

CHÍNH PHỦ**NGHỊ ĐỊNH của Chính phủ số 58/1998/
NĐ-CP ngày 13/08/1998 ban hành
Điều lệ Bảo hiểm y tế.****CHÍNH PHỦ**

Căn cứ Luật Tổ chức Chính phủ ngày 30 tháng 9 năm 1992;

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. Nghị định này có hiệu lực thi hành sau 45 ngày kể từ ngày ký. Nghị định này thay thế Nghị định số 299/HĐBT ngày 15/08/1992 của Hội đồng Bộ trưởng (nay là Chính phủ) ban hành Điều lệ Bảo hiểm y tế và Nghị định số 47/CP ngày 06/06/1994 của Chính phủ sửa đổi một số Điều của Điều lệ Bảo hiểm y tế.

Điều 3. Bộ trưởng các Bộ: Y tế, Tài chính, Lao động - Thương binh và Xã hội, Bộ trưởng, Trưởng Ban Tổ chức - Cán bộ Chính phủ chịu trách nhiệm hướng dẫn thi hành Nghị định này.

Điều 4. Các Bộ trưởng, Thủ trưởng cơ quan ngang Bộ, cơ quan thuộc Chính phủ và Chủ tịch Ủy ban nhân dân tỉnh, thành phố trực thuộc Trung ương chịu trách nhiệm thi hành Nghị định này./.

TM. Chính phủ
Thủ tướng

PHAN VĂN KHẢI

ĐIỀU LỆ Bảo hiểm y tế

*(ban hành kèm theo Nghị định số 58/1998/
NĐ-CP ngày 13/08/1998 của Chính phủ).*

Chương I**QUY ĐỊNH CHUNG**

Điều 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 thể bảo hiểm y tế khi ốm đau.

Điều 2. Bảo hiểm y tế bắt buộc được áp dụng đối với những trường hợp sau:

1. Người lao động Việt Nam làm việc trong:

a) Các doanh nghiệp nhà nước, kể cả các doanh nghiệp thuộc lực lượng vũ trang;

b) Các tổ chức kinh tế thuộc cơ quan hành chính sự nghiệp, cơ quan Đảng, các tổ chức chính trị - xã hội;

c) Các doanh nghiệp có vốn đầu tư nước ngoài, khu chế xuất, khu công nghiệp tập trung; các cơ quan, tổ chức nước ngoài, tổ chức quốc tế tại Việt Nam, trừ trường hợp các Điều ước Quốc tế mà Cộng hòa xã hội chủ nghĩa Việt Nam ký kết hoặc tham gia có quy định khác;

d) Các đơn vị, tổ chức kinh tế ngoài quốc doanh có từ 10 lao động trở lên.

2. Cán bộ, công chức làm việc trong các cơ quan hành chính, sự nghiệp; người làm việc trong các cơ quan Đảng, các tổ chức chính trị - xã hội; cán bộ xã, phường, thị trấn hưởng sinh hoạt phí hàng tháng theo quy định tại Nghị định số 09/1998/NĐ-CP ngày 23/01/1998 của Chính phủ; người làm việc trong các cơ quan dân cử từ Trung ương đến cấp xã, phường.

3. Người đang hưởng chế độ hưu trí, hưởng trợ cấp bảo hiểm xã hội hàng tháng do suy giảm khả năng lao động.

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

5. Các đối tượng bảo trợ xã hội được Nhà nước cấp kinh phí thông qua Bảo hiểm xã hội.

Điều 3. Bảo hiểm y tế tự nguyện được áp dụng đối với mọi đối tượng có nhu cầu tham gia bảo hiểm y tế.

Điều 4.

1. Quỹ bảo hiểm y tế hình thành từ tiền đóng bảo hiểm y tế và từ các nguồn khác.

2. Quỹ bảo hiểm y tế được quản lý thống nhất, sử dụng để thanh toán chi phí khám, chữa bệnh và chi quản lý sự nghiệp bảo hiểm y tế.

