PHẦN VĂN BẢN QUY PHẠM PHÁP LUẬT

CHÍNH PHỦ

CHÍNH PHỦ

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

Số: 70/2015/NĐ-CP

Hà Nội, ngày 01 tháng 9 năm 2015

NGHỊ ĐỊNH
Quy định chi tiết và hướng dẫn thi hành một số điều của Luật Bảo hiểm y tế đối với Quân đội nhân dân, Công an nhân dân và người làm công tác cơ yếu

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; Luật sửa đổi, bổ sung một số điều của Luật Bảo hiểm y tế ngày 13 tháng 6 năm 2014;

Theo đề nghị của Bộ trưởng Bộ Quốc phòng,

Chính phủ ban hành Nghị định quy định chi tiết và hướng dẫn thi hành một số điều của Luật Bảo hiểm y tế đối với Quân đội nhân dân, Công an nhân dân và người làm công tác cơ yếu.

Chương I
PHẠM VI ĐIỀU CHỈNH, ĐỐI TƯỢNG, LỘ TRÌNH THỰC HIỆN, MỨC ĐÓNG, TRÁCH NHIỆM ĐÓNG, PHƯƠNG THỨC ĐÓNG BẢO HIỂM Y TẾ

Điều 1. Phạm vi điều chỉnh

1. Nghị định này quy định chi tiết và hướng dẫn thi hành một số điều của Luật Bảo hiểm y tế ngày 14 tháng 11 năm 2008 và Luật sửa đổi, bổ sung một số điều của Luật Bảo hiểm y tế ngày 13 tháng 6 năm 2014 (sau đây gọi chung là Luật Bảo hiểm y tế đã được sửa đổi, bổ sung) đối với các đối tượng là quân nhân, công an nhân dân, người làm công tác cơ yếu quy định tại Điểm a Khoản 3 Điều 12 của Luật Bảo hiểm y tế đã được sửa đổi, bổ sung, gồm: Lộ trình thực hiện; mức đóng, trách nhiệm đóng và phương thức đóng bảo hiểm y tế; thẻ bảo hiểm y tế; phạm vi quyền lợi, mức hưởng bảo hiểm y tế; khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế; quản lý, sử dụng phần kinh phí dành cho khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế; giám định bảo hiểm y tế; thanh toán, quyết toán bảo hiểm y tế.

2. Thực hiện bảo hiểm y tế đối với các đối tượng quy định tại Điều 2 Nghị định này chỉ thay thế phương thức thực hiện và nguồn bảo đảm tài chính trong khám bệnh, chữa bệnh thường xuyên từ ngân sách nhà nước sang quỹ bảo hiểm y tế. Các khoản ngân sách nhà nước bảo đảm cho các nhiệm vụ khác về quân y, y tế của Quân đội, Công an, Cơ yếu vẫn thực hiện theo quy định tại các Nghị định của Chính phủ, gồm Nghị định số 123/2003/NĐ-CP ngày 22 tháng 10 năm 2003 quy định về tiêu chuẩn vật chất hậu cần đối với quân nhân tại ngũ và Nghị định số 65/2009/NĐ-CP ngày 31 tháng 7 năm 2009 sửa đổi, bổ sung một số điều của Nghị định số 123/2003/NĐ-CP ngày 22 tháng 10 năm 2003; Nghị định số 13/2013/NĐ-CP ngày 25 tháng 01 năm 2013 quy định về tiêu chuẩn vật chất hậu cần của lực lượng tầu ngầm chiến dịch; Nghị định số 18/2013/NĐ-CP ngày 21 tháng 02 năm 2013 quy định tiêu chuẩn vật chất hậu cần đối với sĩ quan, hạ sĩ quan, chiến sĩ đang phục vụ trong lực lượng Công an nhân dân và Nghị định số 32/2013/NĐ-CP ngày 16 tháng 4 năm 2013 quy định chi tiết và hướng dẫn thi hành một số điều của Luật Cơ yếu về chế độ chính sách đối với người làm công tác cơ yếu và các quy định pháp luật khác có liên quan.

3. Việc bảo đảm y tế cho nhiệm vụ sẵn sàng chiến đấu, thảm họa và thời chiến đối với Quân đội, Công an, Cơ yếu thực hiện theo quy định riêng của Chính phủ.

Điều 2. Đối tượng tham gia bảo hiểm y tế

1. Quân nhân tham gia bảo hiểm y tế gồm:

a) Sĩ quan, quân nhân chuyên nghiệp đang tại ngũ;

b) Hạ sĩ quan, binh sĩ đang tại ngũ.

2. Công an nhân dân tham gia bảo hiểm y tế gồm:

a) Sĩ quan, hạ sĩ quan nghiệp vụ và sĩ quan, hạ sĩ quan chuyên môn kỹ thuật đang công tác trong lực lượng công an nhân dân;

b) Hạ sĩ quan, chiến sĩ nghĩa vụ trong lực lượng công an nhân dân;

c) Học viên công an nhân dân hưởng sinh hoạt phí từ ngân sách nhà nước.

3. Người làm công tác cơ yếu tham gia bảo hiểm y tế gồm:

a) Người làm công tác cơ yếu hưởng lương như đối với quân nhân đang công tác tại Ban Cơ yếu Chính phủ;

b) Học viên cơ yếu hưởng sinh hoạt phí từ ngân sách nhà nước theo chế độ, chính sách như đối với học viên Quân đội;

c) Người làm công tác cơ yếu hưởng lương như đối với quân nhân đang công tác tại tổ chức cơ yếu thuộc các Bộ, ngành, địa phương.

Điều 3. Lộ trình thực hiện bảo hiểm y tế

1. Từ ngày Nghị định này có hiệu lực thi hành, thực hiện bảo hiểm y tế đối với 100% các đối tượng quy định tại Điểm c Khoản 3 Điều 2 Nghị định này.

2. Từ ngày Nghị định này có hiệu lực thi hành đến 31 tháng 12 năm 2015, thực hiện bảo hiểm y tế đối với 15%; từ ngày 01 tháng 01 năm 2016, thực hiện bảo hiểm y tế ít nhất 30% các đối tượng quy định tại Điều 2 Nghị định này, trừ đối tượng quy định tại Điểm c Khoản 3 Điều 2 Nghị định này.

3. Từ ngày 01 tháng 01 năm 2018, thực hiện bảo hiểm y tế ít nhất 60% các đối tượng quy định tại Điều 2 Nghị định này, trừ đối tượng quy định tại Điểm c Khoản 3 Điều 2 Nghị định này.

