

BỘ Y TẾ

CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM

Độc lập - Tự do - Hạnh phúc

Số: 30/2020/TT-BYT

Hà Nội, ngày 31 tháng 12 năm 2020

THÔNG TƯ

QUY ĐỊNH CHI TIẾT VÀ HƯỚNG DẪN BIỆN PHÁP THI HÀNH MỘT SỐ ĐIỀU CỦA NGHỊ ĐỊNH SỐ 146/2018/NĐ-CP NGÀY 17 THÁNG 10 NĂM 2018 CỦA CHÍNH PHỦ QUY ĐỊNH CHI TIẾT VÀ HƯỚNG DẪN BIỆN PHÁP THI HÀNH MỘT SỐ ĐIỀU CỦA LUẬT BẢO HIỂM Y TẾ

Căn cứ Luật bảo hiểm y tế số 25/2008/QH12 ngày 14 tháng 11 năm 2008 đã được sửa đổi, bổ sung một số điều theo Luật số 46/2014/QH13 ngày 13 tháng 6 năm 2014;

Căn cứ Nghị định số 146/2018/NĐ-CP ngày 17 tháng 10 năm 2018 của Chính phủ quy định chi tiết và hướng dẫn biện pháp thi hành một số điều của Luật bảo hiểm y tế;

Căn cứ Nghị định số 75/2017/NĐ-CP ngày 20 tháng 6 năm 2017 của Chính phủ quy định chức năng, nhiệm vụ, quyền hạn và cơ cấu tổ chức của Bộ Y tế;

Theo đề nghị của Vụ trưởng Vụ Bảo hiểm y tế, Bộ Y tế,

Bộ trưởng Bộ Y tế ban hành Thông tư quy định chi tiết và hướng dẫn biện pháp thi hành một số điều của Nghị định số 146/2018/NĐ-CP ngày 17 tháng 10 năm 2018 của Chính phủ quy định chi tiết và hướng dẫn biện pháp thi hành một số điều của Luật bảo hiểm y tế.

Chương I

QUY ĐỊNH CHUNG

Điều 1. Phạm vi điều chỉnh

Thông tư này quy định:

1. Đóng bảo hiểm y tế, giảm trừ mức đóng bảo hiểm y tế của một số đối tượng.
2. Chuyển đổi mức hưởng bảo hiểm y tế, thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế của một số đối tượng.
3. Thực hiện ứng dụng công nghệ thông tin trong quản lý và giám định, thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế đối với một số trường hợp.

Điều 2. Giải thích từ ngữ

Trong Thông tư này, xã giáp ranh của tỉnh giáp ranh là những xã của tỉnh này có địa giới hành chính tiếp giáp trực tiếp (chung ranh giới) với xã của tỉnh khác.

Ví dụ: Tỉnh A giáp ranh với tỉnh B, tỉnh A có các xã 1, xã 2, xã 3 và tỉnh B có các xã 4, xã 5, xã 6. Trong đó, xã 1 của tỉnh A có địa giới hành chính tiếp giáp trực tiếp với xã 4 của tỉnh B, khi đó xã 1 của tỉnh A và xã 4 của tỉnh B được xác định là hai xã giáp ranh của tỉnh giáp ranh. Như vậy, người có thể bảo hiểm y tế đăng ký khám bệnh, chữa bệnh ban đầu tại Trạm y tế xã 1 của tỉnh A khi đến khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế tại Trạm y tế xã 4 của tỉnh B (hoặc ngược lại) thì người đó vẫn được hưởng 100% chi phí khám bệnh, chữa bệnh trong phạm vi hưởng và mức hưởng quy định tại khoản 1 Điều 14 Nghị định số 146/2018/NĐ-CP ngày 17 tháng 10 năm 2018 của Chính phủ quy định chi tiết và hướng dẫn biện pháp thi hành một số điều của Luật bảo hiểm y tế (sau đây gọi là Nghị định số 146/2018/NĐ-CP). Xã 1 của tỉnh A không có địa giới hành chính tiếp giáp trực tiếp với các xã 5 và xã 6 của tỉnh B, nên người có thể bảo hiểm y tế đăng ký khám bệnh, chữa bệnh ban đầu tại trạm y tế xã 1 của tỉnh A đến khám bệnh, chữa bệnh tại xã 5 hoặc xã 6 của tỉnh B (hoặc ngược lại) không được áp dụng quy định đối với việc khám bệnh, chữa bệnh tại xã giáp ranh của tỉnh giáp ranh.

Chương II

ĐÓNG BẢO HIỂM Y TẾ, GIẢM TRỪ MỨC ĐÓNG BẢO HIỂM Y TẾ ĐỐI VỚI MỘT SỐ ĐỐI TƯỢNG

Điều 3. Đóng bảo hiểm y tế đối với trẻ sơ sinh cần điều trị ngay kể từ khi được sinh ra mà tử vong

Trường hợp trẻ sơ sinh cần điều trị ngay từ khi được sinh ra mà tử vong, cơ sở khám bệnh, chữa bệnh gửi văn bản thông báo kèm Bản tóm tắt hồ sơ bệnh án của trẻ đến cơ quan bảo hiểm xã hội nơi ký hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế để cơ quan bảo hiểm xã hội lập danh sách những trường hợp này gửi Sở Tài chính nơi người mẹ cư trú hoặc Sở Tài chính nơi cơ sở khám bệnh, chữa bệnh đặt trụ sở (đối với trường hợp trẻ sơ sinh không có người nhận hoặc bị bỏ rơi tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh) để Sở Tài chính chuyển kinh phí theo quy định tại khoản 5 Điều 15 của Luật bảo hiểm y tế.

