyền thu hồi chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế.
3. Quy trình thu hồi chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế.
4. Thủ tục thu hồi chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế.

Điều 48. Trách nhiệm của các bên liên quan trong việc thu hồi chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế của các bên liên quan (Đề nghị các cơ quan, đơn vị đề xuất các nội dung cụ thể)

1. Trách nhiệm của cơ quan bảo hiểm xã hội.
2. Trách nhiệm của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh.

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

Cơ quan bảo hiểm xã hội thanh toán chi phí trực tiếp cho người tham gia bảo hiểm y tế theo phạm vi hưởng và mức hưởng theo quy định của pháp luật về bảo hiểm y tế, cụ thể như sau:

1. Trong trường hợp người bệnh có số tiền cùng chi trả lũy kế trong năm tài chính tại các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh khác nhau hoặc tại cùng một cơ sở khám bệnh, chữa bệnh lớn hơn 06 tháng lương cơ sở theo quy định tại khoản 2 Điều 38 Nghị định này.

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

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

4. Khám bệnh, chữa bệnh trong thời gian kể từ ngày được xác định thuộc đối tượng do ngân sách nhà nước đóng bảo hiểm y tế nhưng chưa được cấp thẻ bảo hiểm y tế, trừ các trường hợp sau đây:

- a) Trẻ em dưới 6 tuổi;
- b) Trường hợp quy định tại khoản 2 Điều 45 Nghị định này.

5. Trường hợp người bệnh vào cấp cứu tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh không có hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế.

6. Trường hợp khám bệnh, chữa bệnh bệnh bảo hiểm y tế đối với người đã thay đổi thuộc nhóm đối tượng có mức hưởng bảo hiểm y tế cao hơn nhưng chưa

được cấp thẻ bảo hiểm y tế mới, cơ quan bảo hiểm xã hội thanh toán chi phí chênh lệch giữa hai mức hưởng trực tiếp cho người tham gia bảo hiểm y tế.

7. Trường hợp người bệnh tự mua thuốc, thiết bị y tế theo quy định Điều 53 và 54 của Nghị định này.

Điều 50. Hồ sơ đề nghị thanh toán trực tiếp

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

2. Các giấy tờ là bản chụp gồm:

a) Thẻ bảo hiểm y tế, giấy chứng minh nhân thân theo quy định tại khoản 1 Điều 26 Nghị định này. Trường hợp quy định tại khoản 6 Điều 49 Nghị định này, thẻ bảo hiểm y tế bao gồm thẻ có mức hưởng cũ và thẻ có mức hưởng mới cao hơn.

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

c) Đơn thuốc, hồ sơ bệnh án nếu có.

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

4. Trường hợp quy định tại khoản 7 Điều 49 Nghị định này, hồ sơ đề nghị thanh toán trực tiếp thực hiện theo quy định tại Điều 56 Nghị định này.

Điều 51. Quy trình, thủ tục thanh toán trực tiếp

1. Người bệnh hoặc thân nhân hoặc người đại diện hợp pháp theo quy định của pháp luật của người bệnh nộp hồ sơ theo quy định tại Điều 50 Nghị định này cho **cơ quan bảo hiểm xã hội cấp huyện nơi cư trú/nơi cấp thẻ/nơi ký hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế**. Hồ sơ được nộp bằng bản điện tử trên hệ thống dịch vụ công trực tuyến của cơ quan bảo hiểm xã hội theo lộ trình của cơ quan bảo hiểm xã hội đã được cấp có thẩm quyền phê duyệt. Trong thời hạn chưa hoàn thành hệ thống dịch vụ công trực tuyến thì được nộp bản giấy.

