

CHÍNH PHỦ

CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM

Độc lập - Tự do - Hạnh phúc

Số: 105/2014/NĐ-CP

Hà Nội, ngày 15 tháng 11 năm 2014

NGHỊ ĐỊNH

QUY ĐỊNH CHI TIẾT VÀ HƯỚNG DẪN THI HÀNH MỘT SỐ ĐIỀU CỦA LUẬT BẢO HIỂM Y TẾ

Căn cứ Luật Tổ chức Chính phủ ngày 25 tháng 12 năm 2001;

Căn cứ Luật Bảo hiểm y tế ngày 14 tháng 11 năm 2008 và Luật sửa đổi, bổ sung một số điều của Luật Bảo hiểm y tế ngày 13 tháng 6 năm 2014;

Theo đề nghị của Bộ trưởng Bộ Y tế,

Chính phủ ban hành Nghị định quy định chi tiết và hướng dẫn thi hành một số điều của Luật Bảo hiểm y tế.

Chương I

ĐỐI TƯỢNG, MỨC ĐÓNG, MỨC HỖ TRỢ VÀ NGUỒN KINH PHÍ TỪ NGÂN SÁCH NHÀ NƯỚC ĐÓNG, HỖ TRỢ ĐÓNG BẢO HIỂM Y TẾ

Điều 1. Đối tượng tham gia bảo hiểm y tế

Ngoài đối tượng quy định tại Khoản 1, 2, 3, 4 và Khoản 5 Điều 12 sửa đổi, bổ sung của Luật Bảo hiểm y tế, các đối tượng khác quy định tại Khoản 6 Điều 12 sửa đổi, bổ sung của Luật Bảo hiểm y tế bao gồm:

1. Công nhân cao su đang hưởng trợ cấp hằng tháng theo Quyết định số 206/CP ngày 30 tháng 5 năm 1979 của Hội đồng Chính phủ (nay là Chính phủ) về chính sách đối với công nhân mới giải phóng làm nghề nặng nhọc, có hại sức khỏe nay già yếu phải thôi việc tham gia bảo hiểm y tế theo quy định tại Khoản 2 Điều 12 sửa đổi, bổ sung của Luật Bảo hiểm y tế.
2. Người thuộc hộ gia đình làm nông nghiệp, lâm nghiệp, ngư nghiệp và diêm nghiệp có mức sống trung bình tham gia bảo hiểm y tế theo quy định tại Khoản 4 Điều 12 sửa đổi, bổ sung của Luật Bảo hiểm y tế.

Điều 2. Mức đóng bảo hiểm y tế

1. Từ ngày 01 tháng 01 năm 2015, mức đóng bảo hiểm y tế hằng tháng của các đối tượng được quy định như sau:

a) Bằng 4,5% tiền lương tháng của người lao động đối với đối tượng quy định tại Điểm a Khoản 1 Điều 12 sửa đổi, bổ sung của Luật Bảo hiểm y tế.

Người lao động trong thời gian nghỉ việc hưởng chế độ thai sản theo quy định của pháp luật về bảo hiểm xã hội thì mức đóng hằng tháng bằng 4,5% tiền lương tháng của người lao động trước khi nghỉ thai sản;

Người lao động trong thời gian nghỉ việc hưởng chế độ ốm đau từ 14 ngày trở lên trong tháng theo quy định của pháp luật về bảo hiểm xã hội thì không phải đóng bảo hiểm y tế nhưng vẫn được hưởng quyền lợi bảo hiểm y tế;

Người lao động trong thời gian bị tạm giam, tạm giữ hoặc tạm đình chỉ công tác để điều tra, xem xét kết luận có vi phạm hay không vi phạm pháp luật thì mức đóng hằng tháng bằng 4,5% của 50% mức tiền lương tháng mà người lao động được hưởng theo quy định của pháp luật. Trường hợp cơ quan có thẩm quyền kết luận là không vi phạm pháp luật, người lao động phải truy đóng bảo hiểm y tế trên số tiền lương được truy lĩnh;

Người lao động trong thời gian được cử đi học tập hoặc công tác tại nước ngoài thì không phải đóng bảo hiểm y tế; thời gian đó được tính là thời gian tham gia bảo hiểm y tế cho đến ngày có quyết định trở lại làm việc của cơ quan, tổ chức cử đi;

Người lao động trong thời gian đi lao động tại nước ngoài thì không phải đóng bảo hiểm y tế; trong thời gian 60 ngày kể từ ngày nhập cảnh về nước nếu tham gia bảo hiểm y tế thì toàn bộ thời gian đi lao động tại nước ngoài và thời gian kể từ khi về nước đến thời điểm tham gia bảo hiểm y tế được tính là thời gian tham gia bảo hiểm y tế liên tục.

