

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

THÔNG TƯ LIÊN TỊCH
Hướng dẫn thực hiện bảo hiểm y tế

Thông tư liên tịch số 41/2014/TTLT-BYT-BTC ngày 24/11/2014 của liên Bộ Y tế - Tài chính hướng dẫn thực hiện bảo hiểm y tế, có hiệu lực kể từ ngày 01 tháng 02 năm 2015 được sửa đổi bởi:

Thông tư liên tịch số 16/2015/TTLT-BYT-BTC ngày 02/7/2015 của liên Bộ Y tế - Tài chính sửa đổi khoản 5 Điều 13 Thông tư liên tịch số 41/2014/TTLT-BYT-BTC ngày 24/11/2014 của liên Bộ Y tế - Tài chính, hướng dẫn thực hiện bảo hiểm y tế (Sau đây gọi tắt là Thông tư liên tịch số 16/2015/TTLT-BYT-BTC), có hiệu lực kể từ ngày 01 tháng 9 năm 2015.

Căn cứ Luật bảo hiểm y tế ngày 14 tháng 11 năm 2008 và Luật sửa đổi, bổ sung một số điều của Luật bảo hiểm y tế ngày 13 tháng 6 năm 2014;

Căn cứ Nghị định số 105/2014/NĐ-CP ngày 15 tháng 11 năm 2014 của Chính phủ quy định chi tiết và hướng dẫn thi hành một số điều của Luật bảo hiểm y tế;

Căn cứ Nghị định số 63/2012/NĐ-CP ngày 31 tháng 8 năm 2012 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 215/2013/NĐ-CP ngày 23 tháng 12 năm 2013 của Chính phủ quy định chức năng, nhiệm vụ, quyền hạn và cơ cấu tổ chức của Bộ Tài chính;

Bộ trưởng Bộ Y tế, Bộ trưởng Bộ Tài chính ban hành Thông tư liên tịch hướng dẫn thực hiện bảo hiểm y tế¹

¹ Thông tư liên tịch số 16/2015/TTLT-BYT-BTC có căn cứ ban hành như sau:

“Căn cứ Luật bảo hiểm y tế;

Căn cứ Nghị định số 105/2014/NĐ-CP ngày 15 tháng 11 năm 2014 của Chính phủ quy định chi tiết và hướng dẫn thi hành một số điều của Luật bảo hiểm y tế;

Căn cứ Nghị định số 63/2012/NĐ-CP ngày 31 tháng 8 năm 2012 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 215/2013/NĐ-CP ngày 23 tháng 12 năm 2013 của Chính phủ quy định chức năng, nhiệm vụ, quyền hạn và cơ cấu tổ chức của Bộ Tài chính;

Bộ trưởng Bộ Y tế và Bộ trưởng Bộ Tài chính ban hành Thông tư liên tịch sửa đổi khoản 5 Điều 13 Thông tư liên tịch số 41/2014/TTLT-BYT-BTC ngày 24 tháng 11 năm 2014 của liên Bộ Y tế - Bộ Tài chính hướng dẫn thực hiện bảo hiểm y tế”.

Chương I

ĐỐI TƯỢNG THAM GIA, PHƯƠNG THỨC ĐÓNG VÀ TRÁCH NHIỆM ĐÓNG BẢO HIỂM Y TẾ

Điều 1. Đối tượng tham gia bảo hiểm y tế

Theo quy định tại Điều 12 sửa đổi, bổ sung của Luật Bảo hiểm y tế; các Điều 15, 21, 25 và Điều 26 sửa đổi, bổ sung của Pháp lệnh Ưu đãi người có công với cách mạng và Điều 1 Nghị định số 105/2014/NĐ-CP, đối tượng tham gia bảo hiểm y tế (sau đây viết tắt là BHYT) bao gồm:

1. Nhóm do người lao động và người sử dụng lao động đóng, bao gồm:

a) Người lao động làm việc theo hợp đồng lao động không xác định thời hạn, hợp đồng lao động có thời hạn từ đủ 3 tháng trở lên; người quản lý doanh nghiệp, đơn vị sự nghiệp ngoài công lập và người quản lý điều hành hợp tác xã có hưởng tiền lương; cán bộ, công chức, viên chức (sau đây gọi chung là người lao động) làm việc tại cơ quan, tổ chức, doanh nghiệp sau đây:

- Cơ quan nhà nước, đơn vị vũ trang nhân dân;
- Tổ chức chính trị, tổ chức chính trị - xã hội, tổ chức chính trị xã hội - nghề nghiệp, tổ chức xã hội, tổ chức xã hội - nghề nghiệp, tổ chức xã hội khác;
- Đơn vị sự nghiệp công lập và ngoài công lập;
- Doanh nghiệp thuộc các thành phần kinh tế được thành lập, hoạt động theo Luật Doanh nghiệp, Luật Đầu tư;
- Cơ quan, tổ chức nước ngoài, tổ chức quốc tế hoạt động trên lãnh thổ Việt Nam;
- Hợp tác xã, liên hiệp hợp tác xã thành lập, hoạt động theo Luật Hợp tác xã;
- Hộ kinh doanh cá thể, tổ hợp tác, tổ chức khác và cá nhân có thuê mướn lao động theo hợp đồng lao động.

b) Người hoạt động không chuyên trách ở xã, phường, thị trấn theo quy định của pháp luật.

2. Nhóm do tổ chức Bảo hiểm xã hội đóng, bao gồm:

- a) Người hưởng lương hưu, trợ cấp mất sức lao động hằng tháng;
- b) Người đang hưởng trợ cấp bảo hiểm xã hội hằng tháng do bị tai nạn lao động, bệnh nghề nghiệp hoặc mắc bệnh thuộc danh mục bệnh cần chữa trị dài ngày; người từ đủ 80 tuổi trở lên đang hưởng trợ cấp tuất hằng tháng;
- c) Cán bộ xã, phường, thị trấn đã nghỉ việc đang hưởng trợ cấp bảo hiểm xã hội hằng tháng;
- d) Người đang hưởng trợ cấp thất nghiệp;

đ) Công nhân cao su đang hưởng trợ cấp hằng tháng theo Quyết định số 206/CP ngày 30/5/1979 của Hội đồng Chính phủ (nay là Chính phủ) về chính sách đối với công nhân mới giải phóng làm nghề nặng nhọc, có hại sức khỏe nay già yếu phải thôi việc.

3. Nhóm do ngân sách nhà nước đóng, bao gồm:

a) Sĩ quan, quân nhân chuyên nghiệp, hạ sĩ quan, binh sĩ quân đội đang tại ngũ; sĩ quan, hạ sĩ quan nghiệp vụ và sĩ quan, hạ sĩ quan chuyên môn, kỹ thuật đang công tác trong lực lượng công an nhân dân, học viên công an nhân dân, hạ sĩ quan, chiến sĩ phục vụ có thời hạn trong công an nhân dân; người làm công tác cơ yếu hưởng lương như đối với quân nhân; học viên cơ yếu được hưởng chế độ, chính sách theo chế độ, chính sách đối với học viên ở các trường quân đội, công an;

b) Cán bộ xã, phường, thị trấn đã nghỉ việc đang hưởng trợ cấp hằng tháng từ ngân sách nhà nước;

c) Người đã thôi hưởng trợ cấp mất sức lao động đang hưởng trợ cấp hằng tháng từ ngân sách nhà nước;

d) Người có công với cách mạng, cựu chiến binh, bao gồm:

- Người có công với cách mạng theo quy định tại Pháp lệnh Ưu đãi người có công với cách mạng;

- Cựu chiến binh đã tham gia kháng chiến từ ngày 30/4/1975 trở về trước theo khoản 6 Điều 5 Nghị định số 150/2006/NĐ-CP ngày 12/12/2006 của Chính phủ quy định chi tiết và hướng dẫn thi hành một số điều của Pháp lệnh Cựu chiến binh;

- Người trực tiếp tham gia kháng chiến chống Mỹ cứu nước nhưng chưa được hưởng chính sách của Đảng và Nhà nước theo Quyết định số 290/2005/QĐ-TTg ngày 08/11/2005 của Thủ tướng Chính phủ về chế độ, chính sách đối với một số đối tượng trực tiếp tham gia kháng chiến chống Mỹ cứu nước nhưng chưa được hưởng chính sách của Đảng và Nhà nước và Quyết định số 188/2007/QĐ-TTg ngày 06/12/2007 của Thủ tướng Chính phủ về việc sửa đổi, bổ sung Quyết định số 290/2005/QĐ-TTg;

- Cán bộ, chiến sĩ Công an nhân dân tham gia kháng chiến chống Mỹ có dưới 20 năm công tác trong Công an nhân dân đã thôi việc, xuất ngũ về địa phương theo Quyết định số 53/2010/QĐ-TTg ngày 20/8/2010 của Thủ tướng Chính phủ về chế độ đối với cán bộ, chiến sĩ Công an nhân dân tham gia kháng chiến chống Mỹ có dưới 20 năm công tác trong Công an nhân dân đã thôi việc, xuất ngũ về địa phương;

- Quân nhân tham gia kháng chiến chống Mỹ cứu nước có dưới 20 năm công tác trong quân đội, đã phục viên, xuất ngũ về địa phương theo Quyết định

số 142/2008/QĐ-TTg ngày 27/10/2008 của Thủ tướng Chính phủ về thực hiện chế độ đối với quân nhân tham gia kháng chiến chống Mỹ cứu nước có dưới 20 năm công tác trong quân đội, đã phục viên, xuất ngũ về địa phương và Quyết định số 38/2010/QĐ-TTg ngày 06/5/2010 của Thủ tướng Chính phủ về việc sửa đổi, bổ sung Quyết định số 142/2008/QĐ-TTg;

- Người tham gia chiến tranh bảo vệ Tổ quốc, làm nhiệm vụ quốc tế ở Căm-pu-chia, giúp bạn Lào sau ngày 30/4/1975 đã phục viên, xuất ngũ, thôi việc theo Quyết định số 62/2011/QĐ-TTg ngày 09/11/2011 của Thủ tướng Chính phủ về chế độ, chính sách đối với đối tượng tham gia chiến tranh bảo vệ Tổ quốc, làm nhiệm vụ quốc tế ở Căm-pu-chia, giúp bạn Lào sau ngày 30/4/1975 đã phục viên, xuất ngũ, thôi việc;

- Thanh niên xung phong theo Quyết định số 170/2008/QĐ-TTg ngày 18/12/2008 của Thủ tướng Chính phủ về chế độ BHYT và trợ cấp mai táng phí đối với thanh niên xung phong thời kỳ kháng chiến chống Pháp và Quyết định số 40/2011/QĐ-TTg ngày 27/7/2011 của Thủ tướng Chính phủ quy định về chế độ đối với thanh niên xung phong đã hoàn thành nhiệm vụ trong kháng chiến.

đ) Đại biểu Quốc hội, đại biểu Hội đồng nhân dân các cấp đương nhiệm;

e) Trẻ em dưới 6 tuổi (bao gồm toàn bộ trẻ em cư trú trên địa bàn, kể cả trẻ em là thân nhân của đối tượng quy định tại Điểm a Khoản này, không phân biệt hộ khẩu thường trú);

g) Người thuộc diện hưởng trợ cấp bảo trợ xã hội hằng tháng thực hiện theo quy định tại Nghị định số 136/2013/NĐ-CP ngày 21/10/2013 của Chính phủ quy định chính sách trợ giúp xã hội đối với đối tượng bảo trợ xã hội, Nghị định số 06/2011/NĐ-CP ngày 14/01/2011 của Chính phủ quy định chi tiết và hướng dẫn thi hành một số điều của Luật người cao tuổi và Nghị định số 28/2012/NĐ-CP ngày 10/4/2012 của Chính phủ quy định chi tiết và hướng dẫn thi hành một số điều của Luật Người khuyết tật;

h) Người thuộc hộ gia đình nghèo; người dân tộc thiểu số đang sinh sống tại vùng có điều kiện kinh tế - xã hội khó khăn; người đang sinh sống tại vùng có điều kiện kinh tế - xã hội đặc biệt khó khăn; người đang sinh sống tại xã đảo, huyện đảo theo Nghị quyết của Chính phủ, Quyết định của Thủ tướng Chính phủ và Quyết định của Bộ trưởng, Chủ nhiệm Ủy ban Dân tộc;

i) Thân nhân của người có công với cách mạng là cha đẻ, mẹ đẻ, vợ hoặc chồng, con của liệt sỹ; người có công nuôi dưỡng liệt sỹ;

k) Thân nhân của người có công với cách mạng, trừ các đối tượng quy định tại Điểm i khoản này, bao gồm:

- Cha đẻ, mẹ đẻ, vợ hoặc chồng, con từ trên 6 tuổi đến dưới 18 tuổi hoặc từ đủ 18 tuổi trở lên nếu còn tiếp tục đi học hoặc bị khuyết tật nặng, khuyết tật

đặc biệt nặng của các đối tượng: Người hoạt động cách mạng trước ngày 01/01/1945; người hoạt động cách mạng từ ngày 01/01/1945 đến ngày khởi nghĩa tháng Tám năm 1945; Anh hùng Lực lượng vũ trang nhân dân, Anh hùng Lao động trong thời kỳ kháng chiến; thương binh, bệnh binh suy giảm khả năng lao động từ 61% trở lên; người hoạt động kháng chiến bị nhiễm chất độc hóa học suy giảm khả năng lao động từ 61% trở lên;

- Con đẻ từ trên 6 tuổi của người hoạt động kháng chiến bị nhiễm chất độc hóa học bị dị dạng, dị tật do hậu quả của chất độc hóa học không tự lực được trong sinh hoạt hoặc suy giảm khả năng tự lực trong sinh hoạt.

l) Thân nhân của các đối tượng quy định tại Điểm a Khoản 3 Điều này (trừ con đẻ, con nuôi dưới 6 tuổi);

m) Người đã hiến bộ phận cơ thể người theo quy định của pháp luật;

n) Người nước ngoài đang học tập tại Việt Nam được cấp học bổng từ ngân sách của Nhà nước Việt Nam;

o) Người phục vụ người có công với cách mạng, bao gồm:

- Người phục vụ Bà mẹ Việt Nam anh hùng sống ở gia đình;

- Người phục vụ thương binh, bệnh binh suy giảm khả năng lao động từ 81% trở lên sống ở gia đình;

- Người phục vụ người hoạt động kháng chiến bị nhiễm chất độc hoá học suy giảm khả năng lao động từ 81% trở lên sống ở gia đình.

4. Nhóm được ngân sách nhà nước hỗ trợ mức đóng, bao gồm:

a) Người thuộc hộ gia đình cận nghèo;

b) Học sinh, sinh viên là những người đang theo học tại các cơ sở giáo dục thuộc hệ thống giáo dục quốc dân;

c) Người thuộc hộ gia đình làm nông nghiệp, lâm nghiệp, ngư nghiệp và diêm nghiệp có mức sống trung bình.

5. Nhóm tham gia bảo hiểm y tế theo hộ gia đình, bao gồm:

a) Toàn bộ những người có tên trong sổ hộ khẩu, trừ đối tượng quy định tại các khoản 1, 2, 3 và Khoản 4 Điều này và người đã khai báo tạm vắng;

b) Toàn bộ những người có tên trong sổ tạm trú, trừ đối tượng quy định tại các khoản 1, 2, 3 và Khoản 4 Điều này;

Ví dụ 1: Gia đình ông B có 05 người có tên trong sổ hộ khẩu, trong đó có 01 người hưởng lương hưu, 01 người là công chức; ngoài ra, có 01 người ở địa phương khác đến đăng ký tạm trú. Số người tham gia BHYT theo hộ gia đình ông B là 04 người.