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

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

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

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

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

Điều 52. Mức thanh toán trực tiếp đối với trường hợp quy định tại điểm a và điểm b khoản 2 Điều 31 của Luật Bảo hiểm y tế

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

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

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

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

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

4. Trường hợp người bệnh đi khám bệnh, chữa bệnh tại nơi đăng ký khám bệnh, chữa bệnh ban đầu không đúng quy định tại khoản 1 Điều 28 của Luật Bảo hiểm y tế được quỹ bảo hiểm y tế thanh toán theo chi phí thực tế trong phạm vi được hưởng và mức hưởng bảo hiểm y tế nhưng tối đa không quá 0,15 lần mức lương cơ sở tại thời điểm khám bệnh, chữa bệnh đối với trường hợp khám bệnh, chữa bệnh ngoại trú và tối đa không quá 0,5 lần mức lương cơ sở tại thời điểm ra viện đối với trường hợp khám bệnh, chữa bệnh nội trú.

Điều 53. Trường hợp được thanh toán trực tiếp cho người bệnh khi người bệnh tự mua thuốc, thiết bị y tế

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

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

Điều 54. Điều kiện thanh toán chi phí trực tiếp cho người bệnh trong trường hợp người bệnh tự mua thuốc, thiết bị y tế

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Điều 55. Mức thanh toán chi phí trực tiếp cho người bệnh trong trường hợp người bệnh tự mua thuốc, thiết bị y tế

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

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

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

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

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

- a) Kết quả mua sắm tập trung cấp quốc gia hoặc kết quả đàm phán giá;
- b) Kết quả mua sắm tập trung cấp địa phương trên địa bàn;
- c) Kết quả lựa chọn nhà thầu thấp nhất tại thời điểm thanh toán của các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh công lập cấp chuyên sâu, cấp cơ bản hoặc cơ sở khám bệnh, chữa bệnh cùng cấp chuyên môn kỹ thuật trên địa bàn;
- d) Kết quả lựa chọn nhà thầu thấp nhất tại thời điểm thanh toán của các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh công lập cấp chuyên sâu, cấp cơ bản hoặc cơ sở khám bệnh, chữa bệnh cùng cấp chuyên môn kỹ thuật trên địa bàn thành phố Hà Nội, thành phố Hồ Chí Minh.

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

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

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

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

Điều 56. Hồ sơ đề nghị thanh toán chi phí trực tiếp cho người bệnh trong trường hợp người bệnh tự mua thuốc, thiết bị y tế

1. Văn bản đề nghị, các giấy tờ là bản chụp theo quy định tại Điều 50 Nghị định này.

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

Điều 57. Quy trình, thủ tục thanh toán trực tiếp chi phí trực tiếp cho người bệnh trong trường hợp người bệnh tự mua thuốc, thiết bị y tế

1. Người bệnh hoặc thân nhân hoặc người đại diện hợp pháp theo quy định của pháp luật của người bệnh nộp hồ sơ theo quy định tại Điều 56 Nghị định này cho **cơ quan bảo hiểm xã hội nơi ký hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế**. Hồ sơ được nộp bằng bản điện tử trên hệ thống dịch vụ công trực tuyến của cơ quan bảo hiểm xã hội theo lộ trình của cơ quan bảo hiểm xã hội đã được cấp có thẩm quyền phê duyệt. Trong thời hạn chưa hoàn thành hệ thống dịch vụ công trực tuyến thì được nộp bản giấy.

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

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

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

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

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

CHƯƠNG X

QUẢN LÝ VÀ SỬ DỤNG QUỸ BẢO HIỂM Y TẾ

Điều 58. Phân bổ và sử dụng quỹ bảo hiểm y tế

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

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

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

b) Trích để lại cho các cơ sở giáo dục hoặc cơ sở giáo dục nghề nghiệp, cơ quan, tổ chức, doanh nghiệp có đủ điều kiện theo quy định tại Điều 60 Nghị định này.

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

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

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

Điều 59. Nội dung chi và mức chi tổ chức và hoạt động quản lý quỹ bảo hiểm y tế

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

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

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

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

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

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

đ) Chi cho các hoạt động của cơ quan quản lý nhà nước về y tế để tổ chức đánh giá công nghệ y tế và hoạt động của các hội đồng chuyên môn xây dựng, cập nhật danh mục thuốc, thiết bị y tế, dịch vụ kỹ thuật y tế; các hoạt động chuyên môn phục vụ cho việc đánh giá tính hợp lý của việc cung cấp dịch vụ khám bệnh, chữa bệnh khi xảy ra tranh chấp trong việc giám định.

