



2018-2019

Sổ tay về quyền lợi bảo hiểm y tế toàn dân

Bảo vệ sức khỏe giữ gìn hạnh phúc



2018-2019

**Sổ tay về quyền lợi bảo hiểm
y tế toàn dân**



MỤC LỤC

1	Bảo hiểm y tế toàn dân, đảm bảo quyền lợi khám chữa bệnh trọn đời của bạn	06
	Bảo hiểm y tế toàn dân là gì?	06
	Luật bảo vệ sức khỏe toàn dân quy định, mỗi người đều cần tham gia bảo hiểm y tế toàn dân	07
	Chứng nhận đã đóng bảo hiểm y tế-"Thẻ bảo hiểm"	07
2	Tham gia bảo hiểm y tế như thế nào?	08
	Đối với người có hộ khẩu tại Đài Loan	08
	Người Hồng Kông, Ma Cao, Trung Quốc hoặc người nước ngoài sống tại Đài Loan	13
3	Trường hợp đặc biệt	16
	Mất tư cách đóng bảo hiểm	16
	Khi bảo hiểm bị ngắt quãng, làm sao để khôi phục bảo hiểm?	16
	Người sống lâu năm ở nước ngoài về nước đóng bảo hiểm	17
	Trường hợp đối tượng bảo hiểm phải dừng đóng bảo hiểm	18
	Lưu ý dành cho người định đi nước ngoài 6 tháng trở lên có nên ngừng tham gia bảo hiểm hay không.	18
	Bảo hiểm dành cho người bị giam giữ	21
4	Nguồn gốc và cách tính phí bảo hiểm	22
	Nguồn gốc tiền khám bệnh bằng thẻ bảo hiểm y tế?	22
	Cách tính phí bảo hiểm	23
	Phí bảo hiểm thông thường	23
	Phí bảo hiểm bổ sung.	28
5	Cách thức nộp phí bảo hiểm	35
	Nếu còn thắc mắc về cách tính phí bảo hiểm thì có thể hỏi ở đâu?	35
	Nộp phí bảo hiểm, vừa hỗ trợ lẫn nhau vừa tiết kiệm tiền thuế	35

Cách xin Giấy xác nhận đã đóng bảo hiểm y tế	36
Cách thức đóng phí bảo hiểm	37
Khi quên đóng tiền hoặc số tiền còn dư trong tài khoản chuyển khoản bị thiếu thì làm thế nào?	38

6**Dịch vụ điều trị y tế do bảo hiểm y tế cung cấp 40**

Khám và chuyển viện	40
Chuyển khám như thế nào?	42
Cùng một liệu trình	44
Khám cấp cứu	46
Nằm viện	46
Chăm sóc tại gia	47
Chăm sóc an ủi cho người bệnh giai đoạn cuối	49
Chăm sóc điều trị tổng hợp tại gia	51
Chăm sóc tổng hợp của bác sỹ gia đình theo bảo hiểm y tế	52
Phương án cải thiện thanh toán điều trị y tế	53

7**Người có bảo hiểm y tế đi khám chữa bệnh như thế nào 55**

Khi đi khám bệnh nhớ mang “thẻ bảo hiểm”	55
Khám xong nhớ cầm đơn kê (đơn thuốc)	56
Sau khi khám xong nhớ hẹn ngày kiểm tra xét nghiệm trong thời hạn quy định	56
Quy định chuyển khám điều trị	58
Phần tự chi trả	59
Chi tiết hóa đơn nộp tiền, chi phí khám chữa bệnh và danh mục thuốc	63
Nếu cần bệnh nhân tự chịu phí, bác sỹ cần thông báo rõ	65
Phí chênh lệch tự chịu do sử dụng vật liệu đặc biệt	66
Khiếu nại và tìm hiểu	74
Xin xem xét tranh chấp	75



8

Chức năng, cập nhật thông tin, bảo quản và làm thủ tục xin cấp thẻ bảo hiểm y tế **76**

Công dụng của thẻ bảo hiểm y tế	77
Cập nhật thẻ bảo hiểm y tế	79
Thẻ bảo hiểm y tế có tiết lộ thông tin điều trị cá nhân hay không?	80
Bảo quản thẻ bảo hiểm y tế	81
Thẻ bảo hiểm có thời hạn sử dụng hay không?	81
Trẻ mới sinh hoặc người có quốc tịch nước ngoài, khi làm thẻ Bảo hiểm y tế lần đầu, thủ tục như thế nào?	81
Nếu thẻ bảo hiểm bị hỏng, bị mất, hoặc muốn đổi tên, đổi ảnh, cần phải làm thế nào?	82
Thẻ bảo hiểm y tế về ngoại hình bình thường không bị hỏng hay cong gập, nhưng không thể sử dụng được phải làm thế nào?	86

9

Quyền lợi điều trị y tế của người mắc bệnh đặc biệt **88**

Những người mắc bệnh mãn tính (đơn thuốc sử dụng lâu dài cho bệnh mãn tính)	88
Người mắc bệnh hiểm nghèo	91
Người bị bệnh do nghề nghiệp	92
Người mắc bệnh hiếm gặp	95

10

Biện pháp trợ giúp người hoàn cảnh khó khăn điều trị y tế **96**

Hỗ trợ chi phí bảo hiểm của chính phủ dành cho nhóm yếu thế	96
Nếu bạn tạm thời không thể đóng được phí bảo hiểm hoặc phần chi phí tự chịu	99
Đảm bảo quyền lợi khám chữa bệnh, mở khóa thẻ bảo hiểm y tế, tăng cường thu phí nợ	103

Giảm bớt gánh nặng chi phí điều trị y tế tự chịu dành cho những người bệnh đặc biệt	103
Nâng mức tối thiểu khấu trừ phí bảo hiểm bổ sung của nhóm yếu thế	104
Phương án cải thiện ở khu vực có nguồn điều trị y tế thiếu hụt	105

11

Hệ thống đám mây tra cứu thông tin y tế thuộc Bảo hiểm Y tế **106**

“Hệ thống đám mây tra cứu thông tin y tế thuộc Bảo hiểm Y tế” là gì?	106
Lợi ích của “Hệ thống đám mây tra cứu thông tin y tế thuộc Bảo hiểm Y tế” đối với người dân	107
Các đơn vị cung cấp dịch vụ y tế có ký kết hợp tác với Bảo hiểm Y tế là có thể sử dụng “Hệ thống đám mây tra cứu thông tin y tế thuộc Bảo hiểm Y tế”	108

12

Duyệt hoàn trả chi phí điều trị tự ứng trước **109**

Thời hạn xin	110
Giấy tờ cần chuẩn bị	111
Phương thức xin	113
Hạn mức tối đa cho khoản tiền hoàn trả	114

13

Những giải pháp tiện ích cho dân của nghiệp vụ bảo hiểm y tế **116**

Phục vụ tiện tích cho người dân liên cơ quan	116
Phục vụ tăng cường nghiệp vụ	117
Chủ động quan tâm chăm sóc các nhóm cộng đồng yếu thế	119

Phụ lục **121**



Bảo hiểm y tế toàn dân, đảm bảo quyền lợi khám chữa bệnh trọn đời của bạn

Khi mắc bệnh, ngoài việc được bác sĩ và y tá chăm sóc, đừng quên còn có “bảo hiểm y tế” đang ở bên cạnh chúng ta. Bắt đầu từ 1/3/1995, đã thực hiện bảo hiểm y tế toàn dân, với hy vọng vấn đề sức khỏe của toàn thể nhân dân được bảo đảm.

Bảo hiểm y tế toàn dân là gì?

“Bảo hiểm y tế toàn dân” là loại bảo hiểm mà bất cứ ai từ khi sinh ra đều phải tham gia. Nó là chế độ giúp đỡ tương trợ toàn dân. Thông thường mọi người đều đóng bảo hiểm theo quy định, nếu chẳng may có người bị bệnh, chính phủ sẽ tận dụng số tiền bảo hiểm thu được, giúp người bệnh đóng một phần chi phí cho bệnh viện. Làm như vậy khiến bất cứ ai trong chúng ta khi mắc bệnh có thể chi ít tiền hơn, mà được chăm sóc chữa trị thỏa đáng.

Điều đó cũng có nghĩa là, chỉ cần bạn đóng tiền bảo hiểm hàng tháng đúng thời hạn, không những có thể giúp bạn khi lâm bệnh, đồng thời còn được người khác giúp đỡ; khi người khác bị bệnh cũng có thể được bạn giúp đỡ!

Luật bảo vệ sức khỏe toàn dân quy định, mỗi người đều cần tham gia bảo hiểm y tế toàn dân

“Bảo hiểm y tế toàn dân” là bảo hiểm xã hội mang tính bắt buộc, có nghĩa là tất cả những người Đài Loan, hoặc người nước ngoài có thẻ cư trú sinh sống tại Đài Loan, bất kể người lớn hoặc trẻ con, già trẻ gái trai, có nghề nghiệp hay không có nghề nghiệp, đều phải đóng bảo hiểm theo luật. Hơn thế, đây là loại bảo hiểm mang tính trọn đời, trừ phi bị mất tư cách đóng bảo hiểm (người mất tích, người từ bỏ quốc tịch, chuyển hộ khẩu ra nước ngoài hoặc thời hạn cư trú đã hết hạn), còn lại từ khi sinh ra cho đến khi chết, không được tự ý rút khỏi bảo hiểm y tế.

Chứng nhận đã đóng bảo hiểm y tế- “Thẻ bảo hiểm”

Mỗi người tham gia bảo hiểm y tế toàn dân, đều phải chủ động xin “thẻ bảo hiểm”, đây là thẻ chứng nhận mà mọi người đều phải dùng đến khi tới Bệnh viện phòng khám y tế. Bạn cần bảo quản cẩn thận thẻ bảo hiểm này.





Tham gia bảo hiểm y tế như thế nào?

Đối với người có hộ khẩu tại Đà Loan

Tất cả những người có hộ khẩu tại Đà Loan nên tham gia bảo hiểm ngay sau khi có hộ khẩu tròn 6 tháng (hiện tại người làm thuê hoặc người cơ quan nhà nước được cử làm việc ở nước ngoài, vợ (chồng) và con cái của họ không chịu sự hạn chế thời gian 6 tháng; những trẻ quốc tịch Đà Loan sinh tại Đà Loan, sau khi làm đăng ký hộ khẩu sau sinh thì có thể đóng bảo hiểm ngay từ ngày sinh). Do có 6 loại đối tượng đóng bảo hiểm y tế toàn dân khác nhau, mỗi loại đối tượng lại có phương thức đóng bảo hiểm khác nhau, sự thay đổi về loại đối tượng kéo theo sự thay đổi về phương thức đóng bảo hiểm. Nếu hiện tại không có công việc, hoặc giữa kỳ thay đổi công việc mà bị ngắt quãng, thì chỉ cần tiếp tục có hộ khẩu là đều có thể tiếp tục đóng bảo hiểm với tư cách thích hợp, không thể có hiện tượng bị ngắt quãng bảo hiểm.

Mong bạn hãy đóng bảo hiểm với tư cách đóng bảo hiểm theo trình tự sau

Nếu bạn thuộc đối tượng đóng bảo hiểm 1 hoặc 2, thì không được chọn lựa 3; nếu bạn thuộc đối tượng đóng bảo hiểm 3, thì không được chọn 4, cứ tương tự như vậy cho đến hết:

1. Nếu bạn là nhân viên của công ty, cơ quan, tổ chức kinh doanh thì nơi mà bạn làm việc sẽ đóng bảo hiểm cho bạn.
2. Nếu bạn là người phụ trách công ty, tổ chức kinh doanh, cần thành lập đơn vị đóng bảo hiểm cho bản thân, nhân viên và người thân.
3. Nếu bạn là hội viên của công đoàn, nông hội hoặc ngư hội, thì công đoàn, nông hội hay ngư hội sẽ đóng bảo hiểm cho bạn (nếu đồng thời là hội viên của công đoàn, nông hội hoặc ngư hội, cần ưu tiên đóng bảo hiểm ở công đoàn)
4. Nếu bạn không có việc làm, nhưng khi pháp luật cho phép đóng bảo hiểm theo chồng (hoặc vợ) có việc làm hoặc người thân có quan hệ huyết thống trực tiếp thì có thể đến đóng tại cơ quan của chồng (hoặc vợ) hoặc người thân có quan hệ huyết thống trực tiếp với tư cách là người thân. (Nếu có thể đóng bảo hiểm theo 2 người thân trở lên thì hãy chọn đóng bảo hiểm theo người thân có quan hệ gần nhất với bạn).
5. Nếu bạn không có việc làm hoặc không thể theo pháp luật đóng bảo hiểm theo vợ chồng hoặc người thân có quan hệ huyết thống trực tiếp thì cơ quan hành chính xã, thị trấn, thành phố, nơi bạn có hộ khẩu là nơi đóng bảo hiểm cho bạn, hãy tới đó đóng bảo hiểm.

Nếu đi nước ngoài 2 năm chưa về, cơ quan đăng kí hộ khẩu đã xóa hộ khẩu của bạn, thì bạn không thể tham gia bảo hiểm được, cần phải làm thủ tục thôi bảo hiểm; đợi sau khi khôi phục đăng kí hộ khẩu thì làm lại thủ tục đóng bảo hiểm. Nếu là người từng tham gia bảo hiểm

y tế, sau khi hộ khẩu di dời sang nước ngoài và thôi bảo hiểm, thì phải đợi đến khi khôi phục lại hộ khẩu đủ 6 tháng mới có thể làm thủ tục đóng bảo hiểm trừ khi là người được thuê có chủ thuê nhất định, hoặc là người có ghi chép tham gia bảo hiểm y tế trong vòng 2 năm thì mới được đóng bảo hiểm ngay khi khôi phục hộ khẩu.

Trẻ em

Trẻ sơ sinh sau khi làm giấy khai sinh (nhập hộ khẩu), thì bắt đầu từ ngày sinh theo luật đã là người thân phụ thuộc của bố hoặc mẹ (một trong hai bên có việc làm, hoặc nếu cả hai cùng có việc làm thì chọn một trong hai), có thể đóng bảo hiểm theo công ty của mẹ hoặc bố. Nếu là trẻ sơ sinh Đài Loan nhưng được sinh tại nước ngoài, thì phải tròn 6 tháng sau khi về nước đăng ký hộ khẩu đầu tiên mới được làm thủ tục đóng bảo hiểm y tế.

Học sinh

1. Không có việc làm

- (1) Nếu bạn đang đi học (có tư cách học sinh chính thức, học tại các trường công lập, các trường tư thục trong nước được cơ quan hành chính giáo dục, chủ quản các cấp phê duyệt hoặc trường tại nước ngoài được công nhận, người tròn 20 tuổi cần xuất trình giấy tờ xác nhận đang học tập), nhưng không có việc làm, chỉ cần chọn đóng bảo hiểm với tư cách là “người thân” của bố hoặc mẹ, chọn một trong hai người là được.
- (2) Nếu không thể đóng bảo hiểm theo bố mẹ, thì có thể đóng bảo hiểm theo ông bà nội hoặc ông bà ngoại với tư cách là “người thân”. Nếu không thể đóng bảo hiểm theo ông bà nội hoặc ngoại, thì có thể đóng bảo hiểm tại các cơ quan hành chính xã, thị trấn, thành phố, khu vực của nơi đăng ký hộ khẩu.
- (3) Trường hợp tốt nghiệp từ trường học hoặc hoàn thành nghĩa vụ quân sự mà chưa có việc làm, có thể trong vòng 1 năm kể từ

ngày kết thúc năm tốt nghiệp đó , hoặc trong vòng 1 năm kể từ ngày kết thúc nghĩa vụ quân sự (quân dịch) hoặc kết thúc đào tạo, đóng bảo hiểm với tư cách người thân của bố mẹ hoặc ông bà nội (ngoại).

Nếu đã quá 20 tuổi nhưng vì vẫn đi học tiếp tục đóng bảo hiểm

Quá 20 tuổi, vì tiếp tục đi học và không có nghề nghiệp hoặc không có khả năng mưu sinh, vẫn phải đóng bảo hiểm theo bố mẹ hoặc ông bà nội hoặc ngoại, thì đơn vị đóng bảo hiểm cho người đó phải viết “Đơn khai báo tiếp tục đóng bảo hiểm” vào cuối tháng người đó tròn 20 tuổi, kèm theo 01 bản copy giấy tờ chứng minh gửi đến tổ nghiệp vụ các phân khu của sở y tế mà đơn vị đóng bảo hiểm trực thuộc để làm thủ tục tiếp tục bảo hiểm.

Đơn vị đóng bảo hiểm cần thẩm tra chi tiết giấy tờ chứng nhận nguyên nhân tiếp tục đóng bảo hiểm mà người được bảo hiểm cung cấp, đồng thời lưu lại bản sao của giấy tờ chứng nhận đó để phòng kiểm tra.

2. Vừa làm vừa học

Học sinh có công việc cố định, đóng bảo hiểm y tế thông qua công ty mà họ làm việc.

3. Làm thêm vào dịp nghỉ đông nghỉ hè (chưa đầy 3 tháng)

Nếu bạn làm thêm vào ngày nghỉ đông nghỉ hè, thời gian làm việc chưa đầy 3 tháng, sau khi trường học khai giảng lại trở thành học sinh “bình thường”, thì trong thời gian làm thêm, bạn có thể tiếp tục đóng bảo hiểm với tư cách cũ.

Người có việc làm

Người có việc làm có thể đóng bảo hiểm theo công ty hoặc đoàn thể của mình:

1. Người phụ trách công ty, tổ chức kinh doanh

Nên phải tự thành lập đơn vị đóng bảo hiểm để đóng bảo hiểm; nếu có công việc khác, và công việc đó là chủ yếu, thì có thể đóng bảo hiểm tại công ty hoặc cơ quan của công việc chính đó, không được đóng bảo hiểm với tư cách người phụ trách.

2. Nhân viên của công ty, tổ chức kinh doanh, có chủ thuê cố định

Do chủ thuê đóng bảo hiểm.

3. Có công việc, nhưng không có chủ thuê cố định

Nếu tham gia công đoàn nghề nghiệp, hoặc nông hội, ngư hội hoặc thực tế làm các công việc nông nghiệp, ngư nghiệp, đều do công đoàn, nông hội, ngư hội đóng bảo hiểm.

4. Người đồng thời có hai công việc

Lấy công việc chính (căn cứ vào thời gian thực tế để làm tiêu chuẩn, nếu thời gian giống nhau, thì lại căn cứ vào thu nhập làm tiêu chí lựa chọn) để đóng bảo hiểm.

5. Người bảo lưu công việc nhưng không có lương

Nếu được công ty đóng bảo hiểm cũ đồng ý, có thể tiếp tục đóng bảo hiểm với mức tiền như cũ, do người được bảo hiểm đóng phí bảo hiểm y tế tự chịu cho đơn vị đóng bảo hiểm cho mình. Nhưng nếu đơn vị đó không đồng ý tiếp tục đóng bảo hiểm, thì có thể đóng bảo hiểm theo chồng (vợ) có việc làm hoặc người thân có quan hệ trực huyết. Nếu không có tư cách người thân thì cần đóng bảo hiểm ở cơ quan hành chính nơi đăng ký hộ khẩu.

6. Người đóng bảo hiểm thuộc diện xin nghỉ nuôi con nhỏ bảo lưu công việc nhưng không có lương theo quy định của Luật bình đẳng giới trong công việc

Có thể chọn lựa tiếp tục đóng bảo hiểm tại đơn vị cũ với mức phí cũ, tự chịu phí bảo hiểm y tế, hóa đơn đóng tiền sẽ được cơ quan bảo hiểm y tế gửi tới người được bảo hiểm để đóng, thời gian đóng có thể kéo dài 3 năm. Nếu muốn chuyển, thì có thể theo vợ (chồng) có

nghề nghiệp, đóng bảo hiểm với tư cách người thân. Nếu không có tư cách người thân thì đến đóng tại cơ quan hành chính nơi đăng ký hộ khẩu.

Người không có việc

1. Người không có việc làm nhưng phù hợp tư cách là người thân thì có thể đóng bảo hiểm theo vợ (chồng) có việc làm, hoặc người thân có quan hệ trực huyết.
2. Nếu không có vợ (chồng) hoặc người thân có quan hệ trực huyết để đóng bảo hiểm theo họ thì có thể lấy tư cách là “dân cư trong khu” đến cơ quan hành chính xã, thị trấn, thành phố, khu nơi đăng ký hộ khẩu để xin đóng bảo hiểm.
3. Cựu chiến binh không có nghề nghiệp hoặc đại diện gia quyền của cựu chiến binh có thể xin đóng bảo hiểm tại cơ quan hành chính xã, thị trấn, thành phố, khu nơi đăng ký hộ khẩu để xin đóng bảo hiểm với tư cách “cựu chiến binh”.

Người Hồng Kông, Ma Cao, Trung Quốc hoặc người nước ngoài sống tại Đài Loan

Những người nước ngoài phù hợp với quy định của luật bảo hiểm y tế toàn dân, có chứng nhận cư trú (bao gồm cả người Hồng Kông, Ma Cao, Trung Quốc) thì ngoài trường hợp người được thuê có chủ thuê cố định được tham gia bảo hiểm bắt đầu từ ngày thuê ra, còn lại cần phải có giấy chứng nhận cư trú và ở Đài Loan đủ 6 tháng mới được tham gia bảo hiểm toàn dân (liên tục cư trú ở Đài Loan 6 tháng hoặc từng xuất cảnh 1 lần không quá 30 ngày, thời gian cư trú thực tế của người đó trừ đi số ngày xuất cảnh đạt 6 tháng) Bắt đầu từ ngày 1-12-2017, trẻ sơ sinh có quốc tịch nước ngoài ra đời tại Đài Loan và được cấp giấy tờ chứng nhận cư trú, phải tham gia đóng bảo hiểm y tế từ ngày ra đời; ngoài ra bắt đầu từ ngày 8-2-2018, đối tượng nhân viên người nước ngoài làm công tác chuyên môn; vợ (hoặc chồng), con cái

vị thành niên hoặc con đã tròn 20 tuổi, con bị khuyết tật không thể tự lo liệu cuộc sống của nhân viên đó sau khi đã được cấp giấy tờ chứng nhận cư trú, phải tham gia đóng bảo hiểm y tế theo diện người thân kể từ ngày nhân viên chuyên môn người nước ngoài được cấp giấy tờ chứng nhận cư trú.

1. Học sinh Hoa kiều, học sinh nước ngoài

- (1) Có thể đóng bảo hiểm y tế tại trường học. Trước khi tốt nghiệp, thôi học, nghỉ học để về nước hoặc trước khi xuất cảnh cần làm thủ tục thôi bảo hiểm ở trường học.
- (2) Người sau khi tốt nghiệp, trước khi thời hạn cư trú hết hạn, hoặc đã được Sở Di dân Bộ Nội chính phê chuẩn cho phép gia hạn thời hạn cư trú, phải tới cơ quan hành chính xã (thị trấn, thị xã, khu) tại nơi cư trú làm thủ tục tiếp tục tham gia bảo hiểm y tế toàn dân.

2. Nếu có chủ thuê cố định

Do chủ thuê làm thủ tục đóng bảo hiểm.

3. Người không có công việc nhưng có tư cách người thân, có thể theo chồng (vợ) hoặc người có quan hệ huyết thống trực tiếp để đóng bảo hiểm

Bắt đầu từ lúc cư trú đủ 6 tháng, có thể thông qua đơn vị đóng bảo hiểm của vợ (chồng) hoặc người có quan hệ Huyết thống trực tiếp để đóng bảo hiểm.

4. Người không có công việc, cũng không có người thân để phụ thuộc đóng bảo hiểm

Thì từ lúc cư trú đủ 6 tháng, có thể đóng bảo hiểm tại cơ quan hành chính của nơi cư trú.

5. Người phụ trách công ty

Ngay từ ngày cư trú đủ 6 tháng, có thể đóng bảo hiểm tại công ty.

6. Trẻ sơ sinh có quốc tịch nước ngoài ra đời tại Đà Loan

Theo quy định của khoản 3 điều 9 Luật Bảo hiểm Y tế toàn dân, từ ngày 1-12-2017, mọi trẻ sơ sinh có quốc tịch nước ngoài ra đời tại Đà Loan và đã được cấp giấy tờ chứng nhận cư trú, phải tham gia đóng bảo hiểm từ ngày ra đời.

7. Người thân của nhân viên người nước ngoài được tuyển dụng làm công tác chuyên môn

Phối hợp với “Luật thu hút và tuyển dụng nhân tài chuyên môn người nước ngoài” bắt đầu có hiệu lực vào ngày 8-2-2018, đối tượng nhân viên người nước ngoài được tuyển dụng làm công tác chuyên môn, vợ (hoặc chồng), con cái vị thành niên hoặc con đã tròn 20 tuổi, con bị khuyết tật không thể tự lo liệu cuộc sống của nhân viên đó sau khi đã được cấp giấy tờ chứng nhận cư trú, phải tham gia đóng bảo hiểm y tế theo diện người thân kể từ ngày nhân viên chuyên môn người nước ngoài được cấp giấy tờ chứng nhận cư trú.





Trường hợp đặc biệt

Mất tư cách đóng bảo hiểm

Những người dưới đây không thể đóng bảo hiểm; người đã đóng bảo hiểm, cần phải thôi bảo hiểm:

1. Người mất tích tròn 6 tháng: nếu mất tích vì tai nạn, có thể thôi bảo hiểm từ ngày xảy ra tai nạn.
2. Người qua đời, người bị mất quốc tịch Trung Hoa Dân Quốc, người chuyển hộ tịch ra nước ngoài, người hết hạn thời hạn cư trú (lưu trú) tại Đài Loan.

Khi bảo hiểm bị ngắt quãng, làm sao để khôi phục bảo hiểm?

Nếu như bạn vì nguyên nhân đổi công việc, thay đổi thân phận, địa chỉ... mà bị ngắt quãng bảo hiểm, thì bạn nên nhanh chóng thực hiện thủ tục bổ sung bảo hiểm, nhằm tránh khi khám chữa bệnh có thể bạn phải tự đóng phí khám chữa bệnh trước. Thủ tục bổ sung bảo hiểm như sau:

1. Trong thời gian ngắt quãng bảo hiểm, nếu bạn là nhân viên của công ty, của cơ quan, tổ chức kinh doanh thì cần về đơn vị cũ để bổ sung bảo hiểm.
2. Trong thời gian ngắt quãng bảo hiểm, nếu bạn là hội viên công đoàn, của nông hội hoặc ngư hội, bạn có thể bổ sung bảo hiểm qua các tổ chức này.
3. Trong thời gian ngắt quãng bảo hiểm, nếu bạn không có công việc, nhưng theo luật có thể đóng bảo hiểm thông qua người thân có việc làm, thì cần đến đơn vị đóng bảo hiểm của vợ (chồng) hoặc người thân có quan hệ trực huyết để đóng bảo hiểm với tư cách người thân.
4. Trong thời gian ngắt quãng bảo hiểm, nếu bạn không có công việc, cũng không có chồng (vợ) hoặc người thân trực huyết có thể giúp đóng bảo hiểm theo luật, thì bạn có thể đến đóng bổ sung bảo hiểm tại cơ quan hành chính xã, thị trấn, thành phố, khu vực nơi bạn có hộ khẩu.

Người sống lâu năm ở nước ngoài về nước đóng bảo hiểm

Trường hợp trong vòng 2 năm trước khi về nước không có tư liệu ghi chép đóng bảo hiểm, thì cần phải lập hộ khẩu ở Đài Loan đủ 6 tháng, mới được tham gia bảo hiểm y tế, hưởng sự điều trị của bảo hiểm y tế.

1. Trường hợp đi nước ngoài trong vòng 2 năm, chỉ cần vẫn có hộ khẩu, là có tư cách bảo hiểm y tế, cần đóng bảo hiểm theo quy định.
2. Trường hợp xuất cảnh có hộ khẩu chuyển ra nước ngoài, thời gian thôi đóng bảo hiểm chưa đến 2 năm thì sau khi về nước chỉ cần làm lại hộ khẩu là lập tức được đóng bảo hiểm.
3. Trường hợp xuất cảnh có hộ khẩu chuyển ra nước ngoài, thời gian thôi đóng bảo hiểm đủ 2 năm thì sau khi quay lại Đài Loan cần làm lại hộ khẩu đủ 6 tháng mới được tham gia bảo hiểm y tế.

Trường hợp đối tượng bảo hiểm phải dừng đóng bảo hiểm

1. Trường hợp mất tích chưa đầy 6 tháng

- (1) Do người nhà đại diện điền vào đơn xin ngừng bảo hiểm, bắt đầu ngừng bảo hiểm từ tháng mất tích.
- (2) Giấy tờ chứng nhận: Biên lai của phiếu 3 liên thụ lý vụ án hỗ trợ tìm người mất tích của cục cảnh sát.
- (3) Người được bảo hiểm ngừng bảo hiểm vì mất tích thì người thân vốn đóng bảo hiểm theo người mất tích cần thay đổi đóng bảo hiểm theo tư cách khác.

2. Trường hợp dự định xuất cảnh 6 tháng trở lên, chọn ngừng bảo hiểm. Nhưng trường hợp từng ngừng bảo hiểm vì xuất cảnh, khôi phục bảo hiểm sau khi về nước cần phải đủ 3 tháng mới được ngừng bảo hiểm lần nữa.

- (1) Trường hợp xuất cảnh chưa đủ 6 tháng về nước trước, cần hủy ngừng bảo hiểm và đóng bù chi phí bảo hiểm.
- (2) Người được bảo hiểm thực hiện ngừng bảo hiểm để xuất cảnh, thì người thân đóng bảo hiểm theo người đó cần phải đổi đóng bảo hiểm theo tư cách khác. Nhưng trường hợp được đơn vị đóng bảo hiểm cũ đồng ý, thì người thân của người đó vẫn được tiếp tục đóng bảo hiểm y tế theo đơn vị đóng bảo hiểm cũ.

Lưu ý dành cho người định đi nước ngoài 6 tháng trở lên có nên ngừng tham gia bảo hiểm hay không.

Những người vẫn còn hộ khẩu ở Đài Loan, nếu dự định xuất cảnh 6 tháng trở lên, có thể “tiếp tục tham gia bảo hiểm y tế” hoặc “chọn ngừng bảo hiểm”.

1. Tiếp tục tham gia bảo hiểm y tế

Không cần xin riêng, chỉ cần trong thời gian xuất cảnh tiếp tục đóng phí bảo hiểm thì có thể tiếp tục hưởng thanh toán điều trị y tế của bảo hiểm. Khi chấn thương khẩn cấp, sinh đẻ khẩn cấp không thể biết trước ở nước ngoài, thì có thể xin “Duyệt hoàn trả chi phí điều trị y tế ứng trước” (Tham khảo chương 11 về “Duyệt hoàn trả chi phí điều trị y tế ứng trước”).

Khi bị chấn thương khẩn cấp hoặc sinh đẻ khẩn cấp không thể biết trước ở nước ngoài.

2. Chọn ngừng tham gia bảo hiểm

(1) Cần điền “Đơn xin ngừng bảo hiểm” trình xin trước khi xuất cảnh, trong thời gian xuất cảnh tạm dừng đóng phí bảo hiểm, đồng thời cũng tạm thời dừng thanh toán điều trị y tế của bảo hiểm. Khi bản thân không thể tự xin ngừng bảo hiểm, có thể ủy thác cho bạn bè ở Đà Loan mang giấy chứng minh nhân dân của người ủy thác và người được ủy thác tới để giúp đỡ thực hiện ngừng bảo hiểm. Sở bảo hiểm y tế đã mở đối tượng bảo hiểm loại 6 (tức người thất nghiệp trong khu vực mà đóng bảo hiểm tại Văn phòng ủy ban) có thể sử dụng mã số nhận dạng cá nhân truy cập vào trang “Tác nghiệp phục vụ mạng internet thông tin bảo hiểm y tế cá nhân” thuộc Mạng thông tin toàn cầu của Sở Bảo hiểm Y tế hoặc “Quầy di động” Autotoll APP di động bảo hiểm Y tế toàn dân, hoặc Thực hiện thao tác dừng, khôi phục đóng bảo hiểm trực tuyến.

