

Số: /QĐ-BYT

Hà Nội, ngày tháng năm 2025

QUYẾT ĐỊNH

Về việc công bố thủ tục hành chính mới ban hành trong lĩnh vực Bảo hiểm y tế và bị bãi bỏ trong lĩnh vực Tài chính y tế tại Nghị định số 188/2025/NĐ-CP ngày 01 tháng 7 năm 2025 của Chính phủ thuộc phạm vi chức năng quản lý của Bộ Y tế

BỘ TRƯỞNG BỘ Y TẾ

Căn cứ Nghị định số 42/2025/NĐ-CP ngày 27 tháng 02 năm 2025 của Chính phủ quy định chức năng, nhiệm vụ, quyền hạn và cơ cấu tổ chức của Bộ Y tế;

Căn cứ Nghị định số 63/2010/NĐ-CP ngày 08 tháng 6 năm 2010 của Chính phủ về kiểm soát thủ tục hành chính; Nghị định số 48/2013/NĐ-CP ngày 14 tháng 5 năm 2013 của Chính phủ về sửa đổi, bổ sung một số điều của các Nghị định liên quan đến kiểm soát thủ tục hành chính và Nghị định số 92/2017/NĐ-CP ngày 07 tháng 8 năm 2017 của Chính phủ sửa đổi, bổ sung một số điều của các nghị định liên quan đến kiểm soát thủ tục hành chính;

Căn cứ 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 Thông tư số 02/2017/TT-VPCP ngày 31 tháng 10 năm 2017 của Văn phòng Chính phủ hướng dẫn về nghiệp vụ kiểm soát thủ tục hành chính;

Căn cứ Thông tư số 01/2025/TT-BYT ngày 01 tháng 01 năm 2025 của Bộ trưởng Bộ Y tế quy định chi tiết và hướng dẫn một số điều của Luật Bảo hiểm y tế;

Theo đề nghị của Vụ trưởng Vụ Bảo hiểm y tế.

QUYẾT ĐỊNH:

Điều 1. Công bố kèm theo Quyết định này 05 (Năm) thủ tục hành chính mới ban hành trong lĩnh vực Bảo hiểm y tế và 08 (Tám) thủ tục hành chính bị bãi bỏ trong lĩnh vực Tài chính y tế tại Nghị định số 188/2025/NĐ-CP ngày 01 tháng 7 năm 2025 của Chính phủ thuộc phạm vi chức năng quản lý của Bộ Y tế.

Điều 2. Quyết định này có hiệu lực thi hành kể từ ngày 01 tháng 7 năm 2025.

- Bãi bỏ 08 thủ tục hành chính: (1) Cấp thẻ bảo hiểm y tế lần đầu; (2) Cấp lại thẻ bảo hiểm y tế; (3) Đổi thẻ bảo hiểm y tế; (4) Ký hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế lần đầu; (5) Ký hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế hằng năm; (6) Ký hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế đối với cơ sở

khám bệnh, chữa bệnh được cơ quan có thẩm quyền phê duyệt bổ sung chức năng, nhiệm vụ, phạm vi chuyên môn, hạng bệnh viện trong việc thực hiện khám bệnh, chữa bệnh; (7) Thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh giữa cơ sở khám bệnh, chữa bệnh và cơ quan bảo hiểm xã hội; (8) Thanh toán trực tiếp chi phí khám bệnh, chữa bệnh giữa cơ quan bảo hiểm xã hội và người tham gia bảo hiểm y tế ban hành tại Quyết định số 7291/QĐ-BYT ngày 07 tháng 12 năm 2018; Quyết định số 4524/QĐ-BYT ngày 14 tháng 12 năm 2023 và Quyết định số 160/QĐ-BYT ngày 10 tháng 01 năm 2025 của Bộ trưởng Bộ Y tế.

- Các nội dung khác tại Quyết định số 7291/QĐ-BYT ngày 07 tháng 12 năm 2018; Quyết định số 4524/QĐ-BYT ngày 14 tháng 12 năm 2023 và Quyết định số 160/QĐ-BYT ngày 10 tháng 01 năm 2025 của Bộ trưởng Bộ Y tế không thay đổi.

Điều 3. Các Ông (Bà): Chánh Văn phòng Bộ; Vụ trưởng Vụ Bảo hiểm y tế; Thủ trưởng các Vụ, Cục thuộc Bộ Y tế; Giám đốc Sở Y tế các tỉnh, thành phố trực thuộc Trung ương và Thủ trưởng các đơn vị có liên quan chịu trách nhiệm thi hành Quyết định này./.

Nơi nhận:

- Như Điều 3;
- Đ/c Bộ trưởng (để báo cáo);
- Các Đ/c Thứ trưởng;
- Văn phòng Chính phủ (Cục KSTTHC);
- Bảo hiểm xã hội Việt Nam thuộc Bộ Tài chính;
- UBND các tỉnh, TP trực thuộc TW;
- Công Thông tin điện tử, Bộ Y tế;
- Các Bệnh viện, Viện có giường bệnh trực thuộc Bộ Y tế;
- Các Bệnh viện trực thuộc các Trường Đại học;
- Y tế các Bộ, Ngành;
- Hiệp hội Bệnh viện tư nhân;
- Lưu: VT, BH.

**KT. BỘ TRƯỞNG
THỨ TRƯỞNG**

Trần Văn Thuận

**DANH MỤC THỦ TỤC HÀNH CHÍNH MỚI BAN HÀNH TRONG
LĨNH VỰC BẢO HIỂM Y TẾ VÀ BỊ BÃI BỎ TRONG
LĨNH VỰC TÀI CHÍNH Y TẾ THUỘC PHẠM VI CHỨC NĂNG
QUẢN LÝ CỦA BỘ Y TẾ**

(Ban hành kèm theo Quyết định số /QĐ-BYT ngày tháng năm 2025
của Bộ trưởng Bộ Y tế)

PHẦN I. DANH MỤC THỦ TỤC HÀNH CHÍNH

1. Danh mục thủ tục hành chính mới ban hành thuộc phạm vi chức năng quản lý của Bộ Y tế

STT	Tên thủ tục hành chính	Lĩnh vực	Cơ quan thực hiện
1	Thủ tục cấp thẻ bảo hiểm y tế (lần đầu hoặc cấp lại) hoặc điều chỉnh thông tin thẻ bảo hiểm y tế	Bảo hiểm y tế	Cơ quan Bảo hiểm xã hội
2	Thủ tục ký hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế	Bảo hiểm y tế	Cơ quan Bảo hiểm xã hội và cơ sở KCB BHYT
3	Thủ tục ký phụ lục hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế	Bảo hiểm y tế	Cơ quan Bảo hiểm xã hội và cơ sở KCB BHYT
4	Thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh giữa cơ quan bảo hiểm xã hội và cơ sở khám bệnh, chữa bệnh	Bảo hiểm y tế	Cơ quan Bảo hiểm xã hội
5	Thủ tục thanh toán trực tiếp chi phí khám bệnh, chữa bệnh giữa cơ quan bảo hiểm xã hội và người tham gia bảo hiểm y tế	Bảo hiểm y tế	Cơ quan Bảo hiểm xã hội

2. Danh mục thủ tục hành chính bị bãi bỏ thuộc phạm vi chức năng quản lý của Bộ Y tế

STT	Số hồ sơ TTHC	Tên thủ tục hành chính	Tên VBQPPL quy định việc bãi bỏ thủ tục hành chính	Lĩnh vực	Cơ quan thực hiện
1	1.002535	Cấp thẻ bảo hiểm y tế lần đầu	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	Tài chính y tế	Cơ quan bảo hiểm xã hội
2	1.002522	Cấp lại thẻ bảo hiểm y tế	Nghị định số 188/2025/NĐ-CP	Tài chính y tế	Cơ quan bảo hiểm xã hội

STT	Số hồ sơ TTHC	Tên thủ tục hành chính	Tên VBQPPL quy định việc bãi bỏ thủ tục hành chính	Lĩnh vực	Cơ quan thực hiện
			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		
3	2.001058	Đổi thẻ bảo hiểm y tế	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	Tài chính y tế	Cơ sở khám bệnh, chữa bệnh và Cơ quan Bảo hiểm xã hội
4	1.003048	Ký hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế lần đầu	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	Tài chính y tế	Cơ sở khám bệnh, chữa bệnh và Cơ quan Bảo hiểm xã hội
5	1.003034	Ký hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh được cơ quan có thẩm quyền phê duyệt bổ sung chức năng, nhiệm vụ, phạm vi chuyên môn, hạng bệnh viện trong việc thực hiện khám bệnh, chữa bệnh	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	Tài chính y tế	Cơ sở khám bệnh, chữa bệnh và Cơ quan Bảo hiểm xã hội
6	2.001252	Ký hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế hằng năm	Nghị định số 188/2025/NĐ-CP ngày 01 tháng 7 năm 2025 của Chính phủ quy định chi tiết và hướng	Tài chính y tế	Cơ sở khám bệnh, chữa bệnh và Cơ quan Bảo hiểm xã hội

STT	Số hồ sơ TTHC	Tên thủ tục hành chính	Tên VBQPPL quy định việc bãi bỏ thủ tục hành chính	Lĩnh vực	Cơ quan thực hiện
			dẫn thi hành một số điều của Luật Bảo hiểm y tế		
7	1.002995	Thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh giữa cơ sở khám bệnh, chữa bệnh và cơ quan bảo hiểm xã hội	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	Tài chính y tế	Cơ sở khám bệnh, chữa bệnh và Cơ quan Bảo hiểm xã hội
8	1.002977	Thanh toán trực tiếp chi phí khám bệnh, chữa bệnh giữa cơ quan bảo hiểm xã hội và người tham gia bảo hiểm y tế	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	Tài chính y tế	Cơ quan Bảo hiểm xã hội

PHẦN II. NỘI DUNG CỤ THỂ CỦA TỪNG THỦ TỤC HÀNH CHÍNH THUỘC PHẠM VI CHỨC NĂNG QUẢN LÝ CỦA BỘ Y TẾ

1. Thủ tục cấp thẻ bảo hiểm y tế

1.1. Trình tự thực hiện:

- Bước 1: Người tham gia bảo hiểm y tế kê khai đầy đủ thông tin theo Mẫu số 2 Phụ lục ban hành kèm theo Nghị định số 188/2025/NĐ-CP hoặc cơ quan, tổ chức quản lý đối tượng kê khai đầy đủ thông tin theo Mẫu số 3 Phụ lục ban hành kèm theo Nghị định số 188/2025/NĐ-CP 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 hoặc gửi qua dịch vụ bưu chính công ích đến cơ quan bảo hiểm xã hội được giao nhiệm vụ tiếp nhận.

+ 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 thì người tham gia bảo hiểm y tế phải cung cấp bản chụp (scan) các văn bản, tài liệu liên quan để nộp cùng Tờ khai trên.

- Bước 2: Cổng dịch vụ công quốc gia hoặc ứng dụng của cơ quan bảo hiểm xã hội hoặc cán bộ tiếp nhận hồ sơ trả Giấy tiếp nhận hồ sơ và hẹn trả kết quả cấp thẻ bảo hiểm y tế cho người tham gia bảo hiểm y tế hoặc cho cơ quan, tổ chức quản lý đối tượng.

- Bước 3: Trong thời hạn 05 ngày làm việc, kể từ ngày nhận đủ hồ sơ theo quy định, cơ quan bảo hiểm xã hội trả thẻ bảo hiểm y tế, cụ thể như sau:

+ Trường hợp cấp thẻ bảo hiểm y tế bản điện tử, cơ quan bảo hiểm xã hội trả kết quả thẻ bảo hiểm y tế bản điện tử vào ứng dụng bảo hiểm xã hội số (VssID), hòm thư điện tử cá nhân (email), liên kết với tài khoản định danh điện tử (VNeID) mức độ 2.

+ Trường hợp cấp thẻ bảo hiểm y tế bản giấy, cơ quan bảo hiểm xã hội chuyển thẻ bảo hiểm y tế bản giấy cho người tham gia bảo hiểm y tế hoặc tổ chức quản lý đối tượng.

- Đối với trẻ em dưới 6 tuổi, việc cấp thẻ bảo hiểm y tế thực hiện liên thông cùng với thủ tục đăng ký khai sinh, đăng ký thường trú theo quy định tại Nghị định số 63/2024/NĐ-CP ngày 10 tháng 6 năm 2024 của Chính phủ quy định việc thực hiện liên thông điện tử 02 nhóm thủ tục hành chính: đăng ký khai sinh, đăng ký thường trú, cấp thẻ bảo hiểm y tế cho trẻ em dưới 6 tuổi; đăng ký khai tử, xóa đăng ký thường trú, giải quyết mai táng phí, tử tuất.

1.2. Cách thức thực hiện: Trực tuyến, trực tiếp và bưu chính.

1.3. Thành phần, số lượng hồ sơ:

1.3.1. Thành phần hồ sơ:

- Tờ khai tham gia, điều chỉnh thông tin bảo hiểm y tế theo Mẫu số 2 Phụ lục ban hành kèm theo Nghị định số 188/2025/NĐ-CP.

- Danh sách đối tượng tham gia bảo hiểm y tế theo Mẫu số 3 Phụ lục ban hành kèm theo Nghị định số 188/2025/NĐ-CP (đối với cơ quan, tổ chức quản lý đối tượng tham gia bảo hiểm y tế).

- Bản scan các văn bản, tài liệu liên quan (nếu có) trong trường hợp thay đổi thông tin thân nhân hoặc thay đổi thông tin quyền lợi được hưởng.

1.3.2. Số lượng hồ sơ: 01 bộ.

1.4. Thời hạn giải quyết: 05 ngày làm việc kể từ ngày nhận đủ hồ sơ.

1.5. Đối tượng thực hiện thủ tục hành chính: Người tham gia bảo hiểm y tế; hoặc cơ quan, tổ chức quản lý đối tượng tham gia bảo hiểm y tế.

1.6. Cơ quan giải quyết thủ tục hành chính: Cơ quan bảo hiểm xã hội.

1.7. Kết quả thực hiện thủ tục hành chính:

Thẻ bảo hiểm y tế bản điện tử hoặc thẻ bảo hiểm y tế bản giấy.

1.8. Phí, lệ phí: (không có)

1.9. Tên mẫu đơn, mẫu tờ khai:

- Tờ khai tham gia, điều chỉnh thông tin bảo hiểm y tế theo Mẫu số 2 Phụ lục ban hành kèm theo Nghị định số 188/2025/NĐ-CP.

- Danh sách đối tượng tham gia bảo hiểm y tế theo Mẫu số 3 Phụ lục ban hành kèm theo Nghị định số 188/2025/NĐ-CP.

