

BỘ Y TẾ - BỘ TÀI CHÍNH

BỘ Y TẾ - BỘ TÀI CHÍNH CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM
Độc lập - Tự do - Hạnh phúc

Số: 06/2007/TTLT-BYT-BTC

Hà Nội, ngày 30 tháng 3 năm 2007

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

Căn cứ Nghị định số 63/2005/NĐ-CP ngày 16/5/2005 của Chính phủ ban hành Điều lệ Bảo hiểm y tế;

Bộ Y tế và Bộ Tài chính hướng dẫn việc triển khai thực hiện bảo hiểm y tế tự nguyện như sau:

**I. PHẠM VI, ĐỐI TƯỢNG VÀ ĐIỀU
KIỆN TRIỂN KHAI BẢO HIỂM
Y TẾ TỰ NGUYỆN**

1. Phạm vi điều chỉnh

Thông tư này hướng dẫn thực hiện Bảo hiểm y tế (BHYT) tự nguyện theo loại hình khám, chữa bệnh (KCB) nội trú, ngoại trú.

2. Đối tượng áp dụng

Bảo hiểm y tế tự nguyện được áp dụng với công dân Việt Nam (trừ những người đã có thẻ BHYT bắt buộc theo quy định tại Điều lệ BHYT ban hành kèm theo

Nghị định số 63/2005/NĐ-CP ngày 16/5/2005 của Chính phủ và trẻ em dưới sáu tuổi), cụ thể như sau:

a) Thành viên trong hộ gia đình, gồm những người có tên trong sổ hộ khẩu và cùng sống trong một gia đình; trường hợp không có tên trong sổ hộ khẩu, nhưng có đăng ký tạm trú với thời hạn ít nhất một năm và cùng chung sống trong một hộ gia đình thì được tham gia cùng hộ gia đình đó nếu có nhu cầu;

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

c) Cán bộ dân số, gia đình và trẻ em ở xã, phường, thị trấn (gọi chung là cấp xã) theo Quyết định số 240/2006/QĐ-TTg ngày 24/10/2006 của Thủ tướng Chính phủ về thực hiện chế độ bảo hiểm y tế tự nguyện đối với cán bộ dân số, gia đình và trẻ em ở xã, phường, thị trấn.

3. Điều kiện triển khai

a) Đối với thành viên hộ gia đình:

Triển khai theo địa bàn xã, phường, thị trấn (sau đây gọi chung là xã) khi có đủ các điều kiện sau:

- 100% thành viên trong hộ gia đình quy định tại điểm a khoản 2 mục này tham gia (trừ người đang tham gia BHYT bắt buộc, BHYT tự nguyện theo các nhóm đối tượng khác quy định tại Thông tư này, trẻ em dưới sáu tuổi);

- Mỗi đợt phát hành phải có ít nhất 10% số hộ gia đình trong phạm vi địa bàn xã tham gia (trừ các hộ thuộc đối tượng tham gia BHYT bắt buộc). Đối với những hộ gia đình đã tham gia BHYT tự nguyện nếu tiếp tục tham gia thì không

phụ thuộc vào tỷ lệ quy định tại khoản này.

b) Đối với học sinh, sinh viên: Triển khai theo nhà trường với điều kiện phải có ít nhất 10% số học sinh, sinh viên trong danh sách học sinh, sinh viên của nhà trường tham gia (trừ học sinh, sinh viên đang tham gia BHYT bắt buộc hay BHYT tự nguyện theo các nhóm đối tượng khác quy định tại Thông tư này).

