

NGHỊ ĐỊNH

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 một số điều của Luật Bảo hiểm y tế

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 ngày 22 tháng 11 năm 2019;

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;

Theo đề nghị của Bộ trưởng Bộ Y tế,

Chính phủ ban hành Nghị định 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 một số điều của Luật Bảo hiểm y tế.

Điều 1. 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 một số điều của Luật Bảo hiểm y tế

1. Sửa đổi, bổ sung một số khoản của Điều 3 như sau:

a) Sửa đổi, bổ sung khoản 8 như sau:

"8. Người thuộc diện hưởng trợ cấp, trợ giúp xã hội hàng tháng theo quy định của pháp luật về người cao tuổi, người khuyết tật và trợ giúp xã hội.";

b) Sửa đổi, bổ sung điểm a khoản 9 như sau:

"a) Người thuộc hộ gia đình nghèo theo chuẩn hộ nghèo giai đoạn 2022-2025 quy định tại Nghị định số 07/2021/NĐ-CP ngày 27 tháng 01 năm 2021 của Chính phủ quy định chuẩn nghèo đa chiều giai đoạn 2021-2025 (sau đây gọi tắt là Nghị định số 07/2021/NĐ-CP) và các văn bản khác của cơ quan có thẩm quyền sửa đổi, bổ sung hoặc thay thế chuẩn nghèo áp dụng cho từng giai đoạn;"

c) Bổ sung khoản 20 sau các khoản 18 và 19 đã được bổ sung bởi khoản 1 Điều 183 của Nghị định số 131/2021/NĐ-CP ngày 30 tháng 12 năm 2021 của

Chính phủ quy định chi tiết và biện pháp thi hành Pháp lệnh ưu đãi người có công với cách mạng như sau:

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

2. Sửa đổi, bổ sung một số khoản của Điều 4 như sau:

a) Sửa đổi, bổ sung khoản 1 như sau:

"1. Người thuộc hộ gia đình cận nghèo theo chuẩn hộ cận nghèo giai đoạn 2022-2025 quy định tại Nghị định số 07/2021/NĐ-CP và các văn bản khác của cơ quan có thẩm quyền sửa đổi, bổ sung hoặc thay thế chuẩn hộ cận nghèo áp dụng cho từng giai đoạn.";

b) Sửa đổi, bổ sung khoản 4 như sau:

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

c) Bổ sung khoản 5 vào sau khoản 4 như sau:

"5. Người dân tộc thiểu số đang sinh sống tại địa bàn các xã khu vực II, khu vực III, thôn đặc biệt khó khăn thuộc vùng đồng bào dân tộc thiểu số và miền núi giai đoạn 2016-2020 mà các xã này không còn trong danh sách các xã khu vực II, khu vực III, thôn đặc biệt khó khăn thuộc vùng đồng bào dân tộc thiểu số và miền núi giai đoạn 2021-2025 theo quyết định của Thủ tướng Chính phủ."

3. Sửa đổi, bổ sung một số khoản của Điều 8 như sau:

a) Sửa đổi, bổ sung các điểm a và b khoản 1 như sau:

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

b) Hỗ trợ tối thiểu 70% mức đóng bảo hiểm y tế đối với đối tượng quy định tại các khoản 1, 2 và 5 Điều 4 Nghị định này;"

b) Sửa đổi, bổ sung khoản 3 như sau:

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

a) Mức hỗ trợ đóng bảo hiểm y tế cho các đối tượng cao hơn mức hỗ trợ tối thiểu quy định tại các điểm b và c khoản 1 Điều 8 Nghị định này;

b) Mức hỗ trợ đóng bảo hiểm y tế cho các đối tượng không được hưởng mức hỗ trợ quy định tại khoản 1 Điều 8 Nghị định này;

c) Đối tượng được hỗ trợ và mức hỗ trợ cùng chi trả chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế cho người tham gia bảo hiểm y tế khi đi khám bệnh, chữa bệnh."

