

BỘ Y TẾ

CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM

Độc lập - Tự do - Hạnh phúc

Số: 1 /2025/TT-BYT

Hà Nội, ngày 01 tháng 01 năm 2025

02-01-2025

THÔNG TƯ

Quy định chi tiết và hướng dẫn thi hành một số điều của Luật Bảo hiểm y tế

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;

Căn cứ Nghị định số 95/2022/NĐ-CP ngày 15 tháng 11 năm 2022 của Chính phủ quy định chức năng, nhiệm vụ, quyền hạn và cơ cấu tổ chức của Bộ Y tế;

Theo đề nghị của Vụ trưởng Vụ Bảo hiểm y tế, Bộ Y tế,

Bộ trưởng Bộ Y tế ban hành Thông tư quy định chi tiết và hướng dẫn thi hành một số điều của Luật Bảo hiểm y tế.

Điều 1. Phạm vi điều chỉnh

1. Thông tư 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 một số điều theo Luật số 32/2013/QH13, Luật số 46/2014/QH13, Luật số 97/2015/QH13, Luật số 35/2018/QH14, Luật số 68/2020/QH14, Luật số 30/2023/QH15 và Luật số 51/2024/QH15 (sau đây gọi là Luật Bảo hiểm y tế), bao gồm:

a) Quy định về hình thức tổ chức của y tế cơ quan, đơn vị, tổ chức thuộc cấp khám bệnh, chữa bệnh ban đầu tại điểm c khoản 1 Điều 22 của Luật Bảo hiểm y tế;

b) Quy định trường hợp lưu trú, thủ tục được khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế tại khoản 3 Điều 22 của Luật Bảo hiểm y tế;

c) Quy định trường hợp chẩn đoán xác định, điều trị một số bệnh hiểm, bệnh hiểm nghèo, bệnh cần phẫu thuật hoặc sử dụng kỹ thuật cao tại điểm a khoản 4 Điều 22 của Luật Bảo hiểm y tế;

d) Quy định chi tiết về đăng ký khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế ban đầu và phân bổ số lượng thẻ bảo hiểm y tế cho cơ sở đăng ký khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế ban đầu tại các khoản 1 và khoản 2 Điều 26 của Luật Bảo hiểm y tế;

đ) Quy định trường hợp đăng ký khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế ban đầu tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh cấp chuyên sâu tại khoản 3 Điều 26 của Luật Bảo hiểm y tế;

BỆNH VIỆN NHI TRUNG ƯƠNG
Số: 05
Ngày: 02-01-2025
ĐẾN

e) Quy định về việc chuyển người bệnh giữa các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh tại khoản 1 Điều 27 của Luật Bảo hiểm y tế;

g) Quy định việc chuyển người bệnh về cơ sở khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế ban đầu để điều trị, quản lý đối với các bệnh mạn tính tại khoản 2 Điều 27 của Luật Bảo hiểm y tế;

h) Quy định thủ tục hẹn khám lại theo yêu cầu chuyên môn trong khám bệnh, chữa bệnh tại khoản 2 Điều 28 của Luật Bảo hiểm y tế;

i) Quy định về hồ sơ chuyển cơ sở khám bệnh, chữa bệnh tại khoản 3 Điều 28 của Luật Bảo hiểm y tế.

2. Sửa đổi, bổ sung, bãi bỏ các quy định liên quan đến tuyến, hạng tại một số Thông tư của Bộ trưởng Bộ Y tế.

Điều 2. Đối tượng và phạm vi áp dụng

1. Thông tư này áp dụng đối với người tham gia bảo hiểm y tế, cơ sở khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế và cơ quan, tổ chức, cá nhân có liên quan bao gồm cả các trường hợp sau đây:

a) Cơ sở khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế thuộc thẩm quyền quản lý của Bộ Quốc phòng, Bộ Công an thực hiện việc đăng ký khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế ban đầu cho các đối tượng không thuộc thẩm quyền quản lý của Bộ Quốc phòng, Bộ Công an;

b) Người tham gia bảo hiểm y tế thuộc thẩm quyền quản lý của Bộ Quốc phòng, Bộ Công an đăng ký khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế ban đầu tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế không thuộc thẩm quyền quản lý của Bộ Quốc phòng, Bộ Công an;

c) Người tham gia bảo hiểm y tế không thuộc thẩm quyền quản lý của Bộ Quốc phòng, Bộ Công an đăng ký khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế ban đầu tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế thuộc thẩm quyền quản lý của Bộ Quốc phòng, Bộ Công an;

d) Trường hợp chuyển người bệnh giữa cơ sở khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế thuộc thẩm quyền quản lý của Bộ Quốc phòng, Bộ Công an và cơ sở khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế không thuộc thẩm quyền quản lý của Bộ Quốc phòng, Bộ Công an.

2. Thông tư này không áp dụng đối với các trường hợp sau đây:

a) Việc đăng ký khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế ban đầu của đối tượng thuộc thẩm quyền quản lý của Bộ Quốc phòng, Bộ Công an tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế thuộc thẩm quyền quản lý của Bộ Quốc phòng, Bộ Công an;

b) Việc chuyển người bệnh thuộc thẩm quyền quản lý của Bộ Quốc phòng, Bộ Công an giữa các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế thuộc thẩm quyền quản lý của Bộ Quốc phòng, Bộ Công an.

Điều 3. Quy định về hình thức tổ chức của y tế cơ quan, đơn vị, tổ chức thuộc cấp khám bệnh, chữa bệnh ban đầu tại điểm c khoản 1 Điều 22 của Luật Bảo hiểm y tế

Y tế cơ quan, đơn vị, tổ chức thuộc cấp khám bệnh, chữa bệnh ban đầu bao gồm y tế của cơ quan nhà nước, đơn vị sự nghiệp, cơ sở sản xuất, kinh doanh, các cơ sở giáo dục và các đơn vị, tổ chức khác được tổ chức dưới hình thức là trạm y tế hoặc phòng khám có ký hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế.

Điều 4. Trường hợp lưu trú, thủ tục khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế quy định tại khoản 3 Điều 22 của Luật Bảo hiểm y tế

1. Trường hợp lưu trú được khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế theo quy định tại khoản 3 Điều 22 của Luật Bảo hiểm y tế là trường hợp người tham gia bảo hiểm y tế thay đổi nơi cư trú dưới 30 ngày đã thực hiện khai báo thông tin lưu trú theo quy định của pháp luật về cư trú bao gồm:

a) Người đi công tác đến tỉnh, thành phố trực thuộc trung ương (sau đây gọi là tỉnh) khác;

b) Học sinh, sinh viên, học viên học tập tại tỉnh khác trong thời gian nghỉ hè, nghỉ lễ, tết tại gia đình hoặc trong thời gian thực hành, thực tập, đi học tại tỉnh khác;

c) Người lao động tại tỉnh khác trong thời gian nghỉ phép tại gia đình;

d) Người làm việc lưu động tại tỉnh khác;

đ) Người đi đến tỉnh khác để thăm thành viên gia đình theo quy định tại khoản 16 Điều 3 của Luật Hôn nhân và gia đình.