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

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

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

Điều 60. 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:

$$\text{Số tiền trích} = 5\% \times (N_{\text{số người}} \times M_{\text{bảo hiểm y tế}} \times L_{\text{cơ sở}} \times Th)$$

Trong đó:

- $N_{\text{số người}}$: 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.

- $M_{\text{bảo hiểm y tế}}$: 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.

- $L_{\text{cơ sở}}$: 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 61 Nghị định này bằng 1% tính trên số tiền đóng bảo hiểm y tế hằng tháng cho người lao động tại cơ quan, tổ chức, doanh nghiệp. Cơ quan bảo hiểm xã hội có trách nhiệm thanh toán khoản chi này ngay sau khi nhận được tiền đóng bảo hiểm y tế của cơ quan, tổ chức, doanh nghiệp.

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

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

$$\text{Số tiền trích} = 10\% \times (N_{\text{số người}} \times M_{\text{bảo hiểm y tế}} \times L_{\text{cơ sở}} \times Th)$$

Trong đó:

- $N_{\text{số người}}$: Số người tham gia bảo hiểm y tế làm việc trên tàu đánh bắt.
- $M_{\text{bảo hiểm y tế}}$: Mức đóng bảo hiểm y tế đối với người thứ nhất trong hộ gia đình theo quy định tại Điều 4 Nghị định này.
- $L_{\text{cơ sở}}$: Mức lương cơ sở tại thời điểm đóng.
- Th : Số tháng đóng bảo hiểm y tế;

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

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

Điều 61. Điều kiện, nội dung chi, thanh quyết toán kinh phí khám bệnh, chữa bệnh trong công tác chăm sóc sức khỏe ban đầu

1. Cơ sở giáo dục hoặc cơ sở giáo dục nghề nghiệp, cơ quan, tổ chức, doanh nghiệp (trừ cơ sở giáo dục hoặc cơ sở giáo dục nghề nghiệp, cơ quan, tổ chức, doanh nghiệp đã ký hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế theo quy định tại Điều 23 Nghị định này) được cấp kinh phí từ quỹ bảo hiểm y tế để thực hiện khám bệnh, chữa bệnh trong chăm sóc sức khỏe ban đầu khi có đủ các điều kiện sau đây:

a) Có ít nhất một người có đủ điều kiện làm việc chuyên trách hoặc kiêm nhiệm trong công tác chăm sóc sức khỏe ban đầu theo quy định của Điều 19 Luật khám bệnh, chữa bệnh;

b) Có phòng y tế hoặc phòng làm việc riêng để thực hiện việc sơ cấp cứu, xử trí ban đầu cho các đối tượng do cơ sở giáo dục hoặc cơ sở giáo dục nghề

ng nghiệp, cơ quan, tổ chức, doanh nghiệp quản lý khi bị tai nạn thương tích, các bệnh thông thường trong thời gian học tập, làm việc tại cơ sở giáo dục hoặc cơ sở giáo dục nghề nghiệp, cơ quan, tổ chức, doanh nghiệp.

2. Nội dung chi:

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

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

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

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 62. Quản lý và sử dụng quỹ dự phòng

1. Nguồn hình thành quỹ dự phòng:

a) Số tiền được trích hằng năm theo quy định tại điểm b khoản 2 Điều 58 Nghị định này;

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

- c) Tiền sinh lời của hoạt động đầu tư từ quỹ bảo hiểm y tế;
- d) Tiền lãi chậm đóng, trốn đóng bảo hiểm y tế.

