

kinh phí công đoàn của hệ thống công đoàn ngoài quốc doanh.

7. Thông tư liên tịch này có hiệu lực thi hành sau 15 ngày, kể từ ngày đăng Công báo. Các quy định khác về trích nộp kinh phí công đoàn được thực hiện theo Thông tư liên tịch số 76/1999/TTLT-TC-TLĐ ngày 16 tháng 6 năm 1999 của liên tịch Bộ Tài chính - Tổng Liên đoàn Lao động Việt Nam về việc hướng dẫn trích nộp kinh phí công đoàn.

Trong quá trình thực hiện, nếu có vướng mắc, đề nghị phản ánh về Bộ Tài chính và Tổng Liên đoàn Lao động Việt Nam để nghiên cứu giải quyết./.

KT. Bộ trưởng Bộ Tài chính

*Thứ trưởng*

NGUYỄN CÔNG NGHỆP

TM. Đoàn Chủ tịch Tổng Liên đoàn

Lao động Việt Nam

*Phó chủ tịch thường trực*

NGUYỄN AN LƯƠNG

**TÀI CHÍNH - Y TẾ**

**THÔNG TƯ liên tịch số 77/2003/TTLT-BTC-BYT ngày 07/8/2003 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;*

*Căn cứ Nghị định số 100/2002/NĐ-CP ngày 06 tháng 12 năm 2002 của Chính phủ quy 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. QUY ĐỊNH CHUNG**

1. Bảo hiểm y tế tự nguyện quy định tại Thông tư liên tịch này nhằm thực hiện chính sách xã hội trong khám chữa bệnh, 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 thể bảo hiểm y tế bắt buộc, thẻ bảo hiểm y tế được cấp theo chính sách xã hội của Chính phủ) đều có quyền tham gia bảo hiểm y tế tự nguyện theo nguyên tắc tập thể, cộng đồng để được chăm sóc sức khỏe.

3. Quyền lợi, nghĩa vụ của người tham gia bảo hiểm y tế tự nguyện được thực hiện thống nhất trong cả nước. Mức phí bảo hiểm y tế 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. Bảo hiểm y tế 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 BẢO HIỂM Y TẾ TỰ NGUYỆN

1. **Khung mức đóng bảo hiểm y tế tự nguyện:**

1.1. Khung mức đóng bảo hiểm y tế 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	
	Thành thị	Nông thôn
Dân cư theo địa giới hành chính	80.000 - 140.000	60.000 - 100.000
Hội, đoàn thể	80.000 - 140.000	60.000 - 100.000
Học sinh, sinh viên	35.000 - 70.000	25.000 - 50.000

1.2. Để khuyến khích nhiều người trong một hộ gia đình tham gia bảo hiểm y tế, kể từ thành viên thứ 2 trở đi, cứ thêm mỗi thành viên tham gia bảo hiểm y tế 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 bảo hiểm y tế tự nguyện theo địa giới hành chính).

1.3. Bảo hiểm y tế tự nguyện theo nhóm đối tượng: Khung mức đóng được xác định cho từng cá nhân tham gia bảo hiểm y tế tự nguyện.

1.4. Căn cứ khung mức đóng bảo hiểm y tế quy định tại Thông tư liên tịch 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 thỏa thuận của Bộ Tài chính.

1.5. Khi biểu giá viện phí do Nhà nước quy định tăng từ 10% trở lên, mức đóng bảo hiểm y tế 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 bảo hiểm y tế cho phù hợp.