3. Hoạt động bảo hiểm y tế không phải nộp thuế.

Điều 5. Cơ quan Bảo hiểm y tế Việt Nam được tổ chức theo hệ thống dọc và quản lý thống nhất từ Trung ương đến địa phương; được Nhà nước cấp kinh phí để xây dựng cơ sở vật chất, kỹ thuật; được thực hiện các biện pháp nhằm bảo tồn và tăng trưởng quỹ bảo hiểm y tế theo quy định của pháp luật.

Chương II

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

Điều 6. 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, gồm:

1. Khám bệnh, chẩn đoán và điều trị;
2. Xét nghiệm, chiếu chụp X-quang, 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.

Điều 7. Chi phí khám chữa bệnh bảo hiểm y tế được thanh toán theo các mức sau:

1. Quỹ bảo hiểm y tế chi trả 80% chi phí khám chữa bệnh theo giá viện phí, 20% còn lại người bệnh tự trả cho cơ sở khám chữa bệnh. Riêng đối tượng thuộc diện ưu đãi xã hội quy định tại Pháp lệnh ưu đãi người hoạt động cách mạng, liệt sỹ và gia đình liệt sỹ, thương binh, bệnh binh, người hoạt động kháng chiến, người có công giúp đỡ cách mạng được quỹ bảo hiểm y tế chi trả 100% chi phí khám, chữa bệnh theo giá viện phí;

2. Nếu số tiền mà người bệnh tự trả 20% chi phí khám, chữa bệnh trong năm đã vượt quá 6 tháng lương tối thiểu thì các chi phí khám, chữa bệnh tiếp theo trong năm sẽ được quỹ bảo hiểm y tế thanh toán toàn bộ.

Điều 8. Người có thẻ bảo hiểm y tế chỉ được hưởng chế độ bảo hiểm y tế theo quy định tại Điều 7 của Điều lệ này khi:

1. Khám, chữa bệnh tại cơ sở y tế đã đăng ký trên thẻ để quản lý và chăm sóc sức khỏe;

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

3. Khám, chữa bệnh tại bất kỳ cơ sở y tế nào của Nhà nước trong trường hợp cấp cứu.

Điều 9. Trong các trường hợp khám, chữa bệnh theo yêu cầu riêng của bệnh nhân: 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 cơ quan bảo hiểm y tế thì quỹ bảo hiểm y tế chỉ thanh toán chi phí khám, chữa bệnh theo giá viện phí tại các tuyến

chuyên môn kỹ thuật phù hợp theo quy định của Bộ Y tế và theo quy định của Điều 7 Điều lệ này. Phân chênh lệch tăng thêm (nếu có) do người có thẻ bảo hiểm y tế tự trả cho cơ sở khám, chữa bệnh.

Điều 10. Quỹ bảo hiểm y tế không thanh toán trong các trường hợp sau:

1. Điều trị bệnh phong; sử dụng thuốc điều trị các bệnh lao, sốt rét, tâm thần phân liệt, động kinh, dịch vụ kế hoạch hóa gia đình (vì đã có ngân sách nhà nước đài thọ);

2. Phòng và chữa bệnh dại; phòng bệnh, xét nghiệm, chẩn đoán và điều trị nhiễm HIV - AIDS, lậu, giang mai;

3. Tiêm chủng phòng bệnh, điều dưỡng, an dưỡng, khám sức khỏe, 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, thủy tinh thể nhân tạo, ổ khớp nhân tạo, van tim nhân tạo;

5. Các bệnh bẩm sinh và dị tật bẩm sinh;

6. Bệnh nghề nghiệp, tai nạn lao động, tai nạn giao thông, tai nạn chiến tranh và thiên tai;

7. Tự tử, cố ý gây thương tích, nghiện chất ma túy, vi phạm pháp luật.

Điều 11. Chi phí khám, chữa bệnh bảo hiểm y tế được thanh toán dưới hai hình thức:

1. Cơ quan bảo hiểm y tế thanh toán với các cơ sở khám, chữa bệnh theo hợp đồng.

2. Cơ quan bảo hiểm y tế thanh toán cho người bệnh bảo hiểm y tế chi phí khám, chữa bệnh theo quy định tại Điều 7 và Điều 9 của Điều lệ này.