Điều 4. Xác định đối tượng đóng, mức đóng và giảm trừ mức đóng bảo hiểm y tế theo hình thức hộ gia đình

1. Việc xác định đối tượng quy định tại khoản 3 Điều 5 Nghị định số 146/2018/NĐ-CP căn cứ vào một trong các giấy tờ sau đây:

a) Đối với chức sắc, chức việc, nhà tu hành: sổ hộ khẩu hoặc sổ tạm trú hoặc danh sách có đóng dấu của tổ chức tôn giáo trực tiếp quản lý chức sắc, chức việc, nhà tu hành;

b) Đối với người sinh sống trong cơ sở bảo trợ xã hội: sổ hộ khẩu hoặc sổ tạm trú hoặc danh sách có đóng dấu của cơ sở bảo trợ xã hội nơi người đó đang cư trú.

2. Việc giảm trừ mức đóng bảo hiểm y tế đối với các đối tượng quy định tại Điều 5 Nghị định số 146/2018/NĐ-CP được thực hiện ngay từ người thứ hai trở đi có tên trong sổ hộ khẩu hoặc sổ tạm trú hoặc trong danh sách có đóng dấu của tổ chức tôn giáo, cơ sở bảo trợ xã hội quy định tại khoản 1 Điều này tham gia bảo hiểm y tế hộ gia đình.

Chương III

CHUYỂN ĐỔI MỨC HƯỞNG BẢO HIỂM Y TẾ, THANH TOÁN CHI PHÍ KHÁM BỆNH, CHỮA BỆNH BẢO HIỂM Y TẾ CỦA MỘT SỐ ĐỐI TƯỢNG

Điều 5. Chuyển đổi mức hưởng bảo hiểm y tế đối với một số đối tượng

1. Trường hợp một người thuộc nhiều đối tượng tham gia bảo hiểm y tế nhưng mã ký tự thể hiện mức hưởng ghi trên thẻ bảo hiểm y tế chưa theo đối tượng có mức hưởng cao nhất thì được chuyển đổi theo mức hưởng cao nhất khi có một trong các giấy tờ quy định tại các khoản 2, 3 và 4 Điều này.

2. Giấy tờ xác định người tham gia bảo hiểm y tế thuộc đối tượng là người có công với cách mạng, trừ cựu chiến binh quy định tại khoản 3 Điều này; thân nhân của người có công với cách mạng; người có công nuôi dưỡng liệt sĩ:

Thực hiện theo quy định tại Điều 5 Thông tư số 30/2019/TT-BLĐTBXH ngày 26 tháng 12 năm 2019 của Bộ Lao động - Thương binh và Xã hội về hướng dẫn lập danh sách đối tượng tham gia bảo hiểm y tế do Bộ Lao động - Thương binh và Xã hội quản lý, cụ thể như sau:

a) Người có công với cách mạng: căn cứ Quyết định công nhận của cơ quan có thẩm quyền hoặc Quyết định giải quyết chế độ của Giám đốc Sở Lao động - Thương binh và Xã hội tỉnh, thành phố trực thuộc trung ương;

b) Thân nhân của người có công với cách mạng, người có công nuôi dưỡng liệt sĩ: căn cứ Quyết định giải quyết chế độ của Giám đốc Sở Lao động - Thương binh và Xã hội tỉnh, thành phố trực thuộc trung ương; trường hợp không có quyết định giải quyết chế độ thì căn cứ vào danh sách chi trả chế độ đối với người có công với cách mạng, thân nhân của người có công với cách mạng.

3. Giấy tờ xác định người tham gia bảo hiểm y tế thuộc đối tượng là cựu chiến binh:

a) Cựu chiến binh phục viên, xuất ngũ căn cứ một trong các giấy tờ sau đây:

- Quyết định phục viên, xuất ngũ (thời việc);
- Lý lịch cán bộ hoặc bản Trích yếu 63 đối với sĩ quan;
- Lý lịch quân nhân;
- Thẻ quân nhân;

- Phiếu quân nhân;

- Lý lịch đảng viên được lập từ trước ngày cựu chiến binh phục viên, xuất ngũ (thôi việc);

- Quyết định hưởng trợ cấp theo quy định tại một trong các văn bản sau đây:

+ Nghị định số 500-NĐ/LB ngày 12 tháng 11 năm 1958 của liên Bộ Quốc phòng, Bộ Tài chính, Bộ Cứu tế Xã hội quy định thể lệ trợ cấp dài hạn cho những quân nhân tình nguyện được phục viên vì ốm yếu mà không có khả năng lao động;

+ Nghị định số 111-NĐ ngày 22 tháng 6 năm 1957 của Bộ Quốc phòng quy định cụ thể những khoản trợ cấp cho quân nhân phục viên;

+ Quyết định số 47/2002/QĐ-TTg ngày 11 tháng 4 năm 2002 của Thủ tướng Chính phủ về chế độ đối với quân nhân, công nhân viên quốc phòng tham gia kháng chiến chống Pháp đã phục viên (giải ngũ, thôi việc) từ 31 tháng 12 năm 1960 trở về trước;

+ Quyết định số 290/2005/QĐ-TTg ngày 08 tháng 11 năm 2005 của Thủ tướng Chính phủ về chế độ, chính sách đối với một số đối tượng trực tiếp tham gia kháng chiến chống Mỹ cứu nước nhưng chưa được hưởng chính sách của Đảng và Nhà nước;

