| | |
|---|---|
| **CHÍNH PHỦ** | **CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM** |
| _____ | **Độc lập - Tự do - Hạnh phúc** |
| Số: /2027/NĐ-CP | _____ |
| | *Hà Nội, ngày tháng năm 2027* |

**DỰ THẢO 18/9**

# NGHỊ ĐỊNH

**Sửa đổi, bổ sung một số điều của Nghị định số 188/2025/NĐ-CP ngày 01 tháng 7 năm 2025 của Chính phủ 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 số 63/2025/QH15;

Căn cứ Luật Bảo hiểm y tế số 25/2008/QH12; Luật số 51/2024/QH15 và Luật số 114/2025/QH15;

Thực hiện Nghị quyết số 66.7/2025/NQ-CP ngày 15 tháng 11 năm 2025 của Chính phủ quy định cắt giảm, đơn giản hóa thủ tục hành chính dựa trên dữ liệu;

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 188/2025/NĐ-CP ngày 01 tháng 7 năm 2025 của Chính phủ quy định chi tiết và hướng dẫn thi hành một số điều của Luật Bảo hiểm y tế.

**Điều 1. Sửa đổi, bổ sung một số điều của Nghị định số 188/2025/NĐ-CP**

**1. Sửa đổi điểm c khoản 6 Điều 6 như sau:**

"c) Hỗ trợ tối thiểu 70% mức đóng bảo hiểm y tế đối với đối tượng quy định tại điểm g khoản 4 Điều 12 của Luật Bảo hiểm y tế. Thời gian hỗ trợ là ~~36 (ba mươi sáu tháng)~~ 72 (bảy mươi hai) tháng kể từ thời điểm xã nơi đối tượng đang sinh sống không còn thuộc vùng có điều kiện kinh tế - xã hội khó khăn, đặc biệt khó khăn;"

**2. Sửa đổi, bổ sung khoản 2, 3 và 4 Điều 7 như sau:**

"2. Đối với đối tượng quy định tại các điểm e, i và k khoản 3 Điều 12 của Luật Bảo hiểm y tế và khoản 6 Điều 5 Nghị định này, hằng quý, ~~Sở Nội vụ~~ cơ quan được Ủy ban nhân dân tỉnh giao nhiệm vụ chuyển kinh phí đóng bảo hiểm y tế ~~từ nguồn thực hiện chính sách ưu đãi người có công với cách mạng~~ vào quỹ bảo hiểm y tế. Chậm nhất đến ngày 15 tháng 12 hằng năm, ~~cơ quan nội vụ~~ cơ quan được Ủy ban nhân dân tỉnh giao nhiệm vụ phải thực hiện xong việc chuyển kinh phí vào quỹ bảo hiểm y tế của năm đó;

3. Đối với các đối tượng quy định tại điểm r khoản 3 Điều 12 của Luật Bảo hiểm y tế và khoản 2 Điều 5 Nghị định này, hằng quý ~~Sở Y tế~~ cơ quan được Ủy

ban nhân dân tỉnh giao nhiệm vụ chuyển kinh phí đóng bảo hiểm y tế ~~từ nguồn thực hiện chính sách bảo trợ xã hội~~ vào quỹ bảo hiểm y tế. Chậm nhất đến ngày 15 tháng 12 hằng năm, ~~Sở Y tế~~ cơ quan được Ủy ban nhân dân tỉnh giao nhiệm vụ phải thực hiện xong việc chuyển kinh phí vào quỹ bảo hiểm y tế của năm đó;

4. Đối với các đối tượng quy định tại các điểm c, đ, e, h và i khoản 4 Điều 12 của Luật Bảo hiểm y tế và khoản 4 Điều 5 Nghị định này, hằng quý, cơ quan bảo hiểm xã hội tổng hợp số thẻ bảo hiểm y tế đã phát hành và số tiền đóng, hỗ trợ đóng theo Mẫu số 1 Phụ lục ban hành kèm theo Nghị định này gửi cơ quan được Ủy ban nhân dân tỉnh giao nhiệm vụ chuyển kinh phí đóng bảo hiểm y tế ~~từ nguồn ngân sách địa phương~~ theo quy định tại khoản 10 Điều này.".

**3. Sửa đổi bổ sung điểm b khoản 2 Điều 11 như sau:**

b) Người tham gia bảo hiểm y tế hoặc cơ quan, tổ chức quản lý đối tượng tích chọn cấp thẻ bảo hiểm y tế bản điện tử hoặc cấp thẻ bảo hiểm y tế bản giấy trên Tờ khai tham gia hoặc danh sách đối tượng tham gia.

Trường hợp thay đổi thông tin thân nhân hoặc thay đổi thông tin quyền lợi được hưởng mà các thông tin này khai thác được từ các cơ sở dữ liệu quốc gia, cơ sở dữ liệu chuyên ngành hoặc tra cứu trên hệ thống trực tuyến của cơ quan có thẩm quyền thì cơ quan bảo hiểm xã hội sử dụng các thông tin này và người tham gia bảo hiểm y tế không phải cung cấp bản chụp (scan) các văn bản, tài liệu liên quan để nộp cùng Tờ khai theo Mẫu số 2 Phụ lục ban hành kèm theo Nghị định này. ~~trên Cổng dịch vụ công quốc gia hoặc qua ứng dụng của cơ quan bảo hiểm xã hội hoặc nộp trực tiếp tại bộ phận một cửa của cơ quan bảo hiểm xã hội được giao nhiệm vụ tiếp nhận hoặc gửi qua dịch vụ bưu chính công ích đến cơ quan bảo hiểm xã hội được giao nhiệm vụ tiếp nhận;~~

Trường hợp không khai thác được thông tin từ các cơ sở dữ liệu quốc gia, cơ sở dữ liệu chuyên ngành hoặc tra cứu trên hệ thống trực tuyến của cơ quan có thẩm quyền thì cơ quan bảo hiểm xã hội thông báo để người tham gia bảo hiểm y tế cung cấp bản chụp (scan) các văn bản, tài liệu liên quan.".

**4. Sửa đổi, bổ sung điểm b và bổ sung điểm d vào sau điểm c khoản 2 Điều 18 như sau:**

a) Sửa đổi, bổ sung điểm b như sau:

"b) Cơ quan bảo hiểm xã hội tổng hợp thông tin số tiền cùng chi trả lũy kế trong năm tài chính của người bệnh, thời điểm người bệnh tham gia bảo hiểm y tế đủ 05 năm liên tục trở lên và thông báo trên Cổng tiếp nhận dữ liệu của Bảo hiểm xã hội Việt Nam hoặc qua giao diện lập trình ứng dụng (Application Programming Interface - API). Cơ sở khám bệnh, chữa bệnh thực hiện tra cứu thông tin số tiền cùng chi trả lũy kế trên Cổng tiếp nhận dữ liệu của Bảo hiểm xã hội Việt Nam hoặc qua API trước khi kết thúc đợt điều trị.

