

Số: 74/2025/NĐ-CP

Hà Nội, ngày 31 tháng 3 năm 2025

**NGHỊ ĐỊNH**

**Sửa đổi, bổ sung một số điều 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**

*Căn cứ Luật Tổ chức Chính phủ ngày 18 tháng 02 năm 2025;*

*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 Quốc phòng;*

*Chính phủ ban hành Nghị định sửa đổi, bổ sung một số điều 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.*

**Điều 1. Sửa đổi, bổ sung một số điều 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**

1. Sửa đổi, bổ sung Điều 1 như sau:

**“Điều 1. Phạm vi điều chỉnh**

1. Nghị định này quy định chi tiết và hướng dẫn thi hành một số điều của Luật Bảo hiểm y tế số 25/2008/QH12 ngày 14 tháng 11 năm 2008, đã được sửa đổi, bổ sung bởi Luật số 46/2014/QH13 ngày 13 tháng 6 năm 2014 và Luật số 51/2024/QH15 ngày 27 tháng 11 năm 2024 (sau đây gọi chung là Luật Bảo hiểm y tế) đối với các đối tượng quy định tại các điểm a, b, c, d và đ khoản 3 Điều 12 của Luật Bảo hiểm y tế, bao gồm các nội dung: Mức đóng, trách nhiệm đóng và phương thức đóng bảo hiểm y tế; thẻ bảo hiểm y tế; phạm vi được hưởng, mức hưởng bảo hiểm y tế, thanh toán chi phí vận chuyển người bệnh trong trường hợp

đang điều trị nội trú hoặc cấp cứu phải chuyển cơ sở khám bệnh, chữa bệnh; khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế; quản lý, sử dụng phần kinh phí dành cho khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế; giám định bảo hiểm y tế; thanh toán, quyết toán bảo hiểm y tế; việc thanh toán, quyết toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế đối với các đối tượng theo quy định tại điểm c khoản 4 của Điều 31 của Luật Bảo hiểm y tế.”.

2. Quỹ bảo hiểm y tế bảo đảm khám bệnh, chữa bệnh thường xuyên đối với đối tượng quy định tại các khoản 1, 2, 3 và 4 Điều 2 Nghị định này. Ngân sách nhà nước bảo đảm chi phí khám bệnh, chữa bệnh ngoài phạm vi được hưởng của quỹ bảo hiểm y tế ở khu vực biển đảo xa bờ.

Các nhiệm vụ khác về quân y, y tế của quân đội, công an, cơ yếu thực hiện theo quy định của Chính phủ về tiêu chuẩn vật chất hậu cần đối với quân nhân, công an nhân dân và người làm công tác cơ yếu.

3. Việc bảo đảm y tế cho nhiệm vụ sẵn sàng chiến đấu, thiên tai, thảm họa, dịch bệnh truyền nhiễm thuộc nhóm A hoặc tình trạng khẩn cấp và thời chiến đối với quân đội, công an, cơ yếu thực hiện theo quy định của pháp luật liên quan.”.

2. Sửa đổi, bổ sung Điều 2 như sau:

**“Điều 2. Đối tượng áp dụng**

1. Người tham gia bảo hiểm y tế thuộc Bộ Quốc phòng quản lý gồm:

- a) Sĩ quan quân đội nhân dân, quân nhân chuyên nghiệp đang tại ngũ;
- b) Hạ sĩ quan, binh sĩ quân đội nhân dân đang tại ngũ, học viên quân đội hưởng sinh hoạt phí là người Việt Nam;
- c) Học viên đào tạo sĩ quan dự bị từ 03 tháng trở lên chưa tham gia bảo hiểm xã hội, bảo hiểm y tế;
- d) Học viên quân đội hưởng sinh hoạt phí là người nước ngoài.

2. Người tham gia bảo hiểm y tế thuộc Bộ Công an quản lý gồm:

- a) 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;
- b) Hạ sĩ quan, chiến sĩ nghĩa vụ trong lực lượng công an nhân dân;
- c) Học viên công an nhân dân hưởng sinh hoạt phí là người Việt Nam;
- d) Học viên công an hưởng sinh hoạt phí là người nước ngoài.

3. Người làm công tác cơ yếu tham gia bảo hiểm y tế gồm:

a) Người làm công tác cơ yếu hưởng lương như đối với quân nhân đang công tác tại Ban Cơ yếu Chính phủ;

b) Học viên cơ yếu hưởng sinh hoạt phí là người Việt Nam;

c) Người làm công tác cơ yếu hưởng lương như đối với quân nhân đang công tác tại tổ chức cơ yếu thuộc các Bộ, ngành, địa phương trừ Bộ Quốc phòng, Bộ Công an;

d) Học viên cơ yếu hưởng sinh hoạt phí là người nước ngoài.

4. Dân quân thường trực.

5. Cơ quan, đơn vị thuộc Bộ Quốc phòng, Bộ Công an, Ban Cơ yếu Chính phủ; cơ quan, tổ chức có liên quan đến thực hiện bảo hiểm y tế đối với quân đội nhân dân, công an nhân dân, người làm công tác cơ yếu và Nhân dân quy định tại điểm c khoản 4 Điều 31 của Luật Bảo hiểm y tế.”.

3. Sửa đổi, bổ sung khoản 1 Điều 4 như sau:

“1. Mức đóng bảo hiểm y tế hằng tháng được xác định theo tỷ lệ phần trăm của tiền lương làm căn cứ đóng bảo hiểm xã hội bắt buộc theo quy định của Luật Bảo hiểm xã hội hoặc mức tham chiếu theo quy định của Luật Bảo hiểm y tế, cụ thể:

a) Bằng 4,5% tiền lương tháng đối với đối tượng quy định tại điểm a khoản 1, điểm a khoản 2, điểm a và điểm c khoản 3 Điều 2 Nghị định này;

b) Bằng 4,5% mức tham chiếu đối với đối tượng quy định tại các điểm b, c và d khoản 1, các điểm b, c và d khoản 2, điểm b và d khoản 3, khoản 4 Điều 2 Nghị định này;

c) Bằng 4,5% mức tham chiếu đối với đối tượng quy định tại điểm a khoản 1, điểm a khoản 2, điểm a và điểm c khoản 3 Điều 2 Nghị định này khi nghỉ việc hưởng chế độ ốm đau từ 14 ngày làm việc trở lên trong tháng hoặc khi nghỉ thai sản từ 14 ngày làm việc trở lên trong tháng theo quy định của pháp luật về bảo hiểm xã hội.”.