2. Thủ tục khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế khi thay đổi nơi lưu trú, tạm trú được thực hiện như sau:

a) Người tham gia bảo hiểm y tế thuộc các trường hợp thay đổi nơi lưu trú quy định tại khoản 1 Điều này và trường hợp thay đổi nơi tạm trú thực hiện thủ tục theo quy định tại Điều 28 của Luật Bảo hiểm y tế và Điều 15 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;

b) Trường hợp thay đổi nơi lưu trú quy định tại khoản 1 Điều này, người tham gia bảo hiểm y tế còn phải thực hiện thủ tục quy định tại khoản 3 Điều này;

c) Trường hợp thay đổi nơi tạm trú, người tham gia bảo hiểm y tế còn phải thực hiện thủ tục quy định tại khoản 4 Điều này.

3. Trường hợp thay đổi nơi lưu trú quy định tại khoản 1 Điều này, người tham gia bảo hiểm y tế xuất trình cho cơ sở khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế giấy tờ về việc thay đổi nơi lưu trú như sau:

a) Văn bản cử đi công tác và thông tin về lưu trú đã cập nhật trên tài khoản định danh điện tử mức độ 2 trên ứng dụng VNeID đối với trường hợp quy định tại điểm a khoản 1 Điều này;

b) Thẻ học sinh, sinh viên, học viên và thông tin về lưu trú đã cập nhật trên tài khoản định danh điện tử mức độ 2 trên ứng dụng VNeID đối với trường hợp quy định tại điểm b khoản 1 Điều này;

c) Văn bản về việc nghỉ phép có xác nhận của cơ quan, đơn vị quản lý người tham gia bảo hiểm y tế và thông tin về lưu trú đã cập nhật trên tài khoản định danh điện tử mức độ 2 trên ứng dụng VNeID đối với trường hợp quy định tại điểm c khoản 1 Điều này;

d) Văn bản cử hoặc phân công nhiệm vụ làm việc lưu động của cơ quan, đơn vị quản lý người tham gia bảo hiểm y tế và thông tin về lưu trú đã cập nhật trên tài khoản định danh điện tử mức độ 2 trên ứng dụng VNeID đối với trường hợp quy định tại điểm d khoản 1 Điều này;

đ) Giấy tờ thể hiện quan hệ thành viên gia đình theo pháp luật về hôn nhân và gia đình và thông tin về lưu trú đã cập nhật trên tài khoản định danh điện tử mức độ 2 trên ứng dụng VNeID đối với trường hợp quy định tại điểm đ khoản 1 Điều này.

4. Trường hợp thay đổi nơi tạm trú, người tham gia bảo hiểm y tế xuất trình cho cơ sở khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế một trong các giấy tờ chứng minh thông tin về thay đổi nơi tạm trú gồm phiếu tiếp nhận hồ sơ đăng ký tạm trú hoặc thông báo của cơ quan có thẩm quyền cho người đăng ký tạm trú về việc đã cập nhật thông tin đăng ký tạm trú hoặc thông tin về đăng ký tạm trú trên tài khoản định danh điện tử mức độ 2 trên ứng dụng VNeID.

Điều 5. Trường hợp chẩn đoán xác định, điều trị một số bệnh hiểm, bệnh hiểm nghèo, bệnh cần phẫu thuật hoặc sử dụng kỹ thuật cao tại điểm a khoản 4 Điều 22 của Luật Bảo hiểm y tế

1. Ban hành kèm theo Thông tư này các danh mục một số bệnh hiểm, bệnh hiểm nghèo, bệnh cần phẫu thuật hoặc sử dụng kỹ thuật cao được 100% mức hưởng theo quy định tại điểm a khoản 4 Điều 22 của Luật Bảo hiểm y tế như sau:

a) Danh mục một số bệnh được khám bệnh, chữa bệnh tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh cấp chuyên sâu quy định tại Phụ lục I;

b) Danh mục một số bệnh được khám bệnh, chữa bệnh tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh cấp cơ bản quy định tại Phụ lục II.

2. Người tham gia bảo hiểm y tế thuộc trường hợp quy định tại khoản 1 Điều này không phải thực hiện quy định về chuyên cơ sở khám bệnh, chữa bệnh.

3. Người tham gia bảo hiểm y tế được hưởng quyền lợi quy định tại khoản 1 và khoản 2 Điều này theo quy định như sau:

a) Người bệnh được hưởng quyền lợi sau khi đã được một cơ sở khám bệnh, chữa bệnh chẩn đoán xác định mắc bệnh thuộc danh mục quy định tại khoản 1 Điều này. Trường hợp tại cột tình trạng, điều kiện trong danh mục bệnh tại phụ lục ban hành kèm theo Thông tư này có quy định người bệnh được hưởng quyền lợi ngay trong lượt khám bệnh, chữa bệnh có kết quả chẩn đoán xác định mắc bệnh thì người bệnh được hưởng ngay theo quy định đó.

- Ví dụ 1: Tại Phụ lục I có bệnh u ác ở tụy mã bệnh C25, người bệnh được hưởng như sau:

Trường hợp 1: Người bệnh đã được bệnh viện A thuộc cấp khám bệnh, chữa bệnh ban đầu hoặc cơ bản chẩn đoán xác định mắc bệnh u ác ở tụy - mã bệnh C25 thì người bệnh được hưởng quyền lợi theo quy định tại Điều này khi tự đến khám bệnh, chữa bệnh u ác ở tụy - mã bệnh C25 tại bệnh viện B thuộc cấp khám bệnh, chữa bệnh chuyên sâu.

Trường hợp 2: Người bệnh tự đến khám bệnh, chữa bệnh tại bệnh viện B thuộc cấp khám bệnh, chữa bệnh chuyên sâu và được bệnh viện B chẩn đoán xác định mắc bệnh u ác ở tụy - mã bệnh C25 thì người bệnh được hưởng quyền lợi theo quy định tại Điều này ngay trong lần khám bệnh, chữa bệnh này tại bệnh viện B đối với việc khám bệnh, chẩn đoán xác định mắc bệnh u ác ở tụy - mã bệnh C25 và điều trị bệnh này.

