

Số: /BYT-BH
v/v hướng dẫn tổ chức thực hiện
Nghị định số 188/2025/NĐ-CP
ngày 01/7/2025 của Chính phủ

Hà Nội, ngày tháng 10 năm 2025

Kính gửi: Bảo hiểm xã hội Việt Nam - Bộ Tài chính

Bộ Y tế (Vụ Bảo hiểm y tế) nhận được Công văn số 1903/BHXXH-CSYT ngày 13/8/2025 của Bảo hiểm xã hội Việt Nam thuộc Bộ Tài chính đề nghị hướng dẫn tổ chức thực hiện Nghị định số 188/2025/NĐ-CP ngày 01/7/2025 của Chính phủ quy định chi tiết và hướng dẫn thi hành một số điều của Luật Bảo hiểm y tế (sau đây gọi là Nghị định số 188/2025/NĐ-CP). Bộ Y tế có ý kiến như sau:

1. Xác định chi phí vận chuyển

1.1 Giá và địa bàn để xác định giá xăng phổ biến

Khoản 5 Điều 38 Nghị định số 83/2014/NĐ-CP được sửa đổi, bổ sung tại khoản 27 Điều 1 Nghị định số 95/2021/NĐ-CP quy định: “5. Các mặt hàng xăng dầu nhà nước công bố giá cơ sở là những mặt hàng xăng dầu được tiêu dùng phổ biến trên thị trường”. Hiện nay, Bộ Công thương công bố giá cơ sở nhiều mặt hàng xăng dầu tiêu dùng phổ biến trên thị trường.

Đề nghị hướng dẫn điểm b khoản 3 Điều 14 Nghị định số 188/2025/NĐ-CP về việc xác định “xăng được tiêu dùng phổ biến” và “giá xăng phổ biến trên địa bàn của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh” là địa bàn nơi cơ sở khám bệnh, chữa bệnh (KCB) đặt trụ sở hay nơi mua xăng?

Trả lời:

a) Về giá xăng được tiêu dùng phổ biến:

Khoản 5 Điều 38 Nghị định số 83/2014/NĐ-CP được sửa đổi, bổ sung tại khoản 27 Điều 1 Nghị định số 95/2021/NĐ-CP quy định: “5. Các mặt hàng xăng dầu nhà nước công bố giá cơ sở là những mặt hàng xăng dầu được tiêu dùng phổ biến trên thị trường”.

Như vậy, mặt hàng xăng nào được nhà nước công bố giá cơ sở là mặt hàng “**xăng được tiêu dùng phổ biến**”.

b) Về giá xăng phổ biến trên địa bàn của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh:

- Điểm b khoản 3 Điều 14 Nghị định số 188/2025/NĐ-CP quy định: “Đơn giá xăng theo giá xăng phổ biến trên địa bàn của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh vận chuyển người bệnh tại thời điểm vận chuyển người bệnh đi được ghi trên giấy chuyển cơ sở khám bệnh, chữa bệnh.”

- Điểm a khoản 2 Điều 40 Nghị định số 96/2023/NĐ-CP quy định:

“ Điều 40. Điều kiện cấp giấy phép hoạt động chung đối với cơ sở khám bệnh, chữa bệnh

2. Cơ sở vật chất:

a) Có địa điểm cố định đáp ứng các quy định của pháp luật về: an toàn chịu lực, phòng cháy và chữa cháy, kiểm soát nhiễm khuẩn, bảo vệ môi trường, an toàn bức xạ (nếu có); bảo đảm đủ điện, nước phục vụ hoạt động của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh;”.

Như vậy, “**giá xăng phổ biến trên địa bàn của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh**” là địa bàn nơi cơ sở KCB đặt địa điểm hoạt động theo giấy phép hoạt động khám bệnh, chữa bệnh.

1.2 Thanh toán trong trường hợp nhiều người bệnh cùng thuê phương tiện vận chuyển:

Điều a khoản 5 Điều 14 Nghị định số 188/2025/NĐ-CP quy định: “Thanh toán chi phí vận chuyển một chiều (chiều đi) theo hoá đơn vận chuyển người bệnh cho cơ sở khám bệnh, chữa bệnh nơi tiếp nhận người bệnh theo mức thanh toán không vượt quá mức thanh toán quy định tại các điểm a và b khoản 3 Điều này”.

Đề nghị hướng dẫn nguyên tắc thanh toán trong trường hợp nhiều người bệnh cùng thuê một phương tiện vận chuyển, chỉ có chung một hóa đơn và cách cơ sở KCB thống kê để đề nghị thanh toán bảo hiểm y tế (BHYT).

Trả lời:

Khoản 5 Điều 14 Nghị định số 188/2025/NĐ-CP quy định:

“5. Đối với người bệnh tự túc phương tiện vận chuyển, quỹ bảo hiểm y tế thanh toán như sau:

a) Thanh toán chi phí vận chuyển một chiều (chiều đi) theo hoá đơn vận chuyển người bệnh cho cơ sở khám bệnh, chữa bệnh nơi tiếp nhận người bệnh theo mức thanh toán không vượt quá mức thanh toán quy định tại các điểm a và b khoản 3 Điều này;

b) Cơ sở khám bệnh, chữa bệnh chỉ định chuyển người bệnh có trách nhiệm ghi nội dung người bệnh tự túc phương tiện vận chuyển trên phiếu chuyển cơ sở khám bệnh, chữa bệnh;

c) Cơ sở khám bệnh, chữa bệnh nơi tiếp nhận người bệnh hoàn trả chi phí cho người bệnh căn cứ theo hoá đơn vận chuyển mà người bệnh cung cấp theo quy định tại điểm a khoản này và tổng hợp chi phí vận chuyển để thanh toán với cơ quan bảo hiểm xã hội.”.

Như vậy, khoản 5 Điều 14 Nghị định số 188/2025/NĐ-CP quy định về thanh toán trong trường hợp người bệnh tự túc phương tiện vận chuyển không phân biệt người bệnh thuê riêng phương tiện vận chuyển hay nhiều người bệnh cùng thuê một phương tiện vận chuyển. Cơ sở KCB thực hiện thống kê theo người bệnh có tên trên hoá đơn vận chuyển, người bệnh có hóa đơn vận chuyển được quỹ bảo hiểm y tế thanh toán theo hóa đơn vận chuyển mà người bệnh cung cấp và mức thanh toán theo đúng quy định tại khoản 3 và khoản 5 Điều 14 Nghị định số 188/2025/NĐ-CP.

2. Mức chi phí cho một lần khám bệnh, chữa bệnh

Khoản 1 Điều 17 Nghị định số 188/2025/NĐ-CP quy định “**Mức chi phí cho một lần khám bệnh, chữa bệnh** để xác định người tham gia bảo hiểm y tế được hưởng 100% chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế quy định tại điểm b khoản 1 Điều 22 của Luật Bảo hiểm y tế là thấp hơn 15% mức lương cơ sở.”; Khoản 2 Điều 17 Nghị định số 188/2025/NĐ-CP áp dụng “**Mức chi phí cho một lần khám bệnh, chữa bệnh**” cho các trường hợp người tham gia BHYT đi KCB không đúng quy định tại Điều 26, 27 Luật BHYT.