Điều 2. Phương thức đóng bảo hiểm y tế đối với một số đối tượng

1. Đối với người đang hưởng lương hưu, trợ cấp mất sức lao động, trợ cấp bảo hiểm xã hội hằng tháng do ngân sách nhà nước đảm bảo quy định tại Khoản

2 và Điểm c Khoản 3 Điều 1 Thông tư này: Hằng tháng, tổ chức Bảo hiểm xã hội thực hiện đóng BHYT cho đối tượng này từ nguồn kinh phí chi trả lương hưu, trợ cấp bảo hiểm xã hội do ngân sách nhà nước đảm bảo.

2. Đối với người có công với cách mạng quy định tại Điểm d, thân nhân của người có công với cách mạng quy định tại Điểm i và Điểm k, người phục vụ người có công với cách mạng quy định tại Điểm o và người thuộc diện hưởng trợ cấp bảo trợ xã hội hằng tháng quy định tại Điểm g Khoản 3 Điều 1 Thông tư này:

a) Hằng quý, tổ chức Bảo hiểm xã hội tổng hợp số thẻ BHYT đã phát hành và số tiền đóng BHYT cho các đối tượng này (mẫu Phụ lục 01), gửi cơ quan Lao động-Thương binh và Xã hội cùng cấp để chuyển kinh phí tương ứng từ nguồn thực hiện chính sách ưu đãi đối với người có công với cách mạng, nguồn thực hiện chính sách bảo trợ xã hội vào quỹ BHYT;

b) Chậm nhất đến ngày 31 tháng 12 hằng năm, tổ chức Bảo hiểm xã hội chủ trì, phối hợp với cơ quan Lao động-Thương binh và Xã hội cùng cấp phải thực hiện xong việc thanh toán, chuyển kinh phí vào quỹ BHYT của năm đó.

3. Đối với đối tượng quy định tại các điểm b, điểm d (trừ người có công với cách mạng), các điểm e, h và Điểm m Khoản 3 Điều 1 Thông tư này và người thuộc hộ gia đình cận nghèo quy định tại Điểm a Khoản 4 Điều 1 Thông tư này mà được ngân sách nhà nước hỗ trợ 100% mức đóng theo quy định tại Điểm a và Điểm b Khoản 1 Điều 3 Nghị định số 105/2014/NĐ-CP:

Hằng quý, tổ chức Bảo hiểm xã hội tổng hợp số thẻ BHYT đã phát hành và số tiền đóng, hỗ trợ (mẫu Phụ lục 02), gửi cơ quan Tài chính để chuyển kinh phí vào quỹ BHYT theo quy định tại Khoản 7 Điều này.

4. Đối với đối tượng là người thuộc hộ gia đình cận nghèo quy định tại Điểm a Khoản 4 (trừ đối tượng được hỗ trợ 100% mức đóng BHYT) và người thuộc hộ gia đình làm nông nghiệp, lâm nghiệp, ngư nghiệp và diêm nghiệp có mức sống trung bình quy định tại Điểm c Khoản 4 Điều 1 Thông tư này:

a) Định kỳ 3 tháng, 6 tháng hoặc 12 tháng, người đại diện của hộ gia đình trực tiếp nộp tiền đóng BHYT phần thuộc trách nhiệm phải đóng cho tổ chức Bảo hiểm xã hội hoặc đại lý thu BHYT tại cấp xã;

b) Định kỳ 3 tháng, 6 tháng hoặc 12 tháng, tổ chức Bảo hiểm xã hội tổng hợp số thẻ BHYT đã phát hành, số tiền thu của đối tượng và số tiền ngân sách nhà nước hỗ trợ (mẫu Phụ lục 02), gửi cơ quan Tài chính để chuyển kinh phí vào quỹ BHYT theo quy định tại Khoản 7 Điều này.

5. Đối với học sinh, sinh viên đang theo học tại cơ sở giáo dục thuộc hệ thống giáo dục quốc dân quy định tại Điểm b Khoản 4 Điều 1 Thông tư này:

a) Cơ sở giáo dục thu tiền đóng phần thuộc trách nhiệm phải đóng của học sinh, sinh viên 6 tháng hoặc một năm một lần nộp vào quỹ BHYT;

b) Phần kinh phí ngân sách nhà nước hỗ trợ một phần mức đóng BHYT thực hiện như sau:

- Đối với học sinh, sinh viên đang theo học tại cơ sở giáo dục do địa phương nào quản lý thì ngân sách địa phương đó hỗ trợ, không phân biệt hộ khẩu thường trú của học sinh, sinh viên: Định kỳ 6 tháng, tổ chức Bảo hiểm xã hội tổng hợp số thẻ BHYT đã phát hành, số tiền thu của học sinh, sinh viên và số tiền ngân sách nhà nước hỗ trợ (mẫu Phụ lục 02), gửi cơ quan Tài chính để chuyển kinh phí vào quỹ BHYT theo quy định tại Khoản 7 Điều này;

- Đối với học sinh, sinh viên đang theo học tại cơ sở giáo dục do Bộ, cơ quan Trung ương quản lý thì do ngân sách trung ương hỗ trợ: Định kỳ 6 tháng, tổ chức Bảo hiểm xã hội tổng hợp số thẻ BHYT đã phát hành, số tiền thu của học sinh, sinh viên và số tiền ngân sách nhà nước hỗ trợ (mẫu Phụ lục 02), gửi Bảo hiểm xã hội Việt Nam để tổng hợp, gửi Bộ Tài chính để chuyển kinh phí vào quỹ BHYT.

c) Đối với học sinh, sinh viên thuộc nhiều đối tượng khác nhau quy định tại Khoản 3 và Điểm a Khoản 4 Điều 1 Thông tư này đang theo học tại cơ sở giáo dục do Bộ, cơ quan Trung ương quản lý thì tham gia BHYT theo quy định tại Khoản 8 Điều này và xuất trình thẻ BHYT cho cơ sở giáo dục khi lập danh sách tham gia BHYT, tránh việc cấp trùng thẻ BHYT.

6. Đối với nhóm đối tượng tham gia BHYT theo hộ gia đình quy định tại Khoản 5 Điều 1 Thông tư này: Định kỳ 3 tháng, 6 tháng hoặc 12 tháng, người đại diện hộ gia đình trực tiếp nộp tiền đóng BHYT cho tổ chức Bảo hiểm xã hội hoặc đại lý thu BHYT tại cấp xã.

7. Cơ quan Tài chính căn cứ quy định về phân cấp quản lý ngân sách của địa phương và bảng tổng hợp đối tượng, kinh phí ngân sách nhà nước đóng, hỗ trợ đóng BHYT do tổ chức Bảo hiểm xã hội chuyên đến, có trách nhiệm chuyển kinh phí vào quỹ BHYT mỗi quý một lần; chậm nhất đến ngày 31 tháng 12 hằng năm phải thực hiện xong việc chuyển kinh phí vào quỹ BHYT của năm đó.

8. Trường hợp một người đồng thời thuộc nhiều đối tượng tham gia BHYT khác nhau quy định tại Điều 1 Thông tư này thì đóng BHYT theo đối tượng đầu tiên mà người đó được xác định theo thứ tự của các đối tượng quy định tại Điều 1 Thông tư này.

Điều 3. Xác định số tiền đóng, hỗ trợ đóng đối với một số đối tượng khi Nhà nước điều chỉnh mức đóng bảo hiểm y tế, mức lương cơ sở

1. Đối với nhóm đối tượng quy định tại Khoản 3 Điều 1 Thông tư này và đối tượng người thuộc hộ gia đình cận nghèo quy định tại Điểm a Khoản 4 Điều 1 Thông tư này được ngân sách nhà nước hỗ trợ 100% mức đóng:

Số tiền ngân sách nhà nước đóng, hỗ trợ 100% mức đóng được xác định theo mức đóng BHYT và mức lương cơ sở tương ứng với thời hạn sử dụng ghi trên thẻ BHYT. Khi Nhà nước điều chỉnh mức đóng BHYT, điều chỉnh mức lương cơ sở thì số tiền ngân sách nhà nước đóng, hỗ trợ được điều chỉnh kể từ ngày áp dụng mức đóng BHYT mới, mức lương cơ sở mới.

2. Đối với nhóm đối tượng được ngân sách nhà nước hỗ trợ một phần mức đóng BHYT quy định tại Khoản 4 Điều 1 Thông tư này:

Người tham gia BHYT đóng định kỳ 3 tháng, 6 tháng hoặc 12 tháng, số tiền đóng của người tham gia và hỗ trợ của ngân sách nhà nước được xác định theo mức đóng BHYT và mức lương cơ sở tại thời điểm đóng BHYT. Khi Nhà nước điều chỉnh mức đóng BHYT, điều chỉnh mức lương cơ sở thì người tham gia và ngân sách nhà nước không phải đóng bổ sung phần chênh lệch do điều chỉnh mức đóng BHYT, mức lương cơ sở đối với thời gian còn lại mà người tham gia đã đóng BHYT.

Ví dụ 2: Ông M thuộc hộ cận nghèo đóng BHYT cho năm 2015. Tại thời điểm tháng 01/2015, mức đóng là 4,5%, mức lương cơ sở là 1.150.000 đồng; giả sử từ tháng 5/2015, Nhà nước điều chỉnh mức lương cơ sở lên 1.200.000 đồng; số tiền đóng của ông M và hỗ trợ của ngân sách nhà nước xác định như sau:

- Trường hợp ông M thực hiện đóng 6 tháng một lần vào tháng 01 và tháng 7 thì số tiền đóng, hỗ trợ 6 tháng đầu năm tính theo mức đóng 4,5% và mức lương cơ sở là 1.150.000 đồng/tháng (ông M và ngân sách nhà nước không phải đóng bổ sung phần chênh lệch do điều chỉnh mức lương cơ sở đối với thời gian hai tháng 5 và 6). Số tiền đóng, hỗ trợ 6 tháng cuối năm được tính theo mức đóng 4,5% và mức lương cơ sở là 1.200.000 đồng/tháng.

- Trường hợp ông M đóng một lần cho cả năm vào tháng 01 thì số tiền đóng, hỗ trợ được tính theo mức đóng BHYT 4,5% và mức lương cơ sở là 1.150.000 đồng/tháng (ông M và ngân sách nhà nước không phải đóng bổ sung phần chênh lệch do điều chỉnh mức lương cơ sở từ tháng 5 đến tháng 12/2015).

3. Đối với nhóm đối tượng tham gia BHYT theo hộ gia đình quy định tại Khoản 5 Điều 1 Thông tư này:

Người tham gia BHYT đóng định kỳ 3 tháng, 6 tháng hoặc 12 tháng thì số tiền đóng được xác định theo mức đóng giảm dần từ thành viên thứ hai trở đi theo quy định tại Điểm g Khoản 1 Điều 2 Nghị định số 105/2014/NĐ-CP và mức lương cơ sở tại thời điểm đóng BHYT. Khi Nhà nước điều chỉnh mức đóng BHYT, điều chỉnh mức lương cơ sở thì người tham gia không phải đóng bổ sung phần chênh lệch do điều chỉnh mức đóng BHYT, mức lương cơ sở đối với thời gian còn lại đã đóng BHYT.

Ví dụ 3: Trường hợp 04 người của gia đình ông B ở ví dụ 1 tại Khoản 5 Điều 1 Thông tư này, có nhu cầu đóng BHYT một lần cho cả năm, số tiền đóng BHYT được xác định như sau (trường hợp Nhà nước điều chỉnh mức lương cơ sở thì vận dụng như ví dụ 2 tại Khoản 2 Điều này):

- Người thứ nhất: $1.150.000 \text{ đồng} \times 4,5\% \times 12 \text{ tháng} = 621.000 \text{ đồng}$.
- Người thứ hai: $621.000 \text{ đồng} \times 70\% = 434.700 \text{ đồng}$.
- Người thứ ba: $621.000 \text{ đồng} \times 60\% = 372.600 \text{ đồng}$.
- Người thứ tư: $621.000 \text{ đồng} \times 50\% = 310.500 \text{ đồng}$.

Chương II

LẬP DANH SÁCH ĐỐI TƯỢNG THAM GIA, CẤP THẺ BẢO HIỂM Y TẾ

Điều 4. Trách nhiệm lập danh sách tham gia bảo hiểm y tế

1. Người sử dụng lao động lập danh sách tham gia BHYT của đối tượng quy định tại Khoản 1 Điều 1 Thông tư này, gửi tổ chức Bảo hiểm xã hội.

2. Ủy ban nhân dân cấp xã lập danh sách tham gia BHYT của các đối tượng quy định tại các Khoản 2, 3, 4 và Khoản 5 Điều 1 Thông tư này theo hộ gia đình, trừ đối tượng quy định tại các Điểm a, l và Điểm n Khoản 3, Điểm b Khoản 4 Điều 1 Thông tư này, gửi Bảo hiểm xã hội cấp huyện, cụ thể như sau:

a) Năm 2015, Ủy ban nhân dân cấp xã lập danh sách tham gia BHYT trên địa bàn và gửi 01 bản danh sách về Bảo hiểm xã hội cấp huyện chậm nhất là ngày 01 tháng 10 năm 2015;

b) Từ năm 2016, hằng tháng Ủy ban nhân dân xã lập danh sách tăng, giảm đối tượng tham gia BHYT trên địa bàn và gửi 01 bản danh sách về Bảo hiểm xã hội cấp huyện để điều chỉnh việc cấp thẻ BHYT trên địa bàn.

3. Các cơ sở giáo dục và đào tạo, cơ sở dạy nghề có trách nhiệm lập danh sách tham gia BHYT của các đối tượng do Bộ Giáo dục và Đào tạo, Bộ Lao động - Thương binh và Xã hội quản lý theo quy định tại Điểm n và Điểm o Khoản 3 và Điểm b Khoản 4 Điều 1 Thông tư này, gửi tổ chức Bảo hiểm xã hội chậm nhất là ngày 31 tháng 10 hằng năm.

4. Tổ chức Bảo hiểm xã hội nhận được danh sách tham gia BHYT theo quy định tại Khoản 2 và Khoản 3 Điều này, có trách nhiệm chủ trì, phối hợp với các cơ quan, đơn vị quản lý đối tượng rà soát trước khi cấp thẻ BHYT.

5. Việc lập danh sách tham gia BHYT đối với các đối tượng do Bộ Quốc phòng và Bộ Công an quản lý quy định tại Điểm a Khoản 1 Điều 1; Điểm a, Điểm l (trừ trẻ em dưới 6 tuổi) và Điểm n Khoản 3 Điều 1; Điểm b Khoản 4 Điều 1 Thông tư này thực hiện theo văn bản quy định riêng.

Ví dụ 4: Cháu Q dưới 6 tuổi là con sĩ quan quân đội, thuộc đối tượng quy định tại Điểm e khoản 3 Điều 1 Thông tư này. Theo quy định tại điểm b khoản 1 Điều 17 sửa đổi, bổ sung của Luật BHYT thì cháu Q được Ủy ban nhân dân xã nơi cư trú lập danh sách tham gia BHYT gửi Bảo hiểm xã hội cấp huyện để cấp thẻ BHYT, ngân sách địa phương đảm bảo nguồn đóng BHYT.