- Ví dụ 2: Người bệnh được bệnh viện A thuộc cấp khám bệnh, chữa bệnh ban đầu hoặc cơ bản chẩn đoán xác định mắc bệnh u ác ở tụy - mã bệnh C25, sau đó người bệnh tự đi khám bệnh, chữa bệnh tại bệnh viện B thuộc cấp chuyên sâu thì được hưởng quyền lợi theo quy định tại Điều này như sau:

Trường hợp 1: Bệnh viện B thuộc cấp chuyên sâu khám bệnh, chẩn đoán xác định người bệnh mắc bệnh u ác ở tụy - mã bệnh C25 thì người bệnh được hưởng quyền lợi theo quy định tại Điều này đối với việc khám bệnh, chữa bệnh u ác ở tụy - mã bệnh C25 tại bệnh viện B. Trong quá trình khám bệnh, chữa bệnh u ác ở tụy - mã bệnh C25 tại bệnh viện B có phát hiện bệnh khác hoặc bệnh kèm theo thì người bệnh cũng được thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh khác hoặc bệnh kèm theo được phát hiện đó theo phạm vi được hưởng và mức hưởng quy định của pháp luật về bảo hiểm y tế đối với trường hợp khám bệnh, chữa bệnh đúng trình tự, thủ tục quy định của pháp luật về bảo hiểm y tế.

Trường hợp 2: Bệnh viện B thuộc cấp chuyên sâu khám bệnh, chẩn đoán xác định người bệnh không mắc bệnh u ác ở tụy - mã bệnh C25 thì người bệnh vẫn được hưởng quyền lợi theo quy định tại Điều này đối với lần khám bệnh, chẩn đoán đó tại bệnh viện B.

Trường hợp 3: Khi đến bệnh viện B thuộc cấp chuyên sâu khám bệnh, chữa bệnh u ác ở tụy - mã bệnh C25 mà người bệnh còn đề nghị khám bệnh, chữa bệnh thêm bệnh khác thì chỉ được hưởng quyền lợi theo quy định tại Điều này đối với việc khám bệnh, chữa bệnh u ác ở tụy - mã bệnh C25 tại bệnh viện B và không

được hưởng quyền lợi theo quy định tại Điều này đối với việc khám bệnh, chữa bệnh khác đó tại bệnh viện B.

b) Trường hợp bệnh tại các phụ lục có quy định điều kiện hoặc tình trạng bệnh, người bệnh chỉ được hưởng quyền lợi khi đáp ứng điều kiện hoặc tình trạng bệnh đó.

4. Trong trường hợp tên bệnh chẩn đoán không hoàn toàn trùng khớp với tên bệnh, nhóm bệnh và các trường hợp quy định tại các Phụ lục ban hành kèm theo Thông tư này nhưng đúng mã bệnh thì thống nhất áp dụng theo mã bệnh.

5. Trường hợp người bệnh đã được điều trị ổn định hoặc theo yêu cầu chuyên môn, tình trạng bệnh, cơ sở khám bệnh, chữa bệnh có thể chuyển người bệnh về cơ sở khám bệnh, chữa bệnh cấp cơ bản, cấp ban đầu để tiếp tục theo dõi, điều trị.

Điều 6. Cơ sở khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế ban đầu

1. Cơ sở khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế thuộc cấp khám bệnh, chữa bệnh ban đầu được đăng ký khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế ban đầu cho người tham gia bảo hiểm y tế theo quy định tại khoản 1 Điều 7 Thông tư này bao gồm:

- a) Trạm Y tế;
- b) Y tế cơ quan được cấp giấy phép hoạt động khám bệnh, chữa bệnh theo một trong các hình thức quy định tại các điểm a, c, e, g và h khoản này;
- c) Phòng khám đa khoa;
- d) Phòng khám đa khoa khu vực;
- đ) Trung tâm y tế cấp huyện được cấp giấy phép hoạt động khám bệnh, chữa bệnh theo hình thức tổ chức là phòng khám theo quy định tại điểm c hoặc điểm h khoản này;
- e) Cơ sở khám bệnh, chữa bệnh y học gia đình được cấp giấy phép hoạt động khám bệnh, chữa bệnh theo hình thức phòng khám đa khoa;
- g) Phòng khám bác sỹ y khoa hoặc phòng khám y sỹ đa khoa tại các xã thuộc vùng có điều kiện kinh tế - xã hội đặc biệt khó khăn;
- h) Cơ sở khám bệnh, chữa bệnh khác có chuyên khoa nội và ít nhất 01 trong số các chuyên khoa ngoại, nhi, sản; không thuộc các hình thức tổ chức cơ sở khám bệnh, chữa bệnh: phòng khám chuyên khoa, phòng khám liên chuyên khoa, phòng khám răng hàm mặt, phòng khám dinh dưỡng, nhà hộ sinh, phòng chẩn trị y học cổ truyền, phòng khám y học cổ truyền, cơ sở xét nghiệm, cơ sở chẩn đoán hình ảnh, cơ sở kỹ thuật phục hình răng, cơ sở kỹ thuật phục hồi chức năng, cơ sở lọc máu, cơ sở tâm lý lâm sàng, cơ sở dịch vụ điều dưỡng, cơ sở dịch vụ hộ sinh, cơ sở chăm sóc giảm nhẹ, cơ sở cấp cứu ngoại viện và cơ sở kính thuốc có thực hiện việc đo, kiểm tra tật khúc xạ.

2. Cơ sở khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế thuộc cấp khám bệnh, chữa bệnh cơ bản được đăng ký khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế ban đầu cho một số đối tượng tham gia bảo hiểm y tế theo quy định tại khoản 2 Điều 7 Thông tư này bao gồm:

a) Cơ sở khám bệnh, chữa bệnh được cấp giấy phép hoạt động với hình thức là bệnh viện đa khoa;

b) Cơ sở khám bệnh, chữa bệnh được cấp giấy phép hoạt động theo một trong các hình thức sau: bệnh viện chuyên khoa, bệnh viện y học cổ truyền hoặc bệnh viện răng hàm mặt. Trong cơ cấu tổ chức của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh phải có bộ phận chuyên môn thuộc một trong các hình thức là khoa hoặc trung tâm hoặc viện. Bộ phận chuyên môn này phải có chuyên khoa nội và ít nhất 01 trong số các chuyên khoa ngoại, nhi, sản.

3. Cơ sở khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế thuộc cấp khám bệnh, chữa bệnh chuyên sâu được đăng ký khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế ban đầu cho một số đối tượng tham gia bảo hiểm y tế theo quy định tại khoản 3 Điều 7 Thông tư này, bao gồm:

a) Cơ sở khám bệnh, chữa bệnh quy định tại điểm a và điểm b khoản 2 Điều này mà trước ngày 01 tháng 01 năm 2025 đã được cơ quan có thẩm quyền xác định là tuyến huyện hoặc tuyến tỉnh hoặc tương đương tuyến huyện, tuyến tỉnh;

b) Cơ sở khám bệnh, chữa bệnh có chức năng bảo vệ sức khỏe cán bộ, cơ sở khám bệnh, chữa bệnh phong, lao và bệnh phổi, tâm thần, lão khoa, y học cổ truyền trong cơ cấu tổ chức có bộ phận chuyên môn thuộc một trong các hình thức là khoa hoặc trung tâm hoặc viện. Bộ phận chuyên môn này phải có chuyên khoa nội và ít nhất 01 trong số các chuyên khoa ngoại, nhi, sản;

c) Cơ sở khám bệnh, chữa bệnh khác theo quyết định của Bộ Y tế mà trong cơ cấu tổ chức có bộ phận chuyên môn thuộc một trong các hình thức là khoa hoặc trung tâm hoặc viện. Bộ phận chuyên môn này phải có chuyên khoa nội và ít nhất 01 trong số các chuyên khoa ngoại, nhi, sản.