Cơ sở khám bệnh, chữa bệnh căn cứ số tiền cùng chi trả lũy kế và thời điểm người bệnh tham gia bảo hiểm y tế đủ 05 năm liên tục trở lên để xác định số tiền

cùng chi trả trong lần khám bệnh, chữa bệnh của người bệnh, bảo đảm tổng số tiền cùng chi trả lũy kế đến thời điểm người bệnh ra viện không vượt quá 6 tháng lương cơ sở theo quy định tại điểm a và c khoản này;".

b) Bổ sung điểm d vào sau điểm c như sau:

"d) Trường hợp tại thời điểm kết thúc đợt điều trị, do lỗi dữ liệu chưa cập nhật hoặc liên thông hoặc chưa đồng bộ hoặc lỗi kết nối hoặc lỗi hệ thống mà cơ sở khám bệnh, chữa bệnh không tra cứu được thông tin về quyền lợi miễn cùng chi trả của người bệnh, cơ sở khám bệnh chữa bệnh hướng dẫn người bệnh thực hiện thanh toán trực tiếp với cơ quan bảo hiểm xã hội đối với số tiền cùng chi trả chi phí khám bệnh, chữa bệnh trong năm lớn hơn 06 tháng lương cơ sở theo quy định tại Điều 54, 55 và 56 Nghị định này".

**5. Sửa đổi bổ sung điểm a khoản 3 Điều 24 như sau:**

"a) Cơ sở khám bệnh, chữa bệnh gửi ~~văn bản có~~ thông tin, tài liệu liên quan đến việc thay đổi cho cơ quan bảo hiểm xã hội nơi ký hợp đồng bằng bản điện tử. Văn bản do cơ sở khám bệnh, chữa bệnh ~~ký~~ ban hành là ~~bản gốc~~ bản có ký số xác thực, văn bản do cơ quan có thẩm quyền ban hành được khai thác từ cơ sở dữ liệu quốc gia, cơ sở dữ liệu chuyên ngành hoặc tra cứu trên hệ thống trực tuyến của cơ quan có thẩm quyền. Trường hợp không khai thác hoặc tra cứu được thì cung cấp ~~là~~ bản chụp ~~có đóng dấu treo của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh để xác nhận~~;".

**6. Sửa đổi bổ sung điểm e và điểm i khoản 1 và khoản 4 Điều 26 như sau:**

a) Sửa đổi bổ sung khoản 1 như sau:

"1. Hồ sơ ký hợp đồng bao gồm;

a) Văn bản đề nghị ký hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh theo Mẫu số 7 Phụ lục ban hành kèm theo Nghị định này;

b) ~~Bản chụp g~~Giấy phép hoạt động khám bệnh, chữa bệnh do cơ quan nhà nước có thẩm quyền cấp cho cơ sở khám bệnh, chữa bệnh~~có đóng dấu treo của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh để xác nhận~~;

c) ~~Bản chụp quyết định~~ Văn bản xếp cấp hoặc tạm xếp cấp chuyên môn kỹ thuật cho cơ sở khám bệnh, chữa bệnh của cơ quan có thẩm quyền; đối với trường hợp quy định tại điểm đ và điểm h khoản 4 Điều 22 của Luật Bảo hiểm y tế và khoản 3 và 4 Điều 19 Nghị định này còn phải có bản chụp văn bản của cơ quan có thẩm quyền xác định cơ sở khám bệnh, chữa bệnh đã được phân tuyến chuyên môn kỹ thuật trước ngày 01 tháng 01 năm 2025. ~~Các văn bản này phải có đóng dấu treo của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh để xác nhận~~;

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

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

e) Bảng kê nhân lực, tổng số giường bệnh của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh theo từng khoa, phòng, bộ phận chuyên môn được cấp có thẩm quyền phê duyệt theo giấy phép hoạt động;

g) ~~Bản chụp có đóng dấu treo của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh để xác nhận đối với~~ Quyết định phê duyệt giá dịch vụ khám bệnh, chữa bệnh thuộc danh mục do quỹ bảo hiểm y tế thanh toán được cấp có thẩm quyền phê duyệt. Đối với trường hợp quy định tại Điều 47 Nghị định này, cơ sở khám bệnh, chữa bệnh có văn bản đề xuất giá dịch vụ khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế áp dụng để xác định mức thanh toán tại cơ sở;

h) Bảng kê danh mục các thiết bị phần mềm, phần cứng bảo đảm việc kết nối liên thông để trích chuyển dữ liệu điện tử trong thanh toán bảo hiểm y tế theo Mẫu số 8 Phụ lục ban hành kèm theo Nghị định này;

i) Đối với các văn bản quy định tại các điểm b, c, d, đ, g và h khoản này được sử dụng văn bản điện tử có ký số xác thực hoặc sử dụng văn bản điện tử hoặc khai thác từ các cơ sở dữ liệu quốc gia, cơ sở dữ liệu chuyên ngành hoặc tra cứu trên hệ thống trực tuyến của cơ quan có thẩm quyền (nếu có). ~~, cơ sở khám bệnh, chữa bệnh không phải nộp bản chụp trong trường hợp cơ quan có thẩm quyền khi ban hành văn bản đã gửi cho cơ quan bảo hiểm xã hội hoặc trường hợp có thể tra cứu trên hệ thống trực tuyến của cơ quan có thẩm quyền nhưng cơ sở khám bệnh, chữa bệnh phải dẫn chiếu địa chỉ trang thông tin điện tử có thể tra cứu trong văn bản đề nghị ký hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế quy định tại điểm a khoản này.~~ Trường hợp không khai thác, tra cứu được cơ sở khám bệnh, chữa bệnh nộp bản chụp và chịu trách nhiệm về tính chính xác, tính pháp lý của văn bản.".

b) Sửa đổi khoản 4 như sau:

"4. Hồ sơ được nộp bằng bản điện tử trên Cổng dịch vụ công quốc gia hoặc qua ứng dụng của cơ quan bảo hiểm xã hội. ~~Trong thời hạn chưa hoàn thành hệ thống dịch vụ công trực tuyến và tại các đơn vị hành chính ở vùng có điều kiện kinh tế xã hội khó khăn hoặc đặc biệt khó khăn thì nộp hồ sơ trực tiếp tại bộ phận một cửa của cơ quan bảo hiểm xã hội được giao nhiệm vụ tiếp nhận hoặc gửi qua dịch vụ bưu chính công ích đến cơ quan bảo hiểm xã hội được giáo nhiệm vụ tiếp nhận.~~".

