

Số: /2024/NĐ-CP

Hà Nội, ngày tháng năm 2024

DỰ THẢO 1
Ngày 16/9/2024**NGHỊ ĐỊNH**

SỬA ĐỔI BỔ SUNG MỘT SỐ ĐIỀU NGHỊ ĐỊNH SỐ 146/2018/NĐ-CP NGÀY 18 THÁNG 10 NĂM 2018 VÀ NGHỊ ĐỊNH SỐ 75/2023/NĐ-CP NGÀY 19/10/2023 SỬA ĐỔI BỔ SUNG MỘT SỐ ĐIỀU NGHỊ ĐỊNH SỐ 146/2018/NĐ-CP NGÀY 18 THÁNG 10 NĂM 2018 QUY ĐỊNH CHI TIẾT VÀ HƯỚNG DẪN BIỆN PHÁP THI HÀNH LUẬT BẢO HIỂM Y TẾ

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

Căn cứ Luật bảo hiểm y tế ngày 14 tháng 11 năm 2008, Luật sửa đổi, bổ sung một số điều Luật bảo hiểm y tế ngày 13 tháng 6 năm 2014 và Luật sửa đổi, bổ sung một số điều Luật bảo hiểm y tế ngày...tháng...năm 2024;

Theo đề nghị của Bộ trưởng Bộ Y tế;

Chính phủ ban hành Nghị định sửa đổi bổ sung một số điều Nghị định số 146/2018/NĐ-CP ngày 18 tháng 10 năm 2018 và Nghị định số 75/2023/NĐ-CP ngày 19/10/2023 sửa đổi bổ sung một số điều nghị định số 146/2018/NĐ-CP ngày 18 tháng 10 năm 2018 quy định chi tiết và hướng dẫn biện pháp thi hành luật bảo hiểm y tế.

Điều 1. Phạm vi điều chỉnh

Nghị định này sửa đổi, bổ sung một số điều Nghị định số 146/2018/NĐ-CP ngày 18 tháng 10 năm 2018 và Nghị định số 75/2023/NĐ-CP ngày 19/10/2023 sửa đổi bổ sung một số điều nghị định số 146/2018/NĐ-CP ngày 18 tháng 10 năm 2018 quy định chi tiết và hướng dẫn biện pháp thi hành luật bảo hiểm y tế; quy định chi tiết một số điều của Luật sửa đổi bổ sung một số điều của Luật bảo hiểm y tế về:

- Sửa đổi quy định về tuyển thành cấp chuyên môn kỹ thuật, bãi bỏ quy định về hạng bệnh viện.
- Sửa đổi, bổ sung quy định về thanh toán chi phí vận chuyển.
- Bổ sung hướng dẫn thanh toán bảo hiểm y tế đối với các trường hợp cơ sở khám bệnh, chữa bệnh điều chỉnh giấy phép hoạt động khi thay đổi quy mô giường bệnh theo quy định pháp luật về khám bệnh, chữa bệnh; Đối với trường hợp người tham gia bảo hiểm y tế đi khám bệnh, chữa bệnh theo yêu cầu.

Điều 2. Sửa đổi, bổ sung một số điều Nghị định số 146/2018/NĐ-CP ngày 18 tháng 10 năm 2018 và Nghị định số 75/2023/ NĐ-CP ngày 19/10/2023 sửa đổi bổ sung một số điều Nghị định số 146/2018/ NĐ-CP ngày 18 tháng 10 năm 2018 quy định chi tiết và hướng dẫn biện pháp thi hành luật bảo hiểm y tế.

1. Sửa đổi Khoản 1 Điều 14 như sau:

“1. Người tham gia bảo hiểm y tế khi đi khám bệnh, chữa bệnh theo quy định tại các Điều 26, 27 và 28 của Luật bảo hiểm y tế; khoản 4 và 5 Điều 22 của Luật bảo hiểm y tế thì được quỹ bảo hiểm y tế thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh trong phạm vi được hưởng với mức hưởng như sau:

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

b) 100% chi phí khám bệnh, chữa bệnh và không áp dụng giới hạn tỷ lệ thanh toán 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~~ trạm y tế xã, phường, thị trấn; trạm xá; trạm y tế, phòng y tế của cơ quan, đơn vị, tổ chức; phòng khám y học gia đình; trạm y tế quân - dân y, phòng khám quân - dân y và một số cơ sở khám bệnh, chữa bệnh ngoại trú khác trong quân đội theo quy định của Bộ trưởng Bộ Quốc phòng; một số cơ sở khám bệnh, chữa bệnh ngoại trú khác trong công an theo quy định của Bộ trưởng Bộ Công an.

