

Số: 257/QĐ-UBND

An Giang, ngày 11 tháng 02 năm 2020

## **QUYẾT ĐỊNH**

**Về việc phê duyệt quy trình nội bộ trong giải quyết thủ tục hành chính thuộc thẩm quyền giải quyết và phạm vi quản lý của Sở Y tế tỉnh An Giang**

### **CHỦ TỊCH ỦY BAN NHÂN DÂN TỈNH AN GIANG**

Căn cứ Luật Tổ chức chính quyền địa phương ngày 19 tháng 6 năm 2015;

Căn cứ Nghị định số 61/2018/NĐ-CP ngày 23 tháng 4 năm 2018 của Chính phủ về việc thực hiện cơ chế một cửa, một cửa liên thông trong giải quyết thủ tục hành chính;

Căn cứ Thông tư số 02/2017/TT-VPCP ngày 31 tháng 10 năm 2017 của Văn phòng Chính phủ hướng dẫn về nghiệp vụ kiểm soát thủ tục hành chính;

Căn cứ Thông tư số 01/2018/TT-VPCP ngày 23 tháng 11 năm 2018 của Bộ trưởng, Chủ nhiệm Văn phòng Chính phủ hướng dẫn Nghị định số 61/2018/NĐ-CP ngày 23 tháng 4 năm 2018 của Chính phủ về việc thực hiện cơ chế một cửa, một cửa liên thông trong giải quyết thủ tục hành chính;

Căn cứ Quyết định số 2811/QĐ-UBND ngày 25 tháng 11 năm 2019 của UBND tỉnh về việc công bố Danh mục thủ tục hành chính mới ban hành; thủ tục hành chính được sửa đổi, bổ sung thuộc thẩm quyền giải quyết của Sở Y tế tỉnh An Giang;

Xét đề nghị của Giám đốc Sở Y tế tỉnh An Giang tại Tờ trình số 298/TTr-SYT ngày 07 tháng 02 năm 2020,

### **QUYẾT ĐỊNH:**

**Điều 1.** Phê duyệt kèm theo Quyết định này Quy trình nội bộ trong giải quyết thủ tục hành chính thuộc thẩm quyền giải quyết và phạm vi quản lý của Sở Y tế tỉnh An Giang.

Phụ lục 1. Quy trình nội bộ trong giải quyết thủ tục hành chính thuộc thẩm quyền giải quyết của Sở Y tế và thực hiện tại một cửa điện tử.

Phụ lục 2. Quy trình nội bộ trong giải quyết thủ tục hành chính thuộc thẩm quyền giải quyết của UBND các huyện, thị xã, thành phố và thực hiện tại một cửa điện tử.

Phụ lục 3. Quy trình nội bộ trong giải quyết thủ tục hành chính thuộc thẩm quyền giải quyết của UBND xã, phường, thị trấn và thực hiện tại một cửa điện tử.

**Điều 2.** Quyết định này có hiệu lực kể từ ngày ký.

Giao Sở Thông tin và Truyền thông chủ trì, phối hợp với Sở Y tế và các đơn vị có liên quan trên cơ sở quy trình được ban hành kèm theo Quyết định này cập nhật quy trình điện tử giải quyết thủ tục hành chính vào hệ thống thông tin một cửa điện tử của tỉnh.

**Điều 3.** Chánh Văn phòng Ủy ban nhân dân tỉnh, Giám đốc Sở Y tế tỉnh An Giang, Giám đốc Sở Thông tin và Truyền thông, Thủ trưởng các Sở, Ban, Ngành; UBND các huyện, thị xã, thành phố; UBND xã, phường, thị trấn và các tổ chức, cá nhân có liên quan chịu trách nhiệm thi hành Quyết định này./.

***Nơi nhận:***

- Cục kiểm soát TTHC - VPCP;
- Bộ Y tế;
- TT.Tỉnh ủy, HĐND tỉnh;
- UBMTTQ tỉnh;
- Đoàn Đại biểu Quốc hội tỉnh;
- Chủ tịch, các Phó Chủ tịch UBND tỉnh;
- Văn phòng UBND tỉnh;
- Các Sở, Ban, ngành tỉnh;
- UBND các huyện, thị xã, thành phố;
- Trung tâm Dịch vụ Hành chính công;
- Website tỉnh;
- Lưu: VT, TH.

**CHỦ TỊCH**

**Nguyễn Thanh Bình**

## PHỤ LỤC 1

### QUY TRÌNH NỘI BỘ TRONG GIẢI QUYẾT THỦ TỤC HÀNH CHÍNH THUỘC THẨM QUYỀN GIẢI QUYẾT CỦA SỞ Y TẾ TỈNH AN GIANG

(Ban hành kèm theo Quyết định số 257/QĐ-UBND ngày 11 tháng 02 năm 2020 của Chủ tịch Ủy ban nhân dân tỉnh An Giang)

#### I. Lĩnh vực khám bệnh, chữa bệnh

**1. Tên thủ tục hành chính:** Công bố đáp ứng yêu cầu là cơ sở thực hành trong đào tạo khối ngành sức khỏe đối với các cơ sở khám, chữa bệnh thuộc Sở Y tế và cơ sở khám bệnh, chữa bệnh tư nhân trên địa bàn tỉnh, thành phố

UBND TỈNH AN GIANG SỞ Y TẾ	QUY TRÌNH Công bố đáp ứng yêu cầu là cơ sở thực hành trong đào tạo khối ngành sức khỏe đối với các cơ sở khám, chữa bệnh thuộc Sở Y tế và cơ sở khám bệnh, chữa bệnh tư nhân trên địa bàn tỉnh, thành phố	Mã hiệu:	QT-01
		Ngày BH	...../...../20..

#### MỤC LỤC

##### SỬA ĐỔI TÀI LIỆU

1. MỤC ĐÍCH
2. PHẠM VI
3. TÀI LIỆU VIỆN DẪN
4. ĐỊNH NGHĨA/VIẾT TẮT
5. NỘI DUNG QUY TRÌNH
6. BIỂU MẪU
7. HỒ SƠ CẦN LƯU

Trách nhiệm	Soạn thảo	Xem xét	Phê duyệt
Họ tên		Từ Hoàng Tước	Từ Quốc Tuấn
Chữ ký			
Chức vụ	Chuyên viên Phòng Nghiệp vụ Y	Phó Giám đốc Sở Y tế	Giám đốc Sở

## SỬA ĐỔI TÀI LIỆU

<b>Yêu cầu sửa đổi/ bổ sung</b>	<b>Trang / Phần liên quan việc sửa đổi</b>	<b>Mô tả nội dung sửa đổi</b>	<b>Lần ban hành / Lần sửa đổi</b>	<b>Ngày ban hành</b>

### 1. MỤC ĐÍCH

Quy định trình tự tiếp nhận hồ sơ Công bố cơ sở thực hành trong đào tạo khối ngành sức khỏe đối với các cơ sở khám, chữa bệnh thuộc Sở Y tế và cơ sở khám bệnh, chữa bệnh tư nhân trên địa bàn tỉnh An Giang

### 2. PHẠM VI

Áp dụng đối với cán bộ, công chức Phòng Nghiệp vụ Y thuộc Sở Y tế tỉnh An Giang; các tổ chức, cá nhân có cơ sở thực hành trong đào tạo khối ngành sức khỏe

### 3. TÀI LIỆU VIỆN DẪN

- Tiêu chuẩn quốc gia TCVN ISO 9001:2015
- Các văn bản pháp quy liên quan đề cập tại mục 5.2

### 4. ĐỊNH NGHĨA/ VIẾT TẮT

- CSTHTĐTKNSK: Cơ sở thực hành trong đào tạo khối ngành sức khỏe

### 5. NỘI DUNG QUY TRÌNH

<b>5.1</b>	<b>Cơ sở pháp lý:</b> <ul style="list-style-type: none"><li>- Luật giáo dục ngày 14 tháng 6 năm 2005 và Luật sửa đổi, bổ sung một số điều của Luật giáo dục ngày 25 tháng 11 năm 2009;</li><li>- Luật giáo dục đại học ngày 18 tháng 6 năm 2012;</li><li>- Luật giáo dục nghề nghiệp ngày 27 tháng 11 năm 2014;</li><li>- Nghị định số 111/2017/NĐ-CP ngày 05/10/2017 của Chính phủ quy định về tổ chức đào tạo thực hành trong các đào tạo khối ngành sức khỏe;</li></ul>
<b>5.2</b>	<b>Yêu cầu, điều kiện thực hiện thủ tục hành chính</b>
	<b>Yêu cầu đối với người giảng dạy thực hành (Điều 8 Nghị định số 111/2017/NĐ-CP)</b> <p>1. Yêu cầu chung đối với người giảng dạy thực hành:</p> <p>a) Có văn bằng, trình độ, kinh nghiệm chuyên môn tối thiểu 12 tháng liên tục đến thời điểm giảng dạy thực hành phù hợp với trình độ, ngành/chuyên ngành giảng dạy thực hành; trình độ của người giảng dạy</p>

thực hành không được thấp hơn trình độ đang được đào tạo của người học thực hành;

b) Có chứng chỉ hành nghề và phạm vi chuyên môn hành nghề phù hợp với chương trình, đối tượng đào tạo thực hành trong trường hợp pháp luật quy định phải có chứng chỉ hành nghề.

2. Yêu cầu đối với người giảng dạy thực hành ngành, chuyên ngành đào tạo về khám bệnh, chữa bệnh:

a) Các yêu cầu quy định tại khoản 1 Điều này;

b) Đã có đủ thời gian hành nghề khám bệnh, chữa bệnh sau khi có chứng chỉ hành nghề liên tục ở ngành/chuyên ngành giảng dạy thực hành đến thời điểm giảng dạy thực hành ít nhất là 36 tháng đối với đào tạo trình độ sau đại học, 24 tháng đối với đào tạo trình độ đại học và 12 tháng đối với trình độ cao đẳng và trung cấp;

c) Tại cùng một thời điểm, một người giảng dạy thực hành chỉ được giảng dạy không quá 05 người học thực hành đối với đào tạo trình độ sau đại học, không quá 10 người học thực hành đối với đào tạo trình độ đại học, không quá 15 người học thực hành đối với đào tạo trình độ cao đẳng, trung cấp;

d) Đã được bồi dưỡng phương pháp dạy - học lâm sàng theo quy định của Bộ trưởng Bộ Y tế, trừ trường hợp người giảng dạy thực hành đã có chứng chỉ phương pháp dạy - học mà trong chương trình đào tạo đã có nội dung về phương pháp dạy - học lâm sàng.

### **Yêu cầu đối với cơ sở thực hành (Điều 9 Nghị định số 111/2017/NĐ-CP)**

1. Yêu cầu chung đối với cơ sở thực hành:

a) Có phạm vi hoạt động chuyên môn phù hợp với chương trình đào tạo thực hành;

b) Có đủ cơ sở vật chất, trang thiết bị để thực hành theo yêu cầu của chương trình đào tạo thực hành;

c) Có người giảng dạy thực hành đáp ứng các yêu cầu quy định tại khoản 1 Điều 8 Nghị định này và có đủ thời gian hoạt động chuyên môn liên tục ở ngành/chuyên ngành hướng dẫn thực hành ít nhất là 12 tháng.

2. Yêu cầu đối với cơ sở thực hành là cơ sở khám bệnh, chữa bệnh:

a) Có đủ các yêu cầu quy định tại điểm a, điểm b khoản 1 Điều này;

b) Có phòng học, phòng giao ban, phòng trực dành cho người học thực hành và người giảng dạy thực hành;

c) Có người giảng dạy thực hành đáp ứng yêu cầu quy định tại khoản 2 Điều 8 Nghị định này;

d) Tại cùng một thời điểm, mỗi khoa, phòng có không quá 03 người học thực hành trên 01 giường bệnh hoặc 01 ghế răng;

đ) Tổng thời lượng tham gia giảng dạy thực hành của tất cả người giảng dạy thực hành thuộc cơ sở thực hành tối thiểu là 20% và tối đa là 80% của tổng thời lượng chương trình thực hành, trừ trường hợp quy định tại điểm e khoản này;

e) Cơ sở thực hành thuộc trường hợp quy định tại khoản 2 Điều 10 Nghị định này phải bảo đảm: Tổng thời lượng tham gia giảng dạy thực hành của tất cả người giảng dạy thực hành thuộc cơ sở thực hành tối thiểu là 50%, tối đa là 80% tổng thời lượng chương trình thực hành được thực hiện tại cơ sở thực hành và chỉ được là cơ sở thực hành thuộc trường hợp quy định tại khoản 2 Điều 10 Nghị định này của không quá 02 cơ sở giáo dục đào tạo trình độ đại học, sau đại học và 01 cơ sở giáo dục đào tạo trình độ trung cấp, cao đẳng.

**Yêu cầu đối với cơ sở thực hành của cơ sở giáo dục (khoản 2 Điều 10 Nghị định số 111/2017/NĐ-CP)**

2. Cơ sở giáo dục có ngành, chuyên ngành đào tạo về khám bệnh, chữa bệnh phải ký hợp đồng hoặc có 01 cơ sở thực hành là cơ sở khám bệnh, chữa bệnh thực hiện ít nhất 50% thời lượng của chương trình thực hành và đáp ứng các yêu cầu sau đây:

a) Là bệnh viện hạng I hoặc bệnh viện được phép thực hiện kỹ thuật thuộc danh mục kỹ thuật từ tuyến I trở lên đối với đào tạo trình độ sau đại học, đào tạo trình độ đại học ngành y đa khoa, y học cổ truyền, răng hàm mặt; là bệnh viện hạng II hoặc bệnh viện được phép thực hiện kỹ thuật thuộc danh mục kỹ thuật từ tuyến II trở lên đối với đào tạo trình độ đại học các ngành khác thuộc khối ngành sức khỏe; là bệnh viện hạng III hoặc bệnh viện được phép thực hiện kỹ thuật thuộc danh mục kỹ thuật từ tuyến III trở lên đối với đào tạo trình độ cao đẳng, trung cấp khối ngành sức khỏe;

b) Có ít nhất 20% người giảng dạy chương trình thực hành là người làm việc cơ hữu của cơ sở giáo dục có đăng ký hành nghề tại cơ sở thực hành và được cơ sở thực hành bố trí làm công tác khám bệnh, chữa bệnh theo quy định của pháp luật về khám bệnh, chữa bệnh phù hợp với năng lực, kinh nghiệm và phạm vi hoạt động chuyên môn trong chứng chỉ hành nghề.

5.3	Thành phần hồ sơ	Bản chính	Bản sao
	1. Bản công bố cơ sở khám, chữa bệnh đáp ứng yêu cầu là cơ sở thực hành trong đào tạo khối ngành sức	X	

	<p>khỏe theo mẫu quy định tại Phụ lục số 02 ban hành kèm theo Nghị định số 111/2017/NĐ-CP.</p> <p>2. Các tài liệu gửi kèm bản công bố để minh chứng cơ sở khám, chữa bệnh đáp ứng yêu cầu, bao gồm:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Các ngành/chuyên ngành đào tạo thực hành</li> <li>- Trình độ đào tạo thực hành</li> <li>- Số lượng người đào tạo thực hành tối đa (bao gồm tất cả các trình độ)</li> <li>- Danh sách người giảng dạy thực hành đáp ứng yêu cầu</li> <li>- Danh sách các khoa, phòng tổ chức thực hành và số giường bệnh hoặc ghế răng tại mỗi khoa, phòng</li> <li>- Danh mục cơ sở vật chất, thiết bị phục vụ đào tạo thực hành.</li> </ul>				<p>X</p> <p>X</p> <p>X</p>
		X			
		X			
		X			
<b>5.4</b>	<b>Số lượng hồ sơ:</b> 01 bộ hồ sơ				
<b>5.5</b>	<b>Thời gian xử lý:</b> 15 ngày làm việc (120 giờ/hc) kể từ khi nhận được hồ sơ hợp lệ				
<b>5.6</b>	<b>Nơi tiếp nhận và trả kết quả:</b>				
	<ul style="list-style-type: none"> <li>+ Trung tâm phục vụ hành chính công tỉnh (hồ sơ nộp tại Trung tâm)</li> <li>+ Bưu cục xã, phường, thị trấn, bưu cục cấp huyện (nộp h/s bưu cục, trả kết quả tại nơi yêu cầu)</li> <li>+ Bộ phận Một cửa huyện, Một cửa xã (trả kết quả qua dịch vụ bưu chính công ích đến nơi yêu cầu).</li> <li>+ Đăng ký trực tuyến Cổng dịch vụ công tỉnh/Trang dịch Cổng thông tin điện tử Sở Y tế An Giang (trả kết quả qua dịch vụ bưu chính công ích đến nơi yêu cầu)</li> </ul>				
<b>5.7</b>	<b>Lệ phí:</b> Không có				
<b>5.8</b>	<b>Quy trình xử lý công việc:</b>				
<b>TT</b>	<b>Trình tự</b>	<b>Trách nhiệm</b>	<b>Thời gian</b>	<b>Biểu mẫu/</b>	

				<b>Kết quả</b>
<b>Bước 1</b>	<p>Nơi nộp hồ sơ:</p> <p>a) Trung tâm phục vụ hành chính công tỉnh</p> <p>b) Bộ phận “Một cửa huyện”, “Một cửa xã”</p> <p>c) Bru cục xã, phường, thị trấn, bru cục cấp huyện;</p> <p>d) Đăng ký trực tuyến Cổng dịch vụ công tỉnh/Trang dịch Cổng thông tin điện tử Sở Y tế An Giang</p>	Tổ chức/cá nhân	Giờ hành chính	
<b>Bước 2</b>	<p>- Tiếp nhận hồ sơ và ghi biên nhận, hẹn ngày trả kết quả:</p> <p>a) Trường hợp nộp hồ sơ trực tiếp, nếu hồ sơ đầy đủ thì Trung tâm phục vụ hành chính công cấp giấy tiếp nhận hồ sơ và hẹn trả kết quả theo thời hạn quy định; nếu hồ sơ chưa đầy đủ theo quy định thì trả lại ngay và hướng dẫn để hoàn thiện hồ sơ.</p> <p>b) Trường hợp nhận hồ sơ qua hệ thống bru chính, hồ sơ nhận qua Bộ phận “Một cửa huyện”, “Một cửa xã”; Đăng ký trực tuyến Cổng dịch vụ công tỉnh/Trang dịch Cổng thông tin điện tử Sở Y tế An Giang nếu hồ sơ đầy đủ thì cấp giấy biên nhận/ tin nhắn và hẹn kết quả theo thời hạn quy định; nếu chưa đầy đủ theo quy định thì hướng dẫn bổ sung, hoàn thiện hồ sơ ngay</p> <p>- Chuyển phòng chuyên môn thẩm định hồ sơ (bản giấy/bản số)</p>	<p>- Trung tâm phục vụ hành chính công</p> <p>- Bộ phận “Một cửa huyện”, “Một cửa xã”</p> <p>- Bru cục phường, xã, thị trấn, Bru cục cấp huyện;</p> <p>- Bộ phận tiếp nhận hồ sơ đăng ký trực tuyến Sở</p>	08 giờ/hc	Theo mục 5.2
<b>Bước 3</b>	<p>Phòng chuyên môn xử lý hồ sơ:</p> <p>+ Trường hợp hồ sơ không đáp ứng yêu cầu, điều kiện trong thời</p>	Lãnh đạo phòng chuyên chuyên viên xử lý	80 giờ/hc	Theo mục 5.2



	<p>gian 05 ngày làm việc, kể từ ngày nhận hồ sơ có văn bản trả lời nêu rõ lý do.</p> <p>+ Trường hợp hồ sơ cần giải trình và bổ sung thêm trong thời gian 05 ngày làm việc, kể từ ngày nhận hồ sơ có văn bản yêu cầu bổ sung, hoàn thiện hồ sơ.</p> <p>+ Hồ sơ đáp ứng yêu cầu là cơ sở thực hiện thì tiến hành trình Hội đồng cấp chứng chỉ hành nghề và giấy phép hoạt động xem xét.</p>			
<b>Bước 4</b>	Hội đồng xem xét chấp thuận hoặc không chấp trình Lãnh đạo Sở	Hội đồng cấp CCHN, GPHĐ	08 giờ/hc	Theo mục 5.2
<b>Bước 5</b>	<p>Lãnh đạo Sở xem xét, phê duyệt văn bản:</p> <p>+ Chấp thuận: trên cổng thông tin điện tử của Sở Y tế</p> <p>+ Không chấp thuận: Có văn bản không đồng ý.</p>	Ban Giám đốc Sở	16 giờ/hc	Theo mục 5.2
<b>Bước 6</b>	Vào sổ theo dõi, trả hồ sơ, kết quả giải quyết TTHC cho nơi tiếp nhận	Chuyên viên phòng chuyên môn	08 giờ/hc	Theo mục 6;7
<b>Bước 7</b>	Trả hồ sơ, kết quả giải quyết TTHC trực tiếp hoặc qua dịch vụ bưu chính công ích đến người thực hiện thủ tục hành chính	<p>- Trung tâm Phục vụ hành chính công</p> <p>- Cổng thông tin điện tử của Sở Y tế</p>	Giờ hành chính	

## 6. BIỂU MẪU

TT	Mã hiệu	Tên biểu mẫu
----	---------	--------------

<b>1</b>	BM01/QT-CSTHTĐTKNSK	Hợp đồng nguyên tắc về đào tạo thực hành.
<b>2</b>	BM02/QT-CSTHTĐTKNSK	Bản công bố cơ sở khám bệnh, chữa bệnh đáp ứng yêu cầu là cơ sở thực hành trong đào tạo khối ngành sức khỏe.

## **7. HỒ SƠ LƯU**

**Hồ sơ lưu bao gồm các tài liệu sau:**

<b>TT</b>	<b>Tài liệu trong hồ sơ</b>
<b>1</b>	Các hồ sơ, giấy tờ tại mục 5.2
<b>2</b>	Văn bản ý kiến của hội đồng
<b>3</b>	
<b>4</b>	
	.....
Hồ sơ được lưu tại Phòng nghiệp vụ Y, thời gian lưu trữ theo quy định hiện hành.	

CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM  
Độc lập - Tự do - Hạnh phúc

Số: ...../HĐTH-.....<sup>3</sup> .....<sup>4</sup> ....., ngày..... tháng .... năm 20....

**HỢP ĐỒNG NGUYÊN TẮC VỀ ĐÀO TẠO THỰC HÀNH**

Căn cứ Bộ luật Dân sự ngày 24 tháng 11 năm 2015;

Căn cứ Nghị định số /2017/NĐ-CP ngày tháng năm 2017 của Chính phủ về tổ chức đào tạo thực hành trong đào tạo khối ngành sức khỏe;

Hôm nay, ngày .....tháng..... năm..... tại .....<sup>5</sup>....., chúng tôi gồm:

**BÊN A:**<sup>2</sup> .....

Địa chỉ: ..... Điện thoại: .....

Đại diện là Ông/Bà:<sup>6</sup> .....

Chức vụ: .....

**BÊN B:**<sup>7</sup> .....

Địa chỉ: ..... Điện thoại: .....

Đại diện là Ông/Bà:<sup>8</sup> .....

Chức vụ: .....

Thỏa thuận ký kết hợp đồng đào tạo thực hành với những nội dung cơ bản sau đây:

**Điều 1. Nội dung Hợp đồng đào tạo thực hành**

1. Đối tượng thực hành:

2. Số lượng người thực hành:

3. Người hướng dẫn thực hành:

a) Người hướng dẫn thực hành của cơ sở thực hành: Số lượng ..... trình độ chuyên môn..... (Bảng kê kèm theo, nếu cần)

b) Người hướng dẫn thực hành của cơ sở giáo dục: Số lượng..... trình độ chuyên môn ..... (Bảng kê kèm theo, nếu cần)

4. Nội dung chuyên môn thực hành: .....

5. Thời gian thực hành: Từ ngày .....tháng ..... năm .....đến ngày..... tháng .....năm .....

6. Địa điểm thực hành: .....

7. Chi phí thực hành (nếu có) .....

8. Thời hạn của Hợp đồng đào tạo thực hành: (theo từng khóa đào tạo) .....

9. Chương trình thực hành đã được phê duyệt (kèm theo) .....

10. Tên cơ sở thực hành đáp ứng yêu cầu tại khoản 2, Điều 10: .....

**Điều 2. Phương thức và thời hạn thanh toán chi phí thực hành (nếu có)**

1. Phương thức thanh toán: Chuyển khoản hoặc tiền mặt

2. Thời hạn thanh toán:.....

### **Điều 3. Quyền và nghĩa vụ của Bên A**

1. Bên A có quyền:

- a) Bố trí, phân công người hướng dẫn thực hành để hướng dẫn người thực hành thực hành theo đúng các điều khoản ghi trong Hợp đồng.
- b) Chấm dứt Hợp đồng thực hành hoặc các biện pháp xử lý khác nếu cơ sở giáo dục vi phạm các thỏa thuận ghi trong Hợp đồng.
- c) Thu chi phí thực hành theo thỏa thuận với Bên B.
- d) Các quyền khác (nếu có)

2. Bên A có nghĩa vụ:

- a) Bảo đảm các điều kiện thuận lợi để người thực hành được thực hành theo đúng các thỏa thuận ghi trong Hợp đồng.
- b) Bảo đảm giảng dạy đúng nội dung chuyên môn thực hành, tiến độ thực hành đã được thống nhất trong kế hoạch đào tạo thực hành.
- c) Bố trí người thực hành của cơ sở giáo dục tham gia các hoạt động chuyên môn với thời gian phù hợp và chi trả thù lao cho người thực hành theo quy chế chi tiêu nội bộ tại cơ sở.
- d) Bảo đảm quyền lợi của người thực hành theo quy định của pháp luật (nếu có).
- đ) Xác nhận kết quả thực hành của người thực hành theo quy định.
- e) Chịu trách nhiệm về quá trình thực hành của người thực hành tại cơ sở.
- g) Các nghĩa vụ khác (nếu có).

### **Điều 4. Quyền và nghĩa vụ của Bên B**

1. Bên B có quyền:

- a) Được đưa người thực hành của cơ sở mình đến cơ sở thực hành để hướng dẫn thực hành hoặc tham gia các hoạt động chuyên môn với thời gian phù hợp theo thỏa thuận trong Hợp đồng.
- b) Được cung cấp thông tin, kiểm tra về quá trình thực hành của người thực hành tại cơ sở thực hành.
- c) Chấm dứt Hợp đồng thực hành hoặc các biện pháp xử lý khác nếu cơ sở thực hành vi phạm các thỏa thuận ghi trong Hợp đồng (nếu có).
- d) Các quyền khác (nếu có).

2. Bên B có nghĩa vụ:

- a) Cung cấp cho Bên A thông tin của người thực hành; kế hoạch đào tạo thực hành của học phần/tín chỉ.
- b) Chi trả chi phí thực hành đầy đủ theo thỏa thuận với Bên A.
- c) Chịu trách nhiệm và xử lý vi phạm đối với người hướng dẫn thực hành của cơ sở mình tham gia hướng dẫn thực hành và hoạt động chuyên môn tại cơ sở thực hành.
- d) Các nghĩa vụ khác (nếu có).

### **Điều 5. Điều khoản thi hành**

1. Hợp đồng này có hiệu lực kể từ ngày ký và sẽ hết hiệu lực khi kết thúc thời gian thực hành và các bên đã hoàn thành các nghĩa vụ của Hợp đồng.

2. Hai bên cam kết thực hiện đúng những điều khoản nêu trên, bên nào vi phạm bên đó phải chịu trách nhiệm trước pháp luật. Trong quá trình thực hiện Hợp đồng, nếu xảy ra tranh chấp thì hai bên cùng nhau thương lượng giải quyết, nếu không thống nhất thì đưa ra Tòa án để giải quyết.
3. Hợp đồng này làm thành hai bản có giá trị pháp lý như nhau, mỗi bên giữ một bản./.

**BÊN A**  
(Ký, ghi rõ họ tên và đóng dấu)

**BÊN B**  
(Ký, ghi rõ họ tên)

- <sup>1</sup> Tên cơ quan chủ quản của cơ sở thực hành.
- <sup>2</sup> Tên cơ sở thực hành.
- <sup>3</sup> Chữ viết tắt tên của cơ sở thực hành.
- <sup>4</sup> Địa danh.
- <sup>5</sup> Địa điểm ký kết hợp đồng.
- <sup>6</sup> Tên của người đại diện theo pháp luật của cơ sở thực hành.
- <sup>7</sup> Tên của cơ sở giáo dục.
- <sup>8</sup> Tên của người đại diện theo pháp luật của cơ sở giáo dục.

CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM  
Độc lập - Tự do - Hạnh phúc

.....<sup>1</sup>  
.....<sup>2</sup>  
-----  
Số: ...../<sup>3</sup>.....

.....<sup>4</sup>..., ngày..... tháng .... năm 20....

**BẢN CÔNG BỐ**

**Cơ sở khám bệnh, chữa bệnh đáp ứng yêu cầu là cơ sở thực hành trong đào tạo khối ngành sức khỏe**

Kính gửi: .....<sup>5</sup>.....

Tên cơ sở công bố: .....

Số Giấy phép hoạt động khám bệnh, chữa bệnh ....., do .....(tên cơ quan cấp), cấp ngày .....

Địa chỉ: ..... 6.....

Người chịu trách nhiệm chuyên môn: .....

Điện thoại liên hệ: ..... Email (nếu có): .....

Căn cứ Nghị định số /2017/NĐ-CP ngày tháng năm 2017 của Chính phủ quy định về tổ chức đào tạo thực hành trong đào tạo khối ngành sức khỏe, cơ sở công bố đã đáp ứng yêu cầu để tổ chức thực hành theo quy định với các nội dung sau đây:

1. Các ngành/chuyên ngành đào tạo thực hành: .....

2. Trình độ đào tạo thực hành: .....

3. Số lượng người đào tạo thực hành tối đa (bao gồm tất cả các trình độ):.....

.....

4. Danh sách người giảng dạy thực hành đáp ứng yêu cầu.

5. Danh sách các khoa phòng tổ chức thực hành và số giường bệnh hoặc ghế răng tại mỗi khoa phòng.

6. Danh mục cơ sở vật chất, trang thiết bị phục vụ đào tạo thực hành.

Cơ sở cam kết và chịu trách nhiệm trước pháp luật về các nội dung đã công bố.

Kính đề nghị quý cơ quan xem xét, đăng tải thông tin theo quy định./.

Tài liệu gửi kèm theo Bản công bố (nếu có)

**THỦ TRƯỞNG CƠ SỞ**  
(Ký, ghi rõ họ, tên và đóng dấu)

<sup>1</sup> Tên cơ quan chủ quản của cơ sở đề nghị thông báo đáp ứng yêu cầu thực hành.

<sup>2</sup> Tên cơ sở đề nghị thông báo đáp ứng yêu cầu thực hành.

<sup>3</sup> Chữ viết tắt tên cơ sở đề nghị thông báo đáp ứng yêu cầu thực hành.

<sup>4</sup> Địa danh.

<sup>5</sup> Tên cơ quan tiếp nhận hồ sơ đề nghị thông báo đáp ứng yêu cầu thực hành.

<sup>6</sup> Địa chỉ cụ thể của cơ sở đề nghị thông báo đáp ứng yêu cầu thực hành.

**2. Tên thủ tục hành chính:** Ký hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế lần đầu

UBND TỈNH AN GIANG SỞ Y TẾ	<b>QUY TRÌNH</b> Ký hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế lần đầu	Mã hiệu:	QT-01
		Ngày BH	...../...../20..

**MỤC LỤC**

**SỬA ĐỔI TÀI LIỆU**

1. MỤC ĐÍCH
2. PHẠM VI
3. TÀI LIỆU VIỆN DẪN
4. ĐỊNH NGHĨA/VIẾT TẮT
5. NỘI DUNG QUY TRÌNH
6. BIỂU MẪU
7. HỒ SƠ CẦN LƯU

<b>Trách nhiệm</b>	<b>Soạn thảo</b>	<b>Xem xét</b>	<b>Phê duyệt</b>
<b>Họ tên</b>			
<b>Chữ ký</b>			
<b>Chức vụ</b>	Chuyên viên Phòng Giám định bảo hiểm y tế	<b>Phó Giám đốc Bảo hiểm xã hội tỉnh, huyện</b>	<b>Giám đốc Bảo hiểm xã hội tỉnh, huyện</b>

**SỬA ĐỔI TÀI LIỆU**

<b>Yêu cầu sửa đổi/bổ sung</b>	<b>Trang / Phần liên quan việc sửa đổi</b>	<b>Mô tả nội dung sửa đổi</b>	<b>Lần ban hành / Lần sửa đổi</b>	<b>Ngày ban hành</b>

**1. MỤC ĐÍCH**

Quy định trình tự tiếp nhận hồ sơ Ký hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế lần đầu trên địa bàn tỉnh An Giang

**2. PHẠM VI**

Áp dụng đối với cán bộ, công chức Phòng Giám định bảo hiểm y tế tỉnh An Giang; các Tổ chức, Cá nhân đăng ký khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế

### 3. TÀI LIỆU VIỆN DẪN

- Tiêu chuẩn quốc gia TCVN ISO 9001:2015
- Các văn bản pháp quy liên quan đề cập tại mục 5.2

### 4. ĐỊNH NGHĨA/ VIẾT TẮT

- **KHĐKBCBBHYTLD**: Ký hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế lần đầu

- BHXH: Bảo hiểm xã hội.
- BHYT: Bảo hiểm Y tế.
- KBCB: Khám bệnh, chữa bệnh.