Đề nghị hướng dẫn cách xác định “**Mức chi phí cho một lần khám bệnh, chữa bệnh**” trong từng trường hợp quy định tại khoản 1 và khoản 2 Điều 17 Nghị định số 188/2025/NĐ-CP.

Trả lời:

- Điểm b khoản 1, các khoản 3, 4, 5 Điều 22 Luật Bảo hiểm y tế quy định như sau:

“1. Người tham gia bảo hiểm y tế khi khám bệnh, chữa bệnh theo quy định tại Điều 26 và Điều 27 của Luật này được quỹ bảo hiểm y tế thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh **trong phạm vi được hưởng** với mức hưởng như sau:

...

b) 100% **chi phí khám bệnh, chữa bệnh** đối với trường hợp **chi phí cho một lần khám bệnh, chữa bệnh** thấp hơn mức do Chính phủ quy định;”.

3. Người đăng ký khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế ban đầu tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh cấp chuyên sâu và cấp cơ bản khi khám bệnh, chữa bệnh không đúng nơi đăng ký khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế ban đầu do thay đổi nơi tạm trú, nơi lưu trú thì được khám bệnh, chữa bệnh tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh cấp cơ bản phù hợp với nơi tạm trú, lưu trú mới và được quỹ bảo hiểm y tế **thanh toán theo quy định tại khoản 1 Điều này**. Bộ trưởng Bộ Y tế quy định thủ tục, trường hợp lưu trú được khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế quy định tại khoản này.

4. Người tham gia bảo hiểm y tế tự đi khám bệnh, chữa bệnh không đúng cơ sở đăng ký khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế ban đầu, không đúng quy định về chuyển người bệnh quy định tại Điều 26 và Điều 27 của Luật này, trừ trường hợp quy định tại khoản 3 và khoản 5 Điều này, được quỹ bảo hiểm y tế thanh toán **theo tỷ lệ phần trăm của mức hưởng quy định tại khoản 1 Điều này** như sau:

a) 100% **mức hưởng** khi khám bệnh, chữa bệnh tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh cấp cơ bản hoặc cấp chuyên sâu trong trường hợp chẩn đoán xác định, điều trị một số bệnh hiếm, bệnh hiếm nghèo, bệnh cần phẫu thuật hoặc sử dụng kỹ thuật cao do Bộ trưởng Bộ Y tế quy định;

b) 100% **mức hưởng** đối với ...;

c) 100% **mức hưởng** khi.....;

d) **100% mức hưởng** khi;

đ) **100% mức hưởng** khi ...;

e) **Từ 50% đến 100% mức hưởng** khi khám bệnh, chữa bệnh ngoại trú tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh cấp cơ bản căn cứ kết quả xếp cấp chuyên môn kỹ thuật theo lộ trình và tỷ lệ mức hưởng cụ thể do Chính phủ quy định, trừ trường hợp quy định tại điểm a và điểm đ khoản này;

g) **40% mức hưởng** khi khám bệnh, chữa bệnh nội trú tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh cấp chuyên sâu, trừ trường hợp quy định tại các điểm a, b, đ và h khoản này;

h) **50% mức hưởng** khi khám bệnh, chữa bệnh ngoại trú theo lộ trình do Chính phủ quy định và **100% mức hưởng** khi khám bệnh, chữa bệnh nội trú trong trường hợp khám bệnh, chữa bệnh tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh cấp chuyên sâu mà trước ngày 01 tháng 01 năm 2025 đã được cơ quan có thẩm quyền xác định là tuyến tính.

5. Người tham gia bảo hiểm y tế được hưởng **100% mức hưởng** quy định tại khoản 1 Điều này khi khám bệnh, chữa bệnh tại bất kỳ cơ sở khám bệnh, chữa bệnh nào trong trường hợp cấp cứu.”.

- Khoản 1 và khoản 2 Điều 17 Nghị định số 188/2025/NĐ-CP quy định:

“Điều 17. Áp dụng mức hưởng bảo hiểm y tế đối với một số trường hợp

1. Mức chi phí cho một lần khám bệnh, chữa bệnh để xác định người tham gia bảo hiểm y tế được hưởng 100% chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế quy định tại điểm b khoản 1 Điều 22 của Luật Bảo hiểm y tế là thấp hơn 15% mức lương cơ sở.

2. Quy định tại điểm b khoản 1 Điều 22 của Luật Bảo hiểm y tế và khoản 1 Điều này được áp dụng đối với các trường hợp người tham gia bảo hiểm y tế đi khám bệnh, chữa bệnh **theo quy định tại các khoản 1, 3, 4 và 5 Điều 22 của Luật Bảo hiểm y tế.**”

Như vậy, khoản 1 Điều 17 Nghị định số 188/2025/NĐ-CP quy định mức **15% mức lương cơ sở** mà trường hợp **chi phí cho một lần KCB** thấp hơn mức này thì người tham gia BHYT được **quỹ bảo hiểm y tế thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh trong phạm vi được hưởng với mức hưởng 100% chi phí khám bệnh, chữa bệnh** của lần KCB đó (theo đúng quy định tại câu dẫn khoản 1 và điểm b khoản 1 Điều 22 của Luật BHYT) và được áp dụng cho khoản 2 Điều 17 Nghị định số 188/2025/NĐ-CP. Đồng thời, khoản 2 Điều 17 Nghị định số 188/2025/NĐ-CP dẫn chiếu thực hiện theo quy định tại các khoản 3, 4, 5 Điều 22 Luật BHYT.

Đối với trường hợp tại khoản 4 Điều 22 Luật BHYT: Câu dẫn khoản 4 Điều 22 Luật BHYT đã quy định người tham gia bảo hiểm y tế tự đi khám bệnh, chữa bệnh theo quy định tại khoản này được quỹ bảo hiểm y tế thanh toán **theo tỷ lệ phần trăm của mức hưởng quy định tại khoản 1 Điều 22 theo tỷ lệ phần trăm**

của mức hưởng đối với từng trường hợp cụ thể quy định các các điểm a, b, c, d, đ, e, g, h của khoản 4 nên cần áp dụng đồng thời tỷ lệ thanh toán quy định tại khoản 1 và khoản 4 Điều 22 Luật BHYT.

3. Xác định chi phí cùng chi trả khi tham gia BHYT liên tục từ 05 năm trở lên

Điểm b khoản 2 Điều 18 Nghị định số 188/2025/NĐ-CP quy định “*b) Cơ quan bảo hiểm xã hội tổng hợp thông tin số tiền cùng chi trả lũy kế trong năm tài chính của người bệnh, thời điểm người bệnh tham gia bảo hiểm y tế đủ 05 năm liên tục trở lên và thông báo trên cổng tiếp nhận dữ liệu của Bảo hiểm xã hội Việt Nam...*”.