+ Quyết định số 188/2007/QĐ-TTg ngày 06 tháng 12 năm 2007 của Thủ tướng Chính phủ về việc sửa đổi, bổ sung Quyết định số 290/2005/QĐ-TTg ngày 08 tháng 11 năm 2005 của Thủ tướng Chính phủ;

+ 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;

+ Quyết định số 38/2010/QĐ-TTg ngày 06 tháng 5 năm 2010 của Thủ tướng Chính phủ về việc sửa đổi, bổ sung Quyết định số 142/2008/QĐ-TTg ngày 27 tháng 10 năm 2008 của Thủ tướng Chính phủ;

+ 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 Campuchia, giúp bạn Lào sau ngày 30 tháng 4 năm 1975 đã phục viên, xuất ngũ, thôi việc.

b) Cựu chiến binh nghỉ hưu, hưởng trợ cấp bảo hiểm xã hội hàng tháng: căn cứ Quyết định hưởng chế độ hưu trí hàng tháng hoặc Quyết định hưởng chế độ bảo hiểm xã hội hàng tháng do cơ quan có thẩm quyền cấp.

c) Cựu chiến binh đã chuyển ngành căn cứ một trong các giấy tờ sau đây:

- Quyết định phục viên, xuất ngũ (thôi việc), chuyển ngành;

- Lý lịch cán bộ hoặc bản Trích yếu 63 đối với sĩ quan;

- Lý lịch quân nhân;
- Thẻ quân nhân;
- Phiếu quân nhân;
- Lý lịch công nhân viên quốc phòng;
- Lý lịch đảng viên được lập từ trước ngày cựu chiến binh phục viên, xuất ngũ, chuyển ngành.

d) Trường hợp cựu chiến binh bị mất hồ sơ, giấy tờ:

- Cựu chiến binh bị mất hồ sơ, giấy tờ thể hiện là cựu chiến binh nhưng có một trong các giấy tờ sau đây:

- + Quyết định nhập ngũ;
- + Quyết định tuyển dụng;
- + Quyết định phong thăng quân hàm, nâng lương;
- + Quyết định điều động công tác, bổ nhiệm chức vụ; giao nhiệm vụ;
- + Giấy tờ khen thưởng thành tích trong kháng chiến, khen thưởng trong chiến đấu;

+ Văn bản xác nhận là cựu chiến binh của Ủy ban nhân dân cấp xã nơi đối tượng cư trú theo quy định tại điểm b khoản 7 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 (Áp dụng với đối tượng có giấy tờ, tài liệu được lập trước ngày 29 tháng 12 năm 2006 trong đó có nội dung chứng minh là cựu chiến binh).

- Cựu chiến binh nhập ngũ sau ngày 30 tháng 04 năm 1975 có thời gian trực tiếp chiến đấu, trực tiếp phục vụ chiến đấu nhưng bị mất hồ sơ, giấy tờ thể hiện là cựu chiến binh: Giấy xác nhận quá trình công tác của đối tượng tham gia chiến tranh bảo vệ Tổ quốc do Thủ trưởng đơn vị nơi đối tượng đã công tác cấp theo quy định tại Điều 6 Thông tư liên tịch số 01/2012/TTLT-BQP-BLĐTBXH-BTC ngày 05 tháng 01 năm 2012 của liên tịch Bộ Quốc phòng, Bộ Lao động - Thương binh và Xã hội, Bộ Tài chính hướng dẫn thực hiện 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 Campuchia, giúp bạn Lào sau ngày 30 tháng 4 năm 1975 đã phục viên, xuất ngũ, thôi việc làm căn cứ xác nhận cựu chiến binh;

- Cựu chiến binh nhập ngũ sau ngày 30 tháng 04 năm 1975 có thời gian trực tiếp chiến đấu, trực tiếp phục vụ chiến đấu có hồ sơ, giấy tờ nhưng không ghi rõ thời gian, đơn vị, địa bàn xảy ra chiến sự: Bản trích lục giải mã đơn vị, thời gian, địa bàn xảy ra chiến sự trong chiến tranh bảo vệ Tổ quốc do Thủ trưởng Ban Chỉ huy quân sự cấp huyện nơi cựu chiến binh cư trú cấp

theo Hướng dẫn số 3386/LC-CTC-CCS ngày 15 tháng 11 năm 2012 của Liên Cục Tác chiến, Cục Chính sách hướng dẫn thực hiện Quyết định số 2084/QĐ-BBTM ngày 09 tháng 11 năm 2012 của Tổng Tham mưu trưởng về việc ban hành Danh mục địa bàn, thời gian, đơn vị trực tiếp tham gia chiến tranh bảo vệ Tổ quốc và làm nhiệm vụ quốc tế sau ngày 30 tháng 04 năm 1975.

4. Các đối tượng khác:

Căn cứ vào giấy tờ chứng minh là đối tượng có quyền lợi hưởng cao hơn mức quyền lợi đang hưởng do cơ quan quản lý đối tượng cấp.

Ví dụ: Ông Nguyễn Văn A là quân nhân tham gia chiến tranh bảo vệ Tổ quốc tại biên giới phía Bắc, xuất ngũ năm 1980, sau đó Ông ký hợp đồng lao động với Công ty B và tham gia bảo hiểm y tế theo nhóm đối tượng người lao động (mức hưởng theo thẻ bảo hiểm y tế được cấp là 80%).