Người lao động trong thời gian làm thủ tục chờ hưởng chế độ trợ cấp thất nghiệp theo quy định của Luật Việc làm nếu không tham gia bảo hiểm y tế theo các nhóm khác, thời gian đó được tính là thời gian tham gia bảo hiểm y tế.

b) Bằng 4,5% mức lương cơ sở đối với đối tượng quy định tại Điểm b Khoản 1 Điều 12 sửa đổi, bổ sung của Luật Bảo hiểm y tế.

c) Bằng 4,5% tiền lương hưu, trợ cấp mất sức lao động đối với đối tượng quy định tại Điểm a Khoản 2 Điều 12 sửa đổi, bổ sung của Luật Bảo hiểm y tế.

d) Bằng 4,5% mức lương cơ sở đối với đối tượng quy định tại Điểm b, Điểm c Khoản 2 Điều 12 sửa đổi, bổ sung của Luật Bảo hiểm y tế và đối tượng quy định tại Khoản 1 Điều 1 Nghị định này.

đ) Bằng 4,5% tiền trợ cấp thất nghiệp đối với đối tượng quy định tại Điểm d Khoản 2 Điều 12 sửa đổi, bổ sung của Luật Bảo hiểm y tế.

e) Bằng 4,5% mức lương cơ sở đối với đối tượng quy định tại các Điểm b, c, d, đ, e, g, h, i, k, l, m và Điểm n Khoản 3; Khoản 4 và Khoản 5 Điều 12 sửa đổi, bổ sung của Luật Bảo hiểm y tế và đối tượng quy định tại Khoản 2 Điều 1 Nghị định này.

Trường hợp trẻ em đủ 72 tháng tuổi mà chưa đến kỳ nhập học thì thẻ bảo hiểm y tế có giá trị sử dụng đến ngày 30 tháng 9 của năm đó mà không phải đóng bảo hiểm y tế.

g) Mức đóng của tất cả các thành viên thuộc hộ gia đình theo quy định tại Khoản 5 Điều 12 sửa đổi, bổ sung của Luật Bảo hiểm y tế như sau: Người thứ nhất đóng bằng 4,5% mức lương cơ sở; người thứ hai, thứ ba, thứ tư đóng lần lượt bằng 70%, 60%, 50% mức đóng của người thứ nhất; từ người thứ năm trở đi đóng bằng 40% mức đóng của người thứ nhất.

Đối với hộ gia đình được ngân sách nhà nước hỗ trợ mức đóng thì không áp dụng giảm trừ mức đóng theo quy định tại Điểm g Khoản 1 Điều này.

2. Căn cứ vào tình hình thực tế, Bộ Y tế chủ trì, phối hợp với Bộ Tài chính, cơ quan, tổ chức có liên quan trình Chính phủ điều chỉnh mức đóng bảo hiểm y tế nhằm bảo đảm cân đối quỹ bảo hiểm y tế.

Điều 3. Mức kinh phí từ ngân sách nhà nước hỗ trợ đóng bảo hiểm y tế cho một số đối tượng

1. Mức hỗ trợ đóng bảo hiểm y tế đối với người thuộc hộ gia đình cận nghèo theo quy định tại Điểm a Khoản 4 Điều 12 sửa đổi, bổ sung của Luật Bảo hiểm y tế được quy định như sau:

a) Hỗ trợ 100% mức đóng bảo hiểm y tế đối với người thuộc hộ gia đình cận nghèo mới thoát nghèo, thời gian hỗ trợ 05 năm sau khi thoát nghèo. Trường hợp người thuộc hộ cận nghèo đã thoát nghèo trước ngày 01 tháng 01 năm 2015 nhưng thời gian thoát nghèo tính đến ngày 01 tháng 01 năm 2015 chưa đủ 05 năm thì thời gian còn lại được hỗ trợ thấp nhất là 01 năm;

b) Hỗ trợ 100% mức đóng bảo hiểm y tế đối với người thuộc hộ gia đình cận nghèo đang sinh sống tại các huyện nghèo theo quy định tại Nghị quyết số 30a/2008/NQ-CP ngày 27 tháng 12 năm 2008 của Chính phủ về Chương trình hỗ trợ giảm nghèo nhanh và bền vững đối với 61 huyện nghèo và các huyện có tỷ lệ hộ nghèo cao được áp dụng cơ chế, chính sách đầu tư cơ sở hạ tầng theo quy định của Nghị quyết số 30a/2008/NQ-CP ngày 27 tháng 12 năm 2008 của Chính phủ;

c) Hỗ trợ tối thiểu 70% mức đóng bảo hiểm y tế đối với người thuộc hộ gia đình cận nghèo còn lại.

