

QUYẾT ĐỊNH

Ban hành Quy định về tổ chức thực hiện hợp đồng khám chữa bệnh, giám định, chi trả chi phí khám, chữa bệnh, quản lý và sử dụng quỹ bảo hiểm y tế

TỔNG GIÁM ĐỐC BẢO HIỂM XÃ HỘI VIỆT NAM

Căn cứ Luật Bảo hiểm y tế số 25/2008/QH12 ngày 14 tháng 11 năm 2008;

Căn cứ Nghị định số 94/2008/NĐ-CP ngày 22 tháng 8 năm 2008 của Chính phủ quy định chức năng, nhiệm vụ, quyền hạn và cơ cấu tổ chức của BHXH Việt Nam;

Căn cứ Nghị định số 62/2009/NĐ-CP ngày 27 tháng 7 năm 2009 của Chính phủ Quy định chi tiết và hướng dẫn thi hành một số điều của Luật Bảo hiểm y tế;

Căn cứ Thông tư liên tịch số 09/2009/TTLT-BYT-BTC ngày 14 tháng 8 năm 2009 của liên Bộ Y tế - Bộ Tài chính hướng dẫn thực hiện Luật Bảo hiểm y tế;

Căn cứ Thông tư số 10/2009/TT-BYT ngày 14 tháng 8 năm 2009 của Bộ Y tế hướng dẫn đăng ký khám, chữa bệnh ban đầu và chuyên tuyến khám, chữa bệnh bảo hiểm y tế;

Sau khi có ý kiến thỏa thuận của Bộ Y tế tại công văn số 9085/BYT-BH ngày 25 tháng 12 năm 2009 và ý kiến của Bộ Tài chính tại công văn số 69/BTC-HCSN ngày 05 tháng 01 năm 2010;

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

QUYẾT ĐỊNH

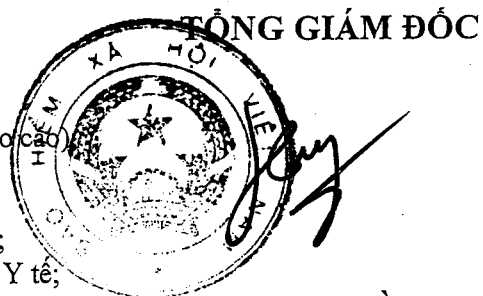
Điều 1: Ban hành kèm theo Quyết định này Quy định về tổ chức thực hiện hợp đồng khám chữa bệnh, giám định, chi trả chi phí khám chữa bệnh, quản lý và sử dụng quỹ bảo hiểm y tế.

Điều 2: Quyết định này có hiệu lực thi hành từ ngày 01/01/2010. Các quy định trước đây trái với Quyết định này đều bãi bỏ.

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 Bảo hiểm xã hội các tỉnh, thành phố trực thuộc Trung ương, Giám đốc Bảo hiểm xã hội: Bộ Quốc phòng, Bộ Công an, Ban Cơ yếu Chính phủ chịu trách nhiệm thi hành Quyết định này.

Nơi nhận:

- Như điều 3;
- Bộ Y tế, Bộ Tài chính, Bộ Lao động TBXH (để báo cáo);
- Hội đồng Quản lý BHXH Việt Nam (để báo cáo);
- Tổng giám đốc, các Phó Tổng giám đốc;
- Sở Y tế các tỉnh, thành phố trực thuộc Trung ương;
- Các bệnh viện, viện có giường bệnh trực thuộc Bộ Y tế;
- Cục Y tế Bộ Công an, Cục Quân y Bộ Quốc phòng, Cục Y tế Bộ Giao thông Vận tải;
- Lưu VT, CSYT (25b).

**Lê Bạch Hồng**

QUY ĐỊNH

VỀ TỔ CHỨC THỰC HIỆN HỢP ĐỒNG KHÁM CHỮA BỆNH, GIÁM ĐỊNH, CHI TRẢ CHI PHÍ KHÁM CHỮA BỆNH, QUẢN LÝ VÀ SỬ DỤNG QUỸ BẢO HIỂM Y TẾ
(Ban hành kèm theo Quyết định số 82/QĐ-BHXH ngày 20 tháng 01 năm 2010 của Tổng Giám đốc Bảo hiểm xã hội Việt Nam)

PHẦN I

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

I. Hợp đồng khám, chữa bệnh bảo hiểm y tế

1. Loại hình hợp đồng khám, chữa bệnh bảo hiểm y tế

1.1 Hợp đồng khám, chữa bệnh bảo hiểm y tế (BHYT) là văn bản thỏa thuận giữa cơ quan Bảo hiểm xã hội (BHXH) với cơ sở khám chữa bệnh (KCB) về việc cung ứng dịch vụ y tế và thanh toán chi phí KCB BHYT.

1.2 Căn cứ vào chức năng, nhiệm vụ và khả năng cung cấp dịch vụ y tế (DVYT) của cơ sở KCB, cơ quan BHXH ký hợp đồng theo một trong hai loại hình sau:

- Hợp đồng KCB ngoại trú đối với cơ sở KCB chỉ thực hiện KCB ngoại trú.
- Hợp đồng KCB ngoại trú và nội trú đối với cơ sở KCB thực hiện KCB ngoại trú và nội trú.

2. Khảo sát, lập hồ sơ ký hợp đồng KCB BHYT

2.1 Hằng năm, BHXH tỉnh phối hợp với Sở Y tế tổ chức khảo sát, thẩm định các cơ sở KCB lần đầu ký hợp đồng hoặc cơ sở KCB đang thực hiện hợp đồng (nếu cần thiết) về điều kiện pháp lý, nhân lực, cơ sở hạ tầng, trang thiết bị y tế để chuẩn bị tổ chức ký kết hợp đồng cho năm sau, đảm bảo yêu cầu KCB theo quy định của Bộ Y tế.

2.2 Hồ sơ ký hợp đồng KCB BHYT

2.2.1 Đối với cơ sở KCB lần đầu ký hợp đồng KCB BHYT hoặc đã tạm ngừng hợp đồng từ 6 tháng trở lên phải có văn bản đề nghị ký hợp đồng KCB BHYT kèm theo hồ sơ của đơn vị như sau:

- a) Đối với cơ sở y tế công lập
- Bản sao công chứng Quyết định thành lập và xếp hạng bệnh viện;
 - Danh mục dịch vụ kỹ thuật (DVKT) được cấp có thẩm quyền phê duyệt;
 - Danh mục thuốc, vật tư y tế tiêu hao, vật tư y tế thay thế sử dụng tại cơ sở KCB theo quy định của Bộ Y tế.

- b) Đối với cơ sở y tế ngoài công lập

- Bản sao công chứng giấy chứng nhận đăng ký kinh doanh hoặc giấy phép đầu tư theo quy định của pháp luật;
- Bản sao công chứng giấy chứng nhận đủ điều kiện hành nghề y tư nhân;
- Bản sao công chứng giấy chứng nhận đủ điều kiện hành nghề dược tư nhân;
- Quyết định phê duyệt phạm vi hoạt động chuyên môn;
- Danh mục các DVKT được cấp có thẩm quyền phê duyệt; danh mục thuốc, danh mục vật tư y tế tiêu hao, vật tư y tế thay thế sử dụng tại cơ sở KCB theo quy định của Bộ Y tế;
- Bảng giá các DVKT thực hiện tại cơ sở KCB;
- Bản cam kết chấp nhận thanh toán chi phí các DVYT không vượt quá giá viện phí tại các cơ sở KCB BHYT công lập tương đương tuyến chuyên môn kỹ thuật (CMKT) hoặc cùng phân hạng bệnh viện theo quy định của Bộ Y tế và không thu thêm của người bệnh đối với quyền lợi được hưởng theo quy định của Luật BHYT.

2.3 Đối với các cơ sở KCB đang thực hiện hợp đồng KCB BHYT hoặc mới tạm ngừng hợp đồng dưới 6 tháng: cơ quan BHXH có trách nhiệm kiểm tra, đề nghị cơ sở KCB bổ sung các tài liệu còn thiếu trong hồ sơ ký hợp đồng KCB BHYT.

3. Ký kết hợp đồng KCB BHYT

3.1 Đối với các cơ sở KCB từ tuyến huyện trở lên: căn cứ mẫu hợp đồng KCB BHYT tại Phụ lục số 03 ban hành kèm theo Thông tư liên tịch số 09/2009/TTLT/BYT-BTC ngày 14/8/2009 của liên Bộ Y tế - Bộ Tài chính hướng dẫn thực hiện BHYT (sau đây gọi tắt là Thông tư liên tịch số 09), phạm vi chuyên môn và phương thức thanh toán được áp dụng, cơ quan BHXH thống nhất với cơ sở KCB các điều khoản cụ thể để ký kết hợp đồng.

Riêng đối với nhà hộ sinh, phòng khám đa khoa khu vực trực thuộc bệnh viện quận, huyện, thành phố, thị xã trực thuộc tỉnh (sau đây gọi chung là huyện) và trạm y tế xã, phường, thị trấn (sau đây gọi chung là xã) đủ điều kiện khám, chữa bệnh theo quy định của Sở Y tế, căn cứ quy định về phạm vi chuyên môn, bảng giá các DVYT đã được cấp có thẩm quyền phê duyệt, cơ quan BHXH thống nhất với bệnh viện huyện (hoặc bệnh viện đa khoa khu vực ở những nơi không có bệnh viện huyện) hoặc trung tâm y tế huyện nơi chưa tách riêng bệnh viện huyện (sau đây gọi chung là bệnh viện huyện) để bổ sung các điều khoản về KCB BHYT tại nhà hộ sinh, phòng khám đa khoa khu vực, trạm y tế xã trong hợp đồng được ký giữa hai bên.

3.2 Đối với trạm y tế, bộ phận y tế của các cơ quan, đơn vị, trường học, cơ quan BHXH ký hợp đồng KCB BHYT trực tiếp với cơ quan, đơn vị quản lý cơ sở y tế này.

4. Trong thời gian thực hiện hợp đồng KCB BHYT, nếu có sự thay đổi liên quan đến việc cung cấp DVYT, cơ sở KCB có trách nhiệm thông báo cho cơ quan BHXH để xem xét, ký bổ sung phụ lục hợp đồng.

5. Chậm nhất ngày 31/12 hằng năm, cơ quan BHXH và cơ sở KCB tổ chức ký hợp đồng KCB BHYT năm sau.

6. Cơ quan BHXH thực hiện thanh lý hợp đồng với các cơ sở KCB trên địa bàn tỉnh sau khi hoàn thành quyết toán năm.

II. Đăng ký khám, chữa bệnh ban đầu

1. Đăng ký nơi KCB ban đầu

1.1 Nguyên tắc: người tham gia BHYT cư trú hoặc công tác tại huyện nào được đăng ký KCB ban đầu tại cơ sở KCB tuyến xã, tuyến huyện và tương đương trên địa bàn huyện đó.

1.2 Ngoài ra, một số đối tượng tham gia BHYT nếu có yêu cầu còn được lựa chọn nơi đăng ký KCB ban đầu như sau:

1.2.1 Người tham gia BHYT cư trú hoặc công tác ở khu vực giáp ranh giữa các huyện trên địa bàn tỉnh nếu có yêu cầu thì được cơ quan BHXH hướng dẫn đăng ký KCB ban đầu tại cơ sở KCB thuận tiện nhất.

1.2.2 Người tham gia BHYT cư trú, học tập hoặc công tác ở khu vực giáp ranh giữa các huyện không cùng một tỉnh, thành phố trực thuộc Trung ương (sau đây gọi chung là tỉnh), nếu có yêu cầu được cơ quan BHXH hướng dẫn đăng ký KCB ban đầu tại cơ sở KCB thuận tiện nhất, kể cả các cơ sở KCB tuyến huyện thuộc tỉnh khác.

BHXH tỉnh nơi có người tham gia BHYT đăng ký KCB ban đầu tại cơ sở KCB trên địa bàn tỉnh khác vẫn thực hiện việc thu và phát hành thẻ BHYT cho các đối tượng này. Sau khi phát hành thẻ phải thông báo cho BHXH tỉnh nơi người tham gia BHYT đăng ký KCB ban đầu.

Chi phí KCB BHYT của các đối tượng này được thanh toán theo phương thức đa tuyến.

1.2.3 Người có công với cách mạng, người từ 85 tuổi trở lên, nếu có yêu cầu thì được cơ quan BHXH hướng dẫn đăng ký KCB ban đầu tại cơ sở KCB tuyến tỉnh hoặc tuyến Trung ương và tương đương thuận tiện nhất với nơi cư trú hoặc nơi công tác.

1.2.4 Người thường trú, tạm trú có thời hạn hoặc làm việc trên địa bàn huyện không có cơ sở KCB tuyến xã, tuyến huyện và tương đương hoặc các cơ sở KCB đó không đáp ứng được việc KCB ban đầu cho người tham gia BHYT thì được đăng ký KCB ban đầu tại cơ sở KCB tuyến tỉnh, tuyến Trung ương và tương đương theo hướng dẫn của cơ quan BHXH.

1.2.5 Người tham gia BHYT thuộc đối tượng được quản lý, bảo vệ sức khỏe theo Hướng dẫn số 52 HD/BTCTW ngày 02/12/2005 của Ban Tổ chức Trung ương Đảng về việc điều chỉnh bổ sung đối tượng KCB tại một số cơ sở y tế của Trung ương, nếu có yêu cầu thì được lựa chọn nơi đăng ký KCB ban đầu tại bệnh viện Hữu Nghị - Hà Nội; bệnh viện Thống Nhất, Thành phố Hồ Chí Minh; bệnh viện C, Đà Nẵng hoặc tại các cơ sở KCB ban đầu khác thuận tiện nhất với nơi cư trú hoặc nơi công tác.

1.2.6 Đối tượng thuộc diện được quản lý, bảo vệ sức khỏe cán bộ của tỉnh, nếu có yêu cầu thì được đăng ký KCB ban đầu tại phòng khám của Ban bảo vệ chăm sóc sức khỏe cán bộ tỉnh hoặc bệnh viện đa khoa tỉnh hoặc tại các cơ sở KCB ban đầu khác trên địa bàn tỉnh thuận tiện nhất với nơi cư trú hoặc nơi công tác.

1.2.7 Trẻ em dưới 6 tuổi nếu có yêu cầu thì được đăng ký KCB ban đầu tại bệnh viện đa khoa hoặc bệnh viện nhi tỉnh.

1.2.8 Người tham gia BHYT phải làm việc lưu động, học tập hoặc tạm trú tại địa phương khác được KCB ban đầu tại cơ sở KCB BHYT tương đương với tuyến CMKT của cơ sở KCB ghi trên thẻ BHYT hoặc tại cơ sở KCB BHYT từ tuyến huyện trở xuống gần với nơi làm việc hoặc tạm trú của người đó.

2. Trình tự đăng ký khám, chữa bệnh ban đầu

2.1 Hằng năm, BHXH tỉnh phối hợp với Sở Y tế xác định số lượng thẻ BHYT tối đa mỗi cơ sở KCB có thể tiếp nhận đăng ký KCB ban đầu; xác định những đối tượng được đăng ký KCB ban đầu tại các cơ sở KCB tuyến tỉnh, tuyến trung ương và tương đương.

2.2 Cơ quan BHXH thông báo đến các cơ quan, đơn vị, doanh nghiệp và tổ chức tham gia BHYT danh sách các cơ sở KCB ban đầu để người tham gia BHYT lựa chọn nơi đăng ký KCB ban đầu thuận tiện với nơi cư trú hoặc nơi công tác theo nguyên tắc nêu tại khoản 1, mục II phần này và hướng dẫn người tham gia BHYT đăng ký hoặc thay đổi nơi KCB ban đầu tại các cơ sở KCB trên địa bàn tỉnh.

III. Chuyển tuyến chuyên môn kỹ thuật trong khám, chữa bệnh BHYT

Người bệnh BHYT được chuyển viện đúng tuyến CMKT theo qui định trong các trường hợp sau:

1. Chuyển lên cơ sở KCB BHYT tuyến trên phù hợp với phạm vi chuyên môn và phân tuyến kỹ thuật theo quy định của Bộ Y tế khi tình trạng bệnh vượt quá khả năng chuyên môn của cơ sở KCB đang điều trị.

2. Chuyển đến cơ sở KCB BHYT khác, kể cả cơ sở KCB cùng tuyến CMKT để tiếp tục điều trị trong các trường hợp:

2.1 Vì lý do khách quan, cơ sở KCB BHYT đang điều trị không thực hiện được các DVKT đã được cấp có thẩm quyền phê duyệt.

2.2 Người bệnh đã được cấp cứu, điều trị mà vẫn cần tiếp tục theo dõi, điều trị nhưng cơ sở KCB BHYT do tình trạng quá tải không đáp ứng được yêu cầu về cơ sở vật chất để KCB.

3. Trường hợp người bệnh đã được cấp cứu, điều trị đến giai đoạn ổn định nhưng theo yêu cầu chuyên môn vẫn cần được điều trị, theo dõi, chăm sóc tiếp thì có thể được chuyển về một trong các cơ sở KCB sau:

- Cơ sở KCB BHYT nơi đã giới thiệu bệnh nhân đi;
- Cơ sở KCB ban đầu của người bệnh;
- Cơ sở KCB BHYT khác nếu nơi đó đồng ý tiếp nhận.

4. Chuyển sang cơ sở KCB BHYT trên các địa bàn giáp ranh trong tỉnh theo danh sách do Giám đốc Sở Y tế quy định sau khi đã thống nhất với Giám đốc BHXH tỉnh.

5. Chuyển sang cơ sở KCB BHYT giáp ranh với tỉnh khác theo danh sách do Giám đốc Sở Y tế và Giám đốc BHXH các tỉnh giáp ranh thống nhất quy định.

IV. Thủ tục khám, chữa bệnh BHYT

1. Người tham gia BHYT khi đến KCB phải xuất trình thẻ BHYT có ảnh do cơ quan BHXH phát hành, trường hợp thẻ BHYT chưa có ảnh thì phải xuất trình thẻ BHYT cùng với một loại giấy tờ có ảnh hợp lệ do cơ quan có thẩm quyền cấp như chứng minh thư nhân dân, hộ chiếu, bằng lái xe, thẻ đảng viên, thẻ đoàn viên công đoàn, thẻ hưu trí, thẻ học sinh sinh viên.

Riêng trẻ em dưới 6 tuổi khi đến KCB chỉ phải xuất trình thẻ BHYT, nếu chưa có thẻ BHYT thì xuất trình giấy khai sinh hoặc giấy chứng sinh; trường hợp phải điều trị ngay sau khi sinh mà chưa có giấy chứng sinh thì thủ trưởng cơ sở KCB và cha (mẹ) hoặc người giám hộ của trẻ ký xác nhận vào hồ sơ bệnh án để thanh toán với cơ quan BHXH và chịu trách nhiệm về việc xác nhận này.

2. Trường hợp cấp cứu tại cơ sở KCB BHYT, người bệnh phải xuất trình thẻ BHYT theo quy định tại khoản 1, mục IV phần này trước khi ra viện.

3. Trường hợp chuyển tuyến KCB BHYT, ngoài các giấy tờ theo quy định tại khoản 1, mục IV phần này người bệnh phải xuất trình thêm hồ sơ chuyển viện theo quy định của Bộ Y tế.

Nếu người bệnh được chuyển tiếp đến cơ sở KCB khác, cơ sở KCB nơi chuyển bệnh nhân đi phải cung cấp bản sao giấy chuyển viện của cơ sở KCB trước đó (trừ trường hợp cấp cứu) kèm theo hồ sơ chuyển viện.

4. Trường hợp đến khám lại theo yêu cầu của cơ sở KCB BHYT tuyến trên không qua nơi đăng ký KCB ban đầu: ngoài các giấy tờ theo quy định tại khoản 1, mục IV phần này người bệnh phải xuất trình thêm giấy hẹn khám lại. Mỗi lần chuyển viện chỉ được hẹn khám lại theo chế độ BHYT một lần.