**7. Sửa đổi bổ sung Điều 27 như sau:**

a) Sửa đổi điểm b khoản 1 như sau:

"b) ~~Bản chụp~~ Văn bản chứng minh sự thay đổi đối với trường hợp quy định tại khoản 2 Điều 24 Nghị định này ~~có đóng dấu treo của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh hoặc cơ quan bảo hiểm xã hội để xác nhận~~. Văn bản chứng minh sự thay đổi được sử dụng văn bản điện tử có ký số xác thực hoặc sử dụng văn bản điện tử, thông tin tương ứng khai thác từ các cơ sở dữ liệu quốc gia, cơ sở dữ liệu chuyên ngành hoặc tra cứu trên hệ thống trực tuyến của cơ quan có thẩm quyền (nếu có).

Trường hợp không khai thác, tra cứu được cơ sở khám bệnh, chữa bệnh nộp bản chụp và chịu trách nhiệm về tính chính xác, tính pháp lý của văn bản.".

b) Sửa đổi khoản 3 như sau:

"3. Hồ sơ được nộp bằng bản điện tử trên cổng dịch vụ công quốc gia hoặc qua ứng dụng của cơ quan bảo hiểm xã hội. ~~Trong thời hạn chưa hoàn thành hệ thống dịch vụ công trực tuyến và tại các đơn vị hành chính ở vùng có điều kiện kinh tế xã hội khó khăn hoặc đặc biệt khó khăn thì nộp hồ sơ trực tiếp tại bộ phận một cửa của cơ quan bảo hiểm xã hội được giao nhiệm vụ tiếp nhận hoặc gửi qua dịch vụ bưu chính công ích đến cơ quan bảo hiểm xã hội được giao nhiệm vụ tiếp nhận~~."

**8. Bổ sung điểm i khoản 2 Điều 34 như sau:**

i) Trường hợp cơ quan bảo hiểm xã hội không thống nhất với nội dung thuyết minh của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh theo quy định tại điểm đ khoản 2 Điều 35 Nghị định này, cơ quan bảo hiểm xã hội phối hợp với Sở Y tế rà soát, thống nhất, quyết định. Quyết định của Sở Y tế là căn cứ để cơ quan bảo hiểm xã hội thực hiện thanh toán.

**9. Sửa đổi bổ sung điểm đ khoản 2 Điều 35 như sau:**

"đ) Tuân thủ các quy định về thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế; chủ động rà soát, kiểm tra các chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế tăng cao tại cơ sở theo kiến nghị, cảnh báo của cơ quan bảo hiểm xã hội; xác định nguyên nhân chủ quan, khách quan, xây dựng và tổ chức thực hiện các giải pháp để khắc phục các nguyên nhân chủ quan, bất cập, điều chỉnh (nếu có) gửi cơ quan bảo hiểm xã hội nơi ký hợp đồng.

Trường hợp cơ quan bảo hiểm xã hội kiến nghị, cảnh báo lần thứ hai đối với các chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế tăng cao tại cơ sở so với mức tăng bình quân của các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh cùng cấp chuyên môn kỹ thuật, cùng loại hình cơ sở khám bệnh, chữa bệnh đa khoa hoặc chuyên khoa trên địa bàn tỉnh, thành phố trực thuộc Trung ương hoặc toàn quốc, tương tự như lần cảnh báo thứ nhất, mà cơ sở khám bệnh, chữa bệnh không điều chỉnh thì cơ sở khám bệnh, chữa bệnh có trách nhiệm thuyết minh, thông báo cho cơ quan bảo hiểm xã hội nơi ký hợp đồng và đồng thời báo cáo Sở Y tế.".

**10. Sửa đổi bổ sung Điều 37, như sau:**

"**Điều 37. ~~Thủ tục~~ Trình tự khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế quy định tại khoản 1 Điều 28 của Luật Bảo hiểm y tế**

1. Người tham gia bảo hiểm y tế khi khám bệnh, chữa bệnh phải cung cấp ~~xuất trình~~ thông tin về thẻ bảo hiểm y tế, giấy tờ chứng minh nhân thân của người đó theo một trong các hình thức sau đây:

a) Căn cước hoặc căn cước công dân hoặc tài khoản định danh điện tử (VNeID) mức độ 2 đã tích hợp thông tin về thẻ bảo hiểm y tế;

b) Thẻ bảo hiểm y tế bản điện tử hoặc bản giấy.

Trường hợp sử dụng thẻ bảo hiểm y tế chưa có ảnh hoặc mã số bảo hiểm y tế thì cơ sở khám bệnh, chữa bệnh khai thác từ các cơ sở dữ liệu quốc gia, cơ sở dữ liệu chuyên ngành hoặc tra cứu trên hệ thống trực tuyến của cơ quan có thẩm quyền (nếu có) ~~phải xuất trình thêm một trong~~ các giấy tờ chứng minh thông tin về thân nhân: căn cước, căn cước công dân, giấy chứng nhận căn cước, hộ chiếu, liên kết với tài khoản định danh điện tử (VNeID) mức độ 2 hoặc ứng dụng VssID hoặc giấy tờ chứng minh nhân thân khác do cơ quan, tổ chức có thẩm quyền cấp hoặc giấy xác nhận của công an cấp xã. Trường hợp không khai thác được thì người bệnh xuất trình các giấy tờ nêu trên.

Đối với đối tượng tham gia bảo hiểm y tế quy định tại các điểm a, b, c và d khoản 3 Điều 12 của Luật Bảo hiểm y tế chưa có thông tin về thẻ bảo hiểm y tế tra cứu được trên hệ thống công nghệ thông tin thì phải xuất trình thẻ bảo hiểm y tế bản giấy.

2. Đối với trẻ em dưới 6 tuổi chỉ xuất trình thẻ bảo hiểm y tế bản giấy hoặc bản điện tử hoặc mã số bảo hiểm y tế. ŧTrường hợp chưa được cấp thẻ bảo hiểm y tế thì ~~xuất trình~~ cơ sở khám bệnh, chữa bệnh khai thác từ các cơ sở dữ liệu quốc gia, cơ sở dữ liệu chuyên ngành hoặc tra cứu trên hệ thống trực tuyến của cơ quan có thẩm quyền (nếu có) các thông tin giấy chứng sinh ~~bản gốc hoặc bản chụp~~ hoặc giấy khai sinh hoặc số định danh cá nhân hoặc thông tin của trẻ đã được tích hợp thông tin người phụ thuộc hoặc thông tin cư trú trên ứng dụng VNeID của bố hoặc mẹ của trẻ. Trường hợp không khai thác được thì người bệnh xuất trình các giấy tờ nêu trên.

Đối với trẻ vừa sinh, cha hoặc mẹ hoặc thân nhân của trẻ ký xác nhận trên hồ sơ bệnh án hoặc người đại diện cơ sở khám bệnh, chữa bệnh xác nhận trên hồ sơ bệnh án trong trường hợp trẻ không có cha, mẹ hoặc thân nhân.