(2) Trong thời gian ngừng bảo hiểm không cần đóng phí bảo hiểm, sau khi về nước nhớ khôi phục bảo hiểm từ ngay ngày về nước, để khôi phục quyền lợi điều trị y tế của bảo hiểm và nghĩa vụ đóng bảo hiểm. Nhưng nếu bạn xuất cảnh chưa đầy 6 tháng đã về nước thì cần hủy ngừng bảo hiểm, và đóng bù chi phí bảo hiểm của khoảng thời gian từ tháng ngừng bảo hiểm cho tới sau khi về nước.

- (3) Trường hợp trong thời gian cư trú ở nước ngoài mới xin ngừng bảo hiểm, cần lấy ngày đơn xin ngừng bảo hiểm chuyển tới Sở Bảo hiểm Y tế làm ngày xin ngừng bảo hiểm, mà không thể thực hiện ngừng bảo hiểm theo ngày xuất cảnh. Sau khi về nước cũng không thể làm lại thủ tục ngừng bảo hiểm, hoặc yêu cầu hoàn trả chi phí bảo hiểm đã đóng trong thời gian ở nước ngoài.

Ngoài ra, sau khi ngừng bảo hiểm, trong thời gian bạn ở nước ngoài không được làm thủ tục khôi phục bảo hiểm, cũng không được xin duyệt hoàn trả chi phí điều trị y tế, phải đợi sau khi bạn về nước khôi phục bảo hiểm y tế thì mới được hưởng quyền lợi điều trị y tế của bảo hiểm.

- (4) Trường hợp đã xuất cảnh ngừng bảo hiểm, trường hợp bắt đầu từ ngày 1 tháng 1 năm 2013 xuất cảnh lựa chọn dừng bảo hiểm, thì sau khi về nước khôi phục bảo hiểm đủ 3 tháng, mới được tái thực hiện ngừng bảo hiểm.

Làm thủ tục “ngừng đóng bảo hiểm đi nước ngoài” và “khôi phục bảo hiểm sau khi về nước” như thế nào?

Khi làm thủ tục ngừng bảo hiểm, đơn vị đóng bảo hiểm cần điền vào 01 “Đơn khai ngừng bảo hiểm của đối tượng bảo hiểm”, đồng thời kèm các giấy tờ chứng nhận như visa, vé máy bay, gửi lên tổ nghiệp vụ của các chi nhánh thuộc Sở Bảo hiểm Y tế mà đơn vị đóng bảo hiểm trực thuộc để thực hiện ngừng đóng bảo hiểm. Trường hợp gửi đơn xin ngừng đóng bảo hiểm trước khi xuất cảnh sẽ ngừng bảo hiểm từ tháng xuất cảnh, trường hợp thực hiện sau khi xuất cảnh thì ngừng bảo hiểm bắt đầu từ tháng có đơn xin ngừng bảo hiểm được gửi đến Sở bảo hiểm.

Sau khi dừng đóng bảo hiểm, nếu không còn nguyên nhân xin ngừng bảo hiểm, ví dụ như đã về nước thì nên khôi phục bảo hiểm ngay trong ngày về nước, đồng thời trong vòng 3 ngày, đơn vị đóng bảo hiểm của bạn sẽ điền vào 01 “Đơn khai khôi phục bảo hiểm” và chứng minh xuất nhập cảnh nhiều lần (hoặc bản copy toàn bộ hộ chiếu), rồi gửi cho tổ nghiệp vụ của các chi nhánh thuộc Sở Bảo hiểm Y tế mà đơn vị đóng bảo hiểm trực thuộc để thực hiện khôi phục bảo hiểm. Trường hợp cần khôi phục bảo hiểm mà chưa thực hiện, thì sau này sẽ bị truy đóng bù phí bảo hiểm từ ngày nhập cảnh.

Bảo hiểm dành cho người bị giam giữ

Để cải thiện vấn đề điều trị y tế của người bị giam giữ, từ ngày 1/1/2013 đã cho người bị giam giữ ở các cơ quan cải huấn (chỉ người tiếp nhận hình phạt hoặc bị xử phạt bảo đảm an ninh, xử phạt quản lý giáo dục quá 2 tháng ở cơ quan cải huấn) đưa vào bảo hiểm y tế toàn dân., tức người bị giam giữ cần theo luật bị cưỡng chế tham gia bảo hiểm y tế toàn dân. Vì lý do cải huấn tội phạm, người bị giam giữ tại các cơ quan cải huấn bị hạn chế tự do hoạt động. Ngay khi bảo đảm nhân quyền trong điều trị y tế, họ vẫn bị hạn chế nơi khám bệnh và phương thức khám bệnh. Do vậy, người bị giam giữ cần ưu tiên khám điều trị trong cơ quan cải huấn, trường hợp cần chuyển khám chuyên khoa mới thực hiện theo phương thức khám bệnh có bảo vệ.





Nguồn gốc và cách tính phí bảo hiểm

Nguồn gốc tiền khám bệnh bằng thẻ bảo hiểm y tế?

Nguồn chủ yếu của bảo hiểm y tế đến từ thu nhập phí bảo hiểm, mà phí bảo hiểm chủ yếu do dân chúng, chủ thuê và chính phủ cùng chịu. Phí bảo hiểm do Sở Bảo hiểm Y tế thu về giúp đỡ dân chúng chi trả chi phí khám chữa bệnh.

Điều cần nhấn mạnh ở đây là, phí bảo hiểm y tế toàn dân chỉ trả cho chi phí khám bệnh của dân; còn các chi phí hành chính nhân sự, tiền lương nhân viên cần thiết để thực hiện bảo hiểm y tế toàn dân đều do chính phủ chi trả, chứ không sử dụng đến phí bảo hiểm.

Cách tính phí bảo hiểm Phí bảo hiểm thông thường

Đối tượng bảo hiểm loại 1, 2 và 3 thì tính theo số tiền mà họ đóng bảo hiểm, đối tượng bảo hiểm loại 4, 5, 6 thì tính theo bình quân mức phí bảo hiểm nói chung của đối tượng dân chúng loại 1 đến loại 3.

Công thức tính như sau:

Loại 1		Người được bảo hiểm	Số tiền đóng bảo hiểm x Mức phí bảo hiểm x Tỷ lệ chịu x (1+ số người thân trung bình)
		Đơn vị đóng bảo hiểm, chính phủ	Số tiền đóng bảo hiểm x Mức phí bảo hiểm x Tỷ lệ chịu x (1 + số người thân trung bình)
Loại 2, loại 3		Người được bảo hiểm	Số tiền đóng bảo hiểm x Mức phí bảo hiểm x Tỷ lệ chịu x (1 + Số lượng người thân)
		Chính phủ	Số tiền đóng bảo hiểm x Mức phí bảo hiểm x Tỷ lệ chịu x số người thực tế đóng bảo hiểm
Loại 6	Cựu quân nhân, gia quyến cựu quân nhân, đại diện hộ gia đình	Người được bảo hiểm	Mức phí bảo hiểm bình quân x Tỷ lệ chịu x Số lượng người thân
		Chính phủ	Mức phí bảo hiểm bình quân x Tỷ lệ chịu x số người thực tế đóng bảo hiểm
	Dân số khu vực	Người được bảo hiểm	Mức phí bảo hiểm bình quân x Tỷ lệ chịu x (1 + Số lượng người thân)
		Chính phủ	Mức phí bảo hiểm bình quân x Tỷ lệ chịu x số người thực tế đóng bảo hiểm

Giải thích:

1. Tỷ lệ tự chịu : Hãy đối chiếu “Bảng tỷ lệ chịu phí bảo hiểm thông thường của bảo hiểm y tế toàn dân” ở trang sau.
2. Bắt đầu từ 1/2016, mức phí bảo hiểm sẽ là 4,69%
3. Tiền đóng bảo hiểm: hãy đối chiếu "Bảng phân cấp mức đóng bảo hiểm y tế toàn dân" ở trang sau.
4. Số người thân: trường hợp vượt quá 3 người tính là 3 người.

5. Số người thân trung bình: bắt đầu từ ngày 1 tháng 1 năm 2016 thông báo là 0,61 người
6. Bắt đầu từ tháng 1 năm 2016, phí bảo hiểm bình quân loại 4 và 5 là 1.759 Đài tệ, do chính phủ hỗ trợ hoàn toàn.
7. Bắt đầu từ 4/2010, phí bảo hiểm bình quân khu vực loại 6 là 1.249 Đài tệ, tự chịu 60%, chính phủ hỗ trợ 40%. Vì vậy, tiền bảo hiểm mỗi người là 749 Đài tệ/tháng.

Bảng tỷ lệ chịu phí bảo hiểm thông thường của bảo hiểm y tế toàn dân

Loại đối tượng bảo hiểm			Tỷ lệ chịu (%)		
			Người được bảo hiểm	Đơn vị đóng bảo hiểm	Chính phủ
Loại 1	Nhân viên công vụ	Bản thân và người thân	30	70	0
	Lính tình nguyện, nhân viên công chức	Bản thân và người thân	30	70	0
	Giáo viên nhân viên trường tư	Bản thân và người thân	30	35	35
	Người làm thuê có chủ thuê nhất định trong các đơn vị kinh doanh công, tư nhân hoặc tổ chức	Bản thân và người thân	30	60	10
	Chủ thuê	Bản thân và người thân	100	0	0
	Chủ kinh doanh	Bản thân và người thân	100	0	0
	Nhân viên chuyên môn hoặc nhân viên kỹ thuật tự hành nghề	Bản thân và người thân	100	0	0
Loại 2	Hội viên các công đoàn ngành nghề	Bản thân và người thân	60	0	40
	Thuyền viên nước ngoài	Bản thân và người thân	60	0	40
Loại 3	Nông dân, ngư dân, hội viên hội thủy lợi	Bản thân và người thân	30	0	70

Loại đối tượng bảo hiểm			Tỷ lệ chịu (%)		
			Người được bảo hiểm	Đơn vị đóng bảo hiểm	Chính phủ
Loại 4	Lính nghĩa vụ	Bản thân	0	0	100
	Học sinh các trường quân đội, người nhà của quân nhân đã chết, Không có người thân khác trong quân đội phụ thuộc	Bản thân	0	0	100
	Lính thay nghĩa vụ	Bản thân	0	0	100
	Người bị giam giữ	Bản thân	0	0	100
Loại 5	Hộ thu nhập thấp	Thành viên	0	0	100
Loại 6	Cựu chiến binh, đại diện người nhà của cựu chiến binh đã chết	Bản thân	0	0	100
		Người thân	30	0	70
	Dân số khu vực	Bản thân và người thân	60	0	40

Bảng phân cấp mức đóng bảo hiểm y tế toàn dân

Khoảng cách cấp nhóm	Cấp đóng bảo hiểm	Mức phải chịu bảo hiểm hàng tháng (Đài tệ)	Tiền lương thực tế hàng tháng (Đài tệ)	Khoảng cách cấp nhóm	Cấp đóng bảo hiểm	Mức phải chịu bảo hiểm hàng tháng (Đài tệ)	Tiền lương thực tế hàng tháng (Đài tệ)
Nhóm 1 Các cấp chênh nhau 900 Đài tệ	1	23,100	23,100 trở xuống	Nhóm 6	22	60,800	57,801-60,800
				Các cấp chênh nhau 3,000 Đài tệ	23	63,800	60,801-63,800
					24	66,800	63,801-66,800
					25	69,800	66,801-69,800
					26	72,800	69,801-72,800

Khoảng cách cấp nhóm	Cấp đóng bảo hiểm	Mức phải chịu bảo hiểm hàng tháng (Đài tệ)	Tiền lương thực tế hàng tháng (Đài tệ)	Khoảng cách cấp nhóm	Cấp đóng bảo hiểm	Mức phải chịu bảo hiểm hàng tháng (Đài tệ)	Tiền lương thực tế hàng tháng (Đài tệ)
Nhóm 2 Các cấp chênh nhau 1,200 Đài tệ	2	24,000	23,101-24,000	Nhóm 7 Các cấp chênh nhau 3,700 Đài tệ	27	76,500	72,801-76,500
	3	25,200	24,001-25,200		28	80,200	76,501-80,200
	4	26,400	25,201-26,400		29	83,900	80,201-83,900
	5	27,600	26,401-27,600		30	87,600	83,901-87,600
	6	28,800	27,601-28,800		Nhóm 8 Các cấp chênh nhau 4,500 Đài tệ	31	92,100
Nhóm 3 Các cấp chênh nhau 1,500 Đài tệ	7	30,300	28,801-30,300	32		96,600	92,101-96,600
	8	31,800	30,301-31,800	33		101,100	96,601-101,100
	9	33,300	31,801-33,300	34		105,600	101,101-105,600
	10	34,800	33,301-34,800	35		110,100	105,601-110,100
	11	36,300	34,801-36,300	36	115,500	110,101-115,500	
Nhóm 4 Các cấp chênh nhau 1,900 Đài tệ	12	38,200	36,301-38,200	Nhóm 9 Các cấp chênh nhau 5,400 Đài tệ	37	120,900	115,501-120,900
	13	40,100	38,201-40,100		38	126,300	120,901-126,300
	14	42,000	40,101-42,000		39	131,700	126,301-131,700
	15	43,900	42,001-43,900		40	137,100	131,701-137,100
	16	45,800	43,901-45,800		41	142,500	137,101-142,500
Nhóm 5 Các cấp chênh nhau 2,400 Đài tệ	17	48,200	45,801-48,200	Nhóm 10 Các cấp chênh nhau 6,400 Đài tệ	42	147,900	142,501-147,900
	18	50,600	48,201-50,600		43	150,000	147,901-150,000
	19	53,000	50,601-53,000		44	156,400	150,001-156,400
	20	55,400	53,001-55,400		45	162,800	156,401-162,800
	21	57,800	55,401-57,800		46	169,200	162,801-169,200
					47	175,600	169,201-175,600
				48	182,000	175,601 trở lên	

Có hiệu lực từ ngày 1 tháng 1 năm 2019

Nguyên tắc tính phí bảo hiểm thông thường

1. Phí bảo hiểm áp dụng nguyên tắc tính phí theo tháng, vào tháng bắt đầu tham gia bảo hiểm phải nộp đủ số tiền bảo hiểm cả tháng, và được miễn nộp tiền bảo hiểm của tháng ngừng tham gia bảo hiểm.

2. Vào tháng chuyển đến, nếu không có dữ liệu ghi chép xác nhận (của nơi chuyển đi), thì phải tính và thu đủ số tiền bảo hiểm cả tháng của người được bảo hiểm theo đơn vị chuyển đến.
3. Bất kể là chuyển đến hay chuyển đi có trong cùng một tháng hay không, thì vào tháng làm thủ tục chuyển đi, ngoài trường hợp chuyển đi vào ngày cuối cùng trong tháng, ngoài ra không cần phải tính và thu phí bảo hiểm của tháng chuyển đi tại đơn vị tham gia đóng bảo hiểm cũ.
4. Người chuyển công tác vào ngày cuối cùng của tháng, trừ khi đơn vị đóng bảo hiểm cũ đặc biệt ghi chú người chuyển công tác chưa nhận được toàn bộ lương của tháng đó, nếu không ngày có hiệu lực sẽ là ngày mùng 1 của tháng tiếp theo, sổ bảo hiểm vẫn sẽ thu của công ty đóng bảo hiểm cũ toàn bộ phí bảo hiểm của bạn trong tháng đó. (Ví dụ: nếu chuyển ngày 30/11, ngày có hiệu lực sẽ là 1/12, nhưng vẫn thu phí bảo hiểm cả tháng 11 của đơn vị đóng bảo hiểm cũ)

Ví dụ về cách tính phí bảo hiểm thông thường

Ví dụ 1: Trương Tam làm việc tại công ty A, tiền lương thực tế là 35.000 Đài tệ, bà vợ là chủ gia đình, 3 đứa con đang đi học.

Giải thích:

1. Toàn gia đình Trương Tam đều đóng bảo hiểm tại công ty A, mặc dù có 4 người, nhưng hiện tại số nhân khẩu được tính phí bảo hiểm giới hạn là 3 người, cho nên có 1 người trong gia đình miễn tính phí.
2. Theo mức lương của Trương Tam, tiền đóng bảo hiểm sẽ là 36.300 Đài tệ (Thích hợp với cấp 12 trong bảng phân cấp tiền đóng bảo hiểm).
3. Phí bảo hiểm Trương Tam tự chịu mỗi tháng:

$36.300 \text{ Đài tệ} \times 4,69\% \times 30\%$ (làm tròn số tiền theo nguyên tắc số thập phân 4 bớt 5 nhập) $\times(1+3)= 2.044 \text{ Đài tệ}$.

4. Tiền bảo hiểm công ty A trả cho Trương Tam mỗi tháng là :

$36.300 \text{ Đài tệ} \times 4,69\% \times 60\% \times(1+0,61)$ (làm tròn số tiền theo nguyên tắc số thập phân 4 bớt 5 nhập) $=1.645 \text{ Đài tệ}$.

5. Tiền bảo hiểm chính phủ hỗ trợ cho Trương Tam mỗi tháng theo luật bảo hiểm Y tế:

$36.300 \text{ Đài tệ} \times 4,69\% \times 10\% \times(1+0,61)$ (làm tròn số tiền theo nguyên tắc số thập phân 4 bớt 5 nhập) $= 274 \text{ Đài tệ}$.

Ghi chú :

- Giải thích 2 điểm 4 và 5: 0,61 trong công thức tính là số người thân bình quân.
- Bắt đầu từ 1/2016, mức phí bảo hiểm bình thường sẽ là 4,69%

Ví dụ 2: Lý Tư và vợ đóng bảo hiểm ở cơ quan hành chính của nơi đăng ký hộ khẩu.

Giải thích:

1. Phí bảo hiểm cần tự trả mỗi tháng của Lý Tư là:

$1.249 \text{ Đài tệ} \times 60\%$ (làm tròn số tiền theo nguyên tắc số thập phân 4 bớt 5 nhập) $\times(1+1)= 1.498 \text{ Đài tệ}$.

2. Phí bảo hiểm chính phủ hỗ trợ cho Lý Tư hàng tháng là:

$1.249 \text{ Đài tệ} \times 40\%$ (làm tròn số tiền theo nguyên tắc số thập phân 4 bớt 5 nhập) $\times(1+1)= 1.000 \text{ Đài tệ}$.

Phí bảo hiểm bổ sung

Nguyên tắc tính phí bảo hiểm bổ sung

1. Khi người dân có 6 mục thuế hoặc thu nhập dưới đây, theo tỉ lệ phí

của phí bảo hiểm bổ sung (hiện tại là 1,91%), do đơn vị chi trả lấy nguồn thu hoặc thu nhập nhân với mức phí, sẽ khấu trừ theo ban đầu và đóng phí bảo hiểm bổ sung.

Hạng mục	Giải thích	Mã hiệu thuế thu nhập (2 số đầu)
Tiền thưởng tích lũy cả năm vượt quá 4 lần số tiền đóng bảo hiểm	Tiền thưởng trong thu nhập tiền lương chi trả cho người được bảo hiểm, chưa liệt kê tính tiền đóng bảo hiểm (tiền thưởng cuối năm, tiền ngày lễ, cô tức...), tích lũy vượt quá 4 lần tiền đóng bảo hiểm của tháng đó.	50
Nguồn thu nhập tiền lương làm thêm	Thu nhập tiền lương chi trả cho nhân viên kiêm nhiệm (không đóng bảo hiểm y tế ở đơn vị này)	50
Thu nhập từ thực hiện nghiệp vụ	Thu nhập thực hiện nghiệp vụ chi trả cho dân chúng (không khấu trừ chi phí cần thiết hoặc giá thành)	9A 9B
Nguồn thu cổ tức	Tổng giá trị cổ tức mà công ty chi trả cho cổ đông (khoản lợi tức ròng + khoản thuế khấu trừ).	54
Nguồn thu lợi tức	Lãi chi trả cho công trái nhận dân, nợ công ty, trái phiếu tiền tệ, các loại hồi phiếu ngắn hạn, tiền tiết kiệm và các khoản cho vay khác.	5A 5B 5C 52
Thu nhập từ tiền thuê	Tiền thuê mà cơ quan, đoàn thể, công ty.. chi trả cho dân chúng (chưa khấu trừ tiêu hao và chi phí tất yếu)	51

2. Phí bảo hiểm bổ sung áp dụng cách khấu trừ khi phát sinh nguồn thu nhập, sẽ được khấu trừ vào mỗi lần chi trả cho người có nghĩa vụ đóng, phí bảo hiểm bổ sung mà mỗi một đối tượng bảo hiểm bị khấu trừ là tính theo từng người và theo từng lần, mà không thực hiện kết toán.

Ví dụ tính phí bảo hiểm bổ sung

[Thu nhập lợi tức]

- Ví dụ: Ông Phó có mấy khoản tiền tiết kiệm ở ngân hàng B, trong đó có 3 khoản tiền đến hạn 20/6/2017 với số tiền lợi tức được chi trả là 1.500 Đài tệ, 25.000 Đài tệ, 1.800 Đài tệ. Ngân hàng B khấu trừ phí bảo hiểm bổ sung của ông Phó như thế nào?

- Cách tính: Phí bảo hiểm bổ sung = 25.000 Đạì tặ × 1,91% (làm tròn số tiền theo nguyên tắc số thập phân 4 bót 5 nhập) = 478 Đạì tặ
- Giải thích: Căn cứ vào số tiền lãi của từng phiếu tiết kiệm khác nhau, lần lượt tính phí bảo hiểm bổ sung. Do 2 khoản thu nhập lợi tức là 1.500 Đạì tặ và 1.800 Đạì tặ chưa đạt tới mức khấu trừ tối thiểu 20.000 Đạì tặ, nên miễn khấu trừ phí bảo hiểm bổ sung. Ngân hàng B cần nộp cho Sở Bảo hiểm Y tế phí bảo hiểm bổ sung của ông Phó trước 31/7/2017.

[Tiền thưởng]

- Ví dụ: Ông Vương là kỹ sư phần mềm vi tính, được công ty C thuê, số tiền đóng bảo hiểm tháng là 150.000 Đạì tặ. 2/2017 được lĩnh số tiền thưởng cuối năm là 45 vạn Đạì tặ, khi đến tháng 10 lĩnh tiếp cổ tức là 600.000 Đạì tặ.
- Cách tính: Phí bảo hiểm bổ sung = 450.000 Đạì tặ × 1,91% = 8.595 Đạì tặ
- Giải thích: Tiền thưởng tích lũy tháng 2 của ông Vương là 45 vạn, chưa vượt quá 600.000 Đạì tặ tức 4 lần tiền đóng bảo hiểm tháng đó (150.000 Đạì tặ × 4). Do đó không cần khấu trừ phí bảo hiểm bổ sung. Vào tháng 10 lĩnh số tiền cổ tức 600.000 Đạì tặ, tiền thưởng tích lũy tổng cộng là 1.050.000 Đạì tặ vượt quá 4 lần tiền đóng bảo hiểm là 45 vạn Đạì tặ (1.050.000 Đạì tặ - 600.000 Đạì tặ). Khi công ty B chi trả tiền thưởng vào tháng 10, cần khấu trừ phí bảo hiểm bổ sung là 8.595 Đạì tặ trước, cách tính cụ thể như biểu sau:

Ngày chi trả	Hạng mục tiền thưởng	Tiền đóng bảo hiểm tháng đó (A)	Gấp 4 lần tiền đóng bảo hiểm (B=A×4)	Giá trị tiền thưởng lần đó (C)	Giá trị tiền thưởng tích lũy (D)	Tiền thưởng tích lũy vượt quá 4 lần tiền đóng bảo hiểm (E=D-B)	Số phí bảo hiểm bổ sung cơ bản (F) Min (C,E)	Giá trị tiền bảo hiểm bổ sung (G = F * 1,91%)
1/2/2017	Tiền thưởng cuối năm	150.000	600.000	450.000	450.000	-150.000	0	0

1/10/ 2017	Tiền thưởng cổ tức	150.000	600.000	600.000	1.050.000	450.000	450.000	8.595
Tổng					1.050.000			8.595

Ghi chú : Bắt đầu từ 1/2016, phí bảo hiểm bổ sung sẽ là 1,91%

3. Hạng mục tính bảo hiểm bổ sung cá nhân và giới hạn tối đa, tối thiểu^{Ghi chú1}

Hạng mục tính phí	Giới hạn tối thiểu	Giới hạn tối đa
Tiền thưởng tích lũy cả năm vượt quá 4 lần tiền đóng bảo hiểm tháng đó	Không	Sau khi tiền thưởng tích lũy vượt quá 4 lần tiền đóng bảo hiểm tháng đó, phần vượt quá lấy giới hạn mỗi lần là 10.000.000 Đài tệ.
Thu nhập tiền lương làm thêm	Số tiền chi trả 1 lần đạt mức thu nhập tiền lương bằng mức lương cơ bản do cơ quan chủ quản về lao động cấp trung ương công bố	Chi trả mỗi lần giới hạn là 10.000.000 Đài tệ
Thu nhập thực hiện nghiệp vụ ^{Ghi chú2}	Chi trả mỗi lần đạt 20.000 Đài tệ ^{Ghi chú3}	
Thu nhập cổ tức ^{Ghi chú2}	<ol style="list-style-type: none"> Người đóng bảo hiểm với tư cách là chủ thuê hoặc người tự kinh doanh: số tiền chi trả 1 lần vượt quá mức phải chịu phí bảo hiểm đạt 20.000 Đài tệ^{Ghi chú3} Người đóng bảo hiểm không phải là chủ thuê hoặc người tự kinh doanh: số tiền chi trả 1 lần đạt 20.000 Đài tệ^{Ghi chú3} 	<ol style="list-style-type: none"> Người đóng bảo hiểm với tư cách là chủ thuê hoặc người tự kinh doanh: số tiền chi trả 1 lần vượt quá mức phải chịu phí bảo hiểm tối đa là 10.000.000 Đài tệ. Người đóng bảo hiểm không phải là chủ thuê hoặc người tự kinh doanh: số tiền chi trả 1 lần tối đa là 10.000.000 Đài tệ.
Thu nhập lợi tức ^{Ghi chú2}	Chi trả mỗi lần đạt 20.000 Đài tệ ^{Ghi chú3}	Chi trả mỗi lần giới hạn là 10.000.000 Đài tệ
Thu nhập từ tiền thuê ^{Ghi chú2}	Mỗi lần chi trả đạt 20.000 Đài tệ ^{Ghi chú3}	Chi trả mỗi lần giới hạn là 10.000.000 Đài tệ

Ghi chú:

- (1) Khi khoản thu hoặc thu nhập tính phí của phí bảo hiểm bổ sung cá nhân đạt mức giới hạn tối thiểu, tính phí bảo hiểm bổ sung toàn bộ. Khi vượt quá giới hạn tối đa, thì tính theo mức giới hạn tối đa.

- (2) Bắt đầu từ ngày 1 tháng 1 năm 2015, đối với thành viên của hộ gia đình có mức thu nhập trung bình thấp, người già có mức thu nhập trung bình thấp, thanh thiếu niên thuộc nhóm cộng đồng yếu thế được trợ cấp sinh hoạt, người được lĩnh trợ cấp sinh hoạt dành cho người khuyết tật, người được hỗ trợ do gia đình đặc biệt khó khăn và những trường hợp kinh tế khó khăn phù hợp với Điều 100 của Luật bảo hiểm y tế toàn dân (dưới đây gọi tắt là Luật bảo hiểm y tế); khoản được chi trả 1 lần chưa đạt tới mức lương cơ bản (hiện tại là 20.008 Đài tệ) theo công bố của cơ quan chủ quản lao động cấp Trung ương bao gồm thu nhập thực hiện nghiệp vụ, thu nhập cố tức, thu nhập lợi tức hoặc thu nhập từ khoản cho thuê, thì không cần phải khấu trừ phí bảo hiểm bổ sung.
- (3) Bắt đầu điều chỉnh từ ngày 1 tháng 1 năm 2016.

4. Đối tượng miễn trừ phí bảo hiểm bổ sung

Khi chi trả thu nhập, người dân nếu có các giấy tờ chứng nhận dưới đây thì có thể miễn khấu trừ phí bảo hiểm bổ sung.

Đối tượng miễn khấu trừ	Hạng mục miễn khấu trừ phí	Giấy tờ chứng nhận
Không có tư cách đóng bảo hiểm	(1) Tiền thưởng vượt quá 4 lần tiền đóng bảo hiểm tháng đó	Sau khi người không có tư cách đóng bảo hiểm chủ động thông báo, người có nghĩa vụ khấu trừ phí sẽ xác nhận với Sở Bảo hiểm Y tế.
Đối tượng bảo hiểm thuộc hộ thu nhập thấp loại 5 của bảo hiểm y tế toàn dân	(2) Thu nhập tiền lương không phải do đơn vị đóng bảo hiểm chi trả (3) Thu nhập do thực hiện nghĩa vụ (4) Thu nhập cố tức (5) Thu nhập lợi tức (6) Thu nhập từ tiền thuê	Giấy chứng nhận hộ thu nhập thấp còn hiệu lực do cơ quan chính sách xã hội cấp trong thời gian chi trả thu nhập.
Người được bảo hiểm loại 2	Thu nhập tiền lương không do đơn vị đóng bảo hiểm chi trả	Chứng nhận đang bảo hiểm hoặc chứng nhận đóng phí do công đoàn ngành nghề cung cấp trong thời gian chi trả thu nhập.

Đối tượng miễn khấu trừ	Hạng mục miễn khấu trừ phí	Giấy tờ chứng nhận
Người có ngành nghề chuyên môn và nhân viên kỹ thuật, người tự hành nghề hoặc người tự kinh doanh và đã đóng bảo hiểm ở công đoàn ngành nghề (lấy thu nhập thực hiện nghiệp vụ làm tiền đóng bảo hiểm)	Thu nhập thực hiện nghiệp vụ	<p>Thời gian chi trả thu nhập:</p> <p>a. Người tham gia bảo hiểm y tế với tư cách nhân viên kỹ thuật ngành nghề chuyên môn: chứng nhận đang đóng bảo hiểm do đơn vị đóng bảo hiểm cấp.</p> <p>b. Người đóng bảo hiểm ở công đoàn: Chứng nhận đang bảo hiểm hoặc chứng nhận đóng phí do công đoàn ngành nghề cấp.</p>
Nhi đồng và thiếu niên	Không phải là thu nhập tiền lương do đơn vị đóng bảo hiểm chi trả, thời gian chi trả từ 1/1/2013 đến ngày 31/8/2014, số tiền chi trả 1 lần chưa đạt mức lương cơ bản.	Giấy chứng minh nhân dân.
Người khuyết tật có mức lương đóng bảo hiểm lao động chưa đạt mức lương cơ bản		<p>Trong thời gian chi trả tiền, cơ quan hành chính - xã hội thẩm định và cấp phát sổ tay hoặc giấy chứng nhận dành cho người khuyết tật về cơ thể và tâm lý còn thời hạn sử dụng và hồ sơ chứng minh bảo hiểm lao động</p>
Học sinh học tập trong nước không có công việc toàn thời gian theo học tại các trường cao đẳng; theo học lớp cử nhân hoặc nghiên cứu sinh lớp thạc sĩ, lớp tiến sĩ tại các trường đại học.		



