

CHÍNH PHỦ

CHÍNH PHỦ

Số: 63/2005/NĐ-CP

CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM

Độc lập - Tự do - Hạnh phúc

Hà Nội, ngày 16 tháng 5 năm 2005

NGHỊ ĐỊNH CỦA CHÍNH PHỦ
Ban hành Điều lệ Bảo hiểm y tế

CHÍNH PHỦ

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

Theo đề nghị của Bộ trưởng Bộ Y tế, Bộ trưởng Bộ Tài chính,

NGHỊ ĐỊNH:

Điều 1. Ban hành kèm theo Nghị định này Điều lệ Bảo hiểm y tế.

Điều 2. Nghị định này có hiệu lực thi hành kể từ ngày 01 tháng 7 năm 2005 và thay thế Nghị định số 58/1998/NĐ-CP ngày 13 tháng 8 năm 1998 của Chính phủ ban hành Điều lệ Bảo hiểm y tế. Các quy định trước đây trái với quy định tại Nghị định này đều bãi bỏ.

Điều 3. Bộ Y tế chủ trì, phối hợp với Bộ Tài chính và các Bộ, ngành liên quan hướng dẫn thi hành Nghị định này.

Điều 4. 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 và Tổng Giám đốc Bảo hiểm Xã hội Việt Nam chịu trách nhiệm thi hành Nghị định này./.

TM. CHÍNH PHỦ

Thủ tướng

Phan Văn Khải

096887... www.ThuVienPhapLuat.com Tel: +848-3845 6684

CHÍNH PHỦ**CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM**Độc lập - Tự do - Hạnh phúc**ĐIỀU LỆ BẢO HIỂM Y TẾ**

(ban hành kèm theo Nghị định số 63/2005/NĐ-CP
ngày 16 tháng 5 năm 2005 của Chính phủ).

*Chương I***QUY ĐỊNH CHUNG****Điều 1. Mục tiêu chung**

1. Bảo hiểm y tế quy định trong Điều lệ này là một chính sách xã hội do Nhà nước tổ chức thực hiện, nhằm huy động sự đóng góp của người sử dụng lao động, người lao động, các tổ chức và cá nhân, để thanh toán chi phí khám, chữa bệnh theo quy định của Điều lệ này cho người có thẻ bảo hiểm y tế khi ốm đau.

2. Bảo hiểm y tế theo Điều lệ này mang tính xã hội, không vì mục tiêu lợi nhuận, hướng tới mục tiêu công bằng, hiệu quả trong khám, chữa bệnh và toàn dân tham gia.

Điều 2. Giải thích từ ngữ

Trong Điều lệ này, các thuật ngữ dưới đây được hiểu như sau:

1. *Bảo hiểm y tế bắt buộc* là hình thức bảo hiểm y tế được thực hiện trên cơ sở bắt buộc của người tham gia.

2. *Bảo hiểm y tế tự nguyện* là hình thức

bảo hiểm y tế được thực hiện trên cơ sở tự nguyện của người tham gia.

3. *Người bệnh bảo hiểm y tế* là người bệnh có thẻ bảo hiểm y tế bắt buộc hoặc tự nguyện, khi khám, chữa bệnh được hưởng chế độ khám, chữa bệnh và thanh toán chi phí khám, chữa bệnh theo quy định của cơ quan có thẩm quyền.

4. *Thân nhân bao gồm các đối tượng* là bố, mẹ đẻ; bố, mẹ đẻ của vợ hoặc chồng; bố, mẹ nuôi hoặc người nuôi dưỡng hợp pháp của bản thân, của vợ hoặc chồng; vợ hoặc chồng; con đẻ, con nuôi hợp pháp dưới 18 tuổi; con đẻ, con nuôi hợp pháp đủ 18 tuổi trở lên nhưng bị tàn tật mất khả năng lao động theo quy định của pháp luật.

5. *Thẻ bảo hiểm y tế* là một loại chứng chỉ xác định người đứng tên đã thực hiện đầy đủ nghĩa vụ và được hưởng các quyền lợi về khám, chữa bệnh theo quy định, do cơ quan có thẩm quyền về bảo hiểm y tế cấp.

6. *Phí bảo hiểm y tế* là số tiền mà người tham gia bảo hiểm y tế, người sử

dụng lao động hoặc ngân sách nhà nước phải đóng cho Quỹ Bảo hiểm y tế theo quy định.

7. *Quỹ Bảo hiểm y tế* là quỹ tiền tệ được hình thành từ nguồn thu phí bảo hiểm y tế và các nguồn thu hợp pháp khác. Quỹ Bảo hiểm y tế được sử dụng để chi trả chi phí khám, chữa bệnh và những khoản chi phí hợp pháp khác theo quy định cho người tham gia bảo hiểm y tế.

8. *Cơ sở khám, chữa bệnh bảo hiểm y tế* là cơ sở y tế nhà nước và cơ sở y tế tư nhân có hợp đồng với cơ quan bảo hiểm xã hội khám, chữa bệnh cho người có thẻ bảo hiểm y tế.

9. *Phạm vi quyền lợi bảo hiểm y tế* bao gồm các quyền lợi về khám, chữa bệnh, chăm sóc, phục hồi sức khỏe hoặc bằng tiền mặt mà người tham gia bảo hiểm y tế được hưởng theo quy định của cơ quan có thẩm quyền.

10. *Dịch vụ kỹ thuật cao* là những kỹ thuật y học phức tạp, chuyên sâu, khi thực hiện đòi hỏi người làm phải có trình độ, kỹ năng tay nghề cao hoặc phải sử dụng các trang thiết bị y tế hiện đại, vật tư y tế đắt tiền có chi phí lớn.

11. *Hình thức thanh toán bảo hiểm y tế* là các biện pháp, cách thức được áp dụng theo quy định để thanh toán chi phí khám, chữa bệnh của cơ quan quản lý Quỹ Bảo hiểm y tế với cơ sở khám, chữa bệnh bảo hiểm y tế hoặc với người tham gia bảo hiểm y tế.

12. *Thanh toán trực tiếp* là hình thức thanh toán do cơ quan quản lý Quỹ Bảo hiểm y tế thực hiện trực tiếp bằng tiền mặt cho người tham gia bảo hiểm y tế, không qua cơ sở khám, chữa bệnh bảo hiểm y tế.

13. *Thanh toán theo phí dịch vụ* là hình thức thanh toán dựa trên quy định về mức phí của các loại dịch vụ y tế mà người bệnh bảo hiểm y tế sử dụng.

14. *Thanh toán theo định suất* là hình thức thanh toán dựa trên mức khoán cố định cho mỗi đầu thẻ đăng ký tại cơ sở khám, chữa bệnh bảo hiểm y tế trong một khoảng thời gian nhất định. Khi thực hiện hình thức thanh toán này, cơ sở khám, chữa bệnh bảo hiểm y tế không được thu thêm bất cứ khoản chi phí nào khác.