4. Sửa đổi, bổ sung Điều 5 như sau:

**“Điều 5. Trách nhiệm đóng, phương thức đóng bảo hiểm y tế**

1. Ngân sách nhà nước bảo đảm toàn bộ kinh phí đóng bảo hiểm y tế cho đối tượng quy định tại các khoản 1, 2, 3 và 4 Điều 2 Nghị định này theo phân cấp ngân sách hiện hành. Việc quản lý, sử dụng và quyết toán kinh phí đóng bảo hiểm y tế thực hiện theo quy định của pháp luật về ngân sách nhà nước.



2. Hằng năm, các Bộ, cơ quan ngang Bộ và các cơ quan, đơn vị ở địa phương xây dựng dự toán kinh phí đóng bảo hiểm y tế cho các đối tượng quản lý quy định tại Điều 2 Nghị định này, tổng hợp trong dự toán ngân sách nhà nước của đơn vị gửi về cơ quan tài chính cùng cấp theo quy định của Luật Ngân sách nhà nước và các văn bản hướng dẫn thi hành Luật.

3. Hằng năm, Bảo hiểm xã hội Quân đội, Bảo hiểm xã hội Công an nhân dân, Bảo hiểm xã hội tỉnh, thành phố trực thuộc Trung ương tổng hợp số tiền đóng bảo hiểm y tế theo trường hợp quy định tại điểm c khoản 1 Điều 4 Nghị định này gửi Bảo hiểm xã hội Việt Nam để đảm bảo kinh phí đóng bảo hiểm y tế.

4. Việc quản lý, sử dụng và quyết toán số thu, nộp bảo hiểm y tế theo quy định của pháp luật về bảo hiểm y tế và pháp luật có liên quan:

a) Trước ngày cuối cùng của tháng đầu mỗi quý, các cơ quan, đơn vị quản lý đối tượng theo phân cấp thực hiện đóng bảo hiểm y tế quý trước theo mức đóng quy định về Bảo hiểm xã hội Quân đội, Bảo hiểm xã hội Công an nhân dân và Bảo hiểm xã hội tỉnh, thành phố trực thuộc Trung ương;

b) Hằng năm, Bảo hiểm xã hội Quân đội có trách nhiệm báo cáo quyết toán phần thu, nộp bảo hiểm y tế của đối tượng quy định tại khoản 1 và các điểm a, b và d khoản 3 Điều 2 Nghị định này, Bảo hiểm xã hội Công an nhân dân có trách nhiệm báo cáo quyết toán phần thu, nộp bảo hiểm y tế của đối tượng quy định tại khoản 2 Điều 2 Nghị định này; Bảo hiểm xã hội tỉnh, thành phố trực thuộc Trung ương có trách nhiệm báo cáo quyết toán phần thu, nộp bảo hiểm y tế của đối tượng quy định tại điểm c khoản 3, khoản 4 Điều 2 Nghị định này với Bảo hiểm xã hội Việt Nam.

5. Đối tượng quy định tại các điểm a, b, c của các khoản 1, 2 và 3 Điều 2 Nghị định này được cử đi học tập hoặc công tác tại nước ngoài thì không phải đóng bảo hiểm y tế; thời gian đó được tính là thời gian tham gia bảo hiểm y tế cho đến ngày có quyết định trở lại của cơ quan, tổ chức cử đi.”.

5. Sửa đổi, bổ sung điểm c khoản 1 và khoản 2 Điều 6 như sau:

a) Sửa đổi, bổ sung điểm c khoản 1 Điều 6 như sau:

“c) Mẫu thẻ và phôi thẻ bảo hiểm y tế của đối tượng quy định tại điểm c khoản 3 và khoản 4 Điều 2 Nghị định này do Bảo hiểm xã hội Việt Nam phát hành và quản lý.”.

b) Sửa đổi, bổ sung khoản 2 Điều 6 như sau:

“2. Thẻ bảo hiểm y tế do Bảo hiểm xã hội Quân đội; Bảo hiểm xã hội Công

an nhân dân phát hành có giá trị sử dụng tối đa không quá 60 tháng cụ thể như sau:

a) Đối tượng tại các khoản 1, 2 và 3 Điều 2 Nghị định này tham gia bảo hiểm y tế lần đầu, thẻ bảo hiểm y tế có giá trị sử dụng kể từ ngày thuộc đối tượng đóng bảo hiểm y tế.

Khi đối tượng quy định tại các khoản 1, 2 và 3 Điều 2 Nghị định này thôi phục vụ trong quân đội, công an, cơ yếu hoặc chuyển sang đối tượng khác theo quyết định của cấp có thẩm quyền, thẻ bảo hiểm y tế có giá trị sử dụng đến ngày cuối cùng của tháng thôi phục vụ, chuyển đối tượng và các trường hợp quy định tại khoản 2 Điều 9 Nghị định này.

Trường hợp được cấp có thẩm quyền kéo dài thời hạn phục vụ tại ngũ hoặc được cử đi đào tạo thì thời hạn thẻ có giá trị sử dụng được nối tiếp với ngày hết hạn sử dụng thẻ lần trước đến hết thời hạn được kéo dài hoặc đi đào tạo;

b) Thẻ bảo hiểm y tế của học viên quân đội, học viên công an, học viên cơ yếu hưởng sinh hoạt phí là người Việt Nam có giá trị từ ngày nhập học đến ngày 31 tháng 12 của năm tốt nghiệp các trường quân đội, công an, cơ yếu;

c) Thẻ bảo hiểm y tế của học viên quân đội, học viên công an, học viên cơ yếu hưởng sinh hoạt phí là người nước ngoài có giá trị từ ngày thuộc đối tượng đóng bảo hiểm y tế đến hết thời gian học tập, công tác tại các nhà trường, cơ quan, đơn vị quân đội, công an, cơ yếu.”.

6. Sửa đổi, bổ sung Điều 7 như sau:

#### **“Điều 7. Cấp thẻ bảo hiểm y tế**

1. Thẻ bảo hiểm y tế của đối tượng quy định tại các khoản 1, 2, 3 và 4 Điều 2 Nghị định này do Bảo hiểm xã hội Quân đội hoặc Bảo hiểm xã hội Công an nhân dân hoặc Bảo hiểm xã hội tỉnh, thành phố trực thuộc Trung ương cấp theo đối tượng quản lý. Bảo hiểm xã hội Quân đội, Bảo hiểm xã hội Công an nhân dân cấp thẻ bảo hiểm y tế cho người tham gia bằng bản giấy, bản điện tử và có giá trị pháp lý như nhau.