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 bảo hiểm y tế 5 năm liên tục trở lên và có số tiền cùng chi trả chi phí khám bệnh, chữa bệnh trong năm lớn hơn 06 tháng lương cơ sở, trừ trường hợp tự đi khám bệnh, chữa bệnh không đúng tuyến; của những lần đi khám bệnh, chữa bệnh theo quy định tại các điều 26, 27 Luật bảo hiểm y tế lớn hơn 6 tháng lương cơ sở.

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

g) 80% chi phí khám bệnh, chữa bệnh đối với các đối tượng khác;

h) Người bệnh được *một số* cơ sở khám bệnh, chữa bệnh *thuộc cấp khám bệnh, chữa bệnh ban đầu, cơ sở khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế thuộc cấp khám bệnh, chữa bệnh cơ bản, cơ sở khám bệnh, chữa bệnh thuộc cấp khám bệnh, chữa bệnh chuyên sâu theo quy định của Bộ trưởng Bộ Y tế* ~~tuyên trên~~ chẩn đoán, chỉ định điều trị và chuyển về để quản lý, theo dõi, cấp phát thuốc tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh ~~tuyên~~ *trạm y tế xã* theo quy định của Bộ trưởng Bộ Y tế thì được quỹ bảo hiểm y tế chi trả trong phạm vi được hưởng và mức hưởng quy định tại điểm a, b, đ, e và g khoản 1 Điều này.

2. Sửa đổi khoản 3, khoản 4 Điều 14 như sau:

“3. Trường hợp người có thẻ bảo hiểm y tế tự đi khám bệnh, chữa bệnh không đúng *quy định tại các điều 26, 27 Luật bảo hiểm y tế* ~~tuyên~~, sau đó được cơ sở nơi tiếp nhận chuyên ~~tuyên~~ đến cơ sở khám bệnh, chữa bệnh khác thì được quỹ bảo hiểm y tế thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh theo mức hưởng quy định tại khoản 3 Điều 22 của Luật bảo hiểm y tế, trừ các trường hợp sau: cấp cứu; đang điều trị nội trú được phát hiện bệnh khác ngoài phạm vi chuyên môn của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh; tình trạng bệnh diễn biến vượt quá khả năng chuyên môn của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh.

4. Người tham gia bảo hiểm y tế đăng ký khám bệnh, chữa bệnh ban đầu tại ~~trạm y tế tuyên xã~~ *trạm y tế xã, phường, thị trấn; trạm xá; trạm y tế, phòng y tế của cơ quan, đơn vị, tổ chức; phòng khám y học gia đình; trạm y tế quân - dân y, phòng khám quân - dân y và một số cơ sở khám bệnh, chữa bệnh ngoại trú khác trong quân đội theo quy định của Bộ trưởng Bộ Quốc phòng; một số cơ sở khám bệnh, chữa bệnh ngoại trú khác trong công an theo quy định của Bộ trưởng Bộ Công an* giáp ranh của tỉnh giáp ranh được quỹ bảo hiểm y tế thanh toán 100% chi phí khám bệnh, chữa bệnh trong phạm vi được hưởng và mức hưởng quy định tại khoản 1 Điều này khi đến khám bệnh, chữa bệnh tại ~~trạm y tế tuyên xã~~ *trạm y tế xã, phường, thị trấn; trạm xá; trạm y tế, phòng y tế của cơ quan, đơn vị, tổ chức; phòng khám y học gia đình; trạm y tế quân - dân y, phòng khám quân - dân y và một số cơ sở khám bệnh, chữa bệnh ngoại trú khác trong quân đội theo quy định của Bộ trưởng Bộ Quốc phòng; một số cơ sở khám bệnh, chữa bệnh ngoại trú khác trong công an theo quy định của Bộ trưởng Bộ Công an* giáp ranh của tỉnh giáp ranh.”

