TTĐT(2)

CHÍNH PHỦ	CỘNG HOÀ XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM Độc lập - Tự do - Hạnh phúc
Số: 146/2018/NĐ-CP	*Hà Nội, ngày 17 tháng 10 năm 2018*

CỔNG THÔNG TIN ĐIỆN TỬ CHÍNH PHỦ
ĐẾN Giờ: 5
Ngày: 23/10/18

NGHỊ ĐỊNH
Quy định chi tiết và hướng dẫn biện pháp thi hành một số điều của Luật bảo hiểm y tế

Căn cứ Luật tổ chức Chính phủ ngày 19 tháng 6 năm 2015;

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

Theo đề nghị của Bộ trưởng Bộ Y tế;

Chính phủ ban hành Nghị định quy định chi tiết và hướng dẫn biện pháp thi hành một số điều của Luật bảo hiểm y tế.

Chương I
ĐỐI TƯỢNG THAM GIA BẢO HIỂM Y TẾ

Điều 1. Nhóm do người lao động và người sử dụng lao động đóng

1. Người lao động làm việc theo hợp đồng lao động không xác định thời hạn, hợp đồng lao động có thời hạn từ đủ 3 tháng trở lên; người quản lý doanh nghiệp, đơn vị sự nghiệp ngoài công lập và người quản lý điều hành hợp tác xã hưởng tiền lương; cán bộ, công chức, viên chức.

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

Điều 2. Nhóm do cơ quan bảo hiểm xã hội đóng

1. Người hưởng lương hưu, trợ cấp mất sức lao động hằng tháng.

2. Người đang hưởng trợ cấp bảo hiểm xã hội hằng tháng do bị tai nạn lao động, bệnh nghề nghiệp; công nhân cao su đang hưởng trợ cấp hằng tháng theo quy định của Chính phủ.

3. Người lao động nghỉ việc hưởng trợ cấp ốm đau do mắc bệnh thuộc Danh mục bệnh cần chữa trị dài ngày do Bộ Y tế ban hành.

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

5. Người lao động trong thời gian nghỉ việc hưởng chế độ thai sản khi sinh con hoặc nhận nuôi con nuôi.

6. Người đang hưởng trợ cấp thất nghiệp.

Điều 3. Nhóm do ngân sách nhà nước đóng

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

2. Người đã thôi hưởng trợ cấp mất sức lao động đang hưởng trợ cấp hằng tháng từ ngân sách nhà nước.

3. Người có công với cách mạng theo quy định tại Pháp lệnh ưu đãi người có công với cách mạng.

4. Cựu chiến binh, gồm:

a) Cựu chiến binh tham gia kháng chiến từ ngày 30 tháng 4 năm 1975 trở về trước theo quy định tại khoản 1, 2, 3 và 4 Điều 2 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 (sau đây gọi tắt là Nghị định số 150/2006/NĐ-CP), được sửa đổi, bổ sung tại khoản 1 Điều 1 Nghị định số 157/2016/NĐ-CP ngày 24 tháng 11 năm 2016 của Chính phủ sửa đổi, bổ sung 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 (sau đây gọi tắt là Nghị định số 157/2016/NĐ-CP).

b) Cựu chiến binh tham gia kháng chiến sau ngày 30 tháng 4 năm 1975 quy định tại khoản 5 Điều 2 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 và tại khoản 1 Điều 1 Nghị định số 157/2016/NĐ-CP ngày 24 tháng 11 năm 2016 của Chính phủ sửa đổi, bổ sung Nghị định số 150/2006/NĐ-CP của Chính phủ, gồm:

- Quân nhân, công nhân viên quốc phòng đã được hưởng trợ cấp theo 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-chi-a, giúp bạn Lào sau ngày 30 tháng 4 năm 1975 đã phục viên, xuất ngũ, thôi việc (sau đây gọi tắt là Quyết định số 62/2011/QĐ-TTg);

- Sĩ quan, quân nhân chuyên nghiệp, hạ sĩ quan, chiến sĩ, công nhân viên quốc phòng trực tiếp 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 chuyển ngành về làm việc tại các cơ quan, tổ chức, doanh nghiệp (không được hưởng trợ cấp theo Quyết định số 62/2011/QĐ-TTg);

- Sĩ quan, quân nhân chuyên nghiệp đã hoàn thành nhiệm vụ tại ngũ trong thời kỳ xây dựng và bảo vệ Tổ quốc đã phục viên, nghỉ hưu hoặc chuyển ngành về làm việc tại các cơ quan, tổ chức, doanh nghiệp;

- Dân quân, tự vệ đã tham gia chiến đấu, trực tiếp phục vụ chiến đấu sau ngày 30 tháng 4 năm 1975 đã được hưởng trợ cấp theo Quyết định số 62/2011/QĐ-TTg.

5. Người tham gia kháng chiến và bảo vệ Tổ quốc, gồm:

a) Người tham gia kháng chiến chống Mỹ cứu nước đã được hưởng trợ cấp theo một trong các văn bản sau:

- Quyết định số 290/2005/QĐ-TTg ngày 01 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 chưa được hưởng chính sách của Đảng và Nhà nước;

- Quyết định số 188/2007/QĐ-TTg ngày 06 tháng 12 năm 2007 của Thủ tướng Chính phủ sửa đổi Quyết định số 290/2005/QĐ-TTg ngày 01 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 chưa được hưởng chính sách của Đảng và Nhà nước;

- 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;

b) Người đã được hưởng trợ cấp theo Quyết định số 62/2011/QĐ-TTg nhưng không phải là cựu chiến binh tại khoản 4 Điều này;

c) Cán bộ, chiến sĩ Công an nhân dân tham gia kháng chiến chống Mỹ cứu nước có dưới 20 năm công tác trong Công an nhân dân đã thôi việc, xuất ngũ về địa phương đã được hưởng trợ cấp theo 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 cứu nước có dưới 20 năm công tác trong Công an nhân dân đã thôi việc, xuất ngũ về địa phương;

d) Thanh niên xung phong đã được hưởng trợ cấp 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, 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 và Nghị định số 112/2017/NĐ-CP ngày 06 tháng 10 năm 2017 của Chính phủ quy định về chế độ, chính sách đối với thanh niên xung phong cơ sở ở miền Nam tham gia kháng chiến giai đoạn 1965 - 1975;

đ) Dân công hỏa tuyến tham gia kháng chiến chống Pháp, chống Mỹ, chiến tranh bảo vệ Tổ quốc và làm nhiệm vụ quốc tế đã được hưởng trợ cấp theo Quyết định số 49/2015/QĐ-TTg ngày 14 tháng 10 năm 2015 của Thủ tướng Chính phủ về một số chế độ, chính sách đối với dân công hỏa tuyến tham gia kháng chiến chống Pháp, chống Mỹ, chiến tranh bảo vệ Tổ quốc và làm nhiệm vụ quốc tế.

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

7. Trẻ em dưới 6 tuổi.

8. Người thuộc diện hưởng trợ cấp bảo trợ xã hội hằng tháng theo quy định của pháp luật về người cao tuổi, người khuyết tật, đối tượng bảo trợ xã hội.

9. Người thuộc hộ gia đình nghèo; người dân tộc thiểu số đang sinh sống tại vùng có điều kiện kinh tế - xã hội khó khăn; người đang sinh sống tại vùng có điều kiện kinh tế - xã hội đặc biệt khó khăn; người đang sinh sống tại xã đảo, huyện đảo và một số đối tượng khác, cụ thể:

a) Người thuộc hộ gia đình nghèo theo tiêu chí về thu nhập, người thuộc hộ nghèo đa chiều có thiếu hụt về bảo hiểm y tế quy định tại Quyết định số 59/2015/QĐ-TTg ngày 19 tháng 11 năm 2015 của Thủ tướng Chính phủ ban hành chuẩn nghèo tiếp cận đa chiều áp dụng cho giai đoạn 2016 - 2020 và các quyết định khác của cơ quan có thẩm quyền sửa đổi, bổ sung hoặc thay thế chuẩn nghèo áp dụng cho từng giai đoạn;

b) Người dân tộc thiểu số đang sinh sống tại vùng có điều kiện kinh tế - xã hội khó khăn theo quy định của Chính phủ, Thủ tướng Chính phủ;

c) Người đang sinh sống tại vùng có điều kiện kinh tế - xã hội đặc biệt khó khăn theo quy định của Chính phủ, Thủ tướng Chính phủ;

d) Người đang sinh sống tại xã đảo, huyện đảo theo quy định của Chính phủ, Thủ tướng Chính phủ.

10. Người được phong tặng danh hiệu nghệ nhân nhân dân, nghệ nhân ưu tú thuộc hộ gia đình có mức thu nhập bình quân đầu người hằng tháng thấp hơn mức lương cơ sở theo quy định của Chính phủ.

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

12. Thân nhân của người có công với cách mạng, trừ các đối tượng quy định tại khoản 11 Điều này, gồm:

a) Cha đẻ, mẹ đẻ, vợ hoặc chồng, con từ trên 6 tuổi đến dưới 18 tuổi hoặc từ đủ 18 tuổi trở lên nếu còn tiếp tục đi học hoặc bị khuyết tật nặng, khuyết tật đặc biệt nặng của các đối tượng: Người hoạt động cách mạng trước ngày 01 tháng 01 năm 1945; người hoạt động cách mạng từ ngày 01 tháng 01 năm 1945 đến ngày khởi nghĩa tháng Tám năm 1945; anh hùng Lực lượng vũ trang nhân dân, anh hùng Lao động trong thời kỳ kháng chiến; thương binh, bệnh binh suy giảm khả năng lao động từ 61% trở lên; người hoạt động kháng chiến bị nhiễm chất độc hóa học suy giảm khả năng lao động từ 61% trở lên.

b) Con đẻ từ đủ 6 tuổi trở lên của người hoạt động kháng chiến bị nhiễm chất độc hóa học bị dị dạng, dị tật do hậu quả của chất độc hóa học không tự lực được trong sinh hoạt hoặc suy giảm khả năng tự lực trong sinh hoạt được hưởng trợ cấp hàng tháng.

13. Thân nhân của sỹ quan, quân nhân chuyên nghiệp, hạ sỹ quan, binh sỹ quân đội đang tại ngũ, sỹ quan, hạ sỹ quan nghiệp vụ và sỹ quan, hạ sỹ quan chuyên môn, kỹ thuật đang công tác trong lực lượng công an nhân dân, học viên công an nhân dân, hạ sỹ quan, người làm công tác cơ yếu hưởng lương như đối với quân nhân, học viên cơ yếu được hưởng chế độ, chính sách theo chế độ, chính sách đối với học viên ở các trường quân đội, công an, gồm:

a) Cha đẻ, mẹ đẻ; cha đẻ, mẹ đẻ của vợ hoặc chồng; người nuôi dưỡng hợp pháp của bản thân, của vợ hoặc của chồng;

b) Vợ hoặc chồng;

c) Con đẻ, con nuôi hợp pháp từ trên 6 tuổi đến dưới 18 tuổi; con đẻ, con nuôi hợp pháp từ đủ 18 tuổi trở lên nếu còn tiếp tục đi học phổ thông.

14. Người đã hiến bộ phận cơ thể người theo quy định của pháp luật về hiến ghép mô tạng.

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

16. Người phục vụ người có công với cách mạng sống ở gia đình, gồm:

a) Người phục vụ Bà mẹ Việt Nam anh hùng;

b) Người phục vụ thương binh, bệnh binh suy giảm khả năng lao động từ 81% trở lên;

c) Người phục vụ người hoạt động kháng chiến bị nhiễm chất độc hoá học suy giảm khả năng lao động từ 81% trở lên.

17. Người từ đủ 80 tuổi trở lên đang hưởng trợ cấp tuất hằng tháng theo quy định của pháp luật về bảo hiểm xã hội.

Điều 4. Nhóm được ngân sách nhà nước hỗ trợ mức đóng

1. Người thuộc hộ gia đình cận nghèo theo tiêu chí chuẩn cận nghèo theo quy định của Chính phủ, Thủ tướng Chính phủ.

2. Người thuộc hộ gia đình nghèo đa chiều không thuộc trường hợp quy định tại điểm a khoản 9 Điều 3 Nghị định này.

3. Học sinh, sinh viên.

4. Người thuộc hộ gia đình làm nông nghiệp, lâm nghiệp, ngư nghiệp và diêm nghiệp có mức sống trung bình theo quy định của Chính phủ, Thủ tướng Chính phủ.

Điều 5. Nhóm tham gia bảo hiểm y tế theo hộ gia đình

1. Người có tên trong sổ hộ khẩu, trừ những người thuộc đối tượng quy định tại các Điều 1, 2, 3, 4 và 6 Nghị định này.

2. Người có tên trong sổ tạm trú, trừ đối tượng quy định tại các Điều 1, 2, 3, 4 và 6 Nghị định này và đối tượng đã tham gia bảo hiểm y tế theo quy định tại khoản 1 Điều này.

3. Các đối tượng sau đây được tham gia bảo hiểm y tế theo hình thức hộ gia đình:

a) Chức sắc, chức việc, nhà tu hành;

b) Người sinh sống trong cơ sở bảo trợ xã hội trừ đối tượng quy định tại các Điều 1, 2, 3, 4 và 6 Nghị định này mà không được ngân sách nhà nước hỗ trợ đóng bảo hiểm y tế.

Điều 6. Nhóm do người sử dụng lao động đóng

1. Thân nhân của công nhân, viên chức quốc phòng đang phục vụ trong Quân đội, bao gồm đối tượng theo quy định tại các điểm a, b và c khoản 13 Điều 3 Nghị định này.

2. Thân nhân của công nhân công an đang phục vụ trong Công an nhân dân, bao gồm đối tượng theo quy định tại các điểm a, b và c khoản 13 Điều 3 Nghị định này.

3. Thân nhân của người làm công tác khác trong tổ chức cơ yếu, bao gồm đối tượng theo quy định tại các điểm a, b và c khoản 13 Điều 3 Nghị định này.

Chương II
MỨC ĐÓNG, MỨC HỖ TRỢ TỪ NGÂN SÁCH NHÀ NƯỚC, PHƯƠNG THỨC ĐÓNG BẢO HIỂM Y TẾ CỦA MỘT SỐ ĐỐI TƯỢNG

Điều 7. Mức đóng và trách nhiệm đóng bảo hiểm y tế

1. Mức đóng bảo hiểm y tế hằng tháng của các đối tượng được quy định như sau:

a) Bằng 4,5% tiền lương tháng của người lao động đối với đối tượng quy định tại khoản 1 Điều 1 Nghị định này.

- Người lao động trong thời gian nghỉ việc hưởng chế độ ốm đau từ 14 ngày trở lên trong tháng theo quy định của pháp luật về bảo hiểm xã hội thì không phải đóng bảo hiểm y tế nhưng vẫn được hưởng quyền lợi bảo hiểm y tế;

- Người lao động trong thời gian bị tạm giam, tạm giữ hoặc tạm đình chỉ công tác để điều tra, xem xét kết luận có vi phạm hay không vi phạm pháp luật thì mức đóng hằng tháng bằng 4,5% của 50% mức tiền lương tháng của người lao động. Trường hợp cơ quan có thẩm quyền kết luận là không vi phạm pháp luật, người lao động phải truy đóng bảo hiểm y tế trên số tiền lương được truy lĩnh;

b) Bằng 4,5% tiền lương hưu, trợ cấp mất sức lao động đối với đối tượng quy định tại khoản 1 Điều 2 Nghị định này;

c) Bằng 4,5% tiền lương tháng của người lao động trước khi nghỉ thai sản đối với đối tượng quy định tại khoản 5 Điều 2 Nghị định này;

d) Bằng 4,5% tiền trợ cấp thất nghiệp đối với đối tượng quy định tại khoản 6 Điều 2 Nghị định này;

đ) Bằng 4,5% mức lương cơ sở đối với các đối tượng khác;

e) Mức đóng bảo hiểm y tế của đối tượng quy định tại Điều 5 Nghị định này như sau: Người thứ nhất đóng bằng 4,5% mức lương cơ sở; người thứ hai, thứ ba, thứ tư đóng lần lượt bằng 70%, 60%, 50% mức đóng của người thứ nhất; từ người thứ năm trở đi đóng bằng 40% mức đóng của người thứ nhất.