2. Nội dung sử dụng quỹ dự phòng:

a) Bổ sung kinh phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế cho các tỉnh, thành phố trong trường hợp số thu bảo hiểm y tế dành cho khám bệnh, chữa bệnh theo quy định tại khoản 1 Điều 58 Nghị định này nhỏ hơn số chi khám bệnh, chữa bệnh trong năm. Sau khi thẩm định quyết toán, bảo hiểm xã hội Việt Nam có trách nhiệm bổ sung toàn bộ phần kinh phí chênh lệch này từ nguồn quỹ dự phòng;

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

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

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

Điều 63. Lập kế hoạch tài chính và quyết toán thu, chi quỹ bảo hiểm y tế (Đã được hướng dẫn tại Điều 36 Nghị định số 146/2018/NĐ-CP):

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

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

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

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

c) Trên cơ sở đề nghị của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh, Bảo hiểm xã hội các tỉnh, thành phố trực thuộc trung ương thông báo số dự kiến chi khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế đến cơ sở khám bệnh, chữa bệnh (không áp dụng làm căn cứ tạm ứng, thanh toán, quyết toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh trong trường hợp vượt số dự kiến chi). Trường

hợp cơ sở khám bệnh, chữa bệnh có số dự kiến chi trong năm tăng hoặc giảm so với số đã được thông báo, cơ sở có văn bản gửi Bảo hiểm xã hội tỉnh, thành phố trực thuộc trung ương trước ngày 15 tháng 10 hằng năm để tổng hợp, điều chỉnh trong phạm vi dự toán được giao của Bảo hiểm xã hội tỉnh, thành phố trực thuộc trung ương;

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

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

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

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

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

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

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

Trường hợp quỹ dự phòng bảo hiểm y tế không đủ để bổ sung kinh phí khám bệnh, chữa bệnh cho các tỉnh, thành phố trực thuộc trung ương, Bảo hiểm xã hội Bộ Quốc phòng, Bảo hiểm xã hội Công an nhân dân, các cơ quan thực hiện theo quy định tại khoản 3 Điều 62 Nghị định này.

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

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

Điều 64. Trốn đóng bảo hiểm y tế

1. Trốn đóng bảo hiểm y tế là hành vi của người sử dụng lao động thuộc một trong các trường hợp sau đây:

a) Các hành vi của người sử dụng lao động quy định tại các điểm a, b và c khoản 1 Điều 48b Luật Bảo hiểm y tế;

b) Người sử dụng lao động bị coi là trốn đóng bảo hiểm y tế khi chưa đóng hoặc đóng chưa đầy đủ số tiền đã trích đóng từ tiền lương của người lao động, kể từ sau ngày đóng bảo hiểm y tế chậm nhất theo quy định.

2. Người sử dụng lao động không bị coi là trốn đóng bảo hiểm y tế khi đã đóng đủ số tiền thuộc trách nhiệm phải đóng của người lao động nhưng chưa có khả năng đóng số tiền thuộc trách nhiệm của người sử dụng lao động do đơn vị gặp thiên tai, dịch họa, dịch bệnh, hỏa hoạn đã báo cáo và được cơ quan có thẩm quyền xem xét, xác nhận.

Điều 65. Xử lý vi phạm pháp luật về bảo hiểm y tế

1. Xác định số tiền phải nộp đối với hành vi chậm đóng, trốn đóng bảo hiểm y tế

a) Xác định số tiền chậm đóng, trốn đóng bảo hiểm y tế

Số tiền chậm đóng, trốn đóng bảo hiểm y tế = PSt x t

Trong đó:

PSt: Số tiền phải đóng phát sinh hằng tháng

t: Số tháng chậm đóng, trốn đóng bảo hiểm y tế

b) Số tiền phạt chậm đóng, trốn đóng bảo hiểm y tế

TLt = PSt x n x 0,03%

Trong đó:

TLt: Số tiền chậm đóng, trốn đóng cho số ngày chậm đóng, trốn đóng

PSt: Số tiền phải đóng phát sinh tháng

n: số ngày chậm đóng

2. Hoàn trả chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế cho người lao động trong trường hợp cơ quan, tổ chức, người sử dụng lao động chậm đóng, trốn đóng bảo hiểm y tế thực hiện như sau:

a) Người lao động khi đi khám bệnh, chữa bệnh đề nghị cơ sở khám bệnh, chữa bệnh xác định số tiền được hưởng trong phạm vi quyền lợi, mức hưởng như đối với người có thẻ bảo hiểm y tế;

b) Người lao động hoặc thân nhân hoặc người đại diện hợp pháp theo quy định của pháp luật của người lao động trực tiếp nộp hồ sơ như quy định Điều 50 Nghị định này cho cơ quan, tổ chức, người sử dụng lao động chậm đóng, trốn đóng bảo hiểm y tế;

c) Cơ quan, tổ chức, người sử dụng lao động có trách nhiệm phải thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh cho người bệnh hoặc thân nhân của người bệnh hoặc người đại diện hợp pháp trong thời hạn 40 ngày, kể từ ngày nhận đủ hồ sơ đề nghị thanh toán.

Chương XI

ĐIỀU KHOẢN THI HÀNH

Điều 66. Điều khoản tham chiếu

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

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

3. Trường hợp hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế được ký trước ngày 01 tháng 7 năm 2025 mà còn hiệu lực sau ngày 01 tháng 7 năm 2025 thì được thực hiện hết thời hạn hợp đồng.

Điều 67. Hiệu lực thi hành

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

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

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

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

c) Nghị định số 02/2025/NĐ-CP ngày 01 tháng 01 năm 2025 của Chính phủ sửa đổi, bổ sung một số điều của Nghị định số 146/2018/NĐ-CP ngày 17 tháng 10 năm 2018 của Chính phủ quy định chi tiết và hướng dẫn biện pháp thi hành Luật Bảo hiểm y tế, Nghị định số 75/2023/NĐ-CP ngày 19 tháng 10 năm 2023 của Chính phủ sửa đổi, bổ sung một số điều Nghị định số 146/2018/NĐ-CP và quy định chi tiết một số điều của Luật số 51/2024/QH15.

3. Bãi bỏ khoản 3 và 4 Điều 95 của Nghị định số 24/2024/NĐ-CP ngày 27 tháng 02 năm 2024 quy định chi tiết một số điều và biện pháp thi hành Luật Đấu thầu về lựa chọn nhà thầu.

Điều 68. Trách nhiệm thi hành

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

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;
- Tòa 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 Công 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	Công văn đề nghị ký hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế
6	Mẫu số 6	Hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh BHYT
7	Mẫu số 7	Danh sách người tham gia bảo hiểm y tế đăng ký khám bệnh, chữa bệnh ban đầu tại
8	Mẫu số 8	Phiếu chuyển dịch vụ cận lâm sàng
9	Mẫu số 9	Phiếu xác nhận tình trạng thiếu thuốc, thiết bị y tế

Mẫu số 1

BHXH.....

CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM
Độc 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 NAM
Độc 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	Số thẻ BHYT đã phát hành trong năm	Nơi đăng ký KCB ban đầu
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).....

Số sổ hộ khẩu (hoặc sổ tạm trú):

Địa chỉ: Thôn (bản, tổ dân phố) Xã (phường, thị trấn).....

Huyện (quận, thị xã, TP thuộc tỉnh): Tỉnh (TP):

STT	Họ và tên	Mã thẻ BHYT T	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]. Huyện:
..... [09.3]. 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]. Huyện: [11.2d]. 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..... Huyện: 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, thị trấn):.....

Huyện (quận, Tx, Tp thuộc tỉnh): 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	I	2	3	4	5	6	7	8	9

....., ngày tháng năm

Người kê khai

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

Mẫu số 5

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

Số: ... /...
V/v đề nghị ký hợp đồng/phụ lục
hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh
bảo hiểm y tế

...¹, ngày ... tháng ... năm ...