3. Sửa đổi, bổ sung khoản 5, khoản 6 và khoản 7 Điều 15 như sau:

“5. Trường hợp chuyên ~~tuyên~~ *cấp* khám bệnh, chữa bệnh, người tham gia bảo hiểm y tế phải xuất trình hồ sơ chuyển ~~tuyên~~ *cấp* của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh và giấy chuyển ~~tuyên~~ *cấp* khám bệnh, chữa bệnh theo Mẫu số 6 Phụ lục ban hành kèm theo Nghị định này. Trường hợp giấy chuyển ~~tuyên~~ *cấp* khám bệnh, chữa bệnh có giá trị sử dụng đến hết ngày 31 tháng 12 nhưng đợt điều trị chưa kết

thúc thì được sử dụng giấy chuyển ~~tuyên cấp~~ khám bệnh, chữa bệnh đó đến hết đợt điều trị.

Trường hợp khám lại theo yêu cầu điều trị, người tham gia bảo hiểm y tế phải có giấy hẹn khám lại của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh theo Mẫu số 5 Phụ lục ban hành kèm theo Nghị định này.

6. Trường hợp cấp cứu, người tham gia bảo hiểm y tế 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 khám bệnh, chữa bệnh đó để tiếp tục theo dõi, điều trị hoặc chuyển ~~tuyên cấp~~ *chuyên môn kỹ thuật* đến cơ sở khám bệnh, chữa bệnh khác thì được xác định là chuyển đúng ~~tuyên cấp~~ *chuyên môn kỹ thuật* khám bệnh, chữa bệnh.

Cơ sở khám bệnh, chữa bệnh không có hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế có trách nhiệm cung cấp cho người bệnh khi ra viện các giấy tờ, 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 28, 29 và 30 Nghị định này.

7. Người tham gia bảo hiểm y tế 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 ~~tuyên cấp~~ *chuyên môn kỹ thuật* hoặc tương đương với cơ sở đăng ký khám bệnh, chữa bệnh ban đầu ghi trên thẻ bảo hiểm y tế 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 chụp): giấy công tác, quyết định cử đi học, thẻ học sinh, sinh viên, giấy tờ chứng minh đăng ký tạm trú, giấy chuyển trường.

4. Sửa đổi điểm c Khoản 1 Điều 16 như sau:

“c) Bản chụp có đóng dấu của cơ sở đối với ~~quyết định phân hạng bệnh viện của cấp có thẩm quyền (nếu có) hoặc~~ quyết định về phân cấp ~~tuyên~~ chuyên môn kỹ thuật của cấp có thẩm quyền đối với cơ sở khám bệnh, chữa bệnh ngoài công lập.”

5. Sửa đổi điểm b khoản 1 Điều 21 như sau:

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

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

6. Sửa đổi, bổ sung Điều 26 như sau:

“1. 1. Người tham gia bảo hiểm y tế thuộc đối tượng quy định tại các khoản 3, 4, 7, 8, 9 và 11 Điều 3 Nghị định này trong trường hợp cấp cứu hoặc đang điều

trị nội trú phải chuyên ~~tuyên chuyên môn kỹ thuật~~ từ cơ sở khám bệnh, chữa bệnh theo yêu cầu chuyên môn bằng xe cứu thương hoặc xe vận chuyển người bệnh ~~tuyến huyện lên tuyến trên, bao gồm:~~

- a) ~~Từ tuyến huyện lên tuyến tỉnh;~~
- b) ~~Từ tuyến huyện lên tuyến trung ương.~~

2. Mức thanh toán chi phí vận chuyển:

a) Trường hợp sử dụng phương tiện vận chuyển của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh chỉ định chuyên ~~tuyên người bệnh~~ thì quỹ bảo hiểm y tế 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 chuyển người bệnh. 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 bảo hiểm y tế 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 ~~đến cơ sở khám bệnh, chữa bệnh theo yêu cầu chuyên môn lên tuyến trên~~. Cơ sở khám bệnh, chữa bệnh chỉ định chuyên ~~người bệnh tuyến~~ có trách nhiệm thanh toán khoản chi này trực tiếp cho người bệnh trước khi chuyển ~~tuyên~~, sau đó thanh toán với cơ quan bảo hiểm xã hội.

