

vực biên giới của tỉnh khác thuộc biên giới Việt Nam - Cam-pu-chia phải có giấy phép của công an từ cấp huyện trở lên nơi cư trú cấp.

Điều 11 (mới): Công dân ngoài tỉnh biên giới vào khu vực biên giới Việt Nam - Cam-pu-chia phải có giấy phép của công an từ cấp huyện trở lên nơi cư trú cấp.

Điều 12 (mới): Người nước ngoài đến khu vực biên giới Việt Nam - Cam-pu-chia phải có giấy phép của Bộ nội vụ. Nếu người nước ngoài đang tạm trú tại tỉnh biên giới Việt Nam - Cam-pu-chia muốn vào khu vực biên giới của tỉnh đó phải có giấy phép của công an tỉnh.

Điều 13 (mới): Cán bộ, chiến sỹ quân đội nhân dân, công an nhân dân, nhân viên hải quan, y tế, ngân hàng, tài chính, quản lý thị trường đến công tác ở khu vực biên giới phải có giấy giới thiệu của ngành chủ quản và phải thông báo cho đồn biên phòng sở tại biết.

- Cán bộ, nhân viên cơ quan ở tỉnh biên giới đến công tác ở khu vực biên giới phải có giấy giới thiệu của cơ quan chủ quản.

- Cán bộ, nhân viên cơ quan ngoài tỉnh biên giới đến công tác ở khu vực biên giới phải có giấy giới thiệu của cơ quan chủ quản và giấy phép của công an từ cấp huyện trở lên nơi đang công tác cấp.

Điều 14 (mới): Công dân ở ngoài khu vực biên giới khi vào vành đai biên giới thực hiện theo quy định tại các Điều 10 (mới), 11 (mới) và 13 (mới) của Quy chế này, nhưng phải thông báo cho đồn biên phòng sở tại biết.

Điều 3.- Sửa điều 12 của quy chế khu vực biên giới Việt Nam - Trung Quốc ban hành kèm theo Nghị định số 19-HĐBT ngày 27 tháng 3 năm 1992 như sau:

Điều 12 (mới): - Cán bộ, chiến sỹ quân đội nhân dân, công an nhân dân, nhân viên hải quan, y tế, ngân hàng, tài chính, quản lý thị trường đến công tác ở khu vực biên giới phải

có giấy giới thiệu của ngành chủ quản và phải thông báo cho đồn biên phòng sở tại biết.

- Cán bộ, nhân viên cơ quan ở tỉnh biên giới đến công tác ở khu vực biên giới phải có giấy giới thiệu của cơ quan chủ quản.

- Cán bộ, nhân viên cơ quan ngoài tỉnh biên giới đến công tác ở khu vực biên giới phải có giấy giới thiệu của cơ quan chủ quản và giấy phép do công an từ cấp huyện trở lên nơi đang công tác cấp.

Điều 4.- Nghị định này có hiệu lực kể từ ngày ban hành.

Bộ Nội vụ có trách nhiệm hướng dẫn và kiểm tra việc thi hành Nghị định này.

Điều 5.- Các Bộ trưởng, Chủ nhiệm Ủy ban Nhà nước, Thủ trưởng các cơ quan khác thuộc Hội đồng Bộ trưởng và Chủ tịch Ủy ban Nhân dân các tỉnh, thành phố trực thuộc Trung ương chịu trách nhiệm thi hành Nghị định này.

T.M. Hội đồng Bộ trưởng

Chủ tịch

VÕ VĂN KIỆT

NGHỊ ĐỊNH của Hội đồng Bộ trưởng số 299-HĐBT ngày 15-8-1992 ban hành điều lệ bảo hiểm Y tế.

HỘI ĐỒNG BỘ TRƯỞNG

Căn cứ Luật tổ chức Hội đồng Bộ trưởng ngày 4 tháng 7 năm 1981;

Căn cứ Điều 39 và Điều 61, Hiến pháp nước Cộng hòa xã hội chủ nghĩa Việt Nam;

Theo đề nghị của Bộ trưởng Bộ Y tế,

NGHỊ ĐỊNH:

Điều 1.- Nay ban hành kèm theo Nghị định này Điều lệ bảo hiểm Y tế.