2. Hỗ trợ tối thiểu 30% mức đóng bảo hiểm y tế đối với đối tượng học sinh, sinh viên theo quy định tại Điểm b Khoản 4 Điều 12 sửa đổi, bổ sung của Luật Bảo hiểm y tế.

3. Hỗ trợ tối thiểu 30% mức đóng bảo hiểm y tế đối với người thuộc hộ gia đình làm nông nghiệp, lâm nghiệp, ngư nghiệp và diêm nghiệp có mức sống trung bình theo Quyết định số 32/2014/QĐ-TTg ngày 27 tháng 5 năm 2014 của Thủ tướng Chính phủ, quy định tại Khoản 2 Điều 1 Nghị định này.

4. Ủy ban nhân dân tỉnh, thành phố trực thuộc Trung ương (sau đây gọi là Ủy ban nhân dân cấp tỉnh) căn cứ khả năng ngân sách địa phương và các nguồn hợp pháp khác, kể cả 20% số kinh phí

dành cho khám bệnh, chữa bệnh chưa sử dụng hết trong năm theo quy định tại Khoản 3 Điều 35 sửa đổi, bổ sung của Luật Bảo hiểm y tế (nếu có) xây dựng và trình Hội đồng nhân dân cấp tỉnh quyết định mức hỗ trợ đóng bảo hiểm y tế cao hơn cho đối tượng quy định tại Điểm c Khoản 1, Khoản 2 và Khoản 3 Điều này.

Chương II

MỨC HƯỞNG BẢO HIỂM Y TẾ VÀ PHƯƠNG THỨC THANH TOÁN CHI PHÍ KHÁM BỆNH, CHỮA BỆNH BẢO HIỂM Y TẾ

Điều 4. Mức hưởng bảo hiểm y tế đối với các trường hợp quy định tại Khoản 1 và Khoản 7 Điều 22 sửa đổi, bổ sung của Luật Bảo hiểm y tế

1. Người tham gia bảo hiểm y tế khi đi khám bệnh, chữa bệnh theo quy định tại các Điều 26, 27 và Điều 28 của Luật Bảo hiểm y tế và Khoản 4, Khoản 5 Điều 22 sửa đổi, bổ sung của Luật Bảo hiểm y tế thì được quỹ bảo hiểm y tế thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh trong phạm vi được hưởng với mức hưởng như sau:

a) 100% chi phí khám bệnh, chữa bệnh đối với đối tượng quy định tại các Điểm d, e, g, h và Điểm i Khoản 3 Điều 12 sửa đổi, bổ sung của Luật Bảo hiểm y tế;

b) 100% chi phí khám bệnh, chữa bệnh và không áp dụng giới hạn tỷ lệ thanh toán một số thuốc, hóa chất, vật tư y tế và dịch vụ kỹ thuật theo quy định của Bộ trưởng Bộ Y tế đối với: Người hoạt động cách mạng trước ngày 01 tháng 01 năm 1945; người hoạt động cách mạng từ ngày 01 tháng 01 năm 1945 đến ngày khởi nghĩa tháng Tám năm 1945; Bà mẹ Việt Nam anh hùng; thương binh, người hưởng chính sách như thương binh, thương binh loại B, bệnh binh suy giảm khả năng lao động từ 81% trở lên; thương binh, người hưởng chính sách như thương binh, thương binh loại B, bệnh binh khi điều trị vết thương, bệnh tật tái phát; trẻ em dưới 6 tuổi;

c) 100% chi phí khám bệnh, chữa bệnh tại tuyến xã;

d) 100% chi phí khám bệnh, chữa bệnh đối với trường hợp chi phí cho một lần khám bệnh, chữa bệnh thấp hơn 15% mức lương cơ sở;