15. *Thanh toán theo nhóm bệnh* là hình thức thanh toán dựa trên chi phí của mỗi loại bệnh hay nhóm bệnh cụ thể đã được chẩn đoán xác định.

Điều 3. Đối tượng thực hiện bảo hiểm y tế bắt buộc

Bảo hiểm y tế bắt buộc được áp dụng đối với những đối tượng sau:

1. Người lao động Việt Nam (sau đây gọi tắt là người lao động) làm việc theo hợp đồng lao động có thời hạn từ đủ 3 tháng trở lên và hợp đồng lao động không xác định thời hạn trong các doanh nghiệp thuộc mọi thành phần kinh tế,

các cơ quan, đơn vị sự nghiệp, đơn vị thuộc lực lượng vũ trang, tổ chức sau:

a) Doanh nghiệp thành lập, hoạt động theo Luật Doanh nghiệp nhà nước;

b) Doanh nghiệp thành lập, hoạt động theo Luật Doanh nghiệp;

c) Doanh nghiệp thành lập, hoạt động theo Luật Đầu tư nước ngoài tại Việt Nam;

d) Doanh nghiệp các ngành nông nghiệp, lâm nghiệp, ngư nghiệp, diêm nghiệp;

đ) Hợp tác xã được thành lập và hoạt động theo Luật Hợp tác xã;

e) Doanh nghiệp của tổ chức chính trị, các tổ chức chính trị - xã hội;

g) Các cơ quan nhà nước, đơn vị sự nghiệp, tổ chức chính trị, tổ chức chính trị - xã hội, tổ chức chính trị - xã hội nghề nghiệp, tổ chức xã hội nghề nghiệp, tổ chức xã hội khác, đơn vị lực lượng vũ trang;

h) Trạm y tế xã, phường, thị trấn;

i) Các trường giáo dục mầm non;

k) Cơ quan, tổ chức nước ngoài hoặc tổ chức quốc tế tại Việt Nam, trừ trường hợp Điều ước quốc tế, Hiệp định đa phương, song phương mà Việt Nam ký kết hoặc tham gia có quy định khác;

l) Cơ sở bán công, dân lập, tư nhân thuộc các ngành văn hóa, y tế, giáo dục,

đào tạo, khoa học, thể dục thể thao và các ngành sự nghiệp khác;

m) Các tổ chức khác có sử dụng lao động.

2. Cán bộ, công chức, viên chức theo Pháp lệnh Cán bộ, công chức.

3. Người đang hưởng chế độ hưu trí, hưởng trợ cấp bảo hiểm xã hội hàng tháng.

4. Người có công với cách mạng theo quy định của pháp luật.

5. Người tham gia kháng chiến và con đẻ của họ bị nhiễm chất độc hóa học do Mỹ sử dụng trong chiến tranh ở Việt Nam đang hưởng trợ cấp hàng tháng

6. Đại biểu Quốc hội đương nhiệm không thuộc biên chế nhà nước và biên chế của các tổ chức chính trị - xã hội; đại biểu Hội đồng nhân dân đương nhiệm các cấp không thuộc biên chế nhà nước hoặc không hưởng chế độ bảo hiểm xã hội hàng tháng.

7. Cán bộ xã, phường, thị trấn đã nghỉ việc đang hưởng trợ cấp bảo hiểm xã hội hàng tháng và cán bộ xã già yếu nghỉ việc đang hưởng phụ cấp hàng tháng từ nguồn ngân sách nhà nước theo quy định tại Quyết định số 130/CP ngày 20 tháng 6 năm 1975 của Hội đồng Chính phủ và Quyết định số 111/HĐBT ngày 13 tháng 10 năm 1981 của Hội đồng Bộ trưởng.

8. Thân nhân sĩ quan Quân đội nhân dân đang tại ngũ; thân nhân sĩ quan

ng nghiệp vụ đang công tác trong lực lượng Công an nhân dân.

9. Các đối tượng bảo trợ xã hội được hưởng trợ cấp hàng tháng.

10. Người cao tuổi từ 90 tuổi trở lên và người cao tuổi theo quy định tại Điều 6 của Nghị định số 30/2002/NĐ-CP ngày 26 tháng 3 năm 2002 của Chính phủ về quy định và hướng dẫn thi hành một số điều của Pháp lệnh Người cao tuổi.

11. Các đối tượng được khám, chữa bệnh theo quy định tại Quyết định số 139/2002/QĐ-TTg ngày 15 tháng 10 năm 2002 của Thủ tướng Chính phủ về việc khám, chữa bệnh cho người nghèo.

12. Cựu chiến binh thời kỳ chống Pháp, chống Mỹ ngoài các đối tượng đã tham gia bảo hiểm y tế bắt buộc theo quy định trên.

13. Lưu học sinh nước ngoài đang học tập tại Việt Nam được Nhà nước Việt Nam cấp học bổng.

14. Người lao động làm việc tại các doanh nghiệp, cơ quan, tổ chức quy định tại khoản 1 Điều này, làm việc theo hợp đồng lao động có thời hạn dưới 3 tháng, khi hết hạn hợp đồng lao động mà người lao động vẫn tiếp tục làm việc hoặc giao kết hợp đồng lao động mới đối với doanh nghiệp, tổ chức, cá nhân đó thì phải tham gia bảo hiểm y tế bắt buộc.

Điều 4. Đối tượng thực hiện bảo hiểm y tế tự nguyện

Bảo hiểm y tế tự nguyện được áp dụng đối với mọi đối tượng có nhu cầu tự nguyện tham gia bảo hiểm y tế, kể cả đối tượng đã tham gia bảo hiểm y tế bắt buộc nhưng muốn tham gia bảo hiểm y tế tự nguyện để hưởng mức dịch vụ bảo hiểm y tế cao hơn đối với người tham gia bảo hiểm y tế bắt buộc. Mục tiêu, nguyên tắc, các hình thức tổ chức, quản lý bảo hiểm y tế tự nguyện được quy định tại các Điều 24, 25, 26 và Điều 27 của Điều lệ này.

Điều 5. Quỹ Bảo hiểm y tế

1. Quỹ bảo hiểm y tế được hình thành từ các nguồn sau:

a) Tiền thu phí bảo hiểm y tế do người sử dụng lao động và người tham gia bảo hiểm y tế đóng;

b) Các khoản nhà nước đóng bảo hiểm y tế cho đối tượng theo quy định và các khoản hỗ trợ khác của Nhà nước (nếu có);

c) Tiền sinh lời do thực hiện các biện pháp hợp pháp nhằm bảo toàn và tăng trưởng Quỹ Bảo hiểm y tế;

d) Các khoản thu từ nguồn tài trợ, viện trợ của các tổ chức, cá nhân trong và ngoài nước;

đ) Các khoản thu hợp pháp khác.