1.10. Yêu cầu, điều kiện thực hiện thủ tục hành chính: (không có)

1.11. Căn cứ pháp lý của thủ tục hành chính:

- Luật Bảo hiểm y tế số 25/2008/QH12 ngày 14/11/2008 của Quốc hội; Luật số 46/2014/QH13 ngày 13/2014 của Quốc hội sửa đổi, bổ sung một số điều của Luật Bảo hiểm y tế; Luật số 51/2024/QH15 ngày 27/11/2024 của Quốc hội sửa đổi, bổ sung một số điều của Luật Bảo hiểm y tế.

- 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.

CỘNG HOÀ 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 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 trả 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 tên các giấy tờ chứng minh.

ĐƠN VỊ.....

Mã đơn vị:

Mã số thuế:

Địa chỉ:

Mẫu số 3

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

DANH SÁCH ĐỐI TƯỢNG THAM GIA BẢO HIỂM Y TẾ

Số: /..... ; ngày ... tháng ... năm ...

STT	Họ và tên	Mã số bảo hiểm y tế	Số căn cước công dân/ Định danh cá nhân	Nơi đăng ký khám chữa bệnh ban đầu	Mức đóng				Tháng tham gia	Tỷ lệ ngân sách nhà nước hỗ trợ (%)	Loại thẻ bảo hiểm y tế		Ghi chú	
					Tiền lương	Phụ cấp		Các khoản phụ cấp lương và thu nhập bổ sung			Bản điện tử	Bản giấy		
						Chức vụ	Thâm niên vượt khung (%)							Thâm niên nghề (%)
<i>A</i>	<i>B</i>	<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4</i>	<i>5</i>	<i>6</i>	<i>7</i>	<i>8</i>	<i>9</i>	<i>10</i>	<i>11</i>	<i>12</i>	<i>13</i>
<i>1</i>														
<i>1</i>														

Ghi chú: Đối với người tham gia bảo hiểm y tế lần đầu: kèm Mẫu số 2

ĐẠI DIỆN CƠ QUAN, ĐƠN VỊ LẬP DANH SÁCH
(Ký, ghi rõ họ tên, đóng dấu)

HƯỚNG DẪN LẬP MẪU SỐ 3

Danh sách đối tượng tham gia bảo hiểm y tế

1. Mục đích: để kê khai các thông tin của người tham gia bảo hiểm y tế đăng ký tham gia, điều chỉnh mức đóng bảo hiểm y tế, cấp thẻ bảo hiểm y tế.

2. Trách nhiệm lập: cơ quan, tổ chức, doanh nghiệp, Ủy ban nhân dân cấp xã, hoặc tổ chức dịch vụ thu/Cơ sở giáo dục hoặc cơ quan bảo hiểm xã hội quản lý người tham gia bảo hiểm y tế.

3. Thời gian lập: lập khi đơn vị bắt đầu tham gia đóng bảo hiểm y tế và khi có biến động (tăng, giảm) về người tham gia, số tiền đóng bảo hiểm y tế.

4. Căn cứ lập: Tờ khai tham gia, điều chỉnh thông tin bảo hiểm y tế (Mẫu số 2), biến động về mức đóng và các hồ sơ, giấy tờ có liên quan.

5. Phương pháp lập

a) Phần thông tin chung

- Tên đơn vị: ghi đầy đủ tên cơ quan, tổ chức, doanh nghiệp, Ủy ban nhân dân cấp xã, hoặc tổ chức dịch vụ thu/Cơ sở giáo dục

- Mã đơn vị: ghi mã đơn vị do cơ quan bảo hiểm xã hội cấp.

- Mã số thuế: ghi mã số thuế do cơ quan thuế cấp.

- Địa chỉ: ghi địa chỉ nơi đóng trụ sở.

b) Chỉ tiêu theo cột:

- Cột A: Ghi số thứ tự từ nhỏ đến lớn.

- Cột B: Ghi rõ họ, tên của từng người tham gia.

- Cột 1: ghi mã số bảo hiểm y tế của từng người tham gia.

- Cột 2: ghi số căn cước công dân/định danh cá nhân của từng người tham gia.

- Cột 3: ghi nơi đăng ký khám chữa bệnh ban đầu theo hướng dẫn của cơ quan bảo hiểm xã hội

- Cột 4: ghi tiền lương được hưởng:

+ Đối với người lao động:

* Người lao động thực hiện chế độ tiền lương do Nhà nước quy định thì ghi bằng hệ số (bao gồm cả hệ số chênh lệch bảo lưu nếu có).

Ví dụ: Tiền lương ghi trong quyết định tuyển dụng hoặc hợp đồng làm việc là 2,34 thì ghi 2,34.

* Người lao động thực hiện chế độ tiền lương do chủ sử dụng lao động quyết định thì ghi mức lương theo công việc hoặc chức danh, bằng tiền đồng Việt Nam.

Ví dụ: mức lương của người lao động là 52.000.000 đồng thì ghi 52.000.000 đồng.

+ Đối với người hưởng lương hưu, trợ cấp mất sức lao động, trợ cấp thất nghiệp hàng tháng: ghi tiền lương hưu, trợ cấp mất sức lao động, trợ cấp thất nghiệp.

+ Đối với người được ngân sách nhà nước đóng, ngân sách nhà nước hỗ trợ, người được tổ chức bảo hiểm xã hội đóng theo mức lương cơ sở: ghi theo mức lương cơ sở

+ Đối với Người thuộc hộ gia đình tham gia bảo hiểm y tế theo hình thức hộ gia đình: ghi mức đóng do người tham gia đóng theo thứ tự giảm dần mức đóng.

Ví dụ: Gia đình ông Nguyễn Văn B, bà C (vợ ông B), anh D (con ông B) tham gia bảo hiểm y tế từ ngày 01/01/2025 với thời gian 12 tháng, lương cơ sở là 2.340.000 đồng thì số tiền ghi tại cột 6 như sau:

Ông B là: 2.340.000 đồng; Bà C là: 1.638.000 đồng; Anh D là: 1.404.000 đồng.

- Các Cột 5, 6, 7: Ghi phụ cấp chức vụ; phụ cấp thâm niên vượt khung, thâm niên nghề bằng tỷ lệ phần trăm (%) vào cột tương ứng, nếu không hưởng phụ cấp nào thì bỏ trống.

- Cột 8: Ghi phụ cấp lương và các khoản thu nhập bổ sung theo quy định của pháp luật lao động (nếu có).

- Cột 9: ghi tháng năm bắt đầu tham gia

- Cột 10: đối với đối tượng được ngân sách nhà nước hỗ trợ, tham gia bảo hiểm y tế nhóm tự đóng bảo hiểm y tế (nếu có) ghi tỷ lệ % ngân sách nhà nước hỗ trợ (bao gồm cả ngân sách nhà nước địa phương hỗ trợ thêm); các đối tượng khác để trống

- Cột 11, 12: người tham gia đăng ký nhận thẻ bảo hiểm y tế bản điện tử hoặc bản giấy thì đánh dấu x vào cột tương ứng

- Cột 13: ghi chú

+ Đối với người lao động: ghi số; ngày, tháng, năm của hợp đồng lao động, hợp đồng làm việc (ghi rõ thời hạn hợp đồng lao động, hợp đồng làm việc từ ngày, tháng, năm đến ngày, tháng, năm) hoặc quyết định (tuyển dụng, tiếp nhận); tạm hoãn hợp đồng lao động, nghỉ việc không hưởng lương, ... Ghi rõ thời gian (từ ngày, tháng, năm đến ngày, tháng, năm) nghỉ ốm, đau, thai sản hưởng chế độ bảo hiểm xã hội; đối với người lao động khi bị mắc bệnh thuộc danh mục bệnh cần chữa trị dài ngày đang trong thời gian nằm viện kèm theo giấy tờ chứng minh.

+ Đối với đối tượng được hưởng quyền lợi bảo hiểm y tế cao hơn (nếu có): ghi giấy tờ chứng minh như người có công, cựu chiến binh,

+ Đối với người chỉ tham gia bảo hiểm y tế được ngân sách nhà nước hỗ trợ, tham gia bảo hiểm y tế nhóm tự đóng bảo hiểm y tế: ghi số tháng thẻ bảo hiểm y tế có giá trị sử dụng tương ứng với số tiền đóng

c) Chỉ tiêu theo hàng ngang:

- Tăng:

+ Ghi thứ tự tăng người tham gia bảo hiểm y tế.

+ Ghi thứ tự tăng tiền lương.

- Giảm:

+ Ghi thứ tự giảm người tham gia bảo hiểm y tế.

+ Ghi thứ tự giảm tiền lương.

Lưu ý: Trường hợp thay đổi nơi đăng ký khám chữa bệnh ban đầu thì ghi cột B, cột 1, cột 3 và ghi nội dung thay đổi vào cột 12, các cột khác bỏ trống.

d) Sau khi hoàn tất việc kê khai, ký, ghi rõ họ tên, đóng dấu.

2. Ký hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế

2.1. Trình tự thực hiện:

a) Trường hợp ký hợp đồng lần đầu

Bước 1: Cơ sở khám bệnh, chữa bệnh gửi hồ sơ theo quy định đến cơ quan bảo hiểm xã hội được cấp có thẩm quyền giao nhiệm vụ ký hợp đồng.

Bước 2:

- Trường hợp không có yêu cầu sửa đổi, bổ sung hồ sơ, trong thời hạn 10 ngày kể từ ngày nhận đủ hồ sơ hợp lệ và đủ điều kiện để ký hợp đồng (trường hợp nộp hồ sơ bản giấy căn cứ theo ngày ghi trên dấu công văn đến), cơ quan bảo hiểm xã hội phải thực hiện xong việc ký hợp đồng.

- Trường hợp có yêu cầu sửa đổi, bổ sung hồ sơ được thực hiện như sau:

+ Trong thời hạn 05 ngày làm việc, kể từ ngày nhận hồ sơ (trường hợp nộp hồ sơ bản giấy căn cứ theo ngày ghi trên dấu công văn đến), cơ quan bảo hiểm xã hội có trách nhiệm trả lời bằng văn bản nêu cụ thể nội dung cần sửa đổi, bổ sung gửi cơ sở khám bệnh, chữa bệnh.

+ Trong thời hạn 30 ngày kể từ ngày nhận được văn bản yêu cầu sửa đổi, bổ sung (trường hợp nộp hồ sơ bản giấy căn cứ theo ngày ghi trên dấu công văn đến), cơ sở khám bệnh, chữa bệnh có trách nhiệm sửa đổi, bổ sung hồ sơ và gửi cơ quan bảo hiểm xã hội. Trường hợp quá 30 ngày mà cơ sở khám bệnh, chữa bệnh không bổ sung và gửi hồ sơ thì phải thực hiện lại thủ tục theo quy định.

+ Trong thời hạn 10 ngày kể từ ngày nhận hồ sơ sửa đổi, bổ sung (trường hợp nộp hồ sơ bản giấy căn cứ theo ngày ghi trên dấu công văn đến), cơ quan bảo hiểm xã hội thực hiện ký hợp đồng trong trường hợp đủ điều kiện hoặc có văn bản thông báo từ chối ký hợp đồng trong trường hợp chưa đủ điều kiện và nêu rõ lý do, căn cứ pháp lý xác định chưa đủ điều kiện ký hợp đồng.

b) Trường hợp ký hợp đồng nối tiếp khi hợp đồng đã ký hết hạn hoặc hai bên thống nhất chấm dứt hợp đồng trước thời hạn

Bước 1: Cơ sở khám bệnh, chữa bệnh gửi hồ sơ theo quy định đến cơ quan bảo hiểm xã hội được cấp có thẩm quyền giao nhiệm vụ ký hợp đồng.

Bước 2:

- Trường hợp không có yêu cầu sửa đổi, bổ sung hồ sơ, trong thời hạn 03 ngày làm việc, kể từ ngày nhận đủ hồ sơ hợp lệ và đủ điều kiện ký hợp đồng (trường hợp nộp hồ sơ bản giấy căn cứ theo ngày ghi trên dấu công văn đến), cơ quan bảo hiểm xã hội phải thực hiện xong việc ký hợp đồng.

- Trường hợp có yêu cầu sửa đổi, bổ sung hồ sơ:

+ Trong thời hạn 02 ngày làm việc kể từ ngày nhận hồ sơ (trường hợp nộp hồ sơ bản giấy căn cứ theo ngày ghi trên dấu công văn đến), cơ quan bảo hiểm xã hội có trách nhiệm trả lời bằng văn bản nêu cụ thể nội dung cần sửa đổi, bổ sung gửi cơ sở khám bệnh, chữa bệnh.

+ Trong thời hạn 10 ngày kể từ ngày nhận được văn bản yêu cầu sửa đổi, bổ sung (trường hợp nộp hồ sơ bản giấy căn cứ theo ngày ghi trên dấu công văn đến), cơ sở khám bệnh, chữa bệnh có trách nhiệm sửa đổi, bổ sung hồ sơ và gửi cơ quan bảo hiểm xã hội. Trường hợp quá 10 ngày mà cơ sở khám bệnh, chữa bệnh không bổ sung và gửi hồ sơ thì phải thực hiện lại thủ tục theo quy định.

+ Trong thời hạn 03 ngày làm việc kể từ ngày nhận hồ sơ sửa đổi, bổ sung (trường hợp nộp hồ sơ bản giấy căn cứ theo ngày ghi trên dấu công văn đến), cơ quan bảo hiểm xã hội thực hiện ký hợp đồng trong trường hợp đủ điều kiện hoặc có văn bản thông báo từ chối ký hợp đồng trong trường hợp chưa đủ điều kiện và nêu rõ lý do, căn cứ pháp lý xác định chưa đủ điều kiện ký hợp đồng.

c) Trường hợp chấm dứt và thanh lý hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế

- Bước 1:

+ Cơ quan bảo hiểm xã hội nhận được thông báo của cơ quan có thẩm quyền về quyết định đình chỉ toàn bộ hoặc một phần hoạt động của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh hoặc nhận được thông báo về việc chấm dứt hợp đồng của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh do chấm dứt hoạt động, giải thể, phá sản hoặc bị thu hồi giấy phép hoạt động.

- Bước 2: Hai bên cùng đối chiếu, xác định, thống nhất biên bản thanh lý hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế theo Mẫu số 6 Phụ lục ban hành kèm theo Nghị định số 188/2025/NĐ-CP các nội dung và số chi phí khám bệnh, chữa bệnh đề nghị thanh toán, tạm ứng, đã giám định, đã thanh toán, chưa thanh toán, quyết toán, từ chối thanh toán, thu hồi trong năm và phương thức, thời hạn giải quyết đối với từng nội dung chưa thống nhất, các nghĩa vụ phải thực hiện của từng bên; các khoản tiền truy thu hoặc hoàn trả (nếu có) để làm căn cứ chấm dứt hợp đồng.

