

Số: 1399/QĐ-BHXH

Hà Nội, ngày 22 tháng 12 năm 2014

QUYẾT ĐỊNH

**Ban hành Quy định về tổ chức thực hiện bảo hiểm y tế
trong khám bệnh, chữa bệnh**

TỔNG GIÁM ĐỐC BẢO HIỂM XÃ HỘI VIỆT NAM

Căn cứ Luật Bảo hiểm y tế số 25/2008/QH12 ngày 14/11/2008 và Luật sửa đổi, bổ sung một số điều của Luật Bảo hiểm y tế số 46/2014/QH13 ngày 13/6/2014;

Căn cứ Nghị định số 105/2014/NĐ-CP ngày 15/11/2014 của Chính phủ quy định chi tiết và hướng dẫn thi hành một số điều của Luật Bảo hiểm y tế;

Căn cứ Nghị định số 05/2014/NĐ-CP ngày 17/01/2014 của Chính phủ quy định chức năng, nhiệm vụ, quyền hạn và cơ cấu tổ chức của Bảo hiểm xã hội Việt Nam;

Căn cứ Thông tư liên tịch số 41/2014/TTLT-BYT-BTC ngày 24/11/2014 của liên Bộ Y tế - Bộ Tài chính hướng dẫn thực hiện bảo hiểm y tế;

Theo đề nghị của Trưởng ban Thực hiện Chính sách bảo hiểm y tế,

QUYẾT ĐỊNH

Điều 1. Ban hành kèm theo Quyết định này Quy định về tổ chức thực hiện bảo hiểm y tế trong khám bệnh, chữa bệnh.

Điều 2. Quyết định này có hiệu lực thi hành từ ngày 01/01/2015, thay thế Quyết định số 82/QĐ-BHXH ngày 20/01/2010 và Quyết định số 160/QĐ-BHXH ngày 14/02/2011 của Tổng Giám đốc Bảo hiểm xã hội Việt Nam. Bãi bỏ các quy định khác trái với Quyết định này.

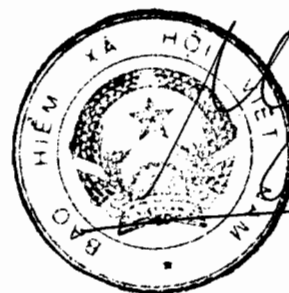
Điều 3. Chánh Văn phòng Bảo hiểm xã hội Việt Nam, Trưởng ban Thực hiện chính sách bảo hiểm y tế, Thủ trưởng các đơn vị trực thuộc Bảo hiểm xã hội Việt Nam, Giám đốc Trung tâm Giám định bảo hiểm y tế và Thanh toán đa tuyến

khu vực phía Bắc, Giám đốc Trung tâm Giám định bảo hiểm y tế và Thanh toán đa tuyến khu vực phía Nam, Giám đốc Bảo hiểm xã hội các tỉnh, thành phố trực thuộc Trung ương, Giám đốc Bảo hiểm xã hội Bộ Quốc phòng, Giám đốc Bảo hiểm xã hội Công an nhân dân chịu trách nhiệm thi hành Quyết định này. /s/

Nơi nhận:

- Như Điều 3;
- Hội đồng Quản lý BHXH Việt Nam;
- Văn phòng Chính phủ;
- Bộ Y tế, Bộ Tài chính, Bộ LĐTB&XH;
- UBND các tỉnh TP trực thuộc trung ương;
- Cục Kiểm soát TTTC, Bộ Tư pháp;
- Tổng giám đốc, các Phó Tổng giám đốc;
- Sở Y tế các tỉnh, TP trực thuộc trung ương;
- Các bệnh viện, viện có giường bệnh thuộc Bộ Y tế;
- Cục Quân y BQP, Cục Y tế Bộ CA, Cục Y tế Bộ GTVT;
- BHXH Bộ Quốc phòng, BHXH Công an nhân dân;
- Các đơn vị trực thuộc BHXH Việt Nam;
- Website BHXH Việt Nam;
- Lưu VT, CSYT (25b). ✓

TỔNG GIÁM ĐỐC



Nguyễn Thị Minh

www.LuatVietnam.vn

QUY ĐỊNH

Về tổ chức thực hiện bảo hiểm y tế trong khám bệnh, chữa bệnh
*(Ban hành kèm theo Quyết định số 1399 /QĐ-BHXH ngày 22/12/2014
của Tổng Giám đốc Bảo hiểm xã hội Việt Nam)*

Chương I
NHỮNG QUY ĐỊNH CHUNG

Điều 1. Phạm vi điều chỉnh

Văn bản này quy định về việc thực hiện bảo hiểm y tế (BHYT) trong khám bệnh, chữa bệnh, bao gồm: Ký và thực hiện hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh BHYT; đăng ký khám bệnh, chữa bệnh ban đầu (đăng ký ban đầu), chuyển tuyến và thủ tục khám bệnh, chữa bệnh BHYT; phạm vi quyền lợi và mức hưởng BHYT; quy trình quản lý, phân bổ và sử dụng quỹ khám bệnh, chữa bệnh BHYT; xây dựng dự toán, cấp, tạm ứng kinh phí và thanh, quyết toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh BHYT; hệ thống biểu mẫu và chế độ thông tin báo cáo.

Điều 2. Đối tượng áp dụng

1. Bảo hiểm xã hội (BHXH) các tỉnh, thành phố trực thuộc Trung ương, Trung tâm Giám định BHYT và Thanh toán đa tuyến khu vực phía Bắc, Trung tâm Giám định BHYT và Thanh toán đa tuyến khu vực phía Nam, Bảo hiểm xã hội Bộ Quốc phòng, Bảo hiểm xã hội Công an nhân dân (sau đây gọi chung là BHXH tỉnh), Bảo hiểm xã hội các quận, huyện, thành phố, thị xã trực thuộc tỉnh (sau đây gọi chung là BHXH huyện).

2. Các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh BHYT.

3. Các cơ quan, đơn vị, tổ chức (sau đây gọi chung là đơn vị); các cơ sở giáo dục thuộc hệ thống giáo dục quốc dân (sau đây gọi chung là cơ sở giáo dục quốc dân) và cá nhân có liên quan đến khám bệnh, chữa bệnh BHYT.

Điều 3. Trách nhiệm quản lý và tổ chức thực hiện

1. Bảo hiểm xã hội Việt Nam

a) Cấp và quản lý mã cơ sở khám bệnh, chữa bệnh BHYT; cập nhật và thông báo trên mạng nội bộ của ngành BHXH danh sách các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh BHYT; cơ sở khám bệnh, chữa bệnh BHYT đủ điều kiện đăng ký ban đầu.

b) Hướng dẫn BHXH tỉnh lập dự toán và thẩm định dự toán chi khám bệnh, chữa bệnh BHYT của toàn ngành; phân bổ và điều chỉnh dự toán chi khám bệnh, chữa bệnh BHYT tại BHXH tỉnh; kiểm tra việc thực hiện dự toán chi khám bệnh, chữa bệnh BHYT hằng năm.

c) Xác định và chuyên kinh phí chi khám bệnh, chữa bệnh BHYT; thông báo 20% phần quỹ chưa sử dụng hết của địa phương từ ngày 01/01/2015 đến

31/12/2020 (nếu có) khi địa phương có số thu BHYT dành cho khám bệnh, chữa bệnh lớn hơn số chi khám bệnh, chữa bệnh trong năm (kết dư quỹ khám bệnh, chữa bệnh).

d) Thẩm định quyết toán chi khám bệnh, chữa bệnh BHYT hằng năm của BHXH tỉnh.

đ) Quản lý và điều tiết quỹ dự phòng BHYT.

2. Bảo hiểm xã hội tỉnh

a) Phối hợp với Sở Y tế

- Xác định và lập danh sách các cơ sở y tế đủ điều kiện tổ chức khám bệnh, chữa bệnh BHYT, đăng ký ban đầu theo quy định của Bộ Y tế;

- Xác định đối tượng, cơ cấu nhóm đối tượng, số lượng người tham gia BHYT đăng ký ban đầu phù hợp với năng lực cung cấp dịch vụ y tế và khả năng cân đối nguồn quỹ khám bệnh, chữa bệnh BHYT của các cơ sở y tế tiếp nhận đăng ký ban đầu trên địa bàn;

- Hướng dẫn việc chuyển tuyến khám bệnh, chữa bệnh BHYT giữa các cơ sở y tế trên địa bàn và khu vực giáp ranh giữa các tỉnh.

b) Phối hợp với Sở Y tế và Sở Tài chính: Xây dựng kế hoạch sử dụng 20% phần kết dư quỹ khám bệnh, chữa bệnh, trình Ủy ban nhân dân tỉnh phê duyệt và báo cáo Hội đồng nhân dân tỉnh.

c) Tham gia hội đồng thẩm định kế hoạch đấu thầu, tổ chức xây dựng hồ sơ mời thầu, tổ xét thầu và tổ thẩm định kết quả lựa chọn nhà thầu cung ứng thuốc, hóa chất, vật tư y tế theo quy định của pháp luật.

d) Hướng dẫn BHXH huyện lập dự toán chi khám bệnh, chữa bệnh BHYT; xây dựng dự toán chi khám bệnh, chữa bệnh BHYT tại tỉnh. Giao kế hoạch và chuyển kinh phí khám bệnh, chữa bệnh BHYT được sử dụng tại BHXH huyện.

đ) Thẩm định số liệu quyết toán chi khám bệnh, chữa bệnh hằng quý, năm của BHXH huyện.

e) Ký hợp đồng trích chuyển kinh phí chăm sóc sức khỏe ban đầu đối với cơ sở giáo dục quốc dân.

g) Ký, tổ chức thực hiện hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh BHYT với các cơ sở y tế không phân cấp cho BHXH huyện; thẩm định điều kiện thanh toán đối với các dịch vụ kỹ thuật tuyến tỉnh, tuyến Trung ương thực hiện tại cơ sở y tế giao BHXH huyện ký hợp đồng; thanh toán trực tiếp chi phí khám bệnh, chữa bệnh BHYT theo quy định tại Điều 16 Quy định này.

h) Căn cứ nguồn kinh phí khám bệnh, chữa bệnh BHYT được sử dụng trong năm theo kế hoạch được BHXH Việt Nam giao, BHXH tỉnh quản lý và sử dụng như sau:

- Trích chuyển kinh phí chăm sóc sức khỏe ban đầu cho cơ sở giáo dục quốc dân, đơn vị có bộ phận y tế đủ điều kiện nhận kinh phí chăm sóc sức khỏe ban đầu do BHXH tỉnh trực tiếp quản lý thu BHYT;

- Chuyển kinh phí khám bệnh, chữa bệnh BHYT cho BHXH huyện;

- Xác định và tạm ứng kinh phí; thanh, quyết toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh BHYT cho các cơ sở y tế do BHXH tỉnh trực tiếp ký hợp đồng;

- Cân đối điều tiết nguồn kinh phí khám bệnh, chữa bệnh BHYT được sử dụng cho các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh BHYT trong phạm vi toàn tỉnh.

i) Tổ chức thực hiện công tác giám định BHYT; xác định nguyên nhân khi cơ sở y tế chi vượt quỹ khám bệnh, chữa bệnh, chi vượt tổng mức thanh toán đối với các trường hợp đăng ký ban đầu tại cơ sở y tế khác chuyển đến (trần đa tuyến đến).

k) Quản lý tập trung cơ sở dữ liệu thẻ BHYT, cơ sở dữ liệu khám bệnh, chữa bệnh BHYT toàn tỉnh.

l) Tổng hợp, thông báo thanh toán đa tuyến nội tỉnh, ngoại tỉnh.

m) Cấp Giấy chứng nhận không cùng chi trả trong năm cho người tham gia BHYT đã có thời gian tham gia BHYT 05 năm liên tục và số tiền cùng chi trả trong năm lớn hơn 06 tháng lương cơ sở (trừ các trường hợp tự đi khám bệnh, chữa bệnh không đúng tuyến).

3. Bảo hiểm xã hội huyện

a) Xác định và trích chuyển kinh phí chăm sóc sức khỏe ban đầu cho các cơ sở giáo dục quốc dân và các đơn vị đủ điều kiện theo quy định tại Điều 18 Thông tư liên tịch số 41/2014/TT-BYT-BTC ngày 24/11/2014 của liên Bộ Y tế - Bộ Tài chính hướng dẫn thực hiện BHYT, được BHXH tỉnh phân cấp quản lý thu BHYT.

b) Ký hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh BHYT với các cơ sở y tế tuyến xã, tuyến huyện và tương đương quy định tại Điều 1, Điều 2 Thông tư số 37/2014/TT-BYT ngày 17/11/2014 của Bộ Y tế hướng dẫn đăng ký ban đầu và chuyển tuyến khám bệnh, chữa bệnh BHYT (trừ các bệnh viện tư nhân).

c) Thanh toán trực tiếp chi phí khám bệnh, chữa bệnh BHYT đối với các hồ sơ do BHXH tỉnh phê duyệt chuyển về.

d) Giám định và thanh toán trực tiếp chi phí khám bệnh, chữa bệnh BHYT đối với các hồ sơ có chi phí đề nghị thanh toán không quá 10 triệu đồng cho một lần khám bệnh, chữa bệnh; Giám định và trả lời kết quả giám định theo yêu cầu của BHXH tỉnh, BHXH huyện khác.

đ) Cấp Giấy chứng nhận không cùng chi trả trong năm cho người tham gia BHYT của các đơn vị được BHXH tỉnh phân cấp quản lý thu BHYT.

e) BHXH huyện được phân cấp thực hiện các nội dung quy định tại Điểm b và d, Khoản 3 Điều này khi đáp ứng đủ các điều kiện sau:

- Có ít nhất 01 cán bộ làm công tác giám định có trình độ từ trung cấp y hoặc trung cấp dược trở lên;

- Có 01 cán bộ kế toán được phân công theo dõi công tác thanh, quyết toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh BHYT.

Chương II
TỔ CHỨC THỰC HIỆN HỢP ĐỒNG KHÁM BỆNH, CHỮA BỆNH
BẢO HIỂM Y TẾ, ĐĂNG KÝ KHÁM BỆNH, CHỮA BỆNH BAN ĐẦU,
CHUYỂN TUYÊN CHUYÊN MÔN KỸ THUẬT VÀ THỦ TỤC
KHÁM BỆNH, CHỮA BỆNH BẢO HIỂM Y TẾ

Điều 4. Hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế

1. Căn cứ vào chức năng, nhiệm vụ và khả năng cung cấp dịch vụ y tế của cơ sở y tế, cơ quan BHXH ký hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh BHYT với cơ sở y tế như sau:

a) Hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh ngoại trú đối với cơ sở y tế có chức năng khám bệnh, chữa bệnh ngoại trú.

b) Hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh ngoại trú và nội trú đối với cơ sở y tế có chức năng khám bệnh, chữa bệnh ngoại trú và điều trị nội trú.

2. Điều kiện ký hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế

Cơ quan BHXH ký hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh BHYT với cơ sở y tế khi có đủ điều kiện theo quy định tại Điều 42 Luật Khám bệnh, chữa bệnh; đủ hồ sơ theo quy định tại Khoản 2, Điều 7 Thông tư liên tịch số 41/2014/TTLT-BYT-BTC và các quy định pháp luật có liên quan; được BHXH Việt Nam cấp mã cơ sở khám bệnh, chữa bệnh BHYT quy định tại Điều 3 Quyết định số 1314/QĐ-BHXH ngày 02/12/2014 của Tổng Giám đốc BHXH Việt Nam về việc ban hành mã số ghi trên thẻ BHYT.

3. Tổ chức thẩm định trước khi ký hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế

a) Đối với cơ sở y tế ký hợp đồng lần đầu hoặc đã tạm ngừng hợp đồng từ 6 tháng trở lên:

- Phòng Tiếp nhận - Quản lý hồ sơ của BHXH tỉnh hoặc bộ phận một cửa của BHXH huyện (sau đây gọi chung là Bộ phận một cửa) hướng dẫn cơ sở y tế hoàn thiện hồ sơ theo quy định tại Khoản 2, Điều 7 Thông tư liên tịch số 41/2014/TTLT-BYT-BTC, tiếp nhận, chuyển Phòng Giám định BHYT (hoặc bộ phận giám định) theo thời hạn quy định tại Khoản 3, Điều 9 Quy định về việc tiếp nhận hồ sơ và trả kết quả giải quyết các thủ tục hành chính về BHXH, BHYT ban hành kèm theo Quyết định số 1366/QĐ-BHXH ngày 12/12/2014 của Tổng Giám đốc BHXH Việt Nam;

- Trong thời hạn 07 ngày kể từ ngày nhận được hồ sơ ký hợp đồng, Phòng Giám định BHYT (hoặc bộ phận giám định) hoàn thành việc thẩm định điều kiện ký hợp đồng, lập Biên bản thẩm định cơ sở y tế đủ điều kiện ký hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh BHYT theo mẫu số 02/BHYT ban hành kèm theo Quyết định này. Căn cứ nhu cầu khám bệnh, chữa bệnh của người có thẻ BHYT trên địa bàn, số lượng, cơ cấu thẻ và nguồn kinh phí khám bệnh, chữa bệnh BHYT để đảm bảo chi khám bệnh, chữa bệnh tại cơ sở y tế, BHXH tỉnh lập hồ sơ gửi BHXH Việt Nam đề nghị cấp mã cơ sở khám bệnh, chữa bệnh BHYT;

- Trong thời hạn 07 ngày kể từ ngày nhận được văn bản đề nghị kèm theo mẫu số 02/BHYT của BHXH tỉnh, BHXH Việt Nam (Ban Thực hiện chính sách BHYT) cập nhật thông tin trên mạng nội bộ của ngành BHXH và trả lời bằng văn bản về việc cấp mã cơ sở khám bệnh, chữa bệnh BHYT.

b) Đối với cơ sở y tế đã ký hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh BHYT hằng năm: Trước ngày 15/11 hằng năm, BHXH tỉnh thông báo bằng văn bản và đề nghị các cơ sở y tế đã thực hiện khám bệnh, chữa bệnh BHYT năm trước bổ sung, hoàn thiện hồ sơ ký hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh BHYT theo quy định tại Điểm b, Khoản 2 Điều 7 Thông tư liên tịch số 41/2014/TTLT-BYT-BTC nếu có sự thay đổi.

c) Trong thời hạn 30 ngày kể từ ngày nhận đủ hồ sơ ký hợp đồng, cơ quan BHXH hoàn thành việc ký hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh BHYT với cơ sở y tế đủ điều kiện. Trường hợp không ký được hợp đồng, cơ quan BHXH phải có văn bản trả lời cơ sở y tế và nêu rõ lý do.

4. Tổ chức ký hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế

a) Cơ quan BHXH thống nhất với cơ sở y tế soạn thảo hợp đồng theo mẫu Hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh BHYT tại Phụ lục 03 ban hành kèm theo Thông tư liên tịch số 41/2014/TTLT-BYT-BTC, bổ sung các điều khoản cụ thể phù hợp với chức năng, nhiệm vụ, khả năng cung cấp dịch vụ y tế và đặc thù của cơ sở y tế; trách nhiệm bảo đảm quyền lợi khám bệnh, chữa bệnh cho người có thẻ BHYT; các tài liệu, hồ sơ phục vụ công tác giám định BHYT theo quy định tại Khoản 6 Điều này.

b) Đối với cơ sở y tế tuyến huyện trở lên: Căn cứ chức năng, nhiệm vụ và khả năng cung cấp dịch vụ y tế, cơ quan BHXH thống nhất với cơ sở y tế nội dung hợp đồng và phương thức thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh BHYT trong hợp đồng được ký giữa hai bên.

c) Đối với các cơ sở y tế là nhà hộ sinh, trạm y tế xã đủ điều kiện khám bệnh, chữa bệnh BHYT: Cơ quan BHXH và bệnh viện huyện hoặc trung tâm y tế huyện nơi chưa tách riêng bệnh viện huyện hoặc cơ sở y tế khác do Sở Y tế phê duyệt thống nhất bổ sung các điều khoản trong hợp đồng về khám bệnh, chữa bệnh BHYT tại nhà hộ sinh, trạm y tế xã.

d) Đối với phòng khám đa khoa khu vực trực thuộc bệnh viện huyện hoặc trung tâm y tế huyện: Thực hiện như đối với các khoa của bệnh viện huyện hoặc trung tâm y tế huyện. Căn cứ quy định về chuyên môn, bảng giá dịch vụ y tế được cấp có thẩm quyền phê duyệt, cơ quan BHXH và bệnh viện huyện hoặc trung tâm y tế huyện thống nhất bổ sung các điều khoản trong hợp đồng về khám bệnh, chữa bệnh BHYT tại phòng khám đa khoa khu vực.

đ) Đối với bộ phận y tế của các đơn vị, cơ sở giáo dục quốc dân (sau đây gọi chung là y tế cơ quan) trừ các đơn vị, cơ sở giáo dục quốc dân đã được cấp kinh phí chăm sóc sức khỏe ban đầu, cơ quan BHXH ký hợp đồng trực tiếp với đơn vị, cơ sở giáo dục quốc dân quản lý y tế cơ quan. Trường hợp đơn vị, cơ sở giáo dục quốc dân quản lý y tế cơ quan tương đương trạm y tế xã không thực hiện được việc cung ứng thuốc, hóa chất, vật tư y tế, dịch vụ kỹ thuật y tế để bảo

đảm yêu cầu khám bệnh, chữa bệnh, cơ quan BHXH ký hợp đồng để tổ chức khám bệnh, chữa bệnh BHYT tại cơ sở y tế này thông qua bệnh viện huyện hoặc trung tâm y tế huyện.

5. Hiệu lực của hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế

a) Đối với cơ sở y tế lần đầu ký hợp đồng hoặc đã tạm ngừng hợp đồng từ 06 tháng trở lên: Hợp đồng có hiệu lực kể từ ngày ký đến hết ngày 31/12 của năm ký hợp đồng.

b) Đối với cơ sở y tế đã thực hiện hợp đồng hằng năm: Cơ quan BHXH và cơ sở y tế hoàn thành việc ký hợp đồng năm sau trước ngày 31/12 năm trước. Hợp đồng có hiệu lực kể từ ngày 01/01 đến hết ngày 31/12 của năm.

6. Hồ sơ, tài liệu, thông tin phục vụ công tác giám định bảo hiểm y tế

a) Danh mục dịch vụ kỹ thuật sử dụng tại cơ sở y tế được cấp có thẩm quyền phê duyệt.

b) Bảng giá dịch vụ kỹ thuật được cấp có thẩm quyền phê duyệt.

c) Bảng giá dịch vụ kỹ thuật do cơ sở y tế quy định theo thẩm quyền.

d) Danh mục thuốc, hóa chất, vật tư y tế theo kết quả trúng thầu hoặc mua sắm bằng hình thức hợp pháp khác sử dụng cho người bệnh BHYT tại cơ sở y tế; các mặt hàng thuốc và giá đề nghị thanh toán BHYT do cơ sở y tế tự bào chế (nếu có).

đ) Đề án, hồ sơ liên doanh, liên kết thực hiện dịch vụ kỹ thuật, hợp đồng làm việc hoặc hợp đồng lao động giữa cơ sở y tế và người hành nghề (nếu có); Quyết định của cơ quan có thẩm quyền về thực hiện đề án chuyển giao kỹ thuật, hỗ trợ y tế cho tuyến dưới.

e) Các biểu thống kê thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh BHYT.

g) Các tài liệu khác liên quan đến khám bệnh, chữa bệnh và thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh BHYT theo quy định tại Khoản 2, Điều 43 sửa đổi, bổ sung của Luật BHYT.

Tài liệu, thông tin phục vụ công tác giám định, thanh quyết toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh BHYT được cơ quan BHXH và cơ sở y tế trao đổi bằng văn bản và dữ liệu điện tử.

7. Tổ chức thực hiện hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế

a) Đối với cơ sở y tế

- Tổ chức đón tiếp, kiểm tra thủ tục khám bệnh, chữa bệnh BHYT của người có thẻ BHYT;

- Cung ứng dịch vụ y tế theo phạm vi hợp đồng đã ký; trường hợp không cung ứng đủ thuốc, hóa chất, vật tư y tế, để người bệnh phải tự mua, cơ sở y tế có trách nhiệm hoàn trả cho người bệnh, tổng hợp thanh toán với cơ quan BHXH theo quy định;

- Cung cấp hồ sơ, tài liệu phục vụ công tác giám định BHYT theo quy định tại Khoản 6 Điều này; cung cấp hóa đơn, chứng từ cho người bệnh BHYT, ghi rõ các khoản chi người bệnh cùng chi trả, người bệnh tự chi trả;

- Thông báo kịp thời bằng văn bản với cơ quan BHXH những thay đổi liên quan đến việc cung cấp dịch vụ kỹ thuật, thuốc, hóa chất, vật tư y tế và chức năng nhiệm vụ của cơ sở y tế;

- Hằng tháng và hằng quý, lập danh sách người bệnh khám bệnh, chữa bệnh đề nghị thanh toán BHYT theo mẫu số C79a-HD, C80a-HD ban hành kèm theo Thông tư số 178/2012/TT-BTC ngày 23/10/2012 của Bộ Tài chính hướng dẫn kế toán áp dụng cho BHXH Việt Nam (lập riêng danh sách người đã hiến bộ phận cơ thể phải điều trị sau khi hiến chưa có thẻ BHYT và danh sách trẻ em dưới 6 tuổi chưa có thẻ BHYT kèm theo bản chụp giấy khai sinh, giấy chứng sinh);

- Quản lý, sử dụng hiệu quả, tiết kiệm nguồn kinh phí khám bệnh, chữa bệnh BHYT theo quy định của pháp luật; trường hợp chi vượt nguồn kinh phí được sử dụng, cơ sở y tế có trách nhiệm thuyết minh nguyên nhân vượt quỹ khám bệnh, chữa bệnh, vượt trần đa tuyến đến, gửi cơ quan BHXH chậm nhất 30 ngày kể từ ngày hai bên ký biên bản thanh, quyết toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh BHYT.

b) Đối với cơ quan BHXH

- Phối hợp với cơ sở y tế kiểm tra thủ tục khám bệnh, chữa bệnh BHYT, phổ biến tuyên truyền chính sách, pháp luật về BHYT, giải quyết vướng mắc, đảm bảo quyền lợi cho người bệnh có thẻ BHYT;

- Thực hiện công tác giám định, tạm ứng, thanh quyết toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh BHYT;

- Thông báo kịp thời bằng văn bản với cơ sở y tế khi có thay đổi về số thẻ và nguồn kinh phí dự kiến được sử dụng trong hợp đồng đã ký;

- Thẩm định và trả lời bằng văn bản về việc thanh toán theo chế độ BHYT đối với những thay đổi liên quan đến việc cung cấp dịch vụ kỹ thuật, thuốc, hóa chất, vật tư y tế và chức năng, nhiệm vụ của cơ sở y tế;

- Hằng quý thẩm định vượt quỹ khám bệnh, chữa bệnh, vượt trần đa tuyến đến; thanh toán bổ sung phần chi phí vượt quỹ, chi phí phát sinh ngoài trần đa tuyến đến theo quy định;

- Phối hợp với cơ sở y tế xác định chi phí bình quân thực tế theo phạm vi quyền lợi được hưởng của một đợt điều trị nội trú và một lượt khám bệnh, chữa bệnh ngoại trú theo từng chuyên khoa của các trường hợp được chuyển đến khám bệnh, chữa bệnh năm trước, làm cơ sở xác định trần đa tuyến đến cho năm ký hợp đồng theo quy định tại Khoản 6, Điều 11 Thông tư liên tịch số 41/2014/TTLT-BYT-BTC.

8. Quản lý, lưu giữ hồ sơ và báo cáo tình hình ký hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế

a) Phòng Giám định BHYT lưu toàn bộ hồ sơ Hợp đồng; Phòng Kế hoạch - Tài chính lưu 01 bản Hợp đồng.

b) BHXH tỉnh Báo cáo kết quả ký hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh BHYT theo mẫu số 13/BHYT ban hành kèm theo Quyết định này về BHXH

Việt Nam trước ngày 15/01 hằng năm; báo cáo bổ sung khi có cơ sở y tế mới ký hợp đồng và khi cơ sở y tế có điều chỉnh về phạm vi hoạt động, phân hạng, phân tuyến chuyên môn kỹ thuật.

Điều 5. Đăng ký khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế ban đầu

1. Cơ sở y tế tiếp nhận đăng ký ban đầu khi đáp ứng các điều kiện quy định tại Khoản 2, Điều 4 Quy định này và quy định tại Điều 5 Thông tư số 37/2014/TT-BYT.

2. Nơi đăng ký ban đầu

a) Người tham gia BHYT được quyền đăng ký ban đầu theo quy định tại Điều 6 và 7 Thông tư số 37/2014/TT-BYT.

b) Người tham gia BHYT được thay đổi nơi đăng ký ban đầu vào đầu mỗi quý.

3. Trình tự đăng ký ban đầu

a) Trước ngày 31/10 hằng năm, Phòng Giám định BHYT chuyển Phòng Thu, Phòng Cấp sổ, thẻ, Phòng Công nghệ thông tin danh sách các cơ sở y tế đủ điều kiện đăng ký ban đầu trên địa bàn tỉnh; báo cáo BHXH Việt Nam danh sách các cơ sở y tế tiếp nhận đăng ký ban đầu cho người có thẻ BHYT ngoài tỉnh.

b) Phòng Thu (hoặc bộ phận thu) thông báo danh sách các cơ sở y tế đủ điều kiện đăng ký ban đầu đến các đơn vị tham gia BHYT và hướng dẫn người tham gia BHYT lựa chọn nơi đăng ký hoặc thay đổi nơi đăng ký ban đầu theo quy định tại Khoản 2 Điều này.

