

Số: 93 /QĐ-UBND

Đắk Nông, ngày 26 tháng 01 năm 2024

QUYẾT ĐỊNH

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

CHỦ TỊCH ỦY BAN NHÂN DÂN TỈNH ĐẮK NÔNG

Căn cứ Luật Tổ chức chính quyền địa phương ngày 19 tháng 6 năm 2015; Luật Sửa đổi, bổ sung một số điều của Luật Tổ chức Chính phủ và Luật Tổ chức chính quyền địa phương ngày 22 tháng 11 năm 2019;

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

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

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

Theo đề nghị của Giám đốc Sở Y tế tại Tờ trình số 14/TTr-SYT ngày 18 tháng 01 năm 2024.

QUYẾT ĐỊNH:

Điều 1. Công bố kèm theo Quyết định này Danh mục thủ tục hành chính được sửa đổi, bổ sung trong lĩnh vực Tài chính y tế thuộc phạm vi chức năng quản lý của Sở Y tế.

(Chi tiết tại Phụ lục kèm theo)



Điều 2. Giao Sở Y tế chủ trì, phối hợp với các đơn vị có liên quan theo dõi, cập nhật thành phần hồ sơ, trình tự, quy trình thực hiện đối với các thủ tục hành chính được sửa đổi, bổ sung trên Cơ sở dữ liệu Hệ thống thông tin giải quyết thủ tục hành chính tỉnh Đắk Nông; Văn phòng UBND tỉnh niêm yết, công khai tại Trung tâm phục vụ Hành chính công.

Điều 3. Quyết định này có hiệu lực thi hành kể từ ngày ký.

Chánh Văn phòng UBND tỉnh; Giám đốc Sở Y tế; Giám đốc Sở Thông tin và Truyền thông; Giám đốc Bảo hiểm Xã hội tỉnh; Chủ tịch UBND các huyện, thành phố; Giám đốc Bảo hiểm Xã hội cấp huyện và các tổ chức, cá nhân có liên quan chịu trách nhiệm thi hành Quyết định này./.

Nơi nhận:

- Như điều 3;
- Cục KSTTHC - VPCP;
- CT, các PCT UBND tỉnh;
- Các PCVP UBND tỉnh;
- Công Thông tin điện tử tỉnh;
- Lưu: VT, TTPVHCC, NC (Lg).

9

**KT. CHỦ TỊCH
PHÓ CHỦ TỊCH**



Lê Văn Chiến



PHỤ LỤC
DANH MỤC THỦ TỤC HÀNH CHÍNH ĐƯỢC SỬA ĐỔI, BỔ SUNG LĨNH VỰC TÀI CHÍNH Y TẾ THUỘC
PHẠM VI CHỨC NĂNG QUẢN LÝ CỦA SỞ Y TẾ

(Ban hành kèm theo Quyết định số 93 /QĐ-UBND ngày 26 tháng 01 năm 2024 của Chủ tịch UBND tỉnh Đắk Nông)

TT	Mã TTHC Tên TTHC	Thành phần, số lượng hồ sơ	Trình tự thực hiện; Thời gian giải quyết	Phí, lệ phí	Căn cứ pháp lý	Đối tượng thực hiện TTHC và Cơ quan giải quyết TTCH	Ghi chú
1	<p style="text-align: center;">2.001265</p> <p style="text-align: center;">Thủ tục khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế Mã</p>	<p>1. Thành phần hồ sơ:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Thẻ bảo hiểm y tế và giấy tờ chứng minh về nhân thân của người đó; đối với trẻ em dưới 6 tuổi chỉ phải xuất trình thẻ bảo hiểm y tế. - Bản sao giấy chứng sinh hoặc bản sao giấy khai sinh đối với trẻ em dưới 6 tuổi. - Mẫu số 4. Giấy tiếp nhận hồ sơ và hẹn trả kết quả cấp, cấp lại và đổi thẻ bảo hiểm y tế. - Mẫu số 5. Giấy hẹn khám lại. 	<p>1. Trình tự thực hiện <i>Bước 1: Đối với người tham gia bảo hiểm y tế</i></p> <p>1. Người tham gia bảo hiểm y tế khi đến khám bệnh, chữa bệnh phải xuất trình thẻ bảo hiểm y tế có ảnh; trường hợp thẻ bảo hiểm y tế chưa có ảnh thì phải xuất trình thẻ bảo hiểm y tế cùng với giấy tờ chứng minh về nhân thân của người đó; đối với trẻ em dưới 6 tuổi chỉ phải xuất trình thẻ bảo hiểm y tế.</p> <p>2. Trường hợp cấp cứu, người tham gia bảo hiểm y tế được khám bệnh, chữa bệnh tại bất kỳ cơ sở khám bệnh, chữa bệnh nào và phải xuất trình thẻ bảo hiểm y tế cùng với giấy tờ quy định tại khoản 1 Bước 1 trước khi ra viện.</p> <p>3. Trường hợp chuyển tuyến điều trị, người tham gia bảo hiểm y tế phải có hồ sơ chuyển viện của cơ sở khám bệnh,</p>	<p>Theo quy định Thông tư số 22/2023/TT-BYT về 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 giá, thanh toán chi phí khám bệnh,</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Luật bảo hiểm y tế số 25/2008/QH12 ngày 14/11/2008 của Quốc hội; Luật số 46/2014/QH13 ngày 13/2014 của Quốc hội sửa đổi, bổ sung một số điều của Luật bảo hiểm y tế. - Nghị định số 146/2018/NĐ-CP ngày 17/10/2018; Nghị định số 75/2023/NĐ-CP ngày 19/10/2023 của Chính phủ sửa đổi, bổ sung một số điều Nghị định số 146/2018/NĐ-CP. - Luật khám bệnh, chữa bệnh số 40/2009/QH12 ngày 23/11/2009. 	<p style="text-align: center;">Đối tượng thực hiện TTHC: Người bệnh có thẻ bảo hiểm y tế</p> <p style="text-align: center;">Cơ quan giải quyết TTHC: Cơ sở khám bệnh, chữa bệnh</p>	



		<p>- Mẫu số 6. Giấy chuyên tuyến khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế.</p> <p>- Hồ sơ chuyên tuyến của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế.</p> <p>2. Số lượng hồ sơ: 01 bộ</p>	<p>chữa bệnh.</p> <p>4. Trường hợp khám lại theo yêu cầu điều trị, người tham gia bảo hiểm y tế phải có giấy hẹn khám lại của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh.</p> <p>5. Trường hợp vượt quá khả năng chuyên môn kỹ thuật thì cơ sở khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế có trách nhiệm chuyển người bệnh kịp thời đến cơ sở khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế khác theo quy định về chuyên tuyến chuyên môn kỹ thuật.</p> <p>6. Một số trường hợp cụ thể đối với người tham gia bảo hiểm y tế:</p> <p>6.1. Người tham gia bảo hiểm y tế khi khám bệnh, chữa bệnh phải xuất trình thẻ bảo hiểm y tế có ảnh hoặc căn cước công dân; trường hợp xuất trình thẻ bảo hiểm y tế chưa có ảnh thì phải xuất trình thêm một trong các giấy tờ tùy thân có ảnh do cơ quan, tổ chức có thẩm quyền cấp hoặc giấy xác nhận của công an cấp xã hoặc giấy tờ khác có xác nhận của cơ sở giáo dục nơi quản lý học sinh, sinh viên; các giấy tờ chứng minh nhân thân hợp pháp khác hoặc giấy tờ được định danh điện tử mức độ 2 theo quy định tại Nghị định số 59/2022/NĐ-CP ngày 05 tháng 9 năm 2022 của Chính phủ quy định về định danh và xác thực điện tử.</p> <p>6.2. Trẻ em dưới 6 tuổi đến khám bệnh, chữa bệnh chỉ phải xuất trình thẻ bảo hiểm y tế. Trường hợp trẻ chưa được cấp thẻ bảo hiểm y tế thì phải xuất trình bản sao giấy chứng sinh hoặc bản sao</p>	<p>chữa bệnh trong một số trường hợp do Bộ trưởng Bộ Y tế ban hành</p>	<p>- Quyết định số 1895/1997/QĐ-BYT ngày 19/9/1997 của Bộ Y tế về việc ban hành quy chế bệnh viện.</p> <p>- Thông tư 22/2023/TT-BYT về 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 giá, thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh trong một số trường hợp do Bộ trưởng Bộ Y tế ban hành.</p>		
--	--	---	---	--	--	--	--