- Bước 3: Sau khi thống nhất, hai bên thực hiện ký biên bản thanh lý hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế và cơ quan bảo hiểm xã hội thực hiện thanh toán hoặc thu hồi các khoản tiền liên quan theo quy định.

2.2. Cách thức thực hiện

- Hồ sơ được nộp 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 bảo hiểm xã hội được giao nhiệm vụ tiếp nhận hoặc gửi qua dịch vụ bưu chính công ích đến bảo hiểm xã hội được giao nhiệm vụ tiếp nhận.

2.3. Thành phần, số lượng hồ sơ:

2.3.1. Thành phần hồ sơ:

a) Trường hợp ký hợp đồng lần đầu

- 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 số 188/2025/NĐ-CP.

- Bản chụp 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.

- Bản chụp (có đóng dấu treo của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh) quyết định xếp cấp hoặc tạm xếp cấp chuyên môn kỹ thuật được cấp cho cơ sở khám bệnh, chữa bệnh.

- Bản chụp (có đóng dấu treo của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh) 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 (đối với cơ sở khám bệnh, chữa bệnh theo quy định tại điểm đ và điểm h khoản 4 Điều 22 của Luật Bảo hiểm y tế và các khoản 3 và 4 Điều 19 của Nghị định số 188/2025/NĐ-CP).

- Bản chụp (có đóng dấu treo của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh) quyết định phê duyệt danh mục dịch vụ kỹ thuật y tế được cấp có thẩm quyền phê duyệt.

- Danh mục thuốc, thiết bị y tế sử dụng tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh.

- 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.

- Bản chụp (có đóng dấu treo của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh) 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.

- 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 (đối với cơ sở khám bệnh, chữa bệnh tư nhân theo quy định tại Điều 47 của Nghị định số 188/2025/NĐ-CP).

- 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 số 188/2025/NĐ-CP.

- Đối với các văn bản bao gồm: Giấy phép hoạt động; Quyết định xếp cấp hoặc tạm xếp cấp hoặc 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; Quyết định phê duyệt danh mục dịch vụ kỹ thuật; Quyết định phê duyệt giá hoặc văn bản đề xuất giá dịch vụ khám bệnh, chữa bệnh, cơ sở khám bệnh, chữa bệnh không phải nộp bản chụp khi thuộc một trong các trường hợp sau:

+ Cơ quan có thẩm quyền khi ban hành văn bản đã gửi cho cơ quan bảo hiểm xã hội.

+ 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.

b) Trường hợp ký hợp đồng nối tiếp

- Trường hợp các tài liệu trong hồ sơ đề nghị ký hợp đồng liền kề không có sự thay đổi, cơ quan bảo hiểm xã hội tiếp tục phối hợp ký hợp đồng với cơ sở khám bệnh, chữa bệnh.

- Trường hợp các tài liệu trong hồ sơ đề nghị ký hợp đồng liền kề có sự thay đổi thì cơ sở khám bệnh, chữa bệnh chỉ phải nộp các tài liệu chứng minh nội dung thay đổi.

c) Trường hợp chấm dứt và thanh lý hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế

- Văn bản thông báo của cơ quan có thẩm quyền về quyết định đình chỉ toàn bộ hoặc một phần hoạt động của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh hoặc văn bản thông báo của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh về việc chấm dứt hợp đồng.

2.3.2. Số lượng hồ sơ: 01 bộ.

2.4. Thời hạn giải quyết:

a) Trường hợp ký hợp đồng lần đầu

- Trường hợp không có yêu cầu sửa đổi, bổ sung hồ sơ: 10 ngày kể từ ngày nhận đủ hồ sơ hợp lệ và đủ điều kiện để ký hợp đồng (trường hợp nộp hồ sơ bản giấy căn cứ theo ngày ghi trên dấu công văn đến).

- Trường hợp yêu cầu sửa đổi, bổ sung hồ sơ:

+ Trong thời hạn 05 ngày làm việc, kể từ ngày nhận hồ sơ (trường hợp nộp hồ sơ bản giấy căn cứ theo ngày ghi trên dấu công văn đến), cơ quan bảo hiểm xã hội có trách nhiệm trả lời bằng văn bản nêu cụ thể nội dung cần sửa đổi, bổ sung gửi cơ sở khám bệnh, chữa bệnh.

+ Trong thời hạn 30 ngày kể từ ngày nhận được văn bản yêu cầu sửa đổi, bổ sung (trường hợp nộp hồ sơ bản giấy căn cứ theo ngày ghi trên dấu công văn đến), cơ sở khám bệnh, chữa bệnh có trách nhiệm sửa đổi, bổ sung hồ sơ và gửi cơ quan bảo hiểm xã hội.

+ Trong thời hạn 10 ngày kể từ ngày nhận hồ sơ sửa đổi, bổ sung (trường hợp nộp hồ sơ bản giấy căn cứ theo ngày ghi trên dấu công văn đến), cơ quan bảo hiểm xã hội thực hiện ký hợp đồng trong trường hợp đủ điều kiện hoặc có văn bản thông báo từ chối ký hợp đồng trong trường hợp chưa đủ điều kiện và nêu rõ lý do, căn cứ pháp lý xác định chưa đủ điều kiện ký hợp đồng.

b) Trường hợp ký hợp đồng nối tiếp

- Trường hợp không có yêu cầu sửa đổi, bổ sung hồ sơ: 03 ngày làm việc, kể từ ngày nhận đủ hồ sơ hợp lệ và đủ điều kiện ký hợp đồng.

- Trường hợp yêu cầu sửa đổi, bổ sung hồ sơ:

+ Trường hợp có yêu cầu sửa đổi, bổ sung hồ sơ, trong thời hạn 02 ngày làm việc, kể từ ngày nhận hồ sơ (trường hợp nộp hồ sơ bản giấy căn cứ theo ngày ghi trên dấu công văn đến), cơ quan bảo hiểm xã hội có trách nhiệm trả lời bằng văn bản nêu cụ thể nội dung cần sửa đổi, bổ sung gửi cơ sở khám bệnh, chữa bệnh.

+ Trong thời hạn 10 ngày kể từ ngày nhận được văn bản yêu cầu sửa đổi, bổ sung (trường hợp nộp hồ sơ bản giấy căn cứ theo ngày ghi trên dấu công văn đến), cơ sở khám bệnh, chữa bệnh có trách nhiệm sửa đổi, bổ sung hồ sơ và gửi cơ quan bảo hiểm xã hội. Trường hợp quá 10 ngày mà cơ sở khám bệnh, chữa bệnh không bổ sung và gửi hồ sơ thì phải thực hiện lại thủ tục theo quy định.

+ Trong thời hạn 03 ngày làm việc, kể từ ngày nhận hồ sơ sửa đổi, bổ sung (trường hợp nộp hồ sơ bản giấy căn cứ theo ngày ghi trên dấu công văn đến), cơ quan bảo hiểm xã hội thực hiện ký hợp đồng trong trường hợp đủ điều kiện hoặc có văn bản thông báo từ chối ký hợp đồng trong trường hợp chưa đủ điều kiện và nêu rõ lý do, căn cứ pháp lý xác định chưa đủ điều kiện ký hợp đồng.

c) Trường hợp chấm dứt và thanh lý hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế: Theo quy định của pháp luật dân sự.

2.5. Đối tượng thực hiện thủ tục hành chính:

a) Trường hợp ký hợp đồng lần đầu

- Cơ sở khám bệnh, chữa bệnh và cơ quan bảo hiểm xã hội.

- Đối với trạm y tế xã, phường, đặc khu, nhà hộ sinh, phòng khám đa khoa khu vực, việc ký hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế được thực hiện theo một trong hai hình thức sau đây:

+ Ủy ban nhân dân cấp tỉnh quyết định 01 đơn vị đại diện ký hợp đồng với cơ quan bảo hiểm xã hội cho trạm y tế xã, phường, đặc khu, nhà hộ sinh, phòng khám đa khoa khu vực thuộc địa bàn quản lý.

+ Trạm y tế xã, phường, đặc khu, nhà hộ sinh, phòng khám đa khoa khu vực trực tiếp ký hợp đồng với cơ quan bảo hiểm xã hội.

- 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 khám bệnh, chữa bệnh trong công tác chăm sóc sức khỏe ban đầu theo quy định Điều 63 của Nghị định số 188/2025/NĐ-CP), cơ quan bảo hiểm xã hội ký hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế trực tiếp với cơ quan, đơn vị, trường học.

b) Trường hợp ký hợp đồng nối tiếp

- Cơ sở khám bệnh, chữa bệnh và cơ quan bảo hiểm xã hội.

c) Trường hợp chấm dứt và thanh lý hợp đồng

- Cơ sở khám bệnh, chữa bệnh và cơ quan bảo hiểm xã hội.

2.6. Cơ quan giải quyết thủ tục hành chính: Cơ quan bảo hiểm xã hội và cơ sở khám bệnh, chữa bệnh.

2.7. Kết quả thực hiện thủ tục hành chính:

a) Trường hợp ký hợp đồng lần đầu: Hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế được ký kết giữa cơ quan bảo hiểm xã hội và cơ sở khám bệnh, chữa bệnh.

b) Trường hợp ký hợp đồng nối tiếp: Hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế được ký kết giữa cơ quan bảo hiểm xã hội và cơ sở khám bệnh, chữa bệnh.

c) Trường hợp chấm dứt và thanh lý hợp đồng: Biên bản thanh lý hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế được ký kết giữa cơ quan bảo hiểm xã hội và cơ sở khám bệnh, chữa bệnh.

2.8. Phí, lệ phí: (không có)

2.9. Tên mẫu đơn, mẫu tờ khai:

- Mẫu hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế theo Mẫu số 5 Phụ lục ban hành kèm theo Nghị định số 188/2025/NĐ-CP.

- Mẫu biên bản thanh lý hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế theo Mẫu số 6 Phụ lục ban hành kèm theo Nghị định số 188/2025/NĐ-CP.

- Văn bản đề nghị ký hợp đồng, phụ lục hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế theo Mẫu số 7 Phụ lục ban hành kèm theo Nghị định số 188/2025/NĐ-CP.

- Bảng kê danh mục thiết bị phần cứng, phần mềm bảo đảm việc kết nối liên thông dữ liệu 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 số 188/2025/NĐ-CP.

2.10. Yêu cầu, điều kiện thực hiện thủ tục hành chính:

- Bảo đảm các điều kiện hoạt động của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh theo quy định tại Điều 49 của Luật Khám bệnh, chữa bệnh phù hợp với phạm vi cung ứng dịch vụ khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế.

- Bảo đảm tiêu chuẩn kết nối, liên thông dữ liệu khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế với hệ thống thông tin, giám định bảo hiểm y tế của cơ quan bảo hiểm xã hội theo quy định của Bộ trưởng Bộ Y tế và xác thực dữ liệu thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh theo quy định của pháp luật.

- Trường hợp cơ sở khám bệnh, chữa bệnh và cơ quan bảo hiểm xã hội thống nhất tiếp tục ký hợp đồng mới khi hết thời hạn hiệu lực của hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế, việc ký hợp đồng mới phải bảo đảm ngày có hiệu lực của hợp đồng nối tiếp với thời hạn hiệu lực của hợp đồng cũ.

- Cơ sở khám bệnh, chữa bệnh có hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế đã ký hết hạn hoặc thống nhất với cơ quan bảo hiểm xã hội về việc chấm dứt hợp đồng trước thời hạn.

- Các trường hợp chấm dứt hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế bao gồm:

- + Hết thời hạn của hợp đồng.
- + Hai bên thỏa thuận chấm dứt hợp đồng trước thời hạn.
- + Cơ sở khám bệnh, chữa bệnh chấm dứt hoạt động, giải thể, phá sản.
- + Cơ sở khám bệnh, chữa bệnh bị thu hồi giấy phép hoạt động.
- + Quá thời hạn tạm dừng hoạt động 03 tháng mà cơ sở khám bệnh, chữa bệnh chưa khắc phục được các nội dung vi phạm để tiếp tục hoạt động trở lại.

- Mỗi giấy phép hoạt động được dùng để ký 01 hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế, trừ trường hợp quy định tại các điểm b và đ khoản 1 Điều 23 của Nghị định số 188/2025/NĐ-CP.

- Trường hợp cơ sở khám bệnh, chữa bệnh có thêm cơ sở khám bệnh, chữa bệnh trên cùng địa bàn tỉnh, thành phố trực thuộc Trung ương thì có thể ký 01 hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế với cơ quan bảo hiểm xã hội hoặc hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế cho từng cơ sở khám bệnh, chữa bệnh với cơ quan bảo hiểm xã hội.

- Trường hợp cơ sở khám bệnh, chữa bệnh có thêm cơ sở khám bệnh, chữa bệnh tại địa bàn tỉnh, thành phố trực thuộc Trung ương khác thì mỗi cơ sở khám bệnh, chữa bệnh ký hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế với cơ quan bảo hiểm xã hội nơi cơ sở khám bệnh, chữa bệnh đặt địa điểm.

- Cơ sở khám bệnh, chữa bệnh có cơ sở khám bệnh, chữa bệnh trực thuộc đáp ứng đủ điều kiện để ký hợp đồng theo quy định tại Điều 22 của Nghị định số 188/2025/NĐ-CP nhưng không cùng cấp chuyên môn kỹ thuật thì ký riêng hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh cho cơ sở trực thuộc.

- Trường hợp cơ sở khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế thuộc thẩm quyền quản lý của Bộ Quốc phòng, Bộ Công an, cơ sở khám bệnh, chữa bệnh có thể ký 01 hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế với cơ quan bảo hiểm xã hội quân đội, công an và 01 hợp đồng với cơ quan bảo hiểm xã hội trực thuộc Bảo hiểm xã hội Việt Nam.

2.11. Căn cứ pháp lý của thủ tục hành chính:

- Luật Bảo hiểm y tế số 25/2008/QH12 ngày 14/11/2008 của Quốc hội; Luật số 46/2014/QH13 ngày 13/2014 của Quốc hội sửa đổi, bổ sung một số điều của Luật Bảo hiểm y tế; Luật số 51/2024/QH15 ngày 27/11/2024 của Quốc hội sửa đổi, bổ sung một số điều của Luật Bảo hiểm y tế.

- 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.