Điều 7. Đăng ký khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế ban đầu

1. Người tham gia bảo hiểm y tế thuộc tất cả các đối tượng được lựa chọn một trong các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế thuộc cấp khám bệnh, chữa bệnh ban đầu theo quy định tại khoản 1 Điều 6 Thông tư này gần nơi cư trú, làm việc, học tập và phù hợp với khả năng đáp ứng của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh để đăng ký khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế ban đầu.

2. Người tham gia bảo hiểm y tế được đăng ký khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế ban đầu tại một trong các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế thuộc cấp khám bệnh, chữa bệnh cơ bản quy định tại khoản 2 Điều 6 Thông tư này gần nơi cư trú, làm việc, học tập và phù hợp với khả năng đáp ứng của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh theo thứ tự ưu tiên sau đây:

a) Đối tượng thuộc diện được quản lý, bảo vệ sức khỏe theo Hướng dẫn số 52 HD/BTCTW ngày 02 tháng 12 năm 2005 của Ban Tổ chức Trung ương

Đảng về việc điều chỉnh bổ sung đối tượng khám, chữa bệnh tại một số cơ sở y tế của Trung ương; đối tượng thuộc diện được quản lý, bảo vệ sức khỏe cán bộ của tỉnh;

b) Người có công với cách mạng, cựu chiến binh, người từ đủ 75 tuổi trở lên;

c) Trẻ em;

d) Người tham gia bảo hiểm y tế đang sinh sống tại xã đảo, huyện đảo được đăng ký khám bệnh, chữa bệnh ban đầu tại một cơ sở khám bệnh, chữa bệnh trên đất liền thuận lợi nhất nếu trên các xã đảo, huyện đảo không có cơ sở khám bệnh, chữa bệnh quy định tại khoản 1 Điều 6 Thông tư này;

đ) Học sinh, sinh viên, học viên của các trường đại học, cao đẳng, trung cấp khởi ngành sức khỏe được đăng ký khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế ban đầu tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh thuộc trường có ký hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế đáp ứng quy định tại khoản 2 Điều 6 Thông tư này; người lao động của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế được đăng ký khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế ban đầu tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh đang làm việc có ký hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế đáp ứng quy định tại khoản 2 Điều 6 Thông tư này;

e) Học sinh, sinh viên, học viên đang trong thời gian học tập, thực hành, thực tập tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế từ đủ 90 ngày trở lên được đăng ký khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế ban đầu tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh đang học tập, thực hành, thực tập có ký hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế đáp ứng quy định tại khoản 2 Điều 6 Thông tư này; người lao động đang trong thời gian đi công tác đến cơ sở khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế từ đủ 90 ngày trở lên được đăng ký khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế ban đầu tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh nơi đến công tác có ký hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế đáp ứng quy định tại khoản 2 Điều 6 Thông tư này;

g) Người công tác trong quân đội, công an khi nghỉ hưu;

h) Người mắc bệnh cần chữa trị dài ngày theo danh mục của Bộ Y tế;

i) Công chức, viên chức, học sinh, sinh viên ngoài các trường hợp quy định tại điểm đ khoản này;

k) Các đối tượng khác.

3. Người tham gia bảo hiểm y tế được đăng ký khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế ban đầu tại một trong các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế thuộc cấp khám bệnh, chữa bệnh chuyên sâu quy định tại khoản 3 Điều 6 Thông tư này gần nơi cư trú, làm việc, học tập và phù hợp với khả năng đáp ứng của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh theo thứ tự ưu tiên sau đây:

a) Đối tượng thuộc diện Bộ Chính trị, Ban Bí thư quản lý;

b) Đối tượng quy định tại điểm a khoản 2 Điều này;

c) Người có công với cách mạng, cựu chiến binh, người từ đủ 75 tuổi trở lên;

- d) Đối tượng quy định tại điểm đ và điểm e khoản 2 Điều này;
- đ) Trẻ em dưới 6 tuổi;
- e) Người công tác trong quân đội, công an khi nghỉ hưu;
- g) Người mắc bệnh cần được chữa trị dài ngày theo danh mục của Bộ Y tế tại một trong các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh quy định tại điểm b khoản 3 Điều 6 Thông tư này;
- h) Đối tượng khác trong trường hợp cần thiết theo đặc thù của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh và yêu cầu thực tế tại địa phương: Sở Y tế lấy ý kiến cơ quan bảo hiểm xã hội tỉnh nơi cơ sở khám bệnh, chữa bệnh dự kiến ký hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế, tổng hợp hồ sơ báo cáo Bộ Y tế xem xét, quyết định.

4. Trường hợp người tham gia bảo hiểm y tế thuộc nhiều đối tượng ưu tiên quy định tại khoản 2 và khoản 3 Điều này thì được lựa chọn theo đối tượng phù hợp.

5. Người công tác trong quân đội, công an nghỉ hưu lựa chọn nơi đăng ký khám bệnh, chữa bệnh ban đầu tại các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh của Bộ Quốc phòng, Bộ Công an quản lý theo quy định của Bộ trưởng Bộ Quốc phòng, Bộ trưởng Bộ Công an.

6. Việc thay đổi nơi đăng ký ban đầu được thực hiện như sau:

a) Người tham gia bảo hiểm y tế được thay đổi nơi đăng ký khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế ban đầu vào 15 ngày đầu mỗi quý để phù hợp với nơi cư trú, làm việc hoặc học tập;

b) Cơ quan bảo hiểm xã hội thực hiện thay đổi nơi đăng ký khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế ban đầu của người tham gia bảo hiểm y tế trên cơ sở dữ liệu thẻ bảo hiểm y tế. Trường hợp thông tin trên thẻ bảo hiểm y tế bản giấy và bản điện tử khác nhau thì thực hiện theo thông tin trên thẻ bảo hiểm y tế điện tử.

Điều 8. Phân bổ số lượng thẻ bảo hiểm y tế cho cơ sở khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế ban đầu

1. Nguyên tắc phân bổ số lượng thẻ bảo hiểm y tế cho cơ sở khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế ban đầu bảo đảm đúng quy định tại khoản 2 Điều 26 của Luật Bảo hiểm y tế, cụ thể như sau:

a) Bảo đảm cân đối, phù hợp với nhu cầu khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế ban đầu của người dân và quy định tại Điều 7 Thông tư này;

b) Phù hợp với khả năng đáp ứng của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế về chăm sóc sức khỏe ban đầu, khám bệnh, chữa bệnh đa khoa và xử trí cấp cứu ban đầu, số lượt khám bệnh, chữa bệnh, chuyển cơ sở khám bệnh, chữa bệnh hằng năm, số lượt khám trên 01 bàn khám trong 01 ngày, điều kiện hoạt động về cơ sở vật chất, nhân lực, cung ứng thuốc, trang thiết bị theo quy định của pháp luật về khám bệnh, chữa bệnh, quy mô giường bệnh (nếu có) và quy định tại Điều 6 Thông tư này;

c) Phù hợp với khả năng thực tế tại địa phương bao gồm: cân đối với số lượng cơ sở khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế, giữa các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế trong từng cấp chuyên môn kỹ thuật và giữa các cấp chuyên môn kỹ thuật trên địa bàn; ưu tiên phân bổ thẻ bảo hiểm y tế tại các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh thuộc cấp ban đầu; cân đối, hợp lý về cơ cấu các nhóm đối tượng tham gia bảo hiểm y tế.