Đối với người bệnh đã được chẩn đoán xác định là mắc một trong các bệnh mạn tính, phải điều trị dài ngày gồm: Lao, Ung thư, Đái tháo đường, Basedow, bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính, tăng huyết áp mạn tính, bệnh Hemophilia, Suy tủy, Luput ban đỏ, Parkinson, HIV/AIDS; có chỉ định sử dụng thuốc chống thải ghép sau ghép tạng; chạy thận nhân tạo chu kỳ và một số bệnh khác theo quy định của Bộ Y tế, nếu cần tiếp tục điều trị do vượt quá khả năng chuyên môn của cơ sở KCB BHYT tuyến dưới, cơ sở KCB tuyến trên có thể tiếp tục hẹn bệnh nhân khám lại nhưng chỉ đến hết năm dương lịch. Cơ sở KCB cấp giấy hẹn cho lần khám sau, lưu giấy hẹn các lần khám trong hồ sơ thanh toán.

5. Trường hợp KCB (không phải trong tình trạng cấp cứu) khi đi công tác, học tập, làm việc lưu động hoặc đến tạm trú tại địa phương khác, ngoài các giấy tờ theo quy định tại khoản 1, mục IV phần này, người bệnh phải xuất trình thêm giấy công tác hoặc giấy đăng ký tạm trú.

PHẦN II

PHẠM VI VÀ MỨC CHI TRẢ CHI PHÍ KHÁM CHỮA BỆNH BẢO HIỂM Y TẾ

I. Phạm vi chi trả chi phí khám, chữa bệnh bảo hiểm y tế

Quỹ BHYT chi trả chi phí KCB theo chế độ BHYT cho người có thẻ BHYT bao gồm:

1. Chi phí các dịch vụ y tế thông thường:

1.1 Khám bệnh, kể cả khám bệnh để sàng lọc, chẩn đoán sớm một số bệnh theo quy định của Bộ Y tế;

1.2 Ngày giường điều trị nội trú tại các cơ sở KCB BHYT từ tuyến huyện trở lên.

- Đối với một số bệnh, nhóm bệnh điều trị tại cơ sở KCB phục hồi chức năng: cơ quan BHXH thanh toán theo ngày giường điều trị thực tế cho từng trường hợp nhưng tối đa không vượt quá ngày điều trị bình quân cho một đợt điều trị theo quy định tại Thông tư số 11/2009/TT-BYT ngày 14/8/2009 của Bộ Y tế.

- Trường hợp người bệnh BHYT điều trị tại trạm y tế xã thuộc vùng khó khăn theo Quyết định số 30/2007/QĐ-TTg ngày 5/3/2007 của Thủ tướng Chính phủ ban hành Danh mục các đơn vị hành chính thuộc vùng khó khăn: cơ quan BHXH thanh toán theo ngày giường điều trị thực tế nhưng tối đa không quá 5 ngày.

- Trường hợp phải nằm lưu để theo dõi và điều trị theo quy định của Bộ Y tế tại trạm y tế xã: thanh toán theo ngày giường lưu thực tế nhưng tối đa không quá 3 ngày.

1.3 Các DVKT sử dụng trực tiếp cho người bệnh BHYT tại cơ sở KCB BHYT theo danh mục và giá đã được cấp có thẩm quyền phê duyệt, gồm:

- Chi phí xét nghiệm, thăm dò chức năng và chẩn đoán hình ảnh;
- Chi phí các loại thủ thuật, phẫu thuật sử dụng trong chẩn đoán và điều trị;
- Chi phí các DVKT trong Danh mục dịch vụ kỹ thuật phục hồi chức năng ban hành kèm theo Thông tư số 11/2009/TT-BYT ngày 14/8/2009 của Bộ Y tế.

1.4 Thuốc, hóa chất, dịch truyền có trong Danh mục thuốc chữa bệnh chủ yếu sử dụng tại các cơ sở KCB theo quy định của Bộ Y tế; riêng trẻ em dưới 6 tuổi được sử dụng các thuốc có dạng dùng thuận tiện, phù hợp như siro, bột thơm, cốm.

1.5 Thuốc điều trị ung thư, thuốc chống thải ghép ngoài Danh mục thuốc chữa bệnh chủ yếu sử dụng tại các cơ sở KCB theo quy định của Bộ Y tế nhưng đã được phép lưu hành tại Việt Nam theo chỉ định của cơ sở KCB, quỹ BHYT chi trả 50% chi phí thuốc này đối với các trường hợp:

- Người đã có thời gian tham gia BHYT liên tục từ đủ 36 tháng trở lên;
- Trẻ em dưới 6 tuổi;

- Các đối tượng thuộc Bộ Quốc phòng, Bộ Công an, Ban Cơ yếu Chính phủ quản lý được hưởng chế độ KCB miễn phí theo quy định nay nghỉ hưu, chuyển ngành đang tham gia BHYT.

1.6 Máu và các chế phẩm của máu theo Quyết định của Bộ trưởng Bộ Y tế.

1.7 Vật tư y tế tiêu hao, vật tư y tế thay thế có trong danh mục của Bộ Y tế (trừ các loại vật tư y tế tiêu hao, vật tư y tế thay thế đã được tính trong cơ cấu giá thu một phần viện phí của các DVYT).

1.8 Khám thai định kỳ và sinh con.

2. Chi phí các DVKT cao, chi phí lớn trong danh mục Bộ Y tế quy định.

3. Chi phí vận chuyển từ bệnh viện tuyến huyện trở lên trong phạm vi địa giới hành chính theo vùng, miền khi người bệnh BHYT phải cấp cứu hoặc đang điều trị nội trú nhưng tình trạng bệnh vượt quá khả năng chuyên môn của cơ sở KCB đang điều trị đối với các đối tượng sau:

- Người có công với cách mạng;
- Trẻ em dưới 6 tuổi;
- Người thuộc diện hưởng trợ cấp bảo trợ xã hội hàng tháng;
- Người thuộc hộ gia đình nghèo;
- Người dân tộc thiểu số đang sinh sống tại vùng có điều kiện kinh tế xã hội khó khăn, đặc biệt khó khăn;
- Người thuộc hộ gia đình cận nghèo.

II. Mức chi trả chi phí khám, chữa bệnh bảo hiểm y tế

1. Trường hợp khám, chữa bệnh tại nơi đăng ký KCB ban đầu hoặc chuyên viện đúng tuyến CMKT và đã thực hiện đúng, đủ thủ tục KCB BHYT hoặc đến khám, chữa bệnh trong tình trạng cấp cứu:

1.1 Đối với dịch vụ y tế thông thường

1.1.1 Quỹ BHYT chi trả 100% chi phí KCB đối với các đối tượng là người có công với cách mạng và trẻ em dưới 6 tuổi; sỹ quan, hạ sỹ quan nghiệp vụ và CMKT thuộc lực lượng Công an nhân dân.

1.1.2 Quỹ BHYT chi trả 95% chi phí KCB đối với các đối tượng: người hưởng lương hưu, trợ cấp mất sức lao động hàng tháng; người thuộc diện hưởng trợ cấp bảo trợ xã hội hàng tháng; người thuộc hộ gia đình nghèo; người dân tộc thiểu số đang sinh sống tại vùng có điều kiện kinh tế xã hội khó khăn, đặc biệt khó khăn. Phần còn lại do người bệnh tự thanh toán với cơ sở KCB.

1.1.3 Quỹ BHYT chi trả 80% chi phí đối với các đối tượng khác. Phần còn lại do người bệnh tự thanh toán với cơ sở KCB.

Các đối tượng qui định tại các tiết 1.1.2 và 1.1.3 nêu trên khi KCB tại các cơ sở KCB tuyến xã và tương đương hoặc có tổng chi phí một lần khám, chữa bệnh thấp hơn 15% mức lương tối thiểu chung hiện hành được quỹ BHYT chi trả 100% chi phí KCB;

1.2 Đối với dịch vụ kỹ thuật cao, chi phí lớn

1.2.1 Quỹ BHYT chi trả 100% chi phí KCB đối với các đối tượng:

- Trẻ em dưới 6 tuổi;
- Người hoạt động cách mạng trước ngày 01/01/1945; người hoạt động cách mạng từ ngày 01/01/1945 đến trước Tổng khởi nghĩa 19/8/1945;
- Bà mẹ Việt Nam anh hùng;
- Thương binh, người hưởng chính sách như thương binh, thương binh loại B, bệnh binh: những đối tượng này bị mất sức lao động từ 81% trở lên;
- Thương binh, người hưởng chính sách như thương binh, thương binh loại B, bệnh binh: khi những đối tượng này điều trị vết thương, bệnh tật tái phát;

1.2.2 Quỹ BHYT chi trả 100% chi phí KCB nhưng không vượt quá 40 tháng lương tối thiểu chung cho một lần sử dụng DVKT đó đối với đối tượng sỹ quan, hạ sỹ quan nghiệp vụ và CMKT thuộc lực lượng Công an nhân dân. Phần chênh lệch còn lại do ngân sách của cơ quan, đơn vị quản lý đối tượng chi trả.

1.2.3 Quỹ BHYT chi trả 100% chi phí KCB nhưng không vượt quá 40 tháng lương tối thiểu chung cho một lần sử dụng DVKT đó đối với đối tượng người có công với cách mạng (trừ các đối tượng quy định tại tiết 1.2.1 nêu trên).

1.2.4 Quỹ BHYT chi trả 95% chi phí KCB nhưng không vượt quá 40 tháng lương tối thiểu chung cho một lần sử dụng DVKT đó đối với đối tượng người hưởng lương hưu, trợ cấp mất sức lao động hàng tháng; người thuộc diện hưởng trợ cấp bảo trợ xã hội hàng tháng; người thuộc hộ gia đình nghèo; người dân tộc thiểu số đang sinh sống tại vùng có điều kiện kinh tế xã hội khó khăn, đặc biệt khó khăn.

1.2.5 Quỹ BHYT chi trả 80% chi phí KCB nhưng không vượt quá 40 tháng lương tối thiểu chung cho một lần sử dụng DVKT đó đối với các đối tượng tự nguyện tham gia BHYT theo quy định của Luật BHYT đã có thời gian tham gia BHYT liên tục từ đủ 150 ngày trở lên kể từ ngày thẻ BHYT có giá trị sử dụng.

1.2.6 Quỹ BHYT chi trả 80% chi phí KCB nhưng không vượt quá 40 tháng lương tối thiểu chung cho một lần sử dụng DVKT đó đối với các đối tượng còn lại.

Phần chi phí chênh lệch còn lại tại các tiết 1.2.2, 1.2.3, 1.2.4, 1.2.5 và 1.2.6 điểm này do người bệnh tự thanh toán với cơ sở KCB.

1.3 Trường hợp tự chọn thầy thuốc, tự chọn buồng bệnh, quỹ BHYT chi trả chi phí KCB theo quy định tại điểm 1.1 và 1.2, khoản 1, mục II, phần này. Phần chênh lệch do người bệnh tự thanh toán với cơ sở KCB.

1.4 Trường hợp KCB tại các cơ sở KCB ngoài công lập: quỹ BHYT chi trả chi phí KCB BHYT theo giá DVYT áp dụng tại các cơ sở đó nhưng tối đa không quá giá DVYT tại cơ sở KCB BHYT công lập tương đương tuyến CMKT.

1.5 Trường hợp KCB ngoài giờ hành chính hoặc trong ngày nghỉ, ngày lễ tại các cơ sở KCB: mức thanh toán được thực hiện theo quy định như đối với việc KCB trong ngày làm việc. Việc thực hiện KCB ngoài giờ hành chính, ngày nghỉ, ngày lễ theo chỉ đạo của Bộ Y tế đối với các cơ sở KCB trực thuộc Bộ, của Sở Y tế và BHXH tỉnh đối với các cơ sở KCB trực thuộc Sở Y tế.

2. Trường hợp đến KCB có xuất trình thẻ BHYT nhưng không đúng cơ sở KCB ban đầu hoặc KCB không đúng tuyến CMKT theo quy định của Bộ Y tế (trừ trường hợp cấp cứu): người bệnh tự thanh toán với cơ sở KCB, mang chứng từ đến thanh toán trực tiếp tại cơ quan BHXH hoặc được hưởng ngay theo mức thanh toán cho các trường hợp KCB vượt tuyến, trái tuyến phần chi phí trong thời gian này nếu được cơ quan BHXH giám định và xác định mức hưởng ngay tại bệnh viện. Căn cứ theo phân hạng bệnh viện, quỹ BHYT chi trả cho cơ sở KCB nơi điều trị một phần chi phí KCB BHYT, cụ thể như sau:

2.1 70% chi phí KCB tại cơ sở KCB đạt tiêu chuẩn bệnh viện hạng III, hạng IV và chưa xếp hạng.

2.2 50% chi phí KCB tại cơ sở KCB đạt tiêu chuẩn bệnh viện hạng II.

2.3 30% chi phí KCB tại cơ sở KCB đạt tiêu chuẩn bệnh viện hạng I hoặc hạng đặc biệt.

2.4 Trường hợp người bệnh được chỉ định sử dụng DVKT cao, chi phí lớn, mức chi trả thực hiện theo hướng dẫn tại các điểm 2.1, 2.2 hoặc 2.3 khoản này nhưng tối đa không vượt quá 40 tháng lương tối thiểu chung cho một lần sử dụng DVKT đó.

Phần chi phí chênh lệch còn lại do người bệnh tự thanh toán với cơ sở KCB.

3. Trường hợp KCB tại các cơ sở KCB BHYT nhưng không trình thẻ hoặc KCB tại cơ sở KCB không ký hợp đồng KCB BHYT (trừ trường hợp cấp cứu), người bệnh tự thanh toán chi phí KCB với cơ sở KCB, sau đó mang chứng từ đến cơ quan BHXH để thanh toán.

Căn cứ quyền lợi theo đối tượng tham gia BHYT, phân tuyến kỹ thuật và danh mục kỹ thuật trong khám chữa bệnh phù hợp với hạng bệnh viện theo quy định của Bộ Y tế và chứng từ hợp lệ theo quy định của Bộ Tài chính, cơ quan BHXH chi trả trực tiếp cho người bệnh phần chi phí thực tế thuộc phạm vi chi trả của quỹ BHYT nhưng tối đa không vượt quá mức quy định tại điểm 1, Phụ lục 2 ban hành kèm theo Thông tư liên tịch số 09.

Ví dụ 1: Bà Trần Thị N là đối tượng hưu trí, tự đến KCB (không phải trong tình trạng cấp cứu) tại bệnh viện hạng I không ký hợp đồng KCB BHYT. Bà N được bệnh viện chẩn đoán polyp ống tai và thực hiện phẫu thuật. Khi ra viện, bà N đề nghị thanh toán số tiền theo hoá đơn thu viện phí là 3 triệu đồng. Sau khi giám định, cơ quan BHXH xác định phần chi phí thuộc chế độ BHYT là 2 triệu đồng. Khi đó, chi phí KCB BHYT của bà N được thanh toán như sau:

- Mức xét thanh toán cho bà N là $2.000.000 \text{ đồng} \times 95\% = 1.900.000 \text{ đồng}$;
- Theo Quyết định số 23/2005/QĐ-BYT, phẫu thuật polyp ống tai được thực hiện từ cơ sở KCB tuyến huyện trở lên, do đó mức chi trả tối đa đối với trường hợp KCB nội trú tại tuyến huyện (bệnh viện hạng III) theo quy định tại Phụ lục 2 Thông tư liên tịch số 09 là 450.000 đồng;
- Số tiền bà N được cơ quan BHXH thanh toán là 450.000 đồng.

4. Trường hợp không thực hiện đúng, đủ các thủ tục KCB BHYT khi đến khám, chữa bệnh:

- Người bệnh được hưởng quyền lợi KCB BHYT tại cơ sở KCB từ ngày thực hiện đúng, đủ các thủ tục KCB BHYT theo quy định. Cơ quan BHXH thanh toán chi phí KCB BHYT với cơ sở KCB theo hướng dẫn tại khoản 1, mục II phần này.

- Thời gian chưa thực hiện đủ thủ tục KCB, người bệnh tự thanh toán với cơ sở KCB, mang chứng từ đến thanh toán trực tiếp tại cơ quan BHXH.

Mức chi trả tối đa không vượt quá mức chi phí bình quân tại tuyến CMKT (quy định tại điểm 1, Phụ lục 2 ban hành kèm theo Thông tư liên tịch số 09) chia cho tổng số ngày điều trị nhân với số ngày chưa thực hiện đủ thủ tục KCB BHYT.

Ví dụ 2: Bệnh nhân Nguyễn Văn A thuộc đối tượng cùng chi trả 20% chi phí KCB BHYT, điều trị nội trú tại cơ sở KCB ban đầu là bệnh viện công lập hạng III, không trong tình trạng cấp cứu, tổng số ngày nằm viện là 10 ngày, vào viện sau 5 ngày mới xuất trình thẻ BHYT. Giả sử chi phí thuộc phạm vi thanh toán của quỹ BHYT trong 5 ngày chưa trình thẻ là X đồng. Khi đó:

Từ ngày thứ 6 của đợt điều trị, bệnh nhân Nguyễn Văn A được cơ quan BHXH thanh toán chi phí KCB BHYT với cơ sở KCB theo quy định tại khoản 1, mục II phần này. Phần chi phí trong 5 ngày chưa trình thẻ được cơ quan BHXH chi trả như sau:

- Mức xét thanh toán cho bệnh nhân A = $80\% \times X$ đồng = Y đồng
- Mức chi trả tối đa = $(450.000 \text{ đồng} : 10 \text{ ngày}) \times 5 \text{ ngày} = 225.000 \text{ đ.}$
- Nếu $Y < 225.000$ đồng: chi trả Y đồng;
- Nếu $Y \geq 225.000$ đồng: chi trả 225.000 đồng.

5. Trường hợp KCB ở nước ngoài, tùy theo quyền lợi của đối tượng tham gia BHYT, cơ quan BHXH chi trả trực tiếp cho người bệnh phần chi phí KCB thực tế thuộc phạm vi chi trả của quỹ BHYT nhưng tối đa không quá mức quy định tại điểm 2, Phụ lục 2 ban hành kèm theo Thông tư liên tịch số 09.

6. Đối với trường hợp bị tai nạn giao thông, tạm thời thực hiện như sau:

6.1 Nếu đã được cơ quan Công an từ cấp huyện trở lên xác định là không vi phạm pháp luật thì được quỹ BHYT thanh toán theo quy định.

6.2 Nếu chưa xác định được có vi phạm pháp luật về giao thông hay không thì người bị tai nạn giao thông tự thanh toán các chi phí điều trị với cơ sở KCB. Khi có xác nhận không vi phạm pháp luật về giao thông, người bệnh mang chứng từ đến cơ quan BHXH để thanh toán theo hướng dẫn tại khoản 1, mục II phần này.

7. Đối với người bệnh được thanh toán chi phí vận chuyển, mức thanh toán như sau:

7.1 Trường hợp sử dụng phương tiện của cơ sở KCB, quỹ BHYT thanh toán chi phí vận chuyển, cả chiều đi và về cho cơ sở KCB chuyển người bệnh căn cứ lệnh điều xe của cơ sở KCB nơi chuyển đi có xác nhận của nơi đến, theo mức bằng 0,2 lít xăng/km tính theo khoảng cách địa giới hành chính giữa hai địa phương và

giá xăng tại thời điểm sử dụng. Nếu có nhiều hơn một người bệnh cùng được vận chuyển trên một phương tiện thì mức thanh toán cũng chỉ được tính như đối với vận chuyển một người bệnh.

7.2 Trường hợp người bệnh không sử dụng phương tiện vận chuyển của cơ sở KCB thì mức thanh toán bằng 0,2 lít xăng/km cho một chiều đi tính theo khoảng cách địa giới hành chính và giá xăng tại thời điểm sử dụng. Cơ sở KCB chỉ định chuyển viện thanh toán chi phí vận chuyển cho người bệnh. Cơ quan BHXH thanh toán với cơ sở KCB căn cứ phiếu chi tiền vận chuyển cho người bệnh.