4. Sửa đổi, bổ sung một số khoản của Điều 9 như sau:

a) Sửa đổi, bổ sung khoản 2 như sau:

"2. Đối với các đối tượng quy định tại các khoản 3, 5, 8, 11, 12, 18, 19 và 20 Điều 3 Nghị định này, hằng quý, cơ quan lao động thương binh và xã hội chuyển kinh phí từ nguồn thực hiện chính sách ưu đãi người có công với cách mạng, nguồn thực hiện chính sách bảo trợ xã hội vào quỹ bảo hiểm y tế. Trước ngày 15 tháng 12 hằng năm, cơ quan lao động thương binh và xã hội phải thực hiện xong việc thanh toán, chuyển kinh phí vào quỹ bảo hiểm y tế của năm đó.";

b) Sửa đổi, bổ sung khoản 3 như sau:

"3. Đối với đối tượng quy định tại các khoản 1, 4, 6, 7, 9, 10, 13, 14 và 17 Điều 3 và các khoản 1, 2 và 5 Điều 4 Nghị định này:

a) Hằng quý, cơ quan bảo hiểm xã hội tổng hợp số thẻ bảo hiểm y tế đã phát hành và số tiền đóng, hỗ trợ đóng theo Mẫu số 1 Phụ lục ban hành kèm theo Nghị định này, gửi cơ quan tài chính để chuyển kinh phí vào quỹ bảo hiểm y tế theo quy định tại khoản 9 Điều này;

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

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

5. Sửa đổi, bổ sung các điểm a và e khoản 1 Điều 14 như sau:

a) Sửa đổi, bổ sung điểm a như sau:

"a) 100% chi phí khám bệnh, chữa bệnh đối với các đối tượng quy định tại các khoản 3, 4, 5, 8, 9, 11, 17 và 20 Điều 3 Nghị định này;"

b) Sửa đổi, bổ sung điểm e như sau:

“e) 95% chi phí khám bệnh, chữa bệnh đối với các đối tượng quy định tại khoản 1 Điều 2, các khoản 12, 18 và 19 Điều 3 và các khoản 1, 2 và 5 Điều 4 Nghị định này;”.

6. Sửa đổi, bổ sung khoản 1 Điều 15 như sau:

“1. Người tham gia bảo hiểm y tế khi khám bệnh, chữa bệnh phải xuất trình thẻ bảo hiểm y tế có ảnh hoặc căn cước công dân; trường hợp xuất trình thẻ bảo hiểm y tế chưa có ảnh thì phải xuất trình thêm một trong các giấy tờ tùy thân có ảnh do cơ quan, tổ chức có thẩm quyền cấp hoặc giấy xác nhận của công an cấp xã hoặc giấy tờ khác có xác nhận của cơ sở giáo dục nơi quản lý học sinh, sinh viên; các giấy tờ chứng minh nhân thân hợp pháp khác hoặc giấy tờ được định danh điện tử mức độ 2 theo quy định tại Nghị định số 59/2022/NĐ-CP ngày 05 tháng 9 năm 2022 của Chính phủ quy định về định danh và xác thực điện tử.”.

7. Sửa đổi, bổ sung một số khoản của Điều 21 như sau:

a) Sửa đổi, bổ sung khoản 1 như sau:

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

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

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

b) Sửa đổi, bổ sung điểm a khoản 2 như sau:

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

c) Sửa đổi, bổ sung điểm b khoản 2 như sau:

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

d) Bổ sung các điểm đ và e vào khoản 2 như sau:

“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.”.

8. Sửa đổi, bổ sung khoản 3 Điều 24 như sau:

“3. Nguyên tắc thanh toán:

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

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

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

9. Sửa đổi, bổ sung Điều 36 như sau:

“Điều 36. Lập kế hoạch tài chính và quyết toán

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 90% 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 quyết toán 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 bổ sung kinh phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế để thanh toán cho các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh từ nguồn dự phòng và tổng hợp báo cáo gửi Hội đồng quản lý Bảo hiểm xã hội, Bộ Tài chính, Bộ Y tế và Thủ tướng Chính phủ.

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 35 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 hàng quý theo đúng quy định tại các khoản 1 và 2 Điều 32 Luật Bảo hiểm y tế.

