BỘ QUỐC PHÒNG - BỘ Y TẾ - BỘ TÀI CHÍNH

BỘ QUỐC PHÒNG - BỘ Y TẾ - BỘ TÀI CHÍNH	**CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM Độc lập - Tự do - Hạnh phúc**
Số: 85 /2016/TTLT-BQP-BYT-BTC	*Hà Nội, ngày 20 tháng 6 năm 2016*

THÔNG TƯ LIÊN TỊCH
Hướng dẫn thực hiện bảo hiểm y tế đối với quân nhân và người làm công tác cơ yếu

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

Căn cứ Nghị định số 70/2015/NĐ-CP ngày 01 tháng 9 năm 2015 của Chính phủ quy định chi tiết và hướng dẫn thi hành một số điều của Luật Bảo hiểm y tế đối với Quân đội nhân dân, Công an nhân dân và người làm công tác cơ yếu;

Căn cứ Nghị định số 35/2013/NĐ-CP ngày 22 tháng 4 năm 2013 của Chính phủ quy định chức năng, nhiệm vụ, quyền hạn và cơ cấu tổ chức của Bộ Quốc phòng;

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 Quốc phòng, Bộ trưởng Bộ Y tế, Bộ trưởng Bộ Tài chính ban hành Thông tư liên tịch hướng dẫn thực hiện bảo hiểm y tế đối với quân nhân và người làm công tác cơ yếu.

Chương I
NHỮNG QUY ĐỊNH CHUNG

Điều 1. Phạm vi điều chỉnh

1. Thông tư này hướng dẫn việc thực hiện bảo hiểm y tế đối với các đối tượng quy định tại các Khoản 1 và 3 Điều 2 Nghị định số 70/2015/NĐ-CP ngày 01 tháng 9 năm 2015 của Chính phủ quy định chi tiết và hướng dẫn thi hành một số điều của Luật bảo hiểm y tế đối với Quân đội nhân dân, Công an nhân dân và người làm công tác cơ yếu (sau đây gọi tắt là Nghị định số 70/2015/NĐ-CP).

2. Đối với đối tượng quy định tại Khoản 3 Điều 2 Thông tư này

a) Lập dự toán kinh phí đóng bảo hiểm y tế do các Bộ, ngành, địa phương có sử dụng cơ yếu thực hiện theo quy định tại các Khoản 2 và 3 Điều 5 Nghị định số 70/2015/NĐ-CP;

b) Cấp, cấp lại, đổi thẻ, thu hồi thẻ bảo hiểm y tế; phân bổ, quản lý, sử dụng quỹ bảo hiểm y tế do Bảo hiểm xã hội tỉnh thực hiện theo quy định tại các Điều 7, 8, 9, Khoản 2 Điều 20 Nghị định số 70/2015/NĐ-CP và Thông tư này.

Điều 2. Đối tượng tham gia bảo hiểm y tế

Đối tượng tham gia bảo hiểm y tế quy định tại các Khoản 1 và 3 Điều 2 Nghị định số 70/2015/NĐ-CP áp dụng trong Thông tư này gồm:

1. Sĩ quan, quân nhân chuyên nghiệp và hạ sĩ quan, binh sĩ đang tại ngũ.

2. Người làm công tác cơ yếu hưởng lương như đối với quân nhân đang công tác tại Ban Cơ yếu Chính phủ;

3. Người làm công tác cơ yếu hưởng lương như đối với quân nhân đang công tác tại các Bộ, ngành, địa phương có sử dụng cơ yếu.

4. Học viên cơ yếu hưởng sinh hoạt phí từ ngân sách nhà nước theo chế độ chính sách như đối với học viên Quân đội.

Điều 3. Lập dự toán, phương thức đóng, trách nhiệm đóng và quyết toán kinh phí đóng bảo hiểm y tế

1. Căn cứ lộ trình quy định tại Điều 3 Nghị định số 70/2015/NĐ-CP ngày 01 tháng 9 năm 2015 của Chính phủ, Bộ Quốc phòng, cơ quan Trung ương và các địa phương có sử dụng người làm công tác cơ yếu lập dự toán kinh phí đóng bảo hiểm y tế cho các đối tượng thuộc diện quản lý gửi cơ quan tài chính cùng cấp tổng hợp trình cấp có thẩm quyền theo quy định của Luật Ngân sách nhà nước và các văn bản hướng dẫn Luật.

2. Bộ Quốc phòng có trách nhiệm tính giảm trừ kinh phí thuốc, bông băng, hóa chất, vật tư y tế và các chi phí cho giường bệnh đảm bảo cho ngành Quân y theo quy định tại Nghị định số 123/2003/NĐ-CP ngày 22 tháng 10 năm 2003 và Nghị định số 65/2009/NĐ-CP ngày 31 tháng 7 năm 2009 sửa đổi, bổ sung Nghị định số 123/2003/NĐ-CP quy định tiêu chuẩn vật chất hậu cần đối với quân nhân tại ngũ tương ứng với quân số tham gia bảo hiểm y tế theo lộ trình quy định tại Điều 3 Nghị định số 70/2015/NĐ-CP.

3. Việc quản lý, sử dụng và quyết toán kinh phí đóng bảo hiểm y tế do ngân sách nhà nước đảm bảo thực hiện theo quy định của Luật Ngân sách nhà nước, Luật Bảo hiểm y tế và các văn bản hướng dẫn.

4. Đối tượng quy định tại Điều 2 Thông tư này thuộc diện hưởng lương trong thời gian nghỉ việc hưởng trợ cấp thai sản khi sinh con hoặc nhận nuôi con nuôi hoặc đang hưởng trợ cấp ốm đau do mắc bệnh thuộc Danh mục bệnh cần chữa trị dài ngày do Bộ Y tế ban hành theo quy định của pháp luật về bảo hiểm xã hội thì quỹ bảo hiểm xã hội đóng bảo hiểm y tế căn cứ vào tiền lương, phụ

cấp tháng của đối tượng trước khi nghỉ thai sản hoặc ốm đau.

5. Đối tượng quy định tại Điều 2 Thông tư này được cử đi học tập hoặc công tác tại nước ngoài thì không phải đóng bảo hiểm y tế; thời gian đó được tính là thời gian tham gia bảo hiểm y tế cho đến ngày có quyết định trở lại của cơ quan, tổ chức cử đi.

6. Hàng năm, Bảo hiểm xã hội Bộ Quốc phòng có trách nhiệm báo cáo quyết toán phần thu nộp bảo hiểm y tế của đối tượng quy định tại các Khoản 1, 2 và Khoản 4 Điều 2 Thông tư này với Bảo hiểm xã hội Việt Nam.

Chương II
THẺ BẢO HIỂM Y TẾ

Điều 4. Trình tự, thủ tục cấp thẻ bảo hiểm y tế cho đối tượng quy định tại các Khoản 1, 2 và Khoản 4 Điều 2 Thông tư này

1. Thẻ bảo hiểm y tế được cấp trong trường hợp chưa được cấp hoặc chuyển đổi đối tượng tham gia bảo hiểm y tế từ nhóm khác sang hoặc thẻ bảo hiểm y tế hết hạn sử dụng được thực hiện theo quy định tại Điều 7 Nghị định số 70/2015/NĐ-CP.

2. Hồ sơ cấp thẻ bảo hiểm y tế gồm:

a) Tờ khai cung cấp và thay đổi thông tin người tham gia bảo hiểm xã hội, bảo hiểm y tế của cá nhân đối với người tham gia bảo hiểm y tế lần đầu;

b) Danh sách của đối tượng quy định tại các Khoản 1, 2 và Khoản 4 Điều 2 Thông tư này (kèm theo dữ liệu điện tử danh sách người tham gia bảo hiểm y tế) do đơn vị cấp sư đoàn và tương đương lập;

c) Mẫu Tờ khai cung cấp và thay đổi thông tin người tham gia bảo hiểm xã hội, bảo hiểm y tế, danh sách người tham gia bảo hiểm y tế và các biểu mẫu khác trong hồ sơ cấp thẻ bảo hiểm y tế do Bảo hiểm xã hội Việt Nam ban hành sau khi thống nhất với Bảo hiểm xã hội Bộ Quốc phòng đảm bảo phù hợp với việc quản lý đối tượng của Bộ Quốc phòng.

3. Trình tự, thủ tục cấp thẻ bảo hiểm y tế gồm:

a) Quý IV hàng năm, đối tượng quy định tại các Khoản 1, 2 và Khoản 4 Điều 2 Thông tư này tham gia bảo hiểm y tế lần đầu lập Tờ khai cung cấp và thay đổi thông tin người tham gia bảo hiểm xã hội, bảo hiểm y tế quy định tại Điểm a Khoản 2 Điều này gửi đơn vị quản lý trực tiếp;

b) Trong thời hạn 5 ngày làm việc kể từ ngày nhận được Tờ khai hợp lệ, đơn vị quản lý trực tiếp đối tượng quy định tại các Khoản 1, 2 và Khoản 4 Điều 2 Thông tư này kiểm tra tính hợp pháp và độ chính xác, tổng hợp, lập danh sách các đối tượng tham gia bảo hiểm y tế của đơn vị mình và có văn bản đề nghị gửi đến cơ quan nhân sự đơn vị cấp trung đoàn và tương đương. Trường hợp Tờ khai không hợp lệ, đơn vị quản lý trực tiếp hướng dẫn đối tượng hoàn thiện Tờ khai theo đúng quy định;

c) Trong thời hạn 5 ngày làm việc kể từ ngày nhận được văn bản đề nghị của đơn vị quản lý trực tiếp kèm theo danh sách các đối tượng tham gia bảo hiểm y tế và Tờ khai hợp lệ của đối tượng quy định tại các Khoản 1, 2 và Khoản 4 Điều 2 Thông tư này, đơn vị cấp trung đoàn và tương đương có văn bản đề nghị gửi đến cơ quan nhân sự đơn vị cấp sư đoàn và tương đương;

d) Trong thời hạn 5 ngày làm việc kể từ ngày nhận được văn bản đề nghị của đơn vị cấp trung đoàn và tương đương kèm theo danh sách các đối tượng tham gia bảo hiểm y tế và Tờ khai hợp lệ của đối tượng quy định tại các Khoản 1, 2 và Khoản 4 Điều 2 Thông tư này, đơn vị cấp sư đoàn và tương đương tổng hợp danh sách báo cáo cơ quan nhân sự đơn vị cấp trực thuộc Bộ Quốc phòng để quản lý, lưu trữ Tờ khai tham gia bảo hiểm y tế, đồng thời, gửi văn bản đề nghị cấp thẻ bảo hiểm y tế kèm theo danh sách và tệp dữ liệu điện tử gửi Bảo hiểm xã hội Bộ Quốc phòng;

đ) Trong thời hạn 10 ngày làm việc kể từ ngày nhận đủ hồ sơ quy định tại Khoản 2 Điều này, Bảo hiểm xã hội Bộ Quốc phòng phải cấp thẻ bảo hiểm y tế và chuyển về đơn vị cho người tham gia bảo hiểm y tế; trường hợp không cấp thẻ, Bảo hiểm xã hội Bộ Quốc phòng phải có văn bản gửi đơn vị và nêu rõ lý do;

e) Hồ sơ cấp thẻ bảo hiểm y tế được gửi trực tiếp hoặc qua đường quân bưu tới Bảo hiểm xã hội Bộ Quốc phòng.