Đề nghị hướng dẫn số tiền cùng chi trả lũy kế trong năm tài chính của người bệnh do cơ quan bảo hiểm xã hội (BHXH) thông báo là chi phí cùng chi trả do cơ sở KCB đề nghị hay chi phí đã được quyết toán theo quy định tại khoản 2 Điều 32 Luật BHYT.

Trường hợp cơ sở KCB xác định sai chi phí cùng chi trả của người bệnh thì xử lý như thế nào?

Trả lời:

- Điểm b khoản 2 Điều 18 Nghị định số 188/2025/NĐ-CP quy định:

“b) Cơ quan bảo hiểm xã hội tổng hợp thông tin số tiền cùng chi trả lũy kế trong năm tài chính của người bệnh, thời điểm người bệnh tham gia bảo hiểm y tế đủ 05 năm liên tục trở lên và thông báo trên Cổng tiếp nhận dữ liệu của Bảo hiểm xã hội Việt Nam. Cơ sở khám bệnh, chữa bệnh căn cứ số tiền cùng chi trả lũy kế và thời điểm người bệnh tham gia bảo hiểm y tế đủ 05 năm liên tục trở lên để xác định thời điểm người bệnh đủ điều kiện để được hưởng miễn cùng chi trả trong lần khám bệnh, chữa bệnh của người bệnh;”.

- Điểm đ khoản 9 Điều 71 Nghị định số 188/2025/NĐ-CP quy định trách nhiệm của Bảo hiểm xã hội Việt Nam thuộc Bộ Tài chính:

“đ) Tổng hợp kịp thời thông tin về số tiền cùng chi trả lũy kế trong năm tài chính của người bệnh, thời điểm người bệnh tham gia bảo hiểm y tế đủ 05 năm liên tục trở lên và thông báo trên Cổng tiếp nhận dữ liệu để cơ sở khám bệnh, chữa bệnh tra cứu, xác định thời điểm người bệnh đủ điều kiện để được hưởng miễn cùng chi trả trong lần khám bệnh, chữa bệnh của người bệnh; bảo đảm không ảnh hưởng tới quyền lợi của người bệnh;”.

Như vậy, cơ quan BHXH có trách nhiệm tổng hợp số tiền cùng chi trả của người bệnh dựa trên dữ liệu do cơ sở KCB gửi lên Cổng tiếp nhận dữ liệu và thông báo, cập nhật kịp thời số tiền cùng chi trả lũy kế của người bệnh trong năm tài chính trên Cổng tiếp nhận dữ liệu trong suốt quá trình tiếp nhận dữ liệu, giám định, quyết toán, thanh toán. Cơ sở KCB tiếp nhận người bệnh có trách nhiệm tra cứu và xác định thời điểm người bệnh đủ điều kiện để được hưởng miễn cùng chi trả trong lần KCB đó căn cứ theo đúng dữ liệu do cơ quan BHXH thông báo, cập

nhật trên Công tiếp nhận dữ liệu tại thời điểm tra cứu và chịu trách nhiệm về kết quả tra cứu đó.

Trường hợp cơ sở KCB xác định chi phí thuộc phạm vi, quyền lợi BHYT và chi phí cùng chi trả của người bệnh hoặc gửi dữ liệu thanh toán không đúng quy định làm ảnh hưởng đến quyền lợi của người tham gia BHYT thì cơ sở KCB phải chịu trách nhiệm. Trường hợp cơ quan BHXH không công bố thông tin đầy đủ, chính xác, kịp thời theo quy định để làm cơ sở tra cứu thì cơ quan BHXH phải chịu trách nhiệm.

4. Thống kê chi phí KCB trong trường hợp trình thẻ muộn

Khoản 1 Điều 38 Nghị định số 188/2025/NĐ-CP quy định: “1. Trường hợp người bệnh có thẻ bảo hiểm y tế khi đến 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**, trừ trường hợp cấp cứu. 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 quy định tại các Điều 55, 56 và 57 Nghị định này”.

Đề nghị hướng dẫn căn cứ để xác định cụ thể từng khoản chi phí KCB trước thời điểm xuất trình thẻ BHYT (là thời điểm ra y lệnh, thời điểm bắt đầu thực hiện, hay thời điểm có kết quả xét nghiệm hoặc hoàn thành kỹ thuật) và cách ghi thông tin trên hóa đơn, chứng từ làm cơ sở thanh toán trực tiếp cho người bệnh.

Trả lời:

Khoản 1 Điều 38 Nghị định số 188/2025/NĐ-CP quy định:

“Điều 38. Thủ tục khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế trong một số trường hợp

1. Trường hợp người bệnh có thẻ bảo hiểm y tế khi đến 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, trừ trường hợp cấp cứu. 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 quy định tại các Điều 55, 56 và 57 Nghị định này.”.

Như vậy, đối với những dịch vụ KCB đã thực hiện và phát sinh chi phí trước thời điểm xuất trình thông tin thẻ BHYT thì được thanh toán trực tiếp theo quy định tại Điều 57 Nghị định số 188/2025/NĐ-CP. Từ thời điểm xuất trình thông tin thẻ BHYT các chi phí còn lại được quỹ BHYT thanh toán trong phạm vi quyền lợi, mức hưởng theo quy định.

5. Thanh toán trực tiếp đối với trường hợp tham gia BHYT 05 năm liên tục trở lên và có số tiền cùng chi trả chi phí KCB trong năm tài chính lớn hơn 06 tháng lương cơ sở trước ngày 01/7/2025

Điểm b khoản 3 Điều 27 Nghị định số 146/2018/NĐ-CP quy định trường hợp người bệnh có số tiền cùng chi trả lũy kế trong năm tài chính tại các cơ sở KCB khác nhau hoặc tại cùng một cơ sở KCB lớn hơn 06 tháng lương cơ sở thì người bệnh mang chứng từ đến cơ quan BHXH nơi cấp thẻ BHYT để thanh toán số tiền cùng chi trả lớn hơn 06 tháng lương cơ sở; quy định này hết hiệu lực thi hành từ ngày 01/7/2025. Tại Điều 54 Nghị định số 188/2025/NĐ-CP không quy định thanh toán trực tiếp trong trường hợp này.

Đề nghị hướng dẫn giải quyết các trường hợp nộp hồ sơ đề nghị thanh toán trực tiếp sau ngày 01/7/2025.