4. Từ ngày 01 tháng 01 năm 2020, thực hiện bảo hiểm y tế đối với 100% các đối tượng quy định tại Điều 2 Nghị định này.

5. Căn cứ lộ trình thực hiện bảo hiểm y tế quy định tại các Khoản 2, 3 và 4 Điều này, Bộ trưởng Bộ Quốc phòng, Bộ trưởng Bộ Công an quyết định cụ thể đơn vị thuộc thẩm quyền quản lý tham gia bảo hiểm y tế.

Điều 4. Mức đóng bảo hiểm y tế

1. Mức đóng bảo hiểm y tế hàng tháng được quy định như sau:

a) Bằng 4,5% tiền lương tháng đối với các đối tượng quy định tại Điểm a Khoản 1; Điểm a Khoản 2; các Điểm a và c Khoản 3 Điều 2 Nghị định này;

b) Bằng 4,5% mức lương cơ sở đối với các đối tượng quy định tại Điểm b Khoản 1; các Điểm b và c Khoản 2; Điểm b Khoản 3 Điều 2 Nghị định này.

2. Căn cứ vào tình hình thực tế, Bộ trưởng Bộ Quốc phòng chủ trì, phối hợp Bộ trưởng Bộ Công an, Bộ trưởng Bộ Y tế, Bộ trưởng Bộ Tài chính và Thủ trưởng cơ quan có liên quan trình Chính phủ điều chỉnh mức đóng bảo hiểm y tế phù hợp.

Điều 5. Trách nhiệm đóng, phương thức đóng bảo hiểm y tế

1. Ngân sách nhà nước bảo đảm toàn bộ phần kinh phí đóng bảo hiểm y tế cho các đối tượng quy định tại Điều 2 Nghị định này theo phân cấp ngân sách hiện hành.

2. Hàng năm, căn cứ theo lộ trình quy định tại Điều 3 Nghị định này, các Bộ, cơ quan Trung ương và các cơ quan, đơn vị ở địa phương xây dựng dự toán kinh phí đóng bảo hiểm y tế cho các đối tượng quản lý quy định tại Điều 2 Nghị định này, tổng hợp trong dự toán ngân sách nhà nước của đơn vị gửi về cơ quan tài chính cùng cấp và quyết toán theo quy định của Luật Ngân sách nhà nước và các văn bản hướng dẫn thi hành Luật.

3. Đầu mỗi quý, các cơ quan, đơn vị quản lý đối tượng thực hiện đóng bảo hiểm y tế về Bảo hiểm xã hội Bộ Quốc phòng, Bảo hiểm xã hội Bộ Công an, Bảo hiểm xã hội tỉnh, thành phố trực thuộc Trung ương (sau đây gọi tắt là Bảo hiểm xã hội tỉnh).

Chương II
THẺ BẢO HIỂM Y TẾ

Điều 6. Thẻ bảo hiểm y tế

1. Mẫu thẻ, phôi thẻ bảo hiểm y tế được thực hiện như sau:

a) Mẫu thẻ bảo hiểm y tế của các đối tượng quy định các Khoản 1 và 2, các Điểm a và b Khoản 3 Điều 2 Nghị định này là mẫu riêng, do Bảo hiểm xã hội Việt Nam quy định sau khi đã thống nhất với Bộ Quốc phòng, Bộ Công an, Bộ Y tế;

b) Phôi thẻ bảo hiểm y tế của các đối tượng quy định tại Khoản 1, các Điểm a và b Khoản 3 Điều 2 Nghị định này do Bảo hiểm xã hội Bộ Quốc phòng phát hành và quản lý; của các đối tượng quy định tại Khoản 2 Điều 2 Nghị định này do Bảo hiểm xã hội Bộ Công an phát hành và quản lý;

c) Mẫu thẻ và phôi thẻ bảo hiểm y tế của đối tượng quy định tại Điểm c Khoản 3 Điều 2 Nghị định này do Bảo hiểm xã hội Việt Nam phát hành và quản lý.

2. Quyền lợi được hưởng bảo hiểm y tế được tính từ ngày thẻ có giá trị sử dụng ghi trên thẻ bảo hiểm y tế.

Điều 7. Cấp thẻ bảo hiểm y tế

1. Thẻ bảo hiểm y tế của các đối tượng quy định tại Điều 2 Nghị định này thuộc Bộ Quốc phòng quản lý do Bảo hiểm xã hội Bộ Quốc phòng cấp; thuộc Bộ Công an quản lý do Bảo hiểm xã hội Bộ Công an cấp; thuộc các Bộ, ngành khác hoặc địa phương do Bảo hiểm xã hội tỉnh cấp.

2. Hồ sơ cấp thẻ bảo hiểm y tế thực hiện theo Điều 17 của Luật Bảo hiểm y tế đã được sửa đổi, bổ sung.

Điều 8. Cấp lại, đổi thẻ bảo hiểm y tế

1. Cấp lại thẻ bảo hiểm y tế trong trường hợp mất thẻ và được thực hiện theo quy định tại Điều 18 của Luật Bảo hiểm y tế đã được sửa đổi, bổ sung.

2. Việc đổi thẻ bảo hiểm y tế được thực hiện theo Điều 19 của Luật Bảo hiểm y tế đã được sửa đổi, bổ sung.

Điều 9. Thu hồi, tạm giữ thẻ bảo hiểm y tế

1. Thẻ bảo hiểm y tế của các đối tượng quy định tại Điều 2 Nghị định này bị thu hồi trong trường hợp:

a) Thôi phục vụ trong Quân đội nhân dân, Công an nhân dân, tổ chức cơ yếu;

b) Chuyển sang chế độ phục vụ khác không phải là quân nhân, công an nhân dân, người làm công tác cơ yếu;

c) Thẻ bảo hiểm y tế cấp trùng số, trùng đối tượng;

d) Thẻ bảo hiểm y tế cấp không đúng đối tượng là quân nhân, công an nhân dân, người làm công tác cơ yếu.

2. Đơn vị quản lý đối tượng quy định tại Điều 2 Nghị định này có trách nhiệm thu hồi thẻ bảo hiểm y tế trong các trường hợp nêu tại Khoản 1 Điều này, báo cáo với cơ quan Bảo hiểm xã hội nơi cấp thẻ để giảm trừ tiền đóng bảo hiểm y tế cho đối tượng đó.