		<p>giấy khai sinh; trường hợp phải điều trị ngay sau khi sinh mà chưa có giấy chứng sinh thì thủ trưởng cơ sở khám bệnh, chữa bệnh 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 1 Điều 27 Nghị định số 146/2018/NĐ-CP và chịu trách nhiệm về việc xác nhận này.</p> <p>6.3. Người tham gia bảo hiểm y tế trong thời gian chờ cấp lại thẻ, đổi thẻ bảo hiểm y tế khi đến khám bệnh, chữa bệnh phải xuất trình giấy hẹn cấp lại thẻ, đổi thẻ bảo hiểm y tế do cơ quan BHXH hoặc tổ chức, cá nhân được cơ quan BHXH ủy quyền tiếp nhận hồ sơ cấp lại thẻ, đổi thẻ cấp theo Mẫu số 4 Phụ lục ban hành kèm theo Nghị định số 146/2018/NĐ-CP và một loại giấy tờ chứng minh về nhân thân của người đó.</p> <p>6.4. Người đã hiến bộ phận cơ thể đến khám bệnh, chữa bệnh phải xuất trình các giấy tờ quy định tại điểm (1) hoặc điểm (3) nêu trên. Trường hợp phải điều trị ngay sau khi hiến thì thủ trưởng cơ sở khám bệnh, chữa bệnh 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 2 Điều 27 Nghị định số 146/2018/NĐ-CP và chịu trách nhiệm về việc xác nhận này.</p> <p>5. Trường hợp chuyển tuyến khám bệnh, chữa bệnh, người tham gia bảo hiểm y tế phải xuất trình hồ sơ chuyển</p>			
--	--	---	--	--	--

			<p>tuyển của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh và Giấy chuyển tuyến theo Mẫu số 6 Phụ lục ban hành kèm theo Nghị định số 75/2023/NĐ-CP. Trường hợp giấy chuyển tuyến có giá trị sử dụng đến hết ngày 31 tháng 12 năm dương lịch nhưng đợt điều trị chưa kết thúc thì được sử dụng giấy chuyển tuyến đó đến hết đợt điều trị.</p> <p>Trường hợp khám lại theo yêu cầu điều trị, người tham gia bảo hiểm y tế phải có Giấy hẹn khám lại của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh theo Mẫu số 5 Phụ lục ban hành kèm theo Nghị định số 75/2023/NĐ-CP.</p> <p>6.6. Trường hợp cấp cứu, người tham gia bảo hiểm y tế được đến khám bệnh, chữa bệnh tại bất kỳ cơ sở khám bệnh, chữa bệnh nào và phải xuất trình các giấy tờ quy định tại khoản 6, Điều 1 Nghị định số 75/2023/NĐ-CP hoặc khoản 2 hoặc khoản 3 Điều 15 Nghị định số 146/2018/NĐ-CP trước khi ra viện. Khi hết giai đoạn cấp cứu, người bệnh được cơ sở khám bệnh, chữa bệnh làm thủ tục chuyển đến khoa, phòng điều trị khác tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh đó để tiếp tục theo dõi, điều trị hoặc chuyển tuyến đến cơ sở khám bệnh, chữa bệnh khác thì được xác định là đúng tuyến khám bệnh, chữa bệnh.</p> <p>6.7. Người tham gia bảo hiểm y tế trong thời gian đi công tác, làm việc lưu động, học tập trung theo các hình thức đào tạo, chương trình đào tạo, tạm trú được</p>			
--	--	--	--	--	--	--

			<p>khám bệnh, chữa bệnh ban đầu tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh cùng tuyến chuyên môn kỹ thuật hoặc tương đương với cơ sở đăng ký khám bệnh, chữa bệnh ban đầu ghi trên thẻ bảo hiểm y tế và phải xuất trình các giấy tờ quy định tại khoản 6, Điều 1 Nghị định số 75/2023/NĐ-CP hoặc khoản 2 hoặc khoản 3 Điều 15 Nghị định số 146/2018/NĐ-CP và một trong các giấy tờ sau đây (bản chính hoặc bản sao): giấy công tác, quyết định cử đi học, thẻ học sinh, sinh viên, giấy tờ chứng minh đăng ký tạm trú, giấy chuyển trường.</p> <p>Bước 2: Đối với cơ sở khám bệnh, chữa bệnh</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tổ chức khám bệnh, chữa bệnh bảo đảm chất lượng với thủ tục đơn giản, thuận tiện cho người tham gia bảo hiểm y tế. - Tiếp nhận người bệnh có thẻ bảo hiểm y tế vào cơ sở khám bệnh, chữa bệnh để chẩn đoán và điều trị. <p>2. Thời gian giải quyết: Sau khi xuất trình thẻ giải quyết ngay</p>			
2	<p>1.003048 Ký hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm</p>	<p>1. Thành phần hồ sơ:</p> <p>1. Trường hợp ký hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế lần đầu, hồ sơ gồm:</p> <p>a) Công văn đề nghị ký hợp đồng của cơ sở</p>	<p>1. Trình tự thực hiện:</p> <p>Bước 1: Đối với cơ sở khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế</p> <p>1. Cơ sở khám bệnh, chữa bệnh chuẩn bị hồ sơ ký hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế theo quy định tại Khoản 1 Điều 16 Nghị</p>	Không	<p>- Luật bảo hiểm y tế số 25/2008/QH12 ngày 14/11/2008 của Quốc hội; Luật số 46/2014/QH13 ngày 13/6/2014 của Quốc hội sửa đổi, bổ sung một số điều của Luật bảo hiểm y</p>	<p>Đối tượng thực hiện TTHC: Cơ sở</p>

<p>y tế lần đầu</p>	<p>khám bệnh, chữa bệnh. b) Bản sao giấy phép hoạt động khám bệnh, chữa bệnh do cơ quan nhà nước có thẩm quyền cấp cho cơ sở khám bệnh, chữa bệnh. c) Bản chụp có đóng dấu của cơ sở đối với quyết định phân hạng bệnh viện của cấp có thẩm quyền (nếu có) hoặc quyết định về tuyển chuyên môn kỹ thuật của cấp có thẩm quyền đối với cơ sở khám bệnh, chữa bệnh ngoài công lập; d) Danh mục dịch vụ kỹ thuật y tế, danh mục thuốc, hóa chất, vật tư y tế được cấp có thẩm quyền phê duyệt (bằng văn bản hoặc file điện tử).</p> <p>2. Số lượng hồ sơ: 01 bộ</p>	<p>định số 146/2018/NĐ-CP và nộp 01 bộ hồ sơ theo quy định tại Khoản 1 Điều 16 Nghị định số 146/2018/NĐ-CP đến cơ quan bảo hiểm xã hội; 2. Nội dung hợp đồng, điều kiện ký hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế đối với cơ sở khám bệnh, chữa bệnh theo quy định tại Điều 17 Nghị định số 146/2018/NĐ-CP và Mẫu số 7 Phụ lục ban hành kèm theo Nghị định số 75/2023/NĐ-CP. 3. Ký hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế theo quy định tại Điều 18 Nghị định số 146/2018/NĐ-CP.</p> <p>Bước 2: Đối với cơ quan bảo hiểm xã hội:</p> <p>- Trong thời hạn 30 ngày, kể từ ngày nhận đủ hồ sơ hợp lệ (theo ngày ghi trên dấu công văn đến), cơ quan 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 bảo hiểm y tế thì phải có văn bản trả lời và nêu rõ lý do.</p> <p>- Hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế được cơ sở khám</p>		<p>tế.</p> <p>- Nghị định số 146/2018/NĐ-CP ngày 17/10/2018; Nghị định số 75/2023/NĐ-CP 19/10/2023 của Chính phủ sửa đổi, bổ sung một số điều Nghị định số 146/2018/NĐ-CP.</p> <p>- Luật khám bệnh, chữa bệnh số 40/2009/QH12 ngày 23/11/2009.</p> <p>- Quyết định số 1895/1997/QĐ-BYT ngày 19/9/1997 của Bộ Y tế về việc ban hành quy chế bệnh viện.</p>	<p>khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế</p> <p>Cơ quan giải quyết TTHC: Cơ quan bảo hiểm xã hội tỉnh, huyện</p>
---------------------	---	---	--	---	---

