

BỘ Y TẾ
Số: 17/1998/TT-BYT

CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM
Độc lập - Tự do - Hạnh phúc
Hà Nội, ngày 19 tháng 12 năm 1998

THÔNG TƯ

SỐ 17/1998/TT-BYT NGÀY 19 THÁNG 12 NĂM 1998 CỦA BỘ Y TẾ HƯỚNG DẪN THỰC HIỆN VIỆC KHÁM CHỮA BỆNH, SỬ DỤNG QUỸ KHÁM CHỮA BỆNH VÀ THANH TOÁN CHI PHÍ KHÁM CHỮA BỆNH BẢO HIỂM Y TẾ

Để thực hiện Điều lệ bảo hiểm y tế ban hành theo Nghị định số 58/1998/NĐ-CP ngày 13 tháng 8 năm 1998 của Chính phủ, Bộ Y tế hướng dẫn chi tiết việc thực hiện khám, chữa bệnh, sử dụng quỹ khám, chữa bệnh và thanh toán chi phí khám, chữa bệnh bảo hiểm y tế bắt buộc như sau:

A. HƯỚNG DẪN THỰC HIỆN KHÁM, CHỮA BỆNH BẢO HIỂM Y TẾ

I. ĐỐI VỚI NGƯỜI CÓ THẺ BẢO HIỂM Y TẾ

1. Quyền lợi của người có thẻ bảo hiểm y tế

- a) Người có thẻ bảo hiểm y tế đi khám, chữa bệnh ngoại trú, điều trị nội trú được:
- 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 sĩ điều trị.
 - Cấp thuốc trong danh mục theo quy định của Bộ Y tế ; truyền máu, truyền dịch theo chỉ định của bác sĩ 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.

b) Người có thẻ bảo hiểm y tế được chọn một trong các cơ sở khám, chữa bệnh (khám chữa bệnh) ban đầu thuận lợi tại nơi cư trú hoặc nơi công tác theo hướng dẫn của cơ quan bảo hiểm y tế để được quản lý, chăm sóc sức khỏe và khám chữa bệnh. Cơ sở khám, chữa bệnh ban đầu được cơ quan bảo hiểm y tế ghi trên phiếu khám, chữa bệnh bảo hiểm y tế.

Nơi đăng ký khám, chữa bệnh ban đầu là cơ sở y tế được cơ quan bảo hiểm y tế ký hợp đồng khám và điều trị ngoại trú cho người có thẻ bảo hiểm y tế, bao gồm: phòng khám đa khoa của bệnh viện hoặc bệnh xá, phòng khám đa khoa khu vực, phòng khám của cơ quan bảo vệ sức khỏe cán bộ, trạm y tế xã, phường, thị trấn, trạm y tế của cơ quan hoặc doanh nghiệp.

Người có thẻ bảo hiểm y tế có thể đề nghị cơ quan bảo hiểm y tế thay đổi nơi đăng ký khám, chữa bệnh ban đầu vào cuối mỗi quý.

c) Trong trường hợp cấp cứu, người có thẻ bảo hiểm y tế được điều trị tại bất kỳ cơ sở y tế nào của Nhà nước và được hưởng chế độ bảo hiểm y tế.

d) Khi tình trạng bệnh lý của người có thẻ bảo hiểm y tế vượt quá khả năng chuyên môn của cơ sở khám chữa bệnh, người bệnh được chuyển tuyến điều trị theo quy định của Bộ y tế.

e) Đối với thai sản: người có thẻ bảo hiểm y tế đăng ký khám, quản lý thai và đẻ tại các cơ sở y tế thuộc trung tâm y tế huyện, quận, thị xã, thành phố thuộc tỉnh; trường hợp bệnh lý vượt quá khả năng chuyên môn nơi đăng ký quản lý thai, người bệnh được chuyển tuyến điều trị theo quy định của Bộ Y tế;

Người có thẻ bảo hiểm y tế thực hiện đúng quy định trên được thanh toán viện phí theo chế độ bảo hiểm y tế khi sinh con thứ nhất và thứ hai.