Sau khi ông A cung cấp Quyết định xuất ngũ, được xác định là đối tượng cựu chiến binh. Do đó cơ quan bảo hiểm xã hội cấp lại thẻ bảo hiểm y tế, đổi mức hưởng của ông A từ mức hưởng 80% lên 100%, có áp dụng giới hạn tỷ lệ thanh toán đối với một số thuốc, hóa chất, vật tư y tế, dịch vụ kỹ thuật y tế theo quy định của Bộ trưởng Bộ Y tế.

5. Mức hưởng bảo hiểm y tế mới của các đối tượng quy định tại các khoản 2, 3 và 4 Điều này được tính từ thời điểm thẻ bảo hiểm y tế mới có hiệu lực trên hệ thống công nghệ thông tin của cơ quan bảo hiểm xã hội. Cơ quan bảo hiểm xã hội có trách nhiệm thông báo đến người được chuyển đổi mức hưởng quyền lợi bảo hiểm y tế ngay khi mức hưởng mới có hiệu lực trên hệ thống công nghệ thông tin.

Điều 6. Khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế đúng tuyến

Các trường hợp khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế đúng tuyến bao gồm:

1. Người tham gia bảo hiểm y tế đến khám bệnh, chữa bệnh đúng cơ sở khám bệnh, chữa bệnh ban đầu ghi trên thẻ bảo hiểm y tế.

2. Người tham gia bảo hiểm y tế đăng ký khám bệnh, chữa bệnh ban đầu tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh tuyến xã hoặc phòng khám đa khoa hoặc bệnh viện tuyến huyện được quyền khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế tại trạm y tế tuyến xã hoặc phòng khám đa khoa hoặc bệnh viện tuyến huyện khác trong cùng địa bàn tỉnh. Trường hợp trẻ em chưa có thẻ bảo hiểm y tế do chưa làm thủ tục khai sinh được sử dụng giấy chứng sinh đi khám bệnh, chữa bệnh tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh quy định tại khoản này.

3. Người tham gia bảo hiểm y tế trong tình trạng cấp cứu được cấp cứu tại bất kỳ cơ sở khám bệnh, chữa bệnh nào trên phạm vi toàn quốc.

Bác sĩ hoặc y sĩ đánh giá, xác định tình trạng cấp cứu đối với người bệnh, ghi vào hồ sơ bệnh án và chịu trách nhiệm về quyết định của mình.

4. Người tham gia bảo hiểm y tế được chuyển tuyến khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế theo quy định, bao gồm:

a) Được chuyển tuyến theo quy định tại Điều 10 và Điều 11 Thông tư số 40/2015/TT-BYT ngày 16 tháng 11 năm 2015 của Bộ trưởng Bộ Y tế về 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. Hồ sơ chuyển tuyến gồm giấy chuyển tuyến theo Mẫu số 6 ban hành kèm theo Nghị định số 146/2018/NĐ-CP và các giấy tờ khác (nếu có);

b) Được chuyển tuyến theo quy định tại khoản 3 Điều 14 Nghị định số 146/2018/NĐ-CP, bao gồm: 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 đối với người bệnh đang điều trị nội trú hoặc điều trị ngoại trú;

c) Được chuyển tuyến theo quy định tại khoản 2 Điều 6 Thông tư số 04/2016/TT-BYT ngày 26 tháng 02 năm 2016 của Bộ trưởng Bộ Y tế quy định về khám bệnh, chữa bệnh và thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế liên quan đến khám bệnh, chữa bệnh lao.

5. Người tham gia bảo hiểm y tế có giấy tờ chứng minh đang ở tại địa phương khác 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 và 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 theo quy định tại khoản 7 Điều 15 Nghị định số 146/2018/NĐ-CP. Cơ sở khám bệnh, chữa bệnh có trách nhiệm lưu bản chụp giấy tờ quy định tại điểm này trong hồ sơ bệnh án điều trị của người bệnh đó.

6. Người có giấy hẹn khám lại trong trường hợp đã được chuyển tuyến theo quy định tại khoản 5 Điều 15 Nghị định số 146/2018/NĐ-CP.

7. Người đã hiến bộ phận cơ thể của mình phải điều trị ngay sau khi hiến bộ phận cơ thể.

8. Trẻ sơ sinh phải điều trị ngay sau khi sinh ra.

Điều 7. Thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh đối với người đã hiến bộ phận cơ thể người

1. Quỹ bảo hiểm y tế thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh cho người đã hiến bộ phận cơ thể của mình theo quy định của pháp luật về hiến, lấy, ghép mô, bộ phận cơ thể người và hiến, lấy xác trong trường hợp phải điều trị ngay sau khi phẫu thuật viên kết thúc thực hiện kỹ thuật lấy bộ phận cơ thể của người hiến.

2. Quỹ bảo hiểm y tế không thanh toán các chi phí khám bệnh, chữa bệnh đã được tính vào chi phí thuộc quy trình lấy bộ phận cơ thể người của người hiến hoặc đã được chi trả bởi các nguồn tài chính khác.

3. Cơ sở khám bệnh, chữa bệnh nơi thực hiện kỹ thuật lấy bộ phận cơ thể người hiến có trách nhiệm:

a) Tổng hợp danh sách số người đã hiến bộ phận cơ thể và chi phí khám bệnh, chữa bệnh gửi cơ quan bảo hiểm xã hội để thanh toán theo quy định tại khoản 4 Điều 15 Nghị định số 146/2018/NĐ-CP;

b) Thực hiện việc trích chuyển dữ liệu điện tử theo quy định tại khoản 2 Điều 10 Thông tư này.