Điều 2.- Bộ trưởng Bộ Y tế, Bộ Tài chính, Bộ Lao động - Thương binh và xã hội chịu trách nhiệm hướng dẫn thi hành Nghị định này.

Điều 3.- Các Bộ trưởng, Thủ trưởng các cơ quan trực thuộc Hội đồng Bộ trưởng và Chủ tịch Ủy ban Nhân dân các tỉnh, thành phố trực thuộc Trung ương chịu trách nhiệm thi hành Nghị định này.

Điều 4.- Nghị định này có hiệu lực kể từ ngày 1 tháng 10 năm 1992. Những quy định trước đây trái với quy định trong Nghị định này đều bãi bỏ.

T.M. Hội đồng Bộ trưởng

Chủ tịch

VÕ VĂN KIỆT

ĐIỀU LỆ**Bảo hiểm Y tế**

(Ban hành kèm theo Nghị định số 299-HDBT ngày 15 tháng 8 năm 1992 của Hội đồng Bộ trưởng)

CHƯƠNG I**NHỮNG QUY ĐỊNH CHUNG**

Điều 1.- Bảo hiểm Y tế do Nhà nước tổ chức, quản lý nhằm huy động sự đóng góp

của cá nhân, tập thể và cộng đồng xã hội, để tăng cường chất lượng trong việc khám bệnh, chữa bệnh.

Điều 2.- Điều lệ này áp dụng bắt buộc đối với cán bộ công nhân viên chức tại chức, hưu trí, nghỉ mất sức lao động, chủ sử dụng lao động và người lao động ở các đơn vị sau:

1. Đơn vị hành chính sự nghiệp, tổ chức Đảng, đoàn thể xã hội, hội quần chúng có hưởng lương từ ngân sách Nhà nước.

2. Các doanh nghiệp quốc doanh, kể cả các doanh nghiệp trong lực lượng vũ trang, các đơn vị thực hiện hạch toán kinh tế, hạch toán lấy thu bù chi trong các đơn vị hành chính sự nghiệp, tổ chức Đảng, đoàn thể xã hội, hội quần chúng...

3. Các doanh nghiệp ngoài quốc doanh có thuê từ 10 lao động trở lên, các doanh nghiệp liên doanh với nước ngoài, các doanh nghiệp có vốn đầu tư trực tiếp của nước ngoài tại Việt Nam, các doanh nghiệp trong khu chế xuất.

4. Các tổ chức, văn phòng đại diện của nước ngoài và tổ chức quốc tế đặt tại Việt Nam có thuê lao động là người Việt Nam.

Điều 3.- Các đối tượng khác tham gia bảo hiểm y tế tự nguyện.

Điều 4.- Các đối tượng được miễn giảm viện phí vẫn thực hiện như điều 3 Quyết định số 45-HDBT ngày 24 tháng 4 năm 1989 của Hội đồng Bộ trưởng trừ những người nói ở khoản 1, 2 điều 2 của Điều lệ này.

Điều 5.- Người có thẻ bảo hiểm Y tế của mình được hưởng những quyền lợi của bảo hiểm Y tế khi khám, chữa bệnh theo quy định của Điều lệ này.

Điều 6.- Quỹ bảo hiểm Y tế được hình thành bằng nguồn thu từ việc đóng bảo hiểm Y tế.

*Chương II***MỨC ĐÓNG VÀ TRÁCH NHIỆM ĐÓNG
BẢO HIỂM Y TẾ**

Điều 7.- Mức đóng bảo hiểm Y tế của các đối tượng chưa thực hiện cải cách chế độ tiền lương quy tại khoản 1 điều 2 bằng 10% tổng quỹ lương cấp (chức vụ) tính theo Quyết định số 203-HĐBT ngày 28 tháng 12 năm 1988 của Hội đồng Bộ trưởng. Trong đó cơ quan có trách nhiệm đóng 2/3 và cán bộ công nhân viên đóng 1/3.

