

BỘ TÀI CHÍNH-BỘ Y TẾ
Số: 77/2003/TTLT-BTC-
BYT

CỘNG HOÀ XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM
Độc lập - Tự do - Hạnh phúc
Hà Nội, ngày 8 tháng 7 năm 2003

THÔNG TƯ LIÊN TỊCH
Hướng dẫn thực hiện bảo hiểm y tế tự nguyện

Căn cứ Nghị định số 58/1998/NĐ-CP ngày 13 tháng 8 năm 1998 của Chính phủ ban hành điều lệ bảo hiểm y tế (BHYT);

Căn cứ Nghị định số 100/2002/NĐ-CP ngày 06 tháng 12 năm 2002 của Chính phủ qui định chức năng, nhiệm vụ, quyền hạn và cơ cấu tổ chức của Bảo hiểm xã hội Việt Nam;

Căn cứ Quyết định số 02/2003/QĐ-TTg, ngày 02 tháng 01 năm 2003 của Thủ tướng Chính phủ về việc ban hành Quy chế quản lý tài chính đối với Bảo hiểm xã hội Việt Nam;

Liên tịch Bộ Tài chính - Bộ Y tế thống nhất hướng dẫn việc triển khai thực hiện bảo hiểm y tế tự nguyện như sau:

I - QUI ĐỊNH CHUNG

1. Bảo hiểm y tế tự nguyện quy định tại thông tư này nhằm thực hiện chính sách xã hội trong khám chữa bệnh (KCB), không vì mục đích kinh doanh, không áp dụng các quy định của pháp luật về kinh doanh bảo hiểm.
2. Công dân Việt Nam (trừ những người có thẻ BHYT bắt buộc, thẻ BHYT được cấp theo chính sách xã hội của Chính phủ) đều có quyền tham gia BHYT tự nguyện theo nguyên tắc tập thể, cộng đồng để được chăm sóc sức khỏe.
3. Quyền lợi, nghĩa vụ của người tham gia BHYT tự nguyện được thực hiện thống nhất trong cả nước. Mức phí BHYT tự nguyện được xác định trên cơ sở khung giá dịch vụ y tế, điều kiện kinh tế - xã hội, khả năng tiếp cận dịch vụ y tế và tỷ lệ số người tham gia của từng nhóm đối tượng.
4. Quỹ khám chữa bệnh tự nguyện được quản lý tập trung, thống nhất, hạch toán theo quỹ thành phần, độc lập với ngân sách nhà nước và được Nhà nước bảo hộ theo quy định của pháp luật. Trường hợp quỹ khám, chữa bệnh tự nguyện không đủ chi phí chi trả thì được điều tiết từ các quỹ thành phần khác theo quy định tại Quyết định số 02/2003/QĐ-TTg ngày 02/01/2003 của Thủ tướng Chính phủ ban hành quy chế quản lý tài chính đối với Bảo hiểm xã hội Việt Nam.

II – HÌNH THỨC TỔ CHỨC BẢO HIỂM Y TẾ TỰ NGUYỆN

1. BHYT tự nguyện được tổ chức thực hiện theo địa giới hành chính và theo nhóm đối tượng, cụ thể:
 - 1.1- Theo địa giới hành chính: áp dụng cho hộ gia đình, tổ chức triển khai theo cấp xã, phường, thị trấn.
 - 1.2- Theo nhóm đối tượng, áp dụng cho:

Học sinh, sinh viên đang theo học tại các cơ sở giáo dục, đào tạo thuộc hệ thống giáo dục quốc dân;

Thành viên, hội viên của các đoàn thể, hội quần chúng, tổ chức nghiệp đoàn...(sau đây gọi chung là Hội, đoàn thể);

2. Bảo hiểm xã hội Việt Nam quy định tỷ lệ số người tham gia tối thiểu trên nhóm đối tượng vận động để đảm bảo nguyên tắc tập thể, cộng đồng.

III - KHUNG MỨC ĐÓNG VÀ PHƯƠNG THỨC ĐÓNG BHYT TỰ NGUYỆN.

1. Khung mức đóng BHYT tự nguyện:

1.1. Khung mức đóng BHYT tự nguyện được xác định theo khu vực và theo đầu người:

a. Phân khu vực:

Khu vực thành thị: Các quận nội thành các thành phố trực thuộc Trung ương; các phường của thành phố, thị xã thuộc tỉnh;

Khu vực nông thôn: Bao gồm các vùng còn lại;

b. Khung mức đóng quy định cho một người trong một năm theo khu vực như sau:

Đơn vị tính: đồng/người/năm

ĐỐI TƯỢNG THỰC HIỆN	KHU VỰC	
	<i>Thành thị</i>	<i>Nông thôn</i>
<i>Dân cư theo địa giới hành chính</i>	<i>80.000 - 140.000</i>	<i>60.000 - 100.000</i>
<i>Hội, đoàn thể</i>	<i>80.000 - 140.000</i>	<i>60.000 - 100.000</i>
<i>Học sinh, sinh viên</i>	<i>35.000 – 70.000</i>	<i>25.000 - 50.000</i>

1.2 Để khuyến khích nhiều người trong một hộ gia đình tham gia BHYT, kể từ thành viên thứ 2 trở đi, cứ thêm mỗi thành viên tham gia BHYT tự nguyện, mức đóng của người đó được giảm 5% so với mức đóng của người thứ nhất (thành viên trong gia đình là số người trong cùng hộ khẩu thuộc diện tham gia BHYT tự nguyện theo địa giới hành chính).