đ) 100% chi phí khám bệnh, chữa bệnh đối với người bệnh có thời gian tham gia bảo hiểm y tế 5 năm liên tục tính từ thời điểm người đó tham gia bảo hiểm y tế đến thời điểm đi khám bệnh, chữa bệnh và có số tiền cùng chi trả chi phí khám bệnh, chữa bệnh lũy kế trong năm lớn hơn 6 tháng lương cơ sở, tính từ thời điểm tham gia bảo hiểm y tế đủ 5 năm liên tục, trừ trường hợp tự đi khám bệnh, chữa bệnh không đúng tuyến;

e) 95% chi phí khám bệnh, chữa bệnh đối với đối tượng quy định tại Điểm a Khoản 2, Điểm k Khoản 3 và Điểm a Khoản 4 Điều 12 sửa đổi, bổ sung của Luật Bảo hiểm y tế;

g) 80% chi phí khám bệnh, chữa bệnh đối với các đối tượng khác.

2. Người tham gia bảo hiểm y tế khi đi khám bệnh, chữa bệnh tại các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh giáp ranh của hai tỉnh, thành phố trực thuộc Trung ương (sau đây gọi là tỉnh, thành phố) được quỹ bảo hiểm y tế thanh toán trong phạm vi quyền lợi và mức hưởng theo quy định tại Khoản 1 Điều này, trong các trường hợp:

- a) Khám bệnh, chữa bệnh tại trạm y tế tuyến xã, phòng khám đa khoa, bệnh viện tuyến huyện;
- b) Chuyển tuyến chuyên môn kỹ thuật tuyến xã, tuyến huyện, tuyến tỉnh.

Chủ tịch Ủy ban nhân dân cấp tỉnh chỉ đạo Sở Y tế chủ trì, phối hợp với Bảo hiểm xã hội tỉnh, thành phố tổ chức khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế tại các địa bàn giáp ranh theo hướng dẫn của liên Bộ Y tế - Bộ Tài chính về việc khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế tại các địa bàn giáp ranh.

3. Các trường hợp khám bệnh, chữa bệnh theo yêu cầu được quỹ bảo hiểm y tế thanh toán trong phạm vi quyền lợi và mức hưởng theo quy định tại:

a) Khoản 1 Điều 4 Nghị định này đối với trường hợp đi khám bệnh, chữa bệnh theo quy định tại các Điều 26, 27 và Điều 28 của Luật Bảo hiểm y tế và Khoản 4, 5 và Khoản 6 Điều 22 sửa đổi, bổ sung của Luật Bảo hiểm y tế; người bệnh tự chi trả phần chi phí ngoài phạm vi quyền lợi và mức hưởng;

b) Khoản 3 Điều 22 sửa đổi, bổ sung của Luật Bảo hiểm y tế đối với trường hợp tự đi khám bệnh, chữa bệnh không đúng tuyến; người bệnh tự chi trả phần chi phí ngoài phạm vi quyền lợi và mức hưởng.

Điều 5. Áp dụng các phương thức thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh theo Điều 30 sửa đổi, bổ sung của Luật Bảo hiểm y tế

1. Phương thức thanh toán theo định suất được áp dụng đối với cơ sở khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế ban đầu.

2. Phương thức thanh toán theo phí dịch vụ và thanh toán theo trường hợp bệnh được áp dụng:

a) Đối với cơ sở khám bệnh, chữa bệnh không thực hiện phương thức thanh toán theo định suất;

b) Thanh toán cho các dịch vụ y tế ngoài định suất tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế thực hiện thanh toán theo định suất;

c) Thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh đối với các trường hợp được chuyển đến cơ sở khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế thực hiện thanh toán theo định suất.

3. Bộ Y tế chủ trì, phối hợp với Bộ Tài chính hướng dẫn chi tiết và áp dụng cụ thể các phương thức thanh toán quy định tại Khoản 1 và Khoản 2 Điều này đối với các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh cho phù hợp.

Chương III

QUẢN LÝ VÀ SỬ DỤNG QUỸ BẢO HIỂM Y TẾ

Điều 6. Phân bổ và sử dụng quỹ bảo hiểm y tế

Tổng số thu bảo hiểm y tế trên địa bàn tỉnh, thành phố trực thuộc Trung ương theo mức đóng quy định tại Điều 2 Nghị định này được phân bổ và sử dụng như sau:

1. 90% số tiền đóng bảo hiểm y tế dành cho khám bệnh, chữa bệnh (sau đây gọi là quỹ khám bệnh, chữa bệnh) được sử dụng cho các mục đích:

a) Chi trả các khoản chi phí thuộc phạm vi được hưởng của người tham gia bảo hiểm y tế theo quy định tại Điều 22 sửa đổi, bổ sung của Luật Bảo hiểm y tế và Điều 4 Nghị định này.

b) Trích để lại cho các cơ sở giáo dục thuộc hệ thống giáo dục quốc dân có đủ điều kiện theo quy định của Bộ Y tế để mua thuốc, vật tư y tế tiêu hao, trang thiết bị và dụng cụ y tế thông thường để tổ chức khám bệnh, chữa bệnh trong công tác chăm sóc sức khỏe ban đầu cho trẻ em, học sinh, sinh viên.