Đối tượng miễn khấu trừ	Hạng mục miễn khấu trừ phí	Giấy tờ chứng nhận
Hộ thu nhập trung bình thấp	(1) Không phải là thu nhập tiền lương do đơn vị đóng bảo hiểm chi trả, thời gian chi trả từ 1/1/2013 đến ngày 31/8/2014, số tiền chi trả 1 lần chưa đạt mức lương cơ bản.	Giấy chứng nhận hộ thu nhập trung bình thấp còn hiệu lực do cơ quan chính sách xã hội xác nhận trong thời gian chi trả thu nhập.
Người kinh tế khó khăn phù hợp với điều 100 luật bảo hiểm y tế		Trong thời gian chi trả thu nhập, người bảo hiểm trình giấy tờ chứng nhận người kinh tế khó khăn trong thời gian có hiệu lực.
Người già thu nhập trung bình thấp	(2) Nếu thời gian chi trả vào sau ngày 1/1/2015 và số tiền chi trả 1 lần chưa đạt mức lương cơ bản thuộc các mục sau:	
Nhận phí hỗ trợ sinh hoạt dành cho người tàn tật	1. Thu nhập thực hiện nghiệp vụ	
Thanh thiếu niên thuộc nhóm cộng đồng yếu thế được trợ cấp sinh hoạt	2. Thu nhập cố tức	
	3. Thu nhập lợi tức	
	4. Thu nhập từ tiền cho thuê	Giấy xác nhận tư cách thẩm duyệt do cơ quan chính sách xã hội cấp trong thời gian chi trả thu nhập.
Người được hỗ trợ do gia đình đặc biệt khó khăn	Nếu thời gian chi trả vào sau ngày 1/1/2015 và số tiền chi trả 1 lần chưa đạt mức lương cơ bản thuộc các mục sau:	
	1. Thu nhập thực hiện nghiệp vụ	
	2. Thu nhập cố tức	
	3. Thu nhập lợi tức	
	4. Thu nhập từ tiền cho thuê	

5. Phí bảo hiểm bổ sung của chủ thuê (đơn vị đóng bảo hiểm)

(Tổng thu nhập tiền lương chi trả hàng tháng của đơn vị bảo hiểm – tổng mức đóng bảo hiểm hàng tháng của nhân viên được thuê) x 1,91%

- Không lập giới hạn tối đa
- Chủ lao động sau khi tự tính toán hàng tháng sẽ nộp cùng với phí bảo hiểm thông thường.



Cách thức nộp phí bảo hiểm

Nếu còn thắc mắc về cách tính phí bảo hiểm thì có thể hỏi ở đâu?

Trên phiếu thông báo nộp tiền mà Sở Bảo hiểm Y tế gửi cho bạn hoặc cho công ty, có in điện thoại liên lạc của nhân viên phụ trách nghiệp vụ, nếu bạn vẫn có thắc mắc đối với cách tính phí bảo hiểm, có thể gọi điện trực tiếp cho nhân viên phụ trách này của Sở Bảo hiểm Y tế, đề nghị nhân viên đó hỗ trợ xử lý.

Nộp phí bảo hiểm, vừa hỗ trợ lẫn nhau vừa tiết kiệm tiền thuế

Theo quy định của điều 17 luật thuế thu nhập, việc khấu trừ các khoản phí bảo hiểm y tế không bị hạn chế bởi số tiền; điều đó có nghĩa là khi người dân thực hiện kết toán khai báo thuế thu nhập tổng hợp, nếu chọn lựa áp dụng khoản khấu trừ, thì khoản khấu trừ liệt kê trong phí bảo hiểm đó có thể chia thành hai khoản:

1. Chi phí bảo hiểm y tế

Đối với bản thân, vợ (chồng) và người thân có quan hệ trực huyết được nuôi dưỡng thì tiền phí bảo hiểm năm mà mỗi người cần đóng đều có thể khai báo khoản khấu trừ, không hạn chế về mức tiền, có nghĩa là số tiền đóng bảo hiểm y tế thông thường càng nhiều, thì khi báo thuế sẽ được khấu càng nhiều, và tiền thuế thu nhập sẽ đóng càng ít.

2. Khoản chi phí bảo hiểm khác

Bao gồm bảo hiểm nhân thọ, bảo hiểm bị thương, bảo hiểm năm, bảo hiểm lao động, bảo hiểm nghề nghiệp, bảo hiểm nông nghiệp, bảo hiểm quân đội công chức và giáo dục, khoản tiền khấu trừ có thể bảo khai báo cả năm của mỗi người đều hạn chế mức tối đa.

Cách xin Giấy xác nhận đã đóng bảo hiểm y tế

1. Giấy xác nhận đã đóng Bảo hiểm y tế, ngoại trừ có thể làm thủ tục với (tổ chức) công ty hoặc các hội (Hội ngư dân, Hội nông dân, Hội thủy lợi) hoặc làm thủ tục xin giấy chứng nhận khấu trừ phí bảo hiểm bổ sung với các đơn vị đã khấu trừ phí bảo hiểm bổ sung, bạn có thể thông qua các phương thức sau, tra cứu và xin giấy xác nhận đã đóng bảo hiểm của năm trước:

- (1) Thông qua mạng thông tin toàn cầu của Sở Bảo hiểm Y tế, dùng mã số nhận dạng cá nhân hoặc thẻ Bảo hiểm, để tra cứu và tải thông tin về.
- (2) Mang theo bản chính CMND, đến cơ quan hành chính xã (thị trấn, thị xã, khu) nơi đóng bảo hiểm tổ nghiệp vụ thuộc các phân khu hoặc văn phòng liên lạc của Sở Bảo hiểm Y tế để tra cứu và xin xác nhận.
- (3) Sử dụng mã số nhận dạng cá nhân của Trạm thông tin đa phương tiện tại các cửa hàng tiện lợi để tra cứu và tải thông tin về.

2. Tháng 5 hàng năm vào thời điểm khai báo thuế thu nhập tổng hợp, các điểm kiểm thu thuế, chi nhánh cục thuế tại toàn quốc đều có thể kiểm tra thông tin bảo hiểm; đồng thời sử dụng mã số nhận dạng cá nhân hoặc thẻ bảo hiểm y tế, thông qua chương trình phần mềm kết toán khai báo thuế thu nhập tổng hợp điện tử, kiểm tra số tiền bảo hiểm đã đóng.

Cách thức đóng phí bảo hiểm

Phí bảo hiểm thông thường

Bạn có thể chọn cách thuận tiện nhất đối với bạn dưới đây để đóng bảo hiểm:

1. Chuyển khoản đóng tiền qua tổ chức tài chính

Bạn có thể đến công ty tài chính mà sở bảo hiểm ủy thác để mở tài khoản tự động chuyển khoản nộp phí.

2. Nộp phí tại quầy

Bạn có thể mang hóa đơn nộp phí bảo hiểm đến tổ chức tài chính mà Sở Bảo hiểm ủy thác để đóng phí trực tiếp. Hãy hỏi nhân viên đứng quầy tại điểm phục vụ của Sở Bảo hiểm Y tế để xác nhận cơ quan phát hành thẻ tín dụng có thể sử dụng.

3. Đóng phí tại các cửa hàng tiện ích (tự chịu phí thủ tục)

Bạn có thể mang hóa đơn nộp phí bảo hiểm tới bất kỳ cửa hàng tiện ích nào như 7-11, Family Mart, Hi life và OK (số tiền nộp tối đa là 20.000 Đài tệ).

4. Đóng phí bằng chuyển khoản qua máy ATM (tự chịu phí thủ tục nếu khác ngân hàng).

Bạn có thể chuyển khoản qua máy ATM có dán ký hiệu nhận chuyển khoản tự động giữa các ngân hàng.

5. Nộp phí qua mạng (tự chịu phí thủ tục)

(1) Dịch vụ nộp phí qua mạng di động

Thông qua giao diện “Dịch vụ internet thông tin Bảo hiểm Y tế cá nhân” trên website của Sở Bảo hiểm Y tế, “Chuyên trang nộp phí Bảo hiểm Y tế toàn dân” và “APP di động bảo hiểm y tế toàn dân nhanh chóng” – “quầy dịch vụ di động”, hoặc sử dụng thiết bị di động quét mã QR-Code trên phiếu nộp tiền, kết nối với “Chuyên trang nộp phí Bảo hiểm Y tế toàn dân”, để nộp tiền bằng tài khoản tiền gửi tiền mặt hoặc thẻ tín dụng, chỉ có thể nộp phí bảo hiểm cho chủ thẻ hoặc chủ tài khoản.

- (2) Đăng nhập mạng nộp phí toàn quốc <https://ebill.ba.org.tw> chọn “Phí bảo hiểm”, theo hướng dẫn mà sử dụng tài khoản tiền gửi tiền mặt (chỉ có thể nộp phí của chủ tài khoản) hoặc sử dụng thẻ rút tiền có con chip để nộp phí.
- (3) Đăng nhập trang web Ngân hàng Đài Loan (địa chỉ <https://ebank.bot.com.tw>) chọn ATM qua mạng, sử dụng thẻ rút tiền có con chip, chọn “nộp các loại thuế phí thẻ/ thẻ bảo hiểm”, nhập thông tin theo hướng dẫn, là có thể hoàn thành nộp phí.

Khuyến bạn nên tận dụng đặt chế độ chuyển khoản đóng phí tự động từ tài khoản, để vừa tiết kiệm thời gian, vừa không bị nộp thêm tiền phạt do quên nộp phí bảo hiểm.

Khi quên đóng tiền hoặc số tiền còn dư trong tài khoản chuyển khoản bị thiếu thì làm thế nào?

(Cách tính “nộp quá hạn” và “tiền nộp chậm”)

Sau khi giao dịch xin tự động chuyển khoản để nộp phí bảo hiểm y tế bắt đầu có hiệu lực, cơ quan tài chính được ủy quyền sẽ tiến hành khấu trừ cố định vào ngày 15 hàng tháng (là thời hạn ân hạn nộp phí bảo hiểm); nếu số dư trong tài khoản của bạn không đủ, cơ quan tài chính sẽ không tiến hành khấu trừ lại một lần nữa, mà sẽ do Sở Bảo hiểm Y tế gửi đến nhà bạn phiếu thông báo nộp tiền do chuyển khoản không thành công, khi đó bạn phải cầm phiếu thông báo nộp tiền này

đi nộp tiền bằng các cách thức khác. Do vậy vào trước ngày 15 hàng tháng bạn nhất định phải lưu ý số tiền trong tài khoản phải có đủ, để có thể khấu nộp thuận lợi.

Bất kể bạn chọn phương thức nộp tiền nào, nếu nộp tiền bảo hiểm khi đã quá thời hạn ngày nộp cuối cùng (thời hạn nộp bảo hiểm hàng tháng là vào ngày 15 tháng sau), thì bắt đầu từ ngày hôm sau của hạn nộp cuối cùng (tức từ ngày 16 tháng sau của tháng phải đóng bảo hiểm) cho tới 1 ngày trước ngày hoàn thành nộp tiền, cứ quá 1 ngày Sở Bảo hiểm Y tế sẽ truy thu thêm khoản tiền phạt nộp chậm bằng 1% của số tiền bảo hiểm phải nộp. Số tiền nộp chậm truy thu của đơn vị phụ trách đóng bảo hiểm và người có nghĩa vụ nộp bảo hiểm tối đa là 15% của số tiền bảo hiểm phải nộp, số tiền nộp chậm truy thu của đối tượng bảo hiểm tối đa bằng 5% số tiền bảo hiểm phải nộp.





Dịch vụ điều trị y tế do bảo hiểm y tế cung cấp

Khám và chuyển khám

Khi khám bệnh bằng thẻ bảo hiểm, Sở Bảo hiểm Y tế sẽ giúp bạn chi phần lớn tiền khám bệnh và tiền thuốc, bạn chỉ cần trả một phần chi phí là đủ (nội dung chi tiết hãy đọc “Phần tự chịu phí khám bệnh cơ bản” và “Phần tự chịu phí thuốc khám”, xin tham khảo chương 7).

1. Đến khám bệnh tại các phòng khám, khi cần thiết có thể chuyển khám tại các bệnh viện:

Để bệnh viện các cấp có thể cung cấp cho bạn dịch vụ thích hợp nhất, mời một bác sĩ đáng tin cậy ở nơi gần nhà làm bác sĩ gia đình của bạn, để khi bị bệnh vị bác sĩ này sẽ tới chăm sóc cho bạn. Nếu cần kiểm tra kỹ hơn, mổ hoặc nằm viện, phòng khám sẽ giúp bạn chuyển đến bệnh viện.

Cách làm này có ưu điểm, một mặt bạn có thể có được bệnh án hoàn chỉnh của bác sĩ phòng khám, được hưởng dịch vụ điều trị y tế chuyên nghiệp; mặt khác có thể giảm bớt tiền bạc và thời gian bạn tìm bác sĩ ở khắp nơi.

2. Không chuyển khám trực tiếp đến bệnh viện khám bệnh, phải chi trả chi phí nhiều hơn

Bắt đầu từ ngày 15 tháng 4 năm 2017, Bạn đến khám bệnh tại Phòng khám cấp cơ sở, chi phí cơ bản khám ngoại trú giữ 50 Đài tệ không đổi. Sau khi chuyển khám đến Trung tâm y tế, chi phí tại bệnh viện vùng điều chỉnh giảm 40 Đài tệ; Trung tâm Y tế từ 210 Đài tệ giảm đến 170 Đài tệ, bệnh viện vùng từ 140 Đài tệ giảm đến 100 Đài tệ. Nếu được bác sĩ chẩn đoán vì nhu cầu bệnh tật, có thể mang phiếu chuyển khám mà bác sĩ đã kê chuyển đến khám tại phòng khám cấp cơ sở, bệnh viện khu vực, bệnh viện vùng hoặc trung tâm y học, để thực hiện điều trị sâu hơn. Sau khi đi khám bằng phiếu chuyển khám, bệnh tình chuyển khám được bác sĩ xác nhận cần phải tiếp tục khám điều trị, thì trong vòng 1 tháng kể từ ngày chuyển khám quay lại khám không quá 4 lần, thì tại lần quay lại khám đầu tiên trong vòng 1 tháng sau khi phẫu thuật ngoại trú, phẫu thuật cấp cứu tại bệnh viện hoặc sau khi bệnh nhân nội trú xuất viện, và tại lần quay lại khám đầu tiên trong vòng 6 tuần sau sinh xuất viện, thì coi như chuyển khám, chỉ cần nộp phần chi phí tương đối ít.

Nếu không chuyển khám, trực tiếp đến khám tại bệnh viện khu vực, bệnh viện vùng hoặc trung tâm y tế (không bao gồm nha khoa, đông y) “Chi phí khám ngoại trú cơ bản” sẽ nhiều hơn 30, 140, 250 tệ so với người chuyển khám. “Chi phí thuốc” trực tiếp đến khám tại bệnh viện thì không có sự khác biệt vì chuyển khám hay không.

Chuyển khám như thế nào?

Người bệnh

Bệnh viện, phòng khám

Nếu cần chuyển khám

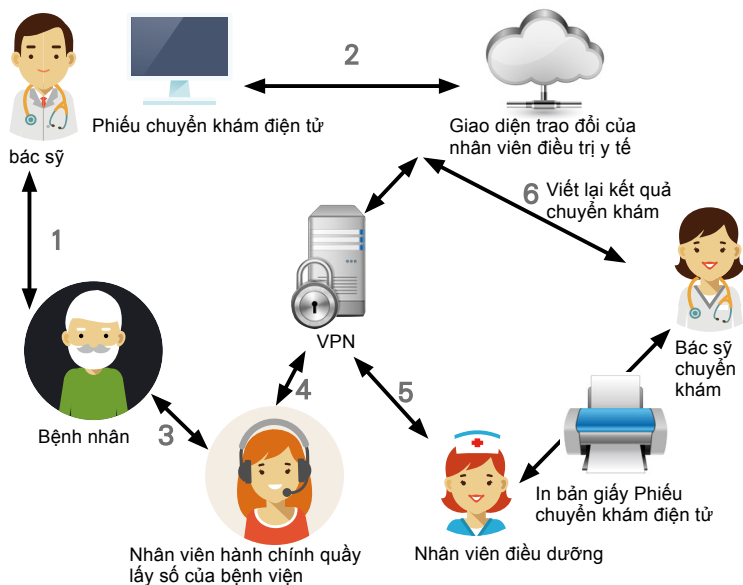
Nộp phiếu chuyển khám hoặc thông qua giao diện chuyển khám điện tử hỗ trợ chuyển khám

Bệnh viện, phòng khám tiếp nhận chuyển khám

MÔ, kiểm tra hoặc nằm viện

Chuyển về

Bệnh viện, phòng khám điều trị ban đầu hoặc bệnh viện phòng khám điều trị thích hợp khác



Chỉ cần nhớ mấy bước sau thì có thể chuyển khám dễ dàng vừa tiết kiệm thời gian, vừa đỡ tốn sức:

- Bước 1: Nếu có bệnh thì đến khám tại phòng khám cơ sở hoặc bác sỹ gia đình gần nhà, nhờ bác sỹ khám đưa ra những chuẩn đoán và điều trị sơ bộ.
- Bước 2: Nếu cần mổ, kiểm tra hoặc nằm viện, hoặc bác sỹ góp ý bạn chuyển khám tới bệnh viện để được điều trị kỹ hơn, Bác sỹ sẽ giao cho Bạn phiếu chuyển khám hoặc thông qua giao diện chuyển khám điện tử Sở bảo hiểm Y tế, đồng thời sắp xếp chuyển khám điều trị, bao gồm ngày khám, loại khoa và hỗ trợ lấy số.
- Bước 3: Hãy theo thời hạn có hiệu lực trên phiếu chuyển khám đến quầy hoặc nơi phục vụ chuyển khám của bệnh viện tiếp nhận chuyển khám, nộp phiếu chuyển khám để kiểm tra.
- Bước 4: Sau khi bệnh viện tiếp nhận bệnh nhân chuyển khám, thì trong vòng 3 ngày sau khi khám, trong vòng 14 ngày sau khi xuất viện, bệnh viện này sẽ thông báo cho bệnh viện, phòng khám ban đầu tình hình giải quyết, các mục đề nghị, và nội dung tóm lược của bệnh án xuất viện. Do tình hình của bệnh tình, cần phải tiếp tục điều trị tại bệnh viện, thì cũng sẽ thông báo.
- Bước 5: Đối với người bệnh không cần tiếp tục điều trị tại bệnh viện hoặc phòng khám chuyển khám mà vẫn cần theo dõi điều trị, thì cần chuyển về bệnh viện, phòng khám điều trị ban đầu hoặc thích hợp khác, để tiếp tục điều trị.

Ghi chú:

1. Trong trình tự chuyển khám, bất kể chuyển nhập hay chuyển xuất từ bệnh viện tới phòng khám, hay phòng khám đến bệnh viện hoặc chuyển cùng cấp đều thuộc chuyển khám.

2. Bệnh viện hoặc phòng khám bệnh do sở bảo hiểm chỉ định đều có thể kê phiếu chuyển khám, người bệnh có thể cầm phiếu này đến mọi cấp bệnh viện chỉ định để khám bệnh, không cần chuyển khám từng cấp.

Cùng một liệu trình

Đối với cùng một sự chuẩn đoán, cần liên tục thực hiện điều trị theo các hạng mục phục vụ dưới đây là thuộc cùng một liệu trình:

1. Tây Y : bắt đầu từ ngày điều trị đầu tiên

- (1) Đổi thuốc cho vết thương đơn giản trong 2 ngày.
- (2) Thuốc trị liệu không hóa chất trong vòng 6 lần trong thời hạn 30 ngày và 1 mũi thuốc tiêm.
- (3) Điều trị phục hồi chức năng trong vòng 6 lần trong thời hạn 30 ngày.
- (4) Quang trị liệu cho các chứng bệnh về da, điều trị kích điện tiết niệu không kiểm soát, huấn luyện phản hồi sinh học cơ bắp vùng chậu trong vòng 6 lần trong thời hạn 30 ngày.
- (5) Tháo chỉ sau mổ trong vòng 6 lần trong thời hạn 30 ngày.
- (6) Điều trị phục hồi phổi trong vòng 6 lần trong thời hạn 30 ngày.
- (7) Trẻ dưới 9 tuổi trị liệu phục hồi chức năng 6 lần trở xuống vào trước cuối tháng sau.
- (8) Xạ trị bệnh ung thư trong vòng 30 ngày.
- (9) Điều trị lọc máu (rửa thận) trong vòng 30 ngày.
- (10) Điều trị áp lực ôxi trong vòng 30 ngày.
- (11) Điều trị giảm dị ứng trong vòng 30 ngày.
- (12) Điều trị chăm sóc tại gia trong vòng 30 ngày.
- (13) Điều trị phục hồi chức năng tại cộng đồng về chứng bệnh thần kinh trong vòng 30 ngày.
- (14) Điều trị hoạt động, điều trị chức năng hoặc điều trị tâm lý khoa thần kinh trong vòng 30 ngày.

2. Khám răng: bắt đầu từ ngày điều trị đầu tiên

- (1) Nhổ răng cùng vị trí trong 6 lần trong vòng 30 ngày.
- (2) Phục hồi răng (hàn răng) cùng vị trí trong 6 lần trong vòng 30 ngày.
- (3) Điều trị khoa chấn thương cùng một chuẩn đoán trong 6 lần trong vòng 30 ngày.
- (4) Điều trị nội nha cùng một vị trí trong vòng 60 ngày.

3. Đông y: bắt đầu từ ngày điều trị đầu tiên

- (1) Điều trị châm cứu cùng một chuẩn đoán trong 6 lần trong vòng 30 ngày.
- (2) Điều trị phục hồi chệch khớp cùng một chuẩn đoán trong 6 lần trong vòng 30 ngày.
- (3) Điều trị khoa chấn thương cùng một chuẩn đoán trong 6 lần trong vòng 30 ngày.

Trong cùng một liệu trình trị liệu, ngoài việc phải nộp chi phí khám bệnh cơ bản trong lần khám điều trị đầu tiên, còn lại trong suốt thời gian điều trị đều được miễn chi phí này (loại trừ điều trị vật lý trị liệu và khoa chấn thương đông y).

Nếu bạn tiến hành điều trị vật lý trị liệu hoặc điều trị ở khoa chấn thương đông y ngay khi khám, thì bắt đầu từ lần thứ 2 của một liệu trình điều trị, mỗi lần cần đóng chi phí 50 Đạì tộ (ngoại trừ điều trị “phức tạp-vừa phải” và “phức tạp” trong điều trị vật lý trị liệu).

Mỗi lần trị liệu cần mang theo thẻ bảo hiểm y tế làm chứng nhận khám bệnh, cung cấp cho bệnh viện điều trị đăng nhập nội dung ghi chép khám bệnh.

Điều chú ý

1. Nếu bác sĩ điều trị cho bạn, trong khi tiến hành cùng một liệu trình còn cung cấp dịch vụ điều trị khác nữa cho bạn, thì không cần giảm đi số lần khám.
2. Trong quá trình điều trị, nếu vì bệnh thay đổi, không thể tiếp tục liệu trình đã định, cần bác sĩ điều trị lại, thì không thuộc phạm vi cùng một liệu trình, cần lấy số, khám và thu phí theo trình tự khám bệnh thông thường.

Khám cấp cứu

Việc xử lý, kiểm tra, xét nghiệm, hoặc cấp thuốc khi khám cấp cứu đều được bảo hiểm chi trả phần lớn chi phí, bạn chỉ cần phải trả “mức chịu phí khám cấp cứu” là được (phần liên quan tới mức chịu phí khám cấp cứu xin tham khảo chương 7)

Nằm viện

Tất cả những người đóng bảo hiểm khi cần nằm viện sẽ được bảo hiểm chi trả phần lớn “tiền phòng bệnh có giường bệnh bảo hiểm” và “chi phí nằm viện”. Bạn chỉ cần chi trả từ 5- 30% mức chịu phí nằm viện (mức chịu phí nằm viện cụ thể xin tham khảo chương 7).

1. Phí phòng bệnh:

“Giường bệnh bảo hiểm” là chỉ số lượng giường của mỗi phòng bệnh từ 3 giường trở lên (gồm cả 3 giường) và các loại giường bệnh đặc biệt như giường bệnh chăm sóc đặc biệt, giường bệnh cách ly). Nếu giường mà bạn sử dụng là giường bệnh bảo hiểm thì chi phí phòng bệnh sẽ hoàn toàn do bảo hiểm chi trả, nếu bạn sử dụng không phải là giường bệnh bảo hiểm, thì phải chịu khoảng chênh lệch của phí phòng bệnh. Về mức chênh chi phí giữa phòng bệnh đơn và phòng bệnh đôi trong bệnh viện có thể tìm hiểu tại các quầy phụ trách nội

trú, website hoặc các thông báo ở bộ phận hộ lý buồng bệnh của bệnh viện đó.

Phí phòng bệnh bắt đầu tính từ ngày nằm viện, không tính ngày xuất viện, có nghĩa là “tính ngày vào không tính ngày ra viện”.

2. Chi phí nằm viện:

Chi phí nằm viện bao gồm chi phí kiểm tra, điều trị, xử lý hoặc chi phí phẫu thuật trong thời gian nằm viện, mặc dù không có giới hạn tối đa về số ngày nằm viện, nhưng vẫn cần xem xét tùy theo nhu cầu điều trị bệnh của bạn để quyết định.

Nếu bác sĩ cho rằng bạn không cần nằm viện, nhưng bạn vẫn nằm viện điều trị, thì bảo hiểm sẽ không chi trả nữa, bạn cần phải tự chịu chi phí nằm viện. Ngoài ra, có quy định thanh toán về phần thuốc dùng đặc biệt, sau khi bác sĩ đánh giá nếu bệnh phù hợp điều kiện thì bảo hiểm mới chi trả.

3. Nằm viện không cần để lại thẻ bảo hiểm

Bắt đầu từ ngày 1-6-2018, xóa bỏ quy định cũ về việc người dân phải để lại thẻ bảo hiểm trong thời gian nằm viện, sửa đổi thành bệnh nhân nằm viện không cần để lại thẻ bảo hiểm y tế tại bệnh viện. Do cần nhắc tới việc trong thời gian nằm viện, người bệnh nếu phải khám chữa bệnh thuộc các khoa khác nhau, được bác sĩ điều trị phán đoán xác nhận đúng là cần phải tiếp nhận điều trị ngay lập tức, nhưng do bệnh viện đang điều trị không có các khoa phù hợp có thể cung cấp hạng mục phục vụ, thì theo quy định bệnh nhân được xin phép ra ngoài khám.

Và trước khi xuất viện, đề nghị bệnh nhân chuẩn bị thẻ bảo hiểm y tế để làm thủ tục xuất viện.

Chăm sóc tại gia

Chăm sóc tại gia do bác sĩ và hộ lý cùng nhau phối hợp, đến nhà bệnh nhân phục vụ khám chữa bệnh, bao gồm: thăm hỏi, chuẩn

đoán, cung cấp dụng cụ điều trị, điều trị thông thường, theo dõi hô hấp, tiêu hóa, các kiểu ống dẫn thông niệu và tạo lỗ, lấy mẫu kiểm tra xét nghiệm, hướng dẫn người nhà và người chăm sóc bệnh nhân kỹ năng chăm sóc người bệnh.

1. Xin như thế nào

- (1) Bệnh nhân nằm viện sau khi được bác sỹ đánh giá phù hợp thì bộ phận hộ lý gia đình của bệnh viện sẽ lập tức tiếp nhận hoặc chuyển cho cơ quan y tế hoặc viện điều dưỡng có bộ phận hộ lý chăm sóc tại gia khác.
- (2) Nếu không phải là đối tượng nằm viện, nhưng được bác sỹ đánh giá phù hợp thì có thể trực tiếp làm thủ tục với các cơ quan y tế hoặc các viện điều dưỡng có bộ phận hộ lý chăm sóc tại gia khác.

Tiêu chuẩn đánh giá bệnh nhân có phù hợp với điều kiện chăm sóc tại gia hay không

1. Khi bệnh nhân tỉnh, hơn 50% hoạt động bị điều hạn chế trên giường hoặc trên ghế.
2. Người cần phục vụ với nội dung điều trị và chăm sóc rõ ràng.
3. Bệnh nhân mắc các bệnh mãn tính cần chăm sóc lâu dài hoặc bệnh nhân sau khi xuất viện cần tiếp tục chăm sóc.

2. Quy định liên quan tới bảo hiểm y tế

- (1) Chăm sóc tại gia lấy 30 ngày được tính là cùng một liệu trình, hàng tháng chỉ cần khi nhân viên y tế đến thăm lần đầu, trừ đi 1 lần điều trị trên thẻ bảo hiểm y tế.
- (2) Số lần đến nhà phục vụ: về nguyên tắc hộ lý sẽ đến nhà 2 lần trong một tháng, bác sỹ hai tháng 1 lần.
- (3) Phần chi phí do người bệnh chịu là 5% chi phí điều trị thực tế tại mỗi lần thăm (ngoại trừ người phù hợp với điều kiện miễn phí).

- (4) Chi phí giao thông của người chăm sóc y tế sẽ do bệnh nhân chi trả.
- (5) Do cân nhắc tới việc người bệnh được chăm sóc tại gia sẽ bất tiện nếu phải đi ra ngoài lĩnh thuốc, vì vậy nói lỏng quy định nếu bác sĩ kê đơn thuốc thuộc cấp quản chế loại 1 và loại 2, mà bệnh nhân vì có lý do không thể tới bệnh viện, phòng khám ban đầu để lĩnh thuốc, thì có thể tới các bệnh viện hoặc trung tâm y tế khác có ký kết hợp tác với bảo hiểm y tế để lĩnh thuốc theo đơn kê.

Chăm sóc an ủi cho người bệnh giai đoạn cuối

Bảo hiểm cung cấp 3 loại hình: chăm sóc an ủi khi nằm viện, chăm sóc an ủi tại nhà (gồm chăm sóc giai đoạn cuối tại cộng đồng) và chăm sóc an ủi kết hợp. Đối tượng thu nhận là người mắc các bệnh ung thư giai đoạn cuối, người teo cơ và người mắc bệnh giai đoạn cuối của 8 loại bệnh nan y. Trong đó người mắc bệnh giai đoạn cuối của 8 loại bệnh hiểm nghèo là những người mắc bệnh giai đoạn cuối của các bệnh như: “bệnh lão suy và tiền lão suy”, “suy đại não”, “suy tim”, “tắc nghẽn đường thở mãn tính, bệnh khác chưa phân loại”, “bệnh về phổi khác”, “bệnh gan mãn tính và xơ gan”, “người suy thận cấp tính, chưa biểu hiện rõ” và “người suy thận mãn tính và suy thận, chưa biểu hiện rõ”.

Nội dung phục vụ

1. Chăm sóc an ủi khi nằm viện

Bởi vì không phải bệnh viện nào cũng có loại giường bệnh chăm sóc an ủi, bạn có thể tra cứu tại website thông tin toàn cầu của Sở Bảo hiểm Y tế theo bước sau: <https://www.nhi.gov.tw>→Cơ sở y tế→(Cơ sở y tế) Làm thủ tục và tra cứu trên mạng→Dịch vụ tra cứu internet về chăm sóc an ủi cho bệnh nhân giai đoạn cuối (nằm viện, chăm sóc tại gia, chăm sóc kết hợp), hoặc gọi điện thoại tới tổ nghiệp vụ các phân khu của Sở Bảo hiểm Y tế để tìm hiểu danh sách các bệnh viện cung cấp dịch vụ này, rồi mới trực tiếp tới khám. Sau khi được

các bác sĩ chuyên nghiệp chuẩn đoán xác định phù hợp với điều kiện thu nhận, thì bác sĩ sẽ sắp xếp cho bạn vào phòng bệnh chăm sóc an ủi. Có một đội được huấn luyện nghiêm túc chuyên nghiệp giải thích cụ thể cho bạn về việc ký biên bản đồng ý tiếp nhận điều trị chăm sóc an ủi và những điều cần chú ý không thực hiện quá trình điều trị không xâm nhập.