7. Sửa đổi khoản 4 Điều 27 như sau:

“4. Trường hợp chuyên ~~tuyên~~ cấp khám bệnh, chữa bệnh đối với người bệnh cần phải có nhân viên y tế đi kèm và có sử dụng thuốc, vật tư y tế theo yêu cầu chuyên môn 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 chuyên ~~tuyên người bệnh~~.”

8. Sửa đổi khoản 7 Điều 27 như sau:

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

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, quỹ bảo hiểm y tế 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, cơ sở khám bệnh,

chữa bệnh nhận chuyển giao kỹ thuật có trách nhiệm thông báo bằng văn bản cho cơ quan bảo hiểm xã hội ký hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế về các dịch vụ kỹ thuật được thực hiện theo chương trình, đề án, hợp đồng để làm cơ sở thanh toán, đồng thời trình cấp có thẩm quyền phê duyệt danh mục kỹ thuật để làm cơ sở thực hiện khi tiếp nhận kỹ thuật y tế này;

c) Đối với chi phí về thuốc, hóa chất, vật tư y tế, quỹ bảo hiểm y tế thanh toán theo giá mua của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh theo quy định về đầu thầu.”

9. Bổ sung khoản 11 Điều 27 như sau:

“11. Thanh toán bảo hiểm y tế đối với các trường hợp cơ sở khám bệnh, chữa bệnh điều chỉnh giấy phép hoạt động khi thay đổi quy mô giường bệnh theo quy định pháp luật về khám bệnh, chữa bệnh

a) Đối với cơ sở khám bệnh, chữa bệnh có điều chỉnh giấy phép hoạt động, thay đổi quy mô giường bệnh có điều chỉnh giấy phép hoạt động, xếp cấp khám bệnh, chữa bệnh theo pháp luật về khám bệnh, chữa bệnh

Cơ sở khám bệnh, chữa bệnh tiếp tục thực hiện khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế theo Giấy phép, số giường bệnh, cấp khám bệnh, chữa bệnh đã được cấp có thẩm quyền cấp, xếp. Khi được cấp có thẩm quyền điều chỉnh giấy phép hoạt động, thay đổi quy mô giường bệnh có điều chỉnh giấy phép hoạt động hoặc xếp cấp khám bệnh, chữa bệnh thì cơ sở khám bệnh, chữa bệnh thông báo với cơ quan bảo hiểm xã hội để bổ sung vào Hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế trước khi thực hiện.

b) Đối với cơ sở khám bệnh, chữa bệnh thay đổi quy mô giường bệnh nhưng không phải điều chỉnh giấy phép hoạt động theo pháp luật về khám bệnh, chữa bệnh

Cơ sở khám bệnh, chữa bệnh tiếp tục thực hiện khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế theo số giường bệnh đã được cấp có thẩm quyền phê duyệt. Sau khi được cấp có thẩm quyền có ý kiến chấp thuận bằng văn bản, cơ sở khám bệnh, chữa bệnh thông báo với cơ quan bảo hiểm xã hội để bổ sung vào hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế trước khi thực hiện.”.

10. Bổ sung khoản 12 Điều 27 như sau:

“12. Đối với trường hợp người tham gia bảo hiểm y tế đi khám bệnh, chữa bệnh theo yêu cầu

a) Người có thẻ bảo hiểm y tế đi khám bệnh, chữa bệnh theo yêu cầu được quỹ bảo hiểm y tế thanh toán trong phạm vi được hưởng và mức hưởng bảo hiểm y tế.

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 được hưởng và mức hưởng bảo hiểm y tế, phần chi phí chênh lệch và phải thông báo trước cho người bệnh.”.