III. Các trường hợp không thuộc phạm vi chi trả của quỹ BHYT

1. Chi phí khám, chữa bệnh đã được ngân sách Nhà nước hoặc các nguồn tài chính khác chi trả.
2. Điều dưỡng, an dưỡng tại cơ sở điều dưỡng, an dưỡng.
3. Khám sức khỏe.
4. Xét nghiệm, chẩn đoán thai không nhằm mục đích điều trị.
5. Sử dụng kỹ thuật hỗ trợ sinh sản; dịch vụ kế hoạch hóa gia đình, nạo hút thai, phá thai, trừ trường hợp phải đình chỉ thai nghén do nguyên nhân bệnh lý của thai nhi hay của sản phụ.
6. Sử dụng dịch vụ thẩm mỹ.
7. Điều trị lác, cận thị và tật khúc xạ của mắt.
8. Sử dụng vật tư y tế thay thế bao gồm chân tay giả, mắt giả, răng giả, kính mắt, máy trợ thính, phương tiện trợ giúp vận động trong khám, chữa bệnh và phục hồi chức năng.
9. Khám, chữa bệnh, phục hồi chức năng đối với bệnh nghề nghiệp, tai nạn lao động, thảm họa.
10. Khám, chữa bệnh trong các trường hợp tự tử, tự gây thương tích.
11. Khám, chữa bệnh nghiện ma túy, nghiện rượu hoặc chất gây nghiện khác.
12. Khám, chữa bệnh tổn thương về thể chất, tinh thần do hành vi vi phạm pháp luật của người đó gây ra.
13. Giám định y khoa, giám định pháp y, giám định pháp y tâm thần.
14. Tham gia thử nghiệm lâm sàng, nghiên cứu khoa học, sử dụng các phương pháp chữa bệnh mới chưa được Bộ Y tế phê duyệt quy trình kỹ thuật và chưa được cấp có thẩm quyền phê duyệt giá DVYT theo quy định.

PHẦN III

GIÁM ĐỊNH CHI PHÍ KHÁM, CHỮA BỆNH BẢO HIỂM Y TẾ

Nghiệp vụ giám định chi phí KCB BHYT (sau đây gọi tắt là nghiệp vụ giám định) do Giám định viên của cơ quan BHXH thực hiện và chịu trách nhiệm về kết quả giám định theo quy định của pháp luật về BHYT. Nghiệp vụ giám định được

thực hiện đồng thời hoặc sau khi người bệnh ra viện và phải bảo đảm tính chính xác, công khai, minh bạch.

I. Nội dung công tác giám định tại cơ sở khám chữa bệnh

1. Phối hợp với nhân viên y tế kiểm tra và hướng dẫn người bệnh thực hiện đúng, đủ thủ tục KCB BHYT tại khu vực đón tiếp của cơ sở KCB. Tiếp xúc trực tiếp với người bệnh tại khoa, phòng điều trị nội trú để xác định đúng người có thẻ BHYT.

2. Phối hợp với nhân viên y tế giải quyết vướng mắc về thủ tục KCB; về quyền lợi, trách nhiệm của người bệnh BHYT và của cơ sở KCB;

3. Phối hợp với cơ sở KCB kiểm tra và thu hồi thẻ BHYT đối với các trường hợp phát hiện có gian lận trong việc cấp thẻ BHYT, người có tên trong thẻ BHYT không tiếp tục tham gia BHYT, không nhận lại thẻ khi ra viện, tạm giữ thẻ BHYT trong trường hợp sử dụng thẻ của người khác đi KCB. BHXH tỉnh nơi thu hồi, tạm giữ thẻ BHYT thông báo cho BHXH tỉnh phát hành thẻ để xử lý theo quy định.

4. Căn cứ vào tình hình thực tế tại các cơ sở KCB, đề xuất việc cải cách thủ tục hành chính, giảm phiền hà cho người tham gia BHYT đi KCB.

5. Giám định danh mục và biểu giá của các dịch vụ y tế thuộc phạm vi chi trả của quỹ KCB BHYT, bao gồm:

- Danh mục và giá các DVKT đã được cấp có thẩm quyền phê duyệt;
- Danh mục thuốc, vật tư y tế tiêu hao, vật tư y tế thay thế và giá mua vào của cơ sở KCB theo quy định của nhà nước về đấu thầu cung ứng thuốc, vật tư y tế.

6. Kiểm tra, đánh giá việc chỉ định điều trị, sử dụng thuốc, hóa chất, vật tư y tế và DVKT cho người bệnh BHYT:

- Kiểm tra hồ sơ, bệnh án, các DVYT, thuốc và vật tư y tế thực tế đã sử dụng cho người bệnh để đảm bảo việc chỉ định các DVYT được thực hiện theo đúng phạm vi chi trả của quỹ KCB BHYT;

- Đánh giá tính hợp lý, an toàn và hiệu quả trong việc chỉ định điều trị, sử dụng thuốc, hóa chất, vật tư, thiết bị y tế và DVKT phù hợp với tình trạng bệnh tật. Làm thủ tục xác định các trường hợp được hưởng quyền lợi về thuốc điều trị ung thư, thuốc chống thải ghép ngoài danh mục; các trường hợp tự nguyện tham gia BHYT được hưởng quyền lợi khi sử dụng DVKT cao, chi phí lớn.

7. Hướng dẫn và phối hợp với nhân viên y tế thực hiện việc thống kê, tổng hợp chi phí KCB BHYT theo hệ thống mẫu biểu do Bộ Y tế, Bộ Tài chính và BHXH Việt Nam ban hành và thực hiện chế độ thông tin báo cáo theo quy định.

8. Kiểm tra, xác định chi phí KCB BHYT:

- Kiểm tra, giám định chi phí KCB BHYT trên phiếu thanh toán ra viện do cơ sở KCB lập cho người bệnh theo mẫu do Bộ Y tế quy định. Phối hợp cùng cơ sở KCB xác định phần chi phí được cơ quan BHXH chi trả trong trường hợp người

bệnh đi khám bệnh trái tuyến, vượt tuyến theo quy định tại khoản 2, mục II, phần II Quy định này.

- Tiếp nhận danh sách và dữ liệu thống kê chi phí KCB BHYT đề nghị quyết toán; Thực hiện giám định, lập thông báo thanh toán chi phí KCB làm cơ sở quyết toán với cơ sở KCB.

9. Thực hiện giám định đối với các trường hợp thanh toán trực tiếp tại cơ quan BHXH.

Kết quả giám định được lập thành văn bản và thông báo cho cơ sở KCB. Cơ sở KCB có trách nhiệm chấp hành kết quả giám định đã được thống nhất giữa hai bên. Trường hợp chưa thống nhất thì phải ghi rõ ý kiến của các bên và báo cáo cơ quan cấp trên để giải quyết. Trong thời gian chờ ý kiến chỉ đạo giải quyết của cơ quan có thẩm quyền, cơ sở KCB BHYT có trách nhiệm thực hiện thông báo kết quả giám định của cơ quan BHXH.

II. Nội dung công tác giám định tại cơ quan Bảo hiểm xã hội

1. BHXH tỉnh phối hợp với Sở Y tế thực hiện các nội dung sau:

1.1 Tổ chức thẩm định và lập danh sách các cơ sở KCB đủ điều kiện về pháp lý, nhân lực, cơ sở vật chất và trang thiết bị y tế đảm bảo yêu cầu KCB theo quy định của Bộ Y tế làm cơ sở để ký kết hợp đồng KCB BHYT và hướng dẫn thực hiện việc đăng ký KCB ban đầu;

1.2 Thống nhất quy định chuyên tuyến CMKT đối với các cơ sở KCB BHYT trong phạm vi tỉnh; một số cơ sở KCB BHYT trên địa bàn giáp ranh trong tỉnh và giữa các tỉnh bảo đảm phù hợp với tuyến CMKT, khả năng đáp ứng của cơ sở KCB, thuận lợi cho người bệnh và phù hợp với việc giám định, thanh toán chi phí KCB BHYT;

1.3 Quy định các đối tượng, số lượng người tham gia BHYT được đăng ký KCB ban đầu tại các cơ sở KCB tuyến tỉnh, tuyến Trung ương và tương đương;

1.4 Xây dựng đề trình UBND tỉnh phê duyệt giá các DVKT theo quy định; xây dựng danh mục thuốc, danh mục vật tư y tế tiêu hao, vật tư y tế thay thế được quỹ KCB BHYT thanh toán;

1.5 Tham gia hội đồng đấu thầu thuốc đối với các tỉnh thực hiện phương thức đấu thầu tập trung.

1.6 Xây dựng, tổ chức thực hiện và theo dõi giám sát các dự án đổi mới phương thức thanh toán, nâng cao chất lượng khám chữa bệnh, kiểm soát chi phí KCB.

2. BHXH tỉnh và BHXH huyện thực hiện các nội dung sau:

2.1 Thẩm định và ký hợp đồng với các cơ sở KCB đủ điều kiện KCB BHYT, thẩm định và ký bổ sung phụ lục hợp đồng khi cơ sở KCB được cấp có thẩm quyền phê duyệt bổ sung DVKT; thanh lý hợp đồng, thẩm định phần chi phí vượt quỹ (nếu có).

2.2 Xây dựng kế hoạch và thực hiện công tác tuyên truyền phổ biến các chế độ, chính sách về BHYT tại địa phương. Tiếp đón và giải quyết kịp thời các yêu cầu, vướng mắc, khiếu nại liên quan đến quyền lợi của người có thẻ BHYT.

2.3 Hướng dẫn người có thẻ BHYT (hoặc người đại diện, người được ủy quyền hợp pháp) đến thanh toán trực tiếp chi phí KCB BHYT; tổ chức giám định và chi trả trực tiếp chi phí KCB BHYT theo quy định.

2.4 Tiếp nhận, giám định, trả lời kết quả giám định chi phí KCB của người có thẻ BHYT theo yêu cầu của BHXH huyện khác đối với bệnh nhân trong tỉnh hoặc của BHXH tỉnh khác đối với bệnh nhân ngoài tỉnh.

2.5 Thực hiện công tác thống kê, tổng hợp chi phí KCB BHYT, chế độ thông tin, báo cáo theo quy định của BHXH Việt Nam.

2.6 Xác định và đề nghị tạm ứng kinh phí KCB cho các cơ sở KCB BHYT và kinh phí chăm sóc sức khoẻ ban đầu trích chuyển cho y tế trường học.

2.7 Tổng hợp, chuẩn bị số liệu để thực hiện quyết toán quý, năm với cơ sở KCB BHYT.

PHẦN IV QUẢN LÝ, PHÂN BỐ VÀ SỬ DỤNG QUỸ BẢO HIỂM Y TẾ

I. Quản lý, phân bổ quỹ bảo hiểm y tế

1. Quỹ BHYT là quỹ tài chính được hình thành từ tiền đóng BHYT theo quy định của Luật BHYT; tiền sinh lời từ hoạt động đầu tư của quỹ BHYT; tài trợ, viện trợ của các tổ chức, cá nhân trong và ngoài nước; các nguồn thu hợp pháp khác. Quỹ BHYT được sử dụng để chi trả chi phí KCB cho người tham gia BHYT và các khoản chi khác theo quy định của Luật BHYT.

2. Quỹ BHYT bao gồm quỹ KCB BHYT, quỹ quản lý và quỹ dự phòng KCB BHYT được quản lý tập trung, thống nhất tại BHXH Việt Nam, được quản lý công khai, minh bạch và có sự phân cấp quản lý trong hệ thống theo quy chế quản lý tài chính hiện hành đối với BHXH Việt Nam; Quỹ BHYT được hạch toán riêng với các quỹ thành phần khác của BHXH Việt Nam theo nguyên tắc bảo đảm cân đối thu chi và được Nhà nước bảo hộ.

3. Quỹ KCB BHYT bao gồm:

- 90% số tiền thu BHYT
- Các nguồn tài trợ, viện trợ của các tổ chức, cá nhân trong và ngoài nước thực hiện theo mục tiêu của các nhà tài trợ sau khi có thoả thuận của BHXH Việt Nam.

4. Quỹ dự phòng khám, chữa bệnh BHYT gồm:

- Phần còn lại của 10% số tiền thu phí BHYT sau khi đã trích trừ chi phí quản lý;
- Tiền sinh lời từ hoạt động đầu tư của quỹ BHYT;
- 40% phần kinh phí kết dư quỹ KCB BHYT tại địa phương.

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

1. BHXH tỉnh sử dụng nguồn kinh phí dành cho KCB tại tỉnh như sau:

1.1 Chi chăm sóc sức khoẻ ban đầu (CSSKBD) cho học sinh, sinh viên tại y tế trường học;

1.2 Chi khám, chữa bệnh của người có thẻ BHYT do BHXH tỉnh phát hành (kể cả thanh toán trực tiếp tại cơ quan BHXH và thanh toán đa tuyến ngoại tỉnh).

2. Kinh phí KCB tại cơ sở KCB ban đầu chỉ thực hiện hợp đồng KCB ngoại trú, áp dụng phương thức thanh toán theo phí dịch vụ được xác định theo công thức sau:

Công thức 1:

$$KP_{KCBNgT} = 45\% \times \sum_{i=1-6} [(90\% \times m_i \times n_i) - 12\% \times (90\% \times m_{hs} \times n_{hsi})]$$

Nguồn kinh phí này được sử dụng để thanh toán chi phí KCB ngoại trú của người bệnh BHYT đăng ký KCB ban đầu, điều trị tại đơn vị hoặc tại các cơ sở KCB khác, kể cả chi phí KCB BHYT ngoại trú được thanh toán trực tiếp tại cơ quan BHXH và chi phí vận chuyển (nếu có) từ bệnh viện tuyến huyện trở lên trong trường hợp cấp cứu.

3. Đối với cơ sở KCB ban đầu thực hiện hợp đồng KCB ngoại trú và nội trú, áp dụng phương thức thanh toán theo phí dịch vụ, kinh phí KCB ngoại trú và nội trú được xác định theo công thức sau:

Công thức 2:

$$KP_{KCBNgNT} = 90\% \times \sum_{i=1-6} [(90\% \times m_i \times n_i) - 12\% \times (90\% \times m_{hs} \times n_{hsi})]$$

Nguồn kinh phí này được sử dụng để thanh toán chi phí KCB ngoại trú và nội trú của người bệnh đăng ký KCB ban đầu, điều trị tại đơn vị hoặc tại các cơ sở KCB khác, kể cả chi phí KCB BHYT ngoại trú, nội trú được thanh toán trực tiếp tại cơ quan BHXH và chi phí vận chuyển (nếu có).

Các ký hiệu tại công thức 1 và 2 được hiểu như sau:

- i ($= 1-6$) là nhóm đối tượng theo quy định tại phụ lục 1 kèm theo Quy định này.

- m_i là mức đóng BHYT bình quân chung nhóm i trong tỉnh

- n_i là số thẻ BHYT thuộc nhóm i đăng ký KCB ban đầu tại đơn vị trong kỳ (không bao gồm số thẻ BHYT của các đối tượng do BHXH tỉnh khác phát hành theo quy định tại tiết 1.2.1 khoản 1 mục II phần I quy định này).

- m_{hs} : Mức đóng BHYT của học sinh, sinh viên

- n_{hsi} : số học sinh, sinh viên thuộc nhóm i đăng ký KCB ban đầu tại cơ sở KCB trong kỳ

4. Kinh phí KCB tại cơ sở KCB ban đầu thực hiện thanh toán theo định suất

4.1 Kinh phí theo định suất (KP_{ds}) được xác định theo công thức sau:

Công thức 3:

$$KP_{ds} = \sum_{i=1-6} (n_i \times s_i)$$

Các ký hiệu tại công thức 3 được hiểu như sau:

- i ($= 1-6$) là nhóm đối tượng theo quy định tại phụ lục 1 kèm theo Quy định này.

- n_i là tổng số thẻ của đối tượng nhóm i đăng ký KCB ban đầu tại đơn vị trong kỳ (không bao gồm số thẻ BHYT của các đối tượng do BHXH tỉnh khác phát hành theo quy định tại tiết 1.2.1 khoản 1 mục II phần I quy định này).

- s_i là suất phí theo mỗi đầu thẻ của nhóm đối tượng thứ i và được xác định theo công thức:

$$s_i = \frac{T_i}{N_i} \times k$$

- T_i là tổng chi phí KCB BHYT tại các cơ sở KCB trong và ngoài tỉnh của đối tượng nhóm i trong toàn tỉnh (kể cả chi phí được thanh toán trực tiếp) được cơ quan BHXH quyết toán năm trước sau khi đã trừ các khoản chi phí quy định tại điểm 4.2 khoản này.

- N_i là tổng số thẻ của đối tượng nhóm i năm trước trong toàn tỉnh.

- k là hệ số điều chỉnh do biến động chi phí KCB và các yếu tố liên quan khác của năm sau so với năm trước. Hệ số k tạm thời áp dụng là 1,1; BHXH Việt Nam sẽ có hướng dẫn khi liên Bộ Y tế, Bộ Tài chính điều chỉnh hệ số này.

Đối với cơ sở KCB ban đầu chỉ thực hiện hợp đồng KCB ngoại trú, suất phí được tính theo tổng chi phí KCB BHYT ngoại trú năm trước.

Đối với cơ sở KCB ban đầu thực hiện hợp đồng KCB ngoại trú và nội trú, suất phí được tính theo tổng chi phí KCB ngoại trú và nội trú năm trước.

4.2 Các khoản chi phí KCB BHYT không thanh toán trong kinh phí định suất bao gồm: chi phí vận chuyển, chi phí chạy thận nhân tạo, ghép bộ phận cơ thể người, phẫu thuật tim, điều trị bệnh ung thư, bệnh hemophilia và phần chi phí cùng chi trả của người bệnh.

4.3 Định kỳ hàng quý nếu có thay đổi, cơ quan BHXH thông báo cho cơ sở KCB số thẻ BHYT và tổng kinh phí định suất được sử dụng.

4.4 Tổng kinh phí định suất giao cho các cơ sở KCB BHYT thực hiện định suất trong tỉnh không vượt quá tổng kinh phí KCB của các cơ sở này. Trường hợp đặc biệt thì BHXH tỉnh báo cáo BHXH Việt Nam để xem xét, điều chỉnh nhưng suất phí điều chỉnh không vượt quá mức chi bình quân chung theo nhóm đối tượng trên phạm vi cả nước do BHXH Việt Nam xác định và thông báo hàng năm.

4.5 Kinh phí định suất sử dụng để thanh toán chi phí KCB cho người có thẻ BHYT đăng ký KCB ban đầu điều trị tại cơ sở KCB đó và điều trị tại các cơ sở KCB khác (kể cả chi phí KCB BHYT thanh toán trực tiếp tại cơ quan BHXH), trừ các khoản chi phí quy định tại điểm 4.2 nêu trên. Cơ sở KCB có trách nhiệm cung cấp các DVYT cho người bệnh có thẻ BHYT và không được thu thêm bất kỳ một khoản chi phí nào trong phạm vi quyền lợi của người bệnh có thẻ BHYT.

5. Sử dụng kinh phí KCB BHYT tại cơ quan BHXH

5.1 5% phần kinh phí KCB còn lại đối với cơ sở KCB chỉ ký hợp đồng KCB ngoại trú và 10% đối với cơ sở KCB ký hợp đồng KCB ngoại trú và nội trú được cơ quan BHXH quản lý, sử dụng để điều chỉnh, bổ sung kinh phí KCB tại đơn vị đó và điều tiết trong phạm vi toàn tỉnh trong trường hợp cơ sở KCB ban đầu chỉ vượt kinh phí KCB được sử dụng do những nguyên nhân khách quan hoặc bất khả kháng.

5.2 50% kinh phí KCB còn lại đối với cơ sở KCB chỉ ký hợp đồng KCB ngoại trú được cơ quan BHXH quản lý, sử dụng để thanh toán chi phí khám, chữa bệnh nội trú cho người bệnh BHYT đăng ký khám, chữa bệnh ban đầu tại các cơ sở KCB này.

6. Kinh phí KCB sử dụng tại trạm y tế xã:

6.1 Kinh phí KCB sử dụng tại trạm y tế xã trích từ nguồn kinh phí KCB BHYT của bệnh viện huyện được Sở Y tế giao nhiệm vụ tổ chức KCB BHYT tại các trạm y tế xã trên địa bàn quản lý. Khi xác định kinh phí KCB ban đầu tại bệnh viện huyện, sổ thẻ BHYT đăng ký KCB ban đầu bao gồm cả sổ thẻ đăng ký KCB ban đầu tại các trạm y tế xã này.

6.2 Trong phạm vi kinh phí KCB được giao, bệnh viện huyện có trách nhiệm cung ứng thuốc, hóa chất, vật tư y tế cho trạm y tế xã và thanh toán chi phí sử dụng giường bệnh (nếu có), các DVKT do trạm y tế xã thực hiện trong phạm vi chuyên môn được Sở Y tế quy định; đồng thời theo dõi, giám sát và tổng hợp để thanh toán với cơ quan BHXH. Tổng kinh phí để bảo đảm KCB tại trạm y tế xã không thấp hơn 10% kinh phí KCB theo sổ thẻ đăng ký KCB ban đầu tại trạm y tế xã.