4. Cấp thẻ bảo hiểm y tế của một số trường hợp:

a) Đối tượng từ đơn vị chưa thực hiện bảo hiểm y tế theo lộ trình quy định tại Điều 3 Nghị định số 70/2015/NĐ-CP được điều động, thuyên chuyển tới đơn vị đang thực hiện bảo hiểm y tế: Ngay sau khi tiếp nhận, đơn vị hướng dẫn cá nhân kê khai, lập danh sách cấp thẻ bảo hiểm y tế, báo cáo đơn vị cấp sư đoàn và tương đương đến Bảo hiểm xã hội Bộ Quốc phòng. Trong danh sách cấp thẻ bảo hiểm y tế đơn vị phải ghi rõ ngày quyết định điều động, thuyên chuyển đối tượng có hiệu lực thi hành. Thẻ bảo hiểm y tế có thời hạn sử dụng từ ngày quyết định điều động, thuyên chuyển đối tượng có hiệu lực thi hành;

b) Trường hợp chuyển đổi từ đối tượng tham gia bảo hiểm y tế thuộc nhóm khác sang đối tượng quy định tại Điều 2 Thông tư này: Ngay sau khi tiếp nhận, đơn vị hướng dẫn kê khai, lập danh sách cấp thẻ bảo hiểm y tế, báo cáo đơn vị cấp sư đoàn và tương đương để tổng hợp, chuyển về Bảo hiểm xã hội Bộ Quốc phòng kèm theo thẻ bảo hiểm xã hội cũ (nếu có) để thu hồi. Thẻ bảo hiểm y tế mới có thời hạn sử dụng từ ngày quyết định tuyển dụng, điều động của cấp có thẩm quyền có hiệu lực thi hành;

c) Các trường hợp đặc biệt khác do Giám đốc Bảo hiểm xã hội Bộ Quốc phòng hướng dẫn thực hiện.

5. Giám đốc Bảo hiểm xã hội Bộ Quốc phòng quy định thời hạn sử dụng thẻ do Bảo hiểm xã hội Bộ Quốc phòng cấp nhưng tối đa không quá 24 tháng.

6. Quân y đơn vị quản lý thẻ bảo hiểm y tế của đối tượng.

Điều 5. Cấp lại, đổi thẻ bảo hiểm y tế cho đối tượng quy định tại các Khoản 1, 2 và Khoản 4 Điều 2 Thông tư này

1. Cấp lại thẻ bảo hiểm y tế trong trường hợp bị mất.

2. Đổi thẻ bảo hiểm y tế theo quy định tại Khoản 1 Điều 19 Luật Bảo hiểm y tế sửa đổi, bổ sung và các quy định sau:

a) Thay đổi đối tượng từ hạ sỹ quan, binh sỹ chuyển sang sỹ quan, quân nhân chuyên nghiệp; từ học sinh cơ yếu chuyển thành người làm công tác cơ yếu hoặc thành sỹ quan, quân nhân chuyên nghiệp;

b) Người tham gia bảo hiểm y tế được điều động đến làm việc ở vùng có điều kiện kinh tế, xã hội khó khăn, đặc biệt khó khăn hoặc xã đảo, huyện đảo và ngược lại.

3. Hồ sơ cấp lại, đổi thẻ bảo hiểm y tế

a) Trường hợp cấp lại thẻ: Đơn đề nghị cấp lại thẻ của người tham gia bảo hiểm y tế;

b) Trường hợp đổi thẻ: Đơn đề nghị đổi thẻ của người tham gia bảo hiểm y tế và thẻ bảo hiểm y tế;

c) Văn bản đề nghị và danh sách cấp lại, đổi thẻ bảo hiểm y tế do đơn vị cấp sư đoàn và tương đương lập gửi Bảo hiểm xã hội Bộ Quốc phòng.

4. Trình tự thực hiện cấp lại, đổi thẻ bảo hiểm y tế thực hiện theo quy định tại Khoản 3 Điều 4 Thông tư này. Trong thời hạn 7 ngày làm việc kể từ ngày nhận đủ hồ sơ quy định tại Khoản 3 Điều này, Bảo hiểm xã hội Bộ Quốc phòng phải cấp lại, đổi thẻ bảo hiểm y tế; trường hợp không cấp lại, đổi thẻ, Bảo hiểm xã hội Bộ Quốc phòng phải trả lời bằng văn bản và nêu rõ lý do. Trong thời gian chờ cấp lại, đổi thẻ bảo hiểm y tế, đối tượng tham gia bảo hiểm y tế khi đi khám bệnh, chữa bệnh thực hiện theo quy định tại Khoản 5 Điều 15 Nghị định số 70/2015/NĐ-CP và được hưởng đầy đủ quyền lợi về bảo hiểm y tế.

5. Thu phí cấp lại, đổi thẻ bảo hiểm y tế

a) Đối tượng đề nghị cấp lại, đổi thẻ bảo hiểm y tế phải nộp phí trong trường hợp do cá nhân làm mất thẻ hoặc làm rách, nát, hỏng. Mức phí cấp lại, đổi thẻ được thực hiện theo quy định của Bộ Tài chính;

b) Cá nhân hoặc đơn vị nộp phí cấp lại, đổi thẻ bảo hiểm y tế cho tài chính đơn vị quản lý trực tiếp. Hàng tháng, tài chính đơn vị tổng hợp, báo cáo số tiền thu phí cấp lại, đổi thẻ bảo hiểm y tế lên cơ quan tài chính cấp trên trực tiếp đến cơ quan Tài chính đơn vị cấp trực thuộc Bộ Quốc phòng;

c) Hàng năm, cùng thời điểm quyết toán thu, chi bảo hiểm y tế, Bảo hiểm xã hội Bộ Quốc phòng thực hiện quyết toán khoản phí cấp lại, đổi thẻ với cơ quan Tài chính đơn vị cấp trực thuộc Bộ Quốc phòng.

Chương III
PHẠM VI HƯỞNG BẢO HIỂM Y TẾ, THANH TOÁN CHI PHÍ KHÁM BỆNH, CHỮA BỆNH MỘT SỐ TRƯỜNG HỢP VÀ CHI PHÍ VẬN CHUYỂN

Điều 6. Phạm vi hưởng bảo hiểm y tế đối với đối tượng quy định tại Điều 2 Thông tư này

1. Khám bệnh, chữa bệnh, phục hồi chức năng, khám thai định kỳ và sinh con.

2. Chi phí vận chuyển theo quy định tại Khoản 5 Điều 11 Nghị định số 70/2015/NĐ-CP.

3. Không áp dụng quy định về giới hạn tỷ lệ thanh toán một số thuốc, hóa chất, vật tư y tế và dịch vụ kỹ thuật y tế theo quy định của Bộ trưởng Bộ Y tế đối với các chi phí quy định tại Khoản 1 Điều này.

4. Chi phí khám bệnh, chữa bệnh ngoài phạm vi được hưởng bảo hiểm y tế gồm: Thuốc, hóa chất, vật tư y tế được phép lưu hành tại Việt Nam và các kỹ thuật y tế được cấp có thẩm quyền phê duyệt.

Điều 7. Thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh quy định tại Khoản 2 Điều 10 Nghị định số 70/2015/NĐ-CP

1. Quỹ khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế của nhóm đối tượng quy định tại Điều 2 Thông tư này thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh ngoài phạm vi được hưởng bảo hiểm y tế đối với đối tượng này khi:

a) Khám bệnh, chữa bệnh đúng quy định tại các Điều 26, 27 và 28 của Luật Bảo hiểm y tế đã được sửa đổi và bổ sung hoặc khám bệnh, chữa bệnh trong trường hợp cấp cứu;

b) Thuốc, hóa chất phải được cấp phép lưu hành tại Việt Nam, vật tư y tế phải có trong danh mục được cấp phép sử dụng, danh mục kỹ thuật y tế phải được cấp có thẩm quyền phê duyệt;

c) Giá dịch vụ kỹ thuật phải được cấp có thẩm quyền phê duyệt; giá thuốc, hóa chất, vật tư y tế theo kết quả trúng thầu thực hiện theo quy định của pháp luật về đấu thầu mua sắm thuốc, hóa chất, vật tư y tế;

d) Sử dụng thuốc, hóa chất, vật tư y tế, dịch vụ kỹ thuật y tế ngoài danh mục thanh toán của bảo hiểm y tế phải được hội chẩn hoặc người đứng đầu cơ sở khám bệnh, chữa bệnh (hoặc người được ủy quyền) ký phê duyệt và lưu trong hồ sơ bệnh án.

