PHẦN VĂN BẢN KHÁC

VĂN BẢN HỢP NHẤT

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 09/2009/TTLT-BYT-BTC ngày 14 tháng 8 năm 2009 của liên Bộ Y tế - Bộ Tài chính hướng dẫn thực hiện bảo hiểm y tế có hiệu lực kể từ ngày 01 tháng 10 năm 2009 được sửa đổi, bổ sung bởi:

1. Thông tư liên tịch số 39/2011/TTLT-BYT-BTC ngày 11 tháng 11 năm 2011 của liên 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 (sau đây gọi tắt là Thông tư liên tịch số 39/2011/TTLT-BYT-BTC), có hiệu lực kể từ ngày 26 tháng 12 năm 2011.

2. Thông tư liên tịch số 24/2014/TTLT-BYT-BTC ngày 14 tháng 7 năm 2014 của liên 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 tháng 8 năm 2009 của liên Bộ Y tế - Bộ Tài chính hướng dẫn thực hiện Bảo hiểm y tế (sau đây gọi tắt là Thông tư liên tịch số 24/2014/TTLT-BYT-BTC), có hiệu lực kể từ ngày 01 tháng 9 năm 2014.

Căn cứ Luật bảo hiểm y tế ngày 14 tháng 11 năm 2008;

Căn cứ Nghị định số 62/2009/NĐ-CP ngày 27 tháng 7 năm 2009 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 60/2003/NĐ-CP ngày 06 tháng 6 năm 2003 của Chính phủ quy định chi tiết và hướng dẫn thi hành Luật ngân sách nhà nước,

Liên Bộ Y tế - Bộ Tài chính hướng dẫn thực hiện một số điều của Luật bảo hiểm y tế và Nghị định số 62/2009/NĐ-CP ngày 27 tháng 7 năm 2009 của Chính phủ quy định chi tiết và hướng dẫn thi hành một số điều của Luật bảo hiểm y tế (sau đây viết tắt là Nghị định số 62/2009/NĐ-CP) như sau:[1]

---

[1] Thông tư liên tịch số 39/2011/TTLT-BYT-BTC có căn cứ ban hành sau:

"Căn cứ Luật bảo hiểm y tế ngày 14 tháng 11 năm 2008;

Chương I
ĐỐI TƯỢNG, MỨC 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 Luật bảo hiểm y tế và Điều 1 Nghị định số 62/2009/NĐ-CP

1. Người lao động, người quản lý doanh nghiệp, cán bộ, công chức, viên chức quy định tại khoản 1 Điều 12 Luật bảo hiểm y tế (BHYT) bao gồm:

a) Người lao động, kể cả lao động là người nước ngoài, làm việc tại các cơ quan, đơn vị, tổ chức, doanh nghiệp sau:

- Doanh nghiệp thành lập, hoạt động theo Luật doanh nghiệp, Luật đầu tư;

- Hợp tác xã, liên hiệp hợp tác xã thành lập và hoạt động theo Luật hợp tác xã;

Căn cứ Luật giao thông đường bộ ngày 13 tháng 11 năm 2008;

Căn cứ Luật giao thông đường sắt ngày 14 tháng 6 năm 2005;

Căn cứ Luật giao thông đường thủy ngày 15 tháng 6 năm 2004;

Căn cứ Nghị định số 62/2009/NĐ-CP ngày 27 tháng 7 năm 2009 của Chính phủ quy định chi tiết và hướng dẫn thi hành một số điều của Luật bảo hiểm y tế,

Liên 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 như sau"

Thông tư số 24/2014/TTLT-BYT-BTC có căn cứ ban hành sau:

"Căn cứ Luật bảo hiểm y tế ngày 14 tháng 11 năm 2008;

Căn cứ Nghị định số 62/2009/NĐ-CP ngày 27 tháng 7 năm 2009 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 60/2003/NĐ-CP ngày 06 tháng 6 năm 2003 của Chính phủ quy định chi tiết và hướng dẫn thi hành Luật ngân sách nhà nước;

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 sửa đổi, bổ sung một số điều của Thông tư liên tịch số 09/2009/TTLT-BYT-BTC ngày 14 tháng 8 năm 2009 của Bộ Y tế, Bộ Tài chính hướng dẫn thực hiện bảo hiểm y tế"

- Cơ quan nhà nước, đơn vị sự nghiệp, lực lượng vũ trang, tổ chức chính trị, tổ chức chính trị - xã hội, tổ chức chính trị - xã hội - nghề nghiệp, tổ chức xã hội - nghề nghiệp và tổ chức xã hội khác;

- Cơ quan, tổ chức nước ngoài hoặc tổ chức quốc tế tại Việt Nam, trừ trường hợp Điều ước quốc tế mà nước Cộng hòa xã hội chủ nghĩa Việt Nam là thành viên tham gia có quy định khác;

- Các tổ chức khác có sử dụng lao động được thành lập và hoạt động theo quy định của pháp luật.

b) Cán bộ, công chức theo quy định của pháp luật về cán bộ, công chức bao gồm:

- Cán bộ được bầu cử, phê chuẩn, bổ nhiệm giữ chức vụ, chức danh theo nhiệm kỳ trong cơ quan của Đảng, Nhà nước, tổ chức chính trị - xã hội ở trung ương và địa phương, trong biên chế và hưởng lương từ ngân sách nhà nước;

- Công chức được tuyển dụng, bổ nhiệm vào ngạch, chức vụ, chức danh trong cơ quan của Đảng, Nhà nước, tổ chức chính trị - xã hội ở trung ương, cấp tỉnh, cấp huyện; công chức không phải là sĩ quan, quân nhân chuyên nghiệp; công nhân quốc phòng làm việc trong cơ quan, đơn vị thuộc Bộ Quốc phòng; cán bộ, công chức không phải là sĩ quan, hạ sĩ quan chuyên nghiệp làm việc trong các cơ quan, đơn vị thuộc lực lượng Công an nhân dân và trong bộ máy lãnh đạo, quản lý của đơn vị sự nghiệp công lập của Đảng, Nhà nước, tổ chức chính trị - xã hội trong biên chế và hưởng lương từ ngân sách nhà nước;

- Cán bộ xã, phường, thị trấn, được bầu cử giữ chức vụ theo nhiệm kỳ trong Thường trực Hội đồng nhân dân, Ủy ban nhân dân, Bí thư, Phó Bí thư Đảng ủy, người đứng đầu tổ chức chính trị - xã hội; công chức cấp xã được tuyển dụng giữ một chức danh chuyên môn, nghiệp vụ thuộc Ủy ban nhân dân cấp xã.

c) Người hoạt động không chuyên trách ở xã, phường, thị trấn theo quy định của pháp luật về cán bộ, công chức.

2. Sĩ quan, hạ sĩ quan nghiệp vụ và sĩ quan, hạ sĩ quan chuyên môn kỹ thuật, hạ sỹ quan, chiến sỹ đang phục vụ có thời hạn trong lực lượng Công an nhân dân.

3. Người hưởng lương hưu, trợ cấp mất sức lao động hàng tháng.

4. Người đang hưởng trợ cấp bảo hiểm xã hội hàng tháng do bị tai nạn lao động, bệnh nghề nghiệp.

5. Người đã thôi hưởng trợ cấp mất sức lao động đang hưởng trợ cấp hàng tháng từ ngân sách nhà nước; công nhân cao su nghỉ việc đang hưởng trợ cấp hàng tháng theo Quyết định số 206/CP ngày 30/5/1979 của Hội đồng Chính phủ (nay là Chính phủ).

6. Cán bộ xã, phường, thị trấn đã nghỉ việc đang hưởng trợ cấp bảo hiểm xã hội hàng tháng.

7. Cán bộ xã, phường, thị trấn đã nghỉ việc đang hưởng trợ cấp từ ngân sách nhà nước hàng tháng bao gồm các đối tượng theo quy định tại Quyết định số 130/CP ngày 20/6/1975 của Hội đồng Chính phủ (nay là Chính phủ) và Quyết định số 111/HĐBT ngày 13/10/1981 của Hội đồng Bộ trưởng (nay là Chính phủ).

8. Người đang hưởng trợ cấp thất nghiệp theo quy định của pháp luật về bảo hiểm thất nghiệp.

9. Người có công với cách mạng theo quy định của pháp luật về ưu đãi người có công với cách mạng.

10[2]. Cựu chiến binh đã tham gia kháng chiến từ ngày 30 tháng 4 năm 1975 trở về trước theo Khoản 6 Điều 5 Nghị định số 150/2006/NĐ-CP ngày 12 tháng 12 năm 2006 của Chính phủ quy định chi tiết và hướng dẫn thi hành một số điều của Pháp lệnh Cựu chiến binh; thanh niên xung phong theo Quyết định số 170/2008/QĐ-TTg ngày 18 tháng 12 năm 2008 của Thủ tướng Chính phủ về chế độ bảo hiểm y tế 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 tháng 7 năm 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.

11[3]. Người trực tiếp tham gia kháng chiến chống Mỹ cứu nước và tham gia chiến tranh bảo vệ Tổ quốc, làm nhiệm vụ quốc tế ở Căm-pu-chia, giúp bạn Lào sau ngày 30 tháng 4 năm 1975 đã phục viên, xuất ngũ, thôi việc là các đối tượng được quy định tại các Quyết định của Thủ tướng Chính phủ, bao gồm:

a) Quyết định số 290/2005/QĐ-TTg ngày 08 tháng 11 năm 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 tháng 12 năm 2007 của Thủ tướng Chính phủ về việc bổ sung, sửa đổi Quyết định số 290/2005/QĐ-TTg;

---

[2] Khoản này được sửa đổi, bổ sung theo quy định tại Khoản 1 Điều 1 của Thông tư liên tịch số 24/2014/TTLT-BYT-BTC, có hiệu lực kể từ ngày 01 tháng 9 năm 2014.

[3] Khoản này được sửa đổi, bổ sung theo quy định tại Khoản 1 Điều 1 của Thông tư liên tịch số 24/2014/TTLT-BYT-BTC, có hiệu lực kể từ ngày 01 tháng 9 năm 2014.

b) Quyết định số 53/2010/QĐ-TTg ngày 20 tháng 8 năm 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;

c) Quyết định số 142/2008/QĐ-TTg ngày 27 tháng 10 năm 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 tháng 5 năm 2010 của Thủ tướng Chính phủ về việc sửa đổi, bổ sung Quyết định số 142/2008/QĐ-TTg;

d) Quyết định số 62/2011/QĐ-TTg ngày 09 tháng 11 năm 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 tháng 4 năm 1975 đã phục viên, xuất ngũ, thôi việc.

12. Đại biểu Quốc hội, đại biểu Hội đồng nhân dân các cấp đương nhiệm.

13[4]. Người thuộc diện hưởng trợ cấp bảo trợ xã hội hàng tháng quy định tại Nghị định số 136/2013/NĐ-CP ngày 21 tháng 10 năm 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 tháng 01 năm 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 tháng 4 năm 2012 của Chính phủ quy định chi tiết và hướng dẫn thi hành một số điều của Luật người khuyết tật.

14. 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, đặc biệt khó khăn theo quy định của Thủ tướng Chính phủ.

15. Thân nhân của người có công với cách mạng thực hiện theo quy định của pháp luật về ưu đãi người có công với cách mạng.

16. Thân nhân của các đối tượng quy định tại điểm a, b và c khoản 16 Điều 12 Luật BHYT.

17. Trẻ em dưới 6 tuổi.

18. Người đã hiến bộ phận cơ thể người theo quy định của pháp luật về hiến, lấy, ghép mô, bộ phận cơ thể người và hiến, lấy xác.

---

[4] Khoản này được sửa đổi, bổ sung theo quy định tại Khoản 1 Điều 1 của Thông tư liên tịch số 24/2014/TTLT-BYT-BTC, có hiệu lực kể từ ngày 01 tháng 9 năm 2014.

