

**BỘ Y TẾ**

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

Số: 8802/BYT-BH  
V/v hướng dẫn bổ sung việc thực  
hiện Thông tư 35/2016/TT-BYT

Hà Nội, ngày 09 tháng 12 năm 2016

Kính gửi:

- Ủy ban nhân dân tỉnh/thành phố trực thuộc Trung ương; ✓
- Bảo hiểm xã hội Việt Nam;
- Y tế các Bộ/ngành;
- Các đơn vị sự nghiệp trực thuộc Bộ Y tế.

Bộ Y tế nhận được Công văn số 4755/BHXXH-CSYT ngày 29/11/2016 của Bảo hiểm xã hội Việt Nam về việc thanh toán chi phí dịch vụ vật tư y tế theo tỷ lệ và phản ánh của một số đơn vị, địa phương về một số vướng mắc trong triển khai Thông tư số 35/2016/TT-BYT ngày 28/9/2016 ban hành Danh mục và tỷ lệ, điều kiện thanh toán đối với dịch vụ kỹ thuật y tế thuộc phạm vi được hưởng của người tham gia bảo hiểm y tế (sau đây gọi tắt là Thông tư 35), Bộ Y tế hướng dẫn một số nội dung như sau:

1. Tỷ lệ, mức thanh toán đối với dịch vụ kỹ thuật “Lọc máu cấp cứu” (số 1 Danh mục 1), thực hiện như sau:

- Trường hợp phải đặt catheter, thanh toán bằng giá của dịch vụ kỹ thuật “Thận nhân tạo cấp cứu”.

- Trường hợp không phải đặt catheter (do sử dụng được AVF có sẵn), thanh toán bằng giá của dịch vụ kỹ thuật “Thận nhân tạo cấp cứu” trừ (-) đi 130.000 đồng (tương đương  $\frac{1}{4}$  (một phần tư) giá của catheter).

2. Điều kiện thanh toán đối với dịch vụ kỹ thuật “Phẫu thuật thể thủy tinh bằng phaco và femtosecond có hoặc không đặt IOL/Phẫu thuật thể thủy tinh bằng phaco” (số 14 Danh mục 1), thực hiện như sau:

a) Đối với người bệnh đục thể thủy tinh có thị lực  $< 3/10$ :

- Cơ sở khám bệnh, chữa bệnh có khám bệnh, chữa bệnh chuyên khoa mắt; Trường hợp người bệnh còn mắt độc nhất thì chỉ được thực hiện tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh tuyến tỉnh, tuyến trung ương hoặc cơ sở khám bệnh, chữa bệnh hạng II trở lên.

- Người thực hiện dịch vụ kỹ thuật là bác sỹ được đào tạo định hướng chuyên khoa mắt trở lên và có chứng chỉ đào tạo phẫu thuật viên phaco;

b) Đối với người bệnh đục thể thủy tinh có thị lực  $\geq 3/10$ :

- Cơ sở khám bệnh, chữa bệnh có khám bệnh, chữa bệnh chuyên khoa mắt từ tuyến tỉnh, tuyến trung ương hoặc cơ sở khám bệnh, chữa bệnh hạng II trở lên;

- Người thực hiện dịch vụ kỹ thuật là bác sỹ chuyên khoa cấp 1 chuyên ngành mắt hoặc tương đương trở lên có chứng chỉ đào tạo phẫu thuật viên phaco;

Lưu ý: thị lực 3/10 (cách ghi thập phân) tương đương với thị lực 20/80 (cách ghi Snellen).

3. Điều kiện thanh toán đối với dịch vụ kỹ thuật “Chụp cộng hưởng từ khác” (số 65 của Danh mục 2), thực hiện như sau:

Giám đốc cơ sở khám bệnh, chữa bệnh quy định các trường hợp được chỉ định chụp và gửi cơ quan bảo hiểm xã hội. Nếu Giám đốc cơ sở khám bệnh, chữa bệnh không quy định được các trường hợp chỉ định chụp thì Giám đốc cơ sở khám bệnh, chữa bệnh (hoặc người được ủy quyền) phê duyệt hoặc có hội chẩn trước khi chụp cho người bệnh.

4. Về áp dụng Quyết định số 36/2005/QĐ-BYT.

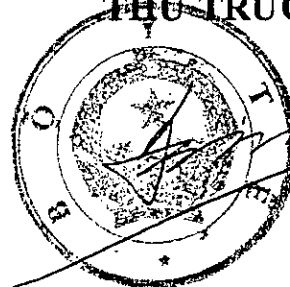
Trường hợp người bệnh vào viện từ ngày 01/12/2016, được cơ sở y tế chỉ định sử dụng dịch vụ kỹ thuật quy định tại Quyết định số 36/2005/QĐ-BYT ngày 31/10/2005 của Bộ trưởng Bộ Y tế về việc ban hành Danh mục dịch vụ kỹ thuật cao, chi phí lớn, thực hiện như sau: Quỹ bảo hiểm y tế thanh toán trong phạm vi được hưởng, mức hưởng và theo điều kiện, tỷ lệ thanh toán theo quy định của Thông tư số 35, không áp dụng quy định “quỹ bảo hiểm y tế thanh toán không vượt quá 40 tháng lương cơ sở cho một lần sử dụng dịch vụ kỹ thuật đó”.

Trong quá trình tổ chức thực hiện, nếu có khó khăn, vướng mắc đề nghị các đơn vị, địa phương tiếp tục phản ánh về Bộ Y tế để xem xét giải quyết.

**Nơi nhận:**

- Như trên;
- Bộ trưởng (để báo cáo);
- Các Thứ trưởng Bộ Y tế;
- Văn phòng Chính phủ (để báo cáo);
- Bộ Tài chính;
- BHXH Việt Nam;
- Sở Y tế các tỉnh/thành phố thuộc TW;
- Cục QL KCB, Vụ KHTC, Vụ PC;
- Lưu: VT, BH.

**KT. BỘ TRƯỞNG  
THỨ TRƯỞNG**



**Phạm Lê Tuấn**

## PHIẾU XIN Ý KIẾN

đối với một số nội dung quy định tại dự thảo Nghị định sửa đổi  
Nghị định số 105/2014/NĐ-CP ngày 15/11/2014 của Chính phủ quy định  
chi tiết và hướng dẫn thi hành một số điều của Luật Bảo hiểm y tế  
(Kèm theo Công văn số /BYT-BH ngày tháng 12 năm 2016)

**1. Về đối tượng tham gia BHYT là học sinh, sinh viên là người nước ngoài không hưởng học bổng của Chính phủ Việt Nam**

**Phương án 1:** Không quy định là đối tượng phải tham gia BHYT (như dự thảo Nghị định)

Đồng ý  Không đồng ý  Ý kiến khác

Nếu không đồng ý, xin nêu lý do; nếu có ý kiến khác, đề nghị ghi cụ thể:

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

**Phương án 2:** Quy định là đối tượng phải tham gia BHYT

Đồng ý  Không đồng ý  Ý kiến khác

Nếu không đồng ý, xin nêu lý do; nếu có ý kiến khác, đề nghị ghi cụ thể:

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

**2. Về việc phương thức thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh theo phí dịch vụ**

**Phương án 1:** Không giao quỹ khám bệnh, chữa bệnh BHYT cho cơ sở KCB BHYT ban đầu; có áp dụng tổng mức thanh toán KCB cho cơ sở y tế.

Đồng ý  Không đồng ý  Ý kiến khác

Nếu không đồng ý, xin nêu lý do; nếu có ý kiến khác, đề nghị ghi cụ thể:

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

**Phương án 2:** Giao quỹ khám bệnh, chữa bệnh BHYT cho cơ sở khám bệnh, chữa bệnh (như đang thực hiện theo quy định tại Thông tư liên tịch số

41/2014/TTLT-BYT-BTC ngày 24/11/2014 của Bộ Y tế, Bộ Tài chính hướng dẫn thực hiện BHYT).

Đồng ý  Không đồng ý  Ý kiến khác

Nếu không đồng ý, xin nêu lý do; nếu có ý kiến khác, đề nghị ghi cụ thể:

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

### 3. Về phương thức thanh toán theo định suất

**Phương án 1.** Chỉ quy định nguyên tắc và giao Bộ Y tế xây dựng, trình Chính phủ ban hành Nghị định về Phương thức này.

Đồng ý  Không đồng ý  Ý kiến khác

Nếu không đồng ý, xin nêu lý do; nếu có ý kiến khác, đề nghị ghi cụ thể:

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

**Phương án 2.** Hướng dẫn chi tiết trong dự thảo Nghị định (tương tự như quy định tại Thông tư liên tịch số 41, nhưng không áp dụng quy định “quỹ định suất không quá quỹ khám bệnh, chữa bệnh tính trên số thẻ đăng ký tại nơi đăng ký khám bệnh, chữa bệnh ban đầu”).

Đồng ý  Không đồng ý  Ý kiến khác

Nếu không đồng ý, xin nêu lý do; nếu có ý kiến khác, đề nghị ghi cụ thể:

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

### 4. Về chăm sóc sức khỏe ban đầu

**Phương án 1.** Giao nhiệm vụ cho cơ quan đơn vị, trường học có đủ điều kiện để thực hiện; trường hợp không đủ điều kiện thì giao cơ quan BHXH thỏa thuận với cơ quan đơn vị, trường học để bổ sung vào Hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh BHYT của bệnh viện huyện hoặc trung tâm y tế huyện trên địa bàn để thực hiện công tác chăm sóc sức khỏe ban đầu (như dự thảo Nghị định).

Đồng ý  Không đồng ý  Ý kiến khác

Nếu không đồng ý, xin nêu lý do; nếu có ý kiến khác, đề nghị ghi cụ thể:

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

**Phương án 2.** Giao số tiền trích cho cơ quan, đơn vị, trường học cho trạm y tế xã để thực hiện nhiệm vụ chăm sóc sức khỏe ban đầu

Đồng ý  Không đồng ý  Ý kiến khác

Nếu không đồng ý, xin nêu lý do; nếu có ý kiến khác, đề nghị ghi cụ thể:

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

**Xác nhận của cơ quan, đơn vị**  
(Ký tên và đóng dấu)

Số: /2017/NĐ-CP

Hà Nội, ngày tháng năm 2017

**NGHỊ ĐỊNH**  
**Quy định chi tiết và hướng dẫn thi hành**  
**một số điều của Luật bảo hiểm y tế**

*Căn cứ Luật tổ chức Chính phủ ngày 19 tháng 6 năm 2015;*

*Căn cứ Luật bảo hiểm y tế ngày 14 tháng 11 năm 2008 và 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 quy định chi tiết và hướng dẫn thi hành một số điều của Luật bảo hiểm y tế.*

**Chương I**  
**ĐỐI TƯỢNG THAM GIA BẢO HIỂM Y TẾ**

**Điều 1. Nhóm do người lao động và người sử dụng lao động đóng**

1. Người lao động làm việc theo hợp đồng lao động không xác định thời hạn, hợp đồng lao động có thời hạn từ đủ 3 tháng trở lên; người quản lý doanh nghiệp, đơn vị sự nghiệp ngoài công lập và người quản lý điều hành hợp tác xã hưởng tiền lương; cán bộ, công chức, viên chức.

Đối với người lao động là người nước ngoài làm việc theo hợp đồng lao động có thời hạn từ 3 tháng trở lên và được trả lương tại Việt Nam thì tham gia BHYT theo quy định tại Khoản này, trừ trường hợp có quy định khác tại Hiệp ước hoặc Điều ước được ký kết mà Việt Nam là thành viên.

2. Người hoạt động không chuyên trách ở xã, phường, thị trấn theo quy định của pháp luật.

**Điều 2. Nhóm do cơ quan bảo hiểm xã hội đóng**

1. Người hưởng lương hưu, trợ cấp mất sức lao động hằng tháng.

2. Người đang hưởng trợ cấp bảo hiểm xã hội hằng tháng do bị tai nạn lao động, bệnh nghề nghiệp; công nhân cao su đang hưởng trợ cấp hằng tháng.

3. Người lao động nghỉ việc hưởng trợ cấp ốm đau do mắc bệnh thuộc Danh mục bệnh cần chữa trị dài ngày do Bộ Y tế ban hành.

4. Người từ đủ 80 tuổi trở lên đang hưởng trợ cấp tuất hằng tháng theo quy định của pháp luật về bảo hiểm xã hội.

5. Cán bộ xã, phường, thị trấn đã nghỉ việc đang hưởng trợ cấp bảo hiểm xã hội hằng tháng.

6. Người lao động trong thời gian nghỉ việc hưởng chế độ thai sản khi sinh con hoặc nhận nuôi con nuôi.

7. Người đang hưởng trợ cấp thất nghiệp.

### **Điều 3. Nhóm do ngân sách nhà nước đóng**

1. Sĩ quan, quân nhân chuyên nghiệp, hạ sĩ quan, binh sĩ quân đội đang tại ngũ; sĩ quan, hạ sĩ quan nghiệp vụ và sĩ quan, hạ sĩ quan chuyên môn, kỹ thuật đang công tác trong lực lượng công an nhân dân, học viên công an nhân dân, hạ sĩ quan, chiến sĩ phục vụ có thời hạn trong công an nhân dân; người làm công tác cơ yếu hưởng lương như đối với quân nhân; học viên cơ yếu được hưởng chế độ, chính sách theo chế độ, chính sách đối với học viên ở các trường quân đội, công an.

2. Cán bộ xã, phường, thị trấn đã nghỉ việc đang hưởng trợ cấp hằng tháng từ ngân sách nhà nước.

3. Người đã thôi hưởng trợ cấp mất sức lao động đang hưởng trợ cấp hằng tháng từ ngân sách nhà nước.

4. Người có công với cách mạng, cựu chiến binh, người đã hoàn thành nhiệm vụ trong kháng chiến, gồm:

a) Người có công với cách mạng theo quy định tại Pháp lệnh ưu đãi người có công với cách mạng;

b) Cựu chiến binh đã tham gia kháng chiến từ ngày 30 tháng 4 năm 1975 trở về trước theo khoản 6 Điều 5 Nghị định số 150/2006/NĐ-CP ngày 12 tháng 12 năm 2006 của Chính phủ quy định chi tiết và hướng dẫn thi hành một số điều của Pháp lệnh cựu chiến binh;

c) Người trực tiếp tham gia kháng chiến chống Mỹ cứu nước nhưng chưa được hưởng chính sách của Đảng và Nhà nước theo Quyết định số 290/2005/QĐ-TTg ngày 08 tháng 11 năm 2005 của Thủ tướng Chính phủ về chế độ, chính sách đối với một số đối tượng trực tiếp tham gia kháng chiến chống Mỹ cứu nước nhưng chưa được hưởng chính sách của Đảng và Nhà nước và Quyết định số 188/2007/QĐ-TTg ngày 06 tháng 12 năm 2007 của Thủ tướng Chính phủ về việc sửa đổi, bổ sung Quyết định số 290/2005/QĐ-TTg;

d) Cán bộ, chiến sĩ Công an nhân dân tham gia kháng chiến chống Mỹ có dưới 20 năm công tác trong Công an nhân dân đã thôi việc, xuất ngũ về địa phương theo Quyết định số 53/2010/QĐ-TTg ngày 20 tháng 8 năm 2010 của Thủ tướng Chính phủ về chế độ đối với cán bộ, chiến sĩ Công an nhân dân tham gia kháng chiến chống Mỹ có dưới 20 năm công tác trong Công an nhân dân đã thôi việc, xuất ngũ về địa phương;

đ) Quân nhân tham gia kháng chiến chống Mỹ cứu nước có dưới 20 năm công tác trong quân đội, đã phục viên, xuất ngũ về địa phương theo Quyết định

số 142/2008/QĐ-TTg ngày 27 tháng 10 năm 2008 của Thủ tướng Chính phủ về thực hiện chế độ đối với quân nhân tham gia kháng chiến chống Mỹ cứu nước có dưới 20 năm công tác trong quân đội, đã phục viên, xuất ngũ về địa phương và Quyết định số 38/2010/QĐ-TTg ngày 06 tháng 5 năm 2010 của Thủ tướng Chính phủ về việc sửa đổi, bổ sung Quyết định số 142/2008/QĐ-TTg;

e) Người tham gia chiến tranh bảo vệ Tổ quốc, làm nhiệm vụ quốc tế ở Căm-pu-chia, giúp bạn Lào sau ngày 30 tháng 4 năm 1975 đã phục viên, xuất ngũ, thôi việc theo Quyết định số 62/2011/QĐ-TTg ngày 09 tháng 11 năm 2011 của Thủ tướng Chính phủ về chế độ, chính sách đối với đối tượng tham gia chiến tranh bảo vệ Tổ quốc, làm nhiệm vụ quốc tế ở Căm-pu-chia, giúp bạn Lào sau ngày 30 tháng 4 năm 1975 đã phục viên, xuất ngũ, thôi việc;

g) Thanh niên xung phong theo Quyết định số 170/2008/QĐ-TTg ngày 18 tháng 12 năm 2008 của Thủ tướng Chính phủ về chế độ bảo hiểm y tế và trợ cấp mai táng phí đối với thanh niên xung phong thời kỳ kháng chiến chống Pháp và Quyết định số 40/2011/QĐ-TTg ngày 27 tháng 7 năm 2011 của Thủ tướng Chính phủ quy định về chế độ đối với thanh niên xung phong đã hoàn thành nhiệm vụ trong kháng chiến;

h) Dân công hỏa tuyến tham gia kháng chiến chống Pháp, chống Mỹ, chiến tranh bảo vệ Tổ quốc và làm nhiệm vụ quốc tế theo Quyết định số 49/2015/QĐ-TTg ngày 14 tháng 10 năm 2015 của Thủ tướng Chính phủ;

5. Đại biểu Quốc hội, đại biểu Hội đồng nhân dân các cấp đương nhiệm.

6. Trẻ em dưới 6 tuổi (toàn bộ trẻ em dưới 6 tuổi cư trú trên địa bàn; kể cả trẻ em là thân nhân của đối tượng quy định tại khoản 1 Điều này).

7. Người thuộc diện hưởng trợ cấp bảo trợ xã hội hằng tháng theo quy định của pháp luật về chính sách trợ giúp xã hội đối với đối tượng bảo trợ xã hội, người cao tuổi, người khuyết tật.