3. Người tham gia bảo hiểm y tế trong thời gian chờ cấp hoặc thay đổi thông tin về thẻ bảo hiểm y tế, khi đến khám bệnh, chữa bệnh, cơ sở khám bệnh, chữa bệnh khai thác từ các cơ sở dữ liệu quốc gia, cơ sở dữ liệu chuyên ngành hoặc tra cứu trên hệ thống trực tuyến của cơ quan có thẩm quyền (nếu có) ~~phải xuất trình~~ giấy tiếp nhận hồ sơ và hẹn trả kết quả cấp, cấp lại và đổi thẻ bảo hiểm y tế, thông tin về thẻ bảo hiểm y tế do cơ quan bảo hiểm xã hội hoặc tổ chức, cá nhân được cơ quan bảo hiểm xã hội ủy quyền tiếp nhận hồ sơ cấp lại thẻ, đổi thẻ cấp và một loại giấy tờ chứng minh về nhân thân của người đó theo quy định tại điểm b khoản 1 Điều này. Trường hợp không khai thác được thì người bệnh xuất trình các giấy tờ nêu trên.

4. Người đã hiến bộ phận cơ thể người cung cấp ~~phải xuất trình~~ thông tin về thẻ bảo hiểm y tế theo quy định tại khoản 1 hoặc khoản 3 Điều này. ~~Trường hợp chưa có thẻ bảo hiểm y tế, thì phải xuất trình~~

Cơ sở khám bệnh, chữa bệnh khai thác từ các cơ sở dữ liệu quốc gia, cơ sở dữ liệu chuyên ngành hoặc tra cứu trên hệ thống trực tuyến của cơ quan có thẩm

quyền (nếu có) giấy ra viện do cơ sở khám bệnh, chữa bệnh nơi lấy bộ phận cơ thể người cấp cho người đã hiến bộ phận cơ thể người và một trong các giấy tờ chứng minh nhân thân của người đó; căn cước, căn cước công dân, giấy chứng nhận căn cước, hộ chiếu, liên kết với tài khoản định danh điện tử (VNeID) mức độ 2 hoặc ứng dụng VssID hoặc giấy tờ chứng minh nhân thân khác do cơ quan, tổ chức có thẩm quyền cấp. Trường hợp không khai thác được thì người bệnh xuất trình các giấy tờ nêu trên.

Trường hợp chưa có thẻ bảo hiểm y tế nhưng phải điều trị tình trạng sức khỏe liên quan đến việc hiến hoặc điều trị các bệnh đồng mắc, bệnh kèm theo, bệnh phát sinh ngay sau khi hiến, cơ sở khám bệnh, chữa bệnh và người hiến hoặc thân nhân của người hiến xác nhận vào hồ sơ bệnh án. Trường hợp này được xác định là đi khám bệnh, chữa bệnh theo đúng trình tự thủ tục khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế ngay trong đợt điều trị đó.

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

**11. Bổ sung điểm c và d vào sau điểm b khoản 2 Điều 39 như sau:**

“c) Trường hợp cơ sở khám bệnh, chữa bệnh của Nhà nước thực hiện các dịch vụ kỹ thuật đã được cơ quan có thẩm quyền phê duyệt danh mục nhưng chưa được cơ quan có thẩm quyền quy định hoặc phê duyệt giá cho cơ sở khám bệnh, chữa bệnh đó, quỹ bảo hiểm y tế thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế cho dịch vụ kỹ thuật căn cứ giá dịch vụ khám bệnh, chữa bệnh thuộc danh mục do quỹ bảo hiểm y tế thanh toán được cấp có thẩm quyền theo quy định của pháp luật về khám bệnh, chữa bệnh quy định hoặc phê duyệt cho các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh của Nhà nước khác trên địa bàn theo nguyên tắc quy định tại các điểm a, b, c và d khoản 2 Điều 47 Nghị định này trong thời gian không quá 9 tháng kể từ ngày được cơ quan có thẩm quyền phê duyệt danh mục dịch vụ kỹ thuật;

d) Trường hợp cơ sở khám bệnh, chữa bệnh của nhà nước thực hiện dịch vụ kỹ thuật đã được cơ quan có thẩm quyền phê duyệt danh mục (trừ các dịch vụ chăm sóc đã tính trong chi phí ngày giường điều trị, các dịch vụ là một công đoạn đã được tính trong chi phí của dịch vụ khác) nhưng chưa được cơ quan có thẩm quyền quy định hoặc phê duyệt giá dịch vụ kỹ thuật cho cơ sở khám bệnh, chữa bệnh trên toàn quốc, quỹ bảo hiểm y tế thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế cho dịch vụ kỹ thuật theo nguyên tắc quy định tại khoản 1 và 2 Điều 48 Nghị định này trong thời gian không quá 9 tháng kể từ ngày được cơ quan có thẩm quyền phê duyệt danh mục dịch vụ kỹ thuật;.”

**12. Sửa đổi, bổ sung Điều 44 như sau:**

a) Bổ sung điểm c vào sau điểm b của khoản 2 như sau:

"c) Trường hợp cơ sở khám bệnh chữa bệnh có thêm cơ sở khám bệnh, chữa bệnh ở các địa điểm khác nhau và thực hiện chuyển người bệnh hoặc mẫu bệnh phẩm giữa các cơ sở theo quy định tại điểm a khoản này thì không phải ký hợp đồng nguyên tắc".

**13. Bổ sung khoản 7 vào Điều 49 như sau:**

"7. Bảo hiểm xã hội Việt Nam thực hiện tổng hợp, công khai trên Cổng tiếp nhận dữ liệu chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế giá mua thuốc, thiết bị y tế mà cơ sở khám bệnh, chữa bệnh trong toàn quốc đã gửi đề nghị thanh toán để các cơ sở có thể truy cập và tra cứu.

Cơ sở khám bệnh, chữa bệnh được lựa chọn áp giá thấp nhất trong số thuốc, thiết bị y tế có cùng của thuốc cùng tên thương mại, hãng sản xuất, xuất xứ, nồng độ, hàm lượng, đường dùng, cùng nhóm tiêu chí kỹ thuật, dạng bào chế, đơn vị tính hoặc của cùng hóa chất, vật tư xét nghiệm, thiết bị y tế có cùng hãng sản xuất, xuất xứ, tiêu chí kỹ thuật đã được công khai trên Cổng trong thời gian không quá 06 tháng tính đến thời điểm áp giá và không phải thực hiện các quy định tại các khoản 1, 2, 3, 4, 5, 6 Điều này";

**14. Bổ sung khoản 8 sau khoản 7 Điều 54 như sau:**

"8. Trường hợp tại thời điểm kết thúc ~~lượt khám bệnh, chữa bệnh hoặc ra viện~~, do lỗi dữ liệu chưa cập nhật hoặc liên thông hoặc chưa đồng bộ hoặc lỗi kết nối hoặc lỗi hệ thống mà cơ sở khám bệnh, chữa bệnh không tra cứu được ~~đầy đủ~~ thông tin về quyền lợi miễn cùng chi trả hoặc nguyên nhân khác mà người bệnh đã tham gia bảo hiểm y tế 05 năm liên tục trở lên và có số tiền cùng chi trả chi phí khám bệnh, chữa bệnh trong năm lớn hơn 06 tháng lương cơ sở nhưng chưa được hưởng 100% chi phí khám bệnh chữa bệnh.".

