



Hà Nội, ngày 27 tháng 7 năm 2009

NGHỊ ĐỊNH

**Quy định chi tiết và hướng dẫn thi hành
một số điều của Luật bảo hiểm y tế**

CHÍNH PHỦ

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;

Xét đề nghị của Bộ trưởng Bộ Y tế,

NGHỊ ĐỊNH:

Chương I

**ĐỐI TƯỢNG, MỨC ĐÓNG, MỨC HỖ TRỢ,
TRÁCH NHIỆM VÀ PHƯƠNG THỨC ĐÓNG BẢO HIỂM Y TẾ**

**Điều 1. Đối tượng tham gia bảo hiểm y tế theo quy định tại khoản 25
Điều 12 Luật bảo hiểm y tế**

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).

2. Thanh niên xung phong thời kỳ kháng chiến chống Pháp theo Quyết định số 170/2008/QĐ-TTg ngày 18 tháng 12 năm 2008 của Thủ tướng Chính phủ về chế độ bảo hiểm y tế và trợ cấp mai táng phí đối với thanh niên xung phong thời kỳ kháng chiến chống Pháp.

3. Người lao động được hưởng chế độ ốm đau theo quy định của pháp luật về bảo hiểm xã hội do mắc bệnh thuộc Danh mục bệnh cần chữa trị dài ngày do Bộ Y tế ban hành.

4. Người hoạt động không chuyên trách ở xã, phường, thị trấn (sau đây gọi chung là xã) theo quy định của pháp luật về cán bộ, công chức.

Điều 2. Lộ trình thực hiện bảo hiểm y tế của các đối tượng quy định tại Điều 1 Nghị định này

1. Đối tượng quy định tại khoản 1 và khoản 2 thực hiện bảo hiểm y tế từ ngày 01 tháng 7 năm 2009.

2. Đối tượng quy định tại khoản 3 và 4 thực hiện bảo hiểm y tế từ ngày 01 tháng 01 năm 2010. Các đối tượng này khi chưa thực hiện bảo hiểm y tế theo quy định thì có quyền tự nguyện tham gia bảo hiểm y tế đến hết ngày 31 tháng 12 năm 2009.

Điều 3. Mức đóng, mức hỗ trợ đóng bảo hiểm y tế theo Điều 13 Luật bảo hiểm y tế và của đối tượng quy định tại Điều 1 Nghị định này

1. Từ ngày 01 tháng 7 năm 2009 đến ngày 31 tháng 12 năm 2009 mức đóng hằng tháng của các đối tượng như sau:

a) Bằng 3% mức tiền lương, tiền công hằng tháng của người lao động đối với đối tượng quy định tại khoản 1 và khoản 2 Điều 12 Luật bảo hiểm y tế;

b) Bằng 3% mức tiền lương hưu, tiền trợ cấp mất sức lao động hằng tháng đối với đối tượng quy định tại khoản 3 Điều 12 Luật bảo hiểm y tế;

c) Bằng 3% mức lương tối thiểu đối với đối tượng quy định tại các khoản 4, 5, 6, 7, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19 và 20 Điều 12 Luật bảo hiểm y tế và đối tượng quy định tại khoản 1 và khoản 2 Điều 1 Nghị định này.

2. Từ ngày 01 tháng 01 năm 2010 mức đóng hằng tháng của các đối tượng như sau:

a) Bằng 4,5% mức tiền lương, tiền công hằng tháng của người lao động đối với đối tượng quy định tại khoản 1 và khoản 2 Điều 12 Luật bảo hiểm y tế;

b) Bằng 4,5% mức tiền lương hưu, tiền trợ cấp mất sức lao động hằng tháng đối với đối tượng quy định tại khoản 3 Điều 12 Luật bảo hiểm y tế;

c) Bằng 4,5% mức lương tối thiểu đối với đối tượng quy định tại các khoản 4, 5, 6, 7, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19 và 20 Điều 12 Luật bảo hiểm y tế và các đối tượng quy định tại Điều 1 Nghị định này;

d) Bằng 4,5% mức trợ cấp thất nghiệp đối với đối tượng quy định tại khoản 8 Điều 12 Luật bảo hiểm y tế;

đ) Bằng 3% mức lương tối thiểu đối với đối tượng quy định tại khoản 21 Điều 12 Luật bảo hiểm y tế.