3. Thẻ bảo hiểm y tế của các đối tượng quy định tại Điều 2 Nghị định này bị tạm giữ trong trường hợp người khác sử dụng đi khám bệnh, chữa bệnh.

Người được giao quản lý thẻ hoặc người có thẻ bảo hiểm y tế cho người khác mượn thẻ phải chịu hình thức kỷ luật của Quân đội, Công an, Cơ yếu và phải bồi hoàn toàn bộ chi phí khám bệnh, chữa bệnh (nếu có).

Chương III
PHẠM VI, MỨC HƯỞNG BẢO HIỂM Y TẾ

Điều 10. Phạm vi được hưởng bảo hiểm y tế

1. Phạm vi được hưởng bảo hiểm y tế đối với các đối tượng quy định tại Điều 2 Nghị định này được thực hiện theo quy định tại Điều 21 của Luật Bảo hiểm y tế đã được sửa đổi, bổ sung.

2. Ngoài phạm vi được hưởng bảo hiểm y tế quy định tại Khoản 1 Điều này và không thuộc các trường hợp quy định tại Điều 23 của Luật Bảo hiểm y tế đã được sửa đổi, bổ sung, các đối tượng quy định tại Điều 2 Nghị định này còn được chi trả các chi phí khám bệnh, chữa bệnh khác bao gồm: Thuốc, hóa chất, vật tư y tế được cấp phép lưu hành tại Việt Nam và các dịch vụ kỹ thuật y tế được cấp có thẩm quyền phê duyệt theo chỉ định của chuyên môn.

3. Chi phí khám bệnh, chữa bệnh quy định tại Khoản 2 Điều này được chi trả từ nguồn kinh phí bảo hiểm y tế dành cho khám bệnh, chữa bệnh của các đối tượng quy định tại Điều 2 Nghị định này; trường hợp nguồn kinh phí này không đủ thì do ngân sách nhà nước bảo đảm.

Điều 11. Mức hưởng bảo hiểm y tế

1. Các đối tượng quy định tại Điều 2 Nghị định này khi đi khám bệnh, chữa bệnh được quỹ bảo hiểm y tế thanh toán trong phạm vi được hưởng quy định tại Điều 10 Nghị định này, với mức hưởng 100% chi phí khám bệnh, chữa bệnh và không áp dụng giới hạn tỷ lệ thanh toán đối với một số thuốc, hóa chất, vật tư y tế, dịch vụ kỹ thuật y tế theo quy định của Bộ trưởng Bộ Y tế đối với các trường hợp sau:

a) Khám bệnh, chữa bệnh đúng quy định tại các Điều 26, 27 và 28 của Luật Bảo hiểm y tế đã được sửa đổi, bổ sung và Điều 15 Nghị định này;

b) Khám bệnh, chữa bệnh tại bệnh viện tuyến huyện, hoặc chi phí điều trị nội trú tại bệnh viện tuyến tỉnh, tuyến Trung ương đối với trường hợp đang công tác hoặc cư trú thường xuyên tại vùng có điều kiện kinh tế - xã hội khó khăn, hoặc vùng có điều kiện kinh tế - xã hội đặc biệt khó khăn, hoặc công tác, cư trú tại xã đảo, huyện đảo khi tự đi khám bệnh, chữa bệnh không đúng tuyến;

c) Từ ngày 01 tháng 01 năm 2016, nếu đăng ký khám bệnh, chữa bệnh ban đầu tại trạm y tế tuyến xã hoặc phòng khám đa khoa, hoặc bệnh viện tuyến huyện và tương đương khi đi khám bệnh, chữa bệnh tại trạm y tế tuyến xã hoặc phòng khám đa khoa, hoặc bệnh viện tuyến huyện và tương đương trong phạm vi cả nước;

d) Điều trị nội trú tại bệnh viện tuyến tỉnh và tương đương từ ngày 01 tháng 01 năm 2021 trong phạm vi cả nước.

2. Đối với các đối tượng quy định tại Điều 2 Nghị định này thuộc diện quản lý của Trung ương, hoặc của Bộ Quốc phòng, Bộ Công an, hoặc của tỉnh, thành phố thì ngoài quyền lợi về khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế, còn được thực hiện theo quy định của Trung ương, hoặc của Bộ Quốc phòng, Bộ Công an, hoặc của tỉnh, thành phố trực thuộc Trung ương.

3. Các đối tượng quy định tại Điều 2 Nghị định này tự đi khám bệnh, chữa bệnh không đúng tuyến thì được quỹ bảo hiểm y tế thanh toán trong phạm vi được hưởng quy định tại Khoản 1 Điều 10 Nghị định này, với mức hưởng như sau:

a) 40% chi phí điều trị nội trú tại bệnh viện tuyến Trung ương, trừ trường hợp quy định tại Điểm b Khoản 1 và Khoản 2 Điều này;

b) 60% chi phí điều trị nội trú tại bệnh viện tuyến tỉnh và tương đương từ ngày Nghị định này có hiệu lực thi hành đến ngày 31 tháng 12 năm 2020, trừ trường hợp quy định tại Điểm b Khoản 1 và Khoản 2 Điều này;

c) 70% chi phí khám bệnh, chữa bệnh tại bệnh viện tuyến huyện và tương đương từ ngày Nghị định này có hiệu lực thi hành đến ngày 31 tháng 12 năm 2015, trừ trường hợp quy định tại Điểm b Khoản 1 và Khoản 2 Điều này;

d) Chi phí khám bệnh, chữa bệnh ngoại trú và phần còn lại của chi phí điều trị nội trú quy định tại các Điểm a và b Khoản này; phần còn lại của chi phí khám bệnh, chữa bệnh quy định tại Điểm c Khoản này và chi phí khám bệnh, chữa bệnh quy định tại Khoản 2 Điều 10 Nghị định này (nếu có) do người bệnh tự thanh toán với cơ sở khám bệnh, chữa bệnh.

4. Các trường hợp khám bệnh, chữa bệnh theo yêu cầu hoặc sử dụng các dịch vụ kỹ thuật y tế xã hội hóa tại các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh được quỹ bảo hiểm y tế thanh toán trong phạm vi được hưởng và mức hưởng theo quy định tại các Khoản 1, 2 và 3 Điều này; phần chi phí còn lại do người bệnh tự thanh toán với cơ sở khám bệnh, chữa bệnh.

