

Nhiều quy định mới có lợi cho người dân khi đi khám bảo hiểm y tế từ ngày 1/1/2025

16:10 31/12/2024

Tác giả: Đang cập nhật

Từ ngày 1/1/2025, một số quy định mới có lợi cho người dân khi đi khám bệnh bảo hiểm y tế sẽ bắt đầu có hiệu lực. Theo đó, một số trường hợp bệnh hiểm, bệnh hiểm nghèo... sẽ được được lên thẳng cơ sở khám bệnh, chữa bệnh cấp chuyên sâu và được bảo hiểm y tế thanh toán 100%; trường hợp bệnh viện không có thuốc, người bệnh bảo hiểm y tế được hoàn tiền khi mua ngoài và một số quy định khác tạo thuận lợi cho người dân có thẻ bảo hiểm y tế...

Bệnh viện không có thuốc, người bệnh được hoàn tiền khi mua ngoài

Đây là một trong những nội dung đáng chú ý được quy định tại Thông tư 22/2024/TT-BYT của Bộ Y tế sẽ bắt đầu có hiệu lực từ 1/1/2025. Theo đó, từ 1/1/2025, theo Điều 3 Thông tư 22/2024/TT-BYT, trường hợp bác sĩ kê đơn thuốc nằm trong danh mục bảo hiểm nhưng thời điểm đó bệnh viện không có thuốc, bệnh nhân phải mua thuốc ngoài thì bảo hiểm xã hội sẽ hoàn trả tiền lại cho bệnh nhân nếu đáp ứng điều kiện sau đây:

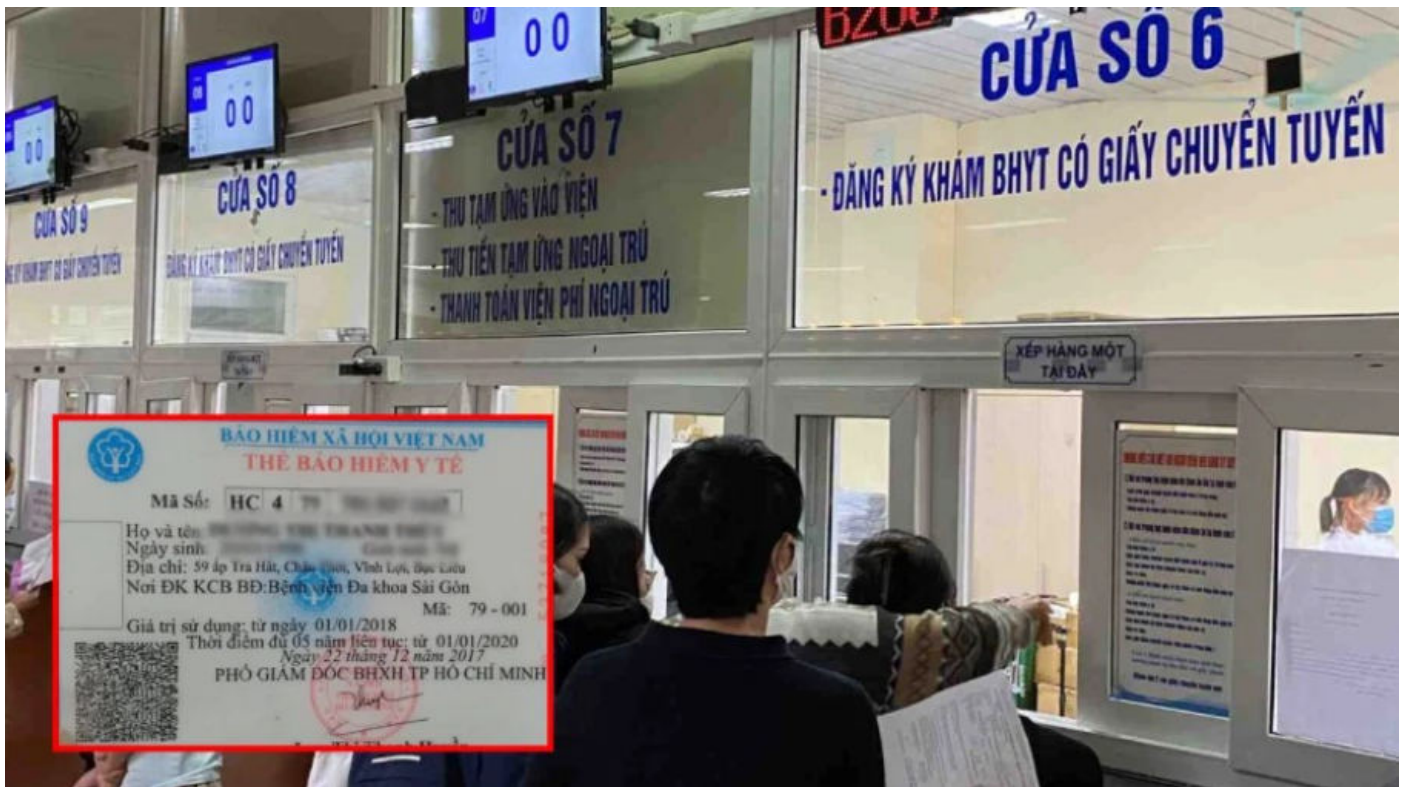
Tại thời điểm kê thuốc, chỉ định sử dụng thiết bị y tế mà không có thuốc, thiết bị y tế do đang trong quá trình lựa chọn nhà thầu theo kế hoạch đã được duyệt theo một trong các hình thức: Đấu thầu rộng rãi, đấu thầu hạn chế, chào hàng cạnh tranh, mua sắm trực tiếp, chào giá online, mua sắm online và đã thực hiện chỉ định thầu rút gọn nhưng không lựa chọn được nhà thầu. Cơ sở y tế không có thuốc ngoài danh mục bảo hiểm y tế và không thể thay thế để kê đơn cho người bệnh. Không chuyển người bệnh đến cơ sở khám chữa bệnh khác khi tình trạng sức khỏe của người bệnh không đủ điều kiện để chuyển tuyến...