Thời điểm cấp thẻ bảo hiểm y tế bản điện tử do Bộ trưởng Bộ Quốc phòng, Bộ trưởng Bộ Công an quyết định.

2. Hồ sơ, thời hạn cấp thẻ bảo hiểm y tế được thực hiện theo quy định tại Điều 17 của Luật Bảo hiểm y tế và quy định của Chính phủ.

3. Trình tự, thủ tục cấp thẻ bảo hiểm y tế trong Bộ Quốc phòng:

a) Trong thời hạn 30 ngày kể từ ngày phát sinh đối tượng tham gia bảo hiểm y tế, đơn vị được phân cấp quản lý phải hoàn thành việc cấp thẻ bảo hiểm y tế cho



các đối tượng, cụ thể:

Trong thời hạn 05 ngày làm việc kể từ ngày phát sinh đối tượng tham gia bảo hiểm y tế, đơn vị được phân cấp quản lý phải hướng dẫn đối tượng kê khai tờ khai tham gia bảo hiểm y tế kiểm tra tính hợp pháp và độ chính xác, tổng hợp, lập danh sách các đối tượng tham gia bảo hiểm y tế của đơn vị mình kèm theo dữ liệu điện tử, tờ khai và có văn bản đề nghị gửi đến cơ quan nhân sự đơn vị cấp trung đoàn và tương đương. Trường hợp tờ khai không hợp lệ, đơn vị quản lý trực tiếp hướng dẫn đối tượng hoàn thiện tờ khai theo quy định.

Trong thời hạn 05 ngày làm việc kể từ ngày nhận hồ sơ đề nghị của đơn vị quản lý trực tiếp, đơn vị cấp trung đoàn và tương đương có văn bản, danh sách đề nghị kèm theo dữ liệu điện tử gửi đến cơ quan nhân sự đơn vị cấp sư đoàn và tương đương.

Trong thời hạn 05 ngày làm việc kể từ ngày nhận được văn bản đề nghị của đơn vị cấp trung đoàn và tương đương kèm theo danh sách các đối tượng tham gia bảo hiểm y tế và tờ khai hợp lệ của đối tượng, đơn vị cấp sư đoàn và tương đương tổng hợp danh sách báo cáo cơ quan nhân sự đơn vị cấp trực thuộc Bộ Quốc phòng để quản lý, đồng thời, gửi văn bản đề nghị cấp thẻ bảo hiểm y tế kèm theo danh sách và tệp dữ liệu điện tử gửi Bảo hiểm xã hội Quân đội.

Trong thời hạn 05 ngày làm việc kể từ ngày nhận đủ hồ sơ theo quy định, Bảo hiểm xã hội Quân đội phải cấp thẻ bảo hiểm y tế và chuyển về đơn vị cho người tham gia bảo hiểm y tế; trường hợp không cấp thẻ, Bảo hiểm xã hội Quân đội phải có văn bản trả lời đơn vị và nêu rõ lý do;

b) Hồ sơ cấp thẻ bảo hiểm y tế được gửi trực tiếp hoặc qua đường quân bưu hoặc qua đường truyền dữ liệu quân sự đến Bảo hiểm xã hội Quân đội;

c) Cấp thẻ bảo hiểm y tế trong trường hợp chuyển đổi từ đối tượng tham gia bảo hiểm y tế thuộc nhóm khác sang đối tượng quy định tại khoản 1 và điểm a, điểm b khoản 3 Điều 2 Nghị định này, thực hiện như sau: Ngay sau khi tiếp nhận, đơn vị hướng dẫn kê khai, lập danh sách cấp thẻ bảo hiểm y tế, báo cáo đơn vị cấp sư đoàn và tương đương để tổng hợp, chuyển về Bảo hiểm xã hội Quân đội kèm theo thẻ bảo hiểm y tế cũ (nếu có) để thu hồi. Thẻ bảo hiểm y tế mới có thời hạn sử dụng từ ngày quyết định tuyển dụng, tuyển chọn, phong quân hàm điều động của cấp có thẩm quyền có hiệu lực thi hành;

d) Cấp thẻ bảo hiểm y tế từ lần thứ hai trở đi, thực hiện như sau: Trước 30 ngày, tính đến thời điểm thẻ bảo hiểm y tế của đối tượng hết hạn sử dụng, đơn vị

cấp sư đoàn và tương đương có trách nhiệm gửi văn bản đến Bảo hiểm xã hội Quân đội đề nghị gia hạn và in thẻ. Trong thời hạn 05 ngày làm việc, kể từ ngày nhận được văn bản đề nghị, Bảo hiểm xã hội Quân đội thực hiện in thẻ và danh sách cấp thẻ gửi về cho đơn vị, trường hợp không cấp phải có văn bản trả lời và nêu rõ lý do;

đ) Định kỳ 6 tháng, một năm các cơ quan, đơn vị tổng hợp báo cáo kết quả thực hiện cấp, quản lý sử dụng thẻ bảo hiểm y tế theo trình tự đến Bảo hiểm xã hội Quân đội.

#### 4. Trình tự, thủ tục cấp thẻ bảo hiểm y tế trong Bộ Công an:

a) Trong thời hạn 30 ngày kể từ ngày phát sinh đối tượng tham gia bảo hiểm y tế, đơn vị quản lý trực tiếp hướng dẫn đối tượng kê khai tờ khai tham gia bảo hiểm y tế lần đầu, gửi cơ quan tổ chức cán bộ của công an cấp tỉnh hoặc đơn vị trực thuộc Bộ Công an để tập hợp, lập danh sách đề nghị cấp thẻ bảo hiểm y tế gửi Bảo hiểm xã hội Công an nhân dân kèm theo dữ liệu điện tử và văn bản đề nghị. Trường hợp đơn vị quản lý trực tiếp được phân cấp thì lập danh sách gửi Bảo hiểm xã hội Công an nhân dân kèm theo dữ liệu điện tử và văn bản đề nghị;

b) Cấp thẻ bảo hiểm y tế từ lần thứ hai trở đi, thực hiện như sau: Trước 30 ngày tính đến thời điểm thẻ bảo hiểm y tế của đối tượng hết hạn sử dụng, đơn vị quản lý trực tiếp có trách nhiệm rà soát, cập nhật thông tin và thực hiện theo nội dung quy định tại điểm a khoản này;

c) Trong thời hạn 05 ngày làm việc, kể từ ngày nhận đủ hồ sơ theo quy định, Bảo hiểm xã hội Công an nhân dân thực hiện cấp thẻ bảo hiểm y tế và gửi đến đơn vị đề nghị để cấp cho đối tượng, trường hợp không cấp phải có văn bản trả lời và nêu rõ lý do;

d) Hồ sơ cấp thẻ bảo hiểm y tế được gửi trực tiếp hoặc qua đường giao liên hoặc kênh truyền điện tử nội bộ đến Bảo hiểm xã hội Công an nhân dân;