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

HỢP ĐỒNG KHÁM BỆNH, CHỮA BỆNH BẢO HIỂM Y TẾ NĂM ...
(Số: /HDKCB-BHYT)⁽¹⁾

Căn cứ Bộ luật Dân sự ngày tháng năm;

Căn cứ Luật Bảo hiểm y tế ngày tháng năm;

Căn cứ Nghị định số .../20../NĐ-CP ngày ... tháng ... quy định chi tiết và hướng dẫn thi hành một số điều của Luật Bảo hiểm y tế;

Căn cứ(ghi tên văn bản quy định chức năng nhiệm vụ, quyền hạn và cơ cấu tổ chức của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh)

Căn cứ(ghi tên văn bản quy định chức năng nhiệm vụ, quyền hạn và cơ cấu tổ chức của cơ quan bảo hiểm xã hội ký hợp đồng)

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

Bên A (Tên cơ quan bảo hiểm xã hội ký hợp đồng):

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 (theo Giấy ủy quyền số: ngày ... tháng ... năm ...)⁽²⁾

Bên B: Tên cơ sở khám bệnh, chữa bệnh hoặc đơn vị 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: Ghi rõ chức vụ của người có thẩm quyền ký hợp đồng⁽³⁾/Người được uỷ quyền (theo Giấy uỷ quyền số: ngày ... tháng ... năm ...)⁽⁴⁾

Mã cơ sở khám bệnh, chữa bệnh:

Cấp chuyên môn kỹ thuật:

Điểm xếp cấp/Tạm xếp cấp (nếu có):
 Số giấy phép hoạt động:
 Phạm vi chuyên môn:
 Tổng số giường bệnh của cơ sở theo giấy phép hoạt động khám bệnh, chữa bệnh (đối với cơ sở khám bệnh, chữa bệnh có điều trị nội trú):
 Người chịu trách nhiệm chuyên môn kỹ thuật của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh:
Tên Trạm y tế xã, phường, đặc khu, nhà hộ sinh, phòng khám đa khoa khu vực (đối với trường hợp cấp có thẩm quyền phân công một đơn vị đại diện ký hợp đồng cho các cơ sở này):
 Địa chỉ:
 Địa chỉ thư điện tử: Điện thoại:
 Đại diện là ông (bà):
 Chức vụ: Trưởng hoặc Phó trưởng Trạm y tế xã, phường, nhà hộ sinh, phòng khám đa khoa khu vực (theo Giấy ủy quyền số: ngày ... tháng ... năm...)⁽⁵⁾

NỘI DUNG HỢP ĐỒNG

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

Đối với cơ sở khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế ban đầu ghi dự kiến số lượng thẻ và cơ cấu nhóm đối tượng tham gia bảo hiểm y tế (theo phân bổ của Sở Y tế hoặc số lượng thẻ của năm trước liền kề).

2. Phạm vi cung ứng dịch vụ:

Ghi rõ các nội dung thống nhất về việc Bên B thực hiện cung ứng dịch vụ khám bệnh, chữa bệnh theo phạm vi hoạt động chuyên môn được cơ quan có thẩm quyền phê duyệt thuộc phạm vi thanh toán của quỹ bảo hiểm y tế, bao gồm: danh mục dịch vụ kỹ thuật; danh mục thuốc, thiết bị y tế được sử dụng tại cơ sở và các nội dung khác nếu có.

3. Phương thức thanh toán:

Ghi cụ thể các nội dung thống nhất theo quy định của pháp luật về phương thức thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế.

Điều 2. Tạm ứng, thanh toán, quyết toán

Hai bên thống nhất các nội dung cụ thể để thực hiện việc tạm ứng, thanh toán, quyết toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh trên cơ sở các quy định tại Điều 32 của Luật Bảo hiểm y tế, Nghị định này và các văn bản liên quan theo quy định của pháp luật.

Điều 3. Quyền và trách nhiệm của bên A

1. Quyền của bên A:

- a) Thực hiện theo quy định tại Điều 40 của Luật Bảo hiểm y tế đã được sửa đổi bổ sung và các quy định tại Nghị định này;
- b) Yêu cầu bên B cung cấp tài liệu để phục vụ công tác giám định bảo hiểm y tế và kiểm tra thực hiện hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế theo quy định của pháp luật;
- c) Từ chối thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế không đúng quy định của pháp luật;
- d) Các quyền khác theo quy định của pháp luật về bảo hiểm y tế và khám bệnh, chữa bệnh và các nội dung cần thiết khác được thống nhất giữa hai bên (nếu có) phù hợp với quy định của pháp luật hiện hành.

2. Trách nhiệm của bên A:

- a) Thực hiện theo quy định tại Điều 41 của Luật Bảo hiểm y tế đã được sửa đổi bổ sung và các quy định tại Nghị định này;
- b) Thực hiện tạm ứng, thanh toán, quyết toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế hàng quý cho bên B theo quy định tại Điều 32 của Luật Bảo hiểm y tế, Nghị định này và các văn bản pháp luật có liên quan; 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 thực tế trong khám bệnh, chữa 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 hoặc trường hợp cơ quan bảo hiểm xã hội thực hiện điều chỉnh thông tin thẻ bảo hiểm y tế sau thời điểm cơ sở khám bệnh, chữa bệnh đã thực hiện tra cứu thông tin thẻ bảo hiểm y tế hoặc trong trường hợp người bệnh có thay đổi mức hưởng trong thời gian điều trị nội trú nhưng không cung cấp thông tin cho cơ sở khám bệnh, chữa bệnh được biết;
- 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;
- e) 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 đã xác thực và gửi đề nghị giám định trên cổng tiếp nhận dữ liệu của Bảo hiểm xã hội Việt Nam; bảo đảm chính xác, an toàn, bảo mật thông tin và quyền lợi của các bên liên quan;

g) 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 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;

h) Các quy định khác của pháp luật có liên quan đến việc thực hiện hợp đồng.

Điều 4. Quyền và trách nhiệm của bên B

1. Quyền của bên B:

a) Thực hiện theo quy định tại Điều 42 của Luật Bảo hiểm y tế đã được sửa đổi bổ sung và các quy định tại Nghị định này;

b) Các quyền khác theo quy định của pháp luật về bảo hiểm y tế và khám bệnh, chữa bệnh và các nội dung cần thiết khác được thống nhất giữa hai bên (nếu có) phù hợp với quy định của pháp luật hiện hành.

2. Trách nhiệm của bên B:

a) Thực hiện theo quy định tại Điều 43 của Luật Bảo hiểm y tế đã được sửa đổi bổ sung và các quy định tại Nghị định này;

b) Chỉ định sử dụng thuốc, hóa chất, thiết bị y tế, dịch vụ y tế bảo đảm an toàn, hiệu quả; phòng chống lãng phí, vi phạm pháp luật;

c) Cung cấp cho bên A các tài liệu để phục vụ công tác giám định bảo hiểm y tế và kiểm tra thực hiện hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế theo quy định của pháp luật;

d) 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 5. Thời hạn thực hiện hợp đồng

Hợp đồng này có hiệu lực ... năm kể từ ngày ký hợp đồng. (Từ ngày .../ ... / ... tới ngày ... / ... / ...)

Điều 6. Phương thức giải quyết 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. 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.

3. 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.

4. Trường hợp có thay đổi, tạm dừng, chấm dứt hợp đồng thì thực hiện theo quy định của Nghị định này.

Điều 7. 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 thực hiện hợp đồng, bên A phải thông báo cho bên B trước về thời gian, nội dung kiểm tra theo các quy định tại Nghị định này.

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 A

(Ký, ghi rõ họ và tên, đóng dấu)

ĐẠI DIỆN BÊN B

(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.

(3): Người có thẩm quyền ký hợp đồng theo quy định tại khoản 8 Điều 23 Nghị định này.

(2), (4), (5): Ghi trong trường hợp người đứng đầu cơ sở ủy quyền cho người khác ký hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế

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

BIÊN BẢN THANH LÝ HỢP ĐỒNG KHÁM BỆNH, CHỮA BỆNH
BẢO HIỂM Y TẾ
(Số:...../BBTL-...)⁽¹⁾

Căn cứ Bộ luật Dân sự ngày tháng năm;

Căn cứ Luật Bảo hiểm y tế ngày tháng năm;

Căn cứ Nghị định số .../20.../NĐ-CP ngày ... tháng ... quy định chi tiết và hướng dẫn thi hành một số điều của Luật Bảo hiểm y tế;

Căn cứ(ghi tên văn bản quy định chức năng nhiệm vụ, quyền hạn và cơ cấu tổ chức của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh)

Căn cứ(ghi tên văn bản quy định chức năng nhiệm vụ, quyền hạn và cơ cấu tổ chức của cơ quan bảo hiểm xã hội ký hợp đồng

Căn cứ Hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế số/HĐKCB-BHYT ký ngày tháng năm 20....;

Căn cứ khả năng và nhu cầu của hai bên;

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

Bên A (Tên cơ quan bảo hiểm xã hội ký hợp đồng):

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 (theo Giấy ủy quyền số: ngày ... tháng ... năm ...)⁽²⁾

Bên B: Tên cơ sở khám bệnh, chữa bệnh *hoặc* đơn vị 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: Ghi rõ chức vụ của người có thẩm quyền ký hợp đồng⁽³⁾/Người được uỷ quyền (theo Giấy uỷ quyền số: ngày ... tháng ... năm ...)⁽⁴⁾

Mã cơ sở khám bệnh, chữa bệnh:

Cấp chuyên môn kỹ thuật:

Điểm xếp cấp/Tạm xếp cấp (nếu có):

Số giấy phép hoạt động:

Phạm vi chuyên môn:

Tổng số giường bệnh của cơ sở theo giấy phép hoạt động khám bệnh, chữa bệnh (đối với cơ sở khám bệnh, chữa bệnh có điều trị nội trú):

Người chịu trách nhiệm chuyên môn kỹ thuật của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh:

Tên Trạm y tế xã, phường, đặc khu, nhà hộ sinh, phòng khám đa khoa khu vực (đối với trường hợp cấp có thẩm quyền phân công một đơn vị đại diện ký hợp đồng cho các cơ sở này):

Địa chỉ:

Địa chỉ thư điện tử: Điện thoại:

Đại diện là ông (bà):

Chức vụ: Trưởng hoặc Phó trưởng Trạm y tế xã, phường, nhà hộ sinh, phòng khám đa khoa khu vực (theo Giấy uỷ quyền số: ngày ... tháng ... năm...)⁽⁵⁾

Các bên cùng thống nhất thanh lý Hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế số/HĐKCB-BHYT ký ngày tháng năm 20... theo các điều khoản như sau:

Điều 1. Thỏa thuận thanh lý Hợp đồng

1. Lý do thanh lý Hợp đồng

Ghi rõ các nội dung thống nhất lý do thanh lý hợp đồng theo quy định tại khoản 1 Điều 33 Nghị định này

2. Căn cứ vào tình hình thực hiện Hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế số/HĐKCB-BHYT ký ngày tháng năm 20...

Các bên đồng ý ký kết vào Biên bản này để thanh lý Hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế số/HĐKCB-BHYT ký ngày tháng năm 20...

Điều 2. Xác nhận việc thực hiện hợp đồng

- Hai bên thống nhất các nội dung của hợp đồng đã thực hiện: ghi cụ thể các nội dung.

- Bên A đã thực hiện giám định, tạm ứng và thanh toán chi phí khám chữa bệnh bảo hiểm y tế theo đúng quy định.

- Các nội dung khác (nếu có).

Điều 3. Công nợ và nghĩa vụ thanh toán

- Tổng số tiền đề nghị thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế mà bên B đã thực hiện theo Hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế số/HĐKCB-BHYT ký ngày tháng năm 20... đến thời điểm hai bên thống nhất kết thúc hiệu lực của hợp đồng: VNĐ.
- Tổng số tiền thống nhất quyết toán: VNĐ.
- Tổng số tiền đã thanh toán cho bên B: ... VNĐ.
- Số tiền còn lại (nếu có): ... VNĐ, sẽ được thanh toán trước ngày ... (theo thỏa thuận).
- Số chi phí chưa thống nhất quyết toán :...VNĐ. Phương thức, thời hạn giải quyết :.....
- Các nội dung khác (nếu có).
- Sau khi hoàn tất nghĩa vụ tài chính, hai bên không còn công nợ liên quan đến hợp đồng này.

Điều 4. Chấm dứt hiệu lực hợp đồng

- Hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế số/HĐKCB-BHYT ký ngày tháng năm 20... chính thức hết hiệu lực từ ngày ...
- Hai bên cam kết không có khiếu nại, tranh chấp liên quan đến hợp đồng sau khi thanh lý.

Điều 5. Cam kết của các bên

- Hai bên cam kết đã thực hiện đầy đủ quyền và nghĩa vụ theo hợp đồng.
- Biên bản Thanh lý Hợp đồng này được lập thành 04 (bốn) bản có giá trị như nhau, mỗi bên giữ 02 (hai) bản.

ĐẠI DIỆN BÊN A

(Ký, ghi rõ họ và tên, đóng dấu)

ĐẠI DIỆN BÊN B

(Ký, ghi rõ họ và tên, đóng dấu)

Ghi chú:

- (1): Số biên bản thanh lý hợp đồng được đánh theo số thứ tự biên bản trong một năm, bắt đầu từ số 01 vào ngày đầu năm và kết thúc vào ngày 31 tháng 12 năm thực hiện thanh lý hợp đồng.
- (3): Người có thẩm quyền ký hợp đồng, thanh lý hợp đồng.
- (2), (4), (5): Ghi trong trường hợp người đứng đầu cơ sở ủy quyền cho người khác ký hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế.

TÊN CQ, TC CHỦ QUẢN
TÊN CƠ SỞ KHÁM BỆNH, CHỮA
BỆNH/TÊN CƠ QUAN BẢO HIỂM XÃ HỘI

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

¹, ngày ... tháng ... năm ...

Số: ... /...

V/v đề nghị ký hợp đồng/phụ lục hợp đồng
khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế

Kính gửi: Bảo hiểm xã hội.../Tên cơ sở khám bệnh, chữa bệnh *hoặc*
đơn vị đại diện ký hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh

Tên cơ sở đề nghị: Bảo hiểm xã hội.../Tên cơ sở khám bệnh, chữa bệnh *hoặc*
đơn vị đại diện ký hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh

Địa chỉ:²

Điện thoại:Fax:Email (nếu có):

Số Giấy phép hoạt động khám bệnh, chữa bệnh số:³ ... Ngày cấp: ... Nơi
cấp:

Số hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế đang thực hiện và số các
phụ lục hợp đồng của hợp đồng đã ký (nếu có):⁴

Trường hợp đề nghị: Ký hợp đồng/Ký Phụ lục hợp đồng⁵:

Hồ sơ gửi kèm theo đơn này gồm các giấy tờ sau đây:⁶

(1)

(2)

(3)

Địa chỉ tra cứu trực tuyến các giấy tờ trong hồ sơ:.....

