

SỞ TƯ PHÁP TỈNH TUYỀN QUANG

TÌM HIỂU

Quy định 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 về phạm vi được hưởng, mức hưởng của người tham gia bảo hiểm y tế

Ngày 01/7/2025, Chính phủ đã ban hành Nghị định số 188/2025/NĐ-CP Quy định chi tiết và hướng dẫn thi hành một số điều của Luật Bảo hiểm y tế (sau đây viết tắt là Nghị định số 188/2025/NĐ-CP).

Sở Tư pháp tỉnh Tuyền Quang trân trọng giới thiệu quy định của Nghị định số 188/2025/NĐ-CP về phạm vi được hưởng, mức hưởng của người tham gia bảo hiểm y tế.

I. Phạm vi hưởng về chi phí vận chuyển người bệnh

Điều 14 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 quy định về phạm vi hưởng về chi phí vận chuyển người bệnh như sau:

1. Người tham gia bảo hiểm y tế thuộc các đối tượng sau trong trường hợp đang điều trị nội trú hoặc cấp cứu phải chuyển cơ sở khám bệnh, chữa bệnh được thanh toán chi phí vận chuyển:

a) Sĩ quan quân đội nhân dân, quân nhân chuyên nghiệp đang tại ngũ; sĩ quan, hạ sĩ quan nghiệp vụ và sĩ quan, hạ sĩ quan chuyên môn kỹ thuật đang công tác trong lực lượng công an nhân dân; người làm công tác cơ yếu hưởng lương như đối với quân nhân;

b) Hạ sĩ quan, binh sĩ quân đội nhân dân đang tại ngũ; hạ sĩ quan, chiến sĩ nghĩa vụ trong công an nhân dân; học viên quân đội, học viên công an, học viên cơ yếu hưởng sinh hoạt phí là người Việt Nam;

c) Học viên quân đội, học viên công an, học viên cơ yếu hưởng sinh hoạt phí là người nước ngoài;

d) Học viên đào tạo sĩ quan dự bị từ 03 tháng trở lên chưa tham gia bảo hiểm xã hội, bảo hiểm y tế;

đ) Dân quân thường trực;

e) Người có công với cách mạng theo quy định của Pháp lệnh Ưu đãi người có công với cách mạng; cựu chiến binh;

g) Trẻ em dưới 6 tuổi;

h) Thân nhân của liệt sĩ, người có công nuôi dưỡng liệt sĩ theo quy định của Pháp lệnh Ưu đãi người có công với cách mạng;

i) Người thuộc hộ gia đình nghèo; người dân tộc thiểu số thuộc hộ gia đình cận nghèo đang cư trú tại xã, thôn thuộc vùng đồng bào dân tộc thiểu số và miền núi; người dân tộc thiểu số đang cư trú tại vùng có điều kiện kinh tế - xã hội khó khăn; người đang cư trú tại vùng có điều kiện kinh tế - xã hội đặc biệt khó khăn; người đang sinh sống tại xã đảo, đặc khu;

k) Người đang hưởng trợ cấp xã hội hằng tháng; người đang hưởng trợ cấp nuôi dưỡng hằng tháng theo quy định của pháp luật có liên quan; người đang hưởng trợ cấp tuất hằng tháng mà thuộc đối tượng hưởng trợ cấp xã hội.

2. Quỹ bảo hiểm y tế thanh toán chi phí vận chuyển người bệnh cho cơ sở khám bệnh, chữa bệnh chuyên người bệnh đi căn cứ vào giá dịch vụ vận chuyển người bệnh cụ thể như sau:

a) Đối với cơ sở khám bệnh, chữa bệnh của Nhà nước, thanh toán theo giá dịch vụ vận chuyển người bệnh được cấp có thẩm quyền phê duyệt hoặc quy định giá;

b) Đối với cơ sở khám bệnh, chữa bệnh tư nhân, áp dụng giá dịch vụ vận chuyển người bệnh của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh của Nhà nước làm căn cứ đề nghị quỹ bảo hiểm y tế thanh toán thực hiện theo nguyên tắc tương tự như thanh toán chi phí dịch vụ kỹ thuật trong khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế đối với cơ sở khám bệnh, chữa bệnh tư nhân.