8. Người thuộc hộ gia đình nghèo; người dân tộc thiểu số đang sinh sống tại vùng có điều kiện kinh tế - xã hội khó khăn; người đang sinh sống tại vùng có điều kiện kinh tế - xã hội đặc biệt khó khăn; người đang sinh sống tại xã đảo, huyện đảo và một số đối tượng khác, cụ thể:

a) Người thuộc hộ gia đình nghèo theo tiêu chí chuẩn nghèo do Thủ tướng Chính phủ quy định;

b) Người dân tộc thiểu số đang sinh sống tại vùng có điều kiện kinh tế - xã hội khó khăn theo quy định của Chính phủ, Thủ tướng Chính phủ;

c) Người đang sinh sống tại vùng có điều kiện kinh tế - xã hội đặc biệt khó khăn theo quy định của Chính phủ, Thủ tướng Chính phủ và của Bộ trưởng, Chủ nhiệm Ủy ban Dân tộc;

d) Người đang sinh sống tại xã đảo, huyện đảo theo quy định của Chính phủ;



đ) Nghệ nhân nhân dân, nghệ nhân ưu tú được Nhà nước phong tặng thuộc hộ gia đình có mức thu nhập bình quân đầu người hàng tháng thấp hơn mức lương cơ sở do Chính phủ quy định;

9. Thân nhân của người có công với cách mạng là cha đẻ, mẹ đẻ, vợ hoặc chồng, con của liệt sỹ; người có công nuôi dưỡng liệt sỹ.

10. Thân nhân của người có công với cách mạng, trừ các đối tượng quy định tại khoản 9 Điều này, gồm:

a) Cha đẻ, mẹ đẻ, vợ hoặc chồng, con từ trên 6 tuổi đến dưới 18 tuổi hoặc từ đủ 18 tuổi trở lên nếu còn tiếp tục đi học hoặc bị khuyết tật nặng, khuyết tật đặc biệt nặng của các đối tượng: Người hoạt động cách mạng trước ngày 01 tháng 01 năm 1945; người hoạt động cách mạng từ ngày 01 tháng 01 năm 1945 đến ngày khởi nghĩa tháng Tám năm 1945; Anh hùng Lực lượng vũ trang nhân dân, Anh hùng Lao động trong thời kỳ kháng chiến; thương binh, bệnh binh suy giảm khả năng lao động từ 61% trở lên; người hoạt động kháng chiến bị nhiễm chất độc hóa học suy giảm khả năng lao động từ 61% trở lên;

b) Con đẻ từ trên 6 tuổi của người hoạt động kháng chiến bị nhiễm chất độc hóa học bị dị dạng, dị tật do hậu quả của chất độc hóa học không tự lực được trong sinh hoạt hoặc suy giảm khả năng tự lực trong sinh hoạt.

11. Thân nhân của đối tượng quy định tại khoản 1 Điều này là cha, mẹ đẻ; cha, mẹ vợ hoặc chồng; vợ hoặc chồng; người nuôi dưỡng hợp pháp của vợ hoặc chồng; con đẻ, con nuôi hợp pháp từ trên 6 tuổi đến dưới 18 tuổi.

12. Người đã hiến bộ phận cơ thể người theo quy định của pháp luật.

13. Người nước ngoài đang học tập tại Việt Nam được cấp học bổng từ ngân sách của Nhà nước Việt Nam.

14. Người phục vụ người có công với cách mạng sống ở gia đình, gồm:

a) Người phục vụ Bà mẹ Việt Nam anh hùng sống ở gia đình;

b) Người phục vụ thương binh, bệnh binh suy giảm khả năng lao động từ 81% trở lên sống ở gia đình;

c) Người phục vụ người hoạt động kháng chiến bị nhiễm chất độc hoá học suy giảm khả năng lao động từ 81% trở lên sống ở gia đình.

15. Công an xã theo quy định của Pháp lệnh công an xã.

16. Người nhiễm HIV/AIDS.

17. Người mắc bệnh phong.

#### **Điều 4. Nhóm được ngân sách nhà nước hỗ trợ mức đóng**

1. Người thuộc hộ gia đình cận nghèo theo tiêu chí chuẩn cận nghèo do Thủ tướng Chính phủ quy định.

2. Học sinh, sinh viên.

3. Người thuộc hộ gia đình làm nông nghiệp, lâm nghiệp, ngư nghiệp và diêm nghiệp có mức sống trung bình theo quy định của Thủ tướng Chính phủ.

4. Thân nhân của công nhân, viên chức quốc phòng, công an hưởng lương từ ngân sách nhà nước.

### **Điều 5. Nhóm tham gia bảo hiểm y tế theo hộ gia đình**

1. Toàn bộ những người có tên trong sổ hộ khẩu, trừ những người thuộc đối tượng quy định tại các Điều 1, 2, 3 và 4 Nghị định này.

2. Toàn bộ những người có tên trong sổ tạm trú, trừ đối tượng quy định tại các điều 1, 2, 3 và 4 Nghị định này và đối tượng đã tham gia bảo hiểm y tế (sau đây viết tắt là BHYT) theo quy định tại khoản 1 Điều này.

## **Chương II**

### **MỨC ĐÓNG, MỨC HỖ TRỢ TỪ NGÂN SÁCH NHÀ NƯỚC, PHƯƠNG THỨC ĐÓNG BẢO HIỂM Y TẾ CỦA MỘT SỐ ĐỐI TƯỢNG**

#### **Điều 6. Mức đóng bảo hiểm y tế**

1. Từ ngày 01 tháng 01 năm 2017, mức đóng BHYT hằng tháng của các đối tượng được quy định như sau:

a) Bằng 4,5% tiền lương tháng của người lao động đối với đối tượng quy định tại khoản 1 Điều 1 Nghị định này.

Người lao động trong thời gian nghỉ việc hưởng chế độ ốm đau từ 14 ngày trở lên trong tháng theo quy định của pháp luật về bảo hiểm xã hội thì không phải đóng BHYT nhưng vẫn được hưởng quyền lợi BHYT.

Người lao động trong thời gian bị tạm giam, tạm giữ hoặc tạm đình chỉ công tác để điều tra, xem xét kết luận có vi phạm hay không vi phạm pháp luật thì mức đóng hằng tháng bằng 4,5% của 50% mức tiền lương tháng của người lao động. Trường hợp cơ quan có thẩm quyền kết luận là không vi phạm pháp luật, người lao động phải truy đóng BHYT trên số tiền lương được truy lĩnh.

Người lao động trong thời gian được cử đi học tập hoặc công tác tại nước ngoài không phải đóng BHYT; thời gian đó được tính là thời gian tham gia BHYT cho đến ngày có quyết định trở lại làm việc của cơ quan, tổ chức cử đi.

Người lao động trong thời gian đi lao động tại nước ngoài không phải đóng BHYT; trong thời gian 60 ngày kể từ ngày nhập cảnh về nước nếu tham gia BHYT thì toàn bộ thời gian đi lao động tại nước ngoài và thời gian từ khi về nước đến khi tham gia BHYT được tính là thời gian tham gia BHYT liên tục.

b) Bằng 4,5% tiền lương hưu, trợ cấp mất sức lao động đối với đối tượng quy định tại khoản 1 Điều 2 Nghị định này.

c) Bằng 4,5% tiền lương tháng của người lao động trước khi nghỉ thai sản đối với đối tượng quy định tại khoản 6 Điều 2. Nghị định này.

d) Bằng 4,5% tiền trợ cấp thất nghiệp đối với đối tượng quy định tại khoản 7 Điều 2 Nghị định này.

đ) Mức đóng của đối tượng quy định tại khoản 1 Điều 3 Nghị định này bằng 4,5% tiền lương tháng đối với người hưởng lương, bằng 4,5% mức lương cơ sở đối với người hưởng sinh hoạt phí;

e) Bằng 4,5% mức lương cơ sở đối với các đối tượng khác.

g) Mức đóng của đối tượng quy định tại Điều 5 Nghị định này 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.

2. Đối với đối tượng được ngân sách nhà nước hỗ trợ mức đóng thì không áp dụng giảm trừ mức đóng theo quy định tại điểm g khoản 1 Điều này.

3. Trường hợp đối tượng quy định tại khoản 1 Điều 1 Nghị định này có thêm một hoặc nhiều hợp đồng lao động không xác định thời hạn hoặc hợp đồng lao động có thời hạn từ đủ 3 tháng trở lên thì đóng BHYT theo hợp đồng lao động có mức tiền lương cao nhất.

Trường hợp người hoạt động không chuyên trách ở xã, phường, thị trấn quy định tại khoản 2 Điều 1 Nghị định này đồng thời thuộc nhiều đối tượng tham gia BHYT khác nhau quy định tại các Điều 1, 2, 3, 4 và 5 Nghị định này thì đóng BHYT theo thứ tự như sau: do cơ quan bảo hiểm xã hội đóng, do ngân sách nhà nước đóng, do đối tượng và Ủy ban nhân dân cấp xã đóng.

4. Căn cứ vào tình hình thực tế, Bộ Y tế chủ trì, phối hợp với Bộ Tài chính và cơ quan, tổ chức có liên quan trình Chính phủ điều chỉnh mức đóng BHYT nhằm bảo đảm cân đối quỹ BHYT.

### **Điều 7. Mức hỗ trợ từ ngân sách nhà nước**

1. Từ ngày Nghị định này có hiệu lực thi hành đến hết ngày 31 tháng 12 năm 2017, mức hỗ trợ từ ngân sách nhà nước cho một số đối tượng như sau:

a) Hỗ trợ 100% mức đóng BHYT đối với người thuộc hộ gia đình cận nghèo mới thoát nghèo; người thuộc hộ gia đình cận nghèo đang sinh sống tại các huyện nghèo theo quy định tại Nghị quyết số 30a/2008/NQ-CP ngày 27 tháng 12 năm 2008 của Chính phủ về Chương trình hỗ trợ giảm nghèo nhanh và bền vững đối với 61 huyện nghèo và các huyện có tỷ lệ hộ nghèo cao được áp dụng cơ chế, chính sách đầu tư cơ sở hạ tầng theo quy định của Nghị quyết số 30a/2008/NQ-CP ngày 27 tháng 12 năm 2008 của Chính phủ;

b) Hỗ trợ tối thiểu 70% mức đóng BHYT đối với người thuộc hộ gia đình cận nghèo còn lại;

c) Hỗ trợ tối thiểu 30% mức đóng BHYT đối với học sinh, sinh viên quy định tại khoản 2 Điều 4 Nghị định này;

d) Hỗ trợ tối thiểu 30% mức đóng BHYT đối với người thuộc hộ gia đình làm nông nghiệp, lâm nghiệp, ngư nghiệp và diêm nghiệp có mức sống trung bình quy định tại khoản 3 Điều 4 Nghị định này.

2. Từ ngày 01 tháng 01 năm 2018, mức hỗ trợ từ ngân sách nhà nước cho một số đối tượng như sau:

a) Hỗ trợ 100% mức đóng BHYT đối với người thuộc hộ gia đình cận nghèo quy định tại khoản 1 Điều 4 Nghị định này;

b) Hỗ trợ tối thiểu 50% mức đóng BHYT đối với học sinh, sinh viên quy định tại khoản 2 Điều 4 Nghị định này;

c) Hỗ trợ tối thiểu 50% mức đóng BHYT đối với người thuộc hộ gia đình làm nông nghiệp, lâm nghiệp, ngư nghiệp và diêm nghiệp có mức sống trung bình quy định tại khoản 3 Điều 4 Nghị định này;

d) Hỗ trợ tối thiểu 30% mức đóng BHYT đối với thân nhân của công nhân, viên chức quốc phòng hưởng lương từ ngân sách nhà nước quy định tại khoản 4 Điều 4 Nghị định này.

đ) Hỗ trợ tối thiểu 30% mức đóng BHYT đối với thân nhân của công nhân công an hưởng lương từ ngân sách nhà nước quy định tại khoản 4 Điều 4 Nghị định này.

3. Trường hợp một người thuộc nhiều đối tượng được ngân sách nhà nước hỗ trợ mức đóng quy định tại khoản 1 và 2 Điều này thì được hưởng mức hỗ trợ đóng BHYT theo đối tượng có mức hỗ trợ cao nhất.

4. Ủy ban nhân dân tỉnh, thành phố trực thuộc Trung ương (sau đây gọi là Ủy ban nhân dân cấp tỉnh) căn cứ khả năng ngân sách địa phương và các nguồn hợp pháp khác, kể cả 20% số kinh phí dành cho khám bệnh, chữa bệnh chưa sử dụng hết theo quy định tại khoản 4 Điều 30 Nghị định này (nếu có) xây dựng và trình Hội đồng nhân dân cấp tỉnh quyết định mức hỗ trợ đóng BHYT cao hơn mức hỗ trợ tối thiểu quy định tại khoản 1 và 2 Điều này.

### **Điều 8. Phương thức đóng BHYT của một số đối tượng**

1. Đối với người đang hưởng lương hưu, trợ cấp mất sức lao động, trợ cấp bảo hiểm xã hội hằng tháng do ngân sách nhà nước đảm bảo quy định tại Điều 2 và khoản 3 Điều 3 Nghị định này: Hằng tháng, cơ quan bảo hiểm xã hội thực hiện đóng BHYT cho đối tượng này từ nguồn kinh phí chi trả lương hưu, trợ cấp bảo hiểm xã hội do ngân sách nhà nước đảm bảo.

2. Đối với người có công với cách mạng quy định tại điểm a khoản 4, thân nhân của người có công với cách mạng quy định tại khoản 9 và 10, người phục vụ người có công với cách mạng quy định tại khoản 14 và người thuộc diện hưởng trợ cấp bảo trợ xã hội hằng tháng quy định tại khoản 7 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 BHYT. Chậm nhất đến 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 BHYT của năm đó.

3. Đối với đối tượng quy định tại khoản 2, khoản 4 (trừ người có công với cách mạng), các khoản 6, 8, 12 và 15 Điều 3 và đối tượng quy định tại khoản 1 Điều 4 Nghị định này mà được ngân sách nhà nước hỗ trợ 100% mức đóng BHYT: Hằng quý, cơ quan bảo hiểm xã hội tổng hợp số thẻ BHYT đã phát hành và số tiền đóng, hỗ trợ (mẫu Phụ lục II), gửi cơ quan tài chính để chuyển kinh phí vào quỹ BHYT theo quy định tại khoản 9 Điều này.

4. Đối với Đại biểu Quốc hội, Đại biểu Hội đồng nhân dân các cấp đương nhiệm quy định tại khoản 5 Điều 3 Nghị định này (trừ những người thuộc diện hưởng lương, lương hưu, trợ cấp bảo hiểm xã hội, trợ cấp ưu đãi người có công với cách mạng): Định kỳ 03 tháng, 06 tháng hoặc 12 tháng, cơ quan quản lý đối tượng thực hiện đóng BHYT cho đối tượng này.

5. Đối với người nước ngoài đang học tập tại Việt Nam được cấp học bổng từ ngân sách của Nhà nước Việt Nam quy định tại khoản 13 Điều 3 Nghị định này: Hằng quý, cơ quan, tổ chức, đơn vị cấp học bổng đóng BHYT cho đối tượng này từ nguồn kinh phí do ngân sách nhà nước đảm bảo.

6. Đối với học sinh, sinh viên quy định tại khoản 2 Điều 4 Nghị định này:

a) Định kỳ 03 tháng, 06 tháng hoặc 12 tháng, cơ sở giáo dục thu tiền đóng BHYT phần thuộc trách nhiệm đóng của học sinh, sinh viên theo quy định tại khoản 2 Điều 9 Nghị định này nộp vào quỹ BHYT.

b) Phần ngân sách nhà nước hỗ trợ theo phân cấp như sau:

- Học sinh, sinh viên đang theo học tại cơ sở giáo dục do địa phương nào quản lý thì ngân sách địa phương đó hỗ trợ, không phân biệt hộ khẩu thường trú của học sinh, sinh viên. Định kỳ 03 tháng, 06 tháng hoặc 12 tháng, cơ quan bảo hiểm xã hội tổng hợp số thẻ BHYT đã phát hành, số tiền thu của học sinh, sinh viên và số tiền ngân sách nhà nước hỗ trợ (mẫu Phụ lục II), gửi cơ quan tài chính để chuyển kinh phí vào quỹ BHYT theo quy định tại khoản 9 Điều này;

- Học sinh, sinh viên đang theo học tại cơ sở giáo dục do Bộ, cơ quan Trung ương quản lý thì do ngân sách trung ương hỗ trợ. Định kỳ 03 tháng, 06 tháng hoặc 12 tháng, Bảo hiểm xã hội cấp tỉnh tổng hợp số thẻ BHYT đã phát hành, số tiền thu của học sinh, sinh viên và số tiền ngân sách nhà nước hỗ trợ (mẫu Phụ lục II), gửi Bảo hiểm xã hội Việt Nam tổng hợp, gửi Bộ Tài chính để chuyển kinh phí vào quỹ BHYT theo quy định tại khoản 9 Điều này.

7. Đối với các đối tượng được ngân sách nhà nước hỗ trợ một phần mức đóng BHYT quy định tại khoản 3 và 4 Điều 4 Nghị định này:

a) Định kỳ 03 tháng, 06 tháng hoặc 12 tháng, người đại diện của hộ gia đình trực tiếp nộp tiền đóng BHYT phần thuộc trách nhiệm đóng của mình theo

quy định tại khoản 2 Điều 9 Nghị định này cho cơ quan bảo hiểm xã hội cấp huyện nơi cư trú hoặc đại lý thu BHYT tại cấp xã;

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

8. Đối với nhóm đối tượng tham gia BHYT theo hộ gia đình quy định tại Điều 5 Nghị định này: Định kỳ 03 tháng, 06 tháng hoặc 12 tháng, người đại diện hộ gia đình nộp tiền đóng BHYT theo quy định tại khoản 3 Điều 9 Nghị định cho Bảo hiểm xã hội cấp huyện nơi cư trú hoặc đại lý thu BHYT tại cấp xã.