5. Chi phí vận chuyển

a) Quỹ khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế thanh toán chi phí vận chuyển cho các đối tượng quy định tại Điều 2 Nghị định này khi cấp cứu hoặc đang điều trị nội trú phải chuyển tuyến chuyên môn kỹ thuật trong trường hợp: Chuyển từ tuyến huyện và tương đương trở lên lên tuyến trên; chuyển ngang tuyến; chuyển từ tuyến trên xuống tuyến dưới đến tuyến huyện và tương đương theo chỉ định chuyên môn hoặc theo yêu cầu nhiệm vụ;

b) Mức hưởng chi phí vận chuyển giao Bộ trưởng Bộ Quốc phòng, Bộ trưởng Bộ Công an, Bộ trưởng Bộ Y tế, Bộ trưởng Bộ Tài chính quy định;

c) Hồ sơ, thủ tục thanh toán chi phí vận chuyển:

Trường hợp sử dụng phương tiện vận chuyển của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh phải có lệnh hoặc phiếu điều xe của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh chuyển đi, có xác nhận của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh tiếp nhận.

Trường hợp không sử dụng phương tiện của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh chuyển đi phải có phiếu chi tiền vận chuyển cho người bệnh và được lưu trong hồ sơ quyết toán.

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

1. Các trường hợp không được hưởng bảo hiểm y tế thực hiện theo quy định tại Điều 23 của Luật Bảo hiểm y tế đã được sửa đổi, bổ sung.

2. Trường hợp đặc thù do hoạt động, thực hiện nhiệm vụ quốc phòng - an ninh của quân nhân, công an nhân dân và người làm công tác cơ yếu thực hiện theo hướng dẫn của Bộ trưởng Bộ Quốc phòng, Bộ trưởng Bộ Công an, Bộ trưởng Bộ Y tế, Bộ trưởng Bộ Tài chính.

Chương IV
TỔ CHỨC KHÁM BỆNH, CHỮA BỆNH VÀ PHƯƠNG THỨC THANH TOÁN CHI PHÍ KHÁM BỆNH, CHỮA BỆNH BẢO HIỂM Y TẾ

Điều 13. Đăng ký khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế

1. Các đối tượng quy định tại Điều 2 Nghị định này được đăng ký khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế ban đầu theo quy định tại Điều 26 của Luật Bảo hiểm y tế đã được sửa đổi, bổ sung tại một trong các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế ban đầu thuận tiện nơi công tác, làm việc hoặc nơi cư trú; nếu đăng ký khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế ban đầu trong hệ thống quân y, y tế công an nhân dân thì được thực hiện theo quy định của Bộ trưởng Bộ Quốc phòng, Bộ trưởng Bộ Công an.

Đối với các đối tượng quy định tại Điều 2 Nghị định này thuộc diện quản lý của Trung ương được đăng ký khám bệnh, chữa bệnh ban đầu tại các bệnh viện được giao nhiệm vụ chăm sóc sức khỏe cán bộ do Trung ương quản lý; thuộc diện quản lý của tỉnh, thành phố được đăng ký khám bệnh, chữa bệnh ban đầu tại Phòng khám của Ban bảo vệ sức khỏe cán bộ tỉnh, thành phố.

2. Thủ tục đăng ký khám bệnh, chữa bệnh ban đầu của đối tượng quy định tại Điều 2 Nghị định này được thực hiện như sau:

a) Đầu quý IV hàng năm, Bảo hiểm xã hội Việt Nam cung cấp cho Bảo hiểm xã hội Bộ Quốc phòng, Bảo hiểm xã hội Bộ Công an danh sách các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế ban đầu trên toàn quốc, bao gồm cả cơ sở khám bệnh, chữa bệnh thuộc Bộ Quốc phòng, Bộ Công an. Cơ quan Bảo hiểm xã hội có trách nhiệm thông báo cho các đơn vị tới các đối tượng quy định tại Điều 2 Nghị định này;

b) Các đối tượng quy định tại Điều 2 Nghị định này lựa chọn nơi đăng ký khám bệnh, chữa bệnh ban đầu phù hợp và đăng ký vào Tờ khai cấp thẻ bảo hiểm y tế;

c) Đơn vị được giao nhiệm vụ lập danh sách đề nghị cấp thẻ bảo hiểm y tế có nội dung nơi đăng ký khám bệnh, chữa bệnh ban đầu của các đối tượng quy định tại Điều 2 Nghị định này và chuyển về Bảo hiểm xã hội Bộ Quốc phòng, Bảo hiểm xã hội Bộ Công an, Bảo hiểm xã hội tỉnh;

d) Bảo hiểm xã hội Bộ Quốc phòng, Bảo hiểm xã hội Bộ Công an, Bảo hiểm xã hội tỉnh xác nhận nơi đăng ký khám chữa bệnh ban đầu trên thẻ bảo hiểm y tế và chuyển cho đơn vị để cấp cho các đối tượng quy định tại Điều 2 Nghị định này.

3. Trường hợp các đối tượng quy định tại Điều 2 Nghị định này đi công tác, nghỉ phép tại nơi khác thì được khám bệnh, chữa bệnh tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế thuận tiện nhất và được hưởng quyền lợi bảo hiểm y tế như đúng nơi đăng ký khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế ban đầu.

Điều 14. Chuyển tuyến điều trị

1. Việc chuyển tuyến giữa các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế được thực hiện theo quy định tại Điều 27 của Luật Bảo hiểm y tế đã được sửa đổi, bổ sung và quy định của Bộ trưởng Bộ Y tế, hoặc theo yêu cầu nhiệm vụ.

2. Đối với việc chuyển tuyến chuyên môn trong các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế thuộc Bộ Quốc phòng, Bộ Công an được thực hiện theo quy định của Bộ trưởng Bộ Quốc phòng, Bộ trưởng Bộ Công an.

3. Trường hợp cần chuyển tuyến theo yêu cầu nhiệm vụ, cơ quan, đơn vị quản lý các đối tượng quy định tại Điều 2 Nghị định này có yêu cầu bằng văn bản và phải đảm bảo cơ sở khám bệnh, chữa bệnh được chuyển đến có khả năng chuyên môn đáp ứng yêu cầu điều trị của người bệnh.

4. Thủ tục chuyển tuyến:

a) Chuyển tuyến thông thường thực hiện theo quy định của Bộ trưởng Bộ Y tế;

b) Chuyển tuyến theo yêu cầu nhiệm vụ, ngoài hồ sơ quy định tại Điểm a Khoản này còn phải có thêm văn bản đề nghị của đơn vị quản lý đối tượng.