Chương III

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

Điều 12. Mức đóng và trách nhiệm đóng bảo hiểm y tế bắt buộc như sau:

1. Các đối tượng quy định ở điểm a, b, khoản 1 Điều 2 của Điều lệ này, mức đóng bảo hiểm y tế bằng 3% tiền lương cấp bậc, chức vụ, hệ số chênh lệch bảo lưu (nếu có) ghi trong hợp đồng lao động và các khoản phụ cấp khu vực, đất đỏ, chức vụ, thâm niên, trong đó người sử dụng lao động có trách nhiệm đóng 2%, người lao động đóng 1%.

2. Các đối tượng quy định ở điểm c, d, khoản 1 Điều 2 của Điều lệ này, mức đóng bảo hiểm y tế bằng 3% tiền lương, tiền công và các khoản phụ cấp (nếu có) ghi trong hợp đồng lao động theo quy định của Nhà nước, trong đó người sử dụng lao động có trách nhiệm đóng 2%, người lao động đóng 1%.

3. Các đối tượng quy định tại khoản 2 Điều 2 của Điều lệ này:

a) Đối với người hưởng lương: mức đóng bảo hiểm y tế bằng 3% tiền lương cấp bậc, lương chức vụ, hệ số chênh lệch bảo lưu (nếu có) và các khoản phụ cấp chức vụ, khu vực, đất đỏ, thâm niên, theo quy định của Nhà nước. Cơ quan sử dụng công chức, viên chức có trách nhiệm đóng 2%, công chức, viên chức đóng 1%.

b) Đối với người hưởng sinh hoạt phí là cán bộ làm công tác đảng, công tác chính quyền, công tác đoàn thể và sự nghiệp ở xã, phường, thị trấn: mức đóng bảo hiểm y tế bằng 3% tiền sinh hoạt phí và các khoản phụ cấp (nếu có). Cơ quan cấp sinh hoạt phí đóng 2%, người hưởng sinh hoạt phí đóng 1%.

c) Đối với người hưởng sinh hoạt phí là 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: mức đóng bảo hiểm y tế bằng 3% mức lương tối thiểu hiện hành, do cơ quan cấp sinh hoạt phí đóng.

4. Các đối tượng quy định tại khoản 3, Điều 2 của Điều lệ này, mức đóng bảo hiểm y tế bằng 3% tiền lương hưu, tiền trợ cấp bảo hiểm xã hội hàng tháng, do cơ quan bảo hiểm xã hội trực tiếp đóng.

5. Các đối tượng quy định tại các khoản 4, 5, Điều 2 của Điều lệ này, mức đóng bảo hiểm y tế bằng 3% mức lương tối thiểu hiện hành do cơ quan trực tiếp quản lý kinh phí của đối tượng đóng.

6. Bộ Tài chính có trách nhiệm cân đối vào dự toán ngân sách để thực hiện chế độ bảo hiểm y tế bắt buộc cho các đối tượng quy định tại điểm b, c khoản 3, Điều 12 của Điều lệ này từ ngày 01 tháng 01 năm 1999.

Điều 13. Phương thức đóng bảo hiểm y tế.

1. Cơ quan, đơn vị và người sử dụng lao động quy định tại các khoản 1, 2, 3, Điều 12 của Điều lệ này, trích trước tiền đóng bảo hiểm y tế và thu tiền đóng bảo hiểm y tế của người lao động theo tỷ lệ quy định để nộp vào quỹ bảo hiểm y tế ít nhất 3 tháng một lần.

2. Cơ quan, đơn vị quản lý kinh phí của đối tượng quy định tại các khoản 4, 5, Điều 12 của Điều lệ này, nộp tiền đóng bảo hiểm y tế vào quỹ bảo hiểm y tế định kỳ 3 tháng một lần.

3. Cơ quan, đơn vị, người sử dụng lao động và cơ quan bảo hiểm y tế có thể ký hợp đồng về việc nộp tiền và cấp thẻ bảo hiểm y tế dài hạn.

Chương IV

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

Điều 14.