2. Quỹ bảo hiểm y tế được sử dụng để thanh toán chi phí khám, chữa bệnh, phục hồi chức năng cho người tham gia bảo hiểm y tế theo phạm vi quyền lợi mà

người tham gia bảo hiểm y tế được hưởng và các khoản chi phí khác theo quy định.

Điều 6. Thẻ bảo hiểm y tế

1. Thẻ bảo hiểm y tế được cấp cho người tham gia bảo hiểm y tế. Thẻ được thiết kế để dễ nhận biết, tiện lợi và phù hợp trong quản lý và sử dụng.

2. Bảo hiểm Xã hội Việt Nam ban hành mẫu, thống nhất quản lý và phát hành thẻ bảo hiểm y tế.

3. Thẻ bảo hiểm y tế có giá trị sử dụng ngay và liên tục khi đóng bảo hiểm y tế đúng quy định. Việc cấp thẻ, thay thẻ, đổi thẻ phải đảm bảo tính liên tục, không làm ảnh hưởng đến quyền lợi của người tham gia bảo hiểm y tế.

4. Đối với bảo hiểm y tế tự nguyện, thẻ bảo hiểm y tế có giá trị sử dụng sau 30 ngày, kể từ ngày đóng bảo hiểm y tế trong các trường hợp sau:

- a) Đóng bảo hiểm y tế lần đầu;
- b) Tiếp tục đóng bảo hiểm y tế sau một thời gian gián đoạn vì bất kỳ lý do gì.

5. Thẻ bảo hiểm y tế không có giá trị sử dụng trong những trường hợp sau:

- a) Thẻ đã hết thời hạn sử dụng;
- b) Thẻ không phải do cơ quan có thẩm quyền ban hành;
- c) Người có tên trong thẻ đã chết;
- d) Thẻ bị sửa chữa, tẩy, xóa...

Chương II

CHẾ ĐỘ BẢO HIỂM Y TẾ VÀ THANH TOÁN CHI PHÍ KHÁM, CHỮA BỆNH BẢO HIỂM Y TẾ

Điều 7. Phạm vi quyền lợi của người tham gia bảo hiểm y tế bắt buộc

Người có thẻ bảo hiểm y tế bắt buộc được hưởng chế độ bảo hiểm y tế khi khám, chữa bệnh ngoại trú và nội trú ở các cơ sở y tế nhà nước và tư nhân có hợp đồng với cơ quan bảo hiểm xã hội khám, chữa bệnh cho người bệnh bảo hiểm y tế, gồm:

1. Khám bệnh, chẩn đoán, điều trị và phục hồi chức năng trong thời gian điều trị tại cơ sở khám, chữa bệnh.
2. Xét nghiệm, chẩn đoán hình ảnh, thăm dò chức năng.
3. Thuốc trong danh mục theo quy định của Bộ Y tế.
4. Máu, dịch truyền.
5. Các thủ thuật, phẫu thuật.
6. Sử dụng vật tư, thiết bị y tế và giường bệnh.
7. Chi phí khám thai, sinh con.
8. Chi phí vận chuyển trong trường hợp phải chuyển tuyến chuyên môn kỹ thuật theo quy định của Bộ Y tế đối với một số đối tượng là người nghèo, người thuộc diện chính sách xã hội, người sinh sống hay công tác ở vùng núi, vùng sâu, vùng xa.

Điều 8. Thanh toán chi phí khám, chữa bệnh của người tham gia bảo hiểm y tế bắt buộc

1. Chi phí khám, chữa bệnh của người tham gia bảo hiểm y tế bắt buộc theo quy định tại Điều 7 của Điều lệ này được Quỹ Bảo hiểm y tế thanh toán toàn bộ theo giá viện phí hiện hành của Nhà nước, trừ những trường hợp sử dụng những dịch vụ kỹ thuật cao có chi phí lớn được thanh toán theo quy định tại khoản 2 của Điều này.

2. Những trường hợp sử dụng các dịch vụ kỹ thuật cao có chi phí lớn được quỹ bảo hiểm y tế thanh toán nhưng không vượt quá tỷ lệ và mức thanh toán tối đa theo quy định. Bộ Y tế phối hợp với Bộ Tài chính quy định cụ thể danh mục các dịch vụ kỹ thuật cao và mức tối đa được Quỹ Bảo hiểm y tế thanh toán đối với mỗi loại dịch vụ đó cho phù hợp.

3. Người bệnh bảo hiểm y tế tự thanh toán khoản chi phí vượt mức tối đa quy định tại khoản 2 Điều này, trừ các đối tượng quy định tại các khoản 3, 4, 5, 9, 10 và khoản 11 Điều 3 của Điều lệ này được Quỹ Bảo hiểm y tế thanh toán theo hạn mức do Bộ Y tế và Bộ Tài chính thống nhất quy định.

Điều 9. Cơ sở khám, chữa bệnh bảo hiểm y tế

1. Bộ Y tế quy định tiêu chuẩn chuyên môn kỹ thuật của cơ sở y tế đủ điều kiện khám, chữa bệnh bảo hiểm y tế để làm

căn cứ cho tổ chức bảo hiểm xã hội ký hợp đồng khám, chữa bệnh cho người có thẻ bảo hiểm y tế.

2. Các cơ sở y tế tư nhân có hợp đồng với tổ chức bảo hiểm xã hội tham gia khám, chữa bệnh cho người có thẻ bảo hiểm y tế phải đáp ứng đầy đủ các tiêu chuẩn về chuyên môn, kỹ thuật và chấp hành các quy định về chế độ thanh toán cho người bệnh bảo hiểm y tế như các cơ sở y tế nhà nước.

Điều 10. Đăng ký khám, chữa bệnh bảo hiểm y tế

1. Người có thẻ bảo hiểm y tế được lựa chọn cơ sở y tế để đăng ký khám, chữa bệnh ban đầu và được khám, chữa bệnh tại các cơ sở y tế theo hệ thống tuyến chuyên môn kỹ thuật phù hợp với tình trạng bệnh tật.