Điều 15. Thủ tục khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế

1. Thủ tục khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế được thực hiện theo quy định tại Điều 28 của Luật Bảo hiểm y tế đã được sửa đổi, bổ sung.

2. Trường hợp đi công tác, nghỉ phép, ngoài quy định tại Khoản 1 Điều này người bệnh phải xuất trình thêm giấy công tác, hoặc giấy nghỉ phép còn giá trị sử dụng, chậm nhất là trước khi ra viện.

3. Trường hợp làm nhiệm vụ đột xuất hoặc hành quân dã ngoại, ngoài quy định tại Khoản 1 Điều này, người bệnh phải xuất trình thêm giấy giới thiệu của đơn vị quản lý, chậm nhất là trước khi ra viện.

4. Trường hợp người tham gia bảo hiểm y tế thuộc đối tượng khác được tuyển chọn vào Quân đội, Công an, tổ chức cơ yếu thuộc các đối tượng quy định tại Điều 2 Nghị định này, trong thời gian chưa được cấp thẻ bảo hiểm y tế mà đi khám bệnh, chữa bệnh phải xuất trình giấy tờ chứng minh về nhân thân có ảnh và lệnh gọi nhập ngũ, hoặc quyết định của cấp có thẩm quyền.

5. Trường hợp đang trong thời gian chờ cấp lại, đổi thẻ bảo hiểm y tế thì phải xuất trình giấy giới thiệu của đơn vị có ghi rõ mã thẻ bảo hiểm y tế hoặc giấy xác nhận của cơ quan bảo hiểm xã hội nơi phát hành thẻ bảo hiểm y tế.

Điều 16. Hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế

1. Hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế được thực hiện theo quy định tại Điều 25 của Luật Bảo hiểm y tế đã được sửa đổi, bổ sung.

2. Bảo hiểm xã hội Bộ Quốc phòng, Bảo hiểm xã hội Bộ Công an, Bảo hiểm xã hội tỉnh, Trung tâm giám định bảo hiểm y tế và thanh toán đa tuyến có trách nhiệm ký hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế với các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh đủ điều kiện theo quy định của Luật Khám bệnh, chữa bệnh thuộc Bộ Quốc phòng, Bộ Công an, Bộ Y tế, các Bộ, ngành, địa phương trên địa bàn để tổ chức khám bệnh, chữa bệnh cho các đối tượng quy định tại Điều 2 Nghị định này.

3. Thủ tục, hồ sơ ký hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế

a) Người đứng đầu Bảo hiểm xã hội Bộ Quốc phòng, Bảo hiểm xã hội Bộ Công an, Bảo hiểm xã hội tỉnh, Trung tâm giám định bảo hiểm y tế và thanh toán đa tuyến ký hợp đồng trực tiếp với Giám đốc bệnh viện, hoặc Thủ trưởng đơn vị quản lý cơ sở khám bệnh, chữa bệnh để tổ chức thực hiện khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế tại các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh trong đơn vị;

b) Hồ sơ ký hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế, gồm: Giấy phép hoạt động của cơ sở y tế; quyết định phân hạng cơ sở khám bệnh, chữa bệnh (nếu có) và văn bản đề nghị của đơn vị tham gia ký hợp đồng.

Điều 17. Giám định bảo hiểm y tế

1. Giám định bảo hiểm y tế đối với các đối tượng quy định tại Điều 2 Nghị định này được thực hiện theo quy định tại Điều 29 của Luật Bảo hiểm y tế đã được sửa đổi, bổ sung.

2. Bảo hiểm xã hội Bộ Quốc phòng, Bảo hiểm xã hội Bộ Công an tổ chức giám định bảo hiểm y tế đối với các đối tượng quy định tại Điều 2 Nghị định này trừ đối tượng quy định tại Điểm c Khoản 3, khám bệnh, chữa bệnh tại cơ sở y tế ký hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế với Bảo hiểm xã hội Bộ Quốc phòng, Bảo hiểm xã hội Bộ Công an.

3. Bảo hiểm xã hội tỉnh thực hiện giám định bảo hiểm y tế đối với các đối tượng quy định tại Điều 2 Nghị định này khám bệnh, chữa bệnh tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh ký hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế với Bảo hiểm

xã hội tỉnh và báo cáo kết quả giám định về Bảo hiểm xã hội Việt Nam; đồng thời, thông báo kết quả giám định cho Bảo hiểm xã hội Bộ Quốc phòng, Bảo hiểm xã hội Bộ Công an.

4. Trung tâm giám định bảo hiểm y tế và thanh toán đa tuyến thực hiện giám định bảo hiểm y tế đối với các đối tượng quy định tại Điều 2 Nghị định này khám bệnh, chữa bệnh tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh ký hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế với Trung tâm giám định bảo hiểm y tế và thanh toán đa tuyến và thông báo kết quả giám định cho Bảo hiểm xã hội Bộ Quốc phòng, Bảo hiểm xã hội Bộ Công an.

Điều 18. Phương thức thanh toán, tạm ứng, thanh toán, quyết toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế

1. Phương thức thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế đối với các đối tượng quy định tại Điều 2 Nghị định này được thực hiện theo quy định tại Điều 30 của Luật Bảo hiểm y tế đã được sửa đổi, bổ sung và Điều 5 Nghị định số 105/2014/NĐ-CP ngày 15 tháng 11 năm 2014 của Chính phủ quy định chi tiết và hướng dẫn thi hành một số điều của Luật Bảo hiểm y tế (sau đây viết tắt là Nghị định số 105/2014/NĐ-CP).

2. Thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế được thực hiện theo quy định tại Điều 31 của Luật Bảo hiểm y tế đã được sửa đổi, bổ sung, cụ thể như sau:

a) Bảo hiểm xã hội Bộ Quốc phòng, Bảo hiểm xã hội Bộ Công an thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế đối với các đối tượng do Bảo hiểm xã hội Bộ Quốc phòng, Bảo hiểm xã hội Bộ Công an cấp thẻ bảo hiểm y tế khám bệnh, chữa bệnh tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh ký hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế với Bảo hiểm xã hội Bộ Quốc phòng, Bảo hiểm xã hội Bộ Công an;

b) Bảo hiểm xã hội tỉnh, Trung tâm giám định bảo hiểm y tế và thanh toán đa tuyến thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế đối với đối tượng quy định tại Điểm c Khoản 3 Điều 2 Nghị định này và các đối tượng do Bảo hiểm xã hội Bộ Quốc phòng, Bảo hiểm xã hội Bộ Công an cấp thẻ bảo hiểm y tế khám bệnh, chữa bệnh tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh ký hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế với Bảo hiểm xã hội tỉnh, Trung tâm giám định bảo hiểm y tế và thanh toán đa tuyến và thực hiện thanh toán đa tuyến với Bảo hiểm xã hội Bộ Quốc phòng, Bảo hiểm xã hội Bộ Công an.