6.3 Căn cứ vào nguồn kinh phí được phân bổ cho trạm y tế xã và dự trữ thuốc, hóa chất, VTYT tiêu hao do trạm y tế xã lập, bệnh viện huyện có trách nhiệm duyệt dự trữ và tạm ứng kinh phí KCB bằng thuốc, hóa chất, vật tư y tế tiêu hao cho trạm y tế xã. Đồng thời chuyển phần kinh phí còn lại bằng tiền để trạm y tế xã chủ động thực hiện việc KCB cho người có thẻ BHYT trong phạm vi chuyên môn do Sở Y tế quy định.

6.4 Định kỳ hàng quý, trạm y tế xã có trách nhiệm lập báo cáo sử dụng thuốc, hóa chất vật tư y tế tiêu hao và tổng hợp chi phí KCB BHYT tại trạm y tế xã gửi bệnh viện huyện để quyết toán kinh phí KCB BHYT trong kỳ, đồng thời lập dự trữ thuốc, hóa chất, vật tư y tế tiêu hao cho quý tiếp sau.

7. Kinh phí dành cho CSSKBĐ tại y tế trường học bằng 12% nguồn kinh phí KCB của học sinh, sinh viên (HSSV) tính theo tổng số HSSV đang học tại trường tham gia BHYT (kể cả số HSSV tham gia BHYT theo các nhóm đối tượng khác) và mức đóng BHYT của HSSV theo quy định hiện hành. Nhà trường có trách nhiệm quản lý, sử dụng nguồn kinh phí này để CSSKBĐ cho HSSV theo các nội dung quy định tại Thông tư số 14/2007/TT-BTC ngày 8/3/2007 của Bộ Tài chính.

III. Xác định và giao kế hoạch kinh phí khám, chữa bệnh BHYT được sử dụng tại Bảo hiểm xã hội tỉnh

1. Tháng 9 hàng năm, căn cứ chi phí KCB BHYT trong năm, mô hình bệnh tật, khả năng cung cấp DVYT của các cơ sở KCB BHYT trên địa bàn và dự báo diễn biến tăng, giảm chi phí KCB BHYT, kế hoạch thu BHYT trên cơ sở dự kiến số thẻ bình quân, số phải thu được sử dụng trong năm, cơ quan BHXH thực hiện lập dự toán chi khám, chữa bệnh BHYT năm sau.

2. BHXH Việt Nam thẩm định dự toán chi KCB BHYT của BHXH tỉnh, xây dựng dự toán tổng thể về chi KCB BHYT của ngành và giao kế hoạch cho BHXH tỉnh như sau:

2.1 Kinh phí KCB được sử dụng tại tỉnh theo số thẻ phát hành sau khi đã trừ đi phần kinh phí đa tuyến chuyển đi ngoại tỉnh.

2.2 Kinh phí thanh toán đa tuyến của các bệnh nhân tỉnh khác chuyển đến.

IV. Quản lý và sử dụng quỹ dự phòng khám, chữa bệnh bảo hiểm y tế

1. Quỹ dự phòng KCB BHYT do BHXH Việt Nam quản lý, được sử dụng để bổ sung cho BHXH tỉnh trong trường hợp kinh phí KCB BHYT được sử dụng trong năm do BHXH tỉnh quản lý bị thiếu hụt.

2. Trường hợp quỹ dự phòng không đủ để bổ sung phần chi vượt kinh phí KCB tại các tỉnh, BHXH Việt Nam báo cáo Hội đồng quản lý BHXH Việt Nam, liên Bộ Y tế - Bộ Tài chính để xem xét, giải quyết.

PHẦN V

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

I. Tạm ứng kinh phí chi khám, chữa bệnh bảo hiểm y tế

1. Tạm ứng kinh phí chi khám, chữa bệnh BHYT cho BHXH tỉnh

1.1 Đối với kinh phí KCB BHYT được sử dụng tại tỉnh theo số thẻ phát hành sau khi đã trừ đi phần kinh phí đa tuyến chuyển đi ngoại tỉnh: căn cứ vào kế hoạch đã giao, hàng quý BHXH Việt Nam cấp kinh phí cho BHXH tỉnh bình quân bằng 25% kế hoạch năm.

1.2 Đối với kinh phí dành cho thanh toán đa tuyến đến

- Kinh phí dành cho thanh toán đa tuyến đến trong quý I được BHXH Việt Nam tạm ứng bằng 20% kế hoạch năm.

- Từ quý II trở đi, căn cứ vào thông báo đa tuyến của BHXH tỉnh đã được thẩm định, BHXH Việt Nam cấp bằng kinh phí đa tuyến thực tế quý trước.

2 Tạm ứng kinh phí chi khám, chữa bệnh BHYT cho cơ sở KCB

2.1 Vào đầu mỗi quý, cơ quan BHXH thông báo cho cơ sở KCB BHYT số liệu tạm tính về nguồn kinh phí KCB BHYT theo số thẻ BHYT đăng ký KCB ban đầu và kinh phí dành cho thanh toán đa tuyến đến được sử dụng trong kỳ quyết toán.

2.2 Hàng quý, cơ quan BHXH tạm ứng kinh phí cho cơ sở KCB tối thiểu bằng 80% chi phí KCB BHYT đã được thẩm định để quyết toán. Trường hợp kinh

phí tạm ứng vượt quá nguồn kinh phí được sử dụng tại cơ sở KCB theo thông báo đầu kỳ nêu trên, BHXH tỉnh báo cáo BHXH Việt Nam xem xét, giải quyết.

Riêng đối với cơ sở KCB BHYT lần đầu ký hợp đồng, việc tạm ứng thực hiện như sau:

- Cơ sở KCB BHYT ban đầu, mức tạm ứng tối thiểu bằng 80% nguồn kinh phí được sử dụng tại cơ sở KCB theo thông báo đầu kỳ.

- Cơ sở KCB không thực hiện KCB ban đầu, căn cứ số chi KCB sau một tháng thực hiện hợp đồng, cơ quan BHXH tạm ứng cho cơ sở KCB bằng 80% chi phí dự kiến trong quý.

2.3 Cơ quan BHXH tỉnh thực hiện việc cân đối, điều tiết trong phạm vi tỉnh để đảm bảo nguồn kinh phí tạm ứng cho cơ sở KCB nếu số tiền tạm ứng vượt quá nguồn kinh phí được sử dụng trong quý.

Trường hợp kinh phí chi KCB không đủ để tạm ứng, BHXH tỉnh báo cáo BHXH Việt Nam xem xét, giải quyết.

II. Thanh toán chi phí KCB BHYT với cơ sở khám chữa bệnh

1. Cơ quan BHXH thanh, quyết toán chi phí KCB với cơ sở KCB BHYT theo các điều khoản ghi trong hợp đồng KCB được ký kết hàng năm và hoá đơn chứng từ theo quy định hiện hành.

Trong tháng đầu của mỗi quý, cơ sở KCB có trách nhiệm gửi hồ sơ đề nghị thanh toán kèm theo cơ sở dữ liệu thống kê chi phí KCB BHYT của quý trước cho cơ quan BHXH;

Trong thời hạn 30 ngày kể từ ngày nhận được hồ sơ đề nghị thanh toán, cơ quan BHXH xem xét và thông báo kết quả giám định chi phí KCB BHYT cho cơ sở KCB.

Trong thời hạn 15 ngày kể từ ngày thông báo kết quả giám định chi phí KCB BHYT, cơ quan BHXH hoàn thành việc thanh toán với cơ sở KCB.

Chi phí KCB BHYT tại cơ sở KCB công lập được xác định theo bảng giá viện phí đã được cấp có thẩm quyền phê duyệt theo đúng quy định.

Chi phí KCB BHYT tại cơ sở KCB ngoài công lập được xác định căn cứ giá DVYT thực tế tại cơ sở KCB nhưng tối đa không vượt quá giá viện phí tại các cơ sở KCB BHYT công lập tương đương tuyến CMKT hoặc cùng phân hạng bệnh viện theo quy định của Bộ Y tế.

2. Căn cứ vào phạm vi chuyên môn, khả năng cung cấp DVYT và lộ trình áp dụng phương thức thanh toán, cơ quan BHXH và cơ sở KCB trao đổi và thống nhất lựa chọn phương thức thanh toán phù hợp với tình hình thực tế tại địa phương và ghi vào hợp đồng KCB BHYT.

2.1 Thanh toán theo định suất là thanh toán theo định mức chi phí KCB bình quân tính trên mỗi thẻ BHYT theo các nhóm đối tượng trong thời gian đăng ký tại cơ sở KCB.

a) Khi thực hiện thanh toán theo định suất, cơ sở KCB được chủ động sử dụng nguồn kinh phí đã được xác định hàng năm.

b) Chi phí của người bệnh BHYT không đăng ký KCB ban đầu tại cơ sở KCB, chi phí ngoài định suất do cơ sở KCB chịu trách nhiệm theo dõi, tổng hợp để thanh toán với cơ quan BHXH theo phí dịch vụ căn cứ giá viện phí hiện hành tại cơ sở KCB.

2.2 Thanh toán theo phí dịch vụ là hình thức thanh toán dựa trên chi phí của các DVKT, thuốc, hóa chất, vật tư y tế đã được sử dụng trực tiếp cho người bệnh tại cơ sở KCB.

a) Thanh toán theo phí dịch vụ áp dụng trong các trường hợp sau:

- Cơ sở KCB chưa áp dụng phương thức thanh toán theo định suất;
- Người bệnh có thẻ BHYT không đăng ký KCB ban đầu tại cơ sở KCB đó;
- Một số bệnh, nhóm bệnh hay các DVYT không tính vào kinh phí xác định theo định suất của cơ sở KCB quy định tại điểm 4.2 khoản 4, mục II phần IV nêu trên.

b) Cơ quan BHXH căn cứ số lượng và giá các DVYT thuộc phạm vi chi trả của quỹ KCB BHYT đã sử dụng trực tiếp cho người bệnh BHYT để thanh toán cho cơ sở KCB theo các điều khoản của hợp đồng KCB BHYT.

c) Từ năm 2010, tổng mức thanh toán cho cơ sở KCB (từ tuyến tính trở lên) đối với trường hợp chuyển tuyến điều trị không vượt quá chi phí bình quân thực tế theo phạm vi quyền lợi được hưởng cho một đợt điều trị nội trú và một lượt khám, chữa bệnh ngoại trú theo từng chuyên khoa của các trường hợp được chuyển đến năm trước nhân với số lượt khám, chữa bệnh trong năm và được điều chỉnh theo hệ số biến động chi phí khám, chữa bệnh hàng năm là 1,1.

Cơ quan BHXH thanh toán với cơ sở KCB theo chi phí KCB BHYT thực tế thuộc trách nhiệm chi trả của quỹ BHYT nhưng tối đa không vượt quá tổng mức thanh toán nói trên trừ đi phần chi phí thuộc trách nhiệm cùng chi trả của người bệnh BHYT.

Hàng năm, cơ quan BHXH phối hợp với cơ sở KCB BHYT tính toán và thống nhất mức chi phí bình quân cho một đợt điều trị nội trú và một lần KCB ngoại trú theo từng chuyên khoa (hoặc toàn bệnh viện) của các trường hợp này làm cơ sở thanh, quyết toán.

2.3 Thanh toán theo trường hợp bệnh: BHXH Việt Nam sẽ có hướng dẫn riêng sau khi có hướng dẫn của liên Bộ Y tế - Bộ Tài chính.

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

1. Các trường hợp KCB được cơ quan BHXH thanh toán trực tiếp:

1.1 Khám, chữa bệnh tại cơ sở KCB không ký hợp đồng với cơ quan BHXH;

1.2 Không xuất trình thẻ BHYT khi đi khám, chữa bệnh;

1.3 Khám, chữa bệnh không đúng nơi KCB ban đầu hoặc không đúng tuyến CMKT theo quy định, có xuất trình thẻ BHYT nhưng chưa được hưởng quyền lợi KCB BHYT tại cơ sở KCB;

1.4 Khám, chữa bệnh đúng tuyến CMKT, đã thực hiện đúng, đủ thủ tục KCB BHYT nhưng vì những nguyên nhân khách quan chưa được hưởng hoặc được hưởng chưa đầy đủ quyền lợi BHYT tại cơ sở KCB BHYT;

1.5 Khám, chữa bệnh ở nước ngoài;

1.6 Điều trị tai nạn giao thông được cơ quan có thẩm quyền xác nhận không vi phạm pháp luật về giao thông khi đã ra viện;

1.7 Người bệnh thực hiện các thủ tục KCB BHYT muộn so với quy định.

2. Hồ sơ thanh toán trực tiếp:

2.1 Giấy đề nghị thanh toán trực tiếp;

2.2 Bản sao thẻ BHYT còn giá trị sử dụng và một loại giấy tờ có ảnh hợp lệ (nếu thẻ BHYT chưa có ảnh).

2.3 Bản sao giấy ra viện đối với bệnh nhân điều trị nội trú; bản sao đơn thuốc hoặc sổ y bạ đối với bệnh nhân điều trị ngoại trú theo quy định.

2.4 Biên lai thu viện phí, hóa đơn mua thuốc theo quy định của Bộ Tài chính;

Trường hợp KCB ở nước ngoài, ngoài hồ sơ nêu trên người bệnh phải nộp thêm bản dịch có công chứng sang tiếng Việt toàn bộ hồ sơ, chứng từ liên quan đến việc KCB ở nước ngoài và văn bản xác nhận của cơ sở KCB trong nước từ tuyến tỉnh trở lên về tình trạng bệnh và hướng điều trị trước khi người bệnh đi KCB tại nước ngoài hoặc quyết định cử đi học tập, công tác nước ngoài của cấp có thẩm quyền;

Đối với trường hợp bị tai nạn giao thông, ngoài hồ sơ nêu trên người bệnh phải nộp thêm văn bản xác nhận không vi phạm pháp luật về giao thông của cơ quan công an cấp huyện trở lên.

Trường hợp người bệnh không tự đến cơ quan BHXH để làm thủ tục thanh toán, người làm thủ tục thanh toán hộ phải có giấy ủy quyền hoặc giấy chứng nhận quyền đại diện hợp pháp cho người bệnh. Riêng đối với trẻ em dưới 6 tuổi và học sinh phổ thông, người làm thủ tục thanh toán hộ chỉ cần mang theo giấy tờ xác định là cha (mẹ) hoặc người giám hộ của người bệnh.

3. Giám định và thanh toán trực tiếp

3.1 Cơ quan BHXH nơi phát hành thẻ tiếp nhận và giải quyết đề nghị thanh toán trực tiếp của người có thẻ BHYT. Riêng người có thẻ BHYT đăng ký KCB ban đầu tại cơ sở KCB ngoài tỉnh có thể được giải quyết thanh toán trực tiếp tại BHXH tỉnh nơi họ đăng ký KCB ban đầu, chi phí KCB BHYT đã thanh toán trực tiếp cho người bệnh trong các trường hợp này được thông báo qua đa tuyến và khấu trừ vào quỹ của BHXH tỉnh phát hành thẻ.

3.2 Bộ phận tiếp nhận hồ sơ của cơ quan BHXH tiếp nhận, kiểm tra, hướng dẫn người bệnh BHYT cung cấp đầy đủ hồ sơ; đối chiếu bản gốc và ký xác nhận vào các bản sao tài liệu trong hồ sơ thanh toán trực tiếp, vào sổ theo dõi tình hình thanh toán trực tiếp và viết giấy hẹn thời gian giải quyết thanh toán kể từ ngày tiếp nhận đủ hồ sơ thanh toán như sau:

a) Chậm nhất 40 ngày đối với trường hợp KCB tại cơ sở KCB trong tỉnh

b) Chậm nhất 60 ngày đối với trường hợp KCB tại cơ sở KCB ngoài tỉnh

Nếu quá thời hạn nêu trên, cơ quan BHXH phải thông báo kịp thời cho người có thẻ BHYT lý do và thời hạn giải quyết cụ thể tiếp theo.

3.3 Cơ quan BHXH tiếp nhận đề nghị thanh toán thực hiện giám định hoặc nhờ giám định đối với trường hợp KCB ngoài địa bàn huyện, tỉnh. Trường hợp chi phí KCB được đề nghị thanh toán thấp hơn mức chi phí bình quân theo tuyến chuyên môn kỹ thuật tại bệnh viện hạng II quy định tại Phụ lục 02 Thông tư số 09 thì không nhất thiết phải thực hiện yêu cầu giám định tại cơ sở KCB. Cơ quan BHXH thực hiện các nghiệp vụ giám định trực tiếp trên hồ sơ thanh toán và chịu trách nhiệm về kết quả giám định đối với các trường hợp này.

3.4 Cơ quan BHXH nhận được yêu cầu giám định của BHXH tỉnh khác phải thực hiện giám định và trả lời chậm nhất sau 30 ngày kể từ ngày nhận được yêu cầu giám định.

3.5 Căn cứ vào từng trường hợp cụ thể và mức thanh toán theo quy định, cơ quan BHXH thanh toán trực tiếp cho người bệnh phần chi phí KCB thuộc trách nhiệm chi trả của quỹ BHYT.

3.6 Định kỳ hàng quý, cơ quan BHXH thống kê, tổng hợp chi phí KCB đã thanh toán trực tiếp cho người có thẻ BHYT làm cơ sở khấu trừ tương ứng vào quỹ KCB của cơ sở KCB nơi người bệnh đăng ký KCB ban đầu.

3.7 Cơ quan BHXH tiếp nhận hồ sơ thanh toán trực tiếp chi phí KCB BHYT phát sinh trong năm tài chính đến hết quý I năm sau. BHXH các tỉnh thông báo quy định này để người tham gia BHYT biết và thực hiện.

IV. Thanh toán đa tuyến

1. Nguyên tắc thanh toán đa tuyến

1.1 Thanh toán đa tuyến thực hiện khi người có thẻ BHYT đến KCB tại các cơ sở KCB ngoài nơi đăng ký KCB ban đầu trên địa bàn tỉnh hoặc KCB ngoài tỉnh.

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

1.3 Thanh toán đa tuyến ngoại tỉnh được thực hiện đối với chi phí KCB BHYT của người có thẻ BHYT do BHXH tỉnh phát hành, điều trị tại các cơ sở KCB ngoài địa bàn tỉnh.

2. Quy trình thanh toán

2.1 Thanh toán đa tuyến nội tỉnh

a) Định kỳ hàng quý, cơ quan BHXH giám định, thống kê, tổng hợp chi phí KCB BHYT của người có thẻ BHYT điều trị ngoài nơi đăng ký KCB ban đầu trong quý;

b) BHXH tỉnh tổng hợp, thông báo chi phí KCB BHYT đa tuyến nội tỉnh cho BHXH huyện để xác định kinh phí KCB BHYT tại cơ sở KCB được sử dụng trong quý.

2.2 Thanh toán đa tuyến ngoại tỉnh

a) BHXH Việt Nam căn cứ vào chi phí KCB BHYT đa tuyến ngoại tỉnh do BHXH tỉnh báo cáo, thẩm định, tổng hợp và thực hiện:

- Cấp kinh phí thanh toán đa tuyến cho BHXH tỉnh nơi bệnh nhân chuyển đến theo hướng dẫn tại điểm 1.2, khoản 1, mục I, phần V nêu trên và khấu trừ tương ứng nguồn kinh phí của BHXH tỉnh nơi bệnh nhân chuyển đi.

- Thông báo chi phí thanh toán đa tuyến cho từng BHXH tỉnh để làm cơ sở quyết toán chi phí KCB và cân đối kinh phí KCB của cơ sở KCB ban đầu.

b) BHXH tỉnh nơi bệnh nhân đến thực hiện thanh toán, chuyển cơ sở dữ liệu và thông báo tổng hợp chi phí KCB của những bệnh nhân này cho BHXH tỉnh nơi bệnh nhân đi và BHXH Việt Nam.

c) BHXH tỉnh nơi có bệnh nhân chuyển đi có trách nhiệm tổng hợp, thông báo chi phí KCB đa tuyến đi của quý trước cho cơ sở KCB tại tỉnh, khấu trừ phần chi phí này vào quỹ KCB quý hiện tại của cơ sở KCB ban đầu.

d) Trường hợp từ chối thanh toán đa tuyến, BHXH tỉnh nơi có bệnh nhân chuyển đi thông báo cho BHXH tỉnh nơi có bệnh nhân chuyển đến và BHXH Việt Nam danh sách bệnh nhân từ chối thanh toán. BHXH tỉnh nơi có bệnh nhân chuyển đến kiểm tra, giám định lại các trường hợp bị từ chối, đến cuối quý nếu không chứng minh được các trường hợp này là thanh toán đa tuyến thì phải tổng hợp chung vào chi phí KCB của mình và báo cáo BHXH Việt Nam để giảm trừ chi phí thanh toán đa tuyến đến.

