



2015-2016

Sổ tay về quyền lợi bảo hiểm
y tế toàn dân





06 Chương 1 Bảo hiểm y tế toàn dân, đảm bảo quyền lợi khám chữa bệnh trọn đời của bạn

Bảo hiểm y tế toàn dân là gì?

Pháp luật quy định, mỗi người đều phải tham gia bảo hiểm y tế toàn dân

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

008 Chương 2 Tham gia bảo hiểm y tế như thế nào?

Đối với người có hộ khẩu tại Đà Loan

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

015 Chương 3 Trường hợp đặc biệt

Mất tư cách đóng bảo hiểm

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

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

Trường hợp đối tượng bảo hiểm phải dừng đóng bảo hiểm

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

021 Chương 4 Nguồn gốc và cách tính phí bảo hiểm

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

Nguyên tắc tính phí bảo hiểm

Phí bảo hiểm thông thường

Phí bảo hiểm bổ sung.

034 Chương 5 Cách thức nộp phí bảo hiểm

Đóng phí bảo hiểm y tế, hỗ trợ lẫn nhau và tiết kiệm thuế

Cách xin Giấy xác nhận đã đóng bảo hiểm y tế
 Cách đóng phí bảo hiểm
 Cách làm thủ tục tự động chuyển khoản nộp phí
 từ tài khoản tiền gửi
 Khi quên đóng tiền hoặc số tiền còn dư trong tài
 khoản chuyển khoản không đủ thì làm thế nào?

040 Chương 6 Dịch vụ điều trị y tế do bảo hiểm y tế cung cấp

Khám và chuyển viện
 Chuyển khám
 Cùng liệu trình
 Khám cấp cứu
 Nằm viện
 Chăm sóc tại gia
 Chăm sóc an ủi cho người bệnh giai đoạn cuối
 Chăm sóc tổng hợp của bác sỹ gia đình theo bảo
 hiểm y tế
 Phương án cải thiện chi phí điều trị

052 Chương 7 Người có thể bảo hiểm y tế khám bệnh như thế nào?

Khi đi khám bệnh cần nhớ mang “thẻ bảo hiểm”
 Sau khi khám bệnh xong cần nhớ cầm “đơn kê”
 (đơn thuốc)
 Quy định chuyển khám điều trị
 Phần chi phí phải chịu
 Biên lai thu phí, bảng danh mục chi tiết chi phí
 điều trị và danh mục thuốc
 Nếu cần bệnh nhân tự túc phí, bác sỹ sẽ báo trước
 Phí chênh lệch tự chịu do sử dụng vật liệu đặc biệt
 Khiếu nại và tìm hiểu
 Xin xem xét tranh chấp



070 Chương 8 Chức năng, cập nhật thông tin, bảo quản và làm thủ tục xin cấp thẻ bảo hiểm y tế

Công dụng của thẻ bảo hiểm y tế

Cập nhật thẻ bảo hiểm y tế

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

Bảo quản thẻ bảo hiểm y tế

Thẻ bảo hiểm có thời hạn sử dụng hay không?

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

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?

079 Chương 9 Quyền lợi điều trị y tế của người mắc bệnh đặc biệt

Người mắc bệnh mãn tính (đơn thuốc sử dụng nhiều lần cho bệnh mãn tính)

Người bị thương nặng

Người bị bệnh do nghề nghiệp

Người mắc bệnh hiếm gặp

086 Chương 10 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

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

Quan tâm đối tượng yếu thế, chủ động mở thẻ

Giảm bớt gánh nặng chi phí y tế cho những bệnh nhân bị bệnh đặc biệt

Nâng mức tối thiểu khấu trừ phí bảo hiểm bổ sung từ thu nhập làm thêm của nhóm yếu thế
 Phương án cải thiện ở khu vực có nguồn điều trị y tế thiếu hụt

095 Chương 11 Hệ thống thông tin sử dụng thuốc bảo hiểm y tế điện toán đám mây

Hệ thống thông tin sử dụng thuốc bảo hiểm y tế điện toán đám mây” là gì
 “Hệ thống thông tin sử dụng thuốc bảo hiểm y tế điện toán đám mây” để kiểm tra an toàn trong sử dụng thuốc

098 Chương 12 Duyệt hoàn trả chi phí điều trị y tế tự ứng trước

Thời gian xin
 Giấy tờ cần thiết
 Cách thức xin
 Giới hạn tối đa khoản tiền duyệt hoàn trả

105 Chương 13 Những giải pháp tiện ích của nghiệp vụ bảo hiểm y tế

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

109 Phụ lục

Điện thoại liên lạc, địa chỉ sở bảo hiểm y tế trung ương và tổ nghiệp vụ các phân khu



Chương 1

1



Chương 1 Bảo hiểm y tế toàn dân, đảm bảo quyền lợi khám chữa bệnh trọn đời của bạn

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!

Pháp luật quy định, mỗi người đều phải 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 thể 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 phòng khám bệnh hoặc bệnh viện. Bạn cần bảo quản cẩn thận thẻ bảo hiểm này.





Chương 2

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 trật 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 ký 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 ký 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) Người đã tốt nghiệp hoặc hoàn thành nghĩa vụ quân sự nhưng hiện tại chưa có việc làm, thì trong vòng 1 năm kể từ ngày cuối cùng của năm tốt nghiệp hoặc ngày kết thúc nghĩa vụ quân sự có thể đóng bảo hiểm với tư cách người thân theo bố mẹ hoặc ông bà nội ngoại.

Nếu đã quá 20 tuổi nhưng vì vẫn đi học nên không

có nghề nghiệp và 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.

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.

4. Trường hợp chương trình theo học hợp tác vừa học vừa làm

Học sinh diện hợp tác giữa làm và học theo kiểu luân phiên, trong thời gian về trường học có thể theo ý nguyện của nhà máy hợp tác, tiếp tục thông qua nhà máy này để đóng bảo hiểm với tư cách là “người được thuê”. Nhưng nếu nhà máy này không muốn tiếp tục đóng bảo hiểm với tư cách là người được thuê, thì có thể tiếp tục đóng bảo hiểm theo tư cách học sinh chưa có việc làm nói trên.

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 30% 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 30% 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)

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) Sau khi tốt nghiệp, trước khi thời hạn cư trú hết hạn, những người 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.

Chương 3

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 mất quốc tịch Trung Hoa dân quốc, người có hộ khẩu chuyển ra nước ngoài, người mãn hạn cư (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, khi khám chữa bệnh cần tự đóng phí khám chữa bệnh trước, vì thế đề nghị bạn nhanh chóng thực hiện bổ sung bảo hiểm. 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 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 bị bệnh khẩn cấp, sinh đẻ ở nước ngoài, thì có thể xin “Duyệt hoàn trả chi phí điều trị y tế ứng trước” (Tham khảo chương 12 về “Duyệt hoàn trả chi phí điều trị y tế



ứng trước”).

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 Đài 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. Bạn cũng có thể sử dụng mã số nhận dạng cá nhân hoặc thẻ bảo hiểm y tế, 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, để làm thủ tục xin ngừng tham gia bảo hiểm online.
- (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 ngay 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 xuất cảnh chọn ngừng bảo hiểm bắt đầu từ 1/1/2013 thì sau khi về nước khôi phục bảo hiểm đủ 3 tháng mới được thực hiện ngừng bảo hiểm lần nữa.

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 trong tháng có đơn xin ngừng bảo hiểm được gửi đến.

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 đang thi hành án, học sinh, người bị xử phạt, bị cáo, người điều trị cai nghiện và thiếu niên bị giam giữ của các cơ quan cải huấn) được đóng bảo hiểm, 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.





Chương 4

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 chi 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 lượng người thân)
		Đơn vị đóng bảo hiểm, chính phủ	Số tiền đóng bảo hiểm x Mức phí bảo hiểm x Tỷ lệ chịu x (1 + Số lượng người thân bình quân)
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	Cư dân nhân, gia quyền cư dân 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 tỷ lệ chịu phí bảo hiểm thông thường của bảo hiểm y tế toàn dân
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".