3. Từ ngày 01 tháng 01 năm 2012 mức đóng hằng tháng của đối tượng quy định tại khoản 22 Điều 12 Luật bảo hiểm y tế bằng 4,5% mức lương tối thiểu.

4. Từ ngày 01 tháng 01 năm 2014 mức đóng hằng tháng của đối tượng như sau:

a) Bằng 3% mức lương tối thiểu đối với đối tượng quy định tại khoản 23 Điều 12 Luật bảo hiểm y tế;

b) Bằng 4,5% mức lương tối thiểu đối với đối tượng quy định tại khoản 24 Điều 12 Luật Bảo hiểm y tế.

5. Ngân sách nhà nước hỗ trợ một phần mức đóng cho các đối tượng như sau:

a) Tối thiểu bằng 50% mức đóng đối với đối tượng quy định tại khoản 20 Điều 12 Luật bảo hiểm y tế từ ngày 01 tháng 7 năm 2009;

b) Tối thiểu bằng 50% mức đóng đối với đối tượng quy định tại khoản 21 Điều 12 Luật bảo hiểm y tế mà thuộc hộ cận nghèo và hỗ trợ tối thiểu 30% mức đóng đối với đối tượng quy định tại khoản 21 Điều 12 Luật bảo hiểm y tế không thuộc hộ cận nghèo từ ngày 01 tháng 01 năm 2010;

c) Tối thiểu bằng 30% mức đóng đối với đối tượng quy định tại khoản 22 Điều 12 Luật bảo hiểm y tế mà có mức sống trung bình từ ngày 01 tháng 01 năm 2012.

6. Trường hợp đối tượng quy định tại khoản 20 và khoản 22 Điều 12 Luật bảo hiểm y tế tham gia bảo hiểm y tế theo hộ gia đình bao gồm toàn bộ người có tên trong sổ hộ khẩu và đang sống chung trong một nhà và đối tượng quy định tại khoản 23 Điều 12 Luật bảo hiểm y tế có từ hai thân nhân trở lên tham gia, mức đóng của các thành viên như sau:

a) Người thứ nhất đóng bằng mức quy định;

b) Người thứ hai, thứ ba, thứ tư đóng lần lượt bằng 90%, 80%, 70% mức đóng của người thứ nhất;

c) Từ người thứ năm trở đi đóng bằng 60% mức đóng của người thứ nhất.

Điều 4. Trách nhiệm đóng bảo hiểm y tế của đối tượng quy định tại Điều 1 Nghị định này

1. Đối tượng quy định tại các khoản 1, 2 và 3 do ngân sách nhà nước đóng.

2. Đối tượng quy định tại khoản 4 do Ủy ban nhân dân xã và đối tượng đóng, trong đó Ủy ban nhân dân xã đóng 2/3 và đối tượng đóng 1/3 mức đóng.

Điều 5. Phương thức đóng bảo hiểm y tế của các đối tượng quy định tại khoản 7 Điều 15 Luật bảo hiểm y tế và của các đối tượng quy định tại Điều 1 Nghị định này

1. Định kỳ sáu tháng một lần, đối tượng quy định tại các khoản 20, 22 và 24 Điều 12 Luật bảo hiểm y tế đóng bảo hiểm y tế vào quỹ bảo hiểm y tế.

2. Định kỳ sáu tháng một lần hoặc một năm, tổ chức quản lý đối tượng quy định tại khoản 21 Điều 12 Luật bảo hiểm y tế thu tiền đóng bảo hiểm y tế của đối tượng để nộp vào quỹ bảo hiểm y tế.

