

TĐTC 4

Số: 02/2025/NĐ-CP

Hà Nội, ngày 01 tháng 01 năm 2025

CỔNG THÔNG TIN ĐIỆN TỬ CHÍNH PHỦ	
ĐẾN	Chức vụ: C.....
	Ngày: 07/01/2025

**NGHỊ ĐỊNH**

Sửa đổi, bổ sung một số điều 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 Luật Bảo hiểm y tế, đã được sửa đổi, bổ sung một số điều tại Nghị định số 75/2023/NĐ-CP ngày 19 tháng 10 năm 2023 của Chính phủ

Căn cứ Luật Tổ chức Chính phủ ngày 19 tháng 6 năm 2015; Luật sửa đổi, bổ sung một số điều của Luật Tổ chức Chính phủ và Luật Tổ chức chính quyền địa phương ngày 22 tháng 11 năm 2019;

Căn cứ Luật Bảo hiểm y tế ngày 14 tháng 11 năm 2008; Luật sửa đổi, bổ sung một số điều của Luật Bảo hiểm y tế ngày 13 tháng 6 năm 2014 và Luật sửa đổi, bổ sung một số điều của Luật Bảo hiểm y tế ngày 27 tháng 11 năm 2024;

Theo đề nghị của Bộ trưởng Bộ Y tế;

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

**Điều 1. Sửa đổi, bổ sung một số điều 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 Luật Bảo hiểm y tế, đã được sửa đổi, bổ sung một số điều tại Nghị định số 75/2023/NĐ-CP ngày 19 tháng 10 năm 2023 của Chính phủ**

1. Sửa đổi, bổ sung Điều 14 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 Luật Bảo hiểm y tế, đã được sửa đổi, bổ sung tại khoản 5 Điều 1 của Nghị định số 75/2023/NĐ-CP ngày 19 tháng 10 năm 2023 của Chính phủ như sau:

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

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

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

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

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

c) Bà mẹ Việt Nam anh hùng;

d) Thương binh, người hưởng chính sách như thương binh, thương binh loại B, bệnh binh suy giảm khả năng lao động từ 81% trở lên;

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

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

g) Trẻ em dưới 6 tuổi.

3. 100% chi phí khám bệnh, chữa bệnh đối với trường hợp chi phí cho một lần khám bệnh, chữa bệnh thấp hơn 15% mức lương cơ sở.

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

5. Lộ trình thực hiện và tỷ lệ mức hưởng khi khám bệnh, chữa bệnh ngoại trú tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh cấp cơ bản theo quy định tại điểm e và điểm h khoản 4 Điều 22 của Luật Bảo hiểm y tế như sau:

a) Từ ngày 01 tháng 01 năm 2025, khi khám bệnh, chữa bệnh ngoại trú tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh cấp cơ bản đạt số điểm dưới 50 điểm hoặc được tạm xếp cấp cơ bản, người tham gia bảo hiểm y tế được quỹ bảo hiểm y tế thanh toán 100% mức hưởng;

b) Từ ngày 01 tháng 7 năm 2026, khi khám bệnh, chữa bệnh ngoại trú tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh cấp cơ bản đạt số điểm từ 50 điểm đến dưới 70 điểm, người tham gia bảo hiểm y tế được quỹ bảo hiểm y tế thanh toán 50% mức hưởng;

c) Từ ngày 01 tháng 7 năm 2026, khi khám bệnh, chữa bệnh ngoại trú tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh cấp cơ bản mà trước ngày 01 tháng 01 năm 2025 đã được cơ quan có thẩm quyền xác định là tuyến tỉnh hoặc tuyến trung ương hoặc tương đương tuyến tỉnh hoặc tuyến trung ương, người tham gia bảo hiểm y tế được quỹ bảo hiểm y tế thanh toán 50% mức hưởng;

d) Từ ngày 01 tháng 7 năm 2026, khi khám bệnh, chữa bệnh ngoại trú tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh cấp chuyên sâu mà trước ngày 01 tháng 01 năm 2025 đã được cơ quan có thẩm quyền xác định là tuyến tỉnh hoặc tương đương tuyến tỉnh theo quy định tại điểm h khoản 4 Điều 22 của Luật Bảo hiểm y tế, người tham gia bảo hiểm y tế được quỹ bảo hiểm y tế thanh toán 50% mức hưởng.