			<p>bệnh, chữa bệnh ký với cơ quan bảo hiểm xã hội theo Mẫu số 7 Phụ lục ban hành kèm theo Nghị định số 75/2023/NĐ-CP và Mẫu số 8 (sau khi ký hợp đồng) Phụ lục ban hành kèm theo Nghị định số 146/2018/NĐ-CP.</p> <p>2. Thời gian giải quyết: Trong thời hạn 30 ngày, kể từ ngày nhận đủ hồ sơ hợp lệ (theo ngày ghi trên dấu công văn đến).</p>				
3	<p>1.003034 Ký hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế đối với cơ sở khám chữa bệnh bảo hiểm y tế được cơ quan có thẩm quyền phê</p>	<p>1. Thành phần hồ sơ: Quyết định phê duyệt bổ sung chức năng, nhiệm vụ, phạm vi chuyên môn, hạng bệnh viện của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh. 2. Số lượng hồ sơ: 01 bộ</p>	<p>1. Trình tự thực hiện: Đối với cơ sở khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế: Cơ sở khám bệnh, chữa bệnh được cơ quan có thẩm quyền phê duyệt bổ sung chức năng, nhiệm vụ, phạm vi chuyên môn, hạng bệnh viện, cơ sở khám bệnh, chữa bệnh có trách nhiệm thông báo cho cơ quan bảo hiểm xã hội (quyết định phê duyệt bổ sung đến cơ quan bảo hiểm xã hội) để bổ sung vào hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế. Đối với cơ quan bảo hiểm xã hội: Trong thời hạn 10 ngày làm việc kể từ ngày nhận được văn bản phê</p>	Không	<p>- Luật bảo hiểm y tế số 25/2008/QH12 ngày 14/11/2008 của Quốc hội; Luật số 46/2014/QH13 ngày 13/6/2014 của Quốc hội sửa đổi, bổ sung một số điều của Luật bảo hiểm y tế. - Nghị định số 146/2018/NĐ-CP ngày 17/10/2018; Nghị định số 75/2023/NĐ-CP ngày 19/10/2023 của Chính phủ sửa đổi, bổ sung một số điều Nghị định số 146/2018/NĐ-CP.</p>	<p>Đối tượng thực hiện TTHC: Cơ sở khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế Cơ quan giải quyết TTHC: Cơ quan bảo hiểm</p>	

	duyệt bổ sung chức năng, nhiệm vụ, phạm vi chuyên môn, hạng bệnh viện, cơ sở khám bệnh, chữa bệnh		duyệt do cơ sở khám bệnh, chữa bệnh gửi đến, cơ quan bảo hiểm xã hội có trách nhiệm hoàn thành việc ký kết bổ sung phụ lục hợp đồng hoặc giao kết hợp đồng mới. 2. Thời gian giải quyết: Trong thời hạn 10 ngày, kể từ ngày nhận đủ hồ sơ hợp lệ (theo ngày ghi trên dấu công văn đến).		- Luật khám bệnh, chữa bệnh số 40/2009/QH12 ngày 23/11/2009. - Quyết định số 1895/1997/QĐ-BYT ngày 19/9/1997 của Bộ Y tế về việc ban hành quy chế bệnh viện.	xã hội tỉnh, huyện	
4	2.001252 Ký hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế hằng năm	1. Thành phần hồ sơ: 1. Trường hợp ký hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế hằng năm, hồ sơ gồm: a) Công văn đề nghị ký hợp đồng của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh. b) Bản sao giấy phép hoạt động khám bệnh, chữa bệnh do cơ quan nhà nước có thẩm quyền cấp cho cơ sở khám bệnh. c) Bản chụp có đóng dấu của cơ sở đối với quyết định phân hạng bệnh viện của cấp có thẩm quyền (nếu có) hoặc quyết định về tuyển chuyên môn kỹ thuật của cấp có thẩm quyền đối với cơ sở khám bệnh, chữa bệnh ngoài công lập; d) Danh mục dịch vụ kỹ thuật y tế, danh mục thuốc, hóa chất, vật tư y tế được	1. Trình tự thực hiện: 1. Trường hợp ký hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế hằng năm, hồ sơ gồm: a) Công văn đề nghị ký hợp đồng của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh. b) Bản sao giấy phép hoạt động khám bệnh, chữa bệnh do cơ quan nhà nước có thẩm quyền cấp cho cơ sở khám bệnh, chữa bệnh. c) Bản chụp có đóng dấu của cơ sở đối với quyết định phân hạng bệnh viện của cấp có thẩm quyền (nếu có) hoặc quyết định về tuyển chuyên môn kỹ thuật của cấp có thẩm quyền đối với cơ sở khám bệnh, chữa bệnh ngoài công lập; d) Danh mục dịch vụ kỹ thuật y tế, danh mục thuốc, hóa chất, vật tư y tế được	Không	- Luật bảo hiểm y tế số 25/2008/QH12 ngày 14/11/2008 của Quốc hội; Luật số 46/2014/QH13 ngày 13/6/2014 của Quốc hội sửa đổi, bổ sung một số điều của Luật bảo hiểm y tế. - Nghị định số 146/2018/NĐ-CP ngày 17/10/2018; Nghị định số 75/2023/NĐ-CP ngày 19/10/2023 của Chính phủ sửa đổi, bổ sung một số điều Nghị định số 146/2018/NĐ-CP. - Luật khám bệnh, chữa	Đổi tượng thực hiện TTHC: Cơ sở khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế Cơ quan giải quyết TTHC: Cơ quan	

	<p>bệnh, chữa bệnh.</p> <p>c) Bản chụp có đóng dấu của cơ sở đối với quyết định phân hạng bệnh viện của cấp có thẩm quyền (nếu có) hoặc quyết định về tuyển chuyên môn kỹ thuật của cấp có thẩm quyền đối với cơ sở khám bệnh, chữa bệnh ngoài công lập;</p> <p>d) Danh mục dịch vụ kỹ thuật y tế, danh mục thuốc, hóa chất, vật tư y tế được cấp có thẩm quyền phê duyệt (bằng văn bản hoặc file điện tử).</p> <p>2. Nội dung hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế được lập theo Mẫu số 7 Phụ lục ban hành kèm theo Nghị định số 75/2023/NĐ-CP. Tùy theo điều kiện của cơ sở khám</p>	<p>cấp có thẩm quyền phê duyệt (bằng văn bản hoặc file điện tử).</p> <p>2. Nội dung hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế được lập theo Mẫu số 7 Phụ lục ban hành kèm theo Nghị định số 75/2023/NĐ-CP. Tùy theo điều kiện của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh, cơ quan bảo hiểm xã hội và cơ sở khám bệnh, chữa bệnh thống nhất bổ sung nội dung trong hợp đồng nhưng không trái quy định của pháp luật về bảo hiểm y tế.</p> <p>2. Thời gian giải quyết: Trong thời hạn 30 ngày, kể từ ngày nhận đủ hồ sơ hợp lệ (theo ngày ghi trên dấu công văn đến), cơ quan bảo hiểm xã hội phải thực hiện xong việc xem xét hồ sơ và ký hợp đồng.</p>		<p>bệnh số 40/2009/QH12 ngày 23/11/2009.</p> <p>- Quyết định số 1895/1997/QĐ-BYT ngày 19/9/1997 của Bộ Y tế về việc ban hành quy chế bệnh viện.</p>	<p>bảo hiểm xã hội tỉnh, huyện</p>	
--	---	---	--	---	------------------------------------	--

		<p>bệnh, chữa bệnh, cơ quan bảo hiểm xã hội và cơ sở khám bệnh, chữa bệnh thống nhất bổ sung nội dung trong hợp đồng nhưng không trái quy định của pháp luật về bảo hiểm y tế.</p> <p>2.Số lượng hồ sơ: 01 bộ</p>				
5	<p>1.002995 Thanh toán chi phí Khám bệnh, chữa bệnh một số trường hợp giữa cơ sở Khám bệnh, chữa bệnh và cơ quan Bảo hiểm xã</p>	<p>1.Thành phần hồ sơ: 1. Hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế 2. Thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế một số trường hợp. 2.1. Thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh đối với trẻ em dưới 6 tuổi trong trường hợp chưa có thẻ bảo hiểm y tế: cơ sở khám bệnh, chữa bệnh tổng hợp danh sách trẻ em dưới 6 tuổi và chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo</p>	<p>1. Trình tự thực hiện: 1. Việc thanh toán, quyết toán giữa cơ sở khám bệnh, chữa bệnh và tổ chức bảo hiểm y tế được thực hiện như sau: a) Trong thời hạn 15 ngày đầu mỗi tháng, cơ sở khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế có trách nhiệm gửi bản tổng hợp đề nghị thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế của tháng trước cho tổ chức bảo hiểm y tế; trong thời hạn 15 ngày đầu mỗi quý, cơ sở khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế có trách nhiệm gửi báo cáo quyết toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế của</p>	Không	<p>- Luật bảo hiểm y tế số 25/2008/QH12 ngày 14/11/2008 của Quốc hội; Luật số 46/2014/QH13 ngày 13/6/2014 của Quốc hội sửa đổi, bổ sung một số điều của Luật bảo hiểm y tế. - Nghị định số 146/2018/NĐ-CP ngày 17/10/2018; Nghị định số 75/2023/NĐ-CP ngày 19/10/2023 của Chính phủ sửa đổi, bổ sung một số điều Nghị định số 146/2018/NĐ-CP. - Luật khám bệnh, chữa bệnh số 40/2009/QH12 ngày 23/11/2009.</p>	<p>Đối tượng thực hiện TTHC: Cơ sở khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế</p> <p>Cơ quan giải quyết TTHC: Cơ quan bảo hiểm</p>