3. Tạm ứng, thanh toán, quyết toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế giữa cơ quan Bảo hiểm xã hội với cơ sở khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế được thực hiện theo quy định tại Điều 32 của Luật Bảo hiểm y tế đã được sửa đổi, bổ sung và các quy định cụ thể sau:

a) Bảo hiểm xã hội Bộ Quốc phòng, Bảo hiểm xã hội Bộ Công an thực hiện tạm ứng, thanh toán, quyết toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế với cơ sở khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế do Bảo hiểm xã hội Bộ Quốc phòng, Bảo hiểm xã hội Bộ Công an ký hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế;

b) Bảo hiểm xã hội tỉnh, Trung tâm giám định bảo hiểm y tế và thanh toán đa tuyến thực hiện tạm ứng, thanh toán, quyết toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế với cơ sở khám bệnh, chữa bệnh do Bảo hiểm xã hội tỉnh, Trung tâm giám định bảo hiểm y tế và thanh toán đa tuyến ký hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế;

c) Hàng quý, căn cứ vào số liệu quyết toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế năm trước của các đối tượng quy định tại Điều 2 Nghị định này, Bảo hiểm xã hội Việt Nam thống nhất với Bảo hiểm xã hội Bộ Quốc phòng, Bảo hiểm xã hội Bộ Công an mức trích chuyển kinh phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế để Bảo hiểm xã hội Việt Nam tạm ứng và thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh cho các đối tượng quy định tại Điều 2 Nghị định này trừ đối tượng quy định tại Điểm c Khoản 3 khi đi khám bệnh, chữa bệnh tại cơ sở không ký hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế với Bảo hiểm xã hội Bộ Quốc phòng, Bảo hiểm xã hội Bộ Công an.

4. Quyết toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế đối với Bảo hiểm xã hội Việt Nam:

a) Hàng quý, Bảo hiểm xã hội tỉnh, Trung tâm giám định bảo hiểm y tế và thanh toán đa tuyến tổng hợp chi phí khám bệnh, chữa bệnh của các đối tượng quy định tại Điều 2 Nghị định này khám bệnh, chữa bệnh tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh ký hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế với Bảo hiểm xã hội tỉnh, Trung tâm giám định bảo hiểm y tế và thanh toán đa tuyến, báo cáo quyết toán với Bảo hiểm xã hội Việt Nam;

b) Hàng quý, Bảo hiểm xã hội Bộ Quốc phòng, Bảo hiểm xã hội Bộ Công an thực hiện quyết toán với Bảo hiểm xã hội Việt Nam chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế của các đối tượng quy định tại Điều 2 Nghị định này trừ đối tượng quy định tại Điểm c Khoản 3 khi khám bệnh, chữa bệnh tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh ký hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế với Bảo hiểm xã hội Bộ Quốc phòng, Bảo hiểm xã hội Bộ Công an; chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế do Bảo hiểm xã hội tỉnh, Trung tâm giám định bảo hiểm y tế và thanh toán đa tuyến thông báo đa tuyến và chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế thanh toán trực tiếp.

Điều 19. Thanh toán trực tiếp chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế

1. Các trường hợp thanh toán trực tiếp thực hiện theo quy định tại Khoản 2 Điều 31 Luật Bảo hiểm y tế đã được sửa đổi, bổ sung.

2. Hồ sơ thanh toán trực tiếp:

a) Giấy đề nghị thanh toán trực tiếp chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế của người bệnh;

b) Các giấy tờ quy định tại Điều 15 Nghị định này;

c) Giấy ra viện hoặc đơn thuốc hoặc sổ khám bệnh;

d) Bản chính các chứng từ hợp lệ (hóa đơn mua thuốc, hóa đơn thu viện phí và các chứng từ có liên quan).

3. Quy trình, thời gian thanh toán trực tiếp:

a) Quân nhân, công an nhân dân, người làm công tác cơ yếu nộp hồ sơ theo quy định tại Khoản 2 Điều này cho đơn vị quản lý để chuyển đến, hoặc trực tiếp chuyển đến cơ quan bảo hiểm xã hội nơi cấp thẻ bảo hiểm y tế;

b) Trong thời hạn 40 ngày làm việc kể từ ngày nhận đủ hồ sơ đề nghị thanh toán trực tiếp, cơ quan bảo hiểm xã hội nơi cấp thẻ bảo hiểm y tế phải hoàn thành việc giám định bảo hiểm y tế và thanh toán trực tiếp chi phí khám bệnh, chữa bệnh cho quân nhân, công an nhân dân, người làm công tác cơ yếu.

4. Mức thanh toán trực tiếp:

a) Trường hợp khám bệnh, chữa bệnh tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh có hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế: Thanh toán trong phạm vi quyền lợi và mức hưởng bảo hiểm y tế theo quy định tại các Điều 10 và 11 Nghị định này;

b) Trường hợp khám bệnh, chữa bệnh tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh không có hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế: Thanh toán theo chi phí thực tế trong phạm vi quyền lợi và mức hưởng bảo hiểm y tế nhưng tối đa không vượt quá mức quy định của Bộ trưởng Bộ Y tế, Bộ trưởng Bộ Tài chính.

5. Trách nhiệm thanh toán: Cơ quan bảo hiểm xã hội nào phát hành thẻ bảo hiểm y tế cho đối tượng quy định tại Điều 2 Nghị định này thì có trách nhiệm thanh toán trực tiếp cho đối tượng đó.