**15. Sửa đổi khoản 2 và Bổ sung khoản 5 vào sau khoản 4 Điều 55 như sau:**

a) Sửa đổi bổ sung khoản 2 như sau:

"2. Các giấy tờ l~~à bản chụp~~ gồm:

a) Thẻ bảo hiểm y tế hoặc mã số bảo hiểm y tế đối với trường hợp có thông tin về thẻ bảo hiểm y tế bản điện tử, giấy chứng minh nhân thân theo quy định tại điểm b khoản 1 Điều 37 của Nghị định này. Trường hợp quy định tại khoản 5 Điều 54 của Nghị định này, thẻ bảo hiểm y tế bao gồm thẻ có mức hưởng cũ và thẻ có mức hưởng mới cao hơn;

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

c) Đơn thuốc (nếu có).".

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

5. Các giấy tờ quy định tại các khoản 2, 3 và 4 Điều này được sử dụng văn bản điện tử có ký số xác thực hoặc sử dụng văn bản điện tử hoặc khai thác từ các

cơ sở dữ liệu quốc gia, cơ sở dữ liệu chuyên ngành hoặc tra cứu trên hệ thống trực tuyến của cơ quan có thẩm quyền (nếu có). Trường hợp không khai thác, tra cứu được cơ sở khám bệnh, chữa bệnh nộp bản chụp và chịu trách nhiệm về tính chính xác, tính pháp lý của văn bản.".

**16. Sửa đổi bổ sung điểm a Khoản 1 Điều 62 như sau:**

**"**a) Trích 5% đến 10% số thu bảo hiểm y tế tính trên tổng số trẻ em dưới 6 tuổi hoặc học sinh, sinh viên đang theo học tại cơ sở giáo dục, công thức tính như sau:

Số tiền trích = 5% (đến 10 %) x ($N_{số\ người}$ x $M_{bảo\ hiểm\ y\ tế}$ x $L_{cơ\ sở}$ x Th)

Trong đó:

- $N_{số\ người}$: Tổng số trẻ em dưới 6 tuổi; học sinh, sinh viên đang theo học tại cơ sở giáo dục hoặc cơ sở giáo dục nghề nghiệp có tham gia bảo hiểm y tế.

- $M_{bảo\ hiểm\ y\ tế}$: Mức đóng bảo hiểm y tế áp dụng đối với đối tượng trẻ em dưới 6 tuổi hoặc học sinh, sinh viên theo quy định tại khoản 3 và khoản 4 Điều 6 của Nghị định này.

- $L_{cơ\ sở}$: Mức lương cơ sở tại thời điểm đóng bảo hiểm y tế.

- Th: Số tháng đóng bảo hiểm y tế.

Định kỳ 03 tháng hoặc 06 tháng hoặc 12 tháng, cơ quan bảo hiểm xã hội có trách nhiệm chuyển số tiền quy định tại điểm này cho cơ sở giáo dục hoặc cơ sở giáo dục nghề nghiệp và tổng hợp vào quyết toán quỹ khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế;".

**17. Bổ sung điểm d khoản 2 Điều 63 như sau:**

"d) Chi cho khám sức khỏe định kỳ đối với trẻ em, học sinh, sinh viên.";

**18. Sửa đổi bổ sung điểm a khoản 2 Điều 64 như sau:**

"a) Bổ sung kinh phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế ngay từ khi xây dựng dự toán chi khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế trong trường hợp ~~số~~ dự toán thu bảo hiểm y tế dành cho khám bệnh, chữa bệnh theo quy định tại khoản 1 Điều 61 Nghị định này nhỏ hơn số dự toán chi khám bệnh, chữa bệnh.

Sau khi thẩm định quyết toán, Bảo hiểm xã hội Việt Nam có trách nhiệm bổ sung toàn bộ kinh phí chênh lệch ~~này~~ trong trường hợp số thu bảo hiểm y tế dành cho khám bệnh, chữa bệnh theo quy định tại khoản 1 Điều 61 Nghị định này nhỏ hơn số chi khám bệnh, chữa bệnh trong năm từ nguồn quỹ dự phòng;"

**19. Sửa đổi bổ sung khoản 1 và 2 Điều 65 như sau:**

"1. Trước ngày 10 tháng 7 hằng năm, cơ sở khám bệnh, chữa bệnh lập dự kiến chi khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế gửi cơ quan Bảo hiểm xã hội nơi ký hợp đồng để rà soát, tổng hợp gửi Bảo hiểm xã hội Việt Nam.

~~Hằng năm,~~ Bảo hiểm xã hội Việt Nam phối hợp với Bảo hiểm xã hội Quân đội, Bảo hiểm xã hội Công an nhân dân lập dự toán thu, dự toán chi quỹ bảo hiểm y tế, bao gồm: chi khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế, chi tổ chức và hoạt động bảo hiểm y tế, chi trích quỹ dự phòng từ số thu trong năm và chi trích quỹ dự

phòng để chi trả cho các chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế năm trước cơ sở khám bệnh, chữa bệnh đã chi cho người bệnh nhưng chưa thống nhất thanh toán do vướng mắc (nếu có), chi trích quỹ dự phòng để giao dự kiến chi, tạm ứng cho các trường hợp phát sinh ký hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh trong năm; dự toán thu, chi đầu tư từ số tiền tạm thời nhàn rỗi của quỹ bảo hiểm y tế, trình Hội đồng quản lý bảo hiểm xã hội thông qua và gửi về Bộ Tài chính trước ngày 20 tháng 7 hằng năm. Bộ Tài chính chủ trì, phối hợp với Bộ Y tế tổng hợp trình Thủ tướng Chính phủ trước ngày 30 tháng 11 hằng năm để giao dự toán thu, chi quỹ bảo hiểm y tế cho Bảo hiểm xã hội Việt Nam, Bảo hiểm xã hội Quân đội, Bảo hiểm xã hội Công an nhân dân để giao dự toán thu, chi quỹ bảo hiểm y tế cho Bảo hiểm xã hội Việt Nam, Bảo hiểm xã hội Quân đôi, Bảo hiểm xã hội Công an nhân dân. Trường hợp dự toán thu bảo hiểm y tế dành cho khám bệnh, chữa bệnh nhỏ hơn số dự toán chi khám bệnh, chữa bệnh, phần thiếu hụt được bổ sung từ quỹ dự phòng theo quy định tại điểm a khoản 2 Điều 64 Nghị định này.