V. Quyết toán chi phí khám, chữa bệnh bảo hiểm y tế

1. Đối với cơ sở KCB ban đầu áp dụng phương thức thanh toán theo phí dịch vụ, cơ quan BHXH thực hiện quyết toán hằng quý như sau:

1.1 Xác định kinh phí KCB thực tế được sử dụng trong quý theo số thẻ đăng ký KCB ban đầu tại cơ sở KCB.

1.2 Xác định chi phí KCB thực tế của người bệnh BHYT đăng ký KCB ban đầu đã được thẩm định để quyết toán bao gồm chi phí điều trị tại cơ sở KCB ban đầu và chi phí điều trị tại các cơ sở KCB khác trên địa bàn tỉnh trong quý và tại các cơ sở KCB ngoại tỉnh quý trước.

1.3 Cơ quan BHXH quyết toán với cơ sở KCB theo chi phí KCB thực tế đã thẩm định để quyết toán. Trường hợp cơ sở KCB ban đầu chi vượt kinh phí KCB được sử dụng, cơ quan BHXH thực hiện điều chỉnh, bổ sung từ 5% kinh phí KCB

còn lại đối với cơ sở KCB chỉ thực hiện KCB ngoại trú hoặc từ 10% kinh phí KCB còn lại đối với cơ sở KCB thực hiện KCB ngoại trú và nội trú.

2. Đối với các cơ sở KCB nhận quỹ định suất: kết thúc năm tài chính, cơ quan BHXH xác định quỹ định suất thực tế được sử dụng trong năm tại cơ sở KCB để quyết toán.

2.1 Trường hợp quỹ định suất có kết dư thì cơ sở KCB được sử dụng phần kết dư như nguồn thu của đơn vị sự nghiệp nhưng tối đa không quá 20% quỹ định suất; phần còn lại tính vào quỹ KCB BHYT năm sau của đơn vị.

Nếu quỹ định suất bao gồm cả chi phí KCB tại tuyến xã thì bệnh viện huyện được Sở Y tế giao nhiệm vụ tổ chức KCB BHYT tại các trạm y tế xã có trách nhiệm trích một phần kết dư cho các trạm y tế xã theo số thẻ đăng ký tại trạm y tế xã.

2.2 Trường hợp quỹ định suất thiếu hụt:

a) Nếu do nguyên nhân khách quan như tăng tần suất KCB, áp dụng dịch DVKT mới có chi phí lớn thì cơ quan BHXH xem xét và thanh toán tối thiểu 60% chi phí vượt quỹ;

b) Nếu do nguyên nhân bất khả kháng như dịch bệnh bùng phát, tỷ lệ người mắc bệnh nặng, chi phí lớn quá cao so với dự kiến ban đầu thì BHXH tỉnh thống nhất với Sở Y tế xem xét, thanh toán bổ sung cho cơ sở KCB.

3. Cân đối kinh phí KCB được sử dụng tại tỉnh hàng năm

Kết thúc năm tài chính, căn cứ kinh phí KCB BHYT thực tế được sử dụng trong năm và chi phí KCB BHYT đã thanh toán với cơ sở KCB, BHXH tỉnh có trách nhiệm thực hiện việc quyết toán năm với các cơ sở KCB ban đầu và cân đối nguồn kinh phí KCB BHYT trong toàn tỉnh.

3.1 Trường hợp nguồn kinh phí KCB BHYT được sử dụng trong năm do BHXH tỉnh quản lý không sử dụng hết được phân bổ như sau:

a) 40% phần kinh phí còn dư được bổ sung vào quỹ dự phòng KCB BHYT tại Bảo hiểm xã hội Việt Nam.

b) 60% kinh phí còn dư được chuyển lại cho địa phương để chi theo các nội dung sau:

- Mua sắm, bảo dưỡng trang thiết bị y tế cần thiết cho các cơ sở y tế tại địa phương; tập trung ưu tiên cho các trạm y tế xã và cơ sở y tế tại địa bàn kinh tế - xã hội khó khăn;

- Tập huấn nâng cao trình độ nghiệp vụ cho cán bộ y tế và cán bộ các ngành liên quan đến thực hiện chính sách BHYT tại địa phương;

- Hỗ trợ công tác thanh tra, kiểm tra liên ngành, khen thưởng cho tập thể, cá nhân thực hiện tốt chính sách KCB BHYT tại địa phương.

Căn cứ số kinh phí còn dư hằng năm được sử dụng tại địa phương, BHXH tỉnh thông báo để Sở Y tế chủ trì, phối hợp với Sở Tài chính và BHXH tỉnh xây dựng kế hoạch sử dụng trình Ủy ban nhân dân tỉnh phê duyệt.

Căn cứ quyết định phê duyệt của Ủy ban nhân dân tỉnh, BHXH tỉnh chuyển kinh phí cho các đơn vị, đồng thời có trách nhiệm kiểm tra, giám sát việc sử dụng nguồn kinh phí này tại các đơn vị, bảo đảm đúng mục đích, công khai, minh bạch.

Các đơn vị được phân bổ kinh phí có trách nhiệm quản lý, sử dụng theo quy định hiện hành và quyết toán với BHXH tỉnh. Chậm nhất đến ngày 30 tháng 6 năm sau, nếu không sử dụng hết thì phần kinh phí này được chuyển vào quỹ KCB BHYT của tỉnh năm sau.

3.2 Trường hợp quỹ KCB tại các cơ sở KCB ban đầu không đủ để thanh toán chi phí KCB của người có thẻ BHYT thì BHXH tỉnh xem xét đánh giá để thanh toán bổ sung trong phạm vi nguồn kinh phí KCB BHYT được sử dụng tại địa phương.

PHẦN VI **CHẾ ĐỘ THÔNG TIN BÁO CÁO** **VÀ PHÂN CẤP THỰC HIỆN CHO BẢO HIỂM XÃ HỘI HUYỆN**

I. Chế độ thông tin báo cáo

1. Cơ quan BHXH và cơ sở KCB BHYT có trách nhiệm thực hiện chế độ thông tin, báo cáo thống kê thanh toán chi phí KCB BHYT. Thông tin, báo cáo phải đảm bảo tính chính xác, khách quan, đầy đủ, trung thực, thống nhất, kịp thời, đúng thời gian quy định, đúng mẫu biểu do Bộ Y tế, Bộ Tài chính quy định và biểu mẫu do BHXH Việt Nam ban hành kèm theo quy định này. Khi có yêu cầu của mỗi bên, cơ quan BHXH hoặc cơ sở KCB BHYT phải gửi kèm theo file dữ liệu điện tử đúng mẫu quy định.

2. Cơ sở KCB có trách nhiệm thống kê, tổng hợp chi phí KCB BHYT phát sinh trong kỳ quyết toán, gửi cơ quan BHXH bằng văn bản và dữ liệu điện tử đúng mẫu quy định. Để thẩm định và quyết toán kịp tiến độ, cơ quan BHXH và cơ sở KCB thống nhất việc gửi dữ liệu điện tử hàng tuần, hàng tháng.

3. Cơ quan BHXH có trách nhiệm thống kê, thông báo cho cơ sở KCB về số thẻ đăng ký ban đầu, kinh phí KCB được sử dụng trong kỳ; tổng hợp thông báo chi phí thanh toán đa tuyến, thanh toán trực tiếp khấu trừ vào kinh phí KCB BHYT được sử dụng tại cơ sở KCB ban đầu và thông báo thanh toán chi phí KCB BHYT tại đơn vị trong kỳ.

4. Cơ quan BHXH cấp dưới có trách nhiệm báo cáo cơ quan BHXH cấp trên trực tiếp về dự toán thu, chi và tình hình tổ chức ký hợp đồng KCB BHYT hàng năm; báo cáo thống kê thanh toán chi phí KCB với cơ sở KCB, thanh toán đa tuyến, thanh toán trực tiếp và tình hình sử dụng quỹ KCB BHYT hàng quý.

5. BHXH tỉnh nơi bệnh nhân chuyển đến có trách nhiệm tổng hợp, thông báo cho BHXH tỉnh nơi bệnh nhân chuyển đi chi phí KCB BHYT thanh toán đa tuyến đồng thời báo cáo BHXH Việt Nam hàng quý.

6. BHXH tỉnh có trách nhiệm tổng hợp, thông báo cho BHXH huyện chi phí KCB BHYT đa tuyến và thanh toán trực tiếp ngoài địa bàn huyện hàng quý.

7. Mẫu báo cáo, cách ghi chép và thời gian thực hiện được hướng dẫn cụ thể tại phụ lục 2 kèm theo quy định này. Thời điểm nhận được báo cáo tính từ ngày cơ quan có trách nhiệm nhận báo cáo tiếp nhận được văn bản báo cáo hoặc dữ liệu từ hộp thư điện tử.

II. Phân cấp thực hiện cho Bảo hiểm xã hội huyện

1. Thẩm quyền phân cấp

Căn cứ tình hình thực tế tại địa phương, Giám đốc BHXH tỉnh quyết định phân cấp việc tổ chức thực hiện hợp đồng, giám định và chi trả chi phí khám chữa bệnh, quản lý và sử dụng quỹ bảo hiểm y tế trên địa bàn cho BHXH huyện.

2. Nội dung phân cấp:

2.1 Thực hiện khảo sát hàng năm và ký tiếp hợp đồng KCB BHYT với các cơ sở KCB tuyến huyện trở xuống trên địa bàn.

2.2 Thực hiện việc thẩm định, ký mới hợp đồng KCB BHYT tại các cơ sở KCB của cơ quan, đơn vị, trường học trên địa bàn.

2.3 Thực hiện công tác giám định, thanh, quyết toán chi phí khám, chữa bệnh BHYT với các cơ sở KCB có hợp đồng KCB BHYT với BHXH huyện.

2.4 Thực hiện giám định đối với các đề nghị thanh toán trực tiếp của người có thẻ BHYT; phê duyệt và thanh toán trực tiếp trong trường hợp chi phí đề nghị thanh toán không quá 2 triệu đồng/lần KCB. Riêng tại Hà Nội và thành phố Hồ Chí Minh, có thể phân cấp cho BHXH huyện được phê duyệt và thanh toán trực tiếp đối với các trường hợp có chi phí đề nghị thanh toán không quá 7 triệu đồng/lần KCB nếu BHXH huyện đó có bác sỹ giám định.

3. Để BHXH huyện thực hiện tốt các nội dung được phân cấp nêu trên, BHXH tỉnh có trách nhiệm chỉ đạo, hướng dẫn và đầu tư, đảm bảo các điều kiện sau:

3.1 Về nhân lực

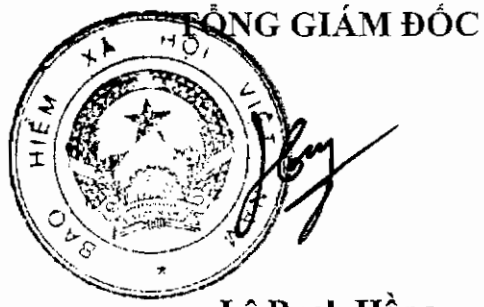
- Có 01 lãnh đạo được phân công phụ trách tổ chức thực hiện chế độ BHYT;
- Có ít nhất 01 cán bộ có trình độ từ trung cấp y trở lên, có thời gian trực tiếp làm công tác giám định tại cơ sở KCB tối thiểu 02 năm;
- Có 01 cán bộ kế toán được phân công theo dõi công tác thanh, quyết toán chi phí khám chữa bệnh BHYT.

3.2 Về trang thiết bị, phương tiện làm việc

- Được trang bị máy tính, phần mềm thống kê, đáp ứng được nhiệm vụ tổng hợp, thống kê báo cáo chi phí khám chữa bệnh BHYT trên địa bàn.

Bảo hiểm xã hội các tỉnh, thành phố trực thuộc Trung ương, Bảo hiểm xã hội Bộ Quốc phòng, Bảo hiểm xã hội Bộ Công an, Bảo hiểm xã hội Ban Cơ yếu Chính phủ; Bảo hiểm xã hội các quận, huyện, thị xã, thành phố trực thuộc tỉnh phối hợp với các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh BHYT, các cơ sở giáo dục thuộc hệ thống giáo dục quốc dân tiếp nhận kinh phí chăm sóc sức khỏe ban đầu tại nhà trường thực hiện các nội dung tại Quy định này.

Trong quá trình thực hiện nếu có khó khăn vướng mắc, Bảo hiểm xã hội các tỉnh kịp thời báo cáo Bảo hiểm xã hội Việt Nam để xem xét, giải quyết. /.



Lê Bạch Hồng

www.LuatVietnam.vn



Phụ lục 1: PHÂN NHÓM ĐỐI TƯỢNG THAM GIA BẢO HIỂM Y TẾ

Nhóm	Đối tượng tham gia BHYT theo Điều 1 TTLT số 9/BYT-BTC ngày 14/8/2009	Mã đối tượng
Nhóm 1	đối tượng quy định tại các khoản: 1, 2, 8, 12	DN, HX, CH, NN, TK, HC, XK, CA, TN, HD
Nhóm 2	đối tượng quy định tại các khoản: 3, 4, 5, 6, 7, 9, 10, 11, 13, 15, 16, 18, 25	HT, BT, MS, XB, XN, CC, CK, CB, KC, TC, HG, TQ, TA, TY, NO, TB
Nhóm 3	đối tượng quy định tại các khoản: 14, 20	HN, CN
Nhóm 4	đối tượng quy định tại các khoản: 17	TE
Nhóm 5	đối tượng quy định tại các khoản: 19, 21	LS, HS
Nhóm 6	đối tượng quy định tại các khoản: 22, 23, 24	GD, TL, XV

www.LuatVietnam.vn

BẢO HIỂM XÃ HỘI

.....

BẢN THẨM ĐỊNH CƠ SỞ Y TẾ
ĐỦ ĐIỀU KIỆN KHÁM CHỮA BỆNH BẢO HIỂM Y TẾ

Tên cơ sở KCB: Mã CS KCB:

Địa chỉ:

Quyết định thành lập số:/.....ngày/...../.....Nơi cấp

Giấy phép hoạt động sốngày / / Nơi cấp

Các loại giấy tờ khác có liên quan:.....

.....

.....

.....

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

Cơ sở thu một phần viện phí: Cơ sở hạch toán đầy đủ:

Khả năng cung cấp DVKT:

- Tổng số khoa phòng điều trị:..... trong đó:

Khoa phòng khám bệnh: Cận lâm sàng: Chẩn đoán hình ảnh Nội Ngoại Sản Nhi RHM TMH Mắt Da liễu Đông y Khác

Tổng số giường bệnh:

Tổng số nhân viên y tế:..... trong đó:

Bác sĩ:Dược sĩ:.....Trung cấp y, dược:.....

....., Ngày.....tháng.....năm

ĐẠI DIỆN CƠ QUAN BHXH.....
Cán bộ thẩm định Trưởng phòng GD BHYT
(ký, họ tên) (ký, họ tên)

GIÁM ĐỐC CƠ SỞ KCB
(ký tên, họ tên, đóng dấu)

**BÁO CÁO KẾT QUẢ KÝ HỢP ĐỒNG KHÁM CHỮA BỆNH BHYT
NĂM**

TT	Cơ sở khám chữa bệnh	Hạng BV	Mã số cơ sở KCB	Loại hình cơ sở KCB		Loại hình hợp đồng		Phương thức thanh toán		Số thẻ đăng ký KCB BĐ
				Công lập	Ngoài công lập	Ngoại trú	Nội trú	Phí dịch vụ	Định suất	
(1)	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)	(F)	(G)	(H)	(I)	(2)
I	Tuyển TU và tương đương									
1	Bệnh viện A									
2	Bệnh viện B									
									
	Cộng I:									
II.	Tuyển tỉnh và tương đương									
1	Bệnh viện X									
2	Bệnh viện Y									
									
									
									
	Cộng II:									
III	Tuyển huyện và tương đương									
									
									
	Cộng III:									
IV	Tuyển xã và tương đương									
									
									
	Cộng IV:									
	Tổng cộng (I+II+III+IV)									

Người lập biểu
(ký, họ tên)

Trưởng phòng GD BHYT
(ký, họ tên)

Ngày tháng năm
Giám đốc
(ký, họ tên, đóng dấu)

BẢO HIỂM XÃ HỘI
Số:/.....

Mẫu số 05/BHYT

GIẤY HẸN THANH TOÁN TRỰC TIẾP

BHXH..... đã tiếp nhận hồ sơ đề nghị thanh toán (gồm đơn đề nghị thanh toán và chứng từ kèm theo) của: Ông/bà:.....

Địa chỉ:

Điều trị tại:

Kính mời ông (bà) đến nhận kết quả giải quyết đề nghị thanh toán chi phí khám, chữa bệnh BHYT vào ngày.....tháng.....năm

....., ngày.....tháng.....năm

Người viết giấy hẹn
(ký, họ tên)

Ghi chú: Khi đến thanh toán đề nghị mang theo giấy hẹn, CMT nhân dân (trường hợp được ủy quyền làm thủ tục thanh toán phải có thêm giấy ủy quyền)

BẢO HIỂM XÃ HỘI
Số:/.....

Mẫu số 05/BHYT

GIẤY HẸN THANH TOÁN TRỰC TIẾP

BHXH..... đã tiếp nhận hồ sơ đề nghị thanh toán (gồm đơn đề nghị thanh toán và chứng từ kèm theo) của: Ông/bà:.....

Địa chỉ:

Điều trị tại:

Kính mời ông (bà) đến nhận kết quả giải quyết đề nghị thanh toán chi phí khám, chữa bệnh BHYT vào ngày.....tháng.....năm

....., ngày.....tháng.....năm

Người viết giấy hẹn
(ký, họ tên)

Ghi chú: Khi đến thanh toán đề nghị mang theo giấy hẹn, CMT nhân dân (trường hợp được ủy quyền làm thủ tục thanh toán phải có thêm giấy ủy quyền)

PHIẾU YÊU CẦU GIÁM ĐỊNH

Kính gửi:

BHXH đề nghị giám định trường hợp bệnh nhân, năm sinh

Mã thẻ BHYT

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

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

Nơi đăng ký KCB ban đầu:

Nơi khám chữa bệnh:

Hình thức khám 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)
- 6)

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

....., ngày.....tháng.....năm.....

GIÁM ĐỐC
(ký, họ tên, đóng dấu)

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

GIẤY ĐỀ NGHỊ THANH TOÁN TRỰC TIẾP

Kính gửi: BHXH

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

Địa chỉ:.....Số điện thoại.....

Mã thẻ BHYT

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

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

Nơi đăng ký KCB ban đầu:

Nơi khám chữa bệnh:

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

Chẩn đoán:

Số tiền đề nghị thanh toán:.....

Bằng chữ:.....

Lý do chưa được hưởng quyền lợi tại cơ sở KCB

Chứng từ kèm theo gồm:

1..... 2.....

3..... 4.....

5..... 6.....

Người tiếp nhận hồ sơ
(ký, họ tên)

....., ngày.....tháng.....năm.....
Người đề nghị
(ký, họ tên)

BẢO HIỂM XÃ HỘI

THÔNG BÁO KẾT QUẢ GIÁM ĐỊNH CHI PHÍ KHÁM 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)

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 cấp cứu khi nhập viện: không có
2. Thực hiện thủ tục KCB BHYT không có ngày thực hiện:/...../.....
- Chi phí đã thanh toán theo chế độ BHYT tại cơ sở KCB:.....đồng

Các DVYT chưa thanh toán	Số tiền	Trong quy định	Ngoài quy định	Ghi chú
I. Dịch vụ y tế cơ bản				
1. Xét nghiệm				
2. Chẩn đoán hình ảnh, TDCN				
3. Dịch truyền, máu				
4. Thủ thuật, phẫu thuật				
5. Thuốc trong danh mục				
6. Tiền khám/tiền giường				
7. VTYT tiêu hao				
II. Dịch vụ kỹ thuật cao				
1. Dịch vụ kỹ thuật				
.....				
.....				
2. Vật tư y tế thay thế				
.....				
.....				
III. Thuốc K, chống thải ghép ngoài danh mục				
IV. Khác (ghi rõ nếu có)				

Lý do chưa được thanh toán:.....