## **2. Phương thức đóng bảo hiểm y tế tự nguyện:**

2.1. Đối tượng theo địa giới hành chính: Trực tiếp đăng ký tham gia và đóng bảo hiểm y tế 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 bảo hiểm y tế 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 bảo hiểm y tế 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 bảo hiểm y tế tự nguyện hoặc mua thẻ bảo hiểm y tế 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 BẢO HIỂM Y TẾ TỰ NGUYỆN**

### **1. Quyền lợi của người tham gia bảo hiểm y tế tự nguyện:**

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

1.2. Người có thẻ bảo hiểm y tế được tiếp nhận, khám chữa bệnh và hưởng chế độ bảo hiểm y tế như sau:

a) Chăm sóc sức khỏe ban đầu:

- Công tác chăm sóc sức khỏe ban đầu cho người có thẻ bảo hiểm y tế 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 bảo hiểm xã hội 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 bảo hiểm y tế không phải nộp một khoản tiền nào.

b) Tuyển khám và chữa bệnh:

- Người tham gia bảo hiểm y tế được lựa



chọn cơ sở khám chữa bệnh tuyến quận, huyện để đăng ký khám chữa bệnh. Khi tình trạng bệnh vượt quá khả năng chuyên môn kỹ thuật của cơ sở khám chữa bệnh, được cơ sở khám chữa bệnh chuyển lên tuyến chuyên môn kỹ thuật cao hơn.

- Người có thể bảo hiểm y tế nếu khám chữa bệnh theo đúng tuyến quy định (huyện, tỉnh, Trung ương), được quỹ bảo hiểm y tế thanh toán 80% chi phí, người có thể nộp 20%, nhưng khi số tiền nộp vượt quá 1,5 triệu đồng/1 năm khám chữa bệnh thì được cơ quan bảo hiểm xã hội thanh toán phần nộp vượt. Trường hợp chi phí một lần khám chữa bệnh dưới 20.000 đồng thì người có thể bảo hiểm y tế không phải nộp 20%.

- Người có thể bảo hiểm y tế khi đi khám chữa bệnh 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 sĩ;

+ 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.

- Nếu người có thể bảo hiểm y tế 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 khám chữa bệnh. Sau đó được cơ quan Bảo hiểm xã hội xem xét hồ sơ, chứng từ để thanh toán một phần chi phí khám chữa bệnh, nhưng không quá 80%

chi phí khám chữa bệnh bình quân của tuyến chuyên môn kỹ thuật phù hợp;

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

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

1.4. Người có thời gian tham gia bảo hiểm y tế tự nguyện liên tục từ 24 tháng trở lên, được cơ quan Bảo hiểm xã hội thanh toán chi phí khám chữa bệnh 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 300.000 đồng/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 hóa 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 khỏe (khám sức khỏe định kỳ, khám sức khỏe 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 khám chữa bệnh:**

2.1. Cơ quan Bảo hiểm xã hội ký hợp đồng với cơ sở khám chữa bệnh, thực hiện thanh toán chi phí khám chữa bệnh 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 liên tịch 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;

Để nâng cao quyền lợi cho người bệnh và hiệu quả của công tác quản lý, liên Bộ cho phép cơ quan bảo hiểm xã hội bàn bạc, thống nhất với các cơ sở khám chữa bệnh thí điểm phương thức khoán quỹ chi phí khám chữa bệnh theo định suất; trả theo ca bệnh hay ngày điều trị nội trú bình quân đối với người bệnh có thể bảo hiểm y tế;

2.2. Thanh toán với người có thể bảo hiểm y tế: Cơ quan Bảo hiểm xã hội thanh toán trực tiếp chi phí khám chữa bệnh với người có thể bảo hiểm y tế trong các trường hợp sau:

- Người tham gia bảo hiểm y tế tự nguyện đã tự trả 20% chi phí khám chữa bệnh trong năm vượt quá 1,5 triệu đồng;

- Người tham gia bảo hiểm y tế tự nguyện khám chữa bệnh không đúng tuyến quy định hoặc khám chữa bệnh theo yêu cầu riêng;

- Trợ cấp tử vong;

- Một số trường hợp đặc biệt khác.