2. Người có thẻ bảo hiểm y tế bắt buộc được hưởng chế độ thanh toán bảo hiểm y tế theo quy định tại Điều 8 của Điều lệ này khi:

a) Khám, chữa bệnh tại cơ sở khám, chữa bệnh bảo hiểm y tế đã đăng ký trên thẻ để quản lý và chăm sóc sức khỏe;

b) Khám, chữa bệnh tại cơ sở khám, chữa bệnh bảo hiểm y tế khác theo giới thiệu chuyển viện phù hợp với tuyến chuyên môn kỹ thuật theo quy định của Bộ Y tế;

c) Khám, chữa bệnh tại các cơ sở khám, chữa bệnh bảo hiểm y tế trong trường hợp cấp cứu;

d) Khám, chữa bệnh tại các cơ sở khám, chữa bệnh bảo hiểm y tế không đăng ký ban đầu, không theo tuyến điều trị đối với một số trường hợp đặc biệt được quy định cụ thể riêng theo thỏa thuận giữa tổ chức bảo hiểm xã hội và người sử dụng lao động.

Điều 11. Thanh toán trong các trường hợp người có thể bảo hiểm y tế khám, chữa bệnh theo yêu cầu; khám, chữa bệnh tại các cơ sở y tế tư nhân

1. Trong các trường hợp người có thể bảo hiểm y tế khám, chữa bệnh theo yêu cầu riêng của bản thân như: tự chọn thầy thuốc, tự chọn buồng bệnh, tự chọn cơ sở khám, chữa bệnh, tự chọn các dịch vụ y tế; khám, chữa bệnh vượt tuyến chuyên môn kỹ thuật theo quy định của Bộ Y tế; khám, chữa bệnh tại các cơ sở y tế không có hợp đồng với tổ chức bảo hiểm xã hội; khám, chữa bệnh ở nước ngoài thì Quỹ Bảo hiểm y tế chỉ thanh toán cho người bệnh bảo hiểm y tế chi phí khám, chữa bệnh theo giá viện phí hiện hành của cơ sở y tế nhà nước theo tuyến chuyên môn kỹ thuật phù hợp với quy định của Bộ Y tế và trong phạm vi quyền lợi quy định tại Điều 7 của Điều lệ này.

2. Trường hợp người có thể bảo hiểm y tế khám, chữa bệnh theo đúng tuyến đã đăng ký tại các cơ sở y tế tư nhân thì Quỹ Bảo hiểm y tế chỉ thanh toán chi phí khám, chữa bệnh của người bệnh bảo hiểm y tế theo giá viện phí của cơ sở y tế nhà nước ở tuyến tương đương.

Người có thể bảo hiểm y tế chịu trách nhiệm chi trả khoản chênh lệch (nếu có) giữa chi phí khám, chữa bệnh thực tế so với mức thanh toán của Quỹ Bảo hiểm y tế trong các trường hợp quy định tại khoản 1 và khoản 2 Điều này.

Điều 12. Các trường hợp không được hưởng quyền lợi bảo hiểm y tế

Quỹ Bảo hiểm y tế không thanh toán chi phí trong các trường hợp sau:

1. Điều trị bệnh phong, thuốc đặc hiệu điều trị các bệnh: lao, sốt rét, tâm thần phân liệt, động kinh và các bệnh khác nếu đã được ngân sách nhà nước chi trả.

2. Chẩn đoán, điều trị nhiễm HIV/AIDS (trừ các xét nghiệm HIV theo chỉ định chuyên môn và các đối tượng được quy định tại Quyết định số 265/2003/QĐ-TTg ngày 16 tháng 12 năm 2003 của Thủ tướng Chính phủ về chế độ đối với người bị phơi nhiễm với HIV, bị nhiễm HIV/AIDS do tai nạn rủi ro nghề nghiệp), bệnh lậu, bệnh giang mai.

3. Tiêm chủng phòng bệnh, điều dưỡng, an dưỡng, xét nghiệm và chẩn đoán thai sớm, khám sức khỏe, dịch vụ kế hoạch hóa gia đình và điều trị vô sinh.

4. Chỉnh hình và tạo hình thẩm mỹ, làm chân tay giả, mắt giả, răng giả, kính mắt, máy trợ thính.

5. Bệnh nghề nghiệp, tai nạn lao động, tai nạn chiến tranh.

6. Chi phí điều trị trong các trường hợp

tự tử, cố ý gây thương tích, nghiện ma túy hay do thực hiện các hành vi vi phạm pháp luật.

7. Giám định y khoa; giám định y pháp; giám định y pháp tâm thần.

8. Các trường hợp khám bệnh, chữa bệnh, phục hồi chức năng và sinh đẻ tại nhà.

Điều 13. Hình thức thanh toán chi phí khám, chữa bệnh bảo hiểm y tế

Chi phí khám, chữa bệnh bảo hiểm y tế được thanh toán dưới hai hình thức:

1. Tổ chức bảo hiểm xã hội thanh toán với các cơ sở khám, chữa bệnh bảo hiểm y tế theo hợp đồng giữa hai bên.

2. Tổ chức bảo hiểm xã hội thanh toán trực tiếp với người bệnh bảo hiểm y tế chi phí khám, chữa bệnh trong các trường hợp quy định tại khoản 1 Điều 11 của Điều lệ này.

Điều 14. Thanh toán giữa cơ quan bảo hiểm xã hội và cơ sở khám, chữa bệnh

1. Các hình thức thanh toán giữa tổ chức bảo hiểm xã hội với cơ sở khám, chữa bệnh bảo hiểm y tế:

- a) Thanh toán theo phí dịch vụ;
- b) Thanh toán theo định suất;
- c) Thanh toán theo nhóm bệnh;
- d) Hình thức thanh toán thích hợp khác.

2. Tổ chức bảo hiểm xã hội thực hiện

hình thức thanh toán cụ thể theo hướng dẫn của liên Bộ Y tế và Tài chính.

3. Trên cơ sở bảo đảm quyền lợi của người tham gia bảo hiểm y tế, của các cơ sở khám, chữa bệnh bảo hiểm y tế và sự an toàn của Quỹ Bảo hiểm y tế, phù hợp với chính sách viện phí và thuận tiện cho các bên, Bảo hiểm Xã hội Việt Nam hướng dẫn việc thực hiện thí điểm hình thức thanh toán mới sau khi thống nhất với Bộ Y tế và Bộ Tài chính.

Chương III

TRÁCH NHIỆM, PHƯƠNG THỨC VÀ MỨC ĐÓNG BẢO HIỂM Y TẾ BẮT BUỘC

Điều 15. Phí bảo hiểm y tế và trách nhiệm đóng bảo hiểm y tế bắt buộc

1. Các đối tượng quy định tại các khoản 1 và khoản 2 Điều 3 của Điều lệ này: mức phí bảo hiểm y tế hàng tháng bằng 3% tiền lương, tiền công, tiền sinh hoạt phí hàng tháng và các khoản phụ cấp chức vụ lãnh đạo, phụ cấp thâm niên nghề, thâm niên vượt khung, phụ cấp khu vực và hệ số chênh lệch bảo lưu (nếu có), trong đó người sử dụng lao động đóng 2%, người lao động đóng 1%.