....., ngày.....tháng.....năm.....

Giám định viên
(ký, họ tên)Trưởng phòng Giám định BHYT
(ký, họ tên)Giám đốc
(ký, họ tên, đóng dấu)

BẢO HIỂM XÃ HỘI TỈNH

BẢO HIỂM XÃ HỘI HUYỆN.....

TỔNG HỢP TUẦN TOÁN TRỰC TIẾP CHI PHÍ KCB BHYT

Quý/năm

Đơn vị tính: đồng

STT	Cơ sở KCB ban đầu	KCB ngoại trú		KCB nội trú		BHXH thanh toán ngoài định suất
		Số lượt	BHXH thanh toán	Số lượt	BHXH thanh toán	
(1)	(A)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
	I. Tuyển Trung ương					
1	Bệnh viện ...					
2	Bệnh viện ...					
	II. Tuyển tỉnh					
	Bệnh viện					
					
	III. Huyện					
	TTYT huyện ...					
	Phòng khám ...					
	IV. Huyện ...					
	V. Huyện ...					
	Tổng cộng					

Người lập biểu
(ký, họ tên)

..., ngày... tháng năm
Trưởng phòng
(ký, họ tên)

BẢO HIỂM XÃ HỘI TỈNH
PHÒNG GIÁM ĐỊNH BHYT

**TỔNG QUỢP CHI PHÍ KCB BHYT THANH TOÁN ĐA TUYẾN NỘI TỈNH
QUÝ NĂM**

STT	Cơ sở KCB ban đầu	KCB ngoại trú			KCB nội trú BHXH (đồng)		
		Số lượt	BHXH thanh toán	Trong đó thanh toán ngoài định suất	Số lượt	BHXH thanh toán	Trong đó thanh toán ngoài định suất
(1)	(A)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)
	I. Tuyến Trung ương						
1	Bệnh viện ...						
2	Bệnh viện ...						
	II. Tuyến tỉnh						
	Bệnh viện						
						
	III. Huyện						
	TTYT huyện ...						
	Phòng khám ...						
	IV. Huyện						
	TTYT huyện ...						
	Phòng khám ...						
						
						
	Cộng						

..., ngày... tháng năm

Người lập biểu
(ký, họ tên)

Trưởng phòng
(ký, họ tên)

BẢO HIỂM XÃ HỘI VIỆT NAM
BẢO HIỂM XÃ HỘI TỈNH

TỔNG HỢP THANH TOÁN DA TUYẾN NGOẠI TỈNH QUÝ/.....

S T T	Cơ sở KCB nơi bệnh nhân điều trị	KCB ngoại trú			KCB nội trú		
		Số lượt	BHXH thanh toán	Trong đó thanh toán ngoài định suất	Số lượt	BHXH thanh toán	Trong đó thanh toán ngoài định suất
(1)	(A)	(2)		(3)	(4)	(5)	(6)
	I. Tuyến Trung ương						
1	Bệnh viện ...						
2	Bệnh viện ...						
	II. Tuyến tỉnh						
	Bệnh viện						
						
	III. Tuyến huyện						
	TTYT huyện ...						
	Phòng khám ...						
						
	Cộng						

....., ngày tháng năm

Người lập biểu
(ký, họ tên)

Trưởng phòng GD BHYT
(ký, họ tên)

Trưởng phòng KHFC
(ký, họ tên)

Giám đốc
(ký, họ tên, đóng dấu)

HÀNG THÊM XÃ HỘI

Kính gửi:

THÔNG BÁO
SỐ THẺ ĐĂNG KÝ VÀ KINH PHÍ KCB BHYT ĐẦU KỲ

Quý: năm:

Cơ quan BHXH thông báo số thẻ đăng ký KCB ban đầu và kinh phí cho khám chữa bệnh BHYT tại đơn vị được tạm tính như sau:

I. Kinh phí khám chữa bệnh trong kỳ (E1)

Dối tượng	Số thẻ BHYT đăng ký KCB ban đầu	Mức đóng bình quân/Suất phí	Kinh phí KCB
(A)	(1)	(2)	(3)
Nhóm 1			
Nhóm 2			
Nhóm 3			
Nhóm 4			
Nhóm 5			
Nhóm 6			
Cộng (E1)			

II. Kinh phí giảm trừ (E2= E2a+E2b+E2c+E2d)

1. Chi CSSKBD của học sinh sinh viên trong kỳ: (E2a) đồng

2. Chi đa tuyến nội tỉnh trong quý: (E2b)..... đồng

3. Chi thanh toán trực tiếp trong quý: (E2c) đồng

4. Chi đa tuyến ngoại tỉnh quý trước: (E2d)..... đồng

III. Kinh phí chi KCB ban đầu tại đơn vị trong kỳ (E3=E1-E2)..... đồng**IV. Kinh phí chi KCB ban đầu theo định suất (E4):..... đồng****V. Kinh phí đa tuyến đến quý trước (E5):..... đồng**

....., ngày.....tháng.....năm

Người lập biểu
(ký, họ tên)Trưởng phòng GD BHYT
(ký, họ tên)Trưởng phòng KHTC
(ký, họ tên)Giám đốc
(ký tên, đóng dấu)

Kính gửi: Bảo hiểm xã hội Việt Nam

DỰ TOÁN CHI KHÁM CHỮA BỆNH NĂM

Đơn vị tính: nghìn đồng

STT	Đối tượng	Số thẻ có giá trị sử dụng trong năm	Số thu BHYT được sử dụng trong năm	Kinh phí chi KCB trong năm	Chi KCB tại tỉnh (không có ĐT đến)	Đa tuyến đến	Đa tuyến đi	Dự toán chi KCB thực tế tại tỉnh	Dự báo cân đối thu chi KCB
A	B	1	2	3	4	5	6	7=4+5	8=3-4-6
1	Nhóm 1								
2	Nhóm 2								
3	Nhóm 3								
4	Nhóm 4								
5	Nhóm 5								
6	Nhóm 6								
	Cộng								

Người lập biểu
(ký, họ tên)

Trưởng phòng GD BHYT
(ký, họ tên)

Trưởng phòng KHTC
(ký, họ tên)

....., ngày tháng năm
GIÁM ĐỐC
(ký, họ tên, đóng dấu)

THỐNG KÊ CHI PHÍ KCB NGOẠI TRÚ CÁC NHÓM ĐỐI TƯỢNG THEO TUYẾN CHUYÊN MÔN KỸ THUẬT

Quý Năm

Đơn vị: nghìn đồng

Nhóm ĐT	Chi tiêu	THANH TOÁN CHI PHÍ KHÁM CHỮA BỆNH TẠI CƠ SỞ Y TẾ													BHXH nữ chốt: thanh toán	THANH TOÁN TRỰC TIẾP		
		Số lượt	XN	CDHA TDCN	Thuốc dịch	Máu	TT-PT	Vật tư y tế	DVKT Cao	Thuốc K, thái ghép	Công khám	Chi phí vận chuyển	Bệnh nhân cùng chi trả	BHXH thanh toán		Số lượt	Bệnh nhân cùng chi trả	BHXH thanh toán
A	B	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
A	Tuyến TW																	
1	Nhóm 1																	
2	Nhóm 2																	
....																	
6	Nhóm 6																	
	Cộng A																	
B	Tuyến tỉnh																	
1	Nhóm 1																	
2	Nhóm 2																	
....																	
6	Nhóm 6																	
	Cộng B																	
C	Tuyến huyện																	
1	Nhóm 1																	
2	Nhóm 2																	
....																	
	Cộng C																	
D	Tuyến xã																	
1	Nhóm 1																	
2	Nhóm 2																	
....																	
6	Nhóm 6																	
	Cộng D																	
Tổng cộng A+B+C+D																		

Lập biểu
(ký, họ tên)

Trưởng phòng GD BHYT
(ký, họ tên)

Trưởng phòng KHTC
(ký, họ tên)

..... ngày tháng năm

Giám đốc
(ký, họ tên, đóng dấu)

THÔNG KÊ CHI PHÍ KCB NỘI TRÚ CÁC NHÓM ĐỐI TƯỢNG THEO TUYẾN CHUYÊN MÔN KỸ THUẬT

Quý năm

Đơn vị: nghìn đồng

Nhóm ĐT	Chi tiêu	THANH TOÁN CHI PHÍ KHÁM CHỮA BỆNH TẠI CƠ SỞ Y TẾ														THANH TOÁN TRỰC TIẾP		
		Số lượt	XN	CDHA TDCN	Thuốc dịch	Máu	IT-PT	Vật tư y tế	DVKT Cao	Thuốc K, thái ghép	Ngày giường	Chi phí vận chuyển	Bệnh nhân cùng chi trả	BHXH thanh toán	BHXH từ chối thanh toán	Số lượt	Bệnh nhân cùng chi trả	BHXH thanh toán
A	B	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
A	Tuyến TW																	
1	Nhóm 1																	
2	Nhóm 2																	
.....																	
6	Nhóm 6																	
	Cộng A																	
B	Tuyến Tỉnh																	
1	Nhóm 1																	
2	Nhóm 2																	
.....																	
6	Nhóm 6																	
	Cộng B																	
C	Tuyến Huyện																	
1	Nhóm 1																	
2	Nhóm 2																	
.....																	
6	Nhóm 6																	
	Cộng C																	
D	Tuyến xã																	
1	Nhóm 1																	
2	Nhóm 2																	
.....																	
	Cộng D																	
Tổng cộng (A+B+C+D)																		

Lập biểu
(tý, họ tên)

Trưởng phòng GB BHYT
(ký, họ tên)

Trưởng phòng KHTC
(ký, họ tên)

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

BẢO HIỂM XÃ HỘI VIỆT NAM.

BẢO HIỂM XÃ HỘI TỈNH.....

BÁO CÁO TÌNH HÌNH SỬ DỤNG QUỸ KHÁM CHỮA BỆNH BẢO HIỂM Y TẾ

Quý:..... năm.....

TT	Nội dung	Mã số	Số lượt / số thẻ	Số tiền (1000 đ)
A	B	C	1	2
I	CHI KCB ĐÃ ĐƯỢC THẨM ĐỊNH TẠI CƠ SỞ Y TẾ	01		
1	Bệnh nhân trong tỉnh	02		
1.1	Chi phí KCB ngoại trú	03		
1.1.1	Nhóm 1	04		
1.1.2	Nhóm 2	05		
		
1.1.6	Nhóm 6	09		
1.2	Chi phí KCB nội trú	10		
1.2.1	Nhóm 1	11		
1.2.2	Nhóm 2	12		
		
1.2.6	Nhóm 6	16		
2	Bệnh nhân tỉnh khác	17		
2.1	Chi phí KCB ngoại trú	18		
2.1.1	Nhóm 1	19		
2.1.2	Nhóm 2	20		
		
2.1.6	Nhóm 6	24		
2.2	Chi phí KCB nội trú	25		
2.2.1	Nhóm 1	26		
2.2.2	Nhóm 2	27		
		
2.2.6	Nhóm 6	31		
II	CHI THANH TOÁN TRỰC TIẾP	32		
2.1	Chi phí KCB ngoại trú	33		
2.1.1	Nhóm 1	34		
2.1.2	Nhóm 2	35		
		
2.1.6	Nhóm 6	39		
2.2	Chi phí KCB nội trú	40		
2.2.1	Nhóm 1	41		
2.2.2	Nhóm 2	42		
		
2.2.6	Nhóm 6	46		
2.3	Chi CSSKBD tại y tế trường học	47		

III	CHI KCB DO TÌNH KIẾM THANH TOÁN HỢ	48	
3.1	Chi KCB ngoại trú	49	
3.1.1	Nhóm 1	50	
3.1.2	Nhóm 2	51	
.....			
3.1.6	Nhóm 6	55	
3.2	Chi KCB nội trú	56	
3.2.1	Nhóm 1	57	
3.2.2	Nhóm 2	58	
.....		...	
3.2.6	Nhóm 6	62	
IV	CHI KCB PHẢI QUYẾT TOÁN	63	
4.1	Nhóm 1	64	
4.2	Nhóm 2	65	
.....		...	
4.6	Nhóm 6	66	
V	KINH PHÍ KCB ĐƯỢC SỬ DỤNG TRONG KỲ	70	
5.1	Nhóm 1	71	
5.2	Nhóm 2	72	
.....		
5.6	Nhóm 6	76	
VI	KINH PHÍ KCB SAU QUYẾT TOÁN	77	
6.1	Nhóm 1	78	
6.2	Nhóm 2	79	
.....		...	
6.6	Nhóm 6	83	
VII	TỔNG SỐ TIỀN THANH TOÁN TRONG KỲ	84	
7.1	Thanh toán chi phí KCB kỳ trước	85	
7.2	Chi phí KCB phát sinh trong kỳ	86	
7.3	Chi phí còn nợ cơ sở KCB đến cuối kỳ	87	

Lập biểu Trưởng phòng GD BHYT
(ký, họ tên) (ký, họ tên)

Trưởng phòng KHTC
(ký, họ tên)

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

BẢO HIỂM XÃ HỘI

.....

**BIÊN BẢN THẨM ĐỊNH
PHẦN CHI PHÍ VƯỢT NGUỒN KINH PHÍ KCB BHYT QUÝ/.....**

Hôm nay ngàytháng.....nămtại

Chúng tôi gồm có:

BÊN A: CƠ QUAN BHXH.....

Ông (bà):Chức vụ: Giám đốc

Ông (bà):Chức vụ:

Ông (bà):Chức vụ:

Ông (bà):Chức vụ:

BÊN B: CƠ SỞ KHÁM CHỮA BỆNH.....

Ông (bà):Chức vụ: Giám đốc

Ông (bà):Chức vụ:

Ông (bà):Chức vụ:

Ông (bà):Chức vụ:

Cùng nhau tiến hành thẩm định phần chi phí vượt nguồn kinh phí khám chữa bệnh

BHYT quý...../.....tại cơ sở khám chữa bệnh.....như sau:

- 1. Kinh phí KCB được sử dụng trong quý: đồng
- 2. Chi phí khám chữa bệnh thực tế trong quý: đồng
- 3. Chi phí đã được thanh toán trong quý: đồng
- 4. Chi phí vượt kinh phí KCB chưa được quyết toán: đồng

4.1 Do nguyên nhân chủ quan:

Số tiền: đồng

Nguyên nhân:

.....

.....

.....

.....

4.2 Do nguyên nhân khách quan:

Số tiền: đồng

Nguyên nhân:

.....

.....

.....

.....

4.3 Do nguyên nhân bất khả kháng:

Số tiền: đồng

Nguyên nhân:
.....
.....
.....

5. Đề xuất, kiến nghị:

Kiến nghị của cơ sở khám chữa bệnh:

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

Ý kiến của cơ quan BHXH:

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

Biên bản này là cơ sở để cơ quan BHXH xem xét thanh toán phần chi vượt kinh phí được sử dụng trong kỳ tại cơ sở KCB do nguyên nhân khách quan và bất khả kháng. Biên bản được lập thành 02 bản, mỗi bên giữ 01 bản, có giá trị pháp lý ngang nhau.

ĐẠI DIỆN CƠ QUAN BHXH
(ký, họ tên, đóng dấu)

ĐẠI DIỆN CƠ SỞ KHÁM CHỮA BỆNH
(ký, họ tên, đóng dấu)

Kính gửi: Bảo hiểm xã hội Việt Nam

TỔNG HỢP CHI PHÍ KCB THEO CHUYÊN KHOA NĂM
Tại các cơ sở KCB BHYT tuyến tỉnh trở lên

Đơn vị: đồng

TT	Chuyên khoa	KCB ngoại trú		KCB nội trú		Chi phí bình quân /lần điều trị	
		Số lượt	Số tiền BHXH thanh toán	Số lượt	Số tiền BHXH thanh toán	Ngoại trú	Nội trú
A	B	1	2	3	4	5	6
I.	Bệnh viện						
1	Chuyên khoa ...						
2	Chuyên khoa ...						
3	Chuyên khoa ...						
.....						
	Toàn viện						
II.	Bệnh viện						
1	Chuyên khoa ...						
2	Chuyên khoa ...						
3	Chuyên khoa ...						
.....						
	Toàn viện						
III.	Bệnh viện						
1	Chuyên khoa ...						
2	Chuyên khoa ...						
3	Chuyên khoa ...						
.....						
	Toàn viện						

Người lập biểu
(ký, họ tên)

Trưởng phòng GD BHYT
(ký, họ tên)

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

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

**BIÊN BẢN THANH LÝ HỢP ĐỒNG
KHÁM CHỮA BỆNH BẢO HIỂM Y TẾ**

Hôm nay ngàytháng.....nămtại

Chúng tôi gồm :

BÊN A: Bảo hiểm xã hội

Ông (bà):Chức vụ: Giám đốc

Ông (bà):Chức vụ:

Ông (bà):Chức vụ:

Ông (bà):Chức vụ:

BÊN B: (Tên cơ sở KCB/cơ quan ký hợp đồng KCB)

Ông (bà):Chức vụ: Giám đốc

Ông (bà):Chức vụ:

Ông (bà):Chức vụ:

Ông (bà):Chức vụ:

Tiến hành thanh lý hợp đồng khám chữa bệnh Bảo hiểm y tế số/HĐKCB-BHYT năm với những nội dung sau:

A. Tổng hợp tình hình thanh toán chi phí khám chữa bệnh BHYT:

I. Tổng kinh phí KCB được sử dụng trong năm:

1. Kinh phí KCB được xác định theo giá trị sử dụng của thẻ đăng ký KCB BD tại đơn vị trong năm: (đồng)

2. Kinh phí KCB khấu trừ phần chi phí KCB đa tuyến đi trong năm:.....(đồng)

3. Kinh phí KCB được bổ sung của bệnh nhân đa tuyến chuyển đến:.....(đồng)

II. Tổng số lượt KCB ngoại trú trong năm

1. Người bệnh đăng ký KCB ban đầu:.....

2. Người bệnh không đăng ký KCB ban đầu:.....

3. Tổng cộng:.....

III. Tổng số lượt điều trị nội trú ra viện trong năm

1. Người bệnh có đăng ký KCB ban đầu:.....

2. Người bệnh không đăng ký KCB ban đầu:.....

3. Tổng cộng:.....

IV. Tổng chi KCB BHYT thực tế

- 1. Tổng chi ngoại trú:.....
- Người bệnh đăng ký KCB ban đầu:
- Người bệnh không đăng ký KCB ban đầu:
- 2. Tổng chi khám chữa bệnh nội trú:.....
- Người bệnh có đăng ký KCB ban đầu tại bên B:.....
- Người bệnh không đăng ký KCB ban đầu tại bên B:.....

V. Tổng chi phí KCB chưa được thanh toán:

- 1. Chi KCB ngoại trú:.....
- 2. Chi KCB nội trú:.....
- 3. Tổng cộng:.....

B. Nhận xét chung tình hình thực hiện hợp đồng:

.....

.....

.....

C. Kiến nghị:

I. Kiến nghị của bên A:

.....

.....

.....

II Kiến nghị của bên B:

.....

.....

.....

Hai bên nhất trí cùng xem xét kiến nghị của mỗi bên và trả lời bằng văn bản chậm nhất sau 15 ngày kể từ ngày ký biên bản thanh lý hợp đồng. Văn bản trả lời (nếu có) là bộ phận cấu thành của biên bản này.

Biên bản Thanh lý hợp đồng KCB số/HĐKT-BHXH nămđã được hai bên nhất trí thông qua, ký xác nhận và được lập thành 4 bản, mỗi bên giữ 2 bản.

ĐẠI DIỆN BÊN A
(ký, họ tên, đóng dấu)

ĐẠI DIỆN BÊN B
(ký, họ tên, đóng dấu)

BỆNH VIỆN.....