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

10. Sửa đổi, bổ sung một số khoản của Điều 42 như sau:

a) Sửa đổi điểm g khoản 1 như sau:

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

b) Bổ sung điểm i sau điểm h khoản 1 như sau:

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

c) Sửa đổi, bổ sung điểm d Khoản 5 Điều 42 như sau:

“d) Hoàn thiện hệ thống công nghệ thông tin đáp ứng việc tiếp nhận, giám định và phản hồi kịp thời cho cơ sở khám bệnh, chữa bệnh về dữ liệu khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế; bảo đảm chính xác, an toàn, bảo mật thông tin và quyền lợi của các bên liên quan; chủ động rà soát, phát hiện và gửi thông tin cảnh báo kịp thời cho cơ sở khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế về các chi phí khám bệnh,

chữa bệnh bảo hiểm y tế tăng cao so với mức chi phí bình quân của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh cùng hạng, cùng tuyến, cùng chuyên khoa.”

Điều 2. Sửa đổi, bãi bỏ một số quy định 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 một số điều của Luật Bảo hiểm y tế

1. Sửa đổi, bổ sung các mẫu số 5, 6 và 7 tại Phụ lục ban hành kèm theo 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 một số điều của Luật Bảo hiểm y tế bằng các mẫu số 5, 6 và 7 tại Phụ lục ban hành kèm theo Nghị định này.

2. Bãi bỏ khoản 16 Điều 3 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 một số điều của Luật Bảo hiểm y tế.

3. Bãi bỏ các khoản 4, 5 và 6 Điều 24 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 một số điều của Luật Bảo hiểm y tế.

Điều 3. Hiệu lực thi hành

1. Nghị định này có hiệu lực thi hành từ ngày 03 tháng 12 năm 2023.

2. Quy định tại khoản 1, các điểm a và b khoản 2, các khoản 3, 4, 5 và 6 Điều 1 Nghị định này được áp dụng từ ngày 19 tháng 10 năm 2023.

3. Ngân sách nhà nước hỗ trợ cho đối tượng quy định tại điểm c khoản 2 Điều 1 Nghị định này trong thời gian 36 (ba mươi sáu) tháng kể từ ngày 01 tháng 11 năm 2023

4. Quy định tại khoản 8 Điều 1 và khoản 3 Điều 2 Nghị định này được áp dụng từ ngày 01 tháng 01 năm 2019. Việc thanh toán, quyết toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế từ ngày 01 tháng 01 năm 2019 thực hiện theo quy định tại Điều 30, Điều 31 và khoản 2 Điều 32 Luật Bảo hiểm y tế và quy định tại khoản 8 Điều 1 Nghị định này.

Điều 4. Điều khoản chuyển tiếp

Người tham gia bảo hiểm y tế vào cơ sở khám bệnh, chữa bệnh để điều trị trước ngày Nghị định này có hiệu lực nhưng ra viện từ ngày Nghị định này có hiệu lực thì được quỹ bảo hiểm y tế thanh toán trong phạm vi được hưởng và mức hưởng theo quy định của Luật Bảo hiểm y tế, theo quy định tại các điểm b, c, d, đ, g và h khoản 1, các khoản 2, 3, 4 và 5 Điều 14 Nghị định số 146/2018/NĐ-CP và quy định tại khoản 5 Điều 1 Nghị định này.

Điều 5. 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
KT. THỦ TƯỚNG
PHÓ THỦ TƯỚNG**



Trần Hồng Hà



Phụ lục

*Nghị định số 75 /2023/NĐ-CP ngày 19 tháng 10 năm 2023
của Chính phủ)*

Mẫu số 5	Giấy hẹn khám lại
Mẫu số 6	Giấy chuyển tuyến khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế
Mẫu số 7	Hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế Năm

Mẫu số 5

CƠ QUAN CHỦ QUẢN
(BYT/SYT/...)
TÊN CƠ SỞ KHÁM
BỆNH CHỮA BỆNH

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

Số:

GIẤY HẸN KHÁM LẠI

Họ tên người bệnh: Nam Nữ

Sinh ngày tháng năm

Nơi cư trú:

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:

Khám bệnh: ngày tháng ... năm 202...

Vào viện: ngày tháng ... năm 202...;

Xác định lý do khi người bệnh vào viện:

Cấp cứu: Đúng tuyến: Không đúng tuyến:

Ra viện: ngày tháng ... năm 202.....