II. KHUNG MỨC ĐÓNG VÀ PHƯƠNG THỨC ĐÓNG BẢO HIỂM Y TẾ TỰ NGUYỆN

1. Khung mức đóng

a) Khung mức đóng BHYT tự nguyện được quy định theo khu vực và theo nhóm đối tượng như sau:

Đơn vị tính: đồng/người/năm

Đối tượng	Khu vực	
	Thành thị	Nông thôn
Thành viên hộ gia đình	160.000 - 320.000	120.000 - 240.000
Học sinh, sinh viên	60.000 - 120.000	50.000 - 100.000

- Khu vực thành thị bao gồm các phường thuộc thành phố, thị xã và thị trấn; khu vực nông thôn gồm các vùng còn lại;

tác dân số, gia đình và trẻ em cấp xã: thực hiện theo quy định tại Quyết định số 240/2006/QĐ-TTg ngày 24/10/2006 của Thủ tướng Chính phủ.

- Mức đóng đối với cán bộ làm công

b) Căn cứ khung mức đóng BHYT tự

nguyên quy định tại điểm a, khoản 1 mục này, giao Bảo hiểm xã hội Việt Nam quy định mức đóng cụ thể cho các khu vực và các nhóm đối tượng đối với mỗi tỉnh, thành phố, trên cơ sở đề nghị của Bảo hiểm xã hội tỉnh, thành phố trực thuộc Trung ương, phù hợp với điều kiện kinh tế - xã hội, giá viện phí và việc sử dụng dịch vụ KCB của người dân tại mỗi địa phương;

c) Giảm mức đóng BHYT tự nguyện đối với hộ gia đình có đông thành viên tham gia: Hộ gia đình có từ ba thành viên trở lên tham gia BHYT tự nguyện thì thành viên thứ ba được giảm 10% mức đóng theo quy định; từ thành viên thứ tư trở đi, mỗi thành viên được giảm 20% mức đóng theo quy định;

d) Trường hợp học sinh, sinh viên đang theo học tại các trường nếu không tham gia BHYT theo nhà trường mà tham gia theo hộ gia đình thì được áp dụng mức đóng BHYT của học sinh, sinh viên và được hưởng quyền lợi như đối với học sinh, sinh viên.

2. Hình thức thu, đóng BHYT tự nguyện

a) Việc thu, đóng BHYT tự nguyện được thực hiện như sau:

- Thành viên hộ gia đình: Đóng BHYT theo ba tháng, sáu tháng hoặc một năm một lần;

- Học sinh, sinh viên: Đóng BHYT một lần hoặc hai lần trong một năm hoặc đóng một lần cho cả khóa học.

b) Cơ quan BHXH tổ chức hệ thống thu tiền đóng BHYT và phát thẻ BHYT cho người tham gia BHYT tự nguyện có thời hạn sử dụng ít nhất sáu tháng, bảo đảm thuận tiện, kịp thời, an toàn, đúng quy định;

c) Hỗ trợ đóng BHYT tự nguyện: Ủy ban nhân dân các tỉnh, thành phố trực thuộc Trung ương cân đối trong nguồn ngân sách địa phương và huy động sự đóng góp của các cơ quan, tổ chức, cá nhân để hỗ trợ mức đóng BHYT tự nguyện cho nhân dân địa phương, đặc biệt cho đối tượng cận nghèo, nhằm thúc đẩy sự tham gia BHYT tự nguyện của nhân dân. Ủy ban nhân dân cấp tỉnh trình Hội đồng nhân dân cấp tỉnh quyết định đối tượng và mức hỗ trợ phù hợp với khả năng cân đối ngân sách của địa phương.

III. PHẠM VI QUYỀN LỢI CỦA NGƯỜI THAM GIA BẢO HIỂM Y TẾ TỰ NGUYỆN

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

a) Người tham gia BHYT tự nguyện

được cấp thẻ BHYT để KCB và được hưởng quyền lợi theo quy định tại Thông tư này, cụ thể:

- Thẻ BHYT có giá trị sử dụng và được hưởng các quyền lợi theo quy định sau ba mươi ngày, kể từ ngày đóng BHYT đối với các trường hợp tham gia BHYT lần đầu hoặc tham gia lại sau một thời gian gián đoạn vì bất kỳ lý do gì, trừ các trường hợp sử dụng dịch vụ kỹ thuật cao, chi phí lớn, chăm sóc thai sản, sinh đẻ, sử dụng các thuốc điều trị ung thư, thuốc chống thải ghép ngoài danh mục quy định của Bộ Y tế theo quy định sau:

+ Thẻ BHYT có giá trị sử dụng và được hưởng các quyền lợi khi sử dụng các dịch vụ kỹ thuật cao, chi phí lớn sau một trăm tám mươi ngày kể từ ngày đóng BHYT đối với trường hợp tham gia BHYT lần đầu hoặc tham gia lại sau một thời gian gián đoạn vì bất kỳ lý do gì;

+ Thẻ BHYT có giá trị sử dụng và được hưởng các quyền lợi về chăm sóc thai sản, sinh đẻ sau hai trăm bảy mươi ngày kể từ ngày đóng BHYT đối với các trường hợp tham gia BHYT tự nguyện lần đầu hoặc tham gia lại sau một thời gian gián đoạn vì bất kỳ lý do gì;

+ Người bệnh có thẻ BHYT có thời gian tham gia liên tục đủ 36 tháng, từ

tháng thứ 37 trở đi, khi sử dụng các thuốc điều trị ung thư, thuốc chống thải ghép ngoài danh mục quy định của Bộ Y tế nhưng được phép lưu hành tại Việt Nam thì được cơ quan BHXH thanh toán 50% chi phí của các thuốc này.

- Thẻ BHYT có giá trị sử dụng liên tục khi đóng BHYT theo quy định.

b) Người có thẻ BHYT khi KCB ngoại trú, nội trú tại các cơ sở KCB công lập và ngoài công lập có hợp đồng KCB BHYT với cơ quan BHXH (sau đây viết tắt là cơ sở KCB BHYT) được cơ quan BHXH thanh toán chi phí khi sử dụng các dịch vụ sau:

- Khám bệnh, chẩn đoán, điều trị và phục hồi chức năng trong thời gian điều trị tại cơ sở KCB (theo danh mục do Bộ Y tế quy định);

- Xét nghiệm, chẩn đoán hình ảnh, thăm dò chức năng;

- Thuốc, dịch truyền theo danh mục do Bộ Y tế quy định;

- Máu và các chế phẩm của máu;

- Các phẫu thuật, thủ thuật;

- Chăm sóc thai sản và sinh đẻ;

- Sử dụng vật tư, thiết bị y tế và giường bệnh.

c) Người tham gia BHYT tự nguyện khi KCB tại nơi đăng ký KCB ban đầu và ở cơ sở KCB khác theo giới thiệu chuyên viện phù hợp với tuyến chuyên môn kỹ thuật theo quy định của Bộ Y tế và trong các trường hợp cấp cứu tại các cơ sở KCB BHYT, được cơ quan BHXH thanh toán chi phí sử dụng các dịch vụ quy định tại điểm b, khoản 1 mục này theo giá viện phí hiện hành của Nhà nước, cụ thể:

c.1. Khám, chữa bệnh ngoại trú:

+ Được thanh toán 100% chi phí khi có chi phí dưới 100.000 đồng (một trăm nghìn đồng) cho một đợt khám, chữa bệnh ngoại trú;

+ Được thanh toán 80% chi phí khám, chữa bệnh ngoại trú khi có chi phí từ 100.000 đồng (một trăm nghìn đồng) trở lên; phần còn lại do người bệnh tự thanh toán với cơ sở KCB.

c.2. Khám, chữa bệnh nội trú:

+ Được thanh toán 80% chi phí khám, chữa bệnh nội trú; phần còn lại do người bệnh tự thanh toán với cơ sở KCB.

d) Trường hợp sử dụng dịch vụ kỹ thuật cao có chi phí lớn (theo danh mục do Bộ Y tế ban hành sau khi thống nhất với Bộ Tài chính), được cơ quan BHXH thanh toán 80% chi phí nhưng không quá

20.000.000 đồng (hai mươi triệu đồng) cho một lần sử dụng dịch vụ kỹ thuật đó; phần còn lại do người bệnh tự thanh toán với cơ sở KCB;