6. Danh sách đối tượng tham gia BHYT được lập theo mẫu do Bảo hiểm xã hội Việt Nam ban hành.

Điều 5. Thẻ bảo hiểm y tế

1. Mẫu thẻ BHYT do Bảo hiểm xã hội Việt Nam ban hành sau khi có ý kiến thống nhất của Bộ Y tế. Thẻ BHYT phản ánh một số thông tin sau đây:

a) Mã số thẻ BHYT: Mã số thẻ BHYT phải thống nhất theo số định danh cá nhân do cơ quan Nhà nước có thẩm quyền cấp. Trường hợp cơ quan Nhà nước có thẩm quyền chưa cấp số định danh cá nhân thì Bảo hiểm xã hội Việt Nam quy định mã số cho người tham gia BHYT bảo đảm mỗi người tham gia BHYT có một mã số thẻ BHYT duy nhất;

b) Mã số mức hưởng BHYT của người tham gia theo quy định tại Điều 22 sửa đổi, bổ sung của Luật BHYT và Điều 4 Nghị định số 105/2014/NĐ-CP;

c) Thời hạn sử dụng ghi trên thẻ thực hiện theo quy định tại Khoản 3 Điều 16 sửa đổi, bổ sung của Luật BHYT; thời hạn sử dụng ghi trên thẻ BHYT của một số đối tượng như sau:

- Đối với người hưởng trợ cấp thất nghiệp, thời hạn sử dụng ghi trên thẻ BHYT tương ứng với thời hạn được hưởng trợ cấp thất nghiệp ghi trong quyết định hưởng trợ cấp thất nghiệp của cơ quan nhà nước cấp có thẩm quyền;

- Đối với trẻ em dưới 6 tuổi, thời hạn sử dụng ghi trên thẻ BHYT kể từ ngày sinh đến ngày trẻ đủ 72 tháng tuổi. Trường hợp trẻ đủ 72 tháng tuổi mà chưa đến kỳ nhập học thì thời hạn sử dụng ghi trên thẻ BHYT đến ngày 30 tháng 9 của năm đó;

- Đối với người dân tộc thiểu số đang sinh sống tại vùng có điều kiện kinh tế - xã hội khó khăn; người đang sinh sống tại vùng có điều kiện kinh tế - xã hội đặc biệt khó khăn; người đang sinh sống tại xã đảo, huyện đảo: Thời hạn sử dụng ghi trên thẻ BHYT từ ngày 01 tháng 01 đến ngày 31 tháng 12 của năm đó hoặc ngày 31 tháng 12 của năm cuối ghi trên thẻ BHYT (trường hợp thời hạn sử dụng thẻ BHYT cấp nhiều năm);

- Đối với người thuộc hộ gia đình nghèo, người thuộc hộ gia đình cận nghèo được ngân sách nhà nước hỗ trợ 100% mức đóng: Thời hạn sử dụng ghi trên thẻ BHYT từ ngày 01 tháng 01 đến ngày 31 tháng 12 của năm đó. Trường hợp, tổ chức Bảo hiểm xã hội nhận được danh sách đối tượng tham gia BHYT kèm theo Quyết định phê duyệt danh sách người thuộc hộ gia đình nghèo, người thuộc hộ gia đình

cận nghèo của cơ quan nhà nước có thẩm quyền sau ngày 01 tháng 01 thì thời hạn sử dụng ghi trên thẻ BHYT từ ngày Quyết định này có hiệu lực;

- Đối với người thuộc hộ gia đình cận nghèo được ngân sách nhà nước hỗ trợ một phần mức đóng và người thuộc hộ gia đình làm nông nghiệp, lâm nghiệp, ngư nghiệp và diêm nghiệp có mức sống trung bình: Thời hạn sử dụng ghi trên thẻ BHYT từ ngày người tham gia nộp tiền đóng BHYT tương ứng với thời hạn được hưởng chính sách theo Quyết định phê duyệt danh sách người thuộc hộ gia đình cận nghèo và người thuộc hộ gia đình làm nông nghiệp, lâm nghiệp, ngư nghiệp và diêm nghiệp có mức sống trung bình của cơ quan nhà nước có thẩm quyền; trường hợp tham gia BHYT lần đầu thì thời hạn sử dụng ghi trên thẻ BHYT sau 30 ngày kể từ ngày người tham gia nộp tiền đóng BHYT;

- Đối với học sinh, sinh viên, thời hạn sử dụng ghi trên thẻ BHYT từ ngày 01 tháng 01 đến ngày 31 tháng 12 của năm đó; đối với học sinh vào lớp một và sinh viên năm thứ nhất thời hạn sử dụng ghi trên thẻ BHYT từ ngày nhập học hoặc ngày hết hạn của thẻ BHYT được cấp lần trước đến 31 tháng 12 năm sau; đối với học sinh lớp 12 và sinh viên năm cuối thời hạn sử dụng ghi trên thẻ BHYT từ ngày 01 tháng 01 đến ngày cuối của tháng kết thúc năm học đó;

- Đối với các đối tượng tham gia BHYT khác, thời hạn sử dụng ghi trên thẻ BHYT do Bảo hiểm xã hội Việt Nam quy định.

d) Từ ngày 01/01/2016, thẻ BHYT cấp cho người tham gia phải thể hiện thời gian tham gia liên tục trước đó theo tháng, tối đa là 60 tháng, trừ đối tượng quy định tại các điểm a, d, e, g, h và Điểm i Khoản 3 Điều 1 Thông tư này. Thời gian tham gia BHYT liên tục là thời gian sử dụng ghi trên thẻ BHYT lần sau nối tiếp với ngày hết hạn sử dụng của thẻ lần trước; trường hợp gián đoạn tối đa không quá 03 tháng;

Người lao động được cử đi học tập hoặc công tác tại nước ngoài, thời gian tham gia BHYT liên tục bao gồm thời gian học tập hoặc công tác tại nước ngoài cho đến ngày có quyết định trở lại làm việc của cơ quan, tổ chức cử đi;

Người lao động đi lao động tại nước ngoài, trong thời gian 60 ngày kể từ ngày nhập cảnh về nước nếu tham gia BHYT thì thời gian tham gia BHYT liên tục bao gồm toàn bộ thời gian đi lao động tại nước ngoài và thời gian kể từ khi về nước đến thời điểm tham gia BHYT;

Người lao động trong thời gian làm thủ tục chờ hưởng chế độ trợ cấp thất nghiệp theo quy định của Luật việc làm nếu không tham gia BHYT theo các nhóm khác, thì thời gian tham gia BHYT liên tục bao gồm thời gian làm thủ tục chờ hưởng chế độ trợ cấp thất nghiệp theo quy định của Luật Việc làm.

Ví dụ 5: Ông M có thời gian tham gia BHYT liên tục từ ngày 21/12/2013 đến ngày 31/12/2015; thời gian tham gia BHYT liên tục ghi trên thẻ BHYT có

thời hạn sử dụng từ ngày 01/01/2016 như sau: "Thời gian tham gia liên tục đến ngày 31/12/2015: 24 tháng 10 ngày".

Ví dụ 6: Ông V có thời gian tham gia BHYT liên tục đến ngày 31/12/2015 là 70 tháng; thời gian tham gia BHYT liên tục ghi trên thẻ BHYT có thời hạn sử dụng từ ngày 01/01/2016 như sau: "Thời gian tham gia liên tục đến ngày 31/12/2015: trên 60 tháng".

Ví dụ 7: Bà K làm việc tại một doanh nghiệp và có đóng BHYT liên tục từ ngày 01/01/2013, đến ngày 05/01/2015 thì chấm dứt hợp đồng lao động. Bà K nộp hồ sơ hưởng trợ cấp thất nghiệp ngày 04/4/2015 (trong thời hạn 03 tháng); cơ quan có thẩm quyền ban hành quyết định hưởng trợ cấp thất nghiệp ngày 20/4/2015 (trong thời hạn 20 ngày); tổ chức Bảo hiểm xã hội nhận được quyết định ngày 26/4/2015 và thực hiện việc chi trả trợ cấp thất nghiệp cho người lao động từ ngày 01/05/2015 (trong thời hạn 03 tháng). Trường hợp này, thời gian tham gia BHYT liên tục đến ngày 30/4/2015 là 28 tháng.

2. Việc cấp thẻ BHYT đối với người đã hiến bộ phận cơ thể theo quy định của pháp luật thực hiện như sau:

a) Cơ sở y tế nơi lấy bộ phận cơ thể người có trách nhiệm ghi rõ "đã hiến bộ phận cơ thể" trên giấy ra viện;

b) Tổ chức Bảo hiểm xã hội căn cứ giấy ra viện quy định tại Điểm a Khoản này cấp thẻ BHYT cho người đã hiến bộ phận cơ thể và thông báo cho Ủy ban nhân dân cấp xã nơi người đó cư trú;

c) Thời hạn sử dụng ghi trên thẻ BHYT từ ngày người đã hiến bộ phận cơ thể ra viện.

Chương III

TỔ CHỨC KHÁM BỆNH, CHỮA BỆNH BẢO HIỂM Y TẾ

Điều 6. Cơ sở khám bệnh, chữa bệnh, đăng ký khám bệnh, chữa bệnh và chuyển tuyến khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế

1. Cơ sở khám bệnh, chữa bệnh BHYT là cơ sở y tế theo quy định của Luật Khám bệnh, chữa bệnh có ký kết hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh BHYT với tổ chức Bảo hiểm xã hội.

2. Đăng ký khám bệnh, chữa bệnh BHYT ban đầu và chuyển tuyến khám bệnh, chữa bệnh BHYT thực hiện theo quy định của Bộ trưởng Bộ Y tế.

Điều 7. Hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế

1. Nguyên tắc chung:

a) Tổ chức Bảo hiểm xã hội có trách nhiệm ký hợp đồng với cơ sở y tế. Hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh BHYT được lập theo mẫu quy định tại Phụ lục

03 ban hành kèm theo Thông tư này. Tùy theo điều kiện của cơ sở y tế, tổ chức Bảo hiểm xã hội và cơ sở y tế thống nhất bổ sung nội dung trong hợp đồng nhưng không trái quy định của pháp luật về BHYT;

b) Thời hạn có hiệu lực của hợp đồng theo năm tài chính, từ ngày 01 tháng 01 đến ngày 31 tháng 12 của năm đó; đối với hợp đồng ký lần đầu được tính kể từ ngày ký đến ngày 31 tháng 12 của năm đó;

c) Các khoản chi phí khám bệnh, chữa bệnh đối với trường hợp người tham gia BHYT đến khám bệnh, chữa bệnh trước ngày 01 tháng 01 nhưng ra viện kể từ ngày 01 tháng 01 thì thực hiện như sau:

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

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

2. Hồ sơ ký hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh BHYT:

a) Đối với cơ sở y tế ký hợp đồng lần đầu:

- Công văn đề nghị ký hợp đồng của cơ sở y tế;

- Giấy phép hoạt động của cơ sở y tế;

- Quyết định phân hạng bệnh viện của cấp có thẩm quyền (nếu có); đối với cơ sở khám bệnh, chữa bệnh ngoài công lập phải có Quyết định tuyển chuyên môn kỹ thuật của cấp có thẩm quyền.

b) Đối với cơ sở y tế ký hợp đồng hằng năm:

Bổ sung chức năng nhiệm vụ, phạm vi chuyên môn, hạng bệnh viện được cấp có thẩm quyền phê duyệt (nếu có).

3. Thủ tục ký hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh BHYT:

a) Đối với cơ sở y tế ký hợp đồng lần đầu:

- Cơ sở y tế gửi 01 bộ hồ sơ quy định tại Điểm a Khoản 2 Điều này đến tổ chức Bảo hiểm xã hội theo phân cấp của Bảo hiểm xã hội Việt Nam;

- Trong thời hạn 30 ngày, kể từ ngày nhận đủ hồ sơ hợp lệ (theo ngày ghi trên dấu công văn đến), tổ chức Bảo hiểm xã hội phải thực hiện xong việc xem xét hồ sơ và ký hợp đồng; trường hợp không đồng ý ký hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh thì phải có văn bản trả lời và nêu rõ lý do.

b) Đối với cơ sở y tế ký hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh hằng năm: Cơ sở y tế và tổ chức Bảo hiểm xã hội hoàn thành việc ký hợp đồng BHYT năm sau trước ngày 31 tháng 12.

4. Hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh BHYT tại Trạm y tế xã và cơ sở y tế của cơ quan, đơn vị, trường học:

a) Đối với Trạm y tế xã:

- Tổ chức Bảo hiểm xã hội ký hợp đồng với bệnh viện huyện hoặc Trung tâm y tế huyện nơi chưa tách riêng bệnh viện huyện hoặc cơ sở y tế khác do Sở Y tế phê duyệt để thực hiện khám bệnh, chữa bệnh ban đầu tại Trạm y tế xã cho người tham gia BHYT.

- Trong phạm vi quỹ khám bệnh, chữa bệnh được giao, Bệnh viện huyện hoặc Trung tâm y tế huyện hoặc cơ sở y tế do Sở Y tế phê duyệt có trách nhiệm cung ứng thuốc, hóa chất, vật tư y tế cho Trạm y tế xã và thanh toán chi phí sử dụng giường bệnh (nếu có) và dịch vụ kỹ thuật y tế do Trạm y tế xã thực hiện trong phạm vi chuyên môn; đồng thời theo dõi, giám sát và tổng hợp để thanh toán với tổ chức Bảo hiểm xã hội.

- Tổng kinh phí khám bệnh, chữa bệnh tại Trạm y tế xã tối thiểu bằng 10% và tối đa không vượt quá 20% của quỹ khám bệnh, chữa bệnh ngoại trú tính trên số thẻ BHYT đăng ký khám bệnh, chữa bệnh ban đầu tại Trạm y tế xã được xác định theo quy định tại Điểm b Khoản 4 Điều 11 Thông tư này.

- Thời gian lưu người bệnh để theo dõi và điều trị tại Trạm y tế xã không quá 03 ngày; đối với Trạm y tế xã thuộc vùng có điều kiện kinh tế - xã hội khó khăn, đặc biệt khó khăn, xã đảo, huyện đảo không quá 05 ngày.

b) Đối với cơ sở y tế của cơ quan, đơn vị, trường học (trừ cơ quan, đơn vị, trường học được cấp kinh phí chăm sóc sức khỏe ban đầu theo quy định tại Điểm b và c Khoản 1 Điều 6 Nghị định số 105/2014/NĐ-CP):

Cơ quan, đơn vị, trường học quản lý cơ sở y tế ký hợp đồng trực tiếp với tổ chức Bảo hiểm xã hội và có trách nhiệm cung ứng thuốc, hóa chất, vật tư y tế, dịch vụ kỹ thuật y tế để bảo đảm yêu cầu khám bệnh, chữa bệnh. Trường hợp cơ quan, đơn vị, trường học quản lý cơ sở y tế tương đương Trạm y tế xã không thực hiện được việc cung ứng thuốc, hóa chất, vật tư y tế, dịch vụ kỹ thuật y tế để bảo đảm yêu cầu khám bệnh, chữa bệnh, tổ chức Bảo hiểm xã hội ký hợp đồng thông qua bệnh viện huyện hoặc Trung tâm y tế huyện.

