



QUY TRÌNH THỰC HIỆN VÀ CẤP GIẤY CHUYỂN TUYỂN

Số: QT.KHTH.040122

	Soạn thảo	Xem xét	Phê duyệt
Họ và tên	ThS.Bs Hoàng Mai Loan	BS.CKII Vũ Thị Phương Thảo	BS CKII. Nguyễn Thị Phan Thúy
Chữ ký			
Chức vụ	Nhân viên P.KHTH	Trưởng P.KHTH	Phó Giám đốc Bệnh viện

I. MỤC TIÊU

- Đảm bảo thực hiện đúng và kịp thời việc chuyển tuyến cho người bệnh có Bảo hiểm y tế (BHYT)

II. PHẠM VI ÁP DỤNG

- ❖ Đối tượng áp dụng quy trình: tất cả nhân viên y tế làm việc tại bệnh viện.
- ❖ Đối tượng thực hiện quy trình:
 - Nhân viên y tế trực tiếp khám bệnh, chữa bệnh, chăm sóc bệnh nhân

III. TÀI LIỆU VIỆN DẪN

Căn cứ Luật Bảo hiểm y tế ngày 14/11/2008 được sửa đổi, bổ sung một số điều theo Luật Bảo hiểm y tế ngày 13/6/2014

Căn cứ Nghị định 146/2018/NĐ-CP ngày 17/10/2018 Quy định chi tiết và hướng dẫn biện pháp thi hành một số điều của Luật Bảo hiểm y tế

Căn cứ Thông tư số 14/2014/TT-BYT và Thông tư 43/2013/TT-BYT Quy định việc chuyển tuyến giữa các cơ sở khám bệnh chữa bệnh

IV. NỘI DUNG QUY TRÌNH

1. Bước 1: Khám chữa bệnh BHYT

Nhân sự phụ trách	Mô tả công việc
BS khám bệnh/Bs Trực	<ul style="list-style-type: none">-Thăm khám, kê toa và hướng dẫn người bệnh chế độ điều trị, chăm sóc-Trường hợp người bệnh đủ điều kiện chuyển tuyến → BS thực hiện Giấy chuyển tuyến khám bệnh, chữa bệnh BHYT (Phụ lục đính kèm: Mẫu số 6 ban hành kèm theo Nghị định 146/2018/NĐ-CP ngày 17/10/2018). Thông báo và giải thích lý do chuyển tuyến cho người bệnh hoặc người đại diện hợp pháp của người bệnh.-Trường hợp người bệnh không đáp ứng các điều kiện chuyển tuyến nhưng vẫn yêu cầu chuyển tuyến thì được giải quyết chuyển tuyến để bảo đảm quyền lựa chọn nơi khám chữa bệnh của người bệnh. Đồng thời, cung cấp thông tin về phạm vi quyền lợi và mức hưởng BHYT chi phí khám chữa bệnh không đúng tuyến để người bệnh được biết.

2. Bước 2: Thực hiện Giấy chuyển tuyến khám bệnh, chữa bệnh BHYT

Nhân sự phụ trách	Mô tả công việc
BS khám bệnh/ BS trực	Khai thác và điền ĐẦY ĐỦ thông tin vào Giấy chuyển tuyến khám bệnh, chữa bệnh BHYT
ĐD hành chính/ Hộ lý hành chính	Trình ký: - Trong giờ: Ban Giám đốc hoặc nhân sự được ủy quyền - Ngoài giờ: BS trực lãnh đạo Xin số Giấy chuyển tuyến và đóng mộc tại P.HCQT
Phòng Hành chính quản trị	Cấp số Giấy chuyển tuyến, đóng mộc và lưu thông tin người bệnh chuyển tuyến vào Sổ lưu trữ

3. Bước 3: Cấp Giấy chuyển tuyến cho người bệnh

BS khám bệnh/ BS trực Điều dưỡng	-Giao giấy chuyển tuyến cho người hộ tống hoặc người bệnh hoặc người đại diện hợp pháp của người bệnh để chuyển đến cơ sở khám chữa bệnh dự kiến chuyển đến -Trường hợp cấp cứu, phải liên hệ với cơ sở khám chữa bệnh dự kiến chuyển đến, kiểm tra lần cuối cùng tình trạng của người bệnh trước khi chuyển, chuẩn bị sẵn sàng phương tiện để cấp cứu người bệnh trên đường vận chuyển. Bàn giao người bệnh, giấy chuyển tuyến cho cơ sở khám chữa bệnh nơi chuyển đến.
-------------------------------------	---

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

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

Mẫu số 6
Số Hồ sơ:
Vào sổ chuyển tuyến số:...

Số:/20.../GCT

GIẤY CHUYỂN TUYẾN 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:..... Tuổi:

- Địa chỉ:

- Dân tộc: Quốc tịch:

- Nghề nghiệp: Nơi làm việc:.....

Số thẻ:

--	--	--	--

Hạn sử dụng:.....

Đã được khám bệnh/điều trị:.....

+ Tại:(Tuyến.....) Từ ngày/...../..... đến ngày/...../.....

+ Tại:(Tuyến.....) Từ ngày/...../..... đến ngày/...../.....

TÓM TẮT BỆNH ÁN

- Dấu hiệu lâm sàng:

.....

.....

- Kết quả xét nghiệm, cận lâm sàng:.....

.....

.....

.....

.....

- Chẩn đoán:.....

.....

- Phương pháp, thủ thuật, kỹ thuật, thuốc đã sử dụng trong điều trị:.....

.....

.....

.....

- Tình trạng người bệnh lúc chuyển tuyến:.....

.....

.....

.....

- Lí do chuyển tuyến: Khoanh tròn vào lý do chuyển tuyến phù hợp sau đây:

1. Đủ điều kiện chuyển tuyến.

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

- Hướng điều trị:

.....

.....

.....

- Chuyển tuyến hồi:giờphút, ngày tháng năm 20.....

- Phương tiện vận chuyển:

- Họ tên, chức danh, trình độ chuyên môn của người hộ tống:

.....

Ngày tháng năm 20...

Y, BÁC SĨ KHÁM, ĐIỀU TRỊ
(Ký và ghi rõ họ tên)

NGƯỜI CÓ THẨM QUYỀN CHUYỂN TUYẾN
(Ký tên, đóng dấu)