2. Các đối tượng là người hưởng lương hưu, trợ cấp mất sức lao động: mức phí bảo hiểm y tế hàng tháng bằng 3% tiền lương hưu, tiền trợ cấp bảo hiểm xã hội,

do cơ quan bảo hiểm xã hội trực tiếp đóng.

3. Đối tượng hưởng trợ cấp tai nạn lao động, bệnh nghề nghiệp hàng tháng; công nhân cao su nghỉ việc hưởng trợ cấp hàng tháng; người hưởng trợ cấp theo Quyết định số 91/2000/QĐ-TTg ngày 04 tháng 8 năm 2000 của Thủ tướng Chính phủ và các đối tượng quy định tại các khoản 4, 5, 6, 7, 8, 9 và khoản 12 Điều 3 của Điều lệ này: mức phí đóng bảo hiểm y tế hàng tháng bằng 3% mức tiền lương tối thiểu hiện hành.

4. Các đối tượng quy định tại khoản 10 và khoản 11 Điều 3 của Điều lệ này: mức phí đóng tạm thời là 50.000 đồng/người/năm.

5. Các đối tượng quy định tại khoản 13 Điều 3 của Điều lệ này (lưu học sinh nước ngoài đang học tại Việt Nam được cấp học bổng): mức đóng bảo hiểm y tế hàng tháng bằng 3% tiền suất học bổng hàng tháng, do cơ quan cấp học bổng có trách nhiệm đóng.

6. Ngân sách nhà nước bảo đảm nguồn đóng bảo hiểm y tế cho đối tượng hưởng bảo hiểm xã hội trước ngày 01 tháng 10 năm 1995 và các đối tượng quy định tại các khoản 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11 và khoản 12 Điều 3 của Điều lệ này. Quỹ Bảo hiểm xã hội bảo đảm nguồn đóng bảo hiểm y tế cho đối tượng nghỉ hưởng bảo hiểm xã hội từ ngày 01 tháng 10 năm 1995.

7. Chính phủ điều chỉnh mức đóng bảo hiểm y tế bắt buộc khi cần thiết.

8. Khuyến khích người sử dụng lao động trong các doanh nghiệp đóng toàn bộ phí bảo hiểm y tế cho người lao động (trong trường hợp này, phí bảo hiểm y tế được hạch toán 2% vào chi phí sản xuất và 1% từ quỹ của doanh nghiệp).

9. Các đối tượng tham gia bảo hiểm y tế bắt buộc, nếu tham gia các hình thức bảo hiểm y tế tự nguyện khác thì ngoài mức đóng bảo hiểm y tế bắt buộc theo quy định trên phải tự đóng phí bảo hiểm y tế tự nguyện theo quy định phù hợp với mức dịch vụ bảo hiểm y tế tự nguyện được hưởng.

Điều 16. Phương thức đóng bảo hiểm y tế

1. Cơ quan, doanh nghiệp, tổ chức, cá nhân (sau đây gọi là người sử dụng lao động) quản lý đối tượng quy định tại Điều 3 của Điều lệ này trích tiền đóng bảo hiểm y tế và thu tiền đóng bảo hiểm y tế theo tỷ lệ hoặc mức đóng được quy định tại Điều 15 của Điều lệ này nộp cho cơ quan bảo hiểm xã hội định kỳ hàng tháng đối với những đối tượng vừa thực hiện bảo hiểm xã hội vừa thực hiện bảo hiểm y tế và ít nhất 3 tháng một lần đối với các đối tượng khác.

2. Trường hợp đặc biệt, tổ chức bảo hiểm xã hội và người sử dụng lao động có thể thỏa thuận bằng hợp đồng về việc nộp phí bảo hiểm y tế và cấp thẻ bảo hiểm y tế dài hạn ngoài quy định tại khoản 1 Điều này.

Chương IV

**QUYỀN VÀ TRÁCH NHIỆM CỦA
CÁC BÊN THAM GIA
BẢO HIỂM Y TẾ**

Điều 17. Quyền và trách nhiệm của người tham gia bảo hiểm y tế

1. Người có thẻ bảo hiểm y tế có quyền:

a) Được khám, chữa bệnh theo chế độ bảo hiểm y tế như quy định tại Chương II của Điều lệ này;

b) Chọn một trong các cơ sở khám, chữa bệnh ban đầu thuận lợi tại nơi cư trú hoặc nơi công tác theo hướng dẫn của tổ chức bảo hiểm xã hội để được quản lý, chăm sóc sức khỏe và khám, chữa bệnh;

c) Được thay đổi nơi đăng ký khám, chữa bệnh ban đầu vào cuối mỗi quý;

d) Yêu cầu cơ quan bảo hiểm xã hội và cơ sở khám, chữa bệnh bảo đảm quyền lợi theo quy định của Điều lệ này;

đ) Khiếu nại, tố cáo khi phát hiện hành vi vi phạm Điều lệ Bảo hiểm y tế.

2. Người có thẻ bảo hiểm y tế có trách nhiệm:

a) Đóng phí bảo hiểm y tế đầy đủ, đúng thời hạn;

b) Xuất trình thẻ bảo hiểm y tế khi đến khám, chữa bệnh;

c) Bảo quản và không cho người khác mượn thẻ bảo hiểm y tế;

d) Chấp hành các quy định và hướng dẫn của tổ chức bảo hiểm xã hội, của cơ sở y tế khi đi khám, chữa bệnh.

Điều 18. Quyền và trách nhiệm của người sử dụng lao động

1. Người sử dụng lao động có quyền:

a) Từ chối thực hiện những yêu cầu của tổ chức bảo hiểm xã hội và các cơ sở khám, chữa bệnh không đúng với quy định của Điều lệ Bảo hiểm y tế và các văn bản hướng dẫn của cơ quan nhà nước có thẩm quyền;

b) Khiếu nại khi phát hiện hành vi vi phạm Điều lệ Bảo hiểm y tế. Trong thời gian khiếu nại vẫn phải thực hiện trách nhiệm đóng bảo hiểm y tế theo quy định.

2. Người sử dụng lao động có trách nhiệm:

a) Đóng phí bảo hiểm y tế đầy đủ, đúng thời hạn theo quy định của Điều lệ Bảo hiểm y tế;

b) Cung cấp các tài liệu về lao động, tiền lương, tiền công, phụ cấp của người tham gia đóng bảo hiểm y tế khi tổ chức bảo hiểm y tế yêu cầu và thực hiện chế độ đóng bảo hiểm y tế theo quy định;

c) Chấp hành sự kiểm tra, thanh tra về việc thực hiện chế độ đóng, thanh toán bảo hiểm y tế cho người lao động của các cơ quan nhà nước có thẩm quyền.