f) Đối với các bệnh xã hội: người có thẻ bảo hiểm y tế điều trị các bệnh lao, sốt rét, tâm thần phân liệt, động kinh được cơ quan bảo hiểm y tế thanh toán các chi phí cho khám chữa bệnh, trừ chi phí của các loại thuốc chuyên khoa đặc trị đã được ngân sách nhà nước cấp.

g) Đối với tai nạn sinh hoạt: người có thẻ bảo hiểm y tế được thanh toán viện phí theo chế độ bảo hiểm y tế.

h) Người có thẻ bảo hiểm y tế được hưởng chế độ bảo hiểm y tế khi sử dụng các dịch vụ phục hồi chức năng theo danh mục của Bộ Y tế quy định.

i) Người có thẻ bảo hiểm y tế có quyền khiếu nại với các cơ quan Nhà nước có thẩm quyền khi người sử dụng lao động, cơ quan bảo hiểm y tế, các cơ sở khám chữa bệnh không đảm bảo quyền lợi bảo hiểm y tế.

2. Trách nhiệm của người có thẻ bảo hiểm y tế khi đi khám chữa bệnh

a) Xuất trình ngay thẻ bảo hiểm y tế có ảnh hoặc giấy tờ tùy thân có ảnh hợp lệ và phiếu khám, chữa bệnh bảo hiểm y tế còn giá trị sử dụng khi đến khám và điều trị tại cơ sở khám chữa bệnh đã đăng ký và ghi trên phiếu khám chữa bệnh bảo hiểm y tế hoặc cơ sở khám chữa bệnh nơi người bệnh vào điều trị cấp cứu.

b) Xuất trình ngay thẻ bảo hiểm y tế và khám chữa bệnh bảo hiểm y tế như quy định tại tiết a nêu trên và giấy giới thiệu chuyển viện của cơ sở y tế khi người bệnh được chuyển đến khám chữa bệnh tại cơ sở y tế khác theo tuyến chuyên môn kỹ thuật do Bộ Y tế quy định.

3. Thanh toán chi phí khám chữa bệnh cho người có thẻ bảo hiểm y tế

a) Người có thẻ bảo hiểm y tế thực hiện đúng các quy định tại điểm 2, mục I, Phần A Thông tư này (khám chữa bệnh đúng tuyến chuyên môn kỹ thuật) được cơ quan bảo hiểm y tế thanh toán chi phí khám chữa bệnh theo giá viện phí hiện hành, theo nguyên tắc cùng chi trả như sau:

* Cơ quan bảo hiểm y tế chi trả 100% chi phí khám chữa bệnh cho đối tượng người có công với cách mạng được quy định tại Thông tư Liên tịch số 15/1998/TTLT-BYT-BTC-BLĐTBXH ngày 5 tháng 12 năm 1998 của Liên Bộ Y tế - Tài chính - Lao động Thương binh và xã hội.

* Cơ quan bảo hiểm y tế thanh toán 80% chi phí khám chữa bệnh của người bệnh không thuộc đối tượng người có công với cách mạng, 20% còn lại người bệnh tự trả cho cơ sở khám chữa bệnh. Khi số tiền mà người bệnh tự trả cho các dịch vụ y tế theo chế độ bảo hiểm y tế trong năm đã vượt quá 6 tháng lương tối thiểu, cơ quan

bảo hiểm y tế sẽ thanh toán toàn bộ các chi phí khám chữa bệnh tiếp theo trong năm theo chế độ bảo hiểm y tế.

Người bệnh cần lưu giữ toàn bộ chứng từ hợp lệ (như: biên lai thu viện phí theo quy định của Bộ Tài chính, giấy ra viện) của phần chi phí người bệnh tự trả cho cơ sở y tế trong năm để đề nghị cơ quan bảo hiểm y tế thanh toán khi phần tự trả vượt quá 6 tháng lương tối thiểu.

