|  |  |
| --- | --- |
| CHÍNH PHỦ\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM**Độc lập – Tự do – Hạnh phúc****\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |
| Số:……./2024/NĐ-CP  |  *Hà Nội, ngày tháng năm 2024* |

**DỰ THẢO**

 **30/11/2024**

# NGHỊ ĐỊNH

**Sửa đổi, bổ sung một số điều của Nghị định số 146/2018/NĐ-CP**

**ngày 18 tháng 10 năm 2018 của Chính phủ quy định chi tiết và hướng dẫn biện pháp thi hành luật bảo hiểm y tế, Nghị định số 75/2023/NĐ-CP ngày 19 tháng 10 năm 2023 của Chính phủ sửa đổi, bổ sung một số điều Nghị định số 146/2018/NĐ-CP và quy định chi tiết một số điều của Luật số 51/2024/QH15 ngày 27 tháng 11 năm 2024 sửa đổi, bổ sung một số điều của Luật bảo hiểm y tế**

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

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

# *Theo đề nghị của Bộ trưởng Bộ Y tế;*

# *Chính phủ ban hành Nghị định sửa đổi, bổ sung một số điều của Nghị định số 146/2018/NĐ-CP ngày 18 tháng 10 năm 2018 của Chính phủ quy định chi tiết và hướng dẫn biện pháp thi hành luật bảo hiểm y tế, Nghị định số 75/2023/NĐ-CP ngày 19 tháng 10 năm 2023 của Chính phủ sửa đổi, bổ sung một số điều Nghị định số 146/2018/NĐ-CP và quy định chi tiết một số điều của Luật số 51/2024/QH15 ngày 27 tháng 11 năm 2024 sửa đổi, bổ sung một số điều của Luật bảo hiểm y tế.*

#  Điều 1. Sửa đổi, bổ sung một số điều của Nghị định số 146/2018/NĐ-CP ngày 18 tháng 10 năm 2018 của Chính phủ quy định chi tiết và hướng dẫn biện pháp thi hành luật bảo hiểm y tế, Nghị định số 75/2023/NĐ-CP ngày 19 tháng 10 năm 2023 của Chính phủ sửa đổi, bổ sung một số điều Nghị định số 146/2018/NĐ-CP và quy định chi tiết một số điều của Luật số 51/2024/QH15 ngày 27 tháng 11 năm 2024 sửa đổi, bổ sung một số điều của Luật bảo hiểm y tế

## 1. Sửa đổi, bổ sung Điều 14 như sau:

“**Điều 14. Mức hưởng bảo hiểm y tế đối với các trường hợp quy định tại Điều 22 của Luật bảo hiểm y tế**

1. Các đối tượng định tại các khoản 3, 4, 5, 8, 9, 11, 17, 20 Điều 3 Nghị định này được hưởng 100% chi phí khám bệnh, chữa bệnh theo quy định tại điểm a khoản 1 Điều 22 Luật Bảo hiểm y tế;

2. Các đối tượng được hưởng 100% chi phí khám bệnh, chữa bệnh theo quy định tại điểm a khoản 1 Điều 22 Luật Bảo hiểm y tế và không áp dụng tỷ lệ thanh toán theo quy định tại điểm c khoản 2 Điều 21 Luật Bảo hiểm y tế, bao gồm:

a) Người hoạt động cách mạng trước ngày 01 tháng 01 năm 1945;

b) Người hoạt động cách mạng từ ngày 01 tháng 01 năm 1945 đến ngày khởi nghĩa tháng Tám năm 1945;

c) Bà mẹ Việt Nam anh hùng;

d) 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;

đ) Thương binh, người hưởng chính sách như thương binh, thương binh loại B, bệnh binh khi điều trị vết thương, bệnh tật tái phát;

e) Người hoạt động kháng chiến bị nhiễm chất độc hóa học có tỷ lệ suy giảm khả năng lao động từ 81% trở lên;

g) Trẻ em dưới 6 tuổi.