Điều 19. Quyền và trách nhiệm của tổ chức bảo hiểm xã hội

1. Tổ chức bảo hiểm xã hội có quyền:

a) Yêu cầu người sử dụng lao động đóng và thực hiện chế độ bảo hiểm y tế; cung cấp các tài liệu liên quan đến việc đóng và thực hiện chế độ bảo hiểm y tế;

b) Tổ chức các đại lý phát hành thẻ bảo hiểm y tế;

c) Ký hợp đồng với các cơ sở khám, chữa bệnh đủ tiêu chuẩn theo quy định để khám, chữa bệnh cho người có thẻ bảo hiểm y tế;

d) Yêu cầu cơ sở khám, chữa bệnh cung cấp hồ sơ, bệnh án, tài liệu liên quan đến thanh toán chi phí khám, chữa bệnh bảo hiểm y tế;

đ) Từ chối thanh toán chi phí khám, chữa bệnh không đúng quy định của Điều lệ Bảo hiểm y tế hoặc không đúng với các điều khoản ghi trong hợp đồng đã được ký giữa tổ chức bảo hiểm xã hội với cơ sở khám, chữa bệnh;

e) Thu giữ các chứng từ và thẻ bảo hiểm y tế giả mạo để chuyển cho các cơ quan nhà nước có thẩm quyền xử lý theo quy định của pháp luật;

g) Kiến nghị với các cơ quan nhà nước có thẩm quyền xử lý người sử dụng lao động, người lao động vi phạm Điều lệ Bảo hiểm y tế.

2. Tổ chức bảo hiểm xã hội có trách nhiệm:

a) Tổ chức triển khai, thực hiện các

chương trình bảo hiểm y tế, mở rộng đối tượng tham gia bảo hiểm y tế bắt buộc và tự nguyện theo quy định tại Điều lệ này;

b) Thu tiền đóng phí bảo hiểm y tế, cấp thẻ và hướng dẫn việc quản lý, sử dụng thẻ bảo hiểm y tế;

c) Cung cấp thông tin về các cơ sở khám, chữa bệnh và hướng dẫn người tham gia bảo hiểm y tế lựa chọn để đăng ký;

d) Quản lý quỹ, thanh toán chi phí bảo hiểm y tế đúng quy định và kịp thời;

đ) Kiểm tra, giám định việc thực hiện chế độ khám, chữa bệnh, thanh toán chi phí khám, chữa bệnh bảo hiểm y tế;

e) Tổ chức thông tin, tuyên truyền về bảo hiểm y tế;

g) Giải quyết các khiếu nại về thực hiện chế độ bảo hiểm y tế thuộc thẩm quyền;

h) Thực hiện các quy định của pháp luật và yêu cầu của cơ quan có thẩm quyền về chế độ thống kê, báo cáo hoạt động chuyên môn, báo cáo tài chính, thanh tra và kiểm tra;

i) Nghiên cứu, xây dựng kế hoạch và trình cơ quan có thẩm quyền ban hành các giải pháp mở rộng, phát triển bảo hiểm y tế nhằm thực hiện mục tiêu bảo hiểm y tế toàn dân;

k) Nghiên cứu, đề xuất và trình cơ quan có thẩm quyền các biện pháp nhằm

nâng cao quyền lợi của người tham gia bảo hiểm y tế, cải tiến hình thức thanh toán, bảo đảm cân đối quỹ khám, chữa bệnh bảo hiểm y tế và các vấn đề có liên quan đến bảo hiểm y tế.

Điều 20. Quyền và trách nhiệm của cơ sở khám, chữa bệnh bảo hiểm y tế

1. Cơ sở khám, chữa bệnh có quyền:

a) Yêu cầu tổ chức bảo hiểm xã hội tạm ứng kinh phí và thanh toán chi phí khám, chữa bệnh theo quy định của Điều lệ Bảo hiểm y tế và theo hợp đồng khám, chữa bệnh đã ký;

b) Khám, chữa bệnh và cung cấp các dịch vụ y tế cho người bệnh bảo hiểm y tế theo đúng quy định chuyên môn;

c) Yêu cầu tổ chức bảo hiểm xã hội cung cấp số liệu về số người đăng ký tại cơ sở khám, chữa bệnh bảo hiểm y tế;

d) Từ chối thực hiện các yêu cầu ngoài quy định của Điều lệ Bảo hiểm y tế và hợp đồng đã ký với tổ chức bảo hiểm xã hội hoặc những yêu cầu không phù hợp với quy chế chuyên môn bệnh viện do Bộ Y tế ban hành;

đ) Sử dụng nguồn kinh phí do tổ chức bảo hiểm xã hội thanh toán theo quy định;

e) Khiếu nại với các cơ quan có thẩm quyền khi phát hiện hành vi vi phạm Điều lệ Bảo hiểm y tế hoặc khởi kiện ra tòa khi phát hiện tổ chức bảo hiểm xã

hội vi phạm hợp đồng khám, chữa bệnh bảo hiểm y tế.

2. Cơ sở khám, chữa bệnh có trách nhiệm:

a) Thực hiện đúng hợp đồng khám, chữa bệnh bảo hiểm y tế;

b) Thực hiện việc ghi chép, lập chứng từ và cung cấp các tài liệu liên quan đến khám, chữa bệnh của người bệnh bảo hiểm y tế, làm cơ sở thanh toán và giải quyết các tranh chấp về bảo hiểm y tế;

c) Chỉ định sử dụng thuốc, vật phẩm sinh học, thủ thuật, phẫu thuật, xét nghiệm, chuyển viện và các dịch vụ y tế khác một cách an toàn, hợp lý cho người bệnh bảo hiểm y tế theo quy định về chuyên môn kỹ thuật của Bộ Y tế;

d) Tạo điều kiện thuận lợi cho cán bộ tổ chức bảo hiểm xã hội thường trực tại cơ sở thực hiện công tác tuyên truyền, giải thích về bảo hiểm y tế, hướng dẫn người tham gia bảo hiểm y tế về quyền lợi, trách nhiệm và giải quyết những khiếu nại liên quan đến việc khám, chữa bệnh của người có thẻ bảo hiểm y tế;

đ) Kiểm tra thẻ bảo hiểm y tế, phát hiện và thông báo cho tổ chức bảo hiểm xã hội những trường hợp vi phạm quy định về sử dụng thẻ bảo hiểm y tế và lạm dụng chế độ bảo hiểm y tế;

e) Quản lý và sử dụng nguồn kinh phí do tổ chức bảo hiểm xã hội thanh toán theo đúng quy định;

g) Thực hiện các quy định của pháp luật về chế độ thống kê, báo cáo hoạt động chuyên môn, báo cáo tài chính và thanh tra, kiểm tra liên quan đến bảo hiểm y tế.