đ) Ngay sau khi tiếp nhận đối tượng tham gia bảo hiểm y tế thuộc nhóm khác chuyển đổi sang đối tượng quy định tại khoản 2 Điều 2 Nghị định này, đơn vị quản lý trực tiếp hướng dẫn kê khai, lập danh sách cấp thẻ bảo hiểm y tế và thực hiện theo quy định tại điểm a khoản này kèm theo thẻ bảo hiểm y tế cũ (nếu có) để thu hồi và thực hiện cấp thẻ bảo hiểm y tế mới. Thẻ bảo hiểm y tế mới có thời hạn sử dụng từ ngày quyết định tuyển dụng, điều động của cấp có thẩm quyền có hiệu lực thi hành.

#### 5. Bảo hiểm xã hội tỉnh, thành phố trực thuộc Trung ương cấp thẻ bảo hiểm



y tế cho đối tượng quy định tại điểm c khoản 3, khoản 4 Điều 2 Nghị định này theo quy định của pháp luật.”.

7. Sửa đổi, bổ sung khoản 2, khoản 3 Điều 8 như sau:

a) Sửa đổi, bổ sung khoản 2 Điều 8 như sau:

“2. Việc đổi thẻ bảo hiểm y tế thực hiện theo quy định tại Điều 19 của Luật Bảo hiểm y tế.

Trường hợp người tham gia bảo hiểm y tế được điều động đến làm việc ở vùng có điều kiện kinh tế xã hội khó khăn, đặc biệt khó khăn hoặc xã đảo, huyện đảo và ngược lại được đổi thẻ bảo hiểm y tế”.

b) Bổ sung khoản 3 Điều 8 như sau:

“3. Hồ sơ, trình tự, thủ tục cấp lại, đổi thẻ bảo hiểm y tế

Khi đối tượng có nhu cầu cấp lại hoặc đổi thẻ bảo hiểm y tế, đơn vị được phân cấp quản lý có trách nhiệm hướng dẫn đối tượng làm đơn đề nghị, đồng thời lập danh sách kèm theo dữ liệu điện tử và văn bản đề nghị gửi cơ quan bảo hiểm xã hội.

Trình tự thực hiện cấp lại, đổi thẻ bảo hiểm y tế thực hiện theo quy định tại khoản 3, khoản 4 Điều 7 Nghị định này. Trong thời hạn 07 ngày làm việc, kể từ ngày nhận đủ hồ sơ theo quy định, Bảo hiểm xã hội Quân đội, Bảo hiểm xã hội Công an nhân dân, Bảo hiểm xã hội tỉnh, thành phố trực thuộc Trung ương phải cấp lại, đổi thẻ bảo hiểm y tế; trường hợp không cấp lại, đổi thẻ, Bảo hiểm xã hội Quân đội, Bảo hiểm xã hội Công an nhân dân, Bảo hiểm xã hội tỉnh, thành phố trực thuộc Trung ương phải trả lời bằng văn bản và nêu rõ lý do. Trong thời gian chờ cấp lại, đổi thẻ bảo hiểm y tế, đối tượng tham gia bảo hiểm y tế khi đi khám bệnh, chữa bệnh thực hiện theo quy định tại khoản 5 Điều 15 Nghị định này và được hưởng đầy đủ quyền lợi về bảo hiểm y tế.”.

8. Sửa đổi tên Điều và bổ sung khoản 4 Điều 9 như sau:

a) Sửa đổi tên Điều 9 như sau:

**“Điều 9. Quản lý, thu hồi, tạm giữ thẻ bảo hiểm y tế”.**

b) Bổ sung khoản 4 Điều 9 như sau:

“4. Quản lý thẻ bảo hiểm y tế:

a) Các đối tượng quy định tại điểm a khoản 1, điểm a và điểm c khoản 3 Điều 2 Nghị định này, thực hiện như sau: Cơ quan quân y lập sổ đăng ký, theo dõi



đối tượng đi khám bệnh, chữa bệnh theo quy định;

b) Các đối tượng còn lại quy định tại khoản 1, khoản 3 Điều 2 Nghị định này trừ đối tượng được cử đi học tại các trường ngoài quân đội, thực hiện như sau: Cơ quan quân y đơn vị quản lý; nếu đơn vị không có quân y, thủ trưởng đơn vị quản lý trực tiếp quy định người quản lý thẻ, khi có nhu cầu khám bệnh, chữa bệnh, đơn vị quản lý giao thẻ bảo hiểm y tế cho đối tượng sử dụng. Kết thúc đợt khám bệnh, chữa bệnh, đối tượng có trách nhiệm báo cáo kết quả khám bệnh, chữa bệnh và nộp lại thẻ bảo hiểm y tế cho đơn vị để quản lý;

c) Đối với đối tượng quy định tại điểm c khoản 3 và khoản 4 Điều 2 Nghị định này thực hiện theo quy định của tỉnh, thành phố trực thuộc Trung ương và bảo hiểm xã hội địa phương về quản lý thẻ bảo hiểm y tế.”.

9. Sửa đổi, bổ sung khoản 1 và khoản 2 Điều 10 như sau:

a) Sửa đổi, bổ sung khoản 1 Điều 10 như sau:

“1. Phạm vi được hưởng bảo hiểm y tế đối với đối tượng quy định tại các khoản 1, 2, 3 và 4 Điều 2 Nghị định này thực hiện theo quy định tại Điều 21 Luật Bảo hiểm y tế”.

b) Sửa đổi, bổ sung khoản 2 Điều 10 như sau:

“2. Ngoài phạm vi được hưởng bảo hiểm y tế quy định tại khoản 1 Điều này, đối tượng quy định tại các khoản 1, 2, 3 và 4 Điều 2 Nghị định này còn được chi trả các chi phí khám bệnh, chữa bệnh theo quy định tại Điều 22 của Luật Bảo hiểm y tế bao gồm: Thuốc, hóa chất, thiết bị y tế được cấp phép lưu hành tại Việt Nam và các dịch vụ kỹ thuật y tế được cấp có thẩm quyền phê duyệt theo chỉ định của chuyên môn và không thuộc các trường hợp quy định tại Điều 23 Luật Bảo hiểm y tế”.