Kính đề nghị Quý cơ quan xem xét và ký hợp đồng/ký phụ lục Hợp đồng của
hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế số/HĐKCB-BHYT ký
ngày tháng năm 20...

ĐẠI DIỆN CƠ SỞ

(Ký, ghi rõ họ, tên và đóng dấu)

¹ Địa danh.

² Địa chỉ cụ thể của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh ghi trên GPHĐ/Địa chỉ cơ quan bảo hiểm xã hội.

³ Nội dung này dành riêng trong trường hợp cơ sở khám bệnh, chữa bệnh là đơn vị đề nghị.

⁴ Nội dung này dành riêng trong trường hợp cơ sở khám bệnh, chữa bệnh đề nghị ký bổ sung phụ lục hợp đồng.

⁵ Ghi cụ thể trường hợp ký hợp đồng, ký phụ lục hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế theo quy định tại Điều 23 và Điều 24 Nghị định này.

⁶ Liệt kê đầy đủ các giấy tờ, tài liệu nộp kèm theo đơn.

TÊN CQ, TC CHỦ QUẢN
TÊN CƠ SỞ KHÁM BỆNH, CHỮA BỆNH

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

..., ngày ... tháng ... năm ...

**BẢNG KÊ DANH MỤC THIẾT BỊ PHẦN CỨNG, PHẦN MỀM BẢO ĐẢM VIỆC KẾT NỐI LIÊN THÔNG
ĐỂ TRÍCH CHUYỂN DỮ LIỆU ĐIỆN TỬ TRONG THANH TOÁN BẢO HIỂM Y TẾ**

I. THIẾT BỊ PHẦN CỨNG

TT	Tên thiết bị	Ký hiệu (MODEL)	Hãng sản xuất	Xuất xứ	Năm sản xuất	Thông tin cấu hình	Tình trạng sử dụng
1	Máy chủ (Server)						
2	Máy trạm (Workstation)						
3	Thiết bị lưu trữ						
4	Bộ lưu điện (Ups)						
5	Thiết bị mạng LAN						
6	Thiết bị mạng Internet						
7	Thiết bị khác						

II. PHẦN MỀM HỆ THỐNG THÔNG TIN BỆNH VIỆN (HIS)

TT	Nội dung	Thông tin
1	Tên phần mềm	
2	Thời điểm bắt đầu sử dụng	
3	Nhà cung cấp	
4	Nguồn gốc (Thuê/Mua/Tự phát triển)	
5	Tình trạng sử dụng	

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

3. Ký phụ lục hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế

3.1. Trình tự thực hiện:

a) Trường hợp ký phụ lục hợp đồng

- Bước 1: Cơ quan bảo hiểm xã hội hoặc cơ sở khám bệnh, chữa bệnh gửi hồ sơ đề nghị ký phụ lục hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế cho bên còn lại.

- Bước 2: Cơ sở khám bệnh, chữa bệnh và cơ quan bảo hiểm xã hội hoàn thành việc ký phụ lục hợp đồng.

b) Trường hợp thông báo theo quy định

- Bước 1: 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.

- Bước 2: Trường hợp cơ quan bảo hiểm xã hội có ý kiến về các nội dung thay đổi, phát sinh của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh, cơ quan bảo hiểm xã hội có trách nhiệm gửi văn bản phản hồi cho cơ sở khám bệnh, chữa bệnh nêu rõ nội dung, lý do trong văn bản phản hồi. Trường hợp quá thời hạn 05 ngày làm việc kể từ ngày nhận được văn bản thông báo mà cơ quan bảo hiểm xã hội không có ý kiến thì được coi là đồng ý.

- Bước 3: Trong thời hạn tối đa không quá 15 ngày kể từ ngày nhận được văn bản phản hồi có ý kiến của cơ quan bảo hiểm xã hội, cơ sở khám bệnh, chữa bệnh có trách nhiệm gửi văn bản trả lời các ý kiến của cơ quan bảo hiểm xã hội.

3.2. Cách thức thực hiện

- Hồ sơ được nộp 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.

3.3. Thành phần, số lượng hồ sơ:

3.3.1. Thành phần hồ sơ

a) Trường hợp ký phụ lục hợp đồng

- Văn bản đề nghị ký phụ lục hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh, cơ quan bảo hiểm xã hội theo Mẫu số 7 Phụ lục ban hành kèm theo Nghị định số 188/2025/NĐ-CP.

- Bản chụp văn bản chứng minh sự thay đổi đối với trường hợp ký phụ lục hợp đồng theo quy định tại khoản 2 Điều 24 của Nghị định số 188/2025/NĐ-CP có đóng dấu treo của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh hoặc cơ quan bảo hiểm xã hội để xác nhận.

b) Trường hợp thông báo theo quy định

- Văn bản thông báo có thông tin, tài liệu liên quan đến việc thay đổi.

3.3.2. Số lượng hồ sơ: 01 bộ

3.4. Thời hạn giải quyết:

a) Trường hợp ký phụ lục hợp đồng

- Trong thời hạn 05 ngày làm việc kể từ ngày nhận được hồ sơ, cơ sở khám bệnh, chữa bệnh và cơ quan bảo hiểm xã hội hoàn thành việc ký phụ lục hợp đồng.

b) Trường hợp thông báo theo quy định

- Không quá 05 ngày làm việc kể từ ngày nhận được văn bản thông báo của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh, cơ quan bảo hiểm xã hội có trách nhiệm gửi văn bản phản hồi cho cơ sở khám bệnh, chữa bệnh nêu rõ nội dung, lý do trong văn bản phản hồi. Trường hợp quá thời hạn 05 ngày làm việc kể từ ngày nhận được văn bản thông báo mà cơ quan bảo hiểm không có ý kiến thì được coi là đồng ý.

- Trong thời hạn tối đa không quá 15 ngày kể từ ngày nhận được văn bản phản hồi có ý kiến của cơ quan bảo hiểm xã hội, cơ sở khám bệnh, chữa bệnh có trách nhiệm gửi văn bản trả lời các ý kiến của cơ quan bảo hiểm xã hội.

3.5. Đối tượng thực hiện thủ tục hành chính:

Cơ quan bảo hiểm xã hội và cơ sở khám bệnh, chữa bệnh.

3.6. Cơ quan giải quyết thủ tục hành chính: Cơ quan bảo hiểm xã hội và cơ sở khám bệnh, chữa bệnh.

3.7. Kết quả thực hiện thủ tục hành chính:

a) Trường hợp ký phụ lục hợp đồng:

- Phụ lục hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế được ký kết.

b) Trường hợp thông báo theo quy định:

- Cơ quan bảo hiểm xã hội tiếp nhận văn bản thông báo của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh và lưu hồ sơ hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh của cơ sở đó.

3.8. Phí, lệ phí: (không có)

3.9. Tên mẫu đơn, mẫu tờ khai:

- Văn bản đề nghị ký phụ lục hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh, cơ quan bảo hiểm xã hội theo Mẫu số 7 Phụ lục ban hành kèm theo Nghị định số 188/2025/NĐ-CP.

3.10. Yêu cầu, điều kiện thực hiện thủ tục hành chính:

- Trường hợp ký phụ lục hợp đồng: Cơ sở khám bệnh, chữa bệnh đã ký hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế với cơ quan bảo hiểm xã hội có sự thay đổi về tên gọi, con dấu, tài khoản, chủ tài khoản của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh hoặc cơ quan bảo hiểm xã hội, thay đổi cấp chuyên môn kỹ thuật, thay đổi số

giường bệnh mà phải điều chỉnh giấy phép hoạt động, thay đổi phương thức thanh toán theo quy định tại khoản 2 Điều 24 của Nghị định số 188/2025/NĐ-CP.

- Trường hợp thông báo: các trường hợp khác có phát sinh, thay đổi các nội dung liên quan đến việc thực hiện hợp đồng mà không thuộc trường hợp ký phụ lục hợp đồng hoặc chấm dứt hợp đồng theo quy định tại khoản 2 Điều 24 và Điều 32 của Nghị định số 188/2025/NĐ-CP thì các bên không phải ký lại hợp đồng, phụ lục hợp đồng. Cơ sở khám bệnh, chữa bệnh và cơ quan bảo hiểm xã hội đã ký hợp đồng thực hiện thủ tục thông báo để làm căn cứ thực hiện.

3.11. Căn cứ pháp lý của thủ tục hành chính:

- Luật Bảo hiểm y tế số 25/2008/QH12 ngày 14/11/2008 của Quốc hội; Luật số 46/2014/QH13 ngày 13/2014 của Quốc hội sửa đổi, bổ sung một số điều của Luật Bảo hiểm y tế; Luật số 51/2024/QH15 ngày 27/11/2024 của Quốc hội sửa đổi, bổ sung một số điều của Luật Bảo hiểm y tế.

- 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.

TÊN CQ, TC CHỦ QUẢN
TÊN CƠ SỞ KHÁM BỆNH, CHỮA
BỆNH/TÊN CƠ QUAN BẢO HIỂM XÃ HỘI

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

_____, ngày ... tháng ... năm ...

Số: ... /...

V/v đề nghị ký hợp đồng/phụ lục hợp đồng
khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế

Kính gửi: Bảo hiểm xã hội.../Tên cơ sở khám bệnh, chữa bệnh *hoặc*
đơn vị đại diện ký hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh

Tên cơ sở đề nghị: Bảo hiểm xã hội.../Tên cơ sở khám bệnh, chữa bệnh *hoặc*
đơn vị đại diện ký hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh

Địa chỉ:⁸

Điện thoại:Fax:Email (nếu có):

Số Giấy phép hoạt động khám bệnh, chữa bệnh số:⁹ ... Ngày cấp: ... Nơi
cấp:

Số hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế đang thực hiện và số các
phụ lục hợp đồng của hợp đồng đã ký (nếu có):¹⁰

Trường hợp đề nghị: Ký hợp đồng/Ký Phụ lục hợp đồng¹¹:

Hồ sơ gửi kèm theo đơn này gồm các giấy tờ sau đây:¹²

(1)

(2)

(3)

.....

Địa chỉ tra cứu trực tuyến các giấy tờ trong hồ sơ:.....

Kính đề nghị Quý cơ quan xem xét và ký hợp đồng/ký phụ lục Hợp đồng của
hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế số/HĐKCB-BHYT ký
ngày tháng năm 20...

ĐẠI DIỆN CƠ SỞ

(Ký, ghi rõ họ, tên và đóng dấu)

⁷ Địa danh.

⁸ Địa chỉ cụ thể của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh ghi trên GPHĐ/Địa chỉ cơ quan bảo hiểm xã hội.

⁹ Nội dung này dành riêng trong trường hợp cơ sở khám bệnh, chữa bệnh là đơn vị đề nghị.

¹⁰ Nội dung này dành riêng trong trường hợp cơ sở khám bệnh, chữa bệnh đề nghị ký bổ sung phụ lục hợp đồng.

¹¹ Ghi cụ thể trường hợp ký hợp đồng, ký phụ lục hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế theo quy định tại Điều 23 và Điều 24 Nghị định này.

¹² Liệt kê đầy đủ các giấy tờ, tài liệu nộp kèm theo đơn.

4. Thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh giữa cơ quan bảo hiểm xã hội và cơ sở khám bệnh, chữa bệnh

4.1. Trình tự thực hiện:

a) Trình tự tạm ứng kinh phí của cơ quan bảo hiểm xã hội cho cơ sở khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế được thực hiện hàng quý như sau:

- Bước 1:

+ Trong thời hạn 05 ngày làm việc kể từ ngày nhận được báo cáo quyết toán quý trước của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh, cơ quan bảo hiểm xã hội tạm ứng một lần bằng 90% chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế theo báo cáo quyết toán quý trước của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh;

+ Đối với cơ sở khám bệnh, chữa bệnh lần đầu ký hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế, căn cứ chi phí khám bệnh, chữa bệnh của tháng trước khi ký hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế, cơ quan bảo hiểm xã hội tạm ứng 90% kinh phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế cho tháng đầu tiên thực hiện hợp đồng; sau một tháng thực hiện hợp đồng, cơ quan bảo hiểm xã hội dự kiến và tạm ứng 90% kinh phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế trong quý theo quy định tại điểm a khoản 1 Điều 32 của Luật Bảo hiểm y tế.

b) Trình tự thanh toán, quyết toán giữa cơ sở khám bệnh, chữa bệnh và cơ quan bảo hiểm xã hội được thực hiện như sau:

- Bước 1: Trong thời hạn 15 ngày đầu mỗi tháng, cơ sở khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế có trách nhiệm gửi bản tổng hợp đề nghị thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế của tháng trước cho cơ quan bảo hiểm xã hội; trong thời hạn 15 ngày đầu mỗi quý, cơ sở khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế có trách nhiệm gửi báo cáo quyết toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế của quý trước cho cơ quan bảo hiểm xã hội.

- Bước 2: Trong thời hạn 30 ngày kể từ ngày nhận được báo cáo quyết toán quý trước của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh, cơ quan bảo hiểm xã hội có trách nhiệm thông báo kết quả giám định và số quyết toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế, bao gồm chi phí khám bệnh, chữa bệnh thực tế trong phạm vi quyền lợi và mức hưởng bảo hiểm y tế với cơ sở khám bệnh, chữa bệnh. Đối với quý 4 trong năm, thời hạn thông báo kết quả giám định và số quyết toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế không quá 60 ngày, kể từ ngày cơ quan bảo hiểm xã hội nhận được báo cáo quyết toán quý 4 của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh.