2. Trường hợp quỹ khám bệnh, chữa bệnh của nhóm đối tượng quy định tại Điều 2 Thông tư này không đủ thì ngân sách nhà nước tiếp tục bảo đảm các nội dung chi này.

3. Các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh quyết toán các nội dung chi phí thuộc các Khoản 1 và 2 Điều này (nếu có) với Bảo hiểm xã hội tỉnh, Bảo hiểm xã hội

Bộ Quốc phòng. Bảo hiểm xã hội Việt Nam tổng hợp phần chi phí tại Khoản 2 Điều này báo cáo Bộ Tài chính để bổ sung kinh phí từ ngân sách nhà nước.

Điều 8. Trích chuyển kinh phí và thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh tại quân y đơn vị, y tế cơ quan

1. Trích chuyển kinh phí và thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh tại quân y đơn vị, y tế cơ quan thuộc Bộ Quốc phòng quản lý

a) Hàng quý, căn cứ vào số thẻ bảo hiểm y tế đã cấp và số thu bảo hiểm y tế tương ứng của đối tượng quy định tại các Khoản 1, 2 và 4 Điều 2 Thông tư này, Bảo hiểm xã hội Bộ Quốc phòng thông báo và chuyển cấp kinh phí cho cơ quan tài chính đơn vị cấp trực thuộc Bộ Quốc phòng bằng 10% tổng số thu bảo hiểm y tế của đối tượng để phân cấp kinh phí đến các đơn vị cấp trung đoàn và tương đương sử dụng cho việc khám bệnh, chữa bệnh của đối tượng này tại quân y đơn vị, y tế cơ quan. Quân y đơn vị, y tế cơ quan của đơn vị cấp trung đoàn và tương đương chủ trì phối hợp với cơ quan tài chính cùng cấp lập kế hoạch sử dụng kinh phí, báo cáo Thủ trưởng đơn vị phê duyệt;

b) Đảm bảo và sử dụng kinh phí khám bệnh, chữa bệnh tại quân y đơn vị, y tế cơ quan như sau:

Nội dung chi khám bệnh, chữa bệnh bệnh tại quân y đơn vị, y tế cơ quan gồm: Thuốc, bông băng, hóa chất, vật tư y tế tiêu hao có trong danh mục thanh toán bảo hiểm y tế; chi phí dịch vụ kỹ thuật y tế và phục hồi chức năng trong khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế được cấp có thẩm quyền phê duyệt danh mục và giá thanh toán;

Chủ nhiệm Quân y đơn vị cấp trung đoàn và tương đương xây dựng, trình Chủ nhiệm Quân y cấp trên trực tiếp phê duyệt Danh mục thuốc sử dụng tại tuyến quân y đơn vị, y tế cơ quan và tổ chức thực hiện cung ứng thuốc, bông băng, hóa chất, vật tư y tế trong phạm vi chuyên môn theo hình thức đấu thầu, chào hàng cạnh tranh để mua sắm trực tiếp cho quân y đơn vị, y tế cơ quan thuộc quyền quản lý. Trường hợp đơn vị cấp trung đoàn và tương đương không đảm bảo được việc cung ứng thuốc, bông băng, hóa chất, vật tư tiêu hao thì quân y đơn vị cấp sư đoàn và tương đương hoặc cấp trực thuộc Bộ Quốc phòng thực hiện nội dung này;

Hàng quý, quân y đơn vị, y tế cơ quan tổng hợp và lập báo cáo chi phí kinh phí bảo hiểm y tế theo mẫu quy định của Bảo hiểm xã hội Việt Nam;

c) Phương thức thanh toán, quyết toán:

Hàng quý, quân y đơn vị, y tế cơ quan căn cứ sổ sách theo dõi khám bệnh, phát thuốc, điều trị hàng ngày, thống kê hoạt động chuyên môn sử dụng thuốc và thủ thuật, phẫu thuật tại đơn vị để tổng hợp và lập báo cáo chi phí kinh phí bảo hiểm y tế theo mẫu quy định chuyển quân y đơn vị cấp trung đoàn và tương đương;

Hàng quý, cơ quan Tài chính đơn vị chủ trì phối hợp với cơ quan Quân y cùng cấp kiểm tra, thẩm định, xác nhận quyết toán các nội dung chi phí khám bệnh, chữa bệnh theo quy định tại Điểm b Khoản này; tổng hợp, lập báo cáo

quyết toán với cơ quan Tài chính cấp trên trực tiếp đến cơ quan Tài chính cấp trực thuộc Bộ để quyết toán với Bảo hiểm xã hội Bộ Quốc phòng;

Kinh phí sử dụng cho khám bệnh, chữa bệnh tại quân y đơn vị, y tế cơ quan trong kỳ chưa chi hết được chuyển sang kỳ sau sử dụng tiếp. Trường hợp chi quá chỉ tiêu kinh phí được thông báo thì phần chi vượt chỉ tiêu này đơn vị không được quyết toán với cơ quan Bảo hiểm xã hội từ nguồn quỹ bảo hiểm y tế;

Hàng năm, đơn vị không sử dụng hết kinh phí được giao phải báo cáo thủ trưởng đơn vị để báo cáo lên cấp trên, báo cáo với Bảo hiểm xã hội Bộ Quốc phòng; số kinh phí này được chuyển sang sử dụng trong năm sau. Trường hợp chi quá chỉ tiêu kinh phí được thông báo thì phần chi quá, đơn vị trực thuộc Bộ Quốc phòng phải làm báo cáo giải trình gửi về Cục Quân y để tổng hợp, báo cáo Bộ Quốc phòng xem xét cấp bổ sung từ ngân sách. Những trường hợp chi quá nhiều do bất thường về tình hình bệnh tật, ốm đau, tai nạn, dịch bệnh của đối tượng quy định tại Điều 2 Thông tư này, đơn vị phải làm báo cáo ngay để kịp thời bổ sung từ ngân sách nhà nước, không được để thiếu thuốc;

d) Người hành nghề khám bệnh, chữa bệnh tại quân y đơn vị, y tế cơ quan phải được cấp chứng chỉ hành nghề theo quy định của pháp luật; trường hợp điều trị vượt khả năng chuyên môn thì chuyển người bệnh đến nơi đăng ký khám bệnh, chữa bệnh ban đầu ghi trên thẻ bảo hiểm y tế (trừ trường hợp cấp cứu được chuyển đến bất kỳ cơ sở khám bệnh, chữa bệnh nào thuận tiện nhất).

2. Trích chuyển và thanh toán kinh phí khám bệnh, chữa bệnh tại y tế cơ quan, đơn vị cho đối tượng quy định tại Khoản 3 Điều 2 Thông tư này

a) Hàng quý, căn cứ vào số thẻ bảo hiểm y tế đã cấp và số thu bảo hiểm y tế tương ứng của đối tượng quy định tại Khoản 3 Điều 2 Thông tư này, Bảo hiểm xã hội tỉnh nơi cấp thẻ bảo hiểm y tế thông báo và chuyển kinh phí cho cơ quan Tài chính các Bộ, ngành, địa phương bằng 10% tổng số thu bảo hiểm y tế của đối tượng để phân cấp kinh phí đến y tế cơ quan, đơn vị trực tiếp quản lý sức khỏe đối tượng sử dụng cho việc khám bệnh, chữa bệnh của đối tượng này tại y tế cơ quan, đơn vị. Y tế cơ quan, đơn vị trực tiếp quản lý sức khỏe đối tượng chủ trì, phối hợp với cơ quan tài chính cùng cấp lập kế hoạch sử dụng kinh phí, báo cáo Thủ trưởng đơn vị phê duyệt;

b) Nội dung chi khám bệnh, chữa bệnh bệnh tại y tế cơ quan, đơn vị gồm: Thuốc, bông băng, hóa chất, vật tư y tế tiêu hao có trong danh mục thanh toán bảo hiểm y tế; chi phí dịch vụ kỹ thuật y tế và phục hồi chức năng trong khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế được cấp có thẩm quyền phê duyệt danh mục và giá thanh toán;

c) Phương thức thanh toán, quyết toán:

Hàng quý, y tế cơ quan, đơn vị trực tiếp quản lý sức khỏe đối tượng căn cứ sổ sách theo dõi khám bệnh, phát thuốc, điều trị hằng ngày, thống kê hoạt động chuyên môn sử dụng thuốc và thủ thuật, phẫu thuật tại đơn vị để tổng hợp

và lập báo cáo chi phí kinh phí bảo hiểm y tế theo mẫu quy định chuyển cơ quan tài chính cùng cấp;

Hàng quý, cơ quan tài chính đơn vị chủ trì phối hợp với cơ quan y tế cùng cấp kiểm tra, thẩm định, xác nhận quyết toán các nội dung chi phí khám bệnh, chữa bệnh theo quy định tại Điểm b Khoản này; tổng hợp, lập báo cáo quyết toán với cơ quan tài chính cấp trên để quyết toán với Bảo hiểm xã hội tỉnh;

Kinh phí sử dụng cho khám bệnh, chữa bệnh tại y tế cơ quan, đơn vị trong kỳ chưa chi hết được chuyển sang kỳ sau sử dụng tiếp. Trường hợp, chi quá chỉ tiêu kinh phí được thông báo thì phần chi vượt chỉ tiêu này đơn vị không được quyết toán với cơ quan Bảo hiểm xã hội từ nguồn quỹ bảo hiểm y tế.

Hàng năm, đơn vị không sử dụng hết kinh phí được giao phải báo cáo thủ trưởng đơn vị để báo cáo lên cấp trên, báo cáo với Bảo hiểm xã hội tỉnh; số kinh phí này được chuyển sang sử dụng trong năm sau.

Điều 9. Thanh toán chi phí vận chuyển quy định tại Khoản 5 Điều 11 Nghị định số 70/2015/NĐ-CP

1. Điều kiện được thanh toán và hồ sơ, thủ tục thanh toán chi phí vận chuyển thực hiện theo quy định tại các Điểm a và c Khoản 5 Điều 11 Nghị định số 70/2015/NĐ-CP.