1.3. BHYT tự nguyện theo nhóm đối tượng: Khung mức đóng được xác định cho từng cá nhân tham gia BHYT tự nguyện.

1.4. Căn cứ khung mức đóng BHYT quy định tại Thông tư này, trên cơ sở đề nghị của Bảo hiểm xã hội tỉnh, thành phố trực thuộc Trung ương, Bảo hiểm xã hội Việt Nam quyết định mức đóng cụ thể sau khi có ý kiến thoả thuận của Bộ Tài chính.

1.5. Khi biểu giá viện phí do Nhà nước quy định tăng từ 10% trở lên, mức đóng BHYT tự nguyện đã ở mức tối đa của khung mức đóng và quỹ khám chữa bệnh tự nguyện không cân đối được khả năng chi trả, Bảo hiểm xã hội Việt Nam báo cáo liên Bộ để điều chỉnh khung mức đóng BHYT cho phù hợp.

2. Phương thức đóng BHYT tự nguyện:

2.1. Đối tượng theo địa giới hành chính: Trực tiếp đăng ký tham gia và đóng BHYT ít nhất 6 tháng một lần cho đại lý thu tại xã, phường, thị trấn.

2.2. Đối tượng học sinh, sinh viên: Đăng ký tham gia theo lớp, trường và đóng BHYT ít nhất 6 tháng một lần cho đại lý thu tại trường học.

2.3. Đối tượng thuộc hội, đoàn thể, tổ chức nghiệp đoàn: Do hội, đoàn thể, tổ chức nghiệp đoàn lập danh sách, thu tiền và nộp BHYT trực tiếp cho cơ quan Bảo hiểm xã hội ít nhất 6 tháng một lần.

Khuyến khích các cấp chính quyền, các cơ quan, đơn vị, các tổ chức từ thiện phối hợp trong việc vận động và hỗ trợ một phần kinh phí cho các nhóm đối tượng tham gia BHYT tự nguyện hoặc mua thẻ BHYT tặng cho các đối tượng cần sự trợ giúp trong cộng đồng xã hội.

IV. QUYỀN LỢI VÀ PHƯƠNG THỨC THANH TOÁN CHI PHÍ KHÁM CHỮA BỆNH BHYT TỰ NGUYỆN

1. Quyền lợi của người tham gia BHYT tự nguyện:

1.1. Người tham gia BHYT tự nguyện sau khi đóng BHYT, được cấp thẻ BHYT có giá trị sử dụng tương ứng với thời gian đóng;

1.2. Người có thẻ BHYT được tiếp nhận, khám chữa bệnh và hưởng chế độ BHYT như sau:

a- Chăm sóc sức khỏe ban đầu:

Công tác chăm sóc sức khỏe ban đầu cho người có thẻ BHYT tự nguyện gồm những nội dung sau:

Hướng dẫn giữ gìn vệ sinh cá nhân, vệ sinh dinh dưỡng, vệ sinh môi trường và phòng chống bệnh tật;

Kiểm tra sức khỏe và quản lý hồ sơ sức khỏe cá nhân;

Thực hiện sơ cứu tai nạn, ốm đau đột xuất;

Cơ quan chịu trách nhiệm chăm sóc sức khỏe ban đầu:

Đối tượng học sinh, sinh viên được chăm sóc sức khỏe ban đầu tại phòng y tế trường học. Trường hợp không có phòng y tế tại trường thì cơ quan BHXH có trách nhiệm hợp đồng với cơ sở y tế gần nhất đảm bảo việc chăm sóc thuận tiện và phù hợp;

Các đối tượng còn lại được chăm sóc sức khỏe ban đầu tại trạm y tế xã, phường.

Chi phí cho chăm sóc sức khỏe ban đầu tại các cơ sở y tế nêu trên do cơ quan Bảo hiểm xã hội đảm bảo, người có thẻ BHYT không phải nộp một khoản tiền nào.

b. Tuyển khám và chữa bệnh:

Người tham gia BHYT được lựa chọn cơ sở KCB tuyến quận, huyện để đăng ký KCB. Khi tình trạng bệnh vượt quá khả năng chuyên môn kỹ thuật của cơ sở KCB, được cơ sở KCB chuyển lên tuyến chuyên môn kỹ thuật cao hơn.