3. 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;

4. 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;

5. Tỷ lệ phần trăm của mức hưởng khi khám bệnh, chữa bệnh ngoại trú tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh cấp cơ bản quy định tại điểm e khoản 4 Điều 22 Luật Bảo hiểm y tế như sau:

a) 100% mức hưởng khi khám bệnh, chữa bệnh ngoại trú tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh cấp cơ bản đạt số điểm dưới 50 điểm thực hiện từ ngày 01 tháng 01 năm 2025;

b) Không thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh ngoại trú tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh cấp cơ bản đạt số điểm từ 50 điểm đến dưới 70 điểm thực hiện từ ngày 01 tháng 01 năm 2025 đến hết ngày 30 tháng 6 năm 2026;

c) Không thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh ngoại trú tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh cấp cơ bản mà trước ngày 01 tháng 01 năm 2025 đã được cơ quan có thẩm quyền xác định là tuyến tỉnh thực hiện từ ngày 01 tháng 01 năm 2025 đến hết ngày 30 tháng 6 năm 2026.

d) 50% mức hưởng khi khám bệnh, chữa bệnh ngoại trú tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh cấp cơ bản đạt số điểm từ 50 điểm đến dưới 70 điểm thực hiện từ ngày 01 tháng 07 năm 2026 trừ trường hợp quy định tại các điểm b, c và đ khoản này;

đ) 50% mức hưởng khi khám bệnh, chữa bệnh ngoại trú tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh cấp cơ bản mà trước ngày 01 tháng 01 năm 2025 đã được cơ quan có thẩm quyền xác định là tuyến tỉnh thực hiện từ ngày 01 tháng 07 năm 2026;

6. Tỷ lệ phần trăm của mức hưởng khi khám bệnh, chữa bệnh ngoại trú tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh cấp chuyên sâu quy định tại điểm h khoản 4 Điều 22 Luật Bảo hiểm y tế như sau:

a) Không thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh ngoại trú trong trường hợp khám bệnh, chữa bệnh tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh cấp chuyên sâu mà trước ngày 01 tháng 01 năm 2025 đã được cơ quan có thẩm quyền xác định là tuyến tỉnh thực hiện từ ngày 01 tháng 01 năm 2025 đến hết ngày ngày 30 tháng 6 năm 2026;

b) 50% mức hưởng khi khám bệnh, chữa bệnh ngoại trú trong trường hợp khám bệnh, chữa bệnh tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh cấp chuyên sâu mà trước ngày 01 tháng 01 năm 2025 đã được cơ quan có thẩm quyền xác định là tuyến tỉnh thực hiện từ ngày 01 tháng 7 năm 2026.

7. Trường hợp quy định tại điểm a khoản 5 Điều này được tính để xác định số tiền cùng chi trả chi phí khám bệnh, chữa bệnh trong năm quy định tại điểm d khoản 1 Điều 22 Luật Bảo hiểm y tế.

8. 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 phần chi phí khám bệnh, chữa bệnh theo phạm vi được hưởng (nếu có) theo quy định tại điều 22 Luật Bảo hiểm y tế. Phần chênh lệch giữa giá dịch vụ khám bệnh, chữa bệnh theo yêu cầu với mức thanh toán của quỹ bảo hiểm y tế do người bệnh thanh toán cho cơ sở khám bệnh, chữa bệnh;

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.

9. Trường hợp chuyển đổi mức hưởng bảo hiểm y tế thì mức hưởng bảo hiểm y tế mới được tính từ thời điểm thẻ bảo hiểm y tế mới có giá trị sử dụng.”.

2. Sửa đổi, bổ sung Điều 15 như sau:

“**Điều 15. Thủ tục khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế quy định tại khoản 1 Điều 28 Luật Bảo hiểm y tế**

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

2. Trẻ em dưới 6 tuổi đến khám bệnh, chữa bệnh chỉ phải xuất trình thông tin về thẻ bảo hiểm y tế. Trường hợp trẻ chưa được cấp thông tin về thẻ bảo hiểm y tế thì phải xuất trình bản sao giấy chứng sinh hoặc bản sao 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 27 Nghị định này và chịu trách nhiệm về việc xác nhận này.

3. Người tham gia bảo hiểm y tế trong thời gian chờ cấp lại thẻ, đổi thẻ bảo hiểm y tế khi đến khám bệnh, chữa bệnh phải xuất trình giấy hẹn cấp lại thẻ, đổi thẻ bảo hiểm y tế do cơ quan bảo hiểm xã hội hoặc tổ chức, cá nhân được cơ quan bảo hiểm xã hội ủy quyền tiếp nhận hồ sơ cấp lại thẻ, đổi thẻ cấp theo Mẫu số 4 Phụ lục ban hành kèm theo Nghị định này 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 3 Điều này. Trường hợp phải điều trị ngay sau khi hiến thì 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 27 Nghị định này và chịu trách nhiệm về việc xác nhận này.