10. Sửa đổi, bổ sung Điều 11, như sau:

**“Điều 11. Mức hưởng bảo hiểm y tế:**

1. Đối tượng quy định tại các khoản 1, 2, 3 và 4 Điều 2 Nghị định này được quỹ bảo hiểm y tế thanh toán 100% chi phí khám bệnh, chữa bệnh theo phạm vi quy định tại Điều 10 Nghị định này và không áp dụng tỷ lệ, mức thanh toán theo quy định tại điểm c, d khoản 2 Điều 21 của Luật Bảo hiểm y tế trong các trường hợp sau:

a) Khám bệnh, chữa bệnh đúng quy định tại Điều 26 và Điều 27 của Luật Bảo hiểm y tế;

b) Khám bệnh, chữa bệnh nội trú tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh cấp

chuyên sâu đối với đối tượng quy định tại điểm b khoản 4 Điều 22 của Luật Bảo hiểm y tế;

c) Khám bệnh, chữa bệnh tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh cấp ban đầu; khám bệnh, chữa bệnh nội trú tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh cấp cơ bản;

d) Khám bệnh, chữa bệnh tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh cấp cơ bản, cấp chuyên sâu mà trước ngày 01 tháng 01 năm 2025 đã được cơ quan có thẩm quyền xác định là tuyến huyện; khám bệnh, chữa bệnh nội 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;

đ) Trường hợp đi công tác, học tập, nghỉ phép được khám bệnh, chữa bệnh tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế thuận tiện, phù hợp với nơi công tác, học tập, nghỉ phép.

2. Đối tượng quy định tại các khoản 1, 2 và 3 Điều 2 Nghị định này thuộc diện quản lý của Trung ương hoặc của Bộ Quốc phòng, Bộ Công an hoặc của tỉnh, thành phố thì ngoài quyền lợi về khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế, còn được thực hiện theo quy định của Trung ương hoặc của Bộ Quốc phòng, Bộ Công an hoặc của tỉnh, thành phố trực thuộc Trung ương.

3. Đối tượng quy định tại các khoản 1, 2, 3 và 4 Điều 2 Nghị định này tự đi khám bệnh, chữa bệnh không đúng cơ sở đăng ký khám bệnh, chữa bệnh ban đầu và quy định về chuyển cơ sở khám bệnh, chữa bệnh được quỹ bảo hiểm y tế thanh toán theo phạm vi được hưởng quy định tại Điều 10 Nghị định này và không áp dụng tỷ lệ, mức thanh toán đối với một số thuốc, hóa chất, thiết bị y tế, dịch vụ kỹ thuật y tế theo quy định của Bộ trưởng Bộ y tế theo quy định tại điểm c, d khoản 2 Điều 21 của Luật Bảo hiểm y tế, với mức hưởng như sau:

a) 100% chi phí khám bệnh, chữa bệnh tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh cấp cơ bản, cấp chuyên sâu đối với 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 theo quy định của Bộ trưởng Bộ Y tế hoặc theo yêu cầu nhiệm vụ;

b) 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 chưa được chấm điểm, người tham gia bảo hiểm y tế được quỹ bảo hiểm y tế thanh toán 100% chi phí khám bệnh, chữa bệnh trừ trường hợp cơ sở khám bệnh, chữa bệnh cấp cơ bản quy định tại điểm d khoản này;

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 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% chi phí khám bệnh, chữa bệnh;

đ) 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% chi phí khám bệnh, chữa bệnh;

đ) 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% chi phí khám bệnh, chữa bệnh;

e) 40% chi phí khám bệnh, chữa bệnh nội trú tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh cấp chuyên sâu, trừ trường hợp quy định tại điểm b, d khoản 1 Điều này và điểm a khoản này;

g) Phần còn lại của chi phí khám bệnh, chữa bệnh quy định tại khoản 3 Điều này (nếu có) do người bệnh tự thanh toán với cơ sở khám bệnh, chữa bệnh.

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

a) Quỹ bảo hiểm y tế thanh toán phần chi phí khám bệnh, chữa bệnh trong phạm vi quy định tại khoản 1 Điều 21 của Luật Bảo hiểm y tế và mức hưởng theo quy định tại Điều 22 của Luật Bảo hiểm y tế. Phần 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 tự thanh toán với 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, mức hưởng bảo hiểm y tế, phần chi phí chênh lệch và phải thông báo trước cho người bệnh.

#### 5. Chi phí vận chuyển

a) Quỹ bảo hiểm y tế thanh toán chi phí vận chuyển cho đối tượng quy định tại các khoản 1, 2, 3 và 4 Điều 2 Nghị định này trong trường hợp đang điều trị nội

trú hoặc cấp cứu phải chuyển cơ sở khám bệnh, chữa bệnh theo chỉ định chuyên môn hoặc theo yêu cầu nhiệm vụ;

b) Mức thanh toán chi phí vận chuyển đối với đối tượng quy định tại các khoản 1, 2, 3 và 4 Điều 2 Nghị định này thực hiện theo quy định tại 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 một số điều tại Nghị định số 75/2023/NĐ-CP ngày 19 tháng 10 năm 2023 và Nghị định số 02/2025/NĐ-CP ngày 01 tháng 01 năm 2025 của Chính phủ;

c) Việc vận chuyển đối tượng quy định tại Điều 2 Nghị định này bị thương, bị bệnh tại các vùng biển đảo, vùng sâu, vùng xa bằng máy bay quân sự được thanh toán từ ngân sách nhà nước và thực hiện theo quy định của Bộ trưởng Bộ Quốc phòng.”.

11. Sửa đổi, bổ sung khoản 2 Điều 15 như sau:

“2. Trường hợp đi công tác, học tập, nghỉ phép, ngoài quy định tại khoản 1 Điều này người bệnh phải xuất trình văn bản cử đi công tác hoặc thông báo nhập học hoặc giấy nghỉ phép hoặc giấy giới thiệu của thủ trưởng đơn vị cấp trung đoàn trở lên, chậm nhất là trước khi ra viện.”.