Điều 8. Hướng dẫn thực hiện khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế trong công tác chăm sóc sức khỏe ban đầu

1. Người hành nghề khám bệnh, chữa bệnh, trù kỹ thuật viên xét nghiệm, kỹ thuật viên X-quang, kỹ thuật viên vật lý trị liệu, hộ sinh được thực hiện hoạt động chăm sóc sức khỏe ban đầu tại các cơ sở giáo dục hoặc cơ sở giáo dục nghề nghiệp, cơ quan, tổ chức, doanh nghiệp (sau đây gọi là cơ quan, đơn vị) chuyên trách hoặc kiêm nhiệm quy định tại điểm a khoản 1 Điều 34 Nghị định số 146/2018/NĐ-CP khi có một trong các giấy tờ sau đây:

a) Văn bản phân công công việc đối với người hành nghề là viên chức hoặc người lao động của cơ quan, đơn vị;

b) Văn bản thỏa thuận đối với người hành nghề không thuộc trường hợp quy định tại điểm a Khoản này.

2. Văn bản thỏa thuận quy định tại điểm b khoản 1 Điều này phải có những thông tin, nội dung chủ yếu sau đây:

a) Bên thuê người kiêm nhiệm khám bệnh, chữa bệnh trong thực hiện công tác chăm sóc sức khỏe ban đầu (sau đây gọi là bên thuê): Tên, địa chỉ của cơ quan, đơn vị; họ và tên người đứng đầu cơ quan, đơn vị; điện thoại liên hệ;

b) Bên nhận thực hiện kiêm nhiệm khám bệnh, chữa bệnh trong công tác chăm sóc sức khỏe ban đầu (sau đây gọi là bên nhận): Họ và tên, ngày tháng năm sinh, giới tính, địa chỉ nơi cư trú, số chứng minh nhân dân hoặc giấy tờ hợp pháp khác; điện thoại liên hệ đối với trường hợp ký văn bản thỏa thuận với cá nhân người hành nghề hoặc tên, địa chỉ, họ và tên người đứng đầu cơ sở khám bệnh, chữa bệnh đối với trường hợp ký văn bản thỏa thuận với cơ sở khám bệnh, chữa bệnh;

c) Nội dung công việc, địa điểm làm việc và thời gian làm việc, trong đó thời gian làm việc do bên thuê và bên nhận tự thỏa thuận;

d) Thời hạn thực hiện của văn bản thỏa thuận (theo năm tài chính hoặc theo năm học);

đ) Cam kết của bên thuê và bên nhận về việc tự chịu trách nhiệm trước pháp luật đối với nội dung thỏa thuận và kết quả thực hiện nhiệm vụ.

3. Văn bản thỏa thuận chỉ được cơ quan, đơn vị ký với cơ sở khám bệnh, chữa bệnh hoặc với cá nhân thực hiện kiêm nhiệm khám bệnh, chữa bệnh trong công tác chăm sóc sức khỏe ban đầu thuộc một trong các trường hợp sau đây:

a) Cơ sở khám bệnh, chữa bệnh có trụ sở trên cùng địa bàn xã với cơ quan, đơn vị đó hoặc có trụ sở trên địa bàn của xã giáp ranh với xã nơi cơ quan, đơn vị đó đặt trụ sở;

b) Người hành nghề khám bệnh, chữa bệnh có đăng ký hành nghề trong giờ hành chính trên địa bàn xã nơi cơ quan, đơn vị đó đặt trụ sở hoặc có đăng ký hành nghề trong giờ hành chính trên địa bàn của xã giáp ranh với xã nơi cơ quan, đơn vị đó đặt trụ sở.

Điều 9. Chuyển thực hiện dịch vụ cận lâm sàng

1. Việc chuyển thực hiện dịch vụ cận lâm sàng được thực hiện theo nguyên tắc phù hợp với yêu cầu về chuyên môn kỹ thuật trong khám bệnh, chữa bệnh, bảo đảm quyền lợi của người tham gia bảo hiểm y tế và theo danh mục như sau:

a) Dịch vụ cận lâm sàng thuộc danh mục dịch vụ kỹ thuật y tế được cơ quan nhà nước có thẩm quyền phê duyệt cho cơ sở khám bệnh, chữa bệnh và đang được thực hiện tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh nhưng tại thời điểm chỉ định sử dụng cho người bệnh, cơ sở khám bệnh, chữa bệnh đó không thực hiện được;

b) Dịch vụ cận lâm sàng không thuộc danh mục dịch vụ kỹ thuật y tế được cơ quan nhà nước có thẩm quyền phê duyệt cho cơ sở khám bệnh, chữa bệnh nhưng thực tế cần thiết cho các hoạt động chuyên môn theo quy định của Bộ trưởng Bộ Y tế về quản lý, chẩn đoán và điều trị trong khám bệnh, chữa bệnh thì được quỹ bảo hiểm y tế thanh toán đối với các trường hợp điều trị nội trú từ tuyến huyện trở lên.

Người đứng đầu cơ sở khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế căn cứ chức năng, nhiệm vụ, phạm vi hoạt động chuyên môn được cấp có thẩm quyền phê duyệt để lập danh sách các dịch vụ cận lâm sàng cần chuyển và gửi đến cơ quan bảo hiểm xã hội nơi ký hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế để hai bên ký bổ sung phụ lục Hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế trước khi thực hiện.

