

CHÍNH PHỦ

CỘNG HOÀ 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

CÔNG THÔNG TIN ĐIỆN TỬ CHÍNH PHỦ	
ĐẾN	Số: S..... Ngày: 25/11...

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 khoẻ 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.