3. Trường hợp chưa có giá dịch vụ vận chuyển người bệnh, chi phí vận chuyển được quỹ bảo hiểm y tế thanh toán được xác định dựa trên các căn cứ như sau:

a) Căn cứ khoảng cách thực tế giữa hai cơ sở khám bệnh, chữa bệnh;

b) Mức thanh toán chi phí nhiên liệu được tính theo định mức 0,2 lít xăng được tiêu dùng phổ biến cho 01 km và không áp dụng tỷ lệ, mức hưởng theo quy định tại Điều 22 của Luật Bảo hiểm y tế. 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.

4. Đối với cơ sở khám bệnh, chữa bệnh cung cấp dịch vụ vận chuyển người bệnh trong trường hợp chưa có giá dịch vụ vận chuyển người bệnh được cấp có thẩm quyền phê duyệt hoặc quy định giá, quỹ bảo hiểm y tế thanh toán như sau:

a) Thanh toán chi phí vận chuyển cả chiều đi và về cho cơ sở khám bệnh, chữa bệnh nơi chuyển người bệnh đi theo đơn giá trên hóa đơn mua xăng hoặc dầu căn cứ theo loại xăng hoặc dầu thực tế tiêu thụ của phương tiện vận chuyển người bệnh nhưng không cao hơn mức thanh toán chi phí nhiên liệu theo quy định;

b) Trường hợp phương tiện vận chuyển người bệnh không sử dụng nhiên liệu là xăng, dầu thì áp dụng mức thanh toán chi phí nhiên liệu theo quy định về mức thanh toán chi phí nhiên liệu nêu trên;

c) Trường hợp có nhiều hơn 01 (một) người bệnh cùng được vận chuyển trên một phương tiện thì mức thanh toán được tính theo mức quy định đối với vận chuyển 01 người bệnh;

d) Cơ sở khám bệnh, chữa bệnh chỉ định chuyển người bệnh đi có trách nhiệm tổng hợp toàn bộ chi phí vận chuyển và thanh toán với cơ quan bảo hiểm xã hội. Nhân viên y tế của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh nơi tiếp nhận người bệnh chuyển đến ký xác nhận trên phiếu điều xe của cơ sở chuyển người bệnh đi.

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 hóa 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 căn cứ khoảng cách thực tế giữa hai cơ sở khám bệnh, chữa bệnh và mức thanh toán chi phí nhiên liệu nêu trên;

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 hóa 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.

II. Mức hưởng bảo hiểm y tế của một số đối tượng, trường hợp

Điều 15 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 quy định về mức hưởng bảo hiểm y tế của một số đối tượng, trường hợp như sau:

1. Người tham gia bảo hiểm y tế được quỹ bảo hiểm y tế thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh trong phạm vi được hưởng với mức hưởng như sau:

a) 100% chi phí khám bệnh, chữa bệnh đối với đối tượng sau:

- Người dân các xã an toàn khu cách mạng trong kháng chiến chống Pháp hoặc chống Mỹ hiện đang thường trú tại các xã an toàn khu cách mạng trong kháng chiến chống Pháp hoặc chống Mỹ đã được cập nhật thông tin trong Cơ sở dữ liệu quốc gia về dân cư, Cơ sở dữ liệu về cư trú tham gia bảo hiểm y tế theo nhóm do ngân sách nhà nước đóng.

- Người tham gia kháng chiến, bảo vệ Tổ quốc, làm nghĩa vụ quốc tế và các đối tượng khác đã được ngân sách nhà nước đóng bảo hiểm y tế theo quy định tại các văn bản quy phạm pháp luật ban hành trước ngày 01 tháng 01 năm 2025 tham gia bảo hiểm y tế theo nhóm do ngân sách nhà nước đóng.

b) 80% chi phí khám bệnh, chữa bệnh đối với các đối tượng sau:

- Công nhân cao su đang hưởng trợ cấp hằng tháng theo quy định của Chính phủ tham gia bảo hiểm y tế theo nhóm do cơ quan bảo hiểm xã hội đóng.

- Người được phong tặng danh hiệu nghệ nhân nhân dân, nghệ nhân ưu tú thuộc hộ gia đình có mức thu nhập bình quân đầu người hằng tháng thấp hơn mức lương cơ sở theo quy định của Chính phủ tham gia bảo hiểm y tế theo nhóm do ngân sách nhà nước đóng.

- Nạn nhân bom mìn vật nổ sau chiến tranh tham gia bảo hiểm y tế theo nhóm được ngân sách nhà nước hỗ trợ mức đóng.