<p>hội</p>	<p>hiêm y tế theo phạm vi được hưởng và mức hưởng gửi cơ quan bảo hiểm xã hội thanh toán theo quy định. Cơ quan bảo hiểm xã hội căn cứ danh sách số trẻ em đã được khám bệnh, chữa bệnh do cơ sở khám bệnh, chữa bệnh chuyển đến, có trách nhiệm kiểm tra, xác minh việc cấp thẻ bảo hiểm y tế cho trẻ; thực hiện thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh. Trường hợp trẻ em chưa được cấp thẻ thì thực hiện cấp thẻ theo quy định.</p> <p>2.2. Thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh đối với người đã hiến bộ phận cơ thể người phải điều trị ngay sau khi hiến mà chưa có thẻ bảo hiểm y tế: cơ sở khám bệnh, chữa bệnh sau khi lấy bộ phận cơ thể người có trách nhiệm tổng hợp danh sách số người đã hiến và chi phí khám bệnh, chữa</p>	<p>quý trước cho tổ chức bảo hiểm y tế;</p> <p>b) Trong thời hạn 30 ngày, kể từ ngày nhận được báo cáo quyết toán quý trước của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh, tổ chức bảo hiểm y tế có trách nhiệm thông báo kết quả giám định và số quyết toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế bao gồm chi phí khám bệnh, chữa bệnh thực tế trong phạm vi quyền lợi và mức hưởng bảo hiểm y tế cho cơ sở khám bệnh, chữa bệnh;</p> <p>c) Trong thời hạn 10 ngày, kể từ ngày thông báo số quyết toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế, tổ chức bảo hiểm y tế phải hoàn thành việc thanh toán với cơ sở khám bệnh, chữa bệnh;</p> <p>d) Việc thẩm định quyết toán năm đối với quỹ bảo hiểm y tế và thanh toán số kinh phí chưa sử dụng hết (nếu có) đối với các tỉnh, thành phố trực thuộc trung ương phải được thực hiện trước ngày 01 tháng 10 năm sau.</p> <p>2. Thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh một số trường hợp</p> <p>2.1. Thanh toán chi phí khám bệnh,</p>		<p>- Quyết định số 1895/1997/QĐ-BYT ngày 19/9/1997 của Bộ Y tế về việc ban hành quy chế bệnh viện.</p>	<p>xã hội tỉnh, huyện</p>
------------	--	---	--	--	-----------------------------------

	<p>bệnh theo phạm vi được hưởng và mức hưởng bảo hiểm y tế sau khi hiến, gửi cơ quan bảo hiểm xã hội để thanh toán theo quy định.</p> <p>Cơ quan bảo hiểm xã hội căn cứ danh sách số người đã hiến bộ phận cơ thể đã được khám bệnh, chữa bệnh sau khi hiến và chi phí do cơ sở khám bệnh, chữa bệnh chuyển đến để thực hiện thanh toán, cấp thẻ bảo hiểm y tế.</p> <p>2.3. Thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh đối với người bệnh có thời gian tham gia bảo hiểm y tế 05 năm liên tục trở lên và có số tiền cùng chi trả chi phí khám bệnh, chữa bệnh trong năm lớn hơn 06 tháng lương cơ sở theo quy định tại điểm đ khoản 1 Điều 14 Nghị định số 146/2018/NĐ-CP:</p> <p>a) Trường hợp người bệnh có số tiền cùng chi trả tại một lần</p>	<p>chữa bệnh đối với trẻ em dưới 6 tuổi trong trường hợp chưa có thẻ bảo hiểm y tế: cơ sở khám bệnh, chữa bệnh tổng hợp danh sách trẻ em dưới 6 tuổi và chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế theo phạm vi được hưởng và mức hưởng gửi cơ quan bảo hiểm xã hội thanh toán theo quy định.</p> <p>Cơ quan bảo hiểm xã hội căn cứ danh sách số trẻ em đã được khám bệnh, chữa bệnh do cơ sở khám bệnh, chữa bệnh chuyển đến, có trách nhiệm kiểm tra, xác minh việc cấp thẻ bảo hiểm y tế cho trẻ; thực hiện thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh. Trường hợp trẻ em chưa được cấp thẻ thì thực hiện cấp thẻ theo quy định.</p> <p>2.2. Thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh đối với người đã hiến bộ phận cơ thể người phải điều trị ngay sau khi hiến mà chưa có thẻ bảo hiểm y tế: cơ sở khám bệnh, chữa bệnh sau khi lấy bộ phận cơ thể người có trách nhiệm tổng hợp danh sách số người đã hiến và chi phí khám bệnh, chữa bệnh theo phạm vi</p>			
--	---	---	--	--	--

	<p>hoặc nhiều lần khám bệnh, chữa bệnh tại cùng cơ sở khám bệnh, chữa bệnh đó lớn hơn 06 tháng lương cơ sở thì cơ sở khám bệnh, chữa bệnh không thu số tiền cùng chi trả lớn hơn 06 tháng lương cơ sở của người bệnh. Cơ sở khám bệnh, chữa bệnh có trách nhiệm cung cấp hóa đơn thu đối với số tiền cùng chi trả đủ 06 tháng lương cơ sở để người bệnh có căn cứ đề nghị cơ quan bảo hiểm xã hội xác nhận không phải cùng chi trả trong năm đó;</p> <p>b) Trường hợp người bệnh có số tiền cùng chi trả lũy kế trong năm tài chính tại các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh khác nhau hoặc tại cùng một cơ sở khám bệnh, chữa bệnh lớn hơn 06 tháng lương cơ sở thì người bệnh mang chứng từ đến cơ quan bảo hiểm xã hội nơi cấp thẻ bảo</p>	<p>được hưởng và mức hưởng bảo hiểm y tế sau khi hiến, gửi cơ quan bảo hiểm xã hội để thanh toán theo quy định.</p> <p>Cơ quan bảo hiểm xã hội căn cứ danh sách số người đã hiến bộ phận cơ thể đã được khám bệnh, chữa bệnh sau khi hiến và chi phí do cơ sở khám bệnh, chữa bệnh chuyển đến để thực hiện thanh toán, cấp thẻ bảo hiểm y tế.</p> <p>2.3. Thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh đối với người bệnh có thời gian tham gia bảo hiểm y tế 05 năm liên tục trở lên và có số tiền cùng chi trả chi phí khám bệnh, chữa bệnh trong năm lớn hơn 06 tháng lương cơ sở theo quy định tại điểm d khoản 1 Điều 14 Nghị định số 146/2018/NĐ-CP:</p> <p>a) Trường hợp người bệnh có số tiền cùng chi trả tại một lần hoặc nhiều lần khám bệnh, chữa bệnh tại cùng cơ sở khám bệnh, chữa bệnh đó lớn hơn 06 tháng lương cơ sở thì cơ sở khám bệnh, chữa bệnh không thu số tiền cùng chi trả lớn hơn 06 tháng lương cơ sở của người bệnh. Cơ sở</p>			
--	---	--	--	--	--

	<p>hiểm y tế để thanh toán số tiền cùng chi trả lớn hơn 06 tháng lương cơ sở và nhận giấy xác nhận không phải cùng chi trả trong năm đó;</p> <p>c) Trường hợp người bệnh có số tiền cùng chi trả vượt quá 06 tháng lương cơ sở được tính từ ngày 01 tháng 01, quỹ bảo hiểm y tế thanh toán 100% chi phí khám bệnh chữa bệnh trong phạm vi quyền lợi của người bệnh kể từ thời điểm người bệnh tham gia đủ 05 năm liên tục đến hết ngày 31 tháng 12 của năm đó.</p> <p>2.4. Trường hợp chuyên tuyến khám bệnh, chữa bệnh đối với người bệnh cần phải có nhân viên y tế đi kèm và có sử dụng thuốc, vật tư y tế theo yêu cầu chuyên môn trong quá trình vận chuyển, thì chi phí thuốc, vật tư y tế được tổng hợp vào chi phí điều trị của cơ sở</p>	<p>khám bệnh, chữa bệnh có trách nhiệm cung cấp hóa đơn thu đối với số tiền cùng chi trả đủ 06 tháng lương cơ sở để người bệnh có căn cứ đề nghị cơ quan bảo hiểm xã hội xác nhận không phải cùng chi trả trong năm đó;</p> <p>b) Trường hợp người bệnh có số tiền cùng chi trả lũy kế trong năm tài chính tại các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh khác nhau hoặc tại cùng một cơ sở khám bệnh, chữa bệnh lớn hơn 06 tháng lương cơ sở thì người bệnh mang chứng từ đến cơ quan bảo hiểm xã hội nơi cấp thẻ bảo hiểm y tế để thanh toán số tiền cùng chi trả lớn hơn 06 tháng lương cơ sở và nhận giấy xác nhận không phải cùng chi trả trong năm đó;</p> <p>c) Trường hợp người bệnh có số tiền cùng chi trả vượt quá 06 tháng lương cơ sở được tính từ ngày 01 tháng 01, quỹ bảo hiểm y tế thanh toán 100% chi phí khám bệnh chữa bệnh trong phạm vi quyền lợi của người bệnh kể từ thời điểm người bệnh tham gia đủ 05 năm liên tục đến hết ngày 31 tháng 12 của năm đó.</p>			
--	---	--	--	--	--