Điều 6. Chuyển tuyến khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế

1. Người bệnh có thẻ BHYT được chuyển tuyến khám bệnh, chữa bệnh theo quy định tại Điều 5, 6 và 7 Thông tư số 14/2014/TT-BYT ngày 14/4/2014 của Bộ Y tế quy định việc chuyển tuyến giữa các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh và Điều 8 và 9 Thông tư số 37/2014/TT-BYT.

Cơ sở y tế nơi chuyển bệnh nhân đi có trách nhiệm ghi đầy đủ thông tin trên Giấy chuyển tuyến theo mẫu quy định tại Phụ lục số 01 ban hành kèm theo Thông tư số 14/2014/TT-BYT; trường hợp chuyển tuyến theo yêu cầu người bệnh, cơ sở y tế nơi chuyển bệnh nhân đi thực hiện theo quy định tại Khoản 5, Điều 5 Thông tư số 14/2014/TT-BYT.

2. Trường hợp chuyển tuyến theo quy định tại Điểm b, Khoản 2, Điều 9 Thông tư số 37/2014/TT-BYT, cơ sở y tế nơi chuyển đi có trách nhiệm thực hiện đúng quy định tại Điểm a, Khoản 1, Điều 5 Thông tư số 14/2014/TT-BYT để người bệnh được hưởng quyền lợi BHYT như các trường hợp chuyển đúng tuyến.

Điều 7. Thủ tục khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế

1. Thủ tục khám bệnh, chữa bệnh BHYT thực hiện theo quy định tại Điều 8 Thông tư liên tịch số 41/2014/TTLT-BYT-BTC.

- Trường hợp thẻ BHYT chưa có ảnh thì sử dụng một trong các loại giấy tờ sau: Giấy Chứng minh nhân dân, Hộ chiếu, Thẻ Đảng viên, Thẻ Công an

nhân dân, Thẻ quân nhân, Thẻ đoàn viên công đoàn, Thẻ học sinh, Thẻ sinh viên, Thẻ cựu chiến binh, Giấy phép lái xe hoặc một loại giấy tờ có ảnh hợp lệ khác;

- Trường hợp cấp lại hoặc đổi thẻ BHYT thì xuất trình Phiếu nhận hồ sơ và hẹn trả kết quả theo mẫu 01/PH ban hành kèm theo Quyết định số 1366/QĐ-BHXH; trên phiếu ghi đầy đủ các thông tin trên thẻ của người tham gia BHYT; thời hạn sử dụng trong 07 ngày kể từ ngày cấp. Giám đốc BHXH tỉnh hoặc giám đốc BHXH huyện ký, ghi rõ họ tên, đóng dấu;

- Trường hợp người đã hiến bộ phận cơ thể, chưa làm thủ tục cấp thẻ BHYT, khi đến khám bệnh, chữa bệnh phải xuất trình Giấy ra viện trong lần hiến theo quy định tại Điểm a, Khoản 2, Điều 5 Thông tư liên tịch số 41/2014/TTLT-BYT-BTC.

2. Trường hợp chuyển tuyến khám bệnh, chữa bệnh BHYT: người bệnh phải xuất trình thêm Giấy chuyển tuyến theo quy định tại Phụ lục số 01 ban hành kèm theo Thông tư số 14/2014/TT-BYT.

3. Xuất trình thêm Giấy chứng nhận không cùng chi trả trong năm theo mẫu số 05/BHYT ban hành kèm theo Quyết định này để được miễn phần cùng chi trả trong năm khi khám bệnh, chữa bệnh đúng tuyến.

Chương III

PHẠM VI ĐƯỢC HƯỞNG VÀ MỨC HƯỞNG BẢO HIỂM Y TẾ

Điều 8. Phạm vi được hưởng bảo hiểm y tế

Người tham gia BHYT đi khám bệnh, chữa bệnh được quỹ BHYT chi trả các chi phí sau đây:

1. Chi phí khám bệnh theo mức giá được cấp có thẩm quyền phê duyệt.
2. Chi phí ngày giường theo mức giá được cấp có thẩm quyền phê duyệt khi:

a) Điều trị nội trú từ cơ sở y tế tuyến huyện trở lên.

b) Nằm lưu không quá 03 ngày tại trạm y tế xã theo mức giá giường lưu được cấp có thẩm quyền phê duyệt. Đối với trạm y tế xã thuộc vùng có điều kiện kinh tế - xã hội khó khăn, đặc biệt khó khăn, xã đảo, huyện đảo, thời gian lưu bệnh nhân không quá 05 ngày.

3. Chi phí các dịch vụ kỹ thuật trong phạm vi chuyên môn theo danh mục và mức giá đã được cấp có thẩm quyền phê duyệt đúng quy định.

Đối với các dịch vụ kỹ thuật do cán bộ của cơ sở y tế tuyến trên thực hiện theo chế độ luân phiên hoặc theo chương trình chỉ đạo tuyến để nâng cao năng lực chuyên môn cho tuyến dưới theo quy định của Bộ Y tế nhưng chưa được phê duyệt giá: Quỹ BHYT thanh toán theo mức giá đã được cấp có thẩm quyền phê duyệt thực hiện tại cơ sở chuyển giao kỹ thuật.

4. 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 trưởng Bộ Y tế quy định, được cơ sở y tế cung ứng theo quy định của pháp luật về đấu thầu mua sắm

thuốc, hóa chất, vật tư y tế nhưng chưa được kết cấu vào giá của các dịch vụ kỹ thuật.

5. Chi phí máu và các chế phẩm của máu theo quy định tại Thông tư số 33/2014/TT-BYT ngày 27/10/2014 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.

6. Chi phí vận chuyển người bệnh từ tuyến huyện lên tuyến trên trong trường hợp cấp cứu hoặc đang điều trị nội trú phải chuyển tuyến khám bệnh, chữa bệnh đối với các đối tượng quy định tại Điểm d, e, g, h và i, Khoản 3, Điều 12 sửa đổi, bổ sung của Luật BHYT.

Điều 9. Mức hưởng bảo hiểm y tế

1. Người tham gia BHYT đi khám bệnh, chữa bệnh đúng quy định tại các Điều 26, 27 và 28 Luật BHYT và Khoản 4 và 5, Điều 22 sửa đổi, bổ sung của Luật BHYT được quỹ BHYT thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh trong phạm vi được hưởng BHYT với mức hưởng như sau:

a) 100% chi phí khám bệnh, chữa bệnh trong phạm vi được hưởng BHYT (không áp dụng tỷ lệ thanh toán một số thuốc, hóa chất, vật tư y tế và dịch vụ kỹ thuật theo quy định của Bộ trưởng Bộ Y tế), chi phí vận chuyển đối với người tham gia BHYT có mức hưởng ghi trên thẻ BHYT ký hiệu bằng số 1 quy định tại Quyết định số 1314/QĐ-BHXH.

b) 100% chi phí khám bệnh, chữa bệnh trong phạm vi được hưởng BHYT (áp dụng tỷ lệ thanh toán một số thuốc, hóa chất, vật tư y tế và dịch vụ kỹ thuật theo quy định của Bộ trưởng Bộ Y tế), chi phí vận chuyển đối với người tham gia BHYT có mức hưởng ghi trên thẻ BHYT ký hiệu bằng số 2 quy định tại Quyết định số 1314/QĐ-BHXH.

c) 100% chi phí khám bệnh, chữa bệnh trong phạm vi được hưởng BHYT (áp dụng tỷ lệ thanh toán một số thuốc, hóa chất, vật tư y tế và dịch vụ kỹ thuật theo quy định của Bộ trưởng Bộ Y tế) đối với tất cả các trường hợp có chi phí một lần khám bệnh, chữa bệnh thấp hơn 15% mức lương cơ sở hoặc khi khám bệnh, chữa bệnh tại cơ sở y tế tuyến xã.

d) 100% chi phí khám bệnh, chữa bệnh trong phạm vi được hưởng BHYT (áp dụng tỷ lệ thanh toán một số thuốc, hóa chất, vật tư y tế và dịch vụ kỹ thuật theo quy định của Bộ trưởng Bộ Y tế) đối với các trường hợp đã có thời gian tham gia BHYT 5 năm liên tục trở lên tính đến thời điểm đi khám bệnh, chữa bệnh và có số tiền cùng chi trả chi phí khám bệnh, chữa bệnh BHYT trong năm lớn hơn 6 tháng lương cơ sở. Người bệnh có trách nhiệm lưu giữ chứng từ thu phân chi phí cùng chi trả làm căn cứ để cơ quan BHXH cấp Giấy chứng nhận không cùng chi trả trong năm.

đ) 95% chi phí khám bệnh, chữa bệnh trong phạm vi được hưởng BHYT (áp dụng tỷ lệ thanh toán một số thuốc, hóa chất, vật tư y tế và dịch vụ kỹ thuật theo quy định của Bộ trưởng Bộ Y tế) đối với người tham gia BHYT có mức hưởng ghi trên thẻ BHYT ký hiệu bằng số 3 quy định tại Quyết định số 1314/QĐ-BHXH.

e) 80% chi phí khám bệnh, chữa bệnh trong phạm vi được hưởng BHYT (áp dụng tỷ lệ thanh toán một số thuốc, hóa chất, vật tư y tế và dịch vụ kỹ thuật theo quy định của Bộ trưởng Bộ Y tế) đối với người tham gia BHYT có mức hưởng ghi trên thẻ BHYT ký hiệu bằng số 4 quy định tại Quyết định số 1314/QĐ-BHXH.

g) 100% chi phí khám bệnh, chữa bệnh, kể cả chi phí ngoài phạm vi được hưởng BHYT, chi phí vận chuyển đối với người tham gia BHYT có mức hưởng ghi trên thẻ BHYT ký hiệu bằng số 5 quy định tại Quyết định số 1314/QĐ-BHXH.

2. Người tham gia BHYT khám bệnh, chữa bệnh không đúng nơi đăng ký ban đầu và không có Giấy chuyển tuyến (trừ trường hợp cấp cứu và các trường hợp quy định tại các Điểm a, b, c, đ và e, Khoản 5 Điều này), trình thẻ BHYT ngay khi đến khám bệnh, chữa bệnh được quỹ BHYT thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh trong phạm vi được hưởng BHYT quy định tại Điều 8 và mức hưởng quy định tại Khoản 1, Điều 9 Quy định này theo tỷ lệ như sau:

a) Tại bệnh viện tuyến Trung ương: 40% chi phí điều trị nội trú;

b) Tại bệnh viện tuyến tỉnh: 60% chi phí điều trị nội trú 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 quy định tại các Khoản 1, 2, 3, 9 và 10, Điều 2 Thông tư số 37/2014/TT-BYT, trung tâm y tế huyện nơi chưa tách riêng bệnh viện huyện (bao gồm cả Phòng khám đa khoa trực thuộc các cơ sở y tế này): 70% chi phí khám bệnh, chữa bệnh ngoại trú, nội trú từ ngày 01/01/2015 đến ngày 31/12/2015; 100% chi phí khám bệnh, chữa bệnh ngoại trú, nội trú từ ngày 01/01/2016.

3. Trường hợp người bệnh tự chọn thầy thuốc, tự chọn buồng bệnh, quỹ BHYT chi trả trong phạm vi được hưởng và mức hưởng quy định tại Khoản 1 hoặc Khoản 2 Điều này.

4. Phần chi phí ngoài phạm vi được hưởng quy định tại Điều 8, chi phí ngoài mức hưởng BHYT quy định tại Khoản 1 và chi phí khám bệnh, chữa bệnh ngoại trú quy định tại Điểm a và b, Khoản 2 và Khoản 3, Điều 9 Quy định này do người bệnh tự thanh toán với cơ sở y tế.

5. Mức hưởng BHYT trong một số trường hợp cụ thể

a) Từ ngày 01/01/2016, người tham gia BHYT đăng ký ban đầu tại trạm y tế tuyến xã hoặc phòng khám đa khoa hoặc bệnh viện tuyến huyện được quyền khám bệnh, chữa bệnh BHYT tại trạm y tế tuyến xã hoặc phòng khám đa khoa hoặc bệnh viện tuyến huyện trong cùng địa bàn tỉnh, có mức hưởng theo quy định tại Khoản 1, Điều này.

b) Người tham gia BHYT có mã nơi sinh sống ghi trên thẻ ký hiệu là K1 hoặc K2 hoặc K3 khi tự đi khám bệnh, chữa bệnh không đúng tuyến được quỹ BHYT thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh tại bệnh viện tuyến huyện, điều

trị nội trú tại bệnh viện tuyến tỉnh, tuyến Trung ương và có mức hưởng theo quy định tại Điểm b, Khoản 1 Điều này.

c) Từ ngày 01/01/2021, người tham gia BHYT tự đi khám bệnh, chữa bệnh không đúng tuyến tại các cơ sở y tế tuyến tỉnh trong phạm vi cả nước, được quỹ BHYT chi trả chi phí điều trị nội trú theo mức hưởng quy định tại Khoản 1 Điều này.

d) Trường hợp hết giai đoạn cấp cứu, người bệnh được chuyển đến khoa, phòng điều trị khác để tiếp tục theo dõi, điều trị hoặc chuyển tuyến khám bệnh, chữa bệnh, mức hưởng BHYT được thực hiện như quy định tại Khoản 1 Điều này.

đ) Trường hợp khám bệnh, chữa bệnh BHYT tại cơ sở y tế thuộc vùng giáp ranh của hai tỉnh theo quy định tại Khoản 2, Điều 4 Nghị định số 105/2014/NĐ-CP ngày 15/11/2014 của Chính phủ quy định chi tiết và hướng dẫn thi hành một số điều của Luật BHYT; đi công tác, học tập, làm việc lưu động hoặc tạm trú dưới 12 tháng tại địa phương khác: người bệnh được khám bệnh, chữa bệnh tại cơ sở y tế tương đương với nơi đăng ký ban đầu ghi trên thẻ BHYT hoặc tại cơ sở y tế khác có tiếp nhận đăng ký ban đầu nếu không có cơ sở y tế tương đương với nơi đăng ký ban đầu ghi trên thẻ BHYT, mức hưởng BHYT theo quy định tại Khoản 1 Điều này.

e) Trường hợp người bệnh được chuyển tuyến khám bệnh, chữa bệnh, cơ sở y tế thực hiện việc khám bệnh, chữa bệnh đối với các bệnh được phát hiện hoặc phát sinh ngoài bệnh ghi trên Giấy chuyển tuyến, mức hưởng BHYT theo quy định tại Khoản 1, Điều này. Quy định này không áp dụng đối với các lần hẹn khám lại khi người bệnh sử dụng Giấy chuyển tuyến có giá trị trong năm tài chính quy định tại Điểm d, Khoản 2, Điều 9 Thông tư số 37/2014/TT-BYT.

g) Trường hợp khám bệnh, chữa bệnh BHYT vào ngày nghỉ, ngày lễ quy định tại Khoản 5, Điều 13 Thông tư liên tịch số 41/2014/TTLT-BYT-BTC, người bệnh được quỹ BHYT thanh toán trong phạm vi quyền lợi và mức hưởng quy định tại Khoản 1 Điều này. Người bệnh phải tự chi trả phần chi phí ngoài phạm vi quyền lợi và mức hưởng BHYT (nếu có).

h) Trường hợp khám bệnh, chữa bệnh BHYT tại các cơ sở y tế ngoài công lập, thanh toán theo giá do cơ sở y tế quy định nhưng không vượt quá giá của cơ sở y tế công lập cùng hạng.

i) Đối với cơ sở y tế công lập có thực hiện các dịch vụ y tế xã hội hóa, thanh toán theo giá do cơ sở y tế quy định nhưng không vượt quá giá thanh toán BHYT đã được cấp có thẩm quyền phê duyệt.

k) Mức thanh toán chi phí vận chuyển được thực hiện theo quy định tại Khoản 1, Điều 13 Thông tư liên tịch số 41/2014/TTLT-BYT-BTC.

Chương IV
QUẢN LÝ, PHÂN BỐ, SỬ DỤNG
QUỸ KHÁM BỆNH, CHỮA BỆNH BẢO HIỂM Y TẾ

Điều 10. Quản lý, sử dụng quỹ khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế

1. Quỹ khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế

a) Quỹ khám bệnh, chữa bệnh BHYT bằng 90% tổng số thu BHYT, tính theo mức đóng BHYT quy định tại Điều 2 Nghị định số 105/2014/NĐ-CP và tổng số thẻ BHYT có giá trị sử dụng trong năm (sau đây gọi tổng số thu BHYT được sử dụng trong năm).

b) BHXH Việt Nam quản lý tập trung quỹ khám bệnh, chữa bệnh BHYT, chuyên đủ và kịp thời nhu cầu kinh phí cho BHXH tỉnh để sử dụng như sau:

- Trích chuyển kinh phí chăm sóc sức khỏe ban đầu cho trẻ em dưới 6 tuổi, học sinh, sinh viên tại các cơ sở giáo dục quốc dân và cho người tham gia BHYT tại các đơn vị có bộ phận y tế đủ điều kiện nhận kinh phí chăm sóc sức khỏe ban đầu theo quy định tại Điều 18 Thông tư liên tịch số 41/2014/TTLT-BYT-BTC.

- Thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh thuộc phạm vi quyền lợi được hưởng của người tham gia BHYT theo quy định của Luật BHYT và các văn bản hướng dẫn thực hiện;

2. Quỹ dự phòng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế

a) Quỹ dự phòng khám bệnh, chữa bệnh BHYT được hình thành từ:

- Phần còn lại của 10% tổng số thu BHYT được sử dụng trong năm sau khi đã trích trừ chi phí quản lý quỹ BHYT và không được thấp hơn 5% tổng số thu BHYT được sử dụng trong năm;

- Tiền sinh lời hằng năm từ hoạt động đầu tư tăng trưởng số tiền tạm thời nhàn rỗi của quỹ BHYT;

- 80% số tiền kết dư quỹ khám bệnh, chữa bệnh trong năm từ ngày 01/01/2015 đến ngày 31/12/2020; 100% số tiền này từ ngày 01/01/2021;

- Số tiền nợ đóng, truy đóng BHYT của các năm trước thu được trong năm;

- Số tiền phạt do chậm đóng BHYT theo quy định tại Điểm a, Khoản 3 Điều 49 sửa đổi, bổ sung của Luật BHYT;

- Số tiền chi cho khám bệnh, chữa bệnh BHYT đã được quyết toán các năm trước phải thu hồi về quỹ BHYT theo kết luận của cơ quan có thẩm quyền.

b) Quỹ dự phòng khám bệnh, chữa bệnh BHYT được quản lý tập trung tại BHXH Việt Nam và được sử dụng để điều tiết, bổ sung nguồn kinh phí thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh BHYT cho BHXH tỉnh có số thu BHYT dành cho khám bệnh, chữa bệnh nhỏ hơn số chi khám bệnh, chữa bệnh trong năm.

c) Quỹ dự phòng chưa sử dụng hết được chuyển năm sau tiếp tục sử dụng theo quy định tại Điểm b Khoản này.

Điều 11. Xác định và chuyển kinh phí chăm sóc sức khỏe ban đầu

1. Phòng Thu (hoặc bộ phận thu) hướng dẫn cơ sở giáo dục quốc dân, đơn vị gửi Bản đề nghị trích chuyển kinh phí chăm sóc sức khỏe ban đầu theo mẫu số 01/BHYT ban hành kèm theo Quyết định này cho cơ quan BHXH trước ngày 31/10 hằng năm.

2. Bộ phận một cửa: tiếp nhận bản đề nghị trích chuyển kinh phí chăm sóc sức khỏe ban đầu của cơ sở giáo dục quốc dân, đơn vị chuyển cho Phòng Thu (hoặc bộ phận thu).

3. Phòng Thu (hoặc bộ phận thu) tiếp nhận bản đề nghị trích chuyển kinh phí chăm sóc sức khỏe ban đầu và thực hiện như sau:

- Đối với cơ sở giáo dục quốc dân: Trong thời gian 02 ngày làm việc, căn cứ số học sinh, sinh viên tham gia BHYT, nhà trường lập danh sách theo mẫu số D03-TS ban hành kèm theo Quyết định 1111/QĐ-BHXH ngày 25/10/2011 của Tổng Giám đốc BHXH Việt Nam ban hành Quy định quản lý thu BHXH, BHYT, quản lý sổ BHXH, thẻ BHYT; Danh sách học sinh, sinh viên tham gia BHYT theo nhóm đối tượng khác theo mẫu số 03/BHYT ban hành kèm theo Quyết định này; danh sách trẻ em dưới 6 tuổi (bao gồm trẻ em cư trú trên địa bàn, kể cả trẻ em là thân nhân của đối tượng quy định tại Điểm a, Khoản 3, Điều 12 sửa đổi, bổ sung của Luật BHYT, không phân biệt hộ khẩu thường trú) để xác định số thu BHYT của các đối tượng này, chuyển Phòng Kế hoạch - Tài chính (hoặc bộ phận kế toán) làm căn cứ trích chuyển kinh phí chăm sóc sức khỏe ban đầu và chuyển Phòng Cấp sổ, thẻ (hoặc bộ phận cấp sổ, thẻ) để đổi chiếu, theo dõi;

- Đối với đơn vị: Hằng tháng, Phòng Thu (hoặc bộ phận thu) có trách nhiệm xác định số tiền đóng BHYT cho người lao động thuộc đối tượng tham gia BHYT, chuyển Phòng Kế hoạch - Tài chính (hoặc bộ phận kế toán).

4. Phòng Kế hoạch - Tài chính (hoặc bộ phận kế toán)

a) Tổ chức ký hợp đồng, trích chuyển kinh phí chăm sóc sức khỏe ban đầu cho cơ sở giáo dục quốc dân theo mẫu số C84a-HD ban hành kèm theo Thông tư số 178/2012/TT-BTC vào tháng đầu năm học hoặc khóa học; điều chỉnh phần kinh phí tăng, giảm tương ứng với số tiền thu BHYT thực tế và thanh lý hợp đồng theo mẫu số C84b-HD ban hành kèm theo Thông tư số 178/2012/TT-BTC khi kết thúc năm tài chính.

b) Hằng tháng trích chuyển kinh phí chăm sóc sức khỏe ban đầu cho đơn vị được Phòng Thu (hoặc bộ phận thu) xác nhận số tiền đã đóng BHYT trong tháng cho người lao động thuộc đối tượng tham gia BHYT.

c) Tổng hợp kinh phí chi chăm sóc sức khỏe ban đầu vào quyết toán chi khám bệnh, chữa bệnh hằng năm tại tỉnh.

5. Phòng Giám định BHYT (hoặc bộ phận giám định) định kỳ hoặc đột xuất kiểm tra điều kiện và việc sử dụng kinh phí dành cho chăm sóc sức khỏe ban đầu tại cơ sở giáo dục quốc dân, đơn vị theo quy định tại Điều 18 Thông tư liên tịch số 41/2014/TTLT-BYT-BTC.

Điều 12. Quỹ khám bệnh, chữa bệnh tại Bảo hiểm xã hội tỉnh

1. Quỹ khám bệnh, chữa bệnh tại BHXH tỉnh là số tiền còn lại của 90% số thu BHYT được sử dụng trong năm trên địa bàn tỉnh theo quy định tại Khoản 1, Điều 6 Nghị định số 105/2014/NĐ-CP.

2. Quỹ khám bệnh, chữa bệnh BHYT tại BHXH tỉnh phân bổ như sau:

a) Chi chăm sóc sức khỏe ban đầu theo quy định tại Khoản 2, Điều 17 Thông tư liên tịch số 41/2014/TTLT-BYT-BTC

b) Chuyển cơ sở y tế để chi khám bệnh, chữa bệnh của người có thẻ BHYT đăng ký ban đầu theo hướng dẫn tại Điều 14 Quy định này.

c) Phần quỹ khám bệnh, chữa bệnh còn lại được BHXH tỉnh trực tiếp quản lý gồm:

- 55% quỹ khám bệnh, chữa bệnh tại cơ sở y tế ký hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh ngoại trú; 10% quỹ khám bệnh, chữa bệnh tại cơ sở y tế ký hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh ngoại trú và nội trú thực hiện phương thức thanh toán theo phí dịch vụ;

- Quỹ khám bệnh, chữa bệnh còn lại sau khi đã chuyển cho đơn vị có y tế cơ quan tương đương trạm y tế xã để chi khám bệnh, chữa bệnh của người tham gia BHYT đăng ký ban đầu tại đơn vị;

- Quỹ khám bệnh, chữa bệnh còn lại sau khi giao quỹ định suất cho cơ sở y tế thực hiện phương thức thanh toán theo định suất;

- Phần kết dư quỹ định suất còn lại sau khi đã chuyển cho cơ sở y tế sử dụng theo quy định tại Điểm b, Khoản 4, Điều 10 Thông tư liên tịch số 41/2014/TTLT-BYT-BTC; quỹ khám bệnh, chữa bệnh không sử dụng hết tại cơ sở y tế thanh toán theo phí dịch vụ (nếu có);

- 90% số thu của người có thẻ BHYT do BHXH tỉnh phát hành, đăng ký ban đầu tại tỉnh khác.

Điều 13. Sử dụng quỹ khám bệnh, chữa bệnh do Bảo hiểm xã hội tỉnh trực tiếp quản lý

Quỹ khám bệnh, chữa bệnh được xác định tại Điểm c, Khoản 2, Điều 12 Quy định này được sử dụng để thanh toán các khoản sau:

1. Chi phí điều trị nội trú của người bệnh BHYT đăng ký ban đầu tại các cơ sở y tế ký hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh ngoại trú.

2. Chi phí khám bệnh, chữa bệnh ngoài nơi đăng ký ban đầu của người bệnh BHYT đăng ký ban đầu tại y tế cơ quan tương đương trạm y tế xã.

3. Chi phí ngoài quỹ định suất.

4. Chi phí khám bệnh, chữa bệnh của người có thẻ BHYT do BHXH tỉnh phát hành đăng ký ban đầu tại cơ sở y tế ở địa phương khác.

5. Chi phí khám bệnh, chữa bệnh phát sinh năm trước chưa quyết toán, được BHXH Việt Nam đồng ý đưa vào quyết toán năm nay đối với cơ sở y tế thanh toán theo phí dịch vụ.

6. Điều chỉnh, bổ sung và điều tiết kinh phí khám bệnh, chữa bệnh tại các cơ sở y tế chi vượt quỹ khám bệnh, chữa bệnh BHYT được sử dụng do những nguyên nhân khách quan hoặc bất khả kháng.

Điều 14. Quỹ khám bệnh, chữa bệnh tại cơ sở y tế

1. Xác định quỹ khám bệnh, chữa bệnh tại cơ sở y tế đăng ký ban đầu

Quỹ khám bệnh, chữa bệnh BHYT tại cơ sở y tế đăng ký ban đầu được xác định theo hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh BHYT, cụ thể như sau:

a) Đối với cơ sở y tế áp dụng phương thức thanh toán theo phí dịch vụ:

$$\begin{array}{l} \text{Quỹ khám bệnh,} \\ \text{chữa bệnh BHYT} \\ \text{tại cơ sở y tế đăng} \\ \text{ký ban đầu} \end{array} = \frac{\begin{array}{l} \text{Tổng quỹ khám} \\ \text{bệnh, chữa bệnh} \\ \text{BHYT trên địa} \\ \text{bàn tỉnh} \end{array} - \begin{array}{l} \text{Tổng số kinh phí} \\ \text{trích chi chăm sóc} \\ \text{sức khỏe ban đầu} \\ \text{trên địa bàn tỉnh} \end{array}}{\text{Tổng số thẻ BHYT trong năm}} \times \begin{array}{l} \text{Tổng số thẻ} \\ \text{BHYT đăng ký} \\ \text{ban đầu tại cơ} \\ \text{sở y tế} \end{array}$$

- Tổng quỹ khám bệnh, chữa bệnh BHYT trên địa bàn xác định theo quy định tại Khoản 1, Điều 12 Quy định này;

- Tổng kinh phí chi chăm sóc sức khỏe ban đầu trên địa bàn tỉnh xác định theo quy định tại Khoản 2, Điều 17 Thông tư liên tịch số 41/2014/TTLT-BYT-BTC;

- Tổng số thẻ BHYT trong năm bằng tổng số thẻ BHYT có giá trị sử dụng tại thời điểm cuối mỗi tháng trong năm chia (:) cho 12;

- Số thẻ BHYT đăng ký ban đầu tại cơ sở y tế không bao gồm thẻ BHYT do tỉnh khác phát hành; đối với cơ sở y tế được giao nhiệm vụ tổ chức khám bệnh, chữa bệnh tại trạm y tế xã: số thẻ BHYT đăng ký ban đầu bao gồm cả số thẻ tại trạm y tế xã;

- Cơ sở y tế đăng ký ban đầu ký hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh BHYT ngoại trú: Quỹ khám bệnh, chữa bệnh BHYT bằng 45% quỹ khám bệnh, chữa bệnh BHYT tại cơ sở y tế;

- Cơ sở y tế đăng ký ban đầu thực hiện hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh BHYT ngoại trú và nội trú: Quỹ khám bệnh, chữa bệnh BHYT bằng 90% quỹ khám bệnh, chữa bệnh BHYT tại cơ sở y tế.

b) Quỹ khám bệnh, chữa bệnh BHYT tại cơ sở y tế đăng ký ban đầu, áp dụng phương thức thanh toán theo phí dịch vụ được xác định từng quý như sau:

- Trước ngày 05 tháng đầu mỗi quý, Phòng Thu chủ trì, phối hợp với Phòng Cấp sổ, thẻ xác định tổng số thẻ BHYT bình quân quý trước trên địa bàn

tính; số thẻ đăng ký ban đầu trong quý của từng cơ sở y tế trên địa bàn và số thu BHYT quý trước của tỉnh theo mẫu số B05-TS ban hành kèm theo Quyết định số 1111/QĐ-BHXH, chuyển Phòng Kế hoạch - Tài chính và Phòng Giám định BHYT. Trong đó, số thẻ BHYT bình quân quý trước bằng tổng số thẻ BHYT tại thời điểm cuối mỗi tháng quý trước chia (:) cho 3;

- Căn cứ mẫu số B05-TS nêu trên, Phòng Kế hoạch - Tài chính chủ trì, phối hợp với Phòng Giám định BHYT xác định quỹ khám bệnh, chữa bệnh BHYT (sau khi trừ đi phần kinh phí chăm sóc sức khỏe ban đầu) và thông báo cho cơ sở y tế kinh phí được sử dụng trong kỳ và chi phí khám bệnh, chữa bệnh BHYT được đưa vào quyết toán theo mẫu số C81-HD ban hành kèm theo Thông tư 178/2012/TT-BTC trong thời hạn 30 ngày kể từ ngày nhận được báo cáo quyết toán quý trước của cơ sở y tế.