2. Khi Chăm sóc an ủi tại gia (gồm chăm sóc giai đoạn cuối tại cộng đồng)

Nếu bạn hoặc người nhà của bạn chọn về nhà hoặc tổ chức chăm sóc gần nhà để chăm sóc thì sở bảo hiểm cũng sẽ cung cấp chăm sóc an ủi tại gia, do đội chăm sóc (Loại A) y tế chuyên nghiệp thực hiện chăm sóc bao gồm: tới thăm, khám điều trị thông thường và xử lý, chăm sóc phương diện tâm lý, xã hội và tinh thần cho người bệnh giai đoạn cuối và người nhà của họ. Từ năm 2014 bắt đầu tăng thêm chăm sóc giai đoạn cuối tại gia cộng đồng hóa (loại B), nói lỏng quy định nhân viên y tế “Chăm sóc giai đoạn cuối tại cộng đồng”, để các bác sĩ hành nghề cấp cơ sở có cơ hội đáp ứng về tư cách, để dịch vụ chăm sóc giai đoạn cuối đi sâu vào cộng đồng dân cư và phục vụ cho dân chúng khu vực đảo ngoài khơi của Đài Loan. Để phục vụ người bệnh tại gia, các bệnh viện cung cấp dịch vụ tư vấn qua điện thoại 24 h. Bạn có thể gọi điện thoại cho nhân viên điều dưỡng để tìm hiểu các vấn đề về chăm sóc vào mọi lúc. Có thể tra cứu số điện thoại tư vấn 24/24 giờ trên website thông tin toàn cầu của Sở Bảo hiểm Y tế theo bước sau: <https://www.nhi.gov.tw>→Cơ sở y tế→(Cơ sở y tế) Làm thủ tục và tra cứu trên mạng→Dịch vụ tra cứu internet về chăm sóc an ủi cho bệnh nhân giai đoạn cuối (nằm viện, chăm sóc tại gia, chăm sóc kết hợp).

3. Chăm sóc an ủi kết hợp

Xem xét tới việc không phải bệnh viện nào cũng có giường bệnh chăm sóc an ủi, những người bệnh mong muốn được chăm sóc điều

trị an ủi vì không có giường bệnh loại này mà không được tiếp nhận chăm sóc điều trị an ủi. Nên bắt đầu từ tháng 4/2011, Sở Bảo hiểm Y tế thực hiện kế hoạch thử nghiệm chăm sóc an ủi kết hợp, để những bệnh nhân của các phòng bệnh đặc biệt như phòng bệnh cấp tính thông thường, phòng bệnh chăm sóc đặc biệt ICU, phòng bệnh theo dõi hô hấp và bệnh nhân cấp cứu cũng có cơ hội được các nhân viên chăm sóc y tế của đội ngũ chăm sóc y tế ban đầu cùng đội chăm sóc y tế “chăm sóc an ủi kết hợp” của bệnh viện thực hiện chăm sóc (nhân viên đội chăm sóc an ủi kết hợp phục vụ an ủi chăm sóc, đội chăm sóc y tế ban đầu tiếp tục phục vụ chăm sóc tại viện).

Chăm sóc điều trị tổng hợp tại gia

Bắt đầu từ tháng 2 năm 2016, bảo hiểm y tế cung cấp điều trị kết hợp chăm sóc tại gia liên tục 3 giai đoạn “Điều trị tại gia đình”, “Điều trị tại gia đình cấp độ nặng”, “Điều trị và chăm sóc xoa dịu”, do đội ngũ điều trị y tế của cơ sở y tế kết hợp với điều dưỡng gia đình, căn cứ vào chuyển biến bệnh tình của bệnh nhân, mang đến sự chăm sóc liên tục với bệnh nhân làm trọng tâm. Để bệnh nhân có thể sinh hoạt tại gia đình, đội ngũ điều trị y tế ngoài cung cấp dịch vụ tư vấn điện thoại 24 tiếng, nếu phát hiện bệnh nhân cần chăm sóc lâu dài, cũng có thể hỗ trợ chuyển giới thiệu đến Trung tâm quản lý chăm sóc các huyện thị, tăng cường kết nối giữa các nguồn điều trị và chăm sóc.

Bạn có thể tra cứu danh sách các bệnh viện và phòng khám gần nhà trên website thông tin toàn cầu của Sở Bảo hiểm Y tế theo bước sau: <https://www.nhi.gov.tw>→Người dân thông thường→Chăm sóc y tế tổng hợp tại gia.

Chăm sóc tổng hợp của bác sĩ gia đình theo bảo hiểm y tế

Đây là do 5 phòng khám cơ sở của cùng khu vực hợp tác với bệnh viện trong khu vực đó cùng thành lập “nhóm điều trị y tế cộng đồng”, vận dụng sức mạnh quần chúng, chăm sóc dân chúng trong cộng đồng.

Nội dung phục vụ

1. “Nhóm điều trị y tế cộng đồng” lập đường dây tư vấn điều trị y tế 24h qua điện thoại, có thể trả lời các vấn đề của bạn trong mọi lúc, đồng thời cung cấp sự chăm sóc điều trị y tế liên tục và hoàn chỉnh.
2. Cung cấp kiến thức đúng đắn về kiểm soát sức khỏe, giáo dục y tế, hướng dẫn bạn tăng cường sức khỏe, tăng cường xét nghiệm sàng lọc bệnh, tiêm phòng, tăng cường khả năng tự chăm sóc bản thân.
3. Khi cần thiết phải tới bệnh viện kiểm tra, xử lý sâu hơn hoặc phải theo bác sĩ chuyên khoa khác, bác sĩ gia đình của bạn cũng sẽ liên hệ với bệnh viện hợp tác, giúp đỡ bạn chuyển khám và nằm viện. Bệnh án của bạn cũng sẽ được chuyển tới bệnh viện hợp tác đó. Bệnh viện hợp tác cũng sẽ kịp thời phản hồi với phòng khám về kết quả chuyển khám và chuyển kiểm tra. Dưới sự giúp đỡ của bác sĩ gia đình, bạn có thể “tìm đúng bác sĩ, tìm đúng khoa”, có thể giúp bạn bớt được nhiều thời gian kiểm tra, dùng thuốc và đợi giường bệnh không cần thiết, cũng giảm bớt được khó khăn vì phải tự tới bệnh viện lớn mà không biết khám như thế nào.
4. Đợi sau khi bệnh tình trở nên ổn định, bệnh viện có thể hỗ trợ bạn quay về phòng khám của bác sĩ gia đình lúc ban đầu, tiếp tục được nhận sự chăm sóc y tế có tính liên tục, cũng tăng thêm sự tiện lợi trong điều trị y tế.

Cách thức tiếp nhận “Kế hoạch chăm sóc tổng hợp của bác sỹ gia đình”:

Do Sở Bảo hiểm Y tế căn cứ vào phân tích hành vi khám bệnh cơ bản về tây y của dân chúng vào một năm trước, tìm được đối tượng bảo hiểm thích hợp với chăm sóc cơ bản nhất, đồng thời coi phòng khám mà dân chúng thường xuyên khám nhất là phòng khám chăm sóc chính. Sau khi phòng khám nói trên tham gia vào kế hoạch này, thì Sở Bảo hiểm Y tế sẽ giao danh sách cho nhóm phòng khám điều trị y tế cộng đồng đó để phục vụ chăm sóc toàn dân.

Nếu bạn muốn biết những phòng khám nào gần nhà bạn là thành viên của “Nhóm điều trị y tế cộng đồng”, có thể gọi điện tới đường dây miễn phí của Sở Bảo hiểm Y tế 0800-030-598 hoặc tra cứu tại website thông tin toàn cầu của Sở Bảo hiểm Y tế theo bước sau: <https://www.nhi.gov.tw>→Cơ sở y tế→Kế hoạch chăm sóc tổng hợp của bác sỹ gia đình→Chuyên trang hội viên.

Phương án cải thiện thanh toán điều trị y tế

“Dự phòng thặng trị liệu”, phần lớn các bệnh khi mới mắc phải, nếu được kiểm tra sàng lọc và phát hiện sớm, thì xác suất điều trị khỏi tăng lên rất nhiều. Ngoài ra, có một số bệnh mãn tính hoặc cần điều trị lâu dài, nếu có thể phối hợp với chỉ dẫn của bác sỹ uống thuốc theo đúng thời gian, chỉ cần kiểm soát được, cũng có thể sống cuộc sống như người bình thường.

Với quan niệm “mua sức khỏe cho dân chúng”, Sở Bảo hiểm Y tế chọn một số các bệnh thường gặp, quy hoạch thành “Phương án cải thiện thanh toán điều trị y tế” hoàn chỉnh, hy vọng thông qua việc tạo ra những ưu đãi hợp lý, dẫn dắt các bệnh viện tạo cho bệnh nhân sự chăm sóc điều trị y tế hoàn chỉnh và liên tục, đồng thời lấy chất lượng điều trị y tế và hiệu quả làm căn cứ thanh toán chi phí, thực sự là phương án mua sức khỏe mang tính sáng tạo.

Nội dung phục vụ:

Hiện nay các loại bệnh thuộc “Phương án cải thiện chi trả y tế” gồm: bệnh tiểu đường, bệnh thận mãn tính giai đoạn đầu, hen suyễn, người lành mang virus viêm gan B và C mãn tính, ung thư vú, bệnh tâm thần, phương án chăm sóc người mang thai trong suốt quá trình mang thai và chăm sóc điều dưỡng thời kỳ đầu và tháng 4 năm 2016 bổ sung thêm bệnh phổi tắc nghẽn mãn tính. Bệnh viện thay đổi quan điểm “người bệnh tim bác sĩ”, thành quan điểm quản lý bệnh tình của bệnh nhân chủ động hỗ trợ người bệnh, cùng bệnh nhân quy hoạch kế hoạch trị liệu, nhắc nhở bệnh nhân uống thuốc đúng giờ, theo dõi bệnh tình, nhắc nhở bệnh nhân thời gian khám lại.

Tham gia như thế nào?

Chỉ cần tra cứu tại website thông tin toàn cầu của Sở Bảo hiểm Y tế theo bước sau: <https://www.nhi.gov.tw>→Cơ sở y tế→(Cơ sở y tế) Làm thủ tục và tra cứu trên mạng→Phương án cải thiện thanh toán điều trị y tế, hoặc gọi điện thoại tới tổ nghiệp vụ thuộc các phân khu của Sở Bảo hiểm Y tế để tìm hiểu danh sách bệnh viện tham gia “Phương án cải thiện thanh toán điều trị y tế”, thì bạn có thể tới khám trực tiếp hoặc tới khám thông qua chuyển khám.

Nếu được bác sĩ chẩn đoán, xác nhận là các bệnh thuộc phương án đó, không cần xin, sẽ có một đội ngũ điều trị y tế chuyên nghiệp nắm bắt tình hình của bạn, định ra một kế hoạch điều trị hoàn chỉnh. Nhắc nhở bạn, để hoàn chỉnh việc điều trị và theo dõi về sau, bạn hãy lựa chọn tiếp tục khám tại cùng một bệnh viện.



Người có bảo hiểm y tế đi khám chữa bệnh như thế nào

Khi đi khám bệnh nhớ mang “thẻ bảo hiểm”

Bất kể đi khám bệnh, nhận thuốc hay đi kiểm tra, hãy nhớ mang theo “thẻ bảo hiểm”, là có thẻ khám chữa bệnh bằng bảo hiểm y tế, nhưng cần nộp phí đăng ký lấy sổ và một phần chi phí.

Nếu bạn quên không mang theo thẻ bảo hiểm, bạn phải tự trả toàn bộ phí khám chữa bệnh trước. Chỉ cần trong vòng 10 ngày (không bao gồm ngày nghỉ) bạn mang thẻ bảo hiểm y tế và biên lai thu tiền đến phòng khám hoặc bệnh viện nơi bạn tới khám trước đó, thì phòng khám hoặc bệnh viện đó sẽ trả lại số tiền thừa cho bạn sau khi đã trừ đi khoản mà bạn phải nộp.

Khám xong nhớ cầm đơn kê (đơn thuốc)

Đơn kê chính là tên gọi quen của “Đơn thuốc”. Theo quy định của Sở Bảo hiểm Y tế, bác sĩ sẽ khám bệnh và quyết định bạn phải dùng loại thuốc nào, sau đó dược sĩ sẽ phối thuốc theo đơn kê của bác sĩ. Khi đưa thuốc dược sĩ nhắc nhở những điều cần chú ý khi dùng thuốc.

Do vậy, sau khi bạn khám bệnh xong, bác sĩ sẽ viết rõ tên thuốc điều trị, cách uống và liều lượng trên đơn thuốc. Mời bạn trong vòng 3 ngày kể từ khi kê đơn (quá 3 ngày, đơn thuốc không có giá trị, nhưng gặp ngày nghỉ lễ thì sẽ gia hạn thời gian), mang đơn thuốc và thẻ bảo hiểm đến các “hiệu thuốc chỉ định” của bảo hiểm y tế để nhận thuốc. Nếu phòng khám hoặc bệnh viện nơi bạn chữa bệnh có dược sĩ đạt tiêu chuẩn, bạn cũng có thể lấy thuốc từ cửa hàng thuốc của phòng khám hoặc bệnh viện.

Trên đơn thuốc cần có những nội dung sau:

1. Tên, tuổi, giới tính (hoặc ngày tháng năm sinh) của bệnh nhân
2. Chẩn đoán bệnh, có chữ ký (hoặc đóng dấu) của bác sĩ kê đơn.
3. Tên, địa chỉ liên lạc và điện thoại của phòng khám hoặc bệnh viện.
4. Tên thuốc, dạng thuốc, số lượng thuốc, liều dùng, hướng dẫn dùng thuốc (Ví dụ những điều cần chú ý trong sử dụng thuốc như bao lâu hoặc thời gian uống thuốc).
5. Ngày kê đơn thuốc, chỉ dẫn dùng đơn liên tục (nghĩa là, cầm đơn thuốc này có thể lĩnh thuốc liên tục mấy lần và số ngày cấp thuốc của mỗi lần) và hạn sử dụng đơn thuốc.

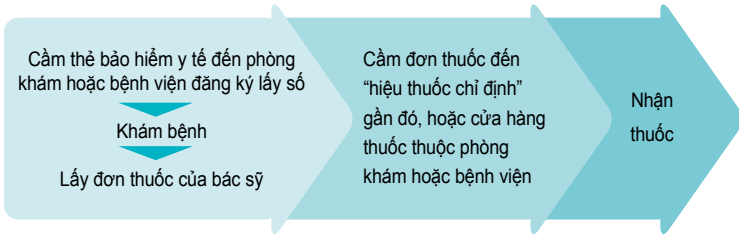
Sau khi khám xong nhớ hẹn ngày kiểm tra xét nghiệm trong thời hạn quy định

Nếu bác sĩ có bố trí cho bạn xét nghiệm, kiểm tra hoặc sắp xếp liệu trình phục hồi chức năng, bạn hãy chú ý liên hệ với cơ sở y tế có ký kết hợp tác với bảo hiểm y tế để hẹn ngày kiểm tra xét nghiệm hoặc ngày

tiếp nhận dịch vụ y tế trong thời hạn như dưới đây (ngày cuối cùng nếu là ngày lễ ngày nghỉ thì sẽ được gia hạn thêm), nếu quá hạn, cơ sở y tế có ký kết hợp tác với bảo hiểm y tế không được xếp lịch kiểm tra xét nghiệm hoặc cung cấp dịch vụ điều trị y tế nữa:

1. Xếp lịch xét nghiệm, kiểm tra: trong vòng 180 ngày kể từ ngày cấp giấy hẹn xếp lịch.
2. Xếp lịch bố trí liệu trình phục hồi chức năng: trong vòng 30 ngày kể từ ngày cấp giấy hẹn xếp lịch.

Quy trình khám bệnh



Ghi chú:

Lệ phí đăng ký lấy số là chi phí hành chính mà bệnh viện thu của dân chúng; Theo quy định của Luật Bảo hiểm Y tế, lệ phí đăng ký lấy số khám bệnh không thuộc nội dung bảo hiểm y tế chi trả, cũng không phải do Sở Bảo hiểm Y tế thu. Nếu có thắc mắc, dân chúng có thể hỏi tại Sở Y tế sở tại.

Quy định sử dụng đơn thuốc nói chung

Đơn thuốc mà bác sĩ kê cho bệnh nhân mỗi lần về nguyên tắc kê lượng thuốc sử dụng tối đa trong 7 ngày. Nếu bạn bị chẩn đoán là bệnh mãn tính, bác sĩ có thể mỗi lần kê cho bạn lượng thuốc tối sử dụng trong 30 ngày. (về đơn thuốc sử dụng nhiều lần cho bệnh mãn tính, hãy tham khảo chương 9)

Trong trường hợp hiệu thuốc không có thuốc ghi trên đơn, mà bác sĩ không ghi chú rõ là thuốc bắt buộc sử dụng, thì dược sĩ

có thể đổi thuốc của nhà sản xuất khác với giá thuốc thay thế “không cao hơn” giá thuốc kê trong đơn cũ, thành phần, dạng thuốc và liều lượng thuốc giống nhau, đồng thời thuốc thay thế này cũng cần thuộc diện được bảo hiểm y tế chi trả.

Quy định chuyển khám điều trị

Khi các bệnh viện, phòng khám liên kết do hạn chế về người, thiết bị và năng lực chuyên môn không thể điều trị hoàn chỉnh, cần hỗ trợ bạn chuyển tới bệnh viện có khả năng điều trị khác. Nếu như bệnh tình của bạn tương đối nguy cấp, bệnh viện liên kết cần xử lý khẩn cấp thỏa đáng trước, mới được chuyển khám. Ngoài ra, nếu bạn sau khi chuyển khám điều trị, bệnh tình có xu hướng ổn định không cần tiếp tục điều trị tại bệnh viện đó nữa thì bệnh viện liên kết cần hỗ trợ bạn chuyển khám tới bệnh viện vốn giúp bạn chuyển khám hoặc bệnh viện liên kết thích hợp khác, để tiếp tục theo dõi điều trị.

Nếu bạn phù hợp với tình hình cần chuyển khám nói trên, bác sĩ gia đình của bạn hoặc quầy chuyển khám của bệnh viện liên kết sẽ thu xếp chuyển khám điều trị thích hợp cho bạn bao gồm: ngày khám, khoa khám điều trị và hỗ trợ đăng ký lấy số, mà không cần chuyển khám từng cấp từ bệnh viện nhỏ đến bệnh viện lớn. Góp ý bác sĩ của bạn khi kê phiếu chuyển khám, có thể trao đổi nhiều hơn với bác sĩ bạn cần chuyển đến khám. Bởi vì, sự chuyển khám như vậy là thông qua sự trao đổi của hai bên và sự sắp xếp điều trị y tế chuyên nghiệp. Do vậy, bạn cần đi khám tại bệnh viện liên kết, phòng khám, khoa khám điều trị ghi trên phiếu chuyển khám thì bác sĩ mới có thể chăm sóc điều trị y tế thích hợp nhất cho bạn, phần tự phí khám bệnh tây y cơ bản mới có thể tính thu theo quy định chuyển khám.

Nếu bởi vì nguyên nhân đặc biệt, bạn thực sự không thể đến khám theo ngày ghi trên phiếu chuyển khám, bạn có thể trực tiếp hỏi quầy chuyển khám của bệnh viện liên kết tiếp nhận chuyển khám, để giúp

bạn sắp xếp ngày khám bệnh khác. (Về nội dung cách chuyển sang khám điều trị tại các cơ sở y tế khác, xin tham khảo chương 6).

Phần tự chi trả

Khi chúng ta đến khám chữa bệnh tại các phòng khám hoặc bệnh viện, ngoài phần chi phí do bảo hiểm y tế toàn dân thanh toán, bản thân cũng phải chịu một phần nhỏ chi phí, gọi là “phần tự chịu”. Biện pháp này chủ yếu là để nhắc nhở mọi người nguồn kinh phí điều trị y tế là để giúp người bệnh, cần phải được dùng vào nơi cần thiết, đó là nguồn rất quý báu không thể lãng phí.

Nói chung khi khám bệnh, phần chi phí tự chịu của bạn bao gồm các mục sau:

Phần tự chịu phí khám bệnh cơ bản, phần tự chịu thuốc khám bệnh. Nếu bạn còn tiếp nhận điều trị vật lý trị liệu hoặc điều trị khoa chấn thương đông y thì bạn còn phải trả phần tự chịu phí “khám phục hồi chức năng (bao gồm khoa chấn thương đông y)”. Nếu bạn được sắp xếp nằm viện, thì khi xuất viện bạn cần phải chi trả “phần tự chịu phí nằm viện”.

1. Phần tự chịu phí khám bệnh cơ bản:

Loại hình	Phần tự chịu phí cơ bản					
	Khám tây y		Cấp cứu (Phân loại theo thương tật kiểm tra)		Nha khoa	Đông y
Cấp bệnh viện	Qua chuyển khám	Không qua chuyển khám	Cấp 1-2	Cấp 3-5		
Trung tâm y tế	170 Đạì tậ	420 Đạì tậ	450 Đạì tậ	550 Đạì tậ	50 Đạì tậ	50 Đạì tậ
Bệnh viện khu	100 Đạì tậ	240 Đạì tậ	300 Đạì tậ	50 Đạì tậ	50 Đạì tậ	50 Đạì tậ
Bệnh viện vùng	50 Đạì tậ	80 Đạì tậ	150 Đạì tậ	50 Đạì tậ	50 Đạì tậ	50 Đạì tậ
Phòng khám	50 Đạì tậ	50 Đạì tậ	150 Đạì tậ	50 Đạì tậ	50 Đạì tậ	50 Đạì tậ

Ghi chú:

1. Tất cả những người có “chứng nhận khuyết tật”, đi khám chữa bệnh tại bất kỳ cấp bệnh viện nào, thì phí tự chịu cơ bản ở các cấp phòng khám là 50 Đài tệ.
2. Lần đầu khám lại trong vòng 1 tháng sau khi phẫu thuật ngoại trú, mô cấp cứu hoặc người nằm viện xuất viện và lần đầu khám lại trong vòng 6 tuần sau khi sinh xuất viện thì được coi là chuyên khám, đều do bệnh viện tự kê chứng nhận phát cho người bệnh.

2. Phần tự chịu phí thuốc khám bệnh:

Tiền thuốc	Phần tự chịu	Tiền thuốc	Phần tự chịu
Dưới 100 Đài tệ	0 Đài tệ	601~700 Đài tệ	120 Đài tệ
101~200 Đài tệ	20 Đài tệ	701~800 Đài tệ	140 Đài tệ
201~300 Đài tệ	40 Đài tệ	801~900 Đài tệ	160 Đài tệ
301~400 Đài tệ	60 Đài tệ	901~1.000 Đài tệ	180 Đài tệ
401~500 Đài tệ	80 Đài tệ	Trên 1.001 Đài tệ	200 Đài tệ
501~600 Đài tệ	100 Đài tệ		

3. Phần tự chịu cho khám phục hồi chứng năng (bao gồm khoa chấn thương đông y)

Nếu bạn tiếp nhận điều trị vật lý trị liệu hoặc điều trị ở khoa chấn thương Đông y ngay tại phòng khám, thì bắt đầu từ lần thứ 2 của một liệu trình điều trị, mỗi lần cần tự đóng mức phí 50 Đài tệ (ngoại trừ điều trị “phức tạp vừa phải” và “phức tạp” trong điều trị vật lý trị liệu).

4. Phần tự chịu phí nằm viện

Phần phí nằm viện ở các bệnh viện có bảo hiểm y tế mà bạn phải trả được căn cứ vào loại phòng bệnh cấp tính, mãn tính và số ngày nằm viện, tính thu theo tỷ lệ nhất định của toàn bộ chi phí phải chịu của lần nằm viện đó. Tỷ lệ phần trăm mức tự chịu nằm viện như sau:

Loại phòng bệnh	Tỷ lệ phần trăm phần tự chịu			
	5%	10%	20%	30%
Phòng bệnh cấp tính	--	Dưới 30 ngày	31-60 ngày	Trên 61 ngày
Phòng bệnh mãn tính	Dưới 30 ngày	31-90 ngày	91-180 ngày	Trên 181 ngày

Ghi chú:

Nếu với cùng một bệnh, bạn nằm điều trị tại phòng bệnh cấp tính dưới 30 ngày, hoặc nằm tại phòng bệnh mãn tính dưới 180 ngày, phần kinh phí tự chi trả có mức giới hạn tối đa. Mức giới hạn tối đa đó mỗi năm công bố một lần, ví dụ, từ ngày 1/1/2017 đến ngày 31/12/2017. Với cùng một bệnh, nếu phải nằm điều trị tại phòng bệnh cấp tính dưới 30 ngày, hoặc phòng bệnh mãn tính dưới 180 ngày, phần tự chi trả cho mỗi lần nằm viện tối đa là 38.000 Đài tệ, phần tự chi trả cho năm viện cả năm tối đa là 64.000 Đài tệ. Phần vượt quá mức giới hạn tối đa của cả năm, có thể xin hạch toán hoàn lại trước ngày 30/6 năm sau (Ghi chú: Bộ Y tế Phúc lợi hàng năm sẽ công bố mức tự chi trả viện phí tối đa của năm đó).

Biện pháp xin hạch toán hoàn tiền:

1. Điền đơn xin hạch toán hoàn lại chi phí điều trị ứng trước theo bảo hiểm y tế toàn dân, và đính kèm bản chính hóa đơn chi phí điều trị và bảng kê chi tiết các chi phí, nhưng trong trường hợp đối tượng bảo hiểm đồng ý do nhà bảo hiểm thực hiện tính toán số tiền được hạch toán hoàn trả, sẽ được miễn không phải đính kèm bản chính hóa đơn chi phí điều trị và bảng kê chi tiết các chi phí, rồi đến làm thủ tục với tổ nghiệp vụ tại các phân khu của Sở Bảo hiểm Y tế tại địa phương nơi có cơ sở y tế tới khám chữa bệnh lần đầu.
2. Mẫu đơn xin có thể nhận tại tổ nghiệp vụ các phân khu của Sở Bảo hiểm Y tế hoặc tải về từ địa chỉ mạng sau: <https://www.nhi.gov.tw>
→người dân thường→Duyệt hoàn trả chi phí điều trị đã trả trước.
giới thiệu sơ lược duyệt hoàn trả chi phí điều trị đã trả trước→Phiếu xin duyệt hoàn trả chi phí điều trị y tế đã trả trước của Bảo hiểm y tế toàn dân

Những đối tượng nào được miễn phân tự chịu

1. Những trường hợp được miễn toàn bộ chi phí:

- (1) Người bị thương nặng, sinh nở, hoặc người khám ở vùng núi, cách xa đảo.
- (2) Người được bệnh viện khu vực xa đảo chuyển đến khám hoặc cấp cứu lần đầu ở Đài Loan.
- (3) Cựu chiến binh trên thẻ bảo hiểm y tế có ghi chữ “Vinh” hoặc đại diện hộ gia đình của di quyến cựu chiến binh.
- (4) Người có thu nhập thấp
- (5) Trẻ em dưới 3 tuổi
- (6) Những người bị lao phổi đến khám bệnh tại các bệnh viện được chỉ định
- (7) Người có bảo hiểm lao động đến khám bệnh do bị thương nghề nghiệp
- (8) Các bệnh nhân trúng độc PCBS đến khám điều trị
- (9) Người sống trăm tuổi
- (10) Lính thay nghĩa vụ có chứng nhận tư cách lính thay nghĩa vụ đang trong thời gian đi nghĩa vụ (gồm lính thay nghĩa vụ thông thường và lính thay nghĩa vụ làm công tác nghiên cứu giai đoạn 1, giai đoạn 2)

2. Những trường hợp được miễn tiền thuốc:

- (1) Trường hợp bệnh nhân có “Đơn thuốc sử dụng nhiều lần cho bệnh mãn tính” (kê đơn 28 ngày trở lên). (Các bệnh mãn tính được Sở Bảo hiểm Y tế công bố bao gồm 100 loại bệnh, như huyết áp cao, đái đường.... có thể tra cứu trên website thông tin toàn cầu của Sở Bảo hiểm Y tế theo bước sau: <https://www.nhi.gov.tw>→Cơ sở y tế→(Cơ sở y tế) Làm thủ tục và tra cứu trên mạng→Mã số và phạm vi phân loại bệnh→Phạm vi bệnh mãn tính).

- (2) Người sử dụng dịch vụ điều trị nha khoa
- (3) Người thuộc dịch vụ “hạng mục tính thù lao theo bệnh” được quy định trong hạng mục thanh toán dịch vụ điều trị y tế bảo hiểm toàn dân và tiêu chuẩn thanh toán.

3. Những trường hợp miễn chi phí khám điều trị vật lý trị liệu:

- (1) Điều trị vật lý trị liệu thuộc dạng “phức tạp - vừa phải”, nghĩa là hạng mục thực hiện điều trị trung bình từ 3 hạng mục trở lên, mà tổng thời gian quá 50 phút, với 14 hạng mục như kích điện cơ bắp.
- (2) Điều trị vật lý trị liệu thuộc dạng “điều trị phức tạp”, cần những nhân viên chuyên nghiệp tiến hành điều trị, với 7 hạng mục như luyện tập giữ thăng bằng, phải do bác sỹ chuyên khoa phục hồi chức năng kê đơn.

4. Khu vực thiếu nguồn điều trị y tế

Dân chúng ở những nơi thiếu nguồn điều trị y tế, có thể giảm 20% chi phí tự chịu khi khám, cấp cứu hoặc sử dụng dịch vụ chăm sóc tại gia (hàng năm Sở Bảo hiểm Y tế sẽ công bố khu vực thiếu nguồn điều trị y tế 1 lần).

Chi tiết hóa đơn nộp tiền, chi phí khám chữa bệnh và danh mục thuốc

Khi khám bệnh xong, hoặc khi xuất viện, hãy nhớ lấy “hóa đơn nộp tiền”, “bảng chi tiết danh mục chi phí khám chữa bệnh” và “danh mục thuốc” ở các phòng khám hoặc bệnh viện, đồng thời bảo quản cẩn thận.

1. Hóa đơn nộp tiền

Danh mục trên “hóa đơn nộp tiền” phải bao gồm: hai khoản chi phí là “hạng mục khai báo bảo hiểm y tế” và “hạng mục tự phí” và số thứ tự khám chữa bệnh của thẻ bảo hiểm y tế. Khi khai báo thuế

thu nhập tổng hợp cá nhân, hóa đơn này là bằng chứng để khấu trừ thuế, số thứ tự khám chữa bệnh của thẻ bảo hiểm y tế có thể hiểu rõ số lần đi khám bệnh trong năm của cá nhân, phòng tránh quẹt nhầm thẻ bảo hiểm.

Ở một số phòng khám hoặc bệnh viện có thẻ kê "hóa đơn nộp phí" riêng, có một số nơi thì in với "bảng danh mục chi tiết chi phí khám chữa bệnh" trên cùng một tờ giấy.

2. Bảng danh mục chi tiết chi phí khám chữa bệnh

Nội dung trên "Bảng danh mục chi tiết chi phí khám chữa bệnh" phải bao gồm các hạng mục: số tiền bạn tự chi trả lần khám chữa bệnh đó (bao gồm phí đăng ký lấy số, phần tự chi trả và các hạng mục tự phí khác), điểm số khai báo bảo hiểm y tế (điểm số chi phí từng mục bao gồm: phí khám, phí điều trị, phí thuốc, phí dịch vụ thuốc). Nếu bạn điều trị phục hồi chức năng của tây y hoặc điều trị khoa chấn thương đông y, thì trên bảng danh mục chi tiết chi phí khám chữa bệnh còn bao gồm hạng mục điều trị.

Có được bảng danh mục chi tiết này, sau khi khám bệnh, bạn có thể kiểm tra phòng khám hoặc bệnh viện nơi bạn khám bệnh đã thu chính xác hạng mục và khoản tiền tự chi trả hay chưa, đồng thời có thể biết được điểm số mà Sở Bảo hiểm Y tế chi cho lần khám bệnh đó.