5. Đối với Phòng khám đa khoa khu vực trực thuộc bệnh viện huyện hoặc Trung tâm y tế huyện: thực hiện như đối với các khoa của bệnh viện huyện hoặc Trung tâm y tế huyện. Căn cứ quy định về chuyên môn, bảng giá dịch vụ khám bệnh, chữa bệnh được cấp thẩm quyền phê duyệt, tổ chức Bảo hiểm xã hội và bệnh viện huyện hoặc Trung tâm y tế huyện thống nhất trong hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh tại Phòng khám đa khoa khu vực.

Điều 8. Thủ tục khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế

1. Người tham gia BHYT khi đến khám bệnh, chữa bệnh phải xuất trình thẻ BHYT có ảnh; trường hợp thẻ BHYT chưa có ảnh thì phải xuất trình một loại giấy tờ chứng minh về nhân thân của người đó.

2. Trẻ em dưới 6 tuổi đến khám bệnh, chữa bệnh chỉ phải xuất trình thẻ BHYT. Trường hợp không xuất trình thẻ BHYT vẫn được hưởng quyền lợi của người tham gia BHYT nhưng phải xuất trình giấy chứng sinh hoặc giấy khai sinh; trường hợp phải điều trị ngay sau khi sinh mà chưa có giấy chứng sinh thì thủ trưởng cơ sở y tế và cha hoặc mẹ hoặc người giám hộ của trẻ ký xác nhận vào hồ sơ bệnh án để làm căn cứ thanh toán theo quy định tại Khoản 2 Điều 13 Thông tư này và chịu trách nhiệm về việc xác nhận này.

3. Người tham gia BHYT trong thời gian chờ cấp lại thẻ, đổi thẻ BHYT khi đến khám bệnh, chữa bệnh phải xuất trình giấy hẹn cấp lại thẻ, đổi thẻ BHYT do tổ chức Bảo hiểm xã hội nơi tiếp nhận hồ sơ cấp lại thẻ, đổi thẻ cấp và một loại giấy tờ chứng minh về nhân thân của người đó.

4. Người đã hiến bộ phận cơ thể đến khám bệnh, chữa bệnh phải xuất trình các giấy tờ quy định tại Khoản 1 hoặc Khoản 2 hoặc Khoản 3 Điều này. Trường hợp phải điều trị ngay sau khi hiến mà chưa có thẻ BHYT vẫn được hưởng quyền lợi của người tham gia BHYT; thủ trưởng cơ sở y tế nơi lấy bộ phận cơ thể và người bệnh hoặc thân nhân của người bệnh ký xác nhận vào hồ sơ bệnh án để làm căn cứ thanh toán theo quy định tại Khoản 3 Điều 13 Thông tư này và chịu trách nhiệm về việc xác nhận này.

5. Trường hợp chuyển tuyến khám bệnh, chữa bệnh, người tham gia BHYT phải xuất trình các giấy tờ quy định tại Khoản 1 hoặc Khoản 2 hoặc Khoản 3 Điều này và giấy chuyển tuyến theo quy định của Bộ trưởng Bộ Y tế.

6. Trường hợp cấp cứu, người tham gia BHYT được đến khám bệnh, chữa bệnh tại bất kỳ cơ sở y tế nào và phải xuất trình các giấy tờ quy định tại Khoản 1 hoặc Khoản 2 hoặc Khoản 3 Điều này trước khi ra viện. Khi hết giai đoạn cấp cứu, người bệnh được cơ sở y tế làm thủ tục chuyển đến khoa, phòng điều trị khác tại cơ sở để tiếp tục theo dõi, điều trị hoặc chuyển tuyến khám bệnh, chữa bệnh như trường hợp khám bệnh, chữa bệnh đúng tuyến quy định.

Đối với cơ sở y tế không có hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh BHYT, khi người bệnh ra viện, cơ sở y tế có trách nhiệm cung cấp cho người bệnh các giấy tờ xác nhận tình trạng bệnh lý, các chứng từ hợp lệ liên quan đến chi phí khám bệnh, chữa bệnh để người bệnh thanh toán với tổ chức Bảo hiểm xã hội theo quy định tại các Điều 14, 15 và Điều 16 Thông tư này.

7. Người tham gia BHYT đến khám lại theo giấy hẹn của bác sỹ tại cơ sở y tế tuyến trên không qua cơ sở y tế đăng ký khám bệnh, chữa bệnh ban đầu phải xuất trình các giấy tờ quy định tại Khoản 1 hoặc Khoản 2 hoặc Khoản 3 Điều này và giấy hẹn khám lại. Mỗi giấy hẹn khám lại chỉ có giá trị sử dụng một lần theo thời gian ghi trong giấy hẹn. Căn cứ vào tình trạng bệnh và yêu cầu chuyên

môn khi người bệnh đến khám lại, bác sỹ quyết định việc tiếp tục hẹn khám lại cho người bệnh.

8. Người tham gia BHYT đến khám bệnh, chữa bệnh mà không phải trong tình trạng cấp cứu trong thời gian đi công tác; làm việc lưu động; đi học tập trung theo các hình thức đào tạo, chương trình đào tạo, tạm trú thì được khám bệnh, chữa bệnh ban đầu tại cơ sở y tế cùng tuyến chuyên môn kỹ thuật hoặc tương đương với cơ sở đăng ký khám bệnh, chữa bệnh ban đầu ghi trên thẻ BHYT phải xuất trình các giấy tờ quy định tại Khoản 1 hoặc Khoản 2 hoặc Khoản 3 Điều này và một trong các giấy tờ sau đây (bản chính hoặc bản sao): giấy công tác, quyết định cử đi học, giấy tờ chứng minh đăng ký tạm trú.

9. Cơ sở y tế, tổ chức Bảo hiểm xã hội không được quy định thêm thủ tục hành chính trong khám bệnh, chữa bệnh BHYT, ngoài các thủ tục quy định tại Điều này. Trường hợp cơ sở y tế, tổ chức Bảo hiểm xã hội cần sao chụp thẻ BHYT, giấy chuyên viện, 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, không được yêu cầu người bệnh sao chụp hoặc chi trả cho khoản chi phí này.

Điều 9. Giám định bảo hiểm y tế

1. Tổ chức Bảo hiểm xã hội thực hiện việc giám định BHYT và chịu trách nhiệm về kết quả giám định theo quy định của pháp luật về BHYT.

2. Nội dung giám định BHYT, bao gồm:

a) Kiểm tra các thủ tục khám bệnh, chữa bệnh BHYT theo quy định tại Điều 8 Thông tư này;

b) Kiểm tra, đánh giá việc chỉ định điều trị, sử dụng thuốc, hóa chất, vật tư y tế, dịch vụ kỹ thuật y tế thuộc phạm vi được hưởng của người tham gia BHYT và ngày nằm viện thực tế của người bệnh;

c) Kiểm tra, đánh giá xác định chi phí khám bệnh, chữa bệnh BHYT:

- Việc lập phiếu thanh toán cho người bệnh và bảng kê chi phí khám bệnh, chữa bệnh ngoại trú, nội trú, bảo đảm phản ánh đúng các khoản chi và lập theo đúng biểu mẫu quy định;

- Kiểm tra chi phí đề nghị quyết toán của cơ sở y tế.

d) Phối hợp với nhân viên y tế tại cơ sở y tế giải quyết vướng mắc về thủ tục khám bệnh, chữa bệnh BHYT, về quyền lợi, trách nhiệm của người tham gia BHYT; tiếp xúc trực tiếp với người bệnh tại khoa, phòng điều trị để giải đáp, phổ biến chính sách pháp luật về BHYT.

3. Việc giám định BHYT được thực hiện đồng thời hoặc thực hiện sau khi người bệnh ra viện và đảm bảo chính xác, công khai, minh bạch. Kết quả giám định được lập thành văn bản và thông báo cho cơ sở y tế.

4. Nội dung giám định BHYT phải đảm bảo thống nhất giữa cơ sở y tế và tổ chức Bảo hiểm xã hội. Trường hợp chưa thống nhất thì phải ghi rõ ý kiến của các bên và báo cáo cơ quan cấp trên để giải quyết.

5. Bảo hiểm xã hội Việt Nam hướng dẫn cụ thể nội dung, quy trình giám định BHYT sau khi có ý kiến thống nhất của Bộ Y tế.

Chương IV

THANH TOÁN CHI PHÍ KHÁM BỆNH, CHỮA BỆNH BẢO HIỂM Y TẾ GIỮA CƠ QUAN BẢO HIỂM XÃ HỘI VÀ CƠ SỞ Y TẾ

Điều 10. Thanh toán theo định suất

1. Nguyên tắc chung:

a) Thanh toán theo định suất là thanh toán theo mức phí được xác định trước theo phạm vi dịch vụ cho một đầu thẻ đăng ký tại cơ sở cung ứng dịch vụ y tế trong một khoảng thời gian nhất định (sau đây gọi là suất phí);

b) Tổng quỹ định suất được thanh toán là số tiền tính theo số thẻ BHYT đăng ký và suất phí đã được xác định;

c) Cơ sở y tế được chủ động sử dụng nguồn kinh phí đã được xác định trong năm để cung cấp các dịch vụ y tế cho người bệnh có thẻ BHYT và không được thu thêm bất kỳ một khoản chi phí nào trong phạm vi quyền lợi của người bệnh có thẻ BHYT. Tổ chức Bảo hiểm xã hội có trách nhiệm giám sát, đảm bảo quyền lợi cho người bệnh có thẻ BHYT.

2. Xác định quỹ định suất:

a) Quỹ định suất giao cho cơ sở y tế hằng năm bằng suất phí nhân (x) với tổng số thẻ BHYT đăng ký khám bệnh, chữa bệnh BHYT ban đầu trong năm và được điều chỉnh theo hệ số k quy định tại Điểm d Khoản này;

b) Suất phí được xác định theo tuyến chuyên môn kỹ thuật, bằng tổng chi phí khám bệnh, chữa bệnh BHYT theo tuyến chuyên môn kỹ thuật năm trước chia (:) cho tổng số thẻ BHYT đăng ký khám bệnh, chữa bệnh ban đầu cùng tuyến chuyên môn kỹ thuật năm trước;

c) Tổng chi phí khám bệnh, chữa bệnh BHYT theo tuyến chuyên môn kỹ thuật năm trước là chi phí khám bệnh, chữa bệnh của người có thẻ BHYT do tổ chức Bảo hiểm xã hội địa phương phát hành, đăng ký khám bệnh, chữa bệnh ban đầu tại các cơ sở y tế thuộc tuyến đó, bao gồm: chi phí tại các cơ sở y tế cùng tuyến chuyên môn kỹ thuật trong và ngoài tỉnh, chi phí khám bệnh, chữa bệnh tại cơ sở y tế khác ngoài nơi người bệnh đăng ký ban đầu, trừ các khoản chi phí quy định tại Điểm đ Khoản này;

d) Hệ số k là hệ số điều chỉnh do biến động về chi phí khám bệnh, chữa bệnh và các yếu tố liên quan khác của năm sau so với năm trước. Hệ số k áp dụng năm 2015 là 1,10; từ năm 2016 điều chỉnh theo chỉ số giá nhóm thuốc và dịch vụ y tế của năm trước liền kề do Tổng cục Thống kê công bố;

đ) Chi phí vận chuyển, chạy thận nhân tạo, ghép bộ phận cơ thể người, phẫu thuật tim, can thiệp tim mạch, điều trị bệnh ung thư, bệnh hemophilia và phần chi phí cùng chi trả của người bệnh không tính vào tổng quỹ định suất;

e) Quỹ định suất giao cho cơ sở y tế không vượt quá quỹ khám bệnh, chữa bệnh của cơ sở này theo quy định tại Điểm a hoặc Điểm b Khoản 4 Điều 11 Thông tư này trừ (-) đi phần chi ngoài định suất phát sinh trong năm. Trường hợp đặc biệt, Bảo hiểm xã hội cấp tỉnh báo cáo Bảo hiểm xã hội Việt Nam xem xét, điều chỉnh nhưng suất phí điều chỉnh không vượt quá mức chi bình quân chung theo tuyến chuyên môn kỹ thuật trên phạm vi cả nước do Bảo hiểm xã hội Việt Nam xác định và thông báo hàng năm.

3. Theo dõi, điều chỉnh quỹ định suất:

Khi có sự thay đổi về số thẻ BHYT đăng ký tại cơ sở y tế, Bảo hiểm xã hội cấp tỉnh có trách nhiệm thông báo cho cơ sở y tế số thẻ BHYT và tổng quỹ định suất được sử dụng. Trường hợp chi phí khám bệnh, chữa bệnh thay đổi do thay đổi cơ cấu giá dịch vụ khám bệnh, chữa bệnh, ứng dụng dịch vụ y tế mới, thuốc mới và các yếu tố liên quan khác hoặc thay đổi chức năng, nhiệm vụ của cơ sở y tế thì hai bên thống nhất xác định lại suất phí và điều chỉnh quỹ định suất cho phù hợp.

4. Sử dụng quỹ định suất:

a) Quỹ định suất được sử dụng để thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh theo chế độ cho người có thẻ BHYT đăng ký khám bệnh, chữa bệnh tại cơ sở đó, kể cả chi phí khám bệnh, chữa bệnh tại Trạm y tế xã, tại các cơ sở y tế khác và thanh toán trực tiếp theo quy định tại các điều 14, 15 và Điều 16 Thông tư này. Tổ chức Bảo hiểm xã hội có trách nhiệm thông báo kịp thời cho cơ sở y tế những khoản chi phí phát sinh tại các cơ sở y tế khác và trừ vào quỹ định suất giao cho cơ sở y tế đó.

b) Trường hợp quỹ định suất có kết dư thì cơ sở y tế được hạch toán phần kết dư được để lại vào nguồn thu của đơn vị sự nghiệp. Số kết dư được để lại tối đa không quá 20% quỹ định suất, phần còn lại chuyển vào quỹ khám bệnh, chữa bệnh chung của tỉnh để quản lý, sử dụng. Nếu quỹ định suất bao gồm cả chi phí khám bệnh, chữa bệnh tại tuyến xã thì đơn vị được giao ký hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh tại các Trạm y tế xã có trách nhiệm trích một phần kết dư cho các Trạm y tế tuyến xã theo số thẻ đăng ký tại từng Trạm y tế.

c) Trường hợp quỹ định suất thiếu hụt:

- Do nguyên nhân khách quan như tăng tần suất khám bệnh, chữa bệnh, áp dụng kỹ thuật mới có chi phí lớn thì tổ chức Bảo hiểm xã hội xem xét và thanh toán tối thiểu 60% chi phí vượt quỹ;

- Do nguyên nhân bất khả kháng như dịch bệnh bùng phát, tỷ lệ người mắc bệnh nặng, chi phí lớn quá cao so với dự kiến ban đầu thì Bảo hiểm xã hội cấp tỉnh thống nhất với Sở Y tế xem xét, thanh toán bổ sung cho cơ sở y tế. Trường hợp quỹ khám bệnh, chữa bệnh của tỉnh không đủ để bổ sung thì báo cáo Bảo hiểm xã hội Việt Nam xem xét, giải quyết.