Trả lời:

- Điều 54 Nghị định số 188/2025/NĐ-CP quy định các trường hợp thanh toán trực tiếp chi phí KCB BHYT không quy định thanh toán trực tiếp chi phí KCB đối với người bệnh có thời gian tham gia BHYT 05 năm liên tục trở lên và có số tiền cùng chi trả chi phí KCB trong năm lớn hơn 06 tháng lương cơ sở. Cơ quan BHXH và cơ sở KCB bảo đảm quyền lợi và thanh toán cho người bệnh theo quy định, người bệnh không phải thực hiện thủ tục thanh toán trực tiếp. Cơ quan bảo hiểm xã hội có trách nhiệm tổng hợp, cập nhật thường xuyên thông tin số tiền cùng chi trả lũy kế trong năm tài chính của người bệnh, thời điểm người bệnh tham gia bảo hiểm y tế đủ 05 năm liên tục trở lên và thông báo trên Cổng tiếp nhận dữ liệu của Bảo hiểm xã hội Việt Nam. Cơ sở khám bệnh, chữa bệnh căn cứ số tiền cùng chi trả lũy kế và thời điểm người bệnh tham gia bảo hiểm y tế đủ 05 năm liên tục trở lên để xác định thời điểm người bệnh đủ điều kiện để được hưởng miễn cùng chi trả trong lần khám bệnh, chữa bệnh của người bệnh.

Cơ sở KCB và cơ quan BHXH có trách nhiệm thực hiện đúng quy định về xác định chi phí thuộc phạm vi, quyền lợi BHYT và chi phí cùng chi trả của người bệnh, gửi dữ liệu thanh toán, công bố thông tin đầy đủ, chính xác, kịp thời trên Cổng tiếp nhận dữ liệu của cơ quan BHXH theo quy định để làm cơ sở cho người bệnh được hưởng quyền lợi, để tra cứu như nội dung nêu tại mục 3 của Công văn này thuộc trách nhiệm của mình. Đồng thời, trong quá trình thực hiện, cơ sở KCB và cơ quan BHXH cần tăng cường phối hợp, trao đổi thông tin bảo đảm để người bệnh được hưởng đầy đủ quyền lợi theo quy định.

- Điểm b khoản 3 Điều 27 Nghị định số 146/2018/NĐ-CP quy định:

“b) Trường hợp người bệnh có số tiền cùng chi trả lũy kế trong năm tài chính tại các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh khác nhau hoặc tại cùng một cơ sở khám bệnh, chữa bệnh lớn hơn 06 tháng lương cơ sở thì người bệnh mang chứng từ đến cơ quan bảo hiểm xã hội nơi cấp thẻ bảo hiểm y tế để thanh toán số tiền cùng chi trả lớn hơn 06 tháng lương cơ sở và nhận giấy xác nhận không phải cùng chi trả trong năm đó;”.

- Khoản 1 Điều 41 Nghị định số 146/2018/NĐ-CP quy định:

“Điều 41. Hiệu lực thi hành

1. Nghị định này có hiệu lực thi hành từ ngày 01 tháng 12 năm 2018.”.

- Khoản 4 Điều 70 Nghị định số 188/2025/NĐ-CP quy định:

“4. Bãi bỏ các điều, khoản của các văn bản sau đây từ ngày 01 tháng 7 năm 2025:

a) Các điều từ Điều 1 đến Điều 12, các khoản 1, 2, 3, 4, 5 và 6 Điều 14, từ Điều 16 đến Điều 26, các khoản 1, 2, 3, 4, 5, 6, 8, 9 và 11 của Điều 27, từ Điều 28 đến Điều 36 và toàn bộ các mẫu tại Phụ lục ban hành kèm theo của Nghị định số [146/2018/NĐ-CP](#) ngày 17 tháng 10 năm 2018 của Chính phủ quy định chi tiết và hướng dẫn biện pháp thi hành một số điều của [Luật Bảo hiểm y tế](#) đã được sửa đổi, bổ sung bởi Nghị định số [75/2023/NĐ-CP](#) ngày 19 tháng 10 năm 2023 của Chính phủ và Nghị định số [02/2025/NĐ-CP](#) ngày 01 tháng 01 năm 2025 của Chính phủ;”

- Các khoản 1, 2 Điều 58 Luật ban hành văn bản quy phạm pháp luật quy định về áp dụng văn bản quy phạm pháp luật như sau:

“1. Văn bản quy phạm pháp luật được áp dụng từ thời điểm bắt đầu có hiệu lực.

2. Văn bản quy phạm pháp luật được áp dụng đối với hành vi, sự kiện xảy ra tại thời điểm mà văn bản đó đang có hiệu lực. Trường hợp văn bản quy phạm pháp luật có quy định hiệu lực trở về trước thì áp dụng theo quy định đó.”

Như vậy, quy định tại điểm b khoản 3 Điều 27 Nghị định số 146/2018/NĐ-CP có hiệu lực từ ngày 01/12/2018 đến hết ngày 30/6/2025. Các chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế của người bệnh phát sinh trong giai đoạn từ ngày 01/12/2018 đến hết ngày 30/6/2025 được áp dụng quy định tại điểm b khoản 3 Điều 27 Nghị định số 146/2018/NĐ-CP, cơ quan bảo hiểm xã hội áp dụng các quy định của Nghị định số 146/2018/NĐ-CP để giải quyết đối với các chi phí được đề nghị thanh toán phát sinh trong giai đoạn này.

6. Xác định thời điểm thanh toán của thuốc, hóa chất, vật tư xét nghiệm, thiết bị y tế (TBYT) quy định tại Điều 49 Nghị định số 188/2025/NĐ-CP

Điều 49 Nghị định số 188/2025/NĐ-CP quy định: *“...quỹ bảo hiểm y tế thanh toán trong phạm vi được hưởng và mức hưởng của người tham gia bảo hiểm y tế theo đơn giá mua nhưng không cao hơn đơn giá theo kết quả lựa chọn nhà thầu còn hiệu lực tại **thời điểm thanh toán**....”*.

Đề nghị hướng dẫn **“thời điểm thanh toán”** là thời điểm nào? Trường hợp trong hợp đồng mua thuốc, thiết bị y tế của cơ sở KCB với đơn vị cung ứng có thỏa thuận thanh toán chậm thì xác định như thế nào?

Trả lời:

- Điều 49 Nghị định số 188/2025/NĐ-CP quy định như sau:

“Điều 49. Thanh toán chi phí mua thuốc, hóa chất, vật tư xét nghiệm, thiết bị y tế cho cơ sở khám bệnh, chữa bệnh là đơn vị sự nghiệp công lập tự bảo đảm chi thường xuyên và chi đầu tư, đơn vị sự nghiệp công lập tự bảo đảm chi thường xuyên và các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh tư nhân thuộc

trường hợp quy định tại khoản 3 Điều 55 của Luật Đấu thầu năm 2023 được sửa đổi, bổ sung bởi Luật số 90/2025/QH15

Trường hợp cơ sở khám bệnh, chữa bệnh là đơn vị sự nghiệp công lập tự bảo đảm chi thường xuyên và chi đầu tư, đơn vị sự nghiệp công lập tự bảo đảm chi thường xuyên và các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh tư nhân không chọn áp dụng quy định của Luật Đấu thầu đối với mua thuốc, hóa chất, vật tư xét nghiệm, thiết bị y tế và thuộc trường hợp thanh toán theo quy định tại khoản 3 Điều 39 Nghị định này, quỹ bảo hiểm y tế thanh toán trong phạm vi được hưởng và mức hưởng của người tham gia bảo hiểm y tế theo đơn giá mua nhưng không cao hơn đơn giá theo kết quả lựa chọn nhà thầu còn hiệu lực tại thời điểm thanh toán của thuốc cùng tên thương mại, hãng sản xuất, xuất xứ, nồng độ, hàm lượng, đường dùng, cùng nhóm tiêu chí kỹ thuật, dạng bào chế, đơn vị tính hoặc của cùng hóa chất, vật tư xét nghiệm, thiết bị y tế có cùng hãng sản xuất, xuất xứ, tiêu chí kỹ thuật theo nguyên tắc và thứ tự ưu tiên như sau: ...”.