### 5. NỘI DUNG QUY TRÌNH

5.1	<p><b>Cơ sở pháp lý:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Luật BHYT số 25/2008/QH12 ngày 14/11/2008 của Quốc hội; Luật số 46/2014/QH13 ngày 13/2014 của Quốc hội sửa đổi, bổ sung một số điều của Luật BHYT.</li><li>- Luật khám bệnh, chữa bệnh số 40/2009/QH12 ngày 23/11/2009.</li><li>- Nghị định số 146/2018/NĐ-CP ngày 17/10/2018 của Chính phủ quy định chi tiết và hướng dẫn biện pháp thi hành một số điều của Luật bảo hiểm y tế.</li><li>- Quyết định số 1895/1997/QĐ-BYT ngày 19/9/1997 của Bộ Y tế về việc ban hành quy chế bệnh viện.</li><li>- Quyết định số 7291/QĐ-SYT ngày 07/12/2018 của Bộ Y tế về việc công bố thủ tục hành chính mới ban hành lĩnh vực bảo hiểm y tế.</li></ul>
5.2	<p><b>Yêu cầu, điều kiện thực hiện thủ tục hành chính</b></p>
	<p><b>Yêu cầu đối với cơ sở KBCB</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Cơ sở KBCB chuẩn bị hồ sơ ký hợp đồng KCB BHYT quy định tại Điều 16 Nghị định số 146/2018/NĐ-CP.</li><li>2. Điều kiện ký hợp đồng KCB BHYT đối với cơ sở KCB quy định tại Điều 17 Nghị định số 146/2018/NĐ-CP.</li><li>3. Ký hợp đồng KCB BHYT quy định tại Điều 18 Nghị định số 146/2018/NĐ-CP.</li></ol> <p><b>Yêu cầu đối với cơ quan BHXH</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Ký hợp đồng KCB lần đầu theo Mẫu số 7 Phụ lục kèm theo Nghị định số 146/2018/NĐ-CP.</li><li>2. Thời hạn có hiệu lực của hợp đồng KCB BHYT theo Khoản 2 Điều 18 Nghị định số 146/2018/NĐ-CP.</li></ol>



	3. Cơ sở KCB và cơ quan BHXH có trách nhiệm bảo đảm quyền lợi của người bệnh có thẻ BHYT theo quy định của pháp luật BHYT và không làm gián đoạn việc KCB đối với người bệnh có thẻ BHYT.		
<b>5.3</b>	<b>Thành phần hồ sơ</b>	<b>Bản chính</b>	<b>Bản sao</b>
	<p>1. Trường hợp ký hợp đồng KCB BHYT lần đầu, hồ sơ gồm:</p> <p>a) Công văn đề nghị ký hợp đồng của cơ sở KCB.</p> <p>b) Bản sao giấy phép hoạt động KCB do cơ quan nhà nước có thẩm quyền cấp cho cơ sở KCB.</p> <p>c) Bản chụp có đóng dấu của cơ sở đối với quyết định phân hạng bệnh viện của cấp có thẩm quyền (nếu có) hoặc quyết định về tuyển chuyên môn kỹ thuật của cấp có thẩm quyền đối với cơ sở KCB ngoài công lập;</p> <p>d) Danh mục dịch vụ kỹ thuật y tế, danh mục thuốc, hóa chất, vật tư y tế được cấp có thẩm quyền phê duyệt (bảng văn bản hoặc file điện tử).</p>	X	X
		X	X
<b>5.4</b>	<b>Số lượng hồ sơ:</b> 01 bộ hồ sơ		
<b>5.5</b>	<b>Thời gian thực hiện:</b> 30 ngày (240 giờ), kể từ ngày nhận đủ hồ sơ hợp lệ (theo ngày ghi trên dấu công văn đến).		
<b>5.6</b>	<p><b>Nơi tiếp nhận và trả kết quả:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>+ Trung tâm phục vụ hành chính công tỉnh (hồ sơ nộp tại trung tâm)</li> <li>+ Bưu cục xã, phường, thị trấn, bưu cục cấp huyện (nộp h/s bưu cục, trả kết quả tại nơi yêu cầu)</li> <li>+ Bộ phận Một cửa huyện, Một cửa xã (trả kết quả qua dịch vụ bưu chính công ích đến nơi yêu cầu).</li> <li>+ Đăng ký trực tuyến Cổng dịch vụ công tỉnh/Trang dịch Cổng thông tin điện tử BHXH tỉnh, huyện (trả kết quả qua dịch vụ bưu chính công ích đến nơi yêu cầu)</li> </ul>		
<b>5.7</b>	<b>Lệ phí:</b> Không có		
<b>5.8</b>	<b>Quy trình xử lý công việc:</b>		

TT	Trình tự	Trách nhiệm	Thời gian	Biểu mẫu/ Kết quả
<b>Bước 1</b>	<p>Nơi nộp hồ sơ:</p> <p>a) Trung tâm phục vụ hành chính công tỉnh</p> <p>b) Bộ phận “Một cửa huyện”, “Một cửa xã”</p> <p>c) Bưu cục xã, phường, thị trấn, bưu cục cấp huyện;</p> <p>d) Đăng ký trực tuyến Cổng dịch vụ công tỉnh/Trang dịch Cổng thông tin điện tử BHXH tỉnh, huyện</p>	Tổ chức/ cá nhân	Giờ hành chính	
<b>Bước 2</b>	<p>- Tiếp nhận hồ sơ và ghi biên nhận, hẹn ngày trả kết quả:</p> <p>a) Trường hợp nộp hồ sơ trực tiếp, nếu hồ sơ đầy đủ thì Trung tâm phục vụ hành chính công cấp giấy tiếp nhận hồ sơ và hẹn trả kết quả theo thời hạn quy định; nếu hồ sơ chưa đầy đủ theo quy định thì trả lại ngay và hướng dẫn để hoàn thiện hồ sơ.</p> <p>b) Trường hợp nhận hồ sơ qua hệ thống bưu chính, hồ sơ nhận qua Bộ phận “Một cửa huyện”, “Một cửa xã”; Đăng ký trực tuyến Cổng dịch vụ công tỉnh/Trang dịch Cổng thông tin điện tử BHXH tỉnh, huyện nếu hồ sơ đầy đủ thì cấp giấy biên nhận/ tin nhắn và hẹn kết quả theo thời hạn quy định; nếu chưa đầy đủ theo quy định thì hướng dẫn bổ sung, hoàn thiện hồ sơ ngay.</p>	<p>- Trung tâm phục vụ hành chính công</p> <p>- Bộ phận “Một cửa huyện”, “Một cửa xã”</p> <p>- Bưu cục phường, xã, thị trấn, Bưu cục cấp huyện;</p> <p>- Bộ phận tiếp nhận hồ sơ đăng ký trực tuyến BHXH tỉnh, huyện</p>	08 giờ	Theo mục 5.2

	- Chuyển phòng chuyên môn thẩm định hồ sơ (bản giấy/bản số)			
<b>Bước 3</b>	<p>Phòng chuyên môn xử lý hồ sơ:</p> <p>+ Trường hợp hồ sơ không đáp ứng yêu cầu, điều kiện trong thời gian 05 ngày làm việc, kể từ ngày nhận hồ sơ có văn bản trả lời nêu rõ lý do.</p> <p>+ Trường hợp hồ sơ cần giải trình và bổ sung thêm trong thời gian 05 ngày làm việc, kể từ ngày nhận hồ sơ có văn bản yêu cầu bổ sung, hoàn thiện hồ sơ.</p> <p>+ Hồ sơ đáp ứng yêu cầu là cơ sở thực hành thì tiến hành ký hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế lần đầu giữa cơ sở khám chữa bệnh và cơ quan BHXH.</p>	Lãnh đạo phòng chuyên chuyên viên xử lý	200 giờ	Theo mục 5.2
<b>Bước 4</b>	Trưởng phòng Giám định BHYT trình Lãnh đạo BHXH tỉnh, huyện	Lãnh đạo phòng	08 giờ	Theo mục 5.2
<b>Bước 5</b>	Lãnh đạo BHXH tỉnh, huyện xem xét, phê duyệt văn bản:	Ban Giám đốc BHXH tỉnh, huyện	16 giờ	Theo mục 5.2
<b>Bước 6</b>	Vào sổ theo dõi, trả hồ sơ, kết quả giải quyết TTHC cho nơi tiếp nhận	Chuyên viên phòng chuyên môn	08 giờ	Theo mục 6;7
<b>Bước 7</b>	Trả hồ sơ, kết quả giải quyết TTHC trực tiếp hoặc qua dịch vụ bưu chính công ích đến người thực hiện thủ tục hành chính	<p>- Trung tâm Phục vụ hành chính công</p> <p>- Cổng thông tin điện tử của BHXH tỉnh, huyện</p>	Giờ hành chính	

## 6. BIỂU MẪU

<b>TT</b>	<b>Mã hiệu</b>	<b>Tên biểu mẫu</b>
<b>1</b>	BM07/QT-KHĐKBCBBHYTLĐ	Hợp đồng KCB BHYT ban hành kèm theo Nghị định số 146/2018/NĐ-CP.
<b>2</b>	BM08/QT-KHĐKBCBBHYTLĐ	Danh sách người tham gia BHYT đăng ký KCB ban đầu Phụ lục ban hành kèm theo Nghị định số 146/2018/NĐ-CP

## 7. HỒ SƠ LƯU

**Hồ sơ lưu bao gồm các tài liệu sau:**

<b>TT</b>	<b>Tài liệu trong hồ sơ</b>
<b>1</b>	Các hồ sơ, giấy tờ tại mục 5.2
<b>2</b>	Hợp đồng KBCB BHYT theo Mẫu số 07
<b>3</b>	Danh sách người tham gia BHYT đăng ký KCB ban đầu theo Mẫu số 08
<b>4</b>	
	....

Hồ sơ được lưu tại Phòng nghiệp vụ Y, thời gian lưu trữ theo quy định hiện hành.

CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM  
Độc lập - Tự do - Hạnh phúc

HỢP ĐỒNG KHÁM BỆNH, CHỮA BỆNH BẢO HIỂM Y TẾ

(Số: /HĐKCB-bảo hiểm y tế)<sup>(1)</sup>

Căn cứ Bộ luật dân sự ngày .... tháng .... năm ....;

Căn cứ Luật bảo hiểm y tế ngày .... tháng .... năm ....;

Căn cứ Luật khám bệnh, chữa bệnh ngày .... tháng .... năm .....

Căn cứ Nghị định số ...../2018/NĐ-CP ngày ... tháng ... năm 2018 của Chính phủ quy định chi tiết và hướng dẫn biện pháp thi hành một số điều của Luật bảo hiểm y tế;

Căn cứ Quyết định số ... ngày .... tháng .... năm ..... của ..... về việc quy định chức năng, nhiệm vụ của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh...<sup>(2)</sup>

Căn cứ Quyết định số... ngày ...tháng...năm .... của ..... về việc quy định chức năng, nhiệm vụ của Bảo hiểm xã hội cấp tỉnh/ huyện<sup>(3)</sup> .....

Hôm nay, ngày ... tháng ... năm 20.... tại .....

Chúng tôi gồm:

**Bên A** Bảo hiểm xã hội (tỉnh/huyện) .....

Địa chỉ: .....

Địa chỉ thư điện tử: .....

Điện thoại: ..... Fax: .....

Tài khoản số: ..... Tại ngân hàng .....

Đại diện là ông (bà): .....

Chức vụ: Giám đốc hoặc Phó Giám đốc (Giấy ủy quyền số: ..... ngày .... tháng ..... năm .....)<sup>(4)</sup>

**Bên B:** (Tên cơ sở khám bệnh, chữa bệnh/cơ quan ký hợp đồng khám chữa bệnh):

.....

Địa chỉ: .....

Địa chỉ thư điện tử: .....

Điện thoại: ..... Fax: .....

Tài khoản số: ..... Tại Kho bạc nhà nước .../Ngân hàng.....

.....

Đại diện là ông (bà): .....

Chức vụ: Giám đốc hoặc Phó Giám đốc (Giấy ủy quyền số: ..... ngày .... tháng ..... năm .....)<sup>(5)</sup>

Sau khi thỏa thuận, hai bên thống nhất ký kết hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế từ ngày ... tháng ... năm ... đến ngày ... tháng ... năm ... theo các điều khoản như sau:

### **Điều 1. Tổ chức khám bệnh, chữa bệnh**

1. Đối tượng phục vụ: Người có thẻ bảo hiểm y tế đến khám bệnh, chữa bệnh tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh.

2. Phạm vi cung ứng dịch vụ

Bên B bảo đảm khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế, cung cấp đầy đủ thuốc hóa chất, vật tư y tế, dịch vụ kỹ thuật y tế thuộc phạm vi chuyên môn kỹ thuật của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh và phạm vi được hưởng của người tham gia bảo hiểm y tế.

### **Điều 2. Phương thức thanh toán**

Hai bên thống nhất các phương thức thanh toán và thể hiện cụ thể về đối tượng, phạm vi (ghi rõ phương thức thanh toán).

### **Điều 3. Tạm ứng, thanh toán, quyết toán**

Hai bên thực hiện việc tạm ứng, thanh quyết toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh theo Điều 32 của Luật bảo hiểm y tế và các văn bản liên quan theo quy định của pháp luật.

### **Điều 4. Quyền và trách nhiệm của bên A**

1. Quyền của bên A

a) Thực hiện đúng theo Điều 40 của Luật bảo hiểm y tế.

b) Yêu cầu bên B bảo đảm thực hiện nội dung quy định tại khoản 2 Điều 1 Hợp đồng này.

c) Yêu cầu bên B cung cấp tài liệu để phục vụ công tác giám định, bao gồm: hồ sơ bệnh án, tài liệu liên quan về khám bệnh, chữa bệnh cho người bệnh bảo hiểm y tế; đề án liên doanh, liên kết thực hiện dịch vụ kỹ thuật y tế, hợp đồng làm việc giữa cơ sở khám bệnh, chữa bệnh và người hành nghề (nếu có); Quyết định của cơ quan có thẩm quyền về thực hiện Đề án hoặc hợp đồng chuyên gia kỹ thuật, hỗ trợ y tế cho tuyến dưới; danh mục dịch vụ kỹ thuật; danh mục và giá thuốc, hóa chất, vật tư y tế sử dụng tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh.

d) Từ chối thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế không đúng quy định hoặc không đúng với nội dung hợp đồng này.

2. Trách nhiệm của bên A:

a) Thực hiện đúng theo quy định tại khoản 5 Điều 41 của Luật bảo hiểm y tế và các Điều 19, 20, và 21 Nghị định số .../2018/NĐ-CP;

b) Thực hiện tạm ứng cho bên B theo quy định; trường hợp hai bên chưa thống nhất về kết quả giám định, bên A vẫn thực hiện tạm ứng cho bên B theo quy định và thực hiện các quy định tại Điều 32 của Luật bảo hiểm y tế;

c) Không yêu cầu bên B kiểm tra lại thông tin trên thẻ bảo hiểm y tế đối với những người bệnh bảo hiểm y tế đã được quyết toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh qua năm tài chính;

- d) Không xuất toán hoặc thu hồi chi phí bên B đã sử dụng cho người bệnh và đã được cơ sở khám bệnh, chữa bệnh hoàn thiện thủ tục thanh toán đối với trường hợp thông tin trên thẻ bảo hiểm y tế sai do lỗi của cơ quan bảo hiểm xã hội;
- đ) Tuân thủ các quy định của pháp luật về khám bệnh, chữa bệnh trong thực hiện công tác giám định;
- e) Chịu trách nhiệm trước pháp luật về các hành vi vi phạm của bên A trong thực hiện bảo hiểm y tế;
- g) Cung cấp cho bên B danh sách người đăng ký khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế ban đầu bằng bản giấy hoặc bản điện tử theo Mẫu số 8 Phụ lục ban hành kèm theo Nghị định số ...../2018/NĐ-CP.

## **Điều 5. Quyền và Trách nhiệm của bên B**

### **1. Quyền của bên B:**

- a) Thực hiện theo quy định tại Điều 42 của Luật bảo hiểm y tế;
- b) Yêu cầu bên A cung cấp danh sách người đăng ký khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế ban đầu bằng bản giấy hoặc bản điện tử theo Mẫu số 8 Phụ lục ban hành kèm theo Nghị định số ..../2018/NĐ-CP.

### **2. Trách nhiệm của bên B:**

- a) Thực hiện theo quy định tại Điều 43 của Luật bảo hiểm y tế.
- b) Chỉ định sử dụng thuốc, hóa chất, vật tư y tế, dịch vụ y tế phải đảm bảo hợp lý, an toàn, hiệu quả; tránh lãng phí, không lạm dụng;
- c) Cung cấp cho bên A các tài liệu để thực hiện công tác giám định, bao gồm: hồ sơ bệnh án, tài liệu liên quan về khám bệnh, chữa bệnh cho người bệnh bảo hiểm y tế; đề án liên doanh, liên kết thực hiện dịch vụ kỹ thuật y tế, hợp đồng làm việc giữa cơ sở khám bệnh, chữa bệnh và người hành nghề (nếu có); Quyết định của cơ quan có thẩm quyền về thực hiện Đề án hoặc hợp đồng chuyển giao kỹ thuật, hỗ trợ y tế cho tuyến dưới; danh mục dịch vụ kỹ thuật; danh mục và giá thuốc, hóa chất, vật tư y tế sử dụng tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh;
- d) Trường hợp có thay đổi nhân sự trong thực hiện công việc thuộc hợp đồng phải thông báo cho bên A biết để bổ sung phụ lục hợp đồng;
- đ) Chịu trách nhiệm trước pháp luật về các hành vi vi phạm của bên B trong thực hiện bảo hiểm y tế.

## **Điều 6. Thời hạn thực hiện hợp đồng**

Từ ngày ... tháng ... năm ... đến hết ngày 31 tháng 12 năm .....

*(Hai bên ký Hợp đồng một năm hoặc dài hạn và gia hạn tự động hoặc bổ sung trong Phụ lục Hợp đồng.)*

## **Điều 7. Trách nhiệm do vi phạm hợp đồng**

Tranh chấp về bảo hiểm y tế được thực hiện theo Điều 48 của Luật bảo hiểm y tế.

1. Nếu có bất kỳ tranh chấp nào liên quan đến việc thực hiện hợp đồng, hai bên sẽ cùng nhau bàn bạc và giải quyết trên tinh thần hợp tác, tự thỏa thuận, hòa giải.

2. Trường hợp không thống nhất được thì thực hiện theo quy định tại khoản 3 Điều 22 Nghị định số ...../2018/NĐ-CP.
3. Nếu tranh chấp không thể giải quyết được thì một trong hai bên có quyền khởi kiện tại Tòa án theo quy định tại Điều 48 của Luật bảo hiểm y tế. Quyết định của Tòa án là quyết định cuối cùng để hai bên thực hiện.
4. Trong thời gian tranh chấp, hai bên vẫn phải bảo đảm không làm gián đoạn việc khám bệnh, chữa bệnh của người tham gia bảo hiểm y tế.
5. Trường hợp có thay đổi hoặc chấm dứt hợp đồng thực hiện theo quy định tại điểm e khoản 2 Điều 25 của Luật bảo hiểm y tế, Điều 22 và 23 Nghị định số ...../2018/NĐ-CP.

### **Điều 8. Cam kết chung**

1. Hai bên cam kết thực hiện đúng các điều khoản thỏa thuận trong hợp đồng và các quy định của pháp luật.
2. Các thông báo và thỏa thuận được thực hiện bằng văn bản gửi qua bưu điện hoặc thư điện tử theo địa chỉ nêu trong Hợp đồng này.
3. Hai bên thống nhất phối hợp trong việc ứng dụng công nghệ thông tin để tạo thuận lợi trong giám định và thanh quyết toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế.
4. Các bên không được cung cấp hoặc đưa thông tin làm ảnh hưởng đến uy tín và quyền lợi của các bên, ảnh hưởng đến chính sách, pháp luật về bảo hiểm y tế.
5. Khi thực hiện công tác kiểm tra, bên A phải thông báo cho bên B trước về thời gian, nội dung kiểm tra.
6. Các thỏa thuận khác (nếu có) phải được hai bên ghi nhận thành các Phụ lục của Hợp đồng này nhưng không trái quy định của pháp luật.

Hợp đồng này được lập thành 04 bản có giá trị như nhau, mỗi bên giữ 02 bản. Hợp đồng có hiệu lực kể từ ngày hai bên ký kết và kết thúc khi hai bên đã thực hiện xong nghĩa vụ và thanh toán cho bên B.

#### **ĐẠI DIỆN BÊN B**

*(Ký, ghi rõ họ và tên, đóng dấu)*

#### **ĐẠI DIỆN BÊN A**

*(Ký, ghi rõ họ và tên, đóng dấu)*

#### **Ghi chú:**

- (1): số hợp đồng được đánh theo số thứ tự hợp đồng trong một năm, bắt đầu từ số 01 vào ngày đầu năm và kết thúc vào ngày 31 tháng 12 năm kết thúc hợp đồng.
- (2): ghi theo Quyết định thành lập đơn vị hoặc Quyết định phê duyệt phạm vi chuyên môn của đơn vị.
- (3): ghi theo Quyết định thành lập đơn vị.
- (4), (5): ghi trong trường hợp hai bên cử đại diện cho Giám đốc ký Hợp đồng./.

Tùy theo điều kiện của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh, cơ quan bảo hiểm xã hội và cơ sở khám bệnh, chữa bệnh thống nhất bổ sung nội dung trong hợp đồng nhưng không trái quy định của pháp luật về bảo hiểm y tế./.



BẢO HIỂM XÃ HỘI VIỆT NAM  
BẢO HIỂM XÃ HỘI tỉnh/huyện...

**DANH SÁCH NGƯỜI THAM GIA BẢO HIỂM Y TẾ ĐĂNG KÝ KHÁM  
BỆNH, CHỮA BỆNH BAN ĐẦU TẠI...** (*Tên cơ sở khám chữa bệnh*)

STT	Họ và tên	Tuổi		Địa chỉ	Mã thẻ BHYT	Ghi chú
		Nam	Nữ			
1						
2						
3						
4						
5						
6						
...						

Ngày ..... tháng ..... năm .....  
(Ký, họ và tên, đóng dấu)

**Ghi chú:** Danh sách theo mẫu này được chuyển đến cơ sở khám bệnh, chữa bệnh bằng file điện tử hoặc bản có ký tên đóng dấu của cơ quan BHXH.

**3. Tên thủ tục hành chính:** Ký Hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế đối với cơ sở khám bệnh, chữa bệnh được cơ quan có thẩm quyền phê duyệt bổ sung chức năng, nhiệm vụ, phạm vi chuyên môn, hạng bệnh viện trong việc thực hiện khám bệnh, chữa bệnh

<b>UBND TỈNH AN GIANG SỞ Y TẾ</b>	<b>QUY TRÌNH</b>	Mã hiệu:	QT-01
	Ký Hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế đối với cơ sở khám bệnh, chữa bệnh được cơ quan có thẩm quyền phê duyệt bổ sung chức năng, nhiệm vụ, phạm vi chuyên môn, hạng bệnh viện trong việc thực hiện khám bệnh, chữa bệnh	Ngày BH	...../...../20..

### MỤC LỤC

#### SỬA ĐỔI TÀI LIỆU

1. MỤC ĐÍCH
2. PHẠM VI
3. TÀI LIỆU VIỆN DẪN
4. ĐỊNH NGHĨA/VIẾT TẮT
5. NỘI DUNG QUY TRÌNH
6. BIỂU MẪU
7. HỒ SƠ CẦN LƯU

Trách nhiệm	Soạn thảo	Xem xét	Phê duyệt
Họ tên			
Chữ ký			
Chức vụ	Chuyên viên Phòng Giám định bảo hiểm y tế	Phó Giám đốc Bảo hiểm xã hội tỉnh, huyện	Giám đốc Bảo hiểm xã hội tỉnh, huyện

### SỬA ĐỔI TÀI LIỆU

Yêu cầu sửa đổi/ bổ sung	Trang / Phần liên quan việc sửa đổi	Mô tả nội dung sửa đổi	Lần ban hành / Lần sửa đổi	Ngày ban hành

## 1. MỤC ĐÍCH

Quy định trình tự tiếp nhận hồ sơ Ký Hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế đối với cơ sở khám bệnh, chữa bệnh được cơ quan có thẩm quyền phê duyệt bổ sung chức năng, nhiệm vụ, phạm vi chuyên môn, hạng bệnh viện trong việc thực hiện khám bệnh, chữa bệnh

## 2. PHẠM VI

Áp dụng đối với cán bộ, công chức Phòng Giám định bảo hiểm y tế tỉnh An Giang; các Tổ chức, Cá nhân đăng ký khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế

## 3. TÀI LIỆU VIỆN DẪN

- Tiêu chuẩn quốc gia TCVN ISO 9001:2015
- Các văn bản pháp quy liên quan đề cập tại mục 5.2

## 4. ĐỊNH NGHĨA/ VIẾT TẮT

- **KHĐKBCBBHYTBS:** Ký hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế lần đầu bổ sung

- BHXH: Bảo hiểm xã hội.
- BHYT: Bảo hiểm Y tế.
- KBCB: Khám bệnh, chữa bệnh.

## 5. NỘI DUNG QUY TRÌNH

5.1	<b>Cơ sở pháp lý:</b> <ul style="list-style-type: none"><li>- Luật BHYT số 25/2008/QH12 ngày 14/11/2008 của Quốc hội; Luật số 46/2014/QH13 ngày 13/2014 của Quốc hội sửa đổi, bổ sung một số điều của Luật BHYT.</li><li>- Luật khám bệnh, chữa bệnh số 40/2009/QH12 ngày 23/11/2009.</li><li>- Nghị định số 146/2018/NĐ-CP ngày 17/10/2018 của Chính phủ quy định chi tiết và hướng dẫn biện pháp thi hành một số điều của Luật bảo hiểm y tế.</li><li>- Quyết định số 1895/1997/QĐ-BYT ngày 19/9/1997 của Bộ Y tế về việc ban hành quy chế bệnh viện.</li><li>- Quyết định số 7291/QĐ-SYT ngày 07/12/2018 của Bộ Y tế về việc công bố thủ tục hành chính mới ban hành lĩnh vực bảo hiểm y tế.</li></ul>
5.2	<b>Yêu cầu, điều kiện thực hiện thủ tục hành chính</b>
	<b>Yêu cầu đối với cơ sở khám bệnh, chữa bệnh</b> <ul style="list-style-type: none"><li>- Quyết định của cơ quan có thẩm quyền bổ sung chức năng, nhiệm vụ, phạm vi chuyên môn, hạng bệnh viện của cơ sở KCB.</li></ul>

	<p>- Cơ sở KCB có trách nhiệm thông báo cho cơ quan BHXH để bổ sung vào hợp đồng KCB BHYT.</p> <p><b>Yêu cầu đối với cơ quan Bảo hiểm xã hội</b></p> <p>Ký kết bổ sung phụ lục hợp đồng hoặc giao kết hợp đồng mới.</p>			
<b>5.3</b>	<b>Thành phần hồ sơ</b>	<b>Bản chính</b>	<b>Bản sao</b>	
	Quyết định của cơ quan có thẩm quyền phê duyệt bổ sung chức năng, nhiệm vụ, phạm vi chuyên môn, hạng bệnh viện của cơ sở KCB.	X		
<b>5.4</b>	<b>Số lượng hồ sơ:</b> 01 bộ hồ sơ			
<b>5.5</b>	<b>Thời gian thực hiện:</b> Trong thời hạn 10 ngày làm việc (80 giờ/hc) kể từ ngày nhận được văn bản phê duyệt do cơ sở KCB gửi đến.			
<b>5.6</b>	<p><b>Nơi tiếp nhận và trả kết quả:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>+ Trung tâm phục vụ hành chính công tỉnh (hồ sơ nộp tại trung tâm)</li> <li>+ Bưu cục xã, phường, thị trấn, bưu cục cấp huyện (nộp h/s bưu cục, trả kết quả tại nơi yêu cầu)</li> <li>+ Bộ phận Một cửa huyện, Một cửa xã (trả kết quả qua dịch vụ bưu chính công ích đến nơi yêu cầu).</li> <li>+ Đăng ký trực tuyến Cổng dịch vụ công tỉnh/Trang dịch Cổng thông tin điện tử BHXH tỉnh, huyện (trả kết quả qua dịch vụ bưu chính công ích đến nơi yêu cầu)</li> </ul>			
<b>5.7</b>	<b>Lệ phí:</b> Không có			
<b>5.8</b>	<b>Quy trình xử lý công việc:</b>			
<b>TT</b>	<b>Trình tự</b>	<b>Trách nhiệm</b>	<b>Thời gian</b>	<b>Biểu mẫu/ Kết quả</b>
<b>Bước 1</b>	Nơi nộp hồ sơ: a) Trung tâm phục vụ hành chính công tỉnh b) Bộ phận “Một cửa huyện”, “Một cửa xã”	Tổ chức/ cá nhân	Giờ hành chính	

	<p>c) Bưu cục xã, phường, thị trấn, bưu cục cấp huyện;</p> <p>d) Đăng ký trực tuyến Cổng dịch vụ công tỉnh/Trang dịch Cổng thông tin điện tử BHXH tỉnh, huyện</p>			
<b>Bước 2</b>	<p>- Tiếp nhận hồ sơ và ghi biên nhận, hẹn ngày trả kết quả:</p> <p>a) Trường hợp nộp hồ sơ trực tiếp, nếu hồ sơ đầy đủ thì Trung tâm phục vụ hành chính công cấp giấy tiếp nhận hồ sơ và hẹn trả kết quả theo thời hạn quy định; nếu hồ sơ chưa đầy đủ theo quy định thì trả lại ngay và hướng dẫn để hoàn thiện hồ sơ.</p> <p>b) Trường hợp nhận hồ sơ qua hệ thống bưu chính, hồ sơ nhận qua Bộ phận “Một cửa huyện”, “Một cửa xã”; Đăng ký trực tuyến Cổng dịch vụ công tỉnh/Trang dịch Cổng thông tin điện tử BHXH tỉnh, huyện nếu hồ sơ đầy đủ thì cấp giấy biên nhận/ tin nhắn và hẹn kết quả theo thời hạn quy định; nếu chưa đầy đủ theo quy định thì hướng dẫn bổ sung, hoàn thiện hồ sơ ngay.</p> <p>- Chuyên phòng chuyên môn thẩm định hồ sơ (bản giấy/bản số)</p>	<p>- Trung tâm phục vụ hành chính công</p> <p>- Bộ phận “Một cửa huyện”, “Một cửa xã”</p> <p>- Bưu cục phường, xã, thị trấn, Bưu cục cấp huyện;</p> <p>- Bộ phận tiếp nhận hồ sơ đăng ký trực tuyến BHXH tỉnh, huyện</p>	04 giờ/hc	Theo mục 5.2
<b>Bước 3</b>	<p>Phòng chuyên môn xử lý hồ sơ:</p> <p>+ Trường hợp hồ sơ không đáp ứng yêu cầu, điều kiện trong thời gian 05 ngày làm việc, kể từ ngày nhận hồ sơ có văn bản trả lời nêu rõ lý do.</p> <p>+ Trường hợp hồ sơ cần giải trình và bổ sung thêm trong thời gian 05 ngày làm việc, kể từ ngày</p>	Lãnh đạo phòng chuyên chuyên viên xử lý	56 giờ/hc	Theo mục 5.2

	nhận hồ sơ có văn bản yêu cầu bổ sung, hoàn thiện hồ sơ. + Hồ sơ đáp ứng yêu cầu là cơ sở thực hành thi tiến hành ký hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế lần đầu giữa cơ sở khám chữa bệnh và cơ quan BHXH.			
<b>Bước 4</b>	Trưởng phòng Giám định BHYT trình Lãnh đạo BHXH tỉnh, huyện	Lãnh đạo phòng	08 giờ/hc	Theo mục 5.2
<b>Bước 5</b>	Lãnh đạo BHXH tỉnh, huyện xem xét, phê duyệt văn bản:	Ban Giám đốc BHXH tỉnh, huyện	08 giờ/hc	Theo mục 5.2
<b>Bước 6</b>	Vào sổ theo dõi, trả hồ sơ, kết quả giải quyết TTHC cho nơi tiếp nhận	Chuyên viên phòng chuyên môn	04 giờ/hc	Theo mục 6;7
<b>Bước 7</b>	Trả hồ sơ, kết quả giải quyết TTHC trực tiếp hoặc qua dịch vụ bưu chính công ích đến người thực hiện thủ tục hành chính	- Trung tâm Phục vụ hành chính công - Cổng thông tin điện tử của BHXH tỉnh, huyện	Giờ hành chính	

## 6. BIỂU MẪU

TT	Mã hiệu	Tên biểu mẫu
1	BM07/QT-KHĐKBCBBHYTBS	Hợp đồng KCB BHYT ban hành kèm theo Nghị định số 146/2018/NĐ-CP hoặc Phụ lục Hợp đồng;
2	BM08/QT-KHĐKBCBBHYTBS	Danh sách người tham gia BHYT đăng ký KCB ban đầu (sau khi ký hợp đồng) ban hành kèm theo Nghị định số 146/2018/NĐ-CP.