Chương V
QUẢN LÝ VÀ SỬ DỤNG NGUỒN THU BẢO HIỂM Y TẾ CỦA QUÂN NHÂN, CÔNG AN NHÂN DÂN, NGƯỜI LÀM CÔNG TÁC CƠ YẾU

Điều 20. Phân bổ và quản lý nguồn thu bảo hiểm y tế

1. Tổng số thu bảo hiểm y tế của quân nhân, người làm công tác cơ yếu do Bảo hiểm xã hội Bộ Quốc phòng cấp thẻ bảo hiểm y tế; của công an nhân dân do Bảo hiểm xã hội Bộ Công an cấp thẻ bảo hiểm y tế, được phân bổ và quản lý như sau:

a) 90% số tiền đóng bảo hiểm y tế dành cho khám bệnh, chữa bệnh (sau đây gọi là quỹ khám bệnh, chữa bệnh) và giao Bảo hiểm xã hội Bộ Quốc phòng, Bảo hiểm xã hội Bộ Công an quản lý, sử dụng;

b) 10% số tiền đóng bảo hiểm y tế chuyển Bảo hiểm xã hội Việt Nam để dành cho Quỹ dự phòng và chi phí quản lý quỹ bảo hiểm y tế.

2. Phân bổ, quản lý và sử dụng quỹ bảo hiểm y tế của người làm công tác cơ yếu thuộc Bộ, ngành, địa phương do Bảo hiểm xã hội tỉnh, thành phố trực thuộc Trung ương cấp thẻ bảo hiểm y tế được thực hiện theo quy định tại Điều 6 Nghị định số 105/2014/NĐ-CP; tỷ lệ trích chuyển cho y tế cơ quan để mua thuốc, bông băng, hóa chất, vật tư y tế tiêu hao và chi phí dịch vụ kỹ thuật trong khám bệnh, chữa bệnh cho đối tượng này thực hiện theo quy định tại Điểm a Khoản 1 Điều 21 Nghị định này.

3. Bảo hiểm xã hội Bộ Quốc phòng, Bảo hiểm xã hội Bộ Công an được mở tài khoản tiền gửi các khoản thu, chi bảo hiểm y tế tại Kho bạc Nhà nước, ngân hàng thương mại có chất lượng hoạt động tốt theo xếp loại tín nhiệm. Toàn bộ số tiền lãi trên tài khoản thu bảo hiểm y tế được chuyển về quỹ dự phòng và quản lý quỹ bảo hiểm y tế của Bảo hiểm xã hội Việt Nam.

Điều 21. Sử dụng quỹ khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế

1. Quỹ khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế quy định tại Điểm a Khoản 1 Điều 20 Nghị định này được sử dụng để thanh toán các khoản chi phí bảo hiểm y tế trong phạm vi và mức hưởng được quy định tại các Điều 10 và 11 Nghị định này đối với quân nhân, công an nhân dân, người làm công tác cơ yếu có thẻ bảo hiểm y tế do Bảo hiểm xã hội Bộ Quốc phòng, Bảo hiểm xã hội Bộ Công an cấp, bao gồm:

a) Trích 10% tổng số thu bảo hiểm y tế chuyển cho quân y đơn vị, y tế cơ quan để chi cho việc mua thuốc, bông băng, hóa chất, vật tư y tế tiêu hao và chi phí dịch vụ kỹ thuật trong khám bệnh, chữa bệnh tại tuyến quân y đơn vị, y tế cơ quan;

b) Phần còn lại sử dụng để thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế và chi phí vận chuyển.

2. Trường hợp quỹ khám bệnh, chữa bệnh của Bảo hiểm xã hội Bộ Quốc phòng, Bảo hiểm xã hội Bộ Công an lớn hơn số chi khám bệnh, chữa bệnh và chi phí vận chuyển trong năm, bao gồm các chi phí trong phạm vi, mức hưởng quy định tại các Điều 10 và 11 Nghị định này, sau khi được Bảo hiểm xã hội Việt Nam thẩm định quyết toán, phần kinh phí chưa dùng hết được sử dụng như sau:

a) Từ ngày Nghị định này có hiệu lực thi hành đến hết ngày 31 tháng 12 năm 2020, được giữ toàn bộ tại Bảo hiểm xã hội Bộ Quốc phòng, Bảo hiểm xã hội Bộ Công an sử dụng, điều tiết chung trong các cơ sở y tế thuộc Bộ Quốc phòng, Bộ Công an để hỗ trợ khám bệnh, chữa bệnh; mua trang thiết bị y tế phù hợp với năng lực, trình độ của cán bộ y tế; mua phương tiện vận chuyển người bệnh ở đơn vị cơ sở;

b) Từ ngày 01 tháng 01 năm 2021 trở đi, 70% được giữ lại tại Bảo hiểm xã hội Bộ Quốc phòng, Bảo hiểm xã hội Bộ Công an sử dụng, điều tiết chung trong các

cơ sở y tế thuộc Bộ Quốc phòng, Bộ Công an để hỗ trợ thực hiện các nội dung như quy định tại Điểm a Khoản 2 Điều này; 30% chuyển Bảo hiểm xã hội Việt Nam hạch toán vào Quỹ dự phòng để điều tiết chung.

3. Trường hợp quỹ khám bệnh, chữa bệnh của Bảo hiểm xã hội Bộ Quốc phòng, Bảo hiểm xã hội Bộ Công an nhỏ hơn số chi khám bệnh, chữa bệnh trong năm, bao gồm các chi phí trong phạm vi, mức hưởng quy định tại các Điều 10 và 11 Nghị định này, sau khi Bảo hiểm xã hội Việt Nam thẩm định quyết toán, được thực hiện như sau:

a) Bảo hiểm xã hội Việt Nam có trách nhiệm sử dụng quỹ dự phòng để bổ sung phần kinh phí còn thiếu của chi phí khám bệnh, chữa bệnh trong phạm vi mức hưởng thanh toán bảo hiểm y tế quy định tại Khoản 1 Điều 10 và Điều 11 Nghị định này;

b) Trường hợp quỹ dự phòng của Bảo hiểm xã hội Việt Nam không đủ để bổ sung, Bảo hiểm xã hội Việt Nam thống nhất với Bảo hiểm xã hội Bộ Quốc phòng, hoặc Bảo hiểm xã hội Bộ Công an, tổng hợp, báo cáo Hội đồng quản lý Bảo hiểm xã hội Việt Nam phương án giải quyết;

c) Số chi phí khám bệnh, chữa bệnh ngoài phạm vi thanh toán bảo hiểm y tế mà do ngân sách nhà nước bảo đảm thì Bảo hiểm xã hội Việt Nam tổng hợp, báo cáo Bộ Tài chính để trình Thủ tướng Chính phủ cấp bổ sung.

4. Bộ trưởng Bộ Quốc phòng, Bộ trưởng Bộ Công an, Bộ trưởng Bộ Y tế, Bộ trưởng Bộ Tài chính hướng dẫn thực hiện Khoản 2 và 3 Điều này.