- Quý 4 hằng năm, Phòng Kế hoạch - Tài chính điều chỉnh quỹ khám bệnh, chữa bệnh BHYT, thông báo cho cơ sở y tế nếu có thay đổi. Quỹ khám bệnh, chữa bệnh cả năm bằng tổng quỹ khám bệnh, chữa bệnh các quý trong năm.

c) Đối với cơ sở y tế áp dụng phương thức thanh toán theo định suất

- Quỹ định suất được xác định theo quy định tại Khoản 2 và 3, Điều 10 Thông tư liên tịch số 41/2014/TTLT-BYT-BTC;

- Suất phí được tính riêng theo chi phí khám bệnh, chữa bệnh ngoại trú, nội trú được quyết toán;

- Cuối năm, căn cứ vào hệ số điều chỉnh do BHXH Việt Nam thông báo và số chi ngoài định suất thực tế phát sinh trong năm, Phòng Giám định BHYT phối hợp với Phòng Kế hoạch - Tài chính điều chỉnh quỹ định suất tại cơ sở y tế;

- Hằng năm, sau khi hoàn thành quyết toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh BHYT, Phòng Giám định BHYT có trách nhiệm tổng hợp chi phí khám bệnh, chữa bệnh BHYT theo từng tuyến chuyên môn kỹ thuật làm căn cứ xác định suất phí năm sau.

2. Quản lý, sử dụng quỹ khám bệnh, chữa bệnh tại cơ sở y tế đăng ký ban đầu

a) Quỹ khám bệnh, chữa bệnh BHYT tại cơ sở y tế được sử dụng để thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh của người tham gia BHYT đăng ký ban đầu, điều trị tại đơn vị hoặc tại các cơ sở y tế khác, kể cả chi phí khám bệnh, chữa bệnh BHYT được thanh toán trực tiếp tại cơ quan BHXH và chi phí vận chuyển (nếu có).

b) Quỹ định suất được cơ sở y tế quản lý, chủ động sử dụng theo quy định tại Khoản 4, Điều 10 Thông tư liên tịch số 41/2014/TTLT-BYT-BTC để cung cấp các dịch vụ y tế cho người bệnh có thẻ BHYT, cơ sở y tế không được thu thêm bất kỳ một khoản chi phí nào trong phạm vi quyền lợi được hưởng của người bệnh có thẻ BHYT.

c) Trường hợp chi phí khám bệnh, chữa bệnh BHYT năm trước được BHXH Việt Nam đồng ý thanh toán năm nay thì quyết toán vào quỹ định suất năm nay của cơ sở y tế.

3. Kinh phí khám bệnh, chữa bệnh tại trạm y tế xã, y tế cơ quan

a) Kinh phí khám bệnh, chữa bệnh BHYT tại trạm y tế xã được trích từ quỹ khám bệnh, chữa bệnh BHYT của cơ sở y tế được giao nhiệm vụ tổ chức khám bệnh, chữa bệnh BHYT tại các trạm y tế xã trên địa bàn quản lý theo quy định tại Điểm a, Khoản 4, Điều 7 Thông tư liên tịch số 41/2014/TTLT-BYT-BTC.

b) Quỹ khám bệnh, chữa bệnh BHYT tại y tế cơ quan tương đương trạm y tế xã tối thiểu bằng 10% và không vượt quá 20% quỹ khám bệnh, chữa bệnh BHYT ngoại trú tính trên số thẻ đăng ký ban đầu tại y tế cơ quan, được sử dụng để thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh BHYT cho người lao động của đơn vị đăng ký ban đầu và khám bệnh, chữa bệnh BHYT tại đó.

Chương V

TẠM ỨNG VÀ THANH, QUYẾT TOÁN CHI PHÍ KHÁM BỆNH, CHỮA BỆNH BẢO HIỂM Y TẾ

Điều 15. Tạm ứng kinh phí và thanh, quyết toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế

1. Tạm ứng kinh phí khám bệnh, chữa bệnh cho cơ sở y tế

a) Ngay khi nhận được báo cáo quyết toán quý trước của cơ sở y tế (theo mẫu số C79a-HD, C80a-HD, Phòng Giám định BHYT (hoặc bộ phận giám định) lập Bảng tổng hợp đề nghị tạm ứng kinh phí khám bệnh, chữa bệnh BHYT theo mẫu số 12/BHYT ban hành kèm theo Quyết định này, chuyển Phòng Kế hoạch - Tài chính (hoặc bộ phận kế toán).

Trong vòng 05 ngày làm việc kể từ ngày nhận được mẫu số 12/BHYT, Phòng Kế hoạch – Tài chính (hoặc bộ phận kế toán) tạm ứng cho cơ sở y tế một lần bằng 80% số chi theo báo cáo quyết toán quý trước của cơ sở y tế.

b) Quy trình tạm ứng kinh phí

- Chậm nhất ngày 05 tháng đầu mỗi quý, Ban Tài chính - Kế toán tạm ứng kinh phí khám bệnh, chữa bệnh BHYT cho BHXH tỉnh tối thiểu bằng 80% số chi khám bệnh, chữa bệnh BHYT đã được quyết toán của quý trước quý liền kề;

- Chậm nhất ngày 17 tháng đầu mỗi quý, Phòng Kế hoạch - Tài chính tổng hợp đề nghị tạm ứng kinh phí khám bệnh, chữa bệnh BHYT toàn tỉnh theo mẫu số 12/BHYT, báo cáo BHXH Việt Nam (Ban Tài chính - Kế toán, Ban Thực hiện chính sách BHYT);

- Trong vòng 02 ngày làm việc kể từ ngày nhận được mẫu số 12/BHYT của BHXH tỉnh, Ban Tài chính - Kế toán cân đối với số kinh phí đã tạm ứng để cấp đủ số tiền tạm ứng cho BHXH tỉnh bằng 80% chi phí khám bệnh, chữa bệnh BHYT theo báo cáo quyết toán quý trước của cơ sở y tế.

2. Chuyển kinh phí thanh toán chi khám bệnh, chữa bệnh BHYT

a) Chậm nhất ngày 15 tháng thứ hai mỗi quý, Phòng Kế hoạch - Tài chính chủ trì, xác định kinh phí được sử dụng, phối hợp với Phòng Giám định BHYT xác định chi phí khám bệnh, chữa bệnh BHYT được quyết toán, lập Báo cáo thanh, quyết toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh BHYT hàng quý theo mẫu số 15/BHYT ban hành kèm theo Quyết định này, gửi BHXH Việt Nam (Ban Tài chính - Kế toán, Ban Thực hiện chính sách BHYT).

b) Trong vòng 05 ngày làm việc kể từ ngày nhận được báo cáo theo mẫu số 15/BHYT của BHXH tỉnh, BHXH Việt Nam (Ban Tài chính - Kế toán) cấp đủ kinh phí khám bệnh, chữa bệnh BHYT để BHXH tỉnh hoàn thành việc thanh toán với các cơ sở y tế.

c) Trong vòng 05 ngày kể từ ngày nhận được kinh phí khám bệnh, chữa bệnh BHYT, BHXH tỉnh phải hoàn thành việc thanh toán với các cơ sở y tế và báo cáo bằng văn bản về BHXH Việt Nam (Ban Tài chính - Kế toán).

3. Thanh, quyết toán chi khám bệnh, chữa bệnh BHYT với cơ sở y tế

Căn cứ các điều khoản ghi trong hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh BHYT được ký hàng năm, hóa đơn chứng từ theo quy định của Bộ Tài chính, cơ quan BHXH thanh, quyết toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh BHYT với cơ sở y tế theo quy định tại các Điểm a, b và c, Khoản 2, Điều 32 sửa đổi, bổ sung của Luật BHYT, cụ thể như sau:

a) Hằng tháng, Phòng Giám định BHYT nhận danh sách người bệnh BHYT khám bệnh, chữa bệnh đề nghị thanh toán tháng trước của cơ sở y tế kèm theo dữ liệu điện tử theo mẫu số C79a-HD, C80a-HD ban hành kèm theo Thông tư số 178/2012/TT-BTC; Thống kê vật tư y tế thanh toán BHYT theo mẫu số 19/BHYT, Thống kê thuốc thanh toán BHYT theo mẫu số 20/BHYT và Thống kê dịch vụ kỹ thuật thanh toán BHYT (đối với người bệnh BHYT đăng ký ban đầu, đa tuyến đến) theo mẫu số 21/BHYT ban hành kèm theo Quyết định này để giám định, xác định chi phí khám bệnh, chữa bệnh thuộc phạm vi thanh toán của quỹ BHYT.

b) Hằng quý, Phòng Giám định BHYT (hoặc bộ phận giám định) thực hiện:

- Lập danh sách người bệnh BHYT khám bệnh, chữa bệnh được duyệt theo mẫu số C79b-HD và C80b-HD ban hành kèm theo Thông tư số 178/2012/TT-BTC; chuyển danh sách khám bệnh, chữa bệnh của trẻ em dưới 6 tuổi chưa có thẻ BHYT kèm theo bản chụp giấy chứng sinh hoặc giấy khai sinh, danh sách khám bệnh, chữa bệnh của người đã hiến bộ phận cơ thể người phải điều trị sau khi hiến mà chưa có thẻ BHYT cho Phòng Cấp sổ, thẻ (hoặc bộ phận cấp sổ, thẻ) để thực hiện theo quy định tại Điểm b, Khoản 2 hoặc Điểm b, Khoản 3, Điều 13 Thông tư liên tịch số 41/2014/TTLT-BYT-BTC;

- Tổng hợp và phân bổ chi phí khám bệnh, chữa bệnh đa tuyến đi nội tỉnh trong quý, đa tuyến đi ngoại tỉnh quý trước để quyết toán với cơ sở khám bệnh, chữa bệnh ban đầu;

- Trước ngày 15 tháng thứ 2 mỗi quý, gửi toàn bộ dữ liệu điện tử và mẫu số 14/BHYT, 19/BHYT, 20/BHYT và 21/BHYT về BHXH Việt Nam (Ban

Thực hiện chính sách BHYT); gửi dữ liệu điện tử và mẫu số 19/BHYT, 20/BHYT và 21/BHYT về BHXH Việt Nam (Ban Dược và Vật tư y tế).

c) Hằng quý, Phòng Kế hoạch - Tài chính (hoặc bộ phận kế toán) chủ trì, phối hợp với Phòng Giám định BHYT (hoặc bộ phận giám định) thực hiện các nội dung sau:

- Xác định quỹ khám bệnh, chữa bệnh BHYT, số tiền tạm ứng, quyết toán với cơ sở y tế trong phạm vi quỹ khám bệnh, chữa bệnh được sử dụng và trần đa tuyến đến trong kỳ;

- Trong thời hạn 30 ngày kể từ ngày nhận được báo cáo quyết toán của cơ sở y tế, thông báo kết quả giám định cho cơ sở y tế theo mẫu số C79b-HD, C80b-HD, C81-HD, C82-HD ban hành kèm theo Thông tư số 178/2012/TT-BTC;

- Trong 10 ngày kế tiếp, tổ chức ký biên bản quyết toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh BHYT theo mẫu số C82-HD ban hành kèm theo Thông tư số 178/2012/TT-BTC và hoàn thành việc thanh toán với cơ sở y tế.

4. Thanh, quyết toán tại cơ sở y tế vượt quỹ khám bệnh, chữa bệnh

a) Đối với cơ sở y tế chi vượt quỹ khám bệnh, chữa bệnh được sử dụng trong quý: trong thời hạn 30 ngày kể từ ngày nhận được bản thuyết minh của cơ sở y tế, Phòng Giám định BHYT chủ trì, phối hợp với Phòng Kế hoạch - Tài chính và các phòng có liên quan tổ chức thẩm định, xác định nguyên nhân. Chi phí vượt quỹ do nguyên nhân khách quan, bất khả kháng được đưa vào quyết toán quý kế tiếp; cơ sở y tế vượt quỹ định suất do nguyên nhân khách quan, bất khả kháng được thanh toán tối thiểu 60% chi phí vượt quỹ.

b) Chi phí vượt quỹ tại cơ sở y tế được điều chỉnh, bổ sung hằng quý, từ 10% quỹ khám bệnh, chữa bệnh BHYT còn lại đối với cơ sở thực hiện khám bệnh, chữa bệnh ngoại trú và nội trú; từ 5% quỹ khám bệnh, chữa bệnh còn lại đối với cơ sở thực hiện khám bệnh, chữa bệnh ngoại trú. Trường hợp sau khi điều chỉnh mà vẫn thiếu, BHXH tỉnh điều tiết quỹ khám bệnh, chữa bệnh BHYT được sử dụng tại địa phương để thanh toán bổ sung cho cơ sở y tế; nếu vẫn không đủ để điều tiết, BHXH tỉnh báo cáo kết quả thẩm định nguyên nhân vượt quỹ về BHXH Việt Nam để xem xét, giải quyết.

c) BHXH tỉnh có số thu BHYT dành cho khám bệnh, chữa bệnh nhỏ hơn số chi khám bệnh, chữa bệnh trong năm phải báo cáo BHXH Việt Nam kết quả thẩm định vượt quỹ tại từng cơ sở y tế trước ngày 30/4 năm sau.

d) Trước ngày 30/8 hằng năm, BHXH Việt Nam (Ban Thực hiện chính sách BHYT) chủ trì, phối hợp với các đơn vị liên quan tổ chức kiểm tra, thẩm định nguyên nhân vượt quỹ theo báo cáo của BHXH tỉnh; tổng hợp trình Tổng Giám đốc BHXH Việt Nam xem xét, phê duyệt việc sử dụng quỹ dự phòng để bổ sung phần chi vượt quỹ khám bệnh, chữa bệnh của BHXH tỉnh, chuyển BHXH Việt Nam (Ban Tài chính - Kế toán).

đ) Trong thời hạn 03 ngày làm việc kể từ ngày nhận được phê duyệt cấp bổ sung kinh phí thanh toán vượt quỹ khám bệnh, chữa bệnh, BHXH Việt Nam (Ban Tài chính - Kế toán) phải hoàn thành việc chuyển kinh phí cho BHXH tỉnh.

e) Trong thời hạn 05 ngày làm việc kể từ ngày nhận được kinh phí thanh toán vượt quỹ khám bệnh, chữa bệnh do BHXH Việt Nam cấp, BHXH tỉnh phải hoàn thành việc thanh toán với cơ sở y tế và báo cáo bằng văn bản về BHXH Việt Nam (Ban Tài chính - Kế toán).

Điều 16. Thanh toán trực tiếp

1. Các trường hợp thanh toán trực tiếp

Cơ quan BHXH thanh toán trực tiếp chi phí khám bệnh, chữa bệnh cho người có thẻ BHYT đối với các trường hợp quy định tại Điều 14 Thông tư liên tịch số 41/2014/TTLT-BYT-BTC.

2. Hồ sơ đề nghị thanh toán trực tiếp

Hồ sơ đề nghị thanh toán trực tiếp thực hiện theo quy định tại Điều 15 Thông tư liên tịch số 41/2014/TTLT-BYT-BTC; giấy ủy quyền hoặc giấy tờ xác nhận quyền đại diện hợp pháp cho người bệnh đối với người thanh toán hộ.

3. Mức thanh toán trực tiếp

Mức thanh toán trực tiếp thực hiện theo quy định tại Khoản 3, Điều 16, Thông tư liên tịch số 41/2014/TTLT-BYT-BTC, cụ thể như sau:

a) Người tham gia BHYT khám bệnh, chữa bệnh tại cơ sở y tế không ký hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh BHYT, trong tình trạng cấp cứu: Thanh toán theo chi phí thực tế trong phạm vi được hưởng quy định tại Điều 8 và mức hưởng quy định tại Khoản 1, Điều 9 Quy định này.

b) Người tham gia BHYT khám bệnh, chữa bệnh tại cơ sở y tế không có hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh BHYT, không trong tình trạng cấp cứu: Thanh toán theo chi phí thực tế trong phạm vi được hưởng quy định tại Điều 8 và mức hưởng quy định tại Khoản 2, Điều 9 Quy định này nhưng tối đa không vượt quá mức quy định tại Phụ lục 04 ban hành kèm theo Thông tư liên tịch số 41/2014/TTLT-BYT-BTC.

c) Người tham gia BHYT khám bệnh, chữa bệnh tại cơ sở y tế có hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh BHYT, không xuất trình đầy đủ thủ tục theo quy định: Thanh toán trong phạm vi được hưởng quy định tại Điều 8 và mức hưởng quy định tại Khoản 2, Điều 9 Quy định này.

4. Tổ chức thanh toán trực tiếp

a) Bộ phận một cửa

- Tiếp nhận, kiểm tra, hướng dẫn người bệnh có thẻ BHYT cư trú trên địa bàn huyện cung cấp đầy đủ hồ sơ đề nghị thanh toán theo quy định tại Khoản 2, Điều này; trực tiếp sao chụp các tài liệu theo quy định tại Khoản 9, Điều 8, Thông tư liên tịch số 41/2014/TTLT-BYT-BTC, đối chiếu bản gốc và ký xác nhận vào các bản sao tài liệu trong hồ sơ thanh toán trực tiếp, viết phiếu hẹn trả lời kết quả cho người đề nghị thanh toán;

- Chuyển hồ sơ đề nghị thanh toán trực tiếp cho Phòng Giám định BHYT (hoặc bộ phận giám định) ngay trong ngày làm việc.

b) Phòng Giám định BHYT

- Trong vòng 02 ngày làm việc, lập Phiếu yêu cầu giám định theo mẫu số 07/BHYT ban hành kèm theo Quyết định này đối với trường hợp khám bệnh, chữa bệnh tại các cơ sở y tế ngoài địa bàn tỉnh;

- Trong thời hạn 25 ngày phải hoàn thành việc giám định; trả lời kết quả giám định cho cơ quan BHXH nơi yêu cầu giám định, kèm theo Bảng kê chi phí khám bệnh, chữa bệnh ban hành theo Quyết định số 3455/QĐ-BYT ngày 16/9/2013 của Bộ trưởng Bộ Y tế;

- Trong thời hạn 03 ngày kể từ ngày có kết quả giám định, Phòng Giám định BHYT (hoặc bộ phận giám định) phải hoàn thành việc lập Bảng thanh toán trực tiếp chi phí khám bệnh, chữa bệnh theo mẫu số C78-HD ban hành kèm theo Thông tư số 178/2012/TT-BTC chuyển Phòng Kế hoạch - Tài chính (hoặc bộ phận kế toán).

c) Phòng Kế hoạch - Tài chính (hoặc bộ phận kế toán)

- Trong thời hạn 02 ngày kể từ ngày nhận được mẫu số C78-HD, kiểm tra tính hợp lệ của các hóa đơn, chứng từ và hoàn thiện hồ sơ thanh toán trực tiếp, chuyển Bộ phận một cửa thực hiện chi trả cho người bệnh BHYT;

- Định kỳ hàng quý, tổng hợp chi phí thanh toán trực tiếp, chuyển Phòng Giám định BHYT (hoặc bộ phận giám định) để trừ vào quỹ khám bệnh, chữa bệnh tại cơ sở y tế nơi đăng ký ban đầu hoặc thông báo thanh toán đa tuyến ngoại tỉnh.

5. Cơ quan BHXH tiếp nhận hồ sơ thanh toán trực tiếp chi phí khám bệnh, chữa bệnh BHYT phát sinh trong năm tài chính đến hết quý I năm sau; cơ sở y tế không cung ứng đủ thuốc, hóa chất, vật tư y tế, để người bệnh tự mua có trách nhiệm hoàn trả tiền cho người bệnh; tổng hợp thanh toán với cơ quan BHXH theo quy định. BHXH tỉnh thông báo quy định này để người tham gia BHYT biết và được đảm bảo đầy đủ quyền lợi BHYT.

Điều 17. Thanh toán đa tuyến

1. Nguyên tắc thanh toán đa tuyến

a) Thanh toán đa tuyến nội tỉnh được thực hiện đối với chi phí khám bệnh, chữa bệnh BHYT của người có thẻ BHYT do BHXH tỉnh phát hành, điều trị tại các cơ sở y tế ngoài nơi đăng ký ban đầu trên địa bàn tỉnh.

b) Thanh toán đa tuyến ngoại tỉnh được thực hiện đối với chi phí khám bệnh, chữa bệnh BHYT của người có thẻ BHYT do BHXH tỉnh phát hành, điều trị tại các cơ sở y tế ngoài địa bàn tỉnh.

c) Thanh toán đa tuyến kinh phí chăm sóc sức khỏe ban đầu khi học sinh, sinh viên có thẻ BHYT do BHXH tỉnh phát hành, học tập ngoài địa bàn tỉnh.

2. Thanh toán đa tuyến đến tại cơ sở y tế

a) Thanh toán đa tuyến đến tại cơ sở y tế đối với các trường hợp quy định tại Điểm a và b, Khoản 1 Điều này. Trần đa tuyến đến được xác định theo quy định tại Khoản 6, Điều 11 Thông tư liên tịch số 41/2014/TTLT-BYT-BTC.

Đối với các cơ sở y tế lần đầu ký hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh BHYT, trần đa tuyến đến được xác định căn cứ chi phí bình quân năm trước theo chuyên khoa tương ứng tại cơ sở y tế cùng tuyến chuyên môn kỹ thuật trên địa bàn.

b) Hằng quý, cơ quan BHXH thanh toán đa tuyến đến với cơ sở y tế theo chi phí thực tế thuộc phạm vi quyền lợi của người bệnh BHYT nhưng mức thanh toán tối đa không vượt quá trần đa tuyến đến sau khi trừ đi phần chi phí thuộc trách nhiệm chi trả của người bệnh.

Trường hợp cơ sở y tế chi vượt trần đa tuyến đến, trong vòng 30 ngày kể từ ngày nhận được báo cáo thuyết minh của cơ sở y tế, Phòng Giám định BHYT chủ trì, phối hợp với các phòng có liên quan thẩm định, xác định nguyên nhân. Phần chi phí phát sinh ngoài trần đa tuyến đến (nếu có) được quyết toán vào quý kế tiếp.

Cuối năm, cơ quan BHXH thực hiện bù trừ thanh toán đa tuyến đến giữa các quý trong năm; điều chỉnh thanh toán đa tuyến đến phát sinh trong năm với cơ sở y tế. Phần chi vượt trần còn lại không thuộc phạm vi thanh toán của quỹ BHYT.

3. Thông báo thanh toán đa tuyến nội tỉnh

a) Chậm nhất 25 ngày kể từ ngày nhận được dữ liệu điện tử và mẫu số C79a-HD, C80a-HD ban hành kèm theo Thông tư số 178/2012/TT-BTC của cơ sở y tế, BHXH huyện hoàn thành việc giám định, chuyển Phòng Giám định BHYT Thống kê chi phí khám bệnh, chữa bệnh BHYT ngoại trú, nội trú tại các cơ sở y tế theo mẫu số 14/BHYT ban hành kèm theo Quyết định này và toàn bộ dữ liệu khám bệnh, chữa bệnh đã giám định tại cơ sở y tế được phân cấp.

b) Chậm nhất 05 ngày kể từ ngày nhận được dữ liệu và báo cáo của BHXH huyện, Phòng Giám định BHYT tập trung dữ liệu khám bệnh, chữa bệnh toàn tỉnh, kiểm tra, đối chiếu với dữ liệu thẻ BHYT do tỉnh phát hành; từ chối quyết toán hoặc yêu cầu giám định lại đối với các trường hợp đề nghị thanh toán nhưng không đầy đủ thông tin hoặc thông tin không chính xác; thông báo thanh toán đa tuyến nội tỉnh cho BHXH huyện để trừ vào quỹ khám bệnh, chữa bệnh được sử dụng tại cơ sở y tế nơi người có thẻ BHYT đăng ký ban đầu.

4. Thông báo thanh toán đa tuyến ngoại tỉnh

a) Trước ngày 15 tháng thứ hai mỗi quý, BHXH tỉnh gửi BHXH Việt Nam (Trung tâm Giám định BHYT và Thanh toán đa tuyến khu vực phía Bắc) Tổng hợp thanh toán đa tuyến ngoại tỉnh theo mẫu số 11/BHYT ban hành kèm theo Quyết định này và dữ liệu điện tử;

b) Trước ngày 30 tháng thứ hai mỗi quý, Trung tâm giám định BHYT và Thanh toán đa tuyến khu vực phía Bắc phải hoàn thành việc thẩm định, thông báo thanh toán đa tuyến ngoại tỉnh cho BHXH tỉnh theo mẫu số C88-HD ban hành kèm theo Thông tư số 178/2012/TT-BTC kèm theo dữ liệu điện tử; từ chối thanh toán đa tuyến ngoại tỉnh đối với các trường hợp đề nghị thông báo đa tuyến nhưng không đầy đủ thông tin hoặc thông tin không chính xác.

c) BHXH tỉnh nơi phát hành thẻ nhận được thông báo đa tuyến ngoại tỉnh thực hiện kiểm tra dữ liệu của người có thẻ BHYT đi khám bệnh, chữa bệnh ngoại tỉnh với dữ liệu khám bệnh, chữa bệnh tại tỉnh và dữ liệu phát hành thẻ BHYT; đề nghị giám định lại đối với các trường hợp thẻ BHYT không có trong dữ liệu thẻ đã phát hành, chuyển tuyến hoặc thời gian điều trị không hợp lý; phân bổ chi phí thanh toán đa tuyến ngoại tỉnh để trừ vào quỹ khám bệnh, chữa bệnh được sử dụng tại cơ sở y tế đăng ký ban đầu.

5. Giám định lại thanh toán đa tuyến ngoại tỉnh

a) Trong vòng 15 ngày kể từ ngày nhận được thông báo đa tuyến, BHXH tỉnh nơi phát hành thẻ phải hoàn thành kiểm tra dữ liệu đa tuyến và gửi yêu cầu giám định lại (nếu có) cho BHXH tỉnh đến và Trung tâm giám định BHYT và Thanh toán đa tuyến khu vực phía Bắc.

b) Trong vòng 30 ngày kể từ ngày nhận được đề nghị giám định lại của BHXH tỉnh nơi phát hành thẻ, BHXH tỉnh nơi bệnh nhân đến khám bệnh, chữa bệnh phải trả lời bằng văn bản;

Trường hợp cơ sở y tế nơi điều trị không chứng minh được tính chính xác của các trường hợp yêu cầu giám định lại thì trừ vào số chi đã quyết toán với cơ sở y tế đồng thời đề nghị giảm trừ thanh toán đa tuyến ngoại tỉnh vào quỹ gần nhất;

c) Trường hợp BHXH tỉnh nơi bệnh nhân đến khám bệnh, chữa bệnh không trả lời yêu cầu giám định lại, Trung tâm giám định BHYT và Thanh toán đa tuyến khu vực phía Bắc thực hiện việc điều chỉnh giảm đa tuyến vào quý kế tiếp.

d) Trước ngày 31/03 hằng năm, Trung tâm Giám định BHYT và Thanh toán đa tuyến khu vực phía Bắc có trách nhiệm tổng hợp thông báo đa tuyến ngoại tỉnh năm trước, gửi BHXH Việt Nam (Ban Tài chính - Kế toán, Ban Thực hiện chính sách BHYT) đồng thời gửi BHXH tỉnh làm căn cứ điều chỉnh quyết toán đa tuyến ngoại tỉnh với cơ sở y tế đăng ký ban đầu và tổng hợp vào quyết toán chi khám bệnh, chữa bệnh của BHXH tỉnh.

Chương VI

HỆ THỐNG CHỨNG TỪ, BIỂU MẪU VÀ CHẾ ĐỘ THÔNG TIN BÁO CÁO

Điều 18. Hệ thống biểu mẫu, chứng từ

Hệ thống biểu mẫu chứng từ sử dụng để tổ chức thực hiện BHYT trong khám bệnh, chữa bệnh bao gồm:

1. Các biểu mẫu do Bộ Y tế, Bộ Tài chính ban hành.

Các mẫu số C78-HD, C79a-HD, C79b-HD, C80a-HD, C80b-HD, C81-HD, C82-HD, C86-HD ban hành theo Thông tư số 178/2012/TT-BTC được điều chỉnh một số chỉ tiêu tại Phụ lục số 02 ban hành theo Quyết định này.

2. Các biểu mẫu và hướng dẫn ghi chép do BHXH Việt Nam ban hành tại Phụ lục số 01 kèm theo Quyết định này.

Điều 19. Chế độ thông tin báo cáo

1. Cơ quan BHXH, cơ sở khám bệnh, chữa bệnh BHYT và các đơn vị có sử dụng kinh phí chăm sóc sức khỏe ban đầu có trách nhiệm thực hiện đầy đủ chế độ thông tin, báo cáo bằng văn bản, dữ liệu điện tử theo quy định và chịu trách nhiệm trước pháp luật về tính hợp pháp, chính xác của thông tin, báo cáo.

2. Cơ quan BHXH lưu trữ hồ sơ theo quy định của pháp luật.

Điều 20. Điều khoản tham chiếu

Trường hợp các văn bản quy phạm pháp luật được dẫn chiếu trong Quy định này được thay thế, sửa đổi, bổ sung thì áp dụng theo các văn bản thay thế, sửa đổi, bổ sung./.

