

14. Chỉ trong trường hợp quá tải, cơ sở khám bệnh, chữa bệnh mới được kê thêm giường bệnh ngoài số giường kế hoạch được giao để phục vụ người bệnh và được tổng hợp để thanh toán với cơ quan bảo hiểm xã hội theo quy định tại khoản 16 Điều này.

15. Trường hợp người bệnh nằm trên băng ca, giường gấp: áp dụng mức bằng 50% giá dịch vụ ngày giường bệnh theo từng loại chuyên khoa quy định tại Phụ lục II ban hành kèm theo Thông tư này.

16. Việc thanh, quyết toán tiền ngày giường bệnh hàng quý giữa cơ quan bảo hiểm xã hội và cơ sở khám bệnh, chữa bệnh thực hiện như sau:

a) Xác định số giường thực tế sử dụng trong quý (năm) = Tổng số ngày điều trị nội trú trong quý (năm) chia (:) số ngày thực tế trong quý (năm là 365 ngày), trong đó số ngày điều trị nội trú được quy đổi theo nguyên tắc: giường băng ca, giường gấp, giường ghép 02 người: 02 ngày giường quy đổi bằng 01 ngày; giường ghép từ 03 người trở lên: 03 ngày giường quy đổi bằng 01 ngày;

b) Trường hợp cơ sở y tế có số giường thực tế sử dụng trong quý thấp hơn hoặc bằng 120% số giường kế hoạch được giao: thanh toán 100% tổng số tiền theo số ngày giường thực tế và mức giá dịch vụ ngày giường bệnh theo quy định;

c) Trường hợp cơ sở y tế có số giường thực tế sử dụng cao hơn 120% số giường kế hoạch được giao trong năm:

- Đối với các cơ sở y tế được giao giường kế hoạch trước năm 2015 thì cơ sở khám bệnh, chữa bệnh và cơ quan bảo hiểm xã hội có thể thống nhất cách xác định tỷ lệ sử dụng giường thực tế hàng quý (sau đây gọi tắt là tỷ lệ sử dụng giường bệnh), bằng (=) số giường thực tế sử dụng của quý chia (:) cho số giường thực tế sử dụng năm 2015 nhân (X) với 100%.

- Trường hợp tỷ lệ sử dụng giường thực tế (kể cả theo cách tính nêu trên):

+ Nhỏ hơn hoặc bằng 130%: cơ quan bảo hiểm y tế thanh toán cho cơ sở y tế bằng 100% tổng số tiền theo số ngày giường thực tế và mức giá dịch vụ ngày giường bệnh theo quy định;

+ Lớn hơn 130% đến 140%: cơ quan bảo hiểm y tế thanh toán cho cơ sở y tế bằng 97% tổng số tiền theo số ngày giường thực tế và mức giá dịch vụ ngày giường bệnh theo quy định;

+ Lớn hơn 140% đến 150%: cơ quan bảo hiểm y tế thanh toán cho cơ sở y tế bằng 95% tổng số tiền theo số ngày giường thực tế và mức giá dịch vụ ngày giường bệnh theo quy định;

+ Lớn hơn 150%: cơ quan bảo hiểm y tế thanh toán cho cơ sở y tế bằng 90% tổng số tiền theo số ngày giường thực tế và mức giá dịch vụ ngày giường bệnh theo quy định.

d) Trường hợp cơ sở y tế luôn trong tình trạng quá tải do nguyên nhân khách quan (ví dụ do mở rộng địa giới hành chính, số thẻ đăng ký khám, chữa bệnh ban đầu tăng...), Sở Y tế có trách nhiệm báo cáo Ủy ban nhân dân cấp tỉnh xem xét, giao tăng giường bệnh và số lượng vị trí việc làm để bảo đảm chất lượng cung cấp dịch vụ khám bệnh, chữa bệnh;

đ) Trường hợp cơ sở y tế đưa công trình, hạng mục cải tạo, mở rộng, nâng cấp hoặc xây dựng mới vào sử dụng nhưng chưa được cấp có thẩm quyền giao tăng giường bệnh thì Sở Y tế và cơ quan bảo hiểm xã hội thống nhất số giường bệnh tăng thêm của khu vực này được cộng (+) vào số giường kế hoạch đã được cơ quan có thẩm quyền giao trước đó để thực hiện thanh toán theo quy định tại khoản này.

