NHỮNG ĐIỀU CẦN BIẾT KHI THAM GIA BẢO HIỂM XÃ HỘI VÀ BẢO HIỂM Y TẾ TỰ NGUYỆN

A. BẢO HIỂM XÃ HỘI TỰ NGUYỆN

Luật Bảo hiểm xã hội năm 2014 (sửa đổi) đã được Quốc hội khóa XIII thông qua tại kỳ họp thứ 8, có hiệu lực thực hiện kể từ 01/01/2016. Luật Bảo hiểm xã hội năm 2014 có nhiều quy định mới, mục đích hướng tới việc mở rộng đối tượng tham gia, cả trong bảo hiểm xã hội bắt buộc và bảo hiểm xã hội tự nguyện nhằm góp phần tăng nhanh diện bao phủ bảo hiểm xã hội theo mục tiêu đã được đề ra tại Nghị quyết số 21-NQ/TW ngày 22/11/2012 của Bộ Chính trị và Chương trình hành động số 25-CTr/TU ngày 18/01/2013 của Tỉnh ủy.

Bảo hiểm xã hội tự nguyện là loại hình bảo hiểm xã hội mà người lao động tự nguyện tham gia, được lựa chọn mức đóng và phương thức đóng phù hợp với thu nhập của bản thân để được hưởng các chế độ theo quy định. Đây là một trong những chính sách an sinh xã hội có ý nghĩa rất sâu sắc, giúp đảm bảo cuộc sống ổn định khi về già cho người lao động tự do, người dân ở các khu vực nông thôn.

Cán bộ, đảng viên đang công tác tại các ngành, các cấp trên địa bàn tỉnh, khi gia đình có người thân là những người lao động kinh doanh tự do, người làm nông, lâm, ngư, diêm nghiệp, muốn tham gia bảo hiểm xã hội tự nguyện, cần lưu ý những quy định mới về chế độ bảo hiểm xã hội tự nguyện sau đây:

1. Luật bảo hiểm xã hội năm 2014 không khống chế tuổi trần tham gia như trước đây, quy định "Mọi công dân Việt Nam từ đủ 15 tuổi trở lên, nếu không thuộc đối tượng tham gia bảo hiểm xã hội bắt buộc đều có thể tham gia bảo hiểm xã hội tự nguyện".

2. Quy định hạ mức sàn thu nhập tối thiểu đóng BHXH tự nguyện bằng chuẩn hộ nghèo ở khu vực nông thôn (hiện nay là 700.000 đồng) để phù hợp với khả năng tham gia của người dân; khác với trước đây quy định mức sàn thu nhập là mức lương cơ sở. Do vậy, với tỷ lệ đóng là 22%, người tham gia sẽ phải đóng với mức thấp nhất là 154.000đồng/tháng. Cao nhất bằng 20 lần mức lương cơ sở (hiện nay 1.390.000đ x 20 = 27.800.000đ.)

3. Quy định phương thức đóng bảo hiểm xã hội tự nguyện một cách linh hoạt hơn, ngoài phương thức đóng theo tháng, quý, 6 tháng hoặc năm, người tham gia còn có thể đóng một lần cho nhiều năm về sau (không quá 5 năm), và đóng một lần cho những năm còn thiếu (không quá 10 năm đối với trường hợp đủ tuổi nghỉ hưu nhưng còn thiếu tối đa không quá 10 năm để được 20 năm hưởng lương hưu) .

Ví dụ: Ông Nguyễn Văn A, 60 tuổi, đã tham gia bảo hiểm xã hội tự nguyện được 15 năm 09 tháng, còn thiếu 4 năm 3 tháng mới đủ 20 năm. Như vậy, ông có thể đóng một lần cho số năm còn thiếu để đủ 20 năm tham gia bảo

hiểm xã hội nhằm đủ điều kiện hưởng lương hưu hàng tháng theo quy định và được hưởng lương hưu ngay sau tháng đóng đủ, được cấp thẻ BHYT sau khi nghỉ hưu với mức hưởng chi phí khám, chữa bệnh là 95%.

4. Kể từ 01/01/2018 trở đi, khi tham gia bảo hiểm xã hội tự nguyện, Nhà nước sẽ có chính sách hỗ trợ người tham gia: hỗ trợ 30% mức đóng đối với người thuộc hộ nghèo, 25% mức đóng đối với người thuộc hộ cận nghèo và 10% mức đóng đối với các đối tượng khác.