THÔNG KÊ TỔNG HỢP DỊCH VỤ KỸ THUẬT SỬ DỤNG QUÝ NĂM
CHO NGƯỜI BỆNH BHYT ĐIỀU TRỊ(NGOẠI TRÚ/NỘI TRÚ)

STT	TÊN DỊCH VỤ KỸ THUẬT	SỐ LƯỢNG	ĐƠN GIÁ	TIỀN TIỀN
A	B	1	2	3
A	Xét nghiệm			
1.				
2.				
3.				
	Cộng A			
B	Chẩn đoán hình ảnh, thăm dò chức năng			
1.				
2.				
3.				
	Cộng B			
C	Thủ thuật, phẫu thuật			
1.				
2.				
3.				
	Cộng C			
D	Vật tư y tế tiêu hao			
1.				
2.				
3.				
	Cộng D			
E	Dịch vụ kỹ thuật cao			
E1	Dịch vụ kỹ thuật			
1.				
2.				
3.				
	Cộng E			
	TỔNG CỘNG (A+B+C+D+E)			

Người lập
(Ký, ghi rõ họ tên)

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

BẢO HIỂM XÃ HỘI

**BẢNG TỔNG HỢP SỬ DỤNG
KINH PHÍ KHÁM CHỮA BỆNH BẢO HIỂM Y TẾ
Quý.....Năm**

STT	Cơ sở y tế	Hạn mức KP KCB được sử dụng trong kỳ	Chi phí KCB của bệnh nhân đăng ký tại CSYT	Điều tiết bổ sung của quý trước	Số dư cuối kỳ		Ghi chú
					Dư chuyển về cơ quan BHXH	Bội chi	
A	B	1	2	3	$4 = 1+3-2 > 0$	$5 = 1+3-2 < 0$	6
1							
2							
	Cộng						

Người lập biểu

TP. Giám định BHYT

Kế toán trưởng

Ngày.....tháng.....năm.....

Giám đốc BHXH.....

(Ký, họ tên, đóng dấu)

BẢO HIỂM XÃ HỘI VIỆT NAM
BẢO HIỂM XÃ HỘI TỈNH

**BẢNG TỔNG HỢP PHÂN BỐ
KINH PHÍ KẾT DƯ QUỸ KHÁM CHỮA BỆNH BẢO HIỂM Y TẾ
Năm**

I. Nguồn kinh phí kết dư quỹ KCB BHYT

- Quỹ KCB được sử dụng trong năm:.....
- Số chi KCB trong năm:
- Số kết dư quỹ KCB BHYT:
- Phân bổ kinh phí kết dư quỹ KCB BHYT:
 - + Số chuyển về quỹ dự phòng KCB BHYT tại BHXH Việt Nam:
 - + Kinh phí được sử dụng tại tỉnh (60% kết dư quỹ KCB BHYT):.....

II. Phân bổ kinh phí kết dư quỹ KCB BHYT tại tỉnh

Căn cứ vào phê duyệt của Ủy ban nhân tỉnh Bảo hiểm xã hội tổng hợp phân bổ sử dụng kinh phí kết dư như sau:

STT	Đơn vị	Tổng số KP được phân bổ	Chia ra các nội dung			
			Mua sắm, trang thiết bị y tế	Tập huấn nghiệp vụ	Hỗ trợ công tác thanh tra, kiểm tra	Khen thưởng cho tập thể, cá nhân
A	B	1	2	3	4	5
1						
2						
	Cộng					

Ngày... tháng... năm.....

Người lập biên

TP. Giám định BHYT

Kế toán trưởng

Giám đốc BHXH.....

(Ký, họ tên, đóng dấu)

**BẢNG QUYẾT TOÁN SỬ DỤNG KINH PHÍ
KẾT DƯ QUỸ KHÁM CHỮA BỆNH BẢO HIỂM Y TẾ**

Quý..... Năm.....

Số:.....

Đơn vị sử dụng kinh phí:.....Mã số đơn vị:.....

Địa chỉ:.....

Số hiệu tài khoản:.....

Mở tại:.....

Kinh phí kết dư quỹ KCB BHYT phân bổ cho đơn vị được sử dụng như sau:

STT	Nội dung chi	Số tiền (đồng)	Ghi chú
A	B	I	C
1	Mua sắm, bảo dưỡng trang thiết bị y tế		
2	Tập huấn nghiệp vụ		
3	Hỗ trợ công tác thanh tra, kiểm tra liên ngành		
4	Khen thưởng cho tập thể, cá nhân		
	Tổng cộng		

Ý kiến của cơ quan BHXH:.....

Ý kiến của đơn vị sử dụng kinh phí:.....

Ngày... tháng..... năm.....
CƠ QUAN BẢO HIỂM XÃ HỘI

Ngày.....tháng..... năm.....
ĐƠN VỊ SỬ DỤNG KINH PHÍ

Trưởng phòng
GĐBHYT
(Ký, họ tên)

Trưởng phòng
KHTC
(Ký, họ tên)

Giám đốc
(Ký, họ tên, đóng dấu)

Kế toán
trưởng
(Ký, họ tên)

Giám đốc
(Ký, họ tên, đóng dấu)

PHỤ LỤC 2. HỆ THỐNG BIỂU MẪU GIÁM ĐỊNH BHYT
(Ban hành kèm theo Quyết định số 82 /QĐ-BHXH ngày 01 tháng 1 năm 2010
của Tổng Giám đốc Bảo hiểm xã hội Việt Nam)

STT	Số hiệu	Tên mẫu biểu	Đơn vị lập	Đơn vị nhận
Biểu thống kê tổng hợp				
1	25	Thống kê tổng hợp KCB ngoại trú	Bệnh viện	BHXH
2	26	Thống kê tổng hợp KCB nội trú	Bệnh viện	BHXH
3	23	Tổng hợp sử dụng kinh phí KCB BHYT	P Giám định	P. KHTC
4	01	Bảng tổng hợp mức đóng và số thẻ KCB BD	Phòng Thu	Phòng GD
5	09	Tổng hợp thanh toán trực tiếp	Phòng GD	Phòng KHTC
6	10	Tổng hợp thanh toán đa tuyến nội tỉnh	Phòng GD	BHXH huyện
7	17	Tổng hợp chi KCB tuyến II theo chuyên khoa	BHXH tỉnh	BHXH VN
8	23	Tổng hợp phân bổ kinh phí kết dư tại tỉnh	BHXH tỉnh	BHXH VN
Biểu nghiệp vụ (tác nghiệp tại địa phương)				
9	02	Thẩm định đơn vị ký hợp đồng KCB		
10	04	Theo dõi thanh toán trực tiếp		
11	05	Giấy hẹn thanh toán trực tiếp		
12	06	Phiếu yêu cầu giám định		
13	07	Giấy đề nghị thanh toán trực tiếp		
14	08	Thông báo kết quả giám định		
15	12	Thông báo số thẻ đăng ký KCB ban đầu		
16	16	Biên bản thẩm định chi vượt quỹ		
17	19	Biên bản thanh lý hợp đồng		
18	20	Giám định sử dụng thuốc		
19	21	Giám định sử dụng VTYT, DVKT		
20	24	Bảng quyết toán sử dụng kinh phí kết dư		
Biểu thông tin, báo cáo				
21	03	Báo cáo kết quả ký hợp đồng KCB	BHXH tỉnh	BHXH VN
22	11	Tổng hợp thanh toán đa tuyến ngoại tỉnh	BHXH tỉnh	BHXH VN
23	13	Dự toán chi KCB hàng năm	BHXH tỉnh	BHXH VN
24	14	Thống kê chi phí KCB theo tuyến và đối tượng	BHXH tỉnh	BHXH VN
25	15	Báo cáo sử dụng quỹ BHYT hàng quý	BHXH tỉnh	BHXH VN
26	18	Thông báo đa tuyến ngoại tỉnh	BHXH VN	BHXH tỉnh

PHƯƠNG PHÁP LẬP VÀ SỬ DỤNG HỆ THỐNG BIỂU MẪU GIÁM ĐỊNH Y TẾ

Hướng dẫn chung:

- Hệ thống biểu mẫu giám định BHYT gồm các mẫu nghiệp vụ, biểu tổng hợp, thống kê, thanh toán chi phí khám chữa bệnh bảo hiểm y tế.
- Phân nhóm đối tượng trong các biểu thống kê gồm 6 nhóm, được quy định tại phụ lục 1 kèm theo Quy định.
- Chuyển và tiếp nhận file dữ liệu điện tử: Bảo hiểm xã hội tỉnh, thành phố trực thuộc Trung ương thực hiện việc tiếp nhận và chuyển dữ liệu về BHXH Việt Nam (Ban Thực hiện chính sách BHYT) qua địa chỉ khthcsyt@vss.gov.vn

1. Biểu số 01/BHYT: Bảng tổng hợp mức đóng và số thẻ đăng ký KCB ban đầu

a. Mục đích: là cơ sở xác định kinh phí KCB BHYT được sử dụng tại các cơ sở khám chữa bệnh KCB ban đầu.

b. Phương pháp và trách nhiệm ghi chép: hàng quý, căn cứ cơ sở dữ liệu đối tượng tham gia BHYT, Phòng Thu lập bảng tổng hợp số thẻ BHYT do BHXH tỉnh thu và phát hành, đăng ký KCB ban đầu tại từng cơ sở KCB trên địa bàn và gửi Phòng Giám định BHYT, chậm nhất vào ngày 15 tháng đầu mỗi quý.

- Mục A: Số thẻ đăng ký tại từng cơ sở KCB ban đầu tuyến trung ương, tuyến tỉnh và các cơ sở KCB ban đầu từng huyện theo 6 nhóm đối tượng và số học sinh sinh viên tham gia BHYT (bao gồm số học sinh sinh viên thuộc tất cả các nhóm đối tượng) đăng ký KCB ban đầu tại mỗi cơ sở y tế.

- Mục B: Mức đóng bình quân toàn tỉnh của 6 nhóm đối tượng và mức đóng của học sinh sinh viên.

2. Mẫu số 02/BHYT: Bản thẩm định cơ sở y tế đủ điều kiện KCB BHYT

a. Mục đích: cơ quan BHXH thu thập các thông tin để xác định một cơ sở y tế đủ điều kiện ký hợp đồng khám chữa bệnh BHYT.

b. Phương pháp và trách nhiệm ghi chép: sau khi nhận được văn bản đề nghị và hồ sơ của cơ sở KCB, Phòng Giám định BHYT hoặc bộ phận giám định thuộc BHXH huyện (nơi được phân cấp ký hợp đồng KCB BHYT) tiến hành khảo sát tại cơ sở y tế và lập bản thẩm định theo mẫu.

3. Biểu số 03/BHYT: Báo cáo kết quả ký hợp đồng KCB BHYT

a. Mục đích: BHXH tỉnh báo cáo tình hình tổ chức thực hiện hợp đồng trên địa bàn quản lý.

b. Phương pháp và trách nhiệm ghi chép: Phòng Giám định BHYT tổng hợp theo mẫu, báo cáo BHXH Việt Nam chậm nhất đến ngày 31/3 hàng năm.

- Hàng ngang: Thống kê các cơ sở KCB BHYT theo 4 tuyến chuyên môn kỹ thuật

- Cột A: Ghi đầy đủ tên cơ sở KCB từng bệnh viện theo tuyến

- Cột B: Ghi hạng bệnh viện (đặc biệt/I/II/III)

- Cột C: Ghi mã số cơ sở KCB do BHXH Việt Nam cấp

- Từ cột D đến cột I: Đánh dấu (x) vào ô tương ứng

- Cột (2): Ghi số thẻ đăng ký KCB ban đầu tại cơ sở KCB trong quý I.

4. Mẫu số 04/BHYT: Theo dõi thanh toán trực tiếp chi phí KCB BHYT

a. Mục đích: lập sổ theo dõi tình hình tiếp nhận và giải quyết thanh toán trực tiếp chi phí KCB BHYT tại cơ quan BHXH

b. Trách nhiệm ghi chép: bộ phận được giao tiếp nhận hồ sơ ghi chép các thông tin theo mẫu.

5. Mẫu số 05/BHYT: Giấy hẹn thanh toán trực tiếp chi phí KCB BHYT

a. Mục đích: hẹn bệnh nhân đến nhận kết quả giải quyết thanh toán trực tiếp.

b. Phương pháp và trách nhiệm ghi chép: cán bộ tiếp nhận hồ sơ thanh toán trực tiếp hướng dẫn người bệnh cung cấp đầy đủ các chứng từ thanh toán theo quy định, kiểm tra các chứng từ bệnh nhân ghi trong đơn đề nghị (mẫu số 07/BHYT); ghi số chứng từ đã tiếp nhận, hẹn ngày giải quyết theo qui định và điền đầy đủ các thông tin trong mẫu.

6. Biểu số 06/BHYT: Phiếu yêu cầu giám định

a. Mục đích: ghi các nội dung cần giám định tại cơ sở khám chữa bệnh, làm cơ sở giải quyết thanh toán trực tiếp chi phí KCB BHYT.

b. Phương pháp và trách nhiệm ghi chép: Phòng Giám định BHYT hoặc bộ phận giám định thuộc BHXH huyện lập; xác định cụ thể những nội dung cần giám định và ghi rõ các bản sao chứng từ gửi đi giám định.

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

7. Mẫu số 07/BHYT: Giấy đề nghị thanh toán trực tiếp

a. Mục đích: cung cấp thông tin và liệt kê các chứng từ cần thiết để giải quyết thanh toán trực tiếp.

b. Phương pháp và trách nhiệm ghi chép:

- Người đến làm thủ tục thanh toán trực tiếp 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 và ký xác nhận sau khi tiếp nhận, đối chiếu đầy đủ các chứng từ gửi kèm theo.

8. Biểu số 08/BHYT: Thông báo kết quả giám định chi phí KCB BHYT

a. Mục đích: Cơ quan BHXH tiếp nhận được yêu cầu thông báo kết quả giám định cho đơn vị đã đề nghị.

b. Phương pháp và trách nhiệm ghi chép: Giám định viên thực hiện giám định trực tiếp trên hồ sơ, ghi đầy đủ các thông tin theo mẫu (riêng dịch vụ kỹ thuật cao ghi cụ thể tên từng dịch vụ kỹ thuật và loại vật tư y tế thay thế đã chỉ định và sử dụng cho người bệnh), trình lãnh đạo ký trả lời.

9. Biểu số 09/BHYT: Tổng hợp chi phí KCB BHYT thanh toán trực tiếp

a. Mục đích: tổng hợp chi phí KCB BHYT cơ quan BHXH đã thanh toán trực tiếp trong quý cho người bệnh có thẻ BHYT do BHXH tỉnh phát hành, làm cơ sở khấu trừ vào kinh phí được sử dụng tại cơ sở KCB nơi người bệnh đăng ký KCB ban đầu.

b. Phương pháp và trách nhiệm ghi chép:

- Chậm nhất ngày 10 tháng đầu mỗi quý, BHXH huyện gửi báo cáo và dữ liệu (dữ liệu nhập từ mẫu C78-HD) cho Phòng Giám định BHYT các trường hợp đã giải quyết thanh toán trực tiếp quý trước tại huyện.

- Phòng Giám định BHYT tổng hợp các trường hợp đã giải quyết thanh toán trực tiếp quý trước tại tỉnh sau khi thống nhất với Phòng KHTC, tiếp nhận báo cáo và dữ liệu thanh toán trực tiếp từ BHXH huyện để lập biểu này, chuyển Phòng KHTC chậm nhất ngày 30 tháng đầu mỗi quý để làm cơ sở tổng hợp quyết toán với cơ sở KCB.

10. Biểu số 10/BHYT: Tổng hợp chi phí KCB BHYT thanh toán đa tuyến nội tỉnh

a. Mục đích: tổng hợp chi phí KCB BHYT cơ quan BHXH đã thanh toán đa tuyến trong quý cho người bệnh có thẻ BHYT do BHXH tỉnh phát hành, làm cơ sở lập quyết toán với các cơ sở KCB nơi người bệnh điều trị và khấu trừ vào kinh phí được sử dụng tại cơ sở KCB nơi người bệnh đăng ký KCB ban đầu.

b. Phương pháp và trách nhiệm ghi chép:

- Chậm nhất ngày 10 tháng thứ hai mỗi quý, BHXH huyện gửi cho Phòng Giám định BHYT dữ liệu chi phí KCB BHYT quý trước của các trường hợp bệnh nhân

điều trị tại các cơ sở KCB ký hợp đồng với BHXH huyện (dữ liệu theo mẫu số 25c/BHYT và 26c/BHYT).

- Phòng Giám định BHYT tiếp nhận dữ liệu, kết nối cùng với dữ liệu quý trước từ các cơ sở KCB ký hợp đồng với BHXH tỉnh, lập biểu thanh toán đa tuyến nội tỉnh theo nơi đăng ký KCB ban đầu, chuyển phòng KHTC chậm nhất ngày 20 tháng thứ 2 mỗi quý để làm cơ sở tổng hợp quyết toán với cơ sở KCB.

11. Biểu số 11/BHYT: Tổng hợp chi phí KCB BHYT đa tuyến ngoại tỉnh

a. Mục đích: tổng hợp chi phí KCB BHYT của bệnh nhân do tỉnh khác phát hành thẻ, là căn cứ để BHXH Việt Nam thanh toán đa tuyến giữa BHXH các tỉnh nơi có bệnh nhân đi và đến, đồng thời để BHXH tỉnh nơi phát hành thẻ BHYT khấu trừ vào kinh phí được sử dụng tại cơ sở KCB nơi người bệnh đăng ký KCB ban đầu.

b. Phương pháp và trách nhiệm ghi chép

- BHXH tỉnh nơi bệnh nhân đến kết xuất biểu này từ dữ liệu chi phí KCB BHYT của các trường hợp bệnh nhân có thẻ BHYT do BHXH tỉnh khác phát hành, điều trị tại các cơ sở KCB BHYT trên địa bàn tỉnh đã được quyết toán.

- Chậm nhất ngày 20 tháng thứ 3 hàng quý, BHXH tỉnh nơi bệnh nhân đến gửi cho BHXH Việt Nam và BHXH tỉnh nơi bệnh nhân đi biểu này kèm theo dữ liệu chi phí KCB BHYT của các trường hợp bệnh nhân có thẻ BHYT do BHXH tỉnh nơi bệnh nhân đi phát hành đã thanh toán quý trước (dữ liệu theo mẫu số 25d/BHYT và 26d/BHYT).

12. Biểu số 12/BHYT: Thông báo số thẻ đăng ký và kinh phí KCB BHYT

a. Mục đích: cung cấp cho cơ sở KCB ban đầu thông tin về số thẻ đăng ký KCB ban đầu và nguồn kinh phí KCB được sử dụng trong kỳ.

b. Phương pháp và trách nhiệm ghi chép: căn cứ vào bảng tổng hợp theo mẫu số 01/BHYT và chi KCB BHYT đa tuyến nội tỉnh, đa tuyến ngoại tỉnh và thanh toán trực tiếp tại cơ quan BHXH đã quyết toán quý trước, Phòng Giám định BHYT phối hợp với Phòng KHTC xác định kinh phí được sử dụng, thông báo cho cơ sở y tế số thẻ đăng ký KCB ban đầu và nguồn kinh phí KCB tạm xác định đầu kỳ theo 6 nhóm đối tượng.

Riêng cột 2: Thông báo suất phí cho cơ sở KCB thực hiện thanh toán theo định suất, thông báo mức đóng bình quân chung cho cơ sở KCB thực hiện thanh toán theo phí dịch vụ.

13. Biểu số 13/BHYT: Dự toán chi khám chữa bệnh hàng năm

a. Mục đích: BHXH tỉnh báo cáo BHXH Việt Nam dự toán nguồn kinh phí khám chữa bệnh BHYT trong năm chậm nhất là 1 tháng 10 hàng năm (hoặc điều chỉnh kế hoạch trong năm chậm nhất là 15 tháng 10 hàng năm).

b. Phương pháp và trách nhiệm ghi chép: BHXH tỉnh lập dự toán kinh phí chi khám chữa bệnh BHYT hàng năm trên cơ sở kế hoạch phát hành thẻ, số thu BHYT được sử dụng trong năm số chi KCB năm trước đối với kế hoạch hàng năm, dựa trên số chi KCB 6 tháng đầu năm đối với điều chỉnh kế hoạch trong năm.