Người có thẻ BHYT nếu KCB theo đúng tuyến quy định (huyện, tỉnh, trung ương), được quỹ BHYT thanh toán 80% chi phí, người có thẻ nộp 20%, nhưng khi số tiền nộp vượt quá 1,5 triệu đồng/1 năm khám chữa bệnh thì được cơ quan BHXH thanh toán phần nộp vượt. Trường hợp chi phí một lần khám chữa bệnh dưới 20.000 đồng thì người có thẻ BHYT không phải nộp 20%.

Người có thẻ BHYT khi đi KCB ngoại trú, điều trị nội trú được hưởng các quyền lợi sau:

Khám và làm các xét nghiệm, chiếu, chụp X quang, các thăm dò chức năng phục vụ cho chẩn đoán và điều trị theo chỉ định của bác sỹ;

Cấp thuốc trong danh mục theo quy định của Bộ Y tế; truyền máu, truyền dịch theo chỉ định của bác sỹ điều trị, sử dụng các vật tư tiêu hao thông dụng, thiết bị y tế phục vụ khám chữa bệnh;

Làm các thủ thuật và phẫu thuật;

Sử dụng giường bệnh.

Nếu người có thẻ BHYT khám chữa bệnh không đúng nơi đăng ký trên thẻ: tự chọn nơi khám, phòng dịch vụ, thầy thuốc, thuốc... thì người bệnh tự thanh toán toàn bộ chi phí KCB. Sau đó được cơ quan Bảo hiểm xã hội xem xét hồ sơ, chứng từ để thanh toán một phần chi phí KCB, nhưng không quá 80% chi phí KCB bình quân của tuyến chuyên môn kỹ thuật phù hợp;

Trường hợp cấp cứu, người có thẻ BHYT được khám và điều trị tại bất kỳ cơ sở y tế nào của Nhà nước vẫn được hưởng chế độ BHYT;

1.3. Phụ nữ tham gia BHYT tự nguyện được hưởng các quyền lợi khám chữa bệnh theo quy định tại Thông tư này. Riêng thai sản, cơ quan Bảo hiểm xã hội chỉ chi trả khi người có thẻ BHYT tự nguyện đã tham gia từ 270 ngày trở lên.

1.4. Người có thời gian tham gia BHYT tự nguyện liên tục từ 24 tháng trở lên, được cơ quan Bảo hiểm xã hội thanh toán chi phí KCB đối với một số trường hợp đặc biệt với mức sau:

Phẫu thuật tim: không quá 10 triệu đồng/người/năm;

Chạy thận nhân tạo: Không quá 12 triệu đồng/người/năm;

Tiêm phòng: uốn ván, sục vật cắn tối đa 300.000đồng/người/năm;

Trợ cấp tử vong: theo mức 1.000.000 đồng/trường hợp.

1.5. Những trường hợp không thuộc phạm vi chi trả của quỹ khám chữa bệnh tự nguyện:

Điều trị bệnh phong, tâm thần phân liệt, động kinh;

Thuốc đặc trị các bệnh: lao, sốt rét;

Các dịch vụ kế hoạch hoá gia đình;

Kỹ thuật hỗ trợ sinh sản;

Ghép cơ quan nội tạng;

Chi phí xét nghiệm và điều trị HIV/AIDS;

Tiêm chủng phòng bệnh, điều dưỡng, an dưỡng, khám sức khoẻ (khám sức khoẻ định kỳ, khám sức khoẻ tuyển lao động...);

Chỉnh hình thẩm mỹ và tạo hình thẩm mỹ; các loại vật liệu thay thế nhân tạo;

Điều trị phục hồi chức năng ngoài danh mục Bộ Y tế quy định;

Các bệnh bẩm sinh và dị tật bẩm sinh;

Bệnh nghề nghiệp;

Tai nạn giao thông, kể cả di chứng tai nạn giao thông;

Tai nạn chiến tranh;

Tự tử, cố ý gây thương tích, nghiện chất ma túy, vi phạm pháp luật;

Xét nghiệm, chẩn đoán thai sớm, điều trị vô sinh;

Chi phí vận chuyển người bệnh, khẩu phần ăn trong thời gian điều trị;

2. Phương thức thanh toán chi phí KCB:

2.1. Cơ quan Bảo hiểm xã hội ký hợp đồng với cơ sở KCB, thực hiện thanh toán chi phí KCB theo biểu giá thu một phần viện phí do nhà nước quy định, cụ thể:

Khám chữa bệnh ngoại trú: Thanh toán 80% số thực chi trong phạm vi quỹ khoán theo tỷ lệ được quy định tại Điểm 2.1, Mục 2, Phần VI thông tư này.

Khám chữa bệnh nội trú: thanh toán thực chi theo biểu giá thu một phần viện phí do nhà nước quy định và thông tư hướng dẫn của Bộ Y tế trên tổng số bệnh nhân điều trị nội trú, sau khi đã trừ 20% phần thu của người bệnh;