3. Hằng tháng, người lao động đóng bảo hiểm y tế cho thân nhân quy định tại khoản 23 Điều 12 Luật bảo hiểm y tế thông qua người sử dụng lao động để nộp vào quỹ bảo hiểm y tế.

4. Hằng tháng, tổ chức bảo hiểm xã hội đóng bảo hiểm y tế cho đối tượng quy định tại khoản 1 và khoản 3 Điều 1 Nghị định này vào quỹ bảo hiểm y tế.

5. Hằng năm, cơ quan, tổ chức, đơn vị quản lý đối tượng quy định tại khoản 2 Điều 1 Nghị định này đóng bảo hiểm y tế cho các đối tượng này vào quỹ bảo hiểm y tế.

6. Hằng tháng, Ủy ban nhân dân xã đóng bảo hiểm y tế cho đối tượng quy định tại khoản 4 Điều 1 Nghị định này và trích từ tiền phụ cấp hằng tháng của họ để nộp cùng một lúc vào quỹ bảo hiểm y tế.

7. Định kỳ sáu tháng một lần, căn cứ danh sách đối tượng, tổng số tiền đóng bảo hiểm y tế của đối tượng được ngân sách nhà nước hỗ trợ mức đóng do tổ chức bảo hiểm xã hội báo cáo và mức ngân sách nhà nước hỗ trợ theo quy định, cơ quan tài chính chuyển kinh phí vào quỹ bảo hiểm y tế theo phân cấp của Luật ngân sách nhà nước.

Điều 6. Mức đóng và phương thức đóng bảo hiểm y tế của đối tượng tự nguyện tham gia bảo hiểm y tế quy định tại khoản 3 Điều 50 Luật bảo hiểm y tế và quy định tại các khoản 3 và 4 Điều 1 của Nghị định này

1. Từ ngày 01 tháng 7 năm 2009 đến ngày 31 tháng 12 năm 2009, mức đóng của các đối tượng như sau:

a) Mức đóng sáu tháng của đối tượng quy định tại khoản 2 Điều 12 Luật bảo hiểm y tế đang theo học tại các trường bằng 60.000 đồng/người đối với khu vực thành thị và bằng 50.000 đồng/ người đối với khu vực nông thôn, miền núi;

b) Mức đóng sáu tháng của đối tượng quy định tại các khoản 22, 23 và 24 Điều 12 Luật bảo hiểm y tế và đối tượng quy định tại khoản 3 và 4 Điều 1 của Nghị định này bằng 160.000 đồng/ người đối với khu vực thành thị và bằng 120.000 đồng/người đối với khu vực nông thôn, miền núi.

2. Từ ngày 01 tháng 01 năm 2010, mức đóng hằng tháng đối với đối tượng tự nguyện tham gia bảo hiểm y tế bằng 4,5% mức lương tối thiểu và do đối tượng đóng. Trường hợp đối tượng tự nguyện tham gia bảo hiểm y tế theo hộ gia đình, mức đóng thực hiện theo quy định tại khoản 6 Điều 3 Nghị định này.

3. Căn cứ mức đóng bảo hiểm y tế, người tự nguyện tham gia bảo hiểm y tế đóng sáu tháng một lần hoặc đóng một lần cho cả năm vào quỹ bảo hiểm y tế.

Chương II

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

Điều 7. Mức hưởng bảo hiểm y tế đối với các trường hợp quy định tại khoản 1 và khoản 3 Điều 22 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 28 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 như sau:

a) 100% chi phí khám bệnh, chữa bệnh đối với các đối tượng quy định tại các khoản 2, 9 và 17 Điều 12 Luật bảo hiểm y tế;

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

c) 100% chi phí khám bệnh, chữa bệnh trong trường hợp tổng chi phí của một lần khám bệnh, chữa bệnh thấp hơn 15% mức lương tối thiểu; Bộ Y tế chủ trì, phối hợp với Bộ Tài chính quy định số tiền cụ thể và thời điểm áp dụng khi có điều chỉnh mức lương tối thiểu để thống nhất thực hiện;

d) 95% chi phí khám bệnh, chữa bệnh đối với các đối tượng quy định tại các khoản 3, 13 và 14 Điều 12 Luật bảo hiểm y tế; phần còn lại do người bệnh tự thanh toán với cơ sở khám bệnh, chữa bệnh;