	<p>khám bệnh, chữa bệnh chi định chuyển tuyến.</p> <p>2.5. Trường hợp người bệnh sau khi đã điều trị nội trú ổn định nhưng cần phải tiếp tục sử dụng thuốc sau khi ra viện theo chỉ định của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh theo quy định của Bộ trưởng Bộ Y tế, quỹ bảo hiểm y tế thanh toán chi phí thuốc trong phạm vi được hưởng và mức hưởng theo chế độ quy định. Cơ sở khám bệnh, chữa bệnh tổng hợp khoản chi thuốc này vào chi phí khám bệnh, chữa bệnh của người bệnh trước khi ra viện.</p> <p>2.6. Trường hợp cơ sở khám bệnh, chữa bệnh không thực hiện được xét nghiệm cận lâm sàng, chẩn đoán hình ảnh, thăm dò chức năng và phải chuyển người bệnh hoặc mẫu bệnh phẩm đến cơ sở khám bệnh, chữa bệnh</p>	<p>2.4. Trường hợp chuyển tuyến khám bệnh, chữa bệnh đối với người bệnh cần phải có nhân viên y tế đi kèm và có sử dụng thuốc, vật tư y tế theo yêu cầu chuyên môn trong quá trình vận chuyển, thì chi phí thuốc, vật tư y tế được tổng hợp vào chi phí điều trị của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh chi định chuyển tuyến.</p> <p>2.5. Trường hợp người bệnh sau khi đã điều trị nội trú ổn định nhưng cần phải tiếp tục sử dụng thuốc sau khi ra viện theo chỉ định của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh theo quy định của Bộ trưởng Bộ Y tế, quỹ bảo hiểm y tế thanh toán chi phí thuốc trong phạm vi được hưởng và mức hưởng theo chế độ quy định. Cơ sở khám bệnh, chữa bệnh tổng hợp khoản chi thuốc này vào chi phí khám bệnh, chữa bệnh của người bệnh trước khi ra viện.</p> <p>2.6. Trường hợp cơ sở khám bệnh, chữa bệnh không thực hiện được xét nghiệm cận lâm sàng, chẩn đoán hình ảnh, thăm dò chức năng và phải chuyển người bệnh hoặc mẫu bệnh phẩm đến cơ sở khám bệnh, chữa</p>			
--	--	---	--	--	--



	<p>bảo hiểm y tế hoặc cơ sở được cấp có thẩm quyền phê duyệt đủ điều kiện thực hiện để thực hiện các dịch vụ đó, thì quỹ bảo hiểm y tế thanh toán chi phí thực hiện dịch vụ trong phạm vi được hưởng và mức hưởng theo quy định cho cơ sở khám bệnh, chữa bệnh nơi chuyển người bệnh, mẫu bệnh phẩm. Cơ sở khám bệnh, chữa bệnh chuyển người bệnh hoặc mẫu bệnh phẩm có trách nhiệm thanh toán chi phí cho cơ sở khám bệnh, chữa bệnh hoặc đơn vị thực hiện dịch vụ, sau đó tổng hợp vào chi phí khám bệnh, chữa bệnh của người bệnh để thanh toán với cơ quan bảo hiểm xã hội.</p> <p>Bộ trưởng Bộ Y tế quy định nguyên tắc, danh mục xét nghiệm cận lâm sàng, chẩn đoán hình ảnh, thăm dò chức năng được chuyển đến cơ sở</p>	<p>bệnh bảo hiểm y tế hoặc cơ sở được cấp có thẩm quyền phê duyệt đủ điều kiện thực hiện để thực hiện các dịch vụ đó, thì quỹ bảo hiểm y tế thanh toán chi phí thực hiện dịch vụ trong phạm vi được hưởng và mức hưởng theo quy định cho cơ sở khám bệnh, chữa bệnh nơi chuyển người bệnh, mẫu bệnh phẩm. Cơ sở khám bệnh, chữa bệnh chuyển người bệnh hoặc mẫu bệnh phẩm có trách nhiệm thanh toán chi phí cho cơ sở khám bệnh, chữa bệnh hoặc đơn vị thực hiện dịch vụ, sau đó tổng hợp vào chi phí khám bệnh, chữa bệnh của người bệnh để thanh toán với cơ quan bảo hiểm xã hội.</p> <p>Bộ trưởng Bộ Y tế quy định nguyên tắc, danh mục xét nghiệm cận lâm sàng, chẩn đoán hình ảnh, thăm dò chức năng được chuyển đến cơ sở khám bệnh, chữa bệnh hoặc đơn vị thực hiện dịch vụ.</p> <p>2.7. Thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh đối với các dịch vụ kỹ thuật do nhân viên của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh chuyển giao kỹ thuật thực hiện theo chương trình chỉ</p>			
--	---	--	--	--	--

	<p>khám bệnh, chữa bệnh hoặc đơn vị thực hiện dịch vụ.</p> <p>2.7. Thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh đối với các dịch vụ kỹ thuật do nhân viên của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh chuyển giao kỹ thuật thực hiện theo chương trình chỉ đạo tuyến, đề án nâng cao năng lực chuyên môn cho cơ sở khám bệnh, chữa bệnh nhận chuyển giao kỹ thuật, hợp đồng chuyển giao kỹ thuật theo quy định của Bộ trưởng Bộ Y tế:</p> <p>a) Trường hợp dịch vụ kỹ thuật đã được cấp có thẩm quyền phê duyệt cho cơ sở khám bệnh, chữa bệnh nhận chuyển giao kỹ thuật, quỹ bảo hiểm y tế thanh toán theo mức giá dịch vụ đã được phê duyệt;</p> <p>b) Trường hợp dịch vụ kỹ thuật chưa được cấp có thẩm quyền phê duyệt cho cơ sở khám bệnh, chữa bệnh</p>	<p>đạo tuyến, đề án nâng cao năng lực chuyên môn cho cơ sở khám bệnh, chữa bệnh nhận chuyển giao kỹ thuật, hợp đồng chuyển giao kỹ thuật theo quy định của Bộ trưởng Bộ Y tế:</p> <p>a) Trường hợp dịch vụ kỹ thuật đã được cấp có thẩm quyền phê duyệt cho cơ sở khám bệnh, chữa bệnh nhận chuyển giao kỹ thuật, quỹ bảo hiểm y tế thanh toán theo mức giá dịch vụ đã được phê duyệt;</p> <p>b) Trường hợp dịch vụ kỹ thuật chưa được cấp có thẩm quyền phê duyệt cho cơ sở khám bệnh, chữa bệnh nhận chuyển giao kỹ thuật, cơ sở khám bệnh, chữa bệnh nhận chuyển giao kỹ thuật có trách nhiệm thông báo bằng văn bản cho cơ quan bảo hiểm xã hội ký hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế về các dịch vụ kỹ thuật được thực hiện theo chương trình, đề án, hợp đồng để làm cơ sở thanh toán, đồng thời trình cấp có thẩm quyền phê duyệt danh mục kỹ thuật để làm cơ sở thực hiện khi tiếp nhận kỹ thuật y tế này;</p> <p>c) Đối với chi phí về thuốc, hóa chất,</p>			
--	---	---	--	--	--

	<p>nhận chuyên giao kỹ thuật, cơ sở khám bệnh, chữa bệnh nhận chuyên giao kỹ thuật có trách nhiệm thông báo bằng văn bản cho cơ quan bảo hiểm xã hội ký hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế về các dịch vụ kỹ thuật được thực hiện theo chương trình, đề án, hợp đồng để làm cơ sở thanh toán, đồng thời trình cấp có thẩm quyền phê duyệt danh mục kỹ thuật để làm cơ sở thực hiện khi tiếp nhận kỹ thuật y tế này;</p> <p>c) Đối với chi phí về thuốc, hóa chất, vật tư y tế, quỹ bảo hiểm y tế thanh toán theo giá mua của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh theo quy định về đấu thầu.</p> <p>2.8. Thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh đối với trường hợp cơ sở khám bệnh, chữa bệnh triển khai kỹ thuật, phương pháp</p>	<p>vật tư y tế, quỹ bảo hiểm y tế thanh toán theo giá mua của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh theo quy định về đấu thầu.</p> <p>2.8. Thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh đối với trường hợp cơ sở khám bệnh, chữa bệnh triển khai kỹ thuật, phương pháp mới đã được cấp có thẩm quyền phê duyệt nhưng chưa có quy định về giá dịch vụ y tế thì cơ sở khám bệnh, chữa bệnh phải xây dựng và trình cấp có thẩm quyền phê duyệt giá dịch vụ kỹ thuật để làm căn cứ thanh toán. Cơ sở khám bệnh, chữa bệnh có trách nhiệm thông báo bằng văn bản cho cơ quan bảo hiểm xã hội về việc triển khai kỹ thuật, phương pháp mới.</p> <p>2.9. Trường hợp người có thẻ bảo hiểm y tế đang điều trị nội trú tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh nhưng thẻ bảo hiểm y tế hết hạn sử dụng thì được quỹ bảo hiểm y tế thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh trong phạm vi được hưởng và mức hưởng cho đến khi ra viện nhưng tối đa không vượt quá 15 ngày kể từ ngày thẻ bảo hiểm y tế hết hạn sử dụng.</p>			
--	--	---	--	--	--