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

a) Trong thời hạn 15 ngày kể từ ngày nhận được quyết định giao dự toán thu, chi quỹ bảo hiểm y tế của Thủ tướng Chính phủ, Bảo hiểm xã hội Việt Nam giao dự toán chi khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế cho Bảo hiểm xã hội tỉnh, thành phố ~~trực thuộc Trung ương~~ tối đa bằng 92% dự toán thu số tiền đóng bảo hiểm y tế toàn quốc sau khi trừ số dự toán Thủ tướng Chính phủ đã giao cho Bảo hiểm xã hội Quân đội, Bảo hiểm xã hội Công an nhân dân và từ quỹ phòng trong trường hợp dự toán thu bảo hiểm y tế dành cho khám bệnh, chữa bệnh nhỏ hơn số dự toán chi khám bệnh, chữa bệnh;

b) Căn cứ quy định tại điểm c khoản này, cơ sở khám bệnh, chữa bệnh lập dự kiến chi gửi cơ quan Bảo hiểm xã hội nơi ký hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế. Trên cơ sở đề nghị của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh và dự toán được giao, Bảo hiểm xã hội tỉnh, thành phố trực thuộc Trung ương thông báo số dự kiến chi khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế đến cơ sở khám bệnh, chữa bệnh. Trường hợp cơ sở khám bệnh, chữa bệnh có số dự kiến chi trong năm tăng hoặc giảm so với số đã được thông báo, cơ sở khám bệnh, chữa bệnh có văn bản gửi Bảo hiểm xã hội tỉnh, thành phố ~~trực thuộc Trung ương~~ trước ngày 15 tháng 10 hằng năm để tổng hợp, điều chỉnh trong phạm vi dự toán được giao của Bảo hiểm xã hội tỉnh, thành phố ~~trực thuộc Trung ương~~;

Trường hợp cơ sở khám bệnh, chữa bệnh tạm dừng hoạt động hoặc bị cơ quan có thẩm quyền đình chỉ hoạt động, Bảo hiểm xã hội tỉnh, thành phố thực hiện điều chỉnh số dự kiến chi đã thông báo cho cơ sở khám bệnh, chữa bệnh;

c) Số dự kiến chi được xác định trên cơ sở ~~dự toán chi khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế được Thủ tướng Chính phủ giao và~~ số chi khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế thực tế năm trước liền kề, dự kiến tăng, giảm về số lượt khám

bệnh, chữa bệnh, chi phí bình quân khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh, giá dịch vụ khám bệnh, chữa bệnh, phạm vi quyền lợi bảo hiểm y tế và các thay đổi về chính sách, pháp luật có liên quan đến bảo hiểm y tế.

Đối với cơ sở khám bệnh, chữa bệnh mới ký hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế với cơ quan bảo hiểm xã hội hoặc các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh được sắp xếp, sáp nhập, tổ chức lại, cơ quan bảo hiểm xã hội phối hợp cơ sở khám bệnh, chữa bệnh xác định số dự kiến chi khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế dựa trên mô hình của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế tương đồng trên địa bàn tỉnh, thành phố hoặc các tỉnh giáp ranh hoặc trên toàn quốc hoặc của các cơ sở trước khi sắp xếp, sáp nhập, tổ chức lại. Bảo hiểm xã hội tỉnh tổng hợp, gửi Bảo hiểm xã hội Việt Nam để được giao bổ sung nguồn kinh phí giao dự kiến chi, tạm ứng cho cơ sở khám bệnh, chữa bệnh từ dự toán chi trích quỹ dự phòng để giao dự kiến chi, tạm ứng cho các trường hợp phát sinh ký hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh trong năm. Trên cơ sở kinh phí được Bảo hiểm xã hội Việt Nam giao bổ sung, Bảo hiểm xã hội tỉnh, thành phố thông báo số dự kiến chi khám bệnh, chữa bệnh cho cơ sở khám bệnh, chữa bệnh.

d) Trường hợp tổng số dự kiến chi khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế của các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh trong năm tăng hoặc giảm so với dự toán được Bảo hiểm xã hội Việt Nam giao, Bảo hiểm xã hội tỉnh, thành phố ~~trực thuộc Trung ương~~ tổng hợp gửi Bảo hiểm xã hội Việt Nam trước ngày 30 tháng 10 hằng năm để xem xét điều chỉnh giữa các tỉnh, thành phố ~~trực thuộc trung ương~~. Bảo hiểm xã hội Việt Nam tổng hợp, xem xét điều chỉnh dự toán chi khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế giữa Bảo hiểm xã hội tỉnh, thành phố ~~trực thuộc Trung ương~~ trong phạm vi dự toán chi khám bệnh, chữa bệnh và dự toán chi trích quỹ dự phòng được giao trong năm trước ngày 15 tháng 11 hằng năm để làm cơ sở điều chỉnh số dự kiến chi khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh.".

**20. Bổ sung điểm i vào sau điểm h khoản 1 Điều 71 như sau:**

"i) Thành lập Hội đồng phản biện độc lập về chuyên môn và kinh tế y tế để phục vụ quá trình xây dựng danh mục thuốc, thiết bị y tế, dịch vụ kỹ thuật thuộc phạm vi được hưởng của người tham gia bảo hiểm y tế; cung cấp đầy đủ, kịp thời hồ sơ, tài liệu, thông tin theo quy định cho các hội đồng chuyên môn, các cơ quan, đơn vị trong quá trình lấy ý kiến; công khai kết quả xem xét, đánh giá theo quy định".

**21. Bổ sung điểm k, l vào sau điểm i khoản 9 Điều 71 như sau:**

"k) Tăng cường giám định, rà soát dữ liệu đề nghị thanh toán và cảnh báo kịp thời tới cơ sở khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế về giá thuốc, thiết bị y tế tăng bất hợp lý, chênh lệch lớn giữa các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế; báo cáo và kiến nghị với Bộ Y tế, kiến nghị Uỷ ban nhân dân tỉnh, thành phố

để triển khai các giải pháp phù hợp, phòng chống lãng phí, thất thoát Quỹ bảo hiểm y tế;

l) Thực hiện đánh giá tác động lên quỹ bảo hiểm y tế đối với các thuốc, thiết bị y tế, dịch vụ kỹ thuật bổ sung mới vào danh mục và đánh giá, kiến nghị đối với các thuốc, thiết bị y tế, dịch vụ kỹ thuật có trong danh mục dựa trên dữ liệu thanh toán bảo hiểm y tế; cho ý kiến cụ thể việc đồng ý hoặc không đồng ý đưa vào danh mục thuốc, thiết bị y tế, dịch vụ kỹ thuật kèm theo lý do gửi Bộ Y tế để tổng hợp, xem xét.".

