

Số: 27 /2018/TT-BYT

Hà Nội, ngày 26 tháng 10 năm 2018

THÔNG TƯ

**Hướng dẫn thực hiện bảo hiểm y tế
và khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế liên quan đến HIV/AIDS**

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 bảo hiểm y tế ngày 13 tháng 6 năm 2014;

Căn cứ Luật phòng, chống nhiễm vi rút gây ra hội chứng suy giảm miễn dịch mắc phải ở người (HIV/AIDS) số 64/2006/QH11 ngày 29 tháng 6 năm 2006;

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;

Bộ trưởng Bộ Y tế ban hành Thông tư hướng dẫn thực hiện bảo hiểm y tế và khám bệnh, chữa bệnh liên quan đến HIV/AIDS.

Điều 1. Phạm vi điều chỉnh, đối tượng áp dụng

1. Thông tư này quy định về:

- a) Việc lập danh sách, đóng bảo hiểm y tế;
- b) Phạm vi quyền lợi bảo hiểm y tế;
- c) Khám bệnh, chữa bệnh, chi trả chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế và sử dụng dịch vụ y tế liên quan đến HIV/AIDS.

2. Thông tư này áp dụng đối với cơ quan, tổ chức, cá nhân liên quan đến thực hiện bảo hiểm y tế và khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế đối với người nhiễm HIV.

Điều 2. Lập danh sách, đóng bảo hiểm y tế

Người nhiễm HIV tham gia bảo hiểm y tế theo các quy định pháp luật về bảo hiểm y tế hiện hành, trong đó việc lập danh sách, đóng bảo hiểm y tế và phát hành thẻ bảo hiểm y tế cho đối tượng thuộc khoản 4 và khoản 5 Điều 12 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 bảo hiểm y tế ngày 13 tháng 6 năm 2014 thực hiện như sau:

1. Đối với trường hợp người nhiễm HIV lần đầu đến điều trị HIV/AIDS tại cơ sở y tế có chức năng điều trị HIV/AIDS (sau đây gọi tắt là cơ sở điều trị HIV/AIDS) hoặc người được cơ sở điều trị HIV phát hiện bị nhiễm HIV:

a) Trường hợp người bệnh chưa có thẻ bảo hiểm y tế thuộc đối tượng được hỗ trợ chi phí đóng bảo hiểm y tế: Cơ sở điều trị HIV/AIDS hướng dẫn người bệnh thực hiện các thủ tục đề nghị cấp thẻ bảo hiểm y tế và lập danh sách những người đó gửi đơn vị chuyên trách phòng, chống HIV/AIDS tỉnh, thành phố trực thuộc trung ương (sau đây gọi tắt là đơn vị phòng, chống HIV/AIDS tỉnh) trong thời gian 05 ngày làm việc, trước ngày cuối cùng của tháng đó để lập danh sách hỗ trợ chi phí đóng bảo hiểm y tế. Trường hợp người bệnh đến khám hoặc từ ngày người được phát hiện nhiễm HIV trong khoảng thời gian ít hơn 05 ngày tính đến ngày cuối tháng thì chuyển việc lập danh sách sang tháng tiếp theo;

b) Trường hợp người bệnh đã có thẻ bảo hiểm y tế, đang khám bệnh, chữa bệnh đúng tuyến và thuộc đối tượng được hỗ trợ chi phí đóng bảo hiểm y tế: sau khi thẻ bảo hiểm y tế hết hạn sử dụng, cơ sở điều trị HIV/AIDS lập danh sách người bệnh tham gia bảo hiểm y tế và gửi đơn vị phòng, chống HIV/AIDS tỉnh trong thời gian 30 ngày trước ngày thẻ bảo hiểm y tế hết thời hạn sử dụng;

c) Trường hợp người bệnh đã có thẻ bảo hiểm y tế, đang khám bệnh, chữa bệnh không đúng tuyến và thuộc đối tượng được hỗ trợ chi phí đóng bảo hiểm y tế: sau khi thẻ bảo hiểm y tế hết hạn sử dụng, cơ sở điều trị HIV/AIDS giới thiệu người bệnh về cơ sở điều trị HIV/AIDS phù hợp với tuyến khám bệnh, chữa bệnh của người đó để được lập danh sách hỗ trợ chi phí đóng bảo hiểm y tế theo quy định tại điểm a khoản này;

d) Trước ngày 15 hằng tháng, đơn vị phòng, chống HIV/AIDS tỉnh tổng hợp danh sách đề nghị hỗ trợ chi phí đóng bảo hiểm y tế của tất cả các cơ sở điều trị HIV/AIDS trên địa bàn (bao gồm cả cơ sở khám bệnh, chữa bệnh của Bộ Y tế và các bộ, ngành) và gửi Bảo hiểm xã hội tỉnh;