2. Các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh chỉ thực hiện chuyển người bệnh hoặc mẫu bệnh phẩm đến cơ sở tiếp nhận được cấp có thẩm quyền phê duyệt đủ điều kiện thực hiện dịch vụ cận lâm sàng và phải ký hợp đồng nguyên tắc với cơ sở thực hiện dịch vụ cận lâm sàng (trong hợp đồng có nội dung thống nhất việc cơ quan bảo hiểm xã hội nơi ký hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế giám định về dịch vụ cận lâm sàng đã tiếp nhận và thực hiện tại cơ sở thực hiện dịch vụ cận lâm sàng).

3. Cơ sở tiếp nhận người bệnh hoặc mẫu bệnh phẩm để thực hiện các dịch vụ cận lâm sàng không được chuyển tiếp người bệnh hoặc mẫu bệnh phẩm đến cơ sở thứ ba (khác).

4. Mã hóa dịch vụ cận lâm sàng:

Cơ sở khám bệnh, chữa bệnh nơi chuyên người bệnh hoặc mẫu bệnh phẩm (sau đây gọi tắt là cơ sở chuyển dịch vụ) thực hiện mã hóa như sau: XX.YYYY.ZZZZ.K.WWWW, trong đó:

- a) XX.YYYY.ZZZZ là mã dịch vụ cận lâm sàng;
- b) K là ký tự thể hiện dịch vụ cận lâm sàng được thực hiện ở cơ sở khác;
- c) WWWWW là ký tự thể hiện mã số của cơ sở thực hiện dịch vụ cận lâm sàng do Bộ Y tế cấp.

5. Thanh toán chi phí:

a) Việc thanh toán chi phí thực hiện dịch vụ cận lâm sàng thực hiện theo quy định tại khoản 6 Điều 27 Nghị định số 146/2018/NĐ-CP và theo giá của cơ sở tiếp nhận người bệnh hoặc mẫu bệnh phẩm nhưng không vượt quá giá dịch vụ khám bệnh, chữa bệnh quy định tại Thông tư số 13/2019/TT-BYT ngày 05 tháng 7 năm 2019 của Bộ trưởng Bộ Y tế sửa đổi, bổ sung một số điều của Thông tư số 39/2018/TT-BYT ngày 30 tháng 11 năm 2018 của Bộ trưởng Bộ Y tế quy định thống nhất giá dịch vụ khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế giữa các bệnh viện cùng hạng trên toàn quốc và hướng dẫn áp dụng giá, thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế trong một số trường hợp.

Trường hợp một dịch vụ cận lâm sàng được thực hiện tại nhiều cơ sở tiếp nhận trong cùng một lần chỉ định, Quỹ bảo hiểm y tế chỉ thanh toán cho một lần thực hiện dịch vụ cận lâm sàng đó.

b) Cơ sở tiếp nhận thực hiện dịch vụ cận lâm sàng không được thu thêm chi phí về khám bệnh và thực hiện dịch vụ cận lâm sàng của người bệnh.

Điều 10. Thực hiện ứng dụng công nghệ thông tin phục vụ quản lý và giám định, thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế đối với một số trường hợp

1. Trẻ sau khi sinh ra được hưởng quyền lợi bảo hiểm y tế theo quy định của Luật bảo hiểm y tế, nhưng chưa được cơ quan bảo hiểm xã hội cấp thẻ bảo hiểm y tế do chưa làm thủ tục cấp giấy khai sinh thì cơ sở khám bệnh, chữa bệnh thực hiện như sau:

- a) Ghi mã thẻ bảo hiểm y tế tạm thời, gồm các nội dung:
 - Mã đối tượng: ghi ký hiệu là TE;
 - Mã mức hưởng quyền lợi bảo hiểm y tế: ghi ký hiệu là số 1;
 - Mã tỉnh, thành phố trực thuộc trung ương: ghi theo quy định tại Quyết định số 124/2004/QĐ-TTg ngày 08 tháng 7 năm 2004 của Thủ tướng Chính phủ về việc ban hành bảng Danh mục và mã số danh mục các đơn vị hành chính Việt Nam (sau đây gọi là Quyết định số 124/2004/QĐ-TTg) nơi người mẹ hoặc người giám hộ hợp pháp cư trú hoặc nơi cơ sở khám

bệnh, chữa bệnh đặt trụ sở đối với trường hợp trẻ sơ sinh không có người nhận hoặc bị bỏ rơi tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh;

- Mã định danh y tế: ghi theo quy định tại Quyết định số 2153/QĐ-BYT ngày 25 tháng 5 năm 2020 của Bộ trưởng Bộ Y tế về ban hành Quy chế xác lập, sử dụng và quản lý mã định danh y tế (sau đây gọi là Quyết định số 2153/QĐ-BYT).

Ví dụ: Mã thẻ tạm cho trẻ em khám bệnh, chữa bệnh, có mẹ cư trú tại Hà Nội, được mã hóa như sau: TE101, tiếp theo là mã định danh y tế (10 chữ số).

b) Việc ghi tên trong hồ sơ bệnh án để khám bệnh, chữa bệnh và trích chuyển dữ liệu điện tử phục vụ quản lý và giám định, thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế đối với trẻ sơ sinh chưa có họ và tên thực hiện như sau:

- Nếu trẻ sơ sinh có mẹ hoặc cha (bố): ghi theo họ và tên của mẹ hoặc của cha (bố);

- Nếu trẻ sơ sinh không có mẹ hoặc cha (bố) nhưng có người giám hộ: ghi theo họ và tên của người giám hộ;

- Nếu trẻ sơ sinh không có người nhận hoặc bị bỏ rơi tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh: ghi tên cơ sở khám bệnh, chữa bệnh nơi đang thực hiện việc điều trị cho trẻ.