- Thân nhân của người làm công tác khác trong tổ chức cơ yếu tham gia bảo hiểm y tế theo nhóm do người sử dụng lao động đóng hoặc người lao động đóng hoặc cùng đóng.

- Học viên đào tạo quân sự Ban Chỉ huy quân sự cấp xã trình độ cao đẳng, đại học ngành quân sự cơ sở hệ tập trung theo quyết định của Thủ tướng Chính phủ và các quy định của pháp luật trước ngày 01 tháng 01 năm 2025 đang hưởng sinh hoạt phí từ ngân sách nhà nước tham gia bảo hiểm y tế theo nhóm do ngân sách nhà nước đóng.

2. Người tham gia bảo hiểm y tế thuộc các đối tượng sau khi đi khám bệnh, chữa bệnh tại các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế không thuộc thẩm quyền quản lý của Bộ Quốc phòng, Bộ Công an được quỹ bảo hiểm y tế thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh theo mức hưởng quy định tại Điều 11 của Nghị định số 70/2015/NĐ-CP ngày 01 tháng 9 năm 2015 của Chính phủ 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:

- Sĩ quan quân đội nhân dân, quân nhân chuyên nghiệp đang tại ngũ; sĩ quan, hạ sĩ quan nghiệp vụ và sĩ quan, hạ sĩ quan chuyên môn kỹ thuật đang công tác trong lực lượng công an nhân dân; người làm công tác cơ yếu hưởng lương như đối với quân nhân.

- Hạ sĩ quan, binh sĩ quân đội nhân dân đang tại ngũ; hạ sĩ quan, chiến sĩ nghĩa vụ trong công an nhân dân; học viên quân đội, học viên công an, học viên cơ yếu hưởng sinh hoạt phí là người Việt Nam.

- Học viên quân đội, học viên công an, học viên cơ yếu hưởng sinh hoạt phí là người nước ngoài.
- Học viên đào tạo sĩ quan dự bị từ 03 tháng trở lên chưa tham gia bảo hiểm xã hội, bảo hiểm y tế.
- Dân quân thường trực.

III. Đối tượng không áp dụng tỷ lệ thanh toán thuốc, thiết bị y tế, dịch vụ kỹ thuật y tế theo quy định của Bộ trưởng Bộ Y tế

Điều 16 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 quy định đối tượng không áp dụng tỷ lệ thanh toán thuốc, thiết bị y tế, dịch vụ kỹ thuật y tế theo quy định của Bộ trưởng Bộ Y tế, gồm:

1. Người hoạt động cách mạng trước ngày 01 tháng 01 năm 1945.
2. Người hoạt động cách mạng từ ngày 01 tháng 01 năm 1945 đến ngày khởi nghĩa tháng Tám năm 1945.
3. Bà mẹ Việt Nam anh hùng.
4. 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.
5. Thương binh, người hưởng chính sách như thương binh, thương binh loại B, bệnh binh khi điều trị vết thương, bệnh tật tái phát.
6. Người hoạt động kháng chiến bị nhiễm chất độc hóa học có tỷ lệ suy giảm khả năng lao động từ 81% trở lên.
7. Trẻ em dưới 6 tuổi.

IV. Áp dụng mức hưởng bảo hiểm y tế đối với một số trường hợp

Điều 17 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 quy định về áp dụng mức hưởng bảo hiểm y tế đối với một số trường hợp như sau:

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 là thấp hơn 15% mức lương cơ sở.
2. Người tham gia bảo hiểm y tế được hưởng 100% chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế được áp dụng đối với các trường hợp sau:
 - Người tham gia bảo hiểm y tế khi khám bệnh, chữa bệnh tại nơi đăng ký khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế ban đầu; chuyển người bệnh giữa các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế.

- 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, khám bệnh, chữa bệnh tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh cấp cơ bản phù hợp với nơi tạm trú, lưu trú mới.

- 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.

- Người tham gia bảo hiểm y tế đi khám bệnh, chữa bệnh tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh trong trường hợp cấp cứu.

3. Người tham gia bảo hiểm y tế được hưởng 95% và 80% chi phí khám bệnh, chữa bệnh được áp dụng đối với các trường hợp sau, trừ trường hợp được hưởng hưởng 100% chi phí khám bệnh, chữa bệnh.