đ) Trong thời gian 10 ngày làm việc, kể từ ngày nhận được danh sách đề nghị cấp thẻ bảo hiểm y tế do đơn vị phòng, chống HIV/AIDS tỉnh gửi đến, Bảo hiểm xã hội tỉnh có trách nhiệm rà soát để tránh cấp trùng lặp thẻ bảo hiểm y tế và cung cấp thông tin về thực trạng tham gia bảo hiểm y tế của từng người bệnh trong danh sách;

e) Căn cứ thông tin do cơ quan bảo hiểm xã hội tỉnh cung cấp và mức hỗ trợ chi phí đóng bảo hiểm y tế đối với từng nhóm đối tượng đã được Ủy ban nhân dân cấp tỉnh phê duyệt hằng năm, đơn vị phòng, chống HIV/AIDS tỉnh có trách nhiệm:

- Lập danh sách người bệnh được hỗ trợ chi phí đóng bảo hiểm y tế từ nguồn do đơn vị phòng, chống HIV/AIDS được giao quản lý (nếu có) và danh sách người bệnh đề nghị địa phương hỗ trợ chi phí đóng bảo hiểm y tế để gửi Sở Y tế, trong đó

phải xác định cụ thể các trường hợp được hỗ trợ toàn bộ chi phí đóng bảo hiểm y tế và trường hợp được hỗ trợ một phần chi phí đóng bảo hiểm y tế;

- Lập danh sách người bệnh không được hỗ trợ toàn bộ chi phí đóng bảo hiểm y tế (nếu có) và số tiền cụ thể mà người bệnh phải đóng để gửi cơ sở điều trị HIV/AIDS nơi người bệnh đăng ký điều trị.

g) Sau khi nhận được thông tin của đơn vị phòng, chống HIV/AIDS tỉnh, Sở Y tế có trách nhiệm chuyển phần kinh phí hỗ trợ đóng bảo hiểm y tế đã được phê duyệt cho Bảo hiểm xã hội vào trước ngày 10 của tháng đầu mỗi quý để thực hiện cấp thẻ bảo hiểm y tế.

h) Cơ sở điều trị HIV/AIDS có trách nhiệm:

- Thông báo cho người bệnh biết và thực hiện thu phần kinh phí người bệnh phải đóng (nếu có) để chuyển cho Bảo hiểm xã hội cấp thẻ bảo hiểm y tế;
- Thông báo danh sách người đã tham gia bảo hiểm y tế và phần kinh phí hỗ trợ đóng bảo hiểm y tế bằng văn bản cho đơn vị phòng, chống HIV/AIDS tỉnh;
- Nhận ảnh do người bệnh tự cung cấp trong trường hợp người bệnh không có giấy tờ tùy thân hoặc giấy tờ xác nhận nhân thân để chuyển cho Bảo hiểm xã hội cấp thẻ bảo hiểm y tế có ảnh.

2. Đối với người nhiễm HIV tham gia bảo hiểm y tế không thuộc trường hợp quy định tại khoản 1 Điều này thì tự đóng bảo hiểm y tế theo hình thức hộ gia đình theo quy định tại khoản 7 Điều 9 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. Việc giảm trừ mức đóng thực hiện theo quy định của pháp luật bảo hiểm y tế hiện hành.

Điều 3. Phạm vi, quyền lợi bảo hiểm y tế

1. Người tham gia bảo hiểm y tế nhiễm HIV và người tham gia bảo hiểm y tế khi sử dụng các dịch vụ chăm sóc, điều trị liên quan đến HIV/AIDS được hưởng quyền lợi theo phạm vi quyền lợi, mức hưởng theo quy định của pháp luật về bảo hiểm y tế (trừ trường hợp đã được các nguồn tài chính hợp pháp khác chi trả).

2. Người tham gia bảo hiểm y tế nhiễm HIV khi sử dụng các dịch vụ y tế liên quan đến HIV/AIDS được Quỹ bảo hiểm y tế chi trả:

- a) Thuốc kháng HIV (trừ trường hợp đã được nguồn tài chính hợp pháp khác chi trả);
- b) Xét nghiệm HIV trong khám bệnh, chữa bệnh đối với phụ nữ trong thời kỳ mang thai và sinh con theo yêu cầu chuyên môn nếu không được các nguồn kinh phí khác chi trả;
- c) Kỹ thuật đình chỉ thai nghén ở phụ nữ mang thai nhiễm HIV;