TỔNG GIÁM ĐỐC



Nguyễn Thị Minh



HƯỚNG DẪN GHI CHÉP BIỂU MẪU

(Tạp chí Luật số 01 ban hành kèm theo Quyết định số: 1399/QĐ-BHXH
ngày 25 tháng 12 năm 2014 của Tổng Giám đốc Bảo hiểm xã hội Việt Nam)

I. Nguyên tắc chung:

1. Hệ thống biểu mẫu thống kê BHYT trong khám bệnh, chữa bệnh gồm các biểu mẫu do Bộ Y tế, Bộ Tài chính và BHXH Việt Nam ban hành.

2. Báo cáo phải có đầy đủ chữ ký, tên, đóng dấu của đơn vị lập và thống nhất với số liệu trên dữ liệu điện tử; Báo cáo nhiều hơn một trang phải đóng dấu giáp lai giữa các trang. Thời điểm nhận báo cáo tính từ ngày nhận được văn bản và dữ liệu điện tử.

3. BHXH tỉnh tiếp nhận cơ sở dữ liệu thống kê khám bệnh, chữa bệnh do cơ sở y tế lập theo hướng dẫn tại Công văn 808/BHXH-CSYT ngày 04/03/2013 về việc hướng dẫn định dạng dữ liệu khám bệnh, chữa bệnh báo cáo theo Thông tư số 178/2012/TT-BTC và Công văn số 3131/BHXH-CSYT ngày 26/8/2014 về việc chuẩn hóa và quản lý tập trung dữ liệu khám bệnh, chữa bệnh; sử dụng phần mềm thống kê do BHXH Việt Nam ban hành để quản lý dữ liệu khám bệnh, chữa bệnh và thực hiện các báo cáo theo quy định.

4. Các biểu do BHXH tỉnh báo cáo BHXH Việt Nam được gửi đồng thời bằng văn bản và dữ liệu điện tử.

BHXH các tỉnh thực hiện việc tiếp nhận và chuyển dữ liệu về BHXH Việt Nam qua các địa chỉ sau:

- Ban Thực hiện chính sách BHYT

Thư điện tử: khtonghop.thcsbhyt@vss.gov.vn

Dữ liệu điện tử: <ftp://ftp.vssic.gov.vn>

- Ban Tài chính - Kế toán

Thư điện tử: banchi@vss.gov.vn

- Ban Dược và Vật tư y tế

Thư điện tử: duocvtyt@vss.gov.vn

- Trung tâm giám định BHYT và Thanh toán đa tuyến khu vực phía Bắc

Dữ liệu điện tử: <ftp://ftp.vssic.gov.vn>

II. Hướng dẫn nội dung, phương pháp lập và sử dụng biểu mẫu

1. Mẫu số 01/BHYT: Bản đề nghị trích chuyển kinh phí chăm sóc sức khoẻ ban đầu

a. Mục đích: Là cơ sở để xem xét trích chuyển kinh phí chăm sóc sức khoẻ ban đầu cho đơn vị, cơ sở giáo dục quốc dân.

b. Trách nhiệm lập: Đơn vị, cơ sở giáo dục quốc dân lập bản đề nghị trích chuyển kinh phí chăm sóc sức khoẻ ban đầu theo điều kiện quy định tại Điều 18 Thông tư liên tịch số 41/2014/TTLT-BYT-BTC gửi cơ quan BHXH trước ngày 31/10 hàng năm.

c. Phương pháp lập:

(1): Ghi tên đơn vị, cơ sở giáo dục quốc dân.

(2): Ghi mã số đơn vị, cơ sở giáo dục quốc dân do cơ quan BHXH cấp.

(3): Ghi tên cơ quan BHXH nơi được phân cấp quản lý thu tại đơn vị.

Về nhân lực y tế: Ghi đầy đủ họ tên, chức danh người làm công tác y tế chuyên trách hoặc hợp đồng lao động từ đủ 3 tháng trở lên, có trình độ tối thiểu là trung cấp y.

Về cơ sở vật chất: Ghi cụ thể điều kiện về cơ sở vật chất phòng y tế hoặc phòng làm việc riêng để thực hiện việc sơ cấp cứu, xử trí ban đầu.

2. Mẫu số 02/BHYT: Biên bản thẩm định cơ sở y tế đủ điều kiện ký hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh BHYT

a. Mục đích: Cơ quan BHXH thẩm định các điều kiện để ký hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh BHYT với cơ sở y tế đề nghị ký hợp đồng lần đầu hoặc ký lại sau khi đã tạm ngừng hợp đồng.

b. Trách nhiệm lập: Cơ quan BHXH phối hợp với Sở Y tế hoặc trực tiếp thẩm định, khảo sát tại cơ sở y tế để lập biên bản.

c. Phương pháp lập:

Mục I. Thành phần đoàn thẩm định: Ghi đầy đủ các thành viên tham gia.

Đoàn thẩm định do cơ quan BHXH thực hiện hoặc phối hợp với Sở Y tế thực hiện.

Mục II. Thông tin về cơ sở y tế: Ghi theo Giấy phép hoạt động.

Mục III. Nội dung thẩm định:

1. Hồ sơ pháp lý:

- Giấy phép hoạt động khám bệnh, chữa bệnh: Ghi số giấy phép, ngày cấp, nơi cấp;

- Hạng: Ghi bằng chữ in hoa ĐB hoặc bằng số 1, 2, 3, 4 tương ứng với hạng đặc biệt hoặc hạng I, II, III, IV theo quyết định của cấp có thẩm quyền, trường hợp chưa phân hạng ghi CH;

- Tuyên: Ghi tuyên trung ương, tỉnh, huyện, xã theo quy định của cấp có thẩm quyền.

2. Cơ sở vật chất, nhân lực:

- Cơ sở vật chất: Khu vực ngoại trú ghi diện tích buồng khám và số bàn khám thực tế tương ứng với từng chuyên khoa; khu vực nội trú ghi diện tích và số giường thực tế; đối với các khoa hoặc bộ phận xét nghiệm, chẩn đoán hình ảnh, dược ghi có hoặc không;

- Nhân lực: Đối với khu vực khám bệnh, chữa bệnh và bộ phận xét nghiệm, chẩn đoán hình ảnh tại cột (4), (5), (6), (7), (8) ghi số lượng bác sỹ và kỹ thuật viên được cấp phép hành nghề tại từng bộ phận, làm việc toàn thời gian và bán thời gian vào các cột tương ứng.

Đối với khoa hoặc bộ phận Dược: Tại cột (5), (6) ghi số lượng dược sỹ đại học, cột (7), (8) ghi số lượng dược sỹ trung học hoặc dược tá vào các cột tương ứng.

Mục IV: Kết luận

Căn cứ kết quả thẩm định thực tế về pháp lý, nhân lực, cơ sở vật chất, đối chiếu hồ sơ cấp giấy phép hoạt động và quy định tại Thông tư số 41/2011/TT-BYT ngày 14/11/2011 của Bộ Y tế về việc hướng dẫn cấp chứng chỉ hành nghề và cấp giấy phép hoạt động đối với cơ sở khám bệnh, chữa bệnh, đoàn thẩm định xác định cơ sở y tế đủ điều kiện hay chưa đủ điều kiện ký hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh BHYT. Trường hợp chưa đủ điều kiện thì ghi rõ lý do.

Biên bản được lập thành 03 bản: 01 bản giao cho cơ quan BHXH tỉnh, 01 bản giao cho cơ sở y tế đề nghị ký hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh BHYT, 01 bản gửi BHXH Việt Nam.

3. Mẫu số 03/BHYT: Danh sách học sinh, sinh viên tham gia BHYT theo nhóm đối tượng khác

a. Mục đích: kê khai các thông tin của học sinh, sinh viên tham gia BHYT theo nhóm đối tượng khác để xác định kinh phí chi chăm sóc sức khỏe ban đầu.

b. Trách nhiệm lập: Cơ sở giáo dục quốc dân lập gửi cơ quan BHXH vào tháng đầu của năm học hoặc khoá học cùng với mẫu D03-TS ban hành kèm theo Quyết định số 1111/QĐ-BHXH ngày 25/10/2011 của BHXH Việt Nam.

c. Phương pháp lập:

- Ghi đầy đủ họ tên, ngày, tháng, năm sinh của học sinh, sinh viên; lớp đang theo học.

- Mã thẻ BHYT: Ghi đầy đủ mã thẻ BHYT đã cấp cho học sinh, sinh viên.

- Thời hạn sử dụng của thẻ: Ghi theo thời hạn sử dụng trên thẻ BHYT.

- Nơi đăng ký khám bệnh, chữa bệnh ban đầu: Ghi theo thẻ BHYT.

4. Mẫu số 04/BHYT: Tổng hợp suất phí và chi phí khám bệnh, chữa bệnh bình quân năm.... tại các cơ sở y tế

a. Mục đích: Theo dõi, tổng hợp suất phí, chi phí ngoài định suất/thẻ theo tuyến và chi phí bình quân làm căn cứ tính tổng mức thanh toán đa tuyến đến của từng cơ sở y tế trên địa bàn tỉnh.

b. Trách nhiệm lập: Phòng Giám định BHYT căn cứ vào kết quả giám định, quyết toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh năm trước để tính toán suất phí, chi phí ngoài định suất/thẻ theo tuyến chuyên môn kỹ thuật và chi phí bình quân ngoại trú, nội trú năm trước của từng cơ sở y tế, báo cáo BHXH Việt Nam trước ngày 31 tháng 3 hằng năm.

c. Phương pháp lập:

Suất phí: Hằng năm, sau khi hoàn thành quyết toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh BHYT, Phòng Giám định BHYT tổng hợp chi phí khám bệnh, chữa bệnh BHYT theo từng tuyến chuyên môn kỹ thuật; chi phí ngoài định suất theo quy định tại Điểm đ, Khoản 2, Điều 10 Thông tư liên tịch số 41/2014/TTLT-BYT-BTC để xác định suất phí và chi phí ngoài định suất bình quân trên thẻ tại từng tuyến chuyên môn kỹ thuật.

Chi phí bình quân một đợt điều trị tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh:

Chi phí bình quân một đợt điều trị năm trước của các trường hợp đến điều trị tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh là cơ sở để xác định trần thanh toán đa tuyến đến, được tính riêng cho khám bệnh ngoại trú và điều trị nội trú.

Đối với các cơ sở y tế có tách riêng khoa để tính trần thì tách riêng dòng cho chuyên khoa đó. Đối với cơ sở y tế chỉ xây dựng trần chung thì ghi trên một dòng.

5. Mẫu số 05/BHYT: Giấy chứng nhận không cùng chi trả trong năm

a. Mục đích: Người tham gia BHYT có đủ điều kiện được cấp Giấy này để được hưởng quyền lợi không cùng chi trả kể từ lần khám bệnh, chữa bệnh đúng tuyến kế tiếp đến hết năm dương lịch.

b. Trách nhiệm lập: Phòng Cấp sổ, thẻ chủ trì, phối hợp với Phòng Thu, Phòng Giám định BHYT thực hiện việc xác định người tham gia BHYT đủ điều kiện để cấp giấy này.

c. Phương pháp lập:

Bộ phận một cửa tiếp nhận toàn bộ chứng từ xác định thu phần chi phí cùng chi trả của người bệnh, sao chụp thẻ BHYT chuyển Phòng Giám định BHYT.

Phòng Giám định BHYT căn cứ chứng từ thu phần người bệnh cùng chi trả để xác định thời điểm sau ngày ra viện của lần khám bệnh, chữa bệnh đúng tuyến mà người bệnh đã cùng chi trả vượt quá 6 tháng lương cơ sở; chuyển Phòng Cấp sổ, thẻ.

Phòng Cấp số, thẻ làm thủ tục cấp Giấy chứng nhận không cùng chi trả trong năm đối với người tham gia BHYT đã đáp ứng đầy đủ các điều kiện theo quy định; trường hợp trên thẻ BHYT chưa ghi thông tin về thời điểm tham gia BHYT đủ 05 năm liên tục, Phòng Cấp số, thẻ phối hợp với Phòng Thu xác nhận thời điểm tham gia BHYT đủ 05 năm liên tục.

Phòng Cấp số, thẻ lưu toàn bộ hồ sơ cấp Giấy chứng nhận không cùng chi trả trong năm theo quy định, chuyển Giấy chứng nhận cho bộ phận một cửa trả người đề nghị cấp.

6. Mẫu số 06/BHYT: Giấy đề nghị thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh BHYT

a. Mục đích: Cung cấp thông tin và liệt kê các chứng từ cần thiết để giải quyết thanh toán trực tiếp cho người tham gia BHYT.

b. Trách nhiệm lập: Người đến làm thủ tục thanh toán trực tiếp lập.

c. Phương pháp lập: Người đến làm thủ tục kê khai chi tiết các thông tin theo mẫu, ghi rõ lý do chưa được hưởng quyền lợi BHYT; liệt kê đầy đủ các chứng từ hợp pháp, hợp lệ gửi kèm.

Cán bộ tiếp nhận hồ sơ kiểm tra, sao chụp thẻ BHYT, đối chiếu đầy đủ các chứng từ gửi kèm và ký xác nhận.

7. Mẫu số 07/BHYT: Phiếu yêu cầu giám định

a. Mục đích: Ghi các nội dung cần giám định làm căn cứ thanh toán trực tiếp chi phí khám bệnh, chữa bệnh BHYT.

b. Trách nhiệm lập: Phòng Giám định BHYT (hoặc bộ phận giám định) nơi tiếp nhận hồ sơ đề nghị thanh toán trực tiếp.

c. Phương pháp lập: Căn cứ hồ sơ đề nghị thanh toán trực tiếp, Phòng Giám định BHYT (hoặc bộ phận giám định) ghi các thông tin về mã thẻ, giá trị thẻ, nơi đăng ký khám bệnh, chữa bệnh ban đầu theo các thông tin trên thẻ BHYT, nơi người bệnh đã điều trị, ghi các nội dung cần giám định và các bản sao chứng từ gửi kèm theo.

Đối với trường hợp giám định bệnh nhân nội tỉnh, Giám đốc BHXH tỉnh có thể ủy quyền cho Trưởng phòng Giám định BHYT ký thừa lệnh.

8. Mẫu số 08/BHYT: Thông báo kết quả giám định chi phí khám bệnh, chữa bệnh BHYT

a. Mục đích: Cơ quan BHXH nơi tiếp nhận yêu cầu thông báo kết quả giám định cho cơ quan BHXH nơi đề nghị giám định.

b. Trách nhiệm lập: Phòng Giám định BHYT (hoặc bộ phận Giám định).

c. Phương pháp lập: Giám định viên thực hiện giám định trực tiếp trên hồ sơ, bệnh án của người bệnh; ghi đầy đủ thông tin theo mẫu trình Lãnh đạo đơn vị ký trả lời.

Kết quả giám định: Ghi chi tiết tổng số tiền, số tiền thuộc phạm vi quyền lợi BHYT do nguồn quỹ BHYT và do bệnh nhân cùng chi trả, số tiền người bệnh tự trả theo từng khoản chi phí: khám bệnh; ngày giường; xét nghiệm; chẩn đoán hình ảnh, thăm dò chức năng; thủ thuật, phẫu thuật; máu, chế phẩm máu; thuốc, dịch truyền; thuốc thanh toán theo điều kiện, tỷ lệ; dịch vụ kỹ thuật theo điều kiện, tỷ lệ; vật tư y tế thanh toán riêng và các khoản chi khác (nếu có). Trong thời gian Bộ Y tế chưa ban hành danh mục dịch vụ kỹ thuật thanh toán theo điều kiện, tỷ lệ thì ghi dịch vụ kỹ thuật cao, chi phí lớn.

Ghi chú: Ghi rõ lý do từng khoản chi phí không được thanh toán BHYT.

Mẫu lập riêng cho mỗi lần khám bệnh, chữa bệnh, gửi cùng Bảng kê chi phí khám bệnh, chữa bệnh ngoại trú/nội trú của người bệnh (Mẫu 01/BV, 02/BV hoặc 03/TYT ban hành kèm theo Quyết định số 3455/QĐ-BYT ngày 16/9/2013 của Bộ trưởng Bộ Y tế).

9. Mẫu số 09/BHYT: Biên bản thẩm định nguyên nhân vượt quỹ khám bệnh, chữa bệnh BHYT

a. Mục đích: Thẩm định và xác định nguyên nhân vượt quỹ khám bệnh, chữa bệnh BHYT tại cơ sở y tế.

b. Trách nhiệm lập: Cơ quan BHXH (Phòng Giám định BHYT) chủ trì, phối hợp với Sở Y tế (nếu có) và cơ sở y tế thực hiện.

c. Phương pháp và trách nhiệm ghi chép:

Căn cứ Báo cáo thuyết minh của cơ sở y tế, phân tích các nguyên nhân và các bảng số liệu, tài liệu chứng minh kèm theo; Danh sách, dữ liệu khám bệnh, chữa bệnh của người có thẻ BHYT đăng ký ban đầu tại cơ sở y tế theo mẫu số C79a-HD, C79b-HD, C80a-HD, C80b-HD ban hành kèm theo Thông tư 178/2012/TT-BTC; Thống kê vật tư y tế thanh toán BHYT theo mẫu số 19/BHYT; Thống kê thuốc thanh toán BHYT theo mẫu số 20/BHYT và Thống kê dịch vụ kỹ thuật thanh toán BHYT theo mẫu 21/BHYT ban hành kèm theo Quyết định này;

Cơ quan BHXH thẩm định, thống nhất với cơ sở y tế lập biên bản xác định nguyên nhân dẫn đến vượt quỹ khám bệnh, chữa bệnh được sử dụng trong kỳ. Biên bản phải thể hiện lần lượt các nguyên nhân chủ quan, khách quan, bất khả kháng.

Trường hợp thay đổi giá dịch vụ y tế: Lập bảng so sánh chi tiết từng loại dịch vụ y tế điều chỉnh giá, thống kê số lượng, giá cũ, giá mới, tổng số tiền vượt quỹ và số tiền đề nghị thanh toán bổ sung.

Trường hợp áp dụng dịch vụ kỹ thuật mới, có chi phí lớn: Thống kê chi tiết từng loại dịch vụ kỹ thuật mới, số lượng, đơn giá, tổng số tiền vượt quỹ và số tiền đề nghị thanh toán bổ sung (không bao gồm phần chi vượt quỹ đã xác định do nguyên nhân thay đổi giá dịch vụ y tế).

Trường hợp do dịch bệnh bùng phát: Thống kê số trường hợp dịch bệnh tăng thêm so với năm trước, tổng số tiền vượt quỹ tương ứng và số tiền đề nghị

thanh toán bổ sung cho các trường hợp này sau khi giảm trừ phần chi phí tăng thêm do thay đổi giá dịch vụ y tế và áp dụng dịch vụ kỹ thuật mới.

Nguyên nhân tỷ lệ người mắc bệnh nặng, chi phí cao so với dự kiến: So sánh cơ cấu bệnh tật năm trước và năm nay, thống kê số trường hợp tăng thêm, chi phí tăng thêm.

Trường hợp do tăng chi đa tuyến đi: So sánh số lượt, chi phí chuyển tuyến năm trước và năm nay đối với các trường hợp khám bệnh, chữa bệnh nơi khác do mắc bệnh nặng, bệnh mạn tính ngoài khả năng chuyên môn của cơ sở y tế.

Phần chi phí vượt quỹ do nguyên nhân sau phải giảm trừ phần chi phí đã xác định ở các nguyên nhân trước; chỉ thẩm định các khoản chi phí khám bệnh, chữa bệnh thanh toán từ quỹ khám bệnh, chữa bệnh tại cơ sở y tế, không bao gồm chi phí đa tuyến đến.

10. Mẫu số 10/BHYT: Biên bản thẩm định chi phí khám bệnh, chữa bệnh BHYT vượt trần đa tuyến đến được tính ngoài trần

a. Mục đích: Thẩm định và xác định nguyên nhân vượt trần đa tuyến đến tại cơ sở y tế.

b. Trách nhiệm lập: Cơ quan BHXH (Phòng Giám định BHYT) chủ trì, phối hợp với Sở Y tế (nếu có) và cơ sở y tế thực hiện.

c. Phương pháp và trách nhiệm ghi chép:

Căn cứ Báo cáo thuyết minh của cơ sở y tế, phân tích đầy đủ các nguyên nhân và các bảng số liệu, tài liệu chứng minh kèm theo; Danh sách, dữ liệu khám bệnh, chữa bệnh của người có thẻ BHYT đăng ký ban đầu nơi khác, đến khám bệnh, chữa bệnh tại cơ sở y tế theo mẫu số C79a-HD, C79b-HD, C80a-HD, C80b-HD ban hành kèm theo Thông tư 178/2012/TT-BTC; Thống kê vật tư y tế thanh toán BHYT theo mẫu số 19/BHYT; Thống kê thuốc thanh toán BHYT theo mẫu số 20/BHYT và Thống kê dịch vụ kỹ thuật thanh toán BHYT theo mẫu 21/BHYT ban hành kèm theo Quyết định này;

Cơ quan BHXH và cơ sở y tế thống nhất lập biên bản phân tích cụ thể từng nguyên nhân dẫn đến vượt trần đa tuyến đến tương tự như phân tích nguyên nhân vượt quỹ khám bệnh, chữa bệnh; xác định rõ chi phí phát sinh ngoài trần và chi phí vượt trần.

11. Mẫu số 11/BHYT: Tổng hợp thanh toán đa tuyến ngoại tỉnh

a. Mục đích: Tổng hợp số lượt và số tiền thanh toán đa tuyến ngoại tỉnh hằng quý, đề nghị BHXH Việt Nam thông báo, điều chỉnh thanh toán đa tuyến giữa BHXH các tỉnh.

b. Trách nhiệm lập: BHXH tỉnh (Phòng Giám định BHYT) nơi bệnh nhân đến lập và gửi Trung tâm giám định BHYT và Thanh toán đa tuyến khu vực phía Bắc (kèm theo dữ liệu điện tử) trước ngày 15 tháng thứ 2 hằng quý.

c. Phương pháp lập

- Biểu này được lập từ dữ liệu chi phí khám bệnh, chữa bệnh BHYT đã tuyển đến ngoại tỉnh tương ứng với số chi của bệnh nhân ngoại tỉnh đến được tổng hợp để quyết toán trên các mẫu số C82-HD và mẫu số 15/BHYT.

Cột A: Ghi số thứ tự.

Cột B: Ghi tên tỉnh nơi phát hành thẻ BHYT.

Cột C: Ghi mã tỉnh theo quy định tại Quyết định số 124/2004/QĐ-TTg ngày 08/7/2004 của Thủ tướng Chính phủ và Công văn số 628/TCTK-PPCĐ ngày 06/8/2009 của Tổng cục Thống kê. Riêng mã của BHXH Bộ Quốc phòng được ký hiệu bằng mã 97, BHXH Công an nhân dân được ký hiệu bằng mã 98.

Cột (1) đến cột (6) ghi số lượt, số tiền thanh toán đã tuyển các quý trước quý quyết toán trong năm, trong đó:

- Từ cột (1) đến cột (4): Phản ánh điều chỉnh tăng hoặc giảm đã tuyển đến sau khi giám định lại theo yêu cầu của Trung tâm giám định BHYT và thanh toán đã tuyển phía Bắc hoặc BHXH tỉnh nơi bệnh nhân đi hoặc thu hồi theo kết luận của cơ quan có thẩm quyền;

- Cột (5), (6): Phản ánh chi đã tuyển đến của quý trước quý liền kề, đề nghị thông báo thanh toán đã tuyển kỳ này.

Các trường hợp đã tuyển đến năm trước được BHXH Việt Nam đồng ý quyết toán năm nay hoặc điều chỉnh tổng trần đã tuyển đến các quý trong năm (thông báo 1 lần vào cuối năm) được lập riêng 01 mẫu 11/BHYT.

Cột (7) đến cột (12): Phản ánh chi phí khám bệnh, chữa bệnh đã tuyển đến tại kỳ báo cáo được cơ quan BHXH thanh toán với cơ sở y tế (tương ứng với phần chi khám bệnh, chữa bệnh ngoại tỉnh đến phát sinh trong kỳ được thanh toán tại mẫu số C82-HD); thanh toán trực tiếp cho người bệnh hoặc thanh toán chăm sóc sức khỏe ban đầu với y tế cơ quan, trường học (tương ứng Sổ theo dõi chi phí khám, chữa bệnh tại cơ quan BHXH mẫu số S85a-BH ban hành kèm theo Thông tư số 178/2012/TT-BTC).

12. Mẫu số 12/BHYT: Bảng tổng hợp đề nghị tạm ứng kinh phí khám bệnh, chữa bệnh BHYT

a. Mục đích: làm căn cứ cấp kinh phí tạm ứng cho cơ sở y tế.

b. Trách nhiệm lập:

- Ngay khi nhận được báo cáo quyết toán quý trước của cơ sở y tế, Phòng Giám định BHYT lập mẫu số 12/BHYT của cơ sở y tế đó, chuyển Phòng Kế hoạch - Tài chính. Tại vị trí [1] ghi Phòng Kế hoạch- Tài chính và vị trí [2] ghi Trưởng phòng Giám định BHYT.

- Chậm nhất ngày 17 tháng đầu mỗi quý, Phòng Kế hoạch - Tài chính tổng hợp mẫu số 12/BHYT toàn tỉnh báo cáo về BHXH Việt Nam (Ban Tài chính - Kế toán, Ban Thực hiện chính sách BHYT). Tại vị trí [1] ghi BHXH Việt Nam và vị trí [2] ghi Trưởng phòng Kế hoạch - Tài chính.

c. Phương pháp lập

BHXH tỉnh căn cứ đề nghị thanh toán của cơ sở y tế hằng tháng (mẫu số C79a-HD, C80a-HD), tổng hợp chi phí khám bệnh, chữa bệnh BHYT quý trước để lập biểu này

- Hàng ngang: Ghi từng cơ sở y tế ký hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh BHYT

- Hàng dọc:

Cột A, B, C: Ghi lần lượt số thứ tự, tên cơ sở y tế và mã cơ sở y tế

Cột (1): Ghi tổng chi phí khám bệnh, chữa bệnh BHYT cơ sở y tế đề nghị quyết toán. Cột (1) = cột (2) + cột (3) + cột (4)

Cột (2), (3) và (4): Ghi số chi đề nghị BHXH thanh toán tại cột (14) các dòng A, B và C mẫu số C79a-HD, C80a-HD.

Cột (5): Chi phí đề nghị tạm ứng bằng 80% giá trị cột (1).

13. Mẫu số 13/BHYT: Báo cáo kết quả ký hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh BHYT

a. Mục đích: BHXH tỉnh báo cáo kết quả ký hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh BHYT với các cơ sở y tế trên địa bàn tỉnh hằng năm để cập nhật vào danh mục cơ sở khám bệnh, chữa bệnh của ngành.

b. Trách nhiệm lập: BHXH tỉnh (Phòng Giám định BHYT) tổng hợp theo mẫu, báo cáo BHXH Việt Nam cùng với dữ liệu điện tử chậm nhất trước ngày 15 tháng 01 hàng năm.

c. Phương pháp lập

- Hàng ngang: Ghi lần lượt từng cơ sở y tế trực tiếp ký hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh BHYT. Trường hợp cơ sở y tế có ký hợp đồng để tổ chức khám bệnh, chữa bệnh BHYT tại trạm y tế xã, y tế cơ quan, phòng khám đa khoa, nhà hộ sinh (cơ sở y tế trực thuộc) thì ghi đầy đủ thông tin các cơ sở y tế trực thuộc ở các dòng kế tiếp.

- Hàng dọc

Cột (2): Ghi tên cơ sở y tế theo Giấy phép hoạt động khám bệnh, chữa bệnh.

Cột (3): Ghi mã cơ sở y tế do BHXH Việt Nam cấp bằng 05 ký tự.

Cột (4): Ghi mã cơ sở y tế ký hợp đồng tổ chức khám bệnh, chữa bệnh BHYT tại các cơ sở y tế trực thuộc; ví dụ: trạm y tế xã X tổ chức khám bệnh, chữa bệnh BHYT thông qua hợp đồng với bệnh viện huyện C thì ghi mã trạm y tế xã X tại cột (3), mã bệnh viện huyện C tại cột (4).

Cột (5): Ghi tuyến chuyên môn kỹ thuật của cơ sở y tế; bằng số 1, 2, 3 hoặc 4 tương ứng tuyến Trung ương, tỉnh, huyện hoặc xã.

Cột (6): Ghi hạng của cơ sở y tế theo quyết định phân hạng; ghi bằng chữ in hoa ĐB với hạng đặc biệt hoặc CH nếu cơ sở chưa được phân hạng; bằng số 1,2,3 hoặc 4 tương ứng với hạng I, II, III hoặc IV.

Cột (7): Ghi loại hình hoạt động; cơ sở y tế công lập ghi số 1, cơ sở y tế ngoài công lập ghi số 2.

Cột (8): Ghi phạm vi hoạt động; cơ sở y tế khám bệnh, chữa bệnh đa khoa ghi số 1, cơ sở y tế chuyên khoa ghi số 2, cơ sở y học cổ truyền ghi số 3.

Cột (9) hoặc (10): Ghi tỷ lệ (%) quỹ khám bệnh, chữa bệnh ban đầu tại cơ sở y tế đăng ký ban đầu thanh toán theo phí dịch vụ hoặc định suất (ghi 45 hoặc 90 tương ứng với quỹ khám bệnh, chữa bệnh xác định tại cơ sở y tế. Riêng y tế cơ quan tương đương trạm y tế xã hoặc trạm y tế xã ghi tỷ lệ cụ thể trong khoảng từ 10 đến 20).