19. Người nước ngoài đang học tập tại Việt Nam được cấp học bổng từ ngân sách của Nhà nước Việt Nam.

20. Người thuộc hộ gia đình cận nghèo theo quy định của Thủ tướng Chính phủ.

21. Học sinh, sinh viên đang theo học tại các cơ sở giáo dục thuộc hệ thống giáo dục quốc dân.

22. Người thuộc hộ gia đình làm nông nghiệp, lâm nghiệp, ngư nghiệp và diêm nghiệp.

23. Thân nhân của người lao động quy định tại khoản 1 Điều 12 Luật BHYT bao gồm: bố, mẹ đẻ; bố, mẹ vợ hoặc chồng; bố, mẹ nuôi hoặc người nuôi dưỡng hợp pháp; vợ hoặc chồng; con đẻ, con nuôi hợp pháp mà người lao động có trách nhiệm nuôi dưỡng và sống trong cùng hộ gia đình.

24. Xã viên hợp tác xã, hộ kinh doanh cá thể.

25. Người lao động nghỉ việc đang hưởng chế độ ốm đau theo quy định của pháp luật về bảo hiểm xã hội do mắc bệnh thuộc danh mục bệnh cần chữa trị dài ngày theo quy định của Bộ trưởng Bộ Y tế.

Điều 2. Mức đóng, giảm mức đóng và xác định số tiền hỗ trợ đóng bảo hiểm y tế của ngân sách nhà nước

1. Mức đóng, phương thức đóng và trách nhiệm đóng BHYT của các đối tượng thực hiện theo quy định tại Điều 13 và 14 Luật BHYT và tại các Điều 3, 4, 5 và 6 Nghị định số 62/2009/NĐ-CP.

2. Đối với đối tượng quy định tại các khoản 20, 21, 22, 23 và 24 Điều 1 Thông tư này đã thực hiện đóng BHYT 6 tháng một lần hoặc một lần cho cả năm, khi Nhà nước điều chỉnh mức lương tối thiểu thì không phải đóng bổ sung phần chênh lệch mức đóng do điều chỉnh mức lương tối thiểu.

3. Giảm mức đóng BHYT theo quy định tại khoản 6 Điều 3 Nghị định số 62/2009/NĐ-CP:

a) Đối tượng quy định tại khoản 20 và 22 Điều 1 Thông tư này được giảm mức đóng BHYT khi toàn bộ người có tên trong sổ hộ khẩu và đang sống chung trong một nhà tham gia BHYT;

b) Đối tượng quy định tại khoản 23 Điều 1 Thông tư này được giảm mức đóng BHYT khi có từ hai thân nhân trở lên tham gia BHYT.

4. Quyết định mức hỗ trợ và xác định số tiền được ngân sách nhà nước hỗ trợ khi có giảm mức đóng BHYT:

a) Căn cứ khả năng ngân sách địa phương và huy động từ các nguồn khác, Ủy ban nhân dân tỉnh, thành phố trực thuộc Trung ương có thể quyết định mức hỗ trợ tiền đóng BHYT cho các đối tượng cao hơn mức hỗ trợ tối thiểu quy định tại khoản 5 Điều 3 Nghị định số 62/2008/NĐ-CP;

b) Trường hợp người tham gia BHYT được Nhà nước hỗ trợ một phần mức đóng BHYT thì số tiền ngân sách nhà nước hỗ trợ được tính theo mức đóng cụ thể của từng người trong hộ gia đình.

Ví dụ: Gia đình Bà A có 3 người thuộc hộ nông nghiệp có mức sống trung bình được nhà nước hỗ trợ 30% mức đóng; năm 2010 cả 3 người đều tham gia BHYT và đóng theo hộ gia đình với mức đóng là 4,5% lương tối thiểu (giả sử mức lương tối thiểu tại thời điểm này là 650.000 đồng). Số tiền hộ gia đình Bà A phải đóng và số tiền ngân sách nhà nước hỗ trợ đóng BHYT cho hộ gia đình Bà A năm 2010 được xác định như sau:

Tổng số tiền hộ gia đình Bà A phải đóng là 663.390 đồng, gồm:

- Số tiền đóng của người thứ nhất theo mức 4,5% lương tối thiểu:

650.000 đồng x 4,5% x 70% x 12 tháng = 245.700 đồng

- Số tiền đóng của người thứ hai bằng 90% mức đóng của người thứ nhất:

245.700 đồng x 90% = 221.130 đồng

- Số tiền đóng của người thứ ba bằng 80% mức đóng của người thứ nhất:

245.700 đồng x 80% = 196.560 đồng

Tổng số tiền ngân sách nhà nước hỗ trợ đóng BHYT cho hộ gia đình Bà A là: 663.390 đồng x 30%: 70% = 284.310 đồng.

5. Mỗi người chỉ được tham gia BHYT theo một đối tượng. 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. Phương thức, trách nhiệm đóng bảo hiểm y tế của một số đối tượng

1. Đối với các đối tượng quy định tại các khoản 14, 17 và 18 Điều 1 Thông tư này:

a) Căn cứ số thẻ BHYT đã phát hành cho đối tượng, Bảo hiểm xã hội tỉnh, thành phố trực thuộc Trung ương (sau đây gọi tắt là Bảo hiểm xã hội tỉnh) tổng hợp gửi Sở Tài chính để chuyển kinh phí vào quỹ BHYT theo quy định tại khoản 9 Điều này;

b) Chậm nhất đến ngày 31 tháng 12 hàng năm, Bảo hiểm xã hội tỉnh tổng hợp số thẻ BHYT có giá trị sử dụng trong năm và kinh phí đóng BHYT gửi Sở Tài chính để thanh quyết toán theo quy định (theo Phụ lục 01 ban hành kèm theo Thông tư này).

2. Đối với đối tượng quy định tại khoản 20 Điều 1 Thông tư này:

a) Định kỳ 6 tháng hoặc một năm một lần, người thuộc hộ gia đình cận nghèo đóng phần thuộc trách nhiệm phải đóng cho Bảo hiểm xã hội;

b) Định kỳ 6 tháng hoặc một năm một lần, Bảo hiểm xã hội tỉnh tổng hợp số thẻ BHYT đã phát hành, số tiền thực thu và số tiền đề nghị ngân sách nhà nước hỗ trợ gửi Sở Tài chính để chuyển kinh phí vào quỹ BHYT theo quy định tại khoản 9 Điều này.

3. Đối với đối tượng quy định tại khoản 21 Điều 1 Thông tư này đang theo học tại các cơ sở giáo dục thuộc hệ thống giáo dục quốc dân (sau đây gọi tắt là nhà trường):

a) Nhà trường thu tiền đóng BHYT của học sinh, sinh viên 6 tháng hoặc một năm một lần nộp cho Bảo hiểm xã hội;

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

- Đối với học sinh, sinh viên đang theo học tại các trường do địa phương quản lý: Bảo hiểm xã hội tổng hợp số thẻ BHYT đã phát hành, số tiền thực thu từ học sinh, sinh viên và số tiền đề nghị ngân sách nhà nước hỗ trợ, gửi cơ quan Tài chính cấp huyện hoặc Sở Tài chính (theo phân cấp ngân sách địa phương) để chuyển kinh phí hỗ trợ theo quy định tại khoản 9 Điều này;

- Đối với học sinh, sinh viên đang theo học tại các trường do Bộ, cơ quan Trung ương quản lý: Bảo hiểm xã hội Việt Nam tổng hợp số thẻ BHYT đã phát hành, số tiền thực thu từ học sinh, sinh viên và số tiền đề nghị ngân sách nhà nước hỗ trợ gửi Bộ Tài chính để chuyển kinh phí hỗ trợ theo quy định tại khoản 9 Điều này.

4. Đối với đối tượng quy định tại khoản 22 Điều 1 Thông tư này:

a) Định kỳ 6 tháng hoặc một năm một lần, người thuộc hộ gia đình làm nông nghiệp, lâm nghiệp, ngư nghiệp và diêm nghiệp trực tiếp đóng cho Bảo hiểm xã hội;

b) Đối với người thuộc hộ gia đình có mức sống trung bình:

- Định kỳ 6 tháng hoặc một năm một lần, đối tượng trực tiếp đóng phần thuộc trách nhiệm phải đóng cho Bảo hiểm xã hội;

- Định kỳ 6 tháng hoặc một năm một lần, Bảo hiểm xã hội tỉnh tổng hợp số thẻ BHYT đã phát hành, số tiền thực thu và số tiền đề nghị ngân sách nhà nước hỗ trợ đóng gửi Sở Tài chính để chuyển vào quỹ BHYT theo quy định tại khoản 9 Điều này.

5. Đối với đối tượng quy định tại khoản 23 Điều 1 Thông tư này:

a) Người lao động có trách nhiệm kê khai danh sách thân nhân của mình gửi người sử dụng lao động để đăng ký mua thẻ BHYT;

b) Hàng tháng, căn cứ danh sách thân nhân của người lao động đã đăng ký, người sử dụng lao động có trách nhiệm trích từ tiền lương, tiền công của người lao động để nộp vào quỹ BHYT cùng với việc nộp BHYT của người lao động.

6. Đối với đối tượng quy định tại khoản 24 Điều 1 Thông tư này:

Định kỳ 6 tháng hoặc một năm một lần, đối tượng trực tiếp đóng BHYT cho Bảo hiểm xã hội.

7. Đối với đối tượng quy định tại khoản 25 Điều 1 Thông tư này:

Hàng tháng, Bảo hiểm xã hội đóng BHYT cho đối tượng này. Mỗi năm một lần, Bảo hiểm xã hội Việt Nam tổng hợp danh sách đối tượng đã được cấp thẻ BHYT và số tiền phải đóng BHYT gửi Bộ Tài chính để chuyển kinh phí vào quỹ BHYT.

8. Đối với người hoạt động không chuyên trách ở xã, phường, thị trấn quy định tại điểm c khoản 1 Điều 1 Thông tư này:

Hàng tháng, Ủy ban nhân dân xã, phường, thị trấn có trách nhiệm đóng BHYT cho đối tượng này và trích tiền đóng BHYT từ tiền phụ cấp hằng tháng của họ để nộp cùng một lúc vào quỹ BHYT.

9. Đối với cơ quan Tài chính các cấp:

Vào tháng đầu của mỗi quý, căn cứ số tiền đóng BHYT cho đối tượng quy định tại các khoản 14, 17, 18 và 25 Điều 1 Thông tư này; số tiền hỗ trợ mức đóng BHYT cho đối tượng quy định tại các khoản 20, 21 và đối tượng quy định tại khoản 22 Điều 1 Thông tư này mà có mức sống trung bình để chuyển kinh phí vào quỹ BHYT do Bảo hiểm xã hội cùng cấp quản lý.

10. Các đối tượng do Bộ Quốc phòng, Bộ Công an và Ban Cơ yếu Chính phủ quản lý quy định tại các khoản 1, 2 và 16 Điều 1 Thông tư này thực hiện theo văn bản hướng dẫn riêng.

Điều 4. Nguồn kinh phí từ ngân sách nhà nước để đóng và hỗ trợ đóng bảo hiểm y tế cho các đối tượng

1. Ngân sách trung ương bảo đảm nguồn kinh phí đúng BHYT, hỗ trợ một phần mức đóng BHYT cho các đối tượng sau đây:

a) Đóng BHYT cho đối tượng quy định tại các khoản 1 và 2 Điều 1 Thông tư này (phần kinh phí thuộc trách nhiệm đóng của đơn vị sử dụng lao động được ngân sách trung ương bảo đảm toàn bộ hoặc một phần kinh phí hoạt động thường xuyên) theo phân cấp ngân sách nhà nước hiện hành;

b) Đóng BHYT cho đối tượng quy định tại các khoản 3, 4 và 5 Điều 1 Thông tư này (đối tượng do ngân sách nhà nước bảo đảm) và đối tượng quy định tại các khoản 9, 15, 16, 19 và 25 Điều 1 Thông tư này;

c) Hỗ trợ một phần mức đóng BHYT cho đối tượng quy định tại khoản 21 Điều 1 Thông tư này đang theo học tại các trường thuộc Bộ, cơ quan Trung ương quản lý.

2. Ngân sách địa phương bảo đảm nguồn kinh phí đúng BHYT, hỗ trợ một phần mức đóng BHYT cho các đối tượng sau đây:

a) Đóng BHYT cho đối tượng quy định tại các khoản 1 và 2 Điều 1 Thông tư này (phần kinh phí thuộc trách nhiệm đóng của đơn vị sử dụng lao động được ngân sách địa phương bảo đảm toàn bộ hoặc một phần kinh phí hoạt động thường xuyên) theo phân cấp ngân sách nhà nước hiện hành;

b) Đóng BHYT cho đối tượng quy định tại các khoản 7, 10, 11, 12, 13, 14, 17 và 18 Điều 1 Thông tư này;

c) Hỗ trợ một phần mức đóng BHYT cho đối tượng quy định tại khoản 20 Điều 1 Thông tư này; đối tượng quy định tại khoản 21 Điều 1 Thông tư này đang theo học tại các trường do địa phương quản lý và đối tượng quy định tại khoản 22 Điều 1 Thông tư này mà có mức sống trung bình.