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

### **Điều 9. Xác định số tiền đóng, hỗ trợ đối với một số đối tượng khi nhà nước điều chỉnh mức đóng BHYT, điều chỉnh mức lương cơ sở**

1. Đối với nhóm đối tượng quy định tại Điều 3 (trừ đối tượng quy định tại khoản 1) và đối tượng quy định tại Điều 4 Nghị định này mà được ngân sách nhà nước hỗ trợ 100% mức đóng BHYT:

Số tiền ngân sách nhà nước đóng, hỗ trợ hằng tháng được xác định theo mức đóng BHYT nhân (X) mức lương cơ sở. Khi nhà nước điều chỉnh mức đóng BHYT, điều chỉnh mức lương cơ sở, số tiền ngân sách nhà nước đóng, hỗ trợ được điều chỉnh kể từ ngày áp dụng mức đóng BHYT mới, mức lương cơ sở mới.

2. Đối với nhóm đối tượng được ngân sách nhà nước hỗ trợ một phần mức đóng BHYT quy định tại các khoản 2, 3 và 4 Điều 4 Nghị định này:

a) Số tiền đóng của người tham gia và hỗ trợ của ngân sách nhà nước được xác định theo mức đóng BHYT, mức lương cơ sở tại thời điểm đóng BHYT. Thời gian đóng BHYT do người tham gia chọn một trong các phương thức sau đây: 03 tháng một lần, 06 tháng một lần, 12 tháng một lần;

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

3. Đối với nhóm đối tượng tham gia BHYT theo hộ gia đình quy định tại Điều 5 Nghị định này:

a) Số tiền đóng của người tham gia được xác định theo mức đóng BHYT, mức lương cơ sở tại thời điểm đóng BHYT. Thời gian đóng BHYT do người tham gia chọn một trong các phương thức sau đây: 03 tháng một lần, 06 tháng một lần, 12 tháng một lần;

b) Việc giảm trừ tiền đóng theo quy định tại điểm e khoản 1 Điều 6 Nghị định này được thực hiện khi hộ gia đình có từ người thứ hai trở đi tham gia BHYT trong cùng năm tham gia BHYT của người thứ nhất;

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

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

### **Chương III** **LẬP DANH SÁCH, CẤP THẺ BẢO HIỂM Y TẾ**

#### **Điều 10. Lập danh sách cấp thẻ BHYT của một số đối tượng**

1. Người sử dụng lao động lập danh sách tham gia BHYT của nhóm đối tượng quy định tại Điều 1 Nghị định này, gửi cơ quan bảo hiểm xã hội.

2. Cơ sở giáo dục và đào tạo, cơ sở dạy nghề có trách nhiệm lập danh sách tham gia BHYT của các đối tượng do Bộ Giáo dục và Đào tạo, Bộ Lao động - Thương binh và Xã hội quản lý theo quy định tại khoản 13 Điều 3, khoản 2 và 6 Điều 4 Nghị định này, gửi cơ quan bảo hiểm xã hội.

3. Các đơn vị thuộc Bộ Quốc phòng, Bộ Công an có trách nhiệm lập danh sách tham gia BHYT của các đối tượng quy định tại khoản 1 Điều 1; các khoản 1, 11 và 13 Điều 3; khoản 2 và 4 Điều 4 Nghị định này thuộc phạm vi quản lý và theo hướng dẫn của Bộ Quốc phòng, Bộ Công an.

4. Trung tâm phòng, chống HIV/AIDS tại địa phương, cơ sở y tế có trách nhiệm lập danh sách người nhiễm HIV/AIDS, gửi cơ quan bảo hiểm xã hội.

5. Đối với người đã hiến bộ phận cơ thể theo quy định của pháp luật, cơ quan bảo hiểm xã hội căn cứ giấy ra viện do cơ sở khám bệnh, chữa bệnh nơi người hiến bộ phận cơ thể cấp cho đối tượng này để cấp thẻ BHYT.

6. Danh sách đối tượng tham gia BHYT được lập theo mẫu do Bảo hiểm xã hội Việt Nam ban hành.

#### **Điều 11. Thẻ BHYT**

1. Mẫu thẻ BHYT do Bảo hiểm xã hội Việt Nam ban hành sau khi có ý kiến thống nhất của Bộ Y tế.

2. Thẻ BHYT phản ánh một số thông tin sau đây:

a) Mã số thẻ BHYT là mã số cá nhân quản lý người tham gia theo quy định tại Điều 38 Nghị định này;

- b) Mức hưởng BHYT theo quy định tại Điều 13 và 25 Nghị định này;
- c) Thời điểm thẻ BHYT có giá trị sử dụng;
- d) Thời gian đã tham gia liên tục đủ 60 tháng.

Người tham gia BHYT liên tục kể từ lần thứ hai trở đi thì thẻ BHYT có giá trị sử dụng nối tiếp với ngày hết hạn sử dụng của thẻ lần trước; trường hợp gián đoạn tối đa không quá 03 tháng trong năm tài chính.

Người lao động trong thời gian làm thủ tục chờ hưởng chế độ trợ cấp thất nghiệp theo quy định của Luật việc làm nếu không tham gia BHYT theo nhóm khác, thời gian đó được tính là thời gian tham gia BHYT liên tục.

3. Chậm nhất đến ngày 01 tháng 01 năm 2020, cơ quan bảo hiểm xã hội phải thực hiện phát hành thẻ BHYT điện tử cho người tham gia BHYT.

### **Điều 12. Thời điểm thẻ BHYT có giá trị sử dụng**

1. Đối với trẻ em dưới 6 tuổi: thẻ BHYT có giá trị sử dụng đến ngày trẻ đủ 72 tháng tuổi. Trường hợp trẻ em đủ 72 tháng tuổi mà chưa đến kỳ nhập học thì thẻ BHYT có giá trị sử dụng đến hết ngày 30 tháng 9 của năm đó mà không phải đóng BHYT. Trường hợp trẻ em đủ 72 tháng tuổi vào các ngày trong tháng sau kỳ nhập học thì thẻ BHYT giá trị sử dụng đến hết ngày cuối của tháng sinh mà không phải đóng BHYT.

2. Đối với học sinh, sinh viên:

a) Thẻ BHYT cấp cho học sinh có giá trị sử dụng từ ngày 01 tháng 10 năm đầu của mỗi cấp học đến hết ngày 30 tháng 9 năm cuối của cấp học đó.

b) Thẻ BHYT cấp cho sinh viên có giá trị sử dụng từ ngày nhập học đến hết tháng cuối của khóa học theo chương trình đào tạo của cơ sở giáo dục. Trường hợp tham gia BHYT lần đầu hoặc tham gia không liên tục từ 3 tháng trở lên trong năm tài chính thì thẻ BHYT có giá trị sử dụng sau 30 ngày kể từ ngày người tham gia nộp tiền đóng BHYT.

3. Đối với người đã hiến bộ phận cơ thể theo quy định của pháp luật, thẻ BHYT có giá trị sử dụng từ ngày đã hiến bộ phận cơ thể.

4. Đối với người hưởng trợ cấp thất nghiệp, thẻ BHYT có giá trị sử dụng 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.

5. Đối với nghệ nhân nhân dân, nghệ nhân ưu tú được Nhà nước phong tặng thuộc hộ gia đình có mức thu nhập bình quân đầu người hàng tháng thấp hơn mức lương cơ sở quy định tại điểm đ khoản 8 Điều 3 Nghị định này, thẻ BHYT có giá trị sử dụng từ ngày cơ quan bảo hiểm xã hội nhận được Quyết định phê duyệt danh sách của cơ quan nhà nước có thẩm quyền.



6. Đối với người thuộc hộ gia đình nghèo quy định tại khoản 8 Điều 3 và người thuộc hộ gia đình cận nghèo quy định tại khoản 1 Điều 4 Nghị định này, thẻ BHYT có giá trị sử dụng từ ngày 01 tháng 01 năm sau liền kề. Trường hợp, cơ quan bảo hiểm xã hội nhận được Quyết định phê duyệt danh sách của cơ quan nhà nước có thẩm quyền sau ngày 01 tháng 01 thì thẻ BHYT có giá trị sử dụng từ ngày Quyết định có hiệu lực.

7. Đối với các đối tượng khác, thẻ BHYT có giá trị sử dụng từ ngày người tham gia nộp tiền đóng BHYT. Trường hợp tham gia BHYT lần đầu hoặc tham gia không liên tục từ 3 tháng trở lên trong năm tài chính thì thẻ BHYT có giá trị sử dụng sau 30 ngày kể từ ngày người tham gia nộp tiền đóng BHYT.

8. Trường hợp chuyển đổi mức hưởng BHYT thì người có thẻ đến Bảo hiểm xã hội cấp huyện làm thủ tục đổi thẻ BHYT; mức hưởng BHYT mới được tính từ ngày ghi trên giấy hẹn đổi thẻ BHYT của cơ quan bảo hiểm xã hội.

#### **Chương IV** **MỨC HƯỞNG, THỦ TỤC KHÁM BỆNH, CHỮA BỆNH** **VÀ GIÁM ĐỊNH BẢO HIỂM Y TẾ**

**Điều 13. Mức hưởng BHYT đối với các trường hợp quy định tại khoản 1 và khoản 7 Điều 22 sửa đổi, bổ sung của Luật BHYT**

1. Người tham gia BHYT khi đi khám bệnh, chữa bệnh theo quy định tại các Điều 26, 27 và Điều 28 của Luật BHYT, khoản 4 và 5 Điều 22 sửa đổi, bổ sung của Luật BHYT thì được quỹ BHYT thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh trong phạm vi được hưởng với mức hưởng như sau:

a) 100% chi phí khám bệnh, chữa bệnh đối với đối tượng quy định tại các khoản 4, 6, 7, 8 và 9 Điều 3 Nghị định này;

b) 100% chi phí khám bệnh, chữa bệnh và không áp dụng giới hạn tỷ lệ, điều kiện thanh toán một số thuốc, hóa chất, vật tư y tế và dịch vụ kỹ thuật theo quy định của Bộ trưởng Bộ Y tế đối với:

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

- c) 100% chi phí khám bệnh, chữa bệnh tại tuyến xã;
- d) 100% chi phí khám bệnh, chữa bệnh đối với trường hợp chi phí cho một lần khám bệnh, chữa bệnh thấp hơn 15% mức lương cơ sở;
- đ) 100% chi phí khám bệnh, chữa bệnh khi người bệnh có thời gian tham gia BHYT 5 năm liên tục trở lên và có số tiền cùng chi trả chi phí khám bệnh, chữa bệnh trong năm lớn hơn 6 tháng lương cơ sở, trừ trường hợp tự đi khám bệnh, chữa bệnh không đúng tuyến;
- e) 95% chi phí khám bệnh, chữa bệnh đối với đối tượng quy định tại khoản 1 Điều 2, khoản 10 Điều 3 và khoản 1 Điều 4 Nghị định này;
- g) 80% chi phí khám bệnh, chữa bệnh đối với các đối tượng khác.

2. Trường hợp một người thuộc nhiều đối tượng tham gia BHYT thì được hưởng quyền lợi BHYT theo đối tượng có quyền lợi cao nhất theo quy định tại khoản 1 Điều này.

3. Người tham gia BHYT khi đến khám bệnh, chữa bệnh tại các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh giáp ranh của hai tỉnh được coi là đúng tuyến và được quỹ BHYT thanh toán trong phạm vi quyền lợi và mức hưởng theo quy định tại khoản 1 Điều này trong các trường hợp:

- a) Khám bệnh, chữa bệnh tại trạm y tế tuyến xã;
- b) Chuyển tuyến chuyên môn kỹ thuật theo quy định của Bộ Y tế.

4. Các trường hợp khám bệnh, chữa bệnh theo yêu cầu được quỹ BHYT thanh toán trong phạm vi quyền lợi và mức hưởng theo quy định tại:

- a) Khoản 1 Điều này đối với trường hợp đi khám bệnh, chữa bệnh theo quy định tại các Điều 26, 27 và Điều 28 của Luật BHYT và khoản 4, 5 và 6 Điều 22 sửa đổi, bổ sung của Luật BHYT; người bệnh tự chi trả phần chi phí ngoài phạm vi quyền lợi và mức hưởng BHYT.
- b) Khoản 3 Điều 22 sửa đổi, bổ sung của Luật BHYT đối với trường hợp tự đi khám bệnh, chữa bệnh không đúng tuyến; người bệnh tự chi trả phần chi phí ngoài phạm vi quyền lợi và mức hưởng BHYT.

#### **Điều 14. Thủ tục khám bệnh, chữa bệnh BHYT**

1. Người tham gia BHYT khi đến khám bệnh, chữa bệnh phải xuất trình thẻ BHYT có ảnh; trường hợp thẻ BHYT chưa có ảnh thì phải xuất trình một loại giấy tờ chứng minh về nhân thân của người đó.

2. Trẻ em dưới 6 tuổi đến khám bệnh, chữa bệnh chỉ phải xuất trình thẻ BHYT. Trường hợp trẻ chưa được cấp thẻ BHYT thì phải xuất trình giấy chứng sinh hoặc giấy khai sinh; trường hợp phải điều trị ngay sau khi sinh mà chưa có giấy chứng sinh thì thủ trưởng cơ sở khám bệnh, chữa bệnh và cha hoặc mẹ hoặc người giám hộ của trẻ ký xác nhận vào hồ sơ bệnh án để làm căn cứ thanh toán theo quy định tại khoản 1 Điều 26 Nghị định này và chịu trách nhiệm về việc xác nhận này.

3. Người tham gia BHYT trong thời gian chờ cấp lại thẻ, đổi thẻ BHYT khi đến khám bệnh, chữa bệnh phải xuất trình giấy hẹn cấp lại thẻ, đổi thẻ BHYT do cơ quan bảo hiểm xã hội nơi tiếp nhận hồ sơ cấp lại thẻ, đổi thẻ cấp và một loại giấy tờ chứng minh về nhân thân của người đó.

4. Người đã hiến bộ phận cơ thể đến khám bệnh, chữa bệnh phải xuất trình các giấy tờ quy định tại khoản 1 hoặc khoản 2 hoặc khoản 3 Điều này. Trường hợp phải điều trị ngay sau khi hiến mà chưa có thẻ BHYT vẫn được hưởng quyền lợi của người tham gia BHYT; thủ trưởng 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 để làm căn cứ thanh toán theo quy định tại khoản 2 Điều 26 Nghị định này và chịu trách nhiệm về việc xác nhận này.

5. Trường hợp chuyển tuyến khám bệnh, chữa bệnh, người tham gia BHYT phải xuất trình các giấy tờ quy định tại khoản 1 hoặc khoản 2 hoặc khoản 3 Điều này và giấy chuyển tuyến theo quy định của Bộ trưởng Bộ Y tế.

6. Trường hợp cấp cứu, người tham gia BHYT được đến khám bệnh, chữa bệnh tại bất kỳ cơ sở khám bệnh, chữa bệnh nào và phải xuất trình các giấy tờ quy định tại khoản 1 hoặc khoản 2 hoặc khoản 3 Điều này trước khi ra viện. Khi hết giai đoạn cấp cứu, người bệnh được cơ sở khám bệnh, chữa bệnh làm thủ tục chuyển đến khoa, phòng điều trị khác tại cơ sở để tiếp tục theo dõi, điều trị hoặc chuyển tuyến thì được xác nhận là đúng tuyến khám bệnh, chữa bệnh.

Đối với cơ sở khám bệnh, chữa bệnh không có hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh BHYT có trách nhiệm cung cấp cho người bệnh khi ra viện các giấy tờ xác nhận tình trạng bệnh lý, các chứng từ hợp lệ liên quan đến chi phí khám bệnh, chữa bệnh để người bệnh thanh toán trực tiếp với cơ quan bảo hiểm xã hội theo quy định tại các Điều 27, 28 và 29 Nghị định này.

7. Người tham gia BHYT trong thời gian đi công tác, làm việc lưu động, học tập trung theo các hình thức đào tạo, chương trình đào tạo, tạm trú được khám bệnh, chữa bệnh ban đầu tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh cùng tuyến chuyên môn kỹ thuật hoặc tương đương với cơ sở đăng ký khám bệnh, chữa bệnh ban đầu ghi trên thẻ BHYT và phải xuất trình các giấy tờ quy định tại khoản 1 hoặc khoản 2 hoặc khoản 3 Điều này và một trong các giấy tờ sau đây (bản chính hoặc bản sao): giấy công tác, quyết định cử đi học, thẻ học sinh, sinh viên, giấy tờ chứng minh đăng ký tạm trú.

8. Người tham gia BHYT đến khám lại theo giấy hẹn của bác sỹ tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh tuyến trên không qua cơ sở đăng ký khám bệnh, chữa bệnh ban đầu phải xuất trình các giấy tờ quy định tại khoản 1 hoặc khoản 2 hoặc khoản 3 Điều này và giấy hẹn khám lại theo quy định của Bộ trưởng Bộ Y tế.

9. Cơ sở khám bệnh, chữa bệnh, cơ quan bảo hiểm xã hội không được quy định thêm thủ tục khám bệnh, chữa bệnh BHYT, 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 BHYT, 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, không được yêu cầu người bệnh sao chụp hoặc chi trả cho khoản chi phí này.

### **Điều 15. Giám định BHYT**

1. Cơ quan bảo hiểm xã hội thực hiện việc giám định BHYT và chịu trách nhiệm về kết quả giám định theo quy định của pháp luật về BHYT.

2. Điều kiện và trách nhiệm của giám định viên

3. Nội dung giám định BHYT, bao gồm:

a) Kiểm tra các thủ tục khám bệnh, chữa bệnh BHYT theo quy định;

b) Kiểm tra, đánh giá việc chỉ định điều trị, sử dụng thuốc, hóa chất, vật tư y tế, dịch vụ kỹ thuật y tế thuộc phạm vi được hưởng của người tham gia BHYT và ngày nằm viện thực tế của người bệnh;

c) Kiểm tra, đánh giá xác định chi phí khám bệnh, chữa bệnh BHYT qua việc lập phiếu thanh toán cho người bệnh, lập bảng kê chi phí khám bệnh, chữa bệnh ngoại trú, nội trú, bảo đảm theo đúng biểu mẫu quy định; kiểm tra chi phí đề nghị quyết toán của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh;

d) Phối hợp với nhân viên y tế tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh giải quyết vướng mắc về thủ tục khám bệnh, chữa bệnh BHYT, về quyền lợi, trách nhiệm của người tham gia BHYT; tiếp xúc trực tiếp với người bệnh tại khoa, phòng điều trị để giải đáp, phổ biến chính sách pháp luật về BHYT.