Việc giảm trừ mức đóng bảo hiểm y tế theo quy định tại điểm này được thực hiện khi các thành viên tham gia bảo hiểm y tế theo hộ gia đình cùng tham gia trong năm tài chính.

2. Đối với đối tượng được ngân sách nhà nước hỗ trợ mức đóng thì không áp dụng giảm trừ mức đóng theo quy định tại điểm e khoản 1 Điều này.

3. Trường hợp đối tượng quy định tại khoản 1 Điều 1 Nghị định này có thêm một hoặc nhiều hợp đồng lao động không xác định thời hạn hoặc hợp đồng lao động có thời hạn từ đủ 3 tháng trở lên thì đóng bảo hiểm y tế theo hợp đồng lao động có mức tiền lương cao nhất.

4. Trường hợp đối tượng tham gia bảo hiểm y tế theo quy định tại Điều 6 Nghị định này đồng thời thuộc nhiều đối tượng tham gia bảo hiểm y tế khác nhau quy định tại các Điều 1, 2, 3 và 4 Nghị định này thì đóng bảo hiểm y tế theo thứ tự như sau: Do người lao động và người sử dụng lao động đóng; do cơ quan bảo hiểm xã hội đóng; do ngân sách nhà nước đóng; do người sử dụng lao động đóng.

5. Bộ Y tế chủ trì, phối hợp với Bộ Tài chính trình Chính phủ điều chỉnh mức đóng bảo hiểm y tế để đảm bảo cân đối quỹ bảo hiểm y tế, phù hợp với khả năng ngân sách nhà nước và đóng góp của các đối tượng có trách nhiệm đóng bảo hiểm y tế theo quy định của Luật bảo hiểm y tế.

Điều 8. Mức hỗ trợ từ ngân sách nhà nước

1. Từ ngày Nghị định này có hiệu lực thi hành, mức hỗ trợ từ ngân sách nhà nước cho một số đối tượng như sau:

a) Hỗ trợ 100% mức đóng bảo hiểm y tế đối với người thuộc hộ gia đình cận nghèo đang sinh sống tại các huyện nghèo theo Nghị quyết số 30a/2008/NQ-CP ngày 27 tháng 12 năm 2008 của Chính phủ về chương trình hỗ trợ giảm nghèo nhanh và bền vững và các huyện được áp dụng cơ chế, chính sách theo Nghị quyết số 30a/2008/NQ-CP;

b) Hỗ trợ tối thiểu 70% mức đóng bảo hiểm y tế đối với đối tượng quy định tại khoản 1 và 2 Điều 4 Nghị định này;

c) Hỗ trợ tối thiểu 30% mức đóng bảo hiểm y tế đối với đối tượng quy định tại khoản 3 và 4 Điều 4 Nghị định này.

2. Trường hợp một người thuộc nhiều đối tượng được ngân sách nhà nước hỗ trợ mức đóng quy định tại khoản 1 Điều này thì được hưởng mức hỗ trợ đóng bảo hiểm y tế theo đối tượng có mức hỗ trợ cao nhất.

3. Ủy ban nhân dân tỉnh, thành phố trực thuộc trung ương căn cứ khả năng ngân sách địa phương và các nguồn hợp pháp khác, kể cả 20% số kinh phí quy định tại điểm a khoản 3 Điều 35 của Luật bảo hiểm y tế (nếu có) xây dựng và trình Hội đồng nhân dân cấp tỉnh quyết định mức hỗ trợ đóng bảo hiểm y tế cao hơn mức hỗ trợ tối thiểu quy định tại khoản 1 Điều này.

Điều 9. Phương thức đóng bảo hiểm y tế của một số đối tượng

1. Đối với người đang hưởng lương hưu, trợ cấp mất sức lao động, trợ cấp bảo hiểm xã hội hằng tháng do ngân sách nhà nước đảm bảo quy định tại Điều 2 và khoản 2 Điều 3 Nghị định này: Hằng tháng, cơ quan bảo hiểm xã hội thực hiện đóng bảo hiểm y tế cho đối tượng này từ nguồn kinh phí chi trả lương hưu, trợ cấp bảo hiểm xã hội do ngân sách nhà nước đảm bảo.

2. Đối với đối tượng quy định tại các khoản 3, 8, 11, 12 và 16 Điều 3 Nghị định này: Hằng quý, cơ quan lao động - thương binh và xã hội chuyển kinh phí từ nguồn thực hiện chính sách ưu đãi người có công với cách mạng, nguồn thực hiện chính sách bảo trợ xã hội vào quỹ bảo hiểm y tế. Chậm nhất đến ngày 15 tháng 12 hằng năm, cơ quan lao động - thương binh và xã hội phải thực hiện xong việc thanh toán, chuyển kinh phí vào quỹ bảo hiểm y tế của năm đó.

3. Đối với đối tượng quy định tại các khoản 1, 4, 6, 7, 10, 13, 14 và 17 Điều 3, đối tượng quy định tại khoản 1 và 2 Điều 4 Nghị định này mà được ngân sách nhà nước hỗ trợ 100% mức đóng bảo hiểm y tế: Hằng quý, cơ quan bảo hiểm xã hội tổng hợp số thẻ bảo hiểm y tế đã phát hành và số tiền đóng, hỗ trợ đóng theo Mẫu số 1 Phụ lục ban hành kèm theo Nghị định này, gửi cơ quan tài chính để chuyển kinh phí vào quỹ bảo hiểm y tế theo quy định tại khoản 9 Điều này. Thời điểm để tính số tiền phải đóng: Các đối tượng được lập danh sách hằng năm, tính tiền đóng từ ngày 01 tháng 01; đối với các đối tượng được bổ sung trong năm, tính tiền đóng từ ngày được xác định tại Quyết định phê duyệt danh sách của cơ quan nhà nước có thẩm quyền.

4. Đối với đối tượng quy định tại khoản 6 Điều 3 Nghị định này (trừ những người đang tham gia bảo hiểm y tế thuộc đối tượng khác, hưởng lương hưu, trợ cấp bảo hiểm xã hội, trợ cấp ưu đãi người có công với cách mạng): Định kỳ 03 tháng, 06 tháng hoặc 12 tháng, cơ quan quản lý đối tượng thực hiện đóng bảo hiểm y tế cho đối tượng này.

5. Đối với học sinh, sinh viên quy định tại khoản 3 Điều 4 Nghị định này:

a) Định kỳ 03 tháng, 06 tháng hoặc 12 tháng, học sinh, sinh viên hoặc cha, mẹ, người giám hộ của học sinh, sinh viên có trách nhiệm đóng bảo hiểm y tế phần thuộc trách nhiệm đóng theo quy định tại khoản 2 Điều 10 Nghị định này cho cơ quan bảo hiểm xã hội;

b) Ngân sách nhà nước hỗ trợ như sau:

- Học sinh, sinh viên đang theo học tại cơ sở giáo dục hoặc cơ sở giáo dục nghề nghiệp trực thuộc bộ, cơ quan trung ương thì do ngân sách trung ương hỗ trợ. Định kỳ 03 tháng, 06 tháng hoặc 12 tháng, Bảo hiểm xã hội cấp tỉnh tổng hợp số thẻ bảo hiểm y tế đã phát hành, số tiền thu của học sinh, sinh viên và số tiền ngân sách nhà nước hỗ trợ đóng theo Mẫu số 1 Phụ lục ban hành kèm theo Nghị định này, gửi Bảo hiểm xã hội Việt Nam tổng hợp, gửi Bộ Tài chính để chuyển kinh phí vào quỹ bảo hiểm y tế theo quy định tại khoản 9 Điều này.

- Học sinh, sinh viên đang theo học tại cơ sở giáo dục hoặc cơ sở giáo dục nghề nghiệp khác thì ngân sách địa phương, bao gồm cả phần ngân sách trung ương hỗ trợ (nếu có), nơi cơ sở giáo dục đó đặt trụ sở hỗ trợ, không phân biệt

hộ khẩu thường trú của học sinh, sinh viên. Định kỳ 03 tháng, 06 tháng hoặc 12 tháng, cơ quan bảo hiểm xã hội tổng hợp số thẻ bảo hiểm y tế đã phát hành, số tiền thu của học sinh, sinh viên và số tiền ngân sách nhà nước hỗ trợ đóng theo Mẫu số 1 Phụ lục ban hành kèm theo Nghị định này, gửi cơ quan tài chính để chuyển kinh phí vào quỹ bảo hiểm y tế theo quy định tại khoản 9 Điều này.

6. Đối với các đối tượng được ngân sách nhà nước hỗ trợ một phần mức đóng bảo hiểm y tế quy định tại khoản 4 Điều 4 Nghị định này:

a) Định kỳ 03 tháng, 06 tháng hoặc 12 tháng, người đại diện của hộ gia đình trực tiếp nộp tiền đóng bảo hiểm y tế phần thuộc trách nhiệm đóng của mình theo quy định tại khoản 2 Điều 10 Nghị định này cho cơ quan bảo hiểm xã hội;

b) Định kỳ 03 tháng, 06 tháng hoặc 12 tháng, cơ quan bảo hiểm xã hội tổng hợp số thẻ bảo hiểm y tế đã phát hành, số tiền thu của người tham gia và số tiền ngân sách nhà nước hỗ trợ đóng theo Mẫu số 1 Phụ lục ban hành kèm theo Nghị định này, gửi cơ quan tài chính để chuyển kinh phí vào quỹ bảo hiểm y tế theo quy định tại khoản 9 Điều này.

7. Đối với đối tượng tham gia bảo hiểm y tế theo hộ gia đình quy định tại Điều 5 Nghị định này: Định kỳ 03 tháng, 06 tháng hoặc 12 tháng, người đại diện hộ gia đình hoặc thành viên hộ gia đình tham gia bảo hiểm y tế nộp tiền đóng bảo hiểm y tế theo quy định tại khoản 3 Điều 10 Nghị định này cho cơ quan bảo hiểm xã hội.

8. Đối với đối tượng tham gia bảo hiểm y tế theo quy định tại Điều 6 Nghị định này, hằng tháng người sử dụng lao động đóng bảo hiểm y tế cho đối tượng này cùng với việc đóng bảo hiểm y tế cho người lao động theo quy định từ các nguồn như sau:

a) Đối với đơn vị sử dụng ngân sách nhà nước thì do ngân sách nhà nước đảm bảo;

b) Đối với đơn vị sự nghiệp thì sử dụng kinh phí của đơn vị theo quy định của pháp luật về cơ chế tự chủ của đơn vị sự nghiệp công lập;

c) Đối với doanh nghiệp thì sử dụng kinh phí của doanh nghiệp.

9. Cơ quan tài chính căn cứ quy định về phân cấp quản lý ngân sách của cấp có thẩm quyền và bảng tổng hợp đối tượng, kinh phí ngân sách nhà nước đóng, hỗ trợ đóng do cơ quan bảo hiểm xã hội chuyển đến, có trách nhiệm chuyển kinh phí vào quỹ bảo hiểm y tế mỗi quý một lần. Chậm nhất đến ngày 15 tháng 12 hằng năm phải thực hiện xong việc chuyển kinh phí vào quỹ bảo hiểm y tế của năm đó.

10. Đối với đối tượng quy định tại khoản 15 Điều 3 Nghị định này, hằng quý cơ quan, đơn vị, tổ chức cấp học bổng đóng bảo hiểm y tế theo quy định vào quỹ bảo hiểm y tế.

Điều 10. Xác định số tiền đóng, hỗ trợ đối với một số đối tượng khi nhà nước điều chỉnh mức đóng bảo hiểm y tế, điều chỉnh mức lương cơ sở

1. Đối với nhóm đối tượng quy định tại Điều 4 Nghị định này mà được ngân sách nhà nước hỗ trợ 100% mức đóng bảo hiểm y tế:

a) Số tiền ngân sách nhà nước đóng, hỗ trợ đóng hằng tháng được xác định theo mức đóng bảo hiểm y tế nhân (x) với mức lương cơ sở. Khi nhà nước điều chỉnh mức đóng bảo hiểm y tế, điều chỉnh mức lương cơ sở, số tiền ngân sách nhà nước đóng, hỗ trợ đóng được điều chỉnh kể từ ngày áp dụng mức đóng bảo hiểm y tế mới, mức lương cơ sở mới;

b) Số tiền đóng bảo hiểm y tế đối với trẻ em dưới 6 tuổi được tính từ ngày sinh đến ngày trẻ đủ 72 tháng tuổi. Trường hợp trẻ em là người Việt Nam sinh ra ở nước ngoài, số tiền đóng bảo hiểm y tế được tính từ ngày trẻ về cư trú tại Việt Nam theo quy định của pháp luật.

2. Đối với nhóm đối tượng được ngân sách nhà nước hỗ trợ một phần mức đóng bảo hiểm y tế quy định tại các khoản 3 và 4 Điều 4 Nghị định này:

a) Số tiền đóng của người tham gia và hỗ trợ của ngân sách nhà nước hằng tháng được xác định theo mức đóng bảo hiểm y tế nhân (x) với mức lương cơ sở tại thời điểm người tham gia đóng bảo hiểm y tế;

b) Khi Nhà nước điều chỉnh mức đóng bảo hiểm y tế, điều chỉnh mức lương cơ sở, người tham gia và ngân sách nhà nước không phải đóng bổ sung hoặc không được hoàn trả phần chênh lệch do điều chỉnh mức đóng bảo hiểm y tế, mức lương cơ sở đối với thời gian còn lại mà người tham gia đã đóng bảo hiểm y tế.

3. Đối với nhóm đối tượng tham gia bảo hiểm y tế theo hộ gia đình quy định tại Điều 5 Nghị định này:

a) Số tiền đóng của người tham gia hằng tháng được xác định theo mức đóng bảo hiểm y tế nhân (x) với mức lương cơ sở tại thời điểm đóng bảo hiểm y tế;

b) Khi Nhà nước điều chỉnh mức đóng bảo hiểm y tế, điều chỉnh mức lương cơ sở, người tham gia không phải đóng bổ sung hoặc không được hoàn trả phần chênh lệch do điều chỉnh mức đóng bảo hiểm y tế, mức lương cơ sở đối với thời gian còn lại mà người tham gia đã đóng bảo hiểm y tế.

4. Đối tượng tham gia vào các ngày trong tháng thì số tiền đóng bảo hiểm y tế được xác định theo tháng kể từ ngày đóng bảo hiểm y tế.

Chương III
THẺ BẢO HIỂM Y TẾ

Điều 11. Lập danh sách cấp thẻ bảo hiểm y tế của một số đối tượng

1. Người sử dụng lao động lập danh sách tham gia bảo hiểm y tế của nhóm đối tượng quy định tại Điều 1 Nghị định này.

2. Cơ sở giáo dục, cơ sở giáo dục nghề nghiệp có trách nhiệm lập danh sách tham gia bảo hiểm y tế của các đối tượng thuộc phạm vi quản lý theo quy định tại khoản 15 Điều 3, khoản 3 Điều 4 Nghị định này.

3. Các đơn vị thuộc Bộ Quốc phòng, Bộ Công an có trách nhiệm lập danh sách tham gia bảo hiểm y tế của các đối tượng thuộc phạm vi quản lý quy định tại khoản 1 Điều 1, khoản 13 Điều 3 và Điều 6 Nghị định này và theo hướng dẫn của Bộ Quốc phòng, Bộ Công an.