## 7. HỒ SƠ LƯU

**Hồ sơ lưu bao gồm các tài liệu sau:**

<b>TT</b>	<b>Tài liệu trong hồ sơ</b>
<b>1</b>	Các hồ sơ, giấy tờ tại mục 5.2
<b>2</b>	Hợp đồng KBCB BHYT theo Mẫu số 07
<b>3</b>	Danh sách người tham gia BHYT đăng ký KCB ban đầu theo Mẫu số 08
<b>4</b>	
	....
Hồ sơ được lưu tại Phòng nghiệp vụ Y, thời gian lưu trữ theo quy định hiện hành.	

**CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM**  
**Độc lập - Tự do - Hạnh phúc**

-----  
**HỢP ĐỒNG KHÁM BỆNH, CHỮA BỆNH BẢO HIỂM Y TẾ**

(Số: /HĐKCB-bảo hiểm y tế)<sup>(1)</sup>

Căn cứ Bộ luật dân sự ngày .... tháng .... năm ....;

Căn cứ Luật bảo hiểm y tế ngày .... tháng .... năm ....;

Căn cứ Luật khám bệnh, chữa bệnh ngày .... tháng .... năm ....;

Căn cứ Nghị định số ...../2018/NĐ-CP ngày ... tháng ... năm 2018 của Chính phủ quy định chi tiết và hướng dẫn biện pháp thi hành một số điều của Luật bảo hiểm y tế;

Căn cứ Quyết định số ... ngày .... tháng .... năm .... của ..... về việc quy định chức năng, nhiệm vụ của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh...<sup>(2)</sup>

Căn cứ Quyết định số... ngày .... tháng .... năm .... của..... về việc quy định chức năng, nhiệm vụ của Bảo hiểm xã hội cấp tỉnh/ huyện<sup>(3)</sup> .....

Hôm nay, ngày ... tháng ... năm 20.... tại .....

Chúng tôi gồm:

**Bên A** Bảo hiểm xã hội (tỉnh/huyện) .....

Địa chỉ: .....

Địa chỉ thư điện tử: .....

Điện thoại: ..... Fax: .....

Tài khoản số:..... Tại ngân hàng.....

Đại diện là ông (bà): .....

Chức vụ: Giám đốc hoặc Phó Giám đốc (Giấy ủy quyền số: ..... ngày .... tháng .... năm .....)<sup>(4)</sup>

**Bên B:** (Tên cơ sở khám bệnh, chữa bệnh/cơ quan ký hợp đồng khám chữa bệnh): .....

Địa chỉ: .....

Địa chỉ thư điện tử: .....

Điện thoại: ..... Fax: .....

Tài khoản số: ..... Tại Kho bạc nhà nước .... /Ngân hàng .....

Đại diện là ông (bà): .....

Chức vụ: Giám đốc hoặc Phó Giám đốc (Giấy ủy quyền số: ..... ngày .... tháng .... năm .....)<sup>(5)</sup>

Sau khi thỏa thuận, hai bên thống nhất ký kết hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế từ ngày ... tháng ... năm ... đến ngày ... tháng ... năm ... theo các điều khoản như sau:

**Điều 1. Tổ chức khám bệnh, chữa bệnh**

1. Đối tượng phục vụ: Người có thẻ bảo hiểm y tế đến khám bệnh, chữa bệnh tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh.

2. Phạm vi cung ứng dịch vụ



Bên B bảo đảm khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế, cung cấp đầy đủ thuốc hóa chất, vật tư y tế, dịch vụ kỹ thuật y tế thuộc phạm vi chuyên môn kỹ thuật của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh và phạm vi được hưởng của người tham gia bảo hiểm y tế.

## **Điều 2. Phương thức thanh toán**

Hai bên thống nhất các phương thức thanh toán và thể hiện cụ thể về đối tượng, phạm vi (ghi rõ phương thức thanh toán).

## **Điều 3. Tạm ứng, thanh toán, quyết toán**

Hai bên thực hiện việc tạm ứng, thanh quyết toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh theo Điều 32 của Luật bảo hiểm y tế và các văn bản liên quan theo quy định của pháp luật.

## **Điều 4. Quyền và trách nhiệm của bên A**

### 1. Quyền của bên A

a) Thực hiện đúng theo Điều 40 của Luật bảo hiểm y tế.

b) Yêu cầu bên B bảo đảm thực hiện nội dung quy định tại khoản 2 Điều 1 Hợp đồng này.

c) Yêu cầu bên B cung cấp tài liệu để phục vụ công tác giám định, bao gồm: hồ sơ bệnh án, tài liệu liên quan về khám bệnh, chữa bệnh cho người bệnh bảo hiểm y tế; đề án liên doanh, liên kết thực hiện dịch vụ kỹ thuật y tế, hợp đồng làm việc giữa cơ sở khám bệnh, chữa bệnh và người hành nghề (nếu có); Quyết định của cơ quan có thẩm quyền về thực hiện Đề án hoặc hợp đồng chuyên giao kỹ thuật, hỗ trợ y tế cho tuyến dưới; danh mục dịch vụ kỹ thuật; danh mục và giá thuốc, hóa chất, vật tư y tế sử dụng tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh.

d) Từ chối thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế không đúng quy định hoặc không đúng với nội dung hợp đồng này.

### 2. Trách nhiệm của bên A:

a) Thực hiện đúng theo quy định tại khoản 5 Điều 41 của Luật bảo hiểm y tế và các Điều 19, 20, và 21 Nghị định số 146/2018/NĐ-CP;

b) Thực hiện tạm ứng cho bên B theo quy định; trường hợp hai bên chưa thống nhất về kết quả giám định, bên A vẫn thực hiện tạm ứng cho bên B theo quy định và thực hiện các quy định tại Điều 32 của Luật bảo hiểm y tế;

c) Không yêu cầu bên B kiểm tra lại thông tin trên thẻ bảo hiểm y tế đối với những người bệnh bảo hiểm y tế đã được quyết toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh qua năm tài chính;

d) Không xuất toán hoặc thu hồi chi phí bên B đã sử dụng cho người bệnh và đã được cơ sở khám bệnh, chữa bệnh hoàn thiện thủ tục thanh toán đối với trường hợp thông tin trên thẻ bảo hiểm y tế sai do lỗi của cơ quan bảo hiểm xã hội;

đ) Tuân thủ các quy định của pháp luật về khám bệnh, chữa bệnh trong thực hiện công tác giám định;

e) Chịu trách nhiệm trước pháp luật về các hành vi vi phạm của bên A trong thực hiện bảo hiểm y tế;

g) Cung cấp cho bên B danh sách người đăng ký khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế ban đầu bằng bản giấy hoặc bản điện tử theo Mẫu số 8 Phụ lục ban hành kèm theo Nghị định số 146/2018/NĐ-CP.

## **Điều 5. Quyền và Trách nhiệm của bên B**

### 1. Quyền của bên B;

a) Thực hiện theo quy định tại Điều 42 của Luật bảo hiểm y tế;

b) Yêu cầu bên A cung cấp danh sách người đăng ký khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế ban đầu bằng bản giấy hoặc bản điện tử theo Mẫu số 8 Phụ lục ban hành kèm theo Nghị định số 146/2018/NĐ-CP.

2. Trách nhiệm của bên B:

a) Thực hiện theo quy định tại Điều 43 của Luật bảo hiểm y tế.

b) Chỉ định sử dụng thuốc, hóa chất, vật tư y tế, dịch vụ y tế phải đảm bảo hợp lý, an toàn, hiệu quả; tránh lãng phí, không lạm dụng;

c) Cung cấp cho bên A các tài liệu để thực hiện công tác giám định, bao gồm: hồ sơ bệnh án, tài liệu liên quan về khám bệnh, chữa bệnh cho người bệnh bảo hiểm y tế; đề án liên doanh, liên kết thực hiện dịch vụ kỹ thuật y tế, hợp đồng làm việc giữa cơ sở khám bệnh, chữa bệnh và người hành nghề (nếu có); Quyết định của cơ quan có thẩm quyền về thực hiện Đề án hoặc hợp đồng chuyển giao kỹ thuật, hỗ trợ y tế cho tuyến dưới; danh mục dịch vụ kỹ thuật; danh mục và giá thuốc, hóa chất, vật tư y tế sử dụng tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh;

d) Trường hợp có thay đổi nhân sự trong thực hiện công việc thuộc hợp đồng phải thông báo cho bên A biết để bổ sung phụ lục hợp đồng;

đ) Chịu trách nhiệm trước pháp luật về các hành vi vi phạm của bên B trong thực hiện bảo hiểm y tế.

#### **Điều 6. Thời hạn thực hiện hợp đồng**

Từ ngày ... tháng ... năm ... đến hết ngày 31 tháng 12 năm ...

*(Hai bên ký Hợp đồng một năm hoặc dài hạn và gia hạn tự động hoặc bổ sung trong Phụ lục Hợp đồng.)*

#### **Điều 7. Trách nhiệm do vi phạm hợp đồng**

Tranh chấp về bảo hiểm y tế được thực hiện theo Điều 48 của Luật bảo hiểm y tế.

1. Nếu có bất kỳ tranh chấp nào liên quan đến việc thực hiện hợp đồng, hai bên sẽ cùng nhau bàn bạc và giải quyết trên tinh thần hợp tác, tự thỏa thuận, hòa giải.

2. Trường hợp không thống nhất được thì thực hiện theo quy định tại khoản 3 Điều 22 Nghị định số 146/2018/NĐ-CP.

3. Nếu tranh chấp không thể giải quyết được thì một trong hai bên có quyền khởi kiện tại Tòa án theo quy định tại Điều 48 của Luật bảo hiểm y tế. Quyết định của Tòa án là quyết định cuối cùng để hai bên thực hiện.

4. Trong thời gian tranh chấp, hai bên vẫn phải bảo đảm không làm gián đoạn việc khám bệnh, chữa bệnh của người tham gia bảo hiểm y tế.

5. Trường hợp có thay đổi hoặc chấm dứt hợp đồng thực hiện theo quy định tại điểm e khoản 2 Điều 25 của Luật bảo hiểm y tế, Điều 22 và 23 Nghị định số 146/2018/NĐ-CP.

#### **Điều 8. Cam kết chung**

1. Hai bên cam kết thực hiện đúng các điều khoản thỏa thuận trong hợp đồng và các quy định của pháp luật.

2. Các thông báo và thỏa thuận được thực hiện bằng văn bản gửi qua bưu điện hoặc thư điện tử theo địa chỉ nêu trong Hợp đồng này.

3. Hai bên thống nhất phối hợp trong việc ứng dụng công nghệ thông tin để tạo thuận lợi trong giám định và thanh quyết toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế.

4. Các bên không được cung cấp hoặc đưa thông tin làm ảnh hưởng đến uy tín và quyền lợi của các bên, ảnh hưởng đến chính sách, pháp luật về bảo hiểm y tế.

5. Khi thực hiện công tác kiểm tra, bên A phải thông báo cho bên B trước về thời gian, nội dung kiểm tra.

6. Các thỏa thuận khác (nếu có) phải được hai bên ghi nhận thành các Phụ lục của Hợp đồng này nhưng không trái quy định của pháp luật.

Hợp đồng này được lập thành 04 bản có giá trị như nhau, mỗi bên giữ 02 bản. Hợp đồng có hiệu lực kể từ ngày hai bên ký kết và kết thúc khi hai bên đã thực hiện xong nghĩa vụ và thanh toán cho bên B.

**ĐẠI DIỆN BÊN B**

*(Ký, ghi rõ họ và tên, đóng dấu)*

**ĐẠI DIỆN BÊN A**

*(Ký, ghi rõ họ và tên, đóng dấu)*

***Ghi chú:***

(1): số hợp đồng được đánh theo số thứ tự hợp đồng trong một năm, bắt đầu từ số 01 vào ngày đầu năm và kết thúc vào ngày 31 tháng 12 năm kết thúc hợp đồng.

(2): ghi theo Quyết định thành lập đơn vị hoặc Quyết định phê duyệt phạm vi chuyên môn của đơn vị.

(3): ghi theo Quyết định thành lập đơn vị.

(4), (5): ghi trong trường hợp hai bên cử đại diện cho Giám đốc ký Hợp đồng./.

Tùy theo điều kiện của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh, cơ quan bảo hiểm xã hội và cơ sở khám bệnh, chữa bệnh thống nhất bổ sung nội dung trong hợp đồng nhưng không trái quy định của pháp luật về bảo hiểm y tế./.

BẢO HIỂM XÃ HỘI VIỆT NAM  
BẢO HIỂM XÃ HỘI tỉnh/huyện...

**DANH SÁCH NGƯỜI THAM GIA BẢO HIỂM Y TẾ ĐĂNG KÝ KHÁM BỆNH, CHỮA  
BỆNH BAN ĐẦU TẠI...** (*Tên cơ sở khám chữa bệnh*)

STT	Họ và tên	Tuổi		Địa chỉ	Mã thẻ BHYT	Ghi chú
		Nam	Nữ			
1						
2						
3						
4						
5						
6						
...						

*Ngày ... tháng ... năm ....*

*(Ký, họ và tên, đóng dấu)*

**Ghi chú:** Danh sách theo mẫu này được chuyển đến cơ sở khám bệnh, chữa bệnh bằng file điện tử hoặc bản có ký tên đóng dấu của cơ quan BHXH.

**4. Tên thủ tục hành chính:** Ký hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế hằng năm

UBND TỈNH AN GIANG <b>SỞ Y TẾ</b>	<b>QUY TRÌNH</b> Ký hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế hằng năm	Mã hiệu:	QT-01
		Ngày BH	...../...../20..

**MỤC LỤC**

SỬA ĐỔI TÀI LIỆU

1. MỤC ĐÍCH
2. PHẠM VI
3. TÀI LIỆU VIỆN DẪN
4. ĐỊNH NGHĨA/VIẾT TẮT
5. NỘI DUNG QUY TRÌNH
6. BIỂU MẪU
7. HỒ SƠ CẦN LƯU

<b>Trách nhiệm</b>	<b>Soạn thảo</b>	<b>Xem xét</b>	<b>Phê duyệt</b>
<b>Họ tên</b>			
<b>Chữ ký</b>			
<b>Chức vụ</b>	Chuyên viên Phòng Giám định bảo hiểm y tế	Phó Giám đốc Bảo hiểm xã hội tỉnh, huyện	Giám đốc Bảo hiểm xã hội tỉnh, huyện

**SỬA ĐỔI TÀI LIỆU**

<b>Yêu cầu sửa đổi/bổ sung</b>	<b>Trang / Phần liên quan việc sửa đổi</b>	<b>Mô tả nội dung sửa đổi</b>	<b>Lần ban hành / Lần sửa đổi</b>	<b>Ngày ban hành</b>

**1. MỤC ĐÍCH**

Quy định trình tự tiếp nhận hồ sơ Ký hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế hằng năm

**2. PHẠM VI**

Áp dụng đối với cán bộ, công chức Phòng Giám định bảo hiểm y tế tỉnh An Giang; các Tổ chức, Cá nhân đăng ký khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế

### 3. TÀI LIỆU VIỆN DẪN

- Tiêu chuẩn quốc gia TCVN ISO 9001:2015
- Các văn bản pháp quy liên quan đề cập tại mục 5.2

### 4. ĐỊNH NGHĨA/ VIẾT TẮT

- **KHĐKBCBBHYTHN**: Ký hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế lần đầu hằng năm
- BHXH: Bảo hiểm xã hội.
- BHYT: Bảo hiểm Y tế.
- KBCB: Khám bệnh, chữa bệnh.

### 5. NỘI DUNG QUY TRÌNH

5.1	<p><b>Cơ sở pháp lý:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Luật BHYT số 25/2008/QH12 ngày 14/11/2008 của Quốc hội; Luật số 46/2014/QH13 ngày 13/2014 của Quốc hội sửa đổi, bổ sung một số điều của Luật BHYT.</li><li>- Luật khám bệnh, chữa bệnh số 40/2009/QH12 ngày 23/11/2009.</li><li>- Nghị định số 146/2018/NĐ-CP ngày 17/10/2018 của Chính phủ quy định chi tiết và hướng dẫn biện pháp thi hành một số điều của Luật bảo hiểm y tế.</li><li>- Quyết định số 1895/1997/QĐ-BYT ngày 19/9/1997 của Bộ Y tế về việc ban hành quy chế bệnh viện.</li><li>- Quyết định số 7291/QĐ-SYT ngày 07/12/2018 của Bộ Y tế về việc công bố thủ tục hành chính mới ban hành lĩnh vực bảo hiểm y tế.</li></ul>
5.2	<p><b>Yêu cầu, điều kiện thực hiện thủ tục hành chính</b></p>
	<p><b>Yêu cầu đối với cơ sở KCB</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Hồ sơ ký hợp đồng KCB BHYT quy định tại Điều 16 Nghị định số 146/2014/NĐ-CP.</li><li>2. Điều kiện ký hợp đồng KCB BHYT đối với cơ sở KCB quy định tại Khoản 2 Điều 17 Nghị định số 146/2014/NĐ-CP.</li><li>3. Ký hợp đồng KCB BHYT quy định tại Điều 18 Nghị định số 146/2014/NĐ-CP.</li></ol> <p><b>Yêu cầu đối với cơ quan BHXH</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Trước khi hợp đồng hết hiệu lực 10 ngày, nếu cơ sở KCB và cơ quan BHXH đồng ý gia hạn và thỏa thuận tiếp tục thực hiện hợp đồng bằng một phụ lục hợp đồng thì phụ lục đó có giá trị pháp lý, trừ khi có thỏa thuận khác.</li></ol>

	<p>2. Trường hợp ký hợp đồng KCB BHYT hàng năm, cơ sở KCB và cơ quan BHXH hoàn thành việc ký hợp đồng năm sau trước ngày 31 tháng 12 của năm đó.</p> <p>3. Ký hợp đồng KCB BHYT hàng năm theo Mẫu số 7 và Mẫu số 8 (sau khi ký hợp đồng) Phụ lục ban hành kèm theo Nghị định số 146/2014/NĐ-CP.</p> <p>4. Thời hạn có hiệu lực của hợp đồng KCB BHYT theo quy định tại Khoản 2 Điều 18 Nghị định số 146/2014/NĐ-CP.</p> <p>5. Trong thời hạn 30 ngày, kể từ ngày nhận đủ hồ sơ hợp lệ (theo ngày ghi trên dấu công văn đến), cơ quan BHXH phải thực hiện xong việc xem xét hồ sơ và ký Hợp đồng. Trường hợp không đồng ý ký hợp đồng KCB BHYT thì phải có văn bản trả lời và nêu rõ lý do.</p> <p>6. Cơ sở KCB và cơ quan BHXH có trách nhiệm bảo đảm quyền lợi của người bệnh có thẻ BHYT theo quy định của pháp luật BHYT và không làm gián đoạn việc KCB đối với người bệnh có thẻ BHYT.</p>		
<p><b>5.3</b></p>	<p><b>Thành phần hồ sơ</b></p>	<p><b>Bản chính</b></p>	<p><b>Bản sao</b></p>
	<p>1. Trường hợp ký hợp đồng KCB BHYT hàng năm, hồ sơ gồm:</p> <p>a) Công văn đề nghị ký hợp đồng của cơ sở KCB.</p> <p>b) Bản sao giấy phép hoạt động KCB do cơ quan nhà nước có thẩm quyền cấp cho cơ sở KCB.</p> <p>c) Bản chụp có đóng dấu của cơ sở đối với quyết định phân hạng bệnh viện của cấp có thẩm quyền (nếu có) hoặc quyết định về tuyển chuyên môn kỹ thuật của cấp có thẩm quyền đối với cơ sở KCB ngoài công lập;</p> <p>d) Danh mục dịch vụ kỹ thuật y tế, danh mục thuốc, hóa chất, vật tư y tế được cấp có thẩm quyền phê duyệt (bằng văn bản hoặc file điện tử).</p> <p>2. Nội dung hợp đồng được lập theo Mẫu số 7. Hợp đồng KCB BHYT ban hành kèm theo Nghị định số 146/2014/NĐ-CP. Tùy theo điều kiện của cơ sở KCB, cơ quan BHXH và cơ sở KCB thống nhất bổ sung nội dung trong hợp đồng nhưng không trái quy định của pháp luật về BHYT.</p>	<p>X</p> <p>X</p> <p>X</p>	<p>X</p>

<b>5.4</b>	<b>Số lượng hồ sơ:</b> 01 bộ hồ sơ			
<b>5.5</b>	<b>Thời gian thực hiện:</b> Trong thời hạn 30 ngày (240 giờ), kể từ ngày nhận đủ hồ sơ hợp lệ (theo ngày ghi trên dấu công văn đến), cơ quan BHXH phải thực hiện xong việc xem xét hồ sơ và ký Hợp đồng.			
<b>5.6</b>	<b>Nơi tiếp nhận và trả kết quả:</b> + Trung tâm phục vụ hành chính công tỉnh (hồ sơ nộp tại trung tâm) + Bưu cục xã, phường, thị trấn, bưu cục cấp huyện (nộp h/s bưu cục, trả kết quả tại nơi yêu cầu) + Bộ phận Một cửa huyện, Một cửa xã (trả kết quả qua dịch vụ bưu chính công ích đến nơi yêu cầu). + Đăng ký trực tuyến Cổng dịch vụ công tỉnh/Trang dịch Cổng thông tin điện tử BHXH tỉnh, huyện (trả kết quả qua dịch vụ bưu chính công ích đến nơi yêu cầu)			
<b>5.7</b>	<b>Lệ phí:</b> Không có			
<b>5.8</b>	<b>Quy trình xử lý công việc:</b>			
<b>TT</b>	<b>Trình tự</b>	<b>Trách nhiệm</b>	<b>Thời gian</b>	<b>Biểu mẫu/ Kết quả</b>
<b>Bước 1</b>	Nơi nộp hồ sơ: a) Trung tâm phục vụ hành chính công tỉnh b) Bộ phận “Một cửa huyện”, “Một cửa xã” c) Bưu cục xã, phường, thị trấn, bưu cục cấp huyện; d) Đăng ký trực tuyến Cổng dịch vụ công tỉnh/Trang dịch Cổng thông tin điện tử BHXH tỉnh, huyện	Tổ chức/ cá nhân	Giờ hành chính	
<b>Bước 2</b>	- Tiếp nhận hồ sơ và ghi biên nhận, hẹn ngày trả kết quả: a) Trường hợp nộp hồ sơ trực tiếp, nếu hồ sơ đầy đủ thì Trung tâm phục vụ hành chính công cấp giấy tiếp nhận hồ sơ và	- Trung tâm phục vụ hành chính công	08 giờ	Theo mục 5.2



	<p>hẹn trả kết quả theo thời hạn quy định; nếu hồ sơ chưa đầy đủ theo quy định thì trả lại ngay và hướng dẫn để hoàn thiện hồ sơ.</p> <p>b) Trường hợp nhận hồ sơ qua hệ thống bưu chính, hồ sơ nhận qua Bộ phận “Một cửa huyện”, “Một cửa xã”; Đăng ký trực tuyến Công dịch vụ công tỉnh/Trang dịch vụ Công thông tin điện tử BHXH tỉnh, huyện nếu hồ sơ đầy đủ thì cấp giấy biên nhận/ tin nhắn và hẹn kết quả theo thời hạn quy định; nếu chưa đầy đủ theo quy định thì hướng dẫn bổ sung, hoàn thiện hồ sơ ngay.</p> <p>- Chuyển phòng chuyên môn thẩm định hồ sơ (bản giấy/bản số)</p>	<p>- Bộ phận “Một cửa huyện”, “Một cửa xã”</p> <p>- Bưu cục phường, xã, thị trấn, Bưu cục cấp huyện;</p> <p>- Bộ phận tiếp nhận hồ sơ đăng ký trực tuyến BHXH tỉnh, huyện</p>		
<b>Bước 3</b>	<p>Phòng chuyên môn xử lý hồ sơ:</p> <p>+ Trường hợp hồ sơ không đáp ứng yêu cầu, điều kiện trong thời gian 05 ngày làm việc, kể từ ngày nhận hồ sơ có văn bản trả lời nêu rõ lý do.</p> <p>+ Trường hợp hồ sơ cần giải trình và bổ sung thêm trong thời gian 05 ngày làm việc, kể từ ngày nhận hồ sơ có văn bản yêu cầu bổ sung, hoàn thiện hồ sơ.</p> <p>+ Hồ sơ đáp ứng yêu cầu là cơ sở thực hành thì tiến hành ký hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế lần đầu giữa cơ sở khám chữa bệnh và cơ quan BHXH.</p>	Lãnh đạo phòng chuyên viên xử lý	200 giờ	Theo mục 5.2
<b>Bước 4</b>	Trưởng phòng Giám định BHYT trình Lãnh đạo BHXH tỉnh, huyện	Lãnh đạo phòng	08 giờ	Theo mục 5.2
<b>Bước 5</b>	Lãnh đạo BHXH tỉnh, huyện xem xét, phê duyệt văn bản:	Ban Giám đốc BHXH tỉnh, huyện	16 giờ	Theo mục 5.2

<b>Bước 6</b>	Vào sổ theo dõi, trả hồ sơ, kết quả giải quyết TTHC cho nơi tiếp nhận	Chuyên viên phòng chuyên môn	08 giờ	Theo mục 6;7
<b>Bước 7</b>	Trả hồ sơ, kết quả giải quyết TTHC trực tiếp hoặc qua dịch vụ bưu chính công ích đến người thực hiện thủ tục hành chính	- Trung tâm Phục vụ hành chính công - Cổng thông tin điện tử của BHXH tỉnh, huyện	Giờ hành chính	

## 6. BIỂU MẪU

TT	Mã hiệu	Tên biểu mẫu
1	BM07/QT-KHĐKBCBBHYTHN	Hợp đồng KCB BHYT ban hành kèm theo Nghị định số 146/2018/NĐ-CP;
2	BM08/QT-KHĐKBCBBHYTHN	Danh sách người tham gia BHYT đăng ký KCB ban đầu (sau khi ký hợp đồng) ban hành kèm theo Nghị định số 146/2018/NĐ-CP.

## 7. HỒ SƠ LƯU

**Hồ sơ lưu bao gồm các tài liệu sau:**

TT	Tài liệu trong hồ sơ
1	Các hồ sơ, giấy tờ tại mục 5.2
2	Hợp đồng KCB BHYT theo Mẫu số 07
3	Danh sách người tham gia BHYT đăng ký KCB ban đầu theo Mẫu số 08
4	
	....
Hồ sơ được lưu tại Phòng nghiệp vụ Y, thời gian lưu trữ theo quy định hiện hành.	

CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM  
Độc lập - Tự do - Hạnh phúc

HỢP ĐỒNG KHÁM BỆNH, CHỮA BỆNH BẢO HIỂM Y TẾ  
(Số: /HĐKCB-bảo hiểm y tế)<sup>(1)</sup>

Căn cứ Bộ luật dân sự ngày .... tháng .... năm ....;

Căn cứ Luật bảo hiểm y tế ngày .... tháng .... năm ....;

Căn cứ Luật khám bệnh, chữa bệnh ngày .... tháng .... năm ....;

Căn cứ Nghị định số ...../2018/NĐ-CP ngày ... tháng ... năm 2018 của Chính phủ quy định chi tiết và hướng dẫn biện pháp thi hành một số điều của Luật bảo hiểm y tế;

Căn cứ Quyết định số ... ngày .... tháng .... năm .... của ..... về việc quy định chức năng, nhiệm vụ của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh...<sup>(2)</sup>

Căn cứ Quyết định số... ngày .... tháng .... năm .... của..... về việc quy định chức năng, nhiệm vụ của Bảo hiểm xã hội cấp tỉnh/ huyện<sup>(3)</sup> .....

Hôm nay, ngày ... tháng ... năm 20.... tại .....

Chúng tôi gồm:

**Bên A** Bảo hiểm xã hội (tỉnh/huyện) .....

Địa chỉ: .....

Địa chỉ thư điện tử: .....

Điện thoại: ..... Fax: .....

Tài khoản số:..... Tại ngân hàng.....

Đại diện là ông (bà): .....

Chức vụ: Giám đốc hoặc Phó Giám đốc (Giấy ủy quyền số: ..... ngày .... tháng .... năm .....)<sup>(4)</sup>

**Bên B:** (Tên cơ sở khám bệnh, chữa bệnh/cơ quan ký hợp đồng khám chữa bệnh): .....

Địa chỉ: .....

Địa chỉ thư điện tử: .....

Điện thoại: ..... Fax: .....

Tài khoản số: ..... Tại Kho bạc nhà nước .... /Ngân hàng .....

Đại diện là ông (bà): .....

Chức vụ: Giám đốc hoặc Phó Giám đốc (Giấy ủy quyền số: ..... ngày .... tháng .... năm .....)<sup>(5)</sup>

Sau khi thỏa thuận, hai bên thống nhất ký kết hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế từ ngày ... tháng ... năm ... đến ngày ... tháng ... năm ... theo các điều khoản như sau:

**Điều 1. Tổ chức khám bệnh, chữa bệnh**

1. Đối tượng phục vụ: Người có thẻ bảo hiểm y tế đến khám bệnh, chữa bệnh tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh.

2. Phạm vi cung ứng dịch vụ

Bên B bảo đảm khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế, cung cấp đầy đủ thuốc hóa chất, vật tư y tế, dịch vụ kỹ thuật y tế thuộc phạm vi chuyên môn kỹ thuật của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh và phạm vi được hưởng của người tham gia bảo hiểm y tế.

## **Điều 2. Phương thức thanh toán**

Hai bên thống nhất các phương thức thanh toán và thể hiện cụ thể về đối tượng, phạm vi (ghi rõ phương thức thanh toán).

## **Điều 3. Tạm ứng, thanh toán, quyết toán**

Hai bên thực hiện việc tạm ứng, thanh quyết toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh theo Điều 32 của Luật bảo hiểm y tế và các văn bản liên quan theo quy định của pháp luật.

## **Điều 4. Quyền và trách nhiệm của bên A**

### 1. Quyền của bên A

a) Thực hiện đúng theo Điều 40 của Luật bảo hiểm y tế.

b) Yêu cầu bên B bảo đảm thực hiện nội dung quy định tại khoản 2 Điều 1 Hợp đồng này.

c) Yêu cầu bên B cung cấp tài liệu để phục vụ công tác giám định, bao gồm: hồ sơ bệnh án, tài liệu liên quan về khám bệnh, chữa bệnh cho người bệnh bảo hiểm y tế; đề án liên doanh, liên kết thực hiện dịch vụ kỹ thuật y tế, hợp đồng làm việc giữa cơ sở khám bệnh, chữa bệnh và người hành nghề (nếu có); Quyết định của cơ quan có thẩm quyền về thực hiện Đề án hoặc hợp đồng chuyên giao kỹ thuật, hỗ trợ y tế cho tuyến dưới; danh mục dịch vụ kỹ thuật; danh mục và giá thuốc, hóa chất, vật tư y tế sử dụng tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh.

d) Từ chối thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế không đúng quy định hoặc không đúng với nội dung hợp đồng này.