Đối với các địa phương chưa tự cân đối được ngân sách, được ngân sách trung ương hỗ trợ đảm bảo nguồn thực hiện chính sách BHYT theo quy định. Mức hỗ trợ cụ thể do cơ quan có thẩm quyền quyết định.

3. Hàng năm, cùng thời gian quy định về lập dự toán ngân sách nhà nước, cơ quan, tổ chức, đơn vị quản lý đối tượng lập dự toán ngân sách đóng BHYT, hỗ trợ một phần mức đóng BHYT cho các đối tượng theo phân cấp quản lý ngân sách nhà nước hiện hành, cụ thể như sau:

a) Ở Trung ương:

- Đơn vị sử dụng lao động được ngân sách trung ương bảo đảm toàn bộ hoặc một phần kinh phí hoạt động thường xuyên lập dự toán ngân sách đóng BHYT cho đối tượng quy định tại khoản 1 và 2 Điều 1 Thông tư này (phần kinh phí thuộc trách nhiệm đóng BHYT của đơn vị sử dụng lao động);

- Bảo hiểm xã hội Việt Nam lập dự toán ngân sách đóng BHYT cho đối tượng quy định tại các khoản 3, 4 và 5 (đối tượng do ngân sách nhà nước bảo đảm) và đối tượng quy định tại khoản 25 Điều 1 Thông tư này; hỗ trợ mức đóng BHYT cho đối tượng quy định tại khoản 21 Điều 1 Thông tư này đang theo học tại các trường thuộc Bộ, cơ quan Trung ương quản lý (bao gồm cả các trường thuộc các doanh nghiệp thuộc các thành phần kinh tế);

- Bộ Lao động - Thương binh và Xã hội lập dự toán ngân sách đóng BHYT cho đối tượng quy định tại khoản 9 và 15 Điều 1 Thông tư này.

- Bộ Quốc phòng, Bộ Công an và Bộ Nội vụ lập dự toán ngân sách đóng BHYT cho đối tượng quy định tại khoản 16 Điều 1 Thông tư này.

- Cơ quan, tổ chức, đơn vị cấp học bổng lập dự toán ngân sách đóng BHYT cho đối tượng quy định tại khoản 19 Điều 1 Thông tư này.

b) Ở địa phương:

- Đơn vị sử dụng lao động được ngân sách địa phương bảo đảm toàn bộ hoặc một phần kinh phí hoạt động thường xuyên lập dự toán ngân sách đóng BHYT cho đối tượng quy định tại khoản 1 và 2 Điều 1 Thông tư này (phần kinh phí thuộc trách nhiệm đóng BHYT của đơn vị sử dụng lao động).

- Cơ quan Lao động - Thương binh và Xã hội lập dự toán ngân sách đóng BHYT cho đối tượng quy định tại các khoản 10, 11, 13, 14, 17 Điều 1 Thông tư này; hỗ trợ mức đóng BHYT cho đối tượng quy định tại khoản 20 và đối tượng quy định tại khoản 22 Điều 1 Thông tư này mà có mức sống trung bình.

- Cơ quan Bảo hiểm xã hội lập dự toán ngân sách đóng BHYT cho đối tượng quy định tại khoản 18 Điều 1 Thông tư này; hỗ trợ mức đóng BHYT cho đối tượng quy định tại khoản 21 Điều 1 Thông tư này đang theo học tại các trường thuộc địa phương quản lý (bao gồm cả các trường thuộc các doanh nghiệp thuộc các thành phần kinh tế).

- Hội đồng nhân dân cấp tỉnh lập dự toán ngân sách đóng BHYT cho Đại biểu Quốc hội thuộc Đoàn Đại biểu Quốc hội tại địa phương. Hội đồng nhân dân từng cấp lập dự toán ngân sách đóng BHYT cho đại biểu Hội đồng nhân dân của cấp đó.

- Ủy ban nhân dân cấp xã lập dự toán ngân sách đóng BHYT cho đối tượng quy định tại điểm c khoản 1 và khoản 7 Điều 1 Thông tư này.

Chương II
ĐỐI TƯỢNG, MỨC ĐÓNG VÀ PHƯƠNG THỨC ĐÓNG CỦA NGƯỜI TỰ NGUYỆN THAM GIA BẢO HIỂM Y TẾ

Điều 5. Đối tượng

1. Đối tượng tự nguyện tham gia BHYT theo quy định tại Điều 51 Luật BHYT và khoản 2 Điều 2 Nghị định số 62/2009/NĐ-CP bao gồm:

a) Người hoạt động không chuyên trách ở xã, phường, thị trấn theo quy định của pháp luật về cán bộ, công chức;

b) Người lao động nghỉ việc đang hưởng chế độ ốm đau theo quy định của pháp luật về bảo hiểm xã hội do mắc bệnh thuộc danh mục bệnh cần chữa trị dài ngày do Bộ Y tế ban hành;

c) Học sinh, sinh viên đang theo học tại các nhà trường trừ những người tham gia BHYT theo đối tượng khác;

d) Người thuộc hộ gia đình làm nông nghiệp, lâm nghiệp, ngư nghiệp và diêm nghiệp;

đ) Thân nhân người lao động làm công hưởng lương theo quy định của pháp luật về tiền lương, tiền công; xã viên hợp tác xã, hộ kinh doanh cá thể.

2. Đối tượng quy định tại các điểm a, d và đ khoản 1 Điều này thực hiện theo địa giới hành chính; các đối tượng quy định tại các điểm b và c khoản 1 Điều này thực hiện theo đơn vị cơ quan, trường học.

3. Bảo hiểm xã hội Việt Nam hướng dẫn cụ thể việc cấp thẻ BHYT cho các đối tượng, bảo đảm tính liên tục khi chuyển từ hình thức tự nguyện sang thực hiện theo quy định của Luật BHYT.

Điều 6. Mức đóng và giảm mức đóng bảo hiểm y tế

1. Mức đóng BHYT của các đối tượng quy định tại khoản 1 Điều 5 Thông tư này:

a) Mức đóng 3 tháng từ ngày 01/10/2009 đến ngày 31/12/2009:

- Đối tượng quy định tại điểm c khoản 1 Điều 5 Thông tư này bằng 30.000 đồng/người đối với khu vực thành thị và bằng 25.000 đồng/người đối với khu vực nông thôn và miền núi;

- Đối tượng quy định tại các điểm a, b, d và đ khoản 1 Điều 5 Thông tư này bằng 80.000 đồng/người đối với khu vực thành thị và bằng 60.000 đồng/người đối với khu vực nông thôn và miền núi;

- Đối tượng là cán bộ dân số, gia đình và trẻ em ở xã, phường, thị trấn: thực hiện theo quy định tại Quyết định số 240/2006/QĐ-TTg ngày 25/10/2006 của Thủ tướng Chính phủ về thực hiện chế độ BHYT tự nguyện đối với cán bộ dân số, gia đình và trẻ em ở xã, phường, thị trấn.

b) Mức đóng hàng tháng đối với đối tượng tiếp tục tự nguyện tham gia BHYT từ ngày 01/01/2010 bằng 4,5% mức lương tối thiểu hiện hành.

2. Việc giảm mức đóng BHYT đối với trường hợp tham gia BHYT theo hộ gia đình thực hiện theo quy định tại khoản 3 và 4 Điều 2 Thông tư này.

3. Số tiền đóng BHYT của các đối tượng tự nguyện tham gia BHYT được thống nhất quản lý, sử dụng theo quy định về quản lý, sử dụng quỹ BHYT tại Luật BHYT và tại các Điều 10, 11, 12 và 13 Nghị định số 62/2009/NĐ-CP và Điều 20 của Thông tư này.

Chương III
MỨC HƯỞNG BẢO HIỂM Y TẾ

Điều 7. Mức hưởng bảo hiểm y tế

1. Mức hưởng BHYT đối với người tham gia BHYT thực hiện theo quy định tại Điều 22 Luật BHYT và Điều 7 Nghị định số 62/2009/NĐ-CP.

2. Mức chi phí của một lần khám bệnh, chữa bệnh không phải thực hiện cùng chi trả quy định tại điểm c khoản 1 Điều 7 Nghị định số 62/2009/NĐ-CP thấp hơn 15% mức lương tối thiểu hiện hành. Khi Nhà nước thay đổi mức lương tối thiểu thì mức chi phí này được điều chỉnh từ ngày áp dụng mức lương tối thiểu mới.

3. Chi phí thuốc, vật tư y tế, dịch vụ kỹ thuật cao chi phí lớn, dịch vụ kỹ thuật phục hồi chức năng được Quỹ BHYT thanh toán theo danh mục do Bộ trưởng Bộ Y tế quy định.

4. Quỹ BHYT thanh toán 50% chi phí của thuốc điều trị ung thư, thuốc chống thải ghép ngoài danh mục quy định của Bộ Y tế nhưng đã được phép lưu hành tại Việt Nam theo chỉ định của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh (sau đây gọi là cơ sở y tế) theo mức hưởng quy định tại khoản 1 Điều 7 Nghị định số 62/2009/NĐ-CP và Điều 9 Thông tư này đối với các trường hợp:

a) Người bệnh tham gia BHYT liên tục từ đủ 36 tháng trở lên;

b) Trẻ em dưới 6 tuổi;

c) Các đối tượng thuộc Bộ Quốc phòng, Bộ Công an, Ban cơ yếu Chính phủ quản lý được hưởng chế độ khám bệnh, chữa bệnh miễn phí theo quy định nay nghỉ hưu, chuyển ngành đang tham gia BHYT.

Điều 8. Mức hưởng bảo hiểm y tế trong một số trường hợp

1. Phạm vi, đối tượng được hưởng, mức hưởng trong trường hợp khám sàng lọc chẩn đoán sớm một số bệnh theo quy định tại điểm b khoản 1 Điều 21 Luật BHYT thực hiện theo hướng dẫn của Bộ Y tế.

2. Thanh toán chi phí vận chuyển người bệnh từ bệnh viện tuyến huyện trở lên đối với đối tượng quy định tại các khoản 9, 13, 14, 17 và 20 Điều 12 Luật BHYT trong trường hợp cấp cứu hoặc khi đang điều trị nội trú nhưng vượt quá khả năng chuyên môn của cơ sở y tế được thực hiện như sau:

a)[5] Quỹ bảo hiểm y tế thanh toán chi phí vận chuyển, cả chiều đi và về cho cơ sở y tế chuyển người bệnh theo mức bằng 0,2 lít xăng/km tính theo khoảng cách địa giới hành chính 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 thường trực của Khoa khám bệnh hoặc Khoa cấp cứu của cơ sở y tế tiếp nhận người bệnh;

b) Trường hợp người bệnh không sử dụng phương tiện vận chuyển của cơ sở y tế thì mức thanh toán bằng 0,2 lít xăng/km cho một chiều đi tính theo khoảng cách địa giới hành chính và giá xăng tại thời điểm sử dụng. Cơ sở y tế chỉ định chuyển viện thanh toán chi phí vận chuyển cho người bệnh, sau đó thanh toán với quỹ BHYT.

3[6]. **(được bãi bỏ)**

---

[5] Điểm này được sửa đổi theo quy định tại Khoản 2 Điều 1 của Thông tư liên tịch số 24/2014/TTLT-BYT-BTC, có hiệu lực kể từ ngày 01 tháng 9 năm 2014.

[6] Khoản này được bãi bỏ theo quy định tại Khoản 2 Điều 6 Thông tư liên tịch số 39/2011/TTLT-BYT-BTC, có hiệu lực kể từ ngày 26 tháng 12 năm 2011.

4. Quỹ BHYT không thanh toán chi phí điều trị đối với các trường hợp bị tai nạn lao động thuộc phạm vi thanh toán của người sử dụng lao động theo quy định của Bộ luật Lao động.