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 cơ quan bảo hiểm y tế để 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) Được thanh toán viện phí theo chế độ bảo hiểm y tế khi sinh con thứ nhất và thứ hai;

d) Yêu cầu cơ quan bảo hiểm y tế bảo đảm quyền lợi theo quy định của Điều lệ này;

e) Khiếu nại với các cơ quan nhà nước có thẩm quyền khi người sử dụng lao động, cơ quan bảo hiểm y tế, các cơ sở khám, chữa bệnh vi phạm Điều lệ này.

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

a) Đóng 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.

Điều 15.

1. Cơ quan, đơn vị và người sử dụng lao động có quyền:

a) Từ chối thực hiện những yêu cầu của cơ quan bảo hiểm y tế và các cơ sở khám, chữa bệnh không đúng với quy định của Điều lệ này;

b) Khiếu nại với các cơ quan nhà nước có thẩm quyền khi cơ quan bảo hiểm y tế và các cơ sở khám, chữa bệnh 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 của Điều lệ này.

2. Cơ quan, đơn vị và người sử dụng lao động có trách nhiệm:

a) Đóng bảo hiểm y tế theo đúng quy định của Điều lệ Bảo hiểm y tế;

b) Cung cấp cho cơ quan bảo hiểm y tế các tài liệu về lao động, tiền lương, tiền công, phụ cấp liên quan đến việc đóng và thực hiện chế độ bảo hiểm y tế;

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

Điều 16.**1. Cơ quan bảo hiểm y tế có quyền:**

a) Yêu cầu cơ quan, đơn vị, 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;

c) Ký hợp đồng với các cơ sở khám, chữa bệnh hợp pháp để khám, chữa bệnh cho người được 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 cơ quan bảo hiểm y tế 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 điều tra xử lý theo quy định của pháp luật;

g) Kiến nghị với các cơ quan có thẩm quyền xử lý các đơn vị, cá nhân vi phạm Điều lệ Bảo hiểm y tế.

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

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

b) 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;

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

d) Kiểm tra, giám định việc thực hiện chế độ bảo hiểm y tế;

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

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

Điều 17.**1. Cơ sở khám, chữa bệnh có quyền:**

a) Yêu cầu cơ quan bảo hiểm y tế 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 được ký;

b) Khám, chữa bệnh và cung cấp các dịch vụ y tế theo đúng nguyên tắc chuyên môn;

c) Yêu cầu cơ quan bảo hiểm y tế cung cấp những số liệu về thẻ bảo hiểm y tế đăng ký tại cơ sở khám, chữa bệnh;

d) Từ chối thực hiện các yêu cầu ngoài quy định của Điều lệ Bảo hiểm y tế và hợp đồng đã ký với cơ quan bảo hiểm y tế;

e) Khiếu kiện với các cơ quan có thẩm quyền khi cơ quan bảo hiểm y tế 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 và cung cấp các tài liệu liên quan đến khám, chữa bệnh cho người được 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 và các dịch vụ y tế an toàn, hợp lý theo quy định về chuyên môn kỹ thuật của Bộ Y tế;

d) Tạo điều kiện thuận lợi cho cán bộ cơ quan bảo hiểm y tế thường trực tại cơ sở nhằm thực hiện công tác tuyên truyền, giải thích về bảo hiểm y tế; kiểm tra việc bảo đảm quyền lợi và giải quyết những khiếu nại liên quan đến việc khám, chữa bệnh cho người có thẻ bảo hiểm y tế;

đ) Kiểm tra thẻ bảo hiểm y tế, phát hiện và thông báo cho Bảo hiểm y tế Việt Nam những trường hợp vi phạm và lạm dụng chế độ bảo hiểm y tế.

Chương V

QUẢN LÝ, SỬ DỤNG QUỸ VÀ THẺ BẢO HIỂM Y TẾ

Điều 18. Quỹ bảo hiểm y tế được quản lý tập trung, thống nhất trong toàn hệ thống Bảo hiểm y tế Việt Nam; hạch toán độc lập với ngân sách nhà nước và được Nhà nước bảo hộ.