2. Sở Y tế có trách nhiệm sau đây:

a) Thực hiện phân bổ ổn định số lượng thẻ bảo hiểm y tế cho cơ sở khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế ban đầu trên địa bàn quản lý;

b) Rà soát, điều chỉnh số lượng thẻ bảo hiểm y tế của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh và giữa các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh trong trường hợp cần thiết để bảo đảm quy định tại Thông tư này hoặc khi người tham gia bảo hiểm y tế đăng ký mới hoặc yêu cầu thay đổi đăng ký cơ sở khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế ban đầu;

c) Thông báo công khai số lượng thẻ bảo hiểm y tế đã phân bổ cho các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh trên Trang thông tin điện tử của Sở Y tế.

3. Cơ quan bảo hiểm xã hội có trách nhiệm sau đây:

a) Trước ngày 31 tháng 10 hằng năm, cơ quan bảo hiểm xã hội cung cấp thông tin về số lượng, cơ cấu đối tượng tham gia bảo hiểm y tế thực tế đã đăng ký cho Sở Y tế và cơ sở khám bệnh, chữa bệnh; thông tin về số lượt khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế, chuyển cơ sở khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế trên địa bàn tỉnh cho Sở Y tế làm căn cứ xem xét, tổ chức việc phân bổ số lượng thẻ bảo hiểm y tế cho cơ sở khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế ban đầu trên địa bàn quản lý;

b) Tổ chức cho người tham gia bảo hiểm y tế đăng ký khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế ban đầu, thay đổi nơi đăng ký khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế ban đầu tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế ban đầu theo quy định tại Thông tư này;

c) Định kỳ cuối tháng đầu tiên của mỗi quý, cơ quan bảo hiểm xã hội thông báo thông tin về số lượng thẻ mà các đối tượng đã đăng ký tại các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh về Sở Y tế để tổng hợp, kịp thời rà soát, điều chỉnh số lượng thẻ bảo hiểm y tế của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh và giữa các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh trong trường hợp cần thiết;

d) Đăng tải công khai thông tin về số lượng, cơ cấu đối tượng tham gia bảo hiểm y tế thực tế đã đăng ký của các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh thuộc tỉnh trên Trang thông tin điện tử của cơ quan bảo hiểm xã hội.

4. Bộ Quốc phòng, Bộ Công an có trách nhiệm tổng hợp nhu cầu và có văn bản thông báo đến Sở Y tế, cơ quan bảo hiểm xã hội trên địa bàn tỉnh để tổng hợp thông tin, phân bổ trong các trường hợp quy định tại các điểm a, b và c khoản 1 Điều 2 Thông tư này.

Điều 9. Chuyển người bệnh giữa các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế

1. Việc chuyển người bệnh giữa các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế thực hiện theo quy định của pháp luật về khám bệnh, chữa bệnh.

2. Các trường hợp chuyển người bệnh giữa các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế theo đúng trình tự bao gồm:

a) Chuyển người bệnh giữa các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế trong cùng cấp khám bệnh, chữa bệnh, từ cơ sở khám bệnh, chữa bệnh cấp ban đầu đến cơ sở khám bệnh, chữa bệnh cấp cơ bản, từ cơ sở khám bệnh, chữa bệnh cấp cơ bản đến cơ sở khám bệnh, chữa bệnh cấp chuyên sâu theo yêu cầu chuyên môn, tình trạng bệnh của người bệnh hoặc vượt khả năng đáp ứng của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh ngoài các trường hợp quy định tại điểm d khoản này và Điều 5 Thông tư này;

b) Chuyển người bệnh từ cơ sở khám bệnh, chữa bệnh cấp ban đầu đến cơ sở khám bệnh, chữa bệnh cấp chuyên sâu trong trường hợp vượt khả năng đáp ứng của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh cấp cơ bản tại tỉnh;

c) Chuyển người bệnh đã điều trị ổn định từ cơ sở khám bệnh, chữa bệnh cấp chuyên sâu về cơ sở khám bệnh, chữa bệnh cấp cơ bản hoặc cấp ban đầu, chuyển người bệnh từ cơ sở khám bệnh, chữa bệnh cấp cơ bản về cơ sở khám bệnh, chữa bệnh cấp ban đầu để tiếp tục điều trị, theo dõi;

d) Chuyển người bệnh từ cơ sở khám bệnh, chữa bệnh cấp chuyên sâu hoặc cấp cơ bản về cơ sở khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế ban đầu để điều trị, quản lý, theo dõi đối với các bệnh mạn tính theo quy định tại Điều 10 Thông tư này;

đ) Chuyển người bệnh giữa các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh đối với người mắc bệnh mạn tính hoặc điều trị dài ngày theo danh mục bệnh quy định tại Phụ lục III ban hành kèm theo Thông tư này thì phiếu chuyển cơ sở khám bệnh, chữa bệnh có giá trị trong 01 năm kể từ ngày ghi trên phiếu chuyển và thực hiện theo quy định tại điểm b khoản 3, khoản 4 và khoản 5 Điều 5 Thông tư này;

e) Trường hợp người có thẻ bảo hiểm y tế tự đi khám bệnh, chữa bệnh không theo quy định tại Điều 26, Điều 27 của Luật Bảo hiểm y tế và thuộc trường hợp quy định tại các điểm e, g, h (trừ trường hợp được hưởng 100% tại điểm e và điểm h) khoản 4 Điều 22 của Luật Bảo hiểm y tế sau đó được cơ sở khám bệnh, chữa bệnh chuyển đến cơ sở khám bệnh, chữa bệnh khác theo yêu cầu chuyên môn;

g) Trường hợp cấp cứu, sau giai đoạn điều trị cấp cứu, người bệnh được chuyển vào điều trị nội trú tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh nơi đã tiếp nhận cấp cứu người bệnh hoặc được chuyển đến cơ sở khám bệnh, chữa bệnh khác để tiếp tục điều trị theo yêu cầu chuyên môn hoặc được chuyển về nơi đăng ký khám bệnh, chữa bệnh ban đầu sau khi đã điều trị ổn định.