Chương V

QUẢN LÝ, SỬ DỤNG QUỸ BẢO HIỂM Y TẾ

Điều 21. Quản lý và sử dụng Quỹ Bảo hiểm y tế

1. Quỹ Bảo hiểm y tế là quỹ thành phần của Quỹ Bảo hiểm xã hội, được quản lý tập trung, thống nhất, dân chủ và công khai theo Quy chế quản lý tài chính đối với Bảo hiểm Xã hội Việt Nam.

2. Bộ Tài chính và Bộ Y tế hướng dẫn chi tiết về quản lý, sử dụng Quỹ Bảo hiểm y tế.

Điều 22. Chế độ kế toán và báo cáo tài chính

Tổ chức bảo hiểm xã hội phải thực hiện chế độ kế toán và chế độ báo cáo tài chính của Quỹ Bảo hiểm y tế theo quy định của pháp luật.

Điều 23. Công khai tài chính

Sau khi kết thúc năm tài chính, tổ chức bảo hiểm xã hội phải công bố các báo cáo tài chính về sử dụng Quỹ Bảo hiểm y tế theo quy định của pháp luật.

Chương VI

BẢO HIỂM Y TẾ TỰ NGUYỆN

Điều 24. Mục tiêu

Bảo hiểm y tế tự nguyện quy định tại Điều lệ này nhằm thực hiện chính sách xã hội trong khám, chữa bệnh, không vì mục đích kinh doanh, không áp dụng các quy định của pháp luật về kinh doanh bảo hiểm.

Điều 25. Đối tượng, nguyên tắc

1. Bảo hiểm y tế tự nguyện được áp dụng đối với mọi đối tượng có nhu cầu tự nguyện tham gia bảo hiểm y tế, kể cả đối tượng đã tham gia bảo hiểm y tế bắt buộc nhưng muốn tham gia bảo hiểm y tế tự nguyện để hưởng mức dịch vụ bảo hiểm y tế cao hơn người tham gia bảo hiểm y tế bắt buộc; người nước ngoài đến làm việc, học tập, du lịch tại Việt Nam.

2. Bảo hiểm y tế tự nguyện được triển khai theo địa giới hành chính hoặc theo nhóm đối tượng trên cơ sở có tổ chức, dựa vào cơ quan, tổ chức quản lý đối tượng tự nguyện tham gia.

3. Người tham gia bảo hiểm y tế tự nguyện được Quỹ Bảo hiểm y tế chi trả các chi phí khám, chữa bệnh phù hợp với mức đóng và loại hình bảo hiểm y tế tự nguyện đã lựa chọn.

4. Nhà nước khuyến khích việc đa dạng hóa các loại hình bảo hiểm y tế tự nguyện, trên cơ sở tuân thủ mục tiêu quy định tại

Điều 24 của Điều lệ này. Bộ Y tế và Bộ Tài chính hướng dẫn việc đăng ký và tổ chức thực hiện bảo hiểm y tế tự nguyện theo quy định tại Điều lệ này.

5. Ủy ban nhân dân các tỉnh, thành phố trực thuộc Trung ương cân đối trong nguồn ngân sách địa phương và huy động sự đóng góp của các cơ quan, tổ chức, cá nhân để hỗ trợ mức đóng bảo hiểm y tế tự nguyện cho nhân dân địa phương, đặc biệt cho đối tượng cận nghèo, nhằm thúc đẩy sự tham gia bảo hiểm y tế tự nguyện của nhân dân.

Điều 26. Hình thức, quyền lợi và mức phí bảo hiểm y tế tự nguyện

1. Các loại hình bảo hiểm y tế tự nguyện bao gồm:

a) Bảo hiểm khám, chữa bệnh nội trú, ngoại trú;

b) Bảo hiểm bổ sung ngoài bảo hiểm y tế bắt buộc;

c) Bảo hiểm y tế cộng đồng; bảo hiểm y tế hộ gia đình và các loại hình bảo hiểm y tế khác.

2. Bộ Y tế và Bộ Tài chính quy định phạm vi quyền lợi được hưởng và khung đóng phí bảo hiểm y tế tự nguyện trên cơ sở giá dịch vụ y tế, quyền lợi được hưởng, điều kiện kinh tế - xã hội và số người tham gia của các nhóm đối tượng. Trên cơ sở quy định của Bộ Y tế và Bộ Tài chính, Bảo hiểm Xã hội Việt Nam xác định mức đóng cụ thể cho phù hợp với

mỗi nhóm đối tượng và điều kiện kinh tế - xã hội của từng địa phương.

3. Các đối tượng tham gia bảo hiểm y tế bắt buộc có thể tham gia bảo hiểm y tế tự nguyện với các mức và được hưởng quyền lợi theo quy định về bảo hiểm y tế tự nguyện. Bộ Y tế thống nhất với Bảo hiểm Xã hội Việt Nam để thực hiện thí điểm hình thức bảo hiểm y tế này.

Điều 27. Quản lý Quỹ Bảo hiểm y tế tự nguyện

1. Số thu bảo hiểm y tế tự nguyện được hạch toán, phân bổ và sử dụng phù hợp với yêu cầu bảo đảm chi phí khám, chữa bệnh cho người tham gia và phục vụ sự nghiệp phát triển bảo hiểm y tế tự nguyện.

2. Tổ chức thực hiện bảo hiểm y tế tự nguyện được trích một phần kinh phí trên tổng thu bảo hiểm y tế tự nguyện để chi cho công tác thu phí, phát hành thẻ bảo hiểm y tế tự nguyện và chi bổ sung cho công tác tuyên truyền, vận động, khen thưởng. Tỷ lệ kinh phí được trích do liên Bộ Y tế - Tài chính quy định cụ thể.

3. Sau mỗi năm hoạt động, nếu Quỹ Bảo hiểm y tế tự nguyện có kết dư thì chuyển toàn bộ số kết dư sang năm sau để sử dụng cho công tác khám, chữa bệnh của đối tượng tham gia bảo hiểm y tế tự nguyện. Nếu tổng số thu của Quỹ Bảo hiểm y tế tự nguyện nhỏ hơn tổng số chi thì được phép dùng nguồn kết dư của Quỹ Bảo hiểm y tế bắt buộc hoặc nguồn

hỗ trợ khác theo quy định để bảo đảm chi trả đầy đủ, kịp thời các chế độ cho đối tượng được hưởng theo quy định.

4. Liên Bộ Tài chính - Y tế hướng dẫn chi tiết việc thực hiện, quản lý và sử dụng Quỹ Bảo hiểm y tế tự nguyện theo quy định trên và phù hợp với Quy chế quản lý tài chính của Bảo hiểm Xã hội Việt Nam.