4. Số người thân: trường hợp vượt quá 3 người tính là 3 người.
5. Số người thân bình quân: 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 tinh nguyện, nhân viên công chức	Bản thân và người thân	30	70	0
	Giáo viên nhân viên trường sư	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 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	20.008	20.008 trở xuống	Nhóm 6	26	60.800	57.801-60.800
	2	20.100	20.009-20.100	Các cấp chênh nhau 3.000 Đài tệ	27	63.800	60.801-63.800
	3	21.000	20.101-21.000		28	66.800	63.801-66.800
	4	21.900	21.001-21.900		29	69.800	66.801-69.800
	5	22.800	21.901-22.800		30	72.800	69.801-72.800
Nhóm 2 Các cấp chênh nhau 1.200 Đài tệ	6	24.000	22.801-24.000	Nhóm 7 Các cấp chênh nhau 3.700 Đài tệ	31	76.500	72.801-76.500
	7	25.200	24.001-25.200		32	80.200	76.501-80.200
	8	26.400	25.201-26.400		33	83.900	80.201-83.900
	9	27.600	26.401-27.600		34	87.600	83.901-87.600
Nhóm 3 Các cấp chênh nhau 1.500 Đài tệ	10	28.800	27.601-28.800	Nhóm 8 Các cấp chênh nhau 4.500 Đài tệ	35	92.100	87.601-92.100
	11	30.300	28.801-30.300		36	96.600	92.101-96.600
	12	31.800	30.301-31.800		37	101.100	96.601-101.100
	13	33.300	31.801-33.300		38	105.600	101.101-105.600
	14	34.800	33.301-34.800		39	110.100	105.601-110.100
Nhóm 4 Các cấp chênh nhau 1.900 Đài tệ	15	36.300	34.801-36.300	Nhóm 9 Các cấp chênh nhau 5.400 Đài tệ	40	115.500	110.101-115.500
	16	38.200	36.301-38.200		41	120.900	115.501-120.900
	17	40.100	38.201-40.100		42	126.300	120.901-126.300
	18	42.000	40.101-42.000		43	131.700	126.301-131.700
	19	43.900	42.001-43.900		44	137.100	131.701-137.100
Nhóm 5 Các cấp chênh nhau 2.400 Đài tệ	20	45.800	43.901-45.800		45	142.500	137.101-142.500
	21	48.200	45.801-48.200		46	147.900	142.501-147.900
	22	50.600	48.201-50.600		47	150.000	147.901-150.000
	23	53.000	50.601-53.000	Các cấp chênh nhau 6.400 Đài tệ	48	156.400	150.001-156.400
	24	55.400	53.001-55.400		49	162.800	156.401-162.800
	25	57.800	55.401-57.800		50	169.200	162.801-169.200
					51	175.600	169.201-175.600
					52	182.000	175.601 trở lên

Ghi chú: Từ (gồm cả) cấp 47 trở xuống căn cứ theo bảng phân cấp mức lương trích nộp tiền hưu trí hàng tháng theo bảo hiểm y tế xã hội.



Nguyên tắc tính phí bảo hiểm thông thường

1. Phí bảo hiểm áp dụng theo nguyên tắc tính phí hàng tháng, cho nên đến tháng đóng bảo hiểm, bất kể đóng bảo hiểm ngày nào, sở bảo hiểm cũng sẽ thu phí bảo hiểm của cả tháng đó.
2. Vào tháng chuyển công tác, ngoài người chuyển vào ngày cuối cùng ra, còn lại không cần tính phí bảo hiểm của tháng chuyển đó ở đơn vị đóng phí bảo hiểm cũ.
3. 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, sở 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 15 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 :
- $$36.300 \text{ Đài tệ} \times 4,69\% \times 60\% \times (1+0,61) \text{ (làm tròn số tiền theo nguyên tắc số thập phân 4 bớt 5 nhập)} = 1.645 \text{ Đài tệ.}$$
5. Tiền bảo hiểm chính phủ hỗ trợ cho Trương Tam mỗi tháng theo luật bảo hiểm Y tế:
- $$36.300 \text{ Đài tệ} \times 4,69\% \times 10\% \times (1+0,61) \text{ (làm tròn số tiền theo nguyên tắc số thập phân 4 bớt 5 nhập)} = 274 \text{ Đài tệ.}$$

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:

- Phí bảo hiểm căn tự trả mỗi tháng của Lý Tư là:

$$1.249 \text{ Đài tệ} \times 60\% \text{ (làm tròn số tiền theo nguyên tắc số thập phân 4 bớt 5 nhập)} \times (1+1) = 1.498 \text{ Đài tệ.}$$
- Phí bảo hiểm chính phủ hỗ trợ cho Lý Tư hàng tháng là:

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

Phí bảo hiểm bổ sung

Nguyên tắc tính phí bảo hiểm bổ sung

- 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, cổ 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 nhân dân, nợ công ty, trái phiếu tiền tệ, các loại hối 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 nộp 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 20/6/2016 với số tiền lợi tức được chi trả là 1.500 Đai tệ, 25.000 Đai tệ, 1.800 Đai tệ.

Ngân hàng B khấu trừ phí bảo hiểm bổ sung của ông Phó như thế nào?

Cách tính: Phí bảo hiểm bổ sung = $25.000 \text{ Đài tệ} \times 1,91\%$ (làm tròn số tiền theo nguyên tắc số thập phân 4 bớt 5 nhập) = 478 Đài tệ

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 Đài tệ và 1.800 Đài tệ chưa đạt tới mức khấu trừ tối thiểu 20.000 Đài tệ, 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 31/7/2016.

[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 Đài tệ. 2/2016 được lĩnh số tiền thưởng cuối năm là 45 vạn Đài tệ, khi đến tháng 10 lĩnh tiếp cổ tức là 600.000 Đài tệ.

Cách tính: Phí bảo hiểm bổ sung = $450.000 \text{ Đài tệ} \times 1,91\%$ = 8.595 Đài tệ

Giải thích: Tiền thưởng tích lũy tháng 2 của ông Vương là 45 vạn, chưa vượt quá 600.000 Đài tệ tức 4 lần tiền đóng bảo hiểm tháng đó ($150.000 \text{ Đài tệ} \times 4$). Do đó không cần khấu trừ phí bảo hiểm bổ sung. Vào tháng 10 lĩnh số tiền cổ tức 600.000 Đài tệ, tiền thưởng tích lũy tổng cộng là 1.050.000 Đài tệ vượt quá 4 lần tiền đóng bảo hiểm là 45 vạn Đài tệ ($1.050.000 \text{ Đài tệ} - 600.000 \text{ Đài tệ}$). Khi công ty B chi trả tiền thưởng vào tháng 10, cần khấu trừ phí bảo hiểm bổ sung là 8.595 Đài tệ trước, cách tính cụ thể như biểu sau:



Ngày chỉ 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/ 2016	Tiền thưởng cuối năm	150.000	600.000	450.000	450.000	-150.000	0	0
1/10/ 2016	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 chú 1}

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 Đồng.
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 Đồng
Thu nhập thực hiện nghiệp vụ ^{Ghi chú 2}	Chi trả mỗi lần đạt 20.000 Đồng ^{Ghi chú 3}	
Thu nhập cổ tức ^{Ghi chú 2}	- 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 Đồng ^{Ghi chú 3}. - Người đóng bảo hiểm không phải là chủ thuê hoặc người tự kinh doanh: số tiền chi trả 1 lần đạt 20.000 Đồng ^{Ghi chú 3}.	- 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 Đồng. - 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 Đồng.
Thu nhập lợi tức ^{Ghi chú 2}	Chi trả mỗi lần đạt 20.000 Đồng ^{Ghi chú 3}	Chi trả mỗi lần giới hạn là 10.000.000 Đồng

Hạng mục tính phí	Giới hạn tối thiểu	Giới hạn tối đa
Thu nhập từ tiền thuê ^{Ghi chú 2}	Mỗi lần chi trả đạt 20.000 Đài tệ ^{Ghi chú 3}	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 cổ 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 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 (2) Thu nhập tiền lương không phải do đơn vị đóng bảo hiểm chi trả	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	(3) Thu nhập do thực hiện nghĩa vụ (4) Thu nhập cổ 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.
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	Thời gian chi trả thu nhập: 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. b. Người đóng bảo hiểm ở công đoàn: Chứng nhận đang bảo hiểm hoặc chứng nhận đóng phí do công đoàn ngành nghề cấp.
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		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
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.		Phiếu đăng ký của trường hoặc thẻ học sinh có dấu đăng ký và giấy xác nhận không có việc làm chính thức của nhà trường trong thời gian chi trả thu nhập

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	(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:	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		Giấy xác nhận tư cách thẩm duyệt do cơ quan chính sách xã hội cấp trong thời gian chi trả thu nhập.
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 cổ tức 3. Thu nhập lợi tức 4. Thu nhập từ tiền cho thuê	
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 cổ 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.



Chương 5

5

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

Khi kê khai thuế thu nhập tổng hợp, toàn bộ phí bảo hiểm y tế toàn dân và phí bảo hiểm bổ sung đều có thể đưa vào hạn mức được khấu trừ miễn chịu thuế, mà không bị ảnh hưởng bởi giới hạn tối đa hạn mức khấu trừ phí bảo hiểm 24.000 Đồng. Hiện tại trang web của Cục thuế các khu vực đều có thể tra cứu thông tin bảo hiểm y tế, nếu sử dụng phần mềm khai báo kết toán thuế thu nhập tổng hợp điện tử, tra cứu số tiền bảo hiểm y tế để kê khai khấu trừ, thì được miễn không cần trình hóa đơn nộp tiền bảo hiểm.

Nếu bạn vẫn cần thông tin nộp phí bảo hiểm y tế, có thể lấy thông tin liên quan qua các phương thức như sau:

1. Giấy xác nhận đã đóng phí bảo hiểm thông thường

Nếu bạn tham gia bảo hiểm thông qua nơi bạn làm việc là (tổ chức) công ty hoặc các hội (Hội ngư dân, Hội nông dân, Hội thủy lợi), hãy xin Giấy xác nhận đã nộp phí bảo hiểm y tế với (tổ chức) công ty hoặc các hội (Hội ngư dân, Hội nông dân, Hội thủy lợi) mà bạn đã nộp bảo hiểm qua đó.