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

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

a) Người có thẻ bảo hiểm y tế đi khám bệnh, chữa bệnh theo yêu cầu được quỹ bảo hiểm y tế thanh toán phần chi phí khám bệnh, chữa bệnh theo phạm vi được

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

b) Cơ sở khám bệnh, chữa bệnh có trách nhiệm bảo đảm về nhân lực, điều kiện chuyên môn, thiết bị y tế, khả năng cung ứng dịch vụ khám bệnh, chữa bệnh theo đúng hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế đã ký với cơ quan bảo hiểm xã hội và công khai những khoản chi phí mà người bệnh phải chi trả ngoài phạm vi được hưởng và mức hưởng bảo hiểm y tế, phần chi phí chênh lệch và phải thông báo trước cho người bệnh.

8. Trường hợp người tham gia bảo hiểm y tế thay đổi nhóm đối tượng quy định tại Điều 12 của Luật Bảo hiểm y tế theo các quyết định của cơ quan nhà nước có thẩm quyền dẫn đến thay đổi mức hưởng bảo hiểm y tế và phải đổi thẻ bảo hiểm y tế, thông tin về thẻ bảo hiểm y tế thì mức hưởng bảo hiểm y tế mới được tính từ thời điểm thẻ bảo hiểm y tế, thông tin về thẻ bảo hiểm y tế được cấp mới cho người tham gia bảo hiểm y tế có giá trị sử dụng.”.

2. Sửa đổi, bổ sung Điều 15 của Nghị định số 146/2018/NĐ-CP đã được sửa đổi, bổ sung tại khoản 6 Điều 1 của Nghị định số 75/2023/NĐ-CP như sau:

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

1. Người tham gia bảo hiểm y tế khi khám bệnh, chữa bệnh phải xuất trình thông tin về thẻ bảo hiểm y tế theo một trong các trường hợp sau đây:

a) Thẻ bảo hiểm y tế hoặc mã số bảo hiểm y tế; trường hợp thẻ bảo hiểm y tế chưa có ảnh thì phải xuất trình thêm một trong các giấy tờ tùy thân có ảnh: căn cước, căn cước công dân, giấy chứng nhận căn cước, hộ chiếu, tài khoản định danh điện tử mức độ 2 trên ứng dụng VNeID hoặc giấy tờ chứng minh nhân thân khác do cơ quan, tổ chức có thẩm quyền cấp hoặc giấy xác nhận của công an cấp xã hoặc giấy tờ khác có xác nhận của cơ sở giáo dục nơi quản lý học sinh, sinh viên;

b) Căn cước hoặc căn cước công dân hoặc tài khoản định danh điện tử mức độ 2 trên ứng dụng VNeID đã tích hợp thông tin về thẻ bảo hiểm y tế.

2. Đối với trẻ em dưới 6 tuổi chỉ xuất trình thẻ bảo hiểm y tế hoặc mã số bảo hiểm y tế; trường hợp chưa được cấp thẻ bảo hiểm y tế thì xuất trình giấy khai sinh bản gốc hoặc bản sao hoặc trích lục khai sinh, giấy chứng sinh bản gốc hoặc bản sao hoặc căn cước; đối với trẻ vừa sinh, cha hoặc mẹ hoặc thân nhân của trẻ ký xác nhận trên hồ sơ bệnh án hoặc người đại diện cơ sở khám bệnh, chữa bệnh ký xác nhận trên hồ sơ bệnh án trong trường hợp trẻ không có cha, mẹ hoặc thân nhân.