**22. Sửa đổi bổ sung điểm đ và bổ sung điểm g vào sau điểm e khoản 10 Điều 71 như sau:**

a) Sửa đổi bổ sung điểm đ như sau:

"đ) Chỉ đạo Sở Y tế chủ trì phối hợp với cơ quan bảo hiểm xã hội tỉnh rà soát mạng lưới cơ sở khám bệnh, chữa bệnh trên địa bàn, đánh giá nhu cầu khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế của người dân và khả năng đáp ứng của hệ thống cơ sở khám bệnh, chữa bệnh bao gồm số lượng giường bệnh, bàn khám, nhân lực y tế, giường bệnh, năng lực cung ứng thuốc, thiết bị y tế, tình trạng quá tải, vượt định mức trong khám bệnh, chữa bệnh nội trú và ngoại trú, trình Ủy ban nhân dân tỉnh, thành phố quyết định cơ cấu, số lượng cơ sở khám bệnh, chữa bệnh ký hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế tối đa trên địa bàn, làm cơ sở để cơ quan bảo hiểm xã hội ký hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế bảo đảm phù hợp giữa nhu cầu và năng lực cung ứng, chất lượng dịch vụ khám bệnh chữa bệnh bảo hiểm y tế;";

b) Bổ sung điểm g vào sau điểm e như sau:

"Chỉ đạo Sở Y tế chủ trì phối hợp với cơ quan bảo hiểm xã hội giải quyết các trường hợp cơ quan bảo hiểm xã hội không thống nhất với nội dung thuyết minh của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh theo quy định tại điểm đ khoản 2 Điều 35 Nghị định này. Trường hợp hai bên không thống nhất thì báo cáo Ủy ban nhân dân tỉnh xem xét, giải quyết. Kết luận của Ủy ban nhân dân tỉnh là căn cứ để thanh toán;"

**Điều 2. Điều khoản chuyển tiếp**

1. Người dân tộc thiểu số đang sinh sống tại địa bàn các xã khu vực II, khu vực III, thôn đặc biệt khó khăn thuộc vùng đồng bào dân tộc thiểu số và miền núi giai đoạn 2016-2020 mà các xã này không còn trong danh sách các xã khu vực II, khu vực III, thôn đặc biệt khó khăn thuộc vùng đồng bào dân tộc thiểu số và miền núi giai đoạn 2021-2025 theo quyết định của Thủ tướng Chính phủ quy định tại điểm c khoản 2 Điều 1 Nghị định số 75/2023/NĐ-CP ngày 19 tháng 10 năm 2023 của Chính phủ quy định chi tiết và hướng dẫn thi hành một số điều Luật Bảo hiểm y tế tiếp tục được Ngân sách nhà nước hỗ trợ tối thiểu 70% mức đóng bảo hiểm y tế đến hết ngày 31 tháng 12 năm 2030.

2. Hồ sơ đề nghị thanh toán trực tiếp đã được cơ quan bảo hiểm xã hội tiếp nhận trước ngày Nghị định này có hiệu lực thi hành nhưng chưa giải quyết xong thì được tiếp tục giải quyết theo quy định tại Nghị định số 188/2025/NĐ-CP ngày 01 tháng 7 nắm 2025 hoặc Nghị định này theo hướng có lợi cho người tham gia bảo hiểm y tế về hồ sơ, thủ tục, phạm vi quyền lợi bảo hiểm y tế.

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

4. Bãi bỏ cụm từ "trường hợp nộp hồ sơ bản giấy căn cứ theo ngày ghi trên dấu công văn đến" tại khoản 2, khoản 3 và các điểm b, c, d và đ khoản 5 Nghị định số 188/2025 ngày 07 tháng 7 năm 2025 của Chính phủ quy định chi tiết và hướng dẫn thi hành một số điều Luật Bảo hiểm y tế.

**Điều 3. Hiệu lực thi hành**

Nghị định này có hiệu lực thi hành từ ngày  tháng  năm 2027.

**Điều 4. 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, Bảo hiểm xã hội Việt Nam và các cơ quan, 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;
- 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;
- Kiểm toán nhà nước;
- Ủy ban Trung ương Mặt trận Tổ quốc Việt Nam;
- Cơ quan trung ương của các tổ chức chính trị - xã hội;
- VPCP: BTCN, các PCN, Trợ lý TTg, TGĐ Cổng TTĐT, các Vụ, Cục, đơn vị trực thuộc, Công báo;
- Lưu: VT, KGVX (2).

**TM. CHÍNH PHỦ**
**THỦ TƯỚNG**

**Lê Minh Hưng**

**Mẫu số 2**

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

**TỜ KHAI**
**THAM GIA, ĐIỀU CHỈNH THÔNG TIN BẢO HIỂM Y TẾ**
**Mã số bảo hiểm y tế:.....**

**I. Đăng ký tham gia bảo hiểm y tế lần đầu**

[01]. Họ và tên *(viết chữ in hoa)*: .....[02]. Giới tính: .....

[03]. Ngày, tháng, năm sinh: ...../ ...../..... [04]. Dân tộc: .....

[05]. Quốc tịch: ..... [06]. Số CCCD/ĐDCN/Hộ chiếu: .....

[07]. Điện thoại: ..... [08]. Email (nếu có): .....

[09]. Nơi đăng ký khám, chữa bệnh ban đầu: .....

[10]. Đăng ký nhận kết quả giải quyết thủ tục hành chính:

[10.1]. Nhận thẻ bảo hiểm y tế bản điện tử: - VssID □ - Email □

[10.2]. Nhận thẻ bảo hiểm y tế bản giấy, địa chỉ: □

[10.2a]. Số nhà, đường/phố, thôn/xóm: .....

[10.2b]. Xã, phường, đặc khu: ..... [10.2c]. Tỉnh, thành phố: .....

**II. Điều chỉnh thông tin ghi trên thẻ bảo hiểm y tế**

[11]. Nội dung đề nghị điều chỉnh: ..... .....

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

[12]. ~~Hồ sơ~~ Thông tin Giấy tờ kèm theo (nếu có): ..... .....
.....

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

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

**XÁC NHẬN CỦA ĐƠN VỊ**

.....

.....

*..., ngày... tháng... năm...*
**NGƯỜI KÊ KHAI**

.....

..... .....

..... .....

.....

***Ghi chú:***

- Người tham gia tra cứu mã số bảo hiểm y tế tại địa chỉ: *https://baohiemxahoi.gov.vn*

- Trường hợp triển khai tờ khai điện tử:

+ Các trường thông tin đã được kết nối với Cơ sở dữ liệu Quốc gia về dân cư, Cơ sở dữ liệu Quốc gia về cư trú, Cơ sở dữ liệu Quốc gia về bảo hiểm, các cơ sở dữ liệu khác, ... trên Cổng dịch vụ công Quốc gia thì thông tin được tự động điền vào tờ khai điện tử. Cá nhân chỉ điền thông tin chưa có trong cơ sở dữ liệu.

