

BỘ Y TẾ

CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM

Độc lập - Tự do - Hạnh phúc

Số: 2555 /QĐ-BYT

Hà Nội, ngày 12 tháng 8 năm 2025

QUYẾT ĐỊNH

Về việc công bố thủ tục hành chính mới ban hành, được sửa đổi, bổ sung trong lĩnh vực Bảo hiểm y tế và bị bãi bỏ trong lĩnh vực Tài chính y tế tại Nghị định số 188/2025/NĐ-CP ngày 01 tháng 7 năm 2025 của Chính phủ thuộc phạm vi chức năng quản lý của Bộ Y tế

BỘ TRƯỞNG BỘ Y TẾ

Căn cứ Nghị định số 42/2025/NĐ-CP ngày 27 tháng 02 năm 2025 của Chính phủ quy định chức năng, nhiệm vụ, quyền hạn và cơ cấu tổ chức của Bộ Y tế;

Căn cứ Nghị định số 63/2010/NĐ-CP ngày 08 tháng 6 năm 2010 của Chính phủ về kiểm soát thủ tục hành chính; Nghị định số 48/2013/NĐ-CP ngày 14 tháng 5 năm 2013 của Chính phủ về sửa đổi, bổ sung một số điều của các Nghị định liên quan đến kiểm soát thủ tục hành chính và Nghị định số 92/2017/NĐ-CP ngày 07 tháng 8 năm 2017 của Chính phủ sửa đổi, bổ sung một số điều của các nghị định liên quan đến kiểm soát thủ tục hành chính;

Căn cứ Nghị định số 188/2025/NĐ-CP ngày 01 tháng 7 năm 2025 của Chính phủ quy định chi tiết và hướng dẫn thi hành một số điều của Luật Bảo hiểm y tế;

Căn cứ Thông tư số 02/2017/TT-VPCP ngày 31 tháng 10 năm 2017 của Văn phòng Chính phủ hướng dẫn về nghiệp vụ kiểm soát thủ tục hành chính;

Căn cứ Thông tư số 01/2025/TT-BYT ngày 01 tháng 01 năm 2025 của Bộ trưởng Bộ Y tế quy định chi tiết và hướng dẫn một số điều của Luật Bảo hiểm y tế;

Theo đề nghị của Vụ trưởng Vụ Bảo hiểm y tế.

QUYẾT ĐỊNH:

Điều 1. Công bố kèm theo Quyết định này 01 (Một) thủ tục hành chính mới ban hành trong lĩnh vực Bảo hiểm y tế; 01 (Một) thủ tục hành chính sửa đổi, bổ sung trong lĩnh vực Bảo hiểm y tế; 01 (Một) thủ tục hành chính bị bãi bỏ trong lĩnh vực Tài chính y tế tại Nghị định số 188/2025/NĐ-CP ngày 01 tháng 7 năm 2025 của Chính phủ thuộc phạm vi chức năng quản lý của Bộ Y tế.

Điều 2. Quyết định này có hiệu lực thi hành kể từ ngày 15 tháng 8 năm 2025.

- Các Quyết định sau hết hiệu lực khi Quyết định này có hiệu lực:

+ Quyết định số 7291/QĐ-BYT ngày 07 tháng 12 năm 2018 của Bộ trưởng Bộ Y tế về việc công bố thủ tục hành chính mới ban hành lĩnh vực Bảo hiểm y tế

thuộc phạm vi chức năng quản lý của Bộ Y tế tại Nghị định số 146/2018/NĐ-CP ngày 17/10/2018 của Chính phủ;

+ Quyết định số 4524/QĐ-BYT ngày 14 tháng 12 năm 2023 của Bộ trưởng Bộ Y tế về việc công bố thủ tục hành chính được sửa đổi, bổ sung trong lĩnh vực tài chính y tế thuộc phạm vi chức năng quản lý của Bộ Y tế quy định tại Nghị định số 75/2023/NĐ-CP ngày 19 tháng 10 năm 2023 của Chính phủ sửa đổi, bổ sung một số điều của Nghị định số 146/2018/NĐ-CP ngày 17 tháng 10 năm 2018 của Chính phủ quy định chi tiết và hướng dẫn biện pháp thi hành một số điều của Luật Bảo hiểm y tế;

+ Quyết định số 160/QĐ-BYT ngày 10 tháng 01 năm 2025 của Bộ trưởng Bộ Y tế về việc công bố thủ tục hành chính được sửa đổi, bổ sung lĩnh vực Tài chính y tế tại Nghị định số 02/2025/NĐ-CP ngày 01 tháng 01 năm 2025 của Chính phủ và Thông tư số 01/2025/TT-BYT ngày 01 tháng 01 năm 2025 của Bộ trưởng Bộ Y tế thuộc phạm vi chức năng quản lý của Bộ Y tế.

Điều 3. Các Ông (Bà): Chánh Văn phòng Bộ; Vụ trưởng Vụ Bảo hiểm y tế; Thủ trưởng các Vụ, Cục thuộc Bộ Y tế; Giám đốc Sở Y tế các tỉnh, thành phố trực thuộc Trung ương và Thủ trưởng các đơn vị có liên quan chịu trách nhiệm thi hành Quyết định này./.

Nơi nhận:

- Như Điều 3;
- Đ/c Bộ trưởng (để báo cáo);
- Các Đ/c Thứ trưởng;
- Văn phòng Chính phủ (Cục KSTTHC);
- Bảo hiểm xã hội Việt Nam thuộc Bộ Tài chính;
- UBND các tỉnh, TP trực thuộc TW;
- Công Thông tin điện tử, Bộ Y tế;
- Các Bệnh viện, Viện có giường bệnh trực thuộc Bộ Y tế;
- Các Bệnh viện trực thuộc các Trường Đại học;
- Y tế các Bộ, Ngành;
- Hiệp hội Bệnh viện tư nhân;
- Lưu: VT, BH.