11. Sửa đổi khoản 1, khoản 2 và khoản 3 Điều 30 như sau:

“1. Trường hợp người bệnh đến khám bệnh, chữa bệnh tại ~~cơ sở khám bệnh, chữa bệnh tuyến huyện và tương đương cơ sở khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế thuộc cấp khám bệnh, chữa bệnh ban đầu và một số cơ sở khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế thuộc cấp khám bệnh, chữa bệnh cơ bản theo quy định của Bộ trưởng Bộ Y tế~~ *trừ trạm y tế xã, phường, thị trấn; trạm xá; trạm y tế, phòng y tế của cơ quan, đơn vị, tổ chức; phòng khám y học gia đình; trạm y tế quân - dân y, phòng khám quân - dân y và một số cơ sở khám bệnh, chữa bệnh ngoại trú khác trong quân đội theo quy định của Bộ trưởng Bộ Quốc phòng; một số cơ sở khám bệnh, chữa bệnh ngoại trú khác trong công an theo quy định của Bộ trưởng Bộ Công an* không có hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế (trừ trường hợp cấp cứu), thanh toán như sau:

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

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

2. Trường hợp người bệnh đến khám bệnh, chữa bệnh nội trú tại ~~cơ sở khám bệnh, chữa bệnh tuyến tỉnh và tương đương một số cơ sở khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế thuộc cấp khám bệnh, chữa bệnh cơ bản, chuyên sâu tương đương bệnh viện trực thuộc Sở Y tế~~ *theo quy định của Bộ trưởng Bộ Y tế* không có hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế (trừ trường hợp cấp cứu), thanh toán theo chi phí thực tế trong phạm vi được hưởng và mức hưởng bảo hiểm y tế theo quy định nhưng tối đa không quá 1,0 lần mức lương cơ sở tại thời điểm ra viện.

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

12. Sửa đổi điểm d khoản 5 Điều 42 như sau:

“d) Hoàn thiện hệ thống công nghệ thông tin đáp ứng việc tiếp nhận, giám định và phản hồi kịp thời cho cơ sở khám bệnh, chữa bệnh về dữ liệu khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế; bảo đảm chính xác, an toàn, bảo mật thông tin và quyền lợi của các bên liên quan; chủ động rà soát, phát hiện và gửi thông tin cảnh báo kịp thời cho cơ sở khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế về các chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế tăng cao so với mức chi phí bình quân của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh cùng ~~hạng, cùng tuyến cấp khám bệnh, chữa bệnh,~~ cùng chuyên khoa;”.

Điều 3. Sửa đổi, bổ sung các mẫu số 5, 6 và 7 tại Phụ lục ban hành kèm theo Nghị định số 146/2018/NĐ-CP ngày 18 tháng 10 năm 2018 và Nghị định số

75/2023/NĐ-CP ngày 19/10/2023 sửa đổi, bổ sung một số điều nghị định số 146/2018/NĐ-CP ngày 18 tháng 10 năm 2018 quy định chi tiết và hướng dẫn biện pháp thi hành luật bảo hiểm y tế bằng các mẫu số 5, 6 và 7 tại Phụ lục ban hành kèm theo Nghị định này.

Điều 4. Điều khoản tham chiếu

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

Điều 5. Hiệu lực thi hành

Nghị định này có hiệu lực thi hành từ ngày tháng năm 202...

Điều 6. Trách nhiệm thi hành

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

Nơi nhận:

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

TM. CHÍNH PHỦ

nhiennnt.vpb8_Nguyen Thi Nchien_18/09/2024 10:28:57

Mẫu số 5

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

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

Số:

GIẤY HẸN KHÁM LẠI

Họ tên người bệnh: Nam Nữ

Sinh ngày tháng năm

Nơi cư trú:

Số thẻ bảo hiểm y tế:

Thời hạn sử dụng của thẻ bảo hiểm y tế đến ngày.... tháng Năm.....

Hết thời hạn:

Không xác định được thời hạn:

Khám bệnh: ngày tháng ... năm 202...

Vào viện: ngày tháng ... năm 202...;

Xác định lý do khi người bệnh vào viện:

Cấp cứu: Đúng *cấp chuyên môn kỹ thuật* **tuyên**:

Không đúng *cấp chuyên môn kỹ thuật* **tuyên**:

Ra viện: ngày tháng ... năm 202.....

Chẩn đoán:

Bệnh kèm theo:

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

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

BÁC SĨ, Y SĨ KHÁM BỆNH

(Ký tên)

...., ngày ... tháng năm ...