3. Người tham gia bảo hiểm y tế trong thời gian chờ cấp lại thẻ, thay đổi thẻ bảo hiểm y tế hoặc thông tin về thẻ bảo hiểm y tế khi đến khám bệnh, chữa bệnh phải xuất trình giấy tiếp nhận hồ sơ và hẹn trả kết quả cấp, cấp lại và đổi thẻ bảo hiểm y tế, thông tin về thẻ bảo hiểm y tế do cơ quan bảo hiểm xã hội hoặc tổ chức, cá nhân được cơ quan bảo hiểm xã hội ủy quyền tiếp nhận hồ sơ cấp lại thẻ, đổi thẻ

cấp theo Mẫu số 4 Phụ lục ban hành kèm theo Nghị định này và một loại giấy tờ chứng minh về nhân thân của người đó theo quy định tại điểm a khoản 1 Điều này.

4. Người đã hiến bộ phận cơ thể người phải xuất trình thông tin về thẻ bảo hiểm y tế theo quy định tại khoản 1 hoặc khoản 3 Điều này. Trường hợp chưa có thẻ bảo hiểm y tế thì phải xuất trình giấy ra viện do cơ sở khám bệnh, chữa bệnh nơi lấy bộ phận cơ thể người cấp cho người đã hiến bộ phận cơ thể người và một trong các giấy tờ chứng minh nhân thân của người đó: căn cước, căn cước công dân, giấy chứng nhận căn cước, hộ chiếu, tài khoản định danh điện tử mức độ 2 trên ứng dụng VNeID hoặc giấy tờ chứng minh nhân thân khác do cơ quan, tổ chức có thẩm quyền cấp. Trường hợp phải điều trị ngay sau khi hiến thì đại diện của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh nơi lấy bộ phận cơ thể và người bệnh hoặc thân nhân của người bệnh ký xác nhận vào hồ sơ bệnh án.

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

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

3. Sửa đổi, bổ sung điểm c khoản 1 Điều 16 của Nghị định số 146/2018/NĐ-CP như sau:

“c) Bản chụp quyết định xếp cấp hoặc tạm xếp cấp chuyên môn kỹ thuật cho cơ sở khám bệnh, chữa bệnh của cơ quan có thẩm quyền; đối với trường hợp quy định tại điểm đ và điểm h khoản 4 Điều 22 của Luật Bảo hiểm y tế và điểm c khoản 5 Điều 14 của Nghị định này còn phải có bản chụp văn bản của cơ quan có thẩm quyền xác định cơ sở khám bệnh, chữa bệnh đã được xếp tuyến chuyên môn kỹ thuật trước ngày 01 tháng 01 năm 2025. Các văn bản này phải có đóng dấu của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh”.

4. Bổ sung điểm g vào sau điểm e khoản 2 Điều 21 của Nghị định số 146/2018/NĐ-CP đã được sửa đổi, bổ sung tại điểm d khoản 7 Điều 1 của Nghị định số 75/2023/NĐ-CP như sau:

“g) Cơ quan có thẩm quyền xếp cấp chuyên môn kỹ thuật quy định tại khoản 3 Điều 90 của Nghị định số 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 có trách nhiệm công khai danh sách các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh được xếp cấp kèm theo số điểm trên Cổng thông tin điện tử của cơ quan và trên hệ thống thông tin về quản lý hoạt động khám bệnh, chữa bệnh.

Cơ sở khám bệnh, chữa bệnh có trách nhiệm công khai kết quả xếp cấp chuyên môn kỹ thuật kèm theo số điểm trên Trang thông tin điện tử của cơ sở và tại nơi đón tiếp người bệnh.”.

5. Sửa đổi, bổ sung khoản 1 Điều 26 của Nghị định số 146/2018/NĐ-CP như sau:

“1. Người tham gia bảo hiểm y tế thuộc đối tượng quy định tại các khoản 3, 4, 7, 8, 9 và 11 Điều 3 của Nghị định này trong trường hợp cấp cứu hoặc đang điều trị nội trú phải chuyển cơ sở khám bệnh, chữa bệnh theo quy định tại Điều 27 của Luật Bảo hiểm y tế.”.