### 2. Trách nhiệm của bên A:

a) Thực hiện đúng theo quy định tại khoản 5 Điều 41 của Luật bảo hiểm y tế và các Điều 19, 20, và 21 Nghị định số 146/2018/NĐ-CP;

b) Thực hiện tạm ứng cho bên B theo quy định; trường hợp hai bên chưa thống nhất về kết quả giám định, bên A vẫn thực hiện tạm ứng cho bên B theo quy định và thực hiện các quy định tại Điều 32 của Luật bảo hiểm y tế;

c) Không yêu cầu bên B kiểm tra lại thông tin trên thẻ bảo hiểm y tế đối với những người bệnh bảo hiểm y tế đã được quyết toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh qua năm tài chính;

d) Không xuất toán hoặc thu hồi chi phí bên B đã sử dụng cho người bệnh và đã được cơ sở khám bệnh, chữa bệnh hoàn thiện thủ tục thanh toán đối với trường hợp thông tin trên thẻ bảo hiểm y tế sai do lỗi của cơ quan bảo hiểm xã hội;

đ) Tuân thủ các quy định của pháp luật về khám bệnh, chữa bệnh trong thực hiện công tác giám định;

e) Chịu trách nhiệm trước pháp luật về các hành vi vi phạm của bên A trong thực hiện bảo hiểm y tế;

g) Cung cấp cho bên B danh sách người đăng ký khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế ban đầu bằng bản giấy hoặc bản điện tử theo Mẫu số 8 Phụ lục ban hành kèm theo Nghị định số 146/2018/NĐ-CP.

## **Điều 5. Quyền và Trách nhiệm của bên B**

### 1. Quyền của bên B;

a) Thực hiện theo quy định tại Điều 42 của Luật bảo hiểm y tế;

b) Yêu cầu bên A cung cấp danh sách người đăng ký khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế ban đầu bằng bản giấy hoặc bản điện tử theo Mẫu số 8 Phụ lục ban hành kèm theo Nghị định số 146/2018/NĐ-CP.

2. Trách nhiệm của bên B:

a) Thực hiện theo quy định tại Điều 43 của Luật bảo hiểm y tế.

b) Chỉ định sử dụng thuốc, hóa chất, vật tư y tế, dịch vụ y tế phải đảm bảo hợp lý, an toàn, hiệu quả; tránh lãng phí, không lạm dụng;

c) Cung cấp cho bên A các tài liệu để thực hiện công tác giám định, bao gồm: hồ sơ bệnh án, tài liệu liên quan về khám bệnh, chữa bệnh cho người bệnh bảo hiểm y tế; đề án liên doanh, liên kết thực hiện dịch vụ kỹ thuật y tế, hợp đồng làm việc giữa cơ sở khám bệnh, chữa bệnh và người hành nghề (nếu có); Quyết định của cơ quan có thẩm quyền về thực hiện Đề án hoặc hợp đồng chuyển giao kỹ thuật, hỗ trợ y tế cho tuyến dưới; danh mục dịch vụ kỹ thuật; danh mục và giá thuốc, hóa chất, vật tư y tế sử dụng tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh;

d) Trường hợp có thay đổi nhân sự trong thực hiện công việc thuộc hợp đồng phải thông báo cho bên A biết để bổ sung phụ lục hợp đồng;

đ) Chịu trách nhiệm trước pháp luật về các hành vi vi phạm của bên B trong thực hiện bảo hiểm y tế.

#### **Điều 6. Thời hạn thực hiện hợp đồng**

Từ ngày ... tháng ... năm ... đến hết ngày 31 tháng 12 năm ...

*(Hai bên ký Hợp đồng một năm hoặc dài hạn và gia hạn tự động hoặc bổ sung trong Phụ lục Hợp đồng.)*

#### **Điều 7. Trách nhiệm do vi phạm hợp đồng**

Tranh chấp về bảo hiểm y tế được thực hiện theo Điều 48 của Luật bảo hiểm y tế.

1. Nếu có bất kỳ tranh chấp nào liên quan đến việc thực hiện hợp đồng, hai bên sẽ cùng nhau bàn bạc và giải quyết trên tinh thần hợp tác, tự thỏa thuận, hòa giải.

2. Trường hợp không thống nhất được thì thực hiện theo quy định tại khoản 3 Điều 22 Nghị định số 146/2018/NĐ-CP.

3. Nếu tranh chấp không thể giải quyết được thì một trong hai bên có quyền khởi kiện tại Tòa án theo quy định tại Điều 48 của Luật bảo hiểm y tế. Quyết định của Tòa án là quyết định cuối cùng để hai bên thực hiện.

4. Trong thời gian tranh chấp, hai bên vẫn phải bảo đảm không làm gián đoạn việc khám bệnh, chữa bệnh của người tham gia bảo hiểm y tế.

5. Trường hợp có thay đổi hoặc chấm dứt hợp đồng thực hiện theo quy định tại điểm e khoản 2 Điều 25 của Luật bảo hiểm y tế, Điều 22 và 23 Nghị định số 146/2018/NĐ-CP.

#### **Điều 8. Cam kết chung**

1. Hai bên cam kết thực hiện đúng các điều khoản thỏa thuận trong hợp đồng và các quy định của pháp luật.

2. Các thông báo và thỏa thuận được thực hiện bằng văn bản gửi qua bưu điện hoặc thư điện tử theo địa chỉ nêu trong Hợp đồng này.

3. Hai bên thống nhất phối hợp trong việc ứng dụng công nghệ thông tin để tạo thuận lợi trong giám định và thanh quyết toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế.

4. Các bên không được cung cấp hoặc đưa thông tin làm ảnh hưởng đến uy tín và quyền lợi của các bên, ảnh hưởng đến chính sách, pháp luật về bảo hiểm y tế.

5. Khi thực hiện công tác kiểm tra, bên A phải thông báo cho bên B trước về thời gian, nội dung kiểm tra.

6. Các thỏa thuận khác (nếu có) phải được hai bên ghi nhận thành các Phụ lục của Hợp đồng này nhưng không trái quy định của pháp luật.

Hợp đồng này được lập thành 04 bản có giá trị như nhau, mỗi bên giữ 02 bản. Hợp đồng có hiệu lực kể từ ngày hai bên ký kết và kết thúc khi hai bên đã thực hiện xong nghĩa vụ và thanh toán cho bên B.

**ĐẠI DIỆN BÊN B**

*(Ký, ghi rõ họ và tên, đóng dấu)*

**ĐẠI DIỆN BÊN A**

*(Ký, ghi rõ họ và tên, đóng dấu)*

***Ghi chú:***

(1): số hợp đồng được đánh theo số thứ tự hợp đồng trong một năm, bắt đầu từ số 01 vào ngày đầu năm và kết thúc vào ngày 31 tháng 12 năm kết thúc hợp đồng.

(2): ghi theo Quyết định thành lập đơn vị hoặc Quyết định phê duyệt phạm vi chuyên môn của đơn vị.

(3): ghi theo Quyết định thành lập đơn vị.

(4), (5): ghi trong trường hợp hai bên cử đại diện cho Giám đốc ký Hợp đồng./.

Tùy theo điều kiện của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh, cơ quan bảo hiểm xã hội và cơ sở khám bệnh, chữa bệnh thống nhất bổ sung nội dung trong hợp đồng nhưng không trái quy định của pháp luật về bảo hiểm y tế./.

BẢO HIỂM XÃ HỘI VIỆT NAM  
BẢO HIỂM XÃ HỘI tỉnh/huyện...

**DANH SÁCH NGƯỜI THAM GIA BẢO HIỂM Y TẾ ĐĂNG KÝ KHÁM BỆNH, CHỮA BỆNH BAN ĐẦU TẠI...** (*Tên cơ sở khám chữa bệnh*)

STT	Họ và tên	Tuổi		Địa chỉ	Mã thẻ BHYT	Ghi chú
		Nam	Nữ			
1						
2						
3						
4						
5						
6						
...						

*Ngày ... tháng ... năm ....*

*(Ký, họ và tên, đóng dấu)*

**Ghi chú:** Danh sách theo mẫu này được chuyển đến cơ sở khám bệnh, chữa bệnh bằng file điện tử hoặc bản có ký tên đóng dấu của cơ quan BHXH.

## II. LĨNH VỰC Y TẾ DỰ PHÒNG

**5. Tên thủ tục hành chính:** Duyệt dự trù và phân phối thuốc Methadone thuộc thẩm quyền quản lý của Sở Y tế

UBND TỈNH AN GIANG SỞ Y TẾ	<b>QUY TRÌNH</b> Duyệt dự trù và phân phối thuốc Methadone thuộc thẩm quyền quản lý của Sở Y tế	Mã hiệu:	QT-01
		Ngày BH	...../...../2 0..

### MỤC LỤC

#### SỬA ĐỔI TÀI LIỆU

1. MỤC ĐÍCH
2. PHẠM VI
3. TÀI LIỆU VIỆN DẪN
4. ĐỊNH NGHĨA/VIẾT TẮT
5. NỘI DUNG QUY TRÌNH
6. BIỂU MẪU
7. HỒ SƠ CẦN LƯU

Trách nhiệm	Soạn thảo	Xem xét	Phê duyệt
Họ tên		Từ Hoàng Tước	Từ Quốc Tuấn
Chữ ký			
Chức vụ	Chuyên viên Phòng Nghệ vụ Dược	Phó Giám đốc Sở Y tế	Giám đốc Sở

### SỬA ĐỔI TÀI LIỆU

Yêu cầu sửa đổi/ bổ sung	Trang / Phần liên quan việc sửa đổi	Mô tả nội dung sửa đổi	Lần ban hành / Lần sửa đổi	Ngày ban hành

#### 1. MỤC ĐÍCH

Quy định trình tự tiếp nhận hồ sơ Duyệt dự trù và phân phối thuốc Methadone thuộc thẩm quyền quản lý của Sở Y tế trên địa bàn tỉnh An Giang



## 2. PHẠM VI

Áp dụng đối với cán bộ, công chức Phòng Nghiệp vụ Dược thuộc Sở Y tế tỉnh An Giang; các tổ chức có phân phối thuốc Methadone thuộc thẩm quyền quản lý của Sở Y tế

## 3. TÀI LIỆU VIỆN DẪN

- Tiêu chuẩn quốc gia TCVN ISO 9001:2015
- Các văn bản pháp quy liên quan đề cập tại mục 5.2

## 4. ĐỊNH NGHĨA/ VIẾT TẮT

- CSCTM: Cơ sở cấp phát thuốc Methadone

## 5. NỘI DUNG QUY TRÌNH

<b>5.1</b>	<b>Cơ sở pháp lý:</b> <ul style="list-style-type: none"><li>- Luật Dược số 105/2016/QH13 ngày 06/4/2016.</li><li>- Nghị định số 90/2016/NĐ-CP ngày 01/7/2016 của Chính phủ quy định về điều trị nghiện các chất dạng thuốc phiện bằng thuốc thay thế;</li><li>- Thông tư số 14/2015/TT-BYT ngày 25/6/2015 của Bộ Y tế về quản lý thuốc Methadone.</li><li>- Quyết định số 4308/QĐ-BYT ngày 19/10/2015 của Bộ Y tế về việc công bố thủ tục hành chính mới ban hành thuộc phạm vi chức năng quản lý của Bộ Y tế</li></ul>		
<b>5.2</b>	<b>Yêu cầu, điều kiện thực hiện thủ tục hành chính</b>		
	Không		
<b>5.3</b>	<b>Thành phần hồ sơ</b>	<b>Bản chính</b>	<b>Bản sao</b>
	1. Biểu mẫu báo cáo và dự trừ thuốc methadone dành cho cơ sở điều trị mẫu số 2, Phụ lục I ban hành kèm theo Thông tư số 14/2015/TT-BYT. 2. Biểu mẫu báo cáo và dự trừ thuốc methadone dành cho tuyến tỉnh, thành phố/Cơ quan đầu mối theo mẫu số 3, phụ lục I ban hành kèm theo Thông tư số 14/2015/TT-BYT.	X  X	
<b>5.4</b>	<b>Số lượng hồ sơ:</b> 01 bộ hồ sơ		
<b>5.5</b>	<b>Thời gian xử lý:</b> 15 ngày (120 giờ) kể từ khi nhận đủ hồ sơ hợp lệ		
<b>5.6</b>	<b>Nơi tiếp nhận và trả kết quả:</b>		

	<p>+ Trung tâm phục vụ hành chính công tỉnh (hồ sơ nộp tại trung tâm)</p> <p>+ Bưu cục xã, phường, thị trấn, bưu cục cấp huyện (nộp h/s bưu cục, trả kết quả tại nơi yêu cầu)</p> <p>+ Bộ phận Một cửa huyện, Một cửa xã (trả kết quả qua dịch vụ bưu chính công ích đến nơi yêu cầu).</p> <p>+ Đăng ký trực tuyến Cổng dịch vụ công tỉnh/Trang dịch Cổng thông tin điện tử Sở Y tế An Giang (trả kết quả qua dịch vụ bưu chính công ích đến nơi yêu cầu)</p>			
<b>5.7</b>	<b>Lệ phí:</b> Không			
<b>5.8</b>	<b>Quy trình xử lý công việc:</b>			
<b>TT</b>	<b>Trình tự</b>	<b>Trách nhiệm</b>	<b>Thời gian</b>	<b>Biểu mẫu/ Kết quả</b>
<b>Bước 1</b>	<p>Nơi nộp hồ sơ:</p> <p>a) Trung tâm phục vụ hành chính công tỉnh</p> <p>b) Bộ phận “Một cửa huyện”, “Một cửa xã”</p> <p>c) Bưu cục xã, phường, thị trấn, bưu cục cấp huyện;</p> <p>d) Đăng ký trực tuyến Cổng dịch vụ công tỉnh/Trang dịch Cổng thông tin điện tử Sở Y tế An Giang</p>	Tổ chức/ cá nhân	Giờ hành chính	
<b>Bước 2</b>	<p>- Tiếp nhận hồ sơ và ghi biên nhận, hẹn ngày trả kết quả:</p> <p>a) Trường hợp nộp hồ sơ trực tiếp, nếu hồ sơ đầy đủ thì Trung tâm phục vụ hành chính công cấp giấy tiếp nhận hồ sơ và hẹn trả kết quả theo thời hạn quy định; nếu hồ sơ chưa đầy đủ theo quy định thì trả lại ngay và hướng dẫn để hoàn thiện hồ sơ.</p> <p>b) Trường hợp nhận hồ sơ qua hệ thống bưu chính, hồ sơ nhận qua Bộ phận “Một cửa huyện”, “Một cửa xã”; Đăng ký trực tuyến Cổng dịch vụ công tỉnh/Trang dịch Cổng thông tin</p>	<p>- Trung tâm phục vụ hành chính công</p> <p>- Bộ phận “Một cửa huyện”, “Một cửa xã”</p> <p>- Bưu cục phường, xã, thị trấn, Bưu cục cấp huyện;</p>	08 giờ	Theo mục 5.2

	<p>điện tử Sở Y tế An Giang nếu hồ sơ đầy đủ thì cấp giấy biên nhận/tin nhắn và hẹn kết quả theo thời hạn quy định; nếu chưa đầy đủ theo quy định thì hướng dẫn bổ sung, hoàn thiện hồ sơ ngay</p> <p>- Chuyển phòng chuyên môn thẩm định hồ sơ (bản giấy/bản số)</p>	- Bộ phận tiếp nhận hồ sơ đăng ký trực tuyến Sở		
<b>Bước 3</b>	<p>Phòng chuyên môn xử lý hồ sơ:</p> <p>+ Trường hợp hồ sơ không đáp ứng yêu cầu, điều kiện trong thời gian 05 ngày làm việc, kể từ ngày nhận hồ sơ có văn bản trả lời nêu rõ lý do.</p> <p>+ Trường hợp hồ sơ cần giải trình và bổ sung thêm trong thời gian 05 ngày làm việc, kể từ ngày nhận hồ sơ có văn bản yêu cầu bổ sung, hoàn thiện hồ sơ.</p> <p>+ Hồ sơ đáp ứng yêu cầu là cơ sở thực hành thì tiến hành trình Hội đồng cấp chứng chỉ hành nghề và giấy phép hoạt động xem xét.</p>	Lãnh đạo phòng chuyên viên xử lý	80 giờ	Theo mục 5.2
<b>Bước 4</b>	Hội đồng xem xét chấp thuận hoặc không chấp trình Lãnh đạo Sở	Hội đồng cấp CCHN, GPHĐ	08 giờ	Theo mục 5.2
<b>Bước 5</b>	<p>Lãnh đạo Sở xem xét, phê duyệt văn bản:</p> <p>+ Chấp thuận: trên cổng thông tin điện tử của Sở Y tế</p> <p>+ Không chấp thuận: Có văn bản không đồng ý.</p>	Ban Giám đốc Sở	16 giờ	Theo mục 5.2
<b>Bước 6</b>	Vào sổ theo dõi, trả hồ sơ, kết quả giải quyết TTHC cho nơi tiếp nhận	Chuyên viên phòng chuyên môn	08 giờ	Theo mục 6;7

<b>Bước 7</b>	Trả hồ sơ, kết quả giải quyết TTHC trực tiếp hoặc qua dịch vụ bưu chính công ích đến người thực hiện thủ tục hành chính	- Trung tâm Phục vụ hành chính công - Cổng thông tin điện tử của Sở Y tế	Giờ hành chính	
-------------------	---	---	----------------	--

## 6. BIỂU MẪU

TT	Mã hiệu	Tên biểu mẫu
1	BM02/QT-CSCTM	<b>Mẫu số 2 Phụ lục 1:</b> Biểu mẫu báo cáo và dự trữ thuốc methadone dành cho cơ sở điều trị
2	BM03/QT-CSCTM	<b>Mẫu số 3 Phụ lục 1:</b> Biểu mẫu báo cáo và dự trữ thuốc methadone dành cho tuyến tỉnh, thành phố/Cơ quan đầu mối.

## 7. HỒ SƠ LƯU

Hồ sơ lưu bao gồm các tài liệu sau:

TT	Tài liệu trong hồ sơ
1	Các hồ sơ, giấy tờ tại mục 5.2
2	
3	
4	
	....
Hồ sơ được lưu tại Phòng nghiệp vụ Dược, thời gian lưu trữ theo quy định hiện hành.	

**Phụ lục 1**

**BIỂU MẪU BÁO CÁO VÀ DỰ TRÙ THUỐC METHADONE DÀNH CHO CƠ SỞ CẤP ĐIỀU TRỊ**

(Ban hành kèm theo Thông tư số 14/2015/TT-BYT ngày 25 tháng 6 năm 2015 của Bộ trưởng Bộ Y tế)

**BÁO CÁO TÌNH HÌNH SỬ DỤNG, TỒN KHO VÀ DỰ TRÙ THUỐC METHADONE**

(từ ngày ... tháng ..... đến ngày .... tháng .....)

Cơ sở điều trị Methadone .....

Địa chỉ: .....

Quận/huyện/thị xã/thành phố..... Tỉnh/thành phố .....

Tên đơn vị	Tên thuốc, nồng độ, hàm lượng	Đơn vị tính	Số lượng tồn kho kỳ trước chuyển sang	Số lượng nhập trong kỳ	Tổng số	Số lượng xuất trong kỳ	Số lượng hao hụt	Số lượng dư thừa	Tồn kho cuối kỳ	Tổng số người bệnh đang tham gia điều trị	Số lượng người bệnh dự kiến tăng thêm trong kỳ tới	Số lượng dự trữ cho kỳ tới
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)	(11)	(12)	(13)
.....												
.....												
.....												
.....												
<b>Tổng số</b>												

**Nơi nhận:**

- .....

- .....

**Người lập báo cáo**  
(ký và ghi rõ họ tên)

**Lãnh đạo cơ sở điều trị**  
(ký và ghi rõ họ tên)

**Thủ trưởng đơn vị quản lý trực tiếp**  
(ký và ghi rõ họ tên)

**Phụ lục 1**

**BIỂU MẪU BÁO CÁO VÀ DỰ TRÙ THUỐC METHADONE DÀNH CHO TUYẾN TỈNH, THÀNH PHỐ/CƠ QUAN ĐẦU MỐI**

(Ban hành kèm theo Thông tư số 14/2015/TT-BYT ngày 25 tháng 6 năm 2015 của Bộ trưởng Bộ Y tế)

**TÊN ĐƠN VỊ** .....

**BÁO CÁO TÌNH HÌNH SỬ DỤNG, TỒN KHO VÀ DỰ TRÙ THUỐC METHADONE**

(từ ngày ... tháng ..... đến ngày .... tháng .....

Ngày hoàn thành báo cáo (ngày cuối cùng của tháng báo cáo).....

Tên đơn vị	Tên thuốc, nồng độ, hàm lượng	Đơn vị tính	Số lượng tồn kho kỳ trước chuyển sang	Số lượng nhập trong kỳ	Tổng số	Số lượng xuất trong kỳ	Số lượng hao hụt	Số lượng dư thừa	Tồn kho cuối kỳ	Tổng số người bệnh đang tham gia điều trị	Số lượng người bệnh dự kiến tăng thêm trong kỳ tới	Số lượng dự trữ cho kỳ tới	Số lượng duyệt dự trữ
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)	(11)	(12)	(13)	(14)
.....													
.....													
<b>Tổng số</b>													

Số..... ngày.....

**Nơi nhận:**

- .....

- .....

- Duyệt bản dự trữ này gồm ... trang ... khoản....)

- Bản dự trữ này có giá trị kể từ ngày ký ban hành đến hết ngày.....

**Người lập báo cáo**  
(ký và ghi rõ họ tên)

**Lãnh đạo TTPC HIV/AIDS tỉnh\***  
(ký và ghi rõ họ tên)

**Cơ quan duyệt dự trữ**  
(ký và ghi rõ họ tên)

Ghi chú: (\*) Chỉ áp dụng đối với quy trình duyệt dự trữ nhu cầu sử dụng thuốc Methadone thuộc thẩm quyền quản lý của Bộ Y tế và Sở Y tế

**6. Tên thủ tục hành chính:** Công bố đủ điều kiện điều trị nghiện chất dạng thuốc phiện

UBND TỈNH AN GIANG SỞ Y TẾ	<b>QUY TRÌNH</b> Công bố đủ điều kiện điều trị nghiện chất dạng thuốc phiện	Mã hiệu:	QT-01
		Ngày BH	...../...../20. .

**MỤC LỤC**

SỬA ĐỔI TÀI LIỆU

1. MỤC ĐÍCH
2. PHẠM VI
3. TÀI LIỆU VIỆN DẪN
4. ĐỊNH NGHĨA/VIẾT TẮT
5. NỘI DUNG QUY TRÌNH
6. BIỂU MẪU
7. HỒ SƠ CẦN LƯU

Trách nhiệm	Soạn thảo	Xem xét	Phê duyệt
Họ tên		Từ Hoàng Tước	Từ Quốc Tuấn
Chữ ký			
Chức vụ	Chuyên viên Phòng Nghiệp vụ Y	Phó Giám đốc Sở Y tế	Giám đốc Sở

**SỬA ĐỔI TÀI LIỆU**

Yêu cầu sửa đổi/ bổ sung	Trang / Phần liên quan việc sửa đổi	Mô tả nội dung sửa đổi	Lần ban hành / Lần sửa đổi	Ngày ban hành

**1. MỤC ĐÍCH**

Quy định trình tự tiếp nhận hồ sơ Công bố đủ điều kiện điều trị nghiện chất dạng thuốc phiện trên địa bàn tỉnh An Giang

**2. PHẠM VI**

Áp dụng đối với cán bộ, công chức Phòng Nghiệp vụ Y thuộc Sở Y tế tỉnh An Giang; Cơ sở điều trị nghiện các chất dạng thuốc phiện bằng thuốc thay thế thuộc thẩm quyền quản lý của Sở Y tế

### 3. TÀI LIỆU VIỆN DẪN

- Tiêu chuẩn quốc gia TCVN ISO 9001:2015
- Các văn bản pháp quy liên quan đề cập tại mục 5.2

### 4. ĐỊNH NGHĨA/ VIẾT TẮT

- CSĐTNCDDTP: Cơ sở điều trị nghiện các chất dạng thuốc phiện

### 5. NỘI DUNG QUY TRÌNH

<b>5.1</b>	<b>Cơ sở pháp lý:</b> <ul style="list-style-type: none"><li>- Luật số 64/2006/QH11 phòng, chống nhiễm vi rút gây ra hội chứng suy giảm miễn dịch mắc phải ở người (HIV/AIDS).</li><li>- Nghị định 90/2016/NĐ-CP ngày 01/7/2016 của Chính phủ quy định về điều trị nghiện các chất dạng thuốc phiện bằng thuốc thay thế.</li><li>- Nghị định số 155/2018/NĐ-CP ngày 12/11/2018 của Chính phủ sửa đổi một số quy định liên quan đến điều kiện đầu tư kinh doanh thuộc phạm vi quản lý nhà nước của Bộ Y tế.</li><li>- Quyết định số 5014/QĐ-BYT ngày 24/10/2019 của Bộ Y tế về việc công bố thủ tục hành chính lĩnh vực Phòng, chống HIV/AIDS thuộc phạm vi quản lý của Bộ Y tế được sửa đổi, bổ sung tại Nghị định số 155/2018/NĐ-CP ngày 12/11/2018 của Chính phủ.</li></ul>
<b>5.2</b>	<b>Yêu cầu, điều kiện thực hiện thủ tục hành chính</b>
	<b>Điều 12. Điều kiện hoạt động của cơ sở điều trị thay thế</b> <ol style="list-style-type: none"><li>Điều kiện về cơ sở vật chất:<p>Có nơi tiếp đón, phòng hành chính, phòng cấp phát và bảo quản thuốc, phòng tư vấn, khám bệnh và phòng xét nghiệm. Các phòng trong cơ sở điều trị thay thế phải có diện tích từ 10m<sup>2</sup> trở lên;</p></li><li>Điều kiện về trang thiết bị:<ol style="list-style-type: none"><li>Phòng cấp phát và bảo quản thuốc:<ul style="list-style-type: none"><li>- Âm kế;</li><li>- Nhiệt kế đo nhiệt độ phòng;</li><li>- Điều hòa nhiệt độ;</li><li>- 02 tủ chắc chắn có khóa để đựng thuốc, trong đó: 01 tủ để đựng thuốc cấp phát hàng ngày và 01 tủ để bảo quản thuốc;</li><li>- Dụng cụ cấp phát thuốc;</li><li>- Thiết bị giám sát việc thực hiện điều trị.</li></ul></li><li>Phòng khám bệnh:<ul style="list-style-type: none"><li>- Nhiệt kế đo thân nhiệt;</li></ul></li></ol></li></ol>



- Ống nghe;
- Tủ thuốc cấp cứu (trong đó có thuốc giải độc);
- Máy đo huyết áp;
- Bộ trang thiết bị cấp cứu;
- Giường khám bệnh;
- Cân đo sức khỏe - chiều cao;
- Thiết bị khử trùng dụng cụ và bệnh phẩm.

c) Phòng xét nghiệm:

- Bộ dụng cụ xét nghiệm nước tiểu và lấy máu;
- Tủ lạnh bảo quản sinh phẩm, bệnh phẩm.

d) Nơi lấy nước tiểu của người bệnh:

- Bộ bàn cầu (với đường cấp nước có van đặt ở bên ngoài nơi lấy nước tiểu);
- Vách ngăn dán kính màu một chiều từ bên ngoài để nhân viên của cơ sở điều trị quan sát được quá trình tự lấy mẫu nước tiểu của người bệnh.

3. Điều kiện về nhân sự:

a) Có ít nhất 01 người phụ trách chuyên môn là bác sỹ có giấy chứng nhận đã qua đào tạo, tập huấn về điều trị nghiện chất dạng thuốc phiện và là người làm việc toàn thời gian tại cơ sở điều trị thay thế;

b) Có ít nhất 01 nhân viên làm nhiệm vụ hỗ trợ công tác khám bệnh, chữa bệnh có trình độ trung cấp chuyên ngành y trở lên;

c) Có ít nhất 02 nhân viên làm nhiệm vụ cấp phát thuốc có trình độ trung cấp chuyên ngành y, dược trở lên. Nhân viên phụ trách kho thuốc phải đáp ứng các điều kiện về chuyên môn theo quy định của pháp luật về dược;

d) Có ít nhất 01 nhân viên làm nhiệm vụ xét nghiệm có trình độ trung cấp thuộc một trong các chuyên ngành y, dược, sinh học hoặc hóa học trở lên;

đ) Có ít nhất 01 nhân viên làm nhiệm vụ tư vấn có trình độ trung cấp thuộc một trong các chuyên ngành y, dược hoặc xã hội trở lên;

e) Có ít nhất 01 nhân viên làm nhiệm vụ hành chính có trình độ trung cấp trở lên;

g) Căn cứ tình hình thực tế, cơ sở điều trị thay thế bố trí nhân viên bảo vệ tại cơ sở nơi đặt cơ sở điều trị hoặc phối hợp với công an nơi cơ sở điều trị đặt trụ sở để bảo đảm công tác an ninh cho cơ sở điều

trị; trường hợp cần thiết, có thể bố trí tối đa 02 nhân viên bảo vệ riêng cho cơ sở điều trị;

h) Việc bố trí nhân lực thực hiện điều trị nghiện chất dạng thuốc phiện tại cơ sở được thực hiện theo chế độ chuyên trách hoặc kiêm nhiệm, bảo đảm phù hợp về yêu cầu chuyên môn quy định tại khoản 3 Điều này và quy mô của cơ sở điều trị thay thế.

### **Điều 13. Điều kiện hoạt động của cơ sở cấp phát thuốc**

1. Điều kiện về cơ sở vật chất:

a) Có nơi tiếp đón, phòng cấp phát và bảo quản thuốc. Phòng cấp phát và bảo quản thuốc phải có diện tích từ 10m<sup>2</sup> trở lên;

b) Bảo đảm đủ điện, nước và đáp ứng các điều kiện về quản lý chất thải y tế, phòng cháy, chữa cháy theo quy định của pháp luật.

2. Điều kiện về trang thiết bị:

Cơ sở cấp phát thuốc phải đáp ứng các điều kiện về trang thiết bị quy định tại điểm a khoản 2 Điều 12 Nghị định.

3. Điều kiện về nhân sự:

a) Cơ sở cấp phát thuốc phải đáp ứng các điều kiện về nhân sự quy định tại các điểm c và g khoản 3 Điều 12 Nghị định;

b) Việc bố trí nhân lực thực hiện điều trị nghiện chất dạng thuốc phiện tại cơ sở cấp phát thuốc thực hiện theo chế độ chuyên trách hoặc kiêm nhiệm, bảo đảm phù hợp về yêu cầu chuyên môn quy định tại điểm a khoản 3 Điều này và quy mô của cơ sở cấp phát thuốc.