Điều 10. Chuyển người bệnh về cơ sở khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế cấp ban đầu nơi người bệnh đăng ký khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế ban đầu để điều trị, quản lý, theo dõi đối với các bệnh mạn tính

1. Sau khi đã được điều trị ổn định đối với các bệnh mạn tính theo danh mục tại Phụ lục IV ban hành kèm theo Thông tư này, cơ sở khám bệnh, chữa bệnh có thể chuyển người bệnh về cơ sở khám bệnh, chữa bệnh cấp ban đầu nơi người bệnh đăng ký khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế ban đầu để điều trị, quản lý, theo dõi.

2. Cơ sở khám bệnh, chữa bệnh cấp ban đầu nơi người bệnh đăng ký khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế ban đầu thực hiện điều trị, quản lý, theo dõi đối với các bệnh mạn tính theo hướng dẫn chuyên môn của Bộ Y tế và các quy định sau đây:

a) Thực hiện khám bệnh theo hướng dẫn trong hồ sơ chuyển cơ sở khám bệnh, chữa bệnh; cấp thuốc theo đơn, thiết bị y tế thuộc phạm vi chi trả của Quỹ Bảo hiểm y tế định kỳ theo hướng dẫn trong hồ sơ chuyển cơ sở khám bệnh, chữa bệnh. Việc khám định kỳ quy định tại điểm này được tính là 01 lần khám bệnh, chữa bệnh;

b) Trường hợp người bệnh có phát sinh các bệnh hoặc triệu chứng mà cần khám bệnh, chỉ định, thực hiện dịch vụ kỹ thuật, kê đơn thuốc, chỉ định thiết bị y tế thì cơ sở khám bệnh, chữa bệnh cấp ban đầu nơi người bệnh đăng ký khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế ban đầu thực hiện theo năng lực chuyên môn, phạm vi hoạt động chuyên môn, danh mục dịch vụ kỹ thuật của cơ sở đã được cơ quan có thẩm quyền phê duyệt hoặc chuyển người bệnh đến cơ sở khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế khác theo quy định của pháp luật.

3. Quỹ Bảo hiểm y tế thực hiện thanh toán chi phí khám bệnh, điều trị bệnh bao gồm tiền khám bệnh, chi phí thuốc, thiết bị y tế và dịch vụ kỹ thuật đã được kê đơn, chỉ định theo năng lực chuyên môn của cơ sở nơi quản lý, theo dõi bệnh mạn tính theo quy định tại khoản 1 và khoản 2 Điều này, các quy định về thanh toán thuốc, thiết bị y tế, dịch vụ kỹ thuật và các quy định khác về khám bệnh, chữa bệnh có liên quan trong phạm vi quyền lợi, mức hưởng theo quy định của pháp luật về bảo hiểm y tế.

4. Cơ sở khám bệnh, chữa bệnh quản lý người bệnh mạn tính xây dựng kế hoạch, thực hiện mua sắm theo quy định hoặc nhận thuốc, thiết bị y tế được cấp phát, chuyển từ cơ sở khám bệnh, chữa bệnh đã chuyển người bệnh về, quản lý, tổng hợp chi phí khám bệnh, chữa bệnh, thuốc, thiết bị y tế, dịch vụ kỹ thuật và quyết toán với cơ quan bảo hiểm xã hội.

5. Cơ sở khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế chuyển người bệnh về quản lý, theo dõi, điều trị tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế cấp ban đầu nơi người bệnh đăng ký khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế ban đầu có trách nhiệm sau đây:

a) Phối hợp, trao đổi thông tin với cơ sở tiếp nhận bảo đảm cung ứng thuốc, thiết bị y tế và không ảnh hưởng đến quá trình điều trị của người bệnh;

b) Chuyển thuốc, thiết bị y tế trong thời gian cơ sở khám bệnh, chữa bệnh nơi tiếp nhận người bệnh chưa có sẵn thuốc, thiết bị y tế để cung cấp cho người bệnh.

Điều 11. Thủ tục hẹn khám lại

Người bệnh được cơ sở khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế hẹn khám lại trong trường hợp cần tiếp tục theo dõi tình trạng bệnh hoặc kiểm tra lại kết quả của đợt khám, điều trị đó theo yêu cầu chuyên môn theo thủ tục sau đây:

1. Cơ sở khám bệnh, chữa bệnh ghi nội dung, lịch hẹn khám lại trong Phiếu hẹn khám lại (bản giấy hoặc bản điện tử) theo mẫu quy định tại Phụ lục V ban hành kèm theo Thông tư này hoặc ghi trong đơn thuốc, giấy ra viện (bản giấy hoặc bản điện tử) cho người bệnh (gọi chung là Phiếu hẹn khám lại).

2. Phiếu hẹn khám lại bản giấy có đóng dấu treo của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh trên góc trái, phía trên và chữ ký của bác sỹ điều trị. Phiếu hẹn khám lại bản điện tử có chữ ký số của bác sỹ điều trị. Mỗi Phiếu hẹn khám lại chỉ sử dụng 01 (một) lần.

3. Cơ sở khám bệnh, chữa bệnh ghi nội dung, lịch hẹn vào sổ lịch hẹn khám lại hoặc trên dữ liệu điện tử của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh để theo dõi, đối chiếu khi cần thiết.

4. Người bệnh có trách nhiệm đến cơ sở khám bệnh, chữa bệnh đúng thời gian ghi trên Phiếu hẹn khám lại. Trường hợp người bệnh không thể đến đúng thời gian hẹn thì cần liên hệ với bác sỹ điều trị hoặc cơ sở khám bệnh, chữa bệnh để đặt lịch hẹn khác phù hợp.

5. Số lần hẹn khám lại được thực hiện theo yêu cầu chuyên môn sau mỗi lượt khám bệnh, chữa bệnh. Chỉ được hẹn khám lại một lần sau khi kết thúc một đợt điều trị.

Điều 12. Hồ sơ chuyển cơ sở khám bệnh, chữa bệnh

1. Trường hợp chuyển cơ sở khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế theo yêu cầu chuyên môn, cơ sở khám bệnh, chữa bệnh nơi chuyển người bệnh phải có Phiếu chuyển cơ sở khám bệnh, chữa bệnh theo mẫu quy định tại Phụ lục VI ban hành kèm theo Thông tư này bằng bản giấy hoặc bản điện tử. Phiếu chuyển cơ sở khám bệnh, chữa bệnh có giá trị sử dụng trong 10 ngày làm việc, kể từ ngày ký.

2. Người tham gia bảo hiểm y tế mắc các bệnh, nhóm bệnh và các trường hợp quy định tại Phụ lục III ban hành kèm theo Thông tư này được sử dụng Phiếu chuyển cơ sở khám bệnh, chữa bệnh có giá trị sử dụng trong 01 năm kể từ ngày ký. Trường hợp hết thời hạn của Phiếu chuyển cơ sở khám bệnh, chữa bệnh mà người bệnh vẫn đang trong lần khám bệnh, chữa bệnh và cần tiếp tục điều trị tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh thì Phiếu chuyển cơ sở khám bệnh, chữa bệnh có giá trị sử dụng đến hết đợt điều trị đó.