+ Trường hợp người kê khai sử dụng Tài khoản định danh điện tử (VneID) mức độ 2 để đăng nhập vào Cổng dịch vụ công Quốc gia để giải quyết các thủ tục trên môi trường điện tử thì không phải ký tên vào tờ khai.

## HƯỚNG DẪN LẬP MẪU SỐ 2

### Tờ khai tham gia, điều chỉnh thông tin bảo hiểm y tế

1. Mục đích: người tham gia bảo hiểm y tế lần đầu kê khai đầy đủ thông tin khi tra cứu không thấy mã số bảo hiểm y tế hoặc người tham gia đề nghị điều chỉnh thông tin đã ghi trên thẻ bảo hiểm y tế (thông tin về nhân thân, nơi đăng ký khám, chữa bệnh ban đầu,...).

2. Trách nhiệm lập: Người tham gia.

3. Thời gian lập: Khi người tham gia đăng ký tham gia bảo hiểm y tế lần đầu hoặc đề nghị điều chỉnh thông tin đã ghi trên thẻ bảo hiểm y tế.

4. Phương pháp lập:

Người tham gia tra cứu mã số bảo hiểm xã hội tại địa chỉ: https://baohiemxahoi.gov.vn

4.1. Trường hợp người tham gia đăng ký tham gia bảo hiểm y tế lần đầu: kê khai mục I:

a) Đối với trường hợp người tham gia kê khai bản giấy:

[01]. Họ và tên: ghi đầy đủ họ, chữ đệm và tên bằng chữ in hoa có dấu của người tham gia.

[02]. Giới tính: ghi giới tính của người tham gia (nếu là nam thì ghi từ "nam" hoặc nếu là nữ thì ghi từ "nữ").

[03]. Ngày, tháng, năm sinh: ghi đầy đủ ngày, tháng, năm sinh như trong giấy khai sinh hoặc căn cước công dân/định danh cá nhân hoặc hộ chiếu (đối với người mang quốc tịch nước ngoài).

[04]. Dân tộc: ghi dân tộc của người tham gia như trong giấy khai sinh; đối với người mang quốc tịch nước ngoài để trống.

[05]. Quốc tịch: ghi quốc tịch của người tham gia như trong giấy khai sinh hoặc căn cước công dân/định danh cá nhân hoặc hộ chiếu (đối với người mang quốc tịch nước ngoài).

[06]. Số căn cước công dân/định danh cá nhân/Hộ chiếu: ghi căn cước công dân/định danh cá nhân hoặc hộ chiếu của người tham gia được cơ quan có thẩm quyền cấp (bao gồm cả trẻ em dưới 6 tuổi được cấp số định danh cá nhân).

[07]. Điện thoại: ghi số điện thoại của người tham gia hoặc số điện thoại để liên hệ với người tham gia.

[08]. Email: ghi địa chỉ thư điện tử của người tham gia hoặc địa chỉ thư điện tử để liên hệ với người tham gia (nếu có).

[09]. Nơi đăng ký khám, chữa bệnh ban đầu (áp dụng đối với người tham gia bảo hiểm y tế lần đầu): ghi nơi đăng ký khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế ban đầu do người tham gia lựa chọn theo hướng dẫn của cơ quan bảo hiểm xã hội.

[10]. Đăng ký nhận kết quả giải quyết thủ tục hành chính.

Trường hợp đăng ký phương thức nhận kết quả giải quyết thủ tục hành chính bản điện tử: lựa chọn nhận kết quả thông qua VssID hoặc Email.

Trường hợp đăng ký phương thức nhận kết quả giải quyết thủ tục hành chính bản giấy: ghi cụ thể, đầy đủ địa chỉ nơi đang sinh sống (số nhà, đường/phố, thôn/xóm; xã/phường/đặc khu; tỉnh/thành phố trực thuộc Trung ương) để cơ quan bảo hiểm xã hội gửi thẻ bảo hiểm y tế hoặc kết quả giải quyết thủ tục hành chính khác.

b) Đối với trường hợp kê khai trên Cổng dịch vụ công Quốc gia thì người tham gia chỉ kê khai từ mục [06] đến mục [10]; từ mục [01] đến mục [05] thì hệ thống tự động điền thông tin đã được kết nối với Cơ sở dữ liệu Quốc gia về dân cư, Cơ sở dữ liệu Quốc gia về cư trú, Cơ sở dữ liệu Quốc gia về bảo hiểm,...

4.2. Trường hợp người tham gia đề nghị điều chỉnh thông tin đã ghi trên thẻ bảo hiểm y tế; kê khai mục II (Điều chỉnh thông tin ghi trên thẻ bảo hiểm y tế) như sau:

[11]. Nội dung đề nghị điều chỉnh: người tham gia ghi rõ nội dung đề nghị điều chỉnh thông tin đã ghi trên thẻ bảo hiểm y tế như điều chỉnh thông tin nhân thân (họ tên, ngày tháng năm sinh, số căn cước công dân/định danh cá nhân/Hộ chiếu,...), cấp lại thẻ bảo hiểm y tế, điện thoại, email,...

[12]. Hồ sơ kèm theo (nếu có): ghi đầy đủ thông tin ~~tên~~ các giấy tờ chứng minh.

**Mẫu số 10**

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

# ĐỀ NGHỊ THANH TOÁN TRỰC TIẾP

Kính gửi: Bảo hiểm xã hội ...

Họ và tên người bệnh: ..... Giới tính: .....

Sinh ngày: ...../.../...

Địa chỉ: ..... Số điện thoại:.....

Mã thẻ bảo hiểm y tế | | | | | | | giá trị: từ..../..../.... đến...../..../.....

Nơi đăng ký khám bệnh, chữa bệnh ban đầu: .....

Nơi khám chữa bệnh: .....

Hình thức khám chữa bệnh (nội trú, ngoại trú): .....

Chẩn đoán: .....

Số tiền đề nghị thanh toán: .....

Bằng chữ: .....

Hình thức nhận thanh toán: Tiền mặt □ Chuyển khoản □

Tài khoản số: .....

Chủ tài khoản: .....

Mối quan hệ với người đề nghị thanh toán trực tiếp: .....

Tại ngân hàng: .....

Lý do chưa được hưởng quyền lợi tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh: .....

..... .....

..... .....

Chứng từ kèm theo (được khai thác trên hệ thống thông tin cơ sở dữ liệu quốc gia về y tế, cơ sở dữ liệu quốc gia về bảo hiểm và các cơ sở dữ liệu quốc gia, cơ sở dữ liệu chuyên ngành khác. Trường hợp chưa khai thác được trên hệ thống thì được nộp bản chụp gửi qua hình thức điện tử) gồm:

1. .....2.....

3.....4.....

5.....6.....

*..., ngày ... tháng ... năm ...*

| | |
|---|---|
| **NGƯỜI TIẾP NHẬN HỒ SƠ** | **NGƯỜI ĐỀ NGHỊ** |
| *(Ký, họ tên)* | *(Ký, họ tên)* |