4. Đối với người đã hiến bộ phận cơ thể theo quy định của pháp luật, cơ quan bảo hiểm xã hội căn cứ giấy ra viện do cơ sở khám bệnh, chữa bệnh nơi người hiến bộ phận cơ thể cấp cho đối tượng này để cấp thẻ bảo hiểm y tế.

5. Ủy ban nhân dân xã có trách nhiệm lập danh sách đối tượng quy định tại Điều 2; các khoản 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 16 và 17 Điều 3; khoản 1, 2 và 4 Điều 4 và Điều 5 Nghị định này.

6. Danh sách đối tượng tham gia bảo hiểm y tế được lập theo Mẫu số 2 và Mẫu số 3 Phụ lục ban hành kèm theo Nghị định này.

Điều 12. Thẻ bảo hiểm y tế

Thẻ bảo hiểm y tế do cơ quan bảo hiểm xã hội phát hành, phản ánh được các thông tin sau:

1. Thông tin cá nhân của người tham gia bảo hiểm y tế, bao gồm: Họ và tên; giới tính; ngày tháng năm sinh; địa chỉ nơi cư trú hoặc nơi làm việc.

2. Mức hưởng bảo hiểm y tế theo quy định tại Điều 14 Nghị định này.

3. Thời điểm thẻ bảo hiểm y tế có giá trị sử dụng.

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

5. Thời gian tham gia bảo hiểm y tế 05 năm liên tục trở lên đối với đối tượng phải cùng chi trả chi phí khám bệnh, chữa bệnh. Thời gian tham gia bảo hiểm y tế liên tục là thời gian sử dụng ghi trên thẻ bảo hiểm y tế lần sau nối tiếp lần trước; trường hợp gián đoạn tối đa không quá 03 tháng.

Người được cơ quan có thẩm quyền cử đi công tác, học tập, làm việc hoặc theo chế độ phu nhân, phu quân hoặc con đẻ, con nuôi hợp pháp dưới 18 tuổi đi theo bố hoặc mẹ công tác nhiệm kỳ tại cơ quan Việt Nam ở nước ngoài thì thời gian ở nước ngoài được tính là thời gian tham gia bảo hiểm y tế.

Người lao động khi đi lao động ở nước ngoài thì thời gian đã tham gia bảo hiểm y tế trước khi đi lao động ở nước ngoài được tính là thời gian đã tham gia bảo hiểm y tế nếu tham gia bảo hiểm y tế khi về nước trong thời gian 30 ngày kể từ ngày nhập cảnh.

Người lao động trong thời gian làm thủ tục chờ hưởng chế độ trợ cấp thất nghiệp theo quy định của Luật việc làm thì thời gian đã tham gia bảo hiểm y tế trước đó được tính là thời gian đã tham gia bảo hiểm y tế.

Đối tượng quy định tại điểm a khoản 3 Điều 12 của Luật bảo hiểm y tế khi nghỉ hưu, xuất ngũ, chuyển ngành hoặc thôi việc, nếu thời gian học tập, công tác trong quân đội nhân dân, công an nhân dân và tổ chức cơ yếu chưa tham gia bảo hiểm y tế thì thời gian đó được tính là thời gian tham gia bảo hiểm y tế liên tục.

6. Ảnh của người tham bảo hiểm y tế (trừ trẻ em dưới 6 tuổi) đối với trường hợp người tham gia bảo hiểm y tế không có giấy tờ xác nhận nhân thân có ảnh do cơ quan, tổ chức có thẩm quyền cấp hoặc Giấy xác nhận của Công an cấp xã hoặc giấy tờ khác có xác nhận của cơ sở giáo dục, cơ sở giáo dục nghề nghiệp nơi quản lý học sinh, sinh viên, hoặc giấy tờ chứng minh nhân thân hợp pháp khác.

Điều 13. Thời hạn thẻ bảo hiểm y tế có giá trị sử dụng

1. Đối với đối tượng quy định tại khoản 6 Điều 2, thẻ bảo hiểm y tế có giá trị sử dụng từ tháng đầu tiên hưởng trợ cấp thất nghiệp ghi trong quyết định hưởng trợ cấp thất nghiệp của cơ quan nhà nước cấp có thẩm quyền.

2. Đối với đối tượng quy định tại khoản 7 Điều 3 Nghị định này:

a) Trường hợp trẻ em sinh trước ngày 30 tháng 9: Thẻ bảo hiểm y tế có giá trị sử dụng đến hết ngày 30 tháng 9 của năm trẻ đủ 72 tháng tuổi;

b) Trường hợp trẻ sinh sau ngày 30 tháng 9: Thẻ bảo hiểm y tế có giá trị sử dụng đến hết ngày cuối của tháng trẻ đủ 72 tháng tuổi.

3. Đối với đối tượng quy định tại khoản 8 Điều 3 Nghị định này, thẻ bảo hiểm y tế có giá trị sử dụng từ ngày được hưởng trợ cấp xã hội tại quyết định của Ủy ban nhân dân cấp huyện.

4. Đối với đối tượng quy định tại khoản 9 Điều 3, đối tượng quy định tại khoản 1 Điều 4 Nghị định này mà được ngân sách nhà nước hỗ trợ 100% mức đóng bảo hiểm y tế, thẻ bảo hiểm y tế có giá trị sử dụng từ ngày được xác định tại quyết định phê duyệt danh sách của cơ quan nhà nước có thẩm quyền.

5. Đối với đối tượng quy định tại khoản 10 Điều 3 Nghị định này, thẻ bảo hiểm y tế có giá trị sử dụng từ ngày được xác định tại Quyết định phê duyệt danh sách của cơ quan nhà nước có thẩm quyền.

6. Đối với đối tượng quy định tại khoản 14 Điều 3 Nghị định này, thẻ bảo hiểm y tế có giá trị sử dụng ngay sau khi hiến bộ phận cơ thể.

7. Đối với đối tượng quy định tại khoản 3 Điều 4 Nghị định này:

a) Thẻ bảo hiểm y tế được cấp hằng năm cho học sinh của cơ sở giáo dục phổ thông, trong đó:

- Đối với học sinh lớp 1: Giá trị sử dụng bắt đầu từ ngày 01 tháng 10 năm đầu tiên của cấp tiểu học;

- Đối với học sinh lớp 12: Thẻ có giá trị sử dụng đến hết ngày 30 tháng 9 của năm đó.

b) Thẻ bảo hiểm y tế được cấp hằng năm cho học sinh, sinh viên của cơ sở giáo dục đại học, cơ sở giáo dục nghề nghiệp, trong đó:

- Đối với học sinh, sinh viên năm thứ nhất của khóa học: Thẻ có giá trị sử dụng từ ngày nhập học, trừ trường hợp thẻ của học sinh lớp 12 đang còn giá trị sử dụng;

- Đối với học sinh, sinh viên năm cuối của khóa học: Thẻ có giá trị sử dụng đến ngày cuối của tháng kết thúc khóa học.

8. Đối với đối tượng khác, thẻ bảo hiểm y tế có giá trị sử dụng từ ngày người tham gia nộp tiền đóng bảo hiểm y tế. Trường hợp đối tượng quy định tại khoản 4 Điều 4, Điều 5 và 6 Nghị định này tham gia bảo hiểm y tế lần đầu hoặc

tham gia không liên tục từ 03 tháng trở lên trong năm tài chính thì thẻ bảo hiểm y tế có thời hạn sử dụng là 12 tháng kể từ ngày thẻ bảo hiểm y tế có giá trị sử dụng theo quy định tại điểm c khoản 3 Điều 16 của Luật bảo hiểm y tế.

9. Giá trị sử dụng của thẻ bảo hiểm y tế quy định tại Điều này tương ứng số tiền đóng bảo hiểm y tế theo quy định, trừ đối tượng là trẻ em dưới 6 tuổi.

Chương IV
MỨC HƯỞNG, THỦ TỤC KHÁM BỆNH, CHỮA BỆNH BẢO HIỂM Y TẾ

Điều 14. Mức hưởng bảo hiểm y tế đối với các trường hợp quy định tại khoản 1 và khoản 7 Điều 22 của Luật bảo hiểm y tế

1. Người tham gia bảo hiểm y tế khi đi khám bệnh, chữa bệnh theo quy định tại các Điều 26, 27 và 28 của Luật bảo hiểm y tế; khoản 4 và 5 Điều 22 của Luật bảo hiểm y tế thì được quỹ bảo hiểm y tế thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh trong phạm vi được hưởng với mức hưởng như sau:

a) 100% chi phí khám bệnh, chữa bệnh đối với đối tượng quy định tại các khoản 3, 4, 8, 9, 11 và 17 Điều 3 Nghị định này;

b) 100% chi phí khám bệnh, chữa bệnh và không áp dụng giới hạn tỷ lệ thanh toán thuốc, hóa chất, vật tư y tế và dịch vụ kỹ thuật theo quy định của Bộ trưởng Bộ Y tế đối với:

- Người hoạt động cách mạng trước ngày 01 tháng 01 năm 1945;

- Người hoạt động cách mạng từ ngày 01 tháng 01 năm 1945 đến ngày khởi nghĩa tháng Tám năm 1945;

- Bà mẹ Việt Nam anh hùng;

- Thương binh, người hưởng chính sách như thương binh, thương binh loại B, bệnh binh suy giảm khả năng lao động từ 81% trở lên;

- Thương binh, người hưởng chính sách như thương binh, thương binh loại B, bệnh binh khi điều trị vết thương, bệnh tật tái phát;

- Người hoạt động kháng chiến bị nhiễm chất độc hóa học có tỷ lệ suy giảm khả năng lao động từ 81% trở lên;

- Trẻ em dưới 6 tuổi.

c) 100% chi phí khám bệnh, chữa bệnh tại tuyến xã;

d) 100% chi phí khám bệnh, chữa bệnh đối với trường hợp chi phí cho một lần khám bệnh, chữa bệnh thấp hơn 15% mức lương cơ sở;

đ) 100% chi phí khám bệnh, chữa bệnh khi người bệnh có thời gian tham gia bảo hiểm y tế 05 năm liên tục trở lên và có số tiền cùng chi trả chi phí khám bệnh, chữa bệnh trong năm lớn hơn 06 tháng lương cơ sở, trừ trường hợp tự đi khám bệnh, chữa bệnh không đúng tuyến;

e) 95% chi phí khám bệnh, chữa bệnh đối với đối tượng quy định tại khoản 1 Điều 2, khoản 12 Điều 3 và khoản 1 và 2 Điều 4 Nghị định này;

g) 80% chi phí khám bệnh, chữa bệnh đối với các đối tượng khác;

h) Người bệnh được cơ sở khám bệnh, chữa bệnh tuyến trên chẩn đoán, chỉ định điều trị và chuyển về để quản lý, theo dõi, cấp phát thuốc tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh tuyến xã theo quy định của Bộ trưởng Bộ Y tế thì được quỹ bảo hiểm y tế chi trả trong phạm vi được hưởng và mức hưởng quy định tại điểm a, b, đ, e và g khoản 1 Điều này.

2. Trường hợp một người thuộc nhiều đối tượng tham gia bảo hiểm y tế thì được hưởng quyền lợi bảo hiểm y tế theo đối tượng có mức hưởng cao nhất quy định tại khoản 1 Điều này.

3. Trường hợp người có thẻ bảo hiểm y tế tự đi khám bệnh, chữa bệnh không đúng tuyến, sau đó được cơ sở nơi tiếp nhận chuyển tuyến đến cơ sở khám bệnh, chữa bệnh khác thì được quỹ bảo hiểm y tế thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh theo mức hưởng quy định tại khoản 3 Điều 22 của Luật bảo hiểm y tế, trừ các trường hợp sau: cấp cứu; đang điều trị nội trú được phát hiện bệnh khác ngoài phạm vi chuyên môn của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh; tình trạng bệnh diễn biến vượt quá khả năng chuyên môn của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh.

4. Người tham gia bảo hiểm y tế đăng ký khám bệnh, chữa bệnh ban đầu tại trạm y tế tuyến xã giáp ranh của tỉnh giáp ranh được quỹ bảo hiểm y tế thanh toán 100% chi phí khám bệnh, chữa bệnh trong phạm vi được hưởng và mức hưởng quy định tại khoản 1 Điều này khi đến khám bệnh, chữa bệnh tại trạm y tế tuyến xã giáp ranh của tỉnh giáp ranh.

5. Trường hợp chuyển đổi mức hưởng bảo hiểm y tế thì mức hưởng bảo hiểm y tế mới được tính từ thời điểm thẻ bảo hiểm y tế mới có giá trị sử dụng.

Điều 15. Thủ tục khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế

1. Người tham gia bảo hiểm y tế khi đến khám bệnh, chữa bệnh phải xuất trình thẻ bảo hiểm y tế có ảnh; trường hợp thẻ bảo hiểm y tế chưa có ảnh thì phải xuất trình một trong các giấy tờ tùy thân có ảnh do cơ quan, tổ chức có thẩm quyền cấp hoặc Giấy xác nhận của Công an cấp xã hoặc giấy tờ khác có xác nhận của cơ sở giáo dục nơi quản lý học sinh, sinh viên; các giấy tờ chứng minh nhân thân hợp pháp khác.

2. Trẻ em dưới 6 tuổi đến khám bệnh, chữa bệnh chỉ phải xuất trình thẻ bảo hiểm y tế. Trường hợp trẻ chưa được cấp thẻ bảo hiểm y tế thì phải xuất trình bản sao giấy chứng sinh hoặc bản sao giấy khai sinh; trường hợp phải điều trị ngay sau khi sinh mà chưa có giấy chứng sinh thì thủ trưởng cơ sở khám bệnh, chữa bệnh và cha hoặc mẹ hoặc người giám hộ của trẻ ký xác nhận vào hồ sơ bệnh án để làm căn cứ thanh toán theo quy định tại khoản 1 Điều 27 Nghị định này và chịu trách nhiệm về việc xác nhận này.

3. Người tham gia bảo hiểm y tế trong thời gian chờ cấp lại thẻ, đổi thẻ bảo hiểm y tế khi đến khám bệnh, chữa bệnh phải xuất trình giấy hẹn cấp lại thẻ, đổi thẻ bảo hiểm y tế do cơ quan bảo hiểm xã hội hoặc tổ chức, cá nhân được cơ

quan bảo hiểm xã hội ủy quyền tiếp nhận hồ sơ cấp lại thẻ, đổi thẻ cấp theo Mẫu số 4 Phụ lục ban hành kèm theo Nghị định này và một loại giấy tờ chứng minh về nhân thân của người đó.

4. Người đã hiến bộ phận cơ thể đến khám bệnh, chữa bệnh phải xuất trình các giấy tờ quy định tại khoản 1 hoặc khoản 3 Điều này. Trường hợp phải điều trị ngay sau khi hiến thì thủ trưởng cơ sở khám bệnh, chữa bệnh nơi lấy bộ phận cơ thể và người bệnh hoặc thân nhân của người bệnh ký xác nhận vào hồ sơ bệnh án để làm căn cứ thanh toán theo quy định tại khoản 2 Điều 27 Nghị định này và chịu trách nhiệm về việc xác nhận này.

5. Trường hợp chuyển tuyến khám bệnh, chữa bệnh, người tham gia bảo hiểm y tế phải xuất trình hồ sơ chuyển tuyến của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh và giấy chuyển tuyến theo Mẫu số 6 Phụ lục ban hành kèm theo Nghị định này. Trường hợp giấy chuyển tuyến có giá trị sử dụng đến hết ngày 31 tháng 12 nhưng đợt điều trị chưa kết thúc thì được sử dụng giấy chuyển tuyến đó đến hết đợt điều trị.