Chương VII

TỔ CHỨC, QUẢN LÝ BẢO HIỂM Y TẾ

Điều 28. Hệ thống tổ chức

1. Thủ tướng Chính phủ quy định hệ thống tổ chức thực hiện chính sách bảo hiểm y tế theo Điều lệ này thống nhất, đồng bộ từ trung ương đến địa phương.

2. Bảo hiểm Xã hội Việt Nam là cơ quan tổ chức thực hiện chính sách bảo hiểm y tế theo quy định tại Điều lệ này.

Điều 29. Quản lý nhà nước về bảo hiểm y tế

1. Chính phủ thống nhất quản lý nhà nước về bảo hiểm y tế trên phạm vi cả nước.

2. Chính phủ giao Bộ Y tế thực hiện chức năng quản lý nhà nước về bảo hiểm y tế với những nội dung sau:

a) Chủ trì, phối hợp xây dựng chính sách, pháp luật về bảo hiểm y tế trình

cấp trên ban hành hoặc ban hành theo thẩm quyền;

b) Xây dựng và ban hành theo thẩm quyền các quy định, tiêu chuẩn về chuyên môn kỹ thuật đối với các cơ sở y tế đủ điều kiện khám, chữa bệnh cho người tham gia bảo hiểm y tế;

c) Hướng dẫn, kiểm tra, thanh tra, giải quyết các vướng mắc trong việc thực hiện các quy định của pháp luật về bảo hiểm y tế nhằm bảo đảm quyền và trách nhiệm của người tham gia bảo hiểm y tế, của các cơ sở khám, chữa bệnh bảo hiểm y tế theo quy định của pháp luật.

3. Bộ Tài chính, Bộ Lao động - Thương binh và Xã hội, Bộ Nội vụ trong phạm vi nhiệm vụ, quyền hạn của mình có trách nhiệm thực hiện chức năng quản lý nhà nước về bảo hiểm y tế.

4. Chủ tịch Ủy ban nhân dân tỉnh, thành phố trực thuộc Trung ương có trách nhiệm quản lý nhà nước về bảo hiểm y tế trên địa bàn tỉnh, thành phố với các nội dung:

a) Chỉ đạo, tổ chức triển khai chính sách về bảo hiểm y tế, bao gồm cả bảo hiểm y tế bắt buộc và bảo hiểm y tế tự nguyện trên địa bàn tỉnh, thành phố;

b) Kiểm tra, thanh tra việc thực hiện các quy định của pháp luật về bảo hiểm y tế và giải quyết các vướng mắc liên quan đến việc khám, chữa bệnh cho người có thẻ bảo hiểm y tế trên địa bàn tỉnh, thành phố.

Chương VIII

**KHEN THƯỞNG, KỶ LUẬT, GIẢI
QUYẾT KHIẾU NẠI, TỔ CÁO
VÀ XỬ LÝ VI PHẠM**

Điều 30. Khen thưởng

Tổ chức, cá nhân có thành tích trong sự nghiệp bảo hiểm y tế được khen thưởng theo quy định của pháp luật về thi đua, khen thưởng.

Điều 31. Giải quyết khiếu nại, tố cáo

1. Tổ chức, cá nhân có quyền khiếu nại, tố cáo hành vi vi phạm các quy định của Điều lệ Bảo hiểm y tế.

2. Khi xảy ra khiếu nại, tố cáo về bảo hiểm y tế thì tùy theo tính chất sự việc tổ chức bảo hiểm xã hội, cơ quan quản lý nhà nước có thẩm quyền, cơ quan thanh tra hoặc Tòa án giải quyết theo quy định của pháp luật về khiếu nại, tố cáo.

3. Bộ Y tế chịu trách nhiệm giải quyết khiếu nại, tố cáo trong lĩnh vực khám, chữa bệnh bảo hiểm y tế. Bộ Tài chính giải quyết khiếu nại, tố cáo trong lĩnh vực quản lý và sử dụng Quỹ Bảo hiểm y tế. Bộ Nội vụ giải quyết các khiếu nại, tố cáo trong lĩnh vực quản lý cán bộ làm công tác bảo hiểm y tế. Ủy ban nhân dân các tỉnh, thành phố trực thuộc Trung ương giải quyết các khiếu nại, tố cáo về bảo hiểm y tế ở địa phương theo quy định của pháp luật và theo thẩm quyền.

4. Bộ Y tế chủ trì thành lập đoàn công

tác liên ngành để giải quyết các trường hợp khiếu nại, tố cáo về bảo hiểm y tế liên quan đến phạm vi quản lý nhà nước của nhiều Bộ, ngành và cơ quan.

Điều 32. Xử lý vi phạm

1. Người nào vi phạm các quy định của Điều lệ Bảo hiểm y tế thì tùy theo mức độ vi phạm sẽ bị xử lý kỷ luật, xử lý vi phạm hành chính hoặc bị truy cứu trách nhiệm hình sự; nếu gây thiệt hại thì phải bồi thường theo quy định của pháp luật.

2. Bộ Y tế, Bộ Tài chính, cơ quan Thanh tra chuyên ngành, Ủy ban nhân dân các tỉnh, thành phố trong phạm vi nhiệm vụ và quyền hạn của mình có trách nhiệm tổ chức kiểm tra, thanh tra, phát hiện và xử lý các vi phạm.

Điều 33. Kiểm tra, thanh tra về bảo hiểm y tế

1. Cơ sở khám, chữa bệnh bảo hiểm y tế, Quỹ Bảo hiểm y tế, tổ chức bảo hiểm xã hội chịu sự kiểm tra, thanh tra của các cơ quan quản lý nhà nước có thẩm quyền và cơ quan thanh tra chuyên ngành về những vấn đề có liên quan đến bảo hiểm y tế.

2. Việc thanh tra, kiểm tra phải được thực hiện đúng chức năng, đúng thẩm quyền và đúng trình tự, thủ tục theo quy định của pháp luật. Khi tiến hành thanh tra phải có quyết định của người có thẩm quyền; khi kết thúc phải có biên bản kết luận.

*Chương IX***ĐIỀU KHOẢN THI HÀNH****Điều 34. Hiệu lực thi hành**

1. Điều lệ này có hiệu lực thi hành theo hiệu lực của Nghị định ban hành Điều lệ này.

2. Các quy định trước đây về bảo hiểm y tế trái với quy định tại Điều lệ này đều bãi bỏ.

Điều 35. Hướng dẫn thi hành

Bộ Y tế chủ trì, phối hợp với các Bộ ngành liên quan hướng dẫn việc thi hành

Điều lệ này./.

TM. CHÍNH PHỦ

Thủ tướng

Phan Văn Khải