2. Người đã hiến bộ phận cơ thể người nhưng chưa được cơ quan bảo hiểm xã hội cấp thẻ bảo hiểm y tế thì cơ sở khám bệnh, chữa bệnh ghi mã thẻ bảo hiểm y tế tạm thời để bảo đảm trích, chuyển được dữ liệu điện tử, phục vụ quản lý và giám định, thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế đối với người này, thì cơ sở khám bệnh, chữa bệnh thực hiện như sau:

a) Mã đối tượng: ghi ký hiệu là HG;

b) Mã quyền lợi: ghi ký hiệu là số 4;

c) Mã tỉnh, thành phố trực thuộc trung ương: ghi theo quy định tại Quyết định số 124/2004/QĐ-TTg nơi người hiến mô, bộ phận cơ thể người cư trú;

d) Mã định danh y tế: ghi theo quy định tại Quyết định số 2153/QĐ-BYT.

Ví dụ: người hiến mô, bộ phận cơ thể mình đang cư trú tại Hà Nội, được mã hóa như sau: HG401, tiếp theo là mã định danh y tế (10 chữ số).

3. Các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh tạm thời thực hiện gửi dữ liệu đề nghị giám định, thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế của những đối tượng thuộc diện Bộ Chính trị, Ban Bí thư quản lý bằng bản giấy cho đến khi có quy định, hướng dẫn mới về trích chuyển dữ liệu điện tử; dữ liệu tổng hợp chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế của các đối tượng này thực hiện theo mẫu C79-HD ban hành kèm theo Thông tư số 102/2018/TT-BTC ngày 14 tháng 11 năm 2018 của Bộ Tài chính về hướng dẫn kế toán bảo hiểm xã hội.

Điều 11. Khóa, chấm dứt ngay hiệu lực sử dụng thẻ bảo hiểm y tế

1. Cơ quan bảo hiểm xã hội thực hiện khóa, chấm dứt ngay hiệu lực sử dụng thẻ bảo hiểm y tế trên hệ thống công nghệ thông tin của cơ quan bảo hiểm xã hội đối với người tham gia bảo hiểm y tế đã tử vong như sau:

a) Trường hợp người tham gia bảo hiểm y tế tử vong tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh, cơ quan bảo hiểm xã hội thực hiện ngay việc khóa, chấm dứt hiệu lực sử dụng thẻ bảo hiểm y tế của người đó khi nhận được dữ liệu điện tử có giá trị bằng 5 tại trường số 22 (KET_QUA_DTRI) của Bảng 1 ban hành kèm theo Quyết định số 4210/QĐ-BYT ngày 20 tháng 9 năm 2017 của Bộ trưởng Bộ Y tế về định dạng và chuẩn dữ liệu đầu ra phục vụ quản lý và giám định, thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế do cơ sở khám bệnh, chữa bệnh trích chuyển đến Cổng tiếp nhận dữ liệu thuộc hệ thống công nghệ thông tin của cơ quan bảo hiểm xã hội;

b) Trường hợp người tham gia bảo hiểm y tế tử vong ngoài cơ sở khám bệnh, chữa bệnh, cơ quan bảo hiểm xã hội thực hiện ngay việc khóa, chấm dứt hiệu lực sử dụng thẻ bảo hiểm y tế của người đó khi nhận được thông tin tử vong do Ủy ban nhân dân cấp xã nơi người tham gia bảo hiểm y tế tử vong chuyển lên hệ thống công nghệ thông tin của cơ quan bảo hiểm xã hội.

2. Khi cơ sở khám bệnh, chữa bệnh đã trích, chuyển dữ liệu điện tử đến Cổng tiếp nhận dữ liệu thuộc hệ thống công nghệ thông tin của cơ quan bảo hiểm xã hội theo quy định tại điểm a khoản 1 Điều này hoặc Ủy ban nhân dân cấp xã nơi người có tham gia bảo hiểm y tế tử vong đã cấp giấy chứng tử, chuyển lên hệ thống công nghệ thông tin của cơ quan bảo hiểm xã hội theo quy định tại điểm b khoản 1 Điều này mà vẫn phát sinh chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế và đề nghị thanh toán thì được thực hiện như sau:

a) Quỹ bảo hiểm y tế thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế trực tiếp theo quy định tại Điều 4 Thông tư số 09/2019/TT-BYT ngày 10 tháng 6 năm 2019 của Bộ trưởng Bộ Y tế hướng dẫn thẩm định điều kiện ký hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế ban đầu, chuyển thực hiện dịch vụ cận lâm sàng và một số trường hợp thanh toán trực tiếp chi phí trong khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế nếu do lỗi dữ liệu thẻ hoặc cơ sở khám bệnh, chữa bệnh hoặc Ủy ban nhân dân cấp xã cập nhật thông tin sai;

b) Quỹ bảo hiểm y tế không thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế phát sinh khi thân nhân người tham gia bảo hiểm y tế hoặc người khác sử dụng thẻ bảo hiểm y tế của người đã tử vong; đồng thời, cơ quan bảo hiểm xã hội tổng hợp, kiến nghị đến cơ quan nhà nước có thẩm quyền để xem xét xử lý đơn vị, cá nhân vi phạm theo quy định của pháp luật.