đ) 80% chi phí khám bệnh, chữa bệnh đối với các đối tượng khác; phần còn lại do người bệnh tự thanh toán với cơ sở khám bệnh, chữa bệnh;

e) Trường hợp tự chọn thầy thuốc, tự chọn buồng bệnh thì chỉ được quỹ bảo hiểm y tế thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh theo giá dịch vụ hiện hành của nhà nước áp dụng cho cơ sở khám bệnh, chữa bệnh đó và theo mức hưởng quy định tại Điều 22 Luật bảo hiểm y tế và Điều 7 Nghị định này.

2. Người tham gia bảo hiểm y tế khi đi khám bệnh, chữa bệnh theo quy định tại các Điều 26, 27 và 28 Luật bảo hiểm y tế có sử dụng dịch vụ kỹ thuật cao, chi phí lớn thì được quỹ bảo hiểm y tế thanh toán chi phí trong phạm vi được hưởng như sau:

a) 100% chi phí đối với đối tượng quy định tại khoản 17 Điều 12 Luật bảo hiểm y tế và đối tượng là 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 trước Tổng khởi nghĩa 19 tháng 8 năm 1945; Bà mẹ Việt Nam anh hùng; thương binh, người hưởng chính sách như thương binh, thương binh loại B, bệnh binh bị mất sức 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;

b) 100% chi phí đối với đối tượng quy định tại khoản 2 Điều 12 Luật bảo hiểm y tế nhưng không vượt quá 40 tháng lương tối thiểu cho một lần sử dụng dịch vụ kỹ thuật đó; phần còn lại do ngân sách của cơ quan, đơn vị quản lý đối tượng chi trả;

c) 100% chi phí đối với đối tượng quy định tại khoản 9 Điều 12 Luật bảo hiểm y tế (trừ các đối tượng được hưởng theo quy định tại điểm a khoản 1 Điều này) nhưng không vượt quá 40 tháng lương tối thiểu cho một lần sử dụng dịch vụ kỹ thuật đó;

d) 95% chi phí đối với đối tượng quy định tại các khoản 3, 13 và 14 Điều 12 Luật bảo hiểm y tế nhưng không vượt quá 40 tháng lương tối thiểu cho một lần sử dụng dịch vụ kỹ thuật đó;

đ) 80% chi phí đối với các đối tượng khác nhưng không vượt quá 40 tháng lương tối thiểu cho một lần sử dụng dịch vụ kỹ thuật đó.

3. Người tham gia bảo hiểm y tế khi đi khám bệnh, chữa bệnh không đúng cơ sở khám bệnh, chữa bệnh ban đầu hoặc khám bệnh, chữa bệnh không theo tuyến chuyên môn kỹ thuật do Bộ trưởng Bộ Y tế quy định (trừ trường hợp cấp cứu) thì được quỹ bảo hiểm y tế thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh trong phạm vi được hưởng quy định tại Điều 21 Luật bảo hiểm y tế như sau:

a) 70% chi phí đối với trường hợp khám bệnh, chữa bệnh tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh đạt tiêu chuẩn hạng III và không vượt quá 40 tháng lương tối thiểu cho mỗi lần sử dụng dịch vụ kỹ thuật cao, chi phí lớn;

b) 50% chi phí đối với trường hợp khám bệnh, chữa bệnh tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh đạt tiêu chuẩn hạng II và không vượt quá 40 tháng lương tối thiểu cho mỗi lần sử dụng dịch vụ kỹ thuật cao, chi phí lớn;

c) 30% chi phí đối với trường hợp khám bệnh, chữa bệnh tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh đạt tiêu chuẩn hạng I, hạng Đặc biệt và không vượt quá 40 tháng lương tối thiểu cho mỗi lần sử dụng dịch vụ kỹ thuật cao, chi phí lớn.