**KT. BỘ TRƯỞNG
THỨ TRƯỞNG**



Trần Văn Thuận

DANH MỤC THỦ TỤC HÀNH CHÍNH MỚI BAN HÀNH, ĐƯỢC SỬA ĐỔI, BỔ SUNG TRONG LĨNH VỰC BẢO HIỂM Y TẾ VÀ BỊ BÃI BỎ TRONG LĨNH VỰC TÀI CHÍNH Y TẾ THUỘC PHẠM VI CHỨC NĂNG QUẢN LÝ CỦA BỘ Y TẾ

(Ban hành kèm theo Quyết định số 2555 /QĐ-BYT ngày 12 tháng 8 năm 2025 của Bộ trưởng Bộ Y tế)

PHẦN I. DANH MỤC THỦ TỤC HÀNH CHÍNH

1. Danh mục thủ tục hành chính mới ban hành thuộc phạm vi chức năng quản lý của Bộ Y tế

STT	Tên thủ tục hành chính	Lĩnh vực	Cơ quan thực hiện
1	Thủ tục khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế	Bảo hiểm y tế	Cơ sở khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế

2. Danh mục thủ tục hành chính được sửa đổi, bổ sung thuộc phạm vi chức năng quản lý của Bộ Y tế

STT	Số hồ sơ TTHC	Tên thủ tục hành chính	Tên VBQPPL quy định việc sửa đổi, bổ sung	Lĩnh vực	Cơ quan thực hiện
1	3.000499	Thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh giữa cơ quan bảo hiểm xã hội và cơ sở khám bệnh, chữa bệnh.	Nghị định số 188/2025/NĐ-CP ngày 01 tháng 7 năm 2025 của Chính phủ quy định chi tiết và hướng dẫn thi hành một số điều của Luật Bảo hiểm y tế	Bảo hiểm y tế	Cơ quan Bảo hiểm xã hội

3. Danh mục thủ tục hành chính bị bãi bỏ thuộc phạm vi chức năng quản lý của Bộ Y tế

STT	Số hồ sơ TTHC	Tên thủ tục hành chính	Tên VBQPPL quy định việc bãi bỏ thủ tục hành chính	Lĩnh vực	Cơ quan thực hiện
1	2.001265	Thủ tục khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế	Nghị định số 188/2025/NĐ-CP ngày 01 tháng 7 năm 2025 của Chính phủ quy định chi tiết và hướng dẫn thi hành một số điều của Luật Bảo hiểm y tế	Tài chính y tế	Cơ sở khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế

PHẦN II. NỘI DUNG CỤ THỂ CỦA TỪNG THỦ TỤC HÀNH CHÍNH THUỘC PHẠM VI CHỨC NĂNG QUẢN LÝ CỦA BỘ Y TẾ

1. Thủ tục khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế

1.1. Trình tự thực hiện:

- **Bước 1:** Người tham gia bảo hiểm y tế khi khám bệnh, chữa bệnh phải xuất trình thông tin về thẻ bảo hiểm y tế, giấy tờ chứng minh nhân thân và các giấy tờ liên quan theo quy định cho cơ sở khám bệnh, chữa bệnh.

- **Bước 2:** Cơ sở khám bệnh, chữa bệnh tiếp nhận người bệnh tham gia bảo hiểm y tế vào cơ sở khám bệnh, chữa bệnh để chẩn đoán và điều trị.

1.2. Cách thức thực hiện: Trực tiếp tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh

1.3. Thành phần, số lượng hồ sơ:

1.3.1. Thành phần hồ sơ:

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

- Căn cước hoặc căn cước công dân hoặc tài khoản định danh điện tử (VNeID) mức độ 2 đã tích hợp thông tin về thẻ bảo hiểm y tế;

- Thẻ bảo hiểm y tế bản điện tử hoặc bản giấy. Đối với đối tượng tham gia bảo hiểm y tế quy định tại các điểm a, b, c và d khoản 3 Điều 12 của Luật Bảo hiểm y tế chưa có thông tin về thẻ bảo hiểm y tế tra cứu được trên hệ thống công nghệ thông tin thì phải xuất trình thẻ bảo hiểm y tế bản giấy. Trường hợp sử dụng thẻ bảo hiểm y tế chưa có ảnh hoặc mã số bảo hiểm y tế thì phải xuất trình thêm một trong các giấy tờ chứng minh thân nhân: căn cước, căn cước công dân, giấy chứng nhận căn cước, hộ chiếu, liên kết với tài khoản định danh điện tử (VNeID) mức độ 2 hoặc ứng dụng VssID hoặc giấy tờ chứng minh nhân thân khác do cơ quan, tổ chức có thẩm quyền cấp hoặc giấy xác nhận của công an cấp xã.

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

Trường hợp 3: Người tham gia bảo hiểm y tế trong thời gian chờ cấp hoặc thay đổi thông tin về thẻ bảo hiểm y tế, khi đến khám bệnh, chữa bệnh phải xuất trình giấy tiếp nhận hồ sơ và hẹn trả kết quả cấp, cấp lại và đổi thẻ bảo hiểm y tế, thông tin về thẻ bảo hiểm y tế do cơ quan bảo hiểm xã hội hoặc tổ chức, cá nhân được cơ quan bảo hiểm xã hội ủy quyền tiếp nhận hồ sơ cấp lại thẻ, đổi thẻ cấp và một loại giấy tờ chứng minh về nhân thân của người đó: căn cước, căn cước công dân, giấy chứng nhận căn cước, hộ chiếu, liên kết với tài khoản định danh

điện tử (VNeID) mức độ 2 hoặc ứng dụng VssID hoặc giấy tờ chứng minh nhân thân khác do cơ quan, tổ chức có thẩm quyền cấp hoặc giấy xác nhận của công an cấp xã.

Trường hợp 4: Người đã hiến bộ phận cơ thể người phải xuất trình thông tin về thẻ bảo hiểm y tế theo trường hợp 1 hoặc trường hợp 3 tại thủ tục này (Theo quy định tại khoản 4 Điều 37 của Nghị định số 188/2025/NĐ-CP). Trường hợp chưa có thẻ bảo hiểm y tế thì phải xuất trình giấy ra viện do cơ sở khám bệnh, chữa bệnh nơi lấy bộ phận cơ thể người cấp cho người đã hiến bộ phận cơ thể người và một trong các giấy tờ chứng minh nhân thân của người đó: căn cước, căn cước công dân, giấy chứng nhận căn cước, hộ chiếu, liên kết với tài khoản định danh điện tử (VNeID) mức độ 2 hoặc ứng dụng VssID hoặc giấy tờ chứng minh nhân thân khác do cơ quan, tổ chức có thẩm quyền cấp. Trường hợp chưa có thẻ bảo hiểm y tế nhưng phải điều trị ngay sau khi hiến, cơ sở khám bệnh, chữa bệnh và người bệnh hoặc thân nhân của người bệnh xác nhận vào hồ sơ bệnh án.

Trường hợp 5: Trường hợp cấp cứu, người tham gia bảo hiểm y tế phải xuất trình các giấy tờ theo trường hợp 1 hoặc trường hợp 2 hoặc trường hợp 3 tại thủ tục này trước khi kết thúc đợt điều trị (Theo quy định tại khoản 5 Điều 37 của Nghị định số 188/2025/NĐ-CP).