- Điểm c khoản 2 Điều 35 Nghị định số 188/2025/NĐ-CP quy định như sau:

“c) Gửi dữ liệu điện tử về chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế sau khi kết thúc lượt khám bệnh, chữa bệnh của người bệnh, ký số bằng tổng hợp chi phí khám bệnh, chữa bệnh của người tham gia bảo hiểm y tế hằng tháng, quý theo quy định của Bộ trưởng Bộ Y tế; xác thực dữ liệu điện tử theo quy định của pháp luật; chịu trách nhiệm trước pháp luật về tính chính xác của bản tổng hợp chi phí đề nghị thanh toán với bảng kê chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế của người bệnh;”.

- Khoản 1 và khoản 3 Điều 9 Nghị định số 123/2020/NĐ-CP quy định về hóa đơn, chứng từ được sửa đổi, bổ sung bởi Nghị định số 70/2025/NĐ-CP quy định như sau:

“1. Thời điểm lập hóa đơn đối với bán hàng hóa (bao gồm cả bán, chuyển nhượng tài sản công và bán hàng dự trữ quốc gia) là thời điểm chuyển giao quyền sở hữu hoặc quyền sử dụng hàng hóa cho người mua, không phân biệt đã thu được tiền hay chưa thu được tiền....”.

“ 3. Trường hợp giao hàng nhiều lần hoặc bàn giao từng hạng mục, công đoạn dịch vụ thì mỗi lần giao hàng hoặc bàn giao đều phải lập hóa đơn cho khối lượng, giá trị hàng hóa, dịch vụ được giao tương ứng.”.

Như vậy, “*thời điểm thanh toán*” là thời điểm lập hóa đơn và được ghi trên hóa đơn của đơn vị cung ứng thuốc, thiết bị y tế cho cơ sở KCB để làm căn cứ thanh toán thuốc, thiết bị y tế.

Về thỏa thuận thanh toán chậm giữa cơ sở KCB với đơn vị cung ứng (nếu có): Thời điểm thanh toán giữa cơ sở KCB với đơn vị cung ứng thuốc, thiết bị y tế phụ thuộc vào thỏa thuận giữa hai bên, không liên quan đến thời điểm đơn vị cung ứng lập hóa đơn và ghi trên hóa đơn cho cơ sở KCB như đã nêu trên.

7. Căn cứ, tiêu chuẩn xác định cơ sở KCB đủ điều kiện kết nối, liên thông dữ liệu

Khoản 2 Điều 22 Nghị định số 188/2025/NĐ-CP quy định cơ sở KCB đủ điều kiện ký hợp đồng KCB BHYT khi “*2. 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...*”

Đề nghị hướng dẫn căn cứ, tiêu chuẩn cụ thể để xác định cơ sở KCB đủ điều kiện theo quy định nêu trên đối với từng thông tin tại Mẫu số 8 ban hành kèm theo Nghị định.

Trả lời:

- Khoản 2 Điều 22 Nghị định số 188/2025/NĐ-CP quy định như sau:

“2. 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.”

- Điểm h khoản 1 Điều 26 Nghị định số 188/2025/NĐ-CP quy định như sau: *“h) Bảng kê danh mục các thiết bị phần mềm, phần cứng bảo đảm việc kết nối liên thông để trích chuyển dữ liệu điện tử trong thanh toán bảo hiểm y tế theo Mẫu số 8 Phụ lục ban hành kèm theo Nghị định này”.*

Như vậy, theo quy định tại điểm h khoản 1 Điều 26 Nghị định số 188/2025/NĐ-CP, Mẫu số 8 ban hành kèm theo Nghị định là một trong các thành phần hồ sơ ký hợp đồng KCB BHYT, là mẫu để cơ sở KCB cung cấp thông tin về thiết bị phần cứng, phần mềm của cơ sở KCB. Cơ sở KCB phải kê khai đủ và chịu trách nhiệm về thông tin được kê khai trong Mẫu số 8. Nghị định số 188/2025/NĐ-CP không có quy định phải xác định tiêu chuẩn cụ thể đối với từng thông tin quy định tại Mẫu số 8.

Đối với nội dung quy định tại khoản 2 Điều 22 Nghị định số 188/2025/NĐ-CP thực hiện theo quy định của Bộ trưởng Bộ Y tế. Theo đó, Bộ trưởng Bộ Y tế đã ban hành Thông tư số 48/2017/TT-BYT ngày 28/12/2017 quy định trích chuyển dữ liệu điện tử trong quản lý và thanh toán chi phí KCB BHYT và ban hành các quyết định hướng dẫn kỹ thuật về chuẩn và định dạng dữ liệu đầu ra để triển khai kết nối, liên thông dữ liệu chi phí KCB BHYT. Cơ sở KCB phải đáp ứng được các quy định này và gửi được dữ liệu điện tử lên Cổng tiếp nhận của cơ quan BHXH theo đúng quy định của Bộ trưởng Bộ Y tế là đã đảm bảo điều kiện nêu tại khoản 2 Điều 22 Nghị định số 188/2025/NĐ-CP quy định điều kiện ký hợp đồng KCB BHYT; đồng thời Cổng tiếp nhận dữ liệu của cơ quan BHXH cũng phải đáp ứng các tiêu chuẩn để tiếp nhận dữ liệu do cơ sở KCB gửi đến.

8. Về thanh toán dịch vụ KCB:

8.1 Thanh toán dịch vụ cận lâm sàng

Điểm b khoản 2 Điều 44 Nghị định số 188/2025/NĐ-CP quy định đối với dịch vụ cận lâm sàng chưa được cơ quan nhà nước có thẩm quyền phê duyệt cho cơ sở KCB nhưng thực tế cần thiết cho các hoạt động chuyên môn và có trong danh mục được Bộ trưởng Bộ Y tế ban hành thì người đứng đầu cơ sở KCB BHYT

nơi chuyển người bệnh hoặc mẫu bệnh phẩm phải ký hợp đồng nguyên tắc với cơ sở thực hiện dịch vụ cận lâm sàng.

Đề nghị hướng dẫn việc ký hợp đồng nguyên tắc trong trường hợp cơ sở KCB ký hợp đồng với cơ sở KCB trực thuộc có chung người đứng đầu, con dấu và tài khoản.