đ) Người tham gia BHYT tự nguyện khi KCB theo yêu cầu riêng, KCB tại cơ sở y tế không ký hợp đồng KCB BHYT, KCB ở nước ngoài, được cơ quan BHXH thanh toán theo chi phí thực tế theo tỷ lệ quy định tại điểm c và d của khoản này nhưng không vượt quá mức quy định tại Phụ lục của Thông tư này;

e) Đối với học sinh, sinh viên: Khi tham gia BHYT tự nguyện, ngoài quyền lợi KCB được hưởng theo quy định tại các điểm c và d khoản này còn được hưởng quyền lợi về chăm sóc sức khỏe ban đầu tại y tế trường học theo quy định hiện hành. Trường hợp tử vong được trợ cấp 1.000.000 đồng (một triệu đồng).

2. Các trường hợp không được cơ quan BHXH thanh toán

a) Điều trị bệnh phong;

b) Thuốc đặc hiệu điều trị các bệnh: lao, sốt rét, tâm thần phân liệt, động kinh, HIV/AIDS và các bệnh khác nếu đã được ngân sách nhà nước chi trả thông qua các chương trình y tế quốc gia, các dự án hay các nguồn kinh phí khác;

c) Chẩn đoán, điều trị bệnh lậu, bệnh giang mai;

d) Tiêm chủng phòng bệnh; điều dưỡng, an dưỡng; xét nghiệm và chẩn đoán thai sớm; khám sức khỏe, kể cả khám sức khỏe định kỳ (trừ khám sức khỏe tại trường học đối với học sinh sinh viên); khám tuyển lao động, tuyển sinh, tuyển nghĩa vụ quân sự; thực hiện các dịch vụ kế hoạch hóa gia đình và điều trị vô sinh;

đ) Các dịch vụ, phẫu thuật thẩm mỹ; chân tay giả; mắt giả; răng giả; kính mắt; máy trợ thính;

e) Điều trị các bệnh đã được xác định là bệnh nghề nghiệp, tai nạn chiến tranh, thảm họa;

g) Điều trị các trường hợp: tự tử; cố ý gây thương tích; nghiện chất ma túy, các chất gây nghiện khác và các tổn thương do hành vi vi phạm pháp luật gây ra;

h) Các chi phí trong giám định y khoa; giám định pháp y; giám định pháp y tâm thần;

i) Khám chữa bệnh, phục hồi chức năng và sinh đẻ tại nhà;

k) Sử dụng các loại thuốc ngoài danh mục quy định (trừ trường hợp khi sử dụng các thuốc điều trị ung thư, thuốc

chống thải ghép ngoài danh mục quy định của Bộ Y tế nhưng được phép lưu hành tại Việt Nam theo quy định tại điểm a, khoản 1, mục III), thuốc theo yêu cầu riêng của người bệnh; sử dụng các phương pháp chữa bệnh chưa được phép của Bộ Y tế; các trường hợp tham gia nghiên cứu, thử nghiệm lâm sàng.

IV. QUẢN LÝ VÀ SỬ DỤNG QUỸ BẢO HIỂM Y TẾ TỰ NGUYỆN

1. Quỹ bảo hiểm y tế tự nguyện được hình thành từ các nguồn sau:

a) Tiền đóng phí BHYT tự nguyện do người tham gia đóng;

b) Hỗ trợ của ngân sách nhà nước;

c) Các quỹ cơ quan, tài trợ, viện trợ của các tổ chức, cá nhân trong và ngoài nước;

d) Tiền sinh lời do thực hiện các biện pháp bảo toàn và tăng trưởng Quỹ BHYT tự nguyện;

đ) Các khoản thu hợp pháp khác (nếu có).

2. Quỹ BHYT tự nguyện được quản lý tập trung, thống nhất, dân chủ và công khai theo quy chế quản lý tài chính hiện hành đối với BHXH Việt Nam. Tiền

tạm thời chưa sử dụng (nếu có) của Quỹ BHYT tự nguyện được huy động để thực hiện các biện pháp nhằm bảo tồn và tăng trưởng Quỹ theo quy định.