Điều 19. Tiền đóng bảo hiểm y tế của đối tượng tham gia bảo hiểm y tế bắt buộc được phân phối sử dụng như sau:

1. Dành 91,5% cho quỹ khám, chữa bệnh, trong đó dành 5% lập quỹ dự phòng khám, chữa bệnh.

a) Quỹ khám, chữa bệnh trong năm không sử dụng hết được kết chuyển vào quỹ dự phòng;

b) Trường hợp chi phí khám, chữa bệnh trong năm vượt quá khả năng thanh toán của quỹ khám, chữa bệnh thì được bổ sung từ quỹ dự phòng.

2. Dành 8,5% cho chi quản lý thường xuyên của hệ thống Bảo hiểm y tế Việt Nam theo dự toán hàng năm được cấp có thẩm quyền phê duyệt và chế độ chi tiêu của Nhà nước quy định.

3. Tiền tạm thời nhàn rỗi (nếu có) của quỹ bảo hiểm y tế được mua tín phiếu, trái phiếu do Kho bạc Nhà nước, các ngân hàng thương mại quốc doanh phát hành và được thực hiện các biện pháp khác nhằm bảo tồn, tăng trưởng quỹ bảo hiểm y tế nhưng phải đảm bảo nguồn chi trả khi cần thiết.

Liên Bộ Y tế - Tài chính ban hành Quy chế quản lý tài chính đối với Bảo hiểm y tế Việt Nam.

Điều 20.

1. Thẻ bảo hiểm y tế do Bảo hiểm y tế Việt Nam phát hành.

2. Thẻ bảo hiểm y tế có giá trị sử dụng ngay và liên tục khi đóng bảo hiểm y tế đúng quy định.

3. 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.

Chương VI

BẢO HIỂM Y TẾ TỰ NGUYỆN

Điều 21. 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 22. Bảo hiểm y tế tự nguyện được áp dụng với mọi đối tượng trong xã hội, kể cả người nước ngoài đến làm việc, học tập, du lịch tại Việt Nam.

Chính phủ khuyến khích việc mở rộng và đa dạng hóa các loại hình bảo hiểm y tế tự nguyện, đồng thời khuyến khích Hội chữ thập đỏ, các Hội từ thiện, tổ chức quần chúng, tổ chức kinh tế của Nhà nước và tư nhân đóng góp để mua thẻ bảo hiểm y tế cho người nghèo. Ủy ban nhân dân các cấp có trách nhiệm quan tâm, tạo điều kiện thuận lợi để nhân dân địa phương được tham gia bảo hiểm y tế tự nguyện.

Điều 23.

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

a) Bảo hiểm khám, chữa bệnh ngoại trú;

b) Bảo hiểm khám, chữa bệnh nội trú;

c) Chế độ bảo hiểm y tế bổ sung cho bảo hiểm y tế bắt buộc;

d) Các loại hình bảo hiểm y tế tự nguyện khác.

2. Người có thẻ 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. Nếu mức đóng bảo hiểm y tế tự nguyện tương đương mức đóng bảo hiểm y tế bắt buộc bình quân trong khu vực thì người có thẻ bảo hiểm y tế tự nguyện sẽ được

hưởng chế độ bảo hiểm y tế như quy định tại Chương II của Điều lệ này.

Liên Bộ Y tế - Tài chính quy định khung mức đóng và mức hưởng bảo hiểm y tế tự nguyện; Bộ trưởng Bộ Y tế hướng dẫn cụ thể mức đóng và mức hưởng bảo hiểm y tế tự nguyện áp dụng cho từng địa phương sau khi có sự thỏa thuận của Ủy ban nhân dân tỉnh, thành phố trực thuộc Trung ương.

Điều 24. Nguồn thu bảo hiểm y tế tự nguyện được hạch toán riêng và sử dụng để chi cho các nội dung sau:

1. Chi trả chi phí khám, chữa bệnh cho người có thẻ bảo hiểm y tế tự nguyện theo quy định.
2. Chi cho các đại lý thu, phát hành thẻ bảo hiểm y tế tự nguyện.
3. Chi quản lý thường xuyên của cơ quan bảo hiểm y tế.