Trả lời:

- Khoản 1 Điều 50 Luật khám bệnh, chữa bệnh quy định như sau:

“Điều 50. Giấy phép hoạt động của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh

1. Mỗi cơ sở khám bệnh, chữa bệnh có một giấy phép hoạt động và không có thời hạn. Trường hợp cơ sở khám bệnh, chữa bệnh có thêm cơ sở khám bệnh, chữa bệnh tại địa điểm khác thì mỗi cơ sở khám bệnh, chữa bệnh phải có một giấy phép hoạt động riêng.”

- Khoản 1, khoản 2 Điều 40 Nghị định số 96/2023/NĐ-CP quy định như sau:

“Điều 40. Điều kiện cấp giấy phép hoạt động chung đối với cơ sở khám bệnh, chữa bệnh

1. Quy mô: có quy mô phù hợp với từng hình thức tổ chức cơ sở khám bệnh, chữa bệnh.

2. Cơ sở vật chất:

a) Có địa điểm cố định đáp ứng các quy định của pháp luật về: an toàn chịu lực, phòng cháy và chữa cháy, kiểm soát nhiễm khuẩn, bảo vệ môi trường, an toàn bức xạ (nếu có); bảo đảm đủ điện, nước phục vụ hoạt động của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh;

b) Có biển hiệu, có sơ đồ và biển chỉ dẫn đến các khoa, phòng, bộ phận chuyên môn, hành chính;

c) Trường hợp có thêm cơ sở không cùng trong khuôn viên của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh thì phải đáp ứng các điều kiện cụ thể đối với từng hình thức tổ chức cơ sở khám bệnh, chữa bệnh theo quy định tại Điều 39 Nghị định này.”

- Khoản 8 Điều 23 Nghị định số 188/2025/NĐ-CP quy định như sau:

“8. Người ký hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh là người đứng đầu cơ sở khám bệnh, chữa bệnh theo quy định tại khoản 7 Điều 2 của Nghị định 96/2023/NĐ-CP ngày 30 tháng 12 năm 2023 của Chính phủ quy định chi tiết một số điều của Luật Khám bệnh, chữa bệnh; người đứng tên trên đăng ký hộ kinh doanh cá thể sở hữu cơ sở khám bệnh, chữa bệnh tư nhân, người được giao đứng đầu cơ sở khám bệnh, chữa bệnh trong điều lệ hợp tác xã hoặc hoặc cấp phó được các đối tượng quy định tại khoản này phân công hoặc ủy quyền.”

- Điểm b khoản 2 Điều 44 Nghị định số 188/2025/NĐ-CP quy định như sau:

“b) 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 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.”

Như vậy, các cơ sở KCB có giấy phép hoạt động ở các địa điểm khác nhau đều phải ký hợp đồng nguyên tắc theo quy định tại điểm b khoản 2 Điều 44 Nghị định số 188/2025/NĐ-CP khi chuyển dịch vụ cận lâm sàng. Các quy định nêu trên không có quy định loại trừ trong trường hợp cơ sở KCB ký hợp đồng với cơ sở KCB trực thuộc có chung người đứng đầu, con dấu và tài khoản. Việc ký hợp đồng đã được điều chỉnh tại các quy định của pháp luật về dân sự. Thực tế, trước khi Nghị định số 188/2025/NĐ-CP được ban hành, các cơ sở KCB vẫn đang thực hiện việc ký hợp đồng chuyển dịch vụ cận lâm sàng theo quy định của Thông tư số 09/2019/TT-BYT ngày 10/6/2019 của Bộ trưởng Bộ Y tế hướng dẫn thẩm định điều kiện ký hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế ban đầu, chuyển thực hiện dịch vụ cận lâm sàng và một số trường hợp thanh toán trực tiếp chi phí trong khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế, Thông tư số 30/2020/TT-BYT ngày 31/12/2020 của Bộ trưởng Bộ Y tế quy định chi tiết và hướng dẫn biện pháp thi hành một số điều của Nghị định số 146/2018/NĐ-CP quy định chi tiết và hướng dẫn biện pháp thi hành một số điều của Luật bảo hiểm y tế.

8.2 Thanh toán dịch vụ KCB BHYT tại cơ sở KCB tư nhân

Trước ngày 01/7/2025, việc thanh toán dịch vụ KCB BHYT tại cơ sở KCB tư nhân thực hiện theo quy định tại khoản 11 Điều 27 Nghị định số 146/2018/NĐ-CP được sửa đổi, bổ sung tại khoản 6 Điều 1 Nghị định số 02/2025/NĐ-CP (hết hiệu lực từ ngày 01/7/2025).

Tại điểm b khoản 2 Điều 39 Nghị định số 188/2025/NĐ-CP quy định *“b) Đối với cơ sở khám bệnh, chữa bệnh tư nhân, quỹ bảo hiểm y tế thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế căn cứ giá dịch vụ khám bệnh, chữa bệnh thuộc danh mục do quỹ bảo hiểm y tế thanh toán được cấp có thẩm quyền theo quy định của pháp luật về khám bệnh, chữa bệnh quy định hoặc phê duyệt cho các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh của Nhà nước trên địa bàn theo nguyên tắc quy định tại các điểm a, b, c và d khoản 2 Điều 47 Nghị định này...”* có hiệu lực thi hành từ ngày 01/7/2025.

Điều 47 Nghị định số 188/2025/NĐ-CP có hiệu lực thi hành từ ngày 15/8/2025.

Đề nghị hướng dẫn thanh toán chi phí KCB BHYT tại cơ sở KCB tư nhân trong khoảng thời gian từ ngày 01/7/2025 đến ngày 14/8/2025.

Trả lời:

Điều b khoản 2 Điều 39 Nghị định số 188/2025/NĐ-CP có hiệu lực thi hành từ ngày 01/7/2025 quy định như sau:

“b) Đối với cơ sở khám bệnh, chữa bệnh tư nhân, quỹ bảo hiểm y tế thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế căn cứ giá dịch vụ khám bệnh, chữa bệnh thuộc danh mục do quỹ bảo hiểm y tế thanh toán được cấp có thẩm quyền theo quy định của pháp luật về khám bệnh, chữa bệnh quy định hoặc phê duyệt cho các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh của Nhà nước trên địa bàn theo nguyên tắc quy định tại các điểm a, b, c và d khoản 2 Điều 47 Nghị định này. Phần chênh lệch giữa giá dịch vụ khám bệnh, chữa bệnh của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh tư nhân với giá dịch vụ khám bệnh, chữa bệnh thuộc danh mục do quỹ bảo hiểm y tế thanh toán do người bệnh tự chi trả.”