5. Cơ sở y tế chịu trách nhiệm theo dõi, tổng hợp chi phí khám bệnh, chữa bệnh của các trường hợp có thẻ BHYT không đăng ký khám bệnh, chữa bệnh ban đầu tại cơ sở; chi phí ngoài định suất quy định tại Điểm c Khoản 2 Điều này để thanh toán với tổ chức Bảo hiểm xã hội.

Điều 11. Thanh toán theo giá dịch vụ

1. Thanh toán theo giá dịch vụ là phương thức thanh toán dựa trên chi phí của thuốc, hóa chất, vật tư, thiết bị y tế, dịch vụ kỹ thuật y tế được sử dụng cho người bệnh tại cơ sở y tế.

2. Thanh toán theo giá dịch vụ được áp dụng trong các trường hợp sau:

a) Cơ sở y tế chưa áp dụng phương thức thanh toán theo định suất;

b) Người bệnh có thẻ BHYT không đăng ký khám bệnh, chữa bệnh ban đầu tại cơ sở y tế đó;

c) Một số bệnh, nhóm bệnh, dịch vụ kỹ thuật y tế không tính vào quỹ định suất của cơ sở y tế áp dụng phương thức thanh toán theo định suất quy định tại Điểm c Khoản 2 Điều 10 Thông tư này.

3. Cơ sở thanh toán: Chi phí dịch vụ kỹ thuật y tế được tính theo giá dịch vụ khám bệnh, chữa bệnh được cơ quan có thẩm quyền phê duyệt; chi phí về thuốc, hóa chất, vật tư y tế được tính theo giá mua vào nhưng không vượt quá giá trúng thầu; chi phí về máu, chế phẩm máu thanh toán theo giá quy định của Bộ Y tế.

4. Quỹ khám bệnh, chữa bệnh BHYT được sử dụng tại cơ sở y tế đăng ký khám bệnh, chữa bệnh BHYT ban đầu được xác định theo quy định tại Khoản 1 Điều 17 Thông tư này, phạm vi sử dụng như sau:

a) Đối với cơ sở y tế thực hiện khám bệnh, chữa bệnh ngoại trú và nội trú:

- 90% để chi khám bệnh, chữa bệnh tại cơ sở; chi khám bệnh, chữa bệnh đối với trường hợp người bệnh đến khám bệnh, chữa bệnh tại các cơ sở y tế khác và chi phí vận chuyển (nếu có);

- 10% còn lại để điều chỉnh, bổ sung theo quy định tại Khoản 5 Điều này.

b) Đối với cơ sở y tế chỉ thực hiện khám bệnh, chữa bệnh ngoại trú:

- 45% để chi khám bệnh, chữa bệnh ngoại trú tại cơ sở; chi khám bệnh, chữa bệnh đối với trường hợp người bệnh đến khám bệnh, chữa bệnh ngoại trú tại các cơ sở y tế khác và chi phí vận chuyển (nếu có);

- 5% để điều chỉnh, bổ sung cho cơ sở y tế theo quy định tại Khoản 5 Điều này;

- 50% còn lại, tổ chức Bảo hiểm xã hội dùng để thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh nội trú.

c) Tổ chức Bảo hiểm xã hội có trách nhiệm thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh của người có thẻ BHYT tại các cơ sở y tế khác và trừ vào nguồn kinh phí được sử dụng của cơ sở y tế ghi trên thẻ BHYT của người đó.

5. Trường hợp chi phí khám bệnh, chữa bệnh vượt quá tổng quỹ khám bệnh, chữa bệnh được sử dụng thì tổ chức Bảo hiểm xã hội điều chỉnh như sau:

a) Điều chỉnh, bổ sung từ 10% quỹ khám bệnh, chữa bệnh còn lại đối với cơ sở thực hiện khám bệnh, chữa bệnh ngoại trú và nội trú;

b) Điều chỉnh, bổ sung từ 5% quỹ khám bệnh, chữa bệnh còn lại đối với cơ sở chỉ thực hiện khám bệnh, chữa bệnh ngoại trú;

c) Trường hợp sau khi điều chỉnh mà vẫn thiếu, Bảo hiểm xã hội cấp tỉnh có trách nhiệm xem xét thanh toán bổ sung trong phạm vi quỹ khám bệnh, chữa bệnh tại địa phương; nếu quỹ của địa phương không đủ để điều tiết thì báo cáo Bảo hiểm xã hội Việt Nam xem xét, giải quyết.

6. Tổng mức thanh toán đối với các trường hợp đến khám bệnh, chữa bệnh (trừ đăng ký khám bệnh, chữa bệnh ban đầu) không vượt quá chi phí bình quân thực tế theo phạm vi quyền lợi được hưởng của một đợt điều trị nội trú và một lượt khám bệnh, chữa bệnh ngoại trú theo từng chuyên khoa của các trường hợp được chuyển đến năm trước nhân (x) với số lượt khám bệnh, chữa bệnh trong năm và nhân (x) với hệ số k.

Hàng năm, căn cứ chỉ số giá nhóm thuốc và dịch vụ y tế của năm trước liền kề do Tổng cục Thống kê công bố, tổ chức Bảo hiểm xã hội thông báo, điều chỉnh tổng mức thanh toán cho các cơ sở y tế.

Trường hợp chi phí phát sinh do thay đổi cơ cấu giá dịch vụ khám bệnh, chữa bệnh, ứng dụng dịch vụ y tế mới, thuốc mới và các yếu tố liên quan khác hoặc thay đổi chức năng, nhiệm vụ của cơ sở y tế theo quyết định của cấp có thẩm quyền, chi phí phát sinh này được tổ chức Bảo hiểm xã hội thanh toán và tính vào tổng chi phí sử dụng trong năm làm căn cứ xác định mức chi phí bình quân năm sau.

Trường hợp cơ sở y tế sử dụng vượt tổng mức kinh phí được thanh toán thì không được quỹ BHYT thanh toán phần chi phí tăng thêm.

Điều 12. Thanh toán theo trường hợp bệnh

1. Thanh toán theo trường hợp bệnh hay nhóm bệnh là thanh toán trọn gói theo chi phí khám bệnh, chữa bệnh được xác định trước cho từng trường hợp theo chẩn đoán.

2. Cơ sở phân loại, xác định chẩn đoán cho từng trường hợp bệnh hay nhóm bệnh thực hiện theo quy định của Bộ Y tế.

3. Chi phí trọn gói của từng trường hợp bệnh hay nhóm bệnh dựa trên quy định về giá dịch vụ khám bệnh, chữa bệnh hiện hành.

4. Bộ Y tế hướng dẫn thực hiện thí điểm thanh toán theo trường hợp bệnh hay nhóm bệnh.

Điều 13. Thanh toán bảo hiểm y tế trong một số trường hợp

1. Thanh toán chi phí vận chuyển người bệnh từ tuyến huyện lên tuyến trên đối với đối tượng quy định tại các điểm d, e, g, h và Điểm i Khoản 3 Điều 1 Thông tư này trong trường hợp cấp cứu hoặc khi đang điều trị nội trú phải chuyển tuyến khám bệnh, chữa bệnh như sau:

a) Trường hợp người bệnh sử dụng phương tiện vận chuyển của cơ sở y tế thì quỹ BHYT thanh toán chi phí vận chuyển, cả chiều đi và về cho cơ sở y tế đó theo mức bằng 0,2 lít xăng/km tính theo khoảng cách thực tế giữa hai cơ sở y tế và giá xăng tại thời điểm sử dụng. Nếu có nhiều hơn một người bệnh cùng được vận chuyển trên một phương tiện thì mức thanh toán cũng chỉ được tính như đối với vận chuyển một người bệnh. Cơ sở y tế tiếp nhận người bệnh ký xác nhận trên phiếu điều xe của cơ sở y tế chuyển người bệnh đi; trường hợp ngoài giờ hành chính thì phải có chữ ký của bác sỹ tiếp nhận người bệnh;

b) Trường hợp người bệnh không sử dụng phương tiện vận chuyển của cơ sở y tế thì quỹ BHYT thanh toán chi phí vận chuyển một chiều (chiều đi) cho người bệnh theo mức bằng 0,2 lít xăng/km tính theo khoảng cách thực tế giữa hai cơ sở y tế và giá xăng tại thời điểm chuyển người bệnh lên tuyến trên. Cơ sở y tế chỉ định chuyển tuyến có trách nhiệm thanh toán trước khoản chi này trực tiếp cho người bệnh, sau đó thanh toán với quỹ BHYT.

2. Thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh đối với trẻ em dưới 6 tuổi đến khám bệnh, chữa bệnh không xuất trình thẻ BHYT:

a) Cơ sở y tế có trách nhiệm tổng hợp danh sách trẻ em dưới 6 tuổi đã được khám bệnh, chữa bệnh kèm theo bản chụp giấy chứng sinh hoặc giấy khai sinh; trường hợp phải điều trị ngay sau khi sinh mà chưa có giấy chứng sinh thì thủ trưởng cơ sở y tế và cha hoặc mẹ hoặc người giám hộ của trẻ ký xác nhận vào hồ sơ bệnh án để làm căn cứ thanh toán theo quy định tại Khoản 2 Điều 8 Thông tư này.

b) Tổ chức Bảo hiểm xã hội căn cứ danh sách số trẻ đã được khám bệnh, chữa bệnh do cơ sở y tế chuyển đến, có trách nhiệm kiểm tra, xác minh việc cấp

thẻ BHYT cho trẻ. Trường hợp chưa được cấp thẻ thì hướng dẫn cấp thẻ, sau đó trừ chi phí khám bệnh, chữa bệnh vào nguồn kinh phí được sử dụng của cơ sở y tế ghi trên thẻ BHYT của trẻ đó. Trường hợp xác định trẻ đã được cấp thẻ thì trừ vào nguồn kinh phí được sử dụng của cơ sở y tế nơi trẻ đó đăng ký khám bệnh, chữa bệnh ban đầu.

3. Thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh đối với người đã hiến bộ phận cơ thể người phải điều trị sau khi hiến mà chưa có thẻ BHYT:

a) Cơ sở y tế nơi lấy bộ phận cơ thể người có trách nhiệm tổng hợp danh sách số người đã hiến và chi phí khám bệnh, chữa bệnh chi tiết theo từng người trong tháng, gửi tổ chức Bảo hiểm xã hội có ký hợp đồng với cơ sở y tế trong việc thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh BHYT;

b) Tổ chức Bảo hiểm xã hội căn cứ danh sách số người đã hiến bộ phận cơ thể đã được khám bệnh, chữa bệnh do cơ sở y tế chuyển đến có trách nhiệm làm thủ tục cấp thẻ BHYT theo quy định và trừ vào nguồn kinh phí được sử dụng của cơ sở y tế ghi trên thẻ BHYT của người đó.

4. Thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh đối với các dịch vụ kỹ thuật y tế do cán bộ của cơ sở y tế tuyển trên thực hiện theo chương trình chỉ đạo tuyển, các đề án hỗ trợ, nâng cao năng lực chuyên môn cho tuyển dưới theo quy định của Bộ trưởng Bộ Y tế:

a) Trường hợp dịch vụ kỹ thuật y tế đã được cấp có thẩm quyền phê duyệt giá thì quỹ BHYT thanh toán theo mức giá đã được phê duyệt;

b) Trường hợp dịch vụ kỹ thuật y tế chưa được phê duyệt giá thì quỹ BHYT thanh toán theo giá dịch vụ của cơ sở chuyển giao kỹ thuật đã được cấp thẩm quyền phê duyệt. Cơ sở y tế tiếp nhận chuyển giao kỹ thuật có trách nhiệm thông báo với Bảo hiểm xã hội cấp tỉnh về các dịch vụ kỹ thuật được thực hiện theo chương trình, đề án, đồng thời trình cấp có thẩm quyền phê duyệt danh mục kỹ thuật và giá dịch vụ y tế để làm cơ sở thực hiện khi tiếp nhận kỹ thuật y tế này và thanh toán BHYT.

5². Trường hợp cơ sở y tế có tổ chức khám, chữa bệnh bảo hiểm y tế vào ngày nghỉ, ngày lễ phải thông báo cho tổ chức bảo hiểm xã hội để bổ sung vào hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh trước khi thực hiện. Người có thẻ bảo hiểm y tế đến khám bệnh, chữa bệnh được quỹ bảo hiểm y tế thanh toán trong phạm vi quyền lợi và mức hưởng bảo hiểm y tế. Cơ sở y tế có trách nhiệm bảo đảm về nhân lực, điều kiện chuyên môn, phải công khai những khoản chi phí mà người bệnh phải chi trả ngoài phạm vi được hưởng của người bệnh tham gia bảo hiểm

² Khoản này được sửa đổi theo quy định tại Điều 1 của Thông tư liên tịch số 16/2015/TTLT-BYT-BTC, có hiệu lực từ ngày 01 tháng 9 năm 2015.

y tế và phải thông báo trước cho người bệnh, người bệnh phải tự chi trả phần chi phí ngoài phạm vi quyền lợi và mức hưởng bảo hiểm y tế (nếu có)".

Chương V

THANH TOÁN TRỰC TIẾP CHI PHÍ KHÁM BỆNH, CHỮA BỆNH GIỮA BẢO HIỂM XÃ HỘI VÀ NGƯỜI THAM GIA BẢO HIỂM Y TẾ

Điều 14. Thanh toán trực tiếp chi phí khám bệnh, chữa bệnh

Các trường hợp thanh toán trực tiếp chi phí khám bệnh, chữa bệnh theo quy định tại Khoản 2 Điều 31 sửa đổi, bổ sung của Luật BHYT bao gồm:

1. Khám bệnh, chữa bệnh tại cơ sở y tế không có hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh BHYT.
2. Khám bệnh, chữa bệnh không đúng thủ tục khám bệnh, chữa bệnh BHYT theo quy định tại Điều 8 Thông tư này.

Điều 15. Hồ sơ đề nghị thanh toán

1. Giấy đề nghị thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh BHYT lập theo mẫu do Bảo hiểm xã hội Việt Nam ban hành.
2. Các thủ tục, giấy tờ theo quy định tại Điều 8 Thông tư này.
3. Giấy ra viện.
4. Bản chính các chứng từ hợp lệ (hóa đơn mua thuốc, hóa đơn thu viện phí và các chứng từ có liên quan).

Điều 16. Thanh toán trực tiếp

1. Người bệnh hoặc thân nhân của người bệnh có trách nhiệm nộp hồ sơ quy định tại Điều 15 Thông tư này cho Bảo hiểm xã hội cấp huyện nơi cư trú.
2. Tổ chức Bảo hiểm xã hội cấp huyện có trách nhiệm:
 - a) Tiếp nhận hồ sơ đề nghị thanh toán của người bệnh hoặc thân nhân của người bệnh và lập Giấy biên nhận hồ sơ. Những hồ sơ không đầy đủ theo quy định thì yêu cầu bổ sung cho đủ;
 - b) Trong thời hạn 40 ngày, kể từ ngày nhận đủ hồ sơ đề nghị thanh toán phải hoàn thành việc giám định BHYT và thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh trực tiếp cho người bệnh. Trường hợp không thanh toán phải trả lời bằng văn bản và nêu rõ lý do;
 - c) Tổng hợp số tiền đã thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh cho người bệnh và trừ vào nguồn kinh phí được sử dụng của cơ sở y tế nơi người có thẻ BHYT đăng ký khám bệnh, chữa bệnh ban đầu.