Trường hợp khám lại theo yêu cầu điều trị, người tham gia bảo hiểm y tế phải có giấy hẹn khám lại của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh theo Mẫu số 5 Phụ lục ban hành kèm theo Nghị định này.

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

Cơ sở khám bệnh, chữa bệnh không có hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế có trách nhiệm cung cấp cho người bệnh khi ra viện các giấy tờ, chứng từ hợp lệ liên quan đến chi phí khám bệnh, chữa bệnh để người bệnh thanh toán trực tiếp với cơ quan bảo hiểm xã hội theo quy định tại các Điều 28, 29 và 30 Nghị định này.

7. Người tham gia bảo hiểm y tế trong thời gian đi công tác, làm việc lưu động, học tập trung theo các hình thức đào tạo, chương trình đào tạo, tạm trú được khám bệnh, chữa bệnh ban đầu tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh cùng tuyến hoặc tương đương với cơ sở đăng ký khám bệnh, chữa bệnh ban đầu ghi trên thẻ bảo hiểm y tế và phải xuất trình các giấy tờ quy định tại khoản 1 hoặc khoản 2 hoặc khoản 3 Điều này và một trong các giấy tờ sau đây (bản chính hoặc bản chụp): giấy công tác, quyết định cử đi học, thẻ học sinh, sinh viên, giấy tờ chứng minh đăng ký tạm trú, giấy chuyển trường.

8. Cơ sở khám bệnh, chữa bệnh, cơ quan bảo hiểm xã hội không được quy định thêm thủ tục khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế ngoài các thủ tục quy định tại Điều này. Trường hợp cơ sở khám bệnh, chữa bệnh, cơ quan bảo hiểm xã hội

cần sao chụp thẻ bảo hiểm y tế, các giấy tờ liên quan đến khám bệnh, chữa bệnh của người bệnh để phục vụ cho công tác quản lý thì phải tự sao chụp, không được yêu cầu người bệnh sao chụp hoặc chi trả cho khoản chi phí này.

Chương V
HỢP ĐỒNG KHÁM BỆNH, CHỮA BỆNH BẢO HIỂM Y TẾ

Điều 16. Hồ sơ ký hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế

1. Trường hợp ký hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh lần đầu, hồ sơ gồm:

a) Công văn đề nghị ký hợp đồng của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh;

b) Bản sao giấy phép hoạt động khám bệnh, chữa bệnh do cơ quan nhà nước có thẩm quyền cấp cho cơ sở khám bệnh, chữa bệnh;

c) Bản chụp có đóng dấu của cơ sở đối với quyết định phân hạng bệnh viện của cấp có thẩm quyền (nếu có) hoặc quyết định về tuyến chuyên môn kỹ thuật của cấp có thẩm quyền đối với cơ sở khám bệnh, chữa bệnh ngoài công lập;

d) Danh mục dịch vụ kỹ thuật y tế, danh mục thuốc, hóa chất, vật tư y tế được cấp có thẩm quyền phê duyệt (bằng văn bản hoặc bản điện tử).

2. Trường hợp cơ sở khám bệnh, chữa bệnh được cơ quan có thẩm quyền phê duyệt bổ sung chức năng, nhiệm vụ, phạm vi chuyên môn, hạng bệnh viện, cơ sở khám bệnh, chữa bệnh có trách nhiệm thông báo cho cơ quan bảo hiểm xã hội để bổ sung vào hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế. Trong thời hạn 10 ngày làm việc kể từ ngày nhận được văn bản phê duyệt do cơ sở khám bệnh, chữa bệnh gửi đến, cơ quan bảo hiểm xã hội có trách nhiệm hoàn thành việc ký kết bổ sung phụ lục hợp đồng hoặc giao kết hợp đồng mới.

Điều 17. Nội dung hợp đồng, điều kiện ký hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế đối với cơ sở khám bệnh, chữa bệnh

1. Nội dung hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế được lập theo Mẫu số 7 Phụ lục ban hành kèm theo Nghị định này. Tùy theo điều kiện của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh, cơ quan bảo hiểm xã hội và cơ sở khám bệnh, chữa bệnh thống nhất bổ sung nội dung trong hợp đồng nhưng không trái quy định của pháp luật về bảo hiểm y tế.

2. Điều kiện để ký hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế đối với cơ sở khám bệnh, chữa bệnh gồm:

a) Có đủ điều kiện hoạt động khám bệnh, chữa bệnh theo quy định của pháp luật về khám bệnh, chữa bệnh và đã được cơ quan có thẩm quyền cấp giấy phép hoạt động khám bệnh, chữa bệnh;

b) Đảm bảo việc cung ứng thuốc, hóa chất, vật tư y tế phù hợp với phạm vi hoạt động chuyên môn của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh.

Điều 18. Ký hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế

1. Trường hợp ký hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh lần đầu:

a) Cơ sở khám bệnh, chữa bệnh gửi 01 bộ hồ sơ theo quy định tại Điều 16 Nghị định này đến cơ quan bảo hiểm xã hội;

b) Trong thời hạn 30 ngày, kể từ ngày nhận đủ hồ sơ hợp lệ (theo ngày ghi trên dấu công văn đến), cơ quan bảo hiểm xã hội phải thực hiện xong việc xem xét hồ sơ và ký hợp đồng. Trường hợp không đồng ý ký hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế thì phải có văn bản trả lời và nêu rõ lý do.

2. Thời hạn có hiệu lực của hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế:

a) Thời hạn của hợp đồng từ ngày 01 tháng 01 đến hết ngày 31 tháng 12 của năm, tối đa không quá 36 tháng;

b) Đối với hợp đồng ký lần đầu, thời hạn của hợp đồng được tính kể từ ngày ký đến hết ngày 31 tháng 12 của năm thời hạn hợp đồng hết hiệu lực, tối đa không quá 36 tháng;

c) Trường hợp ký hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế hằng năm, cơ sở khám bệnh, chữa bệnh và cơ quan bảo hiểm xã hội hoàn thành việc ký hợp đồng năm sau trước ngày 31 tháng 12 của năm đó.

Trước khi hợp đồng hết hiệu lực 10 ngày, nếu cơ sở khám bệnh, chữa bệnh và cơ quan bảo hiểm xã hội thỏa thuận gia hạn và thỏa thuận tiếp tục thực hiện hợp đồng bằng một phụ lục hợp đồng thì phụ lục đó có giá trị pháp lý, trừ khi có thỏa thuận khác.

3. 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:

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

b) Trường hợp cơ sở khám bệnh, chữa bệnh không tiếp tục ký hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế thì tính vào chi phí khám bệnh, chữa bệnh năm đó.

4. Hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế phải quy định rõ phương thức thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế phù hợp với điều kiện của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh.

5. Các bên có trách nhiệm bảo đảm quyền lợi của người bệnh có thẻ bảo hiểm y tế theo quy định của pháp luật về bảo hiểm y tế và không làm gián đoạn việc khám bệnh, chữa bệnh đối với người bệnh có thẻ bảo hiểm y tế.

Điều 19. Hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế tại trạm y tế xã, phường, nhà hộ sinh công lập, phòng khám đa khoa khu vực, cơ sở khám bệnh, chữa bệnh của cơ quan, đơn vị, trường học

1. Đối với trạm y tế xã, phường, nhà hộ sinh công lập và phòng khám đa khoa khu vực

a) Cơ quan bảo hiểm xã hội ký hợp đồng với trung tâm y tế huyện hoặc bệnh viện huyện hoặc cơ sở khám bệnh, chữa bệnh khác do Sở Y tế phê duyệt để thực hiện khám bệnh, chữa bệnh tại trạm y tế xã, phường, nhà hộ sinh công lập, phòng khám đa khoa khu vực cho người tham gia bảo hiểm y tế;

b) Cơ sở khám bệnh, chữa bệnh ký hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế quy định tại điểm a khoản này có trách nhiệm cung ứng thuốc, hóa chất, vật tư y tế cho trạm y tế xã, phường, nhà hộ sinh công lập, phòng khám đa

khoa khu vực và thanh toán chi phí sử dụng giường bệnh (nếu có) và dịch vụ kỹ thuật y tế thực hiện trong phạm vi chuyên môn; đồng thời theo dõi, giám sát và tổng hợp để thanh toán với cơ quan bảo hiểm xã hội.

2. Đối với cơ sở khám bệnh, chữa bệnh của cơ quan, đơn vị, trường học (trừ cơ quan, đơn vị, trường học được cấp kinh phí khám bệnh, chữa bệnh trong công tác chăm sóc sức khỏe ban đầu theo quy định khoản 1 Điều 34 Nghị định này), cơ quan bảo hiểm xã hội ký hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế trực tiếp với cơ quan, đơn vị, trường học.

Điều 20. Quyền và trách nhiệm của cơ quan bảo hiểm xã hội trong thực hiện hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế

1. Quyền của cơ quan bảo hiểm xã hội:

a) Thực hiện các quy định tại Điều 40 của Luật bảo hiểm y tế;

b) Yêu cầu cơ sở khám bệnh, chữa bệnh thực hiện chuyển dữ liệu điện tử để thực hiện giám định và thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế theo quy định của Bộ trưởng Bộ Y tế.

2. Trách nhiệm của cơ quan bảo hiểm xã hội:

a) Thực hiện theo quy định tại Điều 41 của Luật bảo hiểm y tế;

b) Trong 10 ngày đầu của tháng đầu kỳ ký hợp đồng, cung cấp cho cơ sở khám bệnh, chữa bệnh danh sách những người có thẻ bảo hiểm y tế đăng ký khám bệnh, chữa bệnh ban đầu theo Mẫu số 8 Phụ lục ban hành kèm theo Nghị định này vào đầu mỗi quý bằng bản điện tử hoặc văn bản có ký tên đóng dấu;

c) Bảo đảm tuân thủ quy định của pháp luật về khám bệnh, chữa bệnh, quy chế quản lý hồ sơ bệnh án theo quy định của Bộ trưởng Bộ Y tế;

d) Phối hợp với cơ sở khám bệnh, chữa bệnh trong việc tiếp nhận, kiểm tra thủ tục khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế; thu hồi, tạm giữ thẻ bảo hiểm y tế và xử lý theo thẩm quyền đối với các trường hợp vi phạm; hỗ trợ ứng dụng công nghệ thông tin trong giám định và thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế cho cơ sở khám bệnh, chữa bệnh;

đ) Bảo vệ quyền lợi của người tham gia bảo hiểm y tế; giải quyết theo thẩm quyền các kiến nghị, khiếu nại, tố cáo về chế độ bảo hiểm y tế;

e) Hoàn thiện hệ thống giám định và bảo đảm duy trì tiếp nhận, phản hồi kịp thời việc tiếp nhận dữ liệu điện tử, kết quả giám định khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế cho cơ sở khám bệnh, chữa bệnh theo quy định của Bộ trưởng Bộ Y tế.

Điều 21. Quyền và trách nhiệm của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh trong thực hiện hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế

1. Quyền của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh:

Thực hiện theo quy định tại Điều 42 của Luật bảo hiểm y tế.

2. Trách nhiệm của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh:

a) Thực hiện theo quy định tại Điều 43 của Luật bảo hiểm y tế;

b) Bảo đảm cung ứng thuốc, hóa chất, vật tư y tế và dịch vụ kỹ thuật phù hợp tuyến chuyên môn kỹ thuật theo quy định của Bộ trưởng Bộ Y tế;

c) Gửi dữ liệu điện tử để phục vụ quản lý khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế ngay sau khi kết thúc lần khám bệnh hoặc kết thúc đợt điều trị ngoại trú hoặc kết thúc đợt điều trị nội trú của người bệnh theo quy định của Bộ trưởng Bộ Y tế;

d) Gửi dữ liệu điện tử về chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế đề nghị thanh toán chậm nhất trong vòng 07 ngày làm việc kể từ ngày kết thúc việc khám bệnh, chữa bệnh đối với người bệnh theo quy định của Bộ trưởng Bộ Y tế.

Điều 22. Sửa đổi, bổ sung hợp đồng

1. Trong quá trình thực hiện hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế, nếu bên nào có yêu cầu sửa đổi, bổ sung nội dung hợp đồng thì phải thông báo bằng văn bản cho bên kia biết trước ít nhất 30 ngày về những nội dung cần sửa đổi, bổ sung tại hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế.

2. Trong trường hợp hai bên thỏa thuận được nội dung sửa đổi, bổ sung hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế thì việc sửa đổi, bổ sung hợp đồng được thực hiện bằng việc ký kết phụ lục hợp đồng hoặc giao kết hợp đồng mới.

3. Trong trường hợp hai bên không thỏa thuận được việc sửa đổi, bổ sung nội dung hợp đồng thì tiếp tục thực hiện hợp đồng đã giao kết.

Điều 23. Các trường hợp chấm dứt hợp đồng

1. Cơ sở khám bệnh, chữa bệnh chấm dứt hoạt động, giải thể, phá sản hoặc bị thu hồi Giấy phép hoạt động.

2. Hai bên thỏa thuận thống nhất chấm dứt hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế theo quy định của pháp luật.

3. Trong quá trình thực hiện hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế, cơ quan bảo hiểm xã hội hoặc cơ quan, đơn vị, tổ chức và cá nhân phát hiện cơ sở khám bệnh, chữa bệnh có hành vi vi phạm hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế thì thông báo cho Sở Y tế đối với trường hợp cơ sở khám bệnh, chữa bệnh thuộc phạm vi quản lý của Sở Y tế hoặc Bộ Y tế đối với trường hợp cơ sở khám bệnh, chữa bệnh thuộc phạm vi quản lý của Bộ Y tế hoặc cơ quan quản lý y tế của bộ ngành đối với trường hợp cơ sở khám bệnh, chữa bệnh thuộc phạm vi quản lý của bộ, ngành (sau đây gọi tắt là cơ quan quản lý).

Trong thời hạn 05 ngày làm việc kể từ ngày nhận được thông báo, cơ quan quản lý có trách nhiệm có văn bản đề nghị cơ sở khám bệnh, chữa bệnh giải trình bằng văn bản các nội dung liên quan đến kiến nghị về hành vi vi phạm.

Sau khi nhận được văn bản đề nghị giải trình của cơ quan quản lý, cơ sở khám bệnh, chữa bệnh có trách nhiệm gửi văn bản giải trình cho cơ quan quản lý kèm theo các bằng chứng chứng minh (nếu có).

Sau khi nhận được văn bản giải trình của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh, cơ quan quản lý có trách nhiệm phối hợp với cơ quan bảo hiểm xã hội cùng cấp xem xét, tổ chức xác minh và kết luận đối với kiến nghị về hành vi vi phạm. Nội dung kết luận phải nêu rõ cơ sở khám bệnh, chữa bệnh có hoặc không có hành vi vi phạm và biện pháp khắc phục hậu quả (nếu có).

4. Trong quá trình thực hiện hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế, cơ quan, đơn vị, tổ chức và cá nhân phát hiện cơ quan bảo hiểm xã hội có hành vi vi phạm hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế thì thông báo cho cơ quan quản lý.

Trong thời hạn 05 ngày làm việc kể từ ngày nhận được thông báo, cơ quan quản lý có trách nhiệm có văn bản đề nghị cơ quan bảo hiểm xã hội giải trình bằng văn bản các nội dung liên quan đến kiến nghị về hành vi vi phạm.

Sau khi nhận được văn bản đề nghị giải trình của cơ quan quản lý, cơ quan bảo hiểm xã hội có trách nhiệm gửi văn bản giải trình cho cơ quan quản lý kèm theo các bằng chứng chứng minh (nếu có).