Trường hợp 6: Trường hợp người bệnh có thẻ bảo hiểm y tế bản điện tử khi đi khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế mà không xuất trình được thẻ bảo hiểm y tế bản điện tử do liên kết với tài khoản định danh điện tử (VNeID) mức độ 2 hoặc ứng dụng VssID bị lỗi hoặc do lỗi kết nối Internet được thực hiện như sau:

- Người bệnh cung cấp thông tin mã số thẻ bảo hiểm y tế để cơ sở khám bệnh, chữa bệnh thực hiện tra cứu thông tin trên Cổng tiếp nhận dữ liệu của Bảo hiểm xã hội Việt Nam. Trường hợp Cổng tiếp nhận dữ liệu của Bảo hiểm xã hội Việt Nam không tra cứu được thì cơ sở khám bệnh, chữa bệnh ghi nhận thông tin mã số thẻ bảo hiểm y tế, tiếp nhận người bệnh để khám bệnh, chữa bệnh. Cơ sở khám bệnh, chữa bệnh phối hợp với cơ quan bảo hiểm xã hội thực hiện tra cứu lại thông tin thẻ bảo hiểm y tế của người bệnh để xác định phạm vi, quyền lợi, chế độ hưởng bảo hiểm y tế;

- Trường hợp tại thời điểm người bệnh kết thúc lượt khám bệnh, chữa bệnh, ra viện mà hệ thống dữ liệu quản lý thẻ bảo hiểm y tế bản điện tử vẫn bị lỗi không trích xuất được thông tin và cơ quan bảo hiểm xã hội chưa xác minh, làm rõ được thì cơ sở khám bệnh, chữa bệnh có trách nhiệm gửi toàn bộ hồ sơ khám bệnh, chữa bệnh, thông tin liên hệ của người bệnh kèm ảnh màn hình tra cứu cho cơ quan bảo hiểm xã hội để tiếp tục xác minh thông tin khi hệ thống được khôi phục và giám định, thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh theo quy định. Người bệnh chịu trách nhiệm cung cấp thông tin về đối tượng tham gia bảo hiểm y tế, thông tin thẻ bảo hiểm y tế cho cơ sở khám bệnh, chữa bệnh và bảo đảm tính chính xác của thông tin đã cung cấp.

Trường hợp 7: 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 thì được khám bệnh, chữa bệnh tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh cấp cơ bản phù hợp với nơi tạm trú, lưu trú mới là 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 phải xuất trình:

- Các giấy tờ theo một trong những trường hợp: 1, 2, 3, 4 tại thủ tục này
- Một trong các giấy tờ sau: Văn bản cử đi công tác; Thẻ học sinh, sinh viên, học viên; Văn bản về việc nghỉ phép có xác nhận của cơ quan, đơn vị quản lý người tham gia bảo hiểm y tế; 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; 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.

Trường hợp 8: Người bệnh trong trường hợp được cơ sở khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế hẹn khám lại:

- 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 số 01/2025/TT-BYT hoặc ghi trong đơn thuốc, giấy ra viện (bản giấy hoặc bản điện tử) cho người bệnh (gọi chung là Phiếu hẹn khám lại).
- 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 sĩ điều trị. Phiếu hẹn khám lại bản điện tử có chữ ký số của bác sĩ điều trị. Mỗi Phiếu hẹn khám lại chỉ sử dụng 01 (một) lần.

Trường hợp 9: Người bệnh trong trường hợp chuyển cơ sở khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế:

- 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 số 01/2025/TT-BYT 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.
- 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 số 01/2025/TT-BYT được sử dụng Phiếu chuyển cơ sở khám bệnh, chữa bệnh có giá trị sử dụng trong 01 năm kể từ ngày ký.

1.3.2. Số lượng hồ sơ: 01 bộ.

1.4. Thời hạn giải quyết: Giải quyết ngay sau khi xuất trình hồ sơ.

1.5. Đối tượng thực hiện thủ tục hành chính: Người tham gia BHYT.

1.6. Cơ quan giải quyết thủ tục hành chính: Cơ sở khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế.

1.7. Kết quả thực hiện thủ tục hành chính: Người tham gia bảo hiểm y tế được giải quyết quyền lợi khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế.

1.8. Phí, lệ phí:

- Theo quy định của Bộ trưởng Bộ Y tế đối với các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh thuộc Bộ Y tế và các Bộ khác về giá cụ thể dịch vụ khám bệnh, chữa bệnh thuộc danh mục do quỹ bảo hiểm y tế thanh toán, giá cụ thể dịch vụ khám bệnh, chữa bệnh do ngân sách nhà nước thanh toán, giá cụ thể dịch vụ khám bệnh, chữa bệnh không thuộc danh mục do quỹ bảo hiểm y tế thanh toán mà không phải là dịch vụ khám bệnh, chữa bệnh theo yêu cầu cơ quan nhà nước có thẩm quyền quy định.

- Theo giá dịch vụ khám bệnh, chữa bệnh của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh thuộc danh mục do quỹ bảo hiểm y tế thanh toán được cấp có thẩm quyền phê duyệt theo quy định.

1.9. Tên mẫu đơn, mẫu tờ khai:

- Phiếu hẹn khám lại (bản giấy hoặc bản điện tử) theo mẫu quy định tại Phụ lục V ban hành kèm theo Thông tư số 01/2025/TT-BYT;

- Phiếu chuyển cơ sở khám bệnh, chữa bệnh theo mẫu quy định tại Phụ lục VI ban hành kèm theo Thông tư số 01/2025/TT-BYT.

1.10. Yêu cầu, điều kiện thực hiện thủ tục hành chính:

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

1.11. Căn cứ pháp lý của thủ tục hành chính:

- Luật Bảo hiểm y tế số 25/2008/QH12 ngày 14/11/2008 của Quốc hội; Luật số 46/2014/QH13 ngày 13/6/2014 của Quốc hội sửa đổi, bổ sung một số điều của Luật Bảo hiểm y tế; Luật số 51/2024/QH15 ngày 27/11/2024 của Quốc hội sửa đổi, bổ sung một số điều của Luật Bảo hiểm y tế.

- Nghị định số 188/2025/NĐ-CP ngày 01 tháng 7 năm 2025 của Chính phủ quy định chi tiết và hướng dẫn thi hành một số điều của Luật Bảo hiểm y tế.

- Thông tư số 01/2025/TT-BYT ngày 01 tháng 01 năm 2025 của Bộ Y tế về quy định chi tiết và hướng dẫn thi hành một số điều của luật bảo hiểm y tế.