3. Mức thanh toán BHYT:

a) Trường hợp người bệnh đến khám bệnh, chữa bệnh tại cơ sở y tế có hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh BHYT: thanh toán trong phạm vi quyền lợi và mức hưởng BHYT theo quy định;

b) Trường hợp người bệnh đến khám bệnh, chữa bệnh tại cơ sở y tế không có hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh BHYT: thanh toán theo chi phí thực tế trong phạm vi quyền lợi và mức hưởng BHYT nhưng tối đa không vượt quá mức quy định tại phụ lục 04 ban hành kèm theo Thông tư này.

Chương VI

QUẢN LÝ VÀ SỬ DỤNG QUỸ BẢO HIỂM Y TẾ

Điều 17. Sử dụng quỹ khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế theo quy định tại Khoản 1 Điều 6 Nghị định số 105/2014/NĐ-CP

1. Phân bổ quỹ khám bệnh, chữa bệnh BHYT cho các cơ sở y tế đăng ký khám bệnh, chữa bệnh BHYT ban đầu:

Căn cứ tổng quỹ khám bệnh, chữa bệnh BHYT trên địa bàn cấp tỉnh được xác định theo quy định tại khoản 1 Điều 6 Nghị định số 105/2014/NĐ-CP, Bảo hiểm xã hội cấp tỉnh có trách nhiệm phân bổ quỹ cho các cơ sở y tế đăng ký khám bệnh, chữa bệnh ban đầu, công thức tính như sau:

Quỹ khám bệnh, chữa bệnh BHYT phân bổ cho cơ sở y tế đăng ký khám bệnh, chữa bệnh ban đầu	=	$\frac{\text{Tổng quỹ khám bệnh, chữa bệnh BHYT trên địa bàn tỉnh}}{\text{Tổng số thẻ BHYT trong năm}}$	Tổng số kinh phí trích chi chăm sóc sức khỏe ban đầu trên địa bàn tỉnh x đầu tại cơ sở y tế
---	---	---	---

Trong đó:

- Tổng quỹ khám bệnh, chữa bệnh BHYT trên địa bàn được xác định theo quy định tại Khoản 1 Điều 6 Nghị định số 105/2014/NĐ-CP (bằng 90% số tiền đóng BHYT trên địa bàn cấp tỉnh dành cho khám bệnh, chữa bệnh).

- Tổng số kinh phí trích chi chăm sóc sức khỏe ban đầu trên địa bàn cấp tỉnh được xác định theo quy định tại Khoản 2 Điều này.

2. Chuyển kinh phí cho các cơ sở giáo dục thuộc hệ thống giáo dục quốc dân và các cơ quan, tổ chức, doanh nghiệp có đủ điều kiện chăm sóc sức khỏe ban đầu theo quy định tại Điều 18 Thông tư này:

a) Đối với cơ sở giáo dục mầm non:

- Số tiền trích để lại cho cơ sở giáo dục mầm non gồm 2 khoản: bằng 5% tổng thu quỹ BHYT tính trên tổng số trẻ em dưới 6 tuổi đang theo học tại cơ sở và 1% tổng số tiền đóng BHYT hằng tháng của cơ sở đóng cho tổ chức Bảo hiểm xã hội theo quy định tại điểm c khoản này.

Vào tháng đầu của năm học hoặc khoá học, tổ chức Bảo hiểm xã hội có trách nhiệm chuyển số tiền nêu trên cho các cơ sở giáo dục mầm non.

Ví dụ 8: Cơ sở giáo dục mầm non B có đủ điều kiện chăm sóc sức khoẻ ban đầu cho trẻ em, năm 2015 có 100 trẻ dưới 6 tuổi theo học. Giả sử mức đóng BHYT là 4,5%, mức lương cơ sở là 1.150.000 đồng, số tiền tổ chức Bảo hiểm xã hội trích chuyển cho nhà trường là 3.105.000 đồng:

$$5\% \times (100 \text{ trẻ} \times 4,5\% \times 1.150.000 \text{ đồng/tháng} \times 12 \text{ tháng})$$

Ngoài ra, tổ chức Bảo hiểm xã hội còn phải trích để lại cho cơ sở giáo dục mầm non B bằng 1% tổng số tiền đóng BHYT của cơ sở cho tổ chức Bảo hiểm xã hội theo ví dụ 10 tại Điểm c Khoản này.

b) Đối với cơ sở giáo dục khác:

- Số tiền trích để lại cho cơ sở giáo dục gồm 2 khoản: bằng 7% tổng thu quỹ BHYT tính trên tổng số học sinh, sinh viên đang theo học tại cơ sở giáo dục có tham gia BHYT (kể cả học sinh, sinh viên tham gia BHYT theo nhóm đối tượng khác) và 1% tổng số tiền đóng BHYT hằng tháng của cơ sở đóng cho tổ chức Bảo hiểm xã hội theo quy định tại điểm c khoản này.

- Vào tháng đầu của năm học hoặc khoá học, tổ chức Bảo hiểm xã hội có trách nhiệm chuyển số tiền nêu trên cho các cơ sở giáo dục.

Ví dụ 9: Trường Đại học K có đủ điều kiện chăm sóc sức khoẻ ban đầu cho sinh viên; năm học 2015-2016, có 5.000 sinh viên theo học, gồm: 100 em thuộc hộ nghèo, 100 em là thân nhân của lực lượng quân đội, 100 em là thân nhân của người có công với cách mạng và 4.700 em thuộc các đối tượng khác. Giả sử mức đóng BHYT của các đối tượng thống nhất là 4,5%, mức lương cơ sở là 1.150.000 đồng; số tiền tổ chức Bảo hiểm xã hội trích chuyển cho Trường là 217.350.000 đồng:

$$7\% \times (5.000 \text{ sinh viên} \times 4,5\% \times 1.150.000 \text{ đồng/tháng} \times 12 \text{ tháng})$$

Ngoài ra, tổ chức Bảo hiểm xã hội còn phải trích để lại cho Trường Đại học K bằng 1% tổng số tiền đóng BHYT của Trường cho tổ chức Bảo hiểm xã hội theo ví dụ 10 tại điểm c khoản này.

c) Đối với kinh phí chăm sóc sức khoẻ ban đầu cho các đối tượng do cơ quan, tổ chức, doanh nghiệp quản lý:

- Mức trích để lại cho các cơ quan, tổ chức, doanh nghiệp có tổ chức y tế cơ quan bằng 1% tổng số tiền đóng BHYT (không bao gồm tiền lãi chậm đóng BHYT) của cơ quan, tổ chức, doanh nghiệp đóng cho tổ chức Bảo hiểm xã hội.

- Hằng tháng, sau khi nhận được tiền đóng BHYT của cơ quan, tổ chức, doanh nghiệp, tổ chức Bảo hiểm xã hội có trách nhiệm trích để lại số tiền nêu trên cho các cơ quan, tổ chức, doanh nghiệp.

Ví dụ 10: Doanh nghiệp A có tổ chức y tế cơ quan (không có hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh BHYT) thực hiện nộp tiền đóng vào quỹ BHYT, tổng số là 105 triệu đồng, trong đó: 100 triệu đồng là số tiền phải nộp theo mức đóng quy định, 5 triệu đồng là tiền lãi phạt chậm đóng. Tổ chức Bảo hiểm xã hội sau khi nhận được số tiền này có trách nhiệm lập chứng từ trích để lại cho doanh nghiệp A số tiền là 1.000.000 đồng (1% x 100.000.000 đồng).

Điều 18. Điều kiện, quy mô tổ chức; nội dung chi; quản lý và thanh quyết toán kinh phí chăm sóc sức khỏe ban đầu tại các cơ sở giáo dục, cơ quan, tổ chức, doanh nghiệp

1. Cơ sở giáo dục, cơ quan, tổ chức, doanh nghiệp (trừ cơ sở giáo dục, cơ quan, tổ chức, doanh nghiệp có tổ chức y tế cơ quan có hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh BHYT) được cấp kinh phí từ quỹ khám bệnh, chữa bệnh BHYT để chăm sóc sức khỏe ban đầu cho các đối tượng do cơ sở giáo dục, cơ quan, tổ chức, doanh nghiệp quản lý khi có đủ các điều kiện sau đây:

a) Có ít nhất một người chuyên trách hoặc kiêm nhiệm hoặc hợp đồng lao động thời hạn từ đủ 03 tháng trở lên, trình độ tối thiểu là trung cấp y;

b) Có phòng y tế hoặc phòng làm việc riêng để thực hiện việc sơ cấp cứu, xử trí ban đầu cho các đối tượng do cơ sở giáo dục, cơ quan, tổ chức, doanh nghiệp quản lý khi bị tai nạn thương tích, các bệnh thông thường trong thời gian học tập, làm việc tại cơ sở giáo dục, cơ quan, tổ chức, doanh nghiệp.

2. Nội dung chi chăm sóc sức khỏe ban đầu:

a) Chi mua thuốc, vật tư y tế phục vụ sơ cấp cứu, xử trí ban đầu cho trẻ em, học sinh, sinh viên, các đối tượng do cơ quan, tổ chức, doanh nghiệp quản lý khi bị tai nạn thương tích và các bệnh thông thường trong thời gian học, làm việc tại cơ sở giáo dục, cơ quan, tổ chức, doanh nghiệp;

b) Chi mua sắm, sửa chữa trang thiết bị y tế thông thường phục vụ chăm sóc sức khỏe ban đầu tại cơ sở giáo dục, cơ quan, tổ chức, doanh nghiệp;

c) Chi mua văn phòng phẩm, tủ tài liệu phục vụ việc quản lý hồ sơ sức khỏe trẻ em, học sinh, sinh viên, người lao động;

d) Chi mua sách, tài liệu, dụng cụ phục vụ hoạt động tuyên truyền, giảng dạy, giáo dục ngoại khóa về chăm sóc, tư vấn sức khỏe, sức khỏe sinh sản và kế hoạch hoá gia đình tại cơ sở giáo dục, cơ quan, tổ chức, doanh nghiệp;

đ) Các khoản chi khác để thực hiện công tác chăm sóc sức khỏe ban đầu tại cơ sở giáo dục, cơ quan, tổ chức, doanh nghiệp.

3. Quản lý và thanh quyết toán kinh phí:

a) Cơ sở giáo dục, cơ quan, tổ chức, doanh nghiệp được cấp kinh phí từ quỹ khám bệnh, chữa bệnh BHYT có trách nhiệm sử dụng cho công tác chăm sóc sức khỏe ban đầu cho các đối tượng do cơ sở giáo dục, cơ quan, tổ chức, doanh nghiệp quản lý, không được sử dụng vào các mục đích khác.

b) Các khoản chi chăm sóc sức khỏe ban đầu quy định tại Khoản 2 Điều này được hạch toán, quyết toán như sau:

- Đối với cơ sở giáo dục công lập thực hiện hạch toán các khoản chi chăm sóc sức khỏe ban đầu vào chi phí thực hiện công tác y tế tại cơ sở và quyết toán với đơn vị quản lý cấp trên theo quy định hiện hành;

- Đối với cơ sở giáo dục ngoài công lập thực hiện hạch toán các khoản chi chăm sóc sức khỏe ban đầu vào chi phí của cơ sở giáo dục ngoài công lập và quyết toán với đơn vị cấp trên (nếu có);

- Đối với doanh nghiệp, tổ chức kinh tế thực hiện mở sổ kế toán riêng để phản ánh việc tiếp nhận kinh phí, sử dụng kinh phí, không tổng hợp vào quyết toán chi phí của doanh nghiệp;

- Đối với cơ quan, đơn vị khác thực hiện hạch toán các khoản chi chăm sóc sức khỏe ban đầu vào chi phí thực hiện công tác y tế của cơ quan, đơn vị và quyết toán với cơ quan, đơn vị quản lý cấp trên (nếu có) hoặc cơ quan tài chính theo quy định hiện hành.

c) Cơ sở giáo dục, cơ quan, tổ chức, doanh nghiệp được cấp kinh phí chăm sóc sức khỏe ban đầu theo quy định tại Điều này không phải quyết toán với tổ chức Bảo hiểm xã hội nhưng có trách nhiệm báo cáo về việc sử dụng kinh phí khi tổ chức Bảo hiểm xã hội, cơ quan nhà nước có thẩm quyền yêu cầu.

d) Số kinh phí được cấp đến cuối năm chưa sử dụng hết, được chuyển nguồn sang năm sau để tiếp tục sử dụng.

Điều 19. Chi hỗ trợ cho Ủy ban nhân dân cấp xã để thực hiện lập danh sách tham gia bảo hiểm y tế trên địa bàn

1. Kinh phí chi hỗ trợ cho Ủy ban nhân dân cấp xã để thực hiện lập danh sách tham gia BHYT trên địa bàn được bố trí từ nguồn dự toán chi quản lý bộ máy hằng năm của Bảo hiểm xã hội Việt Nam.

2. Số kinh phí chi hỗ trợ được căn cứ vào số người trong danh sách tham gia BHYT do Ủy ban nhân dân cấp xã lập (đối với danh sách tăng, giảm đối tượng được tính theo số người tăng và số người giảm) và mức chi do Bảo hiểm xã hội Việt Nam thông báo hằng năm trên cơ sở mức dự toán được Thủ tướng Chính phủ phê duyệt; riêng mức chi năm 2015 là 1.500 đồng/người.

3. Chuyển kinh phí chi hỗ trợ cho Ủy ban nhân dân cấp xã để thực hiện lập danh sách tham gia BHYT trên địa bàn:

a) Đối với năm 2015: Chậm nhất đến cuối tháng 3, Bảo hiểm xã hội cấp huyện có trách nhiệm tạm cấp theo mức bằng 50% số kinh phí hỗ trợ tính theo mức chi quy định tại Khoản 2 Điều này và tổng dân số của Ủy ban nhân dân xã tại thời điểm hỗ trợ. Số còn lại được cấp đủ sau khi nhận được danh sách tham gia BHYT theo quy định tại Điểm a Khoản 4 Điều 4 Thông tư này.

b) Từ năm 2016, Bảo hiểm xã hội cấp huyện thực hiện chuyển kinh phí hỗ trợ cho Ủy ban nhân dân cấp xã sau khi nhận được danh sách tăng, giảm đối tượng tham gia BHYT theo quy định tại Điểm b Khoản 4 Điều 4 Thông tư này.

Ví dụ 11:

- Năm 2015: Dân số xã N có 6.000 người, số tiền Bảo hiểm xã hội cấp huyện cấp tạm ứng cho xã là 4.500.000 đồng (50% x 1.500 đồng x 6.000 người). Số tiền còn lại được cấp đủ sau khi nhận được danh sách tham gia BHYT theo quy định tại Điểm a Khoản 4 Điều 4 Thông tư này.

- Năm 2016: Xã N gửi báo cáo tăng, giảm đối tượng, trong đó tăng 30 người, giảm 10 người. Giả sử mức chi lập danh sách tham gia BHYT áp dụng năm 2016 là 2.000 đồng/người; số tiền hỗ trợ cho xã là 80.000 đồng:

(30 người tăng + 10 người giảm) x 2.000 đồng

c) Việc chuyển kinh phí chi hỗ trợ được thực hiện theo phương thức thanh toán chuyển khoản hoặc chi trực tiếp bằng tiền mặt.