Sau khi nhận được văn bản giải trình của cơ quan bảo hiểm xã hội, cơ quan quản lý có trách nhiệm phối hợp với cơ quan bảo hiểm xã hội cùng cấp (trường hợp cơ quan bảo hiểm xã hội cùng cấp là cơ quan bị kiến nghị thì mời cơ quan bảo hiểm xã hội cấp trên) xem xét, tổ chức xác minh và kết luận đối với kiến nghị về hành vi vi phạm. Nội dung kết luận phải nêu rõ cơ quan bảo hiểm xã hội có hoặc không có hành vi vi phạm và biện pháp khắc phục hậu quả (nếu có).

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

Điều 24. Thanh toán theo giá dịch vụ

1. Thanh toán theo giá dịch vụ là phương thức thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh trên cơ sở giá dịch vụ khám bệnh, chữa bệnh do cấp có thẩm quyền quy định và chi phí về thuốc, hóa chất, vật tư y tế, máu, chế phẩm máu chưa được tính vào giá dịch vụ được sử dụng cho người bệnh tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh.

2. Thanh toán theo giá dịch vụ khám bệnh, chữa bệnh được áp dụng để thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế, trừ chi phí của các dịch vụ y tế đã được thanh toán theo phương thức khác.

3. Nguyên tắc thanh toán:

a) Giá dịch vụ khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế áp dụng thống nhất đối với các bệnh viện cùng hạng trên toàn quốc;

b) Chi phí thuốc, hóa chất, vật tư y tế chưa tính vào giá dịch vụ khám bệnh, chữa bệnh thì thanh toán theo giá mua theo quy định của pháp luật về đấu thầu;

c) Chi phí máu và chế phẩm máu thanh toán theo hướng dẫn của Bộ trưởng Bộ Y tế.

4. Tổng mức thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế cho cơ sở khám bệnh, chữa bệnh hàng năm được tính theo công thức sau:

$$T = [T_{n-1} \times k]_{\text{thuốc, hóa chất}} + [T_{n-1} \times k]_{\text{vật tư y tế}} + [T_{n-1}]_{\text{máu, chế phẩm máu}} + [T_{n-1}]_{\text{dịch vụ khám bệnh, chữa bệnh}} + C_n$$

Trong đó:

a) T là tổng mức thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế tại cơ sở bằng tổng mức thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh nội trú và tổng mức thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh ngoại trú;

b) T_{n-1} là chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế năm trước liền kề tại cơ sở đã được cơ quan bảo hiểm xã hội thẩm định quyết toán;

c) k là hệ số điều chỉnh do biến động về giá thuốc, hóa chất, vật tư y tế tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh tương ứng của từng yếu tố thuốc, hóa chất, vật tư y tế chưa được tính vào giá dịch vụ, không bao gồm các chi phí đã được tính trong C_n.

d) C_n là phần chi phí phát sinh tăng hoặc giảm trong năm tại cơ sở do các nguyên nhân: áp dụng dịch vụ kỹ thuật mới; bổ sung thuốc, hóa chất mới, vật tư y tế mới; áp dụng giá dịch vụ khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế mới; giá máu, chế phẩm máu mới; điều chỉnh hạng bệnh viện; đối tượng người có thẻ bảo hiểm y tế; thay đổi phạm vi hoạt động của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh theo quyết định của cấp có thẩm quyền (nếu có); thay đổi mô hình bệnh tật; số lượt khám bệnh, chữa bệnh. Chi phí này được tổng hợp vào chi phí thực tế để làm cơ sở tính tổng mức thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế cho cơ sở khám bệnh, chữa bệnh.

5. Quỹ bảo hiểm y tế thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh theo báo cáo quyết toán năm của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh đã được thẩm định nhưng không vượt tổng mức thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế được xác định theo quy định tại khoản 4 Điều này.

6. Hằng năm, căn cứ chỉ số giá của từng yếu tố thuốc, hóa chất, vật tư y tế do Tổng cục Thống kê công bố, Bộ Y tế thông báo hệ số k sau khi thống nhất với Bộ Tài chính.

Điều 25. Thanh toán theo định suất

1. Thanh toán theo định suất được áp dụng đối với cơ sở khám bệnh, chữa bệnh có khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế ngoại trú.

2. Phạm vi thanh toán theo định suất, bao gồm chi phí trong phạm vi được hưởng và mức hưởng của người có thẻ bảo hiểm y tế đăng ký khám bệnh, chữa bệnh ban đầu tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh và người có thẻ bảo hiểm y tế đăng ký khám bệnh, chữa bệnh ban đầu tại các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh khác đến khám bệnh, chữa bệnh tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh đó.

3. Các bệnh, nhóm bệnh, dịch vụ y tế, chi phí không thuộc phạm vi thanh toán theo định suất do Bộ trưởng Bộ Y tế quy định.

4. Quỹ định suất giao cho cơ sở khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế hằng năm phải bảo đảm trong phạm vi quỹ định suất giao cho tỉnh và trong phạm vi quỹ định suất toàn quốc.

5. Xử lý chênh lệch quỹ định suất giao cho cơ sở khám bệnh, chữa bệnh

a) Trường hợp quỹ định suất có kết dư trong năm (quỹ định suất được giao lớn hơn chi khám bệnh, chữa bệnh), cơ sở khám bệnh, chữa bệnh hạch toán số kết dư này vào nguồn thu sự nghiệp của đơn vị và làm căn cứ xác định quỹ định suất cho năm sau. Trường hợp cơ sở khám bệnh, chữa bệnh được giao ký hợp đồng thực hiện khám bệnh, chữa bệnh ban đầu bao gồm cả trạm y tế xã, cơ sở có trách nhiệm chuyển một phần kết dư cho các trạm y tế xã;

b) Trường hợp quỹ định suất bội chi trong năm (quỹ định suất được giao nhỏ hơn chi khám bệnh, chữa bệnh), cơ sở khám bệnh, chữa bệnh tự cân đối trong nguồn thu của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh theo quy định.

6. Trường hợp tổng chi phí trong phạm vi quỹ định suất toàn quốc năm giao quỹ lớn hơn tổng quỹ định suất toàn quốc đã giao, Bảo hiểm xã hội Việt Nam tổng hợp, báo cáo Hội đồng quản lý Bảo hiểm xã hội Việt Nam thông qua và báo cáo Bộ Tài chính, Bộ Y tế. Bộ Y tế chủ trì, phối hợp với Bộ Tài chính xem xét, tổng hợp trình Thủ tướng Chính phủ quyết định.

7. Bộ trưởng Bộ Y tế quy định phạm vi thực hiện, lộ trình thực hiện, kỹ thuật xác định quỹ và thanh toán theo định suất quy định tại Điều này.

Điều 26. Thanh toán chi phí vận chuyển người bệnh

1. Người tham gia bảo hiểm y tế thuộc đối tượng quy định tại các khoản 3, 4, 7, 8, 9 và 11 Điều 3 Nghị định này trong trường hợp cấp cứu hoặc đang điều trị nội trú phải chuyển tuyến chuyên môn kỹ thuật từ cơ sở khám bệnh, chữa bệnh tuyến huyện lên tuyến trên, bao gồm:

a) Từ tuyến huyện lên tuyến tỉnh;

b) Từ tuyến huyện lên tuyến trung ương.

2. Mức thanh toán chi phí vận chuyển:

a) Trường hợp sử dụng phương tiện vận chuyển của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh chỉ định chuyển tuyến thì quỹ bảo hiểm y tế thanh toán chi phí vận chuyển cả chiều đi và về cho cơ sở khám bệnh, chữa bệnh đó 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 chuyển người bệnh. 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 khám bệnh, chữa bệnh tiếp nhận người bệnh ký xác nhận trên phiếu điều xe của cơ sở chuyển người bệnh đi; trường hợp ngoài giờ hành chính thì phải có chữ ký của bác sỹ tiếp nhận người bệnh;

b) Trường hợp 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 chuyển người bệnh lên tuyến trên. Cơ sở khám bệnh, chữa bệnh chỉ định chuyển tuyến có trách nhiệm thanh toán khoản chi này trực tiếp cho người bệnh trước khi chuyển tuyến, sau đó thanh toán với cơ quan bảo hiểm xã hội.

Điều 27. Thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh một số trường hợp

1. Thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh đối với trẻ em dưới 6 tuổi trong trường hợp chưa có thẻ bảo hiểm y tế: cơ sở khám bệnh, chữa bệnh tổng hợp danh sách trẻ em dưới 6 tuổi và chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế theo phạm vi được hưởng và mức hưởng gửi cơ quan bảo hiểm xã hội thanh toán theo quy định.

Cơ quan bảo hiểm xã hội căn cứ danh sách số trẻ em đã được khám bệnh, chữa bệnh do cơ sở khám bệnh, chữa bệnh chuyển đến, có trách nhiệm kiểm tra, xác minh việc cấp thẻ bảo hiểm y tế cho trẻ; thực hiện thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh. Trường hợp trẻ em chưa được cấp thẻ thì thực hiện cấp thẻ theo quy định.

2. Thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh đối với người đã hiến bộ phận cơ thể người phải điều trị ngay sau khi hiến mà chưa có thẻ bảo hiểm y tế: cơ sở khám bệnh, chữa bệnh sau khi lấy bộ phận cơ thể người có trách nhiệm tổng hợp danh sách số người đã hiến và chi phí khám bệnh, chữa bệnh theo phạm vi được hưởng và mức hưởng bảo hiểm y tế sau khi hiến, gửi cơ quan bảo hiểm xã hội để thanh toán theo quy định.

Cơ quan bảo hiểm xã hội căn cứ danh sách số người đã hiến bộ phận cơ thể đã được khám bệnh, chữa bệnh sau khi hiến và chi phí do cơ sở khám bệnh, chữa bệnh chuyển đến để thực hiện thanh toán, cấp thẻ bảo hiểm y tế.

3. Thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh đối với người bệnh có thời gian tham gia bảo hiểm y tế 05 năm liên tục trở lên và có số tiền cùng chi trả chi phí khám bệnh, chữa bệnh trong năm lớn hơn 06 tháng lương cơ sở theo quy định tại điểm đ khoản 1 Điều 14 Nghị định này:

a) Trường hợp người bệnh có số tiền cùng chi trả tại một lần hoặc nhiều lần khám bệnh, chữa bệnh tại cùng cơ sở khám bệnh, chữa bệnh đó lớn hơn 06 tháng lương cơ sở thì cơ sở khám bệnh, chữa bệnh không thu số tiền cùng chi trả lớn hơn 06 tháng lương cơ sở của người bệnh. Cơ sở khám bệnh, chữa bệnh có trách nhiệm cung cấp hóa đơn thu đối với số tiền cùng chi trả đủ 06 tháng lương cơ sở để người bệnh có căn cứ đề nghị cơ quan bảo hiểm xã hội xác nhận không phải cùng chi trả trong năm đó;

b) Trường hợp người bệnh có số tiền cùng chi trả lũy kế trong năm tài chính tại các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh khác nhau hoặc tại cùng một cơ sở khám bệnh, chữa bệnh lớn hơn 06 tháng lương cơ sở thì người bệnh mang chứng từ đến cơ quan bảo hiểm xã hội nơi cấp thẻ bảo hiểm y tế để thanh toán số tiền cùng chi trả lớn hơn 06 tháng lương cơ sở và nhận giấy xác nhận không phải cùng chi trả trong năm đó;

c) Trường hợp người bệnh có số tiền cùng chi trả vượt quá 06 tháng lương cơ sở được tính từ ngày 01 tháng 01, quỹ bảo hiểm y tế thanh toán 100% chi phí khám bệnh chữa bệnh trong phạm vi quyền lợi của người bệnh kể từ thời điểm người bệnh tham gia đủ 05 năm liên tục đến hết ngày 31 tháng 12 của năm đó.

4. Trường hợp chuyển tuyến khám bệnh, chữa bệnh đối với người bệnh cần phải có nhân viên y tế đi kèm và có sử dụng thuốc, vật tư y tế theo yêu cầu chuyên môn trong quá trình vận chuyển, thì chi phí thuốc, vật tư y tế được tổng hợp vào chi phí điều trị của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh chỉ định chuyển tuyến.

5. Trường hợp người bệnh sau khi đã điều trị nội trú ổn định nhưng cần phải tiếp tục sử dụng thuốc sau khi ra viện theo chỉ định của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh theo quy định của Bộ trưởng Bộ Y tế, quỹ bảo hiểm y tế thanh toán chi phí thuốc trong phạm vi được hưởng và mức hưởng theo chế độ quy định. Cơ sở khám bệnh, chữa bệnh tổng hợp khoản chi thuốc này vào chi phí khám bệnh, chữa bệnh của người bệnh trước khi ra viện.

6. Trường hợp cơ sở khám bệnh, chữa bệnh không thực hiện được xét nghiệm cận lâm sàng, chẩn đoán hình ảnh, thăm dò chức năng và phải chuyển người bệnh hoặc mẫu bệnh phẩm đến cơ sở khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế hoặc cơ sở được cấp có thẩm quyền phê duyệt đủ điều kiện thực hiện để thực hiện các dịch vụ đó, thì quỹ bảo hiểm y tế thanh toán chi phí thực hiện dịch vụ trong phạm vi được hưởng và mức hưởng theo quy định cho cơ sở khám bệnh, chữa bệnh nơi chuyển người bệnh, mẫu bệnh phẩm. Cơ sở khám bệnh, chữa bệnh chuyển người bệnh hoặc mẫu bệnh phẩm có trách nhiệm thanh toán chi phí cho cơ sở khám bệnh, chữa bệnh hoặc đơn vị thực hiện dịch vụ, sau đó tổng hợp vào chi phí khám bệnh, chữa bệnh của người bệnh để thanh toán với cơ quan bảo hiểm xã hội.

Bộ trưởng Bộ Y tế quy định nguyên tắc, danh mục xét nghiệm cận lâm sàng, chẩn đoán hình ảnh, thăm dò chức năng được chuyển đến cơ sở khám bệnh, chữa bệnh hoặc đơn vị thực hiện dịch vụ.

7. Thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh đối với các dịch vụ kỹ thuật do nhân viên của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh chuyển giao kỹ thuật thực hiện theo chương trình chỉ đạo tuyến, đề án nâng cao năng lực chuyên môn cho cơ sở khám bệnh, chữa bệnh nhận chuyển giao kỹ thuật, hợp đồng chuyển giao kỹ thuật theo quy định của Bộ trưởng Bộ Y tế:

a) Trường hợp dịch vụ kỹ thuật đã được cấp có thẩm quyền phê duyệt cho cơ sở khám bệnh, chữa bệnh nhận chuyển giao kỹ thuật, quỹ bảo hiểm y tế thanh toán theo mức giá dịch vụ đã được phê duyệt;

b) Trường hợp dịch vụ kỹ thuật chưa được cấp có thẩm quyền phê duyệt cho cơ sở khám bệnh, chữa bệnh nhận chuyển giao kỹ thuật, cơ sở khám bệnh, chữa bệnh nhận chuyển giao kỹ thuật có trách nhiệm thông báo bằng văn bản cho cơ quan bảo hiểm xã hội ký hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế về các dịch vụ kỹ thuật được thực hiện theo chương trình, đề án, hợp đồng để làm cơ sở thanh toán, đồng thời trình cấp có thẩm quyền phê duyệt danh mục kỹ thuật để làm cơ sở thực hiện khi tiếp nhận kỹ thuật y tế này;

c) Đối với chi phí về thuốc, hóa chất, vật tư y tế, quỹ bảo hiểm y tế thanh toán theo giá mua của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh theo quy định về đấu thầu.

8. Thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh đối với trường hợp cơ sở khám bệnh, chữa bệnh triển khai kỹ thuật, phương pháp mới đã được cấp có thẩm quyền phê duyệt nhưng chưa có quy định về giá dịch vụ y tế thì cơ sở khám bệnh, chữa bệnh phải xây dựng và trình cấp có thẩm quyền phê duyệt giá dịch vụ kỹ thuật để làm căn cứ thanh toán. Cơ sở khám bệnh, chữa bệnh có trách nhiệm thông báo bằng văn bản cho cơ quan bảo hiểm xã hội về việc triển khai kỹ thuật, phương pháp mới.