2. Mức thanh toán chi phí vận chuyển trong phạm vi quỹ bảo hiểm y tế

a) Trường hợp sử dụng phương tiện vận chuyển của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh thì quỹ bảo hiểm y tế thanh toán chi phí vận chuyển, cả chiều đi và về cho cơ sở khám bệnh, chữa bệnh theo mức bằng 0,2 lít xăng/km tính theo khoảng cách thực tế giữa hai cơ sở khám bệnh, chữa bệnh và giá xăng tại thời điểm sử dụng. Nếu có nhiều hơn một người sử dụng cùng được vận chuyển trên một phương tiện thì mức thanh toán cũng chỉ được tính như đối với vận chuyển một người;

b) Trường hợp không sử dụng phương tiện vận chuyển của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh thì quỹ bảo hiểm y tế thanh toán chi phí vận chuyển một chiều (chiều đi) cho người bệnh theo mức bằng 0,2 lít xăng/km tính theo khoảng cách thực tế giữa hai cơ sở khám bệnh, chữa bệnh và giá xăng tại thời điểm vận chuyển người bệnh;

c) Chi phí vận chuyển quy định tại các Điểm a và b Khoản này không thanh toán đối với người hộ tống người bệnh chuyển tuyến (nếu có);

d) Mức hưởng chi phí vận chuyển quy định tại các Điểm a và b Khoản này áp dụng đối với phương tiện vận chuyển bằng đường bộ hoặc đường sắt. Trường hợp vận chuyển bằng phương tiện tầu thủy được quy đổi từ hải lý sang km; vận chuyển bằng đường không được áp dụng như đối với đường bộ;

đ) Hàng quý, cơ quan Bảo hiểm xã hội thanh toán chi phí vận chuyển cho cơ sở khám bệnh, chữa bệnh cùng kỳ quyết toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế.

3. Chi phí vận chuyển ngoài phạm vi quy định tại Khoản 2 Điều này

a) Chi phí vận chuyển ngoài phạm vi quy định tại Khoản 2 Điều này do ngân sách nhà nước bảo đảm gồm: Chi phí vận chuyển từ nơi công tác, làm việc, học tập hoặc cư trú tới nơi đăng ký khám bệnh, chữa bệnh ban đầu; từ nơi khám bệnh, chữa bệnh cuối cùng về nơi công tác, làm việc, học tập hoặc cư trú; chi phí dành cho người hộ tống; phần chi phí vượt trên mức hưởng quy định tại Điểm d;

b) Hồ sơ thanh toán gồm: Đơn đề nghị thanh toán chi phí vận chuyển ngoài phạm vi thanh toán bảo hiểm y tế của cá nhân có xác nhận của đơn vị, bản photo giấy ra viện và các hóa đơn, chứng từ bản gốc về chi phí vận chuyển;

c) Trình tự thực hiện thanh toán:

Cá nhân lập hồ sơ quy định tại Điểm b Khoản này nộp cho cơ quan tài chính đơn vị quản lý trực tiếp để nộp lên cơ quan tài chính đơn vị cấp trên.

Trong thời hạn 10 ngày làm việc, cơ quan tài chính đơn vị cấp trung đoàn và tương đương, trường hợp không có cơ quan tài chính đơn vị cấp trung đoàn và tương đương thì cơ quan tài chính đơn vị cấp sư đoàn và tương đương phải xem xét và thanh toán chi phí vận chuyển ngoài phạm vị thanh toán bảo hiểm y tế cho đối tượng quy định tại các Khoản 1, 2 và Khoản 4 Điều 2 Thông tư này và quyết toán hàng năm theo chế độ hiện hành; cơ quan tài chính đơn vị trực thuộc các Bộ, ngành, địa phương có sử dụng cơ yếu phải xem xét và thanh toán chi phí vận chuyển ngoài phạm vi thanh toán bảo hiểm y tế cho đối tượng quy định tại Khoản 3 Điều 2 Thông tư này và quyết toán hàng năm theo chế độ hiện hành.

4. Hàng năm, Cục Tài chính Bộ Quốc phòng chủ trì, phối hợp với Cục Quân y Bộ Quốc phòng, cơ quan tài chính đơn vị cấp trực thuộc Bộ, ngành, tỉnh, thành phố trực thuộc Trung ương lập dự toán kinh phí của các trường hợp quy định tại Khoản 3 Điều này cùng thời điểm lập dự toán ngân sách của ngành quân y, y tế, báo cáo Bộ Tài chính để đảm bảo và thực hiện quyết toán theo quy định của Luật Ngân sách nhà nước và các văn bản hướng dẫn thi hành.

Điều 10. Thanh toán tiền ăn bệnh viện, bệnh xá của đối tượng quy định tại Điều 2 Thông tư này

1. Đối tượng quy định tại Điều 2 Thông tư này khi đi điều trị nội trú tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh quân y hoặc y tế các bộ, ngành, địa phương có tổ chức chăm sóc dinh dưỡng theo quy định của Bộ Y tế được hưởng chế độ tiền ăn bệnh viện, bệnh xá theo mức quy định tại Nghị định số 123/2003/NĐ-CP ngày 22 tháng 10 năm 2003 quy định tiêu chuẩn vật chất hậu cần đối với quân nhân tại ngũ và Nghị định số 65/2009/NĐ-CP ngày 31 tháng 7 năm 2009 sửa đổi, bổ sung Nghị định số 123/2003/NĐ-CP ngày 22 tháng 10 năm 2003; Nghị định số 13/2013/NĐ-CP ngày 25 tháng 01 năm 2013 quy định tiêu chuẩn vật chất hậu cần của lực lượng tàu ngầm chiến dịch và Nghị định số 32/2013/NĐ-CP ngày 16 tháng 4 năm 2013 quy định chi tiết và hướng dẫn thi hành một số điều của Luật Cơ yếu về chế độ chính sách đối với người làm công tác cơ yếu và do ngân sách quốc phòng bảo đảm đối với đối tượng quản lý của Bộ Quốc phòng, Ban Cơ yếu

Chính phủ; ngân sách của các Bộ, ngành, địa phương bảo đảm đối với đối tượng quản lý của các Bộ, ngành, địa phương.

2. Cơ sở khám bệnh, chữa bệnh quân y có trách nhiệm đảm bảo tiêu chuẩn, chế độ ăn bệnh viện, bệnh xá trực tiếp cho người bệnh và quyết toán hàng tháng với cơ quan tài chính cùng cấp. Người bệnh phải nộp tiền ăn cơ bản cho cơ sở khám bệnh, chữa bệnh. Chế độ ăn bệnh viện, bệnh xá được đảm bảo đúng, đủ tiêu chuẩn, định lượng, không cấp bằng tiền cho người bệnh.

3. Trường hợp điều trị nội trú ở cơ sở khám bệnh, chữa bệnh ngoài Quân đội được đảm bảo tiền ăn bệnh lý chênh lệch theo số ngày thực tế điều trị. Tài chính cơ quan, đơn vị quản lý đối tượng quy định tại Điều 2 Thông tư này có trách nhiệm thanh toán cho đối tượng và quyết toán hàng tháng với cơ quan tài chính cấp trên. Hồ sơ thanh toán, quyết toán là bản phôtô giấy ra viện có xác nhận của Thủ trưởng đơn vị quản lý trực tiếp đối tượng và giấy xác nhận việc đảm bảo ăn bệnh lý của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh nơi điều trị cho đối tượng.

Chương IV
TỔ CHỨC KHÁM BỆNH, CHỮA BỆNH VÀ QUẢN LÝ, SỬ DỤNG, THANH TOÁN CHI PHÍ KHÁM BỆNH, CHỮA BỆNH BẢO HIỂM Y TẾ

Điều 11. Đăng ký khám bệnh, chữa bệnh ban đầu và chuyển tuyến khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế

Đăng ký khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế ban đầu và chuyển tuyến khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế trong các cơ sở y tế đối với đối tượng quy định tại Điều 2 Thông tư này thực hiện theo các quy định tại Thông tư số 46/2016/TT-BQP ngày 01 tháng 4 năm 2016 của Bộ trưởng Bộ Quốc phòng quy định tuyến chuyên môn kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh; đăng ký và chuyển tuyến khám bệnh, chữa bệnh đối với các đối tượng thuộc Bộ Quốc phòng quản lý và Thông tư số 40/2015/TT-BYT ngày 16 tháng 11 năm 2015 của Bộ trưởng Bộ Y tế quy định về đăng ký khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế ban đầu và chuyển tuyến khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế.

Điều 12. Phương thức thanh toán

1. Phương thức thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế đối với đối tượng quy định tại Điều 2 Thông tư này tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế thực hiện theo quy định tại các Khoản 1 và 2 Điều 18 Nghị định số 70/2015/NĐ-CP và các Điều 10, 11 và 12 Thông tư liên tịch số 41/2014/TTLT-BYT-BTC ngày 24 tháng 11 năm 2014 của Bộ Y tế, Bộ Tài chính hướng dẫn thực hiện bảo hiểm y tế (sau đây gọi tắt là Thông tư liên tịch số 41/2014/TTLT-BYT-BTC).

2. Các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế thực hiện phương thức thanh toán theo định suất quy định tại Điều 10 Thông tư liên tịch số 41/2014/TTLT-BYT-BTC thì chi phí ngoài phạm vi chi trả của quỹ bảo hiểm y

tế (nếu có) của nhóm đối tượng quy định tại Điều 2 Thông tư này không tính vào tổng chi phí khám bệnh, chữa bệnh để làm căn cứ xác định suất phí tính quỹ định suất của các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế này.

3. Các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế áp dụng Khoản 6 Điều 11 Thông tư liên tịch số 41/2014/TTLT-BYT-BTC thì chi phí khám bệnh, chữa bệnh (trừ chi phí ngoài phạm vi quỹ bảo hiểm y tế chi trả) của nhóm đối tượng quy định tại Điều 2 Thông tư này được tính vào tổng mức thanh toán khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế của các đối tượng tham gia bảo hiểm y tế khác tại cơ sở y tế đó.