5.3	Thành phần hồ sơ	Bản chính	Bản sao
	<p>1. Đơn đề nghị công bố đủ điều kiện điều trị nghiện chất dạng thuốc phiện bằng thuốc thay thế theo Mẫu số 05 quy định tại Phụ lục ban hành kèm theo Nghị định số 90/2016/NĐ-CP;</p> <p>2. Bản sao quyết định thành lập của cơ quan nhà nước có thẩm quyền hoặc bản sao giấy chứng nhận đầu tư hoặc bản sao giấy chứng nhận đăng ký doanh nghiệp hoặc tài liệu tương đương khác của cơ sở;</p> <p>3. Danh sách nhân sự theo Mẫu số 06 quy định tại Phụ lục ban hành kèm theo Nghị định số 90/2016/NĐ-CP và kèm theo bản sao văn bằng chuyên môn của từng nhân viên;</p>	X	X

	4. Bản kê khai trang thiết bị của cơ sở điều trị theo Mẫu số 07 quy định tại Phụ lục ban hành kèm theo Nghị định số 90/2016/NĐ-CP; 5. Sơ đồ mặt bằng của cơ sở điều trị.	X  X		
<b>5.4</b>	<b>Số lượng hồ sơ:</b> 01 bộ hồ sơ			
<b>5.5</b>	<b>Thời gian xử lý:</b> 05 ngày làm việc (40 giờ/hc), tính từ ngày ghi trên Phiếu tiếp nhận hồ sơ			
<b>5.6</b>	<b>Nơi tiếp nhận và trả kết quả:</b> + Trung tâm phục vụ hành chính công tỉnh (hồ sơ nộp tại trung tâm) + Bưu cục xã, phường, thị trấn, bưu cục cấp huyện (nộp h/s bưu cục, trả kết quả tại nơi yêu cầu) + Bộ phận Một cửa huyện, Một cửa xã (trả kết quả qua dịch vụ bưu chính công ích đến nơi yêu cầu). + Đăng ký trực tuyến Cổng dịch vụ công tỉnh/Trang dịch Cổng thông tin điện tử Sở Y tế An Giang (trả kết quả qua dịch vụ bưu chính công ích đến nơi yêu cầu)			
<b>5.7</b>	<b>Lệ phí:</b> Không			
<b>5.8</b>	<b>Quy trình xử lý công việc:</b>			
<b>TT</b>	<b>Trình tự</b>	<b>Trách nhiệm</b>	<b>Thời gian</b>	<b>Biểu mẫu/ Kết quả</b>
<b>Bước 1</b>	Nơi nộp hồ sơ: a) Trung tâm phục vụ hành chính công tỉnh b) Bộ phận “Một cửa huyện”, “Một cửa xã” c) Bưu cục xã, phường, thị trấn, bưu cục cấp huyện; d) Đăng ký trực tuyến Cổng dịch vụ công tỉnh/Trang dịch Cổng thông tin điện tử Sở Y tế An Giang	Tổ chức/ cá nhân	Giờ hành chính	

<p><b>Bước 2</b></p>	<p>- Tiếp nhận hồ sơ và ghi biên nhận, hẹn ngày trả kết quả:</p> <p>a) Trường hợp nộp hồ sơ trực tiếp, nếu hồ sơ đầy đủ thì Trung tâm phục vụ hành chính công cấp giấy tiếp nhận hồ sơ và hẹn trả kết quả theo thời hạn quy định; nếu hồ sơ chưa đầy đủ theo quy định thì trả lại ngay và hướng dẫn để hoàn thiện hồ sơ.</p> <p>b) Trường hợp nhận hồ sơ qua hệ thống bưu chính, hồ sơ nhận qua Bộ phận “Một cửa huyện”, “Một cửa xã”; Đăng ký trực tuyến Cổng dịch vụ công tỉnh/Trang dịch Cổng thông tin điện tử Sở Y tế An Giang nếu hồ sơ đầy đủ thì cấp giấy biên nhận/tin nhắn và hẹn kết quả theo thời hạn quy định; nếu chưa đầy đủ theo quy định thì hướng dẫn bổ sung, hoàn thiện hồ sơ ngay</p> <p>- Chuyển phòng chuyên môn thẩm định hồ sơ (bản giấy/bản số)</p>	<p>- Trung tâm phục vụ hành chính công</p> <p>- Bộ phận “Một cửa huyện”, “Một cửa xã”</p> <p>- Bưu cục phường, xã, thị trấn, Bưu cục cấp huyện;</p> <p>- Bộ phận tiếp nhận hồ sơ đăng ký trực tuyến Sở</p>	<p>04 giờ/hc</p>	<p>Theo mục 5.2</p>
<p><b>Bước 3</b></p>	<p>Phòng chuyên môn xử lý hồ sơ:</p> <p>+ Trường hợp hồ sơ không đáp ứng yêu cầu, điều kiện trong thời gian 03 ngày làm việc, kể từ ngày nhận hồ sơ có văn bản trả lời nêu rõ lý do.</p> <p>+ Trường hợp hồ sơ cần giải trình và bổ sung thêm trong thời gian 03 ngày làm việc, kể từ ngày nhận hồ sơ có văn bản yêu cầu bổ sung, hoàn thiện hồ sơ.</p> <p>+ Hồ sơ đầy đủ, hợp lệ, trong thời hạn 05 ngày làm việc, kể từ ngày ghi trên Phiếu tiếp nhận hồ sơ (thời điểm tiếp nhận hồ sơ được tính theo dấu tiếp nhận</p>	<p>Lãnh đạo phòng chuyên viên xử lý</p>	<p>16 giờ/hc</p>	<p>Theo mục 5.2</p>

	công văn đến của Sở Y tế), Sở Y tế có trách nhiệm kiểm tra hồ sơ và công khai trên trang thông tin điện tử của Sở Y tế các thông tin sau: Tên, địa chỉ, số điện thoại liên hệ và toàn văn hồ sơ công bố của cơ sở điều trị.			
<b>Bước 4</b>	Hội đồng xem xét chấp thuận hoặc không chấp trình Lãnh đạo Sở	Hội đồng cấp CCHN, GPHĐ	08 giờ/hc	Theo mục 5.2
<b>Bước 5</b>	Lãnh đạo Sở xem xét, phê duyệt văn bản: + Chấp thuận: Đăng trên cổng thông tin điện tử của Sở Y tế + Không chấp thuận: Có văn bản không đồng ý hoặc yêu cầu bổ sung, sửa đổi.	Ban Giám đốc Sở	08 giờ/hc	Theo mục 5.2
<b>Bước 6</b>	Vào sổ theo dõi, trả hồ sơ, kết quả giải quyết TTHC cho nơi tiếp nhận	Chuyên viên phòng chuyên môn	04 giờ/hc	Theo mục 6;7
<b>Bước 7</b>	Trả hồ sơ, kết quả giải quyết TTHC trực tiếp hoặc qua dịch vụ bưu chính công ích đến người thực hiện thủ tục hành chính	- Trung tâm Phục vụ hành chính công - Cổng thông tin điện tử của Sở Y tế	Giờ hành chính	

## 6. BIỂU MẪU

TT	Mã hiệu	Tên biểu mẫu
----	---------	--------------

<b>1</b>	BM05/QT- CSĐTNCCDTP	<b>Mẫu số 05:</b> Đơn đề nghị công bố đủ điều kiện điều trị nghiện chất dạng thuốc phiện bằng thuốc thay thế
<b>2</b>	BM06/QT- CSĐTNCCDTP	<b>Mẫu số 06:</b> Danh sách nhân sự làm việc tại cơ sở điều trị.
<b>3</b>	BM07/QT- CSĐTNCCDTP	<b>Mẫu số 07:</b> Bản kê khai trang thiết bị của cơ sở điều trị.

## 7. HỒ SƠ LƯU

**Hồ sơ lưu bao gồm các tài liệu sau:**

<b>TT</b>	<b>Tài liệu trong hồ sơ</b>
<b>1</b>	Các hồ sơ, giấy tờ tại mục 5.2
<b>2</b>	Văn bản công bố của Sở Y tế trên trang thông tin điện tử của Sở Y tế
<b>3</b>	
<b>4</b>	
	....
Hồ sơ được lưu tại Phòng nghiệp vụ Dược, thời gian lưu trữ theo quy định hiện hành.	

**CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM**  
**Độc lập - Tự do - Hạnh phúc**

-----

....<sup>1</sup> ....., ngày....tháng....năm 20...

**ĐƠN ĐỀ NGHỊ**

**Công bố đủ điều kiện điều trị nghiện chất dạng thuốc phiện bằng thuốc thay thế**

Kính gửi: Sở Y tế .....<sup>2</sup>.....

Tên: .....<sup>3</sup>.....

Địa điểm: .....<sup>4</sup>.....

Điện thoại/fax: .....

Căn cứ Nghị định số ...../2016/NĐ-CP ngày.....tháng.....năm 2016 của Chính phủ quy định về điều trị nghiện các chất dạng thuốc phiện bằng thuốc thay thế, chúng tôi đề nghị Sở Y tế công bố đủ điều kiện điều trị nghiện chất dạng thuốc phiện đối với cơ sở .....<sup>3</sup>.....

Chúng tôi xin gửi kèm theo Đơn này bộ hồ sơ gồm các giấy tờ sau:

1	Bản sao quyết định thành lập của cơ quan nhà nước có thẩm quyền hoặc bản sao giấy chứng nhận đầu tư hoặc bản sao giấy chứng nhận đăng ký doanh nghiệp hoặc tài liệu tương đương khác	£
2	Danh sách nhân sự của cơ sở điều trị kèm theo bản sao văn bằng chuyên môn của từng nhân viên thuộc cơ sở điều trị	£
3	Bản kê khai trang thiết bị của cơ sở điều trị	£
4	Sơ đồ mặt bằng của cơ sở điều trị	£

Cơ sở công bố đủ điều kiện điều trị nghiện chất dạng thuốc phiện xin cam kết:

1. Đã kiểm tra, ký đóng dấu vào những phần liên quan ở tất cả các giấy tờ nộp trong hồ sơ công bố đủ điều kiện điều trị nghiện chất dạng thuốc phiện này và xác nhận là đây là các giấy tờ hợp pháp, nội dung là đúng sự thật. Nếu có sự giả mạo, không đúng sự thật cơ sở xin chịu hoàn toàn trách nhiệm và sẽ bị xử phạt theo quy định của pháp luật.

2. Đáp ứng đủ yêu cầu, điều kiện về cơ sở vật chất, trang thiết bị và nhân sự thực hiện việc điều trị nghiện chất dạng thuốc phiện theo quy định.

3. Thông báo cho Sở Y tế .....<sup>2</sup>..... khi có bất cứ thay đổi nào đối với hồ sơ công bố đủ điều kiện điều trị nghiện chất dạng thuốc phiện.

**THỦ TRƯỞNG ĐƠN VỊ**  
(Ký, ghi rõ họ, tên và đóng dấu)

<sup>1</sup> Địa danh

<sup>2</sup> Tên Sở Y tế tỉnh

<sup>3</sup> Ghi rõ tên của cơ sở đề nghị công bố đủ điều kiện điều trị nghiện chất dạng thuốc phiện

<sup>4</sup> Ghi rõ địa chỉ cụ thể của cơ sở đề nghị công bố đủ điều kiện điều trị nghiện chất dạng thuốc phiện



**CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM**  
**Độc lập - Tự do - Hạnh phúc**

-----

.....<sup>1</sup> ....., ngày.....tháng.....năm 20....

**DANH SÁCH NHÂN SỰ LÀM VIỆC TẠI CƠ SỞ ĐIỀU TRỊ**

TT	Họ và tên	Vị trí việc làm	Chế độ làm việc ( <sup>2</sup> )	Các giấy tờ kèm theo	Ghi chú
1.	.....	Bác sỹ phụ trách chuyên môn kỹ thuật		1. Bản sao bằng tốt nghiệp bác sỹ. 2. Bản sao chứng nhận đã qua đào tạo, tập huấn về điều trị nghiện chất dạng thuốc phiện.	
2.	.....	Nhân viên hỗ trợ khám bệnh, chữa bệnh		Bản sao bằng tốt nghiệp từ trung cấp chuyên ngành y trở lên.	
3.	.....	Nhân viên tư vấn		Bản sao bằng tốt nghiệp trung cấp y hoặc trung cấp dược hoặc trung cấp xã hội trở lên.	
4.	.....	Nhân viên cấp phát thuốc		Bản sao bằng tốt nghiệp trung cấp y hoặc trung cấp dược trở lên.	
5.	.....	Nhân viên bảo quản thuốc		Bản sao bằng tốt nghiệp trung cấp dược trở lên.	
6.	.....	Nhân viên xét nghiệm		Bản sao bằng tốt nghiệp trung cấp y, dược, sinh học, hóa học trở lên.	
7.	.....	Nhân viên hành chính		Bản sao bằng tốt nghiệp trung cấp trở lên.	
8.	.....	Nhân viên bảo vệ		Bản sao bằng tốt nghiệp trung học cơ sở trở lên.	

**THỦ TRƯỞNG ĐƠN VỊ**  
(Ký, ghi rõ họ, tên và đóng dấu)

<sup>1</sup> Địa danh

<sup>2</sup> Ghi rõ làm việc toàn thời gian hay kiêm nhiệm

**CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM**  
**Độc lập - Tự do - Hạnh phúc**

-----

.....<sup>1</sup> ....., ngày.....tháng.....năm 20....

**BẢN KÊ KHAI TRANG THIẾT BỊ CỦA CƠ SỞ ĐIỀU TRỊ**

STT	Tên thiết bị	Ký hiệu thiết bị (MODEL)	Công ty sản xuất	Nước sản xuất	Năm sản xuất	Số lượng	Tình trạng sử dụng	Ghi chú
1								
2								
3								
4								
5								
...								

**THỦ TRƯỞNG ĐƠN VỊ**  
*(Ký, ghi rõ họ, tên và đóng dấu)*

<sup>1</sup> Địa danh

---

1 Bãi bỏ các quy định theo Khoản 2 Điều 16 Nghị định số 155/2018/NĐ-CP.

**7. Tên thủ tục hành chính:** Công bố lại đối với cơ sở đủ điều kiện điều trị nghiện chất dạng thuốc phiện khi có thay đổi về tên, địa chỉ, về cơ sở vật chất, trang thiết bị và nhân sự

<b>UBND TỈNH AN GIANG SỞ Y TẾ</b>	<b>QUY TRÌNH</b>	Mã hiệu:	QT-01
	Công bố lại đối với cơ sở đủ điều kiện điều trị nghiện chất dạng thuốc phiện khi có thay đổi về tên, địa chỉ, về cơ sở vật chất, trang thiết bị và nhân sự	Ngày BH	...../...../20. .

### MỤC LỤC

#### SỬA ĐỔI TÀI LIỆU

1. MỤC ĐÍCH
2. PHẠM VI
3. TÀI LIỆU VIỆN DẪN
4. ĐỊNH NGHĨA/VIẾT TẮT
5. NỘI DUNG QUY TRÌNH
6. BIỂU MẪU
7. HỒ SƠ CẦN LƯU

Trách nhiệm	Soạn thảo	Xem xét	Phê duyệt
Họ tên		Từ Hoàng Tước	Từ Quốc Tuấn
Chữ ký			
Chức vụ	Chuyên viên Phòng Nghiệp vụ Y	Phó Giám đốc Sở Y tế	Giám đốc Sở

### SỬA ĐỔI TÀI LIỆU

Yêu cầu sửa đổi/bổ sung	Trang / Phần liên quan việc sửa đổi	Mô tả nội dung sửa đổi	Lần ban hành / Lần sửa đổi	Ngày ban hành

#### 1. MỤC ĐÍCH

Quy định trình tự tiếp nhận hồ sơ Công bố lại đối với cơ sở đủ điều kiện điều trị nghiện chất dạng thuốc phiện khi có thay đổi về tên, địa chỉ, về cơ sở vật chất, trang thiết bị và nhân sự trên địa bàn tỉnh An Giang

#### 2. PHẠM VI

Áp dụng đối với cán bộ, công chức Phòng Nghiệp vụ Y thuộc Sở Y tế tỉnh An Giang; Cơ sở điều trị nghiện các chất dạng thuốc phiện bằng thuốc thay thế thuộc thẩm quyền quản lý của Sở Y tế

### 3. TÀI LIỆU VIỆN DẪN

- Tiêu chuẩn quốc gia TCVN ISO 9001:2015
- Các văn bản pháp quy liên quan đề cập tại mục 5.2

### 4. ĐỊNH NGHĨA/ VIẾT TẮT

- CSĐTNCCDTP: Cơ sở điều trị nghiện các chất dạng thuốc phiện

### 5. NỘI DUNG QUY TRÌNH

<b>5.1</b>	<b>Cơ sở pháp lý:</b> - Luật số 64/2006/QH11 phòng, chống nhiễm vi rút gây ra hội chứng suy giảm miễn dịch mắc phải ở người (HIV/AIDS); - Nghị định 90/2016/NĐ-CP ngày 01/7/2016 của Chính phủ quy định về điều trị nghiện các chất dạng thuốc phiện bằng thuốc thay thế. - Quyết định số 7678/QĐ-BYT ngày 30/12/2016 của Bộ Y tế.		
<b>5.2</b>	<b>Yêu cầu, điều kiện thực hiện thủ tục hành chính</b>		
	Không		
<b>5.3</b>	<b>Thành phần hồ sơ</b>	<b>Bản chính</b>	<b>Bản sao</b>
	Văn bản thông báo về sự thay đổi về tên, địa chỉ, về cơ sở vật chất, trang thiết bị và nhân sự.	X	
<b>5.4</b>	<b>Số lượng hồ sơ:</b> 01 bộ hồ sơ		
<b>5.5</b>	<b>Thời gian xử lý:</b> 05 ngày làm việc (40 giờ/hc), tính từ ngày ghi trên Phiếu tiếp nhận hồ sơ		
<b>5.6</b>	<b>Nơi tiếp nhận và trả kết quả:</b> + Trung tâm phục vụ hành chính công tỉnh (hồ sơ nộp tại trung tâm) + Bưu cục xã, phường, thị trấn, bưu cục cấp huyện (nộp h/s bưu cục, trả kết quả tại nơi yêu cầu) + Bộ phận Một cửa huyện, Một cửa xã (trả kết quả qua dịch vụ bưu chính công ích đến nơi yêu cầu). + Đăng ký trực tuyến Cổng dịch vụ công tỉnh/Trang dịch Cổng thông tin điện tử Sở Y tế An Giang (trả kết quả qua dịch vụ bưu chính công ích đến nơi yêu cầu)		

<b>5.7</b>	<b>Lệ phí:</b> Không			
<b>5.8</b>	<b>Quy trình xử lý công việc:</b>			
<b>TT</b>	<b>Trình tự</b>	<b>Trách nhiệm</b>	<b>Thời gian</b>	<b>Biểu mẫu/ Kết quả</b>
<b>Bước 1</b>	<p>Nơi nộp hồ sơ:</p> <p>a) Trung tâm phục vụ hành chính công tỉnh</p> <p>b) Bộ phận “Một cửa huyện”, “Một cửa xã”</p> <p>c) Bưu cục xã, phường, thị trấn, bưu cục cấp huyện;</p> <p>d) Đăng ký trực tuyến Cổng dịch vụ công tỉnh/Trang dịch Cổng thông tin điện tử Sở Y tế An Giang</p>	Tổ chức/ cá nhân	Giờ hành chính	
<b>Bước 2</b>	<p>- Tiếp nhận hồ sơ và ghi biên nhận, hẹn ngày trả kết quả:</p> <p>a) Trường hợp nộp hồ sơ trực tiếp, nếu hồ sơ đầy đủ thì Trung tâm phục vụ hành chính công cấp giấy tiếp nhận hồ sơ và hẹn trả kết quả theo thời hạn quy định; nếu hồ sơ chưa đầy đủ theo quy định thì trả lại ngay và hướng dẫn để hoàn thiện hồ sơ.</p> <p>b) Trường hợp nhận hồ sơ qua hệ thống bưu chính, hồ sơ nhận qua Bộ phận “Một cửa huyện”, “Một cửa xã”; Đăng ký trực tuyến Cổng dịch vụ công tỉnh/Trang dịch Cổng thông tin điện tử Sở Y tế An Giang nếu hồ sơ đầy đủ thì cấp giấy biên nhận/tin nhắn và hẹn kết quả theo thời hạn quy định; nếu chưa đầy đủ theo quy định thì hướng dẫn bổ sung, hoàn thiện hồ sơ ngay</p>	<p>- Trung tâm phục vụ hành chính công</p> <p>- Bộ phận “Một cửa huyện”, “Một cửa xã”</p> <p>- Bưu cục phường, xã, thị trấn, Bưu cục cấp huyện;</p> <p>- Bộ phận tiếp nhận hồ sơ đăng ký trực tuyến Sở</p>	04 giờ/hc	Theo mục 5.2

	- Chuyển phòng chuyên môn thẩm định hồ sơ (bản giấy/bản số)			
<b>Bước 3</b>	<p>Phòng chuyên môn xử lý hồ sơ:</p> <p>+ Trường hợp hồ sơ không đáp ứng yêu cầu, điều kiện trong thời gian 03 ngày làm việc, kể từ ngày nhận hồ sơ có văn bản trả lời nêu rõ lý do.</p> <p>+ Trường hợp hồ sơ cần giải trình và bổ sung thêm trong thời gian 03 ngày làm việc, kể từ ngày nhận hồ sơ có văn bản yêu cầu bổ sung, hoàn thiện hồ sơ.</p> <p>+ Hồ sơ đầy đủ, hợp lệ, trong thời hạn 05 ngày làm việc, kể từ ngày ghi trên Phiếu tiếp nhận hồ sơ (thời điểm tiếp nhận hồ sơ được tính theo dấu tiếp nhận công văn đến của Sở Y tế), Sở Y tế có trách nhiệm kiểm tra hồ sơ và công khai trên trang thông tin điện tử của Sở Y tế các thông tin sau: Tên, địa chỉ, số điện thoại liên hệ và toàn văn hồ sơ công bố của cơ sở điều trị.</p>	Lãnh đạo phòng chuyên viên xử lý	16 giờ/hc	Theo mục 5.2
<b>Bước 4</b>	Hội đồng xem xét chấp thuận hoặc không chấp trình Lãnh đạo Sở	Hội đồng cấp CCHN, GPHĐ	08 giờ/hc	Theo mục 5.2
<b>Bước 5</b>	<p>Lãnh đạo Sở xem xét, phê duyệt văn bản:</p> <p>+ Chấp thuận: Đăng trên công thông tin điện tử của Sở Y tế</p> <p>+ Không chấp thuận: Có văn bản không đồng ý hoặc yêu cầu bổ sung, sửa đổi.</p>	Ban Giám đốc Sở	08 giờ/hc	Theo mục 5.2
<b>Bước 6</b>	Vào sổ theo dõi, trả hồ sơ, kết quả giải quyết TTHC cho nơi tiếp nhận	Chuyên viên phòng chuyên môn	04 giờ/hc	Theo mục 6;7

<b>Bước 7</b>	Trả hồ sơ, kết quả giải quyết TTHC trực tiếp hoặc qua dịch vụ bưu chính công ích đến người thực hiện thủ tục hành chính	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Trung tâm Phục vụ hành chính công</li> <li>- Cổng thông tin điện tử của Sở Y tế</li> </ul>	Giờ hành chính	
-------------------	---	---	----------------	--

## 6. BIỂU MẪU: Không có

TT	Mã hiệu	Tên biểu mẫu
1		
2		
3		

## 7. HỒ SƠ LƯU

**Hồ sơ lưu bao gồm các tài liệu sau:**

TT	Tài liệu trong hồ sơ
1	Các hồ sơ, giấy tờ tại mục 5.2
2	Văn bản công bố lại (Văn bản thông báo về sự thay đổi về tên, địa chỉ, về cơ sở vật chất, trang thiết bị và nhân sự) trên trang thông tin điện tử của Sở Y tế
3	
4	
	....
Hồ sơ được lưu tại Phòng nghiệp vụ Dược, thời gian lưu trữ theo quy định hiện hành.	

**8. Tên thủ tục hành chính:** Công bố lại đối với cơ sở công bố đủ điều kiện điều trị nghiện chất dạng thuốc phiện bằng phương thức điện tử khi hồ sơ công bố bị hư hỏng hoặc bị mất

<b>UBND TỈNH AN GIANG SỞ Y TẾ</b>	<b>QUY TRÌNH</b>	Mã hiệu:	QT-01
	Công bố lại đối với cơ sở công bố đủ điều kiện điều trị nghiện chất dạng thuốc phiện bằng phương thức điện tử khi hồ sơ công bố bị hư hỏng hoặc bị mất	Ngày BH	...../...../20. .

### MỤC LỤC

#### SỬA ĐỔI TÀI LIỆU

1. MỤC ĐÍCH
2. PHẠM VI
3. TÀI LIỆU VIỆN DẪN
4. ĐỊNH NGHĨA/VIẾT TẮT
5. NỘI DUNG QUY TRÌNH
6. BIỂU MẪU
7. HỒ SƠ CẦN LƯU

Trách nhiệm	Soạn thảo	Xem xét	Phê duyệt
Họ tên		Từ Hoàng Tước	Từ Quốc Tuấn
Chữ ký			
Chức vụ	Chuyên viên Phòng Nghiệp vụ Y	Phó Giám đốc Sở Y tế	Giám đốc Sở

### SỬA ĐỔI TÀI LIỆU

Yêu cầu sửa đổi/ bổ sung	Trang / Phần liên quan việc sửa đổi	Mô tả nội dung sửa đổi	Lần ban hành / Lần sửa đổi	Ngày ban hành

### 1. MỤC ĐÍCH

Quy định trình tự tiếp nhận hồ sơ Công bố lại đối với cơ sở công bố đủ điều kiện điều trị nghiện chất dạng thuốc phiện bằng phương thức điện tử khi hồ sơ công bố bị hư hỏng hoặc bị mất trên địa bàn tỉnh An Giang

### 2. PHẠM VI



Áp dụng đối với cán bộ, công chức Phòng Nghiệp vụ Y thuộc Sở Y tế tỉnh An Giang; Cơ sở điều trị nghiện các chất dạng thuốc phiện bằng thuốc thay thế thuộc thẩm quyền quản lý của Sở Y tế

### 3. TÀI LIỆU VIỆN DẪN

- Tiêu chuẩn quốc gia TCVN ISO 9001:2015
- Các văn bản pháp quy liên quan đề cập tại mục 5.2

### 4. ĐỊNH NGHĨA/ VIẾT TẮT

- CSĐTNCDDTP: Cơ sở điều trị nghiện các chất dạng thuốc phiện

### 5. NỘI DUNG QUY TRÌNH

<b>5.1</b>	<b>Cơ sở pháp lý:</b> - Luật số 64/2006/QH11 phòng, chống nhiễm vi rút gây ra hội chứng suy giảm miễn dịch mắc phải ở người (HIV/AIDS); - Nghị định 90/2016/NĐ-CP ngày 01/7/2016 của Chính phủ quy định về điều trị nghiện các chất dạng thuốc phiện bằng thuốc thay thế. - Quyết định số 7678/QĐ-BYT ngày 30/12/2016 của Bộ Y tế.		
<b>5.2</b>	<b>Yêu cầu, điều kiện thực hiện thủ tục hành chính</b>		
	Không		
<b>5.3</b>	<b>Thành phần hồ sơ</b>	<b>Bản chính</b>	<b>Bản sao</b>
	1. Đơn đề nghị công bố đủ điều kiện điều trị nghiện chất dạng thuốc phiện bằng thuốc thay thế theo Mẫu số 05 quy định tại Phụ lục ban hành kèm theo Nghị định số 90/2016/NĐ-CP; 2. Bản sao quyết định thành lập của cơ quan nhà nước có thẩm quyền hoặc bản sao giấy chứng nhận đầu tư hoặc bản sao giấy chứng nhận đăng ký doanh nghiệp hoặc tài liệu tương đương khác của cơ sở; 3. Danh sách nhân sự theo Mẫu số 06 quy định tại Phụ lục ban hành kèm theo Nghị định số 90/2016/NĐ-CP và kèm theo bản sao văn bằng chuyên môn của từng nhân viên; 4. Bản kê khai trang thiết bị của cơ sở điều trị theo Mẫu số 07 quy định tại Phụ lục ban hành kèm theo Nghị định số 90/2016/NĐ-CP; 5. Sơ đồ mặt bằng của cơ sở điều trị.	X   X  X	   X

			X	
<b>5.4</b>	<b>Số lượng hồ sơ:</b> 01 bộ hồ sơ			
<b>5.5</b>	<b>Thời gian xử lý:</b> 05 ngày làm việc (40 giờ/hc), tính từ ngày ghi trên Phiếu tiếp nhận hồ sơ			
<b>5.6</b>	<b>Nơi tiếp nhận và trả kết quả:</b> + Trung tâm phục vụ hành chính công tỉnh (hồ sơ nộp tại trung tâm) + Bưu cục xã, phường, thị trấn, bưu cục cấp huyện (nộp h/s bưu cục, trả kết quả tại nơi yêu cầu) + Bộ phận Một cửa huyện, Một cửa xã (trả kết quả qua dịch vụ bưu chính công ích đến nơi yêu cầu). + Đăng ký trực tuyến Cổng dịch vụ công tỉnh/Trang dịch Cổng thông tin điện tử Sở Y tế An Giang (trả kết quả qua dịch vụ bưu chính công ích đến nơi yêu cầu)			
<b>5.7</b>	<b>Lệ phí:</b> Không			
<b>5.8</b>	<b>Quy trình xử lý công việc:</b>			
<b>TT</b>	<b>Trình tự</b>	<b>Trách nhiệm</b>	<b>Thời gian</b>	<b>Biểu mẫu/ Kết quả</b>
<b>Bước 1</b>	Nơi nộp hồ sơ: a) Trung tâm phục vụ hành chính công tỉnh b) Bộ phận “Một cửa huyện”, “Một cửa xã” c) Bưu cục xã, phường, thị trấn, bưu cục cấp huyện; d) Đăng ký trực tuyến Cổng dịch vụ công tỉnh/Trang dịch Cổng thông tin điện tử Sở Y tế An Giang	Tổ chức/ cá nhân	Giờ hành chính	
<b>Bước 2</b>	- Tiếp nhận hồ sơ và ghi biên nhận, hẹn ngày trả kết quả: a) Trường hợp nộp hồ sơ trực tiếp, nếu hồ sơ đầy đủ thì Trung tâm phục vụ hành chính công cấp giấy tiếp nhận hồ sơ và hẹn trả kết quả theo thời hạn quy định; nếu hồ sơ chưa đầy đủ theo	- Trung tâm phục vụ hành chính công - Bộ phận “Một cửa	04 giờ/hc	Theo mục 5.2

	<p>quy định thì trả lại ngay và hướng dẫn để hoàn thiện hồ sơ.</p> <p>b) Trường hợp nhận hồ sơ qua hệ thống bưu chính, hồ sơ nhận qua Bộ phận “Một cửa huyện”, “Một cửa xã”; Đăng ký trực tuyến Cổng dịch vụ công tỉnh/Trang dịch Cổng thông tin điện tử Sở Y tế An Giang nếu hồ sơ đầy đủ thì cấp giấy biên nhận/tin nhắn và hẹn kết quả theo thời hạn quy định; nếu chưa đầy đủ theo quy định thì hướng dẫn bổ sung, hoàn thiện hồ sơ ngay</p> <p>- Chuyên phòng chuyên môn thẩm định hồ sơ (bản giấy/bản số)</p>	<p>huyện”, “Một cửa xã”</p> <p>- Bưu cục phường, xã, thị trấn, Bưu cục cấp huyện;</p> <p>- Bộ phận tiếp nhận hồ sơ đăng ký trực tuyến Sở</p>		
<p><b>Bước 3</b></p>	<p>Phòng chuyên môn xử lý hồ sơ:</p> <p>+ Trường hợp hồ sơ không đáp ứng yêu cầu, điều kiện trong thời gian 03 ngày làm việc, kể từ ngày nhận hồ sơ có văn bản trả lời nêu rõ lý do.</p> <p>+ Trường hợp hồ sơ cần giải trình và bổ sung thêm trong thời gian 03 ngày làm việc, kể từ ngày nhận hồ sơ có văn bản yêu cầu bổ sung, hoàn thiện hồ sơ.</p> <p>+ Hồ sơ đầy đủ, hợp lệ, trong thời hạn 05 ngày làm việc, kể từ ngày ghi trên Phiếu tiếp nhận hồ sơ (thời điểm tiếp nhận hồ sơ được tính theo dấu tiếp nhận công văn đến của Sở Y tế), Sở Y tế có trách nhiệm kiểm tra hồ sơ và công khai trên trang thông tin điện tử của Sở Y tế các thông tin sau: Tên, địa chỉ, số điện thoại liên hệ và toàn văn hồ sơ công bố của cơ sở điều trị.</p>	<p>Lãnh đạo phòng chuyên chuyên viên xử lý</p>	<p>16 giờ/hc</p>	<p>Theo mục 5.2</p>

<b>Bước 4</b>	Hội đồng xem xét chấp thuận hoặc không chấp trình Lãnh đạo Sở	Hội đồng cấp CCHN, GPĐ	08 giờ/hc	Theo mục 5.2
<b>Bước 5</b>	Lãnh đạo Sở xem xét, phê duyệt văn bản: + Chấp thuận: Đăng trên cổng thông tin điện tử của Sở Y tế + Không chấp thuận: Có văn bản không đồng ý hoặc yêu cầu bổ sung, sửa đổi.	Ban Giám đốc Sở	08 giờ/hc	Theo mục 5.2
<b>Bước 6</b>	Vào sổ theo dõi, trả hồ sơ, kết quả giải quyết TTHC cho nơi tiếp nhận	Chuyên viên phòng chuyên môn	04 giờ/hc	Theo mục 6;7
<b>Bước 7</b>	Trả hồ sơ, kết quả giải quyết TTHC trực tiếp hoặc qua dịch vụ bưu chính công ích đến người thực hiện thủ tục hành chính	- Trung tâm Phục vụ hành chính công - Cổng thông tin điện tử của Sở Y tế	Giờ hành chính	

## 6. BIỂU MẪU

TT	Mã hiệu	Tên biểu mẫu
1	BM05/QT-CSĐTNCCDTP	<b>Mẫu số 05:</b> Đơn đề nghị công bố đủ điều kiện điều trị nghiện chất dạng thuốc phiện bằng thuốc thay thế
2	BM06/QT-CSĐTNCCDTP	<b>Mẫu số 06:</b> Danh sách nhân sự làm việc tại cơ sở điều trị.
3	BM07/QT-CSĐTNCCDTP	<b>Mẫu số 07:</b> Bản kê khai trang thiết bị của cơ sở điều trị.