9. Trường hợp người có thẻ bảo hiểm y tế đang điều trị nội trú tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh nhưng thẻ bảo hiểm y tế hết hạn sử dụng thì được quỹ bảo hiểm y tế thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh trong phạm vi được hưởng và mức hưởng cho đến khi ra viện nhưng tối đa không vượt quá 15 ngày kể từ ngày thẻ bảo hiểm y tế hết hạn sử dụng. Cơ sở khám bệnh, chữa bệnh có trách nhiệm thông báo cho người bệnh và cơ quan bảo hiểm xã hội nơi ký hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế với cơ sở khám bệnh, chữa bệnh để người bệnh tiếp tục tham gia bảo hiểm y tế, cơ quan bảo hiểm xã hội thực hiện việc cấp hoặc gia hạn thẻ bảo hiểm y tế cho người bệnh trong thời gian đang điều trị tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh.

10. Thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh đối với cơ sở khám bệnh, chữa bệnh có tổ chức khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế vào ngày nghỉ, ngày lễ:

a) Người có thẻ bảo hiểm y tế đến khám bệnh, chữa bệnh được quỹ bảo hiểm y tế thanh toán trong phạm vi được hưởng và mức hưởng bảo hiểm y tế;

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

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

Điều 28. Hồ sơ đề nghị thanh toán trực tiếp

1. Các giấy tờ là bản chụp (kèm theo bản gốc để đối chiếu) gồm:

a) Thẻ bảo hiểm y tế, giấy chứng minh nhân thân theo quy định tại khoản 1 Điều 15 Nghị định này.

b) Giấy ra viện, phiếu khám bệnh hoặc sổ khám bệnh của lần khám bệnh, chữa bệnh đề nghị thanh toán.

2. Hóa đơn và các chứng từ có liên quan.

Điều 29. Nộp hồ sơ, giải quyết thanh toán trực tiếp

1. Người bệnh hoặc thân nhân hoặc người đại diện hợp pháp theo quy định của pháp luật của người bệnh trực tiếp nộp hồ sơ quy định tại Điều 28 Nghị định này cho cơ quan bảo hiểm xã hội cấp huyện nơi cư trú.

2. Bảo hiểm xã hội cấp huyện có trách nhiệm:

a) Tiếp nhận hồ sơ đề nghị thanh toán của người bệnh và lập giấy biên nhận hồ sơ. Những hồ sơ không đầy đủ theo quy định thì hướng dẫn bổ sung đầy đủ;

b) Trong thời hạn 40 ngày, kể từ ngày nhận đủ hồ sơ đề nghị thanh toán phải hoàn thành việc giám định bảo hiểm y tế và thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh cho người bệnh hoặc thân nhân của người bệnh hoặc người đại diện hợp pháp. Trường hợp không thanh toán phải trả lời bằng văn bản và nêu rõ lý do.

Điều 30. Mức thanh toán trực tiếp

1. Trường hợp người bệnh đến khám bệnh, chữa bệnh tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh tuyến huyện và tương đương không có hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế (trừ trường hợp cấp cứu), thanh toán như sau:

a) Trường hợp khám bệnh, chữa bệnh ngoại trú, thanh toán theo chi phí thực tế trong phạm vi được hưởng và mức hưởng bảo hiểm y tế theo quy định nhưng tối đa không quá 0,15 lần mức lương cơ sở tại thời điểm khám bệnh, chữa bệnh;

b) Trường hợp khám bệnh, chữa bệnh nội trú, thanh toán theo chi phí thực tế trong phạm vi được hưởng và mức hưởng bảo hiểm y tế theo quy định nhưng tối đa không quá 0,5 lần mức lương cơ sở tại thời điểm ra viện.

2. Trường hợp người bệnh đến khám bệnh, chữa bệnh nội trú tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh tuyến tỉnh và tương đương không có hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế (trừ trường hợp cấp cứu), thanh toán theo chi phí thực tế trong phạm vi được hưởng và mức hưởng bảo hiểm y tế theo quy định nhưng tối đa không quá 1,0 lần mức lương cơ sở tại thời điểm ra viện.

3. Trường hợp người bệnh đến khám bệnh, chữa bệnh nội trú tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh tuyến trung ương và tương đương không có hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế (trừ trường hợp cấp cứu), thanh toán theo chi phí thực tế trong phạm vi được hưởng và mức hưởng bảo hiểm y tế theo quy định nhưng tối đa không quá 2,5 lần mức lương cơ sở tại thời điểm ra viện.

4. Trường hợp người bệnh đi khám bệnh, chữa bệnh tại nơi đăng ký khám bệnh, chữa bệnh ban đầu không đúng quy định tại khoản 1 Điều 28 của Luật bảo hiểm y tế được quỹ bảo hiểm y tế thanh toán theo chi phí thực tế trong phạm vi được hưởng và mức hưởng bảo hiểm y tế nhưng tối đa không quá 0,15 lần mức

lương cơ sở tại thời điểm khám bệnh, chữa bệnh đối với trường hợp khám bệnh, chữa bệnh ngoại trú và tối đa không quá 0,5 lần mức lương cơ sở tại thời điểm ra viện đối với trường hợp khám bệnh, chữa bệnh nội trú.

Chương VIII
QUẢN LÝ VÀ SỬ DỤNG QUỸ BẢO HIỂM Y TẾ

Điều 31. Phân bổ và sử dụng quỹ bảo hiểm y tế

Tổng số tiền đóng bảo hiểm y tế theo quy định tại Điều 7 Nghị định này được phân bổ và sử dụng như sau:

1. 90% dành cho khám bệnh, chữa bệnh (sau đây gọi là quỹ khám bệnh, chữa bệnh) được sử dụng cho các mục đích:

a) Chi trả các khoản chi phí thuộc phạm vi được hưởng của người tham gia bảo hiểm y tế theo quy định tại các Điều 14, 26, 27 và 30 Nghị định này;

b) Trích để lại cho các cơ sở giáo dục hoặc cơ sở giáo dục nghề nghiệp, cơ quan, tổ chức, doanh nghiệp có đủ điều kiện theo quy định tại khoản 1 Điều 34 Nghị định này.

2. 10% số tiền đóng bảo hiểm y tế dành cho quỹ dự phòng và chi phí quản lý quỹ bảo hiểm y tế và được quy định như sau:

a) Mức chi phí quản lý quỹ bảo hiểm y tế tối đa bằng 5% số tiền đóng bảo hiểm y tế. Mức chi phí quản lý quỹ bảo hiểm y tế cụ thể hằng năm và nội dung chi thực hiện theo quy định của Thủ tướng Chính phủ;

b) Mức trích quỹ dự phòng là số tiền còn lại sau khi đã trích quỹ quản lý quỹ bảo hiểm y tế theo quy định tại điểm a khoản này, tối thiểu bằng 5% số tiền đóng bảo hiểm y tế.

Điều 32. Chi phí quản lý quỹ bảo hiểm y tế

1. Chi phí quản lý quỹ bảo hiểm y tế gồm:

a) Chi hoạt động bộ máy của cơ quan bảo hiểm xã hội các cấp;

b) Chi các nhiệm vụ về tuyên truyền, phổ biến chính sách, pháp luật; phát triển, quản lý người tham gia; tập huấn, bồi dưỡng chuyên môn, nghiệp vụ; cải cách thủ tục; tổ chức thu; thanh tra, kiểm tra và chi khác theo quy định của pháp luật về bảo hiểm y tế;

c) Chi ứng dụng công nghệ thông tin và đầu tư phát triển.

2. Nội dung chi cụ thể quy định tại khoản 1 Điều này thực hiện theo quy định của Thủ tướng Chính phủ.

Điều 33. Mức chi cho khám bệnh, chữa bệnh trong công tác chăm sóc sức khỏe ban đầu

1. Số tiền trích để lại cho cơ sở giáo dục hoặc cơ sở giáo dục nghề nghiệp gồm:

a) 5% số thu bảo hiểm y tế tính trên tổng số trẻ em dưới 6 tuổi hoặc học sinh, sinh viên đang theo học tại cơ sở giáo dục, công thức tính như sau:

Số tiền trích = 5% x ($N_{\text{số người}}$ x $M_{\text{bảo hiểm y tế}}$ x $L_{\text{cơ sở}}$ x Th)

Trong đó:

- $N_{số\ người}$: Tổng số trẻ em dưới 6 tuổi; học sinh, sinh viên đang theo học tại cơ sở giáo dục hoặc cơ sở giáo dục nghề nghiệp có tham gia bảo hiểm y tế.

- $M_{bảo\ hiểm\ y\ tế}$: Mức đóng bảo hiểm y tế áp dụng đối với đối tượng trẻ em dưới 6 tuổi hoặc học sinh, sinh viên theo quy định tại khoản 1 Điều 7 Nghị định này.

- $L_{cơ\ sở}$: Mức lương cơ sở tại thời điểm đóng bảo hiểm y tế.

- Th: Số tháng đóng bảo hiểm y tế.

Định kỳ 03 tháng hoặc 06 tháng hoặc 12 tháng, cơ quan bảo hiểm xã hội có trách nhiệm chuyển số tiền quy định tại điểm này cho cơ sở giáo dục hoặc cơ sở giáo dục nghề nghiệp và tổng hợp vào quyết toán quỹ khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế.

b) 1% tính trên số tiền đóng bảo hiểm y tế hằng tháng cho người lao động tại cơ sở giáo dục hoặc cơ sở giáo dục nghề nghiệp, cơ quan bảo hiểm xã hội có trách nhiệm thanh toán khoản chi này ngay sau khi nhận được tiền đóng bảo hiểm y tế của cơ sở giáo dục hoặc cơ sở giáo dục nghề nghiệp.

2. Số tiền trích để lại cho cơ quan, tổ chức, doanh nghiệp có đủ điều kiện theo quy định tại khoản 1 Điều 34 Nghị định này bằng 1% tính trên số tiền đóng bảo hiểm y tế hằng tháng cho người lao động tại cơ quan, tổ chức, doanh nghiệp. Cơ quan bảo hiểm xã hội có trách nhiệm thanh toán khoản chi này ngay sau khi nhận được tiền đóng bảo hiểm y tế của cơ quan, tổ chức, doanh nghiệp.

3. Số tiền trích để lại cho người làm việc trên tàu đánh bắt xa bờ:

a) Mức chi bằng 10% số thu bảo hiểm y tế tính trên số người làm việc trên tàu có tham gia bảo hiểm y tế để mua tủ thuốc, thuốc, vật tư y tế phục vụ sơ cấp cứu, xử trí ban đầu, công thức tính như sau:

Số tiền trích = 10% x ($N_{số\ người}$ x $M_{bảo\ hiểm\ y\ tế}$ x $L_{cơ\ sở}$ x Th)

Trong đó:

- $N_{số\ người}$: Số người tham gia bảo hiểm y tế làm việc trên tàu đánh bắt.

- $M_{bảo\ hiểm\ y\ tế}$: Mức đóng bảo hiểm y tế đối với người thứ nhất trong hộ gia đình theo quy định tại điểm e khoản 1 Điều 7 Nghị định này.

- $L_{cơ\ sở}$: Mức lương cơ sở tại thời điểm đóng.

- Th: Số tháng đóng bảo hiểm y tế.

b) Chủ tịch Ủy ban nhân dân cấp tỉnh tổ chức mua và cấp cho các chủ tàu đánh bắt xa bờ tủ thuốc, thuốc, vật tư y tế. Cơ quan bảo hiểm xã hội trích chuyển số tiền quy định tại điểm a khoản này cho cơ quan, tổ chức được Chủ tịch Ủy ban nhân dân cấp tỉnh giao mua tủ thuốc, thuốc, vật tư y tế; tổng hợp số tiền đã trích chuyển vào quyết toán quỹ khám bệnh, chữa bệnh.

4. Căn cứ vào nhu cầu thực tế và khả năng cân đối quỹ bảo hiểm y tế, Bộ trưởng Bộ Y tế trình Chính phủ điều chỉnh mức trích chuyển kinh phí chi khám bệnh, chữa bệnh trong công tác chăm sóc sức khỏe ban đầu.

Điều 34. Điều kiện, nội dung chi, thanh quyết toán kinh phí khám bệnh, chữa bệnh trong công tác chăm sóc sức khỏe ban đầu

1. Cơ sở giáo dục hoặc cơ sở giáo dục nghề nghiệp, cơ quan, tổ chức, doanh nghiệp quy định tại điểm b khoản 1 Điều 31 Nghị định này (trừ cơ sở giáo dục hoặc cơ sở giáo dục nghề nghiệp, cơ quan, tổ chức, doanh nghiệp đã ký hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế theo quy định tại Điều 19 Nghị định này) được cấp kinh phí từ quỹ bảo hiểm y tế để thực hiện khám bệnh, chữa bệnh trong chăm sóc sức khỏe ban đầu khi có đủ các điều kiện sau đây:

a) Có ít nhất một người có đủ điều kiện hành nghề khám bệnh, chữa bệnh theo quy định của pháp luật về khám bệnh, chữa bệnh làm việc chuyên trách hoặc kiêm nhiệm trong công tác chăm sóc sức khỏe ban đầu;

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

2. Nội dung chi:

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

b) Chi mua sắm, sửa chữa trang thiết bị y tế thông thường phục vụ chăm sóc sức khỏe ban đầu, tủ tài liệu quản lý hồ sơ sức khoẻ tại cơ sở giáo dục hoặc cơ sở giáo dục nghề nghiệp, cơ quan, tổ chức, doanh nghiệp;

c) Chi mua văn phòng phẩm phục vụ hoạt động khám bệnh, chữa bệnh trong công tác chăm sóc sức khỏe ban đầu.

3. Thanh toán, quyết toán kinh phí:

a) Đối với cơ sở giáo dục hoặc cơ sở giáo dục nghề nghiệp công lập thực hiện hạch toán các khoản chi khám bệnh, chữa bệnh trong công tác chăm sóc sức khoẻ ban đầu vào chi phí thực hiện công tác y tế tại cơ sở và quyết toán với đơn vị quản lý cấp trên theo quy định hiện hành;

b) Đối với cơ sở giáo dục hoặc cơ sở giáo dục nghề nghiệp ngoài công lập thực hiện hạch toán các khoản chi khám bệnh, chữa bệnh trong công tác chăm sóc sức khỏe ban đầu vào chi phí của cơ sở và quyết toán với đơn vị cấp trên (nếu có);

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

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

4. Cơ sở giáo dục hoặc cơ sở giáo dục nghề nghiệp, cơ quan, tổ chức, doanh nghiệp được cấp kinh phí chi cho khám bệnh, chữa bệnh trong chăm sóc sức khỏe ban đầu theo quy định tại Nghị định này có trách nhiệm sử dụng cho công tác chăm sóc sức khỏe ban đầu, không được sử dụng vào các mục đích khác. Số kinh phí được cấp đến cuối năm chưa sử dụng hết, được chuyển nguồn sang năm sau tiếp tục sử dụng, không phải quyết toán với cơ quan bảo hiểm xã hội.

Điều 35. Quản lý và sử dụng quỹ dự phòng

1. Nguồn hình thành quỹ dự phòng:

a) Số tiền được trích hằng năm theo quy định tại điểm b khoản 2 Điều 31 Nghị định này và điểm a khoản 3 Điều 35 của Luật bảo hiểm y tế;

b) Các khoản thu chậm đóng, trốn đóng bảo hiểm y tế;

c) Tiền sinh lời của hoạt động đầu tư từ quỹ bảo hiểm y tế;

d) Tiền lãi chậm đóng, trốn đóng bảo hiểm y tế.