Điều 13. Thanh toán trực tiếp chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế

1. Thanh toán trực tiếp chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế thực hiện theo Điều 19 Nghị định số 70/2015/NĐ-CP.

2. Mức thanh toán trực tiếp theo quy định tại Điểm b Khoản 4 Điều 19 Nghị định số 70/2015/NĐ-CP thực hiện theo quy định tại Điểm b Khoản 3 Điều 16 Thông tư liên tịch số 41/2014/TTLT-BYT-BTC.

3. Thanh toán trực tiếp trong trường hợp cấp cứu

a) Đối tượng quy định tại Điều 2 Thông tư này được thanh toán toàn bộ chi phí khám bệnh, chữa bệnh trong giai đoạn cấp cứu. Phần chi phí do quỹ bảo hiểm y tế thanh toán thực hiện theo các Khoản 1 và 2 Điều này, phần chênh lệch so với mức thanh toán quy định tại Khoản 2 Điều này do ngân sách nhà nước đảm bảo;

b) Thanh toán phần chênh lệch so với mức thanh toán quy định tại Khoản 2 Điều này thực hiện như sau:

Hồ sơ thanh toán gồm: Bản phôtô có xác nhận của đơn vị các giấy tờ quy định tại Khoản 2 Điều 19 Nghị định số 70/2015/NĐ-CP, Bảng thanh toán trực tiếp chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế theo mẫu C78-HD ban hành theo Thông tư số 178/2012/TT-BTC ngày 27 tháng 10 năm 2012 của Bộ Tài chính hướng dẫn kế toán áp dụng cho Bảo hiểm xã hội Việt Nam do cơ quan Bảo hiểm xã hội nơi thanh toán trực tiếp cấp và công văn đề nghị của đơn vị quản lý trực tiếp;

Trình tự thực hiện thanh toán: Cá nhân lập hồ sơ theo quy định tại Điểm b Khoản này, nộp cho đơn vị quản lý trực tiếp để chuyển tiếp về Cục Quân y Bộ Quốc phòng đối với đối tượng quy định tại các Khoản 1, 2 và Khoản 4 Điều 2 Thông tư này; chuyển về các Bộ, ngành, địa phương có sử dụng cơ yếu đối với đối tượng quy định tại Khoản 3 Điều 2 Thông tư này.

Trong thời gian 40 ngày làm việc kể từ ngày nhận đủ hồ sơ đề nghị thanh toán phần chênh lệch hợp lệ, Cục Quân y Bộ Quốc phòng hoặc các Bộ, ngành, địa phương có sử dụng cơ yếu phải hoàn thành việc thẩm định và thanh toán phần chênh lệch cho người bệnh. Trường hợp không giải quyết phải trả lời bằng văn bản và nêu rõ lý do.

Điều 14. Giám định chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế

1. Căn cứ để giám định chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế:

a) Danh mục và giá các dịch vụ kỹ thuật y tế thực hiện tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh được cấp có thẩm quyền phê duyệt;

b) Danh mục thuốc, hóa chất, vật tư y tế sử dụng tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh do cơ sở khám bệnh, chữa bệnh lập theo quy định của cấp có thẩm quyền; giá thuốc, hóa chất, vật tư y tế được thực hiện theo quyết định phê duyệt kết quả đấu thầu hàng năm của cấp có thẩm quyền.

2. Trường hợp sử dụng thuốc, vật tư y tế, dịch vụ kỹ thuật ngoài danh mục được thanh toán bảo hiểm y tế, đối tượng quy định tại Điều 2 Thông tư này chỉ được quỹ bảo hiểm y tế chi trả khi cơ sở khám bệnh, chữa bệnh đó thực hiện đúng quy định tại Khoản 1 Điều 7 Thông tư này.

3. Căn cứ số liệu chia sẻ thông tin trên cơ sở dữ liệu giám định đa tuyến của Bảo hiểm xã hội Việt Nam, Bảo hiểm xã hội Bộ Quốc phòng phối hợp với Bảo hiểm xã hội tỉnh thực hiện giám định đối với các trường hợp chi phí có dấu hiệu bất thường hoặc chi phí lớn tại các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh trên phạm vi toàn quốc.

4. Cơ quan Bảo hiểm xã hội thực hiện giám định bảo hiểm y tế theo quy định tại Điều 29 Luật Bảo hiểm y tế sửa đổi và bổ sung và các văn bản hướng dẫn của Bộ Y tế và Bảo hiểm xã hội Việt Nam.

Điều 15. Tổng hợp, phân tích chi phí khám bệnh, chữa bệnh của đối tượng quy định tại Điều 2 Thông tư này

1. Việc tổng hợp chi phí khám bệnh, chữa bệnh của đối tượng quy định tại Điều 2 Thông tư này được phân tích độc lập với các đối tượng tham gia bảo hiểm y tế khác theo nguyên tắc:

a) Căn cứ vào số thẻ bảo hiểm y tế đăng ký khám bệnh, chữa bệnh ban đầu và mức đóng của nhóm đối tượng này để tính riêng quỹ khám bệnh, chữa bệnh;

b) Phân tích riêng chi phí trong phạm vi thanh toán của quỹ bảo hiểm y tế chi trả và chi phí ngoài phạm vi quỹ bảo hiểm y tế chi trả để cân đối quỹ;

c) Hàng quý, tổng hợp quyết toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh cùng với kỳ quyết toán của các đối tượng khác;

d) Số liệu tổng chi phí trong phạm vi chi trả của quỹ bảo hiểm y tế và ngoài phạm vi chi trả của quỹ bảo hiểm y tế được tính vào quỹ khám bệnh, chữa bệnh của riêng nhóm đối tượng này.

2. Biểu mẫu tổng hợp chi phí khám bệnh, chữa bệnh

a) Sử dụng biểu mẫu theo quy định như đối với các đối tượng tham gia bảo hiểm y tế khác nhưng lập biểu chi tiết phù hợp với quyền lợi của đối tượng

quy định tại Điều 2 Thông tư này và lập các biểu tổng hợp riêng để hạch toán phần quỹ bảo hiểm y tế của đối tượng quy định tại các Khoản 1, 2 và 4 Điều 2 Thông tư này với Bảo hiểm xã hội Bộ Quốc phòng và của đối tượng quy định tại Khoản 3 Điều 2 Thông tư này với Bảo hiểm xã hội tỉnh;

b) Bảo hiểm xã hội Việt Nam ứng dụng công nghệ thông tin để hướng dẫn cụ thể việc sử dụng biểu mẫu phù hợp với thực tế chi phí khám bệnh, chữa bệnh của nhóm đối tượng này.

Điều 16. Tạm ứng, thanh toán, quyết toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế và quyết toán thu, chi quỹ bảo hiểm y tế với Bảo hiểm xã hội Việt Nam

1. Bảo hiểm xã hội Bộ Quốc phòng chuyển kinh phí khám bệnh, chữa bệnh cho Bảo hiểm xã hội Việt Nam để thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế của đối tượng quy định tại các Khoản 1, 2 và Khoản 4 Điều 2 Thông tư này khi đi khám bệnh, chữa bệnh tại các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế không ký hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế với Bảo hiểm xã hội Bộ Quốc phòng thực hiện theo quy định tại Điểm c Khoản 3 Điều 18 Nghị định 70/2015/NĐ-CP, cụ thể như sau:

a) Căn cứ theo lộ trình quy định tại Điều 3 Nghị định 70/2015/NĐ-CP và thực tế thực hiện bảo hiểm y tế của các đối tượng quy định tại các Khoản 1, 2 và Khoản 4 Điều 2 Thông tư này, quý đầu tiên của thời điểm thực hiện bảo hiểm y tế, Bảo hiểm xã hội Bộ Quốc phòng chuyển 35% phần còn lại của quỹ khám bệnh, chữa bệnh của nhóm đối tượng theo số thẻ đăng ký khám bệnh, chữa bệnh ban đầu cho Bảo hiểm xã hội Việt Nam sau khi đã thực hiện nội dung quy định tại Điểm a Khoản 1 Điều 21 Nghị định số 70/2015/NĐ-CP;

b) Thời gian tiếp theo, khi nhận được thông báo chi phí đa tuyến quý trước của Bảo hiểm xã hội Việt Nam, Bảo hiểm xã hội Bộ Quốc phòng chuyển đủ số chi phí khám bệnh, chữa bệnh đa tuyến quý trước và chuyển kinh phí quý sau bằng 80% chi phí khám bệnh, chữa bệnh đa tuyến quý trước;

c) Bảo hiểm xã hội Việt Nam có trách nhiệm tạm ứng và thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh của đối tượng tại các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh ký hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh với Bảo hiểm xã hội tỉnh.

2. Sau khi hoàn thành số liệu quyết toán năm, Bảo hiểm xã hội Việt Nam và Bảo hiểm xã hội Bộ Quốc phòng tính toán số chi và số đã tạm ứng để chuyển đủ số kinh phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế trong năm.

3. Hàng năm, Bảo hiểm xã hội Bộ Quốc phòng lập kế hoạch tài chính về thu, chi bảo hiểm y tế (gồm chi phí trong phạm vi và ngoài phạm vi bảo hiểm y tế) của các đối tượng quy định tại các Khoản 1, 2 và Khoản 4 Điều 2 Thông tư này trình Bộ trưởng Bộ Quốc phòng phê duyệt và báo cáo Bảo hiểm xã hội Việt Nam.

Trong thời hạn 15 ngày kể từ ngày nhận được Quyết định giao dự toán của Thủ tướng Chính phủ, Bảo hiểm xã hội Bộ Quốc phòng thực hiện xong việc giao dự toán thu, chi bảo hiểm y tế cho các đơn vị thực hiện và gửi thông báo đến Bảo hiểm xã hội Việt Nam.

4. Bảo hiểm xã hội Việt Nam, Bảo hiểm xã hội tỉnh tổ chức thực hiện đối với đối tượng quy định tại Khoản 3 Điều 2 Thông tư này.