## 7. HỒ SƠ LƯU

**Hồ sơ lưu bao gồm các tài liệu sau:**

<b>TT</b>	<b>Tài liệu trong hồ sơ</b>
<b>1</b>	Các hồ sơ, giấy tờ tại mục 5.2
<b>2</b>	Văn bản công bố của Sở Y tế trên trang thông tin điện tử của Sở Y tế
<b>3</b>	
<b>4</b>	
	....
<p>Hồ sơ được lưu tại Phòng nghiệp vụ Dược, thời gian lưu trữ theo quy định hiện hành.</p>	

**CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM**  
**Độc lập - Tự do - Hạnh phúc**

-----

....<sup>1</sup> ....., ngày....tháng....năm 20...

**ĐƠN ĐỀ NGHỊ**

**Công bố đủ điều kiện điều trị nghiện chất dạng thuốc phiện bằng thuốc thay thế**

Kính gửi: Sở Y tế .....<sup>2</sup>.....

Tên: .....<sup>3</sup>.....

Địa điểm: .....<sup>4</sup>.....

Điện thoại/fax: .....

Căn cứ Nghị định số ...../2016/NĐ-CP ngày.....tháng.....năm 2016 của Chính phủ quy định về điều trị nghiện các chất dạng thuốc phiện bằng thuốc thay thế, chúng tôi đề nghị Sở Y tế công bố đủ điều kiện điều trị nghiện chất dạng thuốc phiện đối với cơ sở .....<sup>3</sup>.....

Chúng tôi xin gửi kèm theo Đơn này bộ hồ sơ gồm các giấy tờ sau:

1	Bản sao quyết định thành lập của cơ quan nhà nước có thẩm quyền hoặc bản sao giấy chứng nhận đầu tư hoặc bản sao giấy chứng nhận đăng ký doanh nghiệp hoặc tài liệu tương đương khác	£
2	Danh sách nhân sự của cơ sở điều trị kèm theo bản sao văn bằng chuyên môn của từng nhân viên thuộc cơ sở điều trị	£
3	Bản kê khai trang thiết bị của cơ sở điều trị	£
4	Sơ đồ mặt bằng của cơ sở điều trị	£

Cơ sở công bố đủ điều kiện điều trị nghiện chất dạng thuốc phiện xin cam kết:

1. Đã kiểm tra, ký đóng dấu vào những phần liên quan ở tất cả các giấy tờ nộp trong hồ sơ công bố đủ điều kiện điều trị nghiện chất dạng thuốc phiện này và xác nhận là đây là các giấy tờ hợp pháp, nội dung là đúng sự thật. Nếu có sự giả mạo, không đúng sự thật cơ sở xin chịu hoàn toàn trách nhiệm và sẽ bị xử phạt theo quy định của pháp luật.

2. Đáp ứng đủ yêu cầu, điều kiện về cơ sở vật chất, trang thiết bị và nhân sự thực hiện việc điều trị nghiện chất dạng thuốc phiện theo quy định.

3. Thông báo cho Sở Y tế .....<sup>2</sup>..... khi có bất cứ thay đổi nào đối với hồ sơ công bố đủ điều kiện điều trị nghiện chất dạng thuốc phiện.

**THỦ TRƯỞNG ĐƠN VỊ**  
(Ký, ghi rõ họ, tên và đóng dấu)

<sup>1</sup> Địa danh

<sup>2</sup> Tên Sở Y tế tỉnh

<sup>3</sup> Ghi rõ tên của cơ sở đề nghị công bố đủ điều kiện điều trị nghiện chất dạng thuốc phiện

<sup>4</sup> Ghi rõ địa chỉ cụ thể của cơ sở đề nghị công bố đủ điều kiện điều trị nghiện chất dạng thuốc phiện

**CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM**  
**Độc lập - Tự do - Hạnh phúc**

-----

.....<sup>1</sup> ....., ngày.....tháng.....năm 20....

**DANH SÁCH NHÂN SỰ LÀM VIỆC TẠI CƠ SỞ ĐIỀU TRỊ**

TT	Họ và tên	Vị trí việc làm	Chế độ làm việc (²)	Các giấy tờ kèm theo	Ghi chú
1.	.....	Bác sỹ phụ trách chuyên môn kỹ thuật		1. Bản sao bằng tốt nghiệp bác sỹ. 2. Bản sao chứng nhận đã qua đào tạo, tập huấn về điều trị nghiện chất dạng thuốc phiện.	
2.	.....	Nhân viên hỗ trợ khám bệnh, chữa bệnh		Bản sao bằng tốt nghiệp từ trung cấp chuyên ngành y trở lên.	
3.	.....	Nhân viên tư vấn		Bản sao bằng tốt nghiệp trung cấp y hoặc trung cấp dược hoặc trung cấp xã hội trở lên.	
4.	.....	Nhân viên cấp phát thuốc		Bản sao bằng tốt nghiệp trung cấp y hoặc trung cấp dược trở lên.	
5.	.....	Nhân viên bảo quản thuốc		Bản sao bằng tốt nghiệp trung cấp dược trở lên.	
6.	.....	Nhân viên xét nghiệm		Bản sao bằng tốt nghiệp trung cấp y, dược, sinh học, hóa học trở lên.	
7.	.....	Nhân viên hành chính		Bản sao bằng tốt nghiệp trung cấp trở lên.	
8.	.....	Nhân viên bảo vệ		Bản sao bằng tốt nghiệp trung học cơ sở trở lên.	

**THỦ TRƯỞNG ĐƠN VỊ**  
(Ký, ghi rõ họ, tên và đóng dấu)

<sup>1</sup> Địa danh

<sup>2</sup> Ghi rõ làm việc toàn thời gian hay kiêm nhiệm



**CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM**  
**Độc lập - Tự do - Hạnh phúc**

-----

.....<sup>1</sup> ....., ngày.....tháng.....năm 20....

**BẢN KÊ KHAI TRANG THIẾT BỊ CỦA CƠ SỞ ĐIỀU TRỊ**

STT	Tên thiết bị	Ký hiệu thiết bị (MODEL)	Công ty sản xuất	Nước sản xuất	Năm sản xuất	Số lượng	Tình trạng sử dụng	Ghi chú
1								
2								
3								
4								
5								
...								

**THỦ TRƯỞNG ĐƠN VỊ**  
*(Ký, ghi rõ họ, tên và đóng dấu)*

<sup>1</sup> Địa danh

---

1 Bãi bỏ các quy định theo Khoản 2 Điều 16 Nghị định số 155/2018/NĐ-CP.

**9. Tên thủ tục hành chính:** Công bố lại đối với cơ sở điều trị sau khi hết thời hạn bị tạm đình chỉ

UBND TỈNH AN GIANG SỞ Y TẾ	<b>QUY TRÌNH</b> Công bố lại đối với cơ sở điều trị sau khi hết thời hạn bị tạm đình chỉ	Mã hiệu:	QT-01
		Ngày BH	...../...../20. .

**MỤC LỤC**

SỬA ĐỔI TÀI LIỆU

1. MỤC ĐÍCH
2. PHẠM VI
3. TÀI LIỆU VIỆN DẪN
4. ĐỊNH NGHĨA/VIẾT TẮT
5. NỘI DUNG QUY TRÌNH
6. BIỂU MẪU
7. HỒ SƠ CẦN LƯU

Trách nhiệm	Soạn thảo	Xem xét	Phê duyệt
Họ tên		Từ Hoàng Tước	Từ Quốc Tuấn
Chữ ký			
Chức vụ	Chuyên viên Phòng Nghiệp vụ Y	Phó Giám đốc Sở Y tế	Giám đốc Sở Y tế

**SỬA ĐỔI TÀI LIỆU**

Yêu cầu sửa đổi/bổ sung	Trang / Phần liên quan việc sửa đổi	Mô tả nội dung sửa đổi	Lần ban hành / Lần sửa đổi	Ngày ban hành

**1. MỤC ĐÍCH**

Quy định trình tự tiếp nhận hồ sơ Công bố lại đối với cơ sở điều trị sau khi hết thời hạn bị tạm đình chỉ trên địa bàn tỉnh An Giang

**2. PHẠM VI**

Áp dụng đối với cán bộ, công chức Phòng Nghiệp vụ Y thuộc Sở Y tế tỉnh An Giang; Cơ sở điều trị nghiện các chất dạng thuốc phiện bằng thuốc thay thế thuộc thẩm quyền quản lý của Sở Y tế

### 3. TÀI LIỆU VIỆN DẪN

- Tiêu chuẩn quốc gia TCVN ISO 9001:2015
- Các văn bản pháp quy liên quan đề cập tại mục 5.2

### 4. ĐỊNH NGHĨA/ VIẾT TẮT

- CSĐTNCDDTP: Cơ sở điều trị nghiện các chất dạng thuốc phiện

### 5. NỘI DUNG QUY TRÌNH

<b>5.1</b>	<b>Cơ sở pháp lý:</b> - Luật số 64/2006/QH11 phòng, chống nhiễm vi rút gây ra hội chứng suy giảm miễn dịch mắc phải ở người (HIV/AIDS); - Nghị định 90/2016/NĐ-CP ngày 01/7/2016 của Chính phủ quy định về điều trị nghiện các chất dạng thuốc phiện bằng thuốc thay thế. - Quyết định số 7678/QĐ-BYT ngày 30/12/2016 của Bộ Y tế.		
<b>5.2</b>	<b>Yêu cầu, điều kiện thực hiện thủ tục hành chính</b>		
	Không		
<b>5.3</b>	<b>Thành phần hồ sơ</b>	<b>Bản chính</b>	<b>Bản sao</b>
	Hồ sơ khắc phục vi phạm	X	
<b>5.4</b>	<b>Số lượng hồ sơ:</b> 01 bộ hồ sơ		
<b>5.5</b>	<b>Thời gian xử lý:</b> 05 ngày làm việc (40 giờ/hc), tính từ ngày ghi trên Phiếu tiếp nhận hồ sơ		
<b>5.6</b>	<b>Nơi tiếp nhận và trả kết quả:</b> + Trung tâm phục vụ hành chính công tỉnh (hồ sơ nộp tại trung tâm) + Bưu cục xã, phường, thị trấn, bưu cục cấp huyện (nộp h/s bưu cục, trả kết quả tại nơi yêu cầu) + Bộ phận Một cửa huyện, Một cửa xã (trả kết quả qua dịch vụ bưu chính công ích đến nơi yêu cầu). + Đăng ký trực tuyến Cổng dịch vụ công tỉnh/Trang dịch Cổng thông tin điện tử Sở Y tế An Giang (trả kết quả qua dịch vụ bưu chính công ích đến nơi yêu cầu)		
<b>5.7</b>	<b>Lệ phí:</b> Không		
<b>5.8</b>	<b>Quy trình xử lý công việc:</b>		

TT	Trình tự	Trách nhiệm	Thời gian	Biểu mẫu/ Kết quả
<b>Bước 1</b>	<p>Nơi nộp hồ sơ:</p> <p>a) Trung tâm phục vụ hành chính công tỉnh</p> <p>b) Bộ phận “Một cửa huyện”, “Một cửa xã”</p> <p>c) Bưu cục xã, phường, thị trấn, bưu cục cấp huyện;</p> <p>d) Đăng ký trực tuyến Cổng dịch vụ công tỉnh/Trang dịch Cổng thông tin điện tử Sở Y tế An Giang</p>	Tổ chức/ cá nhân	Giờ hành chính	
<b>Bước 2</b>	<p>- Tiếp nhận hồ sơ và ghi biên nhận, hẹn ngày trả kết quả:</p> <p>a) Trường hợp nộp hồ sơ trực tiếp, nếu hồ sơ đầy đủ thì Trung tâm phục vụ hành chính công cấp giấy tiếp nhận hồ sơ và hẹn trả kết quả theo thời hạn quy định; nếu hồ sơ chưa đầy đủ theo quy định thì trả lại ngay và hướng dẫn để hoàn thiện hồ sơ.</p> <p>b) Trường hợp nhận hồ sơ qua hệ thống bưu chính, hồ sơ nhận qua Bộ phận “Một cửa huyện”, “Một cửa xã”; Đăng ký trực tuyến Cổng dịch vụ công tỉnh/Trang dịch Cổng thông tin điện tử Sở Y tế An Giang nếu hồ sơ đầy đủ thì cấp giấy biên nhận/tin nhắn và hẹn kết quả theo thời hạn quy định; nếu chưa đầy đủ theo quy định thì hướng dẫn bổ sung, hoàn thiện hồ sơ ngay</p> <p>- Chuyển phòng chuyên môn thẩm định hồ sơ (bản giấy/bản số)</p>	<p>- Trung tâm phục vụ hành chính công</p> <p>- Bộ phận “Một cửa huyện”, “Một cửa xã”</p> <p>- Bưu cục phường, xã, thị trấn, Bưu cục cấp huyện;</p> <p>- Bộ phận tiếp nhận hồ sơ đăng ký trực tuyến Sở</p>	04 giờ/hc	Theo mục 5.2
<b>Bước 3</b>	Phòng chuyên môn xử lý hồ sơ:	Lãnh đạo phòng	16 giờ/hc	Theo mục 5.2

	<p>+ Trường hợp hồ sơ không đáp ứng yêu cầu, điều kiện trong thời gian 03 ngày làm việc, kể từ ngày nhận hồ sơ có văn bản trả lời nêu rõ lý do.</p> <p>+ Trường hợp hồ sơ cần giải trình và bổ sung thêm trong thời gian 03 ngày làm việc, kể từ ngày nhận hồ sơ có văn bản yêu cầu bổ sung, hoàn thiện hồ sơ.</p> <p>+ Hồ sơ đầy đủ, hợp lệ, trong thời hạn 05 ngày làm việc, kể từ ngày ghi trên Phiếu tiếp nhận hồ sơ (thời điểm tiếp nhận hồ sơ được tính theo dấu tiếp nhận công văn đến của Sở Y tế), Sở Y tế có trách nhiệm kiểm tra hồ sơ và công khai trên trang thông tin điện tử của Sở Y tế các thông tin sau: Tên, địa chỉ, số điện thoại liên hệ và toàn văn hồ sơ công bố của cơ sở điều trị.</p>	chuyên chuyên viên xử lý		
<b>Bước 4</b>	Hội đồng xem xét chấp thuận hoặc không chấp trình Lãnh đạo Sở	Hội đồng cấp CCHN, GPHĐ	08 giờ/hc	Theo mục 5.2
<b>Bước 5</b>	<p>Lãnh đạo Sở xem xét, phê duyệt văn bản:</p> <p>+ Chấp thuận: Đăng trên cổng thông tin điện tử của Sở Y tế</p> <p>+ Không chấp thuận: Có văn bản không đồng ý hoặc yêu cầu bổ sung, sửa đổi.</p>	Ban Giám đốc Sở	08 giờ/hc	Theo mục 5.2
<b>Bước 6</b>	Vào sổ theo dõi, trả hồ sơ, kết quả giải quyết TTHC cho nơi tiếp nhận	Chuyên viên phòng chuyên môn	04 giờ/hc	Theo mục 6;7
<b>Bước 7</b>	Trả hồ sơ, kết quả giải quyết TTHC trực tiếp hoặc qua dịch vụ	- Trung tâm Phục vụ	Giờ hành chính	

	bưu chính công ích đến người thực hiện thủ tục hành chính	hành chính công - Cổng thông tin điện tử của Sở Y tế		
--	---	---	--	--

## 6. BIỂU MẪU: Không

TT	Mã hiệu	Tên biểu mẫu
1		
2		
3		

## 7. HỒ SƠ LƯU

Hồ sơ lưu bao gồm các tài liệu sau:

TT	Tài liệu trong hồ sơ
1	Các hồ sơ, giấy tờ tại mục 5.2
2	Văn bản công bố của Sở Y tế trên trang thông tin điện tử của Sở Y tế
3	
4	
	....
Hồ sơ được lưu tại Phòng nghiệp vụ Dược, thời gian lưu trữ theo quy định hiện hành.	

**10. Tên thủ tục hành chính:** Cấp mới giấy chứng nhận đủ điều kiện xét nghiệm khẳng định các trường hợp HIV dương tính thuộc thẩm quyền của Sở Y tế

UBND TỈNH AN GIANG <b>SỞ Y TẾ</b>	<b>QUY TRÌNH</b> Cấp mới giấy chứng nhận đủ điều kiện xét nghiệm khẳng định các trường hợp HIV dương tính thuộc thẩm quyền của Sở Y tế	Mã hiệu:	QT-01
		Ngày BH	...../...../20. .

**MỤC LỤC**

SỬA ĐỔI TÀI LIỆU

1. MỤC ĐÍCH
2. PHẠM VI
3. TÀI LIỆU VIỆN DẪN
4. ĐỊNH NGHĨA/VIẾT TẮT
5. NỘI DUNG QUY TRÌNH
6. BIỂU MẪU
7. HỒ SƠ CÀN LƯU

<b>Trách nhiệm</b>	<b>Soạn thảo</b>	<b>Xem xét</b>	<b>Phê duyệt</b>
<b>Họ tên</b>		<b>Từ Hoàng Tước</b>	<b>Từ Quốc Tuấn</b>
<b>Chữ ký</b>			
<b>Chức vụ</b>	Chuyên viên Phòng Nghệ vụ Y	Phó Giám đốc Sở Y tế	Giám đốc Sở

## SỬA ĐỔI TÀI LIỆU

<b>Yêu cầu sửa đổi/ bổ sung</b>	<b>Trang / Phần liên quan việc sửa đổi</b>	<b>Mô tả nội dung sửa đổi</b>	<b>Lần ban hành / Lần sửa đổi</b>	<b>Ngày ban hành</b>

### 1. MỤC ĐÍCH

Quy định trình tự tiếp nhận hồ sơ Cấp mới giấy chứng nhận đủ điều kiện xét nghiệm khẳng định các trường hợp HIV dương tính thuộc thẩm quyền của Sở Y tế tỉnh An Giang

### 2. PHẠM VI

Áp dụng đối với cán bộ, công chức Phòng Nghiệp vụ Y thuộc Sở Y tế tỉnh An Giang; Cơ sở đủ điều kiện xét nghiệm khẳng định các trường hợp HIV dương tính thuộc thẩm quyền quản lý của Sở Y tế tỉnh An Giang

### 3. TÀI LIỆU VIỆN DẪN

- Tiêu chuẩn quốc gia TCVN ISO 9001:2015
- Các văn bản pháp quy liên quan đề cập tại mục 5.2

### 4. ĐỊNH NGHĨA/ VIẾT TẮT

- CSĐKXNKĐCTHHIVDT: Cơ sở đủ điều kiện xét nghiệm khẳng định các trường hợp HIV dương tính

### 5. NỘI DUNG QUY TRÌNH

<b>5.1</b>	<b>Cơ sở pháp lý:</b> <ul style="list-style-type: none"><li>- Luật số 64/2006/QH11 ngày 29/6/2006 về phòng, chống nhiễm vi rút gây ra hội chứng suy giảm miễn dịch mắc phải ở người (HIV/AIDS).</li><li>- Luật Đầu tư ngày 26/11/2014</li><li>- Nghị định số 75/2016/NĐ-CP ngày 01/7/2016 của Chính phủ quy định điều kiện thực hiện xét nghiệm HIV</li><li>- Nghị định số 155/2018/NĐ-CP ngày 12/11/2018 của Chính phủ sửa đổi, bổ sung một số quy định liên quan đến điều kiện đầu tư kinh doanh thuộc phạm vi quản lý nhà nước của Bộ Y tế.</li><li>- Thông tư số 04/2019/TT-BYT ngày 28/3/2019 của Bộ Y tế quy định việc phân cấp thẩm quyền cấp, điều chỉnh, thu hồi giấy chứng nhận đủ điều kiện xét nghiệm khẳng định các trường hợp HIV dương tính và đình chỉ hoạt động xét nghiệm khẳng định các trường hợp HIV dương tính.</li></ul>
------------	---



	- Quyết định số 4361/QĐ-BYT ngày 23/9/2019 của Bộ Y tế.		
<b>5.2</b>	<b>Yêu cầu, điều kiện thực hiện thủ tục hành chính</b>		
	Không		
<b>5.3</b>	<b>Thành phần hồ sơ</b>	<b>Bản chính</b>	<b>Bản sao</b>
	<p>1. Đơn đề nghị cấp mới giấy chứng nhận đủ điều kiện theo Mẫu số 01 quy định tại Phụ lục ban hành kèm theo Nghị định số 75/2016/NĐ-CP;</p> <p>2. Bản kê nhân sự xét nghiệm HIV của cơ sở theo Mẫu quy số 04 quy định tại Phụ lục ban hành kèm theo Nghị định số 75/2016/NĐ-CP;</p> <p>3. Bản kê danh sách trang thiết bị của phòng xét nghiệm theo Mẫu số 05 quy định tại Phụ lục ban hành kèm theo Nghị định số 75/2016/NĐ-CP;</p> <p>4. Sơ đồ mặt bằng nơi thực hiện xét nghiệm;</p> <p>5. Bản sao hợp lệ kết quả thực hiện xét nghiệm chính xác trên bộ mẫu kiểm chuẩn của cơ sở xét nghiệm HIV được Bộ Y tế công nhận theo quy định tại Khoản 4 Điều 17 của Nghị định số 155/2018/NĐ-CP.</p>	<p>X</p> <p>X</p> <p>X</p> <p>X</p>	<p>X</p>
<b>5.4</b>	<b>Số lượng hồ sơ:</b> 01 bộ hồ sơ		
<b>5.5</b>	<b>Thời gian xử lý:</b> 40 ngày làm việc (320 giờ/hc) kể từ ngày nhận hồ sơ đầy đủ và hợp lệ		
<b>5.6</b>	<p><b>Nơi tiếp nhận và trả kết quả:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>+ Trung tâm phục vụ hành chính công tỉnh (hồ sơ nộp tại trung tâm)</li> <li>+ Bưu cục xã, phường, thị trấn, bưu cục cấp huyện (nộp h/s bưu cục, trả kết quả tại nơi yêu cầu)</li> <li>+ Bộ phận Một cửa huyện, Một cửa xã (trả kết quả qua dịch vụ bưu chính công ích đến nơi yêu cầu).</li> <li>+ Đăng ký trực tuyến Cổng dịch vụ công tỉnh/Trang dịch Cổng thông tin điện tử Sở Y tế An Giang (trả kết quả qua dịch vụ bưu chính công ích đến nơi yêu cầu)</li> </ul>		
<b>5.7</b>	<b>Lệ phí:</b> Không có		

<b>5.8 Quy trình xử lý công việc:</b>				
<b>TT</b>	<b>Trình tự</b>	<b>Trách nhiệm</b>	<b>Thời gian</b>	<b>Biểu mẫu/ Kết quả</b>
<b>Bước 1</b>	<p>Nơi nộp hồ sơ:</p> <p>a) Trung tâm phục vụ hành chính công tỉnh</p> <p>b) Bộ phận “Một cửa huyện”, “Một cửa xã”</p> <p>c) Bưu cục xã, phường, thị trấn, bưu cục cấp huyện;</p> <p>d) Đăng ký trực tuyến Cổng dịch vụ công tỉnh/Trang dịch Cổng thông tin điện tử Sở Y tế An Giang</p>	Tổ chức/ cá nhân	Giờ hành chính	
<b>Bước 2</b>	<p>- Tiếp nhận hồ sơ và ghi biên nhận, hẹn ngày trả kết quả:</p> <p>a) Trường hợp nộp hồ sơ trực tiếp, nếu hồ sơ đầy đủ thì Trung tâm phục vụ hành chính công cấp giấy tiếp nhận hồ sơ và hẹn trả kết quả theo thời hạn quy định; nếu hồ sơ chưa đầy đủ theo quy định thì trả lại ngay và hướng dẫn để hoàn thiện hồ sơ.</p> <p>b) Trường hợp nhận hồ sơ qua hệ thống bưu chính, hồ sơ nhận qua Bộ phận “Một cửa huyện”, “Một cửa xã”; Đăng ký trực tuyến Cổng dịch vụ công tỉnh/Trang dịch Cổng thông tin điện tử Sở Y tế An Giang nếu hồ sơ đầy đủ thì cấp giấy biên nhận/tin nhắn và hẹn kết quả theo thời hạn quy định; nếu chưa đầy đủ theo quy định thì hướng dẫn bổ sung, hoàn thiện hồ sơ ngay</p> <p>- Chuyển phòng chuyên môn thẩm định hồ sơ (bản giấy/bản số)</p>	<p>- Trung tâm phục vụ hành chính công</p> <p>- Bộ phận “Một cửa huyện”, “Một cửa xã”</p> <p>- Bưu cục phường, xã, thị trấn, Bưu cục cấp huyện;</p> <p>- Bộ phận tiếp nhận hồ sơ đăng ký trực tuyến Sở</p>	08 giờ/hc	Theo mục 5.2

<p><b>Bước 3</b></p>	<p>Phòng chuyên môn xử lý hồ sơ:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>+ Trường hợp hồ sơ không đáp ứng yêu cầu, điều kiện trong thời gian 03 ngày làm việc, kể từ ngày nhận hồ sơ có văn bản trả lời nêu rõ lý do.</li> <li>+ Trường hợp hồ sơ cần giải trình và bổ sung thêm trong thời gian 03 ngày làm việc, kể từ ngày nhận hồ sơ có văn bản yêu cầu bổ sung, hoàn thiện hồ sơ.</li> <li>+ Hồ sơ đầy đủ, hợp lệ, trong thời hạn 10 ngày làm việc, kể từ ngày kết thúc thẩm định (thời điểm kết thúc thẩm định tính theo ngày ghi trên biên bản thẩm định), nếu cơ sở xét nghiệm HIV đủ điều kiện xét nghiệm các trường hợp khẳng định HIV dương tính, Sở Y tế có trách nhiệm cấp mới giấy chứng nhận đủ điều kiện theo Mẫu số 7 quy định tại Phụ lục ban hành kèm theo Nghị định số 75/2016/NĐ-CP.</li> </ul>	<p>Lãnh đạo phòng chuyên viên xử lý</p>	<p>280 giờ/hc</p>	<p>Theo mục 5.2</p>
<p><b>Bước 4</b></p>	<p>Hội đồng xem xét chấp thuận hoặc không chấp trình Lãnh đạo Sở</p>	<p>Hội đồng cấp CCHN, GPHĐ</p>	<p>08 giờ/hc</p>	<p>Theo mục 5.2</p>
<p><b>Bước 5</b></p>	<p>Lãnh đạo Sở xem xét, phê duyệt văn bản:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>+ Chấp thuận: Giấy chứng nhận đủ điều kiện đủ điều kiện xét nghiệm khẳng định các trường hợp HIV dương tính và trong thời hạn 10 ngày làm việc phải đăng trên trang thông tin điện tử của Sở Y tế.</li> <li>+ Không chấp thuận: Có văn bản không đồng ý hoặc yêu cầu bổ sung, sửa đổi.</li> </ul>	<p>Ban Giám đốc Sở</p>	<p>16 giờ/hc</p>	<p>Theo mục 5.2</p>

<b>Bước 6</b>	Vào sổ theo dõi, trả hồ sơ, kết quả giải quyết TTHC cho nơi tiếp nhận	Chuyên viên phòng chuyên môn	08 giờ/hc	Theo mục 6;7
<b>Bước 7</b>	Trả hồ sơ, kết quả giải quyết TTHC trực tiếp hoặc qua dịch vụ bưu chính công ích đến người thực hiện thủ tục hành chính	- Trung tâm Phục vụ hành chính công - Cổng thông tin điện tử của Sở Y tế	Giờ hành chính	

## 6. BIỂU MẪU: Không

TT	Mã hiệu	Tên biểu mẫu
1	BM01/QT-CSDKXNKĐCTHHIVDT	Mẫu số 01: Đơn đề nghị cấp mới giấy chứng nhận đủ điều kiện xét nghiệm khẳng định các trường hợp HIV dương tính.
2	BM02/QT-CSDKXNKĐCTHHIVDT	Mẫu số 02: Bản kê nhân sự cho xét nghiệm HIV của cơ sở xét nghiệm.
3	BM03/QT-CSDKXNKĐCTHHIVDT	Mẫu số 03: Bản kê trang thiết bị xét nghiệm HIV của cơ sở xét nghiệm
4	BM04/QT-CSDKXNKĐCTHHIVDT	Mẫu số 04: Phiếu tiếp nhận hồ sơ

## 7. HỒ SƠ LƯU

Hồ sơ lưu bao gồm các tài liệu sau:

TT	Tài liệu trong hồ sơ
1	Các hồ sơ, giấy tờ tại mục 5.2
2	Giấy chứng nhận đủ điều kiện đủ điều kiện xét nghiệm khẳng định các trường hợp HIV dương tính
3	
4	
	....
Hồ sơ được lưu tại Phòng nghiệp vụ Dược, thời gian lưu trữ theo quy định hiện hành.	

**CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM**  
**Độc lập - Tự do - Hạnh phúc**

-----

.....<sup>1</sup>....., ngày ..... tháng ..... năm 20...

**ĐƠN ĐỀ NGHỊ**

**Cấp mới giấy chứng nhận đủ điều kiện khẳng định kết quả xét nghiệm HIV dương tính**

Kính gửi: .....<sup>2</sup>.....

Địa chỉ: .....<sup>3</sup>.....

Điện thoại: ..... Email (nếu có): .....

Sau khi nghiên cứu Nghị định số /2016/NĐ-CP ngày / /2016 của Chính phủ quy định về điều kiện thực hiện xét nghiệm HIV và các văn bản hướng dẫn hiện hành, chúng tôi đề nghị cơ quan xem xét, thực hiện thủ tục cấp mới giấy chứng nhận đủ điều kiện khẳng định kết quả xét nghiệm HIV dương tính với kỹ thuật xét nghiệm .....<sup>4</sup>..... Chúng tôi xin gửi kèm theo văn bản này bộ hồ sơ gồm các giấy tờ sau:

1. Bảng kê khai nhân sự thực hiện xét nghiệm HIV
2. Danh mục trang thiết bị thực hiện xét nghiệm HIV
3. Sơ đồ mặt bằng nơi làm xét nghiệm HIV
4. Bản sao hợp lệ văn bản xác nhận kết quả thực hiện xét nghiệm HIV

**THỦ TRƯỞNG ĐƠN VỊ**  
*(Xác nhận của đơn vị)*

\_\_\_\_\_

<sup>1</sup> Địa danh

<sup>2</sup> Tên cơ sở đề nghị cấp giấy nhận

<sup>3</sup> Địa chỉ cụ thể của cơ sở đề nghị.

<sup>4</sup> Liệt kê các kỹ thuật xét nghiệm HIV được áp dụng tại cơ sở

**CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM**  
**Độc lập - Tự do - Hạnh phúc**

-----

.....<sup>1</sup>....., ngày ..... tháng ..... năm 20...

**Bản kê khai nhân sự xét nghiệm HIV của cơ sở xét nghiệm**

<b>TT</b>	<b>Họ và tên</b>	<b>Trình độ chuyên môn</b>	<b>Bằng cấp và chứng chỉ được đào tạo về xét nghiệm HIV</b>	<b>Số tháng kinh nghiệm về thực hiện xét nghiệm HIV</b>	<b>Vị trí đảm nhiệm</b>
1					
2					
3					

**THỦ TRƯỞNG ĐƠN VỊ**  
*(xác nhận của đơn vị)*

---

<sup>1</sup> Địa danh

**MẪU BẢN KÊ KHAI TRANG THIẾT BỊ XÉT NGHIỆM HIV CỦA CƠ SỞ  
XÉT NGHIỆM**

*(Ban hành kèm theo Nghị định số /2016/NĐ-CP ngày tháng năm 2016 của  
Chính phủ)*

**CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM  
Độc lập - Tự do - Hạnh phúc**

-----

.....<sup>1</sup>....., ngày ..... tháng ..... năm 20...

**Bản kê khai trang thiết bị xét nghiệm HIV của cơ sở xét nghiệm**

STT	Tên thiết bị	Ký hiệu thiết bị (MODEL)	Số lượng	Tình trạng sử dụng	Ghi chú
1					
2					
3					

**THỦ TRƯỞNG ĐƠN VỊ**  
*(xác nhận của đơn vị)*

---

<sup>1</sup> Địa danh

.....<sup>1</sup>.....  
-----

**CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM**  
**Độc lập - Tự do - Hạnh phúc**

Số: /PTN-...<sup>2</sup>...

.....<sup>3</sup>..., ngày ... tháng ... năm 20...

**PHIẾU TIẾP NHẬN**

**Hồ sơ đề nghị cấp mới, cấp lại, điều chỉnh giấy chứng nhận đủ điều kiện  
khẳng định kết quả xét nghiệm HIV dương tính**

Họ và tên: .....

Chức vụ: .....

Đơn vị công tác: .....

Đã tiếp nhận hồ sơ đề nghị ...<sup>4</sup>..... đề nghị cấp giấy chứng nhận đủ điều  
kiện khẳng định kết quả xét nghiệm HIV dương tính của .....<sup>5</sup>..... bao gồm:

1. ....<sup>6</sup>.....