Điều 8.- Đối với các doanh nghiệp nói tại khoản 2, 3, 4 điều 2, mức đóng bảo hiểm y tế bằng 3% tổng thu nhập của người lao động, trong đó doanh nghiệp có trách nhiệm đóng 2/3 và người lao động đóng 1/3.

Điều 9.- Bộ Y tế quy định cụ thể chế độ hưởng bảo hiểm y tế đối với người lao động tại các doanh nghiệp, do khó khăn khách quan, đóng bảo hiểm y tế thấp hơn mức đóng bình quân của công nhân viên chức nói tại điều 8.

Điều 10.- Cơ quan quản lý bảo hiểm xã hội có trách nhiệm đóng bảo hiểm y tế cho người nghỉ hưu và mất sức. Mức đóng là 10% lương hưu và trợ cấp mất sức theo Quyết định số 203-HĐBT ngày 28 tháng 12 năm 1988 của Hội đồng Bộ trưởng.

Điều 11.- Bộ Y tế hướng dẫn mức đóng bảo hiểm y tế đối với các đối tượng khác tự nguyện tham gia bảo hiểm y tế.

Điều 12.- Mức đóng bảo hiểm y tế sẽ được thay đổi phù hợp với tiền lương, thu nhập và giá cả trong từng thời kỳ.

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

Điều 13.-

1. Người được bảo hiểm y tế có quyền.

a) Được cấp thẻ bảo hiểm y tế.

b) Được khám, chữa bệnh ở các cơ sở y tế thuận lợi nhất theo hướng dẫn của cơ quan bảo hiểm y tế. Người được bảo hiểm y tế khi bị bệnh phải cấp cứu ở bất kỳ cơ sở y tế nào của Nhà nước cũng được hưởng bảo hiểm y tế.

c) Được cơ quan bảo hiểm y tế chi trả trợ cấp bảo hiểm y tế nói tại khoản 1 điều 15 khi khám, chữa bệnh.

d) Được yêu cầu bảo hiểm y tế bảo vệ các quyền lợi theo quy định của Điều lệ bảo hiểm y tế và có quyền khiếu nại với cơ quan có thẩm quyền khi các bên tham gia không thực hiện đúng Điều lệ bảo hiểm y tế.

2. Người được bảo hiểm y tế có trách nhiệm.

a) Thực hiện đúng các quy định của Điều lệ bảo hiểm y tế.

b) Bảo quản và sử dụng thẻ bảo hiểm y tế đúng quy định.

Điều 14.-

1. Cơ quan bảo hiểm y tế có quyền:

a) Xác định mức đóng bảo hiểm y tế theo đúng quy định của Điều lệ bảo hiểm y tế.

b) Yêu cầu các cơ sở khám, chữa bệnh làm rõ các chi phí khám, chữa bệnh cho người được bảo hiểm y tế.

c) Từ chối chi trả bảo hiểm y tế đối với những trường hợp khám, chữa bệnh không theo đúng quy định của Điều lệ bảo hiểm y tế, ngoài hợp đồng, và ngoài các quy định chuyên môn kỹ thuật của Bộ Y tế.

d) Hủy bỏ hợp đồng về thực hiện bảo hiểm y tế với cơ sở y tế nào không bảo đảm điều kiện khám, chữa bệnh và phục hồi người bệnh đã quy định trong hợp đồng.