2. Giấy xác nhận khấu trừ phí bảo hiểm bổ sung

Bạn có thể xin Giấy xác nhận của các đơn vị đã khấu trừ phí bảo hiểm bổ sung, Sở Bảo hiểm y tế cũng sẽ chỉnh lý sắp xếp thông tin khấu trừ chi tiết mà các đơn vị khấu trừ đã khai báo, bắt đầu từ tháng 4 hàng năm sẽ cung cấp cho người dân tra cứu thông tin xác nhận đã đóng phí của năm trước đó; thông tin này



đồng thời cũng được cung cấp cho giao diện thông tin của cơ quan thuế và tài chính, để tạo điều kiện cho người dân khi làm thủ tục kê khai thuế thu nhập tổng hợp, có thể sử dụng đưa vào hạn mức được khấu trừ miễn chịu thuế.

3. Giấy xác nhận khấu trừ phí bảo hiểm bổ sung

Nếu trước cuối tháng 4, bạn vẫn chưa xin được Giấy xác nhận đã nộp phí bảo hiểm y tế (gồm cả bảo hiểm bổ sung), thì trong lúc khai báo thuế vào tháng 5, bạn có thể chọn một trong những phương thức tiện lợi nhất dưới đây để xin cấp bổ sung:

- (1) Sử dụng mã số nhận dạng cá nhân, thông qua phần mềm khai báo kết toán thuế thu nhập tổng hợp điện tử thuộc website của Cục thuế các khu vực, hoặc qua trang “Làm thủ tục và tra cứu online” thuộc Mạng thông tin toàn cầu của Sở Bảo hiểm y tế (cũng có thể dùng thẻ bảo hiểm y tế), để tự tra cứu và tải thông tin về.
- (2) Mang theo bản chính CMND, tới các Chi cục thuế, Trạm thu thuế trực thuộc Cục thuế; cơ quan hành chính xã (thị trấn, thị xã, khu) nơi làm thủ tục đóng bảo hiểm, tổ nghiệp vụ thuộc các phân khu hoặc văn phòng liên lạc của Sở bảo hiểm y tế để xin cấp giấy xác nhận.
- (3) Sử dụng mã số nhận dạng cá nhân của Trạm thông tin đa phương tiện tại các cửa hàng tiện lợi, cũng có thể in chứng nhận đóng bảo hiểm của cả năm (Trong khoảng thời gian từ tháng 1 ~tháng 3 hàng năm tạm thời không cung cấp dịch vụ in vì phải phối hợp với tác nghiệp chuyển đổi File dữ liệu chứng nhận đóng bảo hiểm).

Cách thức đóng phí bảo hiểm

Phí bảo hiểm thông thường

1. Người đóng bảo hiểm ở công ty:

Công ty sẽ trực tiếp khấu trừ từ lương, rồi đại diện đóng cho sở bảo hiểm y tế.

2. Người đóng bảo hiểm ở công đoàn, nông hội, ngư hội:

Hãy nộp phí bảo hiểm cần tự trả cho đơn vị đóng bảo hiểm cho bạn, rồi đơn vị đó sẽ đại diện đóng cho sở bảo hiểm y tế.

3. Người không có việc làm đóng bảo hiểm ở cơ quan hành chính xã, thị trấn, thành phố, khu:

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 đến tổ chức tài chính mà sở bảo hiểm ủy thác để đóng phí trực tiếp.

(3) Đóng phí tại các cửa hàng tiện ích

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

(4) Đóng phí bằng chuyển khoản qua máy ATM

Bạn có thể chuyển khoản qua máy ATM có dán ký hiệu nhận chuyển khoản tự động giữa các ngân hàng (người chuyển khoản khác ngân hàng phải chịu phí thủ tục).

(5) Nộp phí qua mạng

Bạn có thể đăng nhập vào trang mạng của sở bảo hiểm y tế <http://www.nhi.gov.tw>, mạng ngân hàng Đài Loan <https://ebank.bot.com.tw> mạng đóng phí toàn quốc <http://ebill.ba.org.tw>, sử dụng thẻ tín dụng đóng phí theo chỉ dẫn (người thực hiện chuyển khoản khác ngân hàng sẽ chịu phí thủ tục).

(6) Nộp phí di động

Bạn có thể nhập số CMND và tài khoản tiền gửi của bạn tại mạng nộp phí toàn quốc <http://ebill.ba.org.tw/>, để tiền



hành nộp tiền (phải tự trả tiền thủ tục phí).

Góp ý 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.

Mở tài khoản ngân hàng để chuyển khoản tự động như thế nào?

Bạn có thể hỏi giúp thu phí bảo hiểm y tế toàn dân của tổ chức tài chính, điền vào “Phiếu bổ sung (hủy) ủy thác chuyển khoản nộp phí bảo hiểm y tế toàn dân” (kèm theo phiếu nộp phí bảo hiểm tháng gần nhất hoặc bản copy hóa đơn để tham khảo), mang theo sổ tài khoản tiền gửi, con dấu mở tài khoản của tổ chức tài chính này và CMND, tới làm thủ tục chuyển khoản tự động nộp phí bảo hiểm với nhân viên tại quầy. Sau khi làm xong thủ tục ủy quyền chuyển khoản, bắt đầu từ tháng sau trở đi, có thể khấu nộp trực tiếp từ tài khoản chỉ định.

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, giới hạn tối đa truy thu số tiền phạt của đơn vị phụ trách đóng bảo hiểm và người có nghĩa vụ nộp bảo hiểm là 15% của số tiền bảo hiểm phải nộp, số tiền phạt nộp chậm truy thu của đối tượng bảo hiểm tối đa bằng 5% số tiền bảo hiểm phải nộp.

Phí bảo hiểm bổ sung

Cá nhân

Hạng mục phí bảo hiểm bổ sung áp dụng theo cách thức khấu trừ từ nguồn, do đơn vị chi trả thu nhập thực hiện khấu trừ theo mức phí bảo hiểm bổ sung khi chi trả và nộp thay người bảo hiểm. Ví dụ: khi nhận được phí thuyết trình, thì đơn vị phát phí thuyết trình khấu trừ tiền phí bảo hiểm bổ sung theo mức phí bảo hiểm bổ sung trước, rồi mới trả cho người thuyết trình, và người đó không cần thực hiện bất cứ thủ tục gì.

Thu nhập cố tức có thể là do thay đổi thuế thu nhập đã nộp, hoặc cố tức cổ phiếu do không đủ tiền mặt khấu trừ cho nên phải nộp bổ sung bảo hiểm và nguồn thu lợi tức chi trả mỗi lần đạt 20.000 Đồng, phí bảo hiểm bổ sung mà người có nghĩa vụ đóng phí chưa khấu trừ khi chi trả, đều do sở bảo hiểm y tế lập phiếu thu từ cá nhân vào năm sau. Sau khi cá nhân nhận được phiếu đóng tiền, có thể đóng phí tại các quầy của tổ chức tài chính mà sở bảo hiểm y tế ủy thác thu, cũng có thể tới các cửa hàng tiện ích, hoặc dùng máy ATM tự động chuyển khoản đóng phí và đóng phí qua mạng.

Chủ thuê

Phí bảo hiểm bổ sung của chủ thuê, căn cứ vào mức chênh lệch giữa tổng số tiền lương mà chủ thuê chi trả hàng tháng với tổng số tiền đóng bảo hiểm hàng tháng của người được chủ thuê và mức phí bảo hiểm bổ sung để tự tính thuế, kèm theo phí bảo hiểm thông thường cần phải chịu theo quy định hiện hành, sẽ được nộp vào mỗi tháng, và không tăng thêm phiền phức khi thực hiện.



Chương 6

6

Chương 6

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:

Bệnh viện các cấp có thể cung cấp cho bạn dịch vụ thích hợp nhất, góp ý bạn nên chọn 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.

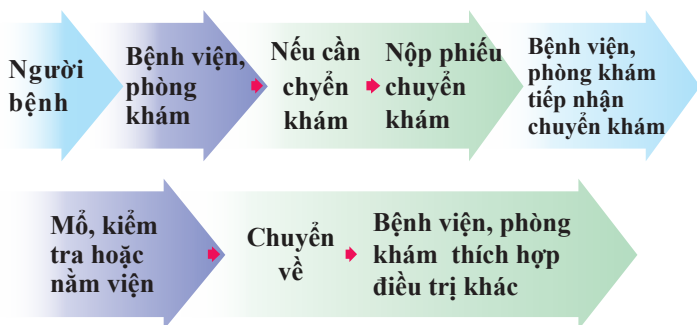
Cách làm này có ưu điểm, một mặt bạn có thể có được bệnh án hoàn chỉnh của bác sĩ phòng khám, được hưởng dịch vụ điều trị y tế chuyên nghiệp; mặt khác có thể giảm bớt tiền bạc và thời gian bạn tìm bác sĩ ở khắp nơi.

2. Khi đến khám bệnh tại bệnh viện mà không qua khâu chuyển khám sẽ mất nhiều chi phí hơn:

Bắt đầu từ 15/7/2005, khi bạn tới khám bệnh tại phòng khám cơ sở, chi phí khám cơ bản là 50 Đài tệ không đổi. Nếu được bác sỹ chuẩn đoán do tình trạng bệnh cần thiết thì có thể mang phiếu chuyển khám do bác sỹ khám bệnh phòng khám kê đơn đến các bệnh viện địa phương, hoặc bệnh viện trong khu vực, hoặc các trung tâm y tế, để được chữa trị kỹ hơn. Việc khám lại lần đầu tiên trong vòng 1 tháng sau khi mổ hoặc mổ cấp cứu tại bệnh viện hoặc bệnh nhân nằm viện xuất viện và lần khám đầu tiên trong vòng 6 tuần sau khi xuất viện do sinh nở, đều coi là chuyển khám, chỉ cần nộp ít chi phí.