Điều 17. Sử dụng quỹ khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế theo quy định tại Khoản 2 và 3 Điều 21 Nghị định số 70/2015/NĐ-CP

1. Trường hợp quỹ khám bệnh, chữa bệnh có số chi khám bệnh, chữa bệnh nhỏ hơn số thu:

Sau khi được Bảo hiểm xã hội Việt Nam thẩm định quyết toán, căn cứ số kinh phí bảo hiểm y tế dành cho khám bệnh, chữa bệnh chưa sử dụng hết trong năm, Bảo hiểm xã hội Bộ Quốc phòng chủ trì, phối hợp với Cục Quân y, Cục Tài chính Bộ Quốc phòng xây dựng kế hoạch sử dụng, trình Bộ trưởng Bộ Quốc phòng phê duyệt để thực hiện chi cho các nội dung sau:

a) Hỗ trợ khám bệnh, chữa bệnh đối với đối tượng quy định tại các Khoản 1, 2 và Khoản 4 Điều 2 Thông tư này;

b) Mua trang thiết bị y tế phù hợp với năng lực, trình độ của cán bộ y tế và hạng cơ sở khám bệnh, chữa bệnh cho các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế của Bộ Quốc phòng;

c) Mua phương tiện vận chuyển người bệnh cho các cơ sở quân y, y tế đơn vị.

2. Trường hợp quỹ khám bệnh, chữa bệnh có số chi khám bệnh, chữa bệnh lớn hơn số thu:

Sau khi được Bảo hiểm xã hội Việt Nam thẩm định quyết toán phần chi phí trong quy định, Bảo hiểm xã hội Bộ Quốc phòng tổng hợp phân tích các nguồn chi vượt quỹ khám bệnh, chữa bệnh như sau:

a) Trường hợp riêng chi phí trong phạm vi thanh toán bảo hiểm y tế đã vượt quỹ khám bệnh, chữa bệnh thì Bảo hiểm xã hội Việt Nam bù toàn bộ phần vượt quỹ của chi phí này; phần chi phí ngoài phạm vi thanh toán bảo hiểm y tế do Bảo hiểm xã hội Việt Nam tổng hợp, báo cáo Bộ Tài chính;

b) Trường hợp chi phí trong phạm vi thanh toán bảo hiểm y tế chưa vượt quỹ nhưng tổng chi phí chung vượt quỹ khám bệnh, chữa bệnh Bảo hiểm xã hội Việt Nam tổng hợp, báo cáo Bộ Tài chính để được cấp bổ sung;

c) Sau khi được cấp thẩm quyền phê duyệt bổ sung kinh phí phần chi phí vượt quỹ, Bảo hiểm xã hội Bộ Quốc phòng thực hiện chuyển bổ sung kinh phí về các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh theo quy định.

3. Bảo hiểm xã hội Việt Nam, Bảo hiểm xã hội tỉnh tổ chức thực hiện Điều này đối với đối tượng quy định tại Khoản 3 Điều 2 Thông tư này.

Chương V
HỢP ĐỒNG KHÁM BỆNH, CHỮA BỆNH BẢO HIỂM Y TẾ GIỮA CƠ SỞ QUÂN Y VÀ TỔ CHỨC BẢO HIỂM XÃ HỘI

Điều 18. Cơ sở quân y tham gia khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế

1. Điều kiện tham gia khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế:

a) Cơ sở quân y có giấy phép hoạt động theo quy định của pháp luật về khám bệnh, chữa bệnh;

b) Người hành nghề khám bệnh, chữa bệnh phải có chứng chỉ hành nghề theo quy định của pháp luật về khám bệnh, chữa bệnh;

c) Khi tham gia khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế cho các đối tượng khác không thuộc đối tượng do đơn vị mình quản lý phải được Thủ trưởng đơn vị cấp trực thuộc Bộ Quốc phòng đồng ý bằng văn bản trên cơ sở các quy định của Bộ Quốc phòng.

2. Cục Quân y Bộ Quốc phòng chủ trì, phối hợp với các cơ quan có liên quan tổ chức thẩm định và đề xuất với Bộ Quốc phòng công nhận các cơ sở quân y đủ điều kiện tham gia khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế, thông báo cho Bảo hiểm xã hội Bộ Quốc phòng và Sở Y tế các tỉnh, thành phố trực thuộc Trung ương.

Điều 19. Hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế

1. Nguyên tắc chung:

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

b) Trách nhiệm của cơ quan Bảo hiểm xã hội trong việc ký hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế: Bảo hiểm xã hội Bộ Quốc phòng có trách nhiệm ký hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế với các cơ sở quân y; Bảo hiểm xã hội tỉnh có trách nhiệm ký hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế với các cơ sở quân y và các cơ sở y tế khác để thực hiện thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế cho đối tượng quy định tại Điều 2 Thông tư này và người tham gia bảo hiểm y tế thuộc các đối tượng khác;

c) Trách nhiệm của cơ sở quân y trong việc ký hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế: Các bệnh viện quân y do Giám đốc bệnh viện trực tiếp ký hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế với cơ quan bảo hiểm xã hội; các cơ sở quân y còn lại do Thủ trưởng đơn vị cấp sư đoàn và tương đương trở lên phụ trách cơ sở quân y đó ký hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế với cơ quan bảo hiểm xã hội;

d) Hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế được lập theo mẫu do Bộ Y tế, Bộ Tài chính quy định tại Phụ lục số 03 ban hành kèm theo Thông tư liên tịch số 41/2014/TTLT-BYT-BTC. Tùy theo điều kiện của cơ sở quân y, Bảo hiểm xã hội Bộ Quốc phòng, Bảo hiểm xã hội tỉnh và cơ sở quân y thống nhất bổ sung nội dung trong hợp đồng nhưng không trái với quy định của pháp luật về bảo hiểm y tế;

đ) Thời hạn có hiệu lực của hợp đồng theo năm tài chính từ ngày 01 tháng 01 đến ngày 31 tháng 12 của năm đó; đối với hợp đồng ký lần đầu được tính kể từ ngày ký đến ngày 31 tháng 12 của năm đó. Những trường hợp đặc biệt do Giám đốc Bảo hiểm Bộ Quốc phòng quy định;

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

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

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

2. Hồ sơ ký hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế:

a) Công văn đề nghị ký hợp đồng của bệnh viện hoặc của đơn vị quản lý cơ sở quân y gửi Bảo hiểm xã hội Bộ Quốc phòng hoặc Bảo hiểm xã hội tỉnh;

b) Giấy phép hoạt động của cơ sở quân y;

c) Quyết định phân hạng cơ sở khám bệnh, chữa bệnh của cấp có thẩm quyền;

d) Đối với cơ sở ký hợp đồng hằng năm: Bổ sung chức năng nhiệm vụ, phạm vi chuyên môn, hạng bệnh viện, bệnh xá được cấp có thẩm quyền phê duyệt (nếu có).

3. Thủ tục ký hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế:

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

Cơ sở quân y gửi 01 bộ hồ sơ quy định tại Khoản 2 Điều này đến Bảo hiểm xã hội Bộ Quốc phòng hoặc cơ quan bảo hiểm xã hội theo phân cấp của Bảo hiểm xã hội Việt Nam. Trong thời hạn 30 ngày, kể từ ngày nhận đủ hồ sơ hợp lệ (theo ngày ghi trên dấu công văn đến), 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 thì phải có văn bản trả lời và nêu rõ lý do;

b) Đối với cơ sở quân y ký hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế hàng năm: cơ sở quân y và cơ quan bảo hiểm xã hội hoàn thành việc ký hợp đồng bảo hiểm y tế năm sau trước ngày 31 tháng 12 của năm trước.

Chương VI
TRÁCH NHIỆM CỦA CƠ QUAN, ĐƠN VỊ, TỔ CHỨC VÀ CÁ NHÂN TRONG THỰC HIỆN BẢO HIỂM Y TẾ

Điều 20. Trách nhiệm của Bảo hiểm xã hội Việt Nam

1. Chỉ đạo, hướng dẫn Bảo hiểm xã hội Bộ Quốc phòng triển khai thực hiện chế độ, chính sách bảo hiểm y tế đối với đối tượng quy định tại các Khoản 1, 2 và Khoản 4 Điều 2 Thông tư này phù hợp với tổ chức biên chế và đặc điểm hoạt động quốc phòng, cơ yếu.

2. Chỉ đạo Bảo hiểm xã hội tỉnh tổ chức thực hiện bảo hiểm y tế cho đối tượng quy định tại Khoản 3 Điều 2 Thông tư này.

3. Chỉ đạo Bảo hiểm xã hội tỉnh thực hiện ký hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế với các cơ sở y tế trong và ngoài Quân đội trên địa bàn để tổ chức khám bệnh, chữa bệnh và đảm bảo quyền lợi cho các đối tượng quy định tại Điều 2 Thông tư này; tạm ứng kinh phí, giám định, hướng dẫn lập biểu mẫu tổng hợp, phân tích chi phí đúng nguồn đảm bảo, thanh toán, quyết toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế và giám định thanh toán trực tiếp (nếu có).

4. Chỉ đạo Bảo hiểm xã hội tỉnh chủ trì, phối hợp với Sở Y tế tạo điều kiện thuận lợi để các đối tượng tham gia bảo hiểm y tế do Bảo hiểm xã hội Bộ Quốc phòng cấp thẻ được đăng ký khám bệnh, chữa bệnh ban đầu tại các cơ sở y tế trên địa bàn quản lý.

5. Ưu tiên bảo đảm các điều kiện cần thiết về trang thiết bị, hỗ trợ đào tạo công nghệ thông tin cho Bảo hiểm xã hội Bộ Quốc phòng và Bảo hiểm xã hội tỉnh để quản lý đối tượng quy định tại Điều 2 Thông tư này tham gia bảo hiểm y tế; quản lý thu, chi bảo hiểm y tế; giám định, thanh toán, quyết toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế và hạch toán riêng quỹ bảo hiểm y tế của đối tượng quy định tại Điều 2 Thông tư này.