3. Trường hợp người bệnh được chuyển cơ sở khám bệnh, chữa bệnh có bệnh khác kèm theo, bệnh được phát hiện hoặc phát sinh ngoài bệnh đã ghi trên Phiếu chuyển cơ sở khám bệnh, chữa bệnh, cơ sở khám bệnh, chữa bệnh nơi tiếp nhận người bệnh thực hiện việc khám bệnh, chữa bệnh đối với các bệnh đó theo tình trạng bệnh của người bệnh và năng lực chuyên môn, phạm vi hoạt động khám bệnh, chữa bệnh của cơ sở.

4. Trường hợp người bệnh được chuyển cơ sở khám bệnh, chữa bệnh mà phải thực hiện nhiều đợt điều trị theo yêu cầu chuyên môn, người bệnh được tiếp tục sử dụng Phiếu chuyển cơ sở khám bệnh, chữa bệnh cho đến khi kết thúc điều trị và sau đợt điều trị đầu tiên, mỗi đợt điều trị tiếp theo phải có Phiếu hẹn khám lại của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh nơi người bệnh được chuyển đến.

Ví dụ: Người bệnh được chuyển cơ sở khám bệnh, chữa bệnh để phẫu thuật mổ mắt nhưng cần thực hiện 02 đợt phẫu thuật cho từng mắt thì người bệnh được sử dụng Phiếu chuyển chuyển cơ sở khám bệnh, chữa bệnh cho đến khi kết thúc 02 đợt phẫu thuật.

5. Trường hợp người bệnh được chuyển đến cơ sở khám bệnh, chữa bệnh khác hoặc người bệnh tự đến cơ sở khám bệnh, chữa bệnh không phải là cơ sở khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế ban đầu và sau đó được chuyển tiếp đến cơ sở khám bệnh, chữa bệnh khác thì chỉ cần Phiếu chuyển cơ sở khám bệnh, chữa bệnh của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh nơi trực tiếp chuyển người bệnh đi.

Điều 13. Sửa đổi, bổ sung một số quy định liên quan đến tuyến, hạng trong các Thông tư của Bộ trưởng Bộ Y tế

1. Sửa đổi, bổ sung một số điều, khoản, điểm của Thông tư số 09/2019/TT-BYT ngày 10 tháng 6 năm 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 như sau:

a) Sửa đổi cụm từ “trừ trường hợp tự đi khám bệnh, chữa bệnh không đúng tuyến” quy định tại điểm a khoản 1 Điều 4 thành “trừ trường hợp tự đi khám bệnh, chữa bệnh không đúng quy định tại Điều 26 và Điều 27 của Luật Bảo hiểm y tế”;

b) Sửa đổi cụm từ “ra viện, chuyển viện” quy định tại điểm c khoản 1 Điều 4 thành “kết thúc điều trị, chuyển cơ sở khám bệnh, chữa bệnh”.

2. Sửa đổi, bổ sung cụm từ “tuyến huyện” quy định tại Điều 1 Thông tư số 35/2021/TT-BYT ngày 31 tháng 12 năm 2021 của Bộ trưởng Bộ Y tế sửa đổi, bổ sung khoản 1 Điều 9 Thông tư số 30/2020/TT-BYT ngày 31 tháng 12 năm 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 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 thành “cấp khám bệnh, chữa bệnh cơ bản”.

3. Sửa đổi, bổ sung một số điều, khoản của Thông tư số 36/2021/TT-BYT ngày 31 tháng 12 năm 2021 của Bộ trưởng Bộ Y tế quy định về khám bệnh, chữa bệnh và thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế liên quan đến khám bệnh, chữa bệnh lao như sau:

a) Sửa đổi, bổ sung cụm từ “chuyên tuyến khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế” quy định tại điểm c khoản 1 Điều 2 thành “chuyên cơ sở khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế”;

b) Sửa đổi, bổ sung cụm từ “tuyến trên chuyên về” quy định tại điểm b khoản 5 Điều 14 thành “cơ sở khám bệnh, chữa bệnh thuộc cấp cơ bản, cấp chuyên sâu chuyên về”.

4. Bổ sung vào cuối điểm d khoản 1 Điều 2 của Thông tư số 20/2022/TT-BYT ngày 31 tháng 12 năm 2022 của Bộ trưởng Bộ Y tế ban hành Danh mục và tỷ lệ, điều kiện thanh toán đối với thuốc hóa dược, sinh phẩm, thuốc phóng xạ và chất đánh dấu thuộc phạm vi được hưởng của người tham gia bảo hiểm y tế quy định sau đây:

“- Trường hợp cơ sở khám bệnh, chữa bệnh được cấp giấy phép hoạt động lần đầu từ ngày 01 tháng 01 năm 2025 và trong thời gian được tạm xếp cấp cơ bản theo quy định tại khoản 7 Điều 61 Nghị định số 96/2023/NĐ-CP tạm thời áp dụng theo quy định đối với bệnh viện hạng II cho đến khi Bộ trưởng Bộ Y tế ban hành văn bản mới về danh mục và tỷ lệ, điều kiện thanh toán đối với thuốc hóa dược, sinh phẩm, thuốc phóng xạ và chất đánh dấu thuộc phạm vi được hưởng của người tham gia bảo hiểm y tế có hiệu lực thay thế Thông tư số 20/2022/TT-BYT ngày 31 tháng 12 năm 2022 của Bộ trưởng Bộ Y tế.”.

Điều 14. Trách nhiệm tổ chức thực hiện

1. Vụ Bảo hiểm y tế thuộc Bộ Y tế có trách nhiệm chủ trì, phối hợp với các cơ quan, đơn vị liên quan chỉ đạo, hướng dẫn, tổ chức triển khai, kiểm tra việc thực hiện các quy định tại Thông tư này trong toàn quốc; rà soát, đề xuất việc điều chỉnh danh mục bệnh phù hợp với năng lực của các cấp chuyên môn kỹ thuật và yêu cầu thực tiễn.

2. Sở Y tế có trách nhiệm sau đây:

a) Chỉ đạo, tổ chức triển khai, hướng dẫn, kiểm tra, thanh tra việc thực hiện các quy định tại Thông tư này đối với các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế thuộc phạm vi quản lý;

b) Công bố danh sách cơ sở khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế ban đầu tại địa phương, số lượng thẻ bảo hiểm y tế đã phân bổ cho các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế ban đầu, danh sách các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh được Sở Y tế xếp cấp kèm theo số điểm trên Trang thông tin điện tử của Sở Y tế và trên hệ thống thông tin về quản lý hoạt động khám bệnh, chữa bệnh;

c) Tham mưu cho Ủy ban nhân dân tỉnh về bảo đảm nguồn lực và chỉ đạo việc kết nối, chia sẻ dữ liệu khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế, thanh toán chi

phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế của các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh trên địa bàn và cơ quan bảo hiểm xã hội với Sở Y tế theo quy định của pháp luật;

d) Hướng dẫn việc chuyển người bệnh giữa các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh đối với người bệnh tham gia bảo hiểm y tế trên địa bàn tỉnh bảo đảm yêu cầu chuyên môn, điều kiện thực tế của địa phương và tạo thuận lợi cho người bệnh.