3. Phân bổ, quản lý quỹ Bảo hiểm y tế tự nguyện

a) Số thu BHYT tự nguyện quy định tại điểm a, b và c khoản 1 mục này, trong năm kế hoạch được phân bổ và sử dụng như sau:

- 87% lập Quỹ KCB BHYT tự nguyện;
- 2% lập Quỹ dự phòng KCB BHYT tự nguyện;
- 8% dành chi cho các hoạt động phối hợp, tổ chức thực hiện việc thu phí, phát hành thẻ BHYT tự nguyện và hỗ trợ cho các cơ sở KCB để tổ chức thu viện phí và thanh quyết toán chi phí KCB của người bệnh BHYT tự nguyện;
- 3% dành chi đào tạo đại lý, bổ sung cho công tác tuyên truyền, vận động, khen thưởng và nâng cao năng lực cán bộ.

b) Số thu quy định tại điểm d và đ khoản 1 mục này (nếu có) được hạch toán vào quỹ dự phòng KCB BHYT tự nguyện.

4. Quỹ KCB BHYT tự nguyện được sử

dụng để thanh toán chi phí KCB ngoại trú, nội trú, KCB theo yêu cầu riêng, chi phí chăm sóc sức khỏe ban đầu tại nhà trường và chi trả trợ cấp tử vong đối với đối tượng là học sinh, sinh viên theo quy định tại Thông tư này.

5. Điều tiết quỹ khám chữa bệnh BHYT

a) Bảo hiểm xã hội Việt Nam có trách nhiệm phân bổ, điều tiết số thu được sử dụng trong năm cho BHXH các tỉnh, thành phố trực thuộc Trung ương, bảo đảm thanh toán chi phí KCB BHYT tự nguyện;

b) Quỹ KCB BHYT tự nguyện hàng năm không chi hết được chuyển vào Quỹ dự phòng KCB BHYT tự nguyện;

c) Nếu số chi KCB BHYT tự nguyện vượt quá quỹ KCB BHYT tự nguyện được sử dụng trong năm, Bảo hiểm xã hội Việt Nam được sử dụng kinh phí của quỹ dự phòng KCB BHYT tự nguyện hoặc quỹ dự phòng KCB BHYT bắt buộc hoặc nguồn hỗ trợ khác theo quy định để bảo đảm chi trả đầy đủ, kịp thời các chế độ cho đối tượng được hưởng theo quy định.

6. Quỹ BHYT tự nguyện được ghi chép, thống kê, báo cáo, hạch toán kế

toán theo chế độ kế toán quy định hiện hành.

V. TỔ CHỨC KHÁM, CHỮA BỆNH VÀ THANH TOÁN CHI PHÍ KHÁM CHỮA BỆNH BẢO HIỂM Y TẾ TỰ NGUYỆN

1. Tổ chức khám, chữa bệnh

Tổ chức KCB cho người tham gia BHYT tự nguyện được thực hiện theo hướng dẫn của liên tịch Bộ Y tế - Bộ Tài chính đối với BHYT bắt buộc. Ngoài ra, đối với đối tượng học sinh, sinh viên, cơ quan BHXH có trách nhiệm hướng dẫn, phối hợp với nhà trường và cơ sở KCB địa phương để thực hiện việc KCB và thanh toán chi phí KCB cho học sinh, sinh viên có thẻ BHYT trong thời gian được nghỉ học theo quy định, bảo đảm đầy đủ quyền lợi và thuận tiện cho đối tượng.