6. Bổ sung các khoản 11, 12 và 13 vào sau khoản 10 Điều 27 của Nghị định số 146/2018/NĐ-CP như sau:

“11. Cơ sở khám bệnh, chữa bệnh tư nhân đề xuất thanh toán chi phí dịch vụ khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế theo giá khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế của dịch vụ kỹ thuật đó do Hội đồng nhân dân cấp tỉnh quy định hoặc phê duyệt cho các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh của nhà nước trên địa bàn tỉnh, thành phố trực thuộc trung ương (tỉnh), chịu trách nhiệm về đề xuất của mình và được quỹ bảo hiểm y tế thanh toán theo nguyên tắc cụ thể như sau:

a) Cơ sở khám bệnh, chữa bệnh tư nhân cấp chuyên sâu được thanh toán không cao hơn giá dịch vụ khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế cao nhất của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh 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 cơ sở khám bệnh, chữa bệnh cấp chuyên sâu của nhà nước trên địa bàn tỉnh;

b) Cơ sở khám bệnh, chữa bệnh tư nhân cấp cơ bản được thanh toán không cao hơn giá dịch vụ khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế cao nhất của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh cấp cơ bản của nhà nước trên địa bàn tỉnh;

c) Cơ sở khám bệnh, chữa bệnh tư nhân cấp ban đầu được thanh toán không cao hơn giá dịch vụ khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế thấp nhất của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh cấp cơ bản của nhà nước trên địa bàn tỉnh;

d) Cơ sở khám bệnh, chữa bệnh tư nhân thực hiện các dịch vụ kỹ thuật đã được cơ quan có thẩm quyền phê duyệt danh mục nhưng chưa được Hội đồng nhân dân cấp tỉnh quy định hoặc phê duyệt giá cho cơ sở khám bệnh, chữa bệnh của nhà nước trên địa bàn tỉnh, được thanh toán không cao hơn dịch vụ khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế cao nhất của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh của nhà nước có cùng cấp chuyên môn kỹ thuật thuộc tỉnh giáp ranh hoặc tỉnh khác trên toàn quốc trong trường hợp cơ sở khám bệnh, chữa bệnh của nhà nước thuộc tỉnh giáp ranh không có giá của dịch vụ kỹ thuật đó theo nguyên tắc quy định tại các điểm a, b và c khoản này.

12. Trường hợp cơ sở khám bệnh, chữa bệnh của nhà nước thực hiện các dịch vụ kỹ thuật đã được cơ quan có thẩm quyền phê duyệt danh mục nhưng chưa

được cơ quan có thẩm quyền quy định hoặc phê duyệt giá cho cơ sở khám bệnh, chữa bệnh đó thì được thanh toán không cao hơn giá dịch vụ khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế cao nhất của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh của nhà nước có cùng cấp chuyên môn kỹ thuật trên địa bàn tỉnh hoặc tỉnh giáp ranh hoặc tỉnh khác trên toàn quốc trong trường hợp cơ sở khám bệnh, chữa bệnh của nhà nước thuộc tỉnh giáp ranh không có giá của dịch vụ kỹ thuật đó theo nguyên tắc quy định tại các điểm a, b, c và d khoản 11 Điều này.

13. Trường hợp cơ sở khám bệnh, chữa bệnh của nhà nước thực hiện dịch vụ kỹ thuật đã được cơ quan có thẩm quyền phê duyệt danh mục (trừ các dịch vụ chăm sóc đã tính trong chi phí ngày giường điều trị, các dịch vụ là một công đoạn đã được tính trong chi phí của dịch vụ khác) nhưng chưa được cơ quan có thẩm quyền quy định hoặc phê duyệt giá dịch vụ kỹ thuật cho cơ sở khám bệnh, chữa bệnh trên toàn quốc hoặc dịch vụ kỹ thuật đã được chỉ định thực hiện nhưng vì nguyên nhân diễn biến bệnh hoặc thể trạng người bệnh nên không thể tiếp tục thực hiện được kỹ thuật đã chỉ định, cơ sở khám bệnh, chữa bệnh được thanh toán chi phí thực hiện dịch vụ khám bệnh, chữa bệnh cụ thể như sau:

a) Thanh toán theo số lượng thực tế các loại thuốc, thiết bị y tế thuộc phạm vi thanh toán của quỹ bảo hiểm y tế đã sử dụng cho người bệnh và giá mua theo quy định của pháp luật;

b) Thanh toán chi phí tiền lương, tiền công, phụ cấp, các khoản đóng góp và phụ cấp phẫu thuật, thủ thuật (nếu có) theo mức do Bộ trưởng Bộ Y tế quy định”.

7. Thay thế cụm từ tại một số điều, khoản sau đây:

a) Thay cụm từ “hạng bệnh viện” bằng cụm từ “cấp chuyên môn kỹ thuật” tại khoản 2 Điều 16 của Nghị định số 146/2018/NĐ-CP;

b) Thay cụm từ “chuyển tuyến” bằng cụm từ “chuyển người bệnh” tại điểm a và điểm b khoản 2 Điều 26 của Nghị định số 146/2018/NĐ-CP;

c) Thay cụm từ “lên tuyến trên” bằng cụm từ “đến cơ sở khám bệnh, chữa bệnh theo yêu cầu chuyên môn” tại điểm b khoản 2 Điều 26 của Nghị định số 146/2018/NĐ-CP;

d) Thay cụm từ “chỉ đạo tuyến” bằng cụm từ “chỉ đạo chuyên môn kỹ thuật” tại khoản 7 Điều 27 của Nghị định số 146/2018/NĐ-CP;

đ) Thay cụm từ “cùng hạng, cùng tuyến” bằng cụm từ “cùng cấp chuyên môn kỹ thuật” tại điểm b khoản 1 Điều 21 của Nghị định số 146/2018/NĐ-CP được sửa đổi, bổ sung tại điểm a khoản 7 Điều 1 của Nghị định số 75/2023/NĐ-CP, điểm d khoản 5 Điều 42 của Nghị định số 146/2018/NĐ-CP được sửa đổi, bổ sung tại điểm c khoản 10 Điều 1 của Nghị định số 75/2023/NĐ-CP;

e) Thay cụm từ “tuyến huyện và tương đương” bằng cụm từ “cấp cơ bản mà trước ngày 01 tháng 01 năm 2025 đã được cơ quan có thẩm quyền xác định là

tuyển huyện hoặc cơ sở khám bệnh, chữa bệnh cấp cơ bản đạt số điểm từ dưới 50 hoặc được tạm xếp cấp cơ bản”; “tuyển tỉnh và tương đương” bằng cụm từ “cấp cơ bản mà trước ngày 01 tháng 01 năm 2025 đã được cơ quan có thẩm quyền xác định là tuyển tỉnh hoặc cơ sở khám bệnh, chữa bệnh cấp cơ bản đạt số điểm từ 50 điểm đến dưới 70 điểm”; “tuyển trung ương và tương đương” bằng cụm từ “cấp chuyên sâu” tại Điều 30 của Nghị định số 146/2018/NĐ-CP;

g) Thay cụm từ “tuyển dưới” bằng cụm từ “cơ sở khám bệnh, chữa bệnh” tại Mẫu số 7 Hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế ban hành kèm theo Nghị định số 146/2018/NĐ-CP được sửa đổi, bổ sung tại khoản 1 Điều 2 của Nghị định số 75/2023/NĐ-CP.