- Bước 3: Trong thời hạn 10 ngày kể từ ngày thông báo số quyết toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế, cơ quan bảo hiểm xã hội phải hoàn thành việc thanh toán với cơ sở khám bệnh, chữa bệnh.

c) Trường hợp thanh toán chi phí thuốc, thiết bị y tế được điều chuyển giữa các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế

- Bước 1: Cơ sở khám bệnh, chữa bệnh có trách nhiệm thông báo về việc

điều chuyển thuốc, thiết bị y tế và các khoản chi phí mà người bệnh bảo hiểm y tế phải chi trả trong trường hợp người bệnh phải trả thêm chi phí ngoài chi phí cùng chi trả theo quy định;

- Bước 2: Cơ sở điều chuyển thuốc, thiết bị y tế và cơ sở nhận thuốc, thiết bị y tế có văn bản giao nhận;

- Bước 3: Quỹ bảo hiểm y tế thanh toán chi phí thuốc, thiết bị y tế trong phạm vi quyền lợi và mức hưởng của người tham gia bảo hiểm y tế theo quy định cho cơ sở khám bệnh, chữa bệnh nơi nhận theo giá thanh toán bảo hiểm y tế của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh nơi chuyển thuốc, thiết bị y tế. Các chi phí khác do người bệnh thanh toán cho cơ sở khám bệnh, chữa bệnh nơi điều trị;

- Bước 4: Cơ sở khám bệnh, chữa bệnh nhận thuốc, thiết bị y tế có trách nhiệm thanh toán chi phí thuốc, thiết bị y tế cho cơ sở khám bệnh, chữa bệnh nơi điều chuyển. Cơ sở khám bệnh, chữa bệnh nơi điều trị cho người bệnh tổng hợp phần chi phí thuốc, thiết bị y tế thuộc phạm vi thanh toán của quỹ bảo hiểm y tế vào chi phí khám bệnh, chữa bệnh của người bệnh để thanh toán với cơ quan bảo hiểm xã hội.

d) Trường hợp chuyển người bệnh hoặc mẫu bệnh phẩm đến cơ sở khác đủ điều kiện để thực hiện dịch vụ cận lâm sàng

- Bước 1: Cơ sở khám bệnh, chữa bệnh nơi chuyển người bệnh hoặc mẫu bệnh phẩm điền thông tin vào Mẫu số 9 Phụ lục ban hành kèm theo Nghị định số 188/2025/NĐ-CP để gửi kèm trong quá trình chuyển người bệnh hoặc mẫu bệnh phẩm đến cơ sở thực hiện dịch vụ cận lâm sàng.

- Bước 2:

+ Cơ sở khám bệnh, chữa bệnh nơi chuyển người bệnh hoặc mẫu bệnh phẩm gửi danh sách các dịch vụ cận lâm sàng đã thực hiện chuyển đến cơ sở thực hiện dịch vụ cận lâm sàng cho cơ quan bảo hiểm xã hội nơi ký hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế để làm căn cứ thanh toán. (Đối với dịch vụ cận lâm sàng được cơ quan nhà nước có thẩm quyền phê duyệt cho cơ sở khám bệnh, chữa bệnh theo quy định tại điểm a khoản 2 Điều 44 của Nghị định số 188/2025/NĐ-CP)

+ Cơ sở khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế nơi chuyển người bệnh hoặc mẫu bệnh phẩm gửi danh sách các dịch vụ cận lâm sàng cần chuyển và hợp đồng nguyên tắc đến cơ quan bảo hiểm xã hội nơi ký hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế trước khi thực hiện. (Đối với dịch vụ cận lâm sàng chưa được cơ quan nhà nước có thẩm quyền phê duyệt theo quy định tại điểm b khoản 2 Điều 44 của Nghị định số 188/2025/NĐ-CP)

- Bước 3: Cơ sở khám bệnh, chữa bệnh chuyển người bệnh hoặc mẫu bệnh phẩm có trách nhiệm thanh toán chi phí cho cơ sở khám bệnh, chữa bệnh hoặc đơn vị thực hiện dịch vụ, đồng thời tổng hợp chi phí dịch vụ cận lâm sàng vào chi phí khám bệnh, chữa bệnh của người bệnh để thanh toán với cơ quan bảo hiểm xã hội.

4.2. Cách thức thực hiện: Trực tuyến hoặc trực tiếp.

4.3. Thành phần, số lượng hồ sơ:

4.3.1. Thành phần hồ sơ

a) Việc tạm ứng kinh phí của cơ quan bảo hiểm xã hội cho cơ sở khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế gồm:

- Báo cáo Quyết toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế của Quý trước.

- Báo cáo chi phí khám bệnh, chữa bệnh của tháng trước (Đối với trường hợp lần đầu ký hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế).

b) Việc thanh toán, quyết toán giữa cơ sở khám bệnh, chữa bệnh và cơ quan bảo hiểm xã hội gồm:

- Bản tổng hợp đề nghị thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế của tháng trước.

- Báo cáo Quyết toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế của Quý trước.

c) Trường hợp thanh toán chi phí thuốc, thiết bị y tế được điều chuyển giữa các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế

- Văn bản giao nhận giữa cơ sở điều chuyển và cơ sở nhận thuốc, thiết bị y tế.

- Văn bản cung ứng thuốc từ nhà cung cấp, phụ lục hợp đồng, biên bản xác nhận nhà thầu không cung cấp thuốc (nếu có).

d) Trường hợp chuyển người bệnh hoặc mẫu bệnh phẩm đến cơ sở khác đủ điều kiện để thực hiện dịch vụ cận lâm sàng

- Phiếu chuyển dịch vụ cận lâm sàng theo Mẫu số 9 Phụ lục ban hành kèm theo Nghị định số 188/2025/NĐ-CP.

- Danh sách các dịch vụ cận lâm sàng đã thực hiện chuyển đến cơ sở thực hiện dịch vụ cận lâm sàng (Đối với trường hợp dịch vụ cận lâm sàng được cơ quan nhà nước có thẩm quyền phê duyệt theo quy định tại điểm a khoản 2 Điều 44 của Nghị định số 188/2025/NĐ-CP).

- Hợp đồng nguyên tắc giữa cơ sở nơi chuyển người bệnh hoặc mẫu bệnh phẩm với cơ sở thực hiện dịch vụ cận lâm sàng theo quy định tại điểm b khoản 2 Điều 44 của Nghị định số 188/2025/NĐ-CP).

4.3.2. Số lượng hồ sơ: 01 bộ.

4.4. Thời hạn giải quyết:

- Trong thời hạn 30 ngày kể từ ngày nhận được báo cáo quyết toán quý trước của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh, cơ quan bảo hiểm xã hội có trách nhiệm thông báo kết quả giám định và số quyết toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế.

- Trong thời hạn 10 ngày kể từ ngày thông báo số quyết toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế, cơ quan bảo hiểm xã hội phải hoàn thành việc thanh toán với cơ sở khám bệnh, chữa bệnh.

4.5. Đối tượng thực hiện thủ tục hành chính: Cơ sở khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế.

4.6. Cơ quan giải quyết thủ tục hành chính: Cơ quan bảo hiểm xã hội.

4.7. Kết quả thực hiện thủ tục hành chính: Cơ sở khám bệnh, chữa bệnh nhận được chi phí khám, chữa bệnh bảo hiểm y tế theo thông báo số quyết toán của cơ quan bảo hiểm xã hội.

4.8. Phí, lệ phí: (không có)

4.9. Tên mẫu đơn, mẫu tờ khai:

- Phiếu chuyển dịch vụ cận lâm sàng theo Mẫu số 9 Phụ lục ban hành kèm theo Nghị định số 188/2025/NĐ-CP.

4.10. Yêu cầu, điều kiện thực hiện thủ tục hành chính:

a) Việc tạm ứng kinh phí của cơ quan bảo hiểm xã hội cho cơ sở khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế được thực hiện hằng quý như sau:

- Trường hợp kinh phí tạm ứng cho các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế trên địa bàn tỉnh vượt quá số kinh phí được sử dụng trong quý, cơ quan bảo hiểm xã hội tỉnh, thành phố trực thuộc trung ương báo cáo với Bảo hiểm xã hội Việt Nam để bổ sung kinh phí.

b) Việc thanh toán, quyết toán giữa cơ sở khám bệnh, chữa bệnh và cơ quan bảo hiểm xã hội được thực hiện như sau:

- Cơ quan bảo hiểm xã hội thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế với cơ sở khám bệnh, chữa bệnh theo hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế.

- Việc thẩm định quyết toán năm đối với quỹ bảo hiểm y tế phải được thực hiện trước ngày 01 tháng 10 năm sau.

c) Trường hợp thanh toán chi phí thuốc, thiết bị y tế được điều chuyển giữa các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế

- Việc xác định cơ sở khám bệnh, chữa bệnh không có sẵn thuốc, thiết bị y tế tại thời điểm kê đơn, chỉ định và không thể thay thế bằng thuốc, thiết bị y tế khác được quy định như sau:

+ Cơ sở khám bệnh, chữa bệnh không có thuốc thương mại nào chứa hoạt chất mà người bệnh được chỉ định hoặc có thuốc cùng hoạt chất nhưng khác nồng độ hoặc hàm lượng hoặc dạng bào chế hoặc đường dùng mà không thể thay thế để chỉ định cho người bệnh.

+ Cơ sở khám bệnh, chữa bệnh không có thiết bị y tế mà người bệnh được chỉ định sử dụng và không có thiết bị y tế để thay thế, trừ thiết bị y tế chẩn đoán

in vitro, thiết bị y tế đặc thù cá nhân, thiết bị y tế thuộc danh mục thiết bị y tế do Bộ trưởng Bộ Y tế ban hành được mua, bán như các hàng hóa thông thường theo quy định tại Nghị định số 98/2021/NĐ-CP ngày 08 tháng 11 năm 2021 của Chính phủ về quản lý trang thiết bị y tế được sửa đổi, bổ sung bởi Nghị định số 07/2023/NĐ-CP ngày 03 tháng 3 năm 2023 và Nghị định số 04/2025/NĐ-CP ngày 01 tháng 01 năm 2025 của Chính phủ.

- Tại thời điểm người bệnh được kê đơn, chỉ định, cơ sở khám bệnh, chữa bệnh không có sẵn thuốc, thiết bị y tế do một trong các nguyên nhân sau đây:

+ Trong giai đoạn dịch bệnh nhóm A đối với cơ sở khám bệnh, chữa bệnh bị phong tỏa, cách ly y tế hoặc nằm trong vùng thực hiện việc giãn cách xã hội hoặc thực hiện nhiệm vụ phòng, chống dịch bệnh, không tiếp nhận được người bệnh.

+ Cơ sở khám bệnh, chữa bệnh đang trong quá trình lựa chọn nhà thầu theo kế hoạch lựa chọn nhà thầu đã được duyệt theo một trong các hình thức: đấu thầu rộng rãi hoặc đấu thầu hạn chế hoặc chào hàng cạnh tranh hoặc mua sắm trực tiếp hoặc lựa chọn nhà thầu trong trường hợp đặc biệt nhưng chưa lựa chọn được nhà thầu hoặc chào giá trực tuyến hoặc mua sắm trực tuyến và đã thực hiện chỉ định thầu rút gọn theo quy định của pháp luật về đấu thầu nhưng không lựa chọn được nhà thầu.

+ Cơ sở khám bệnh, chữa bệnh đã ký hợp đồng với nhà thầu cung ứng thuốc, thiết bị y tế đó nhưng tại thời điểm chỉ định thuốc, thiết bị y tế cho người bệnh có bằng chứng bằng văn bản xác nhận nhà thầu không cung ứng được thuốc (văn bản cung ứng thuốc từ nhà cung cấp, phụ lục hợp đồng, biên bản xác nhận nhà thầu không cung cấp thuốc).

- Cơ quan bảo hiểm xã hội có trách nhiệm công bố số lượng thuốc, thiết bị y tế chưa sử dụng hết theo kết quả trúng thầu của các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế trên Công tiếp nhận dữ liệu của Bảo hiểm xã hội Việt Nam để cơ sở khám bệnh, chữa bệnh tham khảo đề nghị điều chuyển thuốc, thiết bị y tế.

- Trường hợp người bệnh bảo hiểm y tế không đồng ý thanh toán các chi phí ngoài phạm vi được hưởng và mức hưởng của người tham gia bảo hiểm y tế khi điều chuyển thuốc, thiết bị y tế thì cơ sở khám bệnh, chữa bệnh chuyển người bệnh tới cơ sở khám bệnh, chữa bệnh khác bảo đảm cung ứng thuốc, thiết bị y tế để điều trị cho người bệnh.

d) Trường hợp chuyển người bệnh hoặc mẫu bệnh phẩm đến cơ sở khác đủ điều kiện để thực hiện dịch vụ cận lâm sàng

- Dịch vụ cận lâm sàng chưa được cơ quan nhà nước có thẩm quyền phê duyệt cho cơ sở khám bệnh, chữa bệnh nhưng thực tế cần thiết cho các hoạt động chuyên môn và có trong danh mục được Bộ trưởng Bộ Y tế ban hành. Người đứng đầu cơ sở khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế nơi chuyển người bệnh hoặc mẫu bệnh phẩm căn cứ chức năng, nhiệm vụ, phạm vi hoạt động chuyên môn được cấp có thẩm quyền phê duyệt để lập danh sách các dịch vụ cận lâm sàng cần chuyển và ký hợp đồng nguyên tắc với cơ sở thực hiện dịch vụ cận lâm sàng. Trong hợp

đồng nguyên tắc có nội dung thống nhất việc cơ quan bảo hiểm xã hội nơi ký hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế với cơ sở khám bệnh, chữa bệnh nơi chuyển đi giám định về dịch vụ cận lâm sàng đã tiếp nhận và thực hiện tại cơ sở thực hiện dịch vụ cận lâm sàng. Cơ sở khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế nơi chuyển người bệnh hoặc mẫu bệnh phẩm gửi danh sách các dịch vụ cận lâm sàng cần chuyên và hợp đồng nguyên tắc đến cơ quan bảo hiểm xã hội nơi ký hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế trước khi thực hiện.

- Cơ sở tiếp nhận thực hiện dịch vụ cận lâm sàng không được thu thêm chi phí về khám bệnh của người bệnh. Trường hợp người bệnh phải trả thêm chi phí thực hiện dịch vụ cận lâm sàng ngoài chi phí cùng chi trả theo quy định, cơ sở khám bệnh, chữa bệnh nơi chuyển người bệnh hoặc mẫu bệnh phẩm cần thông báo và có sự đồng ý của người bệnh trước khi chuyển người bệnh hoặc mẫu bệnh phẩm.

đ) Thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh đối với một số trường hợp

- Đối với trẻ em dưới 6 tuổi: Cơ sở khám bệnh, chữa bệnh sử dụng chức năng tra cứu thông tin mã thẻ bảo hiểm y tế tạm thời trên Cổng tiếp nhận dữ liệu của Bảo hiểm xã hội Việt Nam để lấy thông tin mã thẻ bảo hiểm y tế tạm thời; Trường hợp người bệnh chưa được cấp mã thẻ tạm thì cơ sở khám bệnh, chữa bệnh nhập đầy đủ thông tin trên Cổng tiếp nhận dữ liệu của Bảo hiểm xã hội Việt Nam để Cổng cấp tự động mã thẻ tạm.

- Cơ quan bảo hiểm xã hội có trách nhiệm kiểm tra thông tin mã thẻ bảo hiểm y tế tạm thời; thực hiện thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh theo quy định.