Phụ lục V**MẪU PHIẾU HẸN KHÁM LẠI**

(Ban hành kèm theo Thông tư số /2025/TT-BYT ngày tháng năm 2025
của Bộ trưởng Bộ Y tế)

**(Đóng dấu treo
của cơ sở KCB)**

**CƠ QUAN CHỦ QUẢN
(BYT/SYT/...)**

Tên cơ sở KCB

Số:.....

**CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM
Độc lập - Tự do - Hạnh phúc**

PHIẾU HẸN KHÁM LẠI

Họ tên người bệnh:.....Giới:.....

Sinh ngày:/...../.....

Địa chỉ:

Số thẻ BHYT:

--	--	--	--	--	--	--	--

Hạn sử dụng: Từ/...../..... Đến/...../.....

Ngày khám bệnh:...../...../.....

Ngày vào viện:...../...../..... Ngày ra viện:/...../.....

Chẩn đoán:.....

Bệnh kèm theo:.....

Hẹn khám lại vào ngàytháng.... năm..., hoặc đến bất kỳ thời gian nào trước ngày được hẹn khám lại nếu có dấu hiệu (triệu chứng) bất thường.

Phiếu hẹn khám lại chỉ có giá trị sử dụng 01 (một) lần. Trường hợp không đúng hẹn cần liên hệ với cơ sở khám bệnh chữa bệnh để được giải quyết.

....., ngày....tháng năm.....

**Bác sĩ, Y sĩ khám bệnh
(ký tên)**

Ghi chú: Trường hợp phiếu hẹn khám lại được hiển thị trên ứng dụng VNeID và có ký số đầy đủ theo quy định thì có giá trị tương đương bản giấy./.

Phụ lục VI
MẪU PHIẾU CHUYỂN CƠ SỞ KHÁM BỆNH, CHỮA BỆNH
BẢO HIỂM Y TẾ

(Ban hành kèm theo Thông tư số /2025/TT-BYT ngày tháng năm 2025
của Bộ trưởng Bộ Y tế)

CƠ QUAN CHỦ
QUẢN (BYT/SYT..)
TÊN CƠ SỞ KCB

CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM
Độc lập - Tự do - Hạnh phúc

Số hồ sơ:
Vào sổ chuyển cơ
sở KCB số: ...

Số:/20.../PCCSKBCB

PHIẾU CHUYỂN CƠ SỞ KHÁM BỆNH, CHỮA BỆNH BẢO HIỂM Y TẾ

Kính gửi:

Cơ sở khám bệnh, chữa bệnh: trân trọng giới thiệu:

- Họ và tên người bệnh:.....

- Nam/Nữ:Năm sinh:

- Địa chỉ:

.....

- Dân tộc: Quốc tịch:

- Nghề nghiệp: Nơi làm việc

- Số thẻ bảo hiểm y tế:

- Thời hạn sử dụng của thẻ bảo hiểm y tế đến ngày..... tháng..... năm.....

Hết thời hạn: ☐

Không xác định được thời hạn: ☐

- Đã được khám bệnh, điều trị:

+ Tại: (Cấp.....) từ ngày tháng năm ... đến
ngày tháng năm

+ Tại: (Cấp.....) từ ngày tháng năm ... đến
ngày tháng năm

TÓM TẮT BỆNH ÁN

- Tóm tắt dấu hiệu lâm sàng:

.....

- Tóm tắt kết quả xét nghiệm, cận lâm sàng chính có giá trị chẩn đoán, theo dõi điều trị

.....

- Chẩn đoán: (bệnh chính).....

.....

.....

- Phương pháp, thủ thuật đã thực hiện (nếu có)

Thời gian bắt đầu thực hiện:giờ.....phút.....ngàythángnăm.....

Thời gian kết thúc thực hiện:giờ.....phút.....ngàythángnăm.....

- Kỹ thuật, thuốc điều trị chính đã sử dụng*:

- Tình trạng người bệnh lúc chuyển cơ sở khám bệnh, chữa bệnh:.....

- Lý do chuyển cơ sở khám bệnh, chữa bệnh: Khoanh tròn vào mục 1 hoặc 2 lý do chuyển cơ sở khám bệnh, chữa bệnh. Trường hợp chọn mục 1, đánh dấu (X) vào ô tương ứng.

(1) Đủ điều kiện chuyển cơ sở khám bệnh, chữa bệnh:

a) Phù hợp với quy định chuyển cấp chuyên môn kỹ thuật (**):

☐

b) Không phù hợp với khả năng đáp ứng của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh.

☐

(2) Theo yêu cầu của người bệnh hoặc người đại diện hợp pháp của người bệnh.

- Hướng điều trị:

- Chuyển cơ sở khám bệnh, chữa bệnh hồi: ... giờ ... phút, ngày ... tháng ... năm

- Trường hợp chuyển cơ sở khám bệnh, chữa bệnh có giá trị trong 01 năm: (có/không)***

- Phương tiện vận chuyển:

- Họ tên, chức danh, trình độ chuyên môn của người hộ tống (nếu có):

Ngày ... tháng ... năm ...
ĐẠI DIỆN CƠ SỞ KCB/BS ĐIỀU TRỊ
 (Ký tên, đóng dấu)

Ghi chú:

(*) Cơ sở khám bệnh, chữa bệnh có thể ghi tóm tắt thông tin cơ bản, các nội dung chi tiết có thể gửi kèm theo dữ liệu khám bệnh, chữa bệnh.

(**) Người bệnh đi khám bệnh, chữa bệnh đúng cấp chuyên môn kỹ thuật trong khám bệnh, chữa bệnh bao gồm được chuyển lên cấp trên hoặc chuyển về cấp dưới hoặc chuyển giữa các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh trong cùng cấp theo quy định của pháp luật.

(***) Ghi rõ có hoặc không.

Trường hợp phiếu chuyển cơ sở khám bệnh, chữa bệnh được hiển thị trên ứng dụng VNeID và có ký số đầy đủ theo quy định thì có giá trị tương đương bản giấy./.

2. Thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh giữa cơ quan bảo hiểm xã hội và cơ sở khám bệnh, chữa bệnh (*Bổ sung trình tự thực hiện, thành phần hồ sơ, yêu cầu, điều kiện thực hiện thủ tục hành chính đối với trường hợp thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh trong quá trình chuyển giao kỹ thuật và thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh đối với cơ sở có tổ chức khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế ngoài giờ hành chính hoặc vào ngày nghỉ, ngày lễ*)

2.1. Trình tự thực hiện:

a) Trình tự tạm ứng kinh phí của cơ quan bảo hiểm xã hội cho cơ sở khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế được thực hiện hằng quý như sau:

- Bước 1:

+ Trong thời hạn 05 ngày làm việc kể từ ngày nhận được báo cáo quyết toán quý trước của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh, cơ quan bảo hiểm xã hội tạm ứng một lần bằng 90% chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế theo báo cáo quyết toán quý trước của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh;

+ Đối với cơ sở khám bệnh, chữa bệnh lần đầu ký hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế, căn cứ chi phí khám bệnh, chữa bệnh của tháng trước khi ký hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế, cơ quan bảo hiểm xã hội tạm ứng 90% kinh phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế cho tháng đầu tiên thực hiện hợp đồng; sau một tháng thực hiện hợp đồng, cơ quan bảo hiểm xã hội dự kiến và tạm ứng 90% kinh phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế trong quý theo quy định tại điểm a khoản 1 Điều 32 của Luật Bảo hiểm y tế.

b) Trình tự thanh toán, quyết toán giữa cơ sở khám bệnh, chữa bệnh và cơ quan bảo hiểm xã hội được thực hiện như sau:

- Bước 1: Trong thời hạn 15 ngày đầu mỗi tháng, cơ sở khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế có trách nhiệm gửi bản tổng hợp đề nghị thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế của tháng trước cho cơ quan bảo hiểm xã hội; trong thời hạn 15 ngày đầu mỗi quý, cơ sở khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế có trách nhiệm gửi báo cáo quyết toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế của quý trước cho cơ quan bảo hiểm xã hội.

- Bước 2: Trong thời hạn 30 ngày kể từ ngày nhận được báo cáo quyết toán quý trước của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh, cơ quan bảo hiểm xã hội có trách nhiệm thông báo kết quả giám định và số quyết toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế, bao gồm chi phí khám bệnh, chữa bệnh thực tế trong phạm vi quyền lợi và mức hưởng bảo hiểm y tế với cơ sở khám bệnh, chữa bệnh. Đối với quý 4 trong năm, thời hạn thông báo kết quả giám định và số quyết toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế không quá 60 ngày, kể từ ngày cơ quan bảo hiểm xã hội nhận được báo cáo quyết toán quý 4 của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh.

- Bước 3: Trong thời hạn 10 ngày kể từ ngày thông báo số quyết toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế, cơ quan bảo hiểm xã hội phải hoàn thành việc thanh toán với cơ sở khám bệnh, chữa bệnh.

c) Trường hợp thanh toán chi phí thuốc, thiết bị y tế được điều chuyển giữa các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế

- Bước 1: Cơ sở khám bệnh, chữa bệnh có trách nhiệm thông báo về việc điều chuyển thuốc, thiết bị y tế và các khoản chi phí mà người bệnh bảo hiểm y tế phải chi trả trong trường hợp người bệnh phải trả thêm chi phí ngoài chi phí cùng chi trả theo quy định;

- Bước 2: Cơ sở điều chuyển thuốc, thiết bị y tế và cơ sở nhận thuốc, thiết bị y tế có văn bản giao nhận;

- Bước 3: Quỹ bảo hiểm y tế thanh toán chi phí thuốc, thiết bị y tế trong phạm vi quyền lợi và mức hưởng của người tham gia bảo hiểm y tế theo quy định cho cơ sở khám bệnh, chữa bệnh nơi nhận theo giá thanh toán bảo hiểm y tế của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh nơi chuyển thuốc, thiết bị y tế. Các chi phí khác do người bệnh thanh toán cho cơ sở khám bệnh, chữa bệnh nơi điều trị;

- Bước 4: Cơ sở khám bệnh, chữa bệnh nhận thuốc, thiết bị y tế có trách nhiệm thanh toán chi phí thuốc, thiết bị y tế cho cơ sở khám bệnh, chữa bệnh nơi điều chuyển. Cơ sở khám bệnh, chữa bệnh nơi điều trị cho người bệnh tổng hợp phần chi phí thuốc, thiết bị y tế thuộc phạm vi thanh toán của quỹ bảo hiểm y tế vào chi phí khám bệnh, chữa bệnh của người bệnh để thanh toán với cơ quan bảo hiểm xã hội.

d) Trường hợp chuyển người bệnh hoặc mẫu bệnh phẩm đến cơ sở khác đủ điều kiện để thực hiện dịch vụ cận lâm sàng

- Bước 1: Cơ sở khám bệnh, chữa bệnh nơi chuyển người bệnh hoặc mẫu bệnh phẩm điền thông tin vào Mẫu số 9 Phụ lục ban hành kèm theo Nghị định số 188/2025/NĐ-CP để gửi kèm trong quá trình chuyển người bệnh hoặc mẫu bệnh phẩm đến cơ sở thực hiện dịch vụ cận lâm sàng.

- Bước 2:

- + Cơ sở khám bệnh, chữa bệnh nơi chuyển người bệnh hoặc mẫu bệnh phẩm gửi danh sách các dịch vụ cận lâm sàng đã thực hiện chuyển đến cơ sở thực hiện dịch vụ cận lâm sàng cho cơ quan bảo hiểm xã hội nơi ký hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế để làm căn cứ thanh toán. (Đối với dịch vụ cận lâm sàng được cơ quan nhà nước có thẩm quyền phê duyệt cho cơ sở khám bệnh, chữa bệnh theo quy định tại điểm a khoản 2 Điều 44 của Nghị định số 188/2025/NĐ-CP)

- + Cơ sở khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế nơi chuyển người bệnh hoặc mẫu bệnh phẩm gửi danh sách các dịch vụ cận lâm sàng cần chuyển và hợp đồng nguyên tắc đến cơ quan bảo hiểm xã hội nơi ký hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế trước khi thực hiện. (Đối với dịch vụ cận lâm sàng chưa được cơ quan nhà nước có thẩm quyền phê duyệt theo quy định tại điểm b khoản 2 Điều 44 của Nghị định số 188/2025/NĐ-CP)

- Bước 3: Cơ sở khám bệnh, chữa bệnh chuyển người bệnh hoặc mẫu bệnh phẩm có trách nhiệm thanh toán chi phí cho cơ sở khám bệnh, chữa bệnh hoặc

đơn vị thực hiện dịch vụ, đồng thời tổng hợp chi phí dịch vụ cận lâm sàng vào chi phí khám bệnh, chữa bệnh của người bệnh để thanh toán với cơ quan bảo hiểm xã hội.