2.3. Thủ tục thanh toán chi phí khám chữa bệnh bảo hiểm y tế tự nguyện do Bảo hiểm xã hội Việt Nam hướng dẫn.

## **V. TRÁCH NHIỆM CỦA CÁC BÊN TRONG THỰC HIỆN BẢO HIỂM Y TẾ TỰ NGUYỄN**

### **1. Đối với cơ quan Bảo hiểm xã hội:**

- Tuyên truyền, hướng dẫn, giải thích và cung cấp thông tin về quyền lợi, trách nhiệm, phạm vi



chi trả chi phí khám chữa bệnh cho người tham gia bảo hiểm y tế tự nguyện;

- Thảo luận và ký hợp đồng khám chữa bệnh bảo hiểm y tế với các cơ sở khám chữa bệnh. Thực hiện đầy đủ các cam kết theo hợp đồng đã ký với cơ sở khám chữa bệnh và người có thể bảo hiểm y tế tự nguyện;

- Thực hiện công tác thu phí, cấp thẻ và quản lý người tham gia bảo hiểm y tế tự nguyện;

- Thực hiện công tác giám định, đảm bảo quyền lợi cho người tham gia bảo hiểm y tế tự nguyện. Thanh quyết toán chi phí khám chữa bệnh bảo hiểm y tế kịp thời, đúng quy định. Từ chối thanh toán chi phí khám chữa bệnh không đúng hướng dẫn của Thông tư này;

- Phối hợp với cơ sở khám chữa bệnh giải quyết những khiếu nại liên quan đến quyền lợi hợp pháp của người tham gia bảo hiểm y tế tự nguyện;

- Định kỳ đánh giá tình hình sử dụng quỹ khám chữa bệnh tự nguyện, kịp thời kiến nghị các biện pháp để đảm bảo tốt hơn quyền lợi cho người bệnh, khả năng chi trả của Quỹ và chống lạm dụng Quỹ khám chữa bệnh tự nguyện.

## **2. Đối với cơ sở khám chữa bệnh:**

- Thảo luận, lựa chọn phương thức và ký hợp đồng khám chữa bệnh bảo hiểm y tế với cơ quan Bảo hiểm xã hội, đảm bảo các điều kiện để thực hiện hợp đồng và đảm bảo quyền lợi của người tham gia bảo hiểm y tế tự nguyện.

- Tổ chức tiếp nhận, hướng dẫn, phối hợp với đại diện cơ quan Bảo hiểm xã hội trực tại bệnh viện (nếu có) kiểm tra thẻ bảo hiểm y tế, tránh việc người bệnh sử dụng thẻ bảo hiểm y tế của người khác đến khám chữa bệnh.

- Thực hiện việc khám chữa bệnh theo đúng

các quy định chuyên môn. Phối hợp với cơ quan Bảo hiểm xã hội quản lý người bệnh bảo hiểm y tế tự nguyện trong thời gian điều trị tại bệnh viện;

- Tổ chức công tác thống kê chi phí khám chữa bệnh bảo hiểm y tế làm cơ sở cho việc thanh quyết toán với cơ quan Bảo hiểm xã hội, thực hiện việc thu 20% chi phí khám chữa bệnh của người có thể bảo hiểm y tế.

- Phối hợp với cơ quan Bảo hiểm xã hội trả lời, giải quyết các khiếu nại của người có thể bảo hiểm y tế.

## **3. Người tham gia bảo hiểm y tế tự nguyện:**

- Đăng ký tham gia bảo hiểm y tế tự nguyện theo mẫu do Bảo hiểm xã hội Việt Nam ban hành;

- Nộp phí bảo hiểm y tế tự nguyện đầy đủ, đúng thời hạn theo cam kết với cơ quan Bảo hiểm xã hội;

- Bảo quản cẩn thận thẻ bảo hiểm y tế, không tẩy, xóa hoặc tự ý viết thêm vào thẻ, không cho người khác mượn. Xuất trình ngay thẻ bảo hiểm y tế khi đi khám chữa bệnh, trường hợp cấp cứu chậm nhất sau 48 giờ phải xuất trình thẻ bảo hiểm y tế mới được hưởng quyền lợi bảo hiểm y tế tại bệnh viện nơi cấp cứu;

- Thực hiện đúng hướng dẫn, chỉ định của bác sĩ điều trị;

- Trường hợp khám chữa bệnh ngoài tuyến quy định, người có thể bảo hiểm y tế cần tập hợp hóa đơn, chứng từ hợp lệ để thanh toán trực tiếp với cơ quan Bảo hiểm xã hội;

- Phản ánh với cơ quan Bảo hiểm xã hội về tình hình khám chữa bệnh khi quyền lợi chính đáng của mình bị vi phạm.