Nếu không thông qua khâu chuyển khám, trực tiếp tới các bệnh viện địa phương, bệnh viện trong khu vực, hoặc các trung tâm y tế điều trị (không bao gồm khám răng và khám đông y), thì “chi phí khám bệnh” sẽ nhiều hơn người khám bệnh qua khâu chuyển khám là 30, 100 hoặc 150 Đài tệ.... “Phần chịu phí thuốc khám” khi trực tiếp khám tại các bệnh viện cũng không vì có chuyển khám hay không mà có sự khác biệt.

Chuyển khám như thế nào?





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 cho bạn phiếu chuyển khám và sắp xếp chuyển khám điều trị, bao gồm ngày khám, khoa và giúp bạn lấy số khám.
- Bước 3:** Hãy theo đúng ngày khám trên phiếu chuyển khám tới quầy hoặc nơi phục vụ chuyển khám của bệnh viện chỉ định nộp phiếu chuyển khám.
- 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 lệch 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 sỹ 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 sỹ 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 sỹ 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 sỹ đánh giá nếu bệnh phù hợp điều kiện thì bảo hiểm mới chi trả.

Chăm sóc tại gia

Chăm sóc tại gia do bác sỹ 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 đều 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.

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 lên tra tìm tại website thông tin toàn cầu của sở bảo hiểm y tế <http://www.nhi.gov.tw>, 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 sỹ chuyên nghiệp chuẩn đoán xác định phù hợp với điều kiện thu nhận, thì bác sỹ 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), nới lỏng quy định nhân viên y tế “Chăm sóc giai đoạn cuối tại cộng đồng”, để các bác sỹ 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 tìm những điện thoại 24 h tại mạng thông tin toàn cầu của sở bảo hiểm y tế: <http://www.nhi.gov.tw>.

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 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.

- 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 sĩ 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 gần nhà có phòng khám nào là thành viên của “nhóm điều trị y tế cộng đồng”, có thể gọi điện tới đường dây miễn phí của sở bảo hiểm sức khỏe 0800-030-598 hoặc tra tìm tại trang web thông tin toàn cầu của sở bảo hiểm sức khỏe <http://www.nhi.gov.tw>.

Phương án cải thiện thanh toán điều trị y tế

“Dự phòng thẳng 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 sĩ 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:

Các bệnh trong “phương án cải thiện thanh toán điều trị y tế” thực hiện hiện nay gồm: bệnh đái đường, bệnh thận mãn tính thời kỳ đầu, bệnh hen suyễn, bệnh viêm gan B và C mãn tính, ung thư vú và bệnh thần kinh phân liệt. Bệnh viện thay đổi quan điểm “người bệnh tìm 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 tìm tại trang web thông tin toàn cầu sở bảo hiểm y tế <http://www.nhi.gov.tw> hoặc gọi điện thoại tới các tổ nghiệp vụ 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”. Bạn có thể tới khám bệnh trực tiếp hoặc thông qua chuyển khám

Nếu được bác sĩ chuẩn đoán, xác nhận là các bệnh thuộc phương án đó, thì 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.



7

Chương 7

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 thể khám chữa bệnh bằng bảo hiểm y tế, nhưng cần nộp phí đăng ký lấy số 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 sỹ sẽ khám bệnh và quyết định bạn phải dùng loại thuốc nào, sau đó dược sỹ sẽ phối thuốc theo đơn kê của bác sỹ. Khi đưa thuốc dược sỹ nhắc nhở những điều cần chú ý khi dùng thuốc.

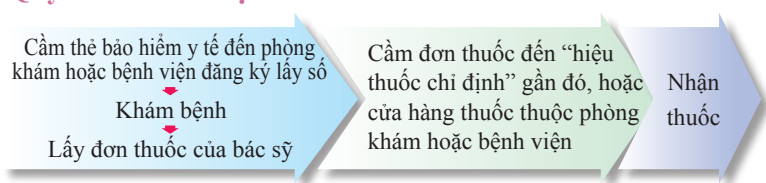
Do vậy, sau khi bạn khám bệnh xong, bác sỹ sẽ viết rõ tên thuốc điều trị, cách uống và liều lượng trên đơn thuốc. Mời bạn

trong vòng 3 ngày kể từ khi kê đơn (quá 3 ngày, đơn thuốc không có giá trị), 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 được sỹ 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 (hoặc ngày tháng năm sinh) của bệnh nhân
2. Chuẩn đoán bệnh, có chữ ký (hoặc đóng dấu) của bác sỹ 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.

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

Mỗi lần bác sỹ kê đơn thuốc uống cho bệnh nhân, với nguyên tắc một lần kê đơn thuốc dùng cho 7 ngày. Nếu bạn bị chuẩn đoán là bệnh mãn tính, bác sỹ có thể kê tối đa một lần là 30 ngày thuốc. (Trường hợp đơn thuốc sử dụng nhiều lần cho bệnh mãn tính, xin tham khảo chương 9)

Trong trường hợp hiệu thuốc không có thuốc ghi trên đơn, mà bác sỹ không ghi chú rõ là thuốc bắt buộc sử dụng, thì được sỹ 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 sỹ 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 sỹ của bạn khi kê phiếu chuyển khám, có thể trao đổi nhiều hơn với bác sỹ 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 sỹ 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	Nha khoa	Đông y
Cấp bệnh viện	Qua chuyển khám	Không qua chuyển khám			
Trung tâm y tế	210 Đai tệ	360 Đai tệ	450 Đai tệ	50 Đai tệ	50 Đai tệ
Bệnh viện khu	140 Đai tệ	240 Đai tệ	300 Đai tệ	50 Đai tệ	50 Đai tệ
Bệnh viện vùng	50 Đai tệ	80 Đai tệ	150 Đai tệ	50 Đai tệ	50 Đai tệ
Phòng khám	50 Đai tệ	150 Đai tệ	50 Đai tệ	50 Đai tệ	50 Đai tệ

Ghi chú:

- 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 Đai tệ.
- Lần đầu khám lại trong vòng 1 tháng sau khi phẫu thuật ngoại trú, mổ 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 chuyển 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 chức 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 1/1/2015 đến ngày 31/12/2015. 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 33.000 Đài tệ, phần tự chi trả cho nằm viện cả năm tối đa là 56.000 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: Sở bảo hiểm y tế hàng năm sẽ công bố giới hạn tối đa phần chi phí nằm viện phải tự trả của năm đó).

Biện pháp xin hạch toán hoàn tiền:

1. Điền đầy đủ mẫu xin hạch toán hoàn lại chi phí điều trị y tế ứng trước bảo hiểm y tế toàn dân, đính kèm bản chính hóa đơn chi phí điều trị và bảng kê chi tiết các chi phí, đến làm thủ tục với tổ nghiệp vụ tại các phân khu của Sở bảo hiểm y tế tại địa phương của cơ sở y tế nơi 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: <http://www.nhi.gov.tw>.

Những đối tượng nào được miễn phần tự chi

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 quyền 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 tìm tại website thông tin toàn cầu sau: <http://www.nhi.gov.tw/>)
- (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 thể 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 sổ 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 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 loại 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 trả khoản chênh lệch. Hiện nay các loại ống đỡ động mạch thông thường được bảo hiểm y tế chi trả 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-molypden), 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 sỹ 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



nhân 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 và 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.

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 họ 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.

Khiếu 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 chỉ định (điện thoại liên quan có thể tra tìm tại website thông tin toàn cầu của sở bảo hiểm y tế <http://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 Đà Bắc

Website: <http://www.mohw.gov.tw/CHT/NHIDSB>

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
Vấn đề thẩm tra phí điều trị y tế	Tác nghiệp thụ lý thẩm tra tranh chấp	(02)8590-7163
	(1) Phần khai báo bằng văn bản, Nha khoa (2) Phần do phương tiện thông tin đại chúng khai báo, thẩm tra trước.	(02)8590-7162



8

Chương 8 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 ảnh của 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 tạng 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 tạng nội tạng Trung Hoa dân quốc”, hoặc “Trung tâm đăng ký hiến tạng, 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 tạng 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 hoặc nộp đủ phí còn thiếu.

Nếu hiện nay bạn vẫn chưa tham gia bảo hiểm y tế, hoặc đang nợ tiền bảo hiểm, thì không thể đi khám chữa bệnh bằng bảo



hiểm. Khi bạn đã dùng hết 6 lần khám chữa bệnh trên thẻ bảo hiểm, hoặc thời hạn thẻ sắp hết, thẻ bảo hiểm y tế của bạn sẽ không thể cập nhật thông tin 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 và nộp đủ khoản phí còn thiếu.

6. Sử dụng thẻ bảo hiểm y tế để đăng ký dịch vụ internet

Sở bảo hiểm y tế lập mục “Tác nghiệp phục vụ mạng internet thông tin bảo hiểm y tế cá nhân” thuộc Mạng thông tin toàn cầu, để người dân có thể dùng “Mã số nhận dạng cá nhân” làm nhiều thủ tục bảo hiểm khác nhau thông qua mạng internet; từ ngày 4 tháng 2 năm 2015 người dân có thể dùng “Thẻ bảo hiểm” xin đăng ký sử dụng dịch vụ qua mạng internet, tra cứu và làm các thủ tục bảo hiểm y tế.