12. Bổ sung khoản 4 và khoản 5 Điều 16 như sau:

“4. Cơ quan có thẩm quyền xếp cấp chuyên môn kỹ thuật đối với các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh của Bộ Quốc phòng, Bộ Công an quản lý có trách nhiệm công khai danh sách các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh được xếp cấp chuyên môn kỹ thuật kèm theo số điểm trên cổng thông tin điện tử của Bộ Quốc phòng, Bộ Công an và trên hệ thống thông tin về quản lý hoạt động khám bệnh, chữa bệnh.

5. 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.”.

13. Sửa đổi, bổ sung khoản 2 và khoản 3 Điều 17 như sau:

a) Sửa đổi, bổ sung khoản 2 Điều 17 như sau:

“2. Bảo hiểm xã hội Quân đội, Bảo hiểm xã hội Công an nhân dân tổ chức giám định bảo hiểm y tế đối với người tham gia bảo hiểm y tế đến khám bệnh, chữa bệnh tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh ký hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế với Bảo hiểm xã hội Quân đội, Bảo hiểm xã hội Công an nhân dân và gửi kết quả giám định đối với các đối tượng không thuộc Bộ Quốc phòng, Bộ Công an quản lý về Bảo hiểm xã hội Việt Nam.”.

b) Sửa đổi, bổ sung khoản 3 Điều 17 như sau:



“3. Bảo hiểm xã hội tỉnh, thành phố trực thuộc Trung ương giám định bảo hiểm y tế đối với đối tượng quy định tại các khoản 1, 2, 3 và 4 Điều 2 Nghị định này đến khám bệnh, chữa bệnh tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh ký hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế với Bảo hiểm xã hội tỉnh, thành phố trực thuộc Trung ương và báo cáo kết quả giám định về Bảo hiểm xã hội Việt Nam.”.

14. Sửa đổi, bổ sung khoản 1, điểm c khoản 3 và khoản 4 Điều 18 như sau:

a) Sửa đổi, bổ sung khoản 1 Điều 18 như sau:

“1. Phương thức thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế đối với các đối tượng quy định tại Điều 2 Nghị định này được thực hiện theo quy định của pháp luật về bảo hiểm y tế.”.

b) Sửa đổi, bổ sung điểm c khoản 3 Điều 18 như sau:

“c) Hằng quý, căn cứ vào báo cáo quyết toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế quý trước của các đối tượng quy định tại các khoản 1, 2, 3 và 4 Điều 2 Nghị định này, Bảo hiểm xã hội Quân đội, Bảo hiểm xã hội Công an nhân dân, Bảo hiểm xã hội tỉnh, thành phố trực thuộc Trung ương tạm ứng kinh phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế đối với cơ sở khám bệnh, chữa bệnh ký hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế với Bảo hiểm xã hội Quân đội, Bảo hiểm xã hội Công an nhân dân, Bảo hiểm xã hội tỉnh, thành phố trực thuộc Trung ương.”.

c) Sửa đổi, bổ sung khoản 4 Điều 18 như sau:

“4. Quyết toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế đối với Bảo hiểm xã hội Việt Nam

a) Hằng năm, Bảo hiểm xã hội tỉnh, thành phố trực thuộc Trung ương tổng hợp chi phí khám bệnh, chữa bệnh của đối tượng quy định tại các khoản 1, 2, 3 và 4 Điều 2 Nghị định này khám bệnh, chữa bệnh tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh ký hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế với Bảo hiểm xã hội tỉnh, thành phố trực thuộc Trung ương và báo cáo quyết toán với Bảo hiểm xã hội Việt Nam;

b) Hằng năm, Bảo hiểm xã hội Quân đội, Bảo hiểm xã hội Công an nhân dân tổng hợp gửi Bảo hiểm xã hội Việt Nam số liệu quyết toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế của các đối tượng quy định tại các khoản 1, 2 và điểm a, b, d khoản 3 Điều 2 Nghị định này khi khám bệnh, chữa bệnh tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh ký hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế với Bảo hiểm xã hội Quân đội, Bảo hiểm xã hội Công an nhân dân; chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế do Bảo hiểm xã hội tỉnh, thành phố trực thuộc Trung ương thông báo đa tuyến và chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế thanh toán trực tiếp; chi phí chăm sóc sức khỏe ban đầu tại quân y đơn vị, y tế cơ quan và cơ sở khám bệnh,

chữa bệnh được cấp có thẩm quyền giao nhiệm vụ chăm sóc sức khỏe ban đầu.”.

15. Sửa đổi, bổ sung khoản 1, khoản 4 và bổ sung khoản 6 Điều 19 như sau:

a) Sửa đổi, bổ sung khoản 1 Điều 19 như sau:

“1. Các trường hợp thanh toán trực tiếp thực hiện theo quy định tại khoản 2 Điều 31 của Luật Bảo hiểm y tế và quy định của Chính phủ hoặc chưa được thanh toán theo quy định tại Điều 10 và Điều 11 Nghị định này.”.

b) Sửa đổi, bổ sung khoản 4 Điều 19 như sau:

“4. Mức thanh toán trực tiếp

a) Trường hợp khám bệnh, chữa bệnh theo đúng quy định tại Điều 26 và Điều 27 của Luật Bảo hiểm y tế tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh có hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế: Thanh toán theo phạm vi được hưởng và mức hưởng bảo hiểm y tế theo quy định tại Điều 10 và Điều 11 Nghị định này;

b) Trường hợp người bệnh đến khám bệnh, chữa bệnh tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh không có hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế trừ trường hợp cấp cứu thực hiện theo quy định của Chính phủ.”.

c) Bổ sung khoản 6 Điều 19 như sau:

“6. Trường hợp người bệnh là các đối tượng thuộc Bộ Quốc phòng, Bộ Công an quản lý quy định tại Điều 2 Nghị định này điều trị nội trú ở cơ sở khám bệnh, chữa bệnh không thuộc Bộ Quốc phòng, Bộ Công an quản lý, được đảm bảo tiền ăn bệnh lý chênh lệch so với tiền ăn cơ bản bộ binh hoặc tiền ăn cơ bản theo quy định của pháp luật về tiêu chuẩn vật chất hậu cần đối với quân nhân, công an nhân dân và người làm công tác cơ yếu. Cơ quan, đơn vị quản lý đối tượng thanh toán trực tiếp cho người bệnh theo số ngày điều trị thực tế được xác nhận tại giấy ra viện.”.