đ) Trường hợp chuyển giao kỹ thuật

- Bước 1: Cơ sở khám bệnh, chữa bệnh nhận chuyển giao kỹ thuật có trách nhiệm thông báo bằng văn bản cho cơ quan bảo hiểm xã hội ký hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế về các dịch vụ khám bệnh, chữa bệnh được thực hiện theo đề án, hợp đồng chuyển giao, văn bản phê duyệt của cấp có thẩm quyền đối với các kỹ thuật loại đặc biệt.

- Bước 2: Quỹ bảo hiểm y tế thanh toán theo số lượng dịch vụ khám bệnh, chữa bệnh trong đề án, hợp đồng; chuyển giao hoặc văn bản phê duyệt của cấp có thẩm quyền đối với các kỹ thuật loại đặc biệt.

e) Trường hợp tổ chức khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế ngoài giờ hành chính hoặc vào ngày nghỉ, ngày lễ

- Bước 1: Cơ sở khám bệnh, chữa bệnh thông báo bằng văn bản cho cơ quan quản lý nhà nước về y tế trên địa bàn và cơ quan bảo hiểm xã hội nơi ký hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế ít nhất 03 ngày làm việc trước khi thực hiện hoạt động khám bệnh, chữa bệnh ngoài giờ hành chính hoặc vào ngày nghỉ, ngày lễ.

- Bước 2: Quỹ bảo hiểm y tế thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh cho cơ sở khám bệnh, chữa bệnh theo quy định.

2.2. Cách thức thực hiện: Trực tuyến hoặc trực tiếp.

2.3. Thành phần, số lượng hồ sơ:

2.3.1. Thành phần hồ sơ

a) Việc tạm ứng kinh phí của cơ quan bảo hiểm xã hội cho cơ sở khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế gồm:

- Báo cáo Quyết toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế của Quý trước.

- Báo cáo chi phí khám bệnh, chữa bệnh của tháng trước (Đối với trường hợp lần đầu ký hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế).

b) Việc thanh toán, quyết toán giữa cơ sở khám bệnh, chữa bệnh và cơ quan bảo hiểm xã hội gồm:

- Bản tổng hợp đề nghị thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế của tháng trước.

- Báo cáo Quyết toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế của Quý trước.

c) Trường hợp thanh toán chi phí thuốc, thiết bị y tế được điều chuyển giữa các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế

- Văn bản giao nhận giữa cơ sở điều chuyển và cơ sở nhận thuốc, thiết bị y tế.
- Văn bản cung ứng thuốc từ nhà cung cấp, phụ lục hợp đồng, biên bản xác nhận nhà thầu không cung cấp thuốc (nếu có).

d) Trường hợp chuyển người bệnh hoặc mẫu bệnh phẩm đến cơ sở khác đủ điều kiện để thực hiện dịch vụ cận lâm sàng

- Phiếu chuyển dịch vụ cận lâm sàng theo Mẫu số 9 Phụ lục ban hành kèm theo Nghị định số 188/2025/NĐ-CP.

- Danh sách các dịch vụ cận lâm sàng đã thực hiện chuyển đến cơ sở thực hiện dịch vụ cận lâm sàng (Đối với trường hợp dịch vụ cận lâm sàng được cơ quan nhà nước có thẩm quyền phê duyệt theo quy định tại điểm a khoản 2 Điều 44 của Nghị định số 188/2025/NĐ-CP).

- Hợp đồng nguyên tắc giữa cơ sở nơi chuyển người bệnh hoặc mẫu bệnh phẩm với cơ sở thực hiện dịch vụ cận lâm sàng theo quy định tại điểm b khoản 2 Điều 44 của Nghị định số 188/2025/NĐ-CP).

đ) Trường hợp chuyển giao kỹ thuật

- Văn bản thông báo về việc nhận chuyển giao kỹ thuật;
- Bản chụp của đề án, hợp đồng chuyển giao hoặc văn bản phê duyệt của cấp có thẩm quyền đối với các kỹ thuật loại đặc biệt.

e) Trường hợp tổ chức khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế ngoài giờ hành chính hoặc vào ngày nghỉ, ngày lễ

- Văn bản thông báo về việc thực hiện hoạt động khám bệnh, chữa bệnh ngoài giờ hành chính hoặc vào ngày nghỉ, ngày lễ.

2.3.2. Số lượng hồ sơ: 01 bộ.

2.4. Thời hạn giải quyết:

- Trong thời hạn 30 ngày kể từ ngày nhận được báo cáo quyết toán quý trước của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh, cơ quan bảo hiểm xã hội có trách nhiệm thông báo kết quả giám định và số quyết toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế.

- Trong thời hạn 10 ngày kể từ ngày thông báo số quyết toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế, cơ quan bảo hiểm xã hội phải hoàn thành việc thanh toán với cơ sở khám bệnh, chữa bệnh.

2.5. Đối tượng thực hiện thủ tục hành chính: Cơ sở khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế.

2.6. Cơ quan giải quyết thủ tục hành chính: Cơ quan bảo hiểm xã hội.

2.7. Kết quả thực hiện thủ tục hành chính: Cơ sở khám bệnh, chữa bệnh nhận được chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế theo thông báo số quyết toán của cơ quan bảo hiểm xã hội.

2.8. Phí, lệ phí: (không có)

2.9. Tên mẫu đơn, mẫu tờ khai:

- Phiếu chuyển dịch vụ cận lâm sàng theo Mẫu số 9 Phụ lục ban hành kèm theo Nghị định số 188/2025/NĐ-CP.

2.10. Yêu cầu, điều kiện thực hiện thủ tục hành chính:

a) Việc tạm ứng kinh phí của cơ quan bảo hiểm xã hội cho cơ sở khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế được thực hiện hằng quý như sau:

- Trường hợp kinh phí tạm ứng cho các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế trên địa bàn tỉnh vượt quá số kinh phí được sử dụng trong quý, cơ quan bảo hiểm xã hội tỉnh, thành phố trực thuộc trung ương báo cáo với Bảo hiểm xã hội Việt Nam để bổ sung kinh phí.

b) Việc thanh toán, quyết toán giữa cơ sở khám bệnh, chữa bệnh và cơ quan bảo hiểm xã hội được thực hiện như sau:

- Cơ quan bảo hiểm xã hội thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế với cơ sở khám bệnh, chữa bệnh theo hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế.