4. Việc giám định BHYT được thực hiện đồng thời hoặc sau khi người bệnh ra viện và đảm bảo chính xác, công khai, minh bạch. Kết quả giám định được lập thành văn bản và thông báo cho cơ sở khám bệnh, chữa bệnh.

5. Nội dung giám định BHYT phải đảm bảo thống nhất giữa cơ sở khám bệnh, chữa bệnh và cơ quan bảo hiểm xã hội. Trường hợp chưa thống nhất thì phải ghi rõ ý kiến của các bên và báo cáo cơ quan cấp trên trực thuộc giải quyết.

6. Bảo hiểm xã hội Việt Nam hướng dẫn nội dung và quy trình giám định BHYT theo quy định tại Điều này.

## **Chương V**

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

**Điều 16. Mẫu hợp đồng, điều kiện ký hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh BHYT đối với cơ sở khám bệnh, chữa bệnh**

1. Hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh BHYT được lập theo mẫu tại phụ lục III và phụ lục IV ban hành kèm theo Nghị định này.

2. Cơ sở khám bệnh, chữa bệnh được cơ quan bảo hiểm xã hội ký hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh BHYT khi có đủ các điều kiện sau:

a) Là cơ sở khám bệnh, chữa bệnh có đủ các điều kiện hoạt động khám bệnh, chữa bệnh theo quy định của pháp luật về khám bệnh, chữa bệnh;

b) Có khả năng cung ứng thuốc, hóa chất, vật tư y tế và dịch vụ kỹ thuật phù hợp tuyến chuyên môn kỹ thuật theo quy định của Bộ trưởng Bộ Y tế;

c) Có cơ sở hạ tầng công nghệ thông tin bảo đảm liên thông với hệ thống phần mềm của cơ quan bảo hiểm xã hội, đáp ứng giao dịch điện tử trong việc giám định, thanh toán chi phí khám, chữa bệnh BHYT.

3. Tổng Giám đốc Bảo hiểm xã hội Việt Nam quy định thẩm quyền ký hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh BHYT của cơ quan bảo hiểm xã hội với cơ sở khám bệnh, chữa bệnh bảo đảm phù hợp chức năng, nhiệm vụ, quyền hạn và cơ cấu tổ chức của Bảo hiểm Xã hội Việt Nam.

### **Điều 17. Hồ sơ ký hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh BHYT**

1. Trường hợp ký hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh lần đầu:

a) Công văn đề nghị ký hợp đồng của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh;

b) Bản sao giấy phép hoạt động khám bệnh, chữa bệnh do cơ quan nhà nước có thẩm quyền cấp cho cơ sở khám bệnh, chữa bệnh;

c) Quyết định (bản sao có chứng thực) phân hạng bệnh viện của cấp có thẩm quyền (nếu có); đối với cơ sở khám bệnh, chữa bệnh ngoài công lập phải có quyết định tuyến chuyên môn kỹ thuật của cấp có thẩm quyền.

2. Trường hợp ký hợp đồng hằng năm, cơ sở khám bệnh, chữa bệnh có trách nhiệm bổ sung chức năng nhiệm vụ, phạm vi chuyên môn, hạng bệnh viện được cấp có thẩm quyền phê duyệt (nếu có).

### **Điều 18. Ký hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh BHYT**

1. Trường hợp ký hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh lần đầu:

a) Cơ sở khám bệnh, chữa bệnh gửi 01 bộ hồ sơ theo quy định tại Điều 17 Nghị định này đến cơ quan bảo hiểm xã hội;

b) Trong thời hạn 30 ngày, kể từ ngày nhận đủ hồ sơ hợp lệ (theo ngày ghi trên dấu công văn đến), cơ quan bảo hiểm xã hội phải thực hiện xong việc xem xét hồ sơ và ký hợp đồng. Trường hợp không đồng ý ký hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh thì phải có văn bản trả lời và nêu rõ lý do.

2. Trường hợp ký hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh hằng năm, cơ sở khám bệnh, chữa bệnh và cơ quan bảo hiểm xã hội hoàn thành việc ký hợp đồng BHYT năm sau trước ngày 31 tháng 12 của năm đó.

3. Thời hạn có hiệu lực của hợp đồng theo năm tài chính, từ ngày 01 tháng 01 đến hết ngày 31 tháng 12 của năm đó. Đối với hợp đồng ký lần đầu được tính kể từ ngày ký đến hết ngày 31 tháng 12 của năm đó.

4. Khi có tranh chấp, hai bên tự hòa giải. Trường hợp hòa giải không thành thì các bên tranh chấp có quyền khởi kiện tại Tòa án theo quy định của pháp luật.

5. Trong thời gian tranh chấp, hai bên vẫn phải bảo đảm điều kiện để khám bệnh, chữa bệnh của người tham gia BHYT.

6. Các khoản chi phí khám bệnh, chữa bệnh đối với trường hợp người tham gia BHYT 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 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 thì tính vào chi phí khám bệnh, chữa bệnh năm trước.

7. Hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh BHYT phải quy định rõ phương thức thanh toán, tùy theo lựa chọn của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh.

**Điều 19. Hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh BHYT tại trạm y tế xã, cơ sở khám bệnh, chữa bệnh của cơ quan, đơn vị, trường học, phòng khám đa khoa khu vực**

1. Đối với trạm y tế xã:

a) Cơ quan bảo hiểm xã hội ký hợp đồng với bệnh viện huyện hoặc trung tâm y tế huyện nơi chưa tách riêng bệnh viện huyện hoặc cơ sở khám bệnh, chữa bệnh khác do Sở Y tế phê duyệt để thực hiện khám bệnh, chữa bệnh ban đầu tại trạm y tế xã cho người tham gia BHYT.

b) Cơ sở khám bệnh, chữa bệnh quy định tại điểm a Khoản này có trách nhiệm cung ứng thuốc, hóa chất, vật tư y tế cho trạm y tế xã và thanh toán chi phí sử dụng giường bệnh (nếu có) và dịch vụ kỹ thuật y tế do trạm y tế xã thực hiện trong phạm vi chuyên môn; đồng thời theo dõi, giám sát và tổng hợp để thanh toán với cơ quan bảo hiểm xã hội.

2. 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 chăm sóc sức khỏe ban đầu theo quy định tại Điều 31 Nghị định này), cơ quan bảo hiểm xã hội ký hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh BHYT trực tiếp với cơ quan, đơn vị, trường học.

3. Đối với phòng khám đa khoa khu vực trực thuộc bệnh viện huyện hoặc trung tâm y tế huyện, nơi chưa tách riêng bệnh viện huyện, cơ quan bảo hiểm xã hội ký hợp đồng với bệnh viện huyện hoặc trung tâm y tế huyện để thực hiện khám bệnh, chữa bệnh ban đầu tại phòng khám đa khoa khu vực.

**Điều 20. Quyền và trách nhiệm của cơ quan bảo hiểm xã hội trong thực hiện hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh BHYT**

1. Quyền của cơ quan bảo hiểm xã hội:

a) Kiểm tra, giám định việc thực hiện khám bệnh, chữa bệnh BHYT; thu hồi, tạm giữ thẻ BHYT đối với các trường hợp gian lận trong việc cấp thẻ BHYT, người có tên trong thẻ BHYT không tiếp tục tham gia BHYT, người đi khám bệnh, chữa bệnh sử dụng thẻ BHYT của người khác;

b) Yêu cầu cơ sở khám bệnh, chữa bệnh cung cấp hồ sơ, bệnh án, tài liệu về khám bệnh, chữa bệnh BHYT để phục vụ công tác giám định;

c) Từ chối thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh BHYT không đúng quy định của nội dung hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh BHYT;

d) Từ chối tạm ứng, thanh toán khi cơ sở khám bệnh, chữa bệnh không duy trì việc liên thông hệ thống phần mềm công nghệ thông tin với cơ quan bảo hiểm xã hội hoặc không chuyên dữ liệu vào cơ sở dữ liệu quốc gia về BHYT ít nhất ba (03) ngày làm việc liên tục trong tháng mà không có lý do chính đáng.

## 2. Trách nhiệm của cơ quan bảo hiểm xã hội:

a) Cung cấp cho cơ sở khám bệnh, chữa bệnh danh sách những người có thẻ BHYT đăng ký khám bệnh, chữa bệnh ban đầu (bằng phương tiện điện tử hoặc văn bản có ký tên đóng dấu) và thông báo kinh phí bảo đảm cho việc khám bệnh, chữa bệnh cho người tham gia BHYT;

b) Tạm ứng kinh phí và thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh hằng quý cho cơ sở khám bệnh, chữa bệnh theo chế độ quy định;

c) Tổ chức công tác giám định việc thực hiện khám bệnh, chữa bệnh BHYT tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh; bảo đảm tuân thủ quy chế quản lý hồ sơ bệnh án theo quy định của Bộ Y tế khi xem xét hồ sơ bệnh án;

d) Phối hợp với cơ sở khám bệnh, chữa bệnh trong việc tiếp nhận, kiểm tra thủ tục khám bệnh, chữa bệnh BHYT; thu hồi, tạm giữ thẻ BHYT và xử lý theo thẩm quyền đối với các trường hợp vi phạm;

đ) Phối hợp với cơ sở khám bệnh, chữa bệnh giải thích, phổ biến, tuyên truyền về chính sách BHYT;

e) Bảo vệ quyền lợi của người tham gia BHYT; giải quyết theo thẩm quyền các kiến nghị, khiếu nại, tố cáo về chế độ BHYT;

g) Trách nhiệm khác theo quy định của pháp luật về BHYT.

## **Điều 21. Quyền và trách nhiệm của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh trong thực hiện hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh BHYT**

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

a) Yêu cầu cơ quan bảo hiểm xã hội cung cấp đầy đủ, chính xác các thông tin có liên quan đến người tham gia BHYT, kinh phí khám bệnh, chữa bệnh cho người tham gia BHYT tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh;

b) Được cơ quan bảo hiểm xã hội tạm ứng kinh phí và thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh theo hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh đã ký;

c) Kiến nghị với cơ quan nhà nước có thẩm quyền xử lý tổ chức, cá nhân vi phạm pháp luật về BHYT;

d) Quyền khác theo quy định của pháp luật về khám bệnh, chữa bệnh.

### 2. Trách nhiệm của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh:

a) Hướng dẫn thủ tục khám bệnh, chữa bệnh BHYT bảo đảm nhanh chóng, đơn giản và thuận tiện cho người tham gia BHYT;

b) Tiếp nhận và chuyển người bệnh trong trường hợp vượt quá phạm vi chuyên môn kỹ thuật theo đúng quy định của Bộ trưởng Bộ Y tế;

c) Tổ chức khám bệnh, chữa bệnh cho người tham gia BHYT đúng phạm vi chuyên môn kỹ thuật; đảm bảo cung ứng đầy đủ thuốc, máu, dịch truyền, hoá chất xét nghiệm, phim X-quang, vật tư y tế sử dụng trong khám bệnh, chữa bệnh theo danh mục do Bộ trưởng Bộ Y tế ban hành. Việc chỉ định sử dụng thuốc, dịch vụ kỹ thuật phải đảm bảo hợp lý, an toàn, chống lãng phí và lạm dụng;

d) Cung cấp hồ sơ bệnh án, tài liệu liên quan đến khám bệnh, chữa bệnh và thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh của người tham gia BHYT theo yêu cầu của cơ quan bảo hiểm xã hội và cơ quan nhà nước có thẩm quyền;

đ) Bảo đảm điều kiện cần thiết cho cơ quan bảo hiểm xã hội thực hiện công tác giám định; phối hợp với cơ quan bảo hiểm xã hội trong việc tuyên truyền, giải thích về chế độ BHYT cho người tham gia BHYT;

e) Kiểm tra, phát hiện và thông báo cho cơ quan bảo hiểm xã hội những trường hợp vi phạm về sử dụng thẻ BHYT; phối hợp với cơ quan bảo hiểm xã hội thu hồi, tạm giữ thẻ BHYT và xử lý theo thẩm quyền đối với các trường hợp vi phạm theo quy định;

g) Quản lý và sử dụng kinh phí do cơ quan bảo hiểm xã hội tạm ứng, thanh toán từ quỹ BHYT theo đúng quy định của pháp luật; thống kê đầy đủ, kịp thời và chính xác chi phí khám bệnh, chữa bệnh BHYT;

h) Thực hiện chuyển dữ liệu vào cơ sở dữ liệu quốc gia về BHYT để phục vụ việc giám định và thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh BHYT;

i) Trách nhiệm khác theo quy định pháp luật về khám bệnh, chữa bệnh.

## **Chương VI**

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

#### **Điều 22. Thanh toán theo giá dịch vụ (PHƯƠNG ÁN 1)**

1. Thanh toán theo giá dịch vụ là phương thức thanh toán dựa trên chi phí của thuốc, hóa chất, vật tư, thiết bị y tế, dịch vụ kỹ thuật y tế được sử dụng cho người bệnh tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh.

2. Thanh toán theo giá dịch vụ được áp dụng trong các trường hợp sau:

a) Cơ sở khám bệnh, chữa bệnh không áp dụng phương thức thanh toán theo định suất;

c) Một số bệnh, nhóm bệnh, dịch vụ kỹ thuật y tế không tính vào quỹ định suất của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh áp dụng phương thức thanh toán theo định suất quy định tại điểm đ khoản 3 Điều 23 Nghị định này.



3. Cơ sở thanh toán: Chi phí dịch vụ kỹ thuật y tế tính theo giá dịch vụ khám bệnh, chữa bệnh được cơ quan có thẩm quyền phê duyệt; chi phí về thuốc, hóa chất, vật tư y tế tính theo giá mua theo quy định của pháp luật về đấu thầu; chi phí về máu, chế phẩm máu thanh toán theo giá quy định của Bộ Y tế; chi phí sản phẩm điều trị bệnh suy dinh dưỡng cấp tính đối với trẻ em dưới 6 tuổi theo quy định của Bộ Y tế; chi phí chăm sóc sức khỏe ban đầu.

4. Quỹ BHYT chi trả chi phí KCB cho cơ sở KCB BHYT như sau:

- Tổng mức thanh toán đối với các trường hợp đăng ký khám bệnh, chữa bệnh ban đầu không vượt quá chi phí bình quân thực tế theo phạm vi quyền lợi được hưởng của một đợt điều trị nội trú và một lượt khám bệnh, chữa bệnh ngoại trú theo từng chuyên khoa, hạng bệnh viện năm trước nhân (x) với số lượt khám bệnh, chữa bệnh trong năm và nhân (x) với hệ số k.

- Tổng mức thanh toán đối với các trường hợp đến khám bệnh, chữa bệnh không vượt quá chi phí bình quân thực tế theo phạm vi quyền lợi được hưởng của một đợt điều trị nội trú và một lượt khám bệnh, chữa bệnh ngoại trú theo từng chuyên khoa, hạng bệnh viện của các trường hợp đến khám bệnh, chữa bệnh năm trước nhân (x) với số lượt khám bệnh, chữa bệnh trong năm và nhân (x) với hệ số k.

- Hệ số k là hệ số tính theo chi số giá nhóm thuốc, vật tư y tế và dịch vụ y tế hằng năm do Tổng cục Thống kê công bố vào tháng 1 của năm sau liền kề. Hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh BHYT được điều chỉnh với tổng mức thanh toán tương ứng với hệ số k của năm đó.

- Trường hợp chi phí phát sinh do thay đổi cơ cấu giá dịch vụ khám bệnh, chữa bệnh, thay đổi cơ cấu bệnh tật so năm trước liền kề, ứng dụng dịch vụ y tế mới, thuốc mới và các yếu tố liên quan khác hoặc thay đổi chức năng, nhiệm vụ của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh theo quyết định của cấp có thẩm quyền, chi phí phát sinh này được cơ quan bảo hiểm xã hội thanh toán và tính vào tổng chi phí sử dụng trong năm làm căn cứ xác định mức chi phí bình quân năm sau.

#### ***Điều 22. Thanh toán theo giá dịch vụ (PHƯƠNG ÁN 2)***

1. Thanh toán theo giá dịch vụ là phương thức thanh toán dựa trên chi phí của thuốc, hóa chất, vật tư, thiết bị y tế, dịch vụ kỹ thuật y tế được sử dụng cho người bệnh tại cơ sở y tế.

2. Thanh toán theo giá dịch vụ được áp dụng trong các trường hợp sau:

a) Cơ sở y tế chưa áp dụng phương thức thanh toán theo định suất;

b) Người bệnh có thẻ BHYT không đăng ký khám bệnh, chữa bệnh ban đầu tại cơ sở y tế đó;

c) Một số bệnh, nhóm bệnh, dịch vụ kỹ thuật y tế không tính vào quỹ định suất của cơ sở y tế áp dụng phương thức thanh toán theo định suất quy định tại Điểm d Khoản 2 Điều 23 Nghị định này.

3. Cơ sở thanh toán: Chi phí dịch vụ kỹ thuật y tế được tính theo giá dịch vụ khám bệnh, chữa bệnh được cơ quan có thẩm quyền phê duyệt; chi phí về thuốc, hóa chất, vật tư y tế được tính theo giá mua vào nhưng không vượt quá giá trúng thầu; chi phí về máu, chế phẩm máu thanh toán theo giá quy định của Bộ Y tế.