Mức trích để lại cho các cơ sở giáo dục thuộc hệ thống giáo dục quốc dân bằng 7% tổng thu quỹ bảo hiểm y tế tính trên tổng số học sinh, sinh viên đang theo học tại cơ sở giáo dục có tham gia bảo hiểm y tế (kể cả học sinh, sinh viên tham gia bảo hiểm y tế theo nhóm đối tượng khác) và mức đóng tương ứng đối với từng đối tượng theo quy định tại Điều 2 Nghị định này; bằng 5% tổng thu quỹ bảo hiểm y tế tính trên tổng số trẻ em dưới 6 tuổi đang theo học tại cơ sở giáo dục mầm non.

Vào tháng đầu của năm học hoặc khóa học, tổ chức Bảo hiểm xã hội có trách nhiệm chuyển số tiền nêu trên cho các cơ sở giáo dục và tổng hợp số kinh phí này vào quyết toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế thuộc phạm vi quản lý. Cơ sở giáo dục nhận kinh phí có trách nhiệm sử dụng, thanh quyết toán với cơ quan quản lý cấp trên theo quy định.

c) Trích để lại cho cơ quan, tổ chức, doanh nghiệp có tổ chức y tế cơ quan để thực hiện khám bệnh, chữa bệnh trong công tác chăm sóc sức khỏe ban đầu cho các đối tượng do cơ quan, tổ chức, doanh nghiệp quản lý (trừ cơ quan, tổ chức, doanh nghiệp có tổ chức y tế cơ quan có ký hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế ban đầu với tổ chức Bảo hiểm xã hội). Mức để lại bằng 1% tổng số tiền đóng bảo hiểm y tế của cơ quan, tổ chức, doanh nghiệp đóng cho tổ chức Bảo hiểm xã hội.

Bộ Y tế, Bộ Tài chính hướng dẫn chi tiết Điểm b và Điểm c Khoản 1 Điều này về điều kiện, quy mô tổ chức; nội dung chi; quản lý và thanh quyết toán nguồn kinh phí này.

2. 10% số tiền đóng bảo hiểm y tế dành cho quỹ dự phòng và chi phí quản lý quỹ bảo hiểm y tế, trong đó dành tối thiểu 5% số tiền đóng bảo hiểm y tế cho quỹ dự phòng và được quy định như sau:

a) Tổng mức chi phí quản lý quỹ bảo hiểm y tế hằng năm do Tổng Giám đốc Bảo hiểm xã hội Việt Nam quyết định trong tổng chi phí quản lý của Bảo hiểm xã hội Việt Nam được Thủ tướng Chính phủ phê duyệt;

b) Quỹ dự phòng là phần còn lại sau khi đã trích trừ chi phí quản lý quỹ bảo hiểm y tế.

3. Việc quản lý và sử dụng số tiền thu bảo hiểm y tế thực hiện như sau:

a) Bảo hiểm xã hội các cấp thuộc Bảo hiểm xã hội Việt Nam trực tiếp thu tiền đóng bảo hiểm y tế của các đối tượng và chuyển về Bảo hiểm xã hội Việt Nam để quản lý theo hướng dẫn của Bảo hiểm xã hội Việt Nam;

b) Bảo hiểm xã hội Việt Nam có trách nhiệm chuyển đủ và kịp thời nhu cầu kinh phí cho Bảo hiểm xã hội cấp tỉnh, thành phố để tạm ứng, thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế theo quy định.