Các điểm a, b, c và d khoản 2 Điều 47 Nghị định số 188/2025/NĐ-CP quy định như sau:

“2. Trường hợp cơ sở khám bệnh, chữa bệnh tư nhân áp dụng mức thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh của quỹ bảo hiểm y tế theo quy định tại điểm b khoản 2 Điều 39 Nghị định này thì thực hiện như sau:

a) Cơ sở khám bệnh, chữa bệnh cấp chuyên sâu được thanh toán theo giá thực tế nhưng không cao hơn giá cao nhất của dịch vụ khám bệnh, chữa bệnh đó của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh cùng cấp chuyên sâu của Nhà nước trên địa bàn tỉnh hoặc của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh cấp cơ bản của Nhà nước trên địa bàn tỉnh trong trường hợp không có giá của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh cấp chuyên sâu của Nhà nước trên địa bàn tỉnh;

b) Cơ sở khám bệnh, chữa bệnh cấp cơ bản được thanh toán theo giá thực tế nhưng không cao hơn giá cao nhất của dịch vụ khám bệnh, chữa bệnh đó của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh cùng cấp cơ bản của Nhà nước trên địa bàn tỉnh. Trường hợp cơ sở khám bệnh, chữa bệnh cấp cơ bản của Nhà nước trên địa bàn tỉnh không có giá của dịch vụ khám bệnh, chữa bệnh đó thì được thanh toán tối đa bằng giá thấp nhất của dịch vụ kỹ thuật đó của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh cấp chuyên sâu của Nhà nước trên địa bàn tỉnh;

c) Cơ sở khám bệnh, chữa bệnh cấp ban đầu được thanh toán theo giá thực tế nhưng không cao hơn giá cao nhất của dịch vụ khám bệnh, chữa bệnh đó của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh cùng cấp ban đầu của Nhà nước trên địa bàn tỉnh. Trường hợp, cơ sở khám bệnh, chữa bệnh cấp ban đầu của Nhà nước trên địa bàn tỉnh không có giá của dịch vụ khám bệnh, chữa bệnh đó thì được thanh toán tối đa bằng giá thấp nhất của dịch vụ khám bệnh, chữa bệnh đó của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh cấp cơ bản của Nhà nước trên địa bàn tỉnh;

d) Trường hợp chưa có giá của dịch vụ khám bệnh, chữa bệnh đó được cấp có thẩm quyền quy định hoặc phê duyệt cho cơ sở khám bệnh, chữa bệnh của Nhà nước trên địa bàn tỉnh, cơ sở khám bệnh, chữa bệnh tư nhân được thanh toán theo nguyên tắc quy định tại các điểm a, b và c khoản này theo giá dịch vụ khám bệnh, chữa bệnh đó được cấp có thẩm quyền phê duyệt cho cơ sở khám bệnh, chữa bệnh của Nhà nước thuộc một trong các tỉnh giáp ranh. Trường hợp cơ sở khám bệnh, chữa bệnh của Nhà nước thuộc các tỉnh giáp ranh không có giá của dịch vụ khám bệnh, chữa bệnh đó thì thanh toán theo giá dịch vụ khám bệnh, chữa bệnh đó được cấp có thẩm quyền phê duyệt cho cơ sở khám bệnh, chữa bệnh của Nhà nước trên địa bàn tỉnh khác trên toàn quốc.”

Điểm b khoản 2 Điều 39 nêu trên dẫn chiếu các điểm a, b, c, d khoản 2 Điều 47 Nghị định số 188/2025/NĐ-CP để làm nguyên tắc áp dụng (để không phải quy định lặp lại nội dung của khoản 2 Điều 47). Do vậy, việc thực hiện thanh toán chi phí KCB BHYT tại cơ sở KCB tư nhân thực hiện theo hiệu lực của khoản 2 Điều 39 Nghị định số 188/2025/NĐ-CP từ ngày 01/7/2025.

9. Trách nhiệm của cơ quan BHXH về công bố số lượng thiết bị y tế

Điểm đ khoản 4 Điều 43 Nghị định số 188/2025/NĐ-CP quy định “*đ) 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 Cổng 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*”. Quyết định số 3514/QĐ- BYT ngày 21/11/2024 của Bộ Y tế đã bãi bỏ Quyết định số 5086/QĐ-BYT về nguyên tắc mã hóa thiết bị y tế. Việc dừng ban hành mã thiết bị y tế dẫn đến không xác định, phân biệt được cụ thể từng loại thiết bị y tế sử dụng cho người bệnh.

Đề nghị hướng dẫn cách xác định số lượng thiết bị y tế chưa sử dụng hết theo kết quả trúng thầu của các cơ sở KCB BHYT. Đồng thời, đề nghị Bộ Y tế cấp mã BHYT đề thuận tiện, minh bạch trong thanh, quyết toán chi phí KCB BHYT.

Trả lời:

Điểm đ khoản 4 Điều 43 Nghị định số 188/2025/NĐ-CP quy định:

“đ) 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 Cổng 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”.

a) Về xác định số lượng thiết bị y tế chưa sử dụng hết theo kết quả trúng thầu của cơ sở KCB:

Danh mục, số lượng thiết bị y tế được các cơ sở KCB mua sắm, đấu thầu theo đúng quy định của pháp luật đã được cơ sở KCB cung cấp và được cập nhật thường xuyên, liên tục trên Cổng tiếp nhận dữ liệu thuộc Hệ thống thông tin giám định BHYT của cơ quan BHXH theo quy định tại Quyết định số 3618/QĐ-BHXH

ngày 12/12/2022 của Tổng giám đốc BHXH Việt Nam ban hành quy trình giám định bảo hiểm y tế.

Số lượng thiết bị y tế đã sử dụng tại cơ sở KCB được cơ sở KCB gửi lên Công tiếp nhận dữ liệu thuộc Hệ thống thông tin giám định BHYT để đề nghị thanh toán BHYT theo quy định tại Điều 7 Thông tư số 48/2017/TT-BYT của Bộ trưởng Bộ Y tế quy định trích chuyển dữ liệu điện tử trong quản lý và thanh toán chi phí KCB BHYT.

Dựa trên các số liệu nêu trên, cơ quan BHXH xác định số lượng thiết bị y tế chưa sử dụng tại các cơ sở KCB và công bố Công tiếp nhận dữ liệu của BHXH Việt Nam để cơ sở KCB tham khảo đề nghị điều chuyển.

b) Về mã thiết bị y tế:

Ngày 21/11/2024, Bộ trưởng Bộ Y tế đã ký ban hành Quyết định số 3514/BYT-QĐ bãi bỏ Quyết định số 5086/QĐ-BYT ngày 04 tháng 11 năm 2021 của Bộ trưởng Bộ Y tế ban hành danh mục dùng chung mã hàng sản xuất vật tư y tế (Đợt 1) và nguyên tắc mã hóa vật tư y tế phục vụ quản lý và giám định, thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế và Quyết định số 2807/QĐ-BYT ngày 13 tháng 10 năm 2022 của Bộ trưởng Bộ Y tế sửa đổi, bổ sung Quyết định số 5086/QĐ-BYT (sau đây gọi là Quyết định số 3514/BYT-QĐ). Điều 2 Quyết định số 3514/BYT-QĐ quy định đối với các thiết bị y tế được cấp mã theo quy định trước ngày Quyết định này có hiệu lực thi hành thì được tiếp tục sử dụng mã đã cấp. Đối với các thiết bị y tế đề nghị cấp mã mới, cơ sở sử dụng mã nhóm thiết bị y tế theo quy định tại Thông tư số 04/2017/TT-BYT ngày 14 tháng 4 năm 2017 của Bộ trưởng Bộ Y tế về ban hành danh mục và tỷ lệ, điều kiện thanh toán đối với thiết bị y tế thuộc phạm vi được hưởng của người tham gia bảo hiểm y tế.