2. Nội dung sử dụng quỹ dự phòng:

a) Bổ sung kinh phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế cho các tỉnh, thành phố trong trường hợp số thu bảo hiểm y tế dành cho khám bệnh, chữa bệnh theo quy định tại khoản 1 Điều 31 Nghị định này nhỏ hơn số chi khám bệnh, chữa bệnh trong năm. Sau khi thẩm định quyết toán, bảo hiểm xã hội Việt Nam có trách nhiệm bổ sung toàn bộ phần kinh phí chênh lệch này từ nguồn quỹ dự phòng.

b) Hoàn trả ngân sách nhà nước kinh phí cấp trùng thẻ bảo hiểm y tế.

3. Trường hợp quỹ dự phòng không đủ để bổ sung kinh phí khám bệnh, chữa bệnh cho các tỉnh, thành phố theo quy định tại điểm a khoản 2 Điều này, Bảo hiểm xã hội Việt Nam báo cáo Hội đồng quản lý Bảo hiểm xã hội Việt Nam phương án giải quyết trước khi báo cáo Bộ Y tế, Bộ Tài chính.

Bộ Y tế chủ trì, phối hợp với Bộ Tài chính trình Chính phủ các biện pháp giải quyết để bảo đảm đủ và kịp thời nguồn kinh phí cho khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế theo quy định.

Điều 36. Lập kế hoạch tài chính và quyết toán

1. Hằng năm, Bảo hiểm xã hội Việt Nam lập kế hoạch tài chính về thu, chi quỹ bảo hiểm y tế; chi phí quản lý quỹ bảo hiểm y tế và đầu tư từ số tiền tạm thời nhàn rỗi của quỹ bảo hiểm y tế. Bộ Tài chính chủ trì, phối hợp với Bộ Y tế xem xét, tổng hợp trình Thủ tướng Chính phủ giao kế hoạch tài chính.

2. Hằng năm, trước ngày 01 tháng 10, Bảo hiểm xã hội Việt Nam có trách nhiệm tổng hợp và lập báo cáo quyết toán quỹ bảo hiểm y tế năm trước theo quy định tại Điều 32 của Luật bảo hiểm y tế.

Chương IX
ỨNG DỤNG CÔNG NGHỆ THÔNG TIN TRONG QUẢN LÝ KHÁM BỆNH, CHỮA BỆNH BẢO HIỂM Y TẾ

Điều 37. Nguyên tắc ứng dụng công nghệ thông tin trong khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế

1. Tuân thủ các quy định của pháp luật về ứng dụng công nghệ thông tin; quy định của pháp luật về khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế; pháp luật về bảo vệ bí mật nhà nước và bí mật có liên quan; quy định của pháp luật về giao dịch điện tử, lưu trữ và an toàn thông tin.

2. Tuân thủ các tiêu chuẩn, quy chuẩn kỹ thuật, bảo đảm sự tương thích, thông suốt và an toàn, tạo thuận lợi cho giao dịch điện tử giữa cơ sở khám bệnh, chữa bệnh với Bộ Y tế và với cơ quan bảo hiểm xã hội.

3. Bảo đảm tính bảo mật, tính riêng tư đối với dữ liệu và thông tin khám bệnh, chữa bệnh của người tham gia bảo hiểm y tế.

4. Bảo đảm hạ tầng kỹ thuật, đường truyền, phần mềm, nhân lực đáp ứng nhu cầu quản lý khám bệnh, chữa bệnh và giám định, thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế.

Điều 38. Nội dung, kinh phí thực hiện ứng dụng công nghệ thông tin trong quản lý khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế

1. Nội dung ứng dụng công nghệ thông tin, bao gồm:

a) Ứng dụng công nghệ thông tin phục vụ công tác khám bệnh, chữa bệnh của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh;

b) Ứng dụng công nghệ thông tin phục vụ công tác quản lý quỹ bảo hiểm y tế;

c) Ứng dụng công nghệ thông tin phục vụ công tác quản lý nhà nước về bảo hiểm y tế;

d) Ứng dụng công nghệ thông tin khác phục vụ công tác quản lý khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế.

2. Kinh phí thực hiện ứng dụng công nghệ thông tin trong quản lý khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế thực hiện theo quy định của pháp luật về ứng dụng công nghệ thông tin.

Chương X
ĐIỀU KHOẢN THI HÀNH

Điều 39. Điều khoản chuyển tiếp

1. Người tham gia bảo hiểm y tế vào viện điều trị trước ngày Nghị định này có hiệu lực nhưng ra viện từ ngày Nghị định có hiệu lực thì được quỹ bảo hiểm y tế thanh toán trong phạm vi được hưởng và mức hưởng theo quy định của Luật bảo hiểm y tế và quy định tại Điều 14 Nghị định này.

2. Các hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế đã ký trước ngày Nghị định này có hiệu lực thì tiếp tục thực hiện đến hết ngày 31 tháng 12 năm 2018.

3. Nội dung chi, quản lý và thanh quyết toán kinh phí khám bệnh, chữa bệnh trong công tác chăm sóc sức khỏe ban đầu năm 2018 tại các cơ sở giáo dục, cơ sở giáo dục nghề nghiệp, cơ quan, tổ chức, doanh nghiệp đã thực hiện thì tiếp tục thực hiện đến hết ngày 31 tháng 12 năm 2018.

4. Đối với quyết toán quỹ bảo hiểm y tế năm 2017 và năm 2018, áp dụng theo quy định tại Nghị định số 105/2014/NĐ-CP ngày 15 tháng 11 năm 2014 của Chính phủ quy định chi tiết và hướng dẫn thi hành một số điều của Luật bảo hiểm y tế và các văn bản hướng dẫn.

5. Đối với cơ sở khám bệnh, chữa bệnh chưa thực hiện được quy định tại điểm c khoản 2 Điều 21 Nghị định này thì chậm nhất đến hết ngày 31 tháng 12 năm 2019 phải gửi đầy đủ dữ liệu điện tử về khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế để phục vụ quản lý.

Điều 40. Điều khoản tham chiếu

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

Điều 41. Hiệu lực thi hành

1. Nghị định này có hiệu lực thi hành từ ngày 01 tháng 12 năm 2018.

2. Các văn bản sau đây hết hiệu lực thi hành, kể từ ngày Nghị định này có hiệu lực thi hành:

a) Nghị định số 105/2014/NĐ-CP ngày 15 tháng 11 năm 2014 của Chính phủ quy định chi tiết và hướng dẫn thi hành một số điều của Luật bảo hiểm y tế; riêng quy định tại điểm b khoản 1 Điều 6, Điều 8 tiếp tục thực hiện đến hết ngày 31 tháng 12 năm 2018;

b) 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; riêng các quy định tại Điều 11, khoản 2 Điều 17, Điều 18 thì tiếp tục thực hiện đến hết ngày 31 tháng 12 năm 2018;

c) Thông tư liên tịch số 16/2015/TTLT-BYT-BTC ngày 02 tháng 7 năm 2015 của Bộ Y tế, Bộ Tài chính sửa đổi khoản 5 Điều 13 Thông tư liên tịch số 41/2014/TTLT-BYT-BTC ngày 24 tháng 11 năm 2014 hướng dẫn thực hiện bảo hiểm y tế;

d) Điều 8 và khoản 2 Điều 9 Nghị định số 151/2016/NĐ-CP ngày 11 tháng 11 năm 2016 quy định chi tiết và hướng dẫn thi hành một số điều về chế độ, chính sách của Luật quân nhân chuyên nghiệp, công nhân và viên chức quốc phòng;

đ) Khoản 6 Điều 11, điểm c khoản 1 và khoản 2 Điều 12 Thông tư số 40/2015/TT-BYT ngày 16 tháng 11 năm 2015 của Bộ Y tế quy định đăng ký khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế ban đầu và chuyển tuyến khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế.

Điều 42. Trách nhiệm hướng dẫn thực hiện

1. Bộ Y tế có trách nhiệm:

a) Hướng dẫn thi hành các điều, khoản được giao trong Nghị định này;

b) Chủ trì, phối hợp với các bộ, cơ quan liên quan kiểm tra việc thực hiện chính sách, pháp luật về bảo hiểm y tế;

c) Hướng dẫn thẩm định điều kiện ký hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh ban đầu đối với cơ sở khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế;

d) Ban hành bộ mã Danh mục dùng chung để sử dụng thống nhất trong toàn quốc, bao gồm: Dịch vụ kỹ thuật y tế, thuốc tân dược, thuốc y học cổ truyền, vật tư y tế, trang thiết bị, máu và chế phẩm máu, bệnh y học cổ truyền, mã chẩn đoán bệnh theo phân loại quốc tế (ICD), mã cơ sở khám bệnh, chữa bệnh và các bộ mã đáp ứng yêu cầu quản lý;

đ) Chỉ đạo các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh tăng cường ứng dụng công nghệ thông tin trong khám bệnh, chữa bệnh; cập nhật kịp thời, chính xác, đầy đủ thông tin về khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế và chuyển dữ liệu về hệ thống tiếp nhận dữ liệu khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế của Bộ Y tế và hệ thống thông tin giám định của Bảo hiểm xã hội Việt Nam để phục vụ quản lý bảo hiểm y tế và giám định, thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế;

e) Quy định cụ thể nội dung ứng dụng công nghệ thông tin trong khám chữa, bệnh bảo hiểm y tế;

g) Quy định lộ trình thực hiện liên thông dữ liệu về kết quả xét nghiệm, chẩn đoán hình ảnh, thông tin điều trị của người bệnh có thẻ bảo hiểm y tế;

h) Chủ trì, phối hợp Bộ Tài chính, Bảo hiểm xã hội Việt Nam xây dựng báo cáo Chính phủ trình Quốc hội về tình hình thực hiện chế độ, chính sách bảo hiểm y tế, trong đó có tình hình quản lý và sử dụng quỹ bảo hiểm y tế đột xuất, định kỳ hoặc hằng năm.

2. Bộ Tài chính có trách nhiệm:

a) Cân đối, bố trí ngân sách trung ương hỗ trợ cho các địa phương chưa tự cân đối được ngân sách để bảo đảm nguồn thực hiện chính sách bảo hiểm y tế theo quy định của pháp luật về ngân sách nhà nước;

b) Báo cáo Chính phủ tình hình quản lý, sử dụng quỹ bảo hiểm y tế định kỳ hàng năm hoặc đột xuất theo yêu cầu của Chính phủ.

c) Báo cáo về tình hình quản lý và sử dụng quỹ bảo hiểm y tế hằng năm và gửi Bộ Y tế để tổng hợp theo quy định tại điểm h khoản 1 Điều này;

3. Bộ Quốc phòng, Bộ Công an có trách nhiệm hướng dẫn thực hiện bảo hiểm y tế đối với các đối tượng thuộc phạm vi quản lý của Bộ Quốc phòng, Bộ Công an theo quy định tại khoản 1 Điều 1; khoản 13 và 15 Điều 3; khoản 3 Điều 4 và Điều 6 Nghị định này.

4. Bộ Lao động - Thương binh và Xã hội có trách nhiệm:

a) Nghiên cứu, xây dựng tiêu chí xác định hộ gia đình làm nông nghiệp, lâm nghiệp, ngư nghiệp và diêm nghiệp có mức sống trung bình phù hợp với tình hình kinh tế - xã hội từng thời kỳ, trình Thủ tướng Chính phủ ban hành;

b) Hướng dẫn lập danh sách đối tượng quy định tại các khoản 3, 5, điểm a khoản 9, 11, 12, 16 và 17 Điều 3, các khoản 1, 2 và 4 Điều 4 Nghị định này.

5. Bảo hiểm xã hội Việt Nam:

a) Chỉ đạo cơ quan bảo hiểm xã hội các cấp ký hợp đồng với các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh có đủ điều kiện theo quy định tại Nghị định này;

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

c) Chỉ đạo bảo hiểm xã hội các cấp cung cấp biểu mẫu, hướng dẫn cho Ủy ban nhân dân cấp xã trong việc lập danh sách, quản lý danh sách tham gia bảo hiểm y tế theo hộ gia đình;

d) Hoàn thiện hệ thống công nghệ thông tin đáp ứng việc tiếp nhận, giám định và phản hồi kịp thời cho cơ sở khám bệnh, chữa bệnh về dữ liệu khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế; đảm bảo chính xác, an toàn, bảo mật thông tin và quyền lợi của các bên liên quan;

đ) Tổng hợp, báo cáo định kỳ, hằng năm hoặc báo cáo đột xuất theo yêu cầu của cơ quan quản lý nhà nước về tình hình thực hiện chế độ, chính sách bảo hiểm y tế; tình hình thu, chi, quản lý và sử dụng quỹ bảo hiểm y tế và gửi Bộ Y tế, Bộ Tài chính để tổng hợp theo quy định tại Nghị định này;

e) Quy định thẩm quyền ký hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế của cơ quan bảo hiểm xã hội với cơ sở khám bệnh, chữa bệnh bảo đảm phù hợp chức năng, nhiệm vụ, quyền hạn và cơ cấu tổ chức của Bảo hiểm Xã hội Việt Nam;

g) Chậm nhất đến ngày 01 tháng 01 năm 2020, cơ quan bảo hiểm xã hội phải thực hiện phát hành thẻ bảo hiểm y tế điện tử cho người tham gia bảo hiểm y tế.

6. Ủy ban nhân dân tỉnh, thành phố trực thuộc trung ương có trách nhiệm trình Hội đồng nhân dân cùng cấp bảo đảm kinh phí đóng bảo hiểm y tế cho các đối tượng được ngân sách nhà nước đóng, hỗ trợ đóng bảo hiểm y tế theo quy định hiện hành.

Điều 43. Trách nhiệm thi hành

Các Bộ trưởng, Thủ trưởng cơ quan ngang Bộ, Thủ trưởng cơ quan thuộc Chính phủ, Chủ tịch Ủy ban nhân dân các tỉnh, thành phố trực thuộc Trung ương chịu trách nhiệm thi hành Nghị định này./.

TM. CHÍNH PHỦ
THỦ TƯỚNG

Nguyễn Xuân Phúc

Nơi nhận:
- Ban Bí thư Trung ương Đảng;
- Thủ tướng, các Phó Thủ tướng Chính phủ;
- Các Bộ, cơ quan ngang Bộ, cơ quan thuộc Chính phủ;
- HĐND, UBND các tỉnh, thành phố trực thuộc Trung ương;
- Văn phòng Trung ương và các Ban của Đảng;
- Văn phòng Tổng Bí thư;
- Văn phòng Chủ tịch nước;
- Hội đồng Dân tộc và các Uỷ ban của Quốc hội;
- Văn phòng Quốc hội;
- Toà án nhân dân tối cao;
- Viện Kiểm sát nhân dân tối cao;
- Uỷ ban Giám sát tài chính Quốc gia;
- Kiểm toán Nhà nước;
- Ngân hàng Chính sách Xã hội;
- Ngân hàng Phát triển Việt Nam;
- Ủy ban Trung ương Mặt trận Tổ quốc Việt Nam;
- Cơ quan Trung ương của các đoàn thể;
- VPCP: BTCN, các PCN, Trợ lý TTg, TGĐ Cổng TTĐT, các Vụ, Cục, đơn vị trực thuộc, Công báo;
- Lưu: VT, KGVX (3b).205

Phụ lục

(Kèm theo Nghị định số 146/2018/NĐ-CP ngày 17 tháng 10 năm 2018 của Chính phủ)

Mẫu số 1	Bảng tổng hợp đối tượng và kinh phí do ngân sách nhà nước đóng, hỗ trợ đóng bảo hiểm y tế
Mẫu số 2	Danh sách đối tượng tham gia bảo hiểm y tế
Mẫu số 3	Danh sách thành viên hộ gia đình tham gia bảo hiểm y tế
Mẫu số 4	Giấy tiếp nhận hồ sơ và hẹn trả kết quả cấp, cấp lại và đổi thẻ bảo hiểm y tế
Mẫu số 5	Giấy hẹn khám lại
Mẫu số 6	Giấy chuyển tuyến khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế
Mẫu số 7	Hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế
Mẫu số 8	Danh sách người tham gia bảo hiểm y tế đăng ký khám bệnh, chữa bệnh ban đầu

Mẫu số 1

BHXH ..... **CỘNG HOÀ XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM**
Độc lập - Tự do - Hạnh phúc

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

Năm 20...