5. Trường hợp cơ sở y tế do quá tải phải tổ chức khám bệnh, chữa bệnh ngoài giờ hành chính; khám chữa bệnh trong những ngày nghỉ, ngày lễ thì người có thẻ BHYT được thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh trong phạm vi quyền lợi BHYT được hưởng như quy định đối với khám bệnh, chữa bệnh trong ngày làm việc. Bộ Y tế chỉ đạo thực hiện đối với các cơ sở y tế trực thuộc Bộ Y tế; Sở Y tế chủ trì, phối hợp với Bảo hiểm xã hội tỉnh thống nhất chỉ đạo thực hiện đối với các cơ sở y tế thuộc địa phương cho phù hợp với điều kiện thực tế của từng đơn vị.

6[7]. Thanh toán bảo hiểm y tế trong một số trường hợp:

a) Đối với các dịch vụ kỹ thuật do cán bộ y tế của cơ sở khám, chữa bệnh tuyến trên thực hiện tại chỗ theo chương trình chỉ đạo tuyến, các đề án hỗ trợ, nâng cao năng lực chuyên môn cho tuyến dưới:

- Trường hợp dịch vụ đã có trong danh mục kỹ thuật theo quy định về phân tuyến chuyên môn kỹ thuật được cấp có thẩm quyền phê duyệt thì quỹ bảo hiểm y tế thanh toán theo mức giá của dịch vụ kỹ thuật đã được phê duyệt;

- Trường hợp dịch vụ chưa có trong danh mục kỹ thuật được cấp có thẩm quyền phê duyệt theo phân tuyến chuyên môn kỹ thuật và giá dịch vụ y tế thì quỹ bảo hiểm y tế tạm thời thanh toán theo giá dịch vụ y tế của cơ sở chuyển giao kỹ thuật đã được cấp thẩm quyền phê duyệt. Cơ sở khám bệnh, chữa bệnh tiếp nhận chuyển giao kỹ thuật có trách nhiệm thông báo với Bảo hiểm xã hội 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 thanh toán bảo hiểm y tế.

b) Đối với dịch vụ kỹ thuật cao chi phí lớn:

Mức thanh toán bảo hiểm y tế đối với mỗi người bệnh được tính theo mức hưởng của nhóm đối tượng theo quy định. Tổng chi phí để xác định mức thanh toán bảo hiểm y tế cho mỗi người bệnh bao gồm chi phí thực hiện dịch vụ kỹ thuật theo mức giá của dịch vụ đã được cấp có thẩm quyền phê duyệt và chi phí vật tư y tế cần thiết để thực hiện dịch vụ có trong danh mục vật tư y tế thuộc phạm vi thanh toán của quỹ bảo hiểm y tế do Bộ Y tế ban hành nhưng chưa được tính vào giá của dịch vụ kỹ thuật đó.

Điều 9. Mức thanh toán trong trường hợp khám bệnh, chữa bệnh không đúng cơ sở y tế đăng ký khám bệnh, chữa bệnh ban đầu; không theo tuyến chuyên môn kỹ thuật và khám bệnh, chữa bệnh ở nước ngoài

---

[7] Khoản này được bổ sung theo quy định tại Khoản 2 Điều 1 của Thông tư liên tịch số 24/2014/TTLT-BYT-BTC, có hiệu lực kể từ ngày 01 tháng 9 năm 2014.

1. Trường hợp khám bệnh, chữa bệnh không đúng cơ sở y tế đăng ký khám bệnh, chữa bệnh ban đầu, không theo tuyến chuyên môn kỹ thuật: được quỹ BHYT thanh toán theo quy định tại khoản 3 Điều 7 Nghị định số 62/2009/NĐ-CP. Việc xem xét, xác định tình trạng trái tuyến, vượt tuyến chuyên môn kỹ thuật và phân hạng bệnh viện, kể cả cơ sở y tế công lập và ngoài công lập để quyết định áp dụng mức thanh toán, thực hiện theo quy định của Bộ trưởng Bộ Y tế.

2. Trường hợp khám bệnh, chữa bệnh tại cơ sở y tế không ký hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh BHYT; đi khám bệnh, chữa bệnh tại cơ sở y tế có ký hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh BHYT nhưng không đủ thủ tục khám bệnh, chữa bệnh theo quy định tại Điều 28 Luật BHYT: người bệnh tự thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh với cơ sở y tế, sau đó mang chứng từ đến Bảo hiểm xã hội để thanh toán. Căn cứ dịch vụ kỹ thuật mà người bệnh được cung cấp, tuyến chuyên môn kỹ thuật của cơ sở y tế và chứng từ hợp lệ, Bảo hiểm xã hội thanh toán cho người bệnh theo chi phí thực tế nhưng mức tối đa không vượt quá mức quy định tại điểm 1 Phụ lục 2 ban hành kèm theo Thông tư này.

3. Trường hợp đi khám bệnh, chữa bệnh ở nước ngoài: người bệnh tự thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh, sau đó mang chứng từ đến Bảo hiểm xã hội để thanh toán theo chi phí thực tế nhưng mức tối đa không vượt quá mức quy định tại điểm 2 Phụ lục 2 ban hành kèm theo Thông tư này.

4. Thủ tục thanh toán đối với các trường hợp quy định tại khoản 2 và 3 Điều này, thực hiện theo quy định tại Điều 19 Thông tư này.

Điều 10. Mức hưởng đối với người tự nguyện tham gia bảo hiểm y tế

1. Thời điểm được hưởng quyền lợi của người tự nguyện tham gia BHYT kể từ khi đóng BHYT thực hiện theo quy định tại điểm a và b khoản 3 Điều 16 Luật BHYT. Đối với người đã tham gia BHYT tự nguyện trước khi Luật BHYT có hiệu lực thì thời gian tham gia BHYT trước đó được tính như trường hợp đóng BHYT liên tục kể từ lần thứ 2 trở đi và được hưởng quyền lợi theo quy định.

2. Phạm vi được hưởng, mức hưởng BHYT, tổ chức khám bệnh, chữa bệnh và hình thức thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh của đối tượng tự nguyện tham gia BHYT được thực hiện thống nhất như các đối tượng có trách nhiệm tham gia BHYT.

Chương IV
TỔ CHỨC KHÁM BỆNH, CHỮA BỆNH BẢO HIỂM Y TẾ

Điều 11. Cơ sở khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế, đăng ký nơi khám bệnh, chữa bệnh ban đầu và chuyển tuyến điều trị của người bệnh có thẻ bảo hiểm y tế

1. Cơ sở khám bệnh, chữa bệnh BHYT thực hiện theo quy định tại Điều 24 Luật BHYT.

2. Điều kiện tham gia khám bệnh, chữa bệnh BHYT đối với cơ sở y tế ngoài công lập:

a) Có trụ sở và tư cách pháp nhân;

b) Có giấy chứng nhận đăng ký kinh doanh hoặc giấy phép đầu tư theo quy định của pháp luật;

c) Có giấy phép hoạt động hoặc giấy chứng nhận đủ điều kiện hành nghề do cơ quan nhà nước có thẩm quyền về y tế cấp theo quy định;

d) Có đủ điều kiện về nhân lực, cơ sở hạ tầng, trang thiết bị để bảo đảm yêu cầu khám bệnh, chữa bệnh theo quy định của Bộ trưởng Bộ Y tế;

đ) Chấp nhận mức giá thanh toán, phương thức thanh toán như đối với cơ sở y tế công lập cùng tuyến chuyên môn kỹ thuật hoặc cùng phân hạng theo quy định của Bộ Y tế.

3[8]. Giao Sở Y tế, căn cứ tình hình cụ thể của địa phương quy định Trạm y tế xã, phường, thị trấn, Y tế cơ quan, trường học đóng trên địa bàn có đủ điều kiện về nhân lực, cơ sở hạ tầng, trang thiết bị để khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế, đồng thời quy định phạm vi chuyên môn, danh mục thuốc, danh mục kỹ thuật được thực hiện tại các Trạm y tế.

Đối với khu vực biên giới, hải đảo, vùng có điều kiện kinh tế - xã hội khó khăn, đặc biệt khó khăn: căn cứ danh sách cơ sở quân y có đủ điều kiện về nhân lực, cơ sở hạ tầng, trang thiết bị khám bệnh, chữa bệnh do Cục Quân y - Bộ Quốc phòng cung cấp, Sở Y tế chủ trì, phối hợp với Bảo hiểm xã hội tỉnh hướng dẫn việc ký hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế đối với cơ sở quân y để phục vụ người bệnh có thẻ bảo hiểm y tế trong địa bàn.

4. Đăng ký nơi khám bệnh, chữa bệnh ban đầu và chuyển tuyến điều trị của người bệnh BHYT thực hiện theo quy định của Bộ trưởng Bộ Y tế.

Điều 12. Hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế

1. Bảo hiểm xã hội có trách nhiệm ký hợp đồng với cơ sở y tế. Hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh BHYT lập theo mẫu quy định tại Phụ lục 03 ban hành kèm theo Thông tư này. Căn cứ phạm vi, tính chất chuyên môn, hình thức thanh toán được áp dụng, hai bên thống nhất bổ sung, hoàn chỉnh các điều khoản cụ thể trong hợp đồng. Hàng năm, hai bên tổ chức thanh lý hợp đồng và xem xét, điều chỉnh bổ sung các điều khoản của hợp đồng cho năm tới.

2. Hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh BHYT tại Trạm y tế xã và tương đương:

a) Đối với Trạm y tế xã:

- Bảo hiểm xã hội ký hợp đồng với Bệnh viện huyện hoặc Bệnh viện đa khoa khu vực (nơi không có Bệnh viện huyện) hoặc Trung tâm y tế huyện nơi chưa tách

---

[8] Khoản này được sửa đổi, bổ sung theo quy định tại Khoản 3 Điều 1 của Thông tư liên tịch số 24/2014/TTLT-BYT-BTC, có hiệu lực kể từ ngày 01 tháng 9 năm 2014.

riêng Bệnh viện huyện để tổ chức thực hiện khám bệnh, chữa bệnh BHYT ban đầu tại Trạm y tế xã;

- Trong phạm vi quỹ khám bệnh, chữa bệnh BHYT được giao, Bệnh viện huyện hoặc Trung tâm y tế huyện có trách nhiệm cung ứng thuốc, hóa chất, vật tư y tế cho Trạm y tế xã và thanh toán chí phí sử dụng giường bệnh (nếu có), các dịch vụ kỹ thuật do Trạm y tế xã thực hiện trong phạm vi chuyên môn được quy định; đồng thời theo dõi, giám sát và tổng hợp để thanh toán với Bảo hiểm xã hội. Việc lưu người bệnh để theo dõi và điều trị tại Trạm y tế xã thực hiện theo quy định của Bộ trưởng Bộ Y tế nhưng số ngày lưu theo dõi không quá 3 (ba) ngày. Riêng đối với các Trạm y tế xã thuộc vùng khó khăn theo Quyết định số 30/2007/QĐ-TTg ngày 05/3/2007 của Thủ tướng Chính phủ Ban hành Danh mục các đơn vị hành chính thuộc vùng khó khăn, Giám đốc Sở Y tế căn cứ quy định tại khoản 3 Điều 11 Thông tư này quy định việc tổ chức điều trị nội trú tại Trạm y tế xã nhưng số ngày điều trị không quá 5 (năm) ngày. Tổng quỹ để bảo đảm khám bệnh, chữa bệnh tại trạm y tế xã không thấp hơn 10% quỹ khám bệnh, chữa bệnh BHYT theo số thẻ đăng ký khám bệnh, chữa bệnh BHYT tại Trạm y tế xã;

- Căn cứ hệ thống tổ chức y tế tại địa phương và Trạm y tế xã đủ điều kiện khám bệnh, chữa bệnh theo quy định của Sở Y tế, Sở Y tế chủ trì, phối hợp với Bảo hiểm xã hội chỉ đạo thực hiện ký hợp đồng với Bệnh viện huyện hoặc Bệnh viện đa khoa khu vực hoặc Trung tâm y tế huyện để tổ chức khám bệnh, chữa bệnh BHYT tại Trạm y tế xã.

b) Đối với cơ sở y tế của cơ quan, đơn vị, trường học:

Bảo hiểm xã hội ký hợp đồng trực tiếp với cơ quan, đơn vị quản lý cơ sở y tế. Cơ quan, đơn vị quản lý cơ sở y tế có trách nhiệm cung ứng thuốc, hóa chất, vật tư y tế tiêu hao để bảo đảm yêu cầu khám bệnh, chữa bệnh tại cơ sở y tế.