2. Cơ quan bảo hiểm y tế có trách nhiệm:

a) Tổ chức cấp thẻ bảo hiểm y tế cho người được bảo hiểm y tế và quản lý việc sử dụng thẻ bảo hiểm y tế.

b) Ký hợp đồng với các cơ sở y tế bảo đảm

các yêu cầu về khám, chữa bệnh thuận tiện, hợp lý và phục vụ người bệnh với chất lượng tốt.

c) Cơ quan bảo hiểm y tế nào phát hành thẻ thì cơ quan bảo hiểm y tế đó có trách nhiệm chi trả trợ cấp bảo hiểm y tế cho bệnh nhân của mình khi khám, chữa bệnh. Bảo hiểm y tế Việt nam hướng dẫn cụ thể cách thức thanh toán.

d) Bảo vệ quyền lợi của người được bảo hiểm y tế.

e) Giải quyết các khiếu nại của người được bảo hiểm y tế.

Điều 15.-

1. Các cơ sở khám, chữa bệnh có quyền:

a) Được cơ quan bảo hiểm y tế thanh toán chi phí về bảo hiểm y tế theo hợp đồng trên cơ sở số lần khám, điều trị ngoại trú, ngày giường điều trị nội trú tùy theo từng loại bệnh viện, từng thời gian và theo hướng dẫn của Bộ Y tế, trong đó bao gồm:

- Tiền thuốc, dịch truyền, máu để điều trị, tiền xét nghiệm, tiền chiếu, chụp phim Xquang, tiền phẫu thuật v.v...

- Tiền vật tư hao tính trên giường bệnh.

- Tiền công lao động của thầy thuốc và nhân viên y tế.

b) Có quyền hủy bỏ hợp đồng với cơ quan bảo hiểm y tế nếu cơ quan này vi phạm hợp đồng.

2. Các cơ sở khám, chữa bệnh có trách nhiệm.

a) Thực hiện đúng hợp đồng phục vụ người bệnh như kê đơn, cấp thuốc, chữa bệnh hợp lý, an toàn theo đúng quy định của Bộ Y tế.

b) Khám, chữa bệnh theo đúng phác đồ hướng dẫn điều trị.

c) Kiểm tra thẻ bảo hiểm y tế của người được bảo hiểm khi khám, chữa bệnh, phát hiện những trường hợp vi phạm và lạm dụng việc sử dụng thẻ bảo hiểm y tế.

d) Các cơ sở khám, chữa bệnh của các ngành, bệnh viện cán bộ, bệnh viện của các lực lượng vũ trang đều có thể ký hợp đồng với cơ quan bảo hiểm y tế để khám bệnh, chữa bệnh cho cán bộ và nhân dân được bảo hiểm y tế ở địa bàn hoạt động.

Điều 16.- Người đóng bảo hiểm y tế nhưng không được hưởng quyền lợi về bảo hiểm y tế khi khám, chữa bệnh trong các trường hợp tự tử, say rượu, dùng chất ma túy, vi phạm pháp luật, bệnh lây qua đường sinh dục.

Điều 17.- Điều lệ này không áp dụng đối với:

1. Những bệnh xã hội mà Nhà nước đã có ngân sách chữa bệnh. Bộ Y tế, Bộ Tài chính, Bộ Lao động - Thương binh và xã hội quy định danh mục các loại bệnh này.

2. Điều dưỡng, an dưỡng.

3. Chỉnh hình, phục hồi chức năng, tạo hình thẩm mỹ, làm chân, tay giả, mắt giả, răng giả...

4. Khám bệnh, chữa bệnh ở nước ngoài, các nhu cầu bảo vệ sức khỏe đặc biệt, dịch vụ y tế tự chọn.

5. Các bệnh - tật bẩm sinh, bệnh nghề nghiệp.

6. Dịch vụ kế hoạch hóa gia đình.

7. Tai nạn giao thông, tai nạn lao động, tai nạn chiến tranh và thiên tai.

Nhà nước khuyến khích bảo hiểm tự nguyện đối với các trường hợp trên.

Chương IV

SỬ DỤNG THẺ BẢO HIỂM Y TẾ VÀ QUỸ BẢO HIỂM Y TẾ

Điều 18.- Bộ Y tế phát hành thẻ bảo hiểm y tế sử dụng trên địa bàn cả nước cho các đối tượng nói tại điều 2. Cơ quan bảo hiểm y tế

các tỉnh, thành phố phát hành và quản lý thẻ bảo hiểm y tế do địa phương phát hành.