Chẩn đoán:

Bệnh kèm theo:

Hẹn khám lại vào giờ ngày tháng năm 202... hoặc đến bất kỳ thời gian nào trước ngày hẹn khám lại nếu có dấu hiệu (triệu chứng) bất thường. Trường hợp quá thời gian hẹn khám lại, trong thời gian 10 ngày kể từ ngày được hẹn khám lại, người bệnh liên hệ nhân viên y tế để đăng ký lịch khám phù hợp hoặc tự đến khám lại.

Giấy hẹn khám lại chỉ có giá trị sử dụng một lần kể từ thời điểm cấp giấy hẹn khám lại này./.

BÁC SĨ, Y SĨ KHÁM BỆNH
(Ký tên)
..., ngày ... tháng năm ...

**ĐẠI DIỆN CƠ SỞ KHÁM BỆNH,
CHỮA BỆNH**
(Ký tên, đóng dấu)

Mẫu số 6

CƠ QUAN CHỦ
QUẢN (BYT/SYT...)
TÊN CƠ SỞ KHÁM
BỆNH, CHỮA BỆNH

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

Số Hồ sơ:
Vào sổ chuyển
tuyến số:

Số:/202.../GCT

GIẤY CHUYỂN TUYẾN KHÁM BỆNH, CHỮA BỆNH BẢO HIỂM Y TẾ

Kính gửi:

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

- 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:

- Đã được khám bệnh, điều trị:

+ Tại: (Tuyến) từ ngày tháng năm
202... đến ngày tháng năm 202...

+ Tại: (Tuyến) từ ngày tháng năm
202... đến ngày tháng năm 202...

TÓM TẮT BỆNH ÁN

- Dấu hiệu lâm sàng:

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

- Kết quả xét nghiệm, cận lâm sàng:.....

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

- Chẩn đoán:.....

.....
.....

- Phương pháp, thủ thuật, kỹ thuật, thuốc đã sử dụng trong điều trị:.....

.....

.....

- Tình trạng người bệnh lúc chuyển tuyến:.....

.....

.....

- Lí do chuyển tuyến: Khoanh tròn vào mục 1 hoặc 2 lý do chuyển tuyến. Trường hợp chọn mục 1, đánh dấu (X) vào ô tương ứng.

(1) Đủ điều kiện chuyển tuyến:

a) Phù hợp với quy định chuyển tuyến(*):

b) Không phù hợp với khả năng đáp ứng của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh.

(2) Theo yêu cầu của người bệnh hoặc người đại diện hợp pháp của người bệnh.

- Hướng điều trị:

.....

.....

- Chuyển tuyến hồi: giờ phút, ngày tháng năm 202.....

- Phương tiện vận chuyển:

- Họ tên, chức danh, trình độ chuyên môn của người hộ tống (nếu có):

.....

BÁC SĨ, Y SỸ KHÁM,

ĐIỀU TRỊ

(Ký và ghi rõ họ tên)

Ngày tháng năm 202...

NGƯỜI CÓ THẨM QUYỀN

CHUYỂN TUYẾN

(Ký tên, đóng dấu của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh)

(*). Người bệnh đi khám bệnh, chữa bệnh đúng tuyến chuyên môn kỹ thuật trong khám bệnh, chữa bệnh bao gồm được chuyển lên tuyến trên hoặc chuyển về tuyến dưới hoặc chuyển giữa các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh trong cùng tuyến theo quy định của pháp luật.

Mẫu số 7

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 202...

(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 146/2018/NĐ-CP ngày 17 tháng 10 năm 2018 của Chính phủ quy định chi tiết và hướng dẫn biện pháp thi hành một số điều của 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 của Nghị định số 146/2018/NĐ-CP;

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 202.... 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 202.....)⁽⁴⁾

Bên B: (Tên cơ sở khám bệnh, chữa bệnh *hoặc* cơ quan ký hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh):

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 202.....)⁽⁵⁾

Sau khi thỏa thuận, hai 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 bảo đảm khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế theo quy định; thực hiện đầu thầu mua sắm thuốc, hóa chất, vật tư y tế bảo đảm đúng quy định để đáp ứng việc cung ứng dịch vụ kỹ thuật y tế thuộc phạm vi chuyên môn kỹ thuật của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh và các dịch vụ kỹ thuật theo quy định của pháp luật về khám bệnh, chữa bệnh và phạm vi được hưởng của người tham gia bảo hiểm y tế.