4. Người tham gia bảo hiểm y tế khi đi khám bệnh, chữa bệnh tại các cơ sở y tế ngoài công lập được quỹ bảo hiểm y tế thanh toán theo mức hưởng quy định tại Điều 22 Luật bảo hiểm y tế và quy định tại các khoản 1, 2 và 3 Điều này theo giá dịch vụ áp dụng đối với các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh công lập tương đương tuyến chuyên môn kỹ thuật.

Điều 8. Phạm vi quyền lợi, mức hưởng bảo hiểm y tế của đối tượng tự nguyện tham gia bảo hiểm y tế quy định tại khoản 3 Điều 50 Luật bảo hiểm y tế và quy định tại các khoản 3 và 4 Điều 1 Nghị định này

Phạm vi quyền lợi được hưởng, mức hưởng của đối tượng tự nguyện tham gia bảo hiểm y tế được thực hiện theo quy định tại các Điều 21, 22 và 23 Luật bảo hiểm y tế và quy định tại Điều 7 Nghị định này.

Điều 9. Áp dụng các phương thức thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh theo Điều 30 Luật bảo hiểm y tế

1. Phương thức thanh toán theo định suất được áp dụng đối với cơ sở khám bệnh, chữa bệnh ban đầu theo quy định của Bộ Y tế.

2. Phương thức thanh toán theo phí dịch vụ và phương thức thanh toán theo trường hợp bệnh được áp dụng bổ sung để thanh toán cho các dịch vụ ngoài định suất áp dụng tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh ban đầu và áp dụng đối với cơ sở khám bệnh, chữa bệnh không thực hiện phương thức 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 10. Phân bổ và quản lý quỹ bảo hiểm y tế

Tổng số thu bảo hiểm y tế của Bảo hiểm xã hội tỉnh, thành phố trực thuộc trung ương (sau đây gọi là Bảo hiểm xã hội tỉnh) được phân bổ và quản lý như sau:

1. 90% số thu bảo hiểm y tế (sau đây gọi là quỹ khám bệnh, chữa bệnh) để lại Bảo hiểm xã hội tỉnh quản lý.

2. 10% số thu bảo hiểm y tế chuyển Bảo hiểm xã hội Việt Nam quản lý để lập quỹ dự phòng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế và chi phí quản lý bảo hiểm y tế và được quy định như sau:

a) Tổng mức chi phí quản lý bảo hiểm y tế hàng 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 khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế là phần còn lại sau khi đã trích trừ chi phí quản lý bảo hiểm y tế.

Điều 11. Sử dụng quỹ khám bệnh, chữa bệnh do Bảo hiểm xã hội tỉnh quản lý

1. Quỹ khám bệnh, chữa bệnh do Bảo hiểm xã hội tỉnh quản lý quy định tại khoản 1 Điều 10 Nghị định này được sử dụng để thanh toán các khoản chi phí của người có thẻ bảo hiểm y tế do Bảo hiểm xã hội tỉnh phát hành, bao gồm:

a) Chi trả các khoản chi phí theo quy định tại Điều 21 Luật bảo hiểm y tế;

b) Trích chuyển 12% quỹ khám bệnh, chữa bệnh của đối tượng học sinh, sinh viên cho cơ sở giáo dục thuộc hệ thống giáo dục quốc dân để chăm sóc sức khỏe ban đầu cho học sinh, sinh viên.

2. Trường hợp quỹ khám bệnh, chữa bệnh do Bảo hiểm xã hội tỉnh quản lý trong năm không sử dụng hết được sử dụng như sau:

a) 60% sử dụng để mua sắm, bảo dưỡng trang thiết bị y tế, đào tạo nâng cao trình độ nghiệp vụ và những khoản chi khác để phục vụ khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế tại địa phương theo hướng dẫn của liên Bộ Y tế - Tài chính;

b) 40% chuyển về Bảo hiểm xã hội Việt Nam để bổ sung vào quỹ dự phòng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế.