2. ....

3. ....

4. ....

5. ....

.....

**NGƯỜI TIẾP NHẬN HỒ SƠ**  
(Ký, ghi rõ chức danh, họ và tên)

**Nơi nhận:**

- Đơn vị nộp hồ sơ;
- Lưu: cơ quan tiếp nhận.

<sup>1</sup> Tên cơ quan tiếp nhận hồ sơ

<sup>2</sup> Chữ viết tắt tên cơ quan tiếp nhận hồ sơ

<sup>3</sup> Địa danh

<sup>4</sup> Ghi rõ lý do gửi hồ sơ (Cấp mới, cấp lại, điều chỉnh)

<sup>5</sup> Tên cơ sở đề nghị

<sup>6</sup> Liệt kê đầy đủ các giấy tờ có trong hồ sơ



**11. Tên thủ tục hành chính:** Cấp lại giấy chứng nhận đủ điều kiện khẳng định các trường hợp HIV dương tính thuộc thẩm quyền của Sở Y tế

<b>UBND TỈNH AN GIANG SỞ Y TẾ</b>	<b>QUY TRÌNH</b> Cấp lại giấy chứng nhận đủ điều kiện khẳng định các trường hợp HIV dương tính thuộc thẩm quyền của Sở Y tế	Mã hiệu:	QT-01
		Ngày BH	...../...../20. .

**MỤC LỤC**

SỬA ĐỔI TÀI LIỆU

1. MỤC ĐÍCH
2. PHẠM VI
3. TÀI LIỆU VIỆN DẪN
4. ĐỊNH NGHĨA/VIẾT TẮT
5. NỘI DUNG QUY TRÌNH
6. BIỂU MẪU
7. HỒ SƠ CẦN LƯU

Trách nhiệm	Soạn thảo	Xem xét	Phê duyệt
Họ tên		Từ Hoàng Tước	Từ Quốc Tuấn
Chữ ký			
Chức vụ	Chuyên viên Phòng Nghiệp vụ Y	Phó Giám đốc Sở Y tế	Giám đốc Sở

**SỬA ĐỔI TÀI LIỆU**

Yêu cầu sửa đổi/bổ sung	Trang / Phần liên quan việc sửa đổi	Mô tả nội dung sửa đổi	Lần ban hành / Lần sửa đổi	Ngày ban hành

**1. MỤC ĐÍCH**

Quy định trình tự tiếp nhận hồ sơ Cấp lại giấy chứng nhận đủ điều kiện khẳng định các trường hợp HIV dương tính thuộc thẩm quyền của Sở Y tế tỉnh An Giang

## 2. PHẠM VI

Áp dụng đối với cán bộ, công chức Phòng Nghiệp vụ Y thuộc Sở Y tế tỉnh An Giang; Cơ sở đủ điều kiện xét nghiệm khẳng định các trường hợp HIV dương tính thuộc thẩm quyền quản lý của Sở Y tế tỉnh An Giang

## 3. TÀI LIỆU VIỆN DẪN

- Tiêu chuẩn quốc gia TCVN ISO 9001:2015
- Các văn bản pháp quy liên quan đề cập tại mục 5.2

## 4. ĐỊNH NGHĨA/ VIẾT TẮT

- CSĐKXNKĐCTHHIVDT: Cơ sở đủ điều kiện xét nghiệm khẳng định các trường hợp HIV dương tính

## 5. NỘI DUNG QUY TRÌNH

<b>5.1</b>	<b>Cơ sở pháp lý:</b> <ul style="list-style-type: none"><li>- Luật số 64/2006/QH11 ngày 29/6/2006 về phòng, chống nhiễm vi rút gây ra hội chứng suy giảm miễn dịch mắc phải ở người (HIV/AIDS).</li><li>- Luật Đầu tư ngày 26/11/2014</li><li>- Nghị định số 75/2016/NĐ-CP ngày 01/7/2016 của Chính phủ quy định điều kiện thực hiện xét nghiệm HIV</li><li>- Nghị định số 155/2018/NĐ-CP ngày 12/11/2018 của Chính phủ sửa đổi, bổ sung một số quy định liên quan đến điều kiện đầu tư kinh doanh thuộc phạm vi quản lý nhà nước của Bộ Y tế.</li><li>- Thông tư số 04/2019/TT-BYT ngày 28/3/2019 của Bộ Y tế quy định việc phân cấp thẩm quyền cấp, điều chỉnh, thu hồi giấy chứng nhận đủ điều kiện xét nghiệm khẳng định các trường hợp HIV dương tính và đình chỉ hoạt động xét nghiệm khẳng định các trường hợp HIV dương tính.</li><li>- Quyết định số 4361/QĐ-BYT ngày 23/9/2019 của Bộ Y tế.</li></ul>		
<b>5.2</b>	<b>Yêu cầu, điều kiện thực hiện thủ tục hành chính</b>		
	Không có		
<b>5.3</b>	<b>Thành phần hồ sơ</b>	<b>Bản chính</b>	<b>Bản sao</b>
	Văn bản đề nghị cấp lại giấy chứng nhận phòng xét nghiệm khẳng định các trường hợp HIV dương tính của cơ sở đề nghị.	X	
<b>5.4</b>	<b>Số lượng hồ sơ:</b> 01 bộ hồ sơ		

<b>5.5</b>	<b>Thời gian xử lý: 10</b> ngày làm việc (80 giờ/hc) kể từ ngày nhận hồ sơ đầy đủ và hợp lệ			
<b>5.6</b>	<b>Nơi tiếp nhận và trả kết quả:</b> + Trung tâm phục vụ hành chính công tỉnh (hồ sơ nộp tại trung tâm) + Bưu cục xã, phường, thị trấn, bưu cục cấp huyện (nộp h/s bưu cục, trả kết quả tại nơi yêu cầu) + Bộ phận Một cửa huyện, Một cửa xã (trả kết quả qua dịch vụ bưu chính công ích đến nơi yêu cầu). + Đăng ký trực tuyến Cổng dịch vụ công tỉnh/Trang dịch Cổng thông tin điện tử Sở Y tế An Giang (trả kết quả qua dịch vụ bưu chính công ích đến nơi yêu cầu)			
<b>5.7</b>	<b>Lệ phí:</b> Không có			
<b>5.8</b>	<b>Quy trình xử lý công việc:</b>			
<b>TT</b>	<b>Trình tự</b>	<b>Trách nhiệm</b>	<b>Thời gian</b>	<b>Biểu mẫu/ Kết quả</b>
<b>Bước 1</b>	Nơi nộp hồ sơ: a) Trung tâm phục vụ hành chính công tỉnh b) Bộ phận “Một cửa huyện”, “Một cửa xã” c) Bưu cục xã, phường, thị trấn, bưu cục cấp huyện; d) Đăng ký trực tuyến Cổng dịch vụ công tỉnh/Trang dịch Cổng thông tin điện tử Sở Y tế An Giang	Tổ chức/ cá nhân	Giờ hành chính	
<b>Bước 2</b>	- Tiếp nhận hồ sơ và ghi biên nhận, hẹn ngày trả kết quả: a) Trường hợp nộp hồ sơ trực tiếp, nếu hồ sơ đầy đủ thì Trung tâm phục vụ hành chính công cấp giấy tiếp nhận hồ sơ và hẹn trả kết quả theo thời hạn quy định; nếu hồ sơ chưa đầy đủ theo quy định thì trả lại ngay và hướng dẫn để hoàn thiện hồ sơ. b) Trường hợp nhận hồ sơ qua hệ thống bưu chính, hồ sơ nhận	- Trung tâm phục vụ hành chính công - Bộ phận “Một cửa huyện”, “Một cửa xã” - Bưu cục phường, xã,	04 giờ/hc	Theo mục 5.2

	<p>qua Bộ phận “Một cửa huyện”, “Một cửa xã”; Đăng ký trực tuyến Công dịch vụ công tỉnh/Trang dịch Công thông tin điện tử Sở Y tế An Giang nếu hồ sơ đầy đủ thì cấp giấy biên nhận/tin nhắn và hẹn kết quả theo thời hạn quy định; nếu chưa đầy đủ theo quy định thì hướng dẫn bổ sung, hoàn thiện hồ sơ ngay</p> <p>- Chuyển phòng chuyên môn thẩm định hồ sơ (bản giấy/bản số)</p>	<p>thị trấn, Bưu cục cấp huyện;</p> <p>- Bộ phận tiếp nhận hồ sơ đăng ký trực tuyến Sở</p>		
<b>Bước 3</b>	<p>Phòng chuyên môn xử lý hồ sơ:</p> <p>+ Trường hợp hồ sơ không đáp ứng yêu cầu, điều kiện trong thời gian 03 ngày làm việc, kể từ ngày nhận hồ sơ có văn bản trả lời nêu rõ lý do.</p> <p>+ Trường hợp hồ sơ cần giải trình và bổ sung thêm trong thời gian 03 ngày làm việc, kể từ ngày nhận hồ sơ có văn bản yêu cầu bổ sung, hoàn thiện hồ sơ.</p> <p>+ Hồ sơ đầy đủ, hợp lệ, trong thời hạn 10 ngày làm việc, kể từ ngày kết thúc thẩm định (thời điểm kết thúc thẩm định tính theo ngày ghi trên biên bản thẩm định), nếu cơ sở xét nghiệm HIV đủ điều kiện xét nghiệm các trường hợp khẳng định HIV dương tính, Sở Y tế có trách nhiệm cấp mới giấy chứng nhận đủ điều kiện theo Mẫu số 7 quy định tại Phụ lục ban hành kèm theo Nghị định số 75/2016/NĐ-CP.</p>	<p>Lãnh đạo phòng chuyên viên xử lý</p>	56 giờ/hc	Theo mục 5.2
<b>Bước 4</b>	<p>Hội đồng xem xét (chấp thuận hoặc không chấp thuận) trình Lãnh đạo Sở</p>	<p>Hội đồng cấp CCHN, GPĐ</p>	08 giờ/hc	Theo mục 5.2

<b>Bước 5</b>	<p>Lãnh đạo Sở xem xét, phê duyệt văn bản:</p> <p>+ Chấp thuận: Giấy chứng nhận đủ điều kiện đủ điều kiện xét nghiệm khẳng định các trường hợp HIV dương tính và trong thời hạn 10 ngày làm việc phải đăng trên trang thông tin điện tử của Sở Y tế.</p> <p>+ Không chấp thuận: Có văn bản không đồng ý hoặc yêu cầu bổ sung, sửa đổi.</p>	Ban Giám đốc Sở	08 giờ/hc	Theo mục 5.2
<b>Bước 6</b>	Vào sổ theo dõi, trả hồ sơ, kết quả giải quyết TTHC cho nơi tiếp nhận	Chuyên viên phòng chuyên môn	04 giờ/hc	Theo mục 6;7
<b>Bước 7</b>	Trả hồ sơ, kết quả giải quyết TTHC trực tiếp hoặc qua dịch vụ bưu chính công ích đến người thực hiện thủ tục hành chính	<p>- Trung tâm Phục vụ hành chính công</p> <p>- Công thông tin điện tử của Sở Y tế</p>	Giờ hành chính	

## 6. BIỂU MẪU: Không

TT	Mã hiệu	Tên biểu mẫu
1	BM01/QT-CSDKXNKĐCTHHIVDT	Mẫu số 01: Đơn đề nghị cấp mới giấy chứng nhận đủ điều kiện xét nghiệm khẳng định các trường hợp HIV dương tính.
2	BM02/QT-CSDKXNKĐCTHHIVDT	Mẫu số 02: Phiếu tiếp nhận hồ sơ.
3		

## 7. HỒ SƠ LƯU

Hồ sơ lưu bao gồm các tài liệu sau:

TT	Tài liệu trong hồ sơ
----	----------------------

<b>1</b>	Các hồ sơ, giấy tờ tại mục 5.2
<b>2</b>	Giấy chứng nhận đủ điều kiện đủ điều kiện xét nghiệm khẳng định các trường hợp HIV dương tính
<b>3</b>	
<b>4</b>	
	....
Hồ sơ được lưu tại Phòng nghiệp vụ Dược, thời gian lưu trữ theo quy định hiện hành.	

.....<sup>1</sup>  
-----

**CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM**  
**Độc lập - Tự do - Hạnh phúc**

Số: /...<sup>2</sup>...

.....<sup>3</sup>..., ngày ... tháng ... năm 20...

**ĐƠN ĐỀ NGHỊ**

**Cấp lại giấy chứng nhận đủ điều kiện xét nghiệm khẳng định các trường hợp HIV dương tính**

Kính gửi: .....<sup>4</sup>.....

Tên cơ sở xét nghiệm HIV: .....

Địa chỉ: .....

Điện thoại: .....

Email (nếu có): .....

Giấy chứng nhận đủ điều kiện khẳng định kết quả xét nghiệm HIV dương tính số:  
..... Ngày cấp: ..... Nơi cấp .....

Đề nghị cấp lại giấy chứng nhận đủ điều kiện vì lý do .....<sup>5</sup>.....

Kính đề nghị cơ quan xem xét và cấp lại giấy chứng nhận đủ điều kiện khẳng định kết quả xét nghiệm HIV dương tính.

**THỦ TRƯỞNG ĐƠN VỊ**  
*(Ký và ghi rõ họ và tên)*

---

<sup>1</sup> Tên tổ chức đề nghị

<sup>2</sup> Chữ viết tắt tên tổ chức đề nghị

<sup>3</sup> Địa danh

<sup>4</sup> Tên cơ quan tiếp nhận hồ sơ

<sup>5</sup> Bị mất hoặc hư hỏng hoặc hết hiệu lực giấy chứng nhận đã được cấp theo TT số 15/2013/TT-BYT

.....<sup>1</sup>.....  
-----

**CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT  
NAM**

**Độc lập - Tự do - Hạnh phúc**  
-----

Số: /PTN-...<sup>2</sup>...

.....<sup>3</sup>..., ngày ... tháng ... năm 20...

**PHIẾU TIẾP NHẬN**

**Hồ sơ đề nghị cấp mới, cấp lại, điều chỉnh giấy chứng nhận đủ điều kiện  
khẳng định kết quả xét nghiệm HIV dương tính**

Họ và tên: .....

Chức vụ: .....

Đơn vị công tác: .....

Đã tiếp nhận hồ sơ đề nghị ...<sup>4</sup>..... đề nghị cấp giấy chứng nhận đủ điều  
kiện khẳng định kết quả xét nghiệm HIV dương tính của .....<sup>5</sup>..... bao gồm:

1. ....<sup>6</sup>.....

2. ....

3. ....

4. ....

5. ....

.....

**NGƯỜI TIẾP NHẬN HỒ SƠ**  
(Ký, ghi rõ chức danh, họ và tên)

**Nơi nhận:**

- Đơn vị nộp hồ sơ;
- Lưu: cơ quan tiếp nhận.

<sup>1</sup> Tên cơ quan tiếp nhận hồ sơ

<sup>2</sup> Chữ viết tắt tên cơ quan tiếp nhận hồ sơ

<sup>3</sup> Địa danh

<sup>4</sup> Ghi rõ lý do gửi hồ sơ (Cấp mới, cấp lại, điều chỉnh)

<sup>5</sup> Tên cơ sở đề nghị

<sup>6</sup> Liệt kê đầy đủ các giấy tờ có trong hồ sơ



**12. Tên thủ tục hành chính:** Điều chỉnh giấy chứng nhận đủ điều kiện xét nghiệm khẳng định các trường hợp HIV dương tính thuộc thẩm quyền của Sở Y tế

<b>UBND TỈNH AN GIANG SỞ Y TẾ</b>	<b>QUY TRÌNH</b>	Mã hiệu:	QT-01
	Điều chỉnh giấy chứng nhận đủ điều kiện xét nghiệm khẳng định các trường hợp HIV dương tính thuộc thẩm quyền của Sở Y tế	Ngày BH	...../...../20. .

**MỤC LỤC**

SỬA ĐỔI TÀI LIỆU

1. MỤC ĐÍCH
2. PHẠM VI
3. TÀI LIỆU VIỆN DẪN
4. ĐỊNH NGHĨA/VIẾT TẮT
5. NỘI DUNG QUY TRÌNH
6. BIỂU MẪU
7. HỒ SƠ CÀN LƯU

Trách nhiệm	Soạn thảo	Xem xét	Phê duyệt
Họ tên		Từ Hoàng Tước	Từ Quốc Tuấn
Chữ ký			
Chức vụ	Chuyên viên Phòng Nghiệp vụ Y	Phó Giám đốc Sở	Giám đốc Sở

**SỬA ĐỔI TÀI LIỆU**

Yêu cầu sửa đổi/bổ sung	Trang / Phần liên quan việc sửa đổi	Mô tả nội dung sửa đổi	Lần ban hành / Lần sửa đổi	Ngày ban hành

**1. MỤC ĐÍCH**

Quy định trình tự tiếp nhận hồ sơ Điều chỉnh giấy chứng nhận đủ điều kiện xét nghiệm khẳng định các trường hợp HIV dương tính thuộc thẩm quyền của Sở Y tế tỉnh An Giang

## 2. PHẠM VI

Áp dụng đối với cán bộ, công chức Phòng Nghiệp vụ Y thuộc Sở Y tế tỉnh An Giang; Cơ sở đủ điều kiện xét nghiệm khẳng định các trường hợp HIV dương tính thuộc thẩm quyền quản lý của Sở Y tế

## 3. TÀI LIỆU VIỆN DẪN

- Tiêu chuẩn quốc gia TCVN ISO 9001:2015
- Các văn bản pháp quy liên quan đề cập tại mục 5.2

## 4. ĐỊNH NGHĨA/ VIẾT TẮT

- CSĐKXNKĐCTHHIVDT: Cơ sở đủ điều kiện xét nghiệm khẳng định các trường hợp HIV dương tính

## 5. NỘI DUNG QUY TRÌNH

<b>5.1</b>	<b>Cơ sở pháp lý:</b> <ul style="list-style-type: none"><li>- Luật số 64/2006/QH11 ngày 29/6/2006 về phòng, chống nhiễm vi rút gây ra hội chứng suy giảm miễn dịch mắc phải ở người (HIV/AIDS).</li><li>- Luật Đầu tư ngày 26/11/2014</li><li>- Nghị định số 75/2016/NĐ-CP ngày 01/7/2016 của Chính phủ quy định điều kiện thực hiện xét nghiệm HIV</li><li>- Nghị định số 155/2018/NĐ-CP ngày 12/11/2018 của Chính phủ sửa đổi, bổ sung một số quy định liên quan đến điều kiện đầu tư kinh doanh thuộc phạm vi quản lý nhà nước của Bộ Y tế.</li><li>- Thông tư số 04/2019/TT-BYT ngày 28/3/2019 của Bộ Y tế quy định việc phân cấp thẩm quyền cấp, điều chỉnh, thu hồi giấy chứng nhận đủ điều kiện xét nghiệm khẳng định các trường hợp HIV dương tính và đình chỉ hoạt động xét nghiệm khẳng định các trường hợp HIV dương tính.</li><li>- Quyết định số 4361/QĐ-BYT ngày 23/9/2019 của Bộ Y tế.</li></ul>		
<b>5.2</b>	<b>Yêu cầu, điều kiện thực hiện thủ tục hành chính</b>		
	Không có		
<b>5.3</b>	<b>Thành phần hồ sơ</b>	<b>Bản chính</b>	<b>Bản sao</b>
	1. Đơn đề nghị điều chỉnh giấy chứng nhận đủ điều kiện theo Mẫu số 03 quy định tại Phụ lục ban hành kèm theo Nghị định số 75/2016/NĐ-CP; 2. Tài liệu kèm theo hồ sơ cụ thể trong các trường hợp sau:	X	

	<p>- Thay đổi tên hoặc địa điểm của cơ sở xét nghiệm HIV cần có Bản sao có chứng thực các giấy tờ chứng minh việc thay đổi tên hoặc địa điểm của cơ sở xét nghiệm HIV điểm a, Khoản 2 Điều 11 Nghị định số 75/2016/NĐ-CP;</p> <p>- Thay đổi người phụ trách chuyên môn cần có Bản sao có chứng thực các văn bằng, chứng chỉ, chứng nhận chuyên môn có liên quan đến xét nghiệm HIV của người phụ trách chuyên môn điểm b Khoản 2 Điều 11 Nghị định số 75/2016/NĐ-CP;</p> <p>- Thay đổi kỹ thuật xét nghiệm HIV cần có bản sao có chứng thực bản xác nhận kết quả thực hành xét nghiệm HIV đối với mẫu được xét nghiệm sau khi có sự thay đổi kỹ thuật quy định tại Khoản 4 Điều 17 Nghị định số 155/2018/NĐ-CP</p>	X		
		X		
		X		
<b>5.4</b>	<b>Số lượng hồ sơ:</b> 01 bộ hồ sơ			
<b>5.5</b>	<b>Thời gian xử lý:</b> 15 ngày làm việc (120 giờ/hc) kể từ ngày nhận hồ sơ đầy đủ và hợp lệ			
<b>5.6</b>	<p><b>Nơi tiếp nhận và trả kết quả:</b></p> <p>+ Trung tâm phục vụ hành chính công tỉnh (hồ sơ nộp tại Trung tâm)</p> <p>+ Bưu cục xã, phường, thị trấn, bưu cục cấp huyện (nộp h/s bưu cục, trả kết quả tại nơi yêu cầu)</p> <p>+ Bộ phận Một cửa huyện, Một cửa xã (trả kết quả qua dịch vụ bưu chính công ích đến nơi yêu cầu).</p> <p>+ Đăng ký trực tuyến Cổng dịch vụ công tỉnh/Trang dịch Cổng thông tin điện tử Sở Y tế An Giang (trả kết quả qua dịch vụ bưu chính công ích đến nơi yêu cầu)</p>			
<b>5.7</b>	<b>Lệ phí:</b> Không có			
<b>5.8</b>	<b>Quy trình xử lý công việc:</b>			
<b>TT</b>	<b>Trình tự</b>	<b>Trách nhiệm</b>	<b>Thời gian</b>	<b>Biểu mẫu/ Kết quả</b>

<p><b>Bước 1</b></p>	<p>Nơi nộp hồ sơ:</p> <p>a) Trung tâm phục vụ hành chính công tỉnh</p> <p>b) Bộ phận “Một cửa huyện”, “Một cửa xã”</p> <p>c) Bưu cục xã, phường, thị trấn, bưu cục cấp huyện;</p> <p>d) Đăng ký trực tuyến Cổng dịch vụ công tỉnh/Trang dịch Cổng thông tin điện tử Sở Y tế An Giang</p>	<p>Tổ chức/ cá nhân</p>	<p>Giờ hành chính</p>	
<p><b>Bước 2</b></p>	<p>- Tiếp nhận hồ sơ và ghi biên nhận, hẹn ngày trả kết quả:</p> <p>a) Trường hợp nộp hồ sơ trực tiếp, nếu hồ sơ đầy đủ thì Trung tâm phục vụ hành chính công cấp giấy tiếp nhận hồ sơ và hẹn trả kết quả theo thời hạn quy định; nếu hồ sơ chưa đầy đủ theo quy định thì trả lại ngay và hướng dẫn để hoàn thiện hồ sơ.</p> <p>b) Trường hợp nhận hồ sơ qua hệ thống bưu chính, hồ sơ nhận qua Bộ phận “Một cửa huyện”, “Một cửa xã”; Đăng ký trực tuyến Cổng dịch vụ công tỉnh/Trang dịch Cổng thông tin điện tử Sở Y tế An Giang nếu hồ sơ đầy đủ thì cấp giấy biên nhận/tin nhắn và hẹn kết quả theo thời hạn quy định; nếu chưa đầy đủ theo quy định thì hướng dẫn bổ sung, hoàn thiện hồ sơ ngay</p> <p>- Chuyển phòng chuyên môn thẩm định hồ sơ (bản giấy/bản số)</p>	<p>- Trung tâm phục vụ hành chính công</p> <p>- Bộ phận “Một cửa huyện”, “Một cửa xã”</p> <p>- Bưu cục phường, xã, thị trấn, Bưu cục cấp huyện;</p> <p>- Bộ phận tiếp nhận hồ sơ đăng ký trực tuyến Sở</p>	<p>08 giờ/hc</p>	<p>Theo mục 5.2</p>
<p><b>Bước 3</b></p>	<p>Phòng chuyên môn xử lý hồ sơ:</p> <p>+ Trường hợp hồ sơ không đáp ứng yêu cầu, điều kiện trong thời gian 03 ngày làm việc, kể từ ngày nhận hồ sơ có văn bản trả lời nêu rõ lý do.</p>	<p>Lãnh đạo phòng chuyên chuyên viên xử lý</p>	<p>88 giờ/hc</p>	<p>Theo mục 5.2</p>

	<p>+ Trường hợp hồ sơ cần giải trình và bổ sung thêm trong thời gian 03 ngày làm việc, kể từ ngày nhận hồ sơ có văn bản yêu cầu bổ sung, hoàn thiện hồ sơ.</p> <p>+ Hồ sơ đầy đủ, hợp lệ, trong thời hạn 10 ngày làm việc, kể từ ngày kết thúc thẩm định (thời điểm kết thúc thẩm định tính theo ngày ghi trên biên bản thẩm định), nếu cơ sở xét nghiệm HIV đủ điều kiện xét nghiệm các trường hợp kháng định HIV dương tính, Sở Y tế có trách nhiệm cấp mới giấy chứng nhận đủ điều kiện theo Mẫu số 7 quy định tại Phụ lục ban hành kèm theo Nghị định số 75/2016/NĐ-CP.</p>			
<b>Bước 4</b>	Hội đồng xem xét (chấp thuận hoặc không chấp thuận) trình Lãnh đạo Sở	Hội đồng cấp CCHN, GPHĐ	08 giờ/hc	Theo mục 5.2
<b>Bước 5</b>	<p>Lãnh đạo Sở xem xét, phê duyệt văn bản:</p> <p>+ Chấp thuận: Giấy chứng nhận đủ điều kiện đủ điều kiện xét nghiệm kháng định các trường hợp HIV dương tính và trong thời hạn 15 ngày làm việc phải đăng trên trang thông tin điện tử của Sở Y tế.</p> <p>+ Không chấp thuận: Có văn bản không đồng ý hoặc yêu cầu bổ sung, sửa đổi.</p>	Ban Giám đốc Sở	08 giờ/hc	Theo mục 5.2
<b>Bước 6</b>	Vào sổ theo dõi, trả hồ sơ, kết quả giải quyết TTHC cho nơi tiếp nhận	Chuyên viên phòng chuyên môn	08 giờ/hc	Theo mục 6;7

<b>Bước 7</b>	Trả hồ sơ, kết quả giải quyết TTHC trực tiếp hoặc qua dịch vụ bưu chính công ích đến người thực hiện thủ tục hành chính	- Trung tâm Phục vụ hành chính công - Cổng thông tin điện tử của Sở Y tế	Giờ hành chính	
-------------------	---	---	----------------	--

## 6. BIỂU MẪU: Không

TT	Mã hiệu	Tên biểu mẫu
1	BM01/QT-CSDKXNKĐCTHHIVDT	Mẫu số 01: Đơn đề nghị cấp mới giấy chứng nhận đủ điều kiện xét nghiệm khẳng định các trường hợp HIV dương tính.
2	BM02/QT-CSDKXNKĐCTHHIVDT	Mẫu số 02: Phiếu tiếp nhận hồ sơ.
3		
4		

## 7. HỒ SƠ LƯU

Hồ sơ lưu bao gồm các tài liệu sau:

TT	Tài liệu trong hồ sơ
1	Các hồ sơ, giấy tờ tại mục 5.2
2	Giấy chứng nhận đủ điều kiện đủ điều kiện xét nghiệm khẳng định các trường hợp HIV dương tính
3	
4	
	....
Hồ sơ được lưu tại Phòng nghiệp vụ Dược, thời gian lưu trữ theo quy định hiện hành.	

**CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM**  
**Độc lập - Tự do - Hạnh phúc**

.....<sup>1</sup>....., ngày ..... tháng ..... năm 20...

**ĐƠN ĐỀ NGHỊ**

**Điều chỉnh giấy chứng nhận đủ điều kiện khẳng định kết quả xét nghiệm HIV dương tính**

Kính gửi: .....

Tên cơ sở xét nghiệm HIV: .....

Địa chỉ: .....<sup>2</sup> .....

Điện thoại: ..... Email (nếu có): .....

Giấy chứng nhận đủ điều kiện khẳng định kết quả xét nghiệm HIV dương tính số:  
..... Ngày cấp: ..... Nơi cấp .....

Đề nghị điều chỉnh giấy chứng nhận đủ điều kiện vì lý do: .....<sup>3</sup> .....

Hồ sơ gửi kèm:

1. Bản sao hợp lệ chứng minh việc thay đổi tên, địa điểm của cơ sở
2. Bản sao hợp lệ văn bản xác nhận kết quả thực hiện xét nghiệm HIV
3. Văn bằng, chứng chỉ chứng nhận chuyên môn của người phụ trách chuyên môn

Kính đề nghị cơ quan xem xét và điều chỉnh giấy chứng nhận cơ sở đủ điều kiện khẳng định kết quả xét nghiệm HIV dương tính.

**THỦ TRƯỞNG ĐƠN VỊ**  
(xác nhận của đơn vị)

---

<sup>1</sup> Địa danh

<sup>2</sup> Địa chỉ cụ thể của cơ sở xét nghiệm

<sup>3</sup> Liệt kê lý do đề nghị điều chỉnh giấy chứng nhận

.....<sup>1</sup>.....  
-----

**CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM**  
**Độc lập - Tự do - Hạnh phúc**  
-----

Số: /PTN-...<sup>2</sup>...

.....<sup>3</sup>..., ngày ... tháng ... năm 20...

**PHIẾU TIẾP NHẬN**

**Hồ sơ đề nghị cấp mới, cấp lại, điều chỉnh giấy chứng nhận đủ điều kiện  
khẳng định kết quả xét nghiệm HIV dương tính**

Họ và tên: .....

Chức vụ: .....

Đơn vị công tác: .....

Đã tiếp nhận hồ sơ đề nghị ...<sup>4</sup>..... đề nghị cấp giấy chứng nhận đủ điều kiện khẳng định kết quả xét nghiệm HIV dương tính của .....<sup>5</sup>..... bao gồm:

1. ....<sup>6</sup>.....

2. ....

3. ....

4. ....

5. ....

.....

**NGƯỜI TIẾP NHẬN HỒ SƠ**  
(Ký, ghi rõ chức danh, họ và tên)

**Nơi nhận:**

- Đơn vị nộp hồ sơ;
- Lưu: cơ quan tiếp nhận.

\_\_\_\_\_

<sup>1</sup> Tên cơ quan tiếp nhận hồ sơ

<sup>2</sup> Chữ viết tắt tên cơ quan tiếp nhận hồ sơ

<sup>3</sup> Địa danh

<sup>4</sup> Ghi rõ lý do gửi hồ sơ (Cấp mới, cấp lại, điều chỉnh)

<sup>5</sup> Tên cơ sở đề nghị

<sup>6</sup> Liệt kê đầy đủ các giấy tờ có trong hồ sơ



**PHỤ LỤC 2**  
**QUY TRÌNH NỘI BỘ TRONG GIẢI QUYẾT THỦ TỤC HÀNH CHÍNH**  
**THUỘC THẨM QUYỀN GIẢI QUYẾT CỦA UBND CÁC HUYỆN, THỊ XÃ,**  
**THÀNH PHỐ**

*(Ban hành kèm theo Quyết định số /QĐ-UBND ngày tháng 02 năm 2020  
của Chủ tịch Ủy ban nhân dân tỉnh An Giang)*

**I. Lĩnh vực An toàn thực phẩm và Dinh dưỡng**

**1. Tên thủ tục hành chính:** Thủ tục Cấp giấy chứng nhận cơ sở đủ điều kiện an toàn thực phẩm đối với cơ sở kinh doanh dịch vụ ăn uống (cấp huyện).

UBND HUYỆN, THỊ, THÀNH PHỐ	QUY TRÌNH Thủ tục Cấp giấy chứng nhận cơ sở đủ điều kiện an toàn thực phẩm đối với cơ sở kinh doanh dịch vụ ăn uống (cấp huyện).	Mã hiệu:	QT-01
		Ngày BH	...../...../2 0..