4. Ủy ban nhân dân cấp xã được cấp kinh phí lập danh sách tham gia BHYT không phải quyết toán với ngân sách xã nhưng phải mở sổ kế toán riêng để phản ánh việc tiếp nhận kinh phí, sử dụng kinh phí.

Chương VII

ĐIỀU KHOẢN THI HÀNH

Điều 20. Điều khoản chuyển tiếp

1. Năm 2015, tổ chức Bảo hiểm xã hội thực hiện việc cấp thẻ BHYT cho các nhóm đối tượng trên cơ sở danh sách đối tượng tham gia BHYT do cơ quan, tổ chức, đơn vị quản lý đối tượng chuyển đến. Khi nhận được danh sách tham gia BHYT năm 2015 của Ủy ban nhân dân cấp xã, tổ chức Bảo hiểm xã hội có trách nhiệm rà soát, bảo đảm việc cấp thẻ theo đúng đối tượng.

2. Đối với người tham gia BHYT bị tai nạn giao thông:

a) Các trường hợp vào viện điều trị trước ngày 01/01/2015 nhưng ra viện kể từ ngày 01/01/2015 và trường hợp bị tai nạn giao thông vào viện điều trị kể

từ ngày 01/01/2015 được quỹ BHYT thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh trong phạm vi mức hưởng theo chế độ quy định;

b) Trường hợp bị tai nạn giao thông là do hành vi vi phạm pháp luật về giao thông của người đó gây ra, đã được quỹ BHYT thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh theo chế độ quy định và ra viện trước ngày 01/01/2015 thì không phải hoàn trả các khoản chi này cho quỹ BHYT.

3. Trường hợp người bệnh được cơ sở y tế chỉ định sử dụng dịch vụ kỹ thuật quy định tại Quyết định số 36/2005/QĐ-BYT ngày 31/10/2005 của Bộ trưởng Bộ Y tế về việc ban hành Danh mục dịch vụ kỹ thuật cao, chi phí lớn, quỹ BHYT thanh toán trong phạm vi mức hưởng nhưng không vượt quá 40 tháng lương cơ sở cho một lần sử dụng dịch vụ kỹ thuật đó cho đến khi Bộ Y tế ban hành danh mục, tỷ lệ và điều kiện thanh toán đối với dịch vụ kỹ thuật y tế thuộc phạm vi được hưởng của người tham gia BHYT (trừ trường hợp quy định tại Điểm b Khoản 1 Điều 4 Nghị định số 105/2014/NĐ-CP).

4. Đối với các hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh BHYT đã ký kết trước ngày Thông tư này có hiệu lực thi hành, tổ chức Bảo hiểm xã hội và cơ sở y tế thoả thuận sửa đổi, bổ sung cho phù hợp quy định tại Thông tư này.

Điều 21. Hiệu lực thi hành³

1. Thông tư này có hiệu lực thi hành từ ngày 01 tháng 02 năm 2015; các quy định tại Thông tư này được thực hiện từ ngày 01 tháng 01 năm 2015.

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

a) Thông tư liên tịch số 09/2009/TTLT-BYT-BTC ngày 14/8/2009 của Bộ Y tế - Bộ Tài chính hướng dẫn thực hiện bảo hiểm y tế và Thông tư liên tịch số 24/2014/TTLT-BYT-BTC ngày 14/7/2014 của Bộ Y tế - Bộ Tài chính sửa đổi, bổ sung một số điều của Thông tư liên tịch số 09/2009/TTLT-BYT-BTC ngày 14/8/2009 của Bộ Y tế - Bộ Tài chính hướng dẫn thực hiện bảo hiểm y tế;

b) Thông tư liên tịch số 39/2011/TTLT-BYT-BTC ngày 11/11/2011 của Bộ Y tế - Bộ Tài chính hướng dẫn thủ tục thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh đối với người tham gia bảo hiểm y tế bị tai nạn giao thông;

³ Điều 2 của Thông tư liên tịch số 16/2015/TTLT-BYT-BTC, có hiệu lực kể từ ngày 01 tháng 9 năm 2015 quy định như sau:

“Điều 2. Hiệu lực thi hành

Thông tư này có hiệu lực kể từ ngày 01 tháng 9 năm 2015.

Trong quá trình thực hiện nếu có vướng mắc, đề nghị phản ánh kịp thời về Bộ Y tế và Bộ Tài chính để nghiên cứu giải quyết./.”

c) Quy định sau đây tại Khoản 2 Mục II Thông tư số 14/2007/TT-BTC ngày 08/3/2007 của Bộ Tài chính hướng dẫn sử dụng kinh phí thực hiện công tác y tế trong các trường học: “Đối với nguồn kinh phí được để lại từ Quỹ khám chữa bệnh bảo hiểm y tế tự nguyện của đối tượng học sinh, sinh viên: Các cơ sở giáo dục có trách nhiệm quản lý, sử dụng và quyết toán với cơ quan bảo hiểm xã hội theo quy định hiện hành”.

Điều 22. Tổ chức thực hiện

1. Bảo hiểm xã hội Việt Nam có trách nhiệm:

a) Ban hành mẫu thẻ BHYT, mẫu giấy hẹn cấp lại, đổi thẻ BHYT và quy trình cấp mới, cấp lại, thu hồi, tạm giữ, đổi thẻ BHYT sau khi có ý kiến thống nhất của Bộ Y tế;

b) Ban hành mẫu tờ khai của người tham gia BHYT lần đầu và hướng dẫn người tham gia BHYT lập tờ khai khi cấp thẻ BHYT;

c) Căn cứ chỉ số giá nhóm thuốc và dịch vụ y tế của năm trước liền kề do Tổng cục Thống kê công bố, thông báo kịp thời cho Bảo hiểm xã hội các tỉnh, thành phố để thực hiện điều chỉnh chi phí liên quan đến khám bệnh, chữa bệnh BHYT cho các cơ sở y tế;

d) Chỉ đạo Bảo hiểm xã hội các tỉnh, thành phố phối hợp với Sở Y tế, Sở Tài chính, các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh BHYT trên địa bàn, địa bàn giáp ranh và các cơ quan liên quan giải quyết theo thẩm quyền hoặc kiến nghị cấp có thẩm quyền xử lý kịp thời các vướng mắc phát sinh;

đ) Chỉ đạo Bảo hiểm xã hội các cấp cung cấp mẫu biểu, phần mềm tin học (nếu có) cho Ủy ban nhân dân cấp xã trong việc lập danh sách, quản lý danh sách tham gia BHYT trên địa bàn theo hộ gia đình;

e) Hướng dẫn Bảo hiểm xã hội các tỉnh, thành phố căn cứ chứng từ thu phần chi phí cùng chi trả của người bệnh để xác định số tiền cùng chi trả lũy kế trong năm để cấp giấy chứng nhận không cùng chi trả trong năm cho người có thời gian tham gia BHYT 5 năm liên tục trở lên và có số tiền cùng chi trả chi phí khám bệnh, chữa bệnh trong năm lớn hơn 6 tháng lương cơ sở, trừ trường hợp tự đi khám bệnh, chữa bệnh không đúng tuyến quy định tại Điểm c Khoản 1 Điều 22 sửa đổi, bổ sung của Luật BHYT.

Ví dụ 12: Đến ngày 01/5/2015, ông A có thời gian tham gia BHYT liên tục 60 tháng và có số tiền cùng chi trả chi phí khám bệnh, chữa bệnh lũy kế từ ngày 01/01/2015 đến ngày 01/5/2015 là 7 triệu đồng (lớn hơn 6 tháng lương cơ sở). Từ ngày 01/5/2015 đến hết ngày 31/12/2015, ông A được quỹ BHYT thanh toán 100% chi phí khám bệnh, chữa bệnh trong phạm vi quyền lợi BHYT.

2. Sở Y tế có trách nhiệm:

a) Chủ trì, phối hợp với Bảo hiểm xã hội cấp tỉnh phổ biến, chỉ đạo cơ sở y tế tổ chức thực hiện khám bệnh, chữa bệnh cho người tham gia BHYT tại địa phương theo quy định tại Luật BHYT, Luật sửa đổi bổ sung một số điều của Luật BHYT, Nghị định số 105/2014/NĐ-CP và Thông tư này;

b) Chủ trì, phối hợp với Sở Y tế và Bảo hiểm xã hội cấp tỉnh có liên quan tại địa bàn giáp ranh để tổ chức khám bệnh, chữa bệnh và chuyển tuyến chuyên môn kỹ thuật nhằm tạo thuận lợi cho người tham gia BHYT.3. Cơ sở khám bệnh, chữa bệnh BHYT có trách nhiệm:

a) Đẩy mạnh việc ứng dụng công nghệ thông tin trong quản lý khám bệnh, chữa bệnh. Những cơ sở y tế đã có hoặc đang xây dựng phần mềm quản lý thì phối hợp với tổ chức Bảo hiểm xã hội để thống nhất các chỉ tiêu thống kê theo yêu cầu quản lý khám bệnh, chữa bệnh; những cơ sở chưa có phần mềm quản lý thì nghiên cứu, ứng dụng phần mềm do Bảo hiểm xã hội Việt Nam triển khai áp dụng, tiến tới thống nhất một chương trình phần mềm quản lý chung;

b) Chủ trì, phối hợp với tổ chức Bảo hiểm xã hội xây dựng, áp dụng các chương trình quản lý, kiểm soát chi phí khám bệnh, chữa bệnh.

Trong quá trình thực hiện nếu có vướng mắc, đề nghị phản ánh kịp thời về Bộ Y tế và Bộ Tài chính để nghiên cứu giải quyết. /

BỘ Y TẾ

Số: 04 /VBHN-BYT

XÁC THỰC VĂN BẢN HỢP NHẤT

Hà Nội, ngày 24 tháng 11 năm 2015

Nơi nhận:

- Văn phòng Chính phủ: Công báo, Cổng TTĐTCP;
- Bộ trưởng (để báo cáo);
- Bộ Tài chính (để biết);
- Cổng Thông tin điện tử Bộ Y tế;
- Lưu: VT, PC, BHYT (02b).

**KT. BỘ TRƯỞNG
THỨ TRƯỞNG**



Phạm Lê Tuấn

PHỤ LỤC 01

MẪU TỔNG HỢP ĐỐI TƯỢNG VÀ KINH PHÍ ĐÓNG BHYT CHO NGƯỜI CÓ CÔNG VỚI CÁCH MẠNG VÀ NGƯỜI THUỘC DIỆN HƯỞNG TRỢ CẤP BẢO TRỢ XÃ HỘI HÀNG THÁNG

(Ban hành kèm theo Thông tư liên tịch số 41/2014/TTLT-BYT-BTC ngày 24 tháng 11 năm 2014 của Bộ Y tế, Bộ Tài chính)

BHXH.....

CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM

Độc lập - Tự do - Hạnh phúc

BẢNG TỔNG HỢP

ĐỐI TƯỢNG VÀ KINH PHÍ ĐÓNG BẢO HIỂM Y TẾ CHO NGƯỜI CÓ CÔNG VỚI CÁCH MẠNG VÀ NGƯỜI THUỘC DIỆN HƯỞNG TRỢ CẤP BẢO TRỢ XÃ HỘI HÀNG THÁNG

Năm 20...

(Đơn vị tính: Thẻ; Đồng)

Số tt	Xã, phường	Số thẻ BHYT đã phát hành trong năm	Số tiền đóng BHYT tính theo mức quy định	Số tiền cơ quan Lao động đã chuyển	Số tiền cơ quan Lao động còn phải chuyển
A	B	(1)	(2)	(3)	(4=2-3)
	Tổng số (I+II)				
I	Người có công với cách mạng và thân nhân (bao gồm cả người phục vụ người có công với cách mạng sống ở gia đình)				
1	Xã A				
2	Xã B				
3	Xã C				
...					
II	Người thuộc diện hưởng trợ cấp bảo trợ xã hội hàng tháng				
1	Xã A				
2	Xã B				
3	Xã C				
...					

... ngày.... tháng....năm.....

Người lập biểu

(Ký, ghi rõ họ và tên)

Phụ trách kế toán

(Ký, ghi rõ họ và tên)

Giám đốc

(Ký, ghi rõ họ, tên và đóng dấu)

PHỤ LỤC 02

MẪU TỔNG HỢP ĐỐI TƯỢNG VÀ KINH PHÍ NGÂN SÁCH NHÀ NƯỚC ĐÓNG, HỖ TRỢ ĐÓNG BẢO HIỂM Y TẾ

(Ban hành kèm theo Thông tư liên tịch số 41/2014/TTLT-BYT-BTC ngày 24 tháng 11 năm 2014 của Bộ Y tế, Bộ Tài chính)

BHXH

CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM

Độc lập - Tự do - Hạnh phúc

BẢNG TỔNG HỢP

ĐỐI TƯỢNG VÀ KINH PHÍ NGÂN SÁCH NHÀ NƯỚC ĐÓNG, HỖ TRỢ ĐÓNG BẢO HIỂM Y TẾ

Năm 20...

(Đơn vị tính: Thẻ; Đồng)

Số tt	Đối tượng tham gia BHYT	Số thẻ BHYT đã phát hành	Số tiền đóng BHYT tính theo mức quy định	Số tiền do người tham gia BHYT đóng	Số tiền ngân sách nhà nước đóng, hỗ trợ	Số tiền cơ quan Tài chính đã chuyển	Số tiền cơ quan Tài chính còn phải chuyển
A	B	1	2	3	4=2-3	5	6=4-5
	Tổng số						
1	Trẻ em dưới 6 tuổi						
2	Người thuộc hộ nghèo						
3	Người thuộc hộ cận nghèo						
	- Đối tượng được NSNN hỗ trợ 100% mức đóng						
	- Đối tượng được NSNN hỗ trợ ...% mức đóng						
4	Học sinh, sinh viên						
5	Người thuộc hộ gia đình làm nông nghiệp, lâm nghiệp, ngư nghiệp và diêm nghiệp có mức sống trung bình						
6						

... ngày.... tháng....năm.....

Người lập biểu

(Ký, ghi rõ họ và tên)

Phụ trách kế toán

(Ký, ghi rõ họ và tên)

Giám đốc

(Ký, ghi rõ họ, tên và đóng dấu)

Ghi chú: Trường hợp cá nhân, tổ chức trong và ngoài nước hỗ trợ thêm mức đóng cho người tham gia được NSNN hỗ trợ một phần mức đóng BHYT thì phần kinh phí hỗ trợ của cá nhân, tổ chức được tổng hợp vào cột 3 "Số tiền do người tham gia BHYT đóng".

PHỤ LỤC 03

MẪU HỢP ĐỒNG KHÁM BỆNH, CHỮA BỆNH BẢO HIỂM Y TẾ
(Ban hành kèm theo Thông tư liên tịch số 41/2014/TTLT-BYT-BTC ngày 24 tháng 11 năm
2014 của Bộ Y tế, Bộ Tài chính)

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

HỢP ĐỒNG KHÁM BỆNH, CHỮA BỆNH BẢO HIỂM Y TẾ

(Số: /HĐKCB-BHYT) [1]

Căn cứ Luật bảo hiểm y tế ngày 14 tháng 11 năm 2008 và Luật sửa đổi, bổ sung một số điều của Luật bảo hiểm y tế ngày 13 tháng 6 năm 2014;

Căn cứ Luật khám bệnh, chữa bệnh ngày 23 tháng 11 năm 2009;

Căn cứ Nghị định số 105/2014/NĐ-CP ngày 15 tháng 11 năm 2014 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 liên tịch số 41/2014/TTLT-BYT-BTC ngày 24 tháng 11 năm 2014 của Bộ Y tế, Bộ Tài chính hướng dẫn thực hiện bảo hiểm y tế;

Căn cứ Quyết định số.....ngày.....tháng.....năm.....của.....về việc quy định chức năng, nhiệm vụ của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh...[2]

Căn cứ Quyết định số... ngàytháng....năm..... của về việc quy định chức năng, nhiệm vụ của Bảo hiểm xã hội cấp tỉnh/ huyện [3].....