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

Thẻ bảo hiểm sau mỗi lần cập nhật thông tin, sẽ có thể sử dụng khám bệnh 6 lần. Nhưng đối với những đối tượng bảo hiểm có nhu cầu khám chữa bệnh lớn, thì thẻ sẽ cung cấp số lần khám chữa bệnh nhiều hơn: trẻ em dưới 6 tuổi có 18 lần, người già trên 70 tuổi có 12 lần. Mỗi lần sử dụng thẻ bảo hiểm y tế khám bệnh, sẽ tự động khấu trừ một lần khám bệnh trên thẻ, khi số lần khám chữa bệnh trên thẻ đã dùng hết, cần phải cập nhật số lần khám bệnh trên thẻ, mới có thể tiếp tục dùng thẻ để khám bệnh hay nằm viện.

2. 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.

3. 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 chịu.

4. 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 mã 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 mã xin hãy gọi điện liên lạc với số 0800-030-598, để hủy bỏ cài đặt mật mã.

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 ngòi đèn 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 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 chiếu 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.

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

1. Xin cấp và lĩnh trực tiếp

Nếu xin cấp thẻ cho chính bản thân cần mang theo bản chính giấy tờ tùy thân, 1 tấm ảnh thẻ 2 inch và 200 Đồng lệ tiền thủ tục phí đến làm thủ tục tại Trung tâm phục vụ liên hợp và Văn phòng liên lạc 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.

Địa điểm xin cấp và lĩnh thẻ bảo hiểm trực tiếp

Địa điểm phục vụ	Địa chỉ	Điện thoại liên lạc
Trụ sở Sở	B1, No. 140, Sec. 3, Xinyi Rd., Da-an Dist., Taipei City (8:30-12:30, 13:30-17:30)	(02)2706-5866
Tổ nghiệp vụ Đài Bắc	5F, No. 15-1, Gongyuan Rd., Zhongzheng Dist., Taipei City No. 7, Sec. 1, Zhongshan N. Rd., Zhongshan Dist., Taipei City. No. 11, Zhanqian N. Rd., Luodong Township, Yilan County	(02)2191-2006
Tổ nghiệp vụ khu Bắc	No. 525, Sec. 3, Zhongshan E. Rd., Zhongli Dist., Taoyuan City No. 11-4, Jieshou Rd., Taoyuan Dist., Taoyuan City	(03)433-9111
Tổ nghiệp vụ khu Trung	No. 66, Xizheng N. 1 st Rd., Xitun Dist., Taichung City	(04)2258-3988
Tổ nghiệp vụ khu Nam	No. 96, Gongyuan Rd., Zhongxi Dist., Tainan City No. 395, Zhuangjing Rd., Douliou City, Yunlin County	(06)224-5678
Tổ nghiệp vụ Cao Bình	No. 157, Jiouru 2 nd Rd., Sanmin Dist., Kaohsiung City No. 259, Zhongzheng 4th Rd., Qianjin Dist., Kaohsiung City No. 63-40, Xiwenao, Xiwen Dist., Magong City, Penghu County No. 1518 Guangdong Rd., Pingtung City, Pingtung County	(07)323-3123
Tổ nghiệp vụ khu Đông	No. 36, Shuanyuan Rd., Hualien City, Hualien County No. 146, Sec. 3, Siwei Rd., Taitung City, Taitung County	(03)833-2111

Ghi chú:

Từ năm 2016 Sở bảo hiểm y tế sẽ triển khai việc tiếp nhận xin cấp và lĩnh thẻ bảo hiểm y tế trực tiếp tại văn phòng liên lạc của



sở tại các huyện thị khác, thời gian biểu triển khai cụ thể mời tra cứu trên Mạng thông tin toàn cầu của Sở bảo hiểm y tế.

2. Bưu điện nhận thay

Điền vào “Đơn xin lĩnh thẻ bảo hiểm y tế”, ở mặt chính dán ảnh 2 inch, và dán bản copy của giấy tờ tùy thân ở mặt sau của tờ đơn, nộp cùng 200 Đài tệ thủ tục phí cho nhân viên phục vụ quầy, sau 7 ngày làm việc thì sẽ nhận được thẻ bảo hiểm mới gửi đến. Có thể tới lấy mẫu đơn tại bưu điện hoặc lên Mạng thông tin toàn cầu của Sở bảo hiểm y tế để tải mẫu “Đơn xin lĩnh thẻ bảo hiểm y tế”.

Có thể tra cứu địa điểm và thời gian làm việc của bưu điện tại các địa phương qua website bưu chính Trung Hoa <http://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
Địa chỉ website	https://eservice.nhi.gov.tw/nhiweb1/system/login.aspx	https://eservice.nhi.gov.tw/Personal1/System/Login.aspx	https://netbank.esunbank.com.tw/nhi
Đối tượng sử dụng	Đơn nhất một loại giấy tờ chứng minh và mã số nhận dạng cá nhân của người được chỉ định	Mã số nhận dạng cá nhân hoặc thẻ bảo hiểm y tế	Thẻ ATM có con chip của Ngân hàng Esunbank
Đối tượng xin	Mọi đối tượng bảo hiểm đang được bảo hiểm trong đơn vị	Mã số nhận dạng cá nhân hoặc người có thẻ bảo hiểm y tế và gia quyền của người đó	Bản thân người sở hữu Thẻ ATM có con chip

Ghi chú:

Xin cấp qua mạng có thể dùng ATM chuyển khoản trực tiếp

qua mạng hoặc tải phiếu nộp tiền xuống, nộp thủ tục phí tại cửa hàng tiện lợi hoặc tại các tổ chức tài chính. Thông tin về thủ tục phí phải nộp và sổ tay thao tác cách xin cấp thẻ bảo hiểm y tế qua mạng internet, xin hãy tra cứu tại mục “Xin cấp và tra cứu thủ tục thẻ bảo hiểm y tế” tại địa chỉ www.nhi.gov.tw của Mạng thông tin toàn cầu Sở bảo hiểm y tế.

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 chưa lĩnh CMND 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, đĩa CD ảnh thẻ tới làm thủ tục với nhân viên tại quầy của cơ quan hành chính xã (thị trấn, thị xã, khu), và khoảng 7 ngày làm việc sau khi đã mang phiếu nộp tiền đi nộp tiền sẽ nhận được thẻ bảo hiểm y tế. Nếu có người đi làm thay theo phương thức xin cấp trực tiếp, thì cùng lúc phải xuất trình giấy tờ tùy thân bản chính của cả người xin cấp thẻ bảo hiểm và người đi làm thay đưa cho nhân viên tại quầy đối chiếu kiểm tra.

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 han 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 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 người làm thay xin cấp trực tiếp, thì cùng lúc phải xuất trình giấy tờ tùy thân của cả người xin cấp thẻ bảo hiểm và người đi làm thay (người dưới 14 tuổi chưa được lĩnh CMND, thì phải mang theo bản chính Sổ hộ khẩu để thay thế).

Những điểm cần lưu ý:

1. Phải nộp 200 Đồng 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.
2. Khi xin cấp thẻ mới, bạn có thể lựa chọn có dán ảnh lên thẻ mới hay không. Nếu chọn có dán ảnh, thì trên “đơn xin cấp thẻ bảo hiểm y tế” dán kèm một ảnh thẻ 4 x 6, chụp chính diện nửa người, không đội mũ không đeo kính màu, chụp trong vòng 2 năm gần đây. Trường hợp thẻ bảo hiểm không dán ảnh, khi đi khám chữa bệnh cần mang theo giấy CMT, để bệnh viện đối chiếu.
3. 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 trong vòng 14 ngày (ví dụ: biên lai xin nhận thẻ bảo hiểm y tế) đến bệnh viện, điền vào “danh sách khám bệnh ngoại lệ”, thì có thể khám chữa bệnh bằng bảo hiểm y tế.



Chương 9

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 sỹ 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 sỹ 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 <http://www.nhi.gov.tw/> Người dân bình thường/ Phục vụ điều trị y tế/ Đơn thuốc sử dụng lâu dài cho bệnh mãn tính.

Việc sử dụng “đơn thuốc sử dụng lâu dài cho bệnh mãn tính” là có hạn, tính theo số ngày cấp thuốc của đơn thuốc đó, tối đa là 90 ngày, thông thường chia làm 3 lần lĩnh thuốc, mỗi lần nhiều nhất có thể lĩnh thuốc cho 30 ngày. Mỗi lần lĩnh thuốc, bệnh viện, phòng khám hoặc hiệu thuốc phải kiểm tra thẻ bảo hiểm y tế của bạn, nhưng sẽ không tính lũy kế số lần khám bệnh, trên đó chỉ đăng ký thông tin sử dụng thuốc của bạn theo Đơn thuốc sử dụng lâu dài cho bệnh mãn tính mà bạn đã lĩnh, mỗi lần lĩnh thuốc nếu quá 28 ngày, còn được hưởng miễn trả một phần chi phí tiền thuốc tự chịu.