16. Bổ sung Điều 19a như sau:

**“Điều 19a. Khám bệnh, chữa bệnh và thanh toán, quyết toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế đối với các đối tượng quy định tại Điều 2 Nghị định này tại các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh ở khu vực biên giới, biển đảo, thôn, xã đặc biệt khó khăn**

1. Thanh toán, quyết toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế đối với các đối tượng quy định tại Điều 2 Nghị định này tại các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh đã ký hợp đồng bảo hiểm y tế ở khu vực biên giới, biển đảo, thôn, xã đặc biệt khó khăn thực hiện theo các quy định của Luật Bảo hiểm y tế và Điều 18, Điều 19 Nghị định này.



2. Thanh toán, quyết toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế đối với các đối tượng quy định tại Điều 2 Nghị định này tại các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh không ký hợp đồng bảo hiểm y tế ở khu vực biên giới, biển đảo gần bờ, thôn, xã đặc biệt khó khăn:

a) Các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh tại biên giới, thôn, xã đặc biệt khó khăn, biển đảo gần bờ có trách nhiệm thực hiện khám bệnh, chữa bệnh đối với các đối tượng quy định tại Điều 2 Nghị định này;

b) Cơ quan bảo hiểm xã hội thực hiện thanh toán trực tiếp chi phí khám bệnh, chữa bệnh, chi phí vận chuyển theo quy định của Luật Bảo hiểm y tế và Điều 18, Điều 19 Nghị định này. Việc chuyển người bệnh thực hiện theo quy định tại Điều 11 Nghị định này.

3. Thanh toán, quyết toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế đối với các đối tượng quy định tại Điều 2 Nghị định này tại các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh không ký hợp đồng bảo hiểm y tế ở khu vực biển đảo xa bờ:

a) Các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh của Bộ Quốc phòng, địa phương tại khu vực biển, đảo xa bờ có trách nhiệm khám bệnh, chữa bệnh đối với lực lượng vũ trang và Nhân dân lao động, học tập, sinh sống tại khu vực này;

b) Kinh phí bảo đảm khám bệnh, chữa bệnh đối với quân nhân, Nhân dân đang lao động, học tập, sinh sống tại khu vực biển đảo xa bờ được trích từ nguồn thu khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế của các đối tượng này. Mức trích kinh phí bảo đảm khám bệnh, chữa bệnh hằng năm bằng 92% số thu bảo hiểm y tế của quân nhân, Nhân dân đang lao động, học tập, sinh sống tại khu vực biển đảo xa bờ có tham gia bảo hiểm y tế. Trường hợp kinh phí được trích không đủ để bảo đảm khám bệnh, chữa bệnh thì ngân sách nhà nước bảo đảm số kinh phí còn thiếu;

c) Hằng năm, Bảo hiểm xã hội tỉnh, thành phố trực thuộc Trung ương lập dự toán thu bảo hiểm y tế, trích kinh phí từ nguồn thu bảo hiểm y tế của Nhân dân đang lao động, học tập, sinh sống tại khu vực biển đảo xa bờ theo quy định tại điểm b khoản này gửi Bảo hiểm xã hội Việt Nam để chuyển kinh phí cho Bộ Quốc phòng;

d) Bộ Quốc phòng sử dụng kinh phí khám bệnh, chữa bệnh đối với quân nhân, Nhân dân theo quy định tại điểm b khoản này, để mua thuốc, thiết bị y tế và cấp cho các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh tại khu vực biển đảo xa bờ; tổng hợp, quyết toán số tiền trích chuyển vào quỹ khám bệnh, chữa bệnh. Bộ trưởng Bộ Quốc phòng quyết định nội dung chi, mức chi, cơ chế sử dụng, thanh quyết toán đối với thuốc, thiết bị y tế cấp cho các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh tại khu vực biển đảo xa bờ;

đ) Chi phí vận chuyển người bệnh từ các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh tại khu vực biển đảo xa bờ về đất liền quy định tại điểm c khoản 5 Điều 11 Nghị định này do ngân sách nhà nước bảo đảm.”.

17. Sửa đổi, bổ sung Điều 20 như sau:

**“Điều 20. Phân bổ và quản lý nguồn thu bảo hiểm y tế**

1. Tổng số thu bảo hiểm y tế của đối tượng quy định tại các khoản 1, 2 và 3 Điều 2 Nghị định này thuộc Bộ Quốc phòng, Bộ Công an quản lý được phân bổ và quản lý như sau:

a) 92% số tiền đóng bảo hiểm y tế dành cho khám bệnh, chữa bệnh (sau đây gọi là quỹ khám bệnh, chữa bệnh) và giao Bảo hiểm xã hội Quân đội, Bảo hiểm xã hội Công an nhân dân quản lý, sử dụng;

b) 08% số tiền đóng bảo hiểm y tế chuyển Bảo hiểm xã hội Việt Nam để dành cho quỹ dự phòng, chi tổ chức và hoạt động bảo hiểm y tế, trong đó dành tối thiểu 04% số tiền đóng bảo hiểm y tế cho quỹ dự phòng.

2. Phân bổ, quản lý và sử dụng quỹ bảo hiểm y tế của đối tượng quy định tại điểm c khoản 3, khoản 4 Điều 2 Nghị định này do Bảo hiểm xã hội tỉnh, thành phố trực thuộc Trung ương cấp thẻ bảo hiểm y tế thực hiện theo quy định tại 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 một số điều tại Nghị định số 75/2023/NĐ-CP ngày 19 tháng 10 năm 2023 và Nghị định số 02/2025/NĐ-CP ngày 01 tháng 01 năm 2025 của Chính phủ. Tỷ lệ trích chuyển để thực hiện chăm sóc sức khỏe ban đầu tại y tế cơ quan, đơn vị theo quy định tại điểm a khoản 1 Điều 21 Nghị định này.

3. Bảo hiểm xã hội Quân đội, Bảo hiểm xã hội Công an nhân dân được mở tài khoản tiền gửi các khoản thu, chi bảo hiểm y tế theo quy định của Chính phủ về cơ chế tài chính bảo hiểm xã hội, bảo hiểm thất nghiệp, bảo hiểm y tế.”.