2. Thanh toán chi phí khám, chữa bệnh BHYT tự nguyện giữa cơ quan bảo hiểm xã hội với cơ sở KCB:

a) Nguyên tắc:

- Cơ quan BHXH thanh toán chi phí KCB với cơ sở KCB trên cơ sở hợp đồng KCB BHYT đối với trường hợp KCB đúng tuyến chuyên môn kỹ thuật và trong trường hợp cấp cứu;

- Cơ sở KCB lựa chọn hình thức thanh toán theo hướng dẫn của liên tịch Bộ Y tế - Bộ Tài chính hướng dẫn thực hiện đối với BHYT bắt buộc;

- Cơ quan BHXH và cơ sở KCB chỉ thực hiện một hợp đồng KCB BHYT chung cho cả đối tượng tham gia BHYT bắt buộc và BHYT tự nguyện.

b) Cách xác định quỹ KCB BHYT tự nguyện tạm thời để hợp đồng với cơ sở KCB BHYT:

- Đối với đối tượng là thành viên hộ gia đình: Quỹ KCB BHYT tự nguyện được tính trên số thẻ đăng ký KCB ban đầu tại cơ sở KCB đó và theo mức phí bình quân của người tham gia BHYT tự nguyện theo nhóm đối tượng là thành viên hộ gia đình tại địa phương;

- Đối với đối tượng là học sinh, sinh viên: Quỹ KCB BHYT tự nguyện được tính trên số thẻ đăng ký theo mức phí bình quân của học sinh, sinh viên tham gia BHYT tự nguyện học sinh, sinh viên tại địa phương. Quỹ KCB BHYT tự nguyện của đối tượng học sinh, sinh viên được dành 20% để chi cho các hoạt động chăm sóc sức khỏe ban đầu tại nhà trường; 80% quỹ KCB BHYT còn lại là

căn cứ để xác định quỹ KCB tạm thời khi ký hợp đồng với cơ sở KCB và trợ cấp từ vong.

c) Thanh toán giữa cơ quan BHXH với nhà trường có thực hiện nhiệm vụ chăm sóc sức khỏe ban đầu cho học sinh, sinh viên:

Kinh phí dành cho chăm sóc sức khỏe ban đầu tại nhà trường bằng 20% quỹ KCB BHYT tự nguyện tính trên số thu BHYT tự nguyện của học sinh, sinh viên của trường. Số kinh phí này được chuyển cho nhà trường để quản lý, sử dụng và quyết toán theo quy định hiện hành, đồng thời báo cáo kết quả sử dụng với cơ quan Bảo hiểm xã hội.

3. Thanh toán trực tiếp giữa cơ quan BHXH với người bệnh có thẻ BHYT tự nguyện:

a) Cơ quan BHXH chỉ thanh toán trực tiếp với người tham gia BHYT tự nguyện KCB theo yêu cầu trong các trường hợp sau:

- KCB tự vượt tuyến chuyên môn kỹ thuật theo quy định của Bộ Y tế;
- KCB tại cơ sở y tế không ký hợp đồng KCB BHYT;
- KCB ở nước ngoài.

b) Các trường hợp quy định tại điểm a

nêu trên, người bệnh tự thanh toán các chi phí KCB với cơ sở KCB, đồng thời lưu giữ toàn bộ chứng từ hợp lệ (đơn thuốc, sổ khám bệnh, hóa đơn mua thuốc, giấy ra viện, biên lai thu viện phí theo quy định của Bộ Tài chính và các chứng từ có liên quan khác) làm cơ sở để cơ quan BHXH thanh toán lại một phần chi KCB theo quy định tại điểm đ khoản 1, mục III của Thông tư này;

c) Trường hợp học sinh, sinh viên bị từ vong, cơ quan BHXH thanh toán trợ cấp từ vong cho thân nhân học sinh, sinh viên.

VI. QUYỀN HẠN VÀ TRÁCH NHIỆM CỦA CƠ QUAN BẢO HIỂM XÃ HỘI VÀ CƠ SỞ KHÁM CHỮA BỆNH

1. Quyền và trách nhiệm cơ quan bảo hiểm xã hội và cơ sở khám, chữa bệnh trong thực hiện bảo hiểm y tế tự nguyện:

Cơ quan BHXH và cơ sở KCB có trách nhiệm thực hiện nghĩa vụ và quyền hạn theo quy định của Điều lệ BHYT và hướng dẫn của liên tịch Bộ Y tế - Bộ Tài chính về thực hiện bảo hiểm y tế bắt buộc.