ĐẠI DIỆN CƠ SỞ KHÁM BỆNH, CHỮA

BỆNH

(Ký tên, đóng dấu)

nhiennnt.vpb8_Nguyen Thi Minh - 1902001120657

Mẫu số 6

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

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

Số Hồ sơ:
Vào sổ chuyên
tuyển số:

Số:/202.../GCT

GIẤY CHUYỂN TUYỂN CẤP KHÁM BỆNH, CHỮA BỆNH BẢO HIỂM Y TẾ

Kính gửi:

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

- Họ và tên người bệnh: Nam/Nữ: Năm sinh:

- Địa chỉ:

- Dân tộc: Quốc tịch:

- Nghề nghiệp: Nơi làm việc

- Số thẻ bảo hiểm y tế:

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

Hết thời hạn:

Không xác định được thời hạn:

- Đã được khám bệnh, điều trị:

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

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

TÓM TẮT BỆNH ÁN

- Dấu hiệu lâm sàng:

.....

.....

.....

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

.....

.....

.....

.....

- Chẩn đoán:.....

.....

.....

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

.....

 - Tình trạng người bệnh lúc chuyển cấp cơ sở khám bệnh, chữa bệnh tuyến:.....

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

- (1) Đủ điều kiện chuyển tuyến:
- a) Phù hợp với quy định chuyển cấp chuyên môn kỹ thuật tuyến(*):
 - b) Không phù hợp với khả năng đáp ứng của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh.

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

- Hướng điều trị:

.....

- Chuyển cấp cơ sở khám bệnh, chữa bệnh tuyến hồi: ... giờ phút, ngày tháng năm 202...

- Phương tiện vận chuyển:

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

.....

BÁC SĨ, Y SỸ KHÁM,
ĐIỀU TRỊ
(Ký và ghi rõ họ tên)

Ngày tháng năm 202...
NGƯỜI CÓ THẨM QUYỀN
CHUYỂN TUYẾN
(Ký tên, đóng dấu của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh)

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

Mẫu số 7

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

HỢP ĐỒNG KHÁM BỆNH, CHỮA BỆNH BẢO HIỂM Y TẾ Năm 202...

(Số: /HĐKCB-BHYT)⁽¹⁾

Căn cứ Bộ luật Dân sự ngày tháng năm;

Căn cứ Luật Bảo hiểm y tế ngày tháng năm;

Căn cứ Luật Khám bệnh, chữa bệnh ngày tháng năm

Căn cứ Nghị định số 146/2018/NĐ-CP ngày 17 tháng 10 năm 2018 của Chính phủ quy định chi tiết và hướng dẫn biện pháp thi hành một số điều của Luật Bảo hiểm y tế; Nghị định số 75/2023/NĐ-CP ngày 19 tháng 10 năm 2023 của Chính phủ sửa đổi, bổ sung một số điều của Nghị định số 146/2018/NĐ-CP;

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

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

Hôm nay, ngày tháng năm 202.... tại, Chúng tôi gồm:

Bên A Bảo hiểm xã hội (tỉnh/huyện)

Địa chỉ:

Địa chỉ thư điện tử:

Điện thoại:Fax:

Tài khoản số: Tại ngân hàng

Đại diện là ông (bà):

Chức vụ: Giám đốc hoặc Phó Giám đốc (Giấy ủy quyền số: ngày tháng năm 202.....)⁽⁴⁾

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

Địa chỉ:

Địa chỉ thư điện tử:

Điện thoại: Fax:

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

Đại diện là ông (bà):

Chức vụ: Giám đốc hoặc Phó Giám đốc (Giấy ủy quyền số: ngày tháng năm 202.....)⁽⁵⁾

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

Điều 1. Tổ chức khám bệnh, chữa bệnh

1. Đối tượng phục vụ:

Người có tham gia bảo hiểm y tế đến khám bệnh, chữa bệnh tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh của bên B.

2. Phạm vi cung ứng dịch vụ:

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

Điều 2. Phương thức thanh toán

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

.....