Cột (11) đến cột (15) ghi thông tin về tiếp nhận đăng ký ban đầu tại cơ sở y tế:

- Cột (11): Ghi số thẻ đăng ký ban đầu cơ sở y tế có khả năng tiếp nhận được theo thống nhất giữa Sở Y tế và BHXH tỉnh;

- Cột (12): Ghi số thẻ đăng ký ban đầu thực tế tại cơ sở y tế trong quý gần nhất với kỳ báo cáo;

- Cột (13), (14) và (15): Đánh dấu nhân (x) vào cột tương ứng tại cơ sở y tế tiếp nhận đăng ký ban đầu đối với trẻ em (có chuyên khoa Nhi), được giao nhiệm vụ chăm sóc bảo vệ sức khỏe cán bộ, tiếp nhận đăng ký ban đầu ngoại tỉnh.

14. Mẫu số 14/BHYT: Thống kê chi phí khám bệnh, chữa bệnh BHYT ngoại trú, nội trú tại các cơ sở y tế

a. Mục đích: Tổng hợp, báo cáo chi phí khám bệnh, chữa bệnh BHYT ngoại trú, nội trú theo từng cơ sở y tế trên địa bàn tỉnh.

b. Trách nhiệm lập: BHXH tỉnh (Phòng Giám định BHYT) lập và báo cáo BHXH Việt Nam (Ban Thực hiện chính sách BHYT) trước ngày 15 tháng thứ 2 mỗi quý cùng với dữ liệu khám bệnh, chữa bệnh BHYT toàn tỉnh.

c. Phương pháp lập:

Phòng Giám định BHYT phối hợp với Phòng Công nghệ thông tin tổng hợp dữ liệu khám bệnh, chữa bệnh BHYT tại các cơ sở y tế trên toàn tỉnh (mẫu số C79b-HD, C80b-HD), phối hợp với Phòng Kế hoạch – Tài chính tổng hợp dữ liệu thanh toán trực tiếp (mẫu số C78-HD), tập hợp thành cơ sở dữ liệu khám bệnh, chữa bệnh BHYT tập trung tại tỉnh và lập biểu theo mẫu.

Các chỉ tiêu thống kê chi phí khám bệnh, chữa bệnh trong phạm vi được hưởng BHYT; không bao gồm phần chi phí chênh lệch giữa mức giá thanh toán BHYT và mức giá do cơ sở y tế quy định, chênh lệch khi người bệnh tự chọn thầy thuốc, tự chọn buồng bệnh.

- Hàng ngang: Tổng hợp riêng 2 mục khám bệnh ngoại trú và điều trị nội trú; tại mỗi mục thống kê theo từng cơ sở y tế.

- Hàng dọc:

Cột (1) và (2): Ghi tổng số lượt khám bệnh, chữa bệnh đúng tuyến và trái tuyến trên địa bàn trong kỳ báo cáo.

Cột (3): Ghi số ngày điều trị.

Cột (4): Tổng chi khám bệnh, chữa bệnh trong phạm vi quyền lợi BHYT, bằng tổng giá trị từ cột (5) đến cột (15) và bằng tổng giá trị các cột (16) và (17).

Từ cột (5) đến (10): Ghi các khoản chi phí không áp dụng điều kiện tỷ lệ; gồm xét nghiệm; chẩn đoán hình ảnh và thăm dò chức năng; thuốc; máu; thủ thuật và phẫu thuật; vật tư y tế thanh toán riêng.

Từ cột (11) đến (13): Ghi các khoản chi phí có áp dụng tỷ lệ, gồm dịch vụ kỹ thuật (trong thời gian chưa ban hành Danh mục dịch vụ kỹ thuật thanh toán theo điều kiện tỷ lệ thì ghi dịch vụ kỹ thuật cao, chi phí lớn); thuốc; vật tư y tế thanh toán riêng.

Cột (14), (15): Ghi tiền khám bệnh/tiền giường; chi phí vận chuyển.

Cột (16): Ghi số tiền người bệnh chi trả bao gồm cùng chi trả, tự trả khi khám bệnh, chữa bệnh không đúng tuyến, số tiền tự trả đối với các dịch vụ y tế áp dụng tỷ lệ thanh toán.

Cột (17): Ghi số tiền quỹ BHYT thanh toán.

Cột (18): Ghi số tiền cơ quan BHXH xuất toán theo kết quả giám định, tương ứng với số chênh lệch giữa số tiền cơ sở y tế đề nghị thanh toán (mẫu số C79a-HD, C80a-HD) và cơ quan BHXH thanh toán (mẫu số C79b-HD, C80b-HD).

Các cột (19), (20) và (21): Ghi lần lượt số lượt thanh toán trực tiếp, số tiền BHXH thanh toán và người bệnh chi trả trong phạm vi được hưởng BHYT.

15. Mẫu số 15/BHYT: Báo cáo thanh, quyết toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh BHYT

a. Mục đích: BHXH tỉnh tổng hợp báo cáo BHXH Việt Nam tình hình thanh quyết toán chi phí khám, chữa bệnh BHYT hàng quý; là căn cứ cấp kinh phí để BHXH tỉnh thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh với cơ sở y tế.

b. Trách nhiệm lập: Phòng Kế hoạch - Tài chính chủ trì lập báo cáo gửi BHXH Việt Nam (Ban Tài chính – Kế toán, Ban Thực hiện chính sách BHYT) cùng với dữ liệu điện tử chậm nhất ngày 15 tháng thứ 2 mỗi quý. Phòng Giám định BHYT xác định các mục về chi khám bệnh, chữa bệnh BHYT tổng hợp từ mẫu số C79b-HD, C80b-HD, C81-HD; Phòng Kế hoạch – Tài chính đối chiếu các chỉ tiêu quyết toán tổng hợp từ mẫu số C81-HD, C82-HD, xác định kinh phí được sử dụng, cân đối quỹ khám bệnh, chữa bệnh và tình hình sử dụng kinh phí.

c. Phương pháp lập:

- Hàng dọc: Ghi thông tin từ cột (1) đến cột (4).

Cột (1): Từ mã số (1) đến (25) và từ mã số (33) đến (45) ghi số lượt điều trị tương ứng với chỉ tiêu tại cột B; mã số (26) đến (32) ghi số người được tính kinh phí chăm sóc sức khỏe ban đầu; mã số (53) ghi tổng số thẻ BHYT bình quân trong quý; mã số (54) đến (58) ghi số thẻ bình quân của từng nhóm đối tượng theo trách nhiệm đóng.

Cột (2): Ghi số tiền tương ứng các chỉ tiêu tại cột B.

Cột (3): Ghi số lượt điều trị lũy kế từ đầu năm. Từ mã số (53) đến (58) ghi số thẻ BHYT bình quân các quý từ đầu năm đến quý báo cáo.

Cột (4): Ghi số tiền lũy kế từ đầu năm đến quý báo cáo.

- Hàng ngang:

Mục I. Chi khám bệnh, chữa bệnh đã thẩm định tại cơ sở y tế: Phản ánh phần chi phí khám bệnh, chữa bệnh thuộc trách nhiệm chi trả của quỹ BHYT, bao gồm chi phí kỳ trước chưa được quyết toán và số phát sinh trong kỳ. Mã số (1) = (2) + (7); (2) = (3) + (4) và (7) = (8) + (9). Trong đó:

Mã số (3): Phản ánh chi phí khám bệnh, chữa bệnh của bệnh nhân nội tỉnh kỳ trước trong năm chưa được quyết toán; được tổng hợp từ mã số (25) và phần chi đa tuyến đến nội tỉnh của mã số (26.1) mẫu số C82-HD của các cơ sở y tế.

Mã số (4): Phản ánh chi phí khám, chữa bệnh của bệnh nhân nội tỉnh phát sinh trong kỳ tại các mẫu số C79b-HD, C80b-HD, bằng tổng mã số (5), (12) và mã số (15) mẫu số C82-HD của các cơ sở y tế.

Mã số (8): Phản ánh chi phát sinh đa tuyến đến ngoại tỉnh kỳ trước chưa quyết toán; được tổng hợp từ phần chi đa tuyến đến ngoại tỉnh mã số (26.2) mẫu số C82-HD của các cơ sở y tế.

Mã số (9): Phản ánh chi phí khám bệnh, chữa bệnh trong kỳ của bệnh nhân tỉnh khác tại các mẫu số C79b-HD, C80b-HD; bằng tổng mã số (13) và mã số (16) mẫu số C82-HD của các cơ sở y tế.

Mục II. Chi thanh toán trực tiếp: Chi phí khám bệnh, chữa bệnh thanh toán trực tiếp trong kỳ theo số liệu của Phòng Kế hoạch - Tài chính được tổng hợp từ sổ S85a-BH ban hành kèm theo Thông tư 178/2012/TT-BTC. Mã số (12) = (13) + (16), trong đó (13) = (14) + (15), (16) = (17) + (18).

Mục III. Chi khám bệnh, chữa bệnh tỉnh khác thanh toán hộ: Theo thông báo của Trung tâm giám định BHYT và Thanh toán đa tuyến khu vực phía Bắc tại mẫu số C88-HD. Mã số (19) = (20) + (23) + (26).

Mục IV. Chi chăm sóc sức khỏe ban đầu: Phản ánh phần chi chăm sóc sức khỏe ban đầu đã trích chuyển trong kỳ. Mã số (27) = (28) + (32), trong đó (28) = (29) + (30) + (31).

Mục V. Chi khám bệnh, chữa bệnh tại tỉnh đã quyết toán: Mã số (33) = (34) + (37) + (40) + (43).

Mã số (34): Phản ánh chi khám bệnh, chữa bệnh của bệnh nhân trong tỉnh và bệnh nhân tỉnh khác đến phát sinh trong kỳ đã quyết toán. Bệnh nhân trong tỉnh bao gồm chi phí khám bệnh, chữa bệnh ban đầu và đa tuyến nội tỉnh đến. Bệnh nhân tỉnh khác là phần chi đa tuyến đến đã quyết toán, không gồm phần vượt trần đa tuyến đến.

Mã số (37): Phản ánh chi khám bệnh, chữa bệnh kỳ trước, giảm vào quyết toán kỳ này do thu hồi hoặc yêu cầu giám định lại đa tuyến nhưng không chứng minh được.

Mã số (40): Phản ánh chi khám bệnh, chữa bệnh kỳ trước, quyết toán bổ sung trong kỳ này

Mã số (43): Phản ánh chi khám bệnh, chữa bệnh năm trước, quyết toán bổ sung trong kỳ này theo thông báo của BHXH Việt Nam.

Mục VI. Chi khám bệnh, chữa bệnh tại tỉnh chưa quyết toán: Mã số (46) = (47) + (50), trong đó (47) = (48) + (49)

Mã số (48): Phản ánh chi vượt quỹ khám, chữa bệnh được sử dụng chưa quyết toán sau khi đã điều tiết từ phần kinh phí 5% hoặc 10% của đơn vị và kinh phí chung toàn tỉnh.

Mã số (49): Chi vượt trần đa tuyến đến của bệnh nhân nội tỉnh chưa quyết toán.

Mã số (50): Chi vượt trần đa tuyến đến của bệnh nhân ngoại tỉnh chưa quyết toán.

Mục VII. Quỹ khám bệnh, chữa bệnh được sử dụng trong kỳ: Gồm quỹ khám bệnh, chữa bệnh còn dư kỳ trước chuyển sang và quỹ khám bệnh, chữa bệnh theo số thẻ được sử dụng trong kỳ này. Mã số (51) = (52) + (53), mã số (53) được xác định theo hướng dẫn tại Khoản 1, Điều 12 Quy định ban hành đồng thời với hướng dẫn này.

Mục VIII. Cân đối quỹ khám bệnh, chữa bệnh: Mã số (59), là phần kết dư (dương hoặc âm) của quỹ khám bệnh, chữa bệnh sau khi cân đối với chi phí của người bệnh BHYT do tỉnh phát hành thẻ, khám bệnh, chữa bệnh trong tỉnh và tại tỉnh khác. Số chi khám bệnh, chữa bệnh chưa bao gồm kết dư định suất, số chi khám, chữa bệnh năm trước được quyết toán trong năm nay. Mã số (59) = (51) - (2) - (13) - (19) - (28)

Mục IX. Sử dụng kinh phí khám bệnh, chữa bệnh BHYT: Phản ánh số tiền được BHXH Việt Nam cấp để chi cho khám bệnh, chữa bệnh đã sử dụng trong kỳ. Mã số (60) = (61) + (62) - (63)

- Kinh phí còn dư kỳ trước (61) = (64) kỳ trước.

- Kinh phí được cấp trong kỳ (62): Là số tiền BHXH Việt Nam cấp chi cho khám bệnh, chữa bệnh BHYT.

- Kinh phí đã sử dụng trong kỳ (63) = Chi đã quyết toán (33).

16. Mẫu số 16/BHYT: Danh mục thuốc chế phẩm y học cổ truyền thanh toán BHYT

a. Mục đích: Danh mục thuốc chế phẩm y học cổ truyền thuộc phạm vi thanh toán BHYT được cơ sở y tế mua theo quy định của pháp luật về đấu thầu hoặc tự bào chế để sử dụng tại cơ sở y tế cho người tham gia BHYT, là cơ sở quản lý, thanh toán chi phí thuốc BHYT.

b. Trách nhiệm lập: Cơ sở y tế lập, gửi cơ quan BHXH khi ký hợp đồng và điều chỉnh, bổ sung trong thời gian thực hiện hợp đồng. Phòng Giám định tổng hợp, báo cáo BHXH Việt Nam (Ban Dược và Vật tư y tế) bằng dữ liệu điện tử trước ngày 31/3 hằng năm và khi có điều chỉnh, bổ sung.

c. Phương pháp lập:

Mỗi thuốc được thông kê với đầy đủ thông tin từ cột (1) đến cột (13), các thuốc phân loại theo các phần, mục trong biểu mẫu.

Cột (1): Số thứ tự thuốc từ 1 đến hết.

Cột (2): Ghi số thứ tự/mã số theo Danh mục thuốc Bộ Y tế ban hành (cột thứ tự “T”, tại Thông tư số 12/2010/TT-BYT ngày 29/4/2010 của Bộ Y tế ban hành danh mục thuốc y học cổ truyền chủ yếu sử dụng tại các cơ sở khám, chữa bệnh). Chế phẩm y học cổ truyền thay thế các thuốc có trong danh mục thuốc chế phẩm y học cổ truyền của Bộ Y tế thì ghi số thứ tự của thuốc được thay thế.

Cột (3): Ghi tên từng vị thuốc y học cổ truyền có trong thuốc thành phẩm.

Cột (4): Ghi tên thành phẩm của thuốc (tên thuốc được nhà sản xuất đăng ký lưu hành trên thị trường).

Cột (5): Ghi đường dùng, dạng bào chế.

Cột (6): Ghi hàm lượng, nồng độ.

Cột (7): Ghi tên nhà sản xuất thuốc.

Cột (8): Ghi tên nước sản xuất thuốc.

Cột (9): Ghi số đăng ký hoặc số giấy phép nhập khẩu của thuốc do cơ quan có thẩm quyền cấp cùng với năm được cấp phép để trong ngoặc (đối với các thuốc chưa được cấp số đăng ký), ví dụ: 1556/QLD-KD(2014). Trường hợp thuốc do cơ sở y tế tự bào chế, sản xuất, ghi: “TSX”.

Cột (10): Ghi đơn vị tính nhỏ nhất được chỉ định, cấp phát cho người bệnh.

Cột (11): Ghi giá thuốc theo kết quả lựa chọn nhà thầu cung ứng thuốc.

Cột (12): Ghi giá thuốc thanh toán BHYT là giá thuốc do cơ sở y tế nhập.

Cột (13): Ghi chú đối với thuốc quy định giới hạn thanh toán, điều kiện thanh toán, thuốc dấu sao (*) (nếu có).

Đối với các thuốc chế phẩm y học cổ truyền thay thế, thuốc do cơ sở y tế tự bào chế, cơ sở y tế lập thuyết minh lý do thuốc đủ điều kiện thanh toán BHYT, gửi cơ quan BHXH để có cơ sở thống nhất thanh toán.

17. Mẫu số 17/BHYT: Danh mục vị thuốc y học cổ truyền thanh toán BHYT

a. Mục đích: Danh mục các vị thuốc thuộc phạm vi thanh toán BHYT được cơ sở y tế mua và/hoặc thực hiện sơ chế/phức chế để sử dụng cho người bệnh BHYT, làm cơ sở quản lý, thanh toán BHYT.

b. Trách nhiệm lập: Cơ sở y tế lập biểu này khi ký hợp đồng và khi có điều chỉnh, bổ sung trong thời gian thực hiện hợp đồng; Phòng Giám định BHYT tổng hợp, báo cáo BHXH Việt Nam (Ban Dược và Vật tư y tế) bằng dữ liệu điện tử trước ngày 31/3 hằng năm và khi có điều chỉnh, bổ sung.

c. Phương pháp lập:

Cột (1): Số thứ tự vị thuốc từ 1 đến hết.

Cột (2): Số thứ tự của vị thuốc trong danh mục vị thuốc của Bộ Y tế.

Cột (3): Tên vị thuốc.

Cột (4): Ghi “B” đối với thuốc có nguồn gốc Bắc (thuốc không phải của Việt Nam); Ghi “N” đối với thuốc có nguồn gốc Nam.

Cột (5): Ghi tên khoa học của vị thuốc.

Cột (6): Ghi tên khoa học của cây, con và khoáng vật làm vị thuốc.

Cột (7): Ghi tên nhà sản xuất.

Cột (8): Ghi tên nước sản xuất.

Cột (9): Ghi đơn vị tính theo đơn vị sử dụng cho các thang thuốc (Gram).

Cột (10): Ghi giá nhập của cơ sở y tế theo đơn vị tính.

Cột (11): Ghi tình trạng dược liệu nhập, “C” tương ứng với “chưa sơ chế”; “S” tương ứng với “sơ chế”; “P” tương ứng với “phức chế”.

Cột (12): Ghi yêu cầu sử dụng đối với dược liệu, “S” tương ứng với “sơ chế”; “P” tương ứng với “phức chế”.

Cột (13): Ghi tỷ lệ (%) hư hao trong chế biến. Ví dụ: nếu tỷ lệ hư hao là 10%, thì ghi số 10.

Cột (14): Ghi tỷ lệ (%) hư hao trong bảo quản, cân chia.

Cột (15): Chi phí khác được tính trên một đơn vị tính của vị thuốc (gram) được cơ sở y tế sử dụng trong thang thuốc kê đơn.

Cột (16): Giá đề nghị thanh toán BHYT $\text{cột (16)} = \{ \text{cột (10)} \times 100 / [100 - \text{cột (13)} - \text{cột (14)}] \} + \text{cột (15)}$

Cột (17): Ghi bộ phận sử dụng của vị thuốc

18. Mẫu số 18/BHYT: Thông kê các dịch vụ kỹ thuật có sử dụng thuốc phóng xạ và hợp chất đánh dấu

a. Mục đích: Xác định thuốc phóng xạ và hợp chất đánh dấu sử dụng trong dịch vụ kỹ thuật để điều trị cho người bệnh BHYT.

b. Trách nhiệm lập: Cơ sở y tế lập biểu này khi ký hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh BHYT và khi có bổ sung, điều chỉnh về thuốc, giá thuốc. Phòng Giám định BHYT tổng hợp, báo cáo BHXH Việt Nam (Ban Dược và Vật tư y tế) bằng dữ liệu điện tử trước ngày 31/3 hằng năm và khi có phát sinh bổ sung.

c. Phương pháp lập:

Cột (1): Số thứ tự của dịch vụ kỹ thuật.

Cột (2): Tên của dịch vụ kỹ thuật có sử dụng thuốc phóng xạ, hợp chất đánh dấu.

Cột (3): Giá của dịch vụ kỹ thuật chưa bao gồm chi phí của thuốc phóng xạ và hợp chất đánh dấu do cấp có thẩm quyền phê duyệt.

Từ cột (4) đến cột (9): *Các chỉ tiêu để tính chi phí của hợp chất đánh dấu sử dụng trong dịch vụ kỹ thuật.*

Cột (4): Tên của hợp chất đánh dấu.

Cột (5): Ghi đơn vị tính (kít hoặc lọ).

Cột (6): Ghi đơn giá của hợp chất đánh dấu.

Cột (7): Định mức sử dụng nhà sản xuất: Ghi định mức sử dụng do nhà sản xuất quy định cho hợp chất đánh dấu đối với từng dịch vụ kỹ thuật.

Cột (8): Định mức sử dụng thực tế bình quân:

Cơ sở y tế tính toán định mức sử dụng thực tế bình quân của kít hợp chất đánh dấu đối với từng dịch vụ kỹ thuật căn cứ vào kỹ thuật của dịch vụ kỹ thuật và số lượng bệnh nhân trực tiếp thực hiện dịch vụ kỹ thuật đó tại cơ sở y tế. Ví dụ đối với xạ hình SPECT tưới máu cơ tim pha nghỉ, sử dụng hợp chất đánh dấu Methoxyisobutyl isonitritin (MIBI), cứ 1 kít MIBI sử dụng được cho 4 bệnh nhân, do vậy định mức sử dụng HCĐĐ là ¼. Cơ sở y tế ghi con số này vào cột 8 đối với dịch vụ kỹ thuật xạ hình SPECT tưới máu cơ tim pha nghỉ.

Cột (9): Thành tiền Cột (9) = cột (6) x cột (8).

Từ cột (10) đến cột (15): *các chỉ tiêu để tính chi phí của thuốc phóng xạ sử dụng trong dịch vụ kỹ thuật.*

Cột (10): Ghi tên của thuốc phóng xạ.

Cột (11): Ghi đơn vị tính của thuốc phóng xạ.

Cột (12): Ghi đơn giá của thuốc phóng xạ (theo giá mua của cơ sở y tế).

Cột (13): Ghi liều sử dụng bình quân của thuốc phóng xạ sử dụng trong dịch vụ kỹ thuật.

Cột (14): Ghi tỷ lệ sử dụng thực tế bình quân của thuốc phóng xạ. Cơ sở y tế xây dựng tỷ lệ sử dụng thuốc phóng xạ thực tế bình quân dựa vào tốc độ phân rã chất phóng xạ, nguồn cung ứng chất phóng xạ, chu kỳ nhập chất phóng xạ và lưu lượng người bệnh sử dụng thuốc phóng xạ thực tế tại cơ sở y tế. Ví dụ đối với I-131, căn cứ vào thời gian phân rã $T_{1/2}$ là 8 ngày, nếu cơ sở y tế nhập về với chu kỳ 15 ngày, thì vào ngày đầu tiên tỷ lệ sử dụng thuốc phóng xạ là 100% nhưng sau 8 ngày tỷ lệ sử dụng thuốc phóng xạ còn 50% (do bị phân rã 50%) và sau 16 ngày tỷ lệ sử dụng thuốc phóng xạ còn 25% (do 50% còn lại tiếp tục bị phân rã tiếp 50%), căn cứ trên lượng bệnh nhân sử dụng thuốc, cơ sở y tế xác định tỷ lệ sử dụng thuốc phóng xạ thực tế bình quân của I-131 là 50% thì sẽ ghi vào cột (14) tương ứng với I-131 là 50%.

Cột (15): Thành tiền chi phí chất phóng xạ = cột (12) x cột (13) : cột (14).

Cột (16): Thành tiền chi phí giá dịch vụ kỹ thuật bao gồm cả chi phí thuốc phóng xạ và hợp chất đánh dấu = cột (3) + cột (9) + cột (15).

19. Mẫu số 19/BHYT: Thống kê vật tư y tế thanh toán BHYT

a. Mục đích: Thống kê chi tiết các vật tư y tế sử dụng cho người bệnh BHYT hằng quý, làm căn cứ thanh toán BHYT.

b. Trách nhiệm lập: Cơ sở y tế ký hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh BHYT lập biểu này trước ngày 5 tháng đầu mỗi quý, chuyển cơ quan BHXH (chỉ thống kê các vật tư y tế thanh toán riêng ngoài giá dịch vụ y tế). Phòng Giám định BHYT tổng hợp, báo cáo BHXH Việt Nam (Ban Thực hiện chính sách BHYT, Ban Dược và Vật tư y tế) bằng dữ liệu điện tử trước ngày 15 tháng thứ 2 mỗi quý.

c. Hướng dẫn ghi chép:

Cột (1): Ghi số Quyết định và số thứ tự trong danh sách kèm theo Quyết định phê duyệt kết quả đấu thầu, cách nhau bằng dấu chấm (.); ví dụ thuốc số thứ tự 10 trong Quyết định số 1955/QĐ-SYT được ghi như sau: 1955.10

Cột (2): Ghi mã số theo danh mục vật tư y tế do Bộ Y tế ban hành.

Cột (3): Ghi chính xác tên vật tư y tế theo Danh mục do Bộ Y tế ban hành.

Cột (4): Ghi tên thương mại của vật tư y tế

Cột (5) đến cột (7): Ghi lần lượt quy cách, đơn vị tính, giá mua vào. Giá mua vào ghi theo hoá đơn. Đối với vật tư y tế có thay đổi giá trong quý thì mỗi lần thay đổi ghi một dòng.

Cột (8) và (9): Ghi số lượng sử dụng trong điều trị ngoại trú hoặc nội trú

Cột (10): Ghi giá thanh toán BHYT

Cột (11): Ghi tổng số tiền thanh toán BHYT. Cột (11) = [(8) + (9)] x (10)

Báo cáo tổng hợp của BHXH tỉnh bổ sung cột (12) và ghi mã cơ sở y tế.

20. Mẫu số 20/BHYT: Thống kê thuốc thanh toán BHYT

a. Mục đích: Thống kê chi tiết các thuốc sử dụng cho người bệnh BHYT tại cơ sở y tế hàng quý làm căn cứ thanh toán chi phí thuốc BHYT.

b. Trách nhiệm lập: Cơ sở y tế lập biểu này chuyển cơ quan BHXH trước ngày 5 tháng đầu mỗi quý, làm cơ sở xác định chi phí vật tư y tế thanh toán BHYT. Phòng Giám định BHYT tổng hợp, báo cáo BHXH Việt Nam (Ban Thực hiện chính sách BHYT, Ban Dược và Vật tư y tế) bằng dữ liệu điện tử trước ngày 15 tháng thứ 2 mỗi quý.

c. Phương pháp lập: Cơ sở y tế tổng hợp thuốc sử dụng cho người bệnh BHYT đã thống kê chi tiết trên mẫu 01/BV, 02/BV, 03/TYT ban hành kèm theo Quyết định số 3455/QĐ-BHYT của Bộ Y tế để lập biểu này (chỉ thống kê các thuốc tân dược, thuốc chế phẩm y học cổ truyền, vị thuốc y học cổ truyền thanh toán riêng, không thống kê các thuốc đã tính trong cơ cấu giá dịch vụ y tế).

Cột (1): Ghi số Quyết định và số thứ tự trong danh sách kèm theo Quyết định phê duyệt kết quả đấu thầu, cách nhau bằng dấu chấm (.); Ví dụ: Quyết định số 1956, thuốc có STT 100 ghi :1956.100).

Cột (2): Ghi số thứ tự theo danh mục thuốc của Bộ Y tế. Đối với thuốc tân dược ghi theo cột STT thuốc (2) trong danh mục thuốc tại Thông tư số 40/2014/TT-BYT ngày 17/11/2014; thuốc y học cổ truyền ghi theo cột STT (I) trong danh mục ban hành kèm theo Thông tư số 12/2010/TT-BYT. Thuốc phối hợp nhiều đơn chất không quy định trong danh mục thì ghi số thứ tự của các đơn chất trong danh mục thuốc của Bộ Y tế tương ứng với các đơn chất trong thành phần của thuốc. Ví dụ: thuốc có tên Dorokit gồm các đơn chất: Clarithromycin+Tinidazol+Omeprazol, ghi: 220+216+677.

Cột (3): Ghi tên hoạt chất gốc.

Cột (4): Ghi tên thành phẩm của thuốc theo tên của công ty sản xuất.

Cột (5): Đường dùng (uống/tiêm), dạng bào chế (viên/vi/lo/tuýp/chai).

Cột (6): Ghi hàm lượng, nồng độ thuốc.

Cột (7): Ghi số đăng ký hoặc số giấy phép nhập khẩu của thuốc (đối với các thuốc chưa được cấp số đăng ký) do cơ quan có thẩm quyền cấp đối với thuốc thành phẩm; Đối với vị thuốc y học cổ truyền, ghi số thứ tự trong danh mục thuốc của Bộ Y tế (Thông tư số 12/2010/TT-BYT) + nguồn gốc của thuốc (B/N). Ví dụ vị thuốc có số thứ tự 135 có nguồn gốc Bắc thì ghi 135B; nếu có nguồn gốc Nam thì ghi 135N. Ghi liền không để khoảng trống giữa các ký tự.

Cột (8): Ghi đơn vị tính nhỏ nhất đã sử dụng cho người bệnh (viên, ống, lọ, ...).

Cột (9) và (10): Số lượng đã sử dụng cho người bệnh ngoại trú hoặc nội trú.

Cột (11): Ghi đơn giá thuốc thanh toán BHYT

Giá thuốc theo giá mua vào của cơ sở y tế. Đối với vị thuốc y học cổ truyền, giá thuốc đã tính tỷ lệ hư hao trong chế biến, bảo quản và cấp phát.

Thuốc có thay đổi giá trong quý thì mỗi lần thay đổi ghi một dòng.

Cột (12): Thành tiền bằng cột [(9) + (10)] x (11)

Báo cáo tổng hợp của BHXH tỉnh bổ sung thêm cột (13) và ghi mã cơ sở, bổ sung thêm cột (14) và ghi mã loại thuốc: thuốc tân dược ghi 1, thuốc chế phẩm y học cổ truyền ghi 2, vị thuốc y học cổ truyền ghi 3.