3. Danh mục thuốc

"Danh mục thuốc" cần bao gồm những thông tin sau: Họ tên của người đi khám bệnh, giới tính, tên thuốc, đơn vị tính, liều lượng và số lượng thuốc, cách dùng và lượng dùng và tên gọi, địa chỉ, số điện thoại của nơi điều chế (tổ chức y tế hoặc hiệu thuốc), họ tên người điều chế, ngày điều chế (hoặc giao thuốc), những cảnh báo ... theo quy định của Luật công tác dược, những thông tin này phải in trên túi đựng thuốc, trường hợp nếu không thể ghi chú trên túi đựng thuốc, phải cung cấp bảng danh mục chi tiết các loại thuốc.

"Danh mục thuốc" giúp bạn nắm rõ mình dùng những loại thuốc nào

và cách dùng. Nếu bạn cần các bác sỹ các khoa khác nhau điều trị thì có thể cung cấp cho bác sỹ tham khảo.

Nếu cần bệnh nhân tự chịu phí, bác sỹ cần thông báo rõ

Mọi việc điều trị thuộc “Mục bảo hiểm y tế không chi trả” mà bác sỹ muốn cung cấp cho bạn, cần phải được thông báo trước, và sau khi được sự đồng ý của bạn mới được thực hiện.

Nếu bạn có bất kỳ thắc mắc gì hoặc chỗ nào không hiểu về “mục tự chịu phí” liệt kê trên danh mục chi tiết chi phí khám chữa bệnh, thì có thể nhờ bệnh viện giúp giải quyết, có thể nhờ các cơ sở y tế hỗ trợ làm rõ hoặc gọi tới số điện thoại miễn phí của Sở Bảo hiểm Y tế 0800-030-598 để được tư vấn.

Theo quy định tại điều thứ 51 luật bảo hiểm y tế toàn dân, những hạng mục dưới đây không thuộc phạm vi chi trả của bảo hiểm y tế.

1. Những hạng mục phục vụ điều trị y tế mà căn cứ theo những pháp lệnh khác do chính quyền các cấp chịu chi phí.
2. Tiêm phòng và các hạng mục phục vụ điều trị y tế khác do chính quyền các cấp chịu chi phí.
3. Điều trị các chứng nghiện (bao gồm nghiện rượu, nghiện thuốc), phẫu thuật thẩm mỹ ngoại khoa, chỉnh hàm không phải do điều trị vết thương, phẫu thuật mang tính dự phòng, thụ tinh nhân tạo, phẫu thuật thay đổi giới tính.
4. Các loại thuốc thành phẩm, thuốc do bác sỹ, dược sỹ hoặc người điều chế thuốc chỉ dẫn.
5. Bác sỹ chỉ định, y tá đặc biệt và hộ lý.
6. Máu. Ngoại trừ trường hợp vì vết thương khẩn cấp, bác sỹ quyết định cần tiếp máu.

7. Thí nghiệm trên người.
8. Nằm viện ban ngày. Ngoại trừ chăm sóc các bệnh thần kinh.
9. Ăn uống ngoại trừ trường hợp ăn bằng ống quản, khoản chênh lệch của phòng bệnh.
10. Đi lại của bệnh nhân, đăng ký lấy số khám bệnh, các giấy tờ chứng nhận.
11. Răng giả, mắt giả, kính thuốc, máy trợ thính, xe lăn, nạng và những công cụ hỗ trợ không mang tính trị liệu tích cực khác.
12. Các dịch vụ điều trị y tế hoặc thuốc khác do người bảo hiểm lập, được hội bảo hiểm y tế thẩm định, trình báo cơ quan chủ quản duyệt công bố.

Phí chênh lệch tự chịu do sử dụng vật liệu đặc biệt

1. Bảo hiểm y tế công bố danh sách vật liệu y tế đặc biệt mà người bệnh có thể tự chi trả phần phí tạo nhiều cơ hội hơn cho người dân chọn lựa

Các vật liệu y tế đặc biệt hiện được Sở Bảo hiểm Y tế chi trả đã đủ sử dụng, đồng thời cũng đạt hiệu quả khá tốt. Tuy nhiên do chức năng vật dụng điều trị y tế ngày càng được đổi mới và cải thiện, để giảm bớt gánh nặng cho dân chúng, Sở Bảo hiểm Y tế sẽ cải tiến một số chức năng của các hạng mục vật liệu y tế đặc biệt hiện có, nhưng giá cả rất đắt, nên không được đưa vào các hạng mục được thanh toán bằng bảo hiểm y tế, sẽ đưa ra mức chênh lệch tự chịu, để dân chúng có nhiều sự chọn lựa hơn khi khám chữa bệnh.

(1) Thiết bị tạo nhịp tim nhân tạo loại tăng chức năng

Từ ngày 3 tháng 8 năm 1995 bắt đầu được xếp vào mục phải tự trả khoản chênh lệch, thiết bị tạo nhịp tim nhân tạo (gồm dây dẫn điện cực) mà bảo hiểm y tế chi trả hiện tại, là loại lợi dụng dòng

điện yếu được phát ra để kích thích tim, điều chỉnh nhịp tim, duy trì chức năng tim và kích thích tim đập. Còn “Thiết bị tạo nhịp tim nhân tạo loại tăng chức năng” mới có, có chức năng dò tín hiệu tốt hơn, càng thích hợp với nhu cầu về chức năng tim hơn, có thể gần hơn với nhu cầu lâm sàng lâu dài của người bệnh. Tuy nhiên thiết bị tạo nhịp tim nhân tạo loại này cũng có sự chống chỉ định, do vậy phải do các bác sĩ chuyên khoa đánh giá kỹ lưỡng, để có phương án xử lý và điều trị tốt nhất.

Nếu muốn sử dụng “Thiết bị tạo nhịp tim nhân tạo tăng chức năng”, đối với đối tượng được chỉ định sử dụng thiết bị tạo nhịp tim nhân tạo, Sở Bảo hiểm Y tế sẽ chi trả theo mức giá của “Thiết bị tạo nhịp tim nhân tạo” như quy định, phần chênh lệch sẽ do người bệnh tự trả.

(2) Thuốc phủ hoặc ống đỡ động mạch có lớp thuốc phủ đặc biệt

Từ ngày 1 tháng 12 năm 2006 bắt đầu được xếp vào mục phải tự trả khoản chênh lệch. Hiện nay các loại ống đỡ động mạch thông thường được bảo hiểm y tế chi trả đã đủ cho nhu cầu sử dụng, và “thuốc phủ hoặc ống đỡ động mạch có lớp thuốc phủ đặc biệt” tức là phủ thuốc hoặc phủ lớp thuốc đặc biệt lên trên ống đỡ động mạch thông thường, có tác dụng làm giảm tỷ lệ tái phát hẹp động mạch. Nhưng loại này cũng có những cấm kỵ và tác dụng phụ, do vậy cần sự đánh giá cẩn thận của các thầy thuốc chuyên khoa, để có phương án xử lý và điều trị thích hợp nhất.

Nếu muốn sử dụng “Thuốc phủ hoặc ống đỡ động mạch có lớp thuốc phủ đặc biệt”, Sở Bảo hiểm Y tế sẽ chi trả theo mức giá của “ống đỡ phủ thuốc động mạch” thông thường trả cho những bệnh nhân phù hợp đặt “ống đỡ động mạch có phủ thuốc”, khoản chi phí chênh lệch sẽ do bệnh nhân tự chịu.

(3) Khớp háng nhân tạo bằng vật liệu đặc biệt:

Bao gồm khớp háng nhân tạo bằng sứ và khớp háng nhân tạo hai mặt tiếp xúc bằng kim loại, lần lượt vào ngày 1/1/2007 và ngày 1/5/2008 được xếp vào danh mục phải trả khoản chênh lệch. Trước mắt, phần lõi đầu xương đùi nhân tạo của khớp háng nhân tạo được bảo hiểm y tế chi trả được làm bằng hợp kim titan hoặc hợp kim CCM (cobalt-crom-molybden), phần lõm ở xương háng được làm bằng polyethylene có khả năng chịu mài mòn cao, tỷ lệ mài mòn của nó đã rất thấp, do đó chỉ cần sử dụng thỏa đáng, thì hầu như không cần phải mổ thay khớp lần nữa.

Nếu bệnh nhân muốn được sử dụng “khớp háng nhân tạo bằng gốm” hoặc “khớp háng nhân tạo giao diện kim loại đối kim loại”, thì Sở Bảo hiểm Y tế sẽ chi trả theo mức giá khớp háng truyền thống cho những bệnh nhân thích hợp để thay khớp, phần chi phí chênh lệch do bệnh nhân tự chịu. Tuy nhiên, khớp nhân tạo kiểu mới có những cấm kỵ và tác dụng phụ, cần được bác sỹ chuyên khoa đánh giá cẩn thận.

(4) Thủy tinh thể nhân tạo đặc biệt:

Từ ngày 1/10/2007 được xếp vào mục phải trả khoản chênh lệch. Dân chúng chỉ cần phù hợp với quy tắc sử dụng phẫu thuật đục thủy tinh thể của bảo hiểm y tế, thì “thủy tinh thể nhân tạo có chức năng thông thường” mà họ sử dụng thuộc vào phạm vi chi trả của bảo hiểm y tế. “Thủy tinh thể nhân tạo có chức năng thông thường” được làm từ nhựa tổng hợp (PMMA), silicone hoặc acrylic. Sau khi mổ cấy ghép thành công, “thủy tinh thể nhân tạo chức năng thông thường” có độ ổn định lâu dài, đáp ứng được 90% nhu cầu sử dụng của các bệnh nhân đục thủy tinh thể trở lên. Nhưng “thủy tinh thể nhân tạo chức năng đặc biệt” cần sự thích ứng và có những cấm kỵ và không

phải những người đục thủy tinh thể nào cũng thích ứng sử dụng loại này.

Khi bệnh nhân phù hợp với qui tắc sử dụng phẫu thuật đục thủy tinh thể, và đã được bác sĩ giải thích cặn kẽ, nắm rõ vấn đề, nếu người bệnh tự nguyện lựa chọn “thủy tinh thể nhân tạo đặc biệt”, Sở Bảo hiểm Y tế sẽ chi trả theo mức giá “thủy tinh thể nhân tạo chức năng thông thường”, phần chênh lệch giá, do người bệnh tự chịu.

(5) Van tim mô sinh học có độ bền cao

Bắt đầu từ ngày 1/6/2014 được xếp vào mục phải trả khoản chênh lệch. Van tim nhân tạo mà bảo hiểm y tế sử dụng hiện tại, đã đủ cho đại bộ phận người bệnh sử dụng. Van tim mô sinh học có độ bền cao loại tăng thêm chức năng mới là 1 loại van tim sinh học, so với van tim mô sinh học loại truyền thống có khả năng về các mặt gồm kỹ thuật chống vôi hóa, phương thức cố định mô sinh học, chất liệu của đế van tim sinh học, thiết kế cách thức đưa vào hoặc thời hạn sử dụng đều áp dụng những thiết kế tiên bộ và số liệu chứng minh đầy đủ hơn. Tuy nhiên van tim mô sinh học có độ bền cao cũng có những điều kiêng kỵ và tác dụng phụ của nó, do vậy cần có sự đánh giá xem xét kỹ lưỡng của bác sĩ chuyên khoa, để có sự điều trị và xử lý tốt nhất.

Nếu người bệnh cần sử dụng phẫu thuật thay van tim nhân tạo, sau khi được bác sĩ giải thích chi tiết và đã hiểu rõ ràng, đối tượng tự nguyện sử dụng “Van tim mô sinh học có độ bền cao” có giá cả khá đắt phải trả khoản chênh lệch cho vật liệu y tế đặc biệt, thì Sở Bảo hiểm Y tế sẽ thanh toán số tiền theo tiêu chuẩn chi trả van tim nhân tạo mô sinh học kiểu truyền thống, còn phần vượt quá thì do bệnh nhân phải tự chịu.

(6) Hệ thống dẫn lưu não thất-xoang bụng kiểu điều chỉnh

Từ ngày 1 tháng 6 năm 2015 bắt đầu được xếp vào mục phải tự trả khoản chênh lệch. Hệ thống dẫn lưu não thất-xoang bụng thông thường mà bảo hiểm y tế hiện tại chi trả, là van dẫn lưu áp suất cố định, có thể tạo tiên lượng rất tốt cho người có bệnh tình ổn định, cũng đã đủ cho đại đa số người bệnh sử dụng. Nhưng trường hợp những bệnh nhân bệnh tình không ổn định, có khả năng có những biến đổi về sau (ví dụ: bệnh nhân não úng thủy áp suất bình thường, bệnh nhân chấn thương, bệnh nhân nhi), nếu về sau cần thay đổi việc cài đặt áp suất có khả năng chỉ có cách duy nhất là cài đặt lại từ đầu. “Hệ thống dẫn lưu não thất-xoang bụng kiểu điều chỉnh” mới có không cần phải làm phẫu thuật lại, mà có thể trực tiếp điều chỉnh áp suất từ phía ngoài cơ thể, nhưng vẫn phải do các bác sĩ chuyên khoa đánh giá kỹ lưỡng, để có phương án xử lý và điều trị tốt nhất.

Nếu người bệnh cần sử dụng hệ thống dẫn lưu não thất-xoang bụng, sau khi được bác sĩ giải thích kỹ lưỡng đã hiểu rõ, người tự nguyện chọn sử dụng hệ thống dẫn lưu não thất-xoang bụng kiểu điều chỉnh, Sở Bảo hiểm Y tế sẽ chi trả theo mức giá của “Hệ thống dẫn lưu não thất-xoang bụng thông thường” như quy định, phần chênh lệch sẽ do người bệnh trả.

(7) Stent tẩm thuốc của chứng hẹp động mạch đùi bề ngoài:

Được liệt kê vào hạng mục tự chịu phí chênh lệch từ 1/5/2016. Ống đỡ động mạch đùi nông mà bảo hiểm y tế chi trả hiện tại là loại ống nông mạch không có lớp thuốc phủ, cũng có thể chọn đặt cỡ ống phù hợp tùy theo vùng tổn thương của mạch máu, đồng thời có thể giảm bớt tình trạng mạch máu tiếp tục bị hẹp hoặc mạch máu bị bóc tách, để duy trì sự lưu thông cho mạch máu. Hạng mục mới thêm vào là “Stent tẩm thuốc của chứng hẹp động mạch đùi bề ngoài” (bao gồm giá đỡ tẩm thuốc và túi tẩm

thuốc) so với kỹ thuật làm mở rộng van truyền thống và giá đỡ huyết quản động mạch đùi bề ngoài (giá đỡ kim loại đơn), thì tỉ lệ tắc nghẽn lại sau một năm của kỹ thuật mới thấp hơn, nhưng vẫn do bệnh tình của các bệnh nhân khác nhau, mà cần có đánh giá chi tiết của bác sĩ chuyên khoa, để có sự trị liệu và sắp xếp tốt nhất.

Nếu người bệnh phải sử dụng Stent tẩm thuốc của chứng hẹp động mạch đùi bề ngoài, sau khi được sự giải thích kỹ lưỡng của bác sĩ và có sự hiểu biết cặn kẽ, tự nguyện chọn phương án trị liệu Stent tẩm thuốc của chứng hẹp động mạch đùi bề ngoài, Sở Bảo hiểm sẽ y theo giá tiền chi trả của giá đỡ huyết quản động mạch đùi bề ngoài (giá đỡ kim loại đơn) để thực hiện chi trả, số tiền chênh lệch vượt mức do người bệnh tự chịu.

(8) Bộ cố định xương đầu sọ kiểu hỗ trợ tùy chỉnh bằng vi tính

Từ ngày 1-8-2017 được xếp vào mục người bệnh tự trả khoản chênh lệch. Đối với bộ cố định xương đầu sọ kiểu truyền thống, thì vào lúc phẫu thuật, sẽ điều chỉnh bằng tay hình dạng của miếng lưới vá xương tùy theo vùng bị tổn thương của người bệnh, đồng thời có thể xem xét mức độ bị tổn thương do chấn thương của xương đầu sọ, kết hợp sử dụng xương tự thân của người bệnh với xi măng xương được bảo hiểm y tế chi trả. Và mục “Bộ cố định xương đầu sọ kiểu hỗ trợ tùy chỉnh bằng vi tính” được tăng thêm, là áp dụng kỹ thuật thiết kế hỗ trợ bằng vi tính, trước khi phẫu thuật, sẽ nhập số liệu chụp cắt lớp não bộ của người bệnh vào phần mềm máy tính, rồi căn cứ theo kích cỡ thực tế của vùng xương đầu sọ bị khiếm khuyết tổn thương, để tiến hành tạo hình tùy chỉnh.

Nếu người bệnh cần sử dụng bộ cố định xương đầu sọ kiểu hỗ trợ tùy chỉnh bằng vi tính, vẫn phải được bác sĩ giải thích chi tiết, sau khi bệnh nhân đã hiểu rõ, nếu tự nguyện chọn sử

dụng, bảo hiểm y tế sẽ chi trả theo số điểm quy đổi chi trả của “Bộ lưới và xương đầu sọ” (gồm cả tấm lưới và xương đầu sọ vi chỉnh, đinh vít xương đầu sọ vi chỉnh, phần còn thiếu sẽ do người bệnh tự chịu).

(9) Phương pháp triệt đốt rung nhĩ nhiệt độ thấp bằng sóng Radio tần số cao qua ống thông

Từ ngày 1-11-2017 được xếp vào mục người bệnh tự trả khoản chênh lệch. Phương pháp thăm dò điện sinh lý qua ống thông để ghi lại hoạt động điện và định vị 3D đối với các vị trí rung nhĩ (3D Mapping Perfusion Cooling Diagnostic Electrocautery Recording Catheter) hiện được bảo hiểm chi trả, là phương pháp chuyển đổi điện năng thành nhiệt năng, tiến hành đốt điện từng điểm rung nhĩ bằng đầu ống đốt, cũng có thể áp dụng điều trị cho người bệnh phải làm phẫu thuật do Rối loạn nhĩ phức tạp (complex atrium) hoặc do Loạn nhịp thất (ventricular arrhythmia). So sánh với Phương pháp thăm dò điện sinh lý qua ống thông để ghi lại hoạt động điện và định vị 3D đối với các vị trí rung nhĩ hiện được bảo hiểm chi trả, thì phương pháp triệt đốt rung nhĩ nhiệt độ thấp bằng sóng Radio tần số cao qua ống thông có thể rút ngắn thời gian phẫu thuật đồng thời sẽ giảm cảm giác đau đớn cho người bệnh trong quá trình điều trị. Nhưng do bệnh tình của mỗi bệnh nhân một khác, hơn nữa vùng thích hợp áp dụng cũng khác nhau, vì vậy cần phải được bác sĩ xem xét đánh giá kỹ lưỡng, để áp dụng sự điều trị và xử lý tốt nhất.

Nếu bệnh nhân áp dụng phương pháp triệt đốt rung nhĩ nhiệt độ thấp bằng sóng Radio tần số cao qua ống thông, sau khi được bác sĩ giải thích chi tiết và đã hiểu rõ, đồng thời tự nguyện chọn sử dụng phương pháp triệt đốt rung nhĩ nhiệt độ thấp bằng sóng Radio tần số cao qua ống thông, Sở Bảo hiểm Y tế

sẽ chi trả theo mức giá của Phương pháp thăm dò điện sinh lý qua ống thông để ghi lại hoạt động điện và định vị 3D đối với các vị trí rung nhĩ (3D Mapping Perfusion Cooling Diagnostic Electrocautery Recording Catheter), khoản tiền vượt trội sẽ do bệnh nhân tự chịu.

2. Để đẩy mạnh việc bệnh nhân nắm bắt đầy đủ thông tin, Sở Bảo hiểm Y tế quy định các cơ quan dịch vụ bảo hiểm y tế khi khuyến cáo bệnh nhân sử dụng các hạng mục phải trả khoản chênh lệch, thông tin cần phải công khai, giải thích đầy đủ và ký kết Bản cam kết đồng ý.

Các bệnh viện khi cung cấp cho đối tượng bảo hiểm những vật liệu đặc biệt phải tự trả phần chênh lệch, để giúp người dân có đầy đủ thông tin, trình tự thông báo gồm hai giai đoạn:

◎ **Giai đoạn 1**

- (1) Vào 2 ngày trước khi tiến hành phẫu thuật hoặc xử lý (trừ trường hợp khẩn cấp), bác sĩ phải giao bản hướng dẫn cho đối tượng bảo hiểm hoặc người nhà, đồng thời giải thích rõ ràng đầy đủ, do bác sĩ và đối tượng bảo hiểm hoặc người nhà cùng ký tên xác nhận thành 2 bản, 1 bản giao cho đối tượng bảo hiểm hoặc người nhà giữ, còn 1 bản được lưu trong bệnh án.
- (2) Nội dung của bản hướng dẫn bao gồm: chi phí, đặc điểm sản phẩm, nguyên nhân sử dụng, những điều cần chú ý, tác dụng phụ của hạng mục vật liệu đặc biệt phải tự trả phần chênh lệch, và sự so sánh về hiệu quả điều trị so với hạng mục bảo hiểm y tế chi trả hoàn toàn.

◎ **Giai đoạn 2**

- (1) Sau khi đối tượng bảo hiểm và người nhà nắm được các thông tin điều trị y tế liên quan, ngoài ra các cơ quan dịch vụ y tế phải giải thích rõ tình hình thu phí và dành cho họ đủ thời gian để suy nghĩ, sau đó mới ký cam kết lập thành 2 bản, 1 bản giao cho đối

tượng bảo hiểm hoặc người nhà giữ, còn 1 bản được lưu trong bệnh án.

- (2) Những nội dung nêu trong bản cam kết: tên, mã số sản phẩm, mã hiệu cấp phép thiết bị y tế, đơn giá, số lượng và số tiền phải tự trả của hạng mục vật liệu đặc biệt phải tự trả phần chênh lệch.

Bệnh viện và trụ sở khám bệnh phải đưa phiếu biên nhận cho đối tượng tham gia bảo hiểm hoặc người nhà cất giữ. Đồng thời phải kèm theo chi tiết liệt kê tên mặt hàng tự trả tiền phí chênh lệch, mã số mặt hàng, đơn giá, số lượng và tổng số tiền tự chi trả cho đối tượng tham gia bảo hiểm hoặc người nhà cất giữ.

Tăng thêm, hủy bỏ hoặc thay đổi tiêu chuẩn thu phí đối với các mục phải tự trả khoản chênh lệch, các cơ sở y tế phải căn cứ theo quy định của Sở Bảo hiểm, đăng nhập trên hệ thống phục vụ của Trang web thông tin bảo hiểm y tế (VPN), và công bố trên Mạng thông tin toàn cầu của Sở Bảo hiểm Y tế, để cung cấp cho mọi người tra cứu thông tin. Người dân có thể truy cập vào “Website so sánh giá cả vật liệu y tế tự trả phí” tại trang chủ của Mạng thông tin toàn cầu Sở Bảo hiểm Y tế, để tra cứu tình hình thu phí của các cơ sở y tế, đồng thời cũng có thể kết nối những thông tin gồm chỉ định, chống chỉ định, tác dụng phụ và những điều cần chú ý của mục sản phẩm này theo giấy phép thiết bị y tế.

Khấu nại và tìm hiểu

Khi đi khám chữa bệnh, nếu bệnh viện không thực hiện theo những quy định trên, có thể thông qua những kênh dưới đây để phản ánh hoặc tìm hiểu:

1. Gọi điện thoại phục vụ tư vấn miễn phí: 0800-030-598
2. Thông qua hòm thư góp ý của mạng thông tin toàn cầu của Sở Bảo hiểm Y tế hoặc liên hệ với bộ phận khiếu nại của các bệnh viện chi

định (điện thoại liên quan có thể tra tìm tại website thông tin toàn cầu của Sở Bảo hiểm Y tế <https://www.nhi.gov.tw>

3. Tìm hiểu tại tổ nghiệp vụ các phân khu của Sở Bảo hiểm Y tế hoặc văn phòng liên lạc.

Xin xem xét tranh chấp

Nếu không hài lòng với các vấn đề mà Sở Bảo hiểm Y tế phê duyệt dưới đây, bạn có thể gửi đơn xin xem xét tranh chấp tại hội đồng xem xét tranh chấp của bảo hiểm y tế toàn dân trong vòng 60 ngày kể từ khi Sở Bảo hiểm gửi phát giấy tờ thẩm định:

1. Tư cách đối tượng bảo hiểm và thủ tục đóng bảo hiểm
2. Nội dung phê duyệt tiền đóng bảo hiểm
3. Phí bảo hiểm, tiền nộp chậm và tiền phạt
4. Nội dung chi trả của bảo hiểm
5. Nội dung liên quan tới quyền lợi bảo hiểm khác

Thông tin liên lạc của Hội đồng xem xét tranh chấp bảo hiểm y tế toàn dân của Bộ Y tế phúc lợi như sau:

Địa chỉ: Số 488 đoạn 6 đường Trung Hiếu Đông khu Nam Cảng thành phố Đài Bắc

Website: <https://dep.mohw.gov.tw/NHIDSB/mp-117.html>

Nội dung nghiệp vụ	Điện thoại liên lạc
Vấn đề tranh chấp quyền lợi Phí bảo hiểm liên quan của đối tượng bảo hiểm và đơn vị phụ trách thủ tục đóng bảo hiểm, phí bảo hiểm bổ sung, tư cách tham gia bảo hiểm, chi trả bảo hiểm, cấp duyệt chứng nhận bệnh hiểm nghèo, vấn đề thỏa thuận đặc biệt có liên quan bảo hiểm y tế của các cơ quan dịch vụ y tế có thỏa thuận đặc biệt và các vụ việc khác về quyền lợi.	(02)8590-7222



Chức năng, cập nhật thông tin, bảo quản và làm thủ tục xin cấp thẻ bảo hiểm y tế

Từ 1/1/2004, Sở Bảo hiểm Y tế đã sử dụng thẻ bảo hiểm y tế rộng rãi. Nếu trên thẻ có in ảnh đủ để nhận biết người sở hữu thẻ, khi đi khám bệnh bạn không cần phải cầm thêm chứng minh thư để bệnh viện đối chiếu hồ sơ nữa. Con chip gắn trên thẻ còn có thể ghi chép thông tin 6 lần khám chữa bệnh gần nhất, bao gồm thông tin như người mắc bệnh hiểm nghèo hay, những xét nghiệm quan trọng và loại thuốc sử dụng, tăng thêm giá trị cho sức khỏe của bạn, khiến bạn được bảo đảm hơn khi đi khám bệnh.

Công dụng của thẻ bảo hiểm y tế

1. Đăng nhập nội dung khám chữa bệnh

Thẻ bảo hiểm y tế là chứng nhận khám chữa bệnh của bảo hiểm y tế toàn dân, mọi nội dung đi khám chữa bệnh, đều đăng nhập trong thẻ này.

2. Đăng nhập những xét nghiệm quan trọng, đơn thuốc

Trong thẻ bảo hiểm y tế đăng nhập các mục thuốc sử dụng và mục kiểm tra. Để khi bác sỹ khám điều trị cho bạn, có thể dùng cùng với thẻ bác sỹ để tra tìm tình hình sử dụng thuốc và xét nghiệm của bạn, như vậy có thể tránh được việc sử dụng trùng thuốc hoặc trùng xét nghiệm, đảm bảo sự an toàn khám chữa bệnh cho bạn, nâng cao chất lượng khám điều trị, đồng thời giảm lãng phí khám điều trị.

3. Đăng nhập thông tin bệnh hiểm nghèo

Những ghi chú về tình trạng bệnh hiểm nghèo được ghi trực tiếp trên thẻ bảo hiểm y tế. Người bệnh chỉ cần mang theo thẻ này khi đi khám chữa các bệnh hiểm nghèo đó, có thể được miễn phần nào chi phí tự trả.

Những đối tượng bảo hiểm đã xin và được cấp chứng nhận bệnh hiểm nghèo, khi đi khám chữa bệnh nếu trên thẻ vẫn chưa ghi chú thông tin về bệnh hiểm nghèo, thì có thể nhờ phòng khám, bệnh viện giúp đỡ cập nhật thông tin, hoặc có thể tự cập nhật tại những nơi có máy đọc thẻ (như: tổ nghiệp vụ các phân khu của Sở Bảo hiểm Y tế, hoặc cơ quan chính quyền xã, thị trấn, thành phố hoặc khu vực), là có thể tự động ghi dữ liệu bệnh hiểm nghèo trên thẻ bảo hiểm y tế.

4. Đăng nhập về việc hiến tặng nội tạng hoặc mong muốn chăm sóc an ủi

Bạn có thể điền các mẫu đơn liên quan thông qua các đơn vị như “Hiệp hội hiến tặng nội tạng Trung Hoa dân quốc”, hoặc “Trung tâm đăng ký hiến tặng, cấy ghép nội tạng tập đoàn tài chính pháp nhân (Interchange Assosiation)”, hoặc “Hiệp hội chăm sóc an ủi Đài Loan”.

Những đơn vị trên sẽ chuyển hồ sơ đến Bộ Phúc lợi Y tế- đơn vị thực hiện và Bộ Phúc lợi Y tế sẽ chuyển đến Sở Bảo hiểm Y tế. Khi cập nhật thông tin trên thẻ bảo hiểm y tế, các thông tin trên sẽ được nhập vào trong thẻ của bạn. Như vậy, nhân viên điều trị cho bạn sẽ biết được nguyện vọng hiến tặng nội tạng, hoặc mong muốn được điều trị an ủi của bạn ở ngay thời gian đầu tiên.

5. Tận dụng cơ chế kiểm tra giám sát thẻ bảo hiểm y tế, nhắc nhở mọi người đóng bảo hiểm.

Nếu hiện nay bạn vẫn chưa tham gia bảo hiểm y tế thì không thể đi khám chữa bệnh bằng bảo hiểm. Nếu là trường hợp chưa đóng bảo hiểm, khi bạn đã dùng hết số lần khám chữa bệnh có thể dùng trên thẻ Bảo hiểm Y tế, hoặc khi thẻ hết hạn, thì thẻ Bảo hiểm Y tế của bạn sẽ không thể cập nhật mới hoặc làm thủ tục nhập viện. Để đảm bảo quyền lợi khám chữa bệnh của bạn, mong bạn nhanh chóng hoàn thiện các thủ tục đóng bảo hiểm y tế.

6. Sử dụng thẻ bảo hiểm Y tế xin đăng ký dịch vụ internet (hoặc gắn kết thiết bị di động)

Sở bảo hiểm Y tế thiết lập “Hoạt động dịch vụ mạng thông tin bảo hiểm Y tế cá nhân” trên mạng thông tin toàn cầu, cung cấp cho dân chúng thực hiện nhiều nghiệp vụ bảo lãnh trực tuyến bằng “chứng nhận thẻ nhân”. Bắt đầu từ 4/2/2015, cung cấp cho dân chúng “Thẻ bảo hiểm y tế” xin đăng ký dịch vụ mạng, tra tìm và thực hiện các nghiệp vụ bảo hiểm y tế; Ngoài ra, dân chúng có thể đến Google play hoặc Apple store tìm kiếm tải lắp đặt APP “Hoạt động bảo hiểm y tế toàn dân nhanh chóng dễ dàng” đồng thời thực hiện đăng ký thẻ bảo hiểm y tế và gắn kết thiết bị di động, là có thể tận hưởng dịch vụ tiện ích cấp e.