Điều 19.- Thẻ bảo hiểm y tế có giá trị sử dụng sau 30 ngày, kể từ ngày được cấp và có giá trị như sau:

a) Đóng bảo hiểm y tế 1 năm, thẻ có giá trị sử dụng 12 tháng.

b) Trường hợp đặc biệt:

+ Đóng bảo hiểm y tế 1/2 năm, thẻ có giá trị sử dụng 6 tháng.

+ Đóng bảo hiểm y tế theo quý, thẻ có giá trị sử dụng 3 tháng.

Nghiêm cấm việc cho người khác sử dụng thẻ bảo hiểm y tế khám, chữa bệnh.

Điều 20.- Về sử dụng quỹ bảo hiểm y tế.

1. Nguồn thu từ đối tượng nói tại điều 2 được tập trung về bảo hiểm y tế tỉnh, thành phố.

2. Nguồn thu từ đối tượng nói tại điều 3.

- 20% để lại đại lý xã, phường cho việc chăm sóc sức khỏe ban đầu của nhân dân. Trong đó:

+ 15% dùng mua thuốc và trang thiết bị y tế.

+ 5% chi phụ cấp cho người làm công tác bảo hiểm y tế.

- 80% tập trung về bảo hiểm y tế tỉnh và thành phố.

3. Quỹ bảo hiểm y tế tỉnh và thành phố được sử dụng như sau:

a) 90% chi cho khám, chữa bệnh.

b) 8% chi cho quản lý hành chính sự nghiệp.

c) 2% nộp bảo hiểm y tế Việt Nam. Trong đó:

- 1,5% dùng để điều tiết cho bảo hiểm y tế của địa phương khi gặp rủi ro do khách quan có nguy cơ không bảo đảm an toàn của quỹ

bảo hiểm y tế.

- 0,5% chi quản lý hành chính sự nghiệp bảo hiểm y tế.

Điều 21.- Tiền bảo hiểm y tế nhân rồi (nếu có) chỉ được gửi quỹ tiết kiệm hoặc mua trái phiếu để hưởng lãi suất. Do đó, quỹ bảo hiểm y tế không phải nộp thuế.

Điều 22.-

1. Hệ thống cơ quan bảo hiểm y tế được thành lập từ trung ương đến địa phương gồm:

a) Bảo hiểm y tế Việt Nam, trực thuộc Bộ Y tế.

b) Bảo hiểm y tế của các tỉnh, thành phố trực thuộc giám đốc Sở y tế địa phương, bảo hiểm y tế ngành nào trực thuộc lãnh đạo ngành đó. Bảo hiểm y tế các tỉnh và ngành đều trực thuộc Bảo hiểm y tế Việt Nam.

c) Chi nhánh bảo hiểm y tế ở các huyện, quận (nếu có) trực thuộc bảo hiểm y tế, tỉnh, thành phố trực thuộc trung ương.

Chi nhánh bảo hiểm y tế có thể sử dụng các đại lý bảo hiểm y tế là các cơ sở y tế xã, phường.

2. Bảo hiểm y tế Việt Nam, bảo hiểm y tế các tỉnh, thành phố trực thuộc trung ương và bảo hiểm y tế Bộ, ngành hoạt động theo nguyên tắc hạch toán độc lập, có tư cách pháp nhân, có con dấu và tài khoản riêng.

3. Giám đốc bảo hiểm y tế Việt Nam do Bộ trưởng Bộ Y tế bổ nhiệm.

4. Giám đốc bảo hiểm y tế tỉnh, thành phố trực thuộc trung ương do Giám đốc sở y tế bổ nhiệm sau khi được sự đồng ý của Ủy ban Nhân dân tỉnh, thành phố và Bộ Y tế.