	<p>mới đã được cấp có thẩm quyền phê duyệt nhưng chưa có quy định về giá dịch vụ y tế thì cơ sở khám bệnh, chữa bệnh phải xây dựng và trình cấp có thẩm quyền phê duyệt giá dịch vụ kỹ thuật để làm căn cứ thanh toán. Cơ sở khám bệnh, chữa bệnh có trách nhiệm thông báo bằng văn bản cho cơ quan bảo hiểm xã hội về việc triển khai kỹ thuật, phương pháp mới.</p> <p>2.9. Trường hợp người có thẻ bảo hiểm y tế đang điều trị nội trú tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh nhưng thẻ bảo hiểm y tế hết hạn sử dụng thì được quỹ bảo hiểm y tế thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh trong phạm vi được hưởng và mức hưởng</p>	<p>Cơ sở khám bệnh, chữa bệnh có trách nhiệm thông báo cho người bệnh và cơ quan bảo hiểm xã hội nơi ký hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế với cơ sở khám bệnh, chữa bệnh để người bệnh tiếp tục tham gia bảo hiểm y tế, cơ quan bảo hiểm xã hội thực hiện việc cấp hoặc gia hạn thẻ bảo hiểm y tế cho người bệnh trong thời gian đang điều trị tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh.</p> <p>2.10. Thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh đối với cơ sở khám bệnh, chữa bệnh có tổ chức khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế vào ngày nghỉ, ngày lễ:</p> <p>a) Người có thẻ bảo hiểm y tế đến khám bệnh, chữa bệnh được quỹ bảo hiểm y tế thanh toán trong phạm vi được hưởng và mức hưởng bảo hiểm y tế;</p> <p>b) Cơ sở khám bệnh, chữa bệnh có trách nhiệm bảo đảm về nhân lực, điều kiện chuyên môn, công khai những khoản chi phí mà người bệnh phải chi trả ngoài phạm vi được hưởng và mức hưởng bảo hiểm y tế và phải thông báo trước cho người</p>			
--	---	---	--	--	--

	<p>cho đến khi ra viện nhưng tối đa không vượt quá 15 ngày kể từ ngày thẻ bảo hiểm y tế hết hạn sử dụng. Cơ sở khám bệnh, chữa bệnh có trách nhiệm thông báo cho người bệnh và cơ quan bảo hiểm xã hội nơi ký hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế với cơ sở khám bệnh, chữa bệnh để người bệnh tiếp tục tham gia bảo hiểm y tế, cơ quan bảo hiểm xã hội thực hiện việc cấp hoặc gia hạn thẻ bảo hiểm y tế cho người bệnh trong thời gian đang điều trị tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh.</p> <p>2.10. Thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh đối với cơ sở khám bệnh, chữa bệnh có tổ chức khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y</p>	<p>bệnh; thông báo bằng văn bản cho cơ quan bảo hiểm xã hội để bổ sung vào hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh trước khi thực hiện hoạt động khám bệnh, chữa bệnh vào ngày lễ, ngày nghỉ để làm cơ sở thanh toán.</p> <p>2. Thời gian giải quyết: 40 ngày</p>				
--	---	--	--	--	--	--

		<p>tế vào ngày nghỉ, ngày lễ:</p> <p>a) Người có thẻ bảo hiểm y tế đến khám bệnh, chữa bệnh được quỹ bảo hiểm y tế thanh toán trong phạm vi được hưởng và mức hưởng bảo hiểm y tế;</p> <p>b) Cơ sở khám bệnh, chữa bệnh có trách nhiệm bảo đảm về nhân lực, điều kiện chuyên môn, công khai những khoản chi phí mà người bệnh phải chi trả ngoài phạm vi được hưởng và mức hưởng bảo hiểm y tế và phải thông báo trước cho người bệnh; thông báo bằng văn bản cho cơ quan bảo hiểm xã hội để bổ sung vào hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh trước khi thực hiện hoạt động khám bệnh, chữa bệnh vào ngày lễ, ngày nghỉ để</p>				
--	--	---	--	--	--	--

	<p>làm cơ sở thanh toán.</p> <p>3. Các chứng từ thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh một số trường hợp</p> <p>4. Thời hạn</p> <p>a) Trong thời hạn 15 ngày đầu mỗi tháng, cơ sở khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế có trách nhiệm gửi bản tổng hợp đề nghị thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế của tháng trước cho tổ chức bảo hiểm y tế; trong thời hạn 15 ngày đầu mỗi quý, cơ sở khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế có trách nhiệm gửi báo cáo quyết toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế của quý trước cho tổ chức bảo hiểm y tế;</p> <p>b) Trong thời hạn 30 ngày, kể từ ngày nhận được báo cáo quyết</p>					
--	--	--	--	--	--	--

	<p>toán quý trước của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh, tổ chức bảo hiểm y tế có trách nhiệm thông báo kết quả giám định và số quyết toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế bao gồm chi phí khám bệnh, chữa bệnh thực tế trong phạm vi quyền lợi và mức hưởng bảo hiểm y tế cho cơ sở khám bệnh, chữa bệnh;</p> <p>c) Trong thời hạn 10 ngày, kể từ ngày thông báo số quyết toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế, tổ chức bảo hiểm y tế phải hoàn thành việc thanh toán với cơ sở khám bệnh, chữa bệnh;</p> <p>d) Việc thẩm định quyết toán năm đối với quỹ bảo hiểm y tế và thanh toán số kinh phí chưa sử dụng hết</p>				
--	--	--	--	--	--

	(nếu có) đối với các tỉnh, thành phố trực thuộc trung ương phải được thực hiện trước ngày 01 tháng 10 năm sau. 2.Số lượng hồ sơ: 01 bộ					
--	---	--	--	--	--	--

* **Tổng số:** + 05 TTHC sửa đổi, bổ sung

Mẫu số 4

BẢO HIỂM XÃ HỘI TỈNH.....
PHÒNG...../BHXH HUYỆN.....

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

Số:...../TNHS

....., ngày..... tháng..... năm....

**GIẤY TIẾP NHẬN HỒ SƠ VÀ HẸN TRẢ KẾT QUẢ CẤP, CẤP LẠI VÀ ĐỔI THẺ
BẢO HIỂM Y TẾ**

Người nộp hồ sơ:.....

Tên đơn vị (nếu là đại diện cho đơn vị nộp hồ sơ):..... Mã đơn vị:.....

Họ và tên người tham gia bảo hiểm y tế:.....

Mã thẻ bảo hiểm y tế:.....

Nơi đăng ký khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế ban đầu:.....

Địa chỉ:.....

Số điện thoại liên hệ:.....

Email (nếu có):.....

Nội dung yêu cầu giải quyết:.....

1. Thành phần hồ sơ nộp gồm:

TT	Tên giấy tờ	Số lượng	Ghi chú

2. Thời hạn giải quyết hồ sơ theo quy định:..... ngày

3. Thời gian nhận hồ sơ: ngày..... tháng..... năm.....

4. Thời gian trả kết quả giải quyết hồ sơ: ngày..... tháng..... năm.....

5. Đăng ký nhận kết quả tại:

- Bộ phận tiếp nhận hồ sơ và trả kết quả

- Qua dịch vụ bưu chính

Địa chỉ nhận kết quả:.....

6. Đối với kết quả là tiền giải quyết chế độ, đề nghị nhận tại:

- Cơ quan bảo hiểm xã hội

- Nhận qua tài khoản

Số tài khoản:..... Ngân hàng.....

Tên chủ tài khoản:.....

NGƯỜI NỘP HỒ SƠ

NGƯỜI TIẾP NHẬN HỒ SƠ

Đã nhận kết quả giải quyết vào ngày..... tháng..... năm.....

NGƯỜI NHẬN
(Ký và ghi rõ họ tên)

Hướng dẫn:

1. Giấy tiếp nhận hồ sơ và hẹn trả kết quả được lập thành 02 liên, một liên giao cho cá nhân, tổ chức nộp hồ sơ, một liên chuyển cùng hồ sơ cho Bộ phận nghiệp vụ sau đó lưu tại Bộ phận tiếp nhận và trả kết quả.

