

SỞ TƯ PHÁP TỈNH TUYÊN QUANG

TÌM HIỂU

**Quy định của 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 phương thức thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh 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 Tuyên Quang trân trọng giới thiệu quy định của Nghị định số 188/2025/NĐ-CP về phương thức thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế.

I. Phương thức thanh toán theo giá dịch vụ

Điều 39 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 phương thức thanh toán theo giá dịch vụ như sau:

1. Phương thức thanh toán theo giá dịch vụ là phương thức thanh toán dựa trên giá dịch vụ khám bệnh, chữa bệnh và các chi phí trong kết cấu giá dịch vụ khám bệnh, chữa bệnh theo quy định của pháp luật về khám bệnh, chữa bệnh nhưng chưa được tính trong giá làm căn cứ xác định mức thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh của quỹ bảo hiểm y tế.

2. Mức thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh của quỹ bảo hiểm y tế được xác định như sau:

a) Đối với cơ sở khám bệnh, chữa bệnh của Nhà nước, quỹ bảo hiểm y tế thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế bằng giá dịch vụ khám bệnh, chữa bệnh thuộc danh mục do quỹ bảo hiểm y tế thanh toán được cấp có thẩm quyền quy định hoặc phê duyệt;

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. 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.

3. Đối với các chi phí khám bệnh, chữa bệnh trong phạm vi hưởng, mức hưởng của người tham gia bảo hiểm y tế trong kết cấu giá dịch vụ khám bệnh, chữa bệnh theo lộ trình và quy định của pháp luật về khám bệnh, chữa bệnh nhưng chưa được tính trong giá, quỹ bảo hiểm y tế thanh toán theo số lượng thực tế sử dụng, giá mua theo quy định của pháp luật về đấu thầu hoặc theo mức thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh của quỹ bảo hiểm y tế đối với cơ sở khám bệnh, chữa bệnh tư nhân; chi phí máu, chế phẩm máu thanh toán theo quy định của Bộ trưởng Bộ Y tế.

II. Phương thức thanh toán theo định suất

Điều 40 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 phương thức thanh toán theo định suất như sau:

1. Thanh toán theo định suất được áp dụng đối với khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế ngoại trú.

2. Phạm vi thanh toán theo định suất bao gồm chi phí khám bệnh, chữa bệnh ngoại trú trong phạm vi được hưởng và mức hưởng của người có thẻ bảo hiểm y tế.

3. Bảo hiểm xã hội Việt Nam xác định quỹ định suất thực hiện trong năm dựa trên tổng số chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế ngoại trú thực tế và số dự kiến chi khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế trong năm theo quy định để cơ quan bảo hiểm xã hội thông báo cho cơ sở khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế.

4. Trường hợp kinh phí định suất còn dư trong năm, cơ sở khám bệnh, chữa bệnh được giữ lại một phần kinh phí và được hạch toán vào nguồn thu sự nghiệp của đơn vị; phần kinh phí còn lại được chuyển về quỹ bảo hiểm y tế để điều tiết.

5. Trường hợp kinh phí định suất bội chi trong năm, cơ sở khám bệnh, chữa bệnh tự cân đối trong nguồn thu của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh theo quy định; trường hợp cơ sở khám bệnh, chữa bệnh bội chi kinh phí định suất trong 02 năm liên tiếp thì được xem xét điều chỉnh cho năm tiếp theo.

6. Bộ trưởng Bộ Y tế xác định các bệnh, nhóm bệnh, dịch vụ y tế và các chi phí không thuộc phạm vi thanh toán theo định suất, hướng dẫn kỹ thuật xác định, việc tổ chức thực hiện thanh toán theo định suất.

7. Bộ Y tế chủ trì, phối hợp với Bộ Tài chính quy định giao kinh phí định suất, điều tiết phần kinh phí còn dư, xác định phần kinh phí còn dư cơ sở khám bệnh, chữa bệnh được giữ lại và lộ trình thanh toán theo định suất.

III. Phương thức thanh toán theo nhóm chẩn đoán

Điều 41 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 phương thức thanh toán theo nhóm chẩn đoán như sau:

1. Thanh toán theo nhóm chẩn đoán (DRG) là thanh toán theo mức chi phí được xác định trước cho từng nhóm chẩn đoán tương đồng về đặc tính lâm sàng và nguồn lực cần thiết, không phụ thuộc vào chi phí thực tế sử dụng trong khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế.

2. Phạm vi thanh toán theo nhóm chẩn đoán bao gồm chi phí khám bệnh, chữa bệnh trong phạm vi được hưởng và mức hưởng của người có thẻ bảo hiểm y tế khi khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế nội trú và điều trị ban ngày.

3. Bộ trưởng Bộ Y tế quy định phạm vi dữ liệu được sử dụng trong xây dựng phương thức thanh toán theo DRG, danh mục DRG; nguyên tắc, phương pháp, kỹ thuật xây dựng, điều chỉnh thuật toán phân loại DRG và hạch toán chi phí để tính tham số thanh toán theo DRG, xác định mức chi phí, tổng quỹ DRG; hướng dẫn việc tổ chức thực hiện, lộ trình thanh toán theo nhóm chẩn đoán.

4. Bảo hiểm xã hội Việt Nam xác định danh mục DRG, dự kiến tổng chi phí DRG, trọng số tương đối (relative weight), mức thanh toán cơ bản (base rate) và hệ số điều chỉnh theo quy định và gửi Bộ Y tế để ban hành, đồng thời gửi dữ liệu chi phí khám bệnh, chữa bệnh đã sử dụng trong xây dựng DRG để lưu trữ và phục vụ công tác thẩm định, ban hành.

IV. Áp dụng phương thức thanh toán

Điều 42 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 phương thức thanh toán như sau:

1. Chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế của các dịch vụ y tế đã được thanh toán theo một phương thức thanh toán thì không được thanh toán trùng theo phương thức khác.

2. Phương thức thanh toán được áp dụng tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh được nêu cụ thể trong hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh với cơ quan bảo hiểm xã hội./.