5. Người dân khi tham gia bảo hiểm xã hội tự nguyện sẽ có lợi về nhiều mặt, đó là: khi đủ điều kiện về tuổi đời (55 đối với nữ và 60 đối với nam), đã đóng bảo hiểm xã hội đủ 20 trở lên thì được hưởng lương hưu theo quy định;

(Từ 55% đến 75% tùy theo nam, nữ và số năm đóng BHXH) khi nghỉ hưu được cơ quan Bảo hiểm xã hội cấp thẻ bảo hiểm y tế và được hưởng quyền lợi khám, chữa bệnh BHYT là 95% khi đi khám chữa bệnh đúng tuyến; thân nhân được hưởng chế độ tử tuất nếu đang tham gia bảo hiểm xã hội tự nguyện hoặc hưu tri mà chết. Trường hợp đang tham gia bảo hiểm xã hội tự nguyện mà có yêu cầu thì được hưởng trợ cấp bảo hiểm xã hội một lần nếu thuộc một trong các trường hợp sau đây:

+ Đủ điều kiện về tuổi hưởng lương hưu nhưng chưa đủ 20 năm đóng BHXH mà không tiếp tục tham gia BHXH;

+ Ra nước ngoài để định cư;

+ Bị mắc một trong những bệnh nguy hiểm đến tính mạng như ung thư, bại liệt, xơ gan, cổ chướng, phong lao nặng, nhiễm HIV đã chuyển sang giai đoạn AIDS hoặc những bệnh khác mà tỷ lệ suy giảm khả năng lao động từ 81% trở lên.

+ Sau một năm không tiếp tục đóng BHXH mà chưa đủ 20 năm đóng BHXH.

Mức hưởng trợ cấp tuất hoặc trợ cấp bảo hiểm xã hội một lần được tính theo số năm đã đóng bảo hiểm xã hội, cứ mỗi năm được tính như sau: 1,5 tháng mức bình quân thu nhập tháng đóng bảo hiểm xã hội cho những năm đóng trước 2014; 02 tháng mức bình quân thu nhập tháng đóng bảo hiểm xã hội cho những năm đóng từ 2014 trở đi.

B. BẢO HIỂM Y TẾ TỰ NGUYỆN

I. HỘ GIA ĐÌNH THAM GIA BẢO HIỂM Y TẾ

Hộ gia đình tham gia BHYT là toàn bộ những người có tên trong sổ hộ khẩu hoặc sổ tạm trú, trừ đối tượng đã tham gia tại các nhóm khác *(nhóm do người lao động và người sử dụng lao động; tổ chức BHXH và ngân sách Nhà nước đóng, hỗ trợ mức đóng, do người sử dụng lao động đóng)* và người đã khai báo tạm vắng.

II. MỨC ĐÓNG, PHƯƠNG THỨC ĐÓNG BẢO HIỂM Y TẾ

1. Mức đóng bảo hiểm y tế

Mức đóng BHYT hàng tháng của người tham gia BHYT hộ gia đình là 4,5% mức lương cơ sở.

Việc giảm trừ mức đóng bảo hiểm y tế theo hộ gia đình được thực hiện khi các thành viên tham gia bảo hiểm y tế theo hộ gia đình cùng tham gia trong năm tài chính, từ thành viên thứ hai trở đi được giảm cụ thể như sau:

+ Người thứ nhất đóng 4,5% mức lương cơ sở (tại thời điểm là: 1.390.000 đồng).

+ Người thứ hai, thứ ba và thứ tư đóng lần lượt bằng 70%, 60% và 50% mức đóng của người thứ nhất;

+ Từ người thứ năm trở đi đóng bằng 40% mức đóng của người thứ nhất.

Ví dụ: Một gia đình có 5 người tham gia BHYT hộ gia đình, với mức lương cơ sở từ ngày 01/7/2018 là 1.390.000 đồng thì mức đóng BHYT của hộ gia đình như sau:

Mức đóng của người thứ 1:

1.390.000 x 4,5% x 12 tháng = 750.600đ/ năm;

Người thứ 2: 750.600đ x 70% = 525.420đ/ năm;

Người thứ 3: 750.600đ x 60% = 450.360đ/ năm;

Người thứ 4: 750.600đ x 50% = 375.300đ/ năm;

Người thứ 5 trở đi: 750.600đ x 40% = 300.240đ/ năm.