- Việc thẩm định quyết toán năm đối với quỹ bảo hiểm y tế phải được thực hiện trước ngày 01 tháng 10 năm sau.

c) Trường hợp thanh toán chi phí thuốc, thiết bị y tế được điều chuyển giữa các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế

- Việc xác định cơ sở khám bệnh, chữa bệnh không có sẵn thuốc, thiết bị y tế tại thời điểm kê đơn, chỉ định và không thể thay thế bằng thuốc, thiết bị y tế khác được quy định như sau:

+ Cơ sở khám bệnh, chữa bệnh không có thuốc thương mại nào chứa hoạt chất mà người bệnh được chỉ định hoặc có thuốc cùng hoạt chất nhưng khác nồng độ hoặc hàm lượng hoặc dạng bào chế hoặc đường dùng mà không thể thay thế để chỉ định cho người bệnh.

+ Cơ sở khám bệnh, chữa bệnh không có thiết bị y tế mà người bệnh được chỉ định sử dụng và không có thiết bị y tế để thay thế, trừ thiết bị y tế chẩn đoán in vitro, thiết bị y tế đặc thù cá nhân, thiết bị y tế thuộc danh mục thiết bị y tế do Bộ trưởng Bộ Y tế ban hành được mua, bán như các hàng hóa thông thường theo quy định tại Nghị định số 98/2021/NĐ-CP ngày 08 tháng 11 năm 2021 của Chính phủ về quản lý trang thiết bị y tế được sửa đổi, bổ sung bởi Nghị định số 07/2023/NĐ-CP ngày 03 tháng 3 năm 2023 và Nghị định số 04/2025/NĐ-CP ngày 01 tháng 01 năm 2025 của Chính phủ.

- Tại thời điểm người bệnh được kê đơn, chỉ định, cơ sở khám bệnh, chữa bệnh không có sẵn thuốc, thiết bị y tế do một trong các nguyên nhân sau đây:

+ Trong giai đoạn dịch bệnh nhóm A đối với cơ sở khám bệnh, chữa bệnh bị phong tỏa, cách ly y tế hoặc nằm trong vùng thực hiện việc giãn cách xã hội

hoặc thực hiện nhiệm vụ phòng, chống dịch bệnh, không tiếp nhận được người bệnh.

+ Cơ sở khám bệnh, chữa bệnh đang trong quá trình lựa chọn nhà thầu theo kế hoạch lựa chọn nhà thầu đã được duyệt theo một trong các hình thức: đấu thầu rộng rãi hoặc đấu thầu hạn chế hoặc chào hàng cạnh tranh hoặc mua sắm trực tiếp hoặc lựa chọn nhà thầu trong trường hợp đặc biệt nhưng chưa lựa chọn được nhà thầu hoặc chào giá trực tuyến hoặc mua sắm trực tuyến và đã thực hiện chỉ định thầu rút gọn theo quy định của pháp luật về đấu thầu nhưng không lựa chọn được nhà thầu.

+ Cơ sở khám bệnh, chữa bệnh đã ký hợp đồng với nhà thầu cung ứng thuốc, thiết bị y tế đó nhưng tại thời điểm chỉ định thuốc, thiết bị y tế cho người bệnh có bằng chứng bằng văn bản xác nhận nhà thầu không cung ứng được thuốc (văn bản cung ứng thuốc từ nhà cung cấp, phụ lục hợp đồng, biên bản xác nhận nhà thầu không cung cấp thuốc).

- Cơ quan bảo hiểm xã hội có trách nhiệm công bố số lượng thuốc, thiết bị y tế chưa sử dụng hết theo kết quả trúng thầu của các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế trên Cổng tiếp nhận dữ liệu của Bảo hiểm xã hội Việt Nam để cơ sở khám bệnh, chữa bệnh tham khảo đề nghị điều chuyển thuốc, thiết bị y tế.

- Trường hợp người bệnh bảo hiểm y tế không đồng ý thanh toán các chi phí ngoài phạm vi được hưởng và mức hưởng của người tham gia bảo hiểm y tế khi điều chuyển thuốc, thiết bị y tế thì cơ sở khám bệnh, chữa bệnh chuyển người bệnh tới cơ sở khám bệnh, chữa bệnh khác bảo đảm cung ứng thuốc, thiết bị y tế để điều trị cho người bệnh.

d) Trường hợp chuyển người bệnh hoặc mẫu bệnh phẩm đến cơ sở khác đủ điều kiện để thực hiện dịch vụ cận lâm sàng

- Dịch vụ cận lâm sàng chưa được cơ quan nhà nước có thẩm quyền phê duyệt cho cơ sở khám bệnh, chữa bệnh nhưng thực tế cần thiết cho các hoạt động chuyên môn và có trong danh mục được Bộ trưởng Bộ Y tế ban hành. Người đứng đầu cơ sở khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế nơi chuyển người bệnh hoặc mẫu bệnh phẩm căn cứ chức năng, nhiệm vụ, phạm vi hoạt động chuyên môn được cấp có thẩm quyền phê duyệt để lập danh sách các dịch vụ cận lâm sàng cần chuyển và ký hợp đồng nguyên tắc với cơ sở thực hiện dịch vụ cận lâm sàng. Trong hợp đồng nguyên tắc có nội dung thống nhất việc cơ quan bảo hiểm xã hội nơi ký hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế với cơ sở khám bệnh, chữa bệnh nơi chuyển đi giám định về dịch vụ cận lâm sàng đã tiếp nhận và thực hiện tại cơ sở thực hiện dịch vụ cận lâm sàng. Cơ sở khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế nơi chuyển người bệnh hoặc mẫu bệnh phẩm gửi danh sách các dịch vụ cận lâm sàng cần chuyển và hợp đồng nguyên tắc đến cơ quan bảo hiểm xã hội nơi ký hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế trước khi thực hiện.

- Cơ sở tiếp nhận thực hiện dịch vụ cận lâm sàng không được thu thêm chi phí về khám bệnh của người bệnh. Trường hợp người bệnh phải trả thêm chi phí thực hiện dịch vụ cận lâm sàng ngoài chi phí cùng chi trả theo quy định, cơ sở

khám bệnh, chữa bệnh nơi chuyển người bệnh hoặc mẫu bệnh phẩm cần thông báo và có sự đồng ý của người bệnh trước khi chuyển người bệnh hoặc mẫu bệnh phẩm.

đ) Thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh đối với một số trường hợp

- Đối với trẻ em dưới 6 tuổi: Cơ sở khám bệnh, chữa bệnh sử dụng chức năng tra cứu thông tin mã thẻ bảo hiểm y tế tạm thời trên Cổng tiếp nhận dữ liệu của Bảo hiểm xã hội Việt Nam để lấy thông tin mã thẻ bảo hiểm y tế tạm thời; Trường hợp người bệnh chưa được cấp mã thẻ tạm thì cơ sở khám bệnh, chữa bệnh nhập đầy đủ thông tin trên Cổng tiếp nhận dữ liệu của Bảo hiểm xã hội Việt Nam để Cổng cấp tự động mã thẻ tạm.