17. Ngày giường bệnh ngoại khoa sau thực hiện “Phẫu thuật đục thủy tinh thể bằng phương pháp Phaco”: áp dụng mức giá dịch vụ ngày giường bệnh ngoại khoa, bông của loại 3 tương ứng theo hạng bệnh viện quy định tại Phụ lục II ban thành kèm theo Thông tư này.

Điều 7. Áp dụng giá và điều kiện, mức thanh toán của một số dịch vụ kỹ thuật đặc thù

1. Các dịch vụ kỹ thuật được áp dụng theo thứ tự như sau:

a) Đối với các dịch vụ kỹ thuật cụ thể đã được quy định mức giá tại phụ lục ban hành kèm theo Thông tư này: áp dụng theo mức giá đã được quy định;

b) Các dịch vụ kỹ thuật chưa được quy định mức giá tại phụ lục ban hành kèm theo Thông tư này nhưng đã được xếp tương đương về kỹ thuật và chi phí thực hiện: áp dụng theo mức giá của dịch vụ được Bộ Y tế xếp tương đương về kỹ thuật và chi phí thực hiện;

c) Trường hợp có sự trùng lặp giữa các chuyên khoa khác nhau thì dịch vụ kỹ thuật thực hiện ở chuyên khoa nào sẽ áp dụng mức giá của dịch vụ kỹ thuật ở chuyên khoa đó.

2. Đối với các dịch vụ kỹ thuật đã được cơ quan có thẩm quyền (các Bộ, cơ quan trung ương đối với đơn vị thuộc trung ương quản lý, Sở Y tế đối với đơn vị thuộc địa phương quản lý) phê duyệt danh mục dịch vụ kỹ thuật (trừ các dịch vụ chăm sóc đã tính trong chi phí ngày giường điều trị, các dịch vụ là một công đoạn đã được tính trong chi phí của dịch vụ khác) nhưng chưa được quy định mức giá; các dịch vụ kỹ thuật đã được chỉ định thực hiện nhưng vì nguyên nhân diễn biến bệnh hoặc thể trạng người bệnh nên không thể tiếp tục thực hiện được kỹ thuật đã chỉ định: thanh toán theo số lượng thực tế các loại thuốc, vật tư đã sử dụng cho người bệnh và giá mua theo quy định của pháp luật.

3. Trường hợp thực hiện nhiều can thiệp trong cùng một lần phẫu thuật: thanh toán theo giá của phẫu thuật phức tạp nhất, có mức giá cao nhất, các dịch vụ kỹ thuật khác phát sinh ngoài quy trình kỹ thuật của phẫu thuật nêu trên được thanh toán như sau:

a) Bằng 50% giá của các phẫu thuật phát sinh nếu kỹ thuật đó vẫn do một kíp phẫu thuật thực hiện;

b) Bằng 80% giá của các phẫu thuật phát sinh nếu kỹ thuật đó phải thay kíp phẫu thuật khác để thực hiện;

c) Trường hợp thực hiện dịch vụ phát sinh là các thủ thuật thì thanh toán 80% giá của dịch vụ kỹ thuật phát sinh.

4. Đối với dịch vụ “Thay băng vết thương hoặc vết mổ chiều dài ≤ 15 cm”:

a) Thanh toán đối với người bệnh điều trị nội trú trong các trường hợp sau: vết thương hoặc vết mổ nhiễm trùng; vết thương có thấm dịch, máu trong các tổn thương lóc da, hở da diện tích trên 6 cm^2 ; vết thương đã có chèn gạc; vết thương chân ống dẫn lưu chảy dịch nhiều; đa vết thương hoặc vết mổ; hoặc sau 1 phẫu thuật nhưng phải thực hiện từ hai đường mổ trở lên;

b) Không áp dụng đối với thay băng trong các trường hợp sau: phẫu thuật nội soi, thay băng vết mổ, vết thương thông thường, thay băng rốn sơ sinh.

5. Đối với dịch vụ “Thay băng vết mổ có chiều dài trên 15 cm đến 30 cm” trong điều trị nội trú chỉ áp dụng đối với một số trường hợp sau:

a) Vết mổ nhiễm trùng, rò tiêu hóa, rò mật, rò nước tiểu;

b) Vết mổ sau phẫu thuật nhiễm khuẩn (viêm phúc mạc bụng hoặc viêm xương hoặc áp xe), vết mổ sau phẫu thuật ống tiêu hóa hoặc hệ tiết niệu hoặc đường mật hoặc bụng cổ chướng;

c) Vết mổ sau một phẫu thuật nhưng phải thực hiện từ hai đường mổ trở lên;

d) Trường hợp phẫu thuật mổ lấy thai: được áp dụng mức giá này nhưng tối đa không quá 03 lần.