(Đơn vị tính: Thẻ; Đồng)

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

... ngày.... tháng....năm 20...

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)*

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

Mẫu số 2

BHXH .....

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

DANH SÁCH ĐỐI TƯỢNG THAM GIA BẢO HIỂM Y TẾ

Năm 20...

(Kèm theo công văn số .... /... ngày ... tháng ... năm ... của BHXH ...)

STT	Họ và tên	Mã số BHXH	Ngày tháng năm sinh	Giới	Địa chỉ	Số thẻ BHYT đã phát hành trong năm	Nơi đăng ký KCB ban đầu
1	Nguyễn Văn A						
2							
3							
...							

... ngày.... tháng....năm.....

NGƯỜI LẬP BIỂU
(Ký, ghi rõ họ và tên)

GIÁM ĐỐC
(Ký, ghi rõ họ và tên)

Mẫu số 3

DANH SÁCH THÀNH VIÊN HỘ GIA ĐÌNH THAM GIA BẢO HIỂM Y TẾ

Họ và tên chủ hộ: ..... Số điện thoại (nếu có).....

Số sổ hộ khẩu (hoặc sổ tạm trú):..... .....

Địa chỉ: Thôn (bản, tổ dân phố) .....Xã (phường, thị trấn) .....

Huyện (quận, thị xã, TP thuộc tỉnh): ..... Tỉnh (TP): .....

STT	Họ và tên	Mã thẻ BHYT	Ngày, tháng, năm sinh	Giới tính	Nơi cấp giấy khai sinh	Mối quan hệ với chủ hộ	Số CMND/ Thẻ căn cước/Hộ chiếu	Ghi chú
A	B	1	2	3	4	5	6	7
1								
2								
3								
4								
...								

(Ghi chú: Người kê khai có thể tra cứu Mã số bảo hiểm y tế và Mã hộ gia đình tại địa chỉ: **http://baohiemxahoi.gov.vn)**

Tôi cam đoan những nội dung kê khai là đúng và chịu trách nhiệm trước pháp luật về những nội dung đã kê khai

....., ngày ..... tháng ..... năm .....

NGƯỜI KÊ KHAI

(Ký, ghi rõ họ tên)

Mẫu số 4

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

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

Số: ...../TNHS

....., ngày ....., tháng ....., năm....

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

Người nộp hồ sơ:.....
Tên đơn vị (nếu là đại diện cho đơn vị nộp hồ sơ):..... Mã đơn vị:.....
Họ và tên người tham gia bảo hiểm y tế: .....
Mã thẻ bảo hiểm y tế:.....
Nơi đăng ký khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế ban đầu: .....
Địa chỉ:.....
Số điện thoại liên hệ:.....
Email (nếu có).....
Nội dung yêu cầu giải quyết: .....

1. Thành phần hồ sơ nộp gồm:

TT	Tên giấy tờ	Số lượng	Ghi chú

2. Thời hạn giải quyết hồ sơ theo quy định: ..... ngày
3. Thời gian nhận hồ sơ: ngày ..... tháng ..... năm.....
4. Thời gian trả kết quả giải quyết hồ sơ: ngày ..... tháng ..... năm .....
5. Đăng ký nhận kết quả tại:
- Bộ phận tiếp nhận hồ sơ và trả kết quả ☐
- Qua dịch vụ bưu chính ☐

Địa chỉ nhận kết quả:.....
6. Đối với kết quả là tiền giải quyết chế độ, đề nghị nhận tại:
- Cơ quan BHXH ☐
- Nhận qua tài khoản ☐

Số tài khoản:..... Ngân hàng.....
Tên chủ tài khoản:.....

NGƯỜI NỘP HỒ SƠ **NGƯỜI TIẾP NHẬN HỒ SƠ**

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

NGƯỜI NHẬN
(Ký và ghi rõ họ tên)

Hướng dẫn:

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

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

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

Một số trường hợp cần lưu ý:

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

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

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

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

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

b) Người khác nhận thay:

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

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

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

Mẫu số 5

CƠ QUAN CHỦ QUẢN (BYT/SYT/....) **TÊN CƠ SỞ KHÁM BỆNH CHỮA BỆNH**	**CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM** **Độc lập - Tự do - Hạnh phúc**

Số:.....

GIẤY HẸN KHÁM LẠI

Họ tên người bệnh:..... Nam ☐ Nữ ☐

Sinh ngày: ..../...../.....

Địa chỉ:.....

Số thẻ bảo hiểm y tế : | | | | |

Hạn sử dụng: Từ ...../...../..... Đến ...../...../.....

Ngày khám bệnh:...../...../.....

Ngày vào viện:...../...../..... Ngày ra viện: ...../...../.....

Chẩn đoán:.....

.....

Bệnh kèm theo:.....

Hẹn khám lại vào ..... giờ ... ngày ....tháng.... năm....., hoặc đến bất kỳ thời gian nào trước ngày hẹn khám lại nếu có dấu hiệu (triệu chứng) bất thường.

Giấy hẹn khám lại chỉ có giá trị sử dụng 01 lần trong thời hạn 10 ngày làm việc, kể từ ngày hẹn khám lại./.

....., ngày....tháng .... năm.....

BÁC SĨ, Y SĨ KHÁM BỆNH *(Ký tên)*	**ĐẠI DIỆN CƠ SỞ KHÁM BỆNH CHỮA BỆNH** *(Ký tên, đóng dấu)*

Mẫu số 6

CƠ QUAN CHỦ QUẢN (BYT/SYT..)
TÊN CƠ SỞ KHÁM BỆNH, CHỮA BỆNH

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

Số Hồ sơ: .....
Vào sổ chuyển tuyến số:...

Số: ...../20.../GCT

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

Kính gửi: .....

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

- Họ và tên người bệnh: ..... Nam/Nữ:..... Tuổi: .....
- Địa chỉ: .....
- Dân tộc: ..... Quốc tịch: .....
- Nghề nghiệp: ..... Nơi làm việc.....

Số thẻ: | | | | |

Hạn sử dụng:.....

Đã được khám bệnh/điều trị:.....

+ Tại: .....(Tuyến.....) Từ ngày ...../...../..... đến ngày ...../...../.....

+ Tại: .....(Tuyến.....) Từ ngày ...../...../..... đến ngày ...../...../.....

TÓM TẮT BỆNH ÁN

- Dấu hiệu lâm sàng: .....
.....
.....
- Kết quả xét nghiệm, cận lâm sàng:.....
.....
.....
.....
.....
- Chẩn đoán:.....
.....
- Phương pháp, thủ thuật, kỹ thuật, thuốc đã sử dụng trong điều trị:.....
.....
.....
.....
- Tình trạng người bệnh lúc chuyển tuyến:.....
.....
.....
.....

- Lí do chuyển tuyến: Khoanh tròn vào lý do chuyển tuyến phù hợp sau đây:

1. Đủ điều kiện chuyển tuyến.

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

- Hướng điều trị: .....

.....

.....

.....

.....

- Chuyển tuyến hồi: .....giờ .....phút, ngày ..... tháng ..... năm 20.....

- Phương tiện vận chuyển: .....

- Họ tên, chức danh, trình độ chuyên môn của người hộ tống: .....

.....

Ngày .... tháng ..... năm 20...

Y, BÁC SĨ KHÁM, ĐIỀU TRỊ *(Ký và ghi rõ họ tên)*	**NGƯỜI CÓ THẨM QUYỀN CHUYỂN TUYẾN** *(Ký tên, đóng dấu)*

Mẫu số 7

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

HỢP ĐỒNG KHÁM BỆNH, CHỮA BỆNH BẢO HIỂM Y TẾ

(Số: /HĐKCB-bảo hiểm y tế)[1]

Căn cứ Bộ luật dân sự ngày .... tháng .... năm .....;

Căn cứ Luật bảo hiểm y tế ngày .... tháng .... năm .....;

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

Căn cứ Nghị định số ...../2018/NĐ-CP ngày ... tháng ... năm 2018 của Chính phủ quy định chi tiết và hướng dẫn biện pháp thi hành một số điều của Luật bảo hiểm y tế;

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

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

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

Chúng tôi gồm:

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

Địa chỉ: .....

Địa chỉ thư điện tử: .....

Điện thoại: ..... Fax:.....

Tài khoản số : .....Tại ngân hàng.....

Đại diện là ông (bà): .....

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

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

Địa chỉ: .....

Địa chỉ thư điện tử: .....

Điện thoại: .....Fax:.....

Tài khoản số : ..... Tại Kho bạc nhà nước ..../Ngân hàng.....

Đại diện là ông (bà): .....

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

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

Điều 1. Tổ chức khám bệnh, chữa bệnh

1. Đối tượng phục vụ: Người có thẻ bảo hiểm y tế đến khám bệnh, chữa bệnh tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh.

2. Phạm vi cung ứng dịch vụ

Bên B bảo đảm khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế, cung cấp đầy đủ thuốc, hóa chất, vật tư y tế, dịch vụ kỹ thuật y tế thuộc phạm vi chuyên môn kỹ thuật của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh và phạm vi được hưởng của người tham gia bảo hiểm y tế.

Điều 2. Phương thức thanh toán

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

Điều 3. Tạm ứng, thanh toán, quyết toán

Hai bên thực hiện việc tạm ứng, thanh quyết toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh theo Điều 32 của Luật bảo hiểm y tế và các văn bản liên quan theo quy định của pháp luật.

Điều 4. Quyền và trách nhiệm của bên A

1. Quyền của bên A

a) Thực hiện đúng theo Điều 40 của Luật bảo hiểm y tế.

b) Yêu cầu bên B bảo đảm thực hiện nội dung quy định tại khoản 2 Điều 1 Hợp đồng này.

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

d) Từ chối thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế không đúng quy định hoặc không đúng với nội dung hợp đồng này.

2. Trách nhiệm của bên A:

a) Thực hiện đúng theo quy định tại khoản 5 Điều 41 của Luật bảo hiểm y tế và các Điều 19, 20, và 21 Nghị định số .../2018/NĐ-CP;

b) Thực hiện tạm ứng cho bên B theo quy định; trường hợp hai bên chưa thống nhất về kết quả giám định, bên A vẫn thực hiện tạm ứng cho bên B theo quy định và thực hiện các quy định tại Điều 32 của Luật bảo hiểm y tế;

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

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

đ) Tuân thủ các quy định của pháp luật về khám bệnh, chữa bệnh trong thực hiện công tác giám định;

e) Chịu trách nhiệm trước pháp luật về các hành vi vi phạm của bên A trong thực hiện bảo hiểm y tế;

g) Cung cấp cho bên B danh sách người đăng ký khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế ban đầu bằng bản giấy hoặc bản điện tử theo Mẫu số 8 Phụ lục ban hành kèm theo Nghị định số ...../2018/NĐ-CP.

Điều 5. Quyền và Trách nhiệm của bên B

1. Quyền của bên B:

a) Thực hiện theo quy định tại Điều 42 của Luật bảo hiểm y tế;

b) Yêu cầu bên A cung cấp danh sách người đăng ký khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế ban đầu bằng bản giấy hoặc bản điện tử theo Mẫu số 8 Phụ lục ban hành kèm theo Nghị định số ...../2018/NĐ-CP.

2. Trách nhiệm của bên B:

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

b) Chỉ định sử dụng thuốc, hóa chất, vật tư y tế, dịch vụ y tế phải đảm bảo hợp lý, an toàn, hiệu quả; tránh lãng phí, không lạm dụng;

c) Cung cấp cho bên A các tài liệu để thực hiện công tác giám định, bao gồm: hồ sơ bệnh án, tài liệu liên quan về khám bệnh, chữa bệnh cho người bệnh bảo hiểm y tế; đề án liên doanh, liên kết thực hiện dịch vụ kỹ thuật y tế, hợp đồng làm việc giữa cơ sở khám bệnh, chữa bệnh và người hành nghề (nếu có); Quyết định của cơ quan có thẩm quyền về thực hiện Đề án hoặc hợp đồng chuyển giao kỹ thuật, hỗ trợ y tế cho tuyến dưới; danh mục dịch vụ kỹ thuật; danh mục và giá thuốc, hóa chất, vật tư y tế sử dụng tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh;

d) Trường hợp có thay đổi nhân sự trong thực hiện công việc thuộc hợp đồng phải thông báo cho bên A biết để bổ sung phụ lục hợp đồng;

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

Điều 6. Thời hạn thực hiện hợp đồng

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

(Hai bên ký Hợp đồng một năm hoặc dài hạn và gia hạn tự động hoặc bổ sung trong Phụ lục Hợp đồng.)

Điều 7. Trách nhiệm do vi phạm hợp đồng

Tranh chấp về bảo hiểm y tế được thực hiện theo Điều 48 của Luật bảo hiểm y tế.

1. Nếu có bất kỳ tranh chấp nào liên quan đến việc thực hiện hợp đồng, hai bên sẽ cùng nhau bàn bạc và giải quyết trên tinh thần hợp tác, tự thoả thuận, hoà giải.

2. Trường hợp không thống nhất được thì thực hiện theo quy định tại khoản 3 Điều 22 Nghị định số … ..../2018/NĐ-CP.

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

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

5. Trường hợp có thay đổi hoặc chấm dứt hợp đồng thực hiện theo quy định tại điểm e khoản 2 Điều 25 của Luật bảo hiểm y tế, Điều 22 và 23 Nghị định số ...../2018/NĐ-CP.

Điều 8. Cam kết chung

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

2. Các thông báo và thỏa thuận được thực hiện bằng văn bản gửi qua bưu điện hoặc thư điện tử theo địa chỉ nêu trong Hợp đồng này.

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

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

5. Khi thực hiện công tác kiểm tra, bên A phải thông báo cho bên B trước về thời gian, nội dung kiểm tra.

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

Hợp đồng này được lập thành 04 bản có giá trị như nhau, mỗi bên giữ 02 bản. Hợp đồng có hiệu lực kể từ ngày hai bên ký kết và kết thúc khi hai bên đã thực hiện xong nghĩa vụ và thanh toán cho bên B.

ĐẠI DIỆN BÊN B	**ĐẠI DIỆN BÊN A**
(Ký, ghi rõ họ và tên, đóng dấu)	*(Ký, ghi rõ họ và tên,đóng dấu)*

***Ghi chú*:**

(1): số hợp đồng được đánh theo số thứ tự hợp đồng trong một năm, bắt đầu từ số 01 vào ngày đầu năm và kết thúc vào ngày 31 tháng 12 năm kết thúc hợp đồng.

(2): ghi theo Quyết định thành lập đơn vị hoặc Quyết định phê duyệt phạm vi chuyên môn của đơn vị.

(3): ghi theo Quyết định thành lập đơn vị.

(4), (5): ghi trong trường hợp hai bên cử đại diện cho Giám đốc ký Hợp đồng./.

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

Mẫu số 8

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

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

STT	Họ và tên	Tuổi		Địa chỉ	Mã thẻ BHYT	Ghi chú
		Nam	Nữ			
1						
2						
3						
4						
5						
6						
...						

Ngày.....tháng.....năm.....
(Ký, họ và tên, đóng dấu)

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