- Cơ quan bảo hiểm xã hội có trách nhiệm kiểm tra thông tin mã thẻ bảo hiểm y tế tạm thời; thực hiện thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh theo quy định.

- Trường hợp chuyển cơ sở khám bệnh, chữa bệnh đối với người bệnh cần phải có nhân viên y tế đi kèm và có sử dụng thuốc, thiết bị y tế theo yêu cầu chuyên môn trong quá trình vận chuyển thì chi phí thuốc, thiết bị y tế được tổng hợp vào chi phí điều trị của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh chỉ định chuyển người bệnh đi.

- Trường hợp người bệnh sau khi đã điều trị nội trú ổn định nhưng cần phải tiếp tục sử dụng thuốc sau khi ra viện theo chỉ định của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh, quỹ bảo hiểm y tế thanh toán chi phí thuốc trong phạm vi được hưởng và mức hưởng theo quy định của Bộ trưởng Bộ Y tế. Cơ sở khám bệnh, chữa bệnh tổng hợp khoản chi thuốc này vào chi phí khám bệnh, chữa bệnh của người bệnh trước khi ra viện.

- Trường hợp khi đến khám bệnh, chữa bệnh thẻ bảo hiểm y tế của người bệnh còn giá trị sử dụng nhưng khi đang điều trị nội trú hoặc đang điều trị ban ngày hoặc đang điều trị ngoại trú tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh mà thẻ bảo hiểm y tế hết hạn sử dụng thì được quỹ bảo hiểm y tế thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh trong phạm vi được hưởng và mức hưởng cho đến khi ra viện tối đa 15 ngày kể từ ngày thẻ bảo hiểm y tế hết hạn sử dụng. Khi ra viện, kết thúc lượt khám bệnh, chữa bệnh, người bệnh có trách nhiệm đóng bảo hiểm y tế nối tiếp với thời hạn của thẻ bảo hiểm y tế đã hết hạn.

- Các khoản chi phí khám bệnh, chữa bệnh đối với 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 thực hiện như sau:

- + Trường hợp cơ sở khám bệnh, chữa bệnh tiếp tục ký hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế thì tính vào chi phí khám bệnh, chữa bệnh năm sau;

- + Trường hợp cơ sở khám bệnh, chữa bệnh không tiếp tục ký hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế thì tính vào chi phí khám bệnh, chữa bệnh năm trước.

- Trường hợp người bệnh có thẻ bảo hiểm y tế khi đi khám bệnh, chữa bệnh mà xuất trình thông tin thẻ muộn thì được quỹ bảo hiểm y tế thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh trong phạm vi quyền lợi và mức hưởng kể từ thời điểm xuất trình thông tin thẻ bảo hiểm y tế. Chi phí khám bệnh, chữa bệnh trong thời gian người bệnh chưa xuất trình thông tin thẻ bảo hiểm y tế được quỹ bảo hiểm y tế thanh toán trực tiếp theo thủ tục quy định.

e) Trường hợp tổ chức khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế ngoài giờ hành chính hoặc vào ngày nghỉ, ngày lễ

- 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 và phải thông báo trước cho người bệnh.

2.11. Căn cứ pháp lý của thủ tục hành chính:

- Luật Bảo hiểm y tế số 25/2008/QH12 ngày 14/11/2008 của Quốc hội; Luật số 46/2014/QH13 ngày 13/6/2014 của Quốc hội sửa đổi, bổ sung một số điều của Luật Bảo hiểm y tế; Luật số 51/2024/QH15 ngày 27/11/2024 của Quốc hội sửa đổi, bổ sung một số điều của Luật Bảo hiểm y tế.

- Nghị định số 188/2025/NĐ-CP ngày 01 tháng 7 năm 2025 của Chính phủ quy định chi tiết và hướng dẫn thi hành một số điều của Luật Bảo hiểm y tế.

CƠ QUAN CHỦ QUẢN
(BYT/SYT..)
TÊN CƠ SỞ KHÁM BỆNH,
CHỮA BỆNH
Mã đơn vị⁽¹⁾

CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM
Độc lập - Tự do - Hạnh phúc

Mã người bệnh⁽²⁾
Vào sổ chuyển
DVCLS: ...

Số:/20.../PCDVCLS

PHIẾU CHUYỂN DỊCH VỤ CẬN LÂM SÀNG

Kính gửi:

Cơ sở khám bệnh, chữa bệnh: trân trọng giới thiệu:

☐ Người bệnh:

☐ Mẫu bệnh phẩm:.....(Ghi cụ thể tên mẫu bệnh phẩm)

Lý do chuyển:

- ☐ Hỏng máy/thiết bị y tế
- ☐ Thiếu hóa chất, vật tư xét nghiệm
- ☐ Thiếu người thực hiện DVCLS
- ☐ Nguyên nhân khác: Ghi rõ nguyên nhân

Thông tin của người bệnh cụ thể như sau:

- Họ và tên người bệnh:

- Nam/Nữ:Năm sinh:

- Địa chỉ:

.....

- Dân tộc: Quốc tịch:

- Nghề nghiệp: Nơi làm việc

- Số thẻ bảo hiểm y tế:

- Thời hạn sử dụng của thẻ bảo hiểm y tế đến ngày..... tháng..... năm.....

Hết thời hạn: ☐ Không xác định được thời hạn: ☐

- Nơi ĐK khám bệnh, chữa bệnh ban đầu:

- Ngày khám bệnh/Ngày vào viện:

- Mã loại hình khám bệnh, chữa bệnh:

- Khoa điều trị:

- Chẩn đoán xác định (cần ghi chẩn đoán)

- Bệnh kèm theo (nếu có):

- Dịch vụ cận lâm sàng được chuyển:

STT	Mã DV	TÊN DỊCH VỤ CẬN LÂM SÀNG	Hình thức đưa mẫu	
			Người bệnh đến lấy mẫu	Mẫu bệnh phẩm đã lấy từ cơ sở
1				
2				
3				
...				

BÁC SĨ YÊU CẦU
(Ký và ghi rõ họ tên)

..., ngày ... tháng ... năm...
DUYỆT CHUYỂN DỊCH VỤ
(Ký và ghi rõ họ tên)

Ghi chú:

- (1) Theo đúng mã đơn vị trên Hệ thống giám định bảo hiểm y tế;
- (2) Là mã người bệnh tại cơ sở khám chữa bệnh chỉ định dịch vụ cận lâm sàng.