Những bệnh nhân mãn tính cần sử dụng thuốc lâu dài nếu vì những lý do như đi lại bất tiện (cần được bác sỹ xác nhận hoặc được người ủy thác cung cấp giấy cam kết), hoặc đã ra biển, làm nghề đánh cá viễn dương, hoặc phục vụ trên tàu biển chạy tuyến quốc tế (được người được ủy thác cung cấp giấy cam kết), mà không thể tự mình đến khám chữa bệnh, tiếp tục lấy thuốc định kỳ, thì có thể ủy thác người khác đến gặp bác sỹ khám cũ trình bày tình trạng bệnh tật. Bác sỹ dựa vào những phán đoán theo kiến thức chuyên ngành, khẳng định có thể nắm được bệnh tình, sẽ tiếp tục kê đơn thuốc giống như đơn cũ.

“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 sỹ 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. Để tránh điều trị bị gián đoạn, bạn cần lấy thuốc trong vòng 10 ngày trước khi hết thuốc. Vào thời gian nghỉ tết âm lịch hàng năm, vì thời gian nghỉ tết quá dài, bạn có thể lấy thuốc trước.
2. 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.

3. Nếu bạn dự định ra nước ngoài (thời gian ra nước ngoài quá 2 tháng), trở về khu vực đảo ngoài khơi hoặc là thuyền viên đi biển của tàu đánh bắt cá viễn dương, hoặc là thuyền viên phục vụ đi biển của tàu biển chạy tuyến quốc tế, hoặc là người mắc bệnh hiếm gặp, thì chỉ cần khi lĩnh thuốc xuất trình các giấy tờ chứng nhận hoặc giấy cam kết, thì có thể lĩnh tổng lượng thuốc của “đơn thuốc sử dụng lâu dài cho bệnh mãn tính” đó (tổng bộ lượng thuốc phát trong lần đó giới hạn là 90 ngày.).
4. 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 sỹ điều trị. Xin ghi nhớ rằng, nhất thiết phải cho bác sỹ biết những thuốc đã dùng theo đơn kê, thì bác sỹ mới không thể vì không biết mà kê trùng loại thuốc cũ, ảnh hưởng đến sự an toàn dùng thuốc của bạn.
5. Nếu bạn không cẩn thận làm mất “đơn thuốc sử dụng lâu dài cho bệnh nhân mãn tính”, xin đến phòng khám hoặc bệnh viện đã từng khám để khám lại. Những loại thuốc đã từng lĩnh qua, nếu lĩnh lặp lại cùng loại thuốc đó, thì phải trả chi phí tiền thuốc.

Người mắc bệnh hiếm nghèo

Nếu bệnh tình bạn mắc phải được bác sỹ xác nhận thuộc hạng mục bệnh hiếm nghèo đã được Bộ y tế phúc lợi công bố, có thể mang theo giấy tờ liên quan để làm thủ tục, sau khi thẩm duyệt được xác nhận phù hợp điều kiện sẽ được cấp giấy chứng nhận bệnh hiếm nghèo, đồng thời dữ liệu phê chuẩn liên quan sẽ được đăng nhập trên thẻ bảo hiểm. Trong thời gian giấy chứng nhận bệnh hiếm 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



hiếm nghèo, hoặc được bác sĩ xác nhận là điều trị có liên quan của bệnh hiếm nghèo đó, thì khi khám bệnh và nằm viện sẽ được miễn một phần khoản phí tự chịu.

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

Về phạm vi bệnh hiếm nghèo và làm thế nào để xin chứng nhận, xin tham khảo trên trang web của sở bảo hiểm y tế: <http://www.nhi.gov.tw/>.

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 phải 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.
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 Giấy điều trị y tế bệnh nghề nghiệp thuộc 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.
- (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 chuẩn 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” 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:
<http://www.bli.gov.tw/> lao động bị tai nạn nghề nghiệp/ chi

trả điều trị y tế do tai nạn nghề nghiệp./ “Đơn xin duyệt hoàn trả chi phí điều trị tai nạn nghề nghiệp thuộc bảo hiểm lao động đã tạm ứng”

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 hiểm gặp

Bệnh hiểm gặp là thuộc hạng mục bệnh hiểm nghèo, người sau khi được bác sĩ chẩn đoán xác nhận và thông báo với Sở sức khỏe quốc dân, có thể xin cấp chứng nhận bệnh hiểm nghèo, thì việc điều trị liên quan của căn bệnh đó có thể được miễn phần chi phí tự chịu. Đối với thuốc dành cho trẻ mồ côi hoặc dùng cho bệnh hiểm gặp, bảo hiểm y tế đều chi trả theo cách thức “khoản chuyên dụng”, để người mắc bệnh hiểm gặp được điều trị thỏa đáng.

Những người mắc bệnh hiểm 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 được 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 hiểm gặp và thuốc”, thì căn 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: <http://www.nhi.gov.tw/>, “Phương thức và quy trình xin chi trả bảo hiểm y tế toàn dân dành cho loại thuốc dùng cho bệnh hiểm gặp”, File danh mục “thuốc dùng bảo hiểm y tế và phù hợp với “Luật phòng tránh, chữa trị bệnh hiểm gặp và thuốc”.



Chương 10

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 vực 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) Người tàn phế nhẹ hoặc vừa tròn 65 tuổi trở lên có hộ khẩu ở Đài Nam.
- (9) Dân nguyên trú gốc Đài Bắc (từ tròn 20 tuổi đến chưa đầy 55 tuổi, có hộ khẩu hoặc thực tế 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, bảo hiểm y tế bị gián đoạn, thì sau khi được Ủy ban các vấn đề cư dân gốc chính quyền thành phố Đài Bắc thẩm định thông qua, mỗi người sẽ được hưởng hỗ trợ tối đa 3 tháng tiền bảo hiểm mỗi năm).
- (10) Người già trên 65 tuổi có hộ khẩu tròn 1 năm tại khu vực đảo ngoài khơi.

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. Người được hưởng ¼ 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 trên 65 tuổi có hộ khẩu tròn 1 năm tại thành phố Đài Bắc, thành phố Đào Viên hoặc thành phố Cao Hùng (người chịu thuế suất dưới 20%). Ngoài ra, người già trên 65 tuổi có hộ khẩu tròn 1 năm tại thành phố Đài Bắc hoặc thành phố Cao Hùng nhưng mức thuế suất đạt 20%, thì giới hạn trợ cấp tối đa là 659 Đài tệ.



- (2) 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%).
- (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 trăm tuổi thành phố Đào Viên.
- (5) Cư dân khu An Nam bị ô nhiễm hóa dầu tại TP. Đài Nam (trước 30/6/2005 có hộ khẩu ở các thôn Hiền Cung, Lộ Nhĩ, Tứ Thảo...) và nhân viên trong danh sách của bộ Kinh tế.
- (6) Người già trên 65 tuổi hoặc người dân tộc thiểu số trên 55 tuổi có hộ khẩu tròn 1 năm tại thành phố Đài Trung (người chịu thuế suất dưới 5%).
- (7) Người khuyết tật hạng nhẹ, hạng trung bình có hộ khẩu tròn 1 năm tại thành phố Cao Hùng (người chịu thuế suất dưới 20%).
- (8) 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.
- (9) 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 <http://www.nhi.gov.tw/> để tìm hiểu hạng mục hỗ trợ phí bảo hiểm y tế dành cho các đối tượng của chính quyền các cấp.

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 trưởng 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 nộp 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 (hoặc người



được bác sỹ khám xác nhận không thể làm việc, bị ảnh hưởng đến khả năng kiếm sống, hãy kèm theo đơn chuẩn đoán của bác sỹ), đến xin tại các tổ nghiệp vụ các phân khu của sở bảo hiểm, nếu được thông qua, sẽ được đoàn thể công 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 nộp chậm) trên 2000 Đai tệ hoặc gặp phải tình huống đặc biệt, có thể xuất trình chứng nhận của trưởng thôn, trưởng phường nơi đăng ký hộ tịch xác nhận không có khả năng 1 lần trả hết khoản nợ bảo hiểm y tế hoặc có giấy tờ chứng minh thu nhập tiền lương, giải trình lý do, sau khi được Tổ nghiệp vụ các phân khu của Sở bảo hiểm phê duyệt theo chuyên án thì có thể làm thủ tục trả dần 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: 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 Tổ nghiệp vụ các phân khu hoặc văn phòng liên lạc của 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 Tổ nghiệp vụ các phân

khu và văn phòng liên lạc của Sở bảo hiểm y tế tại phần phụ lục).

Điều kiện kinh tế khó khăn bao gồm:

1. Qua nhận định là hộ có thu nhập trung bình thấp, đồng thời được cấp những 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) Con trai con dâu đều chết hoặc con trai chết con dâu lấy chồng khác, phải tự nuôi cháu chưa vị thành niên.

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: <http://www.nhi.gov.tw/> hoặc gọi điện thoại phục vụ miễn phí: 0800-030-598 để tìm hiểu.



4. Các biện pháp bảo đảm khám chữa bệnh

- (1) Điều kiện xin: người không đủ khả năng đóng bảo hiểm, cho dù trong thời gian nợ phí, nếu bác sỹ yêu cầu cần nằm viện, cấp cứu hoặc bệnh nặng cần khám chữa bệnh, và được trưởng thôn hoặc bệnh viện khám bệnh cấp cho giấy chứng nhận nghèo, vẫn có thể khám chữa bệnh bằng bảo hiểm.
- (2) Phương thức xin: Đem giấy chứng nhận khó khăn không thể đóng phí bảo hiểm y tế do trưởng thôn xác nhận, xin với cơ sở y tế nơi khám bệnh, trình xin tại phòng khám và bệnh viện nơi mình khám bệnh, hoặc do các bệnh viện và phòng khám bệnh xác minh xong sẽ cấp cho giấy chứng nhận hộ nghèo, thì có thể khám và điều trị thỏa đáng trước bằng bảo hiểm. Đối với bảo hiểm y tế còn nợ, có thể liên hệ với tổ nghiệp vụ của sở bảo hiểm khu vực để tìm sự giúp đỡ giải quyết.