3. Các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh có trách nhiệm sau đây:

a) Tổ chức thực hiện đầy đủ, kịp thời các quy định tại Thông tư này;

b) Bảo đảm đầy đủ điều kiện khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế theo hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế, các quy định của Thông tư này và pháp luật về khám bệnh, chữa bệnh, bảo hiểm y tế;

c) 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;

d) Tư vấn, hướng dẫn cho người tham gia bảo hiểm y tế về các bệnh được đến khám bệnh, chữa bệnh tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh cấp cơ bản, cấp chuyên sâu mà không phải thực hiện thủ tục chuyển cơ sở khám bệnh, chữa bệnh trong danh mục quy định tại Thông tư này khi người bệnh tự đến khám bệnh, chữa bệnh để bảo đảm quyền lợi của người bệnh;

đ) Tập huấn, hướng dẫn, quán triệt người hành nghề và nhân viên y tế về cách ghi mã bệnh, tên bệnh theo đúng quy định tại Thông tư này.

Điều 15. Hiệu lực thi hành

1. Thông tư này có hiệu lực thi hành từ ngày 01 tháng 01 năm 2025.

2. Người tham gia bảo hiểm y tế đã đăng ký khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế ban đầu tại cơ sở ghi trên thẻ bảo hiểm y tế trước ngày Thông tư này có hiệu lực thi tiếp tục được khám bệnh, chữa bệnh ban đầu tại cơ sở đó cho đến khi có sự thay đổi về nơi đăng ký khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế ban đầu theo hướng dẫn tại Thông tư này.

3. Bãi bỏ một số văn bản, quy định sau đây kể từ ngày Thông tư này có hiệu lực:

a) Thông tư số 40/2015/TT-BYT ngày 16 tháng 11 năm 2015 của Bộ trưởng Bộ Y tế hướng dẫn việc đăng ký khám bệnh, chữa bệnh ban đầu và chuyển tuyến khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế;

b) Điều 6 Thông tư số 30/2020/TT-BYT ngày 31 tháng 12 năm 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 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;

c) Các Điều 3, 4 và khoản 2 Điều 5 Thông tư số 36/2021/TT-BYT ngày 31 tháng 12 năm 2021 của Bộ trưởng Bộ Y tế quy định khám bệnh, chữa bệnh và thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế liên quan đến khám bệnh, chữa bệnh lao.

4. Trường hợp các văn bản được dẫn chiếu trong Thông tư này bị thay thế hoặc sửa đổi, bổ sung thì áp dụng theo văn bản đã được thay thế hoặc văn bản đã được sửa đổi, bổ sung.

5. Quy định chuyển tiếp:

a) Người tham gia bảo hiểm y tế đến khám bệnh, chữa bệnh tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế trước ngày Thông tư này có hiệu lực và kết thúc lần khám bệnh, chữa bệnh sau ngày Thông tư này có hiệu lực được thực hiện theo quy định tại Thông tư này;

b) Việc phân bổ thẻ bảo hiểm y tế cho cơ sở khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế, người tham gia bảo hiểm y tế đã đăng ký khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế ban đầu tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế trước ngày Thông tư này có hiệu lực được tiếp tục thực hiện đến thời điểm Sở Y tế công bố số lượng thẻ bảo hiểm y tế cho từng cơ sở khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế ban đầu. Sở Y tế thông báo dự kiến số lượng đăng ký ban đầu tại từng cơ sở không chậm hơn ngày 01 tháng 7 năm 2025; việc thay đổi nơi đăng ký ban đầu của người tham gia bảo hiểm y tế đối với cơ sở khám bệnh, chữa bệnh trên được thực hiện đến hết ngày 31 tháng 12 năm 2025. Đối với các trường hợp người bệnh đang điều trị tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh đăng ký ban đầu thì thực hiện đến hết đợt điều trị đó.

c) Giấy hẹn khám lại, giấy chuyển tuyến được cấp trước ngày Thông tư này có hiệu lực được sử dụng đến hết thời hạn có giá trị sử dụng của giấy theo quy định tại Thông tư này, trường hợp giấy chuyển tuyến trong năm dương lịch hết thời hạn có giá trị sử dụng từ ngày 01 tháng 01 năm 2025 mà người bệnh vẫn đang điều trị tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh thì giấy chuyển tuyến được sử dụng đến hết đợt điều trị;

d) Trường hợp mã bệnh trong các danh mục ban hành kèm theo Thông tư này được thay thế bởi văn bản khác thì áp dụng mã bệnh theo văn bản mới đó, trừ trường hợp mã bệnh bị huỷ mà không có mã bệnh tương ứng thay thế;

đ) Các mẫu giấy hẹn khám lại, giấy chuyển tuyến khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế theo quy định tại Nghị định số 146/2018/NĐ-CP được sửa đổi, bổ sung tại Nghị định số 75/2023/NĐ-CP được tiếp tục sử dụng đến khi Bảo hiểm xã hội Việt Nam và cơ sở khám bệnh, chữa bệnh hoàn thành việc cập nhật và gửi dữ liệu thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế theo mẫu Phiếu hẹn khám lại và Phiếu chuyển cơ sở khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế quy định tại Thông tư này nhưng không muộn hơn ngày 31 tháng 12 năm 2025.

Trong quá trình tổ chức thực hiện có khó khăn vướng mắc, các cơ quan, tổ chức, cá nhân phản ánh về Bộ Y tế để xem xét, giải quyết./.

Nơi nhận:

- Ủy ban Xã hội của Quốc hội;
- Văn phòng Chính phủ; (Công báo, Vụ KGVX, Công TTĐT Chính phủ);
- Bộ trưởng Bộ Y tế (để báo cáo);
- Các đề Thù trưởng (để phối hợp chỉ đạo);
- Ban Tổ chức TW Đảng;
- Ban BVCSSK cán bộ trung ương;
- Bộ Tư pháp (Cục KTVBQPPL);
- Bộ, cơ quan ngang bộ, cơ quan thuộc Chính phủ;
- Bảo hiểm Xã hội Việt Nam;
- HĐND, UBND các tỉnh, thành phố trực thuộc TW;
- Sở Y tế các tỉnh, thành phố trực thuộc TW;
- Các bệnh viện thuộc Bộ Y tế;
- Y tế các bộ, ngành;
- Các Vụ, Cục, TTra Bộ, VP Bộ;
- Công TTĐT Bộ Y tế;
- Lưu: VT, BH, PC.

**KT. BỘ TRƯỞNG
THỨ TRƯỞNG**



Trần Văn Thuấn

Trần Văn Thuấn