Cập nhật thẻ bảo hiểm y tế

Trong các trường hợp sau đây, hãy làm thủ tục cập nhật thẻ:

1. Đã dùng hết số lần khám chữa bệnh

Sau mỗi lần cập nhật mới, thẻ Bảo hiểm Y tế sẽ có số lần khám chữa bệnh nhất định có thể sử dụng, sau khi dùng hết số lần khám chữa bệnh, phải cập nhật số lần khám chữa bệnh cho thẻ Bảo hiểm Y tế, mới có thể tiếp tục dùng thẻ Bảo hiểm Y tế để khám chữa bệnh hoặc nhập viện.

2. Địa điểm cập nhật thẻ

Nếu bạn đã sử dụng hết số lần khám chữa bệnh, khi bạn lấy số đăng ký khám bệnh, thông thường phòng khám hoặc bệnh viện sẽ chủ động cập nhật mới giúp bạn; bạn cũng có thể tự cập nhật thông qua tổ nghiệp vụ thuộc các phân khu, văn phòng liên hệ của Sở Bảo hiểm Y tế, hoặc qua máy đọc thẻ Bảo hiểm Y tế của cơ quan hành chính xã (thị trấn, thị xã, khu).

3. Thời hạn của thẻ sắp hết

Thẻ bảo hiểm y tế có thời hạn sử dụng nhất định, để bạn không quên cập nhật thẻ bảo hiểm trong thời gian thẻ còn hiệu lực, đã đặt ngày hiệu lực của thẻ là ngày trước ngày sinh nhật của bạn 1 ngày. Vì vậy trong thời gian 30 ngày trước ngày sinh nhật hàng năm, bạn đều có thể mang thẻ đến nơi có máy đọc thẻ để cập nhật, hoặc nếu bạn đi khám chữa bệnh trong thời gian đó, cơ sở y tế hoặc bệnh viện sẽ giúp cập nhật thẻ.

4. Thay đổi loại đối tượng đăng ký

Nếu bạn thay đổi tư cách đóng bảo hiểm là hộ thu nhập thấp, hoặc cựu chiến binh không có việc làm, cũng cần phải đến nơi có máy đọc thẻ như các tổ nghiệp vụ các phân khu của Sở Bảo hiểm Y tế, hoặc phòng khám, bệnh viện... để cập nhật thẻ. Như vậy, khi khám chữa bệnh mới được miễn một phần chi phí tự chi.

5. Cập nhật địa chỉ trên thẻ

Nếu bạn đã sử dụng hết số lần khám chữa bệnh, thông thường phòng khám hoặc bệnh viện sẽ tự động giúp cập nhật thông tin thẻ khi bạn lấy số khám bệnh. Ngoài ra, bạn cũng có thể cập nhật thẻ thông qua máy đọc thẻ bảo hiểm y tế của tổ nghiệp vụ các phân khu của Sở Bảo hiểm Y tế, văn phòng liên hệ hoặc cơ quan hành chính của xã, thị trấn, thành phố, khu.

Thẻ bảo hiểm y tế có tiết lộ thông tin điều trị cá nhân hay không?

1. Thẻ bảo hiểm được thiết kế chế độ bảo mật nghiêm ngặt, những máy đọc thẻ tại bệnh viện phải lắp đặt “thẻ an ninh” do Sở Bảo hiểm Y tế cung cấp mới có thể hoạt động, thực hiện cơ chế ủy quyền và xác nhận lẫn nhau nghiêm ngặt. Bác sỹ cũng cần phối hợp sử dụng “thẻ bác sỹ” mới có thể truy cập vào các dữ liệu riêng tư liên quan tới bệnh hiểm nghèo hoặc đơn thuốc khám, không phải bất kỳ ai cũng có thể tùy ý đọc dữ liệu trên thẻ. Do vậy, bạn không phải lo lắng thông tin điều trị y tế cá nhân bị lộ ra ngoài.
2. Bạn có thể chọn có mở chức năng sử dụng mật mã của thẻ bảo hiểm y tế hay không (thẻ mới đều được cài đặt đóng chức năng mật mã), chỉ cần cài đặt mật mã, ngay cả khi có máy đọc thẻ và trong chế độ sử dụng an toàn, cũng vẫn phải nhập đúng mật mã, thì mới có thể đọc được thông tin của thẻ.
3. Có thể tiến hành cài đặt, thay đổi và hủy bỏ mật khẩu trên máy đọc thẻ bảo hiểm y tế chuyên dụng tại các Trung tâm phục vụ liên hợp, văn phòng liên lạc của Sở Bảo hiểm Y tế, tại văn phòng hành chính xã (thị trấn, thị xã, khu vực). Nếu quên mật khẩu, có thể mang giấy tờ tùy thân đến các Trung tâm phục vụ liên hợp của Sở bảo hiểm Y tế, văn phòng liên lạc hoặc Fax thực hiện xóa cài đặt mật khẩu.

Bảo quản thẻ bảo hiểm y tế

Nếu dữ liệu trên bề mặt thẻ hoặc con chip bị mòn hỏng, thẻ bảo hiểm y tế sẽ không thể đọc bình thường, do vậy cần đặc biệt chú ý:

1. Không được bẻ cong thẻ quá mức, cào xước mặt con chip hoặc ngòì đề lên, để tránh làm hỏng con chip.
2. Không được rửa bằng nước hoặc ngâm nước, cũng không được dùng cồn, các chất dung môi, hay dùng chất tẩy để tẩy con chip, và để cùng với những vật nhọn, hoặc để thẻ vào môi trường có tính ăn mòn cao như môi trường axit hay kiềm.
3. Tránh để thẻ tiếp xúc trực tiếp với điện, lửa, hoặc nhiệt độ cao, tránh để thẻ trong môi trường có từ trường cao như vô tuyến, máy tính.

Thẻ bảo hiểm có thời hạn sử dụng hay không?

Thời hạn sử dụng của thẻ bảo hiểm y tế rất dài, ngay cả khi chuyển chỗ làm cũng không cần phải xin cấp lại, xin hãy bảo quản thẻ bảo hiểm y tế cẩn thận.

Trẻ mới sinh hoặc người có quốc tịch nước ngoài, khi làm thẻ Bảo hiểm y tế lần đầu, thủ tục như thế nào?

Trường hợp bắt đầu từ ngày 1 tháng 7 năm 2015, thực hiện đăng ký sinh cho trẻ sơ sinh tại các Sở hộ chính, có thể đồng thời xin đóng bảo hiểm y tế và cấp dịch vụ thẻ bảo hiểm y tế. Nếu là lần đầu đăng ký hộ tịch cho trẻ sơ sinh sinh tại nước ngoài, thì cần chờ sau khi đăng ký hộ tịch đủ 6 tháng phù hợp tư cách bảo hiểm y tế, khai báo đóng bảo hiểm y tế và xin cấp thẻ bảo hiểm y tế tại Đơn vị đóng bảo hiểm y tế.

Trẻ sơ sinh và người nước ngoài muốn xin thẻ bảo hiểm y tế có ảnh, xin vui lòng tham khảo chương 2, tham gia bảo hiểm theo nhóm

tương ứng và viết “Phiếu xin đăng ký lãnh thẻ bảo hiểm” kèm theo giấy tờ tùy thân bản photo và 1 tấm hình thẻ 3*4cm (trẻ sơ sinh có thể chọn không dán ảnh) gửi đến các tổ nghiệp vụ tại các nơi của Sở Bảo hiểm, tấm thẻ bảo hiểm đầu tiên là được cấp miễn phí, người dân được miễn đóng phí làm thẻ. Trong thời gian làm thẻ nếu có nhu cầu khám chữa bệnh, hãy cầm phiếu đăng ký bảo hiểm và giấy tờ tùy thân đến phòng khám hoặc bệnh viện có liên kết với Sở Bảo hiểm, điền “Danh sách khám bệnh ngoại lệ” là có thể khám bệnh có bảo hiểm. Trẻ sơ sinh trong vòng 60 ngày chưa được lĩnh thẻ Bảo hiểm Y tế, nếu có nhu cầu khám chữa bệnh, có thể dùng thẻ Bảo hiểm Y tế của bố hoặc mẹ (trong thẻ có ghi chú thông tin của trẻ sơ sinh) để khám chữa bệnh theo phương thức theo cha hoặc mẹ.

Nếu thẻ bảo hiểm bị hỏng, bị mất, hoặc muốn đổi tên, đổi ảnh, cần phải làm thế nào?

Để gia tăng sự tiện ích trong khám chữa bệnh cho người được hưởng Bảo hiểm Y tế, giúp các cơ sở y tế giảm bớt sự phiền hà trong việc đối chiếu nhân thân, đồng thời cũng phòng chống tình trạng khám chữa bệnh mạo danh người khác, tăng thêm quy định khi xin cấp mới, cấp đổi hoặc cấp bổ sung thẻ Bảo hiểm Y tế cho người được bảo hiểm, thì phải nộp kèm 1 tấm ảnh, và cho in ảnh của người được bảo hiểm trên thẻ. Do xem xét ở dưới một độ tuổi nhất định sẽ khó nhận dạng qua ảnh, và trong một số trường hợp đặc biệt, có thể chọn xin cấp thẻ Bảo hiểm Y tế không có ảnh. Xuất phát từ việc đơn giản hóa thủ tục hành chính, nguồn cung cấp ảnh cho thẻ Bảo hiểm Y tế, ngoài do đối tượng được bảo hiểm tự cung cấp ra, thì có thể sử dụng ảnh được lưu trữ của người được bảo hiểm và file ảnh được lưu thuộc hệ thống liên cơ quan.

1. Xin cấp lĩnh ngay tại quầy làm thủ tục của Sở Bảo hiểm Y tế

Nếu đích thân người được cấp đi làm thủ tục thì đem theo bản chính giấy tờ tùy thân, 01 ảnh cỡ 4x6 và 200 Đạì tậ tiền thủ tục phí đén làm thủ tục tại Trung tâm phục vụ liên hợp, văn phòng liên hệ của Sở Bảo hiểm Y tế tại các địa phương. Nếu do người khác làm thay tại chỗ, thì phải xuất trình bản chính giấy tờ tùy thân của cả người xin cấp thẻ và người đi làm thay đưa cho nhân viên tại quầy đối chiếu kiểm tra.

Thông tin các điểm có quầy làm thủ tục xin cấp thẻ Bảo hiểm Y tế lĩnh ngay của Sở Bảo hiểm Y tế (Có thể tham khảo phụ lục: Thông tin điện thoại liên lạc, địa chỉ các điểm phục vụ của Sở Bảo hiểm Y tế)

2. Bưu điện nhận thay

Bưu điện nhận thay- giới hạn trường hợp mất, hỏng, hoặc đổi tên, đổi ảnh cần đổi thẻ, mang theo bản chính giấy tờ tùy thân (khi do người đại diện xin, cần đồng thời xuất trình bản chính giấy tờ tùy thân người đại diện) đồng thời điền vào “Đơn xin lĩnh thẻ bảo hiểm y tế”, ở mặt chính dán ảnh 4x6 gần nhất, và dán bản copy của giấy tờ tùy thân ở mặt sau của tờ đơn, nộp cùng 200 Đạì tậ phí thủ tục cho nhân viên phục vụ tại quầy tiết kiệm và chuyển khoản, sau 7 ngày làm việc sẽ nhận được thẻ bảo hiểm mới gửi đén. Có thể lên mạng thông tin toàn cầu của Sở Bảo hiểm Y tế để tải xuống.

© Có thể tra cứu địa điểm và thời gian làm việc của bưu điện tại các địa phương qua webs bưu chính hite Trung Hoa <https://www.post.gov.tw>

3. Xin cấp qua mạng internet

Xin cấp thẻ qua mạng internet (chỉ hạn chế cho những trường hợp xin cấp bổ sung do thẻ bảo hiểm y tế bị hỏng, bị mất hoặc đổi ảnh).

Giao diện làm thủ tục	Giao diện nghiệp vụ bảo hiểm nhiều loại giấy tờ chứng minh	Tác nghiệp phục vụ mạng internet thông tin bảo hiểm y tế cá nhân	Website Ngân hàng Esunbank	APP di động bảo hiểm y tế toàn dân nhanh chóng	Khu miễn xác nhận
Địa chỉ website	https://eservice.nhi.gov.tw/nhiweb1/system/loginca.aspx	https://eservice.nhi.gov.tw/Personal1/System/Login.aspx	https://netbank.esunbank.com.tw/nhi	Download tại App store hoặc Google Play	https://cloudicweb.nhi.gov.tw/edesk/system/mainpage.aspx
Phương thức sử dụng	Giấy xác nhận của đơn vị tham gia bảo hiểm hoặc mã số nhận dạng cá nhân của người được chỉ định hoặc thẻ bảo hiểm	Mã số nhận dạng cá nhân hoặc thẻ bảo hiểm y tế	Thẻ ATM có con chip của Ngân hàng Esunbank	Mã số nhận dạng cá nhân hoặc thẻ bảo hiểm đã đăng ký thành công và liên kết với máy di động chỉ định	Kiểm tra bằng số hộ trên số hộ khẩu của đối tượng làm thẻ, xin trực tuyến và sau khi nộp phí chỉ định cư điểm phục vụ đối ngoại của Sở đề đến nhận thẻ tại hiện trường
Đối tượng xin	Mọi đối tượng bảo hiểm đang được bảo hiểm trong đơn vị bảo hiểm	Mã số nhận dạng cá nhân hoặc người có thẻ bảo hiểm y tế và gia quyến của người đó	Bản thân người sở hữu Thẻ ATM có con chip	Tài khoản đăng ký thẻ bảo hiểm của bản thân và người thân	Tất cả đối tượng bảo hiểm mang quốc tịch Đài Loan đang được bảo hiểm
Phương thức nộp phí	ATM online Tài khoản không kỳ hạn Tài phiếu nộp tiền	ATM online Tài khoản không kỳ hạn Tài phiếu nộp tiền	ATM online	Tài khoản không kỳ hạn	ATM online Tài khoản không kỳ hạn

4. Cơ quan hộ chính làm thủ tục thay

Người dân nếu bị mất CMND Đài Loan, hay thay đổi các thông tin cơ bản (CMND, họ tên và ngày tháng năm sinh), có thể tới Văn phòng hộ chính tại các địa phương để kết hợp xin cấp luôn thẻ bảo hiểm y tế. Chỉ cần người dân khi làm thủ tục xin cấp CMND tại Văn phòng hộ chính nêu ra đồng thời xin cấp cả thẻ bảo hiểm y tế, và khoảng 7 ngày làm việc sau khi đã mang phiếu nộp tiền đi nộp tiền sẽ nhận được thẻ bảo hiểm y tế, nhưng người dân Đài Loan dưới 14 tuổi nếu

thay đổi thông tin cơ bản, chỉ có thể xin cấp thẻ bảo hiểm y tế không có ảnh.

5. Xin cấp tại cơ quan hành chính xã (thị trấn, thị xã, khu)

Nếu thẻ bảo hiểm y tế bị mất hoặc bị hỏng, người dân có thể tới các cơ quan hành chính gần nhất để xin cấp lại, người xin cấp mang theo CMND bản chính (nếu do người đại diện thực hiện tại hiện trường, cần đồng thời xuất trình bản chính giấy tờ tùy thân của người xin và người đại diện cho nhân viên tại quầy kiểm tra đối chiếu) - kèm theo ảnh đến làm thủ tục với nhân viên tại quầy của Ủy ban nhân dân xã (thị trấn, thị xã, khu) - Nếu không thuộc văn phòng ủy ban nhân dân mà Sở Bảo hiểm Y tế ủy quyền đại diện thực hiện xin lĩnh thẻ bảo hiểm Y tế tại quầy và khoảng 7 ngày làm việc sau khi đã mang phiếu nộp tiền đi nộp tiền sẽ nhận được thẻ bảo hiểm y tế.

☉ Địa chỉ các quầy tiếp nhận xin cấp thẻ bảo hiểm y tế do văn phòng hành chính địa phương ủy thác

Hãy tham khảo thông tin trên website thông tin toàn cầu của Sở Bảo hiểm Y tế theo bước sau: <https://www.nhi.gov.tw/English>→Program Overview→The National Health Insurance Card→What If the NHI Card Is Damaged or Lost, or the Holder Wants to Change His / Her Name or Photo?

6. Tự gửi qua bưu điện xin

Giới hạn trường hợp lần đầu làm thẻ bảo hiểm Y tế và thẻ bảo hiểm y tế nhìn bên ngoài bình thường không vỡ hỏng gập cong, nhưng không thể sử dụng

- (1) Điền “Phiếu xin lĩnh thẻ bảo hiểm Y tế”, mặt chính hãy dán 1 ảnh màu chụp chính diện, bản thân không đội mũ hoặc đen trắng không đeo kính màu. Trường hợp nếu không cần in ảnh, thì nhất định cần đánh dấu “không dán ảnh”
- (2) Mặt sau cần dán giấy tờ tùy thân như bản sao mặt trước, mặt sau chứng minh thư (trường hợp dưới 14 tuổi không có chứng minh thư, được thay thế bằng bản sao sổ hộ khẩu), thẻ cư trú...

- (3) Cho phiếu xin vào phong bì tự gửi bưu điện đến tổ nghiệp vụ các phân khu của Sở Bảo hiểm Y tế.

Thẻ bảo hiểm y tế về ngoại hình bình thường không bị hỏng hay cong gập, nhưng không thể sử dụng được phải làm thế nào?

1. Kiểm tra con chip của thẻ bảo hiểm mặt trước và sau nếu không có những tình trạng như không bị hoen gỉ mài mòn, không có vết xước, không bị tuột, không bị lỗi lõm, hãy điền “Đơn xin cấp thẻ bảo hiểm y tế, chọn mục lý do khác: cơ sở y tế không đọc được thẻ bảo hiểm y tế (không phải do hỏng) nên xin cấp đổi thẻ.
2. Ngoài ra phải gửi kèm bản copy giấy tờ tùy thân chứng minh và ảnh 2 inch cùng với thẻ bảo hiểm y tế cũ gửi qua đường bưu điện đến Sở Bảo hiểm Y tế, hoặc cầm theo bản chính giấy tờ tùy thân, trực tiếp đến tổ nghiệp vụ tại các phân khu của Sở Bảo hiểm Y tế để làm thủ tục.
3. Nếu đến quầy xin lĩnh mang theo bản chính giấy tờ chứng minh nhân thân (khi do người đại diện đến hiện trường thực hiện, cần đồng thời xuất trình bản chính giấy tờ tùy thân người xin và người đại diện), ảnh 4x6 và thẻ bảo hiểm y tế, tìm hiểu thực hiện qua các cứ điểm phục vụ của Sở bảo hiểm Y tế).

Những điểm cần lưu ý:

1. Để tạo thuận tiện cho nhân viên y tế trong việc đối chiếu nhân thân, cũng có thể phòng chống thẻ Bảo hiểm Y tế bị mạo danh một cách bừa bãi, xin cấp mới, cấp đổi, cấp bổ sung thẻ bảo hiểm y tế đều phải nộp kèm 01 ảnh cỡ 4x6 (Tại các Trung tâm phục vụ liên hợp và văn phòng liên hệ của Sở Bảo hiểm Y tế đều có phục vụ chụp ảnh miễn phí), còn đối với trẻ sơ sinh

- hoặc những trường hợp đặc biệt đã được nhà bảo hiểm khác cho phép phải xin cấp thẻ Bảo hiểm Y tế không có ảnh.
2. Khi đổi, xin thẻ mới, phải nộp 200 Đạì tặ lệ phí đổi thẻ mới. Cùng lúc phát thẻ mới, Sở Bảo hiểm Y tế sẽ tự động hủy bỏ thẻ cũ, thẻ cũ sẽ không thể sử dụng được nữa.
 3. Người được cấp thẻ Bảo hiểm Y tế không có ảnh, khi khám chữa bệnh phải xuất trình cùng với giấy tờ tùy thân, ví dụ chứng minh thư (trẻ em dưới 14 tuổi chưa có chứng minh thư có thể dùng sổ hộ tịch hoặc bản sao hộ tịch để thay thế), bằng lái xe, hộ chiếu hoặc thẻ cư trú, để cung cấp cho cơ sở y tế đối chiếu kiểm tra.
 4. Trong thời gian đang xin cấp thẻ bảo hiểm y tế mới mà chưa nhận được thẻ, nếu cần đi khám bệnh gấp, có thể cầm chứng nhận nộp tiền lệ phí cấp phát thẻ (ví dụ: biên lai xin nhận thẻ bảo hiểm y tế) và giấy tờ chứng minh nhân thân trong vòng 14 ngày đến bệnh viện, điền vào “Danh sách khám bệnh ngoại lệ”, thì có thể khám chữa bệnh bằng bảo hiểm y tế.





Quyền lợi điều trị y tế của người mắc bệnh đặc biệt

Những người mắc bệnh mãn tính (đơn thuốc sử dụng lâu dài cho bệnh mãn tính)

Bệnh của bạn được bác sĩ chẩn đoán là bệnh mãn tính, thuộc “Bệnh mãn tính được Bộ Phúc lợi Y tế Viện Hành chính công bố”, nhưng bệnh tình ổn định, chỉ cần uống thuốc là có thể kiểm soát được bệnh, thì bác sĩ sẽ kê cho bạn “Đơn thuốc sử dụng lâu dài cho bệnh mãn tính”, giúp tiết kiệm chi phí khám chữa bệnh. Phạm vi bệnh mãn tính, người dân có thể tra cứu tại Mạng thông tin toàn cầu Sở Bảo hiểm Y tế [https://www.nhi.gov.tw/English→Medical Services→Care for Special Groups→Patients with Chronic Diseases \(Refill Prescriptions\)](https://www.nhi.gov.tw/English→Medical Services→Care for Special Groups→Patients with Chronic Diseases (Refill Prescriptions))

Thời hạn sử dụng của một “Đơn thuốc sử dụng lâu dài cho bệnh mãn tính” được tính dựa trên số ngày cấp thuốc của đơn kê đó, ngoài dung dịch dùng để thăm phân phức mạc, tùy thuộc bệnh tình thời gian cấp thuốc mỗi lần dài nhất là 31 ngày, ngoài ra các trường hợp còn lại

dài nhất là 30 ngày, mỗi lần lĩnh thuốc, bệnh viện, phòng khám hoặc hiệu thuốc cần kiểm tra thẻ Bảo hiểm Y tế của bạn, nhưng sẽ không tính lũy kế số lần khám chữa bệnh, mà chỉ ghi chú dữ liệu số thuốc bạn lĩnh theo “Đơn thuốc sử dụng lâu dài cho bệnh mãn tính”, mỗi lần lĩnh thuốc nếu trên 28 ngày, thì còn có thể được miễn phần chi phí tiền thuốc phải tự chịu.

Các đối tượng bệnh nhân bị bệnh mãn tính phải uống thuốc trong thời gian dài, nếu vì đi lại khó khăn (được bác sĩ xác nhận hoặc người được ủy thác cung cấp giấy tờ cam kết); hay người đang ở trên biển, làm việc trên tàu cá viễn dương hoặc phục vụ trên tàu biển chạy tuyến quốc tế (có văn bản cam kết do người được ủy thác cung cấp); người mắc chứng mất trí do bác sĩ nhận định được tuyên bố là bệnh nhân phải được giám hộ, hỗ trợ (do người được ủy thác cung cấp bản copy quyết định phán quyết của tòa án); hoặc trường hợp đặc biệt được Sở Bảo hiểm Y tế xác định, mà không thể đích thân tới khám bệnh, giới hạn chỉ được tiếp tục lĩnh toa thuốc tương tự, có thể ủy thác cho người khác kê bệnh cho bác sĩ, bác sĩ sẽ dựa trên sự phán đoán chuyên môn của mình, thấy chắc chắn có thể nắm bắt được bệnh tình, rồi mới kê toa thuốc tương tự.

“Đơn thuốc sử dụng lâu dài cho bệnh mãn tính” có thể tiết kiệm không ít chi phí khám chữa bệnh, nhưng việc bạn được sử dụng “Đơn thuốc thông thường” hay “Đơn thuốc sử dụng lâu dài cho bệnh mãn tính”, cần phải do bác sĩ quyết định. Ngay cả khi bệnh của bạn thuộc bệnh mãn tính đã được Sở Y tế công bố, nhưng bệnh tình chưa ổn định, chỉ cần đi khám lại thường xuyên tại phòng khám hoặc đi khám ở bệnh viện, sẽ không thích hợp dùng “Đơn thuốc sử dụng lâu dài cho bệnh mãn tính”.

Những điều cần chú ý khi sử dụng “Đơn thuốc sử dụng lâu dài cho bệnh mãn tính”

1. Bắt đầu từ ngày 1-6-2018 người không mang theo thẻ Bảo hiểm Y tế khi đi khám bệnh, khi kê đơn thuốc không được kê đơn thuốc sử dụng lâu dài cho bệnh mãn tính.
2. Nếu bạn chẳng may làm mất “Đơn thuốc sử dụng lâu dài cho bệnh mãn tính”, vui lòng quay lại phòng khám hoặc bệnh viện khám bệnh ban đầu để khám lại, và phải trả phần chi phí tự chịu theo quy định.
3. Nếu thuốc đã lĩnh theo đơn thuốc sử dụng lâu dài cho bệnh mãn tính bị mất hoặc bị hỏng mà phải khám lại, trên nguyên tắc bảo hiểm y tế không thể chi trả trùng lặp chi phí khám bệnh, thì người bệnh phải tự chịu toàn bộ chi phí khám lại, vì vậy đề nghị bệnh nhân phải bảo quản thuốc cẩn thận.
4. Để tránh tình trạng dùng thuốc bị gián đoạn, bạn có thể lĩnh thuốc vào 10 ngày trước khi dùng hết thuốc. Vào thời gian nghỉ tết âm lịch hàng năm, vì thời gian nghỉ tết quá dài, bạn có thể lấy thuốc trước.
5. Cầm “Đơn thuốc sử dụng lâu dài cho bệnh mãn tính”, đến phòng khám hoặc bệnh viện bạn đã khám hoặc cửa hàng thuốc chỉ định của Sở Bảo hiểm Y tế để lấy thuốc. Khi nơi sở tại không có quầy thuốc chỉ định, cũng không thể tới phòng khám hoặc bệnh viện cũ để lấy thuốc, thì cũng có thể lấy thuốc tại các bệnh viện chỉ định khác của nơi sở tại hoặc Sở Y tế.
6. Nếu bạn có dự định đi nước ngoài (thời gian dự định đi nước ngoài quá 2 tháng), trở về khu vực các đảo ngoài khơi, hoặc là thuyền viên làm việc trên biển cho tàu cá viễn dương hay thuyền viên phục vụ cho tàu biển chạy tuyến quốc tế, hoặc là người bệnh mắc các bệnh hiếm gặp, hay bệnh nhân đặc biệt được Sở Bảo hiểm Y tế nhận định thực sự cần phải một lần lĩnh hết toàn bộ tổng lượng thuốc của đơn thuốc sử dụng lâu dài, thì chỉ cần

khi lĩnh thuốc có xuất trình các giấy tờ cam kết, là có thể một lần lĩnh hết toàn bộ tổng lượng thuốc của đơn thuốc sử dụng lâu dài cho bệnh mãn tính, tổng lượng thuốc cấp tối đa cho mỗi lần dài nhất là 90 ngày.

7. Trong thời gian đang dùng thuốc theo “Đơn thuốc sử dụng lâu dài cho bệnh nhân mãn tính”, nếu xuất hiện bất kỳ triệu chứng khó chịu nào, bạn cần nhanh chóng quay lại phòng khám hoặc bệnh viện đã khám để kiểm tra, khi đi nhớ mang theo đơn thuốc cũ để trao đổi với bác sĩ điều trị. Xin ghi nhớ rằng, nhất thiết phải cho bác sĩ biết những thuốc đã dùng theo đơn kê, thì bác sĩ mới không thể vì không biết mà kê trùng loại thuốc cũ, ảnh hưởng đến sự an toàn dùng thuốc của bạn.

Người mắc bệnh hiểm nghèo

Nếu bệnh tình bạn mắc phải được bác sĩ xác nhận thuộc hạng mục bệnh hiểm nghèo đã được Bộ Y tế Phúc lợi công bố, do bản thân hoặc ủy quyền cho người khác, bệnh viện, phòng khám làm người đại diện có thể mang theo giấy tờ liên quan để làm thủ tục hoặc do bệnh viện phòng khám xin hộ), sau khi thẩm duyệt được xác nhận phù hợp điều kiện sẽ được cấp giấy chứng nhận bệnh hiểm nghèo, đồng thời thông tin đã được phê chuẩn liên quan mời đến bệnh viện đã thỏa thuận đăng nhập trên thẻ bảo hiểm. Trong thời gian giấy chứng nhận bệnh hiểm nghèo có hiệu lực, người bệnh đến khám chữa bệnh tại các cơ sở y tế, nếu thuộc bệnh được ghi trên chứng nhận bệnh hiểm nghèo, hoặc được bác sĩ xác nhận là điều trị có liên quan của bệnh hiểm nghèo đó, khám ngoại trú chấn thương nghiêm trọng, lần đó do cùng một bác sĩ thực hiện đồng thời những điều trị khác, chấn thương nghiêm trọng nằm viện cần đồng thời điều trị ở khoa khác, hoặc trong thời gian nằm viện theo nhu cầu bệnh tình, đồng thời thực hiện khám điều trị chấn thương nghiêm trọng), thì khi khám bệnh và nằm viện sẽ được miễn một phần khoản phí tự chịu.

Với những bệnh khác ngoài bệnh hiểm nghèo, người bệnh vẫn cần khám bệnh theo trình tự thông thường và nộp phần tự chi trả.

Về phạm vi bệnh hiểm nghèo và làm thế nào để xin chứng nhận, xin tham khảo trên trang web của Sở Bảo hiểm Y tế: [https://www.nhi.gov.tw/English→Medical_Services→Care for Special Groups→Patients with Catastrophic Illnesses or Rare Diseases](https://www.nhi.gov.tw/English→Medical_Services→Care_for_Special_Groups→Patients_with_Catastrophic_Illnesses_or_Rare_Diseases)

Người bị bệnh do nghề nghiệp

Chỉ cần bạn đóng bảo hiểm y tế và đóng bảo hiểm lao động, thì khi đến các phòng khám hoặc bệnh viện có bảo hiểm y tế để điều trị bệnh do nghề nghiệp, bạn không chỉ được miễn toàn bộ phần tự chi trả, mà nằm viện trong vòng 30 ngày thì một nửa số tiền ăn sẽ do bảo hiểm lao động chi trả.

Định nghĩa về bệnh do nghề nghiệp

1. Những tổn thương mắc phải trong quá trình làm việc.
2. Là các bệnh nghề nghiệp bị mắc thuộc bảng chủng loại các loại bệnh nghề nghiệp và phạm vi nghề nghiệp thích hợp áp dụng của các chủng loại bệnh nghề nghiệp được tăng thêm theo quy định của bảo hiểm lao động, các bệnh nghề nghiệp bị mắc do địa điểm làm việc hoặc quá trình làm việc.
3. Người tổn thương mắc phải do tai nạn trên đường đi làm hoặc đi làm về, được chứng nhận là xảy ra trong thời gian đi làm hoặc đi làm về, tại địa điểm bắt buộc phải đi qua, và không vi phạm luật lệ giao thông.

Ghi chú:

1. Xảy ra tai nạn lao động, cần phù hợp với quy định của “Tiêu chí đánh giá người được bảo hiểm bị tai nạn trong lúc làm việc của bảo hiểm lao động”.
2. Địa điểm bắt buộc đi qua: Trên đoạn đường bắt buộc đi qua từ nơi ở thường ngày về nơi làm việc.

Những giấy tờ cần mang khi đi khám chữa bệnh

1. Các giấy tờ điều trị y tế về bệnh nghề nghiệp của bảo hiểm lao động (giấy khám bệnh tai nạn nghề nghiệp của bảo hiểm lao động, hoặc đơn xin nằm viện khám bệnh nghề nghiệp thuộc bảo hiểm lao động).
2. Thẻ bảo hiểm.