4. Hằng năm, căn cứ số liệu quyết toán năm đã được Hội đồng quản lý Bảo hiểm xã hội Việt Nam phê duyệt, phần kinh phí chưa sử dụng hết của các tỉnh, thành phố có số thu bảo hiểm y tế dành cho khám bệnh, chữa bệnh lớn hơn số chi khám bệnh, chữa bệnh trong năm được sử dụng như sau:

a) Phần kinh phí dành cho khám bệnh, chữa bệnh chưa sử dụng hết năm 2014, Bảo hiểm xã hội Việt Nam có trách nhiệm hạch toán toàn bộ số tiền vào quỹ dự phòng;

b) Từ ngày 01 tháng 01 năm 2015 đến ngày 31 tháng 12 năm 2020, Bảo hiểm xã hội Việt Nam có trách nhiệm hạch toán 80% vào quỹ dự phòng, đồng thời thông báo 20% số kinh phí dành cho khám bệnh, chữa bệnh chưa sử dụng hết cho địa phương để thực hiện theo quy định tại Điểm a Khoản 3 Điều 35 sửa đổi, bổ sung của Luật Bảo hiểm y tế.

Căn cứ số kinh phí chưa sử dụng hết được sử dụng tại địa phương, Sở Y tế chủ trì, phối hợp với Sở Tài chính và Bảo hiểm xã hội tỉnh, thành phố xây dựng kế hoạch sử dụng trình Ủy ban nhân dân cấp tỉnh phê duyệt và báo cáo Hội đồng nhân dân cấp tỉnh. Căn cứ quyết định phê duyệt của Ủy ban nhân dân cấp tỉnh, Bảo hiểm xã hội tỉnh, thành phố chuyển kinh phí cho các đơn vị để thực hiện.

Các đơn vị được phân bổ kinh phí có trách nhiệm quản lý, sử dụng theo quy định hiện hành và quyết toán với Bảo hiểm xã hội tỉnh, thành phố để tổng hợp vào quyết toán chi của quỹ bảo hiểm y tế của tỉnh, thành phố bảo đảm đúng mục đích, hiệu quả, công khai, minh bạch.

c) Từ ngày 01 tháng 01 năm 2021, Bảo hiểm xã hội Việt Nam có trách nhiệm hạch toán toàn bộ phần kinh phí chưa sử dụng hết vào quỹ dự phòng để điều tiết chung.

Điều 7. Quản lý và sử dụng quỹ dự phòng

1. Quỹ dự phòng do Bảo hiểm xã hội Việt Nam quản lý được sử dụng để bổ sung nguồn kinh phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế cho tỉnh, thành phố trong trường hợp số tiền thu bảo hiểm y

tế dành cho khám bệnh, chữa bệnh theo quy định tại Khoản 1 Điều 6 Nghị định này nhỏ hơn số chi khám bệnh, chữa bệnh trong năm. Sau khi có biên bản kiểm tra quyết toán năm, Bảo hiểm xã hội tỉnh, thành phố báo cáo Bảo hiểm xã hội Việt Nam thẩm định để bổ sung toàn bộ phần kinh phí chênh lệch này từ nguồn quỹ dự phòng.

2. Trường hợp quỹ dự phòng không đủ để bổ sung kinh phí khám bệnh, chữa bệnh cho các tỉnh, thành phố theo quy định tại Khoản 1 Điều này, Bảo hiểm xã hội Việt Nam báo cáo Hội đồng quản lý Bảo hiểm xã hội Việt Nam phương án giải quyết trước khi báo cáo Bộ Y tế, Bộ Tài chính.

Bộ Y tế chủ trì, phối hợp với Bộ Tài chính trình Chính phủ các biện pháp giải quyết để bảo đảm đủ và kịp thời nguồn kinh phí cho khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế theo quy định.

Điều 8. Chi phí quản lý quỹ bảo hiểm y tế

1. Chi thường xuyên thực hiện theo quy định của pháp luật bao gồm:

a) Chi đặc thù bao gồm:

- Chi tuyên truyền, phối hợp trong công tác tuyên truyền phát triển bảo hiểm y tế;
- Chi cho hoạt động liên quan đến nhiệm vụ thu, chi của quỹ;
- Chi phối hợp trong công tác thanh tra, kiểm tra, giám sát thực hiện bảo hiểm y tế.

b) Chi hoạt động bộ máy bảo hiểm xã hội phục vụ quản lý quỹ bảo hiểm y tế các cấp.

2. Chi không thường xuyên, bao gồm:

a) Chi phát triển và hiện đại hóa công nghệ thông tin;

b) Chi nghiên cứu khoa học, đào tạo, bồi dưỡng, hợp tác quốc tế liên quan đến lĩnh vực bảo hiểm y tế.

3. Các nhiệm vụ chi khác theo quy định của pháp luật.

Bộ Tài chính hướng dẫn cụ thể nội dung chi, mức chi quy định tại Điều này.