3. Đối với các 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 kỹ thuật được cấp thẩm quyền phê duyệt áp dụng tại Phòng khám, Bảo hiểm xã hội và Bệnh viện huyện hoặc Trung tâm y tế huyện thống nhất trong Hợp đồng về khám bệnh, chữa bệnh tại các Phòng khám đa khoa khu vực.

Điều 13. Thủ tục khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế

1. Người tham gia BHYT khi đi khám bệnh, chữa bệnh phải xuất trình thẻ BHYT có ảnh; trường hợp thẻ BHYT chưa có ảnh thì xuất trình thẻ BHYT và một loại giấy tờ tùy thân khác có ảnh.

2. Trẻ em dưới 6 tuổi khi đi khám bệnh, chữa bệnh phải xuất trình thẻ BHYT; trường hợp chưa có thẻ BHYT thì xuất trình giấy khai sinh hoặc giấy chứng 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 thanh toán với Bảo hiểm xã hội và chịu trách nhiệm về việc xác nhận này.

3. Trường hợp cấp cứu, người tham gia BHYT được khám bệnh, chữa bệnh tại bất kỳ cơ sở y tế có hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh BHYT và phải xuất trình giấy tờ quy định tại khoản 1 hoặc khoản 2 Điều này trước khi ra viện để được hưởng quyền lợi BHYT.

Trường hợp cấp cứu tại cơ sở y tế không ký hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh với Bảo hiểm xã hội thì cơ sở y tế có trách nhiệm cung cấp đầy đủ giấy tờ xác nhận tình trạng bệnh lý và các chứng từ hợp lệ về chi phí khám bệnh, chữa bệnh để người bệnh thanh toán với Bảo hiểm xã hội.

4. Trường hợp chuyển tuyến điều trị, người tham gia BHYT phải xuất trình các giấy tờ quy định tại khoản 1 hoặc khoản 2 Điều này và hồ sơ chuyển viện theo quy định của Bộ Y tế.

5. Trường hợp đến khám lại theo yêu cầu điều trị của cơ sở y tế tuyến trên không qua cơ sở đăng ký ban đầu, thì phải xuất trình các giấy tờ quy định tại khoản 1 hoặc khoản 2 Điều này và phải có giấy hẹn khám lại của cơ sở y tế. Mỗi giấy hẹn chỉ có giá trị sử dụng một lần theo thời gian ghi trong giấy hẹn. Cơ sở y tế chỉ hẹn người bệnh khám lại theo yêu cầu điều trị khi vượt quá khả năng chuyên môn của cơ sở tuyến dưới.

6. Người có thẻ BHYT đi khám bệnh, chữa bệnh mà không phải trong tình trạng cấp cứu khi đi công tác, khi làm việc lưu động hoặc đến tạm trú tại địa phương khác thì được khám bệnh, chữa bệnh ban đầu tại cơ sở y tế tương đương với cơ sở đăng ký khám bệnh, chữa bệnh ban đầu ghi trên thẻ và ngoài việc phải xuất trình các giấy tờ quy định tại khoản 1 hoặc khoản 2 Điều này còn phải xuất trình giấy công tác hoặc giấy đăng ký tạm trú để được hưởng quyền lợi theo quy định.

Điều 14. Giám định bảo hiểm y tế

1. 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 gồm:

a) Kiểm tra thủ tục khám bệnh, chữa bệnh BHYT:

- Phối hợp với cơ sở y tế kiểm tra các thủ tục khám bệnh, chữa bệnh BHYT theo quy định;

- Phối hợp với nhân viên y tế tại cơ sở y tế giải quyết vướng mắc về thủ tục khám bệnh, chữa bệnh; về quyền lợi, trách nhiệm của người tham gia BHYT và của cơ sở y tế;

- Đề xuất cải cách thủ tục hành chính trong khám bệnh, chữa bệnh, bảo đảm thuận tiện, giảm phiền hà cho người có thẻ BHYT.

b) Kiểm tra, đánh giá việc chỉ định điều trị, sử dụng thuốc, hóa chất, vật tư y tế và dịch vụ kỹ thuật y tế cho người bệnh:

- Kiểm tra, đối chiếu ngày nằm viện, các dịch vụ y tế, thuốc và vật tư y tế thực tế được sử dụng cho người bệnh;

- Kiểm tra việc chỉ định điều trị, sử dụng thuốc, hóa chất, vật tư, thiết bị y tế và dịch vụ kỹ thuật phù hợp với tình trạng bệnh và danh mục theo quy định;

- Tiếp xúc trực tiếp với người bệnh tại khoa, phòng điều trị để giám sát, đánh giá chất lượng điều trị đối với người bệnh có thẻ BHYT.

c) Kiểm tra, 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;

- Xác định kinh phí được tạm ứng;

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

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

4. Cơ sở y tế có trách nhiệm chấp hành kết quả giám định đã được thống nhất giữa Cơ sở y tế và 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 tại các cơ sở y tế.

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

Điều 15. Thanh toán theo định suất

1. Nguyên tắc chung:

a) Thanh toán theo định suất là thanh toán theo định mức chi phí khám bệnh, chữa bệnh bình quân tính trên mỗi thẻ BHYT theo các nhóm đối tượng (sau đây gọi là suất phí) trong thời gian đăng ký tại cơ sở y tế;

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) Khi thực hiện thanh toán theo định suất, cơ sở y tế được chủ động sử dụng nguồn kinh phí đã được xác định hàng năm. Cơ sở y tế có trách nhiệm 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.

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 là tổng quỹ định suất của 6 nhóm đối tượng quy định như sau:

- Nhóm 1: gồm đối tượng quy định tại các khoản 1, 2, 8 và 12 Điều 1 Thông tư này;

- Nhóm 2: gồm đối tượng quy định tại các khoản 3, 4, 5, 6, 7, 9, 10, 11, 13, 15, 16, 18 và 25 Điều 1 Thông tư này;

- Nhóm 3: gồm đối tượng quy định tại các khoản 14 và 20 Điều 1 Thông tư này;

- Nhóm 4: gồm đối tượng quy định tại khoản 17 Điều 1 Thông tư này;

- Nhóm 5: gồm đối tượng quy định tại khoản 19 và 21 Điều 1 Thông tư này;

- Nhóm 6: gồm đối tượng quy định tại các khoản 22, 23 và 24 Điều 1 Thông tư này.

b) Quỹ định suất của từng nhóm đối tượng được xác định như sau:

$$\text{Quỹ định suất của nhóm đối tượng} = \frac{\text{Tổng chi phí khám bệnh, chữa bệnh BHYT của nhóm đối tượng năm trước trên địa bàn tỉnh}}{\text{Tổng số thẻ BHYT của nhóm đối tượng trong toàn tỉnh năm trước}} \times \text{Tổng số thẻ BHYT của nhóm đối tượng đăng ký năm nay} \times k$$

- Tổng chi phí khám bệnh, chữa bệnh của từng nhóm đối tượng năm trước trên địa bàn tỉnh bao gồm: chi phí khám bệnh, chữa bệnh tại cơ sở đăng ký khám chữa bệnh ban đầu, chi phí khám bệnh, chữa bệnh tuyến khác và chi phí thanh toán trực tiếp của nhóm đối tượng đó (trừ các khoản chi phí quy định tại điểm c khoản này).

- k: 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.

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

d) Tổng quỹ định suất giao cho các cơ sở y tế thực hiện định suất trong tỉnh không vượt quá tổng quỹ khám, chữa bệnh của các cơ sở này. Trường hợp đặc biệt thì Bảo hiểm xã hội tỉnh báo cáo Bảo hiểm xã hội Việt Nam để xem xét, điều chỉnh

nhưng suất phí điều chỉnh không vượt quá mức chi bình quân chung theo nhóm đối tượng trên phạm vi cả nước do Bảo hiểm xã hội Việt Nam xác định và thông báo hàng năm;

đ) Hệ số k tạm thời áp dụng là 1,10. Liên Bộ Y tế, Bộ Tài chính xem xét, điều chỉnh hệ số k cho phù hợp trong trường hợp có biến động liên quan đến chi phí khám bệnh, chữa bệnh và phạm vi quyền lợi BHYT. Trong trường hợp đặc biệt, Bảo hiểm xã hội Việt Nam báo cáo liên Bộ để xem xét, giải quyết.

3[9]. Theo dõi, điều chỉnh quỹ định suất:

Khi có sự thay đổi về suất phí, nhóm đối tượng và số thẻ theo nhóm đối tượng đăng ký tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh, Bảo hiểm xã hội tỉnh có trách nhiệm thông báo cho cơ sở khám bệnh, chữa bệnh số thẻ bảo hiểm y tế theo các nhóm đối tượng và tổng quỹ định suất được sử dụng. Trường hợp chi phí khám bệnh, chữa bệnh tăng thêm do thay đổi về giá dịch vụ khám bệnh, chữa bệnh, ứng dụng các dịch vụ y tế mới hoặc do thay đổi chức năng, nhiệm vụ của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh 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 BHYT 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. 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;

b)[10] Trường hợp quỹ định suất có kết dư thì cơ sở y tế được hạch toán vào nguồn thu của đơn vị sự nghiệp. 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 tuyến 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. 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;

---

[9] Khoản này được sửa đổi, bổ sung theo quy định tại Khoản 4 Điều 1 của Thông tư liên tịch số 24/2014/TTLT-BYT-BTC, có hiệu lực kể từ ngày 01 tháng 9 năm 2014.

[10] Điểm này được sửa đổi, bổ sung theo quy định tại Khoản 4 Điều 1 của Thông tư liên tịch số 24/2014/TTLT-BYT-BTC, có hiệu lực kể từ ngày 01 tháng 9 năm 2014.

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 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 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 ban đầu tại cơ sở đến khám, chữa bệnh; chi phí ngoài định suất quy định tại điểm c khoản 2 Điều này để thanh toán với Bảo hiểm xã hội.

Điều 16. Thanh toán theo giá dịch vụ

1. Thanh toán theo giá dịch vụ là hình thức thanh toán dựa trên chi phí của các dịch vụ kỹ thuật y tế, thuốc, hóa chất, vật tư y tế đã 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 hay các dịch vụ 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 15 Thông tư này;

3. Cơ sở thanh toán: chi phí các dịch vụ kỹ thuật y tế được tính theo bảng giá dịch vụ kỹ thuật của cơ sở y tế được cơ quan có thẩm quyền phê duyệt theo quy định của pháp luật về thu viện phí; chi phí về thuốc, hóa chất, vật tư y tế được tính theo giá mua vào của cơ sở y tế; chi phí về máu, chế phẩm máu được thanh toán theo giá quy định của Bộ Y tế.

4. Xác định quỹ khám bệnh, chữa bệnh cho cơ sở y tế đăng ký khám bệnh, chữa bệnh ban đầu:

a) Đối với cơ sở y tế thực hiện khám bệnh, chữa bệnh ngoại trú và nội trú được sử dụng 90% quỹ khám bệnh, chữa bệnh tính trên tổng số thẻ đăng ký tại cơ sở y tế để:

- Chi khám bệnh, chữa bệnh tại cơ sở y tế;

- Chi khám bệnh, chữa bệnh tại các cơ sở khác đối với trường hợp người bệnh được chuyển tuyến, cấp cứu, khám bệnh, chữa bệnh theo yêu cầu riêng và chi phí vận chuyển nếu có;

10% quỹ khám bệnh, chữa bệnh 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 được sử dụng 45% quỹ khám bệnh, chữa bệnh tính trên tổng số thẻ đăng ký tại cơ sở để:

- Chi khám bệnh, chữa bệnh ngoại trú tại cơ sở y tế;

- Chi khám bệnh, chữa bệnh ngoại trú và khám bệnh, chữa bệnh ngoại trú theo yêu cầu riêng tại các cơ sở y tế khác.

5% quỹ khám bệnh, chữa bệnh để điều chỉnh, bổ sung cho cơ sở theo quy định tại khoản 5 Điều này. 50% quỹ khám bệnh, chữa bệnh còn lại, Bảo hiểm xã hội dùng để thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh nội trú.

c) 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 nơi người có thẻ BHYT đăng ký khám bệnh, chữa bệnh ban đầu.