6. Đối với xét nghiệm hòa hợp miễn dịch ở nhiệt độ 37°C và có sử dụng huyết thanh kháng globulin (nghiệm pháp Coombs gián tiếp) trong truyền máu: Thanh toán theo giá của dịch vụ “Phản ứng hòa hợp có sử dụng kháng globulin người” có số thứ tự 1340 hoặc 1341 quy định tại Phụ lục III ban hành kèm theo Thông tư này.

7. Việc thanh, quyết toán một số dịch vụ kỹ thuật như: Chụp X-quang thường, Chụp X-quang số hóa (để chẩn đoán), Chụp CT Scanner đến 32 dãy (để chẩn đoán, dịch vụ có số thứ tự 42, 43 quy định tại Phụ lục III ban hành kèm theo Thông tư này), Siêu âm (dịch vụ có số thứ tự 1, 2 quy định tại Phụ lục III ban hành kèm theo Thông tư này), Chụp cộng hưởng từ (MRI), dịch vụ có số thứ tự 67, 68 quy định tại Phụ lục III ban hành kèm theo Thông tư này) hàng quý giữa cơ quan bảo hiểm y tế và cơ sở khám bệnh, chữa bệnh được thực hiện như sau:

a) Xác định số ca tối đa được cơ quan bảo hiểm xã hội thanh toán theo mức giá quy định tại Thông tư này bằng (=) số ca trung bình theo định mức tính giá chia (:) cho 8, lấy kết quả này nhân (X) với số giờ làm việc thực tế của đơn vị, sau đó nhân (X) số ngày làm việc thực tế trong quý, lấy kết quả này nhân (X) với số máy thực tế hoạt động của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh trong quý và nhân (X) với 120%;

b) Định mức tính giá (số ca/máy/ngày làm việc 8 giờ): dịch vụ siêu âm là 48 ca; chụp X-quang thường, chụp X-quang số hóa là 58 ca; chụp CT Scanner đến 32 dãy là 29 ca; chụp cộng hưởng từ (MRI) là 19 ca;

c) Trường hợp số ca đề nghị thanh toán nhỏ hơn hoặc bằng số ca tối đa theo cách tính quy định tại điểm a khoản này: cơ quan bảo hiểm xã hội thanh toán theo số ca thực tế và mức giá quy định tại Thông tư này;

d) Trường hợp số ca đề nghị thanh toán cao hơn số ca tối đa theo cách tính quy định tại điểm a khoản này: Đối với số ca bằng số ca tối đa theo cách tính tại điểm a khoản này, cơ quan bảo hiểm xã hội thanh toán theo mức giá quy định tại Thông tư này. Đối với số ca lớn hơn số ca tối đa theo cách tính tại điểm a khoản này, cơ quan bảo hiểm xã hội thanh toán theo mức giá không bao gồm chi phí tiền lương, mức giá thanh toán cụ thể như sau:

- Dịch vụ Siêu âm (chẩn đoán): bằng 55% mức giá quy định;
- Chụp X-quang thường; Chụp X-quang số hóa: bằng 85% mức giá quy định;
- Dịch vụ Chụp CT Scanner đến 32 dãy: bằng 95% mức giá quy định;
- Dịch vụ Chụp cộng hưởng từ (MRI): bằng 97% mức giá quy định.

Ví dụ: Cơ sở khám bệnh, chữa bệnh A có 3 máy X-quang thực tế hoạt động, số giờ làm việc thực tế là 9 giờ (làm thêm 01 giờ/ngày); cơ sở khám bệnh, chữa bệnh có tổ chức khám bệnh vào thứ 7, quý III/2018 có 92 ngày, số ngày làm việc của quý là 78 ngày;

Số ca tối đa được cơ quan bảo hiểm y tế thanh toán theo mức giá Chụp X-quang quy định tại Thông tư này là: $(58:8) \times 9 \times 3 \times 78 \times 120\% = 18.322,2$ ca.