4. Quỹ khám bệnh, chữa bệnh BHYT được sử dụng tại cơ sở y tế đăng ký khám bệnh, chữa bệnh BHYT ban đầu được xác định theo quy định tại Khoản 1 Điều 30 Nghị định này, phạm vi sử dụng như sau:

a) Đối với cơ sở y tế thực hiện khám bệnh, chữa bệnh ngoại trú và nội trú:

- 90% để chi khám bệnh, chữa bệnh tại cơ sở; chi khám bệnh, chữa bệnh đối với trường hợp người bệnh đến khám bệnh, chữa bệnh tại các cơ sở y tế khác và chi phí vận chuyển (nếu có);

- 10% còn lại để điều chỉnh, bổ sung theo quy định tại Khoản 5 Điều này.

b) Đối với cơ sở y tế chỉ thực hiện khám bệnh, chữa bệnh ngoại trú:

- 45% để chi khám bệnh, chữa bệnh ngoại trú tại cơ sở; chi khám bệnh, chữa bệnh đối với trường hợp người bệnh đến khám bệnh, chữa bệnh ngoại trú tại các cơ sở y tế khác và chi phí vận chuyển (nếu có);

- 5% để điều chỉnh, bổ sung cho cơ sở y tế theo quy định tại Khoản 5 Điều này;

- 50% còn lại, tổ chức Bảo hiểm xã hội dùng để thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh nội trú.

c) Tổ chức Bảo hiểm xã hội có trách nhiệm thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh của người có thẻ BHYT tại các cơ sở y tế khác và trừ vào nguồn kinh phí được sử dụng của cơ sở y tế ghi trên thẻ BHYT của người đó.

5. Trường hợp chi phí khám bệnh, chữa bệnh vượt quá tổng quỹ khám bệnh, chữa bệnh được sử dụng thì tổ chức Bảo hiểm xã hội điều chỉnh như sau:

a) Điều chỉnh, bổ sung từ 10% quỹ khám bệnh, chữa bệnh còn lại đối với cơ sở thực hiện khám bệnh, chữa bệnh ngoại trú và nội trú;

b) Điều chỉnh, bổ sung từ 5% quỹ khám bệnh, chữa bệnh còn lại đối với cơ sở chỉ thực hiện khám bệnh, chữa bệnh ngoại trú;

c) Trường hợp sau khi điều chỉnh mà vẫn thiếu, Bảo hiểm xã hội cấp tỉnh có trách nhiệm xem xét thanh toán bổ sung trong phạm vi quỹ khám bệnh, chữa bệnh tại địa phương; nếu quỹ của địa phương không đủ để điều tiết thì báo cáo Bảo hiểm xã hội Việt Nam xem xét, giải quyết.

6. Tổng mức thanh toán đối với các trường hợp đến khám bệnh, chữa bệnh (trừ đăng ký khám bệnh, chữa bệnh ban đầu) không vượt quá chi phí bình quân thực tế theo phạm vi quyền lợi được hưởng của một đợt điều trị nội trú và một lượt khám bệnh, chữa bệnh ngoại trú theo từng chuyên khoa của các

trường hợp được chuyển đến năm trước nhân (x) với số lượt khám bệnh, chữa bệnh trong năm và nhân (x) với hệ số k.

Hàng năm, căn cứ chỉ số giá nhóm thuốc và dịch vụ y tế của năm trước liền kề do Tổng cục Thống kê công bố, tổ chức Bảo hiểm xã hội thông báo, điều chỉnh tổng mức thanh toán cho các cơ sở y tế.

Trường hợp chi phí phát sinh do thay đổi cơ cấu giá dịch vụ khám bệnh, chữa bệnh, ứng dụng dịch vụ y tế mới, thuốc mới và các yếu tố liên quan khác hoặc thay đổi chức năng, nhiệm vụ của cơ sở y tế theo quyết định của cấp có thẩm quyền, chi phí phát sinh này được tổ chức Bảo hiểm xã hội thanh toán và tính vào tổng chi phí sử dụng trong năm làm căn cứ xác định mức chi phí bình quân năm sau.

Trường hợp cơ sở y tế sử dụng vượt tổng mức kinh phí được thanh toán thì không được quỹ BHYT thanh toán phần chi phí tăng thêm.

### **Điều 23. Thanh toán theo định suất (PHƯƠNG ÁN 1)**

1. Thanh toán theo định suất là thanh toán theo định mức chi phí khám bệnh, chữa bệnh và mức đóng tính trên mỗi thẻ bảo hiểm y tế được đăng ký tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế trong một khoảng thời gian nhất định;

2. Nguyên tắc chung:

a) Thanh toán theo định suất là 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;

b) Tổng quỹ định suất được thanh toán là số tiền tính theo số thẻ BHYT đăng ký và suất phí đã được xác định;

c) Cơ sở y tế được chủ động sử dụng nguồn kinh phí đã được xác định trong năm để cung cấp các dịch vụ y tế cho người bệnh có thẻ BHYT và không được thu thêm bất kỳ một khoản chi phí nào trong phạm vi quyền lợi của người bệnh có thẻ BHYT. Tổ chức Bảo hiểm xã hội có trách nhiệm giám sát, đảm bảo quyền lợi cho người bệnh có thẻ BHYT.

d) Chi phí vận chuyển, chạy thận nhân tạo, ghép bộ phận cơ thể người, phẫu thuật tim, can thiệp tim mạch, điều trị bệnh ung thư, bệnh hemophilia và phần chi phí cùng chi trả của người bệnh không tính vào tổng quỹ định suất.

3. Giao Bộ Y tế nghiên cứu, xây dựng, trình Chính phủ việc áp dụng phương thức thanh toán quy định tại Điều 23, 24 Nghị định này đối với các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh cho phù hợp

### **Điều 23. Thanh toán theo định suất (PHƯƠNG ÁN 2)**

1. Thanh toán theo định suất là thanh toán theo mức chi phí được xác định trước theo phạm vi dịch vụ cho một đầu thẻ BHYT đăng ký tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh trong một khoảng thời gian nhất định.

2. Cơ sở khám bệnh, chữa bệnh áp dụng phương thức thanh toán theo định suất được chủ động sử dụng nguồn kinh phí đã được xác định trong năm để cung cấp các dịch vụ y tế cho người bệnh có thẻ BHYT và không được thu thêm bất kỳ một khoản chi phí nào trong phạm vi quyền lợi của người bệnh.

### 3. Xác định quỹ định suất:

a) Quỹ định suất giao cho cơ sở khám bệnh, chữa bệnh hằng năm bằng suất phí nhân (x) với tổng số thẻ BHYT đăng ký khám bệnh, chữa bệnh BHYT ban đầu trong năm và được điều chỉnh theo hệ số k quy định tại điểm d Khoản này;

b) Suất phí được xác định theo tuyến chuyên môn kỹ thuật, bằng tổng chi phí khám bệnh, chữa bệnh BHYT theo tuyến chuyên môn kỹ thuật năm trước chia (:) cho tổng số thẻ BHYT đăng ký khám bệnh, chữa bệnh ban đầu cùng tuyến chuyên môn kỹ thuật năm trước;

c) Tổng chi phí khám bệnh, chữa bệnh BHYT theo tuyến chuyên môn kỹ thuật năm trước là chi phí khám bệnh, chữa bệnh của người có thẻ BHYT do cơ quan bảo hiểm xã hội phát hành, đăng ký khám bệnh, chữa bệnh ban đầu tại các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh thuộc tuyến đó, bao gồm: chi phí tại các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh cùng tuyến chuyên môn kỹ thuật trong và ngoài tỉnh, chi phí khám bệnh, chữa bệnh tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh khác ngoài nơi người bệnh đăng ký ban đầu, trừ các khoản chi phí quy định tại điểm d Khoản này;

d) Hệ số k là hệ số điều chỉnh do biến động về chi phí khám bệnh, chữa bệnh và các yếu tố liên quan của năm sau so với năm trước. Hệ số k được điều chỉnh theo chỉ số trung bình của các hệ số k theo giá nhóm thuốc, vật tư y tế và dịch vụ y tế của năm trước liền kề do Tổng cục Thống kê công bố;

đ) Chi phí vận chuyển, chạy thận nhân tạo, ghép bộ phận cơ thể người, phẫu thuật tim, can thiệp tim mạch, điều trị bệnh ung thư, bệnh hemophilia và phần chi phí cùng chi trả của người bệnh không tính vào tổng quỹ định suất;

e) Quỹ định suất giao cho cơ sở khám bệnh, chữa bệnh không vượt quá quỹ khám bệnh, chữa bệnh của cơ sở này theo quy định tại điểm a hoặc điểm b khoản 4 Điều 22 Nghị định này trừ (-) đi phần chi ngoài định suất phát sinh trong năm. Trường hợp đặc biệt, Bảo hiểm xã hội cấp tỉnh báo cáo Bảo hiểm xã hội Việt Nam xem xét, điều chỉnh nhưng suất phí điều chỉnh không vượt quá mức chi bình quân chung theo tuyến chuyên môn kỹ thuật trên phạm vi cả nước do Bảo hiểm xã hội Việt Nam xác định và thông báo hằng năm.

### 4. Theo dõi, điều chỉnh quỹ định suất:

Khi có sự thay đổi về số thẻ BHYT đăng ký tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh, Bảo hiểm xã hội cấp tỉnh có trách nhiệm thông báo cho cơ sở khám bệnh, chữa bệnh số thẻ BHYT và quỹ định suất được sử dụng. Trường hợp chi phí khám bệnh, chữa bệnh thay đổi do thay đổi cơ cấu giá dịch vụ khám bệnh, chữa bệnh, ứng dụng dịch vụ y tế mới, thuốc mới và các yếu tố liên quan khác hoặc

thay đổi chức năng, nhiệm vụ của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh thì hai bên thống nhất xác định lại suất phí và điều chỉnh quỹ định suất cho phù hợp.

**5. Sử dụng quỹ định suất:**

a) Quỹ định suất được sử dụng để thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh theo chế độ cho người có thẻ BHYT đăng ký khám bệnh, chữa bệnh tại cơ sở đó, kể cả chi phí khám bệnh, chữa bệnh tại trạm y tế xã, tại các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh khác và thanh toán trực tiếp theo quy định tại các Điều 27, 28 và 29 Nghị định này. Cơ quan bảo hiểm xã hội có trách nhiệm thông báo kịp thời cho cơ sở khám bệnh, chữa bệnh chi phí phát sinh tại các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh khác và trừ vào quỹ định suất giao cho cơ sở đó.

b) Trường hợp quỹ định suất có kết dư, cơ sở khám bệnh, chữa bệnh được hạch toán tối đa 20% trên số tiền kết dư vào nguồn thu sự nghiệp của cơ sở; phần còn lại, chuyển vào quỹ khám bệnh, chữa bệnh chung của tỉnh để quản lý, sử dụng. Nếu quỹ định suất bao gồm cả chi phí khám bệnh, chữa bệnh tại tuyến xã thì đơn vị được giao ký hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh tại các trạm y tế xã có trách nhiệm trích một phần kết dư cho các trạm y tế tuyến xã theo số thẻ đăng ký khám bệnh, chữa bệnh ban đầu tại mỗi trạm y tế.

**c) Trường hợp quỹ định suất thiếu hụt:**

- Do nguyên nhân khách quan như tăng tần suất khám bệnh, chữa bệnh, áp dụng kỹ thuật mới có chi phí lớn thì cơ quan bảo hiểm xã hội xem xét và thanh toán tối thiểu 60% chi phí vượt quỹ;

- Do nguyên nhân bất khả kháng như dịch bệnh bùng phát, tỷ lệ người mắc bệnh nặng, chi phí lớn quá cao so với dự kiến ban đầu, cơ sở khám bệnh, chữa bệnh báo cáo Bảo hiểm xã hội cấp tỉnh và Sở Y tế để xem xét thanh toán bổ sung. Trường hợp quỹ khám bệnh, chữa bệnh của tỉnh không đủ để bổ sung thì báo cáo Bảo hiểm xã hội Việt Nam xem xét, giải quyết.

6. Cơ sở khám bệnh, chữa bệnh chịu trách nhiệm theo dõi, tổng hợp chi phí khám bệnh, chữa bệnh của các trường hợp có thẻ BHYT không đăng ký khám bệnh, chữa bệnh ban đầu tại cơ sở; chi phí ngoài định suất quy định tại điểm d khoản 3 Điều này để thanh toán với cơ quan bảo hiểm xã hội.

**Điều 24. Thanh toán theo nhóm bệnh, trường hợp bệnh**

1. Thanh toán theo trường hợp bệnh hay nhóm bệnh là thanh toán trọn gói theo chi phí khám bệnh, chữa bệnh được xác định trước cho từng trường hợp theo chẩn đoán.

2. Cơ sở phân loại, xác định chẩn đoán cho từng trường hợp bệnh hay nhóm bệnh thực hiện theo quy định của Bộ trưởng Bộ Y tế.

3. Chi phí trọn gói của từng trường hợp bệnh hay nhóm bệnh dựa trên quy định về giá dịch vụ khám bệnh, chữa bệnh hiện hành.

**Điều 25. Thanh toán chi phí vận chuyển người bệnh**

1. Người tham gia BHYT thuộc đối tượng quy định tại các khoản 1, 4, 6, 7, 8 và 9 Điều 3 Nghị định này trong trường hợp cấp cứu hoặc đang điều trị nội trú phải chuyển tuyến chuyên môn kỹ thuật theo quy định của Bộ trưởng Bộ Y tế, được quỹ BHYT thanh toán chi phí vận chuyển trong các trường hợp sau:

a) Cấp cứu hoặc khi đang điều trị nội trú tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh tuyến huyện và tương đương phải chuyển lên cơ sở khám bệnh, chữa bệnh tuyến tỉnh và tương đương hoặc tuyến trung ương và tương đương gần nhất;

b) Cấp cứu hoặc khi đang điều trị nội trú tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh tuyến tỉnh và tương đương phải chuyển lên cơ sở khám bệnh, chữa bệnh tuyến trung ương và tương đương gần nhất.

2. Mức thanh toán chi phí vận chuyển người bệnh trên đất liền:

a) Trường hợp sử dụng phương tiện vận chuyển của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh thì quỹ BHYT thanh toán chi phí vận chuyển cả chiều đi và về cho cơ sở khám bệnh, chữa bệnh đó theo mức bằng 0,2 lít xăng/km tính theo khoảng cách thực tế giữa hai cơ sở khám bệnh, chữa bệnh và giá xăng tại thời điểm sử dụng. Nếu có nhiều hơn một người bệnh cùng được vận chuyển trên một phương tiện thì mức thanh toán cũng chỉ được tính như đối với vận chuyển một người bệnh. Cơ sở khám bệnh, chữa bệnh tiếp nhận người bệnh ký xác nhận trên phiếu điều xe của cơ sở chuyển người bệnh đi; trường hợp ngoài giờ hành chính thì phải có chữ ký của bác sỹ tiếp nhận người bệnh;

b) Trường hợp không sử dụng phương tiện vận chuyển của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh thì quỹ BHYT thanh toán chi phí vận chuyển một chiều (chiều đi) cho người bệnh theo mức bằng 0,2 lít xăng/km tính theo khoảng cách thực tế giữa hai cơ sở khám bệnh, chữa bệnh và giá xăng tại thời điểm chuyển người bệnh lên tuyến trên. Cơ sở khám bệnh, chữa bệnh chỉ định chuyển tuyến có trách nhiệm thanh toán khoản chi này trực tiếp cho người bệnh trước khi chuyển tuyến, sau đó thanh toán với cơ quan bảo hiểm xã hội.

3. Trường hợp vận chuyển người bệnh từ cơ sở khám bệnh, chữa bệnh tuyến huyện đảo lên tuyến trên thuộc đất liền và không có đường bộ vào đất liền, chi phí vận chuyển người bệnh gồm các khoản sau:

a) Chi phí vận chuyển từ huyện đảo vào đất liền:

Quỹ BHYT thanh toán tiền vé tàu một chiều (chiều đi) cho người bệnh. Trường hợp cần phải có nhân viên y tế đi kèm người bệnh theo chỉ định của bác sỹ chỉ định chuyển tuyến, thì quỹ BHYT thanh toán chi phí cho nhân viên y tế, gồm tiền vé tàu chiều đi và về, phụ cấp lưu trú và tiền thuê chỗ nghỉ theo quy định về chế độ công tác phí.

Trường hợp tại huyện đảo không có phương tiện, dịch vụ công cộng cần phải thuê phương tiện vận chuyển riêng, thủ trưởng cơ sở khám bệnh, chữa bệnh thống nhất với thủ trưởng cơ quan bảo hiểm xã hội quyết định việc thuê phương tiện vận chuyển, mức chi theo mức giá thuê ghi trong hợp đồng.

Cơ sở khám bệnh, chữa bệnh chỉ định chuyển tuyến có trách nhiệm thanh toán trực tiếp các khoản chi quy định tại điểm a Khoản này, sau đó tổng hợp thanh toán với cơ quan bảo hiểm xã hội.

b) Chi phí vận chuyển người bệnh trên đất liền từ bến, cảng đến cơ sở khám bệnh, chữa bệnh thực hiện theo quy định tại khoản 2 Điều này. Cơ sở khám bệnh, chữa bệnh tiếp nhận người bệnh có trách nhiệm thanh toán khoản chi này, sau đó tổng hợp vào chi phí khám bệnh, chữa bệnh của người bệnh điều trị nội trú để thanh toán với cơ quan bảo hiểm xã hội.

### **Điều 26. Thanh toán 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 không xuất trình thẻ BHYT:

a) Cơ sở khám bệnh, chữa bệnh có trách nhiệm tổng hợp danh sách trẻ em dưới 6 tuổi đã được khám bệnh, chữa bệnh kèm theo bản chụp giấy chứng sinh hoặc giấy khai sinh gửi cơ quan bảo hiểm xã hội.

b) Cơ quan bảo hiểm xã hội căn cứ danh sách số trẻ 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 BHYT cho trẻ. Trường hợp chưa được cấp thẻ thì hướng dẫn cấp thẻ, sau đó trừ chi phí khám bệnh, chữa bệnh vào nguồn kinh phí được sử dụng của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh ghi trên thẻ BHYT của trẻ đó. Trường hợp trẻ đã được cấp thẻ thì trừ vào nguồn kinh phí được sử dụng của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh nơi trẻ đó đăng ký khám bệnh, chữa bệnh ban đầu.

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 BHYT:

a) 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 chi tiết theo từng người trong tháng, gửi cơ quan bảo hiểm xã hội;

b) Cơ quan bảo hiểm xã hội căn cứ danh sách số người đã hiến bộ phận cơ thể đã được khám bệnh, chữa bệnh do cơ sở khám bệnh, chữa bệnh chuyển đến để thực hiện cấp thẻ BHYT và trừ vào nguồn kinh phí được sử dụng của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh ghi trên thẻ của người đó.

3. Thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh đối với người bệnh có thời gian tham gia BHYT đủ 5 năm liên tục trở lên và có số tiền cùng chi trả chi phí khám bệnh, chữa bệnh trong năm lớn hơn 6 tháng lương cơ sở:

a) Trường hợp người bệnh có số tiền cùng chi trả tại lần khám bệnh, chữa bệnh đó lớn hơn 6 tháng lương cơ sở thì cơ sở khám bệnh, chữa bệnh không thu số tiền cùng chi trả lớn hơn 6 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 6 tháng lương cơ sở để người bệnh có căn cứ đề nghị cơ quan BHXH xác nhận không phải cùng chi trả trong năm đó.

b) Trường hợp người bệnh có số tiền cùng chi trả trong năm kể từ ngày tham gia BHYT đủ 5 năm liên tục tại các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh khác nhau lớn hơn 6 tháng lương cơ sở thì người bệnh mang chứng từ đến cơ quan bảo hiểm xã hội để thanh toán số tiền cùng chi trả lớn hơn 6 tháng lương cơ sở và nhận giấy xác nhận không phải cùng chi trả trong năm đó.

4. Thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh đối với người bệnh đến khám bệnh sau đó được chỉ định điều trị nội trú theo yêu cầu chuyên môn:

Các chi phí khám bệnh, làm xét nghiệm cận lâm sàng, chẩn đoán hình ảnh, thăm dò chức năng (nếu có) được tổng hợp vào chi phí khám bệnh, chữa bệnh nội trú của người bệnh và được tính là một lần khám bệnh. Cơ sở khám bệnh, chữa bệnh không được thu thêm chi phí khám sau khi chỉ định người bệnh vào điều trị nội trú tại cơ sở.

5. Trường hợp chuyển tuyến khám bệnh, chữa bệnh đối với người bệnh cần phải có nhân viên y tế đi kèm và phải sử dụng thuốc, vật tư y tế trong quá trình vận chuyển, thì chi phí thuốc, vật tư y tế được tổng hợp vào chi phí điều trị của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh chỉ định chuyển tuyến.

6. Trường hợp người bệnh sau khi đã điều trị nội trú ổn định nhưng cần phải tiếp tục sử dụng thuốc sau khi ra khỏi cơ sở khám bệnh, chữa bệnh theo chỉ định của bác sỹ, thì quỹ BHYT thanh toán chi phí thuốc trong phạm vi quyền lợi 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 hoàn chỉnh hồ sơ bệnh án. Trường hợp chỉ định thời gian sử dụng thuốc từ trên 07 ngày thì phải lập bệnh án điều trị ngoại trú theo quy định.

7. Trường hợp người bệnh không thể đến cơ sở khám bệnh, chữa bệnh được nhân viên y tế của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh ban đầu đến khám bệnh, chữa bệnh tại nhà hoặc được nhân viên y tế của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh BHYT cấp cứu, thì quỹ BHYT thanh toán các chi phí thuốc, vật tư y tế, tiền khám bệnh trong phạm vi quyền lợi và mức hưởng.

Bộ trưởng Bộ Y tế quy định trường hợp khám bệnh, chữa bệnh và thủ tục, hồ sơ, chứng từ thanh toán tại Khoản này.

8. Trường hợp cơ sở khám bệnh, chữa bệnh chuyển người bệnh hoặc mẫu bệnh phẩm đến cơ sở khám bệnh, chữa bệnh hoặc trung tâm xét nghiệm, chẩn đoán hình ảnh khác để làm xét nghiệm cận lâm sàng, thăm dò chức năng do cơ sở khám bệnh, chữa bệnh chuyển người bệnh hoặc mẫu bệnh phẩm không làm được các dịch vụ y tế đó, thì quỹ BHYT thanh toán chi phí thực hiện dịch vụ y tế trong phạm vi quyền lợi và mức hưởng theo quy định.

Cơ sở khám bệnh, chữa bệnh chuyển người bệnh hoặc mẫu bệnh phẩm có trách nhiệm thanh toán chi phí liên quan từ nguồn kinh phí của cơ sở mình cho cơ sở thực hiện dịch vụ y tế, sau đó tổng hợp vào chi phí khám bệnh, chữa bệnh của người bệnh để thanh toán với cơ quan bảo hiểm xã hội.



9. Thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh đối với các dịch vụ kỹ thuật do nhân viên của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh tuyển trên thực hiện theo chương trình chỉ đạo tuyển, đề án nâng cao năng lực chuyên môn cho tuyển dưới theo quy định của Bộ trưởng Bộ Y tế:

a) Trường hợp dịch vụ kỹ thuật đã được cấp có thẩm quyền phê duyệt cho cơ sở khám bệnh, chữa bệnh nhận chuyển giao kỹ thuật, thì quỹ BHYT thanh toán theo mức giá dịch vụ đã được phê duyệt;

b) Trường hợp dịch vụ kỹ thuật chưa được cấp có thẩm quyền phê duyệt cho cơ sở khám bệnh, chữa bệnh nhận chuyển giao kỹ thuật, thì quỹ BHYT thanh toán theo giá dịch vụ của cơ sở chuyển giao kỹ thuật. Cơ sở khám bệnh, chữa bệnh nhận chuyển giao kỹ thuật có trách nhiệm thông báo cho Bảo hiểm xã hội cấp tỉnh về các dịch vụ kỹ thuật được thực hiện theo chương trình, đề án, đồng thời trình cấp có thẩm quyền phê duyệt danh mục kỹ thuật và giá dịch vụ y tế để làm cơ sở thực hiện khi tiếp nhận kỹ thuật y tế này;

c) Đối với vật tư y tế, quỹ BHYT thanh toán theo giá mua sắm theo quy định. Trường hợp cơ sở nhận chuyển giao dịch vụ kỹ thuật chưa có vật tư y tế thì thanh toán theo giá mua vào của cơ sở nơi chuyển giao dịch vụ kỹ thuật cho đến khi cơ sở tự tổ chức được việc mua sắm vật tư y tế.

10. Thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh đối với trường hợp cơ sở khám bệnh, chữa bệnh triển khai thí điểm kỹ thuật, phương pháp mới đã được Bộ trưởng Bộ Y tế hoặc Giám đốc Sở Y tế cho phép:

a) Trường hợp dịch vụ kỹ thuật, phương pháp mới do nhân viên y tế của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh khác đến thực hiện theo hợp đồng, quỹ BHYT thanh toán chi phí dịch vụ kỹ thuật theo quy định;

b) Trường hợp dịch vụ kỹ thuật, phương pháp mới chưa được cấp có thẩm quyền phê duyệt giá dịch vụ y tế thì cơ sở khám bệnh, chữa bệnh phải xây dựng và trình cấp có thẩm quyền phê duyệt giá dịch vụ kỹ thuật để làm căn cứ thanh toán. Cơ sở khám bệnh, chữa bệnh có trách nhiệm thông báo cho cơ quan bảo hiểm xã hội về việc thí điểm kỹ thuật, phương pháp mới.

11. Trong mọi thời điểm trong năm, người có thẻ BHYT đang điều trị nội trú tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh nhưng thẻ BHYT hết hạn sử dụng được quỹ BHYT thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh trong phạm vi quyền lợi và mức hưởng theo quy định cho đến khi ra viện.

12. Thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh đối với cơ sở khám bệnh, chữa bệnh có tổ chức khám bệnh, chữa bệnh BHYT vào ngày nghỉ, ngày lễ:

a) Người có thẻ BHYT đến khám bệnh, chữa bệnh được quỹ BHYT thanh toán trong phạm vi quyền lợi và mức hưởng BHYT. Người bệnh tự chi trả phần chi phí ngoài phạm vi quyền lợi và mức hưởng BHYT (nếu có).

b) 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 quyền lợi và mức hưởng BHYT và phải thông báo trước cho

người bệnh; thông báo cho cơ quan bảo hiểm xã hội để bổ sung vào hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh trước khi thực hiện.

## **Chương VII**

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

#### **Điều 27. Các trường hợp thanh toán trực tiếp**

1. Người có thẻ BHYT đi khám bệnh, chữa bệnh, cấp cứu tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh không có hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh BHYT.

2. Người có thẻ BHYT đi khám bệnh, chữa bệnh không đúng quy định về thủ tục khám bệnh, chữa bệnh BHYT tại Điều 14 Nghị định này.

3. Người bệnh có thời gian tham gia BHYT 5 năm liên tục trở lên và có số tiền cùng chi trả chi phí khám bệnh, chữa bệnh trong năm kể từ ngày tham gia BHYT đủ 5 năm liên tục lớn hơn 6 tháng lương cơ sở (trừ trường hợp tự đi khám bệnh, chữa bệnh không đúng tuyến) nhưng chưa được thanh toán số tiền cùng chi trả lớn hơn 6 tháng lương cơ sở.

4. Trường hợp cấp cứu phải chuyển tuyến khám bệnh, chữa bệnh mà người bệnh chưa xuất trình thẻ BHYT.

5. Trường hợp thuộc đối tượng quy định tại khoản 8 Điều 3 và người thuộc hộ gia đình cận nghèo quy định tại khoản 1 Điều 4 Nghị định này được cấp thẻ sau ngày Quyết định phê duyệt danh sách của cơ quan nhà nước có thẩm quyền có hiệu lực.

#### **Điều 28. Hồ sơ đề nghị thanh toán trực tiếp**

1. Giấy đề nghị thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh BHYT lập theo mẫu do Bảo hiểm xã hội Việt Nam ban hành.

2. Thẻ BHYT và giấy tờ chứng minh nhân thân.

3. Các giấy tờ sau đây phải là bản gốc hoặc bản sao có công chứng hoặc chứng thực kèm theo bản gốc để đối chiếu khi nộp hồ sơ:

a) Giấy ra viện;

b) Hóa đơn mua thuốc, hóa đơn thu viện phí và các chứng từ có liên quan.

#### **Điều 29. Nộp hồ sơ, giải quyết thanh toán trực tiếp**

1. Người bệnh hoặc thân nhân của người bệnh phải trực tiếp nộp hồ sơ theo quy định tại Điều 28 Nghị định này cho Bảo hiểm xã hội cấp huyện nơi cư trú.

2. Bảo hiểm xã hội cấp huyện có trách nhiệm:

a) Tiếp nhận hồ sơ đề nghị thanh toán của người bệnh hoặc thân nhân của người bệnh và lập Giấy biên nhận hồ sơ. Những hồ sơ không đầy đủ theo quy định thì hướng dẫn người bệnh bổ sung cho đủ;

b) Trong thời hạn 40 ngày, kể từ ngày nhận đủ hồ sơ đề nghị thanh toán phải hoàn thành việc giám định BHYT và thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh trực tiếp cho người bệnh hoặc thân nhân của người bệnh. Trường hợp không thanh toán phải trả lời bằng văn bản và nêu rõ lý do;

c) Tổng hợp số tiền đã thanh toán cho người bệnh và trừ vào nguồn kinh phí được sử dụng của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh nơi người có thẻ BHYT đăng ký khám bệnh, chữa bệnh ban đầu.

### 3. Mức thanh toán:

a) Trường hợp người bệnh đến khám bệnh, chữa bệnh ngoại trú, nội trú tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh có hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh BHYT, thì thanh toán trong phạm vi quyền lợi và mức hưởng BHYT theo quy định.

b) Trường hợp người bệnh đến khám bệnh, chữa bệnh tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh tuyến huyện và tương đương không có hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh BHYT, thì thanh toán như sau:

Trường hợp khám bệnh, chữa bệnh ngoại trú thì thanh toán theo chi phí thực tế trong phạm vi quyền lợi và mức hưởng BHYT theo quy định nhưng tối đa không quá 0,05 lần mức lương cơ sở tại thời điểm thanh toán.

Trường hợp khám bệnh, chữa bệnh nội trú thì thanh toán theo chi phí thực tế trong phạm vi quyền lợi và mức hưởng BHYT theo quy định nhưng tối đa không quá 0,50 lần mức lương cơ sở tại thời điểm thanh toán;

c) Trường hợp người bệnh đến khám bệnh, chữa bệnh nội trú tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh tuyến tỉnh và tương đương không có hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh BHYT, thì thanh toán theo chi phí thực tế trong phạm vi quyền lợi và mức hưởng BHYT theo quy định nhưng tối đa không quá 1,0 lần mức lương cơ sở tại thời điểm thanh toán;

d) Trường hợp người bệnh đến khám bệnh, chữa bệnh nội trú tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh tuyến trung ương và tương đương không có hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh BHYT, thì thanh toán theo chi phí thực tế trong phạm vi quyền lợi và mức hưởng BHYT theo quy định nhưng tối đa không quá 2,5 lần mức lương cơ sở tại thời điểm thanh toán.

## **Chương VIII** **QUẢN LÝ VÀ SỬ DỤNG QUỸ BẢO HIỂM Y TẾ**

### **Điều 30. Phân bổ và sử dụng quỹ BHYT**

Tổng số thu BHYT trên địa bàn cấp tỉnh theo mức đóng BHYT quy định tại Điều 6 Nghị định này được phân bổ và sử dụng như sau:

1. 90% số tiền đóng BHYT 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 BHYT theo quy định tại Điều 13 và Điều 25 Nghị định này;

b) Chi hoạt động khám bệnh chữa bệnh trong chăm sóc sức khỏe ban đầu và lập hồ sơ quản lý sức khỏe cá nhân người tham gia BHYT. Trích để lại cho các cơ sở giáo dục thuộc hệ thống giáo dục quốc dân (sau đây gọi chung là cơ sở giáo dục), cơ quan, tổ chức, doanh nghiệp có đủ điều kiện theo quy định tại khoản 1 Điều 32 Nghị định này và các chủ tàu đánh bắt cá xa bờ để thực hiện công tác chăm sóc sức khỏe ban đầu.

c) Chi trả sản phẩm điều trị bệnh suy dinh dưỡng cấp tính, một số rối loạn chuyển hóa bẩm sinh đối với trẻ em dưới 6 tuổi đang điều trị tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh theo quy định của Bộ trưởng Bộ Y tế.

2. 10% số tiền đóng BHYT dành cho quỹ dự phòng và chi phí quản lý quỹ BHYT và được quy định như sau:

a) Mức trích quỹ dự phòng tối thiểu bằng 5% số tiền đóng BHYT;

b) Mức chi phí quản lý quỹ BHYT tối đa bằng 5% số tiền đóng BHYT; mức cụ thể hằng năm do Bộ trưởng Bộ Tài chính trình Thủ tướng Chính phủ quyết định 03 năm một lần cùng với thời gian quy định mức chi phí quản lý bảo hiểm xã hội theo quy định tại khoản 2 Điều 90 Luật bảo hiểm xã hội.

### **c) Điều kiện đối với đại lý thu BHYT**

3. Việc quản lý và sử dụng số tiền thu BHYT thực hiện như sau:

a) Bảo hiểm xã hội các cấp thuộc Bảo hiểm xã hội Việt Nam trực tiếp thu tiền đóng BHYT của các đối tượng và chuyển về Bảo hiểm xã hội Việt Nam để quản lý theo hướng dẫn của Bảo hiểm xã hội Việt Nam;

b) Bảo hiểm xã hội Việt Nam có trách nhiệm chuyển đủ và kịp thời nhu cầu kinh phí cho Bảo hiểm xã hội cấp tỉnh để tạm ứng, thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh BHYT theo quy định.

4. Hằng năm, căn cứ số liệu quyết toán năm đã được Hội đồng quản lý Bảo hiểm xã hội Việt Nam thông qua, phân kinh phí chưa sử dụng hết của các tỉnh có số thu BHYT dành cho khám bệnh, chữa bệnh lớn hơn số chi khám bệnh, chữa bệnh trong năm được sử dụng như sau:

a) Từ ngày 01 tháng 01 năm 2015 đến ngày 31 tháng 12 năm 2020, Bảo hiểm xã hội Việt Nam có trách nhiệm hạch toán 80% vào quỹ dự phòng, đồng thời thông báo 20% số kinh phí dành cho khám bệnh, chữa bệnh chưa sử dụng hết cho địa phương để thực hiện theo quy định tại điểm a khoản 3 Điều 35 sửa đổi, bổ sung của Luật BHYT.

Căn cứ số kinh phí chưa sử dụng hết được sử dụng tại địa phương, Sở Y tế chủ trì, phối hợp với Sở Tài chính và Bảo hiểm xã hội cấp tỉnh xây dựng kế hoạch sử dụng trình Ủy ban nhân dân cấp tỉnh phê duyệt và báo cáo Hội đồng nhân dân cấp tỉnh. Căn cứ quyết định phê duyệt của Ủy ban nhân dân cấp tỉnh, Bảo hiểm xã hội cấp tỉnh chuyển kinh phí cho các đơn vị để thực hiện.

Các đơn vị được phân bổ kinh phí có trách nhiệm quản lý, sử dụng theo quy định và quyết toán với Bảo hiểm xã hội cấp tỉnh để tổng hợp vào quyết toán chi quỹ BHYT của tỉnh bảo đảm đúng mục đích, công khai, minh bạch.

b) Từ ngày 01 tháng 01 năm 2021, Bảo hiểm xã hội Việt Nam hạch toán toàn bộ phần kinh phí chưa sử dụng hết vào quỹ dự phòng để điều tiết chung.

### **Điều 31. Mức chi cho công tác chăm sóc sức khỏe ban đầu**

1. Số tiền trích để lại cho cơ sở giáo dục gồm 2 khoản:

a) 5% số thu BHYT 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:

$$\text{Số tiền trích} = 5\% \times (N_{\text{số người}} \times M_{\text{BHYT}} \times L_{\text{cơ sở}} \times 12)$$

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 có tham gia BHYT.

-  $M_{\text{BHYT}}$ : Mức đóng BHYT áp dụng đối với đối tượng trẻ em dưới 6 tuổi hoặc học sinh, sinh viên theo quy định tại khoản 1 Điều 6 Nghị định này.

-  $L_{\text{cơ sở}}$ : Mức lương cơ sở tại thời điểm thanh toán.