Theo đó, cơ quan bảo hiểm xã hội sẽ thanh toán trực tiếp cho người theo số lượng và đơn giá được ghi trên hóa đơn do người bệnh mua tại cơ sở kinh doanh dược.

Về mức thanh toán chi phí trực tiếp, theo hướng dẫn của Thông tư 22, cơ quan bảo hiểm xã hội thanh toán trực tiếp cho người bệnh theo quy định như sau:

Đối với thuốc: Căn cứ để tính mức thanh toán là số lượng và đơn giá được ghi trên hóa đơn do

người bệnh mua tại cơ sở kinh doanh dược.



Ảnh minh họa

Trường hợp thuốc có quy định về tỷ lệ, điều kiện thanh toán thì thực hiện theo tỷ lệ, điều kiện thanh toán; Đối với thiết bị y tế (bao gồm thiết bị y tế sử dụng nhiều lần): Căn cứ để tính mức thanh toán là số lượng và đơn giá được ghi trên hóa đơn do người bệnh mua tại cơ sở mua bán thiết bị y tế. Trường hợp thiết bị y tế có quy định mức thanh toán không vượt quá mức thanh toán theo quy định đối với thiết bị y tế đó.

Đơn giá thuốc, thiết bị y tế làm căn cứ để xác định mức thanh toán không được vượt quá đơn giá thanh toán tại thời điểm gần nhất đối với trường hợp thuốc, thiết bị y tế đã trúng thầu tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh nơi người bệnh đã khám bệnh, chữa bệnh.

Trường hợp thuốc, thiết bị y tế chưa trúng thầu tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh nơi người bệnh đã khám bệnh, chữa bệnh, đơn giá làm căn cứ để xác định mức thanh toán bảo hiểm y tế là kết quả lựa chọn nhà thầu còn hiệu lực theo thứ tự ưu tiên như sau: Kết quả mua sắm tập trung cấp quốc gia hoặc kết quả đàm phán giá; Kết quả mua sắm tập trung cấp địa phương trên địa bàn; kết quả lựa chọn nhà thầu thấp nhất tại thời điểm thanh toán của các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh công lập cấp chuyên sâu, cấp cơ bản hoặc cơ sở khám bệnh, chữa bệnh cùng cấp chuyên môn kỹ thuật trên địa bàn; kết quả lựa chọn nhà thầu thấp nhất tại thời điểm thanh toán của các cơ sở khám

bệnh, chữa bệnh công lập cấp chuyên sâu, cấp cơ bản hoặc cơ sở khám bệnh, chữa bệnh cùng cấp chuyên môn kỹ thuật trên địa bàn thành phố Hà Nội, Thành phố Hồ Chí Minh.

Hồ sơ, thủ tục thanh toán trực tiếp gồm các giấy tờ là bản chụp (kèm theo bản gốc để đối chiếu) gồm: Thẻ bảo hiểm y tế, giấy chứng minh nhân thân; giấy ra viện, phiếu khám bệnh hoặc sổ khám bệnh; hóa đơn và các chứng từ có liên quan.

Thủ tục thanh toán trực tiếp: Người bệnh hoặc thân nhân (hoặc người đại diện hợp pháp) trực tiếp nộp hồ sơ cho cơ quan bảo hiểm xã hội cấp huyện nơi cư trú. Cơ quan bảo hiểm xã hội cấp huyện có trách nhiệm tiếp nhận hồ sơ để nghị thanh toán của người bệnh và lập giấy biên nhận hồ sơ. Những hồ sơ không đầy đủ theo quy định thì hướng dẫn bổ sung đầy đủ.

Để được thanh toán bảo hiểm y tế, người mua cần xuất trình với cơ quan bảo hiểm xã hội đơn thuốc, vật tư y tế được bác sĩ chỉ định, hợp lệ làm căn cứ thanh toán. Cơ quan bảo hiểm xã hội có trách nhiệm tiếp nhận hồ sơ, thanh toán trực tiếp cho người bệnh bằng với chi phí đã mua trong vòng 40 ngày. Trường hợp không thanh toán phải trả lời bằng văn bản và nêu rõ lý do.