Chương IV

ĐIỀU KHOẢN THI HÀNH

Điều 12. Hiệu lực thi hành

1. Thông tư này có hiệu lực thi hành từ ngày 01 tháng 3 năm 2021.

2. Điều 3 Thông tư số 09/2019/TT-BYT ngày 10 tháng 6 năm 2019 của Bộ trưởng Bộ Y tế hướng dẫn thẩm định điều kiện ký hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế ban đầu, chuyển thực hiện dịch vụ cận lâm sàng và một số trường hợp thanh toán trực tiếp chi phí trong khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế hết hiệu lực kể từ ngày Thông tư này có hiệu lực.

Điều 13. Điều khoản tham chiếu

Trường hợp các văn bản dẫn chiếu trong Thông tư này được thay thế hoặc sửa đổi, bổ sung thì thực hiện theo văn bản được thay thế hoặc sửa đổi, bổ sung đó.

Điều 14. Trách nhiệm thi hành

1. Trách nhiệm của Ủy ban nhân dân cấp tỉnh:

a) Chỉ đạo, giải quyết kịp thời các khó khăn, vướng mắc thuộc nhiệm vụ, quyền hạn của mình trong quá trình thực hiện Thông tư này;

b) Chỉ đạo Ủy ban nhân dân cấp xã nơi quản lý người tham gia bảo hiểm y tế tử vong thực hiện cấp giấy chứng tử và kê khai ngay khi cấp giấy chứng tử trên hệ thống công nghệ thông tin của cơ quan bảo hiểm xã hội theo quy định.

2. Trách nhiệm của Bảo hiểm xã hội Việt Nam:

a) Hướng dẫn thực hiện cấp đổi thẻ do chuyển đổi mức hưởng bảo hiểm y tế quy định tại Điều 5 Thông tư này và việc cấp thẻ bảo hiểm y tế đối với người đã hiến bộ phận cơ thể người;

b) Nâng cấp, hoàn thiện hệ thống công nghệ thông tin nhằm bảo đảm:

- Tuân thủ thực hiện đầy đủ, đúng quy định tại Nghị định số 146/2018/NĐ-CP, Thông tư số 48/2017/TT-BYT ngày 28 tháng 12 năm 2017 của Bộ trưởng Bộ Y tế quy định trích chuyển dữ liệu điện tử trong quản lý và thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế và các quy định khác của Bộ trưởng Bộ Y tế;

- Thực hiện việc quản lý, cấp tự động mã định danh y tế theo quy định tại Quyết định số 2153/QĐ-BYT;

- Duy trì tiếp nhận, quản lý, khai thác sử dụng và phản hồi kịp thời cho cơ sở khám bệnh, chữa bệnh và người tham gia bảo hiểm y tế các thông tin liên quan đến việc xác định người tham gia bảo hiểm y tế có thời gian tham gia bảo hiểm y tế 05 (năm) năm liên tục trở lên và có số tiền cùng chi trả chi phí khám bệnh, chữa bệnh trong cùng một năm lớn hơn 06 (sáu) tháng lương cơ sở theo quy định tại khoản 3 Điều 27 Nghị định số 146/2018/NĐ-CP.

3. Trách nhiệm của Sở Y tế các tỉnh, thành phố trực thuộc trung ương và cơ quan quản lý y tế của các bộ, ngành:

a) Chủ trì, phối hợp với Bảo hiểm xã hội cấp tỉnh phổ biến, chỉ đạo cơ sở khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế trên địa bàn hoặc thuộc quyền quản lý tổ chức thực hiện khám bệnh, chữa bệnh đối với người tham gia bảo hiểm y tế theo quy định của pháp luật về khám bệnh, chữa bệnh, Luật bảo hiểm y tế, Nghị định số 146/2018/NĐ-CP và các quy định tại Thông tư này;

b) Chủ trì, phối hợp với Sở Y tế tỉnh, thành phố trực thuộc trung ương giáp ranh thống nhất xác định và thực hiện việc khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế tại xã giáp ranh của tỉnh giáp ranh quy định tại khoản 4 Điều 14 Nghị định số 146/2018/NĐ-CP.

4. Trách nhiệm của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế:

Phối hợp với cơ quan bảo hiểm xã hội nơi ký hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế thực hiện đúng, đủ các quy định của pháp luật về khám bệnh, chữa bệnh, Luật bảo hiểm y tế, Nghị định số 146/2018/NĐ-CP và các quy định tại Thông tư này.

Trong quá trình thực hiện nếu có vướng mắc, bất cập đề nghị các cơ quan, đơn vị, tổ chức, cá nhân phản ánh kịp thời về Bộ Y tế để được xem xét giải quyết./.

Nơi nhận:

- Ủy ban về các vấn đề xã hội của Quốc hội (để báo cáo);
- PTTgCP. Vũ Đức Đam (để báo cáo);
- Bộ trưởng (để báo cáo);
- Các Thứ trưởng (để phối hợp chỉ đạo);
- Văn phòng Chính phủ (Vụ KGVX, Công báo, Công TTĐT Chính phủ);
- Bộ Tư pháp (Cục Kiểm tra văn bản quy phạm pháp luật);
- Các Bộ: Tài chính; Lao động - Thương binh và Xã hội; Giáo dục và Đào tạo;
- Bảo hiểm xã hội Việt Nam;
- UBND các tỉnh, thành phố trực thuộc TW;
- Các đơn vị thuộc, trực thuộc Bộ Y tế;
- Sở Y tế các tỉnh, thành phố trực thuộc TW;
- Y tế các Bộ, ngành;
- Hiệp hội Bệnh viện tư nhân;
- Công Thông tin điện tử Bộ Y tế;
- Lưu: VT, PC, BH (05).

**KT. BỘ TRƯỞNG
THỨ TRƯỞNG**

Nguyễn Trường Sơn