Hộ gia đình 5 người đóng là 2.401.920 đ

2. Phương thức đóng bảo hiểm y tế

Định kỳ 3 tháng, 6 tháng hoặc 12 tháng, đại diện hộ gia đình, cá nhân đóng đủ số tiền thuộc trách nhiệm phải đóng vào quỹ BHYT.

Lưu ý:

+ Người mới tham gia BHYT lần đầu thẻ BHYT có giá trị sử dụng sau 30 ngày tính từ ngày nộp tiền cho cơ quan BHXH

+ Người tham gia liên tục (thời gian cách quản không quá 03 tháng) thẻ BHYT có giá trị sử dụng ngay khi nộp tiền cho cơ quan BHXH

III. MỨC HƯỞNG, THỦ TỤC KCB BHYT

1. Mức hưởng bảo hiểm y tế

1.1. Khám chữa bệnh đúng tuyến

a. Người tham gia BHYT theo hộ gia đình có mức hưởng BHYT là 80% chi phí khám bệnh, chữa bệnh.

b. Ngoài ra còn được hưởng 100% chi phí khám chữa bệnh khi:

+ 100% chi phí khám bệnh, chữa bệnh đối với trường hợp chi phí cho một lần khám bệnh, chữa bệnh thấp hơn 15% mức lương cơ sở là 208.500đ.

+ 100% chi phí khám bệnh, chữa bệnh tại tuyến xã.

+ 100% chi phí khám bệnh, chữa bệnh khi người bệnh có thời gian tham gia bảo hiểm y tế 5 năm liên tục trở lên và có số tiền cùng chi trả chi phí KCB trong năm lớn hơn 6 tháng lương cơ sở (8.340.000đ), trừ trường hợp tự đi KCB không đúng tuyến.

1.2. Khám chữa bệnh không đúng tuyến:

Trình thẻ BHYT ngay khi đến KCB được quỹ BHYT thanh toán chi phí trong phạm vi được hưởng BHYT trên mức hưởng theo tỷ lệ như sau:

a. Tại bệnh viện tuyến Trung ương: 40% chi phí điều trị nội trú nhân cho mức hưởng;

b. Tại bệnh viện tuyến tỉnh: 60% chi phí điều trị nội trú nhân cho mức hưởng từ ngày 01/01/2015 đến ngày 31/12/2020; 100% chi phí điều trị nội trú từ ngày 01/01/2021 trong phạm vi cả nước;

c. Tại bệnh viện tuyến huyện: 100% chi phí KCB nhân cho mức hưởng (được thông tuyến huyện từ ngày 01/01/2016 trở đi) cụ thể như:

+ Người tham gia BHYT đăng ký KCB ban đầu tại trạm y tế tuyến xã, phòng khám đa khoa, bệnh viện tuyến huyện, bệnh viện tuyến tỉnh được quyền KCB BHYT tại trạm y tế tuyến xã, phòng khám đa khoa hoặc bệnh viện tuyến huyện trong cùng địa bàn tỉnh được hưởng 100% chi phí nhân cho mức hưởng.

+ Người tham gia BHYT đăng KCB ban đầu tại trạm y tế tuyến xã, phòng khám đa khoa, bệnh viện tuyến huyện, bệnh viện tuyến tỉnh được quyền KCB BHYT tại bệnh viện tuyến huyện ngoài tỉnh và ngược lại được hưởng 100% chi phí nhân cho mức hưởng.

1.3. Mức thanh toán trực tiếp

Trường hợp người bệnh KCB tại cơ sở KCB không ký hợp đồng KCB BHYT mức thanh toán cụ thể như sau:

+ Tuyến huyện và tương đương: Thanh toán theo chi phí thực tế trong phạm vi được hưởng nhưng không quá 0,15 lần mức lương cơ sở (208.500đ) đối với KCB ngoại trú, 0,5 lần mức lương cơ sở (695.000đ) đối với KCB nội trú.

+ Tuyến tỉnh và tương đương (trừ trường hợp cấp cứu): Thanh toán theo chi phí thực tế trong phạm vi được hưởng nhưng không quá 1,0 lần mức lương cơ sở (1.390.000đ) khi KCB nội trú tại thời điểm ra viện.

+ Tuyến trung ương và tương đương (trừ trường hợp cấp cứu): Thanh toán theo chi phí thực tế trong phạm vi được hưởng nhưng không quá 2,5 lần mức lương cơ sở (3.475.000đ) khi KCB nội trú tại thời điểm ra viện.