Tổng số ca chụp X-quang đề nghị cơ quan bảo hiểm xã hội thanh toán trong quý III/2018 nhỏ hơn hoặc bằng 18.322 ca thì được cơ quan bảo hiểm y tế thanh toán theo mức giá quy định tại Thông tư này.

Trường hợp số ca cơ sở khám bệnh, chữa bệnh đề nghị thanh toán lớn hơn 18.322 ca, giả sử là 20.000 ca, cơ quan bảo hiểm xã hội thanh toán 18.322 ca theo mức giá quy định tại Thông tư này, còn lại 1.678 ca (=20.000 ca – 18.322 ca) cơ quan bảo hiểm xã hội thanh toán với mức giá bằng 85% mức giá quy định tại Thông tư này.

8. Các quy định tại khoản 8 Điều này, khoản 6 Điều 5 và khoản 16 Điều 6 Thông tư này chỉ áp dụng để thanh toán giữa cơ quan bảo hiểm xã hội và cơ sở khám bệnh, chữa bệnh và không áp dụng để tính chi phí đồng chi trả của người bệnh.

9. Trong thời gian xảy ra thiên tai, thảm họa, dịch bệnh: cơ quan bảo hiểm xã hội thanh toán cho cơ sở khám bệnh, chữa bệnh theo mức giá và số lượng dịch vụ thực tế, không áp dụng quy định thanh toán tại khoản 8 Điều này, khoản 6 Điều 5 và khoản 16 Điều 6 Thông tư này.

10. Các dịch vụ kỹ thuật chuyên khoa nhi nhưng thực hiện cho người lớn hoặc các dịch vụ kỹ thuật thực hiện cho bệnh nhi nhưng trùng tên với người lớn nhưng chưa quy định cụ thể mức giá: được áp dụng mức giá dịch vụ kỹ thuật theo danh mục tại Thông tư này và các quyết định tương đương về kỹ thuật và chi phí thực hiện. Các dịch vụ kỹ thuật chỉ có tên tại chuyên khoa nhi nhưng thực hiện cho người bệnh trên 16 tuổi: áp dụng mức giá dịch vụ kỹ thuật như đối với mức giá đã được quy định tại chuyên khoa nhi.

Điều 8. Ngân sách nhà nước bảo đảm đối với các chi phí chưa tính trong giá dịch vụ khám bệnh, chữa bệnh

1. Các Bộ, cơ quan trung ương tổng hợp, báo cáo với Bộ Tài chính; Sở Y tế các tỉnh, thành phố trực thuộc Trung ương tổng hợp, báo cáo với Ủy ban nhân dân cấp tỉnh tiếp tục bảo đảm ngân sách theo phân cấp ngân sách và các quy định hiện hành về nguồn thực hiện cải cách chính sách tiền lương đối với:

a) Các khoản chi theo chế độ quy định tại các văn bản nêu tại khoản 5 Điều 3 Thông tư này;

b) Ngân sách nhà nước bảo đảm để thực hiện cải cách chính sách tiền lương theo các quy định của Chính phủ quy định mức lương cơ sở đối với cán bộ, công chức, viên chức và lực lượng vũ trang.

2. Trường hợp nguồn thu của đơn vị không bảo đảm hoạt động thường xuyên, đơn vị được cơ quan có thẩm quyền phân loại là đơn vị sự nghiệp công tự bảo đảm một phần chi thường xuyên hoặc đơn vị sự nghiệp công do nhà nước bảo đảm chi thường xuyên: đơn vị tiếp tục được ngân sách nhà nước bảo đảm phần chi thường xuyên còn thiếu để bảo đảm chế độ cho người lao động và hoạt động bình thường của đơn vị theo phân cấp quản lý ngân sách hiện hành.



Điều 9. Tổ chức thực hiện

1. Trách nhiệm của Bộ Y tế:

a) Vụ Kế hoạch Tài chính làm đầu mối thống nhất với các đơn vị có liên quan của Bộ Tài chính xem xét, điều chỉnh, bổ sung kịp thời giá dịch vụ khám bệnh, chữa bệnh khi bổ sung các yếu tố hình thành giá theo lộ trình, nhà nước điều chỉnh chính sách tiền lương, điều chỉnh định mức kinh tế - kỹ thuật hoặc chi phí của các yếu tố hình thành giá thay đổi; làm đầu mối, phối hợp với các đơn vị có liên quan tổ chức triển khai, kiểm tra, sơ kết, tổng kết việc thực hiện Thông tư này trên phạm vi toàn quốc;