Điều 9. Hoạt động đầu tư từ quỹ bảo hiểm y tế

1. Số tiền tạm thời nhàn rỗi của quỹ bảo hiểm y tế được sử dụng để đầu tư theo các hình thức quy định của Luật Bảo hiểm xã hội.

2. Hội đồng quản lý bảo hiểm xã hội Việt Nam quyết định và chịu trách nhiệm trước Chính phủ về hình thức và cơ cấu đầu tư của quỹ bảo hiểm y tế trên cơ sở đề nghị của Bảo hiểm xã hội Việt Nam.

3. Toàn bộ số tiền sinh lời thực thu từ hoạt động đầu tư từ quỹ bảo hiểm y tế hằng năm được bổ sung vào quỹ dự phòng để điều tiết chung.

Điều 10. Quyết toán và lập kế hoạch tài chính

1. Bảo hiểm xã hội Việt Nam thực hiện báo cáo quyết toán năm trước ngày 01 tháng 10 năm sau theo quy định tại Điều 32 sửa đổi, bổ sung của Luật Bảo hiểm y tế.

2. Hằng năm, Bảo hiểm xã hội Việt Nam lập kế hoạch tài chính về thu, chi quỹ bảo hiểm y tế; chi phí quản lý quỹ bảo hiểm y tế và đầu tư từ số tiền tạm thời nhàn rỗi của quỹ bảo hiểm y tế, trình Hội đồng quản lý Bảo hiểm xã hội Việt Nam thông qua và báo cáo Bộ Tài chính và Bộ Y tế.

Bộ Tài chính chủ trì, phối hợp với Bộ Y tế xem xét, tổng hợp trình Thủ tướng Chính phủ quyết định giao kế hoạch tài chính hằng năm.

3. Trong thời hạn 15 ngày, kể từ ngày nhận được Quyết định giao dự toán của Thủ tướng Chính phủ, Bảo hiểm xã hội Việt Nam có trách nhiệm thực hiện xong việc giao dự toán thu, chi cho các đơn vị thực hiện.

Chương IV

ĐIỀU KHOẢN THI HÀNH

Điều 11. Điều khoản chuyển tiếp

1. Trường hợp người tham gia bảo hiểm y tế có thẻ bảo hiểm y tế còn thời hạn sử dụng sau ngày Luật sửa đổi, bổ sung một số điều của Luật Bảo hiểm y tế có hiệu lực thì phạm vi quyền lợi và mức hưởng thực hiện theo quy định của Luật sửa đổi, bổ sung một số điều của Luật Bảo hiểm y tế và quy định tại Điều 4 Nghị định này.

2. Trường hợp người có thẻ bảo hiểm y tế đang điều trị tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh nhưng thẻ bảo hiểm y tế hết hạn sử dụng thì vẫn được quỹ bảo hiểm y tế thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh trong phạm vi quyền lợi và mức hưởng theo chế độ quy định cho đến khi ra viện hoặc hết đợt điều trị ngoại trú.

3. Người tham gia bảo hiểm y tế vào viện điều trị trước ngày 01 tháng 01 năm 2015 nhưng ra viện kể từ ngày 01 tháng 01 năm 2015 thì được quỹ bảo hiểm y tế thanh toán trong phạm vi quyền lợi và mức hưởng theo quy định tại Luật sửa đổi, bổ sung một số điều của Luật Bảo hiểm y tế và quy định tại Điều 4 Nghị định này.

4. Đối tượng quy định tại Điểm a Khoản 3 Điều 12 sửa đổi, bổ sung của Luật Bảo hiểm y tế khi nghỉ hưu, xuất ngũ, chuyển ngành hoặc thôi việc thì thời gian học tập, công tác trong quân đội nhân dân, công an nhân dân và tổ chức cơ yếu được tính là thời gian có tham gia bảo hiểm y tế.

5. Học sinh, sinh viên đã tham gia đóng bảo hiểm y tế cho cả năm học 2014 - 2015 thì không phải truy đóng phần chênh lệch theo mức đóng bảo hiểm y tế quy định tại Điểm g Khoản 1 Điều 2 Nghị định này.

6. Đối với các cơ sở giáo dục thuộc hệ thống giáo dục quốc dân đã được trích chuyển số tiền từ quỹ khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế để thực hiện chăm sóc sức khỏe ban đầu cho học sinh, sinh viên trước ngày 01 tháng 01 năm 2015 thì thực hiện theo hướng dẫn của Bộ Tài chính đến hết năm học 2014-2015.