Ghi chú:

1. “Đơn xin điều trị thương bệnh nghề nghiệp thuộc bảo hiểm lao động” có thể tải xuống từ Mạng thông tin toàn cầu Sở Bảo hiểm lao động hoặc lấy tại văn phòng của Sở tại các địa phương, và sau khi được đơn vị đóng bảo hiểm đóng dấu mới có thể sử dụng để khám chữa bệnh, mời tham khảo thêm tại trang web của Sở Bảo hiểm lao động. <https://www.bli.gov.tw/en>→Employee → How to Apply for Insurance Benefit? → Labor Insurance Benefit→ Occupational Accident Medical Benefits
2. Cùng một tờ “Giấy điều trị y tế bệnh nghề nghiệp thuộc bảo hiểm lao động” hạn chế chỉ được tại cùng một phòng khám hoặc cùng một bệnh viện và điều trị cùng một loại bệnh, một tờ có thể dùng 6 lần.
3. Người khi đi khám bệnh mà chưa có “Giấy điều trị y tế bệnh nghề nghiệp thuộc bảo hiểm lao động” nhưng được xác nhận thực sự mắc bệnh nghề nghiệp bởi bác sỹ được Bộ Phúc lợi Y tế chứng nhận đủ tư cách khám điều trị bệnh nghề nghiệp hoặc bởi bác sỹ chuyên khoa của bệnh viện giảng dạy ở địa phương trở lên thì vẫn có thể được miễn đóng phần chi phí tự chi trả.

Khi đi khám bệnh chưa mang theo các “giấy tờ điều trị y tế bệnh tai nạn nghề nghiệp của bảo hiểm lao động”, và đã nộp phần chi phí tự chi, cần phải làm thế nào?

1. Trong vòng 10 ngày (không gồm ngày nghỉ thường lệ) kể từ ngày khám hoặc trước khi xuất viện, mang “Giấy điều trị y tế bệnh nghề nghiệp thuộc bảo hiểm lao động” đến phòng khám hoặc bệnh viện nơi khám chữa bệnh để nộp bù, phòng khám hoặc bệnh viện sẽ hoàn trả cho bạn một phần số tiền thuộc phần chi phí tự chịu đã ứng trước.
2. Nếu trong vòng 10 ngày kể từ ngày đến khám bệnh, hoặc trước khi xuất viện chưa nộp bù phiếu điều trị bệnh nghề nghiệp của bảo hiểm lao động dẫn đến phải nộp ứng trước khoản chi phí tự chịu, thì trong

vòng 6 tháng (từ ngày 21/12/2012, người có lý do đặc biệt thời hạn này là trong vòng 5 năm) kể từ đúng ngày khám chữa bệnh (hoặc ngày xuất viện) có thể gửi kèm những giấy tờ dưới đây qua đường bưu điện cho Sở Bảo hiểm lao động.

- (1) Đơn xin duyệt hoàn trả chi phí điều trị tai nạn nghề nghiệp thuộc bảo hiểm lao động đã tạm ứng và biên lai chi trả.
- (2) “Giấy khám bệnh nghề nghiệp thuộc bảo hiểm lao động” hoặc Đơn xin nhập viện (như đã nêu trên, Đơn xin duyệt hoàn trả chi phí điều trị đã có đơn vị đóng bảo hiểm đóng dấu chứng nhận thì không phải nộp kèm nữa).
- (3) Bản chính hóa đơn chi phí điều trị và bảng kê chi tiết các chi phí, trường hợp bản chính hóa đơn và bảng kê chi tiết các chi phí nếu bị mất hoặc dùng cho việc khác, phải đính kèm bản sao có đóng con dấu xác nhận của cơ sở y tế ban đầu với nội dung “Sao y bản chính”.
- (4) Giấy chẩn đoán hoặc các giấy tờ chứng minh khác.

Ghi chú:

Có thể lấy mẫu “Đơn xin duyệt hoàn trả chi phí điều trị tai nạn nghề nghiệp thuộc bảo hiểm lao động đã tạm ứng” và Biên lai chi trả tại Sở Bảo hiểm lao động hoặc lấy tại văn phòng của sở tại các địa phương, hoặc tải xuống từ Mạng thông tin toàn cầu của Sở Bảo hiểm lao động.

1. Trang web thông tin toàn cầu của Sở Bảo hiểm lao động: <https://www.bli.gov.tw>→ Employee → How to Apply for Insurance Benefit? → Labor Insurance Benefit→ Occupational Accident Medical Benefits
2. Địa chỉ cục bảo hiểm lao động: 10013, Số 4, đoạn 1, đường Roosevelt, thành phố Đài Bắc. điện thoại liên lạc: (02)2396-1266

Người mắc bệnh hiếm gặp

Bệnh hiếm nghèo cũng là bệnh thuộc danh mục thương bệnh nặng, sau khi được bác sĩ chẩn đoán xác định và thông báo cho Sở Bảo hiểm Y tế Bộ Y tế phúc lợi xác nhận là bị mắc bệnh hiếm nghèo, kèm theo các giấy tờ chứng nhận gồm giấy chẩn đoán do bác sĩ lập, giấy tờ tùy thân và đơn xin xác nhận thương bệnh nặng để xin cấp chứng nhận thương bệnh nặng, thì có thể được miễn phần chi phí phải tự chịu trong quá trình điều trị bệnh đó. Đối với thuốc dùng cho bệnh hiếm gặp, bảo hiểm y tế đều chi trả theo cách thức “khoản chuyên dụng”, để người mắc bệnh hiếm gặp được điều trị thỏa đáng.

Những người mắc bệnh hiếm gặp có thể đến khám chữa bệnh tại những bệnh viện liên kết với Sở Bảo hiểm Y tế, bác sĩ lâm sàng sẽ xử lý và kê đơn thuốc theo chẩn đoán, đồng thời tham khảo thực hiện theo quy định chi trả thuốc liên quan.

Nếu thuốc cần dùng, là loại thuốc chưa nhận được giấy phép dược phẩm, nhưng được Bộ Phúc lợi Y tế đồng ý nhập khẩu (hoặc chế tạo), và liệt kê áp dụng “Luật phòng tránh, chữa trị bệnh hiếm gặp và thuốc”, thì cần Sở Bảo hiểm Y tế thẩm tra sử dụng riêng. Về phương thức và quy trình khai báo liên quan, xin tham khảo trang web thông tin toàn cầu của Sở Bảo hiểm Y tế: <https://www.nhi.gov.tw/English→Medical Services→Care for Special Groups→Patients with Catastrophic Illnesses or Rare Diseases>



Biện pháp trợ giúp người hoàn cảnh khó khăn điều trị y tế

Hỗ trợ chi phí bảo hiểm của chính phủ dành cho nhóm yếu thế

Có một số người có thể được nhận trợ cấp phí bảo hiểm của chính phủ, giới thiệu đối tượng thích hợp áp dụng như dưới đây phân chia theo mức trợ cấp:

1. Người được hỗ trợ toàn bộ:

- (1) Hộ thu nhập thấp.
- (2) Thiếu niên và nhi đồng dưới 18 tuổi của hộ thu nhập trung bình thấp.
- (3) Người Đài Loan trên 70 tuổi của hộ thu nhập thấp và trung bình.
- (4) Người dân địa phương đóng bảo hiểm tại cơ quan hành chính xã, thị trấn, thành phố, khu với tư cách là “dân số khu vực” (người không có việc làm) tuổi tròn 55 trở lên và chưa đầy 20 tuổi.

- (5) Dân nguyên trú có hộ khẩu tại LanYu đóng bảo hiểm với tư cách là “dân số khu vực” (chỉ người không có việc làm), “hội viên của hội công đoàn ngành nghề, nông hội, ngư hội” hoặc “người thân”.
- (6) Người bị tàn phế cực nặng hoặc nặng.
- (7) Người được bảo hiểm thất nghiệp và người nhà chuyển bảo hiểm cùng khi họ thất nghiệp (người được hỗ trợ giới hạn là người đóng bảo hiểm theo “dân số khu vực” ở mục 2 loại 6, và người đóng bảo hiểm theo tư cách người nhà loại 1, 2 và 3), hỗ trợ tiền bảo hiểm trong thời gian họ nhận trợ cấp thất nghiệp hoặc trợ cấp sinh hoạt khi huấn luyện ngành nghề).
- (8) Dân tộc thiểu số tại Đài Bắc (từ tròn 20 tuổi đến chưa đầy 55 tuổi, có hộ khẩu và sống tại thành phố Đài Bắc 6 tháng trở lên. Nếu không phải do thất nghiệp tự nguyện, kinh tế gia đình khó khăn hoặc lâm vào tình huống đặc biệt tương tự, làm cho quá trình tham gia bảo hiểm y tế bị gián đoạn đồng thời chưa lãnh trợ cấp mang tính chất tương tự từ các cơ quan khác, thì sau khi được Ủy ban Sự vụ Dân tộc thiểu số chính quyền thành phố Đài Bắc thẩm định thông qua danh sách người đăng ký do các đơn vị phường xã, tiền hỗ trợ của mỗi người mỗi năm là phần phí bảo hiểm tự chịu tối đa không quá 3 tháng).
- (9) Người già trên 65 tuổi có hộ khẩu tròn 1 năm tại khu vực đảo ngoài khơi.
- (10) Cư dân mới hộ thu nhập thấp trước khi nhập hộ tịch (trợ cấp từ “Quyết phát triển cư dân mới” của Cục di dân phê chuẩn thông qua Sở Bảo hiểm)

2. Người được hưởng ½ tiền hỗ trợ:

- (1) Hộ thu nhập thấp và vừa phù hợp với Luật cứu trợ xã hội.
- (2) Người tàn phế trung bình.

- (3) Cư dân mới hộ thu nhập thấp trước khi nhập hộ tịch (trợ cấp từ “Quỹ phát triển cư dân mới” của Cục di dân phê chuẩn thông qua Sở Bảo hiểm)

3. Người được hưởng $\frac{1}{4}$ tiền hỗ trợ: Người bị tàn phế nhẹ.

4. Bắt đầu từ 1/2016, giới hạn hỗ trợ phí bảo hiểm dân số khu vực là 749 Đài tệ:

- (1) Người già có hộ khẩu ở Thành phố Đào Viên (tỉ lệ nộp thuế dưới 20%) hoặc Cao Hùng (tỉ lệ nộp thuế dưới 5%) đủ 1 năm, tròn 65 tuổi.
- (2) Người già có hộ khẩu ở Thành phố Đài Bắc đủ 1 năm, tròn 70 tuổi hoặc đủ 65 tuổi trước thời điểm 2015/12/31 (bao gồm ngày này) (tỉ lệ nộp thuế dưới 20%)
- (3) Người già thu nhập trung bình và thấp từ 65- 69 tuổi, có hộ khẩu tròn 1 năm tại thành phố Tân Bắc, Thành phố Đào Viên, thành phố Tân Trúc, huyện Tân Trúc, thành phố Đài Trung, huyện Chương Hóa, huyện Vân Lâm, thành phố Gia Nghĩa, thành phố Đài Nam, huyện Nghi Lan, huyện Đài Đông, huyện Hoa Liên, và huyện Bình Hồ.
- (4) Người già có hộ khẩu ở Thành phố Đài Bắc, Cao Hùng (đủ 1 năm), dưới 70 tuổi phù hợp tiêu chuẩn trợ cấp sinh hoạt người già thu nhập trung bình thấp.
- (5) Người dân tộc thiểu số trên 55 tuổi có hộ khẩu tròn 1 năm tại thành phố Đài Bắc, thành phố Đào Viên (người chịu thuế suất dưới 20%).
- (6) Người già trên 65 tuổi hoặc người dân tộc thiểu số trên 55 tuổi có hộ khẩu tròn 3 năm tại thành phố Cơ Long.
- (7) Cư dân khu An Nam bị ô nhiễm hóa dầu tại TP. Đài Nam (trước 30/6/2005 có hộ khẩu ở các thôn Hiến Cung, Lộc Nhĩ, Tứ Thảo...) và nhân viên trong danh sách của bộ Kinh tế.

- (8) Người già có hộ khẩu ở Thành phố Đài Nam hoặc Cao Hùng (đủ 1 năm và tỉ lệ nộp thuế dưới 12%), tròn 65 tuổi trở lên và là người khuyết tật cấp nhẹ và trung bình.
- (9) Người dân có hộ khẩu ở Thành phố Cao Hùng tròn 1 năm, có Sở tay khuyết tật đồng thời có tỉ lệ nộp thuế dưới 5%.
- (10) Trẻ em dưới 6 tuổi hoặc người mắc bệnh ung thư huyện Bình Hồ.

Những đối tượng hỗ trợ nói trên, không cần chủ động xin Sở Bảo hiểm Y tế, mà Sở Bảo hiểm Y tế sẽ căn cứ vào giấy tờ mà các đơn vị hỗ trợ cung cấp, trực tiếp giảm thu phí bảo hiểm hỗ trợ. Nếu phù hợp với tư cách được hỗ trợ, nhưng phí bảo hiểm lại không được hỗ trợ, thì hãy tra tìm tại đơn vị hỗ trợ liên quan. Tra tìm trên trang mạng thông tin toàn cầu của Sở Bảo hiểm Y tế <https://www.nhi.gov.tw/English→Medical Services→Assistance Measures→Premium Subsidies for the Disadvantaged>

Nếu bạn tạm thời không thể đóng được phí bảo hiểm hoặc phần chi phí tự chịu

Nếu bạn vì khó khăn kinh tế nhất thời không thể nộp phí bảo hiểm y tế hoặc phần chi phí điều trị y tế tự chịu, Sở Bảo hiểm Y tế hiện tại có mấy biện pháp hỗ trợ sau để giúp bạn vượt qua khó khăn:

1. Vay quỹ cứu trợ khó khăn

- (1) Điều kiện xin: những người phù hợp với “Tiêu chuẩn kinh tế khó khăn của bảo hiểm y tế toàn dân” và được cơ quan hành chính xã, thị trấn, thành phố, khu vực, xác nhận.
- (2) Phương thức xin: Đề nghị mang theo chứng minh thư, con dấu cá nhân của người nợ bảo hiểm (nếu không thể tự đi làm thủ tục, ngoài ra cần kiểm tra cả chứng minh thư, con dấu cá nhân của người làm thủ tục thay, và người làm thay phải là người đã

trường thành) cùng với giấy tờ xác nhận phù hợp “Tiêu chuẩn nhận định kinh tế khó khăn của bảo hiểm y tế toàn dân” (gồm sổ hộ khẩu có danh sách toàn hộ của người nợ bảo hiểm, giấy tờ chứng nhận điều kiện kinh tế khó khăn, chứng nhận trong năm gần đây nhất về thuế thu nhập năm và tài sản); người xin vay cứu trợ khó khăn nếu có chi phí điều trị y tế phải tự chịu theo quy định bảo hiểm y tế, thì phải nộp kèm hóa đơn nợ tiền do bệnh viện cấp, mang theo khi đến làm thủ tục xin vay tại Tổ nghiệp vụ phân khu của Sở Bảo hiểm Y tế, sau khi được thông qua, phải trả dần khoản nợ bảo hiểm theo kỳ như nội dung của giấy cam kết vay.

2. Phí bảo hiểm do đoàn thể công ích hỗ trợ

- (1) Điều kiện xin: người đóng bảo hiểm tại các cơ quan hành chính xã, thị trấn, thành phố, khu vực với tư cách “dân số khu vực” nhưng không thể chi trả tiền bảo hiểm.
- (2) Phương thức xin: mang sổ Hộ khẩu hoặc bản sao hộ tịch cùng giấy xác nhận hộ nghèo do trưởng thôn ký (nếu người được bác sỹ khám xác nhận không thể làm việc, bị ảnh hưởng đến khả năng kiếm sống, hãy kèm theo đơn chẩn đoán của bác sỹ), đến xin chuyển hồ sơ giùm tại các tổ nghiệp vụ các phân khu của Sở Bảo hiểm, nếu được thông qua thẩm định của đoàn thể công ích, sẽ được đoàn thể cộng đồng trợ cấp phí bảo hiểm.

3. Nộp phí bảo hiểm theo từng kỳ

- (1) Điều kiện xin
 - ① Người không phù hợp điều kiện xin vay tiền của quỹ cứu trợ, nhưng do không đủ khả năng kinh tế để một lần trả hết số tiền nợ bảo hiểm (bao gồm tiền phạt nợ chậm) trên 2000 Đai tệ hoặc vì kinh tế khó khăn không có khả năng 1 lần trả hết khoản nợ bảo hiểm y tế, được xin Tổ nghiệp vụ các phân khu Sở bảo hiểm Y tế nộp hoàn trả theo kỳ.

- ② Phí bảo hiểm y tế của người được bảo hiểm đã được chuyển sang cơ quan thực thi hành chính và được nhân viên phụ trách của chi nhánh cơ quan thực thi hành chính hướng dẫn làm thủ tục trả dần theo kỳ.

(2) Phương thức xin

- ① Thực hiện tại quầy:

Đề nghị mang theo chứng minh thư, con dấu cá nhân của người nợ bảo hiểm y tế (nếu không thể tự đi làm thủ tục, ngoài ra cần kiểm tra cả chứng minh thư, con dấu cá nhân của người làm thủ tục thay, và người làm thay phải là người đã trưởng thành), đến làm thủ tục tại Các điểm dịch vụ Sở Bảo hiểm Y tế ở gần nhất, đồng thời khi làm thủ tục phải nộp đủ khoản tiền của kỳ đầu tiên. Nhưng trường hợp nợ tiền bảo hiểm y tế nếu đã chuyển sang chi nhánh cơ quan thực thi hành chính, thì việc xin trả dần theo kỳ, cần phải được cơ quan thực thi hành chính đồng ý. (Mời tham khảo thông tin về điện thoại liên lạc, địa chỉ của Các điểm dịch vụ của Sở Bảo hiểm Y tế tại phần phụ lục).

- ② Thực hiện trực tuyến:

Hãy dùng thẻ bảo hiểm Y tế đã đăng ký hoặc thẻ chứng nhận thẻ nhân đăng nhập vào giao diện “Thao tác phục vụ trực tuyến thông tin bảo hiểm y tế cá nhân”, dưới mục “Tra tìm và in phí bảo hiểm liên quan”, kích chọn “Tra tìm phí bảo hiểm cá nhân chưa đóng và trả góp đơn giản”, là có thể tra tìm tình hình cá nhân nợ phí, đồng thời xin trả góp đơn giản khoản phí nợ (giới hạn trường hợp phí nợ chưa gửi đi thực hiện hành chính, và hiện nay chưa thực hiện trả góp, hơn nữa không hoặc chỉ vi phạm trả góp 1 lần).

Điều kiện kinh tế khó khăn bao gồm:

1. Qua nhận định là hộ có thu nhập trung bình thấp, đồng thời được cấp chứng nhận của cơ quan hành chính xã (thị trấn, thị xã, khu vực).
2. Người gánh vác gia đình chủ yếu gặp phải một trong các trường hợp sau, khiến không thể đủ khả năng đóng bảo hiểm :
 - (1) Chết chưa đầy 2 năm.
 - (2) Mất tích 6 tháng trở lên, và báo án chưa đầy 2 năm.
 - (3) Có chứng nhận người tàn phế.
 - (4) Bị thương hoặc mắc bệnh nặng cần chữa trị lâu dài không có khả năng làm việc.
 - (5) Mang thai từ 6 tháng trở lên hoặc sinh trong vòng 2 tháng.
 - (6) Phục vụ trong quân đội hoặc phục vụ thay thế nghĩa vụ quân sự, thời gian phục vụ quân đội còn 6 tháng trở lên.
 - (7) Đi tù, thời gian ngồi tù còn 6 tháng trở lên.
 - (8) Mất việc đã 6 tháng trở lên.
3. Một trong các thành viên trong gia đình gặp phải tình huống dưới đây, khiến không có khả năng đóng phí bảo hiểm:
 - (1) Vợ (chồng) hoặc người ruột thịt cùng sống bị thương nặng.
 - (2) Đơn thân, cần tự nuôi con chưa vị thành niên.
 - (3) Người thân có huyết thống trực hệ qua đời, phải tự nuôi con cái vị thành niên của người thân ấy một mình hoặc con mất con dâu lấy chồng khác, phải tự nuôi cháu vị thành niên của mình một mình

Nếu bạn cần hiểu hơn về các quy định này, hãy vào website mạng thông tin toàn cầu của Sở Bảo hiểm Y tế, địa chỉ: <https://www.nhi.gov.tw> hoặc gọi điện thoại phục vụ miễn phí: 0800-030-598 để tìm hiểu.

Đảm bảo quyền lợi khám chữa bệnh, mở khóa thẻ bảo hiểm y tế, tăng cường thu phí nợ

Nhằm thực hiện giá trị nòng cốt của vấn đề bình đẳng trong quyền lợi khám chữa bệnh, bắt đầu từ 7/6/2016 thực thi “Phương án giải mã khóa quyền khám chữa bệnh cho người nợ phí bảo hiểm (mở khóa thẻ toàn diện)”, đẩy mạnh mở khóa thẻ toàn diện, cho người dân sự đảm bảo về tính công bằng của quyền lợi được khám chữa bệnh, người dân chỉ cần làm thủ tục gia hạn bảo hiểm, là có thể được khám bệnh, đối với người không có khả năng đóng phí bảo hiểm y tế, thì có quy trình hỗ trợ cho nợ phí, ví dụ như trả góp từng tháng, vay nợ trong quỹ xóa đói giảm nghèo, hoặc chuyển trường hợp đó sang các đoàn thể công ích v.v...Nếu bạn có bất kỳ thắc mắc gì, vui lòng gọi đường dây tư vấn phục vụ của Sở Bảo hiểm Y tế: 0800-030-598.

Giảm bớt gánh nặng chi phí điều trị y tế tự chịu dành cho những người bệnh đặc biệt

1. Đối với người có “chứng nhận tàn tật”, bất kể khám điều trị ở cấp bệnh viện nào, thì chi phí khám bệnh cơ bản tự chịu đều thu theo cấp phòng khám là 50 Đài tệ, thấp hơn người dân bình thường (80-420 Đài tệ).
2. Những người bệnh có chứng nhận mắc các bệnh hiếm nghèo bao gồm bệnh ung thư, bệnh thần kinh mãn tính, rứa thận, bệnh hiếm gặp và bệnh bẩm sinh được miễn chi trả khoản phí tự chịu của lần khám điều trị bệnh đó. Ngoài ra, để bảo đảm quyền lợi của người mắc bệnh hiếm gặp, tất cả những thuốc cần dùng cho bệnh hiếm gặp được Bộ Phúc lợi Y tế công bố đều được bảo hiểm chi trả toàn bộ, thực sự giảm đi gánh nặng kinh tế của người bệnh.

Nâng mức tối thiểu khấu trừ phí bảo hiểm bổ sung của nhóm yếu thế

Xét thấy một số người vì bất đắc dĩ mới phải đi làm thêm, làm thuê khắp nơi, để chăm sóc những người có hoàn cảnh khó khăn, thời kỳ đầu thực hiện chế độ bảo hiểm bổ sung (từ ngày 1/1/2013 đến ngày 31/8/2014), đối với các đối tượng trẻ em và thiếu niên, hộ thu nhập trung bình thấp, người già có thu nhập trung bình thấp, những người khuyết tật được cấp trợ cấp sinh hoạt cho người khuyết tật hoặc có mức lương phải chịu bảo hiểm lao động chưa đạt tới mức lương cơ bản do cơ quan chủ quản lao động Trung ương công bố, những học sinh đang theo học trong nước không có công việc làm toàn thời gian và phù hợp quy định đối tượng kinh tế khó khăn của điều 100 Luật Bảo hiểm y tế toàn dân, theo đó quy định số tiền được chi trả cho 1 lần thu nhập tiền lương (thu nhập tiền lương làm thêm) mà họ được lĩnh không phải do đơn vị đứng ra đóng bảo hiểm chi trả, nếu chưa đạt tới mức lương cơ bản thì được miễn không phải khấu trừ phí bảo hiểm bổ sung.

Vì kinh tế gia đình mà phải làm thêm những công việc có mức lương thấp, xét thấy gánh nặng kinh tế, đối với thu nhập tiền lương không phải do đơn vị đóng bảo hiểm chi trả, Bộ Y tế phúc lợi đã nâng cao tiêu chuẩn khấu trừ bảo hiểm bổ sung lên bằng mức lương cơ bản, và bắt đầu thực thi từ ngày 1 tháng 9 năm 2014.

Bắt đầu từ ngày 1/1/2015, thành viên của hộ gia đình có thu nhập vừa và thấp, người lớn tuổi có thu nhập vừa và thấp, nhi đồng và thiếu niên yếu thế đang nhận trợ cấp sinh hoạt, người đang nhận trợ cấp sinh hoạt vì khuyết tật tâm sinh lý, người đang nhận trợ cấp vì hoàn cảnh gia đình đặc biệt hoặc người có khó khăn về kinh tế phù hợp quy định điều 100 Luật Bảo hiểm y tế toàn dân, phí chi trả một lần chưa đạt mức thu nhập nghiệp vụ, lợi tức cổ phiếu, khoản thu nhập lãi suất và

thu nhập do cho thuê theo quy định về mức lương cơ bản của cơ quan lao động chủ quản thuộc Trung ương thông báo, được miễn đóng phí bảo hiểm bổ sung.

Phương án cải thiện ở khu vực có nguồn điều trị y tế thiếu hụt

Ở xã, thị trấn thiếu hụt nguồn điều trị y tế, Sở Bảo hiểm Y tế thực hiện phương án cải thiện khu vực có nguồn điều trị y tế bị thiếu, với tinh thần phục vụ địa phương, khuyến khích bác sỹ Đông y, bác sỹ Tây y, bác sỹ Nha khoa tới phục vụ tại các khu vực này, phục vụ điều trị y tế di động, nâng cao tính tiện lợi trong điều trị y tế cho những người dân tại các vùng sâu vùng xa.

Để biết về địa điểm, thời gian bệnh viện phòng khám cung cấp dịch vụ y tế di động ở nơi thiếu hụt nguồn điều trị y tế, hãy tham khảo tại mạng thông tin toàn cầu của Sở Bảo hiểm Y tế: <https://www.nhi.gov.tw> → hoặc gọi điện thoại tới các tổ nghiệp vụ các phân khu của Sở Bảo hiểm Y tế để hỏi về thông tin bệnh viện phòng khám cung cấp dịch vụ y tế di động ở nơi thiếu hụt nguồn điều trị y tế, rồi tới khám nơi gần nhất.



Hệ thống đám mây tra cứu thông tin y tế thuộc Bảo hiểm Y tế

“Hệ thống đám mây tra cứu thông tin y tế thuộc Bảo hiểm Y tế” là gì?

Để nâng cao chất lượng khám chữa bệnh và sử dụng thuốc cho người dân, đồng thời tăng cường công tác kiểm tra giám sát của bác sĩ và dược sĩ vì sức khỏe của người dân, Sở Bảo hiểm Y tế thiết lập “Hệ thống đám mây tra cứu thông tin y tế thuộc Bảo hiểm Y tế” lấy người bệnh làm trung tâm, để trong quá trình bác sĩ điều trị lâm sàng, kê đơn thuốc và dược sĩ điều chế thuốc, có thể tra cứu 11 loại thông tin ghi chép về sử dụng thuốc khi khám bệnh và thông tin kiểm tra xét nghiệm gần nhất của bệnh nhân bao gồm: thông tin ghi chép sử dụng thuốc tây, thông tin ghi chép sử dụng thuốc Đông y, ghi chép về kiểm tra xét nghiệm, thông tin kết quả báo cáo kiểm tra xét nghiệm, thông tin ghi chép chi tiết phẫu thuật, thông tin ghi chép về điều trị và phẫu thuật



nha khoa, ghi chép về dị ứng thuốc, ghi chép về sử dụng các loại thuốc quản chế đặc biệt, ghi chép về thuốc sử dụng có thành phần đông máu đặc biệt, ghi chép về điều trị phục hồi chức năng và trích lục bệnh án khi xuất viện.

Bắt đầu từ tháng 1 năm 2018, Sở Bảo hiểm Y tế khuyến khích các bệnh viện lớn truyền ngay lên hệ thống các kết quả kiểm tra xét nghiệm bao gồm kiểm tra chiếu chụp cắt lớp vi tính (CT), chụp cộng hưởng từ (MRI), hình ảnh và báo cáo chụp X-quang toàn cảnh nướu răng, sau đó bắt đầu từ tháng 2 năm 2018, cũng khuyến khích truyền ngay lên hệ thống các kết quả kiểm tra xét nghiệm gồm chụp nội soi dạ dày, chụp nội soi đại tràng, siêu âm và X-quang, để các bệnh viện, phòng khám ở tuyến cơ sở có thể truy cập vào xem hình ảnh và nội dung báo cáo, qua đó thực hiện ý tưởng điều trị phân cấp: “Bệnh viện tốt của khu dân cư, bác sĩ lảng giềng tốt”, nhằm gia tăng chất lượng và độ tiện ích trong điều trị y tế cho người bệnh.

Lợi ích của “Hệ thống đám mây tra cứu thông tin y tế thuộc Bảo hiểm Y tế” đối với người dân

“Hệ thống đám mây tra cứu thông tin y tế thuộc Bảo hiểm Y tế” lấy người dân làm trung tâm, tích hợp những thông tin điều trị y tế của nhiều cơ sở y tế khám chữa bệnh, để giúp bác sĩ có thể nắm được hoàn chỉnh hơn về những kết quả kiểm tra xét nghiệm và tình hình sử dụng thuốc trước đây của bệnh nhân, có thể giúp bác sĩ đưa ra sự chẩn đoán và kê đơn thuốc chính xác hơn, giảm thiểu tình trạng kê đơn thuốc trùng lặp.

Những lợi ích mà hệ thống tạo ra cho người dân:

1. An toàn:

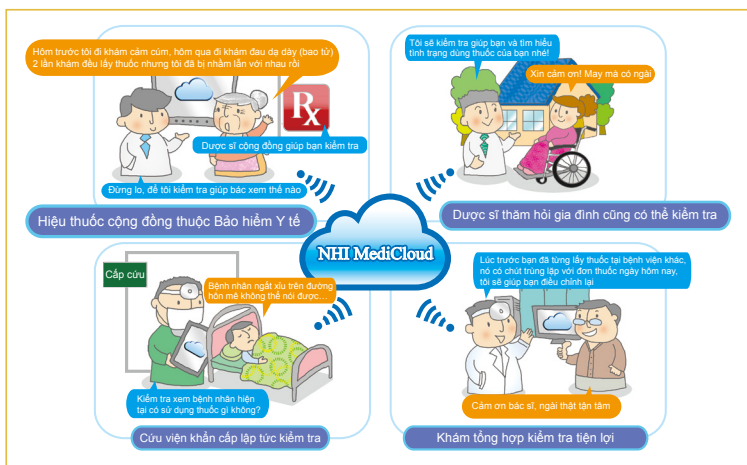
- (1) Giảm bớt những rủi ro trong điều trị y tế như lấy máu xét nghiệm bị trùng lặp, sử dụng thuốc trùng lặp.
- (2) Giảm bớt liều lượng phơi nhiễm bức xạ do chụp X-quang nhiều lần.

(3) Giảm bớt sự khó chịu cho cơ thể do chụp nội soi dạ dày, chụp nội soi đại tràng nhiều lần.

2. Tiết kiệm chi phí: tiết kiệm được các khoản chi phí khi chuyển khám tại các bệnh viện khác nhau gồm chi phí xin sao chép trích lục bệnh án và sao đĩa CD hình ảnh chụp chiếu.