2. Giấy tiếp nhận hồ sơ và hẹn trả kết quả được lập cho từng loại hồ sơ theo từng thủ tục hành chính (ví dụ: một đơn vị nộp 3 loại hồ sơ khác nhau thì sẽ có 3 giấy tiếp nhận hồ sơ và hẹn trả kết quả).

3. Tại phần nội dung yêu cầu giải quyết: Ghi tóm tắt yêu cầu giải quyết thủ tục hành chính.

Một số trường hợp cần lưu ý:

a) Trường hợp cá nhân yêu cầu cấp lại, gộp, đổi, điều chỉnh thông tin đã ghi trên thẻ bảo hiểm y tế: viên chức Bộ phận tiếp nhận hồ sơ và trả kết quả ghi đầy đủ nội dung mà cá nhân yêu cầu giải quyết; đồng thời **ghi mã thẻ bảo hiểm y tế cũ để sử dụng Phiếu hẹn thay thẻ thẻ bảo hiểm y tế khi đi khám bệnh, chữa bệnh**;

b) Trường hợp đơn vị yêu cầu cấp lại, gộp, đổi, điều chỉnh thông tin đã ghi trên thẻ bảo hiểm y tế: viên chức Bộ phận tiếp nhận hồ sơ và trả kết quả kiểm tra tính đầy đủ, hợp lệ của hồ sơ kèm theo Tờ khai cung cấp và thay đổi thông tin người tham gia bảo hiểm y tế.

c) Trường hợp người tham gia bảo hiểm y tế đề nghị cấp Giấy chứng nhận không cùng chi trả trong năm có thời gian tham gia bảo hiểm y tế ở nhiều nơi khác nhau ghi cụ thể tên đơn vị tham gia bảo hiểm y tế, bảo hiểm xã hội tỉnh/thành phố nơi đã đóng bảo hiểm y tế.

4. Cá nhân đăng ký nhận kết quả trực tiếp tại cơ quan bảo hiểm xã hội, khi đến nhận kết quả là tiền giải quyết chế độ bảo hiểm y tế, viên chức bộ phận tiếp nhận hồ sơ và trả kết quả hướng dẫn cá nhân như sau:

a) Người hưởng chế độ trực tiếp nhận: cung cấp giấy hẹn và chứng minh nhân dân.

b) Người khác nhận thay:

- Nếu là thân nhân của người hưởng chế độ: cung cấp giấy hẹn, chứng minh nhân dân, giấy tờ chứng minh là thân nhân của người hưởng bảo hiểm y tế (bản sao sổ hộ khẩu hoặc giấy khai sinh hoặc giấy chứng sinh hoặc giấy đăng ký kết hôn...)

- Nếu là người giám hộ: cung cấp giấy hẹn, chứng minh nhân dân, giấy tờ chứng minh là giám hộ đương nhiên của người hưởng bảo hiểm y tế (bản sao sổ hộ khẩu hoặc giấy khai sinh hoặc giấy chứng sinh hoặc giấy đăng ký kết hôn...). Trong trường hợp không có người giám hộ đương nhiên theo quy định của pháp luật thì cung cấp giấy hẹn, chứng minh nhân dân, quyết định công nhận việc giám hộ của cấp có thẩm quyền.

- Nếu không phải là thân nhân hoặc người giám hộ nêu trên: cung cấp giấy hẹn, chứng minh nhân dân, giấy ủy quyền theo quy định của pháp luật hiện hành./.

Mẫu số 5

CƠ QUAN CHỦ QUẢN
(BYT/SYT/...)

**TÊN CƠ SỞ KHÁM
BỆNH CHỮA BỆNH**

Số:

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

GIẤY HẸN KHÁM LẠI

Họ tên người bệnh:..... Nam Nữ

Sinh ngày..... tháng..... năm.....

Nơi cư trú:.....

Số thẻ bảo hiểm y tế:.....

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

Hết thời hạn: Không xác định được thời hạn:

Khám bệnh: ngàytháng ... năm 202...

Vào viện: ngày.....tháng ... năm 202...;

Xác định lý do khi người bệnh vào viện:

Cấp cứu Đúng tuyến Không đúng tuyến

Ra viện: ngàytháng ... năm 202...;

Chẩn đoán:.....

Bệnh kèm theo:.....

Hẹn khám lại vào giờ ngày tháng năm 202... hoặc đến bất kỳ thời gian nào trước ngày hẹn khám lại nếu có dấu hiệu (triệu chứng) bất thường. Trường hợp quá thời gian hẹn khám lại, trong thời gian 10 ngày kể từ ngày được hẹn khám lại, người bệnh liên hệ nhân viên y tế để đăng ký lịch khám phù hợp hoặc tự đến khám lại.

Giấy hẹn khám lại chỉ có giá trị sử dụng một lần kể từ thời điểm cấp giấy hẹn khám lại này./.

BÁC SĨ, Y SĨ KHÁM BỆNH

(Ký tên)

....., ngày ... tháng năm ...

ĐẠI DIỆN CƠ SỞ KHÁM BỆNH,

CHỮA BỆNH

(Ký tên, đóng dấu)

Mẫu số 6

CƠ QUAN CHỦ
QUẢN
(BYT/SYT/...)
**TÊN CƠ SỞ KHÁM
BỆNH, CHỮA BỆNH**
Số: .../202.../GCT

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

Số hồ sơ:
Vào sổ chuyển
tuyển số:.....

GIẤY CHUYỂN TUYỂN KHÁM BỆNH, CHỮA BỆNH BẢO HIỂM Y TẾ

Kính gửi:

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

- Họ và tên người bệnh:Nam/Nữ:..... Năm sinh:.....
- Địa chỉ:
- Dân tộc: Quốc tịch:
- Nghề nghiệp:Nơi làm việc
- Số thẻ bảo hiểm y tế:

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

Hết thời hạn: Không xác định được thời hạn:

- Đã được khám bệnh, điều trị:

+ Tại:..... (Tuyển.....) từ ngày..... tháng..... năm 202.... đến ngày.....tháng.....năm 202....

+ Tại:.....(Tuyển.....) từ ngày..... tháng....năm 202.....đến ngày..... tháng.....năm 202...

TÓM TẮT BỆNH ÁN

- Dấu hiệu lâm sàng:

.....
.....
.....

- Kết quả xét nghiệm, cận lâm sàng:

.....
.....
.....

- Chẩn đoán:

.....
.....

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

.....
.....

- Tình trạng người bệnh lúc chuyển tuyến:

.....
.....

- Lí do chuyển tuyến: Khoanh tròn vào mục 1 hoặc 2 lý do chuyển tuyến. Trường hợp chọn mục 1, đánh dấu (X) vào ô tương ứng.

(1) Đủ điều kiện chuyển tuyến:

a) Phù hợp với quy định chuyển tuyến(*):

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

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

- Hướng điều trị:

.....
.....
.....
.....
.....

- Chuyển tuyến hồi:..... giờ..... phút, ngày tháng..... năm 202.....

- Phương tiện vận chuyển:

.....

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

.....

Ngày.... tháng.... năm 202...

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

NGƯỜI CÓ THẨM QUYỀN CHUYỂN TUYẾN
(Ký tên, đóng dấu của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh)

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

Mẫu số 7

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

HỢP ĐỒNG KHÁM BỆNH, CHỮA BỆNH BẢO HIỂM Y TẾ Năm 202...

(Số: /HĐKCB-BHYT)⁽¹⁾

Căn cứ Bộ luật Dân sự ngày tháng năm;

Căn cứ Luật Bảo hiểm y tế ngày tháng năm;

Căn cứ Luật Khám bệnh, chữa bệnh ngày tháng năm.....;

Căn cứ Nghị định số 146/2018/NĐ-CP ngày 17 tháng 10 năm 2018 của Chính phủ quy định chi tiết và hướng dẫn biện pháp thi hành một số điều của Luật Bảo hiểm y tế; Nghị định số 75/2023/NĐ-CP ngày 19 tháng 10 năm 2023 của Chính phủ sửa đổi, bổ sung một số điều của Nghị định số 146/2018/NĐ-CP;

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⁾

Hôm nay, ngày.....tháng.....năm 202.... 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 là ông (bà):.....

Chức vụ: Giám đốc hoặc Phó Giám đốc (Giấy ủy quyền số:..... ngày...tháng...năm 202...)⁽⁴⁾

Bên B: (Tên cơ sở khám bệnh, chữa bệnh *hoặc* cơ quan ký hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh):

Địa chỉ:.....

Địa chỉ thư điện tử:.....

Điện thoại:..... Fax:.....

Tài khoản số:..... Tại Kho bạc nhà nước *hoặc* ngân hàng.....

Đại diện là ông (bà):.....