Căn cứ Quyết định số.....ngày.... của..... về việc ban hành bảng giá dịch vụ khám bệnh, chữa bệnh tại (tên cơ sở)

Hôm nay, ngày...tháng...năm 20.... tại

Chúng tôi gồm:

Bên A: Bảo hiểm xã hội (tỉnh/huyện).....

Địa chỉ:

Địa chỉ thư điện tử:

Điện thoại: Fax:.....

Tài khoản số : Tại Ngân hàng.....

Đại diện ông (bà): Chức vụ:

Giấy ủy quyền số :..... Ngày.....thángnăm..... [4]

Bên B: (Tên cơ sở KCB/cơ quan ký hợp đồng khám chữa bệnh):.....

Địa chỉ:

Địa chỉ thư điện tử:

Điện thoại: Fax:.....

Tài khoản số : Tại Ngân hàng.....

Đại diện ông (bà): Chức vụ:

Giấy ủy quyền số :..... Ngày.....thángnăm [5]

Sau khi thỏa thuận, hai bên thống nhất ký kết hợp đồng cho người có BHYT năm ... theo các điều khoản như sau:

Điều 1. Tổ chức khám bệnh, chữa bệnh

Bên B cam kết bảo đảm khám bệnh, chữa bệnh BHYT, cung cấp đầy đủ thuốc, hóa chất, vật tư y tế, dịch vụ kỹ thuật y tế thuộc phạm vi chuyên môn kỹ thuật của bệnh viện và phạm vi được hưởng của tham gia BHYT cho tổng sốngười có thẻ BHYT đăng ký khám bệnh, chữa bệnh ban đầu tại Bệnh viện và các Trạm y tế xã trong huyện/quận theo Phụ lục kèm theo (theo Mẫu 01)/ hoặc cho người bệnh BHYT được các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh chuyên đến.

Điều 2. Giá trị hợp đồng

Mức thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh của hợp đồng như sau:

1. Số kinh phí được tính theo giá trị của tổng số thẻ BHYT đăng ký khám bệnh, chữa bệnh trong năm tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh;
2. Tổng chi phí BHYT làm căn cứ thanh toán bao gồm chi phí khám bệnh, chữa bệnh cho người có thẻ BHYT quy định tại Điều 1 đến khám bệnh, chữa bệnh tại cơ sở và khám bệnh, chữa bệnh tại các cơ sở y tế khác (không bao gồm chi phí khám bệnh, chữa bệnh của số thẻ BHYT không đăng ký ban đầu tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh).

Điều 3. Thời hạn hợp đồng

Thời hạn của hợp đồng là 12 tháng kể từ ngày 01 tháng 01 năm ... đến hết ngày 31 tháng 12 năm

Điều 4. Phương thức thanh toán, tạm ứng và quyết toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh BHYT

1. Phương thức thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh BHYT:

- a) Thanh toán theo định suất được áp dụng đối với đối tượng có thẻ BHYT đăng ký khám bệnh, chữa bệnh ban đầu.
- b) Thanh toán theo giá dịch vụ hoặc thanh toán theo trường hợp bệnh áp dụng đối với người có thẻ BHYT không đăng ký khám bệnh, chữa bệnh ban đầu.

2. Tạm ứng kinh phí:

Tùy theo trường hợp cụ thể, nội dung hợp đồng thể hiện như sau:

Việc tạm ứng kinh phí được thực hiện hằng quý như sau: Trong thời hạn 5 ngày làm việc, kể từ ngày nhận được báo cáo quyết toán quý trước của bên B, bên A tạm ứng một lần bằng 80% chi phí khám bệnh, chữa bệnh BHYT theo báo cáo quyết toán quý trước của bên B.

Trường hợp lần đầu ký hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh BHYT có đăng ký khám bệnh, chữa bệnh ban đầu thì thể hiện như sau: Bên B được tạm ứng 80% nguồn kinh phí được sử dụng tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh theo thông báo đầu kỳ của bên A.

Trường hợp không đăng ký khám bệnh, chữa bệnh BHYT ban đầu thì thể hiện như sau: “Căn cứ số chi khám bệnh, chữa bệnh sau một tháng thực hiện hợp đồng, bên A dự kiến và tạm ứng 80% kinh phí khám bệnh, chữa bệnh BHYT trong quý.

3. Thanh toán, quyết toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh BHYT:

- a) Trong thời hạn 15 ngày đầu mỗi tháng, bên B có trách nhiệm gửi bản tổng hợp đề nghị thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh BHYT của tháng trước cho bên A; trong thời hạn 15 ngày đầu mỗi quý, bên B có trách nhiệm gửi báo cáo quyết toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh BHYT của quý trước cho bên A;
- b) Trong thời hạn 30 ngày, kể từ ngày nhận được báo cáo quyết toán quý trước của bên B, bên A có trách nhiệm thông báo kết quả giám định và số quyết toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh

BHYT bao gồm chi phí khám bệnh, chữa bệnh thực tế trong phạm vi quyền lợi và mức hưởng BHYT cho bên B;

c) Trong thời hạn 10 ngày, kể từ ngày thông báo số quyết toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh, bên A có trách nhiệm hoàn thành việc thanh toán với bên B.

4. *Tạm ứng và thanh toán với các Trạm y tế xã và tương đương*

Ghi cụ thể:

- Mức thanh toán
- Hình thức chuyển kinh phí cho các Trạm y tế xã
- Đảm bảo cung ứng thuốc, vật tư y tế với Trạm y tế

Điều 5. Quyền và trách nhiệm của bên A

1. *Quyền của bên A:*

a) Yêu cầu bên B cung cấp tài liệu để phục vụ công tác giám định, bao gồm: hồ sơ bệnh án, tài liệu liên quan về khám bệnh, chữa bệnh cho người bệnh BHYT; đề án liên doanh, liên kết thực hiện dịch vụ kỹ thuật y tế, hợp đồng làm việc giữa cơ sở khám bệnh, chữa bệnh và người hành nghề (nếu có); Quyết định của cơ quan có thẩm quyền về thực hiện Đề án chuyển giao kỹ thuật, hỗ trợ y tế cho tuyến dưới; dịch vụ kỹ thuật y tế chuyên giao của Đề án; danh mục và giá dịch vụ kỹ thuật sử dụng tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh theo quy định phê duyệt của cấp có thẩm quyền;

b) Từ chối thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh BHYT không đúng quy định hoặc không đúng với nội dung hợp đồng này.

2. *Trách nhiệm của bên A:*

a) Cung cấp cho bên B danh sách người có thẻ BHYT đăng ký khám bệnh, chữa bệnh ban đầu (bằng file điện tử hoặc bản có ký tên đóng dấu) và thông báo kinh phí để bảo đảm khám bệnh, chữa bệnh cho người tham gia BHYT;

b) Tạm ứng kinh phí và thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh hằng quý cho bên B theo quy định chung và quy định tại Điều 4 của hợp đồng này;

c) Tổ chức công tác giám định khám bệnh, chữa bệnh BHYT tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh; bảo đảm tuân thủ quy chế về hồ sơ bệnh án theo quy định của Bộ Y tế khi xem xét hồ sơ bệnh án;

d) Phối hợp với bên B trong việc tiếp nhận, kiểm tra thủ tục hành chính đối với người bệnh BHYT khi đến khám bệnh, chữa bệnh; thu hồi, tạm giữ thẻ BHYT và xử lý theo thẩm quyền đối với các trường hợp vi phạm;

đ) Phối hợp với bên B giải thích, phổ biến, tuyên truyền về chính sách BHYT;

e) Tiếp nhận ý kiến phản ánh từ người có thẻ BHYT và cơ sở khám bệnh, chữa bệnh liên quan đến quyền lợi của người có thẻ BHYT để giải quyết theo thẩm quyền;

g) Thông báo kịp thời cho bên B khi có thay đổi về chính sách BHYT.

Điều 6. Quyền và trách nhiệm của bên B

1. *Quyền của bên B:*

a) Yêu cầu bên A cung cấp danh sách, số người tham gia BHYT đăng ký khám bệnh, chữa bệnh ban đầu tại bệnh viện/tại các Trạm y tế xã; thông báo số kinh phí khám chữa bệnh được sử dụng tại bệnh viện/ tại các Trạm y tế xã;

b) Được bên A tạm ứng kinh phí và thanh quyết toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh theo quy định.

2. Trách nhiệm của bên B:

- a) Tổ chức khám bệnh, chữa bệnh đúng phạm vi chuyên môn kỹ thuật, đảm bảo chất lượng và quy chế chuyên môn với thủ tục đơn giản, thuận tiện cho người bệnh; quản lý thẻ BHYT trong thời gian điều trị nội trú tại bệnh viện;
- b) Đảm bảo cung ứng đầy đủ thuốc, máu, dịch truyền, hoá chất xét nghiệm, phim X-quang, vật tư y tế sử dụng trong khám bệnh, chữa bệnh theo danh mục do Bộ Y tế ban hành. Việc chỉ định sử dụng thuốc, dịch vụ kỹ thuật phải đảm bảo hợp lý, an toàn, chống lãng phí và lạm dụng;
- c) Tiếp nhận và chuyển người bệnh trong trường hợp vượt quá phạm vi chuyên môn của bệnh viện theo đúng quy định của Bộ trưởng Bộ Y tế;
- d) Cung cấp hồ sơ bệnh án, tài liệu liên quan đến khám bệnh, chữa bệnh và thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh của người tham gia BHYT theo yêu cầu của bên A và cơ quan nhà nước có thẩm quyền;
- đ) Bảo đảm điều kiện cần thiết cho bên A thực hiện giám định BHYT; phối hợp với bên A trong việc tuyên truyền, giải thích về chế độ BHYT cho người tham gia;
- e) Kiểm tra, phát hiện và thông báo cho bên A những trường hợp vi phạm về sử dụng thẻ BHYT; phối hợp với bên A thu hồi, tạm giữ thẻ BHYT và xử lý theo thẩm quyền đối với các trường hợp vi phạm theo quy định;
- g) Quản lý và sử dụng kinh phí do bên A tạm ứng, thanh toán theo đúng quy định của pháp luật;
- h) Thống kê đầy đủ, kịp thời và chính xác chi phí khám bệnh, chữa bệnh BHYT để thanh quyết toán với bên A;
- i) Theo dõi, giám sát khám bệnh, chữa bệnh và thanh quyết toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh tại các Trạm y tế xã.
- k) Thông báo kịp thời cho bên A trong trường hợp có thay đổi liên quan đến khám bệnh, chữa bệnh cho người tham gia BHYT.

Điều 7. Giải quyết tranh chấp

1. Khi có tranh chấp, hai bên chủ động giải quyết trên nguyên tắc bình đẳng, hợp tác; trường hợp chưa thống nhất thì phải ghi rõ ý kiến của các bên và báo cáo cơ quan cấp trên của mỗi bên để giải quyết.
2. Trong thời gian tranh chấp, hai bên vẫn phải bảo đảm điều kiện để khám bệnh, chữa bệnh của người tham gia BHYT.

Điều 8. Cam kết chung

1. Hai bên cam kết thực hiện đúng các điều khoản trong hợp đồng và các quy định của pháp luật về khám bệnh, chữa bệnh BHYT.
2. Trong trường hợp có thay đổi hoặc chấm dứt hợp đồng này trước thời hạn, hai bên phải thông báo cho nhau trước ba (3) tháng để đảm bảo quyền lợi của người tham gia BHYT và quyền lợi của các bên.
3. Mọi thông báo và văn bản giao dịch giữa hai bên được gửi qua bưu điện hoặc thư điện tử theo địa chỉ nêu trong hợp đồng này.
4. Hai bên thống nhất phối hợp trong việc ứng dụng công nghệ thông tin để tạo thuận lợi trong thanh quyết toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh BHYT.

5. Hợp đồng này có hiệu lực từ ngày ... tháng ... năm ... đến hết ngày 31 tháng 12 năm Sau khi các bên thực hiện xong việc thanh quyết toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh năm 2016, hợp đồng coi như được thanh lý.

Hợp đồng này được lập thành 04 bản có giá trị như nhau, mỗi bên giữ 02 bản.

ĐẠI DIỆN BÊN B

(Ký, ghi rõ họ và tên, đóng dấu)

ĐẠI DIỆN BÊN A

(Ký, ghi rõ họ và tên, đóng dấu)

Ghi chú:

- [1]: số hợp đồng được đánh theo số thứ tự hợp đồng trong một năm, bắt đầu từ số 01 vào ngày đầu năm và kết thúc vào ngày 31 tháng 12 hàng năm.
- [2]: ghi theo Quyết định thành lập đơn vị hoặc Quyết định phê duyệt phạm vi chuyên môn của đơn vị.
- [3]: ghi theo Quyết định thành lập đơn vị.
- [4, 5]: ghi trong trường hợp hai bên cử đại diện cho giám đốc ký hợp đồng.

BẢO HIỂM XÃ HỘI VIỆT NAM
BẢO HIỂM XÃ HỘI tỉnh/huyện...

MẪU 01 KÈM THEO PHỤ LỤC 03

**DANH SÁCH NGƯỜI THAM GIA BẢO HIỂM Y TẾ ĐĂNG KÝ
KHÁM BỆNH, CHỮA BỆNH BAN ĐẦU TẠI (tên cơ sở khám chữa bệnh)**

Số tt	Họ và tên	Tuổi		Địa chỉ	Ghi chú
		Nam	Nữ		
1					
2					
3					
4					
5					
6					
...					

Ngày.....tháng.....năm.....

(Ký, họ và tên, đóng dấu)

Ghi chú:

Danh sách theo mẫu này được chuyển đến cơ sở khám chữa bệnh bằng file điện tử hoặc bản có ký tên đóng dấu của cơ quan BHXH.

PHỤ LỤC 04

MỨC THANH TOÁN TRỰC TIẾP CHO NGƯỜI BỆNH CÓ THẺ BẢO HIỂM Y TẾ
(Ban hành kèm theo Thông tư liên tịch số 41/2014/TTLT-BYT-BTC ngày 24 tháng 11 năm
2014 của Bộ Y tế, Bộ Tài chính)

Loại hình Khám bệnh, chữa bệnh	Tuyến chuyên môn kỹ thuật	Mức thanh toán tối đa cho một đợt khám bệnh, chữa bệnh (đồng)
1. Ngoại trú	Cơ sở y tế tuyến huyện và tương đương	60.000
2. Nội trú	Cơ sở y tế tuyến huyện và tương đương	500.000
	Cơ sở y tế tuyến tỉnh và tương đương	1.200.000
	Cơ sở y tế tuyến trung ương và tương đương	3.600.000