Kính gửi: Bảo hiểm xã hội tỉnh (huyện)²

Tên cơ sở đề nghị:

Địa chỉ: ³

Điện thoại:Fax:Email (nếu có):

Số Giấy phép hoạt động khám bệnh, chữa bệnh số: ... Ngày cấp: ... Nơi cấp:.....

Trường hợp đề nghị:

Hồ sơ gửi kèm theo đơn này gồm các giấy tờ sau đây:⁴

(1)

(2)

(3)

Kính đề nghị Quý cơ quan xem xét và ký hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh.

ĐẠI DIỆN CƠ SỞ⁵

¹ Địa danh.

² Tên cơ quan bảo hiểm xã hội đề nghị ký hợp đồng.

³ Địa chỉ cụ thể của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh ghi trên GPBĐ.

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.

⁵ Người đứng đầu hoặc người được người đứng đầu ủy quyền ký ghi rõ họ, tên và đóng dấu.

Mẫu số 6

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 quy định chức năng, nhiệm vụ của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh.....⁽²⁾

Căn cứ Quyết định số..... ngàytháng....năm của về việc quy định chức năng, nhiệm vụ của Bảo hiểm xã hội cấp tỉnh/huyện⁽³⁾

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

Bên A Bảo hiểm xã hội tỉnh/huyện)

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: Giám đốc hoặc Phó Giám đốc (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 công lập, 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 công lập, 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 39 Nghị định số .../NĐ-CP ngày ... 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 hàng 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 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;

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) Thông báo cho cơ sở khám bệnh, chữa bệnh trước và sau khi cập nhật, thay đổi các quy tắc giám định bảo hiểm y tế.

h) Chịu trách nhiệm về kết quả giám định đối với các hồ sơ, các chuyên đề giám định đã thực hiện (được ghi nhận tại mục B bảng tổng hợp chi phí KCB BHYT

đưa vào quyết toán theo Mẫu số C80-HĐ ban hành theo Thông tư số 102/2018/TT-BTC ngày 14/11/2018 của Bộ Tài chính hướng dẫn kế toán bảo hiểm xã hội và quy định tại khoản 3 Điều 29 Luật BHYT).

Điều 5. 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 Điều 27, điểm a khoản 2 Điều 32 và Điều 43 của Luật Bảo hiểm y tế; Điều 30 của Nghị định số .../NĐ-CP ngày ... 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 b và c khoản 2 Điều 21 Nghị định số 146/2018/NĐ-CP ngày 17/10/2018 của Chính phủ và quy định tại khoản 1 Điều 6, khoản 1 Điều 7 và khoản 1 Điều 8 Thông tư số 48/2017/TT-BYT ngày 28/12/2017 của Bộ Y tế (Gửi dữ liệu phục vụ quản lý KCB BHYT ngay sau khi kết thúc lần khám bệnh hoặc kết thúc đợt điều trị ngoại trú hay đợt điều trị nội trú; Gửi dữ liệu về chi phí KCB BHYT đề nghị thanh toán trong vòng 07 ngày làm việc kể từ ngày kết thúc việc KCB đối với người bệnh).

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 d khoản 7 Điều 1 Nghị định số 75/2023/NĐ-CP).

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. Cơ chế xử lý vướng mắc, 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 .../ND-CP ngày ... 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.

(4), (5), (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 7
BẢO HIỂM XÃ HỘI VIỆT NAM
BẢO HIỂM XÃ HỘI tỉnh/huyện...

**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.....

(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 8

CƠ QUAN CHỦ
QUẢN (BYT/SYT..)
TÊN CƠ SỞ KCB

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

Mã người bệnh⁽²⁾
Vào sổ chuyên
DVCLS: ...

Mã đơn vị⁽¹⁾

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 tương đương	TÊN DỊCH VỤ CẬN LÂM SÀNG (Theo Thông tư 43/21)	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 9

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:.....

Bác sĩ KCB 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. Cụ thể như sau:

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

Bác sĩ khám bệnh/điều trị
(Ký, ghi rõ họ tên)

....., ngày.....tháng.....năm

Đại diện cơ sở KCB
(Ký tên, đóng dấu)