Bảo hiểm y tế Việt Nam chịu trách nhiệm quản lý thống nhất quỹ bảo hiểm y tế tự nguyện. Liên Bộ Y tế - Tài chính quy định chi tiết và hướng dẫn sử dụng quỹ bảo hiểm y tế tự nguyện.

Chương VII

TỔ CHỨC, QUẢN LÝ BẢO HIỂM Y TẾ

Điều 25. Bảo hiểm y tế Việt Nam được thành lập trên cơ sở thống nhất hệ thống cơ quan bảo hiểm y tế từ Trung ương đến địa phương và bảo hiểm y tế ngành để quản lý và thực hiện chính sách bảo hiểm y tế theo Điều lệ này.

Điều 26. Chính phủ giao cho Bộ Y tế thực hiện chức năng quản lý nhà nước về bảo hiểm y tế. Nội dung của công tác quản lý nhà nước là:

1. Xây dựng các chính sách, pháp luật về bảo hiểm y tế trình cấp trên ban hành hoặc ban hành theo thẩm quyền.
2. Phối hợp với Bộ Tài chính và Chủ tịch Ủy ban nhân dân tỉnh, thành phố trực thuộc Trung ương hướng dẫn thực hiện bảo hiểm y tế tự nguyện.

3. Hướng dẫn kiểm tra, thanh tra việc thực hiện các quy định của pháp luật về bảo hiểm y tế.

Điều 27. Bảo hiểm y tế Việt Nam được tổ chức và quản lý theo hệ thống tập trung, thống nhất từ Trung ương đến địa phương.

1. Ở Trung ương: Bảo hiểm y tế Việt Nam trực thuộc Bộ Y tế.

2. Ở cấp tỉnh: Bảo hiểm y tế tỉnh, thành phố trực thuộc Trung ương và Bảo hiểm y tế ngành trực thuộc Bảo hiểm y tế Việt Nam.

3. Ở cấp huyện, quận, thành phố, thị xã thuộc tỉnh (gọi chung là huyện) tổ chức thành chi nhánh bảo hiểm y tế trực thuộc Bảo hiểm y tế tỉnh, thành phố trực thuộc Trung ương.

Bảo hiểm y tế Việt Nam có nhiệm vụ, quyền hạn: tổ chức triển khai thực hiện Điều lệ Bảo hiểm y tế; quản lý thu, chi quỹ bảo hiểm y tế trong cả nước; đề xuất các phương án bảo toàn, tăng trưởng quỹ bảo hiểm y tế và tổ chức thực hiện sau khi được phê duyệt; in ấn, phát hành và quản lý thẻ bảo hiểm y tế; quản lý tổ chức, cán bộ, công chức, lao động, cơ sở vật chất kỹ thuật trong toàn hệ thống cơ quan bảo hiểm y tế theo quy định của Nhà nước.

Quy chế tổ chức và hoạt động của Bảo hiểm y tế Việt Nam do Bộ trưởng Bộ Y tế ban hành sau khi có sự thỏa thuận của Bộ trưởng, Trưởng Ban Tổ chức - Cán bộ Chính phủ.

Điều 28. Hội đồng quản lý Bảo hiểm y tế Việt Nam là cơ quan quản lý, giám sát hoạt động của Bảo hiểm y tế Việt Nam.

Hội đồng quản lý Bảo hiểm y tế Việt Nam có nhiệm vụ, quyền hạn: chỉ đạo, giám sát, kiểm tra việc thực hiện quản lý, thu, chi quỹ bảo hiểm y tế; phê duyệt phương án điều hòa quỹ bảo hiểm y tế trong toàn hệ thống; quyết định các biện pháp bảo toàn và tăng trưởng quỹ bảo hiểm y tế; thông qua dự toán và quyết toán hàng năm của Bảo hiểm y tế Việt Nam; phê duyệt phương án tổ chức, đề nghị tách, nhập, giải thể các đơn vị thành viên, đề nghị bổ nhiệm, miễn nhiệm Tổng Giám đốc Bảo hiểm y tế Việt Nam.

Hội đồng quản lý Bảo hiểm y tế Việt Nam có Chủ tịch, Phó Chủ tịch và các thành viên.