Quan tâm đối tượng yếu thế, chủ động mở thẻ

Từ tháng 1 năm 2013 sau khi thực thi Luật bảo hiểm y tế thể hệ 2, căn cứ theo mục đích lập pháp của điều 37 Luật bảo hiểm y tế, Sở bảo hiểm y tế chỉ tạm thời ngừng chi trả (khóa thẻ) của những đối tượng có khả năng kinh tế nhưng lại từ chối không nộp bảo hiểm y tế, và phụ đạo đối tượng đó nhanh chóng xử lý khoản bảo hiểm còn nợ, còn đối với những người dân không có khả năng đóng bảo hiểm y tế, thì sẽ xử lý tách riêng vấn đề nợ phí và vấn đề khám chữa bệnh, tiếp tục chi trả các mục điều trị y tế, để đảm bảo quyền lợi về bảo hiểm y tế cần có cho đối tượng đó. Ngoài ra không khóa thẻ đối với trường hợp đã được phụ đạo xin thủ tục đóng bảo hiểm trả góp hoặc đã được chính phủ trợ cấp tiền bảo hiểm hoặc thuộc các điều kiện đặc biệt (như trường hợp người được trợ cấp dưới 20 tuổi, hoàn cảnh gia đình vô cùng khó khăn, phụ nữ mang thai). Còn đối tượng có khả năng kinh tế nhưng vẫn nợ tiền bảo hiểm y tế, Sở bảo hiểm y tế sẽ tăng cường phụ đạo xử lý vấn đề nợ phí, nếu nguyên nhân là do biến cố gia đình hoặc biến

cổ kinh tế bất ngờ thì sẽ đều được mở thẻ, bảo đảm việc khám chữa bệnh với tư cách có bảo hiểm y tế, được hưởng sự chăm sóc y tế cần thiết.

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- 360 Đài tệ).
2. Những người bệnh có chứng nhận mắc các bệnh hiểm nghèo bao gồm bệnh ung thư, bệnh thần kinh mãn tính, rửa 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 từ thu nhập làm thêm 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 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; khoản được chi trả 1 lần chưa đạt tới mức lương cơ bản theo công bố của cơ quan chủ quản lao động cấp Trung ương bao gồm thu nhập thực hiện nghiệp vụ, thu nhập cổ tức, thu nhập lợi tức hoặc thu nhập từ khoản cho thuê, không cần phải khấu trừ 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, 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 cung cấp dịch vụ điều trị y tế ở vùng xa xôi của các bệnh viện, hãy tham khảo tại mạng thông tin toàn cầu của sở bảo hiểm y tế: <http://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, rồi tới khám.



Chương 11

Hệ thống thông tin sử dụng thuốc bảo hiểm y tế điện toán đám mây

“Hệ thống thông tin sử dụng thuốc bảo hiểm y tế điện toán đám mây” là gì?

Các cơ sở y tế của Đài Loan khá nhiều, phân bố dày đặc, người dân nếu không có cơ sở y tế cố định để khám bệnh, thông tin sử dụng thuốc cá nhân sẽ phân tán tại nhiều cơ sở y tế khác nhau, dễ xảy ra tình trạng người dân vì tới khám ở các nơi khác nhau sử dụng thuốc bị trùng lặp, dẫn tới vấn đề dùng thuốc quá liều lượng hoặc tác dụng tương hỗ lẫn nhau giữa các loại thuốc gây ra các phản ứng không tốt.

Để nâng cao chất lượng sử dụng thuốc cho người dân, đồng thời đẩy mạnh việc bác sĩ và dược sĩ giúp người dân theo dõi kiểm tra việc sử dụng thuốc, vào tháng 7 năm 2013 Sở bảo hiểm y tế đã kết hợp công nghệ điện toán đám mây thiết lập ra “Hệ thống thông tin sử dụng thuốc bảo hiểm y tế điện toán đám mây” lấy người bệnh làm trung tâm, cung cấp cho bác sĩ của các cơ sở phục vụ y tế có thỏa thuận đặc biệt trong lúc xử lý lâm sàng, kê đơn thuốc và trong tư vấn dùng thuốc của dược sĩ có thể lập tức tra cứu được các thông tin bao gồm: dữ liệu ghi chép về sử dụng thuốc của người bệnh trong vòng 3 tháng gần nhất, bao gồm nguồn gốc



đơn thuốc và nội dung chẩn đoán chủ yếu của đơn thuốc, tác dụng dược lý của thuốc, thành phần tên gọi, mã số bảo hiểm y tế của sản phẩm thuốc, tên thuốc, lượng tiêu chuẩn của thuốc, lượng sử dụng và cách dùng thuốc, thời gian bệnh nhân khám chữa bệnh, ngày lĩnh thuốc của Đơn thuốc sử dụng lâu dài cho bệnh mãn tính, liều lượng thuốc, ngày cấp thuốc và thông tin tính thử số ngày còn thừa thuốc của một lần cấp thuốc.

Hệ thống này phải do nhân viên y tế được ủy quyền của của các cơ sở phục vụ y tế có thỏa thuận đặc biệt về bảo hiểm y tế, trong điều kiện đồng thời cả hai loại thẻ gồm thẻ nhân viên y tế và thẻ bảo hiểm y tế của người bệnh đều được xác nhận, thông qua máy chuyên đọc thẻ (bên trong có con chip xác nhận) , mới có thể tra cứu được hệ thống thông tin sử dụng thuốc bảo hiểm y tế điện toán đám mây. Nhân viên y tế cũng phải chịu sự hạn chế về quy định pháp luật liên quan về y tế, phải bảo mật những thông tin biết được trong quá trình thực hiện nghiệp vụ y tế.

“Hệ thống thông tin sử dụng thuốc bảo hiểm y tế điện toán đám mây” để kiểm tra an toàn sử dụng thuốc

Có “Hệ thống thông tin sử dụng thuốc bảo hiểm y tế điện toán đám mây”, một mặt trong lúc khám bệnh bác sĩ có thể nắm bắt được người bệnh trong thời gian gần đây đã từng sử dụng hay đang sử dụng loại thuốc nào, khi kê đơn thuốc, có thể xem xét các loại thuốc bệnh nhân đang sử dụng hiện tại, liệu có bị sử dụng trùng lặp hoặc có vấn đề có tác dụng tương tác lẫn nhau hay không, để nâng cao sự an toàn và chất lượng trong sử dụng thuốc; ngoài ra, cũng có thể chủ động quan tâm đến người bệnh, tăng cường mối quan hệ giữa bác sĩ và bệnh nhân. Khuyến khích dân chúng khi khám bệnh, có thể chủ động nhắc nhở bác sĩ hoặc dược sĩ hỗ trợ tìm hiểu thông tin sử dụng thuốc gần đây, hoặc người nhà đi cùng nhắc nhở bác sĩ kiểm tra những ghi chép về sử dụng thuốc của bệnh nhân trước đây, trong điều kiện cả bác sĩ và bệnh nhân đều coi trọng sự an toàn trong sử dụng thuốc, bác sĩ kê đơn thuốc

sẽ càng chu toàn hơn, đạt được mục tiêu cả 3 bên bệnh nhân, bác sĩ và bảo hiểm y tế đều có lợi.

Cho tới hết ngày 31 tháng 7 năm 2015, các bệnh viện trên toàn Đài Loan đã hoàn thành nối mạng hệ thống thông tin sử dụng thuốc bảo hiểm y tế điện toán đám mây; tổng cộng có 15.108 cơ sở y tế có thỏa thuận đặc biệt gồm các phòng khám, hiệu thuốc và các đơn vị chăm sóc tại gia bắt đầu khởi động tra cứu thông tin.





Chương 12

Duyệt hoàn trả chi phí điều trị tự ứng trước

Nếu bạn phù hợp với một trong các tình huống dưới đây, chi 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 duyệt hoàn trả bạn chi phí điều trị y tế.

1. Vì tình hình khẩn cấp, bạn không kịp đến nơi khám bệnh hoặc bệnh viện có bảo hiểm y tế, cần phải đến chỗ phòng khám hoặc bệnh viện khác không có bảo hiểm y tế, 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 hoặc bệnh viện 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 hoặc bệnh viện có bảo hiểm y tế, nhưng vì những lý do không phải do bạn (Ví dụ: tới khám chữa bệnh ở các huyện thị không phải nơi bạn ở, đang trong thời gian bị thúc nộp phí bảo hiểm, sau khi xuất viện mới được cấp chứng nhận là bệnh hiểm nghèo, hoặc các đối tượng hộ thu

nhập thấp, cựu quân nhân, người bị lao phổi, người có sổ tay người tàn tật, nhưng khi khám chữa bệnh không xuất trình giấy tờ chứng minh liên quan), 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 nộp bổ sung thẻ bảo hiểm y tế và chứng minh thư trước khi xuất viện.