Vì vậy, đề nghị cơ quan BHXH sử dụng mã nhóm thiết bị y tế theo hướng dẫn tại Quyết định số 3514/BYT-QĐ nêu trên.

10. Về thanh toán thuốc, hóa chất, vật tư xét nghiệm, thiết bị y tế

Các khoản 5 và 6 Điều 95 Nghị định số 24/2024/NĐ-CP quy định giá thanh toán thuốc, hóa chất, vật tư xét nghiệm, thiết bị y tế đối với cơ sở y tế tư nhân chọn áp dụng Luật Đấu thầu để tổ chức lựa chọn nhà thầu cung cấp dẫn chiếu quy định tại khoản 3 và 4 Điều 95 của Nghị định số 24/2024/NĐ-CP. Tuy nhiên, khoản 3 và 4 Điều 95 Nghị định số 24/2024/NĐ-CP hết hiệu lực kể từ ngày 01/7/2025.

Đề nghị hướng dẫn giá thanh toán thuốc, hóa chất, vật tư xét nghiệm, thiết bị y tế đối với cơ sở KCB tư nhân chọn áp dụng Luật Đấu thầu.

Trả lời:

- Khoản 4 Điều 69 Nghị định số 188/2025/NĐ-CP quy định như sau:

“4. Trường hợp cơ sở khám bệnh, chữa bệnh tư nhân đã ký hợp đồng cung ứng thuốc, hóa chất, vật tư xét nghiệm, thiết bị y tế trước ngày 01 tháng 07 năm

2025 theo quy định của pháp luật về đấu thầu thì được sử dụng và thanh toán hết số lượng thuốc, hóa chất, vật tư xét nghiệm, thiết bị y tế theo hợp đồng đã ký kết.”

- Điểm b khoản 4 Điều 70 Nghị định số 188/2025/NĐ-CP quy định như sau:

“4. Bãi bỏ các điều, khoản của các văn bản sau đây từ ngày 01 tháng 7 năm 2025:

...

b) Các khoản 3 và 4 Điều 95 của Nghị định số 24/2024/NĐ-CP ngày 27 tháng 02 năm 2024 của Chính phủ quy định chi tiết một số điều và biện pháp thi hành Luật Đấu thầu về lựa chọn nhà thầu.”

Như vậy, theo quy định tại Nghị định số 188/2025/NĐ-CP, các khoản 3 và 4 Điều 95 của Nghị định số 24/2024/NĐ-CP ngày 27 tháng 02 năm 2024 của Chính phủ quy định chi tiết một số điều và biện pháp thi hành Luật Đấu thầu về lựa chọn nhà thầu được bãi bỏ kể từ ngày 01/7/2025. Các khoản 5 và 6 Điều 95 Nghị định số 24/2024/NĐ-CP quy định giá thanh toán thuốc, hóa chất, vật tư xét nghiệm, thiết bị y tế đối với cơ sở y tế tư nhân chọn áp dụng Luật Đấu thầu để tổ chức lựa chọn nhà thầu dẫn chiếu đến các quy định đã bị bãi bỏ nên không còn quy định để áp dụng kể từ ngày 01/7/2024.

Vì vậy, trường hợp cơ sở y tế tư nhân chọn áp dụng Luật Đấu thầu để tổ chức lựa chọn nhà thầu sẽ thực hiện theo các quy định của pháp luật về đấu thầu.

Việc thanh toán thuốc, hóa chất, vật tư xét nghiệm, thiết bị y tế thuộc danh mục do quỹ bảo hiểm y tế chi trả cho các cơ sở KCB tư nhân được thực hiện theo quy định của pháp luật về thanh toán chi phí KCB bảo hiểm y tế tại các thông tư: Thông tư số 37/2024/TT-BYT, Thông tư số 27/2025/TT-BYT và Thông tư số 04/2017/TT-BYT của Bộ trưởng Bộ Y tế.

Riêng đối với trường hợp thuộc khoản 4 Điều 69 Nghị định số 188/2025/NĐ-CP thì áp dụng theo quy định chuyển tiếp này.

11. Ban hành các tài liệu hướng dẫn theo quy định tại khoản 1 Điều 71 Nghị định số 188/2025/NĐ-CP

Khoản 1 Điều 65 Nghị định số 188/2025/NĐ-CP quy định BHXH Việt Nam lập dự toán thu, chi quỹ BHYT trình Hội đồng quản lý BHXH thông qua và gửi về Bộ Tài chính trước ngày 20 tháng 7 hàng năm. Đề nghị Bộ Y tế ban hành các tài liệu hướng dẫn theo quy định tại khoản 1 Điều 71 Nghị định số 188/2025/NĐ-CP để cơ sở KCB và cơ quan BHXH có căn cứ thực hiện.

Trả lời:

Thực hiện quy định tại khoản 1 Điều 71 Nghị định số 188/2025/NĐ-CP, Bộ Y tế đang khẩn trương xây dựng, hướng dẫn theo trách nhiệm được giao. Trong đó bao gồm trách nhiệm được quy định tại điểm h khoản 1 Điều 71 Nghị định số 188/2025/NĐ-CP, Bộ Y tế đã nghiên cứu, dự thảo hướng dẫn việc lập dự kiến chi, điều chỉnh dự kiến chi KCB BHYT và việc xác định số chi KCB BHYT vượt dự

kiến chi được quỹ BHYT thanh toán và đang xin ý kiến của các cơ quan, đơn vị chịu sự tác động để ban hành, làm cơ sở cho các cơ sở KCB, cơ quan BHXH làm tài liệu nghiệp vụ tham khảo thực hiện cho năm 2025. Các quy định của pháp luật hiện hành và Nghị định số 188/2025/NĐ-CP đã có đủ cơ sở pháp lý để thực hiện việc giám định BHYT, đề nghị cơ quan BHXH thực hiện công tác giám định kịp thời theo đúng quy định của pháp luật./.

Nơi nhận:

- Như trên;
- Thứ trưởng Trần Văn Thuấn (để báo cáo);
- Vụ trưởng Vụ BHYT (để báo cáo);
- Vụ các định chế tài chính, Bộ Tài chính;
- Các Vụ, Cục: PC, KHTC, KCB, YDCT;
- Công TTĐT BHYT;
- SYT các tỉnh, thành phố trực thuộc Trung ương;
- Y tế các Bộ ngành;
- Bệnh viện, viện có giường bệnh trực thuộc Bộ;
- Hiệp hội bệnh viện tư nhân;
- Lưu: VT, BH.

TL. BỘ TRƯỞNG
KT. VỤ TRƯỞNG VỤ BẢO HIỂM Y TẾ
PHÓ VỤ TRƯỞNG

Vũ Nữ Anh