## VI. QUẢN LÝ, SỬ DỤNG QUỸ KHÁM CHỮA BỆNH TỰ NGUYÊN

### 1. Quỹ khám chữa bệnh tự nguyện được hình thành từ:

- Thu do phát hành thẻ bảo hiểm y tế tự nguyện;
- Nhà nước hỗ trợ;
- Tiền sinh lời do thực hiện các biện pháp bảo toàn và tăng trưởng quỹ khám chữa bệnh tự nguyện;
- Thu từ nguồn tài trợ, viện trợ của tổ chức, cá nhân trong và ngoài nước;
- Các khoản thu hợp pháp khác (nếu có).

### 2. Phân bổ và sử dụng quỹ khám chữa bệnh tự nguyện:

Quỹ khám chữa bệnh tự nguyện được quản lý tập trung tại Bảo hiểm xã hội Việt Nam và được phân bổ trong năm tài chính như sau:

- 90% chi cho khám chữa bệnh;
- 8% chi cho hoa hồng đại lý thu, phát hành thẻ bảo hiểm y tế.
- 2% chi bổ sung cho công tác tuyên truyền.

#### 2.1. Phân bổ, sử dụng kinh phí chi khám chữa bệnh:

##### a) Kinh phí khám chữa bệnh của đối tượng hộ gia đình và Hội, đoàn thể:

- 50% chuyển cho cơ sở khám chữa bệnh nơi người có thẻ bảo hiểm y tế đăng ký khám chữa bệnh, cụ thể:
  - + Cơ sở khám chữa bệnh nhận 50% kinh phí nêu trên phải chuyển không thấp hơn 10% cho các trạm Y tế xã, phường, thị trấn nơi người có thẻ

bảo hiểm y tế cư trú (bằng thuốc, vật tư y tế tiêu hao...) để chăm sóc sức khỏe ban đầu cho người có thẻ bảo hiểm y tế tại tuyến cơ sở.

+ Số còn lại để thanh toán chi phí khám chữa bệnh ngoại trú của người có thẻ đúng tuyến, thanh toán cho các trường hợp người bệnh được gửi lên tuyến trên và trường hợp cấp cứu ngoài tuyến.

- 50% còn lại do cơ quan Bảo hiểm xã hội quản lý để thanh toán khám chữa bệnh nội trú cho các cơ sở khám chữa bệnh và thanh toán trực tiếp cho người bệnh trong các trường hợp: khám chữa bệnh tự chọn, phần tự trả vượt quá 1,5 triệu và trợ cấp tử vong.

##### b) Kinh phí khám chữa bệnh của đối tượng học sinh, sinh viên:

Để duy trì và phát triển mạng lưới y tế trường học, phục vụ công tác giáo dục thể chất, hướng dẫn phòng chống các bệnh học đường và chăm sóc sức khỏe cho học sinh tại trường; đối với các trường có Phòng y tế trường học, cán bộ y tế và có số lượng từ trên 600 học sinh hoặc trên 50% số lượng học sinh của trường tham gia bảo hiểm y tế, phần kinh phí chi khám chữa bệnh bảo hiểm y tế học sinh được phân bổ như sau:

- 20% trích cho y tế trường học để chăm sóc sức khỏe ban đầu và hỗ trợ thực hiện một số nội dung giáo dục sức khỏe học sinh theo quy định tại Thông tư số 03/2000/TTLT-BYT-BGDĐT ngày 01/3/2000 của liên Bộ Giáo dục - Đào tạo và Bộ Y tế về công tác y tế trường học;

- 40% chuyển về cho các cơ sở khám chữa bệnh nơi người có thẻ đăng ký khám chữa bệnh để thanh toán chi phí khám chữa bệnh ngoại trú và thanh toán cho các trường hợp người bệnh được gửi lên tuyến trên, trường hợp cấp cứu ngoài tuyến;



- 40% còn lại do cơ quan Bảo hiểm xã hội quản lý để thanh toán chi phí khám chữa bệnh nội trú và thanh toán trực tiếp cho người bệnh theo quy định.