Điều 12. Hiệu lực thi hành

Nghị định này có hiệu lực thi hành từ ngày 01 tháng 01 năm 2015.

Nghị định số 62/2009/NĐ-CP ngày 27 tháng 7 năm 2009 của Chính phủ quy định chi tiết và hướng dẫn thi hành một số điều của Luật Bảo hiểm y tế hết hiệu lực thi hành kể từ ngày Nghị định này có hiệu lực.

Điều 13. Trách nhiệm hướng dẫn thực hiện

1. Bộ Y tế chủ trì, phối hợp với Bộ Tài chính hướng dẫn thi hành các điều, khoản được giao trong Nghị định này; hướng dẫn tham gia bảo hiểm y tế theo hộ gia đình và nghiên cứu, đề xuất các giải pháp để thực hiện bảo hiểm y tế toàn dân.

2. Bộ Tài chính có trách nhiệm cân đối, bố trí ngân sách trung ương hỗ trợ cho các địa phương chưa tự cân đối được ngân sách để bảo đảm nguồn thực hiện chính sách bảo hiểm y tế theo quy định tại Nghị định này; hướng dẫn việc chuyên kinh phí từ nguồn chi phí quản lý quỹ bảo hiểm y tế cho Ủy ban nhân dân cấp xã để thực hiện lập danh sách tham gia bảo hiểm y tế trên địa bàn; hướng dẫn thi hành các điều, khoản được giao trong Nghị định này.

3. Bộ Quốc phòng, Bộ Công an chủ trì, phối hợp với Bộ Y tế, Bộ Tài chính hướng dẫn thực hiện bảo hiểm y tế đối với các đối tượng theo quy định tại Điểm a, Điểm 1, Điểm n Khoản 3 và Điểm b Khoản 4 Điều 12 sửa đổi, bổ sung của Luật Bảo hiểm y tế.

4. Bảo hiểm xã hội Việt Nam có trách nhiệm xác định số tiền cùng chi trả lũy kế hàng tháng trong năm để làm căn cứ xác định mức hưởng của người tham gia bảo hiểm y tế có đủ thời gian tham gia bảo hiểm y tế 05 năm liên tục trở lên.

5. Bộ Lao động - Thương binh và Xã hội nghiên cứu, xây dựng tiêu chí xác định hộ gia đình làm nông nghiệp, lâm nghiệp, ngư nghiệp và diêm nghiệp có mức sống trung bình trình Thủ tướng Chính phủ ban hành.

Hướng dẫn lập danh sách người thuộc hộ gia đình làm nông nghiệp, lâm nghiệp, ngư nghiệp và diêm nghiệp có mức sống trung bình.

6. Các bộ, ngành khác có liên quan trong phạm vi chức năng, nhiệm vụ và quyền hạn của mình có trách nhiệm hướng dẫn thi hành Nghị định này.

Điều 14. Trách nhiệm thi hành

Các Bộ trưởng, Thủ trưởng cơ quan ngang Bộ, Thủ trưởng cơ quan thuộc Chính phủ, Chủ tịch Ủy ban nhân dân các tỉnh, thành phố trực thuộc Trung ương chịu trách nhiệm thi hành Nghị định này./.

Nơi nhận:

- Ban Bí thư Trung ương Đảng;
- Thủ tướng, các Phó Thủ tướng Chính phủ;
- Các Bộ, cơ quan ngang Bộ, cơ quan thuộc Chính phủ;
- HĐND, UBND các tỉnh, thành phố trực thuộc Trung ương;
- Văn phòng Trung ương và các Ban của Đảng;
- Văn phòng Tổng Bí thư;
- Văn phòng Chủ tịch nước;
- Hội đồng Dân tộc và các Ủy ban của Quốc hội;
- Văn phòng Quốc hội;
- Tòa án nhân dân tối cao;
- Viện Kiểm sát nhân dân tối cao;
- Ủy ban Giám sát tài chính Quốc gia;
- Kiểm toán Nhà nước;
- Ngân hàng Chính sách Xã hội;
- Ngân hàng Phát triển Việt Nam;
- Ủy ban Trung ương Mặt trận Tổ quốc Việt Nam;
- Cơ quan Trung ương của các đoàn thể;
- VPCP: BTCN, các PCN, Trợ lý TTg, TGĐ Cổng TTĐT, các Vụ, Cục, đơn vị trực thuộc, Công báo;
- Lưu: VT, KGVX (3b). KN

**TM. CHÍNH PHỦ
THỦ TƯỚNG**

Nguyễn Tấn Dũng