21. Mẫu số 21/BHYT: Thống kê dịch vụ kỹ thuật thanh toán BHYT

a. Mục đích: Thống kê chi tiết các dịch vụ kỹ thuật sử dụng cho người bệnh BHYT tại cơ sở y tế hàng quý, làm căn cứ thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh BHYT.

b. Trách nhiệm lập: Cơ sở y tế lập biểu này chuyển cơ quan BHXH trước ngày 5 tháng đầu mỗi quý, làm cơ sở xác định chi phí vật tư y tế thanh toán BHYT. Phòng Giám định BHYT tổng hợp, báo cáo BHXH Việt Nam (Ban Thực hiện chính sách BHYT, Ban Dược và Vật tư y tế) bằng dữ liệu điện tử trước ngày 15 tháng thứ 2 mỗi quý.

c. Phương pháp lập: Cơ sở y tế tổng hợp tiền khám, tiền giường bệnh và các dịch vụ kỹ thuật sử dụng cho người bệnh BHYT được thống kê chi tiết trên mẫu 01, 02/BV, 03/TYT ban hành kèm theo Quyết định số 3455/QĐ-BHYT của Bộ Y tế để lập biểu này.

Cột (1): Ghi số thứ tự của dịch vụ trong bảng giá ban hành kèm theo Quyết định phê duyệt giá của cấp có thẩm quyền, cách nhau bằng dấu chấm (.). Ví dụ tiền khám bệnh được phê duyệt theo Quyết định số 1001, số thứ tự 1, ghi 1001.1

Cột (2): Ghi số thông tư, số thứ tự dịch vụ (cột STT) trong bảng giá dịch vụ khám bệnh, chữa bệnh do liên Bộ Y tế - Bộ Tài chính ban hành, cách nhau bằng dấu chấm (.); ví dụ: giá dịch vụ siêu âm ban hành theo Thông tư liên tịch số 04/2012/TTLT-BYT-BTC có STT là 3, ghi 04.3; riêng tiền giường ghi thêm STT theo mục, trường hợp có giá giường điều hòa và không điều hòa ghi thêm ký tự 'C' hoặc 'K', ví dụ ngày giường bệnh nội khoa loại 1 không điều hòa ghi 04.2.B3.1.K; trường hợp có nằm ghép ghi thêm số 2 hoặc 3, ví dụ 04.2.B3.1.K.3

Cột (3): Ghi tên dịch vụ kỹ thuật đúng theo quyết định phê duyệt giá.

Cột (4) hoặc (5): Ghi số lượng dịch vụ kỹ thuật đã sử dụng cho người bệnh ngoại trú hoặc nội trú.

Cột (6): Ghi đơn giá được cấp thẩm quyền phê duyệt thanh toán BHYT.

Cột (7): Ghi số tiền cột (7) = [cột (4)+cột (5)] x cột (6)

Biểu mẫu này được cơ sở y tế lập riêng cho người bệnh đăng ký ban đầu tại cơ sở y tế và bệnh nhân đa tuyến đến.

Báo cáo tổng hợp của BHXH tỉnh bổ sung cột (8) và ghi mã cơ sở y tế./.



PHỤ LỤC SỐ 01

Hệ thống biểu mẫu sử dụng trong chi trả chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế
(Ban hành kèm theo Quyết định số: 1399/QĐ-BHXH ngày 22 tháng 12 năm 2014 của Tổng Giám đốc Bảo hiểm xã hội Việt Nam)

TT	Số hiệu	Tên mẫu biểu	Đơn vị lập	Đơn vị nhận	Loại báo cáo và thời gian báo cáo
1	01/BHYT	Bản đề nghị trích chuyển kinh phí chăm sóc sức khoẻ ban đầu	Đơn vị/cơ sở giáo dục quốc dân	Cơ quan BHXH được phân cấp quản lý thu BHYT	Bảng văn bản Trước ngày 31/10 hằng năm
2	02/BHYT	Biên bản thẩm định cơ sở y tế đủ điều kiện ký hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh BHYT	Phòng Giám định BHYT	BHXH tỉnh, BHXH Việt Nam	Bảng văn bản Khi cơ sở y tế đề nghị ký mới hoặc ký lại hợp đồng đã dùng 06 tháng
3	03/BHYT	Danh sách học sinh, sinh viên tham gia BHYT theo nhóm đối tượng khác	Cơ sở giáo dục quốc dân	BHXH tỉnh/huyện	Bảng văn bản và dữ liệu điện tử Vào tháng đầu năm học, đầu khóa học
4	04/BHYT	Tổng hợp suất phí và chi phí khám bệnh, chữa bệnh bình quân năm tại các cơ sở y tế	BHXH tỉnh	BHXH Việt Nam	Bảng dữ liệu điện tử trước ngày 31/3 hằng năm
5	05/BHYT	Giấy chứng nhận không cùng chi trả trong năm	Cơ quan BHXH/Phòng Cấp Sổ, thẻ	Người tham gia BHYT	Khi có phát sinh
6	06/BHYT	Giấy đề nghị thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh BHYT	Người đề nghị thanh toán	BHXH tỉnh/huyện	Bảng văn bản Khi có phát sinh
7	07/BHYT	Phiếu yêu cầu giám định	Phòng Giám định BHYT/Bộ phận Giám định	BHXH tỉnh/huyện có yêu cầu giám định	Bảng văn bản Khi có đề nghị thanh toán trực tiếp ngoài địa bàn
8	08/BHYT	Thông báo kết quả giám định chi phí khám bệnh, chữa bệnh BHYT	BHXH tỉnh/huyện nơi có bệnh nhân đến khám bệnh, chữa bệnh	BHXH tỉnh/huyện nơi tiếp nhận hồ sơ đề nghị thanh toán trực tiếp	Bảng văn bản Khi có yêu cầu giám định
9	09/BHYT	Biên bản thẩm định vượt quỹ khám bệnh, chữa bệnh BHYT	Cơ quan BHXH và cơ sở y tế	Cơ quan BHXH	Bảng văn bản Hàng quý, khi cơ sở y tế vượt quỹ

10	10/BHYT	Biên bản thẩm định chi phí khám bệnh, chữa bệnh BHYT vượt trần đa tuyến đến được tính ngoài trần	Cơ quan BHXH và cơ sở y tế		Bảng văn bản Hàng quý, khi cơ sở y tế vượt trần đa tuyến đến
11	11/BHYT	Tổng hợp thanh toán đa tuyến ngoại tỉnh	BHXH tỉnh (Phòng Giám định BHYT)	Trung tâm Giám định BHYT và Thanh toán đa tuyến khu vực phía Bắc	Bảng văn bản và dữ liệu điện tử Trước ngày 15 tháng thứ 2 hàng quý
12	12/BHYT	Bảng tổng hợp đề nghị tạm ứng kinh phí khám bệnh, chữa bệnh BHYT	BHXH tỉnh (Phòng KHTC; Phòng Giám định BHYT)	BHXH Việt Nam (Ban Tài chính - Kế toán, Ban Thực hiện chính sách BHYT)	Bảng văn bản và dữ liệu điện tử Chậm nhất ngày 17 tháng đầu hàng quý
13	13/BHYT	Báo cáo kết quả ký hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh BHYT	BHXH tỉnh (Phòng Giám định BHYT)	BHXH Việt Nam (Ban Thực hiện chính sách BHYT)	Bảng văn bản và dữ liệu điện tử Trước ngày 15/01 hàng năm
14	14/BHYT	Thông kê chi phí khám bệnh, chữa bệnh BHYT ngoại trú, nội trú tại các cơ sở y tế	BHXH tỉnh (Phòng Giám định BHYT)	BHXH Việt Nam (Ban Thực hiện chính sách BHYT)	Bảng văn bản và dữ liệu điện tử Trước ngày 15 tháng thứ hai hàng quý
15	15/BHYT	Báo cáo thanh, quyết toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh BHYT	BHXH tỉnh (Phòng KHTC; Phòng Giám định BHYT)	BHXH Việt Nam (Ban Tài chính - Kế toán, Ban Thực hiện chính sách BHYT)	Bảng văn bản và dữ liệu điện tử Chậm nhất ngày 15 tháng thứ 2 hàng quý
16	16/BHYT	Danh mục thuốc chế phẩm y học cổ truyền thanh toán BHYT	Cơ sở y tế	BHXH tỉnh/BHXH Việt Nam (Ban Dược và Vật tư y tế)	Cơ sở y tế gửi cơ quan BHXH vào đầu năm tài chính và khi có phát sinh, bằng văn bản và dữ liệu điện tử; BHXH tỉnh gửi BHXH Việt Nam trước ngày 31/3 hàng năm và khi có phát sinh, bằng dữ liệu điện tử

17	17/BHYT	Danh mục vị thuốc y học cổ truyền thuộc phạm vi thanh toán của quỹ BHYT	Cơ sở y tế	BHXH tỉnh/BHXH Việt Nam (Ban Dược và Vật tư y tế)	Cơ sở y tế gửi cơ quan BHXH vào đầu năm tài chính và khi có phát sinh, bằng văn bản và dữ liệu điện tử; BHXH tỉnh gửi BHXH Việt Nam trước ngày 31/3 hằng năm và khi có phát sinh, bằng dữ liệu điện tử
18	18/BHYT	Thông kê các dịch vụ kỹ thuật có sử dụng thuốc phóng xạ và hợp chất đánh dấu	Cơ sở y tế	BHXH tỉnh/BHXH Việt Nam (Ban Dược và vật tư y tế)	Cơ sở y tế gửi cơ quan BHXH vào đầu năm tài chính và khi có phát sinh, bằng văn bản và dữ liệu điện tử; BHXH tỉnh gửi BHXH Việt Nam trước ngày 31/3 hằng năm và khi có phát sinh, bằng dữ liệu điện tử
19	19/BHYT	Thông kê tổng hợp vật tư y tế được quỹ BHYT thanh toán riêng sử dụng cho bệnh nhân BHYT điều trị ngoại trú, nội trú	Cơ sở y tế	BHXH tỉnh/BHXH Việt Nam (Ban Dược và vật tư y tế, Ban Thực hiện chính sách BHYT)	Cơ sở y tế gửi cơ quan BHXH hằng tháng, chậm nhất ngày 15 tháng tiếp theo, bằng văn bản và dữ liệu điện tử; BHXH tỉnh gửi BHXH Việt Nam hằng quý, trước ngày 15 tháng thứ hai quý sau, bằng dữ liệu điện tử
20	20/BHYT	Thông kê tổng hợp thuốc sử dụng cho người bệnh BHYT điều trị ngoại trú, nội trú	Cơ sở y tế	BHXH tỉnh/BHXH Việt Nam (Ban Dược và vật tư y tế, Ban Thực hiện chính sách BHYT)	Cơ sở y tế gửi cơ quan BHXH hằng tháng, chậm nhất ngày 15 tháng tiếp theo, bằng văn bản và dữ liệu điện tử; BHXH tỉnh gửi BHXH Việt Nam hằng quý, trước ngày 15 tháng thứ 2 quý sau, bằng dữ liệu điện tử
21	21/BHYT	Thông kê tổng hợp dịch vụ kỹ thuật sử dụng cho người bệnh BHYT điều trị ngoại trú, nội trú	Cơ sở y tế	BHXH tỉnh/BHXH Việt Nam (Ban Thực hiện chính sách BHYT)	Cơ sở y tế gửi cơ quan BHXH hằng tháng, chậm nhất ngày 15 tháng tiếp theo, bằng văn bản và dữ liệu điện tử; BHXH tỉnh gửi BHXH Việt Nam hằng quý, trước ngày 15 tháng thứ 2 quý sau, bằng dữ liệu điện tử

.....(1).....
Mã số đơn vị: ...(2).....

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

BẢN ĐỀ NGHỊ TRÍCH CHUYỂN
KINH PHÍ CHĂM SÓC SỨC KHỎE BAN ĐẦU

Kính gửi: Bảo hiểm xã hội tỉnh/huyện...(3)....

Căn cứ quy định tại Điều 18 Thông tư liên tịch số 41/TTLT-BYT-BTC ngày 24/11/2014 của liên Bộ Y tế - Bộ Tài chính hướng dẫn thực hiện bảo hiểm y tế, ...(1).. đủ điều kiện để sử dụng kinh phí chăm sóc sức khỏe ban đầu cho người lao động/học sinh, sinh viên/trẻ em dưới 6 tuổi tại đơn vị, cụ thể như sau:

1. Về nhân lực y tế: có cán bộ gồm

1.1 Ông /bà:

- Trình độ đào tạo:

- Quyết định tuyển dụng/Hợp đồng làm việc/Hợp đồng lao động số từ ngày .../.../20... đến ngày/...../20...

1.2 Ông /bà:

2. Về cơ sở vật chất:

Chúng tôi cam kết đảm bảo đủ điều kiện theo quy định của pháp luật để sử dụng kinh phí chi chăm sóc sức khỏe ban đầu tại đơn vị và thông báo cho cơ quan BHXH ngay khi có thay đổi. /.

....., ngày tháng năm 20...

Thủ trưởng đơn vị
(Ký, họ tên, đóng dấu)

**BIÊN BẢN THẨM ĐỊNH
CƠ SỞ Y TẾ ĐỦ ĐIỀU KIỆN KÝ HỢP ĐỒNG KHÁM BỆNH, CHỮA BỆNH
BẢO HIỂM Y TẾ**

I. THÀNH PHẦN THAM GIA

1. Thành phần đoàn thẩm định:

1. (Ghi rõ họ, tên, chức vụ)

2. (Ghi rõ họ, tên, chức vụ)

2. Đại diện cơ sở y tế:

1. (Ghi rõ họ, tên, chức vụ)

2. (Ghi rõ họ, tên, chức vụ)

II. THÔNG TIN VỀ CƠ SỞ Y TẾ

1. Tên cơ sở y tế:

Cơ sở công lập

Cơ sở ngoài công lập

2. Địa chỉ:

3. Điện thoại:..... Email:

4. Fax:.....

III. NỘI DUNG THẨM ĐỊNH

1. Hồ sơ pháp lý

1.1. Giấy phép hoạt động khám bệnh, chữa bệnh số..... ngày / / Nơi cấp.....

- Hình thức tổ chức:

- Địa điểm hành nghề:

- Người chịu trách nhiệm CMKT:.....

(Số chứng chỉ hành nghề.....Ngày cấp: / / Nơi cấp:))

- Phạm vi hoạt động chuyên môn:.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

1.2. Hạng bệnh viện (đặc biệt/I/II/III/IV 1.3. Tuyến (TW/tỉnh/huyện/xã)

2. Cơ sở vật chất, nhân lực

Khoa phòng	Cơ sở vật chất		Nhân lực				
	Diện tích (m ²)	Số bàn khám/ số giường	Tổng số	Bác sỹ /Dược sỹ ĐH		KTV/Dược sỹ TH hoặc dược tá	
				Toàn thời gian	Bán thời gian	Toàn thời gian	Bán thời gian
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)
Ngoại trú							
Khám Nội							
Phòng cấp cứu							
Khám Ngoại							
Buồng tiểu phẫu							
Khám Sản							
Buồng khám phụ khoa							
Khám Nhi							
.....							
Nội trú							
Bộ phận xét nghiệm							
Bộ phận CĐHA							
Bộ phận Dược							

IV. KIẾN NGHỊ VÀ KẾT LUẬN

1. Ý kiến của cơ sở y tế

.....

2. Kết luận:

2.1 Kết quả khảo sát so với Hồ sơ cấp phép hoạt động:

2.2 Điều kiện để ký hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh BHYT:

Lý do chưa đủ điều kiện.....

Giám đốc cơ sở y tế
 (Ký tên, họ tên, đóng dấu)

....., ngày.....tháng.....năm
Đại diện BHXH.....
 (Ký tên, họ tên, đóng dấu)

.....(Tên cơ quan quản lý).....

..... (Tên cơ sở giáo dục).....

**DANH SÁCH HỌC SINH, SINH VIÊN
THAM GIA BHYT THEO NHÓM ĐỐI TƯỢNG KHÁC**

STT	Họ tên	Ngày tháng năm sinh	Lớp	Mã thẻ BHYT	Thời hạn sử dụng của thẻ		Nơi đăng ký khám bệnh, chữa bệnh ban đầu
					Từ	Đến	
				/...../...../...../.....	

Người lập biểu
(Ký, họ tên)

....., ngày tháng năm
Thủ trưởng đơn vị
(Ký, họ tên, đóng dấu)



BẢO HIỂM XÃ HỘI VIỆT NAM
BHXH TỈNH

TỔNG HỢP SUẤT PHÍ VÀ CHI PHÍ KHÁM BỆNH, CHỮA BỆNH BÌNH QUÂN
NĂM TẠI CÁC CƠ SỞ Y TẾ

A. Suất phí và chi phí ngoài định suất

STT	Tuyến	Suất phí		Chi phí ngoài định suất bình quân/thẻ	
		Ngoại trú	Nội trú	Ngoại trú	Nội trú
A	B	(1)	(2)	(3)	(4)
1	Tuyến Trung ương				
2	Tuyến tỉnh				
3	Tuyến huyện				
4	Tuyến xã				

B. Chi phí bình quân một đợt điều trị tại cơ sở y tế

STT	Tên cơ sở y tế	Mã cơ sở khám bệnh, chữa bệnh	Ngoại trú	Nội trú
A	B	(1)	(2)	(3)
1	Bệnh viện			
1.1	Chuyên khoa			
1.2	Chuyên khoa			
....			
2	Bệnh viện			
....			
3	Bệnh viện			
....			

Người lập biểu Trưởng phòng Giám định BHYT
 (Ký, họ tên) (Ký, họ tên)

....., ngày tháng năm.....
Giám đốc
 (Ký, họ tên, đóng dấu)

BẢO HIỂM XÃ HỘI VIỆT NAM
BẢO HIỂM XÃ HỘI

GIẤY CHỨNG NHẬN KHÔNG CÙNG CHI TRẢ TRONG NĂM

BHXHxác nhận

Ông/bà: Ngày sinh:

Địa chỉ :

Mã số thẻ BHYT

--	--	--	--	--	--

 giá trị: từ.../.../...đến .../.../.....

Nơi đăng ký khám bệnh, chữa bệnh ban đầu:.....

Thời điểm tham gia BHYT đủ 5 năm liên tục: từ ngày /...../.....

Thời điểm cùng chi trả chi phí khám, chữa bệnh BHYT lũy kế trong năm vượt quá 6 tháng lương cơ sở: từ ngày/...../.....

Người bệnh sử dụng giấy này được miễn cùng chi trả trong phạm vi quyền lợi BHYT khi đi khám bệnh, chữa bệnh đúng tuyến từ ngày.../.../... đến ngày 31/12/....

....., ngày tháng năm

Giám đốc

(Ký, họ tên, đóng dấu)

Ghi chú: Giấy chứng nhận được in trên khổ giấy A5

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

GIẤY ĐỀ NGHỊ THANH TOÁN CHI PHÍ KHÁM BỆNH, CHỮA BỆNH BHYT

Kính gửi: BHXH

Họ và tên người bệnh:.....giới tính..... ngày sinh/...../.....

Địa chỉ:..... Số điện thoại liên hệ:

Mã thẻ BHYT giá trị từ...../...../..... đến/...../.....

Nơi đăng ký khám bệnh, chữa bệnh ban đầu:

Nơi khám bệnh, chữa bệnh:

Hình thức khám bệnh, chữa bệnh (nội trú/ngoại trú):.....

Chẩn đoán:

Số tiền đề nghị thanh toán:.....

Bằng chữ:.....

Lý do chưa được hưởng quyền lợi khám bệnh, chữa bệnh BHYT tại cơ sở y tế

Chứng từ kèm theo gồm:

1..... 4.....

2..... 5.....

3..... 6.....

....., ngày.....tháng.....năm.....

Người tiếp nhận hồ sơ
(Ký, họ tên)

Người đề nghị
(Ký, họ tên)



BẢO HIỂM XÃ HỘI VIỆT NAM
BẢO HIỂM XÃ HỘI

PHIẾU YÊU CẦU GIÁM ĐỊNH

Kính gửi:[tên cơ quan BHXH nơi tổ chức giám định].....

BHXHđề nghị giám định trường hợp người bệnh
....., năm sinh

Mã thẻ BHYT

--	--	--	--	--	--

 giá trị: từ...../...../.....đến/...../.....

Nơi đăng ký khám bệnh, chữa bệnh ban đầu:

Nơi khám bệnh, chữa bệnh:

Hình thức khám bệnh, chữa bệnh (nội trú, ngoại trú):.....

Chẩn đoán:

Nội dung yêu cầu giám định:.....

.....

.....

.....

.....

Bản sao chứng từ gửi kèm:

1)

2)

3)

4)

5)

Đề nghị gửi lại kết quả giám định trước ngàytháng.....năm

....., ngày tháng năm

Giám đốc

(Ký, họ tên, đóng dấu)

BẢO HIỂM XÃ HỘI VIỆT NAM
BẢO HIỂM XÃ HỘI

THÔNG BÁO KẾT QUẢ GIÁM ĐỊNH
CHI PHÍ KHÁM BỆNH, CHỮA BỆNH BHYT

Kính gửi: Bảo hiểm xã hội

Họ và tên bệnh nhân: Tuổi Giới tính.....

Địa chỉ:

Số thẻ BHYT giá trị từ:...../...../.....đến/...../.....

Nơi đăng ký KCB ban đầu:

Nơi khám chữa bệnh:.....Hạng BV (đặc biệt/I/II/III/IV)

Hình thức KCB: Nội trú Ngoại trú

Thời gian : từ...../...../..... đến/...../..... Bệnh án số:

Chẩn đoán:..... Mã bệnh:

NỘI DUNG GIÁM ĐỊNH

1. Tình trạng khi nhập viện: Cấp cứu Không cấp cứu

2. Lý do chưa được hưởng quyền lợi KCB BHYT

3. Kết quả giám định chi phí khám, chữa bệnh

Các khoản chi người bệnh đề nghị thanh toán	Tổng số tiền	Trong phạm vi quyền lợi BHYT		Ngoài phạm vi hưởng BHYT	Ghi chú
		BHYT thanh toán	Bệnh nhân cùng trả		
1. Khám bệnh					
2. Ngày giường					
3. Xét nghiệm					
4. Chẩn đoán hình ảnh, TDCN					
5. Thủ thuật, phẫu thuật					
6. Máu, chế phẩm máu					
7. Thuốc, dịch truyền					
8. VTYT thanh toán riêng					
9. Thuốc theo điều kiện tỷ lệ					
10. DVKT theo điều kiện tỷ lệ					
.....					

Ý kiến giải quyết

.....

Người lập biểu Trưởng phòng Giám định BHYT
 (Ký, họ tên) (Ký, họ tên)

....., ngày tháng năm....
Giám đốc BHXH.....
 (Ký, họ tên, đóng dấu)

BẢO HIỂM XÃ HỘI

**BIÊN BẢN THẨM ĐỊNH
NGUYÊN NHÂN VƯỢT QUỸ KHÁM BỆNH, CHỮA BỆNH BHYT
Quýnăm.....**

Hôm nay ngàytháng.....nămtại

Chúng tôi gồm có:

ĐẠI DIỆN BÊN A: CƠ QUAN BHXH.....

Ông (bà):Chức vụ: Giám đốc

Ông (bà):Chức vụ:

Ông (bà):Chức vụ:

Ông (bà):Chức vụ:

ĐẠI DIỆN BÊN B: CƠ SỞ Y TẾ.....

Ông (bà):Chức vụ: Giám đốc

Ông (bà):Chức vụ:

Ông (bà):Chức vụ:

Ông (bà):Chức vụ:

ĐẠI DIỆN BÊN C: SỞ Y TẾ (nếu có)

Ông (bà):Chức vụ:

Ông (bà):Chức vụ:

Cùng nhau tiến hành thẩm định xác định nguyên nhân vượt quỹ khám bệnh, chữa bệnh được sử dụng như sau:

I. Tình hình sử dụng quỹ khám bệnh, chữa bệnh BHYT của bệnh nhân đăng ký khám, chữa bệnh ban đầu

1. Số thẻ đăng ký khám bệnh, chữa bệnh ban đầu: thẻ

2. Quỹ khám bệnh, chữa bệnh được sử dụng trong quý: đồng

3. Chi phí khám bệnh, chữa bệnh của số thẻ đăng ký ban đầu trong quý phát sinh tại đơn vị: đồng

4. Chi khám bệnh, chữa bệnh đa tuyến đi trong quý: đồng

5. Chi khám bệnh, chữa bệnh đã được quyết toán: đồng

6. Chi phí vượt quỹ khám bệnh, chữa bệnh chưa được quyết toán:đồng

II. Nguyên nhân:

1. Nguyên nhân khách quan, bất khả kháng: đồng

1.1 Nguyên nhân 1: do thay đổi giá dịch vụ y tế, số tiền

Thuyết minh chi tiết

1.2 Nguyên nhân 2: do áp dụng kỹ thuật mới, chi phí lớn, số tiền

(Thuyết minh chi tiết)

1.3 Nguyên nhân 3: do tăng tần suất khám, chữa bệnh, số tiền

(Thuyết minh chi tiết)

1.4 Nguyên nhân 4: do tỷ lệ người mắc bệnh nặng, chi phí cao so với dự kiến, số tiền

(Thuyết minh chi tiết)

1.5 Nguyên nhân 5: do dịch bệnh bùng phát, số tiền

(Thuyết minh chi tiết)

2. Nguyên nhân chủ quan:

Số tiền: đồng

Nguyên nhân:

III. Kết luận: Số tiền vượt quỹ do nguyên nhân chủ quan là đồng; do khách quan, bất khả kháng làđồng

IV. Đề xuất, kiến nghị:

Kiến nghị của cơ sở y tế:

Ý kiến của Sở Y tế (nếu có):

Ý kiến của cơ quan BHXH:

Biên bản được lập thành 04 bản, mỗi bên giữ 02 bản, có giá trị pháp lý ngang nhau./.

Đại diện cơ quan BHXH
(Ký, họ tên, đóng dấu)

Đại diện Sở Y tế
(Ký, họ tên, đóng dấu)

Đại diện cơ sở y tế
(Ký, họ tên, đóng dấu)



BẢO HIỂM XÃ HỘI

.....

BIÊN BẢN THẨM ĐỊNH NGUYÊN NHÂN VƯỢT TRẦN ĐA TUYẾN ĐẾN
Quýnăm.....

Hôm nay ngàytháng.....nămtại

Chúng tôi gồm có:

ĐẠI DIỆN BÊN A: CƠ QUAN BHXH.....

Ông (bà): Chức vụ:

Ông (bà): Chức vụ:

Ông (bà): Chức vụ:

Ông (bà): Chức vụ:

ĐẠI DIỆN BÊN B: CƠ SỞ Y TẾ.....

Ông (bà): Chức vụ:

Ông (bà): Chức vụ:

Ông (bà): Chức vụ:

Ông (bà): Chức vụ:

ĐẠI DIỆN BÊN C: SỞ Y TẾ (nếu có)

Ông (bà): Chức vụ:

Ông (bà): Chức vụ:

Cùng nhau tiến hành thẩm định xác định nguyên nhân vượt trần đa tuyến đến như sau:

I. Tình hình chi khám bệnh, chữa bệnh của bệnh nhân đa tuyến đến:

1. Tổng số lượt khám bệnh, chữa bệnh:lượt

2. Tổng mức thanh toán:đồng

3. Tổng chi phí khám bệnh, chữa bệnh của bệnh nhân đa tuyến đến:đồng

Trong đó: Chi phí khám bệnh, chữa bệnh thuộc phạm vi quỹ BHYT thanh toán:
.....đồng

Chi phí khám bệnh, chữa bệnh do bệnh nhân trả: đồng

4. Chi phí khám bệnh, chữa bệnh trong trần được quyết toán:đồng

5. Chi phí khám bệnh, chữa bệnh vượt trần đa tuyến đến:đồng

II. Tổng số tiền khám bệnh, chữa bệnh vượt trần đa tuyến đến: đồng

1. Nguyên nhân thay đổi cơ cấu giá dịch vụ y tế, số tiền
(Thuyết minh chi tiết)

.....
2. Nguyên nhân ứng dụng dịch vụ y tế mới, chi phí lớn, số tiền
(Thuyết minh chi tiết)

.....
3. Nguyên nhân sử dụng thuốc mới, số tiền
(Thuyết minh chi tiết)

.....
4. Do thay đổi chức năng, nhiệm vụ của cơ sở y tế theo quyết định của cấp có thẩm quyền, số tiền
(Thuyết minh chi tiết)

.....
III. Kết luận: Các bên đã thống nhất tổng số tiền vượt tổng mức thanh toán đã tuyển đến được tính ngoài trần của cơ sở y tế được quyết toán là đồng. Chi phí vượt tổng mức thanh toán đã tuyển đến còn lại với số tiền đồng.

IV. Đề xuất, kiến nghị:

Kiến nghị của cơ sở y tế:

.....
.....

Ý kiến của Sở Y tế (nếu có):

.....
.....

Ý kiến của cơ quan BHXH:

.....
.....

.....
Biên bản được lập thành 04 bản, mỗi bên giữ 02 bản, có giá trị pháp lý ngang nhau./.

Đại diện cơ quan BHXH
(Ký, họ tên, đóng dấu)

Đại diện Sở Y tế
(Ký, họ tên, đóng dấu)

Đại diện cơ sở y tế
(Ký, họ tên, đóng dấu)

TỔNG HỢP THANH TOÁN ĐA TUYỂN NGOẠI TỈNH
Quý năm

Đơn vị tính: đồng

TT	Tên tỉnh phát hành thẻ	Mã tỉnh	Đa tuyển đến kỳ trước						Đa tuyển đến trong kỳ						
			Điều chỉnh tăng theo kết quả giám định lại		Điều chỉnh giảm theo kết quả giám định lại		Chưa thông báo kỳ trước		Thanh toán với cơ sở KCB		CSSKBĐ		Thanh toán trực tiếp		
			Số lượt	Số tiền	Số lượt	Số tiền	Số lượt	Số tiền	Số lượt	Số tiền	Số người	Số tiền	Số lượt	Số tiền	
A	B	C	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)	(11)	(12)	
1															
2															
3															
4	...														
Tổng cộng															

Người lập biểu
(Ký, họ tên)

Trưởng phòng Giám định BHYT
(Ký, họ tên)

Trưởng phòng Kế hoạch-Tài chính
(Ký, họ tên)

....., ngày..... tháng năm.....