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).

Thời hạn xin

1. Trong vòng 6 tháng kể từ đúng ngày khám bệnh, ngày khám cấp cứu hoặc ngày xuất viện; cũng tức là vào đúng ngày khám bệnh, ngày khám cấp cứu tính là ngày đầu tiên, nếu là ngày xuất viện thì 1 ngày sau ngày xuất viện mới tính là ngày đầu tiên, sau đó tính lùi về sau trong vòng 6 tháng. 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: <http://www.nhi.gov.tw>

2. Cung cấp bản chính biên lai chi phí khám chữa bệnh, 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 yêu cầu phòng khám hoặc bệnh viện trong nước nơi bạn điều trị in giúp 1 bản copy 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 nộp “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 đại diện theo pháp luật hoặc người được ủy thác làm thủ tục thay, hãy nhớ người xin cấp phải ký tên đóng dấu và

cung cấp bản copy CMND.

4. Giấy chuẩn 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 chuẩn đoán khám bệnh”. (Nội dung phải có sự giải thích về triệu chứng và có tên gọi của căn bệnh)
- (2) Nếu nằm viện, ngoài việc chuẩn bị “Giấy chứng nhận chuẩn đoán khám bệnh” (Nội dung phải có sự giải thích về triệu chứng và có tên gọi của căn bệnh) còn phải chuẩn bị “Bản tóm tắt bệnh án xuất viện”.
- (3) Nếu trên giấy chuẩn đoán hoặc giấy chứng nhận có ngôn ngữ khác ngoài tiếng Anh, thì bạn cần kèm theo bản dịch tiếng Trung.

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) 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: <http://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).

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 chuẩn



đoán bệnh 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 theo cách gửi qua đường bưu điện hoặc xin cấp tại quầy làm thủ tục.

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.
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, hoặc do tổ nghiệp vụ thuộc phân khu tại địa phương đóng bảo hiểm chuyển giao hồ sơ xin cấp.

Hạn mức tối đa cho khoản tiền hoàn trả

Bảo hiểm chi trả cho phần chi phí khám bệnh, cấp cứu và nằm viện điều trị cho khu vực bên ngoài Đài Loan (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 tính hợp pháp của việc điều trị, 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 đều có hạn mức tối đa, hạn mức tối đa là: mức chi phí bình quân mà sở bảo hiểm y tế trả cho trung tâm y tế để khám bệnh mỗi lượt người, cấp cứu mỗi lượt người hoặc nằm viện mỗi ngày mỗi 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: <http://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: <http://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. 157, Jiuru 2nd Rd., Sangmin Disitrect, Kaohsiung City 80706	(07)323-3123	TP Cao Hùng, huyện Bình Đông, huyện Bảnh Hồ
Tổ nghiệp vụ khu Đông	No. 36, Xuanquan Rd., Hualien City, Hualien County 97049	(03)833-2111	Huyện Hoa Liên, huyện Đài Đông



Chương 13

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

1. Tác nghiệp một cửa liên cơ quan đăng ký khai sinh khai báo hộ tịch và thủ tục xin đóng bảo hiểm bảo hiểm y tế, xin cấp thẻ bảo hiểm y tế cho trẻ mới sinh.

Tại bệnh viện nơi sinh con chỉ cần cha mẹ cho biết trẻ mới sinh sẽ đóng bảo hiểm theo cha mẹ, và đồng ý “làm thẻ bảo hiểm loại không ảnh”, thì sau khi trẻ sơ sinh hoàn tất thủ tục đăng ký khai sinh khai báo hộ tịch, Sở bảo hiểm y tế sẽ hoàn thành thủ tục tham gia bảo hiểm cho trẻ sơ sinh, đồng thời trong vòng từ 7-10 ngày tính theo ngày làm việc sẽ gửi thẻ bảo hiểm y tế đến địa chỉ đăng ký hộ tịch hoặc địa chỉ chỉ định của người mà trẻ đóng bảo hiểm theo.

Ghi chú:

Cha hoặc mẹ mà trẻ chọn đóng bảo hiểm theo phải vẫn đang tham gia bảo hiểm, và phải là người được bảo hiểm loại 1, 2, 3 hoặc loại 6 của bảo hiểm này.



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

Trong trường hợp thẻ bảo hiểm y tế của bạn bị mất, bị hỏng hoặc 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 nhằm thông tin và khi làm thủ tục đăng ký khai sinh cho trẻ mới sinh tại cơ quan hộ chính có nói rõ trẻ đóng bảo hiểm theo cha hoặc mẹ và xin cấp thẻ bảo hiểm y tế loại không ảnh, 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 và hoàn thành động tác tham gia bảo hiểm cho trẻ mới sinh, Sở bảo hiểm y tế lập tức làm thẻ bảo hiểm, trong vòng 7 ngày tính theo ngày làm việc người dân có thể nhận được thẻ bảo hiểm y tế tại địa chỉ như đã chỉ định.

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 giấy tờ tùy thân đến tổ nghiệp vụ tại các phân khu 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 2015 Sở bảo hiểm y tế bắt đầu triển khai nghiệp vụ cấp thẻ bảo hiểm y tế tận nơi tại văn phòng liên lạc của sở tại Bành Hồ, Vân Lâm, Bình Đông, Đài Đông, Nghi Lan và Đào Viên, người dân có thể tới các quầy làm thủ tục xin cấp thẻ và lĩnh thẻ để giải quyết nhu cầu cần sử dụng gấp thẻ bảo hiểm y tế. Năm 2016 sẽ mở hạng mục phục vụ làm thẻ ngay tại địa

phương tại văn phòng liên lạc của sở ở 15 huyện thị khác.

3. 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 tổ nghiệp vụ tại các phân khu 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 bệnh ung thư là 5 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 xem xét phê duyệt, cấp đổi 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

Tổ nghiệp vụ tại các phân khu của Sở bảo hiểm y tế đều có “Tài khoản nhân ái”, chỉ cần bạn phù hợp với các lý do gồm nghèo, đau ốm, khẩn cấp, sau khi được Ban thẩm định Quỹ nhân ái phê duyệt đồng ý, có thể dùng các giấy tờ liên quan mà bạn mang theo gồm chứng nhận chẩn đoán y tế và chứng nhận kinh tế khó khăn, để đứng ra xin giúp khoản trợ cấp hỗ trợ phí bảo hiểm y tế.

2. “Kế hoạch trợ cấp phí bảo hiểm y tế cho hôn phối nước ngoài trước khi nhập hộ tịch”

Đối với đối tượng hôn phối nước ngoài phù hợp với tư cách “Hộ thu nhập thấp hoặc hộ thu nhập trung bình thấp” và chưa lập hộ tịch, Sở bảo hiểm y tế kết hợp với Phòng xã hội hoặc Phòng Dân chính thuộc Cơ quan hành chính 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 cơ quan hành chính của xã, thị trấn, thị xã, khu ở 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)
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)



Địa điểm phục vụ	Điện thoại	Địa chỉ
Văn phòng liên hệ Miêu Lật	(03)433-9111	No. 1146, JhongJheng 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, Jhonghua W. Rd., Changhua City, Changhua County (50056)
Văn phòng liên hệ Nam Đầu	(04)2258-3988	No. 126, Jhongsing Rd., Caotun Town, Nantou County (54261)
Tổ nghiệp vụ khu Nam	(06)224-5678	No. 96, Gongyuan Rd., Jhongsì 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)323-3123	No. 157, Jiuru 2nd Rd., Sanmin District, Kaohsiung City(80706)

Địa điểm phục vụ	Điện thoại	Địa chỉ
Trung tâm phục vụ liên hợp Trung Chính	(07)323-3123	1F No.261, Chung Cheng 4rd Rd., Chianjin District, Kaohsiung City (80147) (Trong Sở lao động TP Cao Hùng)
Văn phòng liên hệ Cương Sơn	(07)323-3123	No. 1, Dayi 2nd Rd., Gangshan District, Kaohsiung City(82050) (Chi nhánh tại Cương Sơn Bệnh viện quân đội quốc gia Cao Hùng)
Văn phòng liên hệ Kỳ Sơn	(07)323-3123	No. 60, Jhongsyue Rd., Cishan District, Kaohsiung City (84247) (Inside Chi-Shan Hospital)
Văn phòng liên hệ Bình Đông	(07)323-3123	No. 1518, Guangdong Rd., Pingtung City, Pingtung County (90071)
Văn phòng liên hệ Đông Cảng	(07)323-3123	No. 210, Sec. 1, Jhongshan Rd., Donggang Town, Pingtung County (92842) (Inside Antai Tian-Sheng Memorial Hospital)
Văn phòng liên hệ Bành Hồ	(07)323-3123	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 Đài Đông	(03)833-2111	No. 146, Sec. 3, Siwei Rd., Taitung City, Taitung County (95049)

Thời gian cập nhật dữ liệu của sổ tay này là 12/2015, quy định có chỗ thay đổi. Kính mong tham khảo mạng thông tin toàn cầu của sở bảo hiểm y tế: <http://www.nhi.gov.tw> để nhận được dữ liệu mới nhất.

2015-2016 全民健康保險民眾權益手冊 (越南文版)

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 104 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

<http://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：博創印藝文化事業有限公司

電 話：02-8221-5966

GPN：1010403271 ISBN：978-986-04-7578-4

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。