* Trường hợp KCB tại nơi đăng ký KCB ban đầu không đúng quy định (trình không đúng thủ tục "thẻ BHYT sai thông tin với giấy tờ tùy thân và ngược lại, trình thiếu thủ tục chỉ có thẻ BHYT không có giấy tờ tùy thân và ngược lại..."): Thanh toán theo chi phí thực tế trong phạm vi được hưởng nhưng không quá 0,15 lần mức lương cơ sở (208.500đ) khi KCB ngoại trú, 0.5 lần mức lương cơ sở (695.000đ) khi KCB nội trú tại thời điểm ra viện.

2. Phạm vi được hưởng:

Người tham gia BHYT đi khám bệnh, chữa bệnh được quỹ BHYT chi trả các chi phí gồm 5 nội dung sau:

- Chi phí khám bệnh, chi phí ngày giường theo mức giá được cấp có thẩm quyền phê duyệt.

- Chi phí các dịch vụ kỹ thuật trong phạm vi chuyên môn (XN, chẩn đoán hình ảnh, thủ thuật, phẫu thuật) theo danh mục và mức giá đã được cấp có thẩm quyền phê duyệt đúng quy định.

- Chi phí thuốc, hóa chất, vật tư y tế sử dụng trực tiếp cho người bệnh theo danh mục, tỷ lệ và điều kiện thanh toán do Bộ Y tế quy định

- Chi phí máu và các chế phẩm của máu theo quy định của Bộ Y tế quy định giá tối đa và chi phí phục vụ cho việc xác định giá một đơn vị máu toàn phần, chế phẩm máu đạt tiêu chuẩn.

3. Thủ tục khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế

- Người tham gia BHYT khi đến KCB phải xuất trình thẻ BHYT có ảnh; trường hợp thẻ BHYT chưa có ảnh thì phải xuất trình một loại giấy tờ chứng minh về nhân thân của người đó.

- Trường hợp chuyển tuyến KCB, người tham gia BHYT phải xuất trình thêm giấy chuyển tuyến theo quy định của Chính phủ

+ Trường hợp người có thẻ BHYT mắc 62 bệnh, nhóm bệnh và các trường hợp quy định tại phụ lục kèm theo Thông tư 40/2015/ BYT thì giấy chuyển tuyến có giá trị sử dụng đến hết năm dương lịch (ngày 31/12 năm đó).

+ Trường hợp giấy chuyển tuyến có giá trị đến hết ngày 31/12 nhưng đợt điều trị chưa kết thúc thì được sử dụng giấy chuyển tuyến đó đến hết đợt điều trị.

- Người tham gia BHYT đến khám lại theo yêu cầu điều trị, phải xuất trình các giấy tờ quy định.

- Trường hợp cấp cứu, người tham gia BHYT phải xuất trình các giấy tờ quy định *(tại ý1 hoặc ý2)* trước khi ra viện để được hưởng quyền lợi như trường hợp KCB đúng tuyến.

- Xuất trình thêm Giấy chứng nhận không cùng chi trả trong năm theo mẫu số 05/BHYT để được miễn phần cùng chi trả trong năm khi KCB đúng tuyến.

IV. CÁC TRƯỜNG HỢP KHÔNG ĐƯỢC HƯỞNG BHYT

1. Chi phí trong phạm vi BHYT thanh toán đã được ngân sách Nhà nước chi trả.

2. Điều dưỡng, an dưỡng tại cơ sở điều dưỡng, an dưỡng.

3. Khám sức khỏe.

4. Xét nghiệm, chẩn đoán thai không nhằm mục đích điều trị.

5. Sử dụng kỹ thuật hỗ trợ sinh sản, dịch vụ kế hoạch hóa gia đình, nạo hút thai, phá thai, trừ trường hợp phải đình chỉ thai nghén do nguyên nhân bệnh lý của thai nhi hay của sản phụ.

6. Sử dụng dịch vụ thẩm mỹ.

7. Điều trị lé, cận thị và tật khúc xạ của mắt, trừ trường hợp trẻ em dưới 6 tuổi.

8. Sử dụng vật tư y tế thay thế bao gồm chân tay giả, mắt giả, răng giả, kính mắt, máy trợ thính, phương tiện trợ giúp vận động trong KCB và phục hồi chức năng.

9. KCB phục hồi chức năng trong trường hợp thảm họa.

10. KCB nghiện ma túy, nghiện rượu hoặc chất gây nghiện khác.

11. Giám định y khoa, giám định pháp y, giám định pháp y tâm thần.

12. Tham gia thử nghiệm lâm sàng, nghiên cứu khoa học.