Chức vụ: Giám đốc hoặc Phó Giám đốc (Giấy ủy quyền số:.....ngày...tháng...năm 202...)⁽⁵⁾

Sau khi thỏa thuận, hai bên thống nhất ký kết hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế theo các điều khoản như sau:

Điều 1. Tổ chức khám bệnh, chữa bệnh

1. Đối tượng phục vụ:

Người có tham gia bảo hiểm y tế đến khám bệnh, chữa bệnh tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh của bên B.

2. Phạm vi cung ứng dịch vụ:

Bên B bảo đảm khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế theo quy định; thực hiện đấu thầu mua sắm thuốc, hóa chất, vật tư y tế bảo đảm đúng quy định để đáp ứng việc cung ứng dịch vụ kỹ thuật y tế thuộc phạm vi chuyên môn kỹ thuật của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh và các dịch vụ kỹ thuật theo quy định của pháp luật về khám bệnh, chữa bệnh và phạm vi được hưởng của người tham gia bảo hiểm y tế.

Điều 2. Phương thức thanh toán

Hai bên thống nhất các phương thức thanh toán và thể hiện cụ thể về đối tượng, phạm vi (ghi rõ phương thức thanh toán):

.....

Điều 3. Tạm ứng, thanh toán, quyết toán

Hai bên thực hiện việc tạm ứng, thanh quyết toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh theo quy định tại Điều 32 của Luật Bảo hiểm y tế, Nghị định số 146/2018/NĐ-CP ngày 17 tháng 10 năm 2018 của Chính phủ quy định chi tiết và hướng dẫn biện pháp thi hành một số điều của Luật Bảo hiểm y tế; Nghị định số 75/2023/NĐ-CP ngày 19 tháng 10 năm 2023 của Chính phủ sửa đổi, bổ sung một số điều của Nghị định số 146/2018/NĐ-CP và các văn bản liên quan theo quy định của pháp luật.

Điều 4. Quyền và trách nhiệm của bên A

1. Quyền của bên A:

- a) Thực hiện đúng theo quy định tại Điều 40 của Luật Bảo hiểm y tế.
- b) Yêu cầu bên B bảo đảm thực hiện nội dung quy định tại Khoản 2 Điều 1 Hợp đồng này.
- c) Yêu cầu bên B cung cấp tài liệu để phục vụ công tác giám định, bao gồm: hồ sơ bệnh án, 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 hoặc hợp đồng chuyển giao kỹ thuật, hỗ trợ y tế cho tuyến dưới; danh mục dịch vụ kỹ thuật; danh mục và giá thuốc, hóa chất, vật tư y tế thuộc phạm vi được hưởng của người tham gia bảo hiểm y tế sử dụng tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh”.
- d) Từ chối thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế không đúng quy định hoặc không đúng với nội dung hợp đồng này.

2. Trách nhiệm của bên A:

- a) Thực hiện đúng theo quy định tại khoản 5 Điều 41 của Luật Bảo hiểm y tế và các Điều 19, 20 và 21 Nghị định số 146/2018/NĐ-CP ngày 17 tháng 10 năm 2018 của Chính phủ và các văn bản sửa đổi, bổ sung, hoặc thay thế.
- b) Thực hiện tạm ứng cho bên B theo quy định tại khoản 1 Điều 32 của Luật Bảo hiểm y tế; trường hợp hai bên chưa thống nhất về kết quả giám định, bên A vẫn thực hiện tạm ứng cho bên B theo quy định tại Điều 32 của Luật Bảo hiểm y tế;

c) Không yêu cầu bên B kiểm tra lại thông tin trên thẻ bảo hiểm y tế đối với những người bệnh tham gia bảo hiểm y tế đã được quyết toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh qua năm tài chính;

d) Không xuất toán hoặc thu hồi chi phí mà bên B đã sử dụng cho người bệnh và đã được cơ sở khám bệnh, chữa bệnh hoàn thiện thủ tục thanh toán đối với trường hợp thông tin trên thẻ bảo hiểm y tế sai;

đ) Tuân thủ các quy định của pháp luật về khám bệnh, chữa bệnh trong thực hiện công tác giám định; chịu trách nhiệm trước pháp luật về kết quả giám định, thanh quyết toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế.

Điều 5. Quyền và trách nhiệm của bên B

1. Quyền của bên B:

Thực hiện theo quy định tại Điều 42 của Luật Bảo hiểm y tế;

2. Trách nhiệm của bên B:

a) Thực hiện theo quy định tại Điều 43 của Luật Bảo hiểm y tế.

b) Chỉ định sử dụng thuốc, hóa chất, vật tư y tế, dịch vụ y tế đảm bảo hợp lý, an toàn, hiệu quả; danh mục và giá thuốc, hóa chất, vật tư y tế thuộc phạm vi được hưởng của người tham gia bảo hiểm y tế sử dụng tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh;

d) Trường hợp có thay đổi danh mục dịch vụ kỹ thuật, danh mục và giá thuốc, hóa chất, vật tư y tế được cấp có thẩm quyền phê duyệt và nhân sự trong thực hiện công việc thuộc hợp đồng phải thông báo bằng văn bản cho bên A biết và cập nhật lên Cổng tiếp nhận của Hệ thống thông tin giám định bảo hiểm y tế;

đ) Chịu trách nhiệm trước pháp luật về các hành vi vi phạm của bên B trong thực hiện chính sách, pháp luật về bảo hiểm y tế.

Điều 6. Thời hạn thực hiện hợp đồng

Từ ngày...tháng ... năm 202... đến hết ngày 31 tháng 12 năm 202...

Điều 7. Cơ chế xử lý vướng mắc, tranh chấp Hợp đồng

1. Nếu có bất kỳ vướng mắc, tranh chấp nào liên quan đến việc thực hiện hợp đồng, hai bên sẽ cùng nhau bàn bạc và giải quyết trên nguyên tắc tuân thủ pháp luật, quyền và lợi ích hợp pháp của các bên và của người bệnh có tham gia bảo hiểm y tế và tinh thần hợp tác, tự thỏa thuận, hòa giải.

2. Trường hợp không thống nhất được thì các bên kiến nghị xử lý vướng mắc đến cấp quản lý nhà nước về bảo hiểm y tế theo quy định tại khoản 4 Điều 5, khoản 2 Điều 8 Luật Bảo hiểm y tế.

3. Nếu tranh chấp không thể giải quyết được thì một trong hai bên có quyền khởi kiện tại Tòa án theo quy định tại Điều 48 của Luật Bảo hiểm y tế. Quyết định của Tòa án là quyết định cuối cùng để hai bên thực hiện.

4. Trong thời gian tranh chấp, hai bên vẫn phải bảo đảm không làm gián đoạn việc khám bệnh, chữa bệnh của người tham gia bảo hiểm y tế.

5. Trường hợp có thay đổi hoặc chấm dứt hợp đồng thì thực hiện theo quy định tại điểm e khoản 2 Điều 25 của Luật Bảo hiểm y tế, Điều 22 hoặc Điều 23 Nghị định số 146/2018/NĐ-CP ngày 17 tháng 10 năm 2018 của Chính phủ.

Điều 8. Cam kết chung

1. Hai bên cam kết thực hiện đúng các điều khoản thỏa thuận trong hợp đồng và các quy định của pháp luật.

2. Các thông báo và thỏa thuận được thực hiện bằng văn bản gửi qua bưu điện hoặc thư điện

3. Hai bên thống nhất tuân thủ các quy định và phối hợp trong việc ứng dụng công nghệ thông tin để tạo thuận lợi trong giám định và thanh quyết toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế.

4. Các bên không được cung cấp hoặc đưa thông tin làm ảnh hưởng đến uy tín và quyền lợi của các bên, ảnh hưởng đến chính sách, pháp luật về bảo hiểm y tế.

5. Khi thực hiện công tác kiểm tra, bên A phải thông báo cho bên B trước về thời gian, nội dung kiểm tra và được sự thống nhất của bên B.

6. Các thỏa thuận khác (nếu có) phải được hai bên ghi nhận thành các Phụ lục của Hợp đồng này, nhưng không trái quy định của pháp luật.

Hợp đồng này được lập thành 04 (bốn) bản có giá trị như nhau, mỗi bên giữ 02 (hai) bản./.

ĐẠI DIỆN BÊN A

(Ký, ghi rõ họ và tên, đóng dấu)

ĐẠI DIỆN BÊN B

(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 năm kết thúc hợp đồng.

(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.

* Tùy theo điều kiện của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh, cơ quan Bảo hiểm xã hội và cơ sở khám bệnh, chữa bệnh thống nhất bổ sung nội dung trong hợp đồng nhưng không trái quy định của pháp luật về khám bệnh, chữa bệnh và bảo hiểm y tế.

từ theo địa chỉ nêu trong Hợp đồng này.

ĐẠI
DIỆN
BÊN
A

Mẫu số 8

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

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

STT	Họ và tên	Tuổi		Địa chỉ	Mã thẻ BHYT	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 bệnh, chữa bệnh bằng file điện tử hoặc bản có ký tên đóng dấu của cơ quan BHXH.