Định kỳ 03 tháng hoặc 06 tháng, cơ quan bảo hiểm xã hội có trách nhiệm chuyển số tiền quy định tại Điều này cho các cơ sở giáo dục và tổng hợp vào quyết toán quỹ khám bệnh, chữa bệnh BHYT của địa phương.

b) 1% tính trên số tiền đóng BHYT hằng tháng cho người lao động tại cơ sở giáo dục. Cơ quan bảo hiểm xã hội có trách nhiệm thanh toán khoản chi này ngay sau khi nhận được tiền đóng BHYT của cơ sở giáo dục.

2. Số tiền trích để lại cho cơ quan, tổ chức, doanh nghiệp có đủ điều kiện theo quy định tại khoản 1 Điều 32 Nghị định này bằng 1% tính trên số tiền đóng BHYT 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 BHYT của cơ quan, tổ chức, doanh nghiệp.

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

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

$$\text{Số tiền trích} = 10\% \times (N_{\text{số người}} \times M_{\text{BHYT}} \times L_{\text{cơ sở}} \times 12)$$

Trong đó:

-  $N_{\text{số người}}$ : Số người tham gia BHYT làm việc trên tàu đánh bắt cá.

-  $M_{\text{BHYT}}$ : Mức đóng BHYT đối với người thứ nhất trong hộ gia đình theo quy định tại điểm g khoản 1 Điều 6 Nghị định này.

-  $L_{\text{cơ sở}}$ : Mức lương cơ sở tại thời điểm thanh toán.

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

4. Căn cứ vào nhu cầu thực tế, Bộ trưởng Bộ Y tế trình Chính phủ điều chỉnh mức trích chuyển kinh phí chi chăm sóc sức khỏe ban đầu.

### **Điều 32. Điều kiện, nội dung chi, thanh quyết toán kinh phí trong công tác chăm sóc sức khỏe ban đầu (Quyết định 2348 ngày 06/12/2016)**

1. Cơ sở giáo dục, cơ quan, tổ chức, doanh nghiệp quy định tại khoản 1 và 2 Điều 31 Nghị định này (trừ cơ quan, tổ chức, doanh nghiệp có tổ chức y tế cơ quan có ký hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh BHYT) được cấp kinh phí từ quỹ BHYT để chăm sóc sức khỏe ban đầu khi có đủ các điều kiện sau đây:

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

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, 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, cơ quan, tổ chức, doanh nghiệp.

c) Căn cứ điều kiện thực tiễn tại địa phương, cơ sở giáo dục, cơ quan, tổ chức, doanh nghiệp bố trí nhân viên y tế đáp ứng quy định tại điểm a và b khoản 2 Điều này hoặc cơ quan bảo hiểm xã hội thỏa thuận với cơ sở giáo dục, cơ quan, tổ chức, doanh nghiệp để hợp đồng với cơ sở khám bệnh, chữa bệnh như bệnh viện hoặc trung tâm y tế có chức năng khám bệnh, chữa bệnh để trạm y tế xã tổ chức thực hiện chăm sóc sức khỏe cho các đối tượng theo quy định của pháp luật về chăm sóc sức khỏe ban đầu.

#### **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 và các bệnh thông thường trong thời gian học, làm việc tại cơ sở giáo dục, 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 tại cơ sở giáo dục, cơ quan, tổ chức, doanh nghiệp;

c) Chi mua văn phòng phẩm, tài liệu phục vụ việc quản lý hồ sơ sức khỏe trẻ em, học sinh, sinh viên, người lao động.

#### **3. Thanh toán, quyết toán kinh phí:**

a) Đối với cơ sở giáo dục công lập thực hiện hạch toán các khoản chi 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 ngoài công lập thực hiện hạch toán các khoản chi chăm sóc sức khỏe ban đầu vào chi phí của cơ sở và quyết toán với đơn vị cấp trên trực thuộc (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 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, cơ quan, tổ chức, doanh nghiệp được cấp kinh phí chi cho công tác 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 33. 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 a khoản 2 và điểm a khoản 4 Điều 30 Nghị định này;

b) Các khoản thu chậm đóng, trốn đóng BHYT từ các năm trước;

c) Tiền sinh lời của hoạt động đầu tư từ quỹ BHYT;

d) Tiền lãi chậm đóng, trốn đóng BHYT.

#### **2. Nội dung sử dụng quỹ dự phòng:**

a) Bổ sung kinh phí khám bệnh, chữa bệnh BHYT cho các tỉnh, thành phố trong trường hợp số thu BHYT dành cho khám bệnh, chữa bệnh theo quy định tại khoản 1 Điều 30 Nghị định này nhỏ hơn số chi khám bệnh, chữa bệnh trong năm. Sau khi có biên bản kiểm tra quyết toán năm, Bảo hiểm xã hội cấp tỉnh báo cáo Bảo hiểm xã hội Việt Nam thẩm định để bổ sung toàn bộ phần kinh phí chênh lệch này từ nguồn quỹ dự phòng;

b) Thanh toán chi phí thuê dịch vụ công nghệ thông tin thực hiện tin học hóa tại các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh BHYT;

c) Hoàn trả ngân sách nhà nước kinh phí cấp trùng thẻ BHYT.

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 1 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 và các bộ, ngành liên quan trình Chính phủ các biện pháp giải quyết để bảo đảm đủ và kịp thời nguồn kinh phí cho khám bệnh, chữa bệnh BHYT theo quy định.

#### **Điều 34. Lập kế hoạch tài chính, chi phí quản lý và quyết toán**

1. Lập kế hoạch tài chính, chi phí quản lý quỹ BHYT thực hiện theo quy định của Thủ tướng Chính phủ về cơ chế quản lý tài chính về bảo hiểm xã hội, BHYT, bảo hiểm thất nghiệp và chi phí quản lý bảo hiểm xã hội, BHYT, bảo hiểm thất nghiệp.

2. Bảo hiểm xã hội Việt Nam có trách nhiệm tổng hợp và lập báo cáo quyết toán quỹ BHYT năm trước ngày 01 tháng 10 năm sau theo quy định tại Điều 32 sửa đổi, bổ sung của Luật BHYT.

### **Chương IX**

#### **HIỆN ĐẠI HÓA HỆ THỐNG QUẢN LÝ BẢO HIỂM Y TẾ**

#### **Điều 35. Tin học hóa khám bệnh, chữa bệnh BHYT**

1. Tin học hóa khám bệnh, chữa bệnh BHYT là việc ứng dụng công nghệ thông tin của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh để bảo đảm kết nối, chuyển dữ liệu giữa cơ sở khám chữa bệnh với hệ thống giám định điện tử của cơ quan bảo hiểm xã hội và hệ thống quản lý dữ liệu y tế điện tử tập trung của Bộ Y tế nhằm cải cách thủ tục hành chính trong khám bệnh, chữa bệnh, nâng cao hiệu quả công tác giám định BHYT, quản lý và sử dụng quỹ BHYT.

2. Việc thực hiện tin học hóa khám bệnh, chữa bệnh BHYT của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh phải bảo đảm các nguyên tắc sau:

a) Tuân thủ các tiêu chuẩn, quy chuẩn kỹ thuật, bảo đảm sự tương thích, thông suốt và an toàn, tạo thuận lợi cho giao dịch điện tử giữa cơ sở khám bệnh, chữa bệnh với cơ quan bảo hiểm xã hội và với Bộ Y tế;

b) Kế thừa hạ tầng kỹ thuật, gồm các thiết bị tính toán (máy chủ, máy trạm), thiết bị ngoại vi, thiết bị kết nối mạng, thiết bị phụ trợ, mạng nội bộ, phần mềm hiện có của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh;

c) Bộ Y tế, Bảo hiểm xã hội Việt Nam, cơ sở khám bệnh, chữa bệnh thực hiện tin học hóa khám bệnh, chữa bệnh BHYT theo quy định của pháp luật về ứng dụng công nghệ thông tin trong cơ quan nhà nước.

3. Nội dung thực hiện tin học hóa khám bệnh, chữa bệnh BHYT:

a) Các cơ sở khám chữa bệnh, cơ quan bảo hiểm xã hội, Bộ Y tế bảo đảm hạ tầng và nhân lực trong thực hiện tin học hóa khám chữa bệnh BHYT;

b) Thực hiện việc định dạng dữ liệu, chuẩn dữ liệu đầu vào và đầu ra, danh mục dùng chung, chuyên dữ liệu thống nhất trên toàn quốc;

c) Bảo đảm tính bảo mật, tính riêng tư đối với thông tin y tế của người bệnh và dữ liệu khám chữa bệnh BHYT.



4. Chi phí thực hiện tin học hóa quản lý BHYT như sau:

a) Chi phí ứng dụng công nghệ thông tin của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh BHYT được kết cấu trong giá dịch vụ khám bệnh, chữa bệnh BHYT;

b) Chi phí thuê dịch vụ công nghệ thông tin thực hiện việc tin học hóa tại các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh BHYT bảo đảm liên thông hệ thống phần mềm công nghệ thông tin giữa cơ quan bảo hiểm xã hội và cơ sở khám bệnh, chữa bệnh BHYT được trích từ quỹ dự phòng cho đến khi giá dịch vụ khám bệnh, chữa bệnh BHYT có kết cấu chi phí công nghệ thông tin được ban hành;

c) Chi phí ứng dụng công nghệ thông tin quản lý BHYT của cơ quan bảo hiểm xã hội bố trí trong dự toán chi phí quản lý bảo hiểm xã hội, BHYT, bảo hiểm thất nghiệp hằng năm của Bảo hiểm xã hội Việt Nam theo quy định.

5. Bảo hiểm xã hội Việt Nam có trách nhiệm:

a) Quyết định hình thức và chịu trách nhiệm về lựa chọn doanh nghiệp có đủ năng lực cho thuê dịch vụ công nghệ thông tin để thực hiện tin học hóa tại các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh BHYT trên toàn quốc, bao gồm cơ sở khám bệnh, chữa bệnh thuộc Bộ Quốc phòng, Bộ Công an;

b) Ký hợp đồng thuê dịch vụ công nghệ thông tin bảo đảm nguyên tắc, yêu cầu chi tiết về dịch vụ công nghệ thông tin được thuê, giá thuê; thanh toán chi phí thuê dịch vụ công nghệ thông tin theo hợp đồng đã ký.

6. Bộ Y tế có trách nhiệm:

a) Xây dựng, ban hành, cập nhật kịp thời bộ mã dịch vụ y tế dùng chung về thuốc (gồm thuốc tân dược, thuốc y học cổ truyền), hóa chất, vật tư tiêu hao, vật tư thay thế, dịch vụ kỹ thuật thuộc phạm vi được hưởng của người tham gia BHYT, mã bệnh tật và các thông tin liên quan;

b) Chỉ đạo các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh có trách nhiệm cập nhật kịp thời, chính xác, phản ánh đầy đủ thông tin về khám bệnh, chữa bệnh BHYT và chuyển dữ liệu vào cơ sở dữ liệu quốc gia về BHYT để phục vụ giám định và thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh BHYT.

c) Xây dựng và hướng dẫn nội dung tin học hóa trong khám chữa, bệnh BHYT để thực hiện thống nhất trên toàn quốc.

d) Chủ trì, phối hợp với Bộ Tài chính và Bảo hiểm xã hội Việt Nam đưa chi phí hoạt động ứng dụng công nghệ thông tin trong cơ sở khám bệnh, chữa bệnh vào giá dịch vụ khám bệnh, chữa bệnh BHYT.

đ) Chủ trì, phối hợp với Bộ Thông tin và Truyền thông kiểm tra, giám sát thực hiện tin học hóa tại các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh BHYT;

### **Điều 36. Cấp mã số quản lý đơn vị sử dụng lao động**

1. Mã số cấp cho đơn vị sử dụng lao động là dãy số được tạo bởi hệ thống thông tin quản lý của cơ quan bảo hiểm xã hội về danh sách người lao động

đăng ký tham gia, quá trình đóng, tạm dừng đóng, chậm đóng, truy đóng bảo hiểm xã hội, BHYT, bảo hiểm thất nghiệp cho người lao động.

2. Mỗi đơn vị sử dụng lao động có một mã số duy nhất khi tham gia bảo hiểm xã hội, BHYT, bảo hiểm thất nghiệp do cơ quan bảo hiểm xã hội cấp theo phân cấp như sau:

a) Bảo hiểm xã hội Việt Nam cấp mã số đối với các đơn vị sử dụng lao động thuộc phạm vi quản lý của Bảo hiểm xã hội Việt Nam;

b) Bảo hiểm xã hội Bộ Quốc phòng, Bảo hiểm xã hội Bộ Công an cấp mã số cho các đơn vị thuộc phạm vi quản lý của Bộ Quốc phòng, Bộ Công an.

3. Mã số đơn vị sử dụng lao động được dùng để tra cứu thông tin về kết quả đóng bảo hiểm xã hội, BHYT, bảo hiểm thất nghiệp; thực hiện các nghĩa vụ về đóng, hưởng bảo hiểm xã hội, BHYT, bảo hiểm thất nghiệp cho người lao động, thủ tục hành chính và các nghĩa vụ khác có liên quan.

### **Điều 37. Cấp mã số cá nhân quản lý người tham gia**

1. Mã số cá nhân cấp cho người tham gia là dãy số được tạo bởi hệ thống thông tin quản lý của cơ quan bảo hiểm xã hội đối với người tham gia về quá trình đóng, hưởng bảo hiểm xã hội, BHYT, bảo hiểm thất nghiệp.

2. Mỗi người tham gia có một mã số cá nhân duy nhất và được lấy theo mã định danh cá nhân do cơ quan có thẩm quyền cấp. Trong thời gian chờ cơ quan có thẩm quyền ban hành mã số định danh cá nhân thì mã số cá nhân do cơ quan bảo hiểm xã hội cấp theo phân cấp như sau:

a) Bảo hiểm xã hội Bộ Quốc phòng, Bảo hiểm xã hội Bộ Công an cấp mã số cá nhân đối với người tham gia BHYT thuộc phạm vi quản lý của Bộ Quốc phòng, Bộ Công an, trừ những người đã được Bảo hiểm xã hội Việt Nam cấp mã số cá nhân theo quy định tại điểm b Khoản này;

b) Bảo hiểm xã hội Việt Nam cấp mã số cá nhân đối với người tham gia thuộc các đối tượng khác.

3. Mã số cá nhân được dùng để giải quyết các chế độ về bảo hiểm xã hội, BHYT, bảo hiểm thất nghiệp theo quy định, là cơ sở để cấp thẻ bảo hiểm xã hội điện tử và thay thế cho thủ tục xác nhận về đóng bảo hiểm xã hội, BHYT, bảo hiểm thất nghiệp khi giải quyết chế độ.

4. Người tham gia sử dụng mã số cá nhân để tra cứu thông tin về đóng, hưởng bảo hiểm xã hội, BHYT, bảo hiểm thất nghiệp dưới hình thức tra cứu thông tin trực tuyến và không phải trả phí khai thác, sử dụng dữ liệu.

## **Chương X ĐIỀU KHOẢN THI HÀNH**

### **Điều 38. Điều khoản chuyển tiếp**

1. Đối tượng quy định tại khoản 1 Điều 3 Nghị định này 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 BHYT thì thời gian đó được tính là thời gian tham gia BHYT liên tục.

2. Đối với đối tượng là thân nhân của công nhân, viên chức quốc phòng, công an hưởng lương từ ngân sách nhà nước quy định tại khoản 4 Điều 4 Nghị định này, tham gia BHYT từ ngày 01 tháng 01 năm 2017 đến hết ngày 31 tháng 12 năm 2017 theo quy định tại Điều 5 Nghị định này.

3. Đối với các khoản chi phí thuê dịch vụ công nghệ thông tin thực hiện tin học hóa khám bệnh, chữa bệnh BHYT quy định tại điểm b khoản 4 Điều 35 Nghị định này phát sinh trước ngày Nghị định này có hiệu lực thi hành, Bảo hiểm xã hội Việt Nam tổng hợp vào quyết toán quỹ dự phòng năm 2016.

### **Điều 39. Hiệu lực thi hành**

1. Nghị định này có hiệu lực thi hành từ ngày tháng năm 2017.

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 105/2014/NĐ-CP ngày 15 tháng 11 năm 2014 của Chính phủ quy định chi tiết và hướng dẫn thi hành một số điều của Luật BHYT;

b) Thông tư liên tịch số 41/2014/TTLT-BYT-BTC ngày 24 tháng 11 năm 2014 của Bộ Y tế, Bộ Tài chính hướng dẫn thực hiện BHYT và Thông tư liên tịch số 16/2015/TTLT-BYT-BTC ngày 02 tháng 7 năm 2015 của Bộ Y tế, Bộ Tài chính sửa đổi khoản 5 Điều 13 Thông tư liên tịch số 41/2014/TTLT-BYT-BTC ngày 24 tháng 11 năm 2014 hướng dẫn thực hiện BHYT.

### **Điều 40. Trách nhiệm hướng dẫn thực hiện**

1. Bộ Y tế có trách nhiệm hướng dẫn thi hành các điều, khoản được giao trong Nghị định này và nghiên cứu, đề xuất các giải pháp để thực hiện BHYT toàn dân.

2. Bộ Tài chính có trách nhiệm cân đối, bố trí ngân sách trung ương hỗ trợ cho các địa phương chưa tự cân đối được ngân sách để bảo đảm nguồn thực hiện chính sách BHYT theo quy định tại Nghị định này.

3. Bộ Quốc phòng, Bộ Công an có trách nhiệm hướng dẫn thực hiện BHYT đối với các đối tượng theo quy định tại khoản 1 Điều 1; các khoản 1, 11 và 13 Điều 3; các khoản 2, 5 và 6 Điều 4 Nghị định này thuộc phạm vi quản lý của Bộ Quốc phòng, Bộ Công an.

4. Bộ Lao động - Thương binh và Xã hội có trách nhiệm:

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

b) Hướng dẫn lập danh sách bình xét người thuộc hộ gia đình nghèo, người thuộc hộ gia đình cận nghèo và người thuộc hộ gia đình làm nông nghiệp, lâm nghiệp, ngư nghiệp và diêm nghiệp có mức sống trung bình.