3. Trường hợp quỹ khám bệnh, chữa bệnh do Bảo hiểm xã hội tỉnh quản lý trong năm bội chi thì Bảo hiểm xã hội tỉnh báo cáo Bảo hiểm xã hội Việt Nam để xử lý theo quy định tại Điều 12 Nghị định này.

Điều 12. Sử dụng quỹ dự phòng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế

1. Quỹ dự phòng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế do Bảo hiểm xã hội Việt Nam quản lý được sử dụng để bổ sung cho quỹ khám bệnh, chữa bệnh do Bảo hiểm xã hội tỉnh quản lý trong trường hợp quỹ khám bệnh, chữa bệnh do Bảo hiểm xã hội tỉnh quản lý bị bội chi.

Tổng Giám đốc Bảo hiểm xã hội Việt Nam căn cứ báo cáo về việc bội chi của quỹ khám bệnh, chữa bệnh do Bảo hiểm xã hội tỉnh quản lý, quyết định việc bổ sung và báo cáo Hội đồng quản lý Bảo hiểm xã hội Việt Nam tại kỳ họp gần nhất. Trường hợp quỹ dự phòng không đủ để bổ sung thì phải báo cáo Hội đồng quản lý phương án giải quyết trước khi báo cáo liên Bộ Y tế - Tài chính.

2. Trường hợp quỹ dự phòng khám bệnh, chữa bệnh nhỏ hơn tổng chi phí khám bệnh, chữa bệnh của hai quý trước liền kề hoặc lớn hơn tổng chi khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế của hai năm trước liền kề, Bảo hiểm xã hội Việt Nam có trách nhiệm báo cáo Hội đồng quản lý, Bộ Y tế và Bộ Tài chính.

Bộ Y tế chủ trì, phối hợp với Bộ Tài chính trình Thủ tướng Chính phủ các biện pháp giải quyết.

Điều 13. Hoạt động đầu tư, tăng trưởng quỹ bảo hiểm y tế

1. Bảo hiểm xã hội Việt Nam có trách nhiệm thực hiện các biện pháp bảo toàn và tăng trưởng quỹ bảo hiểm y tế từ số tiền tạm thời nhàn rỗi. Hoạt động đầu tư từ quỹ bảo hiểm y tế phải bảo đảm an toàn, hiệu quả và thu hồi được khi cần thiết.

2. Hội đồng quản lý Bảo hiểm xã hội Việt Nam quyết định việc đầu tư theo các hình thức sau đây:

- a) Mua trái phiếu, tín phiếu, công trái của Nhà nước;
- b) Cho ngân hàng thương mại của Nhà nước, Ngân hàng Phát triển Việt Nam, Ngân hàng chính sách Xã hội vay theo lãi suất thị trường;
- c) Các hình thức đầu tư khác do Hội đồng quản lý Bảo hiểm xã hội Việt Nam quyết định.

3. Tiền sinh lời từ đầu tư, tăng trưởng quỹ bảo hiểm y tế hằng năm được bổ sung vào quỹ dự phòng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế.

Điều 14. Kế hoạch tài chính

1. 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 bảo hiểm y tế; đầu tư, tăng trưởng quỹ bảo hiểm y tế trình Hội đồng quản lý Bảo hiểm xã hội Việt Nam thông qua và báo cáo Bộ Tài chính, 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.

2. Căn cứ kế hoạch tài chính được Thủ tướng Chính phủ giao, Tổng giám đốc Bảo hiểm xã hội Việt Nam quyết định giao dự toán thu, chi cho các đơn vị thực hiện.

Điều 15. Trách nhiệm quản lý quỹ bảo hiểm y tế

1. Bảo hiểm xã hội Việt Nam thực hiện việc thu, chi, quản lý và quyết toán quỹ bảo hiểm y tế theo quy định của pháp luật.