- Trường hợp chuyển cơ sở khám bệnh, chữa bệnh đối với người bệnh cần phải có nhân viên y tế đi kèm và có sử dụng thuốc, thiết bị y tế theo yêu cầu chuyên môn trong quá trình vận chuyển thì chi phí thuốc, thiết bị y tế được tổng hợp vào chi phí điều trị của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh chỉ định chuyển người bệnh đi.

- Trường hợp người bệnh sau khi đã điều trị nội trú ổn định nhưng cần phải tiếp tục sử dụng thuốc sau khi ra viện theo chỉ định của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh, quỹ bảo hiểm y tế thanh toán chi phí thuốc trong phạm vi được hưởng và mức hưởng theo quy định của Bộ trưởng Bộ Y tế. Cơ sở khám bệnh, chữa bệnh tổng hợp khoản chi thuốc này vào chi phí khám bệnh, chữa bệnh của người bệnh trước khi ra viện.

- Trường hợp khi đến khám bệnh, chữa bệnh thẻ bảo hiểm y tế của người bệnh còn giá trị sử dụng nhưng khi đang điều trị nội trú hoặc đang điều trị ban ngày hoặc đang điều trị ngoại trú tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh mà thẻ bảo hiểm y tế hết hạn sử dụng thì được quỹ bảo hiểm y tế thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh trong phạm vi được hưởng và mức hưởng cho đến khi ra viện tối đa 15 ngày kể từ ngày thẻ bảo hiểm y tế hết hạn sử dụng. Khi ra viện, kết thúc lượt khám bệnh, chữa bệnh, người bệnh có trách nhiệm đóng bảo hiểm y tế nối tiếp với thời hạn của thẻ bảo hiểm y tế đã hết hạn.

- Các khoản chi phí khám bệnh, chữa bệnh đối với trường hợp người tham gia bảo hiểm y tế đến khám bệnh, chữa bệnh trước ngày 01 tháng 01 và kết thúc lượt khám bệnh, chữa bệnh, ra viện kể từ ngày 01 tháng 01 năm sau thì thực hiện như sau:

+ Trường hợp cơ sở khám bệnh, chữa bệnh tiếp tục ký hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế thì tính vào chi phí khám bệnh, chữa bệnh năm sau;

+ Trường hợp cơ sở khám bệnh, chữa bệnh không tiếp tục ký hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế thì tính vào chi phí khám bệnh, chữa bệnh năm trước.

- Trường hợp người bệnh có thẻ bảo hiểm y tế khi đi khám bệnh, chữa bệnh mà xuất trình thông tin thẻ muộn thì được quỹ bảo hiểm y tế thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh trong phạm vi quyền lợi và mức hưởng kể từ thời điểm xuất trình thông tin thẻ bảo hiểm y tế. Chi phí khám bệnh, chữa bệnh trong thời gian người bệnh chưa xuất trình thông tin thẻ bảo hiểm y tế được quỹ bảo hiểm y tế thanh toán trực tiếp theo thủ tục quy định.

4.11. Căn cứ pháp lý của thủ tục hành chính:

- Luật Bảo hiểm y tế số 25/2008/QH12 ngày 14/11/2008 của Quốc hội; Luật số 46/2014/QH13 ngày 13/2014 của Quốc hội sửa đổi, bổ sung một số điều của Luật Bảo hiểm y tế; Luật số 51/2024/QH15 ngày 27/11/2024 của Quốc hội sửa đổi, bổ sung một số điều của Luật Bảo hiểm y tế.

- 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.

Mẫu số 9

CƠ QUAN CHỦ QUẢN
(BYT/SYT..)
TÊN CƠ SỞ KHÁM BỆNH,
CHỮA BỆNH
Mã đơn vị⁽¹⁾

Số:/20.../PCDVCLS

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

Mã người bệnh⁽²⁾
Vào số chuyển
DVCLS: ...

PHIẾU CHUYỂN DỊCH VỤ CẬN LÂM SÀNG

Kính gửi:

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

 Người bệnh: Mẫu bệnh phẩm:.....(Ghi cụ thể tên mẫu bệnh phẩm)

Lý do chuyển:

 Hỏng máy/thiết bị y tế Thiếu hóa chất, vật tư xét nghiệm Thiếu người thực hiện DVCLS Nguyên nhân khác: Ghi rõ nguyên nhân

Thông tin của người bệnh cụ thể như sau:

- 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:

- Nơi ĐK khám bệnh, chữa bệnh ban đầu:

- Ngày khám bệnh/Ngày vào viện:

- Mã loại hình khám bệnh, chữa bệnh:

- Khoa điều trị:

- Chẩn đoán xác định (cần ghi chẩn đoán)
- Bệnh kèm theo (nếu có):
- Dịch vụ cận lâm sàng được chuyển:

STT	Mã DV	TÊN DỊCH VỤ CẬN LÂM SÀNG	Hình thức đưa mẫu	
			Người bệnh đến lấy mẫu	Mẫu bệnh phẩm đã lấy từ cơ sở
1				
2				
3				

BÁC SỸ YÊU CẦU
(Ký và ghi rõ họ tên)

..., ngày ... tháng ... năm ...
DUYỆT CHUYỂN DỊCH VỤ
(Ký và ghi rõ họ tên)

Ghi chú:

- (1) Theo đúng mã đơn vị trên Hệ thống giám định bảo hiểm y tế;
- (2) Là mã người bệnh tại cơ sở khám chữa bệnh chỉ định dịch vụ cận lâm sàng.

5. Thủ tục thanh toán trực tiếp chi phí khám bệnh, chữa bệnh giữa cơ quan bảo hiểm xã hội và người tham gia bảo hiểm y tế

5.1. Trình tự thực hiện:

a) Trường hợp người tham gia bảo hiểm y tế đề nghị cơ quan bảo hiểm xã hội thanh toán trực tiếp chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế.

Bước 1: Người bệnh hoặc thân nhân của người bệnh kê khai đầy đủ thông tin theo văn bản đề nghị thanh toán trực tiếp, đồng thời nộp hồ sơ theo quy định tại các khoản 2, 3 và 4 Điều 55 của Nghị định số 188/2025/NĐ-CP cho cơ quan bảo hiểm xã hội nơi ký hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế với cơ sở khám bệnh, chữa bệnh nơi bệnh nhân điều trị.

Bước 2: Công dịch vụ công quốc gia hoặc ứng dụng của cơ quan bảo hiểm xã hội hoặc cán bộ tiếp nhận hồ sơ trả Giấy tiếp nhận hồ sơ và hẹn trả kết quả thanh toán trực tiếp cho người bệnh hoặc thân nhân của người bệnh.

Bước 3:

- Trường hợp không có yêu cầu sửa đổi, bổ sung hồ sơ, trong thời hạn 25 ngày, kể từ ngày nhận đủ hồ sơ hợp lệ (trường hợp nộp hồ sơ bản giấy căn cứ theo ngày ghi trên dấu công văn đến hoặc giấy tiếp nhận hồ sơ), cơ quan bảo hiểm xã hội phải hoàn thành việc giám định bảo hiểm y tế và thanh toán chi phí cho người bệnh.

- Trường hợp có yêu cầu sửa đổi, bổ sung hồ sơ được thực hiện như sau:

+ Trong thời hạn 05 ngày làm việc, kể từ ngày nhận hồ sơ (trường hợp nộp hồ sơ bản giấy căn cứ theo ngày ghi trên dấu công văn đến hoặc giấy tiếp nhận hồ sơ), cơ quan bảo hiểm xã hội phải có văn bản ghi cụ thể nội dung cần sửa đổi, bổ sung gửi người bệnh hoặc thân nhân của người bệnh.

+ Trong thời hạn 20 ngày kể từ ngày nhận được văn bản yêu cầu sửa đổi, bổ sung (trường hợp nộp hồ sơ bản giấy căn cứ theo ngày ghi trên dấu công văn đến hoặc giấy tiếp nhận hồ sơ), người bệnh hoặc thân nhân của người bệnh có trách nhiệm sửa đổi, bổ sung hồ sơ và gửi cơ quan bảo hiểm xã hội để xem xét.

+ Trong thời hạn 20 ngày, kể từ ngày nhận hồ sơ sửa đổi, bổ sung đáp ứng đủ điều kiện theo quy định (trường hợp nộp hồ sơ bản giấy căn cứ theo ngày ghi trên dấu công văn đến hoặc giấy tiếp nhận hồ sơ), cơ quan bảo hiểm xã hội phải thực hiện thanh toán chi phí cho người bệnh. Chi phí thanh toán trực tiếp bằng tiền mặt hoặc chuyển khoản theo số tài khoản của người bệnh được cung cấp tại văn bản đề nghị thanh toán trực tiếp.

b) Trường hợp cơ quan, tổ chức, người sử dụng lao động chậm đóng, trốn đóng bảo hiểm y tế hoàn trả chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế cho người lao động:

+ Bước 1: Người lao động hoặc thân nhân hoặc người đại diện hợp pháp theo quy định của pháp luật của người lao động trực tiếp nộp hồ sơ theo thành phần quy định tại các khoản 2, 3 và 4 Điều 55 của Nghị định số 188/2025/NĐ-CP

và bảng kê chi phí xác định số tiền người bệnh đã thanh toán cho cơ sở khám bệnh, chữa bệnh kèm theo hoá đơn hợp pháp do cơ sở khám bệnh, chữa bệnh cung cấp cho cơ quan, tổ chức, người sử dụng lao động chậm đóng, trốn đóng bảo hiểm y tế.

+ Bước 2: Trong thời hạn 40 ngày kể từ ngày nhận đủ hồ sơ đề nghị thanh toán, cơ quan, tổ chức, người sử dụng lao động có trách nhiệm phải thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh cho người lao động hoặc thân nhân hoặc người đại diện hợp pháp theo quy định của pháp luật của người lao động.

5.2. Cách thức thực hiện: Trực tuyến hoặc trực tiếp.

5.3. Thành phần, hồ sơ:

5.3.1. Thành phần hồ sơ:

- Văn bản đề nghị thanh toán trực tiếp theo Mẫu số 10 Phụ lục ban hành kèm theo Nghị định số 188/2025/NĐ-CP.

- Bản chụp của 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.

- Bản chụp của thẻ BHYT có mức hưởng cũ và thẻ BHYT có mức hưởng mới cao hơn (đối với trường hợp đề nghị thanh toán trực tiếp do thay đổi mức hưởng của thẻ bảo hiểm y tế theo quy định tại khoản 5 Điều 54 của Nghị định số 188/2025/NĐ-CP ngày 01 tháng 7 năm 2025 của Chính phủ).

- Bản chụp (có dấu treo của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh) của giấy ra viện hoặc phiếu khám bệnh hoặc sổ khám bệnh của lần khám bệnh, chữa bệnh đề nghị thanh toán.

- Bản chụp của đơn thuốc (nếu có).

- Hóa đơn và bảng kê chi phí.

- Phiếu chỉ định thiết bị y tế cho người bệnh trong trường hợp chỉ định thiết bị y tế (đối với trường hợp đề nghị thanh toán trực tiếp khi người bệnh tự mua thuốc, thiết bị y tế).

- Phiếu xác nhận tình trạng thiếu thuốc, thiết bị y tế theo quy định tại Mẫu số 11 Phụ lục ban hành kèm theo Nghị định số 188/2025/NĐ-CP của Chính phủ (cơ sở khám bệnh, chữa bệnh cấp cho người bệnh đối với trường hợp đề nghị thanh toán trực tiếp khi người bệnh tự mua thuốc, thiết bị y tế).

- Bảng kê chi phí xác định số tiền người bệnh đã thanh toán cho cơ sở khám bệnh, chữa bệnh kèm theo hoá đơn hợp pháp (do cơ sở khám bệnh, chữa bệnh cung cấp đối với đề nghị thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế cho người lao động trong trường hợp cơ quan, tổ chức, người sử dụng lao động chậm đóng, trốn đóng bảo hiểm y tế).

5.3.2. Số lượng hồ sơ: 01 bộ.

5.4. Thời hạn giải quyết:

5.4.1. Trường hợp không có yêu cầu sửa đổi, bổ sung hồ sơ: 25 ngày kể từ ngày nhận đủ hồ sơ hợp lệ.

5.4.2. Trường hợp yêu cầu sửa đổi, bổ sung hồ sơ:

- Trong thời hạn 05 ngày làm việc, kể từ ngày nhận hồ sơ (trường hợp nộp hồ sơ bản giấy căn cứ theo ngày ghi trên dấu công văn đến hoặc giấy tiếp nhận hồ sơ), cơ quan bảo hiểm xã hội phải có văn bản ghi cụ thể nội dung cần sửa đổi, bổ sung gửi người bệnh hoặc thân nhân của người bệnh.

- Trong thời hạn 20 ngày kể từ ngày nhận được văn bản yêu cầu sửa đổi, bổ sung (trường hợp nộp hồ sơ bản giấy căn cứ theo ngày ghi trên dấu công văn đến hoặc giấy tiếp nhận hồ sơ), người bệnh hoặc thân nhân của người bệnh có trách nhiệm sửa đổi, bổ sung hồ sơ và gửi cơ quan bảo hiểm xã hội để xem xét.

- Trong thời hạn 20 ngày, kể từ ngày nhận hồ sơ sửa đổi, bổ sung đáp ứng đủ điều kiện theo quy định (trường hợp nộp hồ sơ bản giấy căn cứ theo ngày ghi trên dấu công văn đến hoặc giấy tiếp nhận hồ sơ), cơ quan bảo hiểm xã hội phải thực hiện thanh toán chi phí cho người bệnh.

5.4.3. Trường hợp thanh toán cơ quan, tổ chức, người sử dụng lao động chậm đóng, trốn đóng bảo hiểm y tế hoàn trả chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế cho người lao động: Trong thời hạn 40 ngày kể từ ngày nhận đủ hồ sơ đề nghị thanh toán.

5.5. Đối tượng thực hiện thủ tục hành chính: Người bệnh hoặc thân nhân của người bệnh.

5.6. Cơ quan giải quyết thủ tục hành chính: Cơ quan bảo hiểm xã hội; cơ quan, tổ chức, người sử dụng lao động chậm đóng, trốn đóng bảo hiểm y tế

5.7. Kết quả thực hiện thủ tục hành chính:

Người bệnh hoặc thân nhân của người bệnh nhận được chi phí thanh toán trực tiếp bằng tiền mặt hoặc chuyển khoản theo số tài khoản của người bệnh được cung cấp tại văn bản đề nghị thanh toán trực tiếp.

5.8. Phí, lệ phí: (không có)

5.9. Tên mẫu đơn, mẫu tờ khai:

- Giấy đề nghị thanh toán trực tiếp theo Mẫu số 10 ban hành kèm theo Nghị định số 188/2025/NĐ-CP của Chính phủ.