2. Ngoài ra, cơ quan BHXH trong phạm vi trách nhiệm của mình, thực hiện nhiệm vụ sau:

a) Triển khai các hoạt động thông tin, tuyên truyền, đào tạo người tham gia đại lý để mở rộng đối tượng tham gia BHYT tự nguyện;

b) Xây dựng kế hoạch phối hợp liên ngành để triển khai thực hiện BHYT tự nguyện cho các đối tượng;

c) Bố trí, sử dụng kinh phí hoạt động có hiệu quả, tăng cường các hoạt động nhằm phát triển và mở rộng BHYT tự nguyện;

d) Khi mức đóng BHYT tự nguyện đã ở mức tối đa của khung mức đóng do liên Bộ quy định và Quỹ KCB BHYT tự nguyện có số thu nhỏ hơn số chi, Bảo hiểm xã hội Việt Nam báo cáo liên Bộ Y tế - Tài chính để xem xét, giải quyết.

VII. ĐIỀU KHOẢN THI HÀNH

1. Thông tư này có hiệu lực sau 15 ngày, kể từ ngày đăng Công báo và thay thế Thông tư liên tịch số 22/2005/TTLT-BYT-BTC ngày 24/8/2005 của liên Bộ Y tế - Tài chính hướng dẫn thực hiện bảo hiểm y tế tự nguyện.

2. Những trường hợp tham gia BHYT tự nguyện trước khi Thông tư này có hiệu lực mà thẻ BHYT còn giá trị sử dụng thì người có thẻ được hưởng quyền lợi BHYT theo quy định tại Thông tư liên tịch số 22/2005/TTLT-BYT-BTC ngày 24/8/2005 của liên Bộ Y tế - Tài chính hướng dẫn thực hiện bảo hiểm y tế tự nguyện cho đến khi hết thời hạn sử dụng được ghi trên thẻ.

Trong quá trình tổ chức thực hiện, nếu có khó khăn vướng mắc, đề nghị các đơn vị phản ánh về liên Bộ để xem xét, giải quyết./.

KT. BỘ TRƯỞNG BỘ TÀI CHÍNH
THỨ TRƯỞNG

Đỗ Hoàng Anh Tuấn

KT. BỘ TRƯỞNG BỘ Y TẾ
THỨ TRƯỞNG

Nguyễn Thị Xuyên

Phụ lục

MỨC CHI BÌNH QUÂN TẠI CÁC TUYẾN CHUYÊN MÔN KỸ THUẬT ỨNG DỤNG THANH TOÁN TRỰC TIẾP CHO NGƯỜI CÓ THẺ BẢO HIỂM Y TẾ TỰ NGUYỆN KHI KHÁM CHỮA BỆNH THEO YÊU CẦU RIÊNG

(ban hành kèm theo Thông tư liên tịch số 06/2007/TTLT-BYT-BTC ngày 30 tháng 3 năm 2007 của Bộ Y tế - Bộ Tài chính)

Loại hình khám, chữa bệnh	Tuyến chuyên môn kỹ thuật	Chi phí bình quân (đồng)
Ngoại trú (một đợt điều trị)	Tuyến huyện hoặc tương đương	20.000
	Tuyến tỉnh hoặc tương đương	30.000
	Tuyến trung ương	80.000
Nội trú (một đợt điều trị)	Tuyến huyện hoặc tương đương	250.000
	Tuyến tỉnh hoặc tương đương	550.000
	Tuyến trung ương	900.000

Ghi chú: Đối với các cơ sở khám chữa bệnh trên địa bàn thành phố Hà Nội và thành phố Hồ Chí Minh, mức thanh toán cho các tuyến được tính bằng 1,2 lần mức quy định cho các tuyến tương đương.