5. Các bộ, ngành khác có liên quan trong phạm vi chức năng, nhiệm vụ và quyền hạn của mình có trách nhiệm hướng dẫn thi hành Nghị định này; chỉ đạo các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh trực thuộc phối hợp chặt chẽ với cơ quan bảo hiểm xã hội trong việc thực hiện chuyển dữ liệu khám bệnh, chữa bệnh BHYT đến cơ quan bảo hiểm xã hội để giám định, thanh toán.

#### **Điều 41. 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 các tỉnh, thành phố trực thuộc Trung ương 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;
- Ngân hàng Chính sách Xã hội;
- Ngân hàng Phát triển Việt Nam;
- 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 (3b).

**TM. CHÍNH PHỦ  
THỦ TƯỚNG**

**Nguyễn Xuân Phúc**



Phụ lục I, phụ lục II  
kèm theo Nghị định



Phụ lục III kèm theo  
Nghị định

## Phụ lục I

### Mẫu tổng hợp đối tượng và kinh phí đóng BHYT cho người có công với cách mạng và người thuộc diện hưởng trợ cấp bảo trợ xã hội hằng tháng

(Ban hành kèm theo Nghị định số /2017/NĐ-CP ngày tháng năm 2017 của Chính phủ)

BHXH .....

CỘNG HOÀ XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM

Độc lập - Tự do - Hạnh phúc

### BẢNG TỔNG HỢP ĐỐI TƯỢNG VÀ KINH PHÍ ĐÓNG BẢO HIỂM Y TẾ CHO NGƯỜI CÓ CÔNG VỚI CÁCH MẠNG VÀ NGƯỜI THUỘC DIỆN HƯỞNG TRỢ CẤP BẢO TRỢ XÃ HỘI HẰNG THÁNG

Năm 20...

(Kèm theo công văn số .... /... ngày ... tháng ... năm ... của BHXH ...)

(Đơn vị tính: Thẻ; Đồng)

Số TT	Xã, phường	Số thẻ BHYT đã phát hành trong năm	Số tiền đóng BHYT tính theo mức quy định	Số tiền cơ quan Lao động đã chuyển	Số tiền cơ quan Lao động còn phải chuyển
A	B	(1)	(2)	(3)	(4=2-3)
	<b>Tổng số (I+II)</b>				
<b>I</b>	<b>Người có công với cách mạng và thân nhân (bao gồm cả người phục vụ người có công với cách mạng sống ở gia đình)</b>				
1	Xã A				
2	Xã B				
3	Xã C				
...					
<b>II</b>	<b>Người thuộc diện hưởng trợ cấp bảo trợ xã hội hằng tháng</b>				
1	Xã A				
2	Xã B				
3	Xã C				
...					

... ngày.... tháng....năm.....

**Người lập biểu**  
(Ký, ghi rõ họ và tên)

**Phụ trách kế toán**  
(Ký, ghi rõ họ và tên)

**Giám đốc**  
(Ký, ghi rõ họ, tên và đóng dấu)

**Phụ lục II**  
**Mẫu tổng hợp đối tượng và kinh phí ngân sách nhà nước đóng,**  
**hỗ trợ đóng bảo hiểm y tế**

(Ban hành kèm theo Nghị định số /2017/NĐ-CP ngày tháng năm 2017 của Chính phủ)

BHXH .....

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

**Độc lập - Tự do - Hạnh phúc**

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

Năm 20...

(Kèm theo công văn số .... /... ngày ... tháng ... năm ... của BHXH...)

(Đơn vị tính: Thẻ; Đồng)

Số TT	Đối tượng tham gia BHYT	Số thẻ BHYT đã phát hành	Số tiền đóng BHYT tính theo mức quy định	Số tiền do người tham gia đóng	Số tiền ngân sách nhà nước đóng, hỗ trợ	Số tiền cơ quan Tài chính đã chuyển	Số tiền cơ quan Tài chính còn phải chuyển
A	B	1	2	3	4=2-3	5	6=4-5
	<b>Tổng số</b>						
1	Trẻ em dưới 6 tuổi						
2	Người thuộc hộ nghèo						
3	Người thuộc hộ cận nghèo						
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	.....						

... ngày.... tháng....năm....

**Người lập biểu**  
(Ký, ghi rõ họ và tên)

**Phụ trách kế toán**  
(Ký, ghi rõ họ và tên)

**Giám đốc**  
(Ký, ghi rõ họ, tên và đóng dấu)

**Ghi chú:** Trường hợp cá nhân, tổ chức trong và 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".

**Phụ lục III**

**Mẫu hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế**  
(Ban hành kèm theo Nghị định số /2017/NĐ-CP ngày tháng năm  
2017 của Chính phủ)

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

**HỢP ĐỒNG KHÁM BỆNH, CHỮA BỆNH BẢO HIỂM Y TẾ**  
(Số: /HĐKCB-BHYT) [1]

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

Căn cứ Luật khám bệnh, chữa bệnh ngày 23 tháng 11 năm 2009;

Căn cứ Nghị định số ..../2017/NĐ-CP ngày ... tháng ... năm 2017 của Chính phủ quy định chi tiết và hướng dẫn thi hành một số điều của Luật bảo hiểm y tế;

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

Căn cứ Quyết định số... ngày ...tháng...năm..... của ..... về việc quy định chức năng, nhiệm vụ của Bảo hiểm xã hội cấp tỉnh/huyện [3].....

Căn cứ Quyết định số.....ngày.... của..... về việc ban hành bảng giá dịch vụ khám bệnh, chữa bệnh tại (tên cơ sở) .....

**Hôm nay, ngày...tháng...năm 20.... 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 ông (bà): ..... Chức vụ:

Giấy ủy quyền số :..... Ngày.....tháng  
.....năm..... [4]

**Bên B:** (Tên cơ sở KCB/cơ quan ký hợp đồng khám chữa  
bệnh):.....

Địa chỉ:

.....

..

Địa chỉ thư điện tử:

.....

Điện thoại: .....

Fax:.....

Tài khoản số : ..... Tại Ngân  
hàng.....

Đại diện ông (bà): ..... Chức vụ:

.....

Giấy ủy quyền số :..... Ngày.....tháng .....năm  
..... [5]

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

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

Bên B cam kết bảo đảm khám bệnh, chữa bệnh BHYT cho tổng  
số .....người có thẻ BHYT đăng ký khám bệnh, chữa bệnh ban đầu  
tại ..... theo (bằng file điện tử lập theo Mẫu 01 kèm theo)/hoặc cho  
người bệnh BHYT được các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh chuyên đến.

### **Điều 2. Thời gian thực hiện hợp đồng**

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

### **Điều 3. Giá trị hợp đồng**



1. Mức thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh của hợp đồng như sau:

a) Số kinh phí được tính theo giá trị của tổng số thẻ BHYT đăng ký khám bệnh, chữa bệnh trong năm tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh;

b) Tổng chi phí làm căn cứ thanh toán bao gồm chi phí khám bệnh, chữa bệnh cho người có thẻ BHYT quy định tại Điều 1 đến khám bệnh, chữa bệnh tại cơ sở và khám bệnh, chữa bệnh tại các cơ sở y tế khác (không bao gồm chi phí khám bệnh, chữa bệnh của số thẻ BHYT không đăng ký ban đầu tại cơ sở).

2. Phạm vi thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh

#### **Điều 4. Phương thức thanh toán, phạm vi thanh toán**

1. Phương thức thanh toán: .....(do cơ sở khám bệnh, chữa bệnh lựa chọn).

2. Phạm vi thanh toán là toàn bộ chi phí khám bệnh, chữa bệnh phát sinh theo thời hạn có hiệu lực của hợp đồng.

Chi phí khám bệnh, chữa bệnh đối với trường hợp người tham gia BHYT đến khám bệnh, chữa bệnh trước ngày 01 tháng 01 nhưng ra viện kể từ ngày 01 tháng 01 thì tính vào chi phí khám bệnh, chữa bệnh năm sau.

Trong mọi thời điểm trong năm, người có thẻ BHYT đang điều trị nội trú tại cơ sở nhưng thẻ BHYT hết hạn sử dụng, bên B thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh trong phạm vi quyền lợi và mức hưởng theo quy định cho đến khi ra viện.

#### **Điều 5. Tạm ứng, thanh toán, quyết toán**

1. Tạm ứng kinh phí:

*Tùy theo trường hợp cụ thể, nội dung hợp đồng thể hiện như sau:*

Việc tạm ứng kinh phí được thực hiện hằng quý như sau: Trong thời hạn 05 ngày làm việc, kể từ ngày nhận được báo cáo quyết toán quý trước của bên B, bên A tạm ứng một lần bằng 80% chi phí khám bệnh, chữa bệnh BHYT theo báo cáo quyết toán quý trước của bên B.

Trường hợp lần đầu ký hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh BHYT có đăng ký khám bệnh, chữa bệnh ban đầu thì thể hiện như sau: Bên B

được tạm ứng 80% nguồn kinh phí được sử dụng tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh theo thông báo đầu kỳ của bên A.

Trường hợp không đăng ký khám bệnh, chữa bệnh BHYT ban đầu thì thể hiện như sau: “Căn cứ số chỉ khám bệnh, chữa bệnh sau một tháng thực hiện hợp đồng, bên A dự kiến và tạm ứng 80% kinh phí khám bệnh, chữa bệnh BHYT trong quý.

## 2. Thanh toán, quyết toán:

a) Trong thời hạn 15 ngày đầu mỗi tháng, bên B có trách nhiệm gửi bản tổng hợp đề nghị thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh BHYT của tháng trước cho bên A; trong thời hạn 15 ngày đầu mỗi quý, bên B có trách nhiệm gửi báo cáo quyết toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh BHYT của quý trước cho bên A;

b) Trong thời hạn 30 ngày, kể từ ngày nhận được báo cáo quyết toán quý trước của bên B, bên A có trách nhiệm thẩm định và thông báo kết quả giám định, trong đó nêu rõ số quyết toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh BHYT bao gồm chi phí khám bệnh, chữa bệnh thực tế trong phạm vi quyền lợi và mức hưởng BHYT cho bên B;

c) Trong thời hạn 10 ngày, kể từ ngày thông báo số quyết toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh, bên A có trách nhiệm hoàn thành việc thanh toán với bên B.

## 3. Tạm ứng và thanh toán với các Trạm y tế xã và tương đương

*Ghi cụ thể:*

a) Mức thanh toán

b) Hình thức chuyển kinh phí cho các Trạm y tế xã

c) Đảm bảo cung ứng thuốc, vật tư y tế với Trạm y tế

## **Điều 6. Quyền và trách nhiệm của bên A**

### 1. Quyền của bên A:

a) Kiểm tra, giám định việc thực hiện khám bệnh, chữa bệnh BHYT của bên B; thu hồi, tạm giữ thẻ BHYT đối với các trường hợp gian lận trong việc cấp thẻ BHYT, người có tên trong thẻ BHYT không tiếp tục tham gia BHYT, người đi khám bệnh, chữa bệnh sử dụng thẻ BHYT của người khác;

b) Yêu cầu bên B cung cấp hồ sơ, bệnh án, tài liệu về khám bệnh, chữa bệnh để phục vụ công tác giám định BHYT, bao gồm đề án liên doanh, liên kết thực hiện dịch vụ kỹ thuật y tế, hợp đồng làm

việc giữa bên B và người hành nghề (nếu có); Quyết định của cơ quan có thẩm quyền về thực hiện Đề án chuyển giao kỹ thuật, hỗ trợ y tế cho tuyến dưới; dịch vụ kỹ thuật y tế chuyên giao của Đề án; danh mục và giá dịch vụ kỹ thuật sử dụng tại bên B theo quy định phê duyệt của cấp có thẩm quyền;

c) Từ chối thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh BHYT không đúng quy định của pháp luật BHYT hoặc không đúng với nội dung hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh BHYT;

d) Từ chối tạm ứng, thanh toán kinh phí khám bệnh, chữa bệnh BHYT cho bên B trong trường hợp bên B không duy trì việc liên thông hệ thống phần mềm công nghệ thông tin với bên A hoặc không chuyển dữ liệu vào cơ sở dữ liệu quốc gia về BHYT ít nhất 03 ngày liên tục trong tháng mà không có lý do chính đáng.

## 2. Trách nhiệm của bên A:

a) Cung cấp cho bên B danh sách người có thẻ BHYT đăng ký khám bệnh, chữa bệnh ban đầu (bằng phương tiện điện tử hoặc bản có ký tên đóng dấu) và thông báo kinh phí để bảo đảm khám bệnh, chữa bệnh cho người tham gia BHYT;

b) Tạm ứng kinh phí và thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh hằng quý cho bên B theo chế độ quy định;

c) Tổ chức công tác giám định việc thực hiện khám bệnh, chữa bệnh BHYT tại bên B; bảo đảm tuân thủ quy chế về hồ sơ bệnh án theo quy định của Bộ Y tế khi xem xét hồ sơ bệnh án;

d) Phối hợp với bên B trong việc tiếp nhận, kiểm tra thủ tục khám chữa bệnh; thu hồi, tạm giữ thẻ BHYT và xử lý theo thẩm quyền đối với các trường hợp vi phạm;

đ) Phối hợp với bên B giải thích, phổ biến, tuyên truyền về chính sách BHYT;

e) Bảo vệ quyền lợi của người tham gia BHYT; giải quyết theo thẩm quyền các kiến nghị, khiếu nại, tố cáo về chế độ BHYT;

g) Trách nhiệm khác theo quy định của pháp luật về BHYT.

## **Điều 7. Quyền và trách nhiệm của bên B**

### 1. Quyền của bên B:

a) Yêu cầu bên A cung cấp đầy đủ, chính xác các thông tin có liên quan đến người tham gia BHYT, kinh phí khám bệnh, chữa bệnh cho người tham gia BHYT;

b) Được bên A tạm ứng kinh phí và thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh theo hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh đã ký;

c) Kiến nghị với cơ quan nhà nước có thẩm quyền xử lý tổ chức, cá nhân vi phạm pháp luật về BHYT;

d) Quyền khác theo quy định của pháp luật về khám bệnh, chữa bệnh.

## 2. Trách nhiệm của bên B:

a) Hướng dẫn thủ tục khám bệnh, chữa bệnh BHYT bảo đảm nhanh chóng, đơn giản và thuận tiện cho người tham gia BHYT;

b) Tiếp nhận và chuyển người bệnh trong trường hợp vượt quá phạm vi chuyên môn của bệnh viện theo đúng quy định của Bộ trưởng Bộ Y tế;

c) Tổ chức khám bệnh, chữa bệnh cho người tham gia BHYT đúng phạm vi chuyên môn kỹ thuật; đảm bảo cung ứng đầy đủ thuốc, máu, dịch truyền, hoá chất xét nghiệm, phim X-quang, vật tư y tế sử dụng trong khám bệnh, chữa bệnh theo danh mục do Bộ Y tế ban hành. Việc chỉ định sử dụng thuốc, dịch vụ kỹ thuật phải đảm bảo hợp lý, an toàn, chống lãng phí và lạm dụng;

d) Cung cấp hồ sơ bệnh án, tài liệu liên quan đến khám bệnh, chữa bệnh và thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh của người tham gia BHYT theo yêu cầu của bên A và cơ quan nhà nước có thẩm quyền;

đ) Bảo đảm điều kiện cần thiết cho bên A thực hiện công tác giám định; phối hợp với bên A trong việc tuyên truyền, giải thích về chế độ cho người tham gia BHYT;

e) Kiểm tra, phát hiện và thông báo cho bên A những trường hợp vi phạm về sử dụng thẻ BHYT; phối hợp với bên A thu hồi, tạm giữ thẻ BHYT và xử lý theo thẩm quyền đối với các trường hợp vi phạm theo quy định;

g) Quản lý và sử dụng kinh phí do bên A tạm ứng, thanh toán từ quỹ BHYT theo đúng quy định của pháp luật; thống kê đầy đủ, kịp thời và chính xác chi phí khám bệnh, chữa bệnh BHYT;

h) Thực hiện chuyển dữ liệu vào cơ sở dữ liệu quốc gia về BHYT để phục vụ việc giám định và thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh BHYT;

i) Trường hợp cần sao chụp thẻ BHYT, 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, không được yêu cầu người bệnh sao chụp hoặc chi trả cho khoản chi phí này;

k) Trách nhiệm khác theo quy định pháp luật về khám bệnh, chữa bệnh.

### **Điều 8. Giải quyết tranh chấp**

1. Khi có tranh chấp, hai bên tự hòa giải. Trường hợp hòa giải không thành thì các bên tranh chấp có quyền khởi kiện tại Tòa án theo quy định của pháp luật.

2. Trong thời gian tranh chấp, hai bên vẫn phải bảo đảm điều kiện để khám bệnh, chữa bệnh của người tham gia BHYT.

### **Điều 9. Cam kết chung**

1. Hai bên cam kết thực hiện đúng các điều khoản trong hợp đồng và các quy định của pháp luật về khám bệnh, chữa bệnh BHYT.

2. Trong trường hợp có thay đổi hoặc chấm dứt hợp đồng này trước thời hạn, hai bên phải thông báo cho nhau trước ba (03) tháng để đảm bảo quyền lợi của người tham gia BHYT và quyền lợi của các bên.

3. Mọi thông báo và văn bản giao dịch giữa hai bên được gửi qua bưu điện hoặc thư điện tử theo địa chỉ nêu trong hợp đồng này.

4. Hai bên thống nhất phối hợp trong việc ứng dụng công nghệ thông tin để tạo thuận lợi trong thanh quyết toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh BHYT.

5. Hợp đồng này có hiệu lực từ ngày ... tháng ... năm ... đến hết ngày 31 tháng 12 năm .... Sau khi các bên thực hiện xong việc thanh quyết toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh năm ..., hợp đồng coi như được thanh lý.

Hợp đồng này được lập thành 04 bản có giá trị như nhau, mỗi bên giữ 02 bản.

**ĐẠI DIỆN BÊN B**  
**BÊN A**

*(Ký, ghi rõ họ và tên, đóng dấu)  
và tên, đóng dấu)*

**ĐẠI DIỆN**

*(Ký, ghi rõ họ*

**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 hàng năm.
- [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 BHYT./.