- Phiếu xác nhận tình trạng thiếu thuốc, thiết bị y tế theo Mẫu số 11 ban hành kèm theo Nghị định số 188/2025/NĐ-CP của Chính phủ.

5.10. Yêu cầu, điều kiện thực hiện thủ tục hành chính:

- Cơ quan bảo hiểm xã hội thanh toán chi phí trực tiếp cho người tham gia bảo hiểm y tế theo phạm vi hưởng và mức hưởng theo quy định của pháp luật về bảo hiểm y tế trong các trường hợp theo quy định tại khoản 2 Điều 31 của Luật Bảo hiểm y tế và Điều 54 của Nghị định số 188/2025/NĐ-CP, cụ thể như sau:

+ Người tham gia bảo hiểm y tế khám bệnh, chữa bệnh tại cơ sở khám bệnh,

chữa bệnh không có hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế.

+ Người tham gia bảo hiểm y tế khám bệnh, chữa bệnh không đúng quy định tại Điều 28 của Luật Bảo hiểm y tế.

+ Người bệnh trong tình trạng cấp cứu, mất ý thức hoặc tử vong nhưng chưa xuất trình được thẻ bảo hiểm y tế trước khi ra viện.

+ Người tham gia bảo hiểm y tế thuộc thẩm quyền quản lý của Bộ Quốc phòng, Bộ Công an bị mất thẻ bảo hiểm y tế nhưng chưa được cấp lại hoặc thông tin thẻ bảo hiểm y tế của người bệnh bị lỗi, sai lệch mà chưa được cơ quan bảo hiểm xã hội đính chính, sửa lại tại thời điểm kết thúc lượt khám bệnh, chữa bệnh, ra viện.

+ Người tham gia bảo hiểm y tế thuộc đối tượng do ngân sách nhà nước đóng bảo hiểm y tế nhưng chưa được cấp thẻ bảo hiểm y tế, trừ các trường hợp quy định tại khoản 1 Điều 50 của Nghị định số 188/2025/NĐ-CP. Người bệnh được thanh toán toàn bộ phần chi phí khám bệnh, chữa bệnh trong phạm vi được hưởng và mức hưởng kể từ ngày được xác định thuộc đối tượng do ngân sách nhà nước đóng nhưng chưa được thanh toán do chưa được cấp thẻ bảo hiểm y tế.

+ Người bệnh vào cấp cứu tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh không có hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế. Người bệnh được thanh toán toàn bộ phần chi phí khám bệnh, chữa bệnh trong phạm vi được hưởng và mức hưởng chưa được thanh toán theo quy định của pháp luật về bảo hiểm y tế.

+ Trường hợp khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế đối với người đã thay đổi thuộc nhóm đối tượng có mức hưởng bảo hiểm y tế cao hơn nhưng chưa được cấp thẻ bảo hiểm y tế mới, cơ quan bảo hiểm xã hội thanh toán chi phí chênh lệch giữa hai mức hưởng trực tiếp cho người tham gia bảo hiểm y tế.

+ Trường hợp người bệnh tự mua thuốc, thiết bị y tế theo quy định tại các Điều 58 và 59 của Nghị định số 188/2025/NĐ-CP. Đối với đối tượng theo quy định tại các điểm a, b, c và đ khoản 3 Điều 12 của Luật Bảo hiểm y tế, việc thanh toán chi phí thuốc, thiết bị y tế thực hiện theo quy định tại Nghị định số 70/2015/NĐ-CP ngày 01 tháng 9 năm 2015 quy định chi tiết và hướng dẫn thi hành một số điều của Luật Bảo hiểm y tế đối với quân đội nhân dân, công an nhân dân và người làm công tác cơ yếu được sửa đổi, bổ sung bởi Nghị định số 74/2025/NĐ-CP ngày 31 tháng 3 năm 2025 của Chính phủ.

+ Trường hợp người tham gia bảo hiểm y tế khám bệnh, chữa bệnh trong thời gian thẻ bị thu hồi, tạm giữ hoặc tạm khóa quy định mà không do lỗi của người tham gia bảo hiểm y tế, người bệnh được thanh toán toàn bộ phần chi phí khám bệnh, chữa bệnh trong phạm vi được hưởng và mức hưởng theo đúng đối tượng.

- Thuốc, thiết bị y tế thuộc trường hợp được thanh toán trực tiếp cho người bệnh khi người bệnh tự mua:

+ Thuốc thuộc Danh mục thuốc hiếm theo quy định.

+ Thiết bị y tế loại C hoặc D, trừ thiết bị y tế chẩn đoán in vitro, thiết bị y

tế đặc thù cá nhân, thiết bị y tế thuộc danh mục thiết bị y tế do Bộ trưởng Bộ Y tế ban hành được mua, bán như các hàng hóa thông thường theo quy định tại Nghị định số 98/2021/NĐ-CP ngày 08 tháng 11 năm 2021 của Chính phủ về quản lý trang thiết bị y tế và Nghị định số 07/2023/NĐ-CP ngày 03 tháng 3 năm 2023 của Chính phủ sửa đổi, bổ sung một số điều của Nghị định số 98/2021/NĐ-CP ngày 08 tháng 11 năm 2021 của Chính phủ về quản lý thiết bị y tế.

- Điều kiện thanh toán chi phí trực tiếp cho người bệnh trong trường hợp người bệnh tự mua thuốc, thiết bị y tế theo quy định tại Điều 59 của Nghị định số 188/2025/NĐ-CP. Tại thời điểm kê đơn, chỉ định thuốc, chỉ định sử dụng thiết bị y tế phải đáp ứng toàn bộ điều kiện theo quy định sau đây:

(1) Tại thời điểm người bệnh được kê đơn, chỉ định, cơ sở khám bệnh, chữa bệnh không có sẵn thuốc, thiết bị y tế theo quy định tại điểm b khoản 2 Điều 43 của Nghị định số 188/2025/NĐ-CP và thuộc trường hợp quy định sau đây:

+ Đối với thuốc: không có thuốc thương mại nào chứa hoạt chất mà người bệnh được kê đơn hoặc cùng hoạt chất nhưng khác nồng độ hoặc hàm lượng hoặc dạng bào chế hoặc đường dùng và không thể thay thế để kê đơn cho người bệnh.

+ Đối với thiết bị y tế: không có thiết bị y tế mà người bệnh được chỉ định sử dụng và không có thiết bị y tế để thay thế.

(2) Không thể chuyển người bệnh đến cơ sở khám bệnh, chữa bệnh khác thuộc một trong các trường hợp sau đây:

+ Tình trạng sức khỏe, bệnh lý người bệnh được xác định không đủ điều kiện để chuyển.

+ Cơ sở khám bệnh, chữa bệnh nơi người bệnh đang khám và điều trị đang trong thời gian cách ly y tế theo quy định của pháp luật phòng, chống bệnh truyền nhiễm.

+ Cơ sở khám bệnh, chữa bệnh nơi người bệnh đang khám và điều trị là cơ sở khám bệnh, chữa bệnh cấp chuyên sâu hoặc cấp chuyên môn kỹ thuật cao nhất trên địa bàn tỉnh, thành phố trực thuộc trung ương.

(3) Không thể điều chuyển thuốc, thiết bị y tế giữa các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh.

(4) Thuốc, thiết bị y tế được kê đơn, chỉ định sử dụng phải phù hợp với phạm vi chuyên môn của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh và đã được thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế tại một trong các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh trên toàn quốc.

(5) Thuốc, thiết bị y tế được kê đơn, chỉ định sử dụng phải thuộc phạm vi quyền lợi của người tham gia bảo hiểm y tế.

(6) Cơ sở khám bệnh, chữa bệnh có trách nhiệm cung cấp phiếu xác nhận tình trạng thiếu thuốc, thiết bị y tế theo quy định cho người bệnh để làm cơ sở thanh toán.

5.11. Căn cứ pháp lý của thủ tục hành chính:

- Luật Bảo hiểm y tế số 25/2008/QH12 ngày 14/11/2008 của Quốc hội;

Luật số 46/2014/QH13 ngày 13/2014 của Quốc hội sửa đổi, bổ sung một số điều của Luật Bảo hiểm y tế; Luật số 51/2024/QH15 ngày 27/11/2024 của Quốc hội sửa đổi, bổ sung một số điều của Luật Bảo hiểm y tế.

- 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.

minhtr.bh_To Nguyen Minh_11/07/2025

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 gồm:

1 2.....

3 4.....

5 6.....

NGƯỜI TIẾP NHẬN HỒ SƠ
(Ký, họ tên)

....., ngày tháng năm
NGƯỜI ĐỀ NGHỊ
(Ký, họ tên)

TÊN CQ, TC CHỦ QUẢN
TÊN CƠ SỞ KHÁM BỆNH, CHỮA BỆNH

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

PHIẾU XÁC NHẬN TÌNH TRẠNG THIẾU THUỐC, THIẾT BỊ Y TẾ
(Cấp cho bệnh nhân để thực hiện thanh toán trực tiếp)

Họ tên người bệnh:

Tuổi: Nam/Nữ:

Địa chỉ:

Điện thoại:

Số thẻ bảo hiểm y tế:

Họ tên bác sĩ chỉ định:

Khoa/Phòng:

Tên hoạt chất:

Hàm lượng:

Đường dùng, dạng dùng:

Nhóm, loại thiết bị y tế:

Đơn vị tính:

Cơ sở khám bệnh, chữa bệnh và chỉ định điều trị xác nhận về tình trạng thiếu thuốc, thiết bị y tế theo quy định tại Điều 58 và Điều 59 của Nghị định số .../2025/NĐ-CP. Ghi cụ thể cho từng thuốc, thiết bị y tế như sau:

1. Thuốc thuộc Danh mục thuốc hiếm ban hành kèm theo Thông tư số ngày của Bộ trưởng Bộ Y tế (ghi rõ có hay không và số thứ tự tại Thông tư)

.....
.....

2. Thiết bị y tế thuộc loại C hoặc D, trừ thiết bị y tế chẩn đoán in vitro, thiết bị y tế đặc thù cá nhân, thiết bị y tế thuộc danh mục thiết bị y tế do Bộ trưởng Bộ Y tế ban hành được mua, bán như các hàng hóa thông thường theo quy định tại Nghị định số 98/2021/NĐ-CP ngày 08 tháng 11 năm 2021 của Chính phủ về quản lý trang thiết bị y tế được sửa đổi, bổ sung bởi Nghị định số 07/2023/NĐ-CP ngày 03 tháng 3 năm 2023 và Nghị định số 04/2025/NĐ-CP ngày 01 tháng 01 năm 2025 của Chính phủ (ghi rõ có hay không, thuộc loại thiết bị y tế nào)

.....

 3. Tại thời điểm kê đơn thuốc, chỉ định sử dụng thiết bị y tế, cơ sở khám bệnh, chữa bệnh phải bảo đảm các điều kiện theo quy định sau đây:

3.1. Không có thuốc, thiết bị y tế do đang trong quá trình lựa chọn nhà thầu theo kế hoạch lựa chọn nhà thầu đã được duyệt theo một trong các hình thức: Đấu thầu rộng rãi hoặc đấu thầu hạn chế hoặc chào hàng cạnh tranh hoặc mua sắm trực tiếp hoặc lựa chọn nhà thầu trong trường hợp đặc biệt nhưng chưa lựa chọn được nhà thầu hoặc chào giá trực tuyến hoặc mua sắm trực tuyến và đã thực hiện chỉ định thầu rút gọn theo quy định của pháp luật về đấu thầu nhưng không lựa chọn được nhà thầu (*ghi rõ trường hợp không có thuốc, thiết bị y tế*)

.....

- Đối với thuốc: Không có thuốc thương mại nào chứa hoạt chất mà người bệnh được kê đơn hoặc cùng hoạt chất nhưng khác nồng độ hoặc hàm lượng hoặc dạng bào chế hoặc đường dùng và không thể thay thế để kê đơn cho người bệnh (*ghi rõ có hay không*)

.....

- Đối với thiết bị y tế: Không có thiết bị y tế mà người bệnh được chỉ định sử dụng và không có thiết bị y tế để thay thế (*ghi rõ có hay không*)

.....

3.2. Không thể chuyển người bệnh đến cơ sở khám bệnh, chữa bệnh khác thuộc một trong các trường hợp sau đây:

- Tình trạng sức khỏe, bệnh lý người bệnh được xác định không đủ điều kiện để chuyển (*mô tả tình trạng người bệnh*)

.....

- Cơ sở khám bệnh, chữa bệnh nơi người bệnh đang khám và điều trị đang trong thời gian cách ly y tế theo quy định của pháp luật phòng, chống bệnh truyền nhiễm (*ghi rõ đúng hay không*)

.....

- Cơ sở khám bệnh, chữa bệnh nơi người bệnh đang khám và điều trị là cơ sở khám bệnh, chữa bệnh cấp chuyên sâu (*ghi rõ đúng hay không*)

.....

 3.3. Không thể điều chuyển thuốc, thiết bị y tế giữa các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh theo quy định của pháp luật (*ghi rõ đúng hay không*)

3.4. Thuốc, thiết bị y tế được kê đơn, chỉ định sử dụng phù hợp với phạm vi chuyên môn của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh (*ghi rõ đúng hay không*)

3.5. Thuốc, thiết bị y tế được kê đơn, chỉ định sử dụng thuộc phạm vi quyền lợi của người tham gia bảo hiểm y tế (*ghi rõ “thuộc” hay “không thuộc” và nêu rõ nội dung quy định tại văn bản nào*)

3.6 Thuốc, thiết bị y tế được kê đơn, chỉ định sử dụng đã được tính trong cơ cấu giá của dịch vụ kỹ thuật (*ghi thông tin chi tiết theo từng thuốc, thiết bị y tế*):

Ngoài cơ cấu giá dịch vụ kỹ thuật

Trong cơ cấu giá dịch vụ kỹ thuật.

Trường hợp trong cơ cấu giá dịch vụ kỹ thuật, ghi rõ:

- Tên dịch vụ kỹ thuật: Mã dịch vụ kỹ thuật:

- Giá dịch vụ kỹ thuật:

...,ngày ... tháng ... năm ...

**LÃNH ĐẠO KHOA DƯỢC/
 VẬT TƯ**

(Ký, ghi rõ họ tên)

**BÁC SĨ KHÁM BỆNH/
 ĐIỀU TRỊ**

(Ký, ghi rõ họ tên)

**ĐẠI DIỆN CƠ SỞ KHÁM
 BỆNH, CHỮA BỆNH**

(Ký tên, đóng dấu)