5. Trường hợp chi phí khám bệnh, chữa bệnh vượt quá tổng quỹ khám bệnh, chữa bệnh được sử dụng thì 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 đã điều chỉnh, bổ sung mà vẫn thiếu, Bảo hiểm xã hội tỉnh có trách nhiệm xem xét, đánh giá để 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. Từ năm 2010, tổng mức thanh toán cho cơ sở y tế (từ tuyến tỉnh trở lên) đối với trường hợp chuyển tuyến điều trị không vượt quá chi phí bình quân thực tế theo phạm vi quyền lợi được hưởng cho 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 với số lượt khám bệnh, chữa bệnh trong năm và được điều chỉnh theo hệ số biến động chi phí khám bệnh, chữa bệnh hàng năm là 1,10. Trường hợp chi phí khám bệnh, chữa bệnh có biến động lớn do thay đổi chính sách viện phí, cơ cấu bệnh tật, áp dụng các dịch vụ kỹ thuật mới hoặc thay đổi chức năng, nhiệm vụ của cơ sở y tế, Bảo hiểm xã hội Việt Nam có trách nhiệm báo cáo liên Bộ để xem xét, điều chỉnh hệ số cho phù hợp.

Điều 17. Thanh toán theo trường hợp bệnh

1. Thanh toán theo trường hợp bệnh hay nhóm bệnh là hình thức thanh toán trọn gói để bảo đảm khám bệnh, chữa bệnh cho trường hợp bệnh đã được chẩn đoán xác định.

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 về thống kê, phân loại bệnh tật.

3. Chi phí trọn gói của từng trường hợp bệnh hay nhóm bệnh dựa trên quy định của pháp luật về thu viện phí hiện hành.

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

Điều 18. Tạm ứng và thanh quyết toán

Bảo hiểm xã hội thực hiện tạm ứng, thanh toán, quyết toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh BHYT cho cơ sở y tế theo quy định tại khoản 1 và khoản 2 Điều 32 Luật BHYT và được ghi rõ trong hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế theo phương thức thanh toán được áp dụng.

Chương VI
THANH TOÁN TRỰC TIẾP CHI PHÍ KHÁM BỆNH, CHỮA BỆNH GIỮA BẢO HIỂM XÃ HỘI VÀ NGƯỜI THAM GIA BHYT

Điều 19. Thủ tục thanh toán trực tiếp chi phí khám bệnh, chữa bệnh cho người có thẻ bảo hiểm y tế quy định tại khoản 2 Điều 31 Luật bảo hiểm y tế

1. Hồ sơ đề nghị thanh toán:

a) Giấy đề nghị thanh toán của người bệnh có thẻ BHYT (lập theo mẫu do Bảo hiểm xã hội Việt Nam ban hành);

b) Thẻ BHYT (bản sao);

c) Giấy ra viện hoặc hồ sơ bệnh án (bản chính hoặc bản sao);

d) Các chứng từ hợp lệ (đơn thuốc, sổ y bạ, hóa đơn mua thuốc, hóa đơn thu viện phí và các chứng từ có liên quan khác);

đ) Trường hợp đi khám bệnh, chữa bệnh ở nước ngoài, ngoài các giấy tờ quy tại các điểm a, b, c, d khoản 1 Điều này, phải có ý kiến của một cơ sở y tế tuyến tỉnh hoặc tuyến trung ương xác nhận về tình trạng bệnh và hướng điều trị;

e) Trường hợp được cử đi công tác hoặc học tập tại nước ngoài, ngoài các giấy tờ quy tại các điểm a, b, c, d khoản 1 Điều này, phải có quyết định của cấp có thẩm quyền cử đi công tác hoặc học tập tại nước ngoài;

Trường hợp hồ sơ, chứng từ viết bằng ngôn ngữ nước ngoài, phải dịch sang ngôn ngữ Việt Nam có công chứng.

2. Thời hạn thanh toán

Trong thời hạn 40 ngày, kể từ ngày nhận đủ hồ sơ đề nghị thanh toán của người tham gia BHYT khám bệnh, chữa bệnh tại cơ sở y tế trên địa bàn tỉnh, thành phố; trong thời hạn 60 ngày, kể từ ngày nhận đủ hồ sơ đề nghị thanh toán của người tham gia BHYT khám bệnh, chữa bệnh tại cơ sở y tế của tỉnh khác và khám bệnh, chữa bệnh ở nước ngoài, Bảo hiểm xã hội có trách nhiệm thẩm định và thanh toán cho người bệnh.

Chương VII
QUẢN LÝ, SỬ DỤNG QUỸ KHÁM BỆNH, CHỮA BỆNH BẢO HIỂM Y TẾ

Điều 20. Quản lý, sử dụng khoản kinh phí quy định tại điểm b khoản 1 Điều 11 Nghị định số 62/2009/NĐ-CP

1. Quỹ khám bệnh, chữa bệnh của học sinh, sinh viên được xác định dựa trên tổng số học sinh, sinh viên của trường tham gia BHYT (kể cả số học sinh, sinh viên tham gia BHYT theo đối tượng khác) và mức đóng BHYT quy định tại điểm đ khoản 2 Điều 3 và điểm a khoản 1 Điều 6 Nghị định số 62/2009/NĐ-CP.

2. Căn cứ quỹ khám bệnh, chữa bệnh được xác định tại khoản 1 Điều này, Bảo hiểm xã hội trích 12% chuyển cho nhà trường để thực hiện chăm sóc sức khoẻ ban đầu cho học sinh, sinh viên tại trường và tổng hợp số kinh phí này vào quyết toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh BHYT của tỉnh.

3. Nhà trường có trách nhiệm quản lý, sử dụng nguồn kinh phí này để thực hiện chăm sóc sức khoẻ ban đầu cho học sinh, sinh viên theo quy định tại 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.

Điều 21. Quản lý, sử dụng khoản kinh phí quy định tại điểm a khoản 2 Điều 11 Nghị định số 62/2009/NĐ-CP

1. Nội dung sử dụng:

a) Mua sắm, bảo dưỡng trang thiết bị y tế cần thiết cho các cơ sở y tế tại địa phương; tập trung ưu tiên cho các Trạm y tế xã và cơ sở y tế thuộc địa bàn kinh tế - xã hội khó khăn;

b) Tập huấn nâng cao trình độ nghiệp vụ cho cán bộ y tế và cán bộ các ngành liên quan đến thực hiện chính sách BHYT tại địa phương;

c) Hỗ trợ công tác thanh tra, kiểm tra liên ngành, khen thưởng cho tập thể, cá nhân thực hiện tốt chính sách khám bệnh, chữa bệnh BHYT tại địa phương.

2. Căn cứ số kinh phí kết dư hàng năm được sử dụng tại địa phương do Bảo hiểm xã hội tỉnh báo cáo, Sở Y tế chủ trì, phối hợp với Sở Tài chính và Bảo hiểm xã hội tỉnh xây dựng kế hoạch sử dụng trình Ủy ban nhân dân tỉnh, thành phố phê duyệt.

3. Căn cứ quyết định phê duyệt của Ủy ban nhân dân tỉnh, Bảo hiểm xã hội tỉnh chuyển kinh phí cho các đơn vị. Bảo hiểm xã hội tỉnh có trách nhiệm kiểm tra, giám sát việc sử dụng kinh phí tại các đơn vị, bảo đảm đúng mục đích, công khai, minh bạch.

4. Các đơn vị được phân bổ kinh phí có trách nhiệm quản lý, sử dụng theo quy định hiện hành và quyết toán với Bảo hiểm xã hội tỉnh để tổng hợp vào quyết toán chi của quỹ BHYT của tỉnh. Chậm nhất đến ngày 30 tháng 6 năm sau, nếu không sử dụng hết thì chuyển vào quỹ khám bệnh, chữa bệnh BHYT của tỉnh năm sau.

Chương VIII
ĐIỀU KHOẢN THI HÀNH

Điều 22. Thực hiện trong giai đoạn chuyển tiếp theo quy định tại khoản 1 và 2 Điều 50 Luật bảo hiểm y tế

1. Đối với các trường hợp tham gia BHYT, kể cả BHYT bắt buộc và tự nguyện trước khi Luật BHYT có hiệu lực:

a) Thẻ BHYT phát hành trước ngày 01/10/2009 có thời hạn sử dụng đến hết ngày 31/12/2009 thì phạm vi quyền lợi được thực hiện theo quy định của Nghị định số 63/2005/NĐ-CP ngày 16/5/2005 và các Thông tư hướng dẫn liên quan;

b) Thẻ BHYT phát hành trước ngày 01/10/2009 có thời hạn sử dụng đến sau ngày 31/12/2009 thì phạm vi quyền lợi được tiếp tục thực hiện theo quy định của Nghị định số 63/2005/NĐ-CP và các Thông tư hướng dẫn liên quan đến hết ngày 31/12/2009; từ ngày 01/01/2010 thực hiện theo quy định của Luật BHYT và các văn bản hướng dẫn. Trường hợp người tham gia BHYT tự nguyện đã đóng BHYT cho cả năm (trong đó có cả thời gian sau ngày 01/01/2010) theo mức cũ thì không truy thu và thực hiện việc phân bổ, sử dụng quỹ như quy định tại Nghị định số 63/2005/NĐ-CP ngày 16/5/2005 và các Thông tư hướng dẫn liên quan; trường hợp chưa đóng đủ mức phí BHYT thì đóng BHYT cho thời gian còn lại theo mức đóng quy định từ ngày 01/01/2010.

2. Đối với trẻ em dưới 6 tuổi:

a) Đến hết ngày 30/9/2009, các cơ sở y tế chấm dứt việc thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh cho trẻ em dưới 6 tuổi theo quy định tại Thông tư liên tịch số 15/2008/TTLT-BTC-BYT ngày 05/02/2008 của Bộ Tài chính - Bộ Y tế hướng dẫn thực hiện khám, chữa bệnh, quản lý sử dụng và quyết toán kinh phí khám, chữa bệnh cho trẻ em dưới sáu tuổi không phải trả tiền tại các cơ sở y tế công lập để chuyển sang thực hiện thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh BHYT theo quy định của Luật BHYT và các văn bản hướng dẫn;

b) Bảo hiểm xã hội có trách nhiệm tạm ứng, thanh toán các chi phí khám bệnh, chữa bệnh cho trẻ em dưới 6 tuổi phát sinh từ ngày 01/10/2009 (kể cả chi phí đối

với trường hợp trẻ vào viện trước ngày 01/10/2009 nhưng còn đang nằm viện, chưa được cơ sở y tế thanh toán) theo quy định về thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh BHYT;

c) Các cơ sở y tế có trách nhiệm lập báo cáo quyết toán số kinh phí ngân sách nhà nước chi khám bệnh, chữa bệnh cho trẻ em dưới 6 tuổi năm 2009 theo văn bản hướng dẫn của Bộ Tài chính;

d) Sở Tài chính chủ trì, phối hợp với Sở Y tế và Sở Lao động - Thương binh và Xã hội căn cứ dự báo số lượng trẻ em dưới 6 tuổi của địa phương đến ngày 01/10/2009, xác định tổng kinh phí ngân sách nhà nước để đóng BHYT 3 tháng cuối năm 2009 cho trẻ em dưới 6 tuổi theo mức bằng 3% mức lương tối thiểu (58.500 đồng/trẻ), trình Chủ tịch Ủy ban nhân dân cấp tỉnh quyết định. Sở Tài chính chuyển kinh phí này vào quỹ BHYT do Bảo hiểm xã hội tỉnh quản lý;

đ) Quỹ BHYT thanh toán chi phí các thuốc có trong danh mục do Bộ trưởng Bộ Y tế quy định, kể cả các thuốc có dạng dùng thuận tiện, phù hợp với trẻ em như si-rô, bột thơm, cốm...

Điều 23. Hiệu lực thi hành[11]

1. Thông tư này có hiệu lực thi hành từ ngày 01 tháng 10 năm 2009.

---

[11] Điều 6 và Điều 7 của Thông tư liên tịch số 39/2011/TTLT-BYT-BTC, có hiệu lực kể từ ngày 26 tháng 11 năm 2011 quy định như sau:

"Điều 6. Hiệu lực thi hành

1. Thông tư này có hiệu lực thi hành kể từ ngày 26 tháng 12 năm 2011.

2. Bãi bỏ khoản 3 Điều 8 Thông tư liên tịch số 09/2009/TTLT-BYT-BTC ngày 14 tháng 8 năm 2009 của Bộ Y tế - Bộ Tài chính hướng dẫn thực hiện bảo hiểm y tế khi Thông tư này có hiệu lực thi hành.