6. Cấp, hướng dẫn sử dụng, quyết toán kinh phí quản lý bảo hiểm y tế đối với đối tượng quy định tại Điều 2 Thông tư này cho Bảo hiểm xã hội Bộ Quốc phòng theo quy định tại Điều 22 Nghị định số 70/2015/NĐ-CP.

7. Tạm ứng kinh phí và quyết toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế với Bảo hiểm xã hội tỉnh để thực hiện khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế cho đối tượng quy định tại Điều 2 Thông tư này.

Điều 21. Trách nhiệm của Sở Y tế các tỉnh, thành phố

1. Chủ trì, phối hợp với Bảo hiểm xã hội tỉnh phổ biến, chỉ đạo, hướng dẫn cơ sở y tế thuộc quyền quản lý thực hiện khám bệnh, chữa bệnh và chuyển tuyến điều trị đối với đối tượng quy định tại Điều 2 Thông tư này.

2. Phối hợp với Bảo hiểm xã hội tỉnh hướng dẫn ký hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế với các cơ sở y tế đủ điều kiện khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế trên địa bàn.

Điều 22. Trách nhiệm của Cục Quân y Bộ Quốc phòng

1. Chủ trì, phối hợp nghiên cứu, tham mưu đề xuất chế độ chính sách, chương trình kế hoạch và phương thức tổ chức thực hiện bảo hiểm y tế đối với đối tượng quy định tại Điều 2 Thông tư này phù hợp với sự phát triển của luật pháp về bảo hiểm y tế và yêu cầu xây dựng Quân đội trong tình hình mới.

2. Phối hợp đề xuất các biện pháp củng cố, kiện toàn các cơ sở quân y đáp ứng các điều kiện về khám bệnh, chữa bệnh đối với đối tượng quy định tại Điều 2 Thông tư này và các đối tượng tham gia bảo hiểm y tế khác.

3. Đề xuất phân hạng, phân tuyến chuyên môn kỹ thuật đối với cơ sở quân y trong Bộ Quốc phòng trình Bộ trưởng Bộ Quốc phòng phê duyệt.

4. Phê duyệt danh mục dịch vụ kỹ thuật thực hiện tại các cơ sở quân y của Bộ Quốc phòng theo thẩm quyền. Chủ trì, phối hợp với các cơ quan liên quan đề xuất với Bộ Quốc phòng cấp giấy phép hoạt động khám bệnh, chữa bệnh cho các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh, cấp chứng chỉ hành nghề khám bệnh, chữa bệnh cho người hành nghề khám bệnh, chữa bệnh do Bộ Quốc phòng quản lý theo quy định của pháp luật.

5. Chủ trì, phối hợp với các cơ quan có liên quan tổ chức thẩm định và đề xuất với Bộ Quốc phòng công nhận các cơ sở quân y đủ điều kiện tham gia khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế, thông báo cho Bảo hiểm xã hội Bộ Quốc phòng và Sở Y tế các tỉnh, thành phố trực thuộc Trung ương; chỉ đạo, hướng dẫn các cơ sở quân y ký hợp đồng và tổ chức thực hiện hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế.

6. Chủ trì, phối hợp với Bảo hiểm xã hội Bộ Quốc phòng và các cơ quan có liên quan hướng dẫn phân tuyến điều trị các đối tượng quy định tại các Khoản 1, 2 và Khoản 4 Điều 2 Thông tư này đăng ký khám bệnh, chữa bệnh ban đầu tại các cơ sở quân y, ngành y tế, y tế các bộ, ngành có khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế phù hợp với đặc thù của Quân đội và năng lực của các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh.

7. Chủ trì, phối hợp với các cơ quan có liên quan thanh tra, kiểm tra việc tổ chức thực hiện chế độ, chính sách bảo hiểm y tế tại các cơ quan, đơn vị, cơ sở khám bệnh, chữa bệnh thuộc Bộ Quốc phòng.

8. Phối hợp tuyên truyền chế độ, chính sách bảo hiểm y tế trong Bộ Quốc phòng.

Điều 23. Trách nhiệm của Cục Tài chính Bộ Quốc phòng

1. Phối hợp Cục Quân y Bộ Quốc phòng nghiên cứu, tham mưu đề xuất chế độ chính sách, chương trình kế hoạch và phương thức tổ chức thực hiện bảo hiểm y tế đối với đối tượng quy định tại các Khoản 1, 2 và Khoản 4 Điều 2 Thông tư này.

2. Hướng dẫn các đơn vị xây dựng kế hoạch ngân sách đóng bảo hiểm y tế đối với đối tượng quy định tại các Khoản 1, 2 và Khoản 4 Điều 2 Thông tư này với Cục Tài chính để trình Bộ trưởng Bộ Quốc phòng phê duyệt.

3. Chuyển đầy đủ, kịp thời kinh phí đóng bảo hiểm y tế cho đối tượng quy định tại các Khoản 1, 2 và Khoản 4 Điều 2 Thông tư này từ nguồn ngân sách nhà nước bảo đảm về các đơn vị trực thuộc Bộ Quốc phòng; thực hiện việc quyết toán với Bộ Tài chính theo quy định hiện hành.

4. Bố trí ngân sách quốc phòng bảo đảm cho các nội dung chi không thuộc nguồn kinh phí bảo hiểm y tế dành cho khám bệnh, chữa bệnh quy định tại Thông tư này và hướng dẫn các đơn vị trực thuộc Bộ Quốc phòng tổng hợp, thanh toán, quyết toán.

5. Phối hợp với Bảo hiểm xã hội Bộ Quốc phòng hướng dẫn các cơ sở quân y khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế, các cơ quan, đơn vị quản lý đối tượng quy định tại các Khoản 1, 2 và Khoản 4 Điều 2 Thông tư này về các thủ tục, chứng từ hợp lệ trong thanh toán, quyết toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh theo chế độ bảo hiểm y tế từ quĩ bảo hiểm y tế và ngân sách nhà nước quy định tại Thông tư này, trao đổi thông tin giữa hai cơ quan sau khi có kết luận về quyết toán thu, chi bảo hiểm y tế đối tượng quy định tại các Khoản 1, 2 và Khoản 4 Điều 2 Thông tư này để quản lý, sử dụng ngân sách nhà nước và quỹ bảo hiểm y tế chặt chẽ, đúng quy định của pháp luật.

6. Thanh tra, kiểm tra việc quản lý, sử dụng ngân sách nhà nước đóng bảo hiểm y tế cho đối tượng quy định tại các Khoản 1, 2 và Khoản 4 Điều 2 Thông tư này và kinh phí khám bệnh chữa bệnh bảo hiểm y tế tại các cơ quan, đơn vị, cơ sở khám bệnh, chữa bệnh thuộc Bộ Quốc phòng.

7. Phối hợp tuyên truyền chế độ, chính sách bảo hiểm y tế trong Bộ Quốc phòng.

Điều 24. Trách nhiệm của Bảo hiểm xã hội Bộ Quốc phòng

1. Chủ trì hướng dẫn, triển khai, quản lý tổ chức thực hiện chế độ chính sách bảo hiểm y tế trong Bộ Quốc phòng; tổng kết, đánh giá việc quản lý, thực hiện công tác bảo hiểm y tế trong Bộ Quốc phòng.

2. Chủ trì, quản lý, quyết toán việc thu quỹ bảo hiểm y tế đối với đối tượng quy định tại các Khoản 1, 2 và Khoản 4 Điều 2 Thông tư này với các đơn vị thuộc Bộ Quốc phòng.

3. Chủ trì quản lý, sử dụng kinh phí bảo hiểm y tế dành cho khám bệnh, chữa bệnh quy định tại Điều 21 Nghị định số 70/2015/NĐ-CP; xây dựng kế hoạch sử dụng phần kinh phí quy định tại Khoản 2 Điều 21 Nghị định số 70/2015/NĐ-CP; phân bổ và hướng dẫn sử dụng kinh phí quản lý bảo hiểm y tế quy định tại Điều 22 Nghị định số 70/2015/NĐ-CP; thanh toán trực tiếp chi phí khám bệnh, chữa bệnh đối với đối tượng quy định tại các Khoản 1, 2 và Khoản 4 Điều 2 Thông tư này theo quy định tại Điều 19 Nghị định số 70/2015/NĐ-CP.

4. Phối hợp với Cục Quân y Bộ Quốc phòng, Cục Tài chính Bộ Quốc phòng nghiên cứu, tham mưu, đề xuất chế độ, chính sách, chương trình, kế hoạch và phương thức tổ chức thực hiện bảo hiểm y tế đối với các đối tượng quy định tại các Khoản 1, 2 và 4 Điều 2 Thông tư này.

5. Ký hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế với cơ sở quân y để tổ chức khám bệnh, chữa bệnh cho các đối tượng quy định tại các Khoản 1, 2 và 4 Điều 2 Thông tư này và các đối tượng tham gia bảo hiểm y tế khác do Bảo hiểm xã hội Bộ Quốc phòng phát hành thẻ; tạm ứng kinh phí, giám định, thanh toán, quyết toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế đối với các cơ sở quân y khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế theo Điểm a Khoản 3 Điều 18 Nghị định số 70/2015/NĐ-CP; tạm ứng kinh phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế với Bảo hiểm xã hội Việt Nam theo quy định tại Điểm c Khoản 3 Điều 18 Nghị định số 70/2015/NĐ-CP. Thanh toán, quyết toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh của các đối tượng quy định tại các Khoản 1, 2 và Khoản 4 Điều 2 Thông tư này đi khám bệnh, chữa bệnh tại các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh với Bảo hiểm xã hội Việt Nam.