Giám đốc
(Ký, họ tên, đóng dấu)

**BẢNG TỔNG HỢP ĐỀ NGHỊ TẠM ỨNG KINH PHÍ
KHÁM BỆNH, CHỮA BỆNH BẢO HIỂM Y TẾ QUÝ..../.....**

Kính gửi: [1].....

Đơn vị: đồng

STT	Tên cơ sở y tế	Mã cơ sở y tế	Tổng chi phí khám, chữa bệnh BHYT cơ sở đề nghị quyết toán				Chi phí đề nghị tạm ứng
			Cộng	Bệnh nhân nội tỉnh KCB ban đầu	Bệnh nhân nội tỉnh đến	Bệnh nhân ngoại tỉnh đến	
A	B	C	(1)=(2)+(3)+(4)	(2)	(3)	(4)	(5)=(1) x 80%
1							
2							
3							
4							
5							
....							
	Cộng						

Người lập biểu
(Ký, họ tên)

Trưởng phòng [2].....
(Ký, họ tên)

....., ngày tháng năm.....

Giám đốc
(Ký, họ tên, đóng dấu)

BÁO CÁO KẾT QUẢ KÝ HỢP ĐỒNG KHÁM BỆNH, CHỮA BỆNH BHYT
Năm

TT	Cơ sở y tế	Mã cơ sở y tế	Mã cấp trên	Tuyến CMKT	Hạng bệnh viện	Loại hình hoạt động	Phạm vi hoạt động	Quỹ khám, chữa bệnh ban đầu		Đăng ký ban đầu				
								Phí dịch vụ (%)	Định suất (%)	Khả năng tiếp nhận	Số thẻ đã tiếp nhận	Trẻ em	CSSK cán bộ	Ngoại tỉnh
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)	(11)	(12)	(13)	(14)	(15)
1	Bệnh viện A													
2	Bệnh viện B													
2.1	Cơ sở 1													
2.2	Cơ sở													
3	Bệnh viện huyện C													
3.1	Trạm y tế ...													
3.2	Trạm y tế ...													
4	Bệnh viện huyện D													
....													
	Tổng cộng													

Người lập biểu
(Ký, họ tên)

Trưởng phòng Giám định BHYT
(Ký, họ tên)

....., ngày..... tháng..... năm.....
Giám đốc
(Ký, họ tên, đóng dấu)

THỐNG KÊ CHI PHÍ KHÁM BỆNH, CHỮA BỆNH BHYT NGOẠI TRÚ, NỘI TRÚ TẠI CÁC CƠ SỞ Y TẾ
Quý Năm

Đơn vị: 1000 đồng

STT	Tên cơ sở y tế	Mã cơ sở khám bệnh, chữa bệnh	Số lượt		Số ngày điều trị	CHI PHÍ KHÁM CHỮA BỆNH BHYT TẠI CƠ SỞ Y TẾ											Trách nhiệm chi trả		THANH TOÁN TRỰC TIẾP				
			Đúng tuyến	Trái tuyến		Tổng cộng	Không áp dụng tỷ lệ thanh toán					Thanh toán theo tỷ lệ			Tiền khám/ Tiền giường	Vận chuyển	Người bệnh chi trả	Quỹ BHYT thanh toán	Từ chối thanh toán	Số lượt	BHXH thanh toán	Người bệnh chi trả	
							Xét nghiệm	CĐHA TDCN	Thuốc	Máu	TT-PT	VTYT	DVKT	Thuốc									VTYT
A	B	C	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)	(11)	(12)	(13)	(14)	(15)	(16)	(17)	(18)	(19)	(20)	(21)
I	Ngoại trú																						
1	BV A																						
2	BV B																						
3																							
II	Nội trú																						
1	BV A																						
2	BV B																						
III	Tổng cộng																						

....., ngày tháng năm.....

Người lập biểu
(Ký, họ tên)

Trưởng phòng Giám định BHYT
(Ký, họ tên)

Giám đốc
(Ký, họ tên, đóng dấu)

BÁO CÁO THANH, QUYẾT TOÁN CHI PHÍ KHÁM BỆNH, CHỮA BỆNH BHYT
Quý ... Năm.....

Đơn vị: đồng

TT	Nội dung	Mã số	Phát sinh trong kỳ		Lũy kế	
			Số lượt/số thẻ	Số tiền	Số lượt/số thẻ	Số tiền
A	B	C	(1)	(2)	(3)	(4)
I	CHI KCB ĐÃ THẨM ĐỊNH TẠI CƠ SỞ Y TẾ	(1)				
1	Bệnh nhân trong tỉnh	(2)				
1.1	Chi KCB kỳ trước chưa quyết toán	(3)				
1.2	Chi KCB phát sinh trong kỳ	(4)				
1.2.1	<i>Chi KCB ngoại trú</i>	(5)				
1.2.2	<i>Chi KCB nội trú</i>	(6)				
2	Bệnh nhân tỉnh khác	(7)				
2.1	Chi KCB kỳ trước chưa quyết toán	(8)				
2.2	Chi KCB phát sinh trong kỳ	(9)				
2.2.1	<i>Chi KCB ngoại trú</i>	(10)				
2.2.2	<i>Chi KCB nội trú</i>	(11)				
II	CHI THANH TOÁN TRỰC TIẾP	(12)				
1	Bệnh nhân trong tỉnh	(13)				
1.1	<i>Chi KCB ngoại trú</i>	(14)				
1.2	<i>Chi KCB nội trú</i>	(15)				
2	Bệnh nhân tỉnh khác	(16)				
2.1	<i>Chi KCB ngoại trú</i>	(17)				
2.2	<i>Chi KCB nội trú</i>	(18)				
III	CHI KCB TỈNH KHÁC THANH TOÁN HỘ	(19)				
1	Chi cho cơ sở y tế	(20)				
1.1	<i>Chi KCB ngoại trú</i>	(21)				
1.2	<i>Chi KCB nội trú</i>	(22)				
2	Chi thanh toán trực tiếp	(23)				
2.1	<i>Chi KCB ngoại trú</i>	(24)				
2.2	<i>Chi KCB nội trú</i>	(25)				
3	Chi CSSKBĐ cho học sinh, sinh viên	(26)				
IV	CHI CHĂM SÓC SỨC KHOẺ BAN ĐẦU	(27)				
1	Chi CSSKBĐ nội tỉnh	(28)				
1.1	Học sinh, sinh viên	(29)				
1.2	Trẻ em dưới 6 tuổi	(30)				
1.3	Y tế cơ quan	(31)				
2	Chi CSSKBĐ học sinh, sinh viên ngoại tỉnh	(32)				
V	CHI KCB TẠI TỈNH ĐÃ QUYẾT TOÁN	(33)				
1	Chi KCB trong kỳ	(34)				

1.1	Bệnh nhân trong tình KCB tại tỉnh	(35)			
1.2	Bệnh nhân tỉnh khác đến	(36)			
2	Chi KCB kỳ trước giảm vào quyết toán kỳ này	(37)			
2.1	Bệnh nhân trong tình KCB tại tỉnh	(38)			
2.2	Bệnh nhân tỉnh khác đến	(39)			
3	Chi KCB kỳ trước quyết toán bổ sung kỳ này	(40)			
3.1	Bệnh nhân trong tình KCB tại tỉnh	(41)			
3.2	Bệnh nhân tỉnh khác đến	(42)			
4	Chi KCB năm trước quyết toán bổ sung kỳ này	(43)			
4.1	Bệnh nhân trong tình KCB tại tỉnh	(44)			
4.2	Bệnh nhân tỉnh khác đến	(45)			
VI	CHI KCB TẠI TỈNH CHƯA QUYẾT TOÁN	(46)			
1	Bệnh nhân trong tỉnh	(47)			
1.1	Chi vượt quỹ KCB được sử dụng	(48)			
1.2	Chi vượt trần đa tuyến đến	(49)			
2	Bệnh nhân tỉnh khác chi vượt trần đa tuyến đến	(50)			
VII	QUỸ KCB ĐƯỢC SỬ DỤNG TRONG KỲ	(51)			
1	Quỹ KCB còn dư kỳ trước chuyển sang	(52)			
2	Quỹ KCB được sử dụng kỳ này	(53)			
2.1	Nhóm 1	(54)			
2.2	Nhóm 2	(55)			
2.3	Nhóm 3	(56)			
2.4	Nhóm 4	(57)			
2.5	Nhóm 5	(58)			
VIII	CÂN ĐỐI QUỸ KCB	(59)			
IX	SỬ DỤNG KINH PHÍ KCB BHYT	(60)			
1	Kinh phí còn dư kỳ trước	(61)			
2	Kinh phí được cấp trong kỳ	(62)			
3	Kinh phí đã sử dụng trong kỳ	(63)			
4	Kinh phí chuyển kỳ sau	(64)			

....., ngày..... tháng..... năm.....

Người lập biểu
(Ký, họ tên)

**Trưởng phòng Giám
định BHYT**
(Ký, họ tên)

**Trưởng phòng Kế
hoạch-Tài chính**
(Ký, họ tên)

Giám đốc
(Ký, họ tên, đóng dấu)

CƠ SỞ Y TẾ

Mẫu số 16/BHYT

DANH MỤC THUỐC CHẾ PHẨM Y HỌC CỔ TRUYỀN THANH TOÁN BẢO HIỂM Y TẾ
(Áp dụng kể từ ngày.../.../.....)

STT	STT/Mã số theo DMT của BHYT	Tên vị thuốc	Tên thành phẩm của thuốc	Đường dùng, dạng bào chế	Hàm lượng/nồng độ	Nhà sản xuất	Nước sản xuất	Số đăng ký hoặc số GPNK	Đơn vị tính	Giá trúng thầu (đồng)	Giá thanh toán BHYT (đồng)	Ghi chú
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)	(11)	(12)	(13)
1. Danh mục thuốc được thanh toán 100%												
A. Chế phẩm YHCT có trong danh mục												
B. Chế phẩm YHCT thay thế các thuốc có trong danh mục thuốc chế phẩm YHCT												
C. Chế phẩm YHCT do cơ sở y tế tự bào chế												
2. Danh mục thuốc được thanh toán 50%, 30%												

Người lập biểu
(Ký, họ tên)

Trưởng phòng
(Ký, họ tên)

....., ngày..... tháng..... năm.....
Giám đốc
(Ký, họ tên, đóng dấu)

hbc

THÔNG KÊ CÁC DỊCH VỤ KỸ THUẬT CÓ SỬ DỤNG THUỐC PHÒNG XẠ VÀ HỢP CHẤT ĐÁNH DẤU
 (Áp dụng kể từ ngày...../...../.....)

STT	Loại DVKT		Hợp chất đánh dấu						Thuốc phóng xạ						Giá đề nghị thanh toán (đồng)
	Tên	Giá (đồng)	Tên hợp chất đánh dấu	Đơn vị (kit/lọ)	Đơn giá (đồng)	Định mức sử dụng nhà sản xuất	Định mức sử dụng thực tế	Thành tiền (đồng)	Tên thuốc phóng xạ	Đơn vị (mci)	Đơn giá (đồng)	Liều sử dụng bình quân	Tỷ lệ sử dụng thực tế bình quân	Thành tiền (đồng)	
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)	(11)	(12)	(13)	(14)	(15)	(16)

Người lập biểu
(Ký, họ tên)

Trưởng phòng
(Ký, họ tên)

....., ngày..... tháng..... năm.....
Giám đốc
(Ký, họ tên, đóng dấu)

.....Tên cơ sở y tế:.....
Mã cơ sở y tế:

Mẫu số 19/BHYT

THỐNG KÊ VẬT TƯ Y TẾ THANH TOÁN BHYT
Tháng.....Quý..... Năm.....

STT	Mã số theo danh mục do BHYT ban hành	Tên VTYT theo danh mục do BHYT ban hành	Tên thương mại	Quy cách	Đơn vị tính	Giá mua vào (đồng)	Số lượng		Giá thanh toán BHYT (đồng)	Thành tiền (đồng)
							Ngoại trú	Nội trú		
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)	(11)
1955.1										
1955.2										
.....										
.....										
III. TỔNG CỘNG										

Người lập biểu
(Ký, họ tên)

Trưởng phòng
(Ký, họ tên)

....., ngày tháng năm.....
Giám đốc
(Ký, họ tên, đóng dấu)

.....Tên cơ sở y tế:....
Mã cơ sở y tế:

Mẫu số 20/BHYT

THỐNG KÊ THUỐC THANH TOÁN BHYT
Tháng....Quý Năm

STT	STT theo DMT của BHYT	Tên hoạt chất	Tên thuốc thành phẩm	Đường dùng, dạng bào chế	Hàm lượng/nồng độ	Số đăng ký hoặc số GPNK	Đơn vị tính	Số lượng		Đơn giá (đồng)	Thành tiền (đồng)
								Ngoại trú	Nội trú		
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)	(11)	(12)
1. Thuốc tân dược											
1956.1											
1956.100											
2. Chế phẩm y học cổ truyền											
3. Vị thuốc YHCT											

....., ngày tháng năm.....
Giám đốc
(Ký, họ tên, đóng dấu)

Người lập biểu
(Ký, họ tên)

Trưởng khoa Dược
(Ký, họ tên)

.....Tên cơ sở y tế:....
Mã cơ sở y tế:

Mẫu số 21/BHYT

THỐNG KÊ DỊCH VỤ KỸ THUẬT THANH TOÁN BHYT
Đối với người bệnh BHYT đăng ký ban đầu/đa tuyến đến
Tháng....Quý..... Năm

STT	Mã số theo danh mục BHYT	Tên dịch vụ y tế	Số lượng		Đơn giá (đồng)	Thành tiền (đồng)
			Ngoại trú	Nội trú		
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)
I. Khám bệnh						
1001.1	04.1					
II. Giường bệnh						
1001.2	04.2.B3.1.K					
1001.2	04.2.B3.1.K.2					
1001.2	04.2.B3.1.K.3					
....						
III. Xét nghiệm						
.....						
IV. Chẩn đoán hình ảnh, thăm dò chức năng						
V. Thủ thuật, phẫu thuật						
.....						
TỔNG CỘNG (I+II+....+V)						

Người lập biểu
(Ký, họ tên)

Trưởng phòng

....., ngày tháng năm.....
Giám đốc
(Ký, họ tên, đóng dấu)



PHỤ LỤC SỐ 02

Các biểu mẫu do Bộ Tài chính ban hành (Thông tư số 178/2012/TT-BTC)
có điều chỉnh tiêu thức thống kê

Ban hành kèm theo Quyết định số: 1399/QĐ-BHXH ngày 22 tháng 12 năm 2014
của Tổng Giám đốc Bảo hiểm xã hội Việt Nam)

STT	Tên mẫu biểu, chứng từ	Nội dung điều chỉnh
1	Mẫu số C78-HD: Bảng thanh toán trực tiếp chi phí khám, chữa bệnh BHYT	<ul style="list-style-type: none">- Điều chỉnh tên tại mục I-Dịch vụ y tế thông thường thành Dịch vụ y tế không áp dụng tỷ lệ. Điều chỉnh thứ tự các chỉ tiêu tại mục I gồm: 1. Khám bệnh; 2. Ngày giường; 3. Xét nghiệm; 4. Chẩn đoán hình ảnh, thăm dò chức năng; 5. Thủ thuật, phẫu thuật; 6. Máu, chế phẩm máu; 7. Thuốc; 8. Vật tư y tế thanh toán riêng.- Sửa đổi mục II-Dịch vụ kỹ thuật cao và mục III-Thuốc K, chống thải ghép ngoài danh mục thành mục II-Dịch vụ y tế thanh toán theo tỷ lệ, bao gồm: 1. Dịch vụ kỹ thuật; 2. Thuốc; 3. Vật tư y tế; Mục III-Chi phí khác.
2	Các mẫu số C79a-HD, C80a-HD, C79b-HD, C80b-HD: Danh sách người bệnh BHYT khám, chữa bệnh ngoại trú, nội trú đề nghị thanh toán và Danh sách người bệnh BHYT khám, chữa bệnh ngoại trú, nội trú được duyệt	<p>Điều chỉnh tên các tiêu thức:</p> <ul style="list-style-type: none">- Vật tư y tế tiêu hao thành Vật tư y tế, ghi tại cột (7).- Dịch vụ kỹ thuật cao thành Dịch vụ kỹ thuật thanh toán theo tỷ lệ, ghi tại cột (8). Trong thời gian chưa ban hành Danh mục dịch vụ kỹ thuật thanh toán theo điều kiện tỷ lệ thì ghi dịch vụ kỹ thuật cao, chi phí lớn.- Vật tư y tế thay thế thành Vật tư y tế thanh toán theo tỷ lệ, ghi tại cột (10).- Thuốc K, thải ghép thành thuốc thanh toán theo tỷ lệ, ghi tại cột (9).
3	Mẫu số C81-HD: Thông báo tổng hợp kinh phí khám, chữa bệnh và chi phí phát sinh ngoài cơ sở khám, chữa bệnh.	<ul style="list-style-type: none">- Bổ sung chỉ tiêu Số thẻ BHYT bình quân trong quý (mã số 01).- Mục III-Kinh phí phải khấu trừ: bổ sung chỉ tiêu Chi phát sinh kỳ trước chưa khấu trừ (mã số 10) và Chi phát sinh trong kỳ (mã số 11).

4	<p>Mẫu C82-HD: Biên bản thanh, quyết toán chi phí khám, chữa bệnh BHYT</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Điều chỉnh tên tại mã số 20-Chi khám chữa bệnh đa tuyến đến, trong trần tuyến 2 thành Chi khám chữa bệnh trong trần đa tuyến đến; mã số 21-Chi khám chữa bệnh đa tuyến đến, ngoài trần tuyến 2 thành Chi khám chữa bệnh ngoài trần đa tuyến đến; - Bổ sung các chỉ tiêu Bệnh nhân nội tỉnh và Bệnh nhân ngoại tỉnh vào các mã số 20, mã số 21, mã số 26.
5	<p>Mẫu số C84a-HD: Hợp đồng trích chuyển kinh phí chăm sóc sức khỏe ban đầu cho HSSV; Mẫu số C84b-HD: Thanh lý hợp đồng trích chuyển kinh phí chăm sóc sức khỏe ban đầu cho học sinh sinh viên</p>	<p>Nội dung được điều chỉnh theo quy định của Luật sửa đổi, bổ sung một số điều của Luật BHYT:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sửa đổi tỷ lệ trích chuyển kinh phí chăm sóc sức khỏe ban đầu cho học sinh, sinh viên từ 12% quỹ khám bệnh, chữa bệnh của học sinh, sinh viên thành 7% số thu BHYT của học sinh, sinh viên; - Bổ sung tỷ lệ trích chuyển kinh phí chăm sóc sức khỏe ban đầu cho trẻ em dưới 6 tuổi đang theo học tại cơ sở giáo dục quốc dân là 5% số thu BHYT của trẻ em dưới 6 tuổi; <p>Mẫu này được sử dụng để ký hợp đồng và thanh lý hợp đồng trích chuyển kinh phí chăm sóc sức khỏe ban đầu cho trẻ em dưới 6 tuổi đang theo học tại cơ sở giáo dục quốc dân.</p>
6	<p>Mẫu số C86-HD: Biên bản quyết toán sử dụng kinh phí kết dư quỹ khám, chữa bệnh BHYT.</p>	<p>Điều chỉnh nội dung chi tại cột B theo quy định của Luật sửa đổi, bổ sung một số điều của Luật BHYT:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kinh phí đã hỗ trợ quỹ khám bệnh, chữa bệnh người nghèo; - Kinh phí đã hỗ trợ mức đóng BHYT; - Kinh phí đã mua sắm trang thiết bị y tế; - Kinh phí đã mua phương tiện vận chuyển người bệnh.

Chi trong chế độ BHYT thuộc trách nhiệm người bệnh cùng chi trả:
Chi trong chế độ BHYT được cơ quan BHXH thanh toán:
(Viết bằng chữ:)

(Kèm theo chứng từ gốc)

Người lập biểu
(Ký, họ tên)

**Phụ trách
giám định**
(Ký, họ tên)

**Kế toán
trưởng**
(Ký, họ tên)

....., ngày tháng năm.....
Thủ trưởng đơn vị
(Ký, họ tên, đóng dấu)

www.LuatVietnam.vn



Tên cơ sở khám, chữa bệnh:.....

Mã số

Mẫu số: C79a – HD

(Ban hành theo Thông tư số 178/2012/TT-BTC

ngày 23/10/2012 của Bộ Tài chính)

DANH SÁCH NGƯỜI BỆNH BẢO HIỂM Y TẾ KHÁM CHỮA BỆNH NGOẠI TRÚ ĐỀ NGHỊ THANH TOÁN

Tháng Quý Năm

(Gửi cùng với file dữ liệu hàng tháng)

Đơn vị: đồng

STT	Họ và tên	Năm sinh		Mã thẻ BHYT	Mã ĐKBĐ	Mã bệnh	Ngày khám	TỔNG CHI PHÍ KHÁM, CHỮA BỆNH BHYT											Đề nghị BHXH thanh toán					
		Nam	Nữ					Tổng cộng	Không áp dụng tỷ lệ thanh toán						thanh toán theo tỷ lệ			Tiền khám	Vận chuyển	Người bệnh chi trả	Tổng cộng	Trong đó chi phí ngoài quỹ định suất		
									Xét nghiệm	CĐHA TDCN	Thuốc	Máu	TTPT	VTYT	DVKT	Thuốc	VTYT							
A	B	C	D	E	G	H	I	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)	(11)	(12)	(13)	(14)	(15)		
A	BỆNH NHÂN NỘI TỈNH KHÁM, CHỮA BỆNH BAN ĐẦU																							
1																								
2																								
...																								
B	BỆNH NHÂN NỘI TỈNH ĐẾN																							
1																								
2																								
...																								
C	BỆNH NHÂN NGOẠI TỈNH ĐẾN																							
1																								
2																								
...																								
	Tổng cộng A+B+C																							
Số tiền đề nghị thanh toán (viết bằng chữ).....																								

....., ngày tháng năm.....

Người lập biểu
(Ký, họ tên)

Trưởng phòng KHTH
(Ký, họ tên)

Kế toán trưởng
(Ký, họ tên)

Thủ trưởng đơn vị
(Ký, họ tên, đóng dấu)

Đơn vị:.....
 Bộ phận

Mẫu số: C79b-HD
 Ban hành theo Thông tư số 178/TT-BTC
 ngày 23/10/2012 của Bộ Tài chính)

DANH SÁCH NGƯỜI BỆNH BẢO HIỂM Y TẾ KHÁM CHỮA BỆNH NGOẠI TRÚ ĐƯỢC DUYỆT

Tại cơ sở KCB:

Tháng quý năm

A - TỔNG SỐ ĐƯỢC DUYỆT THEO ĐÚNG DANH SÁCH ĐỀ NGHỊ CHỮA THẨM ĐỊNH

Đơn vị: đồng

STT	Chi tiêu	Số lượt	CHI PHÍ KHÁM CHỮA BỆNH BHYT DUYỆT												Người bệnh chi trả	Chi phí đưa vào quyết toán	
			Tổng cộng	Không áp dụng tỷ lệ thanh toán						Thanh toán theo tỷ lệ			Tiền khám	Vận chuyển		Tổng cộng	Trong đó chi phí ngoài quỹ ĐS
				Xét nghiệm	CDHA TDCN	Thuốc, dịch	Máu	Thủ thuật Phẫu thuật	VTYT	DVKT	Thuốc	VTYT					
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)	(11)	(12)	(13)	(14)	(15)			
A	B	C															
I	Bệnh nhân nội tinh KCB ban đầu																
II	Bệnh nhân nội tinh đến																
III	Bệnh nhân ngoại tinh đến																
	Cộng (A)																

B - TỔNG SỐ THẨM ĐỊNH ĐƯỢC DUYỆT GỒM LƯỢT NGƯỜI

B1 - THẨM ĐỊNH DUYỆT NHƯ ĐỀ NGHỊ GỒM LƯỢT NGƯỜI

STT	Chi tiêu	Số lượt	CHI PHÍ KHÁM CHỮA BỆNH BHYT												Người bệnh chi trả	Chi phí đưa vào quyết toán	
			Tổng cộng	Không áp dụng tỷ lệ thanh toán						Thanh toán theo tỷ lệ			Tiền khám	Vận chuyển		Tổng cộng	Trong đó chi phí ngoài quỹ ĐS
				Xét nghiệm	CDHA TDCN	Thuốc, dịch	Máu	Thủ thuật Phẫu thuật	VTYT	DVKT	Thuốc	VTYT					

A	B	C	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)	(11)	(12)	(13)	(14)	(15)
I	Bệnh nhân nội tinh KCB ban đầu																
II	Bệnh nhân nội tinh đến																
III	Bệnh nhân ngoại tinh đến																
	Cộng (B1)																

B2 - THẨM ĐỊNH CÓ ĐIỀU CHỈNH CHI PHÍ GỒM LƯỢT NGƯỜI

STT	Chi tiêu	Số lượt	CHI PHÍ KHÁM CHỮA BỆNH BHYT												Người bệnh chi trả	Chi phí đưa vào quyết toán		
			Tổng cộng	Không áp dụng tỷ lệ thanh toán						Thanh toán theo tỷ lệ				Tiền khám		Vận chuyển	Tổng cộng	Trong đó chi ngoài quỹ ĐS
				Xét nghiệm	CDHA TDCN	Thuốc, dịch	Máu	Thủ thuật Phẫu thuật	VTYT	DVKT	Thuốc	VTYT						
A	B	C	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)	(11)	(12)	(13)	(14)	(15)	
I	Bệnh nhân nội tinh KCB ban đầu																	
II	Bệnh nhân nội tinh đến																	
III	Bệnh nhân ngoại tinh đến																	
	Cộng (B2)																	

C - DANH SÁCH BỆNH NHÂN THẨM ĐỊNH TỪ CHỐI THANH TOÁN

C1 - DANH SÁCH BỆNH NHÂN THẨM ĐỊNH TỪ CHỐI THANH TOÁN MỘT PHẦN GỒM LƯỢT NGƯỜI

STT	Họ và tên	Mã thẻ BHYT	Ngày khám	Chi phí đề nghị BHXH thanh toán	Chi phí đưa vào quyết toán	Số tiền từ chối thanh toán	Lý do từ chối thanh toán
A	B	C	D	(1)	(2)	(3)	E
I	Bệnh nhân nội tinh KCB ban đầu						
1							

...							
II	Bệnh nhân nội tỉnh đến						
1							
2							
....							
III	Bệnh nhân ngoại tỉnh đến						
1							
....							
	Cộng (C1)	x	x				x

C2 - DANH SÁCH BỆNH NHÂN THÂM ĐỊNH TỬ CHỐI THANH TOÁN TOÀN BỘ GỒM LƯỢT NGƯỜI

STT	Họ và tên	Mã thẻ BHYT	Ngày khám	Số tiền từ chối thanh toán	Lý do không thanh toán
A	B	C	D	(1)	E
I	Bệnh nhân nội tỉnh KCB ban đầu				
1					
....					
II	Bệnh nhân nội tỉnh đến				
1					
....					
III	Bệnh nhân ngoại tỉnh đến				
1					
....					
	Cộng (C2)	x	x		x

D. TỔNG SỐ ĐƯỢC DUYỆT TRONG KỲ

STT	Chi tiêu	Số lượt	Số tiền	Trong đó	
				Trong định suất	Ngoài định suất
A	B	(1)	(2)	(3)	(4)
I	Bệnh nhân nội tinh KCB ban đầu				
II	Bệnh nhân nội tinh đến				
III	Bệnh nhân ngoại tinh đến				
	TỔNG CỘNG (D=A+B)				

Tổng số tiền (viết bằng chữ):

Người lập
(Ký, họ tên)

Phụ trách giám định BHYT
(Ký, họ tên)

Ngày tháng năm
Thủ trưởng đơn vị
(Ký, họ tên, đóng dấu)

Tên cơ sở khám, chữa bệnh:.....

Mã số

Mẫu số: C80a – HD

(Ban hành theo Thông tư số 178/2012/TT-BTC ngày 23/10/2012 của Bộ Tài chính)

DANH SÁCH NGƯỜI BỆNH BẢO HIỂM Y TẾ KHÁM CHỮA BỆNH NỘI TRÚ ĐỀ NGHỊ THANH TOÁN

Tháng Quý Năm

(Gửi cùng với file dữ liệu hàng tháng)

Đơn vị: đồng

STT	Họ và tên	Năm sinh		Mã thẻ BHYT	Mã ĐKBĐ	Mã bệnh	Ngày vào	Ngày ra	Số ngày điều trị	CHI PHÍ KHÁM CHỮA BỆNH BHYT										Người bệnh chi trả	Chi phí đề nghị BHXH thanh toán					
		Nam	Nữ							Không áp dụng tỷ lệ thanh toán					Thanh toán theo tỷ lệ						Tiền giường	Vận chuyển	Tổng cộng	Trong đó ngoài quỹ định suất		
										Xét nghiệm	CĐHA TDCN	Thuốc	Máu	Thủ thuật Phẫu thuật	VTYT	DVKT	Thuốc	VTYT								
A	B	C	D	E	G	H	I	K	L	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)	(11)	(12)	(13)	(14)	(15)		
A	BỆNH NHÂN NỘI TỈNH KCB BAN ĐẦU																									
1																										
2																										
...																										
B	BỆNH NHÂN NỘI TỈNH ĐẾN																									
1																										
2																										
...																										
C	BỆNH NHÂN NGOẠI TỈNH ĐẾN																									
1																										
2																										
	Tổng cộng A+B+C					x	x	x	x	x																

Tổng số tiền đề nghị thanh toán (viết bằng chữ):

....., ngày tháng năm.....