b) Cục Quản lý khám bệnh, chữa bệnh làm đầu mối, phối hợp với đơn vị có liên quan chỉ đạo các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh tiếp tục thực hiện nghiêm các quy định về chuyên môn, thực hiện đồng bộ các giải pháp để nâng cao chất lượng dịch vụ; tổ chức việc kiểm tra, thanh tra, giám sát hoạt động chuyên môn liên quan đến việc chỉ định sử dụng dịch vụ, thuốc, vật tư, chỉ định người bệnh vào điều trị nội trú và các hoạt động chuyên môn khác;

c) Vụ Bảo hiểm y tế làm đầu mối, phối hợp với các đơn vị có liên quan tổ chức kiểm tra, giám sát hoặc chỉ đạo Sở Y tế, cơ quan quản lý y tế của các bộ, ngành tổ chức việc kiểm tra, giám sát các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh, các đơn vị, tổ chức có liên quan trong việc thực hiện quy định của Thông tư này;

d) Thanh tra Bộ Y tế chủ trì, phối hợp với đơn vị có liên quan tổ chức thanh tra hoặc chỉ đạo Sở Y tế, cơ quan quản lý y tế các bộ, ngành tổ chức việc thanh tra các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh, các đơn vị, tổ chức có liên quan trong việc thực hiện quy định của Thông tư này.

2. Trách nhiệm của Bảo hiểm Xã hội Việt Nam:

a) Tổ chức thực hiện Thông tư này, chỉ đạo bảo hiểm xã hội các cấp thực hiện thanh toán kịp thời, theo các quy định hiện hành và Thông tư này cho các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh. Trong quá trình thực hiện nếu phát hiện các mức giá chưa phù hợp, có văn bản đề nghị Bộ Y tế để xem xét, điều chỉnh;

b) Định kỳ (01 tháng, 03 tháng, 06 tháng và 12 tháng) thông báo cho Bộ Y tế và chỉ đạo bảo hiểm xã hội các cấp thông báo cho Ủy ban nhân dân cấp tỉnh, Sở Y tế, cơ quan quản lý y tế các bộ, ngành về những trường hợp sử dụng dịch vụ, thuốc, vật tư quá mức cần thiết, chỉ định người bệnh vào điều trị nội trú chưa đúng quy định.

3. Trách nhiệm của Sở Y tế:

a) Chủ trì, phối hợp với các đơn vị có liên quan tổ chức triển khai, kiểm tra, giám sát, sơ kết, tổng kết việc thực hiện Thông tư này trên địa bàn quản lý;

b) Chỉ đạo các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh thuộc địa phương quản lý tiếp tục thực hiện nghiêm các quy định về chuyên môn, thực hiện đồng bộ các giải pháp để nâng cao chất lượng dịch vụ;

c) Báo cáo cấp có thẩm quyền giao giường bệnh, quyết định số lượng người làm việc cho các cơ sở y tế thuộc địa phương quản lý để các cơ sở y tế có đủ giường bệnh, nhân lực đáp ứng nhu cầu và nâng cao chất lượng dịch vụ khám, chữa bệnh cho nhân dân.

4. Trách nhiệm của các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh:

a) Phải sử dụng số kinh phí tương đương với chi phí duy tu, bảo dưỡng thiết bị, mua thay thế công cụ, dụng cụ đã kết cấu trong giá dịch vụ khám bệnh, ngày giường điều trị (bệnh viện hạng đặc biệt, hạng I, hạng II tương đương với 5% mức giá, bệnh viện hạng III, hạng IV, chưa phân hạng tương đương với 3% mức giá) để sửa chữa, nâng cấp, mở rộng khu vực khám bệnh, các khoa điều trị; mua bổ sung, thay thế: bàn, ghế, giường, tủ, xe đẩy, điều hòa nhiệt độ, quạt, đèn sưởi, quạt sưởi, máy tính, các bộ dụng cụ khám bệnh đa khoa, chuyên khoa; chăn, ga, gối, đệm, chiếu và các hàng hóa, vật tư khác để bảo đảm điều kiện chuyên môn, vệ sinh, an toàn người bệnh và nâng cao chất lượng phục vụ người bệnh;

b) Thực hiện nghiêm các quy định về chuyên môn y tế, đặc biệt là việc chỉ định người bệnh vào điều trị nội trú; chuyển tuyến, chỉ định sử dụng dịch vụ, thuốc, vật tư theo đúng quy định;

c) Xây dựng định mức kinh tế - kỹ thuật, phương án giá, đề xuất mức giá và báo cáo cơ quan quản lý trực tiếp để gửi Bộ Y tế xem xét, quy định mức giá đối với các trường hợp sau đây:

- Dịch vụ kỹ thuật mới quy định tại khoản 1 và khoản 2 Điều 69 của Luật Khám bệnh, chữa bệnh;

- Dịch vụ kỹ thuật chưa được Bộ Y tế quy định mức giá (bao gồm cả dịch vụ đã được Bộ Y tế cho phép thực hiện nhưng chưa được xếp tương đương về kỹ thuật và chi phí thực hiện).

Điều 10. Điều khoản tham chiếu

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

Điều 11. Điều khoản thi hành

1. Thông tư này có hiệu lực thi hành từ ngày ký ban hành.



2. Các văn bản sau đây hết hiệu lực thi hành kể từ ngày Thông tư này có hiệu lực thi hành:

a) Thông tư số 39/2018/TT-BYT ngày 30 tháng 11 năm 2018 của Bộ trưởng Bộ Y tế quy định thống nhất giá dịch vụ khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế giữa các bệnh viện cùng hạng trên toàn quốc và hướng dẫn áp dụng, thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế trong một số trường hợp;

b) Thông tư số 13/2019/TT-BYT ngày 05 tháng 7 năm 2019 của Bộ trưởng Bộ Y tế sửa đổi, bổ sung một số điều của Thông tư số 39/2018/TT-BYT ngày 30 tháng 11 năm 2018 của Bộ trưởng Bộ Y tế quy định thống nhất giá dịch vụ khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế giữa các bệnh viện cùng hạng trên toàn quốc và hướng dẫn áp dụng, thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế trong một số trường hợp.

Điều 12. Điều khoản chuyên tiếp

1. Đối với người bệnh đang điều trị tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh trước thời điểm Thông tư này có hiệu lực và ra viện hoặc kết thúc đợt điều trị ngoại trú sau thời điểm Thông tư này có hiệu lực: tiếp tục được áp dụng mức giá dịch vụ khám bệnh, chữa bệnh theo quy định của cấp có thẩm quyền trước thời điểm thực hiện mức giá theo quy định tại Thông tư này cho đến khi ra viện hoặc kết thúc đợt điều trị ngoại trú.

2. Cơ quan Bảo hiểm xã hội Việt Nam và cơ sở khám bệnh, chữa bệnh không thực hiện thanh toán hồi tố đối với các trường hợp hai bên đã thực hiện rà soát và thống nhất số liệu thanh quyết toán của các dịch vụ tại Phụ lục V ban hành kèm theo Thông tư này trước thời điểm Thông tư này có hiệu lực.

Trong quá trình thực hiện nếu có khó khăn, vướng mắc đề nghị các đơn vị, địa phương phản ánh bằng văn bản về Bộ Y tế để xem xét, giải quyết./.

Nơi nhận:

- Ủy ban Xã hội của Quốc hội;
- Văn phòng Chính phủ (Vụ Khoa giáo văn xã, Công báo; Công Thông tin điện tử Chính phủ);
- Bộ trưởng Bộ Y tế (để báo cáo);
- Các đồng chí Thứ trưởng;
- Bộ Tư pháp (Cục Kiểm tra văn bản quy phạm pháp luật);
- Các Bộ, cơ quan ngang Bộ, cơ quan thuộc Chính phủ;
- Kiểm toán Nhà nước; Cơ quan TW của các đoàn thể;
- UBND các tỉnh, thành phố trực thuộc trung ương;
- Sở Y tế các tỉnh, thành phố trực thuộc trung ương;
- Các đơn vị trực thuộc Bộ Y tế;
- Y tế các Bộ, ngành;
- Các Vụ, Cục, Tổng Cục, Văn phòng Bộ, Thanh tra Bộ;
- Công thông tin điện tử Bộ Y tế;
- Lưu: VT, KH-TC₍₀₂₎, PC_(02b).

KT. BỘ TRƯỞNG
THỨ TRƯỞNG

Lê Đức Luận