5. 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 kết thúc đợt điều trị.

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

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

“c) Quyết định xếp cấp chuyên môn kỹ thuật đối với cơ sở khám bệnh, chữa bệnh của cấp có thẩm quyền. Văn bản của cấp có thẩm quyền xác định tuyến chuyên môn kỹ thuật đối với cơ sở khám bệnh, chữa bệnh trước ngày 01 tháng 01 năm 2025 đối với các trường hợp quy định tại các điểm đ, e và h khoản 4 Điều 22 Luật Bảo hiểm y tế.”.

## 4. Sửa đổi, bổ sung Điều 26 như sau:

“Điều 26. Thanh toán chi phí vận chuyển người bệnh.

1. Trường hợp sử dụng phương tiện vận chuyển của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh chỉ định chuyển 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;

2. 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. Cơ sở khám bệnh, chữa bệnh chỉ định chuyển người bệnh có trách nhiệm thanh toán khoản chi này trực tiếp cho người bệnh trước khi chuyển, sau đó thanh toán với cơ quan bảo hiểm xã hội.”.

## 5. Thay thế cụm từ tại một số Điều, khoản sau đây:

a) Thay cụm từ “chỉ đạo tuyến” bằng cụm từ “chỉ đạo chuyên môn kỹ thuật” tại khoản 7 Điều 27;

b) Thay cụm từ “cùng hạng, cùng tuyến” bằng cụm từ “cùng cấp chuyên môn kỹ thuật” tại điểm b khoản 1 Điều 21, điểm d khoản 5 Điều 42;

c) Thay cụm từ “tuyến huyện và tương đương” bằng cụm từ “cấp ban đầu”; “tuyến tỉnh và tương đương” bằng cụm từ “cấp cơ bản”; “tuyến trung ương và tương đương” bằng cụm từ “cấp chuyên sâu” tại Điều 30;

d) Thay cụm từ “tuyến dưới” bằng cụm từ “cơ sở khám bệnh, chữa bệnh” tại Phụ lục số 7 Hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế 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 tháng 10 năm 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 2.** Bãi bỏ Mẫu số 05 Giấy hẹn khám lại và Mẫu số 06 Giấy chuyển tuyến khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế của 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 tháng 10 năm 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 kể từ ngày Nghị định này có hiệu lực thi hành.

**Điều 3.** Hiệu lực thi hành

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

# Điều 4. Quy định chuyển tiếp

1. Người tham gia bảo hiểm y tế vào cơ sở khám bệnh, chữa bệnh để điều trị trước ngày Nghị định này có hiệu lực nhưng ra viện từ ngày Nghị định này có hiệu lực thì được quỹ bảo hiểm y tế thanh toán trong phạm vi được hưởng và mức hưởng theo quy định của [Luật Bảo hiểm y tế](https://thuvienphapluat.vn/van-ban/Bao-hiem/Luat-bao-hiem-y-te-2008-25-2008-QH12-82196.aspx%22%20%5Ct%20%22_blank) và quy định tại khoản 1 Điều 1 Nghị định này.

2. Giấy hẹn khám lại, Giấy chuyển tuyến khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế được cấp trước ngày 01 tháng 01 năm 2025 mà còn hiệu lực sau ngày 01 tháng 01 năm 2025 được tiếp tục sử dụng cho đến khi các loại giấy này hết giá trị sử dụng.

# Điều 5. Trách nhiệm thi hành

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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ***Nơi nhận:***- Ban Bí thư Trung ương Đảng;- Thủ tướng, các Phó Thủ tướng Chính phủ;- Các Bộ, cơ quan ngang bộ, cơ quan thuộc Chính phủ;- HĐND, UBND các tỉnh, thành phố trực thuộc trung ương;- Văn phòng Trung ương và các Ban của Đảng;- Văn phòng Tổng Bí thư;- Văn phòng Chủ tịch nước;- Hội đồng Dân tộc và các Ủy ban của Quốc hội;- Văn phòng Quốc hội;- 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** |  |
|  |  |