**MỤC LỤC**

SỬA ĐỔI TÀI LIỆU

1. MỤC ĐÍCH
2. PHẠM VI
3. TÀI LIỆU VIỆN DẪN
4. ĐỊNH NGHĨA/VIẾT TẮT
5. NỘI DUNG QUY TRÌNH
6. BIỂU MẪU
7. HỒ SƠ CẦN LƯU

Trách nhiệm	Soạn thảo	Xem xét	Phê duyệt
Họ tên			
Chữ ký			
Chức vụ	Phòng Y tế hoặc Trung tâm Y tế	Lãnh đạo UBND huyện, thị, thành phố chỉ định	Lãnh đạo UBND huyện, thị, thành phố chỉ đạo

## SỬA ĐỔI TÀI LIỆU

<b>Yêu cầu sửa đổi/ bổ sung</b>	<b>Trang / Phần liên quan việc sửa đổi</b>	<b>Mô tả nội dung sửa đổi</b>	<b>Lần ban hành / Lần sửa đổi</b>	<b>Ngày ban hành</b>

### 1. MỤC ĐÍCH

Quy định trình tự tiếp nhận hồ sơ thủ tục Cấp giấy chứng nhận cơ sở đủ điều kiện an toàn thực phẩm đối với cơ sở kinh doanh dịch vụ ăn uống (cấp huyện)

### 2. PHẠM VI

Áp dụng đối với cán bộ, công chức, viên chức thuộc UBND cấp huyện; các tổ chức, cá nhân có kinh doanh dịch vụ ăn uống thuộc UBND cấp huyện quản lý.

### 3. TÀI LIỆU VIỆN DẪN

- Tiêu chuẩn quốc gia TCVN ISO 9001:2015
- Các văn bản pháp quy liên quan đề cập tại mục 5.2

### 4. ĐỊNH NGHĨA/ VIẾT TẮT

- CSĐDKATTP: Cơ sở đủ điều kiện an toàn thực phẩm

### 5. NỘI DUNG QUY TRÌNH

<b>5.1</b>	<b>Cơ sở pháp lý:</b> <ul style="list-style-type: none"><li>- Luật An toàn thực phẩm số 55/2010/QH12 ngày 17/6/2010 của Quốc hội</li><li>- Nghị định số 15/2018/NĐ-CP ngày 02/02/2018 của Chính phủ quy định chi tiết thi hành một số điều của Luật An toàn thực phẩm.</li><li>- Nghị định số 155/2018/NĐ-CP ngày 12/11/2018 của Chính phủ Sửa đổi một số quy định liên quan đến điều kiện đầu tư kinh doanh thuộc phạm vi quản lý nhà nước của Bộ Y tế.</li><li>- Thông tư số 279/2016/TT-BTC ngày 14/11/2016 quy định mức thu, chế độ thu, nộp, quản lý và sử dụng phí trong công tác an toàn vệ sinh thực phẩm.</li><li>- Thông tư số 117/2018/TT-BTC ngày 28/11/2018 sửa đổi, bổ sung một số điều của Thông tư số 279/2016/TT-BTC ngày 14/11/2016 của Bộ Tài chính quy định mức thu, chế độ thu, nộp, quản lý và sử dụng phí trong công tác an toàn vệ sinh thực phẩm.</li><li>- Quyết định số 657/QĐ-UBND ngày 28/03/2019 của UBND tỉnh An Giang “về việc phân cấp quản lý, cấp giấy chứng nhận đủ điều kiện an toàn thực phẩm thuộc lĩnh vực Y tế trên địa bàn tỉnh An Giang.</li></ul>
------------	---

<b>5.2</b>	<b>Yêu cầu, điều kiện thực hiện thủ tục hành chính</b>		
	<p>1. Tuân thủ các quy định tại Điều 28, 29 và Điều 30 Luật an toàn thực phẩm và các yêu cầu cụ thể sau:</p> <p>a) Thực hiện kiểm thực ba bước và lưu mẫu thức ăn theo hướng dẫn của Bộ Y tế;</p> <p>b) Thiết bị, phương tiện vận chuyển, bảo quản thực phẩm phải bảo đảm vệ sinh và không gây ô nhiễm cho thực phẩm;</p> <p>2. Người trực tiếp chế biến thức ăn phải được tập huấn kiến thức an toàn thực phẩm và được chủ cơ sở xác nhận và không bị mắc các bệnh tả, lỵ, thương hàn, viêm gan A, E, viêm da nhiễm trùng, lao phổi, tiêu chảy cấp khi đang sản xuất, kinh doanh thực phẩm.</p>		
<b>5.3</b>	<b>Thành phần hồ sơ</b>	<b>Bản chính</b>	<b>Bản sao</b>
	<p>1. Đơn đề nghị cấp Giấy chứng nhận theo mẫu số 01 Phụ lục I kèm theo Nghị định số 155/2018/NĐ-CP.</p> <p>2. Bản sao Giấy chứng nhận đăng ký kinh doanh có ngành nghề phù hợp với loại thực phẩm của cơ sở sản xuất (có xác nhận của cơ sở).</p> <p>3. Bản thuyết minh về cơ sở vật chất, trang thiết bị dụng cụ bảo đảm điều kiện vệ sinh an toàn thực phẩm.</p> <p>4. Giấy xác nhận đủ sức khỏe của chủ cơ sở và người trực tiếp sản xuất, kinh doanh thực phẩm do cơ sở y tế cấp huyện trở lên cấp.</p> <p>3. Danh sách người sản xuất thực phẩm, kinh doanh dịch vụ ăn uống đã được tập huấn kiến thức an toàn thực phẩm có xác nhận của chủ cơ sở.</p>	<p>X</p> <p>X</p> <p>X</p> <p>X</p>	<p>X</p>
<b>5.4</b>	<b>Số lượng hồ sơ:</b> 01 bộ hồ sơ		
<b>5.5</b>	<b>Thời gian xử lý:</b> 20 ngày làm việc (160 giờ/hc) kể từ khi nhận được hồ sơ hợp lệ		
<b>5.6</b>	<b>Nơi tiếp nhận và trả kết quả:</b> + Bộ phận Tiếp nhận và trả kết quả huyện, thị, thành phố (hồ sơ nộp tại Bộ phận một cửa huyện)		

	<p>+ Bưu cục xã, phường, thị trấn, bưu cục cấp huyện (nộp h/s bưu cục, trả kết quả tại nơi yêu cầu)</p> <p>+ Bộ phận Một cửa xã (trả kết quả qua dịch vụ bưu chính công ích đến nơi yêu cầu).</p> <p>+ Đăng ký trực tiếp qua phần mềm dịch vụ công trực tuyến (trả kết quả qua dịch vụ bưu chính công ích đến nơi yêu cầu)</p>			
<b>5.7</b>	<p><b>Phí, Lệ phí:</b></p> <p>- Phí: Đối với cơ sở kinh doanh dịch vụ ăn uống Phục vụ dưới 200 suất ăn: 700.000 đồng /lần/cơ sở</p> <p>- Lệ phí: không có.</p>			
<b>5.8</b>	<p><b>Quy trình xử lý công việc:</b></p>			
<b>TT</b>	<b>Trình tự</b>	<b>Trách nhiệm</b>	<b>Thời gian</b>	<b>Biểu mẫu/ Kết quả</b>
<b>Bước 1</b>	<p>Nơi nộp hồ sơ:</p> <p>a) Bộ phận Tiếp nhận và trả kết quả huyện, thị, thành phố tiếp nhận, kiểm tra thành phần hồ sơ.</p> <p>b) Bộ phận “Một cửa xã”</p> <p>c) Bưu cục xã, phường, thị trấn, bưu cục cấp huyện;</p> <p>d) Đăng ký trực tiếp qua phần mềm dịch vụ công trực tuyến</p>	Tổ chức/ cá nhân	Giờ hành chính	
<b>Bước 2</b>	<p>- Tiếp nhận hồ sơ và ghi biên nhận, hẹn ngày trả kết quả:</p> <p>a) Trường hợp nộp hồ sơ trực tiếp, nếu hồ sơ đầy đủ thì Bộ phận Tiếp nhận và trả kết quả huyện, thị, thành phố cấp giấy tiếp nhận hồ sơ và hẹn trả kết quả theo thời hạn quy định; nếu hồ sơ chưa đầy đủ theo quy định thì trả lại ngay và hướng dẫn để hoàn thiện hồ sơ.</p> <p>b) Trường hợp nhận hồ sơ qua hệ thống bưu chính, hồ sơ nhận qua Bộ phận “Một cửa xã”;</p>	<p>- Bộ phận “Một cửa huyện”, “Một cửa xã”</p> <p>- Bưu cục phường, xã, thị trấn, - Bưu cục cấp huyện;</p>	08 giờ/hc	Theo mục 5.2

	<p>Đăng ký trực tiếp qua phần mềm dịch vụ công trực tuyến nếu hồ sơ đầy đủ thì cấp giấy biên nhận/tin nhắn và hẹn kết quả theo thời hạn quy định; nếu chưa đầy đủ theo quy định thì hướng dẫn bổ sung, hoàn thiện hồ sơ ngay</p> <p>- Chuyển phòng chuyên môn thẩm định hồ sơ (bản giấy/bản số)</p>	- Bộ phận tiếp nhận hồ sơ đăng ký trực tiếp qua phần mềm dịch vụ công trực tuyến		
<b>Bước 3</b>	<p>Cơ quan chuyên môn xử lý hồ sơ:</p> <p>+ Trường hợp hồ sơ không đáp ứng yêu cầu, điều kiện trong thời gian 05 ngày làm việc, kể từ ngày nhận hồ sơ có văn bản trả lời nêu rõ lý do.</p> <p>+ Trường hợp hồ sơ cần giải trình và bổ sung thêm trong thời gian 05 ngày làm việc, kể từ ngày nhận hồ sơ có văn bản yêu cầu bổ sung, hoàn thiện hồ sơ.</p> <p>+ Hồ sơ đáp ứng yêu cầu trình Lãnh đạo cơ quan chuyên môn xem xét và thành lập Đoàn thẩm định.</p>	Lãnh đạo cơ quan chuyên môn do UBND huyện, thị, thành phố chỉ định	88 giờ/hc	Theo mục 5.2
<b>Bước 4</b>	<p>Cơ quan chuyên môn thẩm định đạt yêu cầu, trong thời gian 05 ngày làm việc kể từ ngày thẩm định, trình Lãnh đạo cơ quan có thẩm quyền xem xét cấp Giấy chứng nhận cơ sở đủ điều kiện an toàn thực phẩm</p>	Lãnh đạo UBND huyện, thị, thành phố chỉ định	40 giờ/hc	Theo mục 5.2
<b>Bước 5</b>	<p>Lãnh đạo cơ quan có thẩm quyền xem xét, phê duyệt:</p> <p>+ Chấp thuận: cấp Giấy chứng nhận cơ sở đủ điều kiện an toàn thực phẩm</p> <p>+ Không chấp thuận: Có văn bản không đồng ý.</p>	Lãnh đạo UBND huyện, thị, thành phố chỉ định	16 giờ/hc	Theo mục 5.2

<b>Bước 6</b>	Vào sổ theo dõi, trả hồ sơ, kết quả giải quyết TTHC cho nơi tiếp nhận	Chuyên viên, Cơ quan chuyên môn	08 giờ/hc	Theo mục 6;7
<b>Bước 7</b>	Trả hồ sơ, kết quả giải quyết TTHC trực tiếp hoặc qua dịch vụ bưu chính công ích đến người thực hiện thủ tục hành chính	- Trung tâm Phục vụ hành chính công - Cổng thông tin điện tử của Sở Y tế	Giờ hành chính	

## 6. BIỂU MẪU

TT	Mã hiệu	Tên biểu mẫu
1	BM01/QT-CSĐĐKATTP	Đơn đề nghị cấp giấy chứng nhận cơ sở đủ điều kiện an toàn thực phẩm.
2		

## 7. HỒ SƠ LƯU

**Hồ sơ lưu bao gồm các tài liệu sau:**

TT	Tài liệu trong hồ sơ
1	Các hồ sơ, giấy tờ tại mục 5.2
2	Biên bản thẩm định
3	
	....
Hồ sơ được lưu tại Phòng nghiệp vụ Y, thời gian lưu trữ theo quy định hiện hành.	

**CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM**  
**Độc lập - Tự do - Hạnh phúc**

-----

....., ngày .... tháng .... năm 20....

**ĐƠN ĐỀ NGHỊ**

**Cấp Giấy chứng nhận cơ sở đủ điều kiện an toàn thực phẩm**

Kính gửi: .....

Họ và tên chủ cơ sở: .....

Tên cơ sở sản xuất đề nghị cấp Giấy chứng nhận: .....

.....

Địa chỉ cơ sở sản xuất: .....

.....

.....

Điện thoại: ..... Fax: .....

Đề nghị được cấp Giấy chứng nhận cơ sở đủ điều kiện an toàn thực phẩm cho sản xuất (loại thực phẩm và dạng sản phẩm...): .....

.....

**CHỦ CƠ SỞ**  
(Ký, ghi rõ họ tên)

.....

**PHỤ LỤC 3**  
**QUY TRÌNH NỘI BỘ TRONG GIẢI QUYẾT THỦ TỤC HÀNH CHÍNH**  
**THUỘC THẨM QUYỀN GIẢI QUYẾT CỦA UBND CÁC XÃ, PHƯỜNG,**  
**THỊ TRẤN**

*(Ban hành kèm theo Quyết định số /QĐ-UBND ngày tháng 02 năm 2020  
của Chủ tịch Ủy ban nhân dân tỉnh An Giang)*

**I. Lĩnh vực Dân số**

**1. Tên thủ tục hành chính:** Xét hưởng chính sách hỗ trợ cho đối tượng sinh con đúng chính sách dân số.

UBND <b>XÃ,</b> PHƯỜNG, THỊ TRẤN	<b>QUY TRÌNH</b> Xét hưởng chính sách hỗ trợ cho đối tượng sinh con đúng chính sách dân số.	Mã hiệu:	QT-01
		Ngày BH	...../...../2 0..

**MỤC LỤC**

SỬA ĐỔI TÀI LIỆU

1. MỤC ĐÍCH
2. PHẠM VI
3. TÀI LIỆU VIỆN DẪN
4. ĐỊNH NGHĨA/VIẾT TẮT
5. NỘI DUNG QUY TRÌNH
6. BIỂU MẪU
7. HỒ SƠ CÀN LƯU

Trách nhiệm	Soạn thảo	Xem xét	Phê duyệt
Họ tên			
Chữ ký			
Chức vụ		Văn phòng UBND cấp xã	Lãnh đạo UBND cấp xã

**SỬA ĐỔI TÀI LIỆU**

Yêu cầu sửa đổi/ bổ sung	Trang / Phần liên quan việc sửa đổi	Mô tả nội dung sửa đổi	Lần ban hành / Lần sửa đổi	Ngày ban hành




## 1. MỤC ĐÍCH

Quy định trình tự tiếp nhận hồ sơ xét hưởng chính sách hỗ trợ cho đối tượng sinh con đúng chính sách dân số

## 2. PHẠM VI

Áp dụng đối với cán bộ, công chức, viên chức thuộc UBND cấp xã; các tổ chức, cá nhân sinh con đúng chính sách dân số.

## 3. TÀI LIỆU VIỆN DẪN

- Tiêu chuẩn quốc gia TCVN ISO 9001:2015
- Các văn bản pháp quy liên quan đề cập tại mục 5.2

## 4. ĐỊNH NGHĨA/ VIẾT TẮT

- SCĐCSDS: Sinh con đúng chính sách dân số

## 5. NỘI DUNG QUY TRÌNH

<b>5.1</b>	<b>Cơ sở pháp lý:</b> - Luật Bình đẳng giới năm 2006. - Nghị định số 39/2015/NĐ-CP ngày 27/4/2015 của Chính phủ quy định chính sách hỗ trợ cho phụ nữ thuộc hộ nghèo là người dân tộc thiểu số khi sinh con đúng chính sách dân số. - Quyết định số 792/QĐ-BYT ngày 04/03/2019 của Bộ Y tế về việc công bố thủ tục hành chính trong lĩnh vực dân số		
<b>5.2</b>	<b>Yêu cầu, điều kiện thực hiện thủ tục hành chính</b>		
	Không có		
<b>5.3</b>	<b>Thành phần hồ sơ</b>	<b>Bản chính</b>	<b>Bản sao</b>
	1. Tờ khai của đối tượng hoặc thân nhân trực tiếp của đối tượng hưởng chính sách hỗ trợ. 2. Bản sao có chứng thực hoặc bản chụp có kèm theo bản chính để đối chiếu các giấy tờ chứng minh thuộc đối tượng hỗ trợ theo quy định tại Điều 1 của Nghị định số 39/2015/NĐ-CP:	X	X

	<p>- Giấy đăng ký kết hôn đối với đối tượng hưởng chính sách là người dân tộc Kinh có chồng là người dân tộc thiểu số;</p> <p>- Kết luận của Hội đồng Giám định y khoa cấp tỉnh hoặc cấp Trung ương đối với trường hợp sinh con thứ ba nếu đã có hai con đẻ nhưng một hoặc cả hai con bị dị tật hoặc mắc bệnh hiểm nghèo không mang tính di truyền.</p>			X
<b>5.4</b>	<b>Số lượng hồ sơ:</b> 01 bộ hồ sơ			
<b>5.5</b>	<b>Thời gian xử lý:</b> 10 ngày làm việc (80 giờ/hc) kể từ khi nhận được hồ sơ hợp lệ			
<b>5.6</b>	<p><b>Nơi tiếp nhận và trả kết quả:</b></p> <p>+ Bộ phận Tiếp nhận và trả kết quả xã, phường, thị trấn (hồ sơ nộp tại Bộ phận một cửa xã)</p> <p>+ Bưu cục cấp huyện (nộp h/s bưu cục, trả kết quả tại nơi yêu cầu)</p> <p>+ Đăng ký trực tiếp qua phần mềm dịch vụ công trực tuyến (trả kết quả qua dịch vụ bưu chính công ích đến nơi yêu cầu)</p>			
<b>5.7</b>	<b>Phí, Lệ phí:</b> Không có			
<b>5.8</b>	<b>Quy trình xử lý công việc:</b>			
<b>TT</b>	<b>Trình tự</b>	<b>Trách nhiệm</b>	<b>Thời gian</b>	<b>Biểu mẫu/ Kết quả</b>
<b>Bước 1</b>	<p>Nơi nộp hồ sơ:</p> <p>a) Bộ phận “Một cửa xã” tiếp nhận, kiểm tra thành phần hồ sơ.</p> <p>d) Đăng ký trực tiếp qua phần mềm dịch vụ công trực tuyến</p>	Tổ chức/ cá nhân	Giờ hành chính	
<b>Bước 2</b>	<b>Tiếp nhận hồ sơ và ghi biên nhận, hẹn ngày trả kết quả:</b>		04 giờ/hc	Theo mục 5.2

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Trường hợp nộp hồ sơ trực tiếp: nếu hồ sơ đầy đủ thì Bộ phận Tiếp nhận và trả kết quả cấp giấy tiếp nhận hồ sơ và hẹn trả kết quả theo thời hạn quy định; nếu hồ sơ chưa đầy đủ theo quy định thì trả lại ngay và hướng dẫn để hoàn thiện hồ sơ.</li> <li>- Chuyên phòng chuyên môn thẩm định hồ sơ (bản giấy/bản số)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Bộ phận “Một cửa xã”</li> <li>- Bộ phận tiếp nhận hồ sơ đăng ký trực tiếp qua phần mềm dịch vụ công trực tuyến</li> </ul>		
<b>Bước 3</b>	<p>Cơ quan chuyên môn xử lý hồ sơ:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>+ Trường hợp hồ sơ không đáp ứng yêu cầu, điều kiện trong thời gian 03 ngày làm việc, kể từ ngày nhận hồ sơ có văn bản trả lời nêu rõ lý do.</li> <li>+ Trường hợp hồ sơ cần giải trình và bổ sung thêm trong thời gian 03 ngày làm việc, kể từ ngày nhận hồ sơ có văn bản yêu cầu bổ sung, hoàn thiện hồ sơ.</li> <li>+ Hồ sơ đáp ứng yêu cầu trình Lãnh đạo Văn phòng UBND cùng cấp.</li> </ul>	Chuyên viên UBND xã, phường, thị trấn	48 giờ/hc	Theo mục 5.2
<b>Bước 4</b>	Văn phòng UBND xem xét trình Lãnh đạo UBND cùng cấp.	Lãnh đạo Văn phòng UBND cùng cấp	16 giờ/hc	Theo mục 5.2
<b>Bước 5</b>	<p>Lãnh đạo UBND xem xét, phê duyệt:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>+ Chấp thuận: cấp Quyết định hỗ trợ kinh phí và chi hỗ trợ theo quy định.</li> <li>+ Không chấp thuận: Có văn bản và nêu rõ lý do.</li> </ul>	Lãnh đạo UBND cấp xã	08 giờ/hc	Theo mục 5.2

<b>Bước 6</b>	Vào sổ theo dõi, trả hồ sơ, kết quả giải quyết TTHC cho nơi tiếp nhận	Chuyên viên, Cơ quan chuyên môn	04 giờ/hc	Theo mục 6;7
<b>Bước 7</b>	Trả hồ sơ, kết quả giải quyết TTHC trực tiếp	- Bộ phận “Một cửa xã”	Giờ hành chính	

## 6. BIỂU MẪU

TT	Mã hiệu	Tên biểu mẫu
1	BM01a/QT-SCĐCSDS	Mẫu số 1a: Tờ khai đề nghị hỗ trợ kinh phí sinh con đúng chính sách dân số (đối với đối tượng có số định danh cá nhân).
2	BM01b/QT-SCĐCSDS	Mẫu số 1b: Tờ khai đề nghị hỗ trợ kinh phí sinh con đúng chính sách dân số (đối với đối tượng chưa có số định danh cá nhân).

## 7. HỒ SƠ LƯU

**Hồ sơ lưu bao gồm các tài liệu sau:**

TT	Tài liệu trong hồ sơ
1	Các hồ sơ, giấy tờ tại mục 5.2
2	Quyết định hỗ trợ kinh phí
3	
	....
Hồ sơ được lưu tại Phòng nghiệp vụ Y, thời gian lưu trữ theo quy định hiện hành.	

**Mẫu số 01a (mặt 1)**

*(Ban hành kèm theo Thông tư số 45/2018/TT-BYT ngày 28 tháng 12 năm 2018 của Bộ trưởng Bộ Y tế)*

**CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM  
Độc lập - Tự do - Hạnh phúc**

-----

**TỜ KHAI**

**Đề nghị hỗ trợ kinh phí sinh con đúng chính sách dân số**  
(Sử dụng khi đã được cấp sổ định danh cá nhân)

Họ, chữ đệm và tên khai sinh: .....

Số định danh cá nhân: .....

Nơi thường trú: .....

Nơi ở hiện tại (trường hợp khác nơi thường trú): .....

Thuộc hộ nghèo theo Quyết định số .....

Là đối tượng được hỗ trợ quy định tại Điều 1 Nghị định số 39/2015/NĐ-CP.

<b>TT</b>	<b>Các trường hợp sinh con đúng chính sách dân số được hỗ trợ</b>	<b>Đánh dấu “X” vào ô tương ứng</b>
1.	Sinh một hoặc hai con.	
2.	Sinh con thứ ba, nếu cả hai vợ chồng hoặc một trong hai người thuộc dân tộc có số dân dưới 10.000 người hoặc thuộc dân tộc có nguy cơ suy giảm số dân.	
3.	Sinh lần thứ nhất mà sinh ba con trở lên.	
4.	Đã có một con đẻ, nhưng sinh lần thứ hai mà sinh hai con trở lên.	
5.	Sinh lần thứ ba trở lên, nếu tại thời điểm sinh chỉ có một con đẻ còn sống, kể cả con đẻ đã cho làm con nuôi.	
6.	Sinh con thứ ba, nếu đã có hai con đẻ nhưng một hoặc cả hai con bị dị tật hoặc mắc bệnh hiểm nghèo không mang tính di truyền, đã được Hội đồng Giám định y khoa cấp tỉnh hoặc cấp Trung ương xác nhận.	
7.	Sinh một con hoặc hai con, nếu một trong hai vợ chồng đã có con riêng (con đẻ).	
8.	Sinh một con hoặc hai con trở lên trong cùng một lần sinh, nếu cả hai vợ chồng đã có con riêng (con đẻ); không áp dụng cho trường	

	hợp hai vợ chồng đã từng có hai con chung trở lên và các con hiện đang còn sống.	
9.	Phụ nữ thuộc hộ nghèo, là người dân tộc thiểu số chưa kết hôn, cư trú tại các đơn vị hành chính thuộc vùng khó khăn, trừ các đối tượng tham gia bảo hiểm xã hội bắt buộc, sinh một hoặc hai con trở lên trong cùng một lần sinh.	

Đề nghị Ủy ban nhân dân: ..... xem xét, cấp hỗ trợ kinh phí sinh con đúng chính sách dân số.

Tôi xin cam đoan những lời khai trên là đúng sự thật và cam kết:

(1) (\*) ..... là đối tượng được hỗ trợ, chưa từng nhận hỗ trợ kinh phí của chính sách này.

(2) Sau khi nhận kinh phí hỗ trợ sẽ không sinh thêm con trái chính sách dân số, nếu vi phạm sẽ phải hoàn trả số tiền đã nhận và chịu các hình thức xử lý theo quy định của pháp luật./.

**Thông tin người khai thay**

....., ngày...tháng...năm 20 ....

**Người khai/Người khai thay**

*(Ký, ghi rõ họ tên hoặc điểm chỉ. Trường hợp khai thay phải ghi đầy đủ thông tin của người khai thay)*

Giấy CMND/Thẻ căn cước số:

.....

Ngày cá.....

Nơi cá.....

Quan hệ với đối tượng hưởng:

.....

Nơi thường trú/tạm trú:

.....

---

\* Ghi “Tôi” nếu là đối tượng đề nghị hưởng chính sách hỗ trợ trực tiếp kê khai; ghi họ và tên đối tượng đề nghị được hưởng chính sách hỗ trợ khi khai thay.

**Mẫu số 01a (mặt 2)**

(Ban hành kèm theo Thông tư số 45/2018/TT-BYT ngày 28 tháng 12 năm 2018 của Bộ trưởng Bộ Y tế)

Phần xác minh của Ủy ban nhân dân cấp xã: Bà .....

Nội dung xác minh	Kết quả xác minh ("“")		Người xác minh	
	Đúng	Không	Tên lĩnh vực được phân công phụ trách	Ký, ghi rõ họ tên, ngày, tháng, năm
1. Là người dân tộc thiểu số hoặc phụ nữ là người Kinh có chồng là người dân tộc thiểu số hoặc là phụ nữ người dân tộc thiểu số chưa kết hôn	.....	.....	..... ..... ..... .....	..... ..... ..... ..... Ngày....tháng.... năm 20....
2. Thuộc hộ nghèo	.....	.....	..... ..... .....	..... ..... ..... Ngày....tháng.... năm 20....
3. Cư trú tại đơn vị hành chính thuộc vùng khó khăn	.....	.....	..... ..... .....	..... ..... ..... Ngày....tháng.... năm 20....
4. Không là đối tượng tham gia bảo hiểm xã hội bắt buộc	.....	.....	..... ..... .....	..... ..... ..... Ngày....tháng.... năm 20....

5. Sinh con thuộc trường hợp quy định tại Khoản...Điều 1 Nghị định số 39/2015/NĐ-CP			..... ..... ..... .....	..... ..... ..... ..... <i>Ngày...tháng...          năm 20....</i>
--	--	--	----------------------------------	--

---

Ghi “đúng” hoặc “không” vào một trong hai ô của từng dòng.



**Mẫu số 01b (mặt 1)**

*(Ban hành kèm theo Thông tư số 45/2018/TT-BYT ngày 28 tháng 12 năm 2018 của Bộ trưởng Bộ Y tế)*

**CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM  
Độc lập - Tự do - Hạnh phúc**

-----

**TỜ KHAI**

**Đề nghị hỗ trợ kinh phí sinh con đúng chính sách dân số**

(Sử dụng khi đã được cấp số định danh cá nhân)

Họ, chữ đệm và tên khai sinh: .....

Sinh ngày ..... tháng ..... năm ..... Dân tộc: .....

Nơi thường trú/tạm trú: .....

Thuộc hộ nghèo theo Quyết định số.....

Là đối tượng được hỗ trợ quy định tại Điều 1 Nghị định số 39/2015/NĐ-CP:

<b>TT</b>	<b>Các trường hợp sinh con đúng chính sách dân số được hỗ trợ</b>	<b>Đánh dấu “X” vào ô tương ứng</b>
1.	Sinh một hoặc hai con.	
2.	Sinh con thứ ba, nếu cả hai vợ chồng hoặc một trong hai người thuộc dân tộc có số dân dưới 10.000 người hoặc thuộc dân tộc có nguy cơ suy giảm số dân.	
3.	Sinh lần thứ nhất mà sinh ba con trở lên.	
4.	Đã có một con đẻ, nhưng sinh lần thứ hai mà sinh hai con trở lên.	
5.	Sinh lần thứ ba trở lên, nếu tại thời điểm sinh chỉ có một con đẻ còn sống, kể cả con đẻ đã cho làm con nuôi.	
6.	Sinh con thứ ba, nếu đã có hai con đẻ nhưng một hoặc cả hai con bị dị tật hoặc mắc bệnh hiểm nghèo không mang tính di truyền, đã được Hội đồng Giám định y khoa cấp tỉnh hoặc cấp Trung ương xác nhận.	
7.	Sinh một con hoặc hai con, nếu một trong hai vợ chồng đã có con riêng (con đẻ).	
8.	Sinh một con hoặc hai con trở lên trong cùng một lần sinh, nếu cả hai vợ chồng đã có con riêng (con đẻ); không áp dụng cho trường	

	hợp hai vợ chồng đã từng có hai con chung trở lên và các con hiện đang còn sống.	
9.	Phụ nữ thuộc hộ nghèo, là người dân tộc thiểu số chưa kết hôn, cư trú tại các đơn vị hành chính thuộc vùng khó khăn, trừ các đối tượng tham gia bảo hiểm xã hội bắt buộc, sinh một hoặc hai con trở lên trong cùng một lần sinh.	

Đề nghị Ủy ban nhân dân: ..... xem xét, cấp hỗ trợ kinh phí sinh con đúng chính sách dân số.

Tôi xin cam đoan những lời khai trên là đúng sự thật và cam kết:

(1) (\*) ..... là đối tượng được hỗ trợ, chưa từng nhận hỗ trợ kinh phí của chính sách này.

(2) Sau khi nhận kinh phí hỗ trợ sẽ không sinh thêm con trái chính sách dân số, nếu vi phạm sẽ phải hoàn trả số tiền đã nhận và chịu các hình thức xử lý theo quy định của pháp luật./.

**Thông tin người khai thay**

Giấy CMND/Thẻ căn cước số:

.....

Ngày cấp: .....

Nơi cấp: .....

Quan hệ với đối tượng hưởng:

.....

Nơi thường trú/tạm trú:.....

.....

....., ngày...tháng...năm 20 ....

**Người khai/Người khai thay**

*(Ký, ghi rõ họ tên hoặc điểm chỉ. Trường hợp khai thay phải ghi đầy đủ thông tin của người khai thay)*

\* Ghi “Tôi” nếu là đối tượng đề nghị hưởng chính sách hỗ trợ trực tiếp kê khai; ghi họ và tên đối tượng đề nghị được hưởng chính sách hỗ trợ khi khai thay.

## Mẫu số 01b (mặt 2)

(Mẫu này áp dụng khi có Mã số định danh cá nhân)

Phần xác minh của Ủy ban nhân dân cấp xã: Bà

.....

Nội dung xác minh	Kết quả xác minh ("“")		Người xác minh	
	Đúng	Không	Tên lĩnh vực được phân công phụ trách	Ký, ghi rõ họ tên, ngày, tháng, năm
1. Là người dân tộc thiểu số hoặc phụ nữ là người Kinh có chồng là người dân tộc thiểu số hoặc là phụ nữ người dân tộc thiểu số chưa kết hôn	.....	.....	..... ..... ..... .....	..... ..... ..... ..... Ngày....tháng.... năm 20...
2. Thuộc hộ nghèo	.....	.....	..... ..... .....	..... ..... ..... Ngày....tháng.... năm 20...
3. Cư trú tại đơn vị hành chính thuộc vùng khó khăn	.....	.....	..... ..... .....	..... ..... ..... Ngày....tháng.... năm 20...
4. Không là đối tượng tham gia bảo hiểm xã hội bắt buộc	.....	.....	..... ..... .....	..... ..... ..... Ngày....tháng.... năm 20...

5. Sinh con thuộc trường hợp quy định tại Khoản...Điều 1 Nghị định số 39/2015/NĐ-CP			..... ..... ..... .....	..... ..... ..... ..... <i>Ngày...tháng...          năm 20....</i>
--	--	--	----------------------------------	--

---

Ghi “đúng” hoặc “không” vào một trong hai ô của từng dòng.