Điều 7. Tổ chức thực hiện

1. Giao Bảo hiểm xã hội Việt Nam ban hành biểu mẫu tổng hợp, báo cáo về các trường hợp không thu hồi được chi phí quy định tại khoản 3 Điều 5 Thông tư này và hướng dẫn Bảo hiểm xã hội các cấp tổ chức thực hiện.

2. Trường hợp người tham gia bảo hiểm y tế bị tai nạn giao thông trước ngày Thông tư này có hiệu lực nhưng còn đang điều trị tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh thì thực hiện theo quy định tại Thông tư này.

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

Điều 2 của Thông tư liên tịch số 24/2014/TTLT-BYT-BTC, có hiệu lực kể từ ngày 01 tháng 9 năm 2014 quy định như sau:

*"**Điều 2. Hiệu lực thi hành***

Thông tư này có hiệu lực kể từ ngày 01 tháng 9 năm 2014.

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/."

2. Các văn bản sau đây hết hiệu lực thi hành khi hết thời hạn áp dụng đối với các trường hợp trong giai đoạn chuyển tiếp theo quy định tại khoản 1 và 2 Điều 50 Luật BHYT và khoản 2 Điều 16 Nghị định số 62/2009/NĐ-CP:

a) Thông tư liên tịch số 14/2002/TTLT-BYT-BTC ngày 16/12/2002 của Bộ Y tế - Bộ Tài chính hướng dẫn tổ chức khám, chữa bệnh và lập, quản lý, sử dụng, thanh quyết toán quỹ khám, chữa bệnh cho người nghèo theo Quyết định số 139/2002/QĐ-TTg ngày 15/10/2002 của Thủ tướng Chính phủ;

b) Thông tư liên tịch số 21/2005/TTLT-BYT-BTC ngày 27/7/2005 của Bộ Y tế - Bộ Tài chính hướng dẫn thực hiện bảo hiểm y tế bắt buộc;

c) Thông tư liên tịch số 16/2006/TTLT-BYT-BTC ngày 6/12/2006 của Bộ Y tế - Bộ Tài chính hướng dẫn sửa đổi, bổ sung một số điểm của Thông tư liên tịch số 21/2005/TTLT-BYT-BTC ngày 27/7/2005 của Bộ Y tế-Bộ Tài chính hướng dẫn thực hiện bảo hiểm y tế bắt buộc;

d) Thông tư liên tịch số 06/2007/TTLT-BYT-BTC ngày 30/3/2007 của Bộ Y tế - Bộ Tài chính hướng dẫn thực hiện bảo hiểm y tế tự nguyện;

đ) Thông tư liên tịch số 14/2007/TTLT-BYT-BTC ngày 10/12/2007 của Bộ Y tế - Bộ Tài chính hướng dẫn sửa đổi, bổ sung một số điều của Thông tư liên tịch số 06/2007/TTLT-BYT-BTC ngày 30/3/2007 của Bộ Y tế-Bộ Tài chính hướng dẫn thực hiện bảo hiểm y tế tự nguyện;

e) Thông tư liên tịch số 15/2008/TTLT-BTC-BYT ngày 05/02/2008 của Bộ Tài chính - Bộ Y tế hướng dẫn thực hiện khám, chữa bệnh; quản lý, sử dụng và quyết toán kinh phí khám, chữa bệnh cho trẻ em dưới sáu tuổi không phải trả tiền tại các cơ sở y tế công lập;

g) Thông tư liên tịch số 10/2008/TTLT-BYT-BTC ngày 24/9/2008 của Bộ Y tế - Bộ Tài chính hướng dẫn thực hiện bảo hiểm y tế đối với người thuộc hộ gia đình cận nghèo.

Điều 24. Tổ chức thực hiện

1[12]. Cấp thẻ bảo hiểm y tế và thực hiện bảo hiểm y tế với một số đối tượng:

a) Bảo hiểm xã hội Việt Nam có trách nhiệm hướng dẫn quy trình, thủ tục cấp mới, cấp lại và đổi thẻ bảo hiểm y tế. Thẻ bảo hiểm y tế có thời hạn sử dụng tối thiểu là một năm. Trường hợp người lao động ký hợp đồng lao động dưới một năm và người đang hưởng trợ cấp thất nghiệp, thời hạn sử dụng của thẻ bảo hiểm y tế do Bảo hiểm xã hội Việt Nam quy định;

---

[12] Khoản này được sửa đổi theo quy định tại Khoản 5 Điều 1 của Thông tư liên tịch số 24/2014/TTLT-BYT-BTC, có hiệu lực kể từ ngày 01 tháng 9 năm 2014.

b) Đối với trẻ em dưới 6 tuổi, hàng tháng, Ủy ban nhân dân xã, phường, thị trấn có trách nhiệm lập danh sách số trẻ sinh trong tháng trên địa bàn và chuyển cho Bảo hiểm xã hội để cấp thẻ bảo hiểm y tế;

c) Đối với người đã hiến bộ phận cơ thể theo quy định của pháp luật về hiến, lấy, ghép mô, bộ phận cơ thể người và hiến, lấy xác:

- Cơ sở y tế nơi lấy bộ phận cơ thể người có trách nhiệm ghi rõ bộ phận cơ thể đã hiến trên giấy ra viện cấp cho người đã hiến bộ phận cơ thể;

- Người đã hiến bộ phận cơ thể hoặc thân nhân mang theo giấy ra viện đến Bảo hiểm xã hội cấp huyện nơi cư trú để được cấp thẻ bảo hiểm y tế lần đầu. Thời hạn sử dụng thẻ do Bảo hiểm xã hội Việt Nam quy định;

- Thời điểm thẻ bảo hiểm y tế có giá trị sử dụng và đóng bảo hiểm y tế tính từ ngày 01 của tháng liền kề tiếp theo tháng ghi trên giấy ra viện;

- Căn cứ đối tượng đã được cấp thẻ bảo hiểm y tế lần đầu, Bảo hiểm xã hội tỉnh có trách nhiệm quản lý danh sách đối tượng để bảo đảm việc cấp thẻ những lần tiếp theo được liên tục, kịp thời.

d) Đối với trường hợp công chức, viên chức đang trong thời gian bị tạm giữ, tạm giam hoặc tạm đình chỉ công tác để xem xét, xử lý kỷ luật vẫn được hưởng 50% mức lương hiện hưởng theo ngạch bậc và được truy lĩnh 50% còn lại của mức lương hiện hưởng nếu không bị xử lý kỷ luật hoặc được kết luận là oan sai theo quy định tại Điều 24 Nghị định số 34/2011/NĐ-CP ngày 17 tháng 5 năm 2011 và Điều 23 Nghị định số 27/2012/NĐ-CP ngày 06 tháng 4 năm 2012 của Chính phủ thì vẫn phải đóng bảo hiểm y tế theo mức tiền lương thực tế bằng 50% mức lương hiện hưởng theo ngạch bậc. Trường hợp không bị xử lý kỷ luật hoặc được kết luận là oan sai được truy lĩnh số tiền lương còn lại thì cơ quan Bảo hiểm xã hội thực hiện truy thu số tiền đóng bảo hiểm y tế theo số tiền lương được truy lĩnh trong thời gian bị tạm giữ, tạm giam hay tạm đình chỉ công tác.

2. Chi phí thực hiện công tác thu BHYT đối với một số đối tượng thực hiện theo quy định của Thủ tướng Chính phủ về quản lý tài chính đối với Bảo hiểm xã hội Việt Nam.

3. Tiêu chí xác định người thuộc hộ gia đình nghèo, hộ gia đình cận nghèo, hộ gia đình nông nghiệp, lâm nghiệp, ngư nghiệp và diêm nghiệp có mức sống trung bình thực hiện theo quyết định của Thủ tướng Chính phủ và hướng dẫn của Bộ Lao động - Thương binh và Xã hội.

4. Sở Y tế có trách nhiệm:

a) Chủ trì, phối hợp với Bảo hiểm xã hội 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 Thông tư này;

b) Chỉ đạo, thực hiện việc xây dựng bảng giá dịch vụ kỹ thuật, tổ chức cung ứng thuốc, vật tư y tế và quản lý giá thuốc, giá vật tư y tế theo quy định. Đối với các dịch vụ kỹ thuật mới, dịch vụ kỹ thuật chưa có trong khung giá dịch vụ y tế do liên Bộ Y tế - Bộ Tài chính ban hành, Sở Y tế chủ trì, phối hợp với các ngành liên quan xây dựng giá trình UBND tỉnh phê duyệt kịp thời, làm căn cứ thanh toán BHYT.

5. Cơ sở y tế có trách nhiệm:

a) Tổ chức đón tiếp và thực hiện các thủ tục hành chính theo quy định đối với người bệnh có thẻ BHYT;

b) Cung ứng đầy đủ thuốc, hóa chất, vật tư y tế để phục vụ khám bệnh, chữa bệnh BHYT;

c) Chỉ định sử dụng thuốc, vật tư y tế, dịch vụ kỹ thuật an toàn, hợp lý theo quy định về chuyên môn kỹ thuật của Bộ Y tế và có biện pháp để chống lạm dụng dịch vụ, thuốc, dịch truyền hay chỉ định các dịch vụ không cần thiết, không phù hợp với tình trạng bệnh;

d) Tích cực và chủ động ứng dụng công nghệ thông tin quản lý khám bệnh, chữa bệnh BHYT. Những cơ sở y tế đã có hoặc đang xây dựng phần mềm quản lý thì phối hợp với Bảo hiểm xã hội để thống nhất các chỉ số thống kê theo yêu cầu quản lý khám bệnh, chữa bệnh BHYT; những cơ sở chưa có phần mềm quản lý thì nghiên cứu, ứng dụng phần mềm thống kê do Bảo hiểm xã hội Việt Nam triển khai áp dụng, tiến tới thống nhất một chương trình phần mềm quản lý chung;

đ) Có trách nhiệm xây dựng và trình cấp có thẩm quyền phê duyệt bảng giá dịch vụ kỹ thuật áp dụng tại cơ sở. Đối với các dịch vụ kỹ thuật mới, dịch vụ kỹ thuật chưa có trong khung giá dịch vụ y tế do liên Bộ Y tế - Bộ Tài chính ban hành, cơ sở y tế phải giải trình cơ cấu giá khi trình cấp có thẩm quyền phê duyệt;

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

6. Lộ trình áp dụng thanh toán theo định suất:

a) Sở Y tế chủ trì, phối hợp với Bảo hiểm xã hội tỉnh chỉ đạo áp dụng thanh toán theo định suất theo lộ trình phù hợp, đến năm 2011 có ít nhất 30%; đến năm 2013 có ít nhất 60% và đến năm 2015, tất cả cơ sở y tế đăng ký khám bệnh, chữa bệnh ban đầu tại địa phương thực hiện phương thức này;

b) Các cơ sở y tế đang áp dụng thí điểm thanh toán theo định suất và các phương thức thanh toán khác theo đề án đã được phê duyệt thì tiếp tục thực hiện theo kế hoạch của đề án. Khi kết thúc đề án, nếu thấy phù hợp, Sở Y tế và Bảo hiểm xã hội tỉnh thống nhất chỉ đạo tiếp tục thực hiện trên nguyên tắc có điều chỉnh cho phù hợp với phạm vi quyền lợi được hưởng theo quy định, đồng thời báo cáo liên Bộ Y tế, Bộ Tài chính và Bảo hiểm xã hội Việt Nam để chỉ đạo.

7. Sở Y tế, Bảo hiểm xã hội tỉnh, các cơ sở y tế thực hiện chế độ báo cáo theo quy định của Bộ Y tế và Bảo hiểm xã hội Việt Nam.

8. Trường hợp trẻ em dưới 6 tuổi đang điều trị tại cơ sở y tế nhưng thẻ BHYT hết hạn sử dụng thì quỹ BHYT thanh toán toàn bộ chi phí khám bệnh, chữa bệnh cho đến khi trẻ ra viện.