Điều 22. Kinh phí quản lý bảo hiểm y tế của Bảo hiểm xã hội Bộ Quốc phòng, Bảo hiểm xã hội Bộ Công an

1. Kinh phí quản lý bảo hiểm y tế của Bảo hiểm xã hội Bộ Quốc phòng, Bảo hiểm xã hội Bộ Công an do Bảo hiểm xã hội Việt Nam bảo đảm.

2. Nội dung chi kinh phí quản lý bảo hiểm y tế được thực hiện theo quy định tại Điều 8 Nghị định số 105/2014/NĐ-CP.

Điều 23. Lập dự toán, quyết toán thu, chi quỹ bảo hiểm y tế

1. Hàng năm, Bộ trưởng Bộ Quốc phòng, Bộ trưởng Bộ Công an giao Bảo hiểm xã hội Bộ Quốc phòng, Bảo hiểm xã hội Bộ Công an lập dự toán thu, chi quỹ bảo hiểm y tế, chi phí quản lý quỹ bảo hiểm y tế của đối tượng quy định tại Điều 2 Nghị định này thuộc thẩm quyền quản lý, báo cáo Bảo hiểm xã hội Việt Nam.

2. Hàng năm, Bảo hiểm xã hội Bộ Quốc phòng, Bảo hiểm xã hội Bộ Công an báo cáo Bộ trưởng Bộ Quốc phòng, Bộ trưởng Bộ Công an ra quyết định giao dự toán thu, chi bảo hiểm y tế cho các đơn vị thực hiện.

3. Hàng năm, Bảo hiểm xã hội Bộ Quốc phòng, Bảo hiểm xã hội Bộ Công an quyết toán thu, chi bảo hiểm y tế của đối tượng quy định tại Điều 2 Nghị định này thuộc thẩm quyền quản lý đối với các đơn vị, các cơ sở y tế khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế và báo cáo quyết toán thu, chi bảo hiểm y tế đối với Bảo hiểm xã hội Việt Nam.

Chương VI
ĐIỀU KHOẢN THI HÀNH

Điều 24. Điều khoản chuyển tiếp

1. Các đối tượng quy định tại Điều 2 Nghị định này, trong thời gian chưa tham gia bảo hiểm y tế theo lộ trình quy định tại Điều 3 Nghị định này vẫn được khám bệnh, chữa bệnh thường xuyên và được ngân sách nhà nước chi trả theo quy định hiện hành.

2. Ngân sách nhà nước bảo đảm tiêu chuẩn thuốc, bông băng, hóa chất, vật tư y tế dùng tại đơn vị; các chi phí cho giường bệnh quy định tại các Nghị định của Chính phủ: Nghị định số 123/2003/NĐ-CP ngày 22 tháng 10 năm 2003 quy định tiêu chuẩn vật chất hậu cần đối với quân nhân tại ngũ; Nghị định số 65/2009/NĐ-CP ngày 31 tháng 7 năm 2009 sửa đổi, bổ sung Nghị định số 123/2003/NĐ-CP ngày 22 tháng 10 năm 2003 quy định tiêu chuẩn vật chất hậu cần đối với quân nhân tại ngũ; Nghị định số 18/2013/NĐ-CP ngày 21 tháng 02 năm 2013 về tiêu chuẩn vật chất hậu cần đối với sĩ quan, hạ sĩ quan, chiến sĩ đang phục vụ trong lực lượng Công an nhân dân và Nghị định số 32/2013/NĐ-CP ngày 16 tháng 4 năm 2013 quy định chi tiết và hướng dẫn thi hành một số điều của Luật Cơ yếu về chế độ, chính sách đối với người làm công tác cơ yếu, sẽ được điều chỉnh tương ứng với lộ trình quy định tại Điều 3 Nghị định này và thực tiễn tổ chức thực hiện bảo hiểm y tế đối với các đối tượng quy định tại Điều 2 Nghị định này.

Điều 25. Điều khoản áp dụng

Việc quản lý, tổ chức thực hiện bảo hiểm y tế đối với quân nhân, công an nhân dân và người làm công tác cơ yếu thực hiện nhiệm vụ đặc biệt do Bộ trưởng Bộ Quốc phòng, Bộ trưởng Bộ Công an quy định.

Điều 26. Hiệu lực thi hành

Nghị định này có hiệu lực thi hành kể từ ngày 15 tháng 10 năm 2015.

Điều 27. Trách nhiệm hướng dẫn thực hiện

1. Bộ trưởng Bộ Quốc phòng chủ trì, phối hợp với Bộ trưởng Bộ Y tế và Bộ trưởng Bộ Tài chính hướng dẫn thi hành những điều, khoản được giao trong Nghị định này về phần thực hiện bảo hiểm y tế đối với quân nhân, người làm công tác cơ yếu.

2. Bộ trưởng Bộ Công an chủ trì, phối hợp với Bộ trưởng Bộ Y tế, Bộ trưởng Bộ Tài chính hướng dẫn thi hành những điều, khoản được giao trong Nghị định này về phần thực hiện bảo hiểm y tế đối với công an nhân dân.

Điều 28. Trách nhiệm thi hành

1. Bộ trưởng Bộ Y tế có trách nhiệm chỉ đạo, hướng dẫn các các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh tổ chức khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế đối với các đối tượng quy định tại Điều 2 Nghị định này.

2. Bộ trưởng Bộ Quốc phòng, Bộ trưởng Bộ Công an có trách nhiệm củng cố, kiện toàn tổ chức bảo hiểm y tế, các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh trong Bộ Quốc phòng, Bộ Công an để đáp ứng việc thực hiện bảo hiểm y tế đối với các đối tượng quy định tại Điều 2 Nghị định này; chỉ đạo việc kết nối liên thông hệ thống dữ liệu khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế của Bộ Quốc phòng, Bộ Công an với hệ thống dữ liệu khám bệnh, chữa bệnh của ngành Y tế và ngành Bảo hiểm xã hội, đảm bảo yêu cầu đặc thù nhiệm vụ quốc phòng, an ninh.

3. Tổng Giám đốc Bảo hiểm xã hội Việt Nam có trách nhiệm phối hợp với Bộ trưởng Bộ Quốc phòng, Bộ trưởng Bộ Công an hướng dẫn triển khai thực hiện bảo hiểm y tế đối với các đối tượng quy định tại Điều 2 Nghị định này.

4. Các 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./.

TM. CHÍNH PHỦ
THỦ TƯỚNG

Nguyễn Tấn Dũng