

CHÍNH PHỦ
Số: 62/2009/NĐ-CP

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

- Công nhân cao su đang hưởng trợ cấp hàng tháng theo Quyết định số 206/CP ngày 30 tháng 5 năm 1979 của Hội đồng Chính phủ (nay là Chính phủ).
- 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.
- 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.
- 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

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

- Từ ngày 01 tháng 7 năm 2009 đến ngày 31 tháng 12 năm 2009 mức đóng hàng tháng của các đối tượng như sau:
 - Bằng 3% mức tiền lương, tiền công hàng 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 21 Điều 12 Luật Bảo hiểm y tế đang theo học tại của 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