Điều 3. Tạm ứng, thanh toán, quyết toán

Hai bên thực hiện việc tạm ứng, thanh quyết toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh theo quy định tại Điều 32 của Luật Bảo hiểm y tế, Nghị định số 146/2018/NĐ-CP ngày 17 tháng 10 năm 2018 của Chính phủ quy định chi tiết và hướng dẫn biện pháp thi hành một số điều của Luật Bảo hiểm y tế; Nghị định số 75/2023/NĐ-CP ngày 19 tháng 10 năm 2023 của Chính phủ sửa đổi, bổ sung một số điều của Nghị định số 146/2018/NĐ-CP và các văn bản liên quan theo quy định của pháp luật.

Điều 4. Quyền và trách nhiệm của bên A

1. Quyền của bên A:

- a) Thực hiện đúng theo quy định tại Điều 40 của Luật Bảo hiểm y tế.
- b) Yêu cầu bên B bảo đảm thực hiện nội dung quy định tại Khoản 2 Điều 1 Hợp đồng này.
- c) Yêu cầu bên B cung cấp tài liệu để phục vụ công tác giám định, bao gồm: hồ sơ bệnh án, đề án liên doanh, liên kết thực hiện dịch vụ kỹ thuật y tế, hợp đồng làm việc giữa cơ sở khám bệnh, chữa bệnh và người hành nghề (nếu có); Quyết định của cơ quan có thẩm quyền về thực hiện Đề án hoặc hợp đồng chuyên giao kỹ thuật, hỗ trợ y tế cho ~~tuyến cấp chuyên môn kỹ thuật phía~~ dưới; danh mục dịch vụ kỹ thuật; danh mục và giá thuốc, hóa chất, vật tư y tế thuộc phạm vi được hưởng của người tham gia bảo hiểm y tế sử dụng tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh”.
- d) Từ chối thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế không đúng quy định hoặc không đúng với nội dung hợp đồng này.

2. Trách nhiệm của bên A:

- a) Thực hiện đúng theo quy định tại khoản 5 Điều 41 của Luật Bảo hiểm y tế và các Điều 19, 20 và 21 Nghị định số 146/2018/NĐ-CP ngày 17 tháng 10 năm 2018 của Chính phủ và các văn bản sửa đổi, bổ sung, hoặc thay thế.
- b) Thực hiện tạm ứng cho bên B theo quy định tại khoản 1 Điều 32 của Luật Bảo hiểm y tế; trường hợp hai bên chưa thống nhất về kết quả giám định, bên A vẫn thực hiện tạm ứng cho bên B theo quy định tại Điều 32 của Luật Bảo hiểm y tế;
- c) Không yêu cầu bên B kiểm tra lại thông tin trên thẻ bảo hiểm y tế đối với những người bệnh tham gia bảo hiểm y tế đã được quyết toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh qua năm tài chính;
- d) Không xuất toán hoặc thu hồi chi phí mà bên B đã sử dụng cho người bệnh và đã được cơ sở khám bệnh, chữa bệnh hoàn thiện thủ tục thanh toán đối với trường hợp thông tin trên thẻ bảo hiểm y tế sai;
- đ) Tuân thủ các quy định của pháp luật về khám bệnh, chữa bệnh trong thực hiện công tác giám định; chịu trách nhiệm trước pháp luật về kết quả giám định, thanh quyết toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế.

Điều 5. Quyền và trách nhiệm của bên B

1. Quyền của bên B:

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

2. Trách nhiệm của bên B:

a) Thực hiện theo quy định tại Điều 43 của Luật Bảo hiểm y tế.

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

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

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

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

Điều 6. Thời hạn thực hiện hợp đồng

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

Điều 7. Cơ chế xử lý vướng mắc, tranh chấp Hợp đồng

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

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

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

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

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

Điều 8. Cam kết chung

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

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

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

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

5. Khi thực hiện công tác kiểm tra, bên A phải thông báo cho bên B trước về thời gian, nội dung kiểm tra và được sự thống nhất của bên B.
6. Các thỏa thuận khác (nếu có) phải được hai bên ghi nhận thành các Phụ lục của Hợp đồng này, nhưng không trái quy định của pháp luật.

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

ĐẠI DIỆN BÊN B
(Ký, ghi rõ họ và tên, đóng dấu)

ĐẠI DIỆN BÊN A
(Ký, ghi rõ họ và tên, đóng dấu)

Ghi chú:

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

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

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

(4), (5): ghi trong trường hợp hai bên cử đại diện cho Giám đốc ký Hợp đồng.

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