18. Sửa đổi, bổ sung khoản 1 Điều 21 như sau:

“1. Quỹ khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế quy định tại điểm a khoản 1 Điều 20 Nghị định này được sử dụng để thanh toán các khoản chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế trong phạm vi được hưởng và mức hưởng bảo hiểm y tế quy định tại Điều 10 và Điều 11 Nghị định này đối với quân đội nhân dân, công an nhân dân, người làm công tác cơ yếu có thẻ bảo hiểm y tế do Bảo hiểm xã hội Quân đội, Bảo hiểm xã hội Công an nhân dân cấp, bao gồm:

a) Trích 12% tổng số thu bảo hiểm y tế để thực hiện chăm sóc sức khỏe ban đầu tại quân y đơn vị, y tế cơ quan và cơ sở khám bệnh, chữa bệnh được cấp có



thẩm quyền giao nhiệm vụ chăm sóc sức khỏe ban đầu.

Nội dung chi bao gồm: Mua thuốc, thiết bị y tế phục vụ sơ cấp cứu, xử trí ban đầu cho các đối tượng khi bị tai nạn thương tích hoặc các trường hợp bệnh thông thường; chi trả phí dịch vụ kỹ thuật trong khám bệnh, chữa bệnh tại quân y đơn vị, y tế cơ quan và cơ sở khám bệnh, chữa bệnh được cấp có thẩm quyền giao nhiệm vụ chăm sóc sức khỏe ban đầu; mua sắm, sửa chữa thiết bị y tế, thiết bị văn phòng; phần mềm quản lý và bảo đảm an toàn thông tin phục vụ hoạt động khám bệnh, chữa bệnh.

Hàng năm, Bộ Quốc phòng, Bộ Công an giao dự toán cho các đơn vị trực thuộc Bộ Quốc phòng, Bộ Công an để phân cấp đến các cơ quan, đơn vị thực hiện chăm sóc sức khỏe ban đầu tại quân y đơn vị, y tế cơ quan, cơ sở khám bệnh, chữa bệnh được cấp có thẩm quyền giao nhiệm vụ chăm sóc sức khỏe ban đầu và tổ chức thực hiện thanh toán, quyết toán theo quy định. Kinh phí chưa sử dụng được chuyển nguồn sang năm sau;

b) Phần còn lại sử dụng để thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế và chi phí vận chuyển.”.

19. Sửa đổi, bổ sung khoản 2 Điều 22 như sau:

“2. Nội dung chi tổ chức và hoạt động bảo hiểm y tế thực hiện theo quy định của pháp luật về bảo hiểm y tế”.

**Điều 2. Bổ sung, thay thế, bãi bỏ cụm từ và một số điều, khoản 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**

1. Bổ sung cụm từ “thành phố trực thuộc Trung ương” vào sau cụm từ “Bảo hiểm xã hội tỉnh” tại khoản 2 và khoản 3 Điều 16; điểm b khoản 2 và điểm b khoản 3 Điều 18.

2. Bổ sung cụm từ “các khoản 1, 2, 3 và 4” vào trước cụm từ “Điều 2 Nghị định này” tại Điều 9; khoản 3 Điều 10; khoản 4 Điều 15.

3. Thay thế cụm từ “Bảo hiểm xã hội Bộ Công an” thành “Bảo hiểm xã hội Công an nhân dân” và cụm từ “Bảo hiểm xã hội Bộ Quốc phòng” thành “Bảo hiểm xã hội Quân đội” tại khoản 1 Điều 6; khoản 2 và 3 Điều 16; khoản 2 và 3 Điều 18; khoản 2 và 3 Điều 21; Điều 22; Điều 23.

Thay thế cụm từ “khoản 1 và 2, các điểm a và b khoản 3” thành “khoản 1, 2, 3 và 4” và cụm từ “điểm a và b khoản 3” thành “điểm a, b và d khoản 3” tại khoản 1 Điều 6.

4. Thay thế cụm từ “trang thiết bị y tế” thành “thiết bị y tế” tại khoản 2 Điều 21.

5. Bãi bỏ cụm từ “Trung tâm giám định bảo hiểm y tế và thanh toán đa tuyến” tại khoản 2, khoản 3 Điều 16; điểm b khoản 2 và điểm b khoản 3 Điều 18.

6. Bãi bỏ các Điều 3, 13 và 14, khoản 4 Điều 17.

### **Điều 3. Điều khoản chuyển tiếp**

1. 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 hiệu lực sau ngày 01 tháng 01 năm 2025 được tiếp tục sử dụng cho đến khi các loại giấy này hết giá trị sử dụng.

2. Hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế được ký trước ngày 01 tháng 7 năm 2025 mà còn hiệu lực sau ngày 01 tháng 7 năm 2025 được thực hiện theo quy định của Chính phủ.

### **Điều 4. Hiệu lực thi hành**

1. Nghị định này có hiệu lực thi hành kể từ ngày 01 tháng 7 năm 2025.

2. Các điều, khoản sau đây có hiệu lực từ ngày 01 tháng 01 năm 2025:

a) Các khoản 1, 11 và 12 Điều 1, Điều 2, khoản 1 Điều 3, khoản 4 và khoản 5 Điều 4 Nghị định này;

b) Các khoản 9 và 10 Điều 1 Nghị định này trừ mức hưởng, phạm vi hưởng bảo hiểm y tế đối với đối tượng quy định tại điểm c, d khoản 1, điểm d khoản 2, điểm d khoản 3 và khoản 4 Điều 2 Nghị định số 70/2015/NĐ-CP được sửa đổi, bổ sung tại khoản 2 Điều 1 Nghị định này.

3. Thông tư liên tịch số 85/2016/TTLT-BQP-BYT-BTC ngày 20 tháng 6 năm 2016 của liên Bộ Quốc phòng, Bộ Y tế và Bộ Tài chính hướng dẫn thực hiện bảo hiểm y tế đối với quân nhân và người làm công tác cơ yếu hết hiệu lực kể từ ngày Nghị định này có hiệu lực.

4. Trường hợp văn bản được dẫn chiếu trong Nghị định này được sửa đổi, bổ sung hoặc thay thế thì áp dụng theo văn bản sửa đổi, bổ sung hoặc thay thế đó.

5. Sửa đổi, bổ sung điểm a khoản 5 Điều 14 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 Nghị định số 75/2023/NĐ-CP ngày 19 tháng 10 năm 2023 và Nghị định số 02/2025/NĐ-CP ngày 01 tháng 01 năm 2025 của Chính phủ 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 trừ trường hợp cơ sở khám bệnh, chữa bệnh cấp cơ bản quy định tại điểm c khoản này;”.

### **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 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;
- HDND, 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;
- Kiểm toán Nhà nước;
- Ủy ban giám sát tài chính Quốc gia;
- 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>g</sub>

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



**Lê Thành Long**