2. Bảo hiểm xã hội Việt Nam được mở tài khoản tiền gửi quỹ bảo hiểm y tế tại hệ thống Kho bạc Nhà nước và Ngân hàng thương mại của Nhà nước. Số dư trên tài khoản tiền gửi được hưởng lãi suất tiền gửi theo quy định của Kho bạc Nhà nước và Ngân hàng thương mại của Nhà nước.

Chương IV ĐIỀU KHOẢN THI HÀNH

Điều 16. Điều khoản chuyển tiếp

1. Tiếp tục thực hiện chế độ khám, chữa bệnh miễn phí cho trẻ em dưới 6 tuổi theo hình thức thực thanh, thực chi theo quy định tại Nghị định số 36/2005/NĐ-CP ngày 17 tháng 5 năm 2005 của Chính phủ quy định chi tiết thi hành một số điều của Luật bảo vệ, chăm sóc và giáo dục trẻ em cho đến khi Nghị định này có hiệu lực.

2. Trường hợp tham gia bảo hiểm y tế trong thời gian từ ngày 01 tháng 7 năm 2009 cho đến khi Nghị định này có hiệu lực thì thực hiện theo quy định tại Nghị định số 63/2005/NĐ-CP ngày 16 tháng 5 năm 2005 của Chính phủ ban hành Điều lệ Bảo hiểm y tế cho đến hết ngày 31 tháng 12 năm 2009.

Điều 17. Hiệu lực thi hành

1. Nghị định này có hiệu lực thi hành từ ngày 01 tháng 10 năm 2009.

2. Bãi bỏ Nghị định số 63/2005/NĐ-CP ngày 16 tháng 5 năm 2005 của Chính phủ ban hành Điều lệ Bảo hiểm y tế và Điều 18 Nghị định số 36/2005/NĐ-CP ngày 17 tháng 3 năm 2005 của Chính phủ quy định chi tiết thi hành một số điều của Luật bảo vệ, chăm sóc và giáo dục trẻ em và các quy định khác về bảo hiểm y tế trái với quy định tại Nghị định này.

Điều 18. 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 Luật bảo hiểm y tế và Nghị định này; ban hành các văn bản hướng dẫn về chuyên môn kỹ thuật và quản lý chất lượng đối với cơ sở khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế.

2. Bộ Lao động - Thương binh và Xã hội nghiên cứu, xây dựng tiêu chí xác định người thuộc hộ cận nghèo, hộ gia đình có mức sống trung bình trình Thủ tướng Chính phủ ban hành. Riêng năm 2009 tiêu chí xác định người thuộc hộ cận nghèo thực hiện theo quyết định 117/2008/QĐ-TTg ngày 27 tháng 8 năm 2008 của Thủ tướng Chính phủ về điều chỉnh mức đóng bảo hiểm y tế đối với các đối tượng thuộc diện chính sách xã hội.

3. 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 19. Trách nhiệm thi hành

Bộ trưởng, Thủ trưởng cơ quan ngang bộ, Thủ trưởng cơ quan thuộc Chính phủ, Chủ tịch Ủy ban nhân dân 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 CP;
- Văn phòng BCĐTW về phòng, chống tham nhũng;
- HĐND, UBND các tỉnh, TP trực thuộc TƯ;
- Văn phòng Trung ương và các Ban của Đảng;
- Văn phòng Chủ tịch nước;
- Hội đồng Dân tộc và các ủy ban của Quốc hội;
- Văn phòng Quốc hội;
- Toà án nhân dân tối cao;
- Viện Kiểm sát nhân dân tối cao;
- Kiểm toán Nhà nước;
- Ủy ban Giám sát tài chính Quốc gia;
- Ngân hàng Chính sách Xã hội;
- Ngân hàng Phát triển Việt Nam;
- UBTW Mặt trận Tổ quốc Việt Nam;
- Cơ quan Trung ương của các đoàn thể;
- VPCP, BTCN, các PCN, Công TTĐT, các Vụ, Cục, đơn vị trực thuộc, Công báo;
- Lưu: Văn thư, KGVX (5b). **290**

**TM. CHÍNH PHỦ
THỦ TƯỚNG**



Nguyễn Tấn Dũng