Nếu người có thẻ bảo hiểm y tế trình thẻ muợn khi đi khám chữa bệnh (trừ trường hợp cấp cứu, hôn mê,...) thì chỉ được hưởng quyền lợi bảo hiểm y tế tại cơ sở khám chữa bệnh kể từ ngày trình thẻ bảo hiểm y tế. Người bệnh phải tự thanh toán với cơ sở khám chữa bệnh các chi phí khám chữa bệnh trước ngày trình thẻ bảo hiểm y tế và được cơ quan bảo hiểm y tế thanh toán như các trường hợp khám chữa bệnh theo yêu cầu riêng.

b) Người có thẻ bảo hiểm y tế chỉ được cơ quan bảo hiểm y tế thanh toán một phần chi phí khám chữa bệnh trong các trường hợp sau:

- Tự chọn thầy thuốc, buồng bệnh, tự chọn các dịch vụ y tế;
- Khám, chữa bệnh tại các cơ sở khám chữa bệnh không theo nơi đăng ký khám chữa bệnh ban đầu hoặc tại cơ sở khám chữa bệnh không ký hợp đồng với cơ quan bảo hiểm y tế mà không phải trường hợp cấp cứu hoặc không có giấy giới thiệu chuyển viện phù hợp với tuyến chuyên môn kỹ thuật theo quy định của Bộ Y tế.

Các trường hợp khám chữa bệnh theo yêu cầu riêng nêu trên, người bệnh tự thanh toán các chi phí khám chữa bệnh cho cơ sở khám chữa bệnh, lưu giữ toàn bộ chứng từ hợp lệ (đơn thuốc hoặc sổ y bạ, hoá đơn mua thuốc, giấy ra viện, biên lai thu viện phí theo quy định của Bộ Tài chính và các chứng từ khác) làm cơ sở đề nghị cơ quan bảo hiểm y tế thanh toán một phần chi phí khám chữa bệnh như quy định tại điểm 2, mục II, Phần C Thông tư này.

c) Người có thẻ bảo hiểm y tế không được cơ quan bảo hiểm y tế thanh toán chi phí khám chữa bệnh trong các trường hợp sau:

- Điều trị bệnh phong;

- Sử dụng thuốc đặc trị (theo danh mục của Bộ Y tế) đã được ngân sách Nhà nước cấp để điều trị các bệnh như: lao, sốt rét, tâm thần phân liệt, động kinh;
- Dịch vụ kế hoạch hoá gia đình, bao gồm: dùng thuốc tránh thai, đặt dụng cụ tử cung, nạo hút thai, đình sản nam, đình sản nữ, các biện pháp tránh thai khác;
- Phòng và chữa bệnh dại;
- Phòng bệnh, xét nghiệm, chẩn đoán và điều trị HIV/AIDS, lậu, giang mai;
- Chi phí khám, quản lý thai và đẻ từ con thứ 3 trở đi;
- Tiêm chủng phòng bệnh, điều dưỡng, an dưỡng, khám sức khỏe (như khám sức khỏe định kỳ, khám sức khỏe tuyển lao động...).
- Chỉnh hình thẩm mỹ và tạo hình thẩm mỹ, kính mắt, máy trợ thính, làm chân tay giả, răng giả, ổ khớp nhân tạo, thủy tinh thể nhân tạo, van tim nhân tạo;
- Điều trị phục hồi chức năng ngoài danh mục được Bộ Y tế quy định;
- Các bệnh bẩm sinh và dị tật bẩm sinh;
- Bệnh nghề nghiệp;
- Tai nạn lao động (tai nạn trong giờ làm việc, tại nơi làm việc kể cả làm việc ngoài giờ do yêu cầu của người sử dụng lao động; tai nạn ngoài giờ làm việc khi thực hiện công việc theo yêu cầu của người sử dụng lao động; tai nạn trên tuyến đường đi và về từ nơi ở đến nơi làm việc);
- Tai nạn giao thông, kể cả di chứng tai nạn giao thông;
- Tai nạn chiến trang;
- Tai nạn do thiên tai;
- 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, mua thuốc theo yêu cầu riêng của người bệnh, vận chuyển người bệnh, sử dụng thuốc và các phương pháp điều trị dùng trong thử nghiệm lâm sàng, thuốc ngoài danh mục theo quy định của Bộ Y tế, thuốc viện trợ.

II. ĐỐI VỚI CƠ SỞ KHÁM CHỮA BỆNH

1. Hợp đồng khám chữa bệnh với cơ quan bảo hiểm y tế