- 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, khám bệnh, chữa bệnh tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh cấp cơ bản phù hợp với nơi tạm trú, lưu trú mới.

- 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.

- Người tham gia bảo hiểm y tế đi khám bệnh, chữa bệnh tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh trong trường hợp cấp cứu.

4. Người tham gia bảo hiểm y tế thuộc nhiều trường hợp có mức hưởng khác nhau thì áp dụng theo trường hợp có mức hưởng cao nhất.

V. Áp dụng mức hưởng đối với trường hợp có thời gian tham gia bảo hiểm y tế 05 năm liên tục trở lên

Điều 18 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 quy định về áp dụng mức hưởng đối với trường hợp có thời gian tham gia bảo hiểm y tế 05 năm liên tục trở lên như sau:

1. Một số trường hợp được tính là thời gian tham gia bảo hiểm y tế liên tục để áp dụng mức hưởng khi có thời gian tham gia bảo hiểm y tế 5 năm liên tục trở lên được quy định cụ thể như sau:

a) Trường hợp gián đoạn tham gia bảo hiểm y tế trong vòng 90 ngày được tính là thời gian tham gia bảo hiểm y tế liên tục;

b) Người được cơ quan có thẩm quyền cử đi công tác, học tập, làm việc hoặc theo chế độ phu nhân, phu quân hoặc con đẻ, con nuôi hợp pháp dưới 18 tuổi đi theo bố hoặc mẹ công tác nhiệm kỳ tại cơ quan Việt Nam ở nước ngoài thì thời gian ở nước ngoài được tính là thời gian tham gia bảo hiểm y tế;

c) Người lao động khi đi lao động ở nước ngoài theo Luật Người lao động Việt Nam đi làm việc ở nước ngoài theo hợp đồng và các trường hợp được cơ quan nhà nước cử đi làm việc ở nước ngoài thì thời gian đã tham gia bảo hiểm y tế trước khi đi lao động, làm việc ở nước ngoài được tính là thời gian đã tham gia bảo hiểm y tế nếu khi về nước tiếp tục tham gia bảo hiểm y tế trong thời gian 30 ngày kể từ ngày nhập cảnh;

d) Người lao động trong thời gian làm thủ tục đề nghị hưởng trợ cấp thất nghiệp theo quy định của Luật Việc làm trừ thời gian từ ngày chấm dứt hợp đồng lao động hoặc hợp đồng làm việc đến ngày được nộp hồ sơ đề nghị hưởng trợ cấp thất nghiệp thì thời gian đã tham gia bảo hiểm y tế trước đó được tính là thời gian đã tham gia bảo hiểm y tế;

đ) Đối tượng sau khi nghỉ hưu, xuất ngũ, chuyển ngành hoặc thôi việc thì thời gian học tập, công tác trong quân đội nhân dân, công an nhân dân và tổ chức cơ yếu được tính là thời gian tham gia bảo hiểm y tế. Trường hợp không đủ cơ sở để xác định thời gian tham gia bảo hiểm y tế, cơ quan bảo hiểm xã hội căn cứ vào một trong các giấy tờ do đơn vị quân đội, công an, cơ yếu cấp có thể hiện quá trình công tác như: Sổ bảo hiểm xã hội, quyết định phục viên xuất ngũ, thôi việc; lý lịch: quân nhân, công nhân và viên chức quốc phòng, công an nhân dân, cơ yếu; giấy xác nhận quá trình công tác của đơn vị cấp trung đoàn và tương đương trở lên để xác định thời gian tham gia bảo hiểm y tế cho đối tượng:

- Sĩ quan quân đội nhân dân, quân nhân chuyên nghiệp đang tại ngũ; sĩ quan, hạ sĩ quan nghiệp vụ và sĩ quan, hạ sĩ quan chuyên môn kỹ thuật đang công tác trong lực lượng công an nhân dân; người làm công tác cơ yếu hưởng lương như đối với quân nhân.

- Hạ sĩ quan, binh sĩ quân đội nhân dân đang tại ngũ; hạ sĩ quan, chiến sĩ nghĩa vụ trong công an nhân dân; học viên quân đội, học viên công an, học viên cơ yếu hưởng sinh hoạt phí là người Việt Nam.

- Học viên đào tạo sĩ quan dự bị từ 03 tháng trở lên chưa tham gia bảo hiểm xã hội, bảo hiểm y tế.

e) Đối tượng là dân quân thường trực khi thôi thực hiện nghĩa vụ dân quân thường trực thì thời gian thực hiện nghĩa vụ được tính là thời gian tham gia bảo hiểm y tế.

2. Thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh đối với người bệnh có thời gian tham gia bảo hiểm y tế 05 năm liên tục trở lên và có số tiền cùng chi trả chi phí khám bệnh, chữa bệnh trong năm lớn hơn 06 tháng lương cơ sở như sau:

a) Quỹ bảo hiểm y tế thanh toán 100% chi phí khám bệnh, chữa bệnh trong phạm vi được hưởng của người tham gia bảo hiểm y tế kể từ thời điểm người bệnh đồng thời đạt đủ điều kiện tham gia bảo hiểm y tế 05 năm liên tục trở lên và có số tiền cùng chi trả chi phí khám bệnh, chữa bệnh trong năm tài chính lớn hơn 06 tháng lương cơ sở đến hết ngày 31 tháng 12 của năm đó; 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 chi phí điều trị được xác định theo từng năm để tính số tiền cùng chi trả;

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;

c) Trường hợp mức lương cơ sở thay đổi trong năm, cách xác định số tiền còn lại phải cùng chi trả từ thời điểm mức lương cơ sở thay đổi đến hết ngày 31 tháng 12 năm đó như sau:

$$(6 - \frac{\text{Tổng số tiền đã cùng chi trả từ ngày 01 tháng 01 đến trước ngày thay đổi mức lương cơ sở}}{\text{Mức lương cơ sở cũ}}) \times \text{Mức lương cơ sở mới}$$

Đối với các trường hợp có số tiền cùng chi trả từ ngày 01 tháng 01 đến trước ngày thay đổi mức lương cơ sở trong năm đã đủ hoặc vượt quá 6 tháng lương cơ sở thì được hưởng quyền lợi theo quy định và không áp dụng công thức này.

VI. 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

Điều 19 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 quy định về

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 như sau:

1. 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, trừ 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.

2. 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.

3. 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.

4. 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, người tham gia bảo hiểm y tế được quỹ bảo hiểm y tế thanh toán 50% mức hưởng.

VII. Mức hưởng đối với trường hợp người tham gia bảo hiểm y tế đi khám bệnh, chữa bệnh theo yêu cầu

Điều 20 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 quy định về mức hưởng đối với trường hợp người tham gia bảo hiểm y tế đi khám bệnh, chữa bệnh theo yêu cầu như sau:

1. 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 và mức hưởng của pháp luật về bảo hiểm y tế. Phần chênh lệch giữa chi phí dịch vụ khám bệnh, chữa bệnh theo yêu cầu với chi phí được quỹ bảo hiểm y tế thanh toán do người bệnh thanh toán cho cơ sở khám bệnh, chữa bệnh.

2. Cơ sở khám bệnh, chữa bệnh có trách nhiệm bảo đảm về nhân lực, điều kiện chuyên môn, công khai những khoản chi phí mà người bệnh phải chi trả ngoài phạm vi được hưởng và mức hưởng bảo hiểm y tế, phần chi phí chênh lệch và phải thông báo trước cho người bệnh.

VIII. Quy định thời điểm áp dụng mức hưởng bảo hiểm y tế trong trường hợp có nhiều mức hưởng hoặc thay đổi mức hưởng

Điều 21 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 quy định về thời điểm áp dụng mức hưởng bảo hiểm y tế trong trường hợp có nhiều mức hưởng hoặc thay đổi mức hưởng như sau:

1. Trường hợp người tham gia bảo hiểm y tế có mức hưởng thuộc nhiều trường hợp thì được hưởng theo mức hưởng cao nhất.

2. Trường hợp chuyển đổi mức hưởng bảo hiểm y tế thì mức hưởng bảo hiểm y tế mới được tính từ thời điểm thẻ bảo hiểm y tế mới có giá trị sử dụng. Người bệnh có thẻ bảo hiểm y tế khi đang trong quá trình điều trị nội trú mà có thay đổi về mức hưởng bảo hiểm y tế có trách nhiệm cung cấp thông tin về thẻ liên quan đến việc thay đổi mức hưởng. Cơ sở khám bệnh, chữa bệnh có trách nhiệm kiểm tra quyền lợi, mức hưởng của người tham gia bảo hiểm y tế trước khi kết thúc lượt khám bệnh, chữa bệnh, ra viện./.