Người lập biểu
(Ký, họ tên)

Trưởng phòng KHTH
(Ký, họ tên)

Kế toán trưởng
(Ký, họ tên)

Thủ trưởng đơn vị
(Ký, họ tên, đóng dấu)

Đơn vị:.....
 Bộ phận

Mẫu số: C80b-HD
 Ban hành theo Thông tư số 178/TT-BTC
 ngày 23/10/2012 của Bộ Tài chính)

DANH SÁCH NGƯỜI BỆNH BẢO HIỂM Y TẾ KHÁM CHỮA BỆNH NỘI TRÚ ĐƯỢC DUYỆT

Tại cơ sở KCB:

Tháng Quý Năm

A - TỔNG SỐ ĐƯỢC DUYỆT THEO ĐÚNG DANH SÁCH ĐỀ NGHỊ CHỮA THẨM ĐỊNH

Đơn vị: đồng

STT	Chi tiêu	Số lượt	Số ngày	CHI PHÍ KHÁM, CHỮA BỆNH BHYT DUYỆT												Người bệnh cùng chi trả	Chi phí đưa vào quyết toán	
				Tổng cộng	Không áp dụng tỷ lệ thanh toán					Thanh toán theo tỷ lệ			Tiền giường	Vận chuyển	Tổng cộng		Trong đó chi phí ngoài quỹ định suất	
					Xét nghiệm	CĐHA TDCN	Thuốc, dịch	Máu	Thủ thuật Phẫu thuật	VTYT	DVKT	Thuốc						VTYT
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)	(11)	(12)	(13)	(14)	(15)				
A	B	C	D															
I	Bệnh nhân nội tỉnh KCB ban đầu																	
II	Bệnh nhân nội tỉnh đến																	
III	Bệnh nhân ngoại tỉnh đến																	
	Cộng (A)	X	X															

B - TỔNG SỐ THẨM ĐỊNH ĐƯỢC DUYỆT GỒM LƯỢT NGƯỜI

B1 - THẨM ĐỊNH DUYỆT NHƯ ĐỀ NGHỊ GỒM LƯỢT NGƯỜI

STT	Chi tiêu	Số lượt	Số ngày	CHI PHÍ KHÁM, CHỮA BỆNH BHYT DUYỆT												Người bệnh chi trả	Chi phí đưa vào quyết toán	
				Tổng cộng	Không áp dụng tỷ lệ thanh toán					Thanh toán theo tỷ lệ			Tiền giường	Vận chuyển	Tổng cộng		Trong đó chi phí ngoài quỹ	
					Xét nghiệm	CĐHA TDCN	Thuốc, dịch	Máu	Thủ thuật Phẫu thuật	VTYT	DVKT	Thuốc						VTYT

									thuật									định suất
A	B	C	D	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)	(11)	(12)	(13)	(14)	(15)
I	Bệnh nhân nội tinh KCB ban đầu																	
II	Bệnh nhân nội tinh đến																	
III	Bệnh nhân ngoại tinh đến																	
	Cộng (B1)	x	x															

B2 – THẨM ĐỊNH CÓ ĐIỀU CHỈNH CHI PHÍ GỒM LƯỢT NGƯỜI

STT	Chi tiêu	Số lượt	Số ngày	CHI PHÍ KHÁM, CHỮA BỆNH BHYT DUYỆT												Chi phí đưa vào quyết toán		
				Tổng cộng	Không áp dụng tỷ lệ thanh toán					Thanh toán theo tỷ lệ			Tiền giường	Vận chuyển	Người bệnh chi trả	Tổng cộng	Trong đó chi phí ngoài quỹ định suất	
					Xét nghiệm	CDHA TDCN	Thuốc, dịch	Máu	Thủ thuật Phẫu thuật	VTYT	DVKT	Thuốc						VTYT
A	B	C	D	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(8)	(10)	(11)	(12)	(13)	(14)	(15)
I	Bệnh nhân nội tinh KCB ban đầu																	
II	Bệnh nhân nội tinh đến																	
III	Bệnh nhân ngoại tinh đến																	
	Cộng (B2)	x	x															

C - DANH SÁCH BỆNH NHÂN THẨM ĐỊNH TỪ CHỐI THANH TOÁN

C1 - DANH SÁCH BỆNH NHÂN THẨM ĐỊNH TỪ CHỐI THANH TOÁN MỘT PHẦN GỒM LƯỢT NGƯỜI

STT	Họ và tên	Mã thẻ BHYT	Ngày vào	Ngày ra	Chi phí đề nghị BHXH thanh toán	Chi phí đưa vào quyết toán	Số tiền từ chối thanh toán	Lý do từ chối thanh toán
A	B	C	D	E	(1)	(2)	(3)	G

I	Bệnh nhân nội tỉnh KCB ban đầu							
1								
...								
II	Bệnh nhân nội tỉnh đến							
1								
2								
....								
III	Bệnh nhân ngoại tỉnh đến							
1								
.....								
	Cộng (C1)	x	x	x				x

C2 - DANH SÁCH BỆNH NHÂN THÂM ĐỊNH TỪ CHỐI THANH TOÁN TOÀN BỘ GỒM LƯỢT NGƯỜI

STT	Họ và tên	Mã thẻ BHYT	Ngày vào	Ngày ra	Số tiền từ chối thanh toán	Lý do không thanh toán
A	B	C	D	E	(1)	G
I	Bệnh nhân nội tỉnh KCB ban đầu					
1						
....						
II	Bệnh nhân nội tỉnh đến					
1						
....						
III	Bệnh nhân ngoại tỉnh đến					
1						
.....						
	Cộng (C2)	x	x	x		x

D. TỔNG SỐ ĐƯỢC DUYỆT TRONG KỶ

STT	Chi tiêu	Số lượt	Số tiền	Trong đó	
				Trong định suất	Ngoài định suất
A	B	(1)	(2)	(3)	(4)
I	Bệnh nhân nội tình KCB ban đầu				
II	Bệnh nhân nội tình đến				
III	Bệnh nhân ngoại tình đến				
	TỔNG CỘNG (D=A+B)				

Tổng số tiền (viết bằng chữ):

Người lập
(Ký, họ tên)

Phụ trách giám định BHYT
(Ký, họ tên)

Ngày tháng năm
Thủ trưởng đơn vị
(Ký, họ tên, đóng dấu)

Đơn vị:.....
Bộ phận

Mẫu số: C81 – HD
(Ban hành theo Thông tư số
178/2012/TT-BTC ngày 23/10/2012 của
Bộ Tài chính)

**THÔNG BÁO TỔNG HỢP KINH PHÍ KHÁM, CHỮA BỆNH VÀ CHI PHÍ PHÁT
SINH NGOÀI CƠ SỞ KHÁM, CHỮA BỆNH**
Quý Năm

Tên cơ sở KCB:.....Mã đơn vị:.....

Địa chỉ:.....

BHXH thông báo kinh phí KCB được sử dụng trong kỳ và tổng mức
thanh toán đa tuyến đến tại cơ sở KCB như sau:

TT	Chi tiêu	Mã số	Trong quý	Lũy kế từ đầu năm
A	B	C	(1)	(2)
I	Số thẻ BHYT bình quân trong quý	1		
II	Tổng kinh phí KCB	2		
1	Kinh phí kỳ trước chuyển sang	3		
2	Kinh phí bổ sung từ 5%, 10% của đơn vị	4		
3	Kinh phí bổ sung từ tỉnh, trung ương	5		
4	Quỹ KCB xác định theo số thẻ	6		
5	Kinh phí khác (nếu có)	7		
III	Kinh phí phải khấu trừ	8		
1	Chi thanh toán trực tiếp tại cơ quan BHXH	9		
2	Chi phát sinh kỳ trước chưa khấu trừ	10		
3	Chi đa tuyến đi nội tỉnh	10.1		
4	Chi đa tuyến đi ngoài tỉnh	10.2		
5	Chi phát sinh trong kỳ	11		
6	Chi đa tuyến đi nội tỉnh	11.1		
7	Chi đa tuyến đi ngoài tỉnh	11.2		
8	Chi phí khác	12		
IV	Chi đa tuyến đi, chưa khấu trừ do vượt quỹ	13		
V	Kinh phí được sử dụng tại cơ sở KCB trong kỳ	14		
VI	Trần thanh toán đa tuyến đến	15		
1	Kỳ trước chuyển sang	16		
2	Kỳ này	17		
3	Điều chỉnh/Bổ sung thanh toán vượt trần đa tuyến đến kỳ trước	18		

Người lập biểu
Ký, họ tên)

....., ngày.....tháng.....năm.....
Thủ trưởng đơn vị
(Ký, họ tên, đóng dấu)

Đơn vị:.....
Bộ phận

Mẫu số: C82 – HD
(Ban hành theo Thông tư số
178/2012/TT-BTC ngày 23/10/2012 của
Bộ Tài chính)

BIÊN BẢN THANH, QUYẾT TOÁN CHI PHÍ KHÁM CHỮA BỆNH BẢO HIỂM Y TẾ
Quý Năm

Căn cứ hợp đồng KCB BHYT số:.....ngày.....tháng.....năm.....giữa
BHXH.....và cơ sở khám, chữa bệnh.....

Hôm nay, ngày.....tháng.....năm.....tại.....

Chúng tôi gồm:

Đại diện cơ quan BHXH:

Ông (Bà):..... Chức vụ:

Ông (Bà):..... Chức vụ:

Ông (Bà):..... Chức vụ:

Đại diện cơ sở khám, chữa bệnh:

Ông (Bà):..... Chức vụ:

Ông (Bà):..... Chức vụ:

Ông (Bà):..... Chức vụ:

Cùng nhau tiến hành xác định và lập biên bản thanh, quyết toán chi phí KCB BHYT
quý năm như sau:

Đơn vị: đồng

TT	Chi tiêu	Mã số	Trong quý	Lũy kế từ đầu năm
A	B	C	(1)	(2)
A	KINH PHÍ ĐƯỢC SỬ DỤNG TẠI CƠ SỞ KCB	1		
B	CHI PHÁT SINH TẠI CƠ SỞ KCB	2		
I	Chi của bệnh nhân ĐKBĐ tại cơ sở KCB	3		
1	<i>Chi phát sinh kỳ trước chưa quyết toán</i>	4		
2	<i>Chi phát sinh trong kỳ</i>	5		
2.1	Chi trong định suất	6		
2.2	Chi ngoài định suất	7		
II	Chi của bệnh nhân đa tuyến đến	8		
1	<i>Chi phát sinh kỳ trước chưa quyết toán</i>	9		
1.1	<i>Bệnh nhân nội tỉnh</i>	9.1		
1.2	<i>Bệnh nhân ngoại tỉnh</i>	9.2		
2	<i>Chi phát sinh trong kỳ</i>	10		
2.1	Chi thanh toán trong trần đa tuyến đến	11		
2.1.1	<i>Bệnh nhân nội tỉnh</i>	12		

2.1.2	<i>Bệnh nhân ngoại tỉnh</i>	13		
2.2	Chi thanh toán ngoài trần đa tuyến đến	14		
2.2.1	<i>Bệnh nhân nội tỉnh</i>	15		
2.2.2	<i>Bệnh nhân ngoại tỉnh</i>	16		
C	SỐ QUYẾT TOÁN TRONG KỲ	17		
1	Chi của bệnh nhân ĐKBĐ	18		
2	Chi ngoài quỹ định suất	19		
3	Chi KCB trong trần đa tuyến đến	20		
3.1	<i>Bệnh nhân nội tỉnh</i>	20.1		
3.2	<i>Bệnh nhân ngoại tỉnh</i>	20.2		
4	Chi KCB ngoài trần đa tuyến đến	21		
4.1	<i>Bệnh nhân nội tỉnh</i>	21.1		
4.2	<i>Bệnh nhân ngoại tỉnh</i>	21.2		
5	Giảm trừ số chi ĐKBĐ, đã quyết toán kỳ trước	22		
6	Giảm trừ số chi đa tuyến đến, đã quyết toán kỳ trước	23		
D	SỐ CHƯA QUYẾT TOÁN	24		
1	Chi ĐKBĐ phát sinh tại cơ sở KCB	25		
2	Chi đa tuyến đến	26		
2.1	<i>Bệnh nhân nội tỉnh</i>	26.1		
2.2	<i>Bệnh nhân ngoại tỉnh</i>	26.2		
E	SỐ DƯ CUỐI KỲ	27		
1	Kinh phí KCB	28		
2	Tổng mức thanh toán đa tuyến đến	29		
G	THANH TOÁN VỚI CƠ SỞ KCB	30		
1	Số tiền tạm ứng còn dư kỳ trước chuyển sang	31		
2	Số tiền tạm ứng trong kỳ	32		
3	Số thanh toán bổ sung chi phí KCB năm trước	33		
4	Số phải nộp cơ quan BHXH	34		
4.1	Giảm trừ số đã quyết toán chi phí KCB năm trước	35		
4.2	Giảm trừ số đã tạm ứng kỳ trước	36		
4.3	Số dư kinh phí KCB theo phí dịch vụ	37		
5	Số chi thanh toán trong kỳ	38		
6	Số tiền tạm ứng còn dư chuyển kỳ sau	39		

Ý kiến của cơ quan BHXH:

.....
.....
.....
.....

Ý kiến của cơ sở khám, chữa bệnh:

.....
.....
.....
.....

CƠ SỞ KHÁM, CHỮA BỆNH BHYT

CƠ QUAN BHXH

Trưởng phòng KHTH <i>(Ký, họ tên)</i>	Kế toán trưởng <i>(Ký, họ tên)</i>	Thủ trưởng đơn vị <i>(Ký, họ tên, đóng dấu)</i>	Phụ trách giám định BHYT <i>(Ký, họ tên)</i>	Kế toán trưởng <i>(Ký, họ tên)</i>	Thủ trưởng đơn vị <i>(Ký, họ tên, đóng dấu)</i>
---	--	---	--	--	---

www.LuatVietnam.vn

2

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

HỢP ĐỒNG TRÍCH CHUYỂN KINH PHÍ
CHĂM SÓC SỨC KHỎE BAN ĐẦU CHO HỌC SINH, SINH VIÊN/TRẺ EM DƯỚI 6 TUỔI
(Số: /HĐ - BHYT) [1]

Căn cứ Luật Bảo hiểm y tế số 25/2008/QH12 ngày 14 tháng 11 năm 2008 và Luật sửa đổi bổ sung một số điều của Luật BHYT số 46/2014/QH13

Căn cứ 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 BHYT;

Căn cứ Thông tư liên tịch số 41/2014/TTLT-BYT-BTC ngày 24 tháng 11 năm 2014 của liên Bộ Y tế- Bộ Tài chính hướng dẫn thực hiện bảo hiểm y tế;

Căn cứ Thông tư số 14/2007/TT-BTC ngày 08/3/2007 của Bộ Tài chính hướng dẫn sử dụng kinh phí thực hiện công tác y tế trong các trường học;

Căn cứ Quyết định số 1399/QĐ-BHXH ngày 22/12/2014 của Tổng Giám đốc BHXH Việt Nam Quy định về tổ chức thực hiện BHYT trong khám bệnh, chữa bệnh;

Căn cứ Quyết định số.....ngày.....tháng.....năm.....của.....về việc quy định chức năng, nhiệm vụ của phòng y tế trường[2]

Căn cứ Quyết định số... ngày ...tháng...năm..... của về việc quy định chức năng, nhiệm vụ của Bảo hiểm xã hội tỉnh/ huyện [3].....

Hôm nay, ngày... tháng... năm 20.... tại

Chúng tôi gồm:

Bên A: Bảo hiểm xã hội (tỉnh/huyện).....

Địa chỉ:

Điện thoại: Fax:.....

Tài khoản số : Tại Ngân hàng.....

Đại diện ông (bà): Chức vụ:

Giấy ủy quyền số :..... Ngày.....thángnăm..... [4]

Bên B: (Tên cơ quan ký hợp đồng nhận kinh phí CSSKBD):.....

Địa chỉ:

Điện thoại: Fax:.....

Tài khoản số : Tại Ngân hàng.....

Đại diện ông (bà): Chức vụ:

Giấy ủy quyền số :..... Ngày.....thángnăm [5]

Sau khi thỏa thuận, Hai bên thống nhất ký kết hợp đồng trích kinh phí chăm sóc sức khỏe ban đầu cho học sinh, sinh viên đang theo học tại nhà trường theo các điều khoản cụ thể như sau:

Điều 1. Tổ chức chăm sóc sức khỏe ban đầu

Bên B cam kết thực hiện đúng quy định hiện hành về chăm sóc sức khỏe ban đầu cho học sinh, sinh viên/trẻ em dưới 6 tuổi tham gia BHYT đang theo học tại nhà trường.

Điều 2. Phương thức xác định và quyết toán kinh phí chi chăm sóc sức khỏe ban đầu

1. Xác định kinh phí chi chăm sóc sức khỏe ban đầu

Đối với chăm sóc sức khỏe ban đầu cho học sinh, sinh viên:

Căn cứ vào số thẻ BHYT đã phát hành cho học sinh sinh viên, Bên A xác định kinh phí chi chăm sóc sức khỏe ban đầu bằng 7% tổng thu quỹ BHYT tính trên tổng số học sinh, sinh viên đang theo học tại trường (kể cả học sinh, sinh viên tham gia BHYT theo nhóm đối tượng khác..... theo công thức sau:

$KP_{CSSKBD} = 7\% \times \text{Tổng thu quỹ BHYT HSSV trên số HSSV đang theo học}$

Đối với chăm sóc sức khỏe ban đầu cho trẻ em dưới 6 tuổi:

Căn cứ vào số trẻ em dưới 6 tuổi đang theo học tại Trường mầm non....., Bên A xác định kinh phí chi chăm sóc sức khỏe ban đầu bằng 5% tổng thu quỹ BHYT tính trên số trẻ em dưới 6 tuổi đang theo học tại trường theo công thức sau:

$KP_{CSSKBD} = 5\% \times \text{Tổng thu quỹ BHYT BHYT tính trên tổng số trẻ em dưới 6 tuổi đang theo học}$

2. Chuyển và quyết toán kinh phí chăm sóc sức khỏe ban đầu

Vào tháng đầu của năm học hoặc khóa học, Bên A có trách nhiệm chuyển số tiền nêu trên cho cơ sở giáo dục

Điều 3. Quyền và trách nhiệm của bên A

1. Quyền của bên A

- Yêu cầu bên B kê khai điều kiện trích chuyển kinh phí chăm sóc sức khỏe ban đầu theo quy định tại Khoản 1, Điều 18, Thông tư liên tịch số 41/2014/TTLT-BYT-BTC\
- Yêu cầu bên B cung cấp danh sách học sinh, sinh viên/ trẻ em dưới 6 tuổi và nộp đủ tiền đóng BHYT của đối tượng do bên B quản lý.
- Từ chối cấp kinh phí chăm sóc sức khỏe ban đầu nếu phát hiện bên B sử dụng không đúng quy định.

2. Trách nhiệm của bên A

- Thông báo kinh phí được sử dụng để chăm sóc sức khỏe ban đầu cho học sinh, sinh viên/ trẻ em dưới 6 tuổi;
- Chuyển kinh phí chăm sóc sức khỏe ban đầu cho bên B và thanh toán theo quy định chung và quy định tại Điều 2 của Hợp đồng này;
- Thông báo kịp thời với bên B trong trường hợp có thay đổi về chính sách BHYT.

Điều 4. Quyền và trách nhiệm của bên B

1. Quyền của bên B

- Yêu cầu bên A thông báo số kinh phí chăm sóc sức khỏe ban đầu được sử dụng theo quy định tại Khoản 2 Điều 17 Thông tư liên tịch số 41/2014/TTLT-BYT-BTC của liên Bộ Y tế - Bộ Tài chính;
- Được bên A tạm ứng kinh phí và thanh quyết toán kinh phí chăm sóc sức khỏe ban đầu theo quy định

2. Trách nhiệm của bên B

- Gửi bản đề nghị trích chuyển kinh phí chăm sóc sức khỏe ban đầu vào đầu năm học, khóa học
- Tổ chức chăm sóc sức khỏe ban đầu cho học sinh sinh viên đúng quy định;
- Quản lý và sử dụng kinh phí từ quỹ bảo hiểm y tế do bên A chuyển, thanh toán theo đúng quy định của pháp luật;
- Thông kê đầy đủ, kịp thời, chính xác các khoản chi chăm sóc sức khỏe ban đầu để quyết toán với cơ quan tài chính cấp trên;
- Thông báo kịp thời với bên A trong trường hợp có thay đổi liên quan đến điều kiện nhận kinh phí chăm sóc sức khỏe ban đầu cho học sinh, sinh viên/ trẻ em dưới 6 tuổi

Điều 5. Điều khoản thi hành

- Hai bên cam kết thực hiện đúng các quy định của pháp luật về BHYT và các điều khoản đã ký trong Hợp đồng; cùng hợp tác giúp đỡ lẫn nhau hoàn thành nhiệm vụ và đảm bảo quyền lợi của người tham gia BHYT.
- Hợp đồng này được lập thành 04 bản có giá trị pháp lý như nhau, mỗi bên giữ 02 bản.
- Hợp đồng có hiệu lực kể từ ngày ký và hết hiệu lực ngay sau khi hai bên hoàn thành việc quyết toán kinh phí chăm sóc sức khỏe ban đầu mỗi năm.

ĐẠI DIỆN BÊN B

ĐẠI DIỆN BÊN A

Ghi chú:

- [1]: Số hợp đồng được đánh theo số thứ tự hợp đồng trong một năm, bắt đầu từ số 01 vào ngày đầu năm và kết thúc vào ngày 31 tháng 12 hàng năm.
- [2]: Ghi theo Quyết định thành lập đơn vị hoặc Quyết định thành lập y tế trường học của đơn vị.
- [3]: Ghi Quyết định quy định chức năng, nhiệm vụ của BHXH tỉnh/huyện
- [4, 5]: Ghi trong trường hợp hai bên cử đại diện cho giám đốc ký hợp đồng.
- [6]: Ghi tổng số học sinh, sinh viên tham gia BHYT theo học tại nhà trường

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

THANH LÝ HỢP ĐỒNG TRÍCH CHUYÊN KINH PHÍ
CHĂM SÓC SỨC KHỎE BAN ĐẦU CHO HỌC SINH, SINH VIÊN/TRẺ EM DƯỚI 6 TUỔI
NĂM

(Số:...../HĐ - BHYT) [1]

Căn cứ Luật Bảo hiểm y tế số 25/2008/QH12 ngày 14 tháng 11 năm 2008 và Luật sửa đổi bổ sung một số điều của Luật BHYT số 46/2014/QH13

Căn cứ 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 BHYT;

Căn cứ Thông tư liên tịch số 41/2014/TTLT-BYT-BTC ngày 24 tháng 11 năm 2014 của liên Bộ Y tế- Bộ Tài chính hướng dẫn thực hiện bảo hiểm y tế;

Căn cứ Thông tư số 14/2007/TT-BTC ngày 08/3/2007 của Bộ Tài chính hướng dẫn sử dụng kinh phí thực hiện công tác y tế trong các trường học;

Căn cứ Quyết định số 1399/QĐ-BHXH ngày 22/12/2014 của Tổng Giám đốc BHXH Việt Nam Quy định về tổ chức thực hiện BHYT trong khám bệnh, chữa bệnh;

Căn cứ Quyết định số.....ngày.....tháng.....năm.....của.....về việc quy định chức năng, nhiệm vụ của phòng y tế trường[2]

Căn cứ Quyết định số... ngày ...tháng...năm..... của về việc quy định chức năng, nhiệm vụ của Bảo hiểm xã hội tỉnh/ huyện [3].....

Căn cứ Hợp đồng trích chuyên kinh phí chăm sóc sức khỏe ban đầu tại y tế trường học số ngày giữa Bảo hiểm xã hội tỉnh/ huyện và

Hôm nay, ngày...tháng...năm 20.... tại

Chúng tôi gồm:

Bên A: Bảo hiểm xã hội (tỉnh/huyện).....

Địa chỉ:

Điện thoại: Fax:.....

Tài khoản số : Tại Ngân hàng.....

Đại diện ông (bà): Chức vụ:

Giấy ủy quyền số : Ngày.....thángnăm..... [4]

Bên B: (Tên cơ quan ký hợp đồng nhận kinh phí CSSKBĐ):.....

Địa chỉ:

Điện thoại: Fax:.....

Tài khoản số : Tại Ngân hàng.....

Đại diện ông (bà): Chức vụ:

Giấy ủy quyền số : Ngày.....thángnăm [5]

Hai bên thống nhất số liệu trích chuyên kinh phí chăm sóc sức khỏe ban đầu cho học sinh sinh viên/ trẻ em dưới 6 tuổi đang theo học tại nhà trường năm như sau:

1. Số liệu

ST T	Chỉ tiêu	Mã số	Số người/Số tiền
A	B	C	(1)
I	Quyết toán kinh phí chăm sóc sức khỏe ban đầu		
1	Tham gia BHYT học sinh/trẻ em dưới 6 tuổi	1	
1.1	Số học sinh, sinh viên/trẻ em dưới 6 tuổi tham gia BHYT tại trường	2	

1.2	Mức đóng BHYT học sinh/trẻ em dưới 6 tuổi	3	
1.3	Số tiền phải đóng BHYT	4	
2	Học sinh, sinh viên tham gia BHYT của các nhóm đối tượng khác	5	
2.1	Nội tỉnh	6	
2.2	Ngoại tỉnh	7	
3	Kinh phí chăm sóc sức khỏe ban đầu được sử dụng	8	
3.1	Nội tỉnh	9	
3.2	Ngoại tỉnh	10	
II	Thanh toán kinh phí chăm sóc sức khỏe ban đầu	11	
1	Kinh phí còn nợ kỳ trước	12	
2	Kinh phí đã chuyển trong kỳ	13	
3	Kinh phí còn phải chuyển kỳ này	14	

2. Bên A chuyển tiếp kinh phí chăm sóc sức khỏe ban đầu liên quan đến quyền lợi và nghĩa vụ như đã thỏa thuận trong hợp đồng trích chuyển kinh phí chăm sóc sức khỏe ban đầu tại y tế trường học số ngày giữa Bảo hiểm xã hội tỉnh/ huyện và

3. Biên bản đối chiếu này có hiệu lực kể từ ngày ký, được lập thành 2 bản, có giá trị như nhau, mỗi bên giữ 1 bản.

ĐẠI DIỆN BÊN B

ĐẠI DIỆN BÊN A

Ghi chú:

- [1]: Số hợp đồng được đánh theo số thứ tự hợp đồng trong một năm, bắt đầu từ số 01 vào ngày đầu năm và kết thúc vào ngày 31 tháng 12 hàng năm.
- [2]: Ghi theo Quyết định thành lập đơn vị hoặc Quyết định thành lập y tế trường học của đơn vị.
- [3]: Ghi Quyết định quy định chức năng, nhiệm vụ của BHXH tỉnh/huyện
- [4, 5]: Ghi trong trường hợp hai bên cử đại diện cho giám đốc ký hợp đồng.
- [6]: Ghi tổng số học sinh, sinh viên tham gia BHYT theo học tại nhà trường

Đơn vị:.....
Bộ phận

Mẫu số: C86 – HD
(Ban hành theo Thông tư số
178/2012/TT-BTC ngày 23/10/2012 của
Bộ Tài chính)

**BIÊN BẢN QUYẾT TOÁN SỬ DỤNG
KINH PHÍ KẾT DƯ QUỸ KHÁM, CHỮA BỆNH BẢO HIỂM Y TẾ**
Năm

Số:

Căn cứ Kế hoạch sử dụng kinh phí kết dư quỹ KCB BHYT năm đã được UBND
tỉnh/ thành phố phê duyệt tại văn bản số ngày.....
Hôm nay, ngày.....tháng.....năm.....tại.....

Chúng tôi gồm:

Đại diện cơ quan BHXH:

Ông (Bà):..... Chức vụ:

Ông (Bà):..... Chức vụ:.....

Ông (Bà):..... Chức vụ:.....

Đại diện đơn vị sử dụng kinh phí:

Địa chỉ:.....

Số hiệu tài khoản:Mở tại:

Ông (Bà):..... Chức vụ:.....

Ông (Bà):..... Chức vụ:.....

Ông (Bà):..... Chức vụ:.....

Cùng nhau tiến hành xác định và lập biên bản đối chiếu số liệu quyết toán sử dụng kinh phí kết dư quỹ KCB BHYT phân bổ cho đơn vị như sau:

STT	Nội dung chi	Đơn vị đề nghị	Cơ quan BHXH duyệt	Ghi chú
A	B	(1)	(2)	C
1	Kinh phí đã hỗ trợ quỹ KCB người nghèo			
2	Kinh phí đã hỗ trợ mức đóng BHYT			
3	Kinh phí đã mua sắm trang thiết bị y tế			
4	Kinh phí đã mua phương tiện vận chuyển người bệnh			
	Cộng			x

Tổng số tiền (viết bằng chữ):

Ý kiến của cơ quan BHXH:

Ý kiến của đơn vị :

CƠ QUAN BẢO HIỂM XÃ HỘI

TP.Giám định BHYT/Kế toán trưởng/Thủ trưởng đơn vị
(Ký, họ tên) /(Ký, họ tên) /(Ký, họ tên, đóng dấu)

ĐƠN VỊ SỬ DỤNG KINH PHÍ

Kế toán trưởng Thủ trưởng đơn vị
(Ký, họ tên) (Ký, họ tên, đóng dấu)