Bệnh hiếm, bệnh hiếm nghèo được lên thẳng cấp chuyên sâu, bảo hiểm y tế thanh toán 100%

Luật sửa đổi, bổ sung một số điều của Luật Bảo hiểm y tế vừa được Quốc hội thông qua có 8 điểm mới, trong đó quy định mức bảo hiểm y tế khi thực hiện thông cấp khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế theo hướng không phân biệt địa giới hành chính, giữ ổn định tỷ lệ mức hưởng bảo hiểm y tế theo quy định của Luật hiện hành và mở rộng với một số trường hợp.

Danh mục bệnh hiếm, bệnh hiếm nghèo của Bộ Y tế bao gồm 42 bệnh, nhóm bệnh trong đó có những bệnh lý nghiêm trọng như ung thư, lupus ban đỏ, ghép tạng, bỏng nặng, bệnh xơ cứng rải rác, phẫu thuật thay van tim, đột quỵ, bệnh Alzheimer, sa sút trí tuệ, suy thận, thương tật vĩnh viễn....

Người bệnh đã được chẩn đoán xác định mắc bệnh hiếm, bệnh hiếm nghèo, bệnh cần sử dụng kỹ thuật cao nằm trong danh mục của Bộ Y tế ban hành có thể đến thẳng trực tiếp cấp chuyên sâu, không cần xin giấy chuyển viện như hiện nay. Tuy nhiên, hiện nay danh mục cụ thể các bệnh hiếm, bệnh hiếm nghèo không cần giấy chuyển viện Bộ Y tế đang xây dựng. Bên cạnh đó, Bộ Y tế đang thực hiện tích hợp giấy chuyển tuyến trên điện tử để giảm thủ tục hành chính cho người bệnh.

Để đảm bảo quyền lợi bảo hiểm y tế, quy định mới của Luật bảo hiểm y tế 2024 cũng khẳng định

người bệnh sẽ được hưởng 100% quyền lợi bảo hiểm y tế khi điều trị tại các cơ sở y tế tuyến trên, nếu bệnh của họ vượt quá khả năng điều trị của cơ sở y tế tuyến dưới.

Không phân chia danh mục thuốc được bảo hiểm y tế chi trả theo hạng bệnh viện

Hiện nay, theo phụ lục ban hành kèm Thông tư 20/2022/TT-BYT, thuốc trong danh mục bảo hiểm y tế chi trả được phân theo hạng bệnh viện, tuyến chuyên môn gồm:

Bệnh viện hạng đặc biệt, hạng I, hạng II, hạng III và hạng IV; Tuyến chuyên môn kỹ thuật bao gồm: các tuyến Trung ương, tỉnh, huyện, xã. Tuy nhiên, từ ngày 1/1/2025, quy định này sẽ được bãi bỏ tại Thông tư 37/2024/TT-BYT của Bộ Y tế. Cụ thể, bãi bỏ các cột phân hạng bệnh viện sử dụng thuốc; ghi chú về quy định tỷ lệ thanh toán, điều kiện thanh toán của thuốc... Điều này có nghĩa là sẽ không phân chia danh mục thuốc được bảo hiểm y tế chi trả theo hạng bệnh viện.

Khi đó, các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh được sử dụng toàn bộ các thuốc trong danh mục, phù hợp với phạm vi hoạt động chuyên môn, hướng dẫn chẩn đoán và điều trị, không phân biệt hạng bệnh viện, hay cấp chuyên môn kỹ thuật.

Ngoài ra, Điều 16 Thông tư 37/2024/TT-BYT cũng hướng dẫn một số trường hợp thanh toán thuốc tại trạm y tế xã như sau:

Quỹ bảo hiểm y tế thanh toán thuốc đối với các trường hợp người tham gia bảo hiểm y tế được quản lý các bệnh mạn tính tại trạm y tế xã: Trạm y tế khám, kê đơn và cấp phát thuốc theo phạm vi hoạt động chuyên môn, dịch vụ kỹ thuật được cấp có thẩm quyền phê duyệt. Thuốc được trạm y tế cấp phát theo kê đơn của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh cấp chuyên môn kỹ thuật cao hơn.

Trường hợp trạm y tế xã có người hành nghề khám bệnh, chữa bệnh được điều động, luân phiên khám bệnh, chữa bệnh, hỗ trợ chuyên môn, chỉ đạo chuyên môn kỹ thuật từ cấp chuyên môn kỹ thuật cao hơn theo phân công hoặc kế hoạch của cấp có thẩm quyền hoặc theo hợp đồng; trường hợp chuyển giao kỹ thuật theo hợp đồng, trường hợp khám bệnh, chữa bệnh từ xa hoặc hỗ trợ khám bệnh, chữa bệnh từ xa theo quy định của pháp luật về khám bệnh, chữa bệnh.

PV

Link bài viết: <https://nguoilambao.vn/nhieu-quy-dinh-moi-co-loi-cho-nguoi-dan-khi-di-kham-bao-hiem-y-te-tu-ngay-112025>