Các đơn vị cung cấp dịch vụ y tế có ký kết hợp tác với Bảo hiểm Y tế là có thể sử dụng “Hệ thống đám mây tra cứu thông tin y tế thuộc Bảo hiểm Y tế”

Hiện tại trên toàn quốc đã có 24.478 cơ sở y tế và hiệu thuốc có ký kết hợp tác với Bảo hiểm Y tế tiến hành tra cứu bằng hệ thống này, người dân đem theo thẻ bảo hiểm y tế đến khám chữa bệnh tại các cơ sở y tế có ký kết hợp tác, sau khi 3 loại thẻ được xác nhận (gồm thẻ cơ sở y tế, thẻ bác sĩ và thẻ bảo hiểm y tế của người bệnh), thì bác sĩ có thể tra cứu thông tin trên hệ thống này tùy thuộc nhu cầu điều trị y tế.

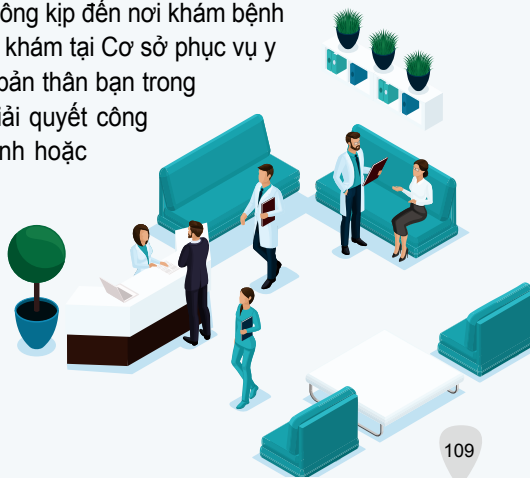




Duyệt hoàn trả chi phí điều trị tự ứng trước

Nếu bạn phù hợp với một trong các tình huống dưới đây, chỉ cần bạn chuẩn bị đủ giấy tờ liên quan đến tổ nghiệp vụ các chi nhánh của Sở Bảo hiểm Y tế trong thời hạn quy định, thì Sở Bảo hiểm sẽ căn cứ vào kết quả thẩm duyệt hoàn trả bạn chi phí điều trị y tế.

1. Vì tình hình khẩn cấp, bạn không kịp đến nơi khám bệnh có bảo hiểm y tế, cần lập tức khám tại Cơ sở phục vụ y tế không có bảo hiểm, hoặc bản thân bạn trong lúc đang du lịch hoặc cần giải quyết công việc ở nước ngoài thì bị bệnh hoặc sinh nở khẩn cấp đột ngột, cần khám bác sỹ tại bệnh viện hoặc phòng khám nơi sở tại.



2. Khám bệnh ở phòng khám có bảo hiểm y tế vào thời gian tạm dừng chi trả, nhưng bạn đã đóng hết chi phí liên quan như: phí bảo hiểm trong thời gian đó.
3. Khám bệnh ở phòng khám có bảo hiểm y tế, nhưng vì những lý do không phải do bạn (Ví dụ: Làn nằm viện đó với bệnh nghiêm trọng, nhưng sau khi xuất viện mới xác định tư cách loại bệnh nghiêm trọng đó), dẫn tới bạn phải ứng trước chi phí điều trị y tế, và không phải trong thời gian bệnh viện hoàn trả chi phí (trong vòng 10 ngày kể từ ngày khám, không bao gồm ngày nghỉ) hoặc trước khi xuất viện nộp bổ sung thẻ bảo hiểm và giấy tờ tùy thân.
4. Người có khoản chi phí tự chịu vượt giới hạn tối đa theo luật định do tổng lũy kế số ngày nằm viện tại phòng bệnh cấp tính trong vòng 30 ngày hoặc tại phòng bệnh mãn tính trong vòng 180 ngày.
5. Đối tượng bảo hiểm làm thủ tục xin cấp chứng nhận bệnh hiểm nghèo trong thời gian nằm viện, sau khi xuất viện mới được cấp chứng nhận, đã thanh toán phần chi phí tự trả, và không còn trong thời hạn hoàn trả phí của cơ sở y tế (trong vòng 10 ngày kể từ ngày khám chữa bệnh, không gồm ngày nghỉ thường lệ), trở về bệnh viện làm thủ tục hoàn trả phí.

Thời hạn xin

1. Trong vòng 6 tháng kể từ ngày khám ngoại trú, cấp cứu hoặc xuất viện. Nhưng đối tượng thuyền viên đi biển, thời hạn này là trong vòng 6 tháng kể từ ngày nhập cảnh trở về Đài Loan.
2. Trường hợp khám chữa bệnh trong lúc bị tạm đình chỉ chi trả bảo hiểm, và sau khi đã nộp đủ phí bảo hiểm cho khoảng thời gian đó, thì thời hạn xin là trong vòng 6 tháng kể từ nộp đủ phí bảo hiểm (có thể xin hoàn trả chi phí điều trị y tế trong khoảng thời gian nợ phí trong vòng 5 năm gần nhất).

3. Bất kể xảy ra các tình huống tại Đài Loan hay nước ngoài đều cùng một thời hạn như trên, quá hạn sẽ không được xin hoàn phí, do vậy đề nghị bạn nắm bắt thời gian.
4. Người có khoản chi phí nằm viện tự chịu cả năm vượt giới hạn tối đa theo luật định, thời hạn xin là trước ngày 30 tháng 6 của năm sau.
5. Đối tượng bảo hiểm làm thủ tục xin cấp chứng nhận bệnh hiểm nghèo trong thời gian nằm viện, sau khi xuất viện mới được cấp chứng nhận, phải làm thủ tục trong vòng 6 tháng tính kể từ ngày xuất viện.

Giấy tờ cần chuẩn bị

1. Đơn xin duyệt hoàn trả chi phí khám chữa bệnh ứng trước của bảo hiểm y tế toàn dân.

Có thể thông qua các hình thức sau để có được tờ đơn này:

- (1) Trực tiếp đến lấy tại các quầy phục vụ của tổ nghiệp vụ các phân khu của Sở Bảo hiểm Y tế gần đó.
- (2) Tải trên mạng thông tin toàn cầu của Sở Bảo hiểm, website: <https://www.nhi.gov.tw>

2. Cung cấp bản chính biên lai chi phí khám chữa bệnh và danh mục chi phí chi tiết.

Nếu do bất cẩn làm mất bản chính biên lai hoặc bảng kê chi tiết chi phí khám chữa bệnh hoặc giấy tờ bản chính sử dụng vào việc khác, bạn có thể nhờ phòng khám hoặc bệnh viện trong nước nơi bạn điều trị xin cấp bổ sung cho bạn bản sao biên lai, trên đó có dấu xác nhận “Sao y bản chính” của các đơn vị này; trường hợp có khó khăn trong việc đóng dấu xác nhận trên bản copy biên lai khám chữa bệnh ở nước ngoài, thì không cần phải quay lại nơi khám chữa bệnh xin đóng dấu. Ngoài ra bất kể là khám chữa bệnh trong nước hay ở nước ngoài, chỉ cần biên lai cung cấp không phải là bản chính, thì

cần phải ký trình “Giấy trình bày không thể cung cấp bản chính biên lai chi phí khám chữa bệnh” và ghi rõ nguyên nhân không thể nộp bản chính.

3. Nếu người khám bệnh chưa thành niên (chưa đủ 20 tuổi), cần do người đại diện pháp luật đề xuất xin và ký tên, đồng thời kèm theo bản sao sổ hộ khẩu , nếu ủy quyền người khác đại diện thực hiện, cần điền giấy ủy quyền, người được ủy quyền cần trình bản sao chứng minh nhân thân.

4. Giấy chẩn đoán bệnh hoặc giấy chứng nhận

Nếu nằm ngoài khu vực thi hành của bảo hiểm này (gồm nước ngoài và khu vực Trung Quốc) hoặc khám chữa tại các phòng khám, bệnh viện không có thỏa thuận đặc biệt về bảo hiểm y tế, đề nghị bạn hãy xin bác sĩ hoặc bệnh viện những giấy tờ chứng minh như sau:

(1) Nếu là khám bệnh hoặc cấp cứu, hãy chuẩn bị “Giấy chứng nhận chẩn đoán khám bệnh”. (Nội dung phải có sự giải thích về triệu chứng và có tên gọi của căn bệnh được chẩn đoán).

(2) Nếu nằm viện, ngoài “Giấy chứng nhận chẩn đoán” (nội dung cần ghi giải thích tình trạng bệnh và tên bệnh chẩn đoán), còn cần chuẩn bị riêng “Tóm tắt bệnh án xuất viện”.

5. Nếu bạn xin hoàn chi phí khám chữa bệnh ở nước ngoài, bạn cần chuẩn bị bản copy giấy tờ chứng minh xuất nhập cảnh lần đó (Hộ chiếu có dán ảnh và dấu xuất nhập cảnh của Trung Hoa Dân Quốc), lên mạng xin giấy xác nhận ngày xuất nhập cảnh của Sở Di dân Bộ Nội vụ, hoặc chứng nhận do cơ quan cấp. Người chưa nhập cảnh, có thể ủy quyền cho người khác làm thủ tục thay, đề nghị gửi kèm “Giấy ủy quyền”. (Tải xuống từ Mạng thông tin toàn cầu của Sở Bảo hiểm Y tế, website: <https://www.nhi.gov.tw>→Người dân bình thường→Xét duyệt hoàn trả chi phí y tế tự ứng→Giới thiệu về xét duyệt hoàn trả chi phí y tế tự ứng và các mẫu đơn liên quan→Giấy ủy quyền).

Chú thích: Xin hạch kiểm hoàn trả chi phí khám chữa bệnh đã ứng trước ở phạm vi ngoài Đài Loan, các hồ sơ đính kèm như Phiếu chẩn đoán bệnh, bản gốc biên lai, chi tiết chi phí và các giấy tờ chứng minh liên quan khác, nếu không phải là tiếng Anh, Trung thì phải kèm bản phiên dịch bằng tiếng Trung hoặc Anh.

6. Nếu bạn xin hoàn trả phí khám và chữa bệnh tại khu vực Trung Quốc với số ngày nằm viện từ 5 ngày trở lên (gồm 5 ngày, nhưng ngày xuất viện không tính: ví dụ ngày 1 tháng 1 nhập viện, ngày 6 tháng 1 xuất viện, thì tính là nằm viện 5 ngày), bạn hãy công chứng trước bản chính biên lai hóa đơn và giấy chẩn đoán bệnh, Tóm tắt bệnh án xuất viện (kết luận xuất viện, ghi chép xuất viện) tại phòng công chứng ở Trung Quốc, sau khi trở về Đài Loan, đem những giấy tờ đã công chứng nói trên tới quỹ giao lưu hai bờ thuộc tập đoàn tài chính pháp nhân để xác nhận. Để tìm hiểu những thông tin liên quan, hãy gọi tới quỹ giao lưu hai bờ theo số điện thoại: số điện thoại: (02)2533-5995, trang web: <http://www.sef.org.tw>

Phương thức xin

Chuẩn bị đầy đủ mọi giấy tờ kể trên, xin cấp qua mạng (vẫn cần gửi giấy tờ liên quan như phiếu xin bằng thư bảo đảm qua bưu điện, bản chính biên lai, giấy chẩn đoán, tóm tắt bệnh án xuất viện...), phương thức xin gửi qua bưu điện hoặc làm tại quầy như sau:

1. Những người xin hoàn trả chi phí điều trị y tế ứng trước ở nước ngoài, hãy tới làm thủ tục tại tổ nghiệp vụ thuộc các phân khu của Sở Bảo hiểm Y tế tại địa phương đóng bảo hiểm, hoặc thông qua tổ nghiệp vụ thuộc các phân khu của Sở Bảo hiểm Y tế tại địa phương chuyển hồ sơ dùm.
2. Xin hoàn trả chi phí điều trị y tế ứng trước trong nước, hãy tới làm thủ tục tại tổ nghiệp vụ thuộc các phân khu của Sở Bảo hiểm Y tế tại địa phương của cơ sở y tế khám chữa bệnh.

Hạn mức tối đa cho khoản tiền hoàn trả

Xin hạch toán hoàn trả chi phí điều trị y tế trả trước trong nước, Sở Bảo hiểm y tế căn cứ vào tiêu chuẩn chi trả của Bảo hiểm y tế sau khi được bác sỹ chuyên nghiệp thẩm tra xác định chi trả, vì thế có thể có sự khác biệt với số tiền mà Bạn điều trị với tư cách tự phí.

Bảo hiểm chi trả cho phần chi phí khám bệnh, cấp cứu và nằm viện điều trị cho khu vực bên ngoài Đài Loan (bao gồm khu vực nước ngoài và Trung Quốc), hoàn toàn giống như việc các bệnh viện có bảo hiểm trong nước xin chi phí của Sở Bảo hiểm Y tế, đều cần thẩm tra chuyên môn, Kiểm tra trực quan tính hợp lý của điều trị y tế có phù hợp với chấn thương khẩn cấp có thể dự đoán hay không, hơn nữa phạm vi chi trả và điều kiện chi trả ở nước ngoài giống với trong nước, cần phù hợp với quy định chi trả của bảo hiểm y tế toàn dân.

Chi phí duyệt hoàn trả có quy định hạn mức tối đa, hạn mức tối đa là: mức chi phí bình quân mà Bảo hiểm Y tế chi trả cho các bệnh viện và phòng khám cho mỗi lượt khám bệnh, mỗi lượt cấp cứu và chi phí nằm viện mỗi ngày cho 1 người trong quý trước. Nhưng do hạn mức này có thể thay đổi theo từng quý, nên sẽ thông báo trên mạng thông tin toàn cầu của Sở Bảo hiểm Y tế website: <https://www.nhi.gov.tw>→Người dân bình thường→Xét duyệt hoàn trả chi phí y tế tự ứng→Giới thiệu về xét duyệt hoàn trả mức tối đa chi phí y tế tự ứng ở nước ngoài và khu vực Trung Quốc).

Kết luận

Nếu bạn thắc mắc hoặc ý kiến gì, hãy liên lạc với Sở Bảo hiểm Y tế thông qua các phương thức sau:

1. Gọi điện thoại miễn phí 0800-030-598 hoặc điện thoại tới tổ nghiệp vụ các khu để tìm hiểu.
2. Thông qua hòm thư ý kiến trên trang mạng thông tin toàn cầu của Sở Bảo hiểm: <https://www.nhi.gov.tw>

3. Trực tiếp đến các tổ nghiệp vụ các phân khu của Sở Bảo hiểm hoặc văn phòng liên hệ.

Địa chỉ và điện thoại liên lạc làm thủ tục xin hoàn trả chi phí điều trị y tế tạm ứng của Sở Bảo hiểm Y tế:

Tổ nghiệp vụ	Địa chỉ	Điện thoại liên hệ	Phạm vi khu quản lý
Tổ nghiệp vụ Đài Bắc	1F, No.15-1, Gongyuan Road, Zhongcheng District, Taipei City 10041	(02)2523-2388	TP Đài Bắc, TP Tân Bắc, huyện Nghi Lan, TP Cơ Long, huyện Kim Môn, huyện Liên Giang
Tổ nghiệp vụ khu Bắc	No. 525, Sec. 3, Zhongshan East Rd., Chungli District, Taoyuan City 32005	(03)433-9111	TP Đào Viên, TP Tân Trúc, huyện Tân Trúc, huyện Miêu Lật
Tổ nghiệp vụ khu Trung	No.66, Shizheng N. 1st Rd., Xitun District, Taichung City 40709	(04)2258-3988	TP Đài Trung, huyện Chương Hóa, huyện Nam Đầu
Tổ nghiệp vụ khu Nam	No. 96, Gongyuan Rd., Zhongxi District, Tainan City 70006	(06)224-5678	Huyện Vân Lâm, TP Gia Nghĩa, huyện Gia Nghĩa, TP Đài Nam
Tổ nghiệp vụ Cao Bình	No.259,Zhongzheng 4th Rd., Qianjin District,Kaohsiung city 80147	(07)231-5151	TP Cao Hùng, huyện Bình Đông, huyện Bành Hồ
Tổ nghiệp vụ khu Đông	No. 36, Xuanquan Rd., Hualien City, Hualien County 97049	(03)833-2111	Huyện Hoa Liên, huyện Đài Đông





Những giải pháp tiện ích cho dân của nghiệp vụ bảo hiểm y tế

Để nâng cao hiệu quả hành chính, Sở Bảo hiểm Y tế sẽ tiếp tục cung cấp các giải pháp phục vụ đơn giản tiện ích cho dân chúng, bảo vệ sức khỏe cho người dân.

Phục vụ tiện ích cho người dân liên cơ quan

“Giao diện thông báo thông tin thẻ bảo hiểm y tế liên cơ quan của cơ quan hộ chính”.

1. Người dân vì chứng minh thư và thẻ bảo hiểm y tế đồng thời bị mất, thay đổi thông tin cơ bản (họ tên, ngày tháng năm sinh, CMND, người dân tộc nguyên trú khôi phục họ tên truyền thống), cấp đổi CMND do nhân viên hộ chính đăng nhầm thông tin là có thể hoàn tất mọi thủ tục theo kiểu phục vụ một cửa, sau khi nhận được thông tin nộp tiền của người dân, Sở Bảo hiểm Y tế lập tức làm thẻ bảo hiểm. Người dân có thể vào khoảng 5 đến 7 ngày làm việc đến nhận thẻ bảo hiểm Y tế ở nơi chỉ định.

2. Phụ huynh của trẻ mới sinh, khi đến cơ quan hộ tịch đăng ký hộ tịch cho trẻ mới sinh có thể đồng thời báo với cơ quan hộ tịch người tham gia bảo hiểm mà trẻ sẽ được đăng ký sử dụng kèm, có đồng ý xin cấp thẻ bảo hiểm không ảnh hay không và địa chỉ gửi thẻ qua đường bưu điện; Sở Bảo hiểm khi nhận được thông tin thông báo sẽ chủ động đăng ký tham gia bảo hiểm cho trẻ mới sinh, đồng thời gửi thẻ bảo hiểm (đồng ý sử dụng thẻ không ảnh); nếu bạn muốn sử dụng thẻ có ảnh, thì có thể gửi bưu điện “Đơn xin cấp phát thẻ bảo hiểm” hoặc chuẩn bị đầy đủ thủ tục bổ sung bảo hiểm đến các tổ nghiệp vụ của Sở Bảo hiểm tại các khu xin cấp, nhằm đảm bảo sự chăm sóc y tế cho trẻ mới sinh. Trẻ sau khi sinh trong vòng 60 ngày chưa lãnh thẻ bảo hiểm có thể được hưởng phục vụ y tế dự phòng hoặc sử dụng thẻ theo cha mẹ.

Phục vụ tăng cường nghiệp vụ

1. Hạng mục phục vụ “Không điền đơn, miễn viết giấy”

Trong trường hợp thẻ bảo hiểm y tế của bạn bị mất, bị hỏng hoặc thay đổi họ tên, hãy cầm theo bản gốc giấy tờ tùy thân (dưới 14 tuổi chưa có CMND, thì đem bản gốc sổ Hộ khẩu) và 1 ảnh 4x6 đến các cơ điểm phục vụ của Sở bảo hiểm Y tế, khi đến quầy làm thủ tục không cần phải điền đơn xin cấp thẻ bảo hiểm, bạn chỉ cần xác nhận các thông tin liên quan và ảnh là chính xác, là đã hoàn tất thủ tục xin cấp thẻ bảo hiểm y tế.

2. Phục vụ làm thẻ bảo hiểm tận nơi

Để phục vụ người dân ở các vùng xa và tại các đảo ngoài khơi không thể xin cấp thẻ bảo hiểm y tế kịp thời để khám chữa bệnh, từ năm 2016 tại các cứ điểm phục vụ đối ngoại và một số văn phòng ủy ban xã (thị trấn, thành phố, khu) Sở Bảo hiểm Y tế triển khai toàn diện nghiệp vụ cấp thẻ bảo hiểm y tế tận nơi tại 7 trung tâm văn phòng liên hợp của Sở và 22 văn phòng liên lạc trên toàn

quốc, người dân có thể tới các quầy làm thủ tục xin cấp và lĩnh thẻ để giải quyết nhu cầu cần sử dụng gấp. Người dân tới các quầy làm thủ tục xin cấp thẻ có thể mang theo đĩa file hình ảnh, hoặc upload file hình ảnh qua email bằng thiết bị di động. (Về “Các điểm cấp thẻ bảo hiểm y tế tận nơi”, vui lòng tham khảo chương 8)

3. Để rút ngắn thời gian dân chúng đến quầy chờ đợi xin lĩnh thẻ bảo hiểm Y tế và cung cấp không gian xin trực tuyến thân thiện, mở cửa cho dân chúng sau khi dùng mã số hộ ghi trên sổ hộ khẩu của người xin làm thẻ thực hiện thao tác xin lĩnh thẻ bảo hiểm Y tế tại mạng thông tin toàn cầu của Sở Bảo hiểm Y tế và hoàn thành đóng phí trực tuyến, là có thể đặt địa điểm phục vụ đối ngoại của Sở rồi đến đó nhận thẻ. Khi nhận thẻ hãy mang theo bản chính giấy tờ tùy thân để tiện kiểm tra, nếu do người đại diện đi lĩnh thay, cần xuất trình đồng thời bản chính giấy tờ tùy thân của cả người xin cấp và người đại diện lĩnh thay.

4. Dịch vụ nộp phí bằng thẻ tín dụng hoặc vé điện tử tại quầy

Để giảm thấp rủi ro cho người dân do mang tiền mặt đi nộp, các điểm phục vụ của Sở Bảo hiểm Y tế có phục vụ nhận nộp tiền bảo hiểm y tế bằng thẻ tín dụng, ngoài ra có thể dùng thẻ thanh toán điện tử Easycard và hoặc thẻ iPass để thanh toán lệ phí làm thẻ bảo hiểm Y tế (một số cơ quan cấp thẻ tín dụng sẽ thu thêm 10-20 Đài tệ thủ tục phí cho một lần giao dịch).

5. Xin “Chứng nhận bệnh hiểm nghèo” khỏi đi lại vất vả

- (1) Nếu nằm viện, và bệnh mắc phải phù hợp với điều kiện được xin chứng nhận bệnh hiểm nghèo, thì người nhà có thể mang theo các giấy tờ liên quan tới điểm dịch vụ của Sở Bảo hiểm Y tế để xin chứng nhận bệnh hiểm nghèo, sau khi được thẩm tra thông qua, theo quy định sẽ được hưởng ưu đãi miễn giảm một phần chi phí.

- (2) Ngoài ra, nếu căn bệnh mắc phải phù hợp với điều kiện về bệnh hiểm nghèo, ngoài cách xin chứng nhận tại quầy hoặc gửi giấy tờ xin làm thủ tục qua bưu điện, cũng có thể do bệnh viện chủ động thông qua mạng internet giúp bạn xin Sở Bảo hiểm Y tế cấp “Chứng nhận bệnh hiểm nghèo” và theo dõi tiến độ phê duyệt.
- (3) Hiện tại thời hạn hiệu lực của chứng nhận bệnh hiểm nghèo đối với đa số bệnh ung thư là 5 năm, một số bệnh ung thư là 3 năm, sau khi hết hạn phải xin cấp đổi chứng nhận bệnh hiểm nghèo đối với bệnh ung thư, Sở Bảo hiểm Y tế sẽ đề nghị chuyên gia ngành y được thận trọng xem xét dữ liệu xin cấp của từng trường hợp có phù hợp với quy định “Cần điều trị tích cực hoặc lâu dài” hay không, căn cứ vào đó để xét cấp chứng nhận bệnh hiểm nghèo.
- (4) Đối tượng người dân ở khu vực Bành Hồ phù hợp với điều kiện bệnh hiểm nghèo, nếu cần xin “Trợ cấp giao thông cho người dân đảo ngoài khơi Bành Hồ chuyển về nội địa Đài Loan khám chữa bệnh”, chỉ cần cầm theo Thẻ bảo hiểm y tế, giấy giới thiệu, đơn xin trợ cấp phí giao thông mang đến Sở Y tế huyện Bành Hồ, các Trung tâm y tế thuộc huyện Bành Hồ để xin trợ cấp (không cần phải xin chứng nhận bệnh hiểm nghèo với Sở Bảo hiểm Y tế).

Chủ động quan tâm chăm sóc các nhóm cộng đồng yếu thế

1. Quan tâm đối tượng yếu thế, hỗ trợ nhân ái

Sở Bảo hiểm Y tế lập “Tài khoản từ thiện”, đối với người dân yếu thế không thể chi trả chi phí bảo hiểm y tế, khi thông qua các biện pháp hỗ trợ như chi trả theo đợt, cho vay giảm khó khăn... vẫn không thể giải quyết hiệu quả khó khăn kinh tế của họ, thì sẽ sử dụng khoản

tiền quyên góp từ thiện hỗ trợ họ đóng chi phí bảo hiểm y tế liên quan... để tình yêu thương xã hội có thể chuyển tải thuận lợi và hỗ trợ những người dân này.

2. “Kế hoạch trợ cấp phí bảo hiểm y tế cho cư dân mới trước khi nhập hộ tịch”

Đối với đối tượng cư dân mới trước khi lập hộ tịch phù hợp tư cách “Hộ thu nhập thấp” hoặc “Hộ thu nhập trung bình thấp”, Sở Bảo hiểm Y tế kết hợp với phòng xã hội hoặc phòng Dân chính thuộc Ủy ban nhân dân các xã, thị trấn, thị xã, khu, chủ động hỗ trợ nghiệp vụ hướng dẫn và nhận thay thủ tục, để dân chúng có thể làm thủ tục tại các cơ quan hành chính của xã, thị trấn, thị xã, khu gần nhất.





Phụ lục

Điện thoại liên lạc, địa chỉ Sở Bảo hiểm Y tế trung ương và tổ nghiệp vụ các phân khu

Địa điểm phục vụ	Điện thoại	Địa chỉ
Trụ sở Sở	(02)2706-5866	No. 140, Sec. 3, Xinyi Rd., Daan District, Taipei City (10634)
Tổ nghiệp vụ Đài Bắc	(02)2191-2006	5th Fl., No. 15-1, Gongyuan Rd. Zhongzheng District, Taipei City (10041)
Văn phòng liên hệ Cơ Long	(02)2191-2006	No. 95, Yiyi Rd., Keelung City (20241)
Văn phòng liên hệ Nghi Lan	(02)2191-2006	No. 11, Jhancian N. Rd., Luodong Town, Yilan County (26550)
Văn phòng liên hệ Kim Môn	(082)372-465	No. 65, Huandao Rd., Jincheng Town, Kinmen County (89350)
Văn phòng liên hệ Liên Giang	(083)622-368	No. 216, Fusing Village, Nangan Township, Lienchiang County (20941)
Tổ nghiệp vụ khu Bắc	(03)433-9111	No. 525, Sec. 3, Zhongshan E. Rd., Zhongli District, Taoyuan City (32005)

Địa điểm phục vụ	Điện thoại	Địa chỉ
Văn phòng liên hệ Đào Viên	(03)433-9111	No. 11-4, Jieshou Rd., Taoyuan District, Taoyuan City (33062)
Văn phòng liên hệ Tân Trúc	(03)433-9111	No. 3, Wuling Ed., North District, Hsinchu City(30054)
Văn phòng liên hệ Trúc Bắc	(03) 433-9111	No. 9-12, Guangming 9th Rd., Jhubei City, Hsinchu County (30268)
Văn phòng liên hệ Miêu Lật	(03)433-9111	No. 1146, ZhongJheng Rd., Miaoli City, Miaoli County (36052)
Tổ nghiệp vụ khu Trung	(04)2258-3988	No. 66, Shihjheng North One Rd., Xitun District, Taichung City (40709)
Văn phòng liên hệ Phong Nguyên	(04)2258-3988	No. 146, Ruei-an St., Fongyuan District, Taichung City (42041)
Văn phòng liên hệ Sa Lộc	(04)2258-3988	No. 16, Fulu St., Shalu District, Taichung City (43352)
Văn phòng liên hệ Trang Hoa	(04)2258-3988	3F, No. 369, Zhonghua W. Rd., Changhua City, Changhua County (50056)
Văn phòng liên hệ Nam Đầu	(04)2258-3988	No. 126, Zhongsing Rd., Caotun Town, Nantou County (54261)
Tổ nghiệp vụ khu Nam	(06)224-5678	No. 96, Gongyuan Rd., Zhongsi District, Tainan City (70006)
Văn phòng liên hệ Tân Doanh	(06)224-5678	No. 78, Dongsyue Rd., Sinying District, Tainan City (73064)
Văn phòng liên hệ Gia Nghĩa	(06)224-5678	No. 131, De-an Rd., Chiayi City (60085)
Văn phòng liên hệ Vân Lâm	(06)224-5678	No. 395, Jhuangjing Rd., Douliou City, Yunlin County (64043)
Tổ nghiệp vụ Cao Bình	(07)231-5151	No.259,Zhongzheng 4th Rd., Qianjin District, Kaohsiung City (80147)
Văn phòng liên hệ Cương Sơn	(07)231-5151	No. 1, Dayi 2nd Rd., Gangshan District, Kaohsiung City (82050) (Chi nhánh tại Cương Sơn Bệnh viện quân đội quốc gia Cao Hùng)

Địa điểm phục vụ	Điện thoại	Địa chỉ
Văn phòng liên hệ Kỳ Sơn	(07)231-5151	No. 60, Zhongsyue Rd., Cishan District, Kaohsiung City (84247) (Inside Chi-Shan Hospital)
Văn phòng liên hệ Bình Đông	(07)231-5151	No. 1518, Guangdong Rd., Pingtung City, Pingtung County (90071)
Văn phòng liên hệ Đông Cảng	(07)231-5151	No. 210, Sec. 1, Jhongshan Rd., Donggang Town, Pingtung County (92842) (Inside Antai Tian-Sheng Memorial Hospital)
Văn phòng liên hệ Bành Hồ	(07)231-5151	No. 63-40 Siwun Ao, Siwun Li, Magong City, Penghu County (88050)
Tổ nghiệp vụ khu Đông	(03)833-2111	No. 36, Syuanyuan Rd., Hualien City, Hualien County (97049)
Văn phòng liên hệ Ngọc Lý	(03)833-2111	No.91, Xinxing St., Yuli Township, Hualien County 981, Taiwan (R.O.C.)
Văn phòng liên hệ Đài Đông	(03)833-2111	No. 146, Sec. 3, Siwei Rd., Taitung City, Taitung County (95049)

Thời gian Sở tay quyền lợi ghi chép 1/7/2018, quy định có chỗ thay đổi. Kính mong tham khảo mạng thông tin toàn cầu của Sở Bảo hiểm Y tế: <https://www.nhi.gov.tw> để nhận được dữ liệu mới nhất.



2018–2019 Sổ tay về quyền lợi bảo hiểm y tế toàn dân

編著：衛生福利部中央健康保險署

出版機關：衛生福利部中央健康保險署

地址：10634 臺北市大安區信義路三段 140 號

電話：02-2706-5866

出版日期：中華民國 107 年 12 月

版次：第 1 版第 1 刷

本書同時登載於衛生福利部中央健康保險署網站

<https://www.nhi.gov.tw>

定價：新臺幣 50 元

經銷者：五南文化廣場

地址：400 台中市中區中山路 6 號

電話：04-2226-0330

經銷者：國家書店松江門市

地址：10485 臺北市松江路 209 號 1 樓

電話：02-2518-0207

設計印刷：加斌有限公司

電話：02-2325-5500

GPN: 1010702082

ISBN: 978-986-05-7577-4

著作人：衛生福利部中央健康保險署

著作財產權人：衛生福利部中央健康保險署

* 本書保留所有權利，欲利用本書全部或部分內容者，需徵求著作財產權人衛生福利部中央健康保險署同意或書面授權。



Toll Free Line 0800-030-598



LINE



Facebook



iPhone



二代健保專區



GPN : 1010702082



衛生福利部中央健康保險署
National Health Insurance Administration,
Ministry of Health and Welfare

No. 140, Sec. 3, Hsinyi Road, Taipei 10634, Taiwan, R.O.C
Tel: +886-2-2706-5866
<http://www.nhi.gov.tw>