8. Sửa đổi, bổ sung một số cụm từ tại Mẫu số 4 Giấy tiếp nhận hồ sơ và hẹn trả kết quả cấp, cấp lại và đổi thẻ bảo hiểm y tế Phụ lục ban hành kèm theo Nghị định số 146/2018/NĐ-CP như sau:

a) Sửa đổi, bổ sung cụm từ “cấp, cấp lại và đổi thẻ bảo hiểm y tế” thành “cấp, cấp lại và đổi thẻ bảo hiểm y tế, thông tin về thẻ bảo hiểm y tế”;

b) Sửa đổi, bổ sung cụm từ “cấp lại, gộp, đổi, điều chỉnh thông tin đã ghi trên thẻ bảo hiểm y tế” thành “cấp lại, gộp, đổi, điều chỉnh thông tin đã ghi trên thẻ bảo hiểm y tế hoặc thông tin về thẻ bảo hiểm y tế”;

c) Sửa đổi, bổ sung cụm từ “Phiếu hẹn thay thế thẻ bảo hiểm y tế” thành “Phiếu hẹn thay thế thẻ bảo hiểm y tế, thông tin về thẻ bảo hiểm y tế”;

d) Thay cụm từ “chứng minh nhân dân” bằng “căn cước hoặc căn cước công dân”.

**Điều 2.** Bãi bỏ Mẫu số 5 Giấy hẹn khám lại và Mẫu số 6 Giấy chuyển tuyến khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế của Phụ lục ban hành kèm theo Nghị định số 146/2018/NĐ-CP được sửa đổi, bổ sung tại khoản 1 Điều 2 của Nghị định số 75/2023/NĐ-CP.

### **Điều 3. Hiệu lực thi hành**

Nghị định này có hiệu lực thi hành từ ngày 01 tháng 01 năm 2025.

### **Điều 4. Quy định chuyển tiếp**

1. Người tham gia bảo hiểm y tế vào cơ sở khám bệnh, chữa bệnh để khám bệnh, chữa bệnh trước ngày Nghị định này có hiệu lực nhưng kết thúc khám bệnh, chữa bệnh từ ngày Nghị định này có hiệu lực thì được quỹ bảo hiểm y tế thanh toán trong phạm vi được hưởng và mức hưởng theo quy định của Luật Bảo hiểm y tế và quy định tại khoản 1 Điều 1 của Nghị định này.

2. Giấy hẹn khám lại, Giấy chuyển tuyến khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế, Giấy tiếp nhận hồ sơ và hẹn trả kết quả cấp, cấp lại và đổi thẻ bảo hiểm y tế được cấp trước ngày 01 tháng 01 năm 2025 mà còn thời hạn sử dụng sau ngày 01 tháng 01 năm 2025 được tiếp tục sử dụng cho đến khi các loại giấy này hết giá trị sử dụng.

## Điều 5. Trách nhiệm thi hành

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

### Nơi nhận:

- Ban Bí thư Trung ương Đảng;
- Thủ tướng, các Phó Thủ tướng Chính phủ;
- Các bộ, cơ quan ngang bộ, cơ quan thuộc Chính phủ;
- HĐND, UBND các tỉnh, thành phố trực thuộc trung ương;
- Văn phòng Trung ương và các Ban của Đảng;
- Văn phòng Tổng Bí thư;
- Văn phòng Chủ tịch nước;
- Hội đồng Dân tộc và các Ủy ban của Quốc hội;
- Văn phòng Quốc hội;
- Tòa án nhân dân tối cao;
- Viện kiểm sát nhân dân tối cao;
- Ủy ban Giám sát tài chính Quốc gia;
- Kiểm toán nhà nước;
- Ngân hàng Chính sách xã hội;
- Ngân hàng Phát triển Việt Nam;
- Ủy ban trung ương Mặt trận Tổ quốc Việt Nam;
- Cơ quan trung ương của các đoàn thể;
- VPCP: BTCN, các PCN, Trợ lý TTg, TGĐ Công TTĐT, các Vụ, Cục, đơn vị trực thuộc, Công báo;
- Lưu: VT, KGVX (2b)<sub>100</sub>

**TM. CHÍNH PHỦ**  
**KT. THỦ TƯỚNG**  
**PHÓ THỦ TƯỚNG**



**Lê Thành Long**