5. Trưởng chi nhánh bảo hiểm Y tế huyện, quận là Giám đốc hoặc Phó Giám đốc trung tâm Y tế huyện, quận do Giám đốc bảo hiểm y tế tỉnh, thành phố trực thuộc Trung ương

bổ nhiệm sau khi được sự đồng ý của Giám đốc Sở y tế và Ủy ban nhân dân huyện, quận.

Ở các thành phố không tổ chức chi nhánh bảo hiểm y tế quận thì cơ quan bảo hiểm y tế tỉnh, thành phố có thể tổ chức chi nhánh bảo hiểm y tế cấp quận, nếu thấy cần thiết.

6. Việc thành lập quỹ bảo hiểm y tế khác phải được Bộ Y tế cho phép.

7. Bộ trưởng Bộ Y tế quy định cụ thể chức năng, nhiệm vụ của hệ thống tổ chức bảo hiểm Y tế.

Điều 23.- Ủy ban nhân dân tỉnh, thành phố thành lập Hội đồng quản trị bảo hiểm y tế để giám sát các hoạt động của bảo hiểm y tế ở địa phương. Số lượng thành viên Hội đồng quản trị bảo hiểm Y tế do Bộ trưởng Bộ Y tế quy định.

1. Thành phần của Hội đồng quản trị bảo hiểm Y tế tỉnh, thành phố trực thuộc trung ương gồm:

a) 1/3 số thành viên do chính quyền cùng cấp cử ra, gồm đại biểu các ngành Tài chính, Lao động, Y tế.

b) 1/3 số thành viên là đại diện của cơ quan, doanh nghiệp có tỷ trọng đóng bảo hiểm y tế cao tham gia.

c) 1/3 số thành viên đại diện cho người lao động đóng bảo hiểm y tế, do Liên đoàn lao động hoặc Hội nông dân đề cử tham gia.

Chủ tịch Hội đồng quản trị bảo hiểm y tế tỉnh, thành phố do 1 Phó Chủ tịch Ủy ban nhân dân làm Chủ tịch.

2. Nhiệm vụ của Hội đồng quản trị.

a) Kiểm tra giám sát việc sử dụng quỹ bảo hiểm y tế theo đúng quy định của điều lệ bảo hiểm y tế và phát triển sự nghiệp bảo hiểm y tế.

b) Xử lý các tranh chấp về bảo hiểm y tế.

c) Quyết định các tỷ lệ điều hòa việc sử

dụng quỹ trên địa bàn lãnh thổ theo từng thời gian.

d) Quyết định mức đóng, mức hưởng trợ cấp bảo hiểm y tế cho các đối tượng tham gia bảo hiểm y tế tự nguyện ở địa phương từng thời gian, cho phù hợp với tình hình kinh tế xã hội và đảm bảo an toàn quỹ.

e) Đề cử Giám đốc điều hành bảo hiểm y tế tỉnh, thành phố.

3. Nhiệm kỳ của Hội đồng quản trị.

a) Hội đồng quản trị họp thường kỳ mỗi quý 1 lần.

b) Khi có quá 1/2 số thành viên yêu cầu thì họp hội nghị bất thường.

c) Nhiệm kỳ của Hội đồng quản trị là một năm.

Chương V

GIẢI QUYẾT KHIẾU NẠI VÀ XỬ LÝ VI PHẠM

Điều 24.- Tranh chấp về bảo hiểm Y tế do cơ quan quản lý bảo hiểm y tế giải quyết.

Điều 25.- Người vi phạm các quy định về mức đóng bảo hiểm y tế, sử dụng thẻ bảo hiểm y tế, sử dụng quỹ bảo hiểm y tế, thực hiện hợp đồng bảo hiểm y tế và các quy định khác của Điều lệ bảo hiểm y tế thì tùy theo mức vi phạm sẽ bị xử phạt hành chính, bồi thường thiệt hại hoặc bị truy cứu trách nhiệm hình sự theo quy định của pháp luật.

Người có thành tích trong sự nghiệp bảo hiểm y tế được khen thưởng.

T.M Hội đồng Bộ trưởng

Chủ tịch

VÕ VĂN KIẾT