6. Chủ trì, phối hợp với Cục Quân y Bộ Quốc phòng hướng dẫn điều tiết các đối tượng quy định tại các Khoản 1, 2 và Khoản 4 Điều 2 Thông tư này đăng ký khám bệnh, chữa bệnh ban đầu tại các cơ sở quân y, cơ sở y tế ngoài Bộ Quốc phòng có khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế phù hợp với đặc thù của Quân đội, điều kiện của đơn vị và năng lực của các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh.

7. Định kỳ hoặc đột xuất thực hiện kiểm tra việc sử dụng quỹ khám bệnh, chữa bệnh tại các cơ sở quân y đơn vị và y tế cơ quan.

8. Chủ trì, phối hợp với các cơ quan có liên quan thanh tra thu bảo hiểm y tế đối với các đối tượng quy định tại các Khoản 1, 2 và Khoản 4 Điều 2 Thông tư này theo quy định của pháp luật.

9. Cung cấp thông tin về các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế và hướng dẫn người tham gia bảo hiểm y tế lựa chọn cơ sở đăng ký khám bệnh, chữa bệnh ban đầu phù hợp.

10. Phối hợp thanh tra, kiểm tra thực hiện bảo hiểm y tế của các cơ quan, đơn vị, cơ sở khám bệnh, chữa bệnh; giải quyết vướng mắc trong tổ chức thực hiện.

11. Chủ trì, phối hợp tuyên truyền phổ biến, hướng dẫn tổ chức thực hiện chính sách, pháp luật về bảo hiểm y tế trong Bộ Quốc phòng.

12. Hàng năm, chủ trì, phối hợp tổ chức bồi dưỡng nghiệp vụ bảo hiểm y tế đối với người làm công tác bảo hiểm y tế trong các cơ quan, đơn vị thuộc Bộ Quốc phòng.

Điều 25. Trách nhiệm của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế

1. Tổ chức khám bệnh, chữa bệnh cho đối tượng quy định tại Điều 2 Thông tư này thuận lợi.

2. Bảo đảm đầy đủ quyền lợi bảo hiểm y tế đối với đối tượng quy định tại Điều 2 Thông tư này; chuyển tuyến điều trị đúng quy định.

3. Thực hiện việc mua sắm thuốc, hóa chất, vật tư y tế theo đúng quy định của pháp luật.

4. Cung cấp hồ sơ bệnh án, tài liệu có liên quan đến khám bệnh, chữa bệnh và thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế của các đối tượng quy định tại Điều 2 Thông tư này theo yêu cầu của cơ quan bảo hiểm xã hội và cơ quan nhà nước có thẩm quyền.

5. Tổng hợp, phân tích chi phí, thanh toán, quyết toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế của các đối tượng quy định tại Điều 2 Thông tư này theo quy định chung và theo quy định tại Thông tư này; quản lý chặt chẽ, rạch ròi, tách biệt giữa quỹ khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế của đối tượng quy định tại Điều 2 Thông tư này với quỹ khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế của các đối tượng khác và ngân sách nhà nước theo đúng quy định.

Điều 26. Trách nhiệm của các đơn vị thuộc Bộ Quốc phòng, các Bộ, ngành, địa phương quản lý đối tượng quy định tại Điều 2 Thông tư này

1. Tuyên truyền, phổ biến chính sách pháp luật về bảo hiểm y tế cho các đối tượng thuộc quyền quản lý.

2. Hàng năm, cơ quan, đơn vị cấp trung đoàn và tương đương trở lên hướng dẫn đối tượng quy định tại Điều 2 Thông tư này lập Tờ khai cung cấp và thay đổi thông tin người tham gia bảo hiểm xã hội, bảo hiểm y tế đảm bảo tính chính xác theo đúng các nội dung hướng dẫn, chịu trách nhiệm trước pháp luật về việc lập danh sách đề nghị cấp thẻ bảo hiểm y tế của đơn vị và lưu giữ tờ khai của đối tượng tại đơn vị.

3. Triển khai thực hiện các quy định về chế độ, chính sách bảo hiểm y tế đối với đối tượng quy định tại Điều 2 Thông tư này; về quản lý đối tượng và thu bảo hiểm y tế; cấp thẻ bảo hiểm y tế; quản lý kinh phí bảo hiểm y tế được giao chặt chẽ, sử dụng đúng mục đích; thực hiện việc lập dự toán, thanh toán, báo cáo quyết toán các khoản thu, chi kịp thời, đúng quy định.

4. Phối hợp chặt chẽ, thường xuyên với Cục Quân y Bộ Quốc phòng, Bảo hiểm xã hội Bộ Quốc phòng, Sở Y tế, Bảo hiểm xã hội các tỉnh, thành phố trực thuộc Trung ương để bảo đảm tốt nhất việc chăm sóc sức khỏe cho đối tượng quy định tại Điều 2 Thông tư này.

5. Kiến nghị với Bộ trưởng Bộ Quốc phòng và cơ quan nhà nước có thẩm quyền xử lý hành vi vi phạm pháp luật về bảo hiểm y tế làm ảnh hưởng đến quyền và lợi ích hợp pháp của đối tượng quy định tại Điều 2 Thông tư này.

6. Thủ trưởng đơn vị cấp trực thuộc Bộ Quốc phòng có trách nhiệm thực hiện quy định tại Điểm c Khoản 1 Điều 18 Thông tư này đảm bảo an ninh, an toàn và không ảnh hưởng đến nhiệm vụ của đơn vị.

Điều 27. Trách nhiệm của đối tượng quy định tại Điều 2 Thông tư này

1. Nắm vững các quy định về chính sách bảo hiểm y tế đối với đối tượng quy định tại Điều 2 Thông tư này.

2. Thực hiện đầy đủ các quy định về việc kê khai và chịu trách nhiệm trước pháp luật về tính chính xác các thông tin để cấp thẻ bảo hiểm y tế; chấp hành nghiêm chỉnh quy định về quản lý thẻ bảo hiểm y tế tại đơn vị và khi đi khám bệnh, chữa bệnh.

3. Giữ gìn thẻ bảo hiểm y tế, không tẩy xóa, sửa chữa, không cho người khác mượn thẻ bảo hiểm y tế; sử dụng thẻ bảo hiểm y tế đúng mục đích.

4. Chấp hành các quy định và hướng dẫn của cơ quan bảo hiểm xã hội, cơ sở khám bệnh, chữa bệnh khi đến khám bệnh, chữa bệnh, thực hiện đúng quy trình, thủ tục đi khám bệnh, chữa bệnh.

5. Báo cáo, phản ánh kịp thời với cấp có thẩm quyền về việc thực hiện chế độ, chính sách bảo hiểm y tế của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế, của cơ quan bảo hiểm xã hội đối với mình.

Chương VII
ĐIỀU KHOẢN THI HÀNH

Điều 28. Quy định chuyển tiếp

1. Đối với các đơn vị thuộc Bộ Quốc phòng khi chuyển sang phương thức khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế theo lộ trình quy định tại Điều 3 Nghị định số 70/2015/NĐ-CP phải tổ chức kiểm kê thuốc, hóa chất, vật tư y tế chưa sử dụng hết, báo cáo lên Quân y cấp trên đến Cục Quân y và Bảo hiểm xã hội Bộ Quốc phòng để giải quyết.

2. Trường hợp đối tượng quy định tại Điều 2 Thông tư này vào viện điều trị nội trú trước ngày 01 tháng 01 năm 2016 nhưng ra viện sau ngày 01 tháng 01 năm 2016 thì chỉ được thanh toán theo quyền lợi và mức hưởng bảo hiểm y tế quy định tại Thông tư này thời gian từ ngày 01 tháng 01 năm 2016 đến khi ra viện.

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

Điều 29. Điều khoản tham chiếu

Các văn bản dẫn chiếu trong Thông tư này khi được sửa đổi, bổ sung hoặc thay thế bằng văn bản khác thì các nội dung dẫn chiếu cũng được điều chỉnh tương ứng theo các văn bản sửa đổi, bổ sung hoặc thay thế văn bản đó.

Điều 30. Hiệu lực thi hành

1. Thông tư này có hiệu lực thi hành từ ngày 06 tháng 8 năm 2016. Các chế độ, chính sách quy định tại Thông tư này được áp dụng từ ngày 01 tháng 01 năm 2016.

2. Các văn bản sau đây hết hiệu lực thi hành kể từ ngày Thông tư này có hiệu lực thi hành và tương ứng với lộ trình tham gia bảo hiểm y tế theo quy định tại Điều 3 Nghị định số 70/2015/NĐ-CP:

a) Quyết định số 105/2008/QĐ-BQP ngày 11 tháng 7 năm 2008 của Bộ trưởng Bộ Quốc phòng về việc thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh đối với quân nhân, công nhân viên chức quốc phòng khi khám bệnh, chữa bệnh tại cơ sở dân y;

b) Các Điều 6 và 7 Thông tư liên tịch số 08/2014/TTLT-BQP-BTC-BYT ngày 14 tháng 02 năm 2014 của liên Bộ Quốc phòng, Bộ Tài chính, Bộ Y tế hướng dẫn thực hiện một số tiêu chuẩn vật chất hậu cần và chế độ chăm sóc y tế đối với người làm công tác cơ yếu; Điều 9 Thông tư số 116/2015/TT-BQP ngày 01 tháng 10 năm 2015 của Bộ trưởng Bộ Quốc phòng quy định tiêu chuẩn vật chất hậu cần đối với học viên cơ yếu.

Trong quá trình thực hiện nếu có vướng mắc, các cơ quan, đơn vị, các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế phản ánh kịp thời về Bộ Quốc phòng, Bộ Y tế, Bộ Tài chính để nghiên cứu, giải quyết./.

KT. BỘ TRƯỞNG **BỘ TÀI CHÍNH** **THỨ TRƯỞNG**	**KT. BỘ TRƯỞNG** **BỘ Y TẾ** **THỨ TRƯỞNG**	**KT. BỘ TRƯỞNG** **BỘ QUỐC PHÒNG** **THỨ TRƯỞNG**
Huỳnh Quang Hải	**Phạm Lê Tuấn**	**Trung tướng Lê Chiêm**