Chủ tịch Hội đồng quản lý là một lãnh đạo Bộ Y tế do Thủ tướng Chính phủ bổ nhiệm theo đề nghị của Bộ trưởng Bộ Y tế và Bộ trưởng, Trưởng Ban Tổ chức - Cán bộ Chính phủ. Các thành viên là đại diện có thẩm quyền của các Bộ: Y tế, Tài chính, Lao động - Thương binh và Xã hội, Tổng Liên đoàn Lao động Việt Nam và Bảo hiểm Y tế Việt Nam.

Bộ trưởng Bộ Y tế bổ nhiệm Phó Chủ tịch Hội đồng quản lý và các thành viên của Hội đồng quản lý Bảo hiểm y tế Việt Nam sau khi có sự thỏa thuận của các Bộ, ngành nói trên.

Điều 29. Bảo hiểm y tế Việt Nam do Tổng Giám đốc quản lý và điều hành theo chế độ thủ trưởng. Giúp việc cho Tổng Giám đốc có các Phó Tổng Giám đốc.

Bộ trưởng Bộ Y tế bổ nhiệm, miễn nhiệm Tổng Giám đốc Bảo hiểm y tế Việt Nam theo đề nghị của Hội đồng quản lý Bảo hiểm y tế Việt Nam và thỏa thuận của Bộ trưởng, Trưởng Ban Tổ chức - Cán bộ Chính phủ.

Các Phó Tổng Giám đốc Bảo hiểm y tế Việt Nam do Bộ trưởng Bộ Y tế bổ nhiệm, miễn nhiệm theo đề nghị của Tổng Giám đốc Bảo hiểm y tế Việt Nam.

Giám đốc Bảo hiểm y tế tỉnh, thành phố trực thuộc Trung ương và Giám đốc Bảo hiểm y tế ngành do Tổng Giám đốc Bảo hiểm y tế Việt Nam bổ nhiệm, miễn nhiệm sau khi có ý kiến của Ủy ban nhân dân tỉnh, thành phố trực thuộc Trung ương và lãnh đạo ngành.

Chương VIII

KHEN THƯỞNG, GIẢI QUYẾT KHIẾU NẠI VÀ XỬ LÝ VI PHẠM

Điều 30. Cơ quan, đơn vị và cá nhân có thành tích trong sự nghiệp bảo hiểm y tế được khen thưởng theo quy định chung.

Điều 31. Khi xảy ra khiếu kiện về bảo hiểm y tế thì tùy theo tính chất sự việc sẽ do cơ quan bảo hiểm y tế các cấp, cơ quan quản lý nhà nước có thẩm quyền hoặc tòa án giải quyết theo quy định của pháp luật.

Điều 32. Cơ quan, đơn vị hoặc cá nhân vi phạm các quy định của Điều lệ này thì tùy theo mức độ vi phạm sẽ bị xử lý theo quy định về xử phạt vi phạm hành chính trong lĩnh vực bảo hiểm y tế, nếu gây thiệt hại thì phải bồi thường thiệt hại theo quy định của pháp luật./.

TM. Chính phủ
Thủ tướng

PHAN VĂN KHẢI

NGHỊ ĐỊNH của Chính phủ số 59/1998/ND-CP ngày 13/08/1998 về chức năng, nhiệm vụ, quyền hạn và tổ chức bộ máy của Ủy ban Dân tộc và Miền núi.

CHÍNH PHỦ

Căn cứ Luật Tổ chức Chính phủ ngày 30 tháng 9 năm 1992;

Căn cứ ý kiến của Thường vụ Bộ Chính trị tại Văn bản số 657/TC-TW ngày 05/06/1998 của Ban Tổ chức Trung ương về nhiệm vụ của Ủy ban Dân tộc và Miền núi;

Theo đề nghị của Bộ trưởng, Chủ nhiệm Ủy ban Dân tộc và Miền núi, Bộ trưởng, Trưởng Ban Tổ chức - Cán bộ Chính phủ,

NGHỊ ĐỊNH:

Điều 1. Ủy ban Dân tộc và Miền núi là cơ quan của Chính phủ thực hiện chức năng quản lý nhà nước về lĩnh vực công tác dân tộc và miền núi