Điều 2. 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 3. 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 146/2018/NĐ-CP ngày 17 tháng 10 năm 2018 của Chính phủ quy định chi tiết và hướng dẫn biện pháp thi hành một số điều của 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 của Nghị định số 146/2018/NĐ-CP và các văn bản liên quan theo quy định của pháp luật.

Điều 4. 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 bảo đảm thực hiện nội dung quy định tại Khoản 2 Điều 1 Hợp đồng này.
- c) Yêu cầu bên B cung cấp tài liệu để phục vụ công tác giám định, bao gồm: hồ sơ bệnh án, đề án liên doanh, liên kết thực hiện dịch vụ kỹ thuật y tế, hợp đồng làm việc giữa cơ sở khám bệnh, chữa bệnh và người hành nghề (nếu có); Quyết định của cơ quan có thẩm quyền về thực hiện Đề án hoặc hợp đồng chuyển giao kỹ thuật, hỗ trợ y tế cho tuyến dưới; danh mục dịch vụ kỹ thuật; danh mục và giá thuốc, hóa chất, vật tư y tế thuộc phạm vi được hưởng của người tham gia bảo hiểm y tế sử dụng tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh”.
- d) 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 khoản 5 Điều 41 của Luật Bảo hiểm y tế và các Điều 19, 20 và 21 Nghị định số 146/2018/NĐ-CP ngày 17 tháng 10 năm 2018 của Chính phủ và các văn bản sửa đổi, bổ sung, hoặc thay thế.
- b) Thực hiện tạm ứng cho bên B theo quy định tại khoản 1 Điều 32 của Luật Bảo hiểm y tế; trường hợp hai bên chưa thống nhất về kết quả giám định, bên A vẫn thực hiện tạm ứng cho bên B theo quy định tại Điều 32 của Luật Bảo hiểm y tế;

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.

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 theo quy định tại Điều 43 của Luật Bảo hiểm y tế.

b) Chỉ định sử dụng thuốc, hóa chất, vật tư y tế, dịch vụ y tế đảm bảo hợp lý, an toàn, hiệu quả; tránh lãng phí, không lạm dụng;

c) Cung cấp cho bên A các tài liệu để thực hiện công tác giám định, bao gồm: hồ sơ bệnh án; đề án liên doanh, liên kết thực hiện dịch vụ kỹ thuật y tế, hợp đồng làm việc giữa cơ sở khám bệnh, chữa bệnh và người hành nghề (nếu có); Quyết định của cơ quan có thẩm quyền về thực hiện Đề án hoặc hợp đồng chuyên giao kỹ thuật, hỗ trợ y tế cho tuyến dưới; danh mục dịch vụ kỹ thuật; danh mục và giá thuốc, hóa chất, vật tư y tế thuộc phạm vi được hưởng của người tham gia bảo hiểm y tế sử dụng tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh;

d) Trường hợp có thay đổi danh mục dịch vụ kỹ thuật, danh mục và giá thuốc, hóa chất, vật tư y tế được cấp có thẩm quyền phê duyệt và nhân sự trong thực hiện công việc thuộc hợp đồng phải thông báo bằng văn bản cho bên A biết và cập nhật lên Cổng tiếp nhận của Hệ thống thông tin giám định bảo hiểm y tế;

đ) 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

Từ ngày tháng ... năm 202... đến hết ngày 31 tháng 12 năm 202...

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 hoặc chấm dứt hợp đồng thì thực hiện theo quy định tại điểm e khoản 2 Điều 25 của Luật Bảo hiểm y tế, Điều 22 hoặc Điều 23 Nghị định số 146/2018/NĐ-CP ngày 17 tháng 10 năm 2018 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 B

(Ký, ghi rõ họ và tên, đóng dấu)

ĐẠI DIỆN BÊN A

(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): ghi trong trường hợp hai bên cử đại diện cho Giám đốc ký Hợp đồng.
- * 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.