Trong trường hợp các trường học chưa có phòng y tế, chưa có cán bộ y tế chuyên trách và tỷ lệ học sinh tham gia thấp hơn 50% thì cơ quan Bảo hiểm xã hội huyện sẽ phối hợp với trường học để ký hợp đồng với cơ sở y tế thuận lợi về việc sử dụng 20% kinh phí để chăm sóc sức khỏe ban đầu cho học sinh, sinh viên.

2.2. Cơ quan Bảo hiểm xã hội tỉnh, thành phố trực thuộc Trung ương phối hợp với các cơ quan chức năng thẩm tra và đề nghị Bảo hiểm xã hội Việt Nam xem xét bổ sung kinh phí từ kết dư Quỹ khám chữa bệnh tự nguyện đối với các trường hợp sau:

+ Kinh phí chuyển về cho các cơ sở khám chữa bệnh để thực hiện khám chữa bệnh ngoại trú và thanh toán cho các trường hợp người bệnh được gửi lên tuyến trên, cấp cứu ngoài tuyến không đủ chi;

+ Chi phí khám chữa bệnh của bệnh nhân bảo hiểm y tế vượt trần thanh toán vì các lý do khách quan, ảnh hưởng đến hoạt động bình thường của cơ sở khám chữa bệnh.

Trường hợp quỹ khám chữa bệnh tự nguyện không có kết dư thì được điều tiết theo quy định tại Quyết định số 02/2003/QĐ-TTg ngày 02 tháng 01 năm 2003 của Thủ tướng Chính phủ ban hành Quy chế quản lý tài chính đối với bảo hiểm xã hội Việt Nam.

2.3. Kết thúc năm tài chính, nếu phần kinh phí chi khám chữa bệnh tự nguyện tập trung còn kết dư, thì được phân bổ và sử dụng như sau:

- 80% chuyển vào Quỹ dự phòng khám chữa

bệnh tự nguyện tại bảo hiểm xã hội Việt Nam.

- 20% chi cho công tác đánh giá, khen thưởng các tập thể và cá nhân có nhiều đóng góp trong tổ chức thực hiện bảo hiểm y tế tự nguyện (trong và ngoài ngành bảo hiểm xã hội). Bảo hiểm xã hội Việt Nam hướng dẫn và thực hiện việc phân bổ khoản kinh phí này trong hệ thống.

3. Quỹ khám chữa bệnh tự nguyện được ghi chép, thống kê, báo cáo, hạch toán kế toán theo chế độ quy định hiện hành của Bộ Tài chính.

## VII. TỔ CHỨC THỰC HIỆN

Thông tư này có hiệu lực sau 15 ngày, kể từ ngày đăng Công báo. Những quy định trước đây trái với Thông tư liên tịch này đều bãi bỏ. Những trường hợp tham gia bảo hiểm y tế tự nguyện trước khi ban hành Thông tư liên tịch này, thẻ bảo hiểm y tế còn giá trị sử dụng, người có thẻ vẫn được tiếp tục sử dụng và đảm bảo quyền lợi (theo quy định khi phát hành thẻ) cho đến khi hết thời hạn ghi trên thẻ.

Trong quá trình tổ chức thực hiện nếu có vướng mắc, đề nghị phản ánh về liên Bộ để nghiên cứu giải quyết./.

KT. Bộ trưởng Bộ Tài chính  
*Thủ trưởng*

NGUYỄN CÔNG NGHIỆP

KT. Bộ trưởng Bộ Y tế  
*Thủ trưởng*

TRẦN CHÍ LIÊM