9. Bộ Quốc phòng, Bộ Công an và Ban Cơ yếu Chính phủ chủ trì, phối hợp với Bộ Y tế, Bộ Tài chính hướng dẫn thực hiện BHYT đối với các đối tượng do Bộ Quốc phòng, Bộ Công an và Ban Cơ yếu Chính phủ quản lý quy định tại các khoản 1, 2 và 16 Điều 1 Thông tư này.

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: 11/VBHN-BYT

XÁC THỰC VĂN BẢN HỢP NHẤT

Hà Nội, ngày 11 tháng 11 năm 2014

KT. BỘ TRƯỞNG
THỨ TRƯỞNG

Phạm Lê Tuấn

Phụ lục 01
MẪU TỔNG HỢP ĐỐI TƯỢNG VÀ KINH PHÍ NHÀ NƯỚC HỖ TRỢ ĐÓNG BẢO HIỂM Y TẾ
(Ban hành kèm theo TTLT số 09/2009/TTLT-BYT-BTC ngày 14 tháng 8 năm 2009 của liên Bộ Y tế - Bộ Tài chính)

BHXH TỈNH, THÀNH PHỐ
.....

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 ĐỐI VỚI..... (*ghi cụ thể nhóm đối tượng*)
Năm 20.....

Số TT	Quận huyện	Số thẻ BHYT đã phát hành hoặc số người tham gia BHYT trong năm	Số tiền đóng BHYT tính theo mức quy định *(đồng)*	Số tiền do người tham gia BHYT đóng *(đồng)*	Tổng số tiền ngân sách nhà nước đóng, hỗ trợ *(đồng)*	Số tiền ngân sách đã chuyển *(đồng)*	Số tiền ngân sách chưa chuyển *(đồng)*
A	B	(1)	(2)	(3)	(4=2-3)	(5)	(6=4-5)
1							
2							
...							
	Toàn tỉnh						

... ngày... tháng.... năm....

Người lập biểu	**Phụ trách kế toán**	**Giám đốc**
(Ký, ghi rõ họ và tên)	*(Ký, ghi rõ họ và tên)*	*(Ký, ghi rõ họ, tên và đóng dấu)*

PHỤ LỤC 02
MỨC CHI PHÍ BÌNH QUÂN TẠI CÁC TUYẾN CHUYÊN MÔN KỸ THUẬT ÁP DỤNG THANH TOÁN TRỰC TIẾP CHO NGƯỜI BỆNH CÓ THẺ BẢO HIỂM Y TẾ

(Ban hành kèm theo Thông tư liên tịch số 09/2009/TTLT-BYT-BTC ngày 14 tháng 8 năm 2009 của liên Bộ Y tế - Bộ Tài chính)

Loại hình khám, chữa bệnh	Tuyến chuyên môn kỹ thuật	Chi phí bình quân (đồng)
1. Khám, chữa bệnh tại cơ sở không ký hợp đồng và không xuất trình thẻ bảo hiểm y tế		
a) Ngoại trú (một đợt điều trị)	Bệnh viện từ Hạng III trở xuống	55.000
	Bệnh viện Hạng II	120.000
	Bệnh viện Hạng I, Hạng Đặc biệt	340.000
b) Nội trú (một đợt điều trị)	Bệnh viện từ Hạng III trở xuống	450.000
	Bệnh viện Hạng II	1.200.000
	Bệnh viện Hạng I, Hạng Đặc biệt	3.600.000
2. Khám chữa bệnh ở nước ngoài		4.500.000

Phụ lục 03

MẪU HỢP ĐỒNG KHÁM BỆNH, CHỮA BỆNH BẢO HIỂM Y TẾ

(Ban hành kèm theo Thông tư liên tịch số 09/2009/TTLT-BYT-BTC ngày 14 tháng 8 năm 2009 của liên 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: /HĐ KCB - BHYT) *[1]*

Căn cứ Luật bảo hiểm y tế ngày 14 tháng 11 năm 2008;

Căn cứ Nghị định số 62/2009/NĐ-CP ngày 27 tháng 7 năm 2009 của Chính phủ quy định chi tiết và hướng dẫn thi hành một số điều của Luật BHYT;

Căn cứ Thông tư liên tịch số 09/2009/TTLT-BYT-BTC ngày 14 tháng 8 năm 2009 của liên Bộ Y tế - Bộ Tài chính hướng dẫn thực hiện bảo hiểm y tế;

Căn cứ Quyết định số..... ngày.... của Tổng Giám đốc BHXH Việt Nam về việc hướng dẫn thực hiện *[2]*.....

Căn cứ Quyết định số.....ngày..... tháng..... năm..... của.....về việc quy định chức năng, nhiệm vụ của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh...*[3]*

Căn cứ Quyết định số... ngày....tháng....năm..... của.....về việc quy định chức năng, nhiệm vụ của Bảo hiểm xã hội tỉnh/huyện *[4]*.....

Căn cứ Quyết định số..... ngày.... của..... về việc ban hành bảng giá thu một phần viện phí tại (*tên cơ sở khám, chữa bệnh)*.....

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

Chúng tôi gồm:

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

Địa chỉ:.....

Điện thoại:..... Fax:.....

Tài khoản số:..... Tại Ngân hàng.....

Đại diện ông (bà):..... Chức vụ:.....

Giấy ủy quyền số:..... Ngày..... tháng..... năm..... *[5]*

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

Địa chỉ:.....

Điện thoại:..... Fax:.....

Tài khoản số:..... Tại Ngân hàng.....

Đại diện ông (bà):..... Chức vụ:.....

Giấy ủy quyền số:..... Ngày..... tháng..... năm..... *[6]*

Sau khi thỏa thuận, Hai bên thống nhất ký kết hợp đồng khám, chữa bệnh cho người có BHYT theo các điều khoản cụ thể như sau:

Điều 1. Tổ chức khám bệnh, chữa bệnh

Bên B cam kết bảo đảm khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế, cung cấp đầy đủ thuốc, dịch, vật tư y tế, các dịch vụ kỹ thuật trong phạm vi chuyên môn kỹ thuật của bệnh viện và phạm vi quyền lợi của người bệnh bảo hiểm y tế cho tổng số.....người có thẻ BHYT đăng ký khám bệnh, chữa bệnh ban đầu theo quy định hiện hành về khám bệnh, chữa bệnh BHYT tại Bệnh viện và các Trạm y tế xã trong huyện/quận theo Phụ lục kèm theo (theo Mẫu 01)/hoặc cho người bệnh bảo hiểm y tế được các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh chuyển đến.

Điều 2. Thời hạn hợp đồng

Thời hạn hợp đồng là..... tháng kể từ ngày 01 tháng 01 năm 20..... đến hết ngày 31/12/20... *[7]*

Điều 3. Phương thức thanh toán, tạm ứng và quyết toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh BHYT

(Hai bên thống nhất hình thức thanh toán áp dụng tại bệnh viện để hoàn chỉnh theo nguyên tắc và nội dung như sau):

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 được áp dụng đối với đối tượng có thẻ BHYT không đăng ký khám bệnh, chữa bệnh ban đầu và cấp cứu.

2. Tạm ứng chi phí khám bệnh, chữa bệnh BHYT:

Căn cứ vào hình thức thanh toán tại cơ sở, hai bên sẽ thống nhất cụ thể:

- Hàng quý, bên A có trách nhiệm tạm ứng kinh phí cho bên B tối thiểu bằng 80% chi phí khám bệnh, chữa bệnh BHYT thực tế đã được cơ quan bảo hiểm xã hội quyết toán (Đối với cơ sở khám bệnh, chữa bệnh lần đầu ký hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh BHYT thì mức tạm ứng lần đầu tối thiểu bằng 80% mức kinh phí khám bệnh, chữa bệnh BHYT của một quý theo hợp đồng đã ký).

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

a) Trong tháng đầu của 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 chi phí khám chữa bệnh của bên B, bên A có trách nhiệm xem xét và thông báo kết quả quyết toán chi phí. Trong thời hạn 15 ngày, kể từ ngày thông báo kết quả quyết toán, bên A có trách nhiệm hoàn thành việc thanh toán với bên B.

c) Thanh toán chi phí vận chuyển trong trường hợp không sử dụng phương tiện vân chuyển của cơ sở KCB.

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

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 4. Quyền và trách nhiệm của bên A

1. Quyền của bên A:

a) Yêu cầu bên B cung cấp hồ sơ bệnh án và các tài liệu liên quan về khám bệnh, chữa bệnh cho người bệnh BHYT để phục vụ công tác giám định BHYT;

b) 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) Cung cấp cho bên B danh sách người có thẻ BHYT đăng ký KCB 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 hàng quý cho bên B theo quy định chung và quy định tại Điều 3 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 chế độ, 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 tham gia BHYT để giải quyết theo thẩm quyền;

g) Thông báo kịp thời với bên B trong trường hợp có thay đổi về chính sách BHYT.

Điều 5. 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 có thẻ BHYT; 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, hóa 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. Chỉ định sử dụng thuốc, dịch vụ kỹ thuật hợp lý, an toàn, chống lãng phí hay 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 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 công tác giám định BHYT; phối hợp với bên A trong việc tuyên truyền, giải thích về chế độ bảo hiểm y tế cho người tham gia bảo hiểm y tế;

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 từ quỹ bảo hiểm y tế do bên A tạm ứng, thanh toán theo đúng quy định của pháp luật;

h) Thống kê đầy đủ, kịp thời, chính xác các chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế để thanh quyết toán với bên A;

i) Theo dõi, giám sát KCB và thanh quyết toán chi phí KCB tại các Trạm y tế xã.

k) Thông báo kịp thời với bên A trong trường hợp có thay đổi liên quan đến KCB cho người bệnh BHYT.

Điều 6. Giải quyết tranh chấp

1. Khi có tranh chấp, hai bên thống nhất giải quyết trên nguyên tắc bình đẳng, hợp tác, hòa giải. Trong thời gian tranh chấp, hai Bên vẫn phải bảo đảm điều kiện để khám bệnh, chữa bệnh của người tham gia bảo hiểm y tế.

2. Trường hợp hai Bên không hòa giải được sẽ báo cáo cơ quan có thẩm quyền giải quyết.

Điều 7. Cam kết chung

1. Hai bên cam kết thực hiện đúng các quy định của pháp luật về khám chữa bệnh BHYT và các điều khoản đã ký trong Hợp đồng; cùng hợp tác giúp đỡ lẫn nhau hoàn thành nhiệm vụ và đảm bảo quyền lợi của người tham gia BHYT.

2. Trong trường hợp có thay đổi hoặc chấm dứt hợp đồng trước thời hạn, hai Bên phải thông báo cho nhau trước ba (3) tháng để đảm bảo quyền lợi của người tham gia bảo hiểm y tế và quyền lợi của các bên.

3. Hai bên thống nhất phối hợp, ứng dụng công nghệ thông tin trong quản lý bảo hiểm y tế, tạo thuận lợi trong thanh, quyết toán chi phí khám chữa bệnh BHYT.

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

ĐẠI DIỆN BÊN B **ĐẠI DIỆN BÊN A**

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 hướng dẫn của BHXH Việt Nam.

- [3]: ghi theo Quyết định thành lập đơn vị hoặc Quyết định phê duyệt phạm vi chuyên môn của đơn vị.

- [4]: ghi theo Quyết định thành lập đơn vị.

- [5, 6]: ghi trong trường hợp hai bên cử đại diện cho giám đốc ký hợp đồng.

- [7]: ghi theo thời hạn do hai bên thống nhất nhưng không quá ba (3) năm.

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

MẪU 01
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 nam	Tuổi nữ	Địa chỉ	Ghi chú
1					
2					
3					
4					
5					
6					
...					

Ngày..... tháng..... năm.....
(Ký tên và 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.

VĂN PHÒNG CHÍNH PHỦ XUẤT BẢN

Địa chỉ:	Số 1, Hoàng Hoa Thám, Ba Đình, Hà Nội
Điện thoại liên hệ:	
- Nội dung:	080.44417; Fax: 080.44517
- Phát hành:	080.48543
Email:	congbao@chinhphu.vn
Website:	http://congbao.chinhphu.vn
In tại:	Xí nghiệp Bản đồ 1- Bộ Quốc phòng

Giá: 10.000 đồng