- Hàng ngang: ghi dự toán chi tiết cho từng nhóm đối tượng
- Cột 1: ghi số thẻ có giá trị sử dụng 12 tháng
- Cột 2: ghi số thu được sử dụng trong năm
- Cột 3: ghi Số thu BHYT được sử dụng trong năm (quỹ KCB được sử dụng trong năm).
- Cột 4: ghi chi khám chữa bệnh tại tỉnh (không bao gồm chi KCB của bệnh nhân tỉnh khác và chi KCB bệnh nhân do tỉnh phát hành thẻ nhưng đăng ký khám chữa bệnh ban đầu tại tỉnh khác)
- Cột 5: ghi chi khám chữa bệnh đa tuyến ngoại tỉnh chuyển đến
- Cột 6: ghi chi khám chữa bệnh đa tuyến chuyển đi ngoại tỉnh
- Cột 7: ghi dự toán chi KCB thực tế trên địa bàn (Cột 7= Cột 4+Cột 5)
- Cột 8: ghi dự báo cân đối quỹ KCB tại địa phương (Cột 8= Cột 3-Cột 4-Cột 6)

14. Biểu số 14a/BHYT và biểu số 14b/BHYT: Thống kê chi phí khám chữa bệnh ngoại trú/nội trú các nhóm đối tượng theo tuyến chuyên môn kỹ thuật

a. Mục đích: BHXH tỉnh tổng hợp và báo cáo BHXH Việt Nam chi phí khám chữa bệnh ngoại trú của bệnh nhân BHYT theo các nhóm đối tượng ở từng tuyến chuyên môn kỹ thuật hàng quý.

b. Phương pháp và trách nhiệm ghi chép:

Báo cáo thống kê chi phí KCB quý trước được gửi về BHXH Việt Nam cùng với file dữ liệu điện tử trước ngày 30 tháng thứ 2 quý kế tiếp.

Phòng Giám định BHYT phối hợp với Phòng Kế hoạch tài chính tổng hợp từ cơ sở dữ liệu thanh toán với cơ sở KCB và cơ sở dữ liệu thanh toán trực tiếp để lập biểu theo mẫu sau khi hoàn thành quyết toán chi phí KCB với các cơ sở khám chữa bệnh trên địa bàn.

- Hàng ngang: ghi chi phí khám chữa bệnh ngoại trú các nhóm đối tượng theo tuyến chuyên môn kỹ thuật.
- Cột 1: ghi tổng số lượt khám chữa bệnh ngoại trú trên địa bàn trong kỳ báo cáo (kể cả số lượt khám ngoại trú của bệnh nhân ngoại tỉnh chuyển đến).
- Cột từ 2 đến 11: ghi lần lượt các khoản chi phí (xét nghiệm; chẩn đoán hình ảnh và thăm dò chức năng; thuốc và dịch, máu; thủ thuật và phẫu thuật; vật tư y tế; dịch vụ kỹ thuật cao; thuốc điều trị ung thư và thuốc chống thải ghép; công khám/tiền giường; chi phí vận chuyển).
- Cột 12: ghi số tiền người bệnh cùng chi trả
- Cột 13: ghi số tiền cơ quan BHXH thanh toán.

- Cột 14: ghi số tiền cơ quan BHXH xuất toán khi thẩm định đề nghị thanh toán của cơ sở KCB

- Các cột 15,16 và 17: ghi lần lượt số lượt thanh toán trực tiếp, số tiền bệnh nhân cùng chi trả và phần chi phí BHXH thanh toán trực tiếp trong kỳ.

16. Biểu số 15/BHYT: Báo cáo tình hình sử dụng quỹ khám chữa bệnh BHYT

a. Mục đích: BHXH tình tổng hợp báo cáo BHXH Việt Nam tình hình sử dụng quỹ KCB BHYT hàng quý.

b. Trách nhiệm và phương pháp ghi chép:

Báo cáo tình hình sử dụng quỹ quý trước được gửi về BHXH Việt Nam cùng với file dữ liệu điện tử trước ngày 30 tháng thứ 2 quý kế tiếp. Phòng Giám định BHYT phối hợp với Phòng KHTC lập biểu này.

- Cột 4 từ ô mã số (01) đến (66) ghi số lượt điều trị tương ứng với các chỉ số về khám chữa bệnh; ô mã số (70) đến (76) ghi số thẻ từng nhóm.

- Cột 5 ghi số tiền tương ứng

Hàng dọc:

- Phần I. Chi phí khám chữa bệnh đã thẩm định tại cơ sở y tế, phản ánh phần chi phí KCB đã được chấp nhận thanh toán trong kỳ báo cáo tại các biểu thống kê số 25b/BHYT, 25c/BHYT, 26b/BHYT, 26c/BHYT.

Ô mã số (01) = (02) + (17), trong đó (02) = (03) + (10) và (17) = (18) + (25).

- Phần II. Chi phí KCB thanh toán trực tiếp trong kỳ báo cáo theo số liệu của phòng KHTC. Ô mã số (32) = (33) + (40).

Ô mã số (47) phản ánh phần chi cho y tế học đường đã được quyết toán trong kỳ.

- Phần III. Chi phí KCB do tính khác thanh toán hộ theo thông báo của BHXH Việt Nam tại mẫu số 18/BHYT. Ô mã số (48) = (49) + (56)

- Phần IV. Chi phí KCB phải quyết toán trong kỳ, (63) = (01)+(32) + (48).

- Phần V. Kinh phí KCB được xác định theo số thẻ có giá trị sử dụng trong kỳ

- Phần VI. Kinh phí KCB sau quyết toán: (77) = (70) – (63).

- Phần VII. Tổng số tiền thanh toán trong kỳ: phản ánh số tiền cơ quan BHXH đã thanh toán cho cơ sở KCB trong kỳ.

17. Biểu số 16/BHYT: Biên bản thẩm định phần chi vượt nguồn kinh phí KCB BHYT

a. Mục đích: thẩm định số tiền và xác định nguyên nhân tại các cơ sở KCB BHYT chi vượt kinh phí khám chữa bệnh được sử dụng trong quý, là cơ sở để xem xét thanh toán bổ sung cho cơ sở KCB.

b. Phương pháp và trách nhiệm ghi chép: cơ quan BHXH và cơ sở KCB thống nhất lập biên bản phân tích cụ thể các nguyên nhân dẫn đến tình trạng chi vượt kinh phí KCB được sử dụng trong kỳ.

18. Biểu số 17/BHYT: Chi phí khám chữa bệnh theo chuyên khoa

a. Mục đích: xác định trần thanh toán chi phí khám chữa bệnh nội, ngoại trú năm sau đối với các cơ sở khám chữa bệnh từ tuyến tỉnh trở lên điều trị những bệnh nhân đăng ký KCB ban đầu tại nơi khác.

b. Phương pháp và trách nhiệm lập: Hàng năm, Phòng Giám định BHYT dựa trên cơ sở dữ liệu thanh toán chi phí KCB với cơ sở KCB và thanh toán trực tiếp để lập bảng theo mẫu, làm cơ sở xác định trần thanh toán đối với các trường hợp bệnh nhân chuyển đến tại các cơ sở KCB BHYT tuyến tỉnh trở lên.

BHXH tỉnh gửi báo cáo kèm theo file dữ liệu điện tử theo mẫu này về BHXH Việt Nam chậm nhất ngày 31 tháng 3 hàng năm.

19. Biểu số 18/BHYT:

a. Mục đích: do BHXH Việt Nam tổng hợp và thông báo chi phí thanh toán đa tuyến ngoại tỉnh cho BHXH các tỉnh, thành phố.

b. Phương pháp và trách nhiệm lập: Ban Thực hiện Chính sách BHYT tổng hợp từ cơ sở dữ liệu bệnh nhân đa tuyến ngoại tỉnh (biểu số 25d/BHYT và biểu số 26d/BHYT) để thông báo cho BHXH các tỉnh, thành phố.

20. Biểu số 20 và 21/BHYT: là các biểu phục vụ công tác giám định thuốc và dịch vụ kỹ thuật tại cơ sở KCB. Giám định viên hướng dẫn cơ sở KCB lập biểu này để giám định chi tiết từng khoản thanh toán và đối chiếu với bảng tổng hợp chi phí đề nghị thanh toán của cơ sở KCB.

Lưu ý: cột số (02) biểu số 20/BHYT: ghi số thứ tự theo mã số thuốc quy định tại Danh mục thuốc ban hành theo Quyết định số 05/QĐ-BYT.

21. Các mẫu sử dụng tạm thời: trong khi chờ Bộ Tài chính ban hành Chế độ kế toán Bảo hiểm xã hội thay thế chế độ kế toán BHXH Việt Nam ban hành kèm theo Quyết định số 51/2007/QĐ-BTC ngày 22/6/2007 của Bộ trưởng Bộ Tài chính tạm thời sử dụng biểu mẫu 25a,b,c,d/BHYT và 26a,b,c,d/BHYT đính kèm theo quyết định này thay cho biểu mẫu số C79a,b-HD và C80a,b-HD.

- *Mẫu số 25a/BHYT và 26a/BHYT:* do cơ sở KCB lập để tổng hợp, đề nghị quyết toán chi KCB ngoại trú và nội trú tại đơn vị trong kỳ.

- *Các mẫu số 25b/BHYT, 25c/BHYT, 25d/BHYT, 26b/BHYT, 26c/BHYT, 26d/BHYT:* cơ quan BHXH lập để thông báo số liệu quyết toán của bệnh nhân điều trị tại cơ sở khám chữa bệnh.

21.1. Mẫu số 25a/BHYT:

1. Mục đích: Dùng làm căn cứ để cơ quan BHXH thẩm định chi phí KCB ngoại trú với các cơ sở KCB có ký hợp đồng với cơ quan BHXH để tổ chức KCB cho người bệnh tham gia BHYT.

2- Phương pháp lập và trách nhiệm ghi:

Danh sách này do cơ sở KCB lập. Tùy thuộc vào số người và chi phí KCB phát sinh tại cơ sở mà lập theo tháng, hoặc theo quý để gửi cơ quan Bảo hiểm xã hội thẩm định.

Góc trên, bên trái của danh sách phải ghi rõ tên, mã số cơ sở KCB.

Danh sách này phải được lập cho từng loại người bệnh đến KCB ngoại trú tại cơ sở KCB (bệnh nhân có đăng ký KCB ban đầu tại cơ sở KCB, bệnh nhân nội tỉnh không đăng ký KCB ban đầu tại cơ sở KCB, bệnh nhân ngoại tỉnh) và theo nhóm đối tượng (từ I-VI) quy định tại phụ lục 2.

Cột A, B, C, D, E, G, H, I, K: Ghi số thứ tự, họ và tên, năm sinh, giới tính, số thẻ BHYT, mã đăng ký KCB ban đầu, ngày khám, mã bệnh và số phiếu thanh toán ra viện của người bệnh BHYT đến KCB tại cơ sở.

Từ cột 1 đến cột 10: Ghi chi phí KCB ngoại trú thực tế phát sinh theo giá viện phí đã được cấp có thẩm quyền phê duyệt tại cơ sở KCB chi tiết theo từng khoản mục: xét nghiệm, chẩn đoán hình ảnh và thăm dò chức năng (CĐHA-TDCN), thuốc, dịch truyền, máu, thủ thuật, phẫu thuật thông thường, vật tư y tế tiêu hao, dịch vụ kỹ thuật cao (theo quyết định số 36/2005/QĐ-BYT ngày 31/10/2005 của Bộ Y tế và vật tư y tế thay thế theo quyết định số 21/2008/QĐ-BYT ngày 9/6/2008 của Bộ Y tế), thuốc K, chống thải ghép ngoài danh mục, tiền khám, chi phí vận chuyển người bệnh.

Cột 11: Ghi tổng chi phí KCB phát sinh của từng người bệnh tại cơ sở KCB

Cột 12: Ghi tổng số tiền người bệnh cùng chi trả.

Cột 13: Ghi số tiền đề nghị cơ quan BHXH thanh toán

Cột số 14: Ghi phần chi phí thanh toán ngoài quỹ định suất (thận nhân tạo, ghép bộ phận cơ thể người, phẫu thuật tim, điều trị bệnh ung thư, bệnh hemophilia)

Danh sách phải có đầy đủ chữ ký của người lập, Trưởng phòng Kế hoạch tổng hợp, Kế toán trưởng và Thủ trưởng của cơ sở KCB ký, đóng dấu.

Danh sách này được lập thành 2 bản, cơ sở KCB giữ 01 bản để đối chiếu, 01 bản kèm theo đĩa dữ liệu của danh sách này gửi cơ quan BHXH để thẩm định.

21.2. Mẫu số 25b,c,d/BHYT: Thông báo thanh toán chi phí khám chữa bệnh ngoại trú

1. Mục đích: Để cơ quan BHXH dùng làm căn cứ thanh, quyết toán chi phí KCB ngoại trú với các cơ sở KCB có ký hợp đồng với cơ quan BHXH đã KCB cho người bệnh tham gia BHYT đến KCB tại cơ sở.

2- Phương pháp lập và trách nhiệm ghi:

Góc trên, bên trái của danh sách phải ghi rõ tên BHXH tỉnh trực tiếp quản lý (nếu là BHXH huyện), tên cơ quan BHXH ký hợp đồng với cơ sở KCB.

Danh sách này do cơ quan BHXH lập. Mẫu 25b/BHYT cho bệnh nhân nội tỉnh đăng ký khám chữa bệnh ban đầu tại cơ sở KCB, mẫu 25c/BHYT cho bệnh nhân nội tỉnh không đăng ký KCB ban đầu tại cơ sở khám chữa bệnh và mẫu 25d/BHYT cho bệnh nhân ngoại tỉnh điều trị tại cơ sở KCB theo từng nhóm đối tượng tham gia BHYT (từ I-VI) quy định tại phụ lục 2.

Trên cơ sở danh sách đề nghị thanh toán chi phí khám chữa bệnh ngoại trú (mẫu 25a/BHYT) do cơ sở KCB lập và các chứng từ gốc lưu tại cơ sở KCB, cơ quan BHXH chọn mẫu để thẩm định. Phương pháp thẩm định như sau:

• Đối với danh sách người bệnh không được chọn để thẩm định thì các chỉ tiêu ghi vào mục “A-Phần chi phí không thẩm định, thanh toán như đề nghị”.

Cột A, B: Ghi số thứ tự, Diễn giải

Cột 1: Ghi tổng số lượt thanh toán

Từ cột 2 đến cột 11: Ghi chi phí KCB ngoại trú thực tế phát sinh theo giá viện phí đã được cấp có thẩm quyền phê duyệt tại cơ sở KCB chi tiết theo từng khoản mục: xét nghiệm, chẩn đoán hình ảnh và thăm dò chức năng (CDHA-TDCN), thuốc, dịch truyền, máu, thủ thuật, phẫu thuật thông thường, vật tư y tế tiêu hao, dịch vụ kỹ thuật cao (theo quyết định số 36/2005/QĐ-BYT ngày 31/10/2005 của Bộ Y tế và vật tư y tế thay thế theo quyết định số 21/2008/QĐ-BYT ngày 9/6/2008 của Bộ Y tế), thuốc K, chống thải ghép ngoài danh mục, tiền khám, chi phí vận chuyển người bệnh.

Cột 12: Ghi tổng chi phí KCB phát sinh của từng nhóm bệnh nhân (từ I-VI) tại cơ sở KCB

Cột 13: Ghi tổng số tiền người bệnh cùng chi trả.

Cột 14: Ghi số tiền đề nghị cơ quan BHXH thanh toán

Cột số 15: Ghi phần chi phí thanh toán ngoài quỹ định suất (thận nhân tạo, ghép bộ phận cơ thể người, phẫu thuật tim, điều trị bệnh ung thư, bệnh hemophilia)

+ Đối với danh sách người bệnh được chọn để thẩm định nếu được cơ quan BHXH chấp nhận nhưng không có điều chỉnh so với danh sách cơ sở KCB đề nghị thì các chỉ tiêu ghi vào mục “B- Phần chi phí đã thẩm định, thanh toán như đề nghị”. Các cột được ghi trong phần này ghi như hướng dẫn tại phần A nói trên .

+ Đối với danh sách người bệnh được chọn để thẩm định nếu được cơ quan BHXH chấp nhận thanh toán nhưng có điều chỉnh chi phí so với đề nghị của cơ sở KCB thì các chỉ tiêu ghi vào mục “C- Danh sách bệnh nhân qua thẩm định có điều chỉnh thanh toán, gồm.....lượt”. Các cột được ghi trong phần này ghi như hướng dẫn tại mẫu 25a/BHYT và được lập chi tiết cho từng nhóm đối tượng tham gia BHYT (từ I-VI) theo quy định tại phụ lục 2.

+ Đối với danh sách người bệnh qua thẩm định nếu không được cơ quan BHXH chấp nhận thanh toán vì lý do nào đó thì các chỉ tiêu ghi vào mục “D- Danh sách bệnh nhân qua thẩm định không chấp nhận thanh toán”.

+ Trên cơ sở mục A, B, C xác định tổng số lượt người và số tiền được chấp nhận thanh toán trong kỳ để ghi vào mục “E- Tổng số được duyệt trong kỳ”.

Danh sách người bệnh khám chữa bệnh ngoại trú do cơ quan BHXH thẩm định phải có đầy đủ chữ ký của người lập danh sách, trưởng phòng giám định BHYT, trưởng phòng Kế hoạch tài chính và Giám đốc BHXH mới là căn cứ để thanh, quyết toán chi phí KCB ngoại trú với cơ sở KCB.

Mỗi danh sách được lập theo mẫu 25b/BHYT, 25c/BHYT, 25d/BHYT được lập thành 3 bản, cơ sở KCB giữ 01 bản, cơ quan BHXH giữ 02 bản.

21.3. Mẫu số 26a/BHYT:

1. Mục đích: Dùng làm căn cứ để cơ quan BHXH thẩm định chi phí KCB nội trú với các cơ sở KCB có ký hợp đồng với cơ quan BHXH để tổ chức KCB cho người bệnh tham gia BHYT.

2- Phương pháp lập và trách nhiệm ghi:

Danh sách này do cơ sở KCB lập. Tùy thuộc vào số người và chi phí KCB phát sinh tại cơ sở mà lập theo tháng, hoặc theo quý để gửi cơ quan Bảo hiểm xã hội thẩm định.

Góc trên, bên trái của danh sách phải ghi rõ tên, mã số cơ sở KCB.

Danh sách này phải được lập cho từng loại người bệnh đến KCB nội trú tại cơ sở KCB (bệnh nhân có đăng ký KCB ban đầu tại cơ sở KCB, bệnh nhân nội tỉnh

không đăng ký KCB ban đầu tại cơ sở KCB, bệnh nhân ngoại tỉnh) và theo nhóm đối tượng (từ I-VI) quy định tại phụ lục 2.

Cột A, B, C, D, E, G, H, I, K, L, M: Ghi số thứ tự, họ và tên, năm sinh, giới tính, số thẻ BHYT, mã đăng ký KCB ban đầu, mã bệnh, số phiếu thanh toán ra viện, ngày vào viện, ngày ra viện, tổng số ngày điều trị của người bệnh BHYT đến KCB tại cơ sở.

Từ cột 1 đến cột 10: Ghi chi phí KCB nội trú thực tế phát sinh theo giá viện phí đã được cấp có thẩm quyền phê duyệt tại cơ sở KCB chi tiết theo từng khoản mục: xét nghiệm, chẩn đoán hình ảnh và thăm dò chức năng (CDHA-TDCN), thuốc-dịch truyền, máu, thủ thuật- phẫu thuật thông thường, vật tư y tế tiêu hao, dịch vụ kỹ thuật cao (theo quyết định số 36/2005/QĐ-BYT ngày 31/10/2005 của Bộ Y tế và vật tư y tế thay thế theo quyết định số 21/2008/QĐ-BYT ngày 9/6/2008 của Bộ Y tế), thuốc K và chống thải ghép ngoài danh mục, tiền giường, chi phí vận chuyển người bệnh.

Cột 11: Ghi tổng chi phí KCB phát sinh của từng người bệnh tại cơ sở KCB

Cột 12: Ghi tổng số tiền người bệnh cùng chi trả.

Cột 13: Ghi số tiền đề nghị cơ quan BHXH thanh toán

Cột số 14: Ghi phần chi phí thanh toán ngoài quỹ định suất (thận nhân tạo, ghép bộ phận cơ thể người, phẫu thuật tim, điều trị bệnh ung thư, bệnh hemophilia)

Danh sách phải có đầy đủ chữ ký của người lập, Trưởng phòng Kế hoạch tổng hợp, Kế toán trưởng và Thủ trưởng của cơ sở KCB ký, đóng dấu.

Danh sách này được lập thành 2 bản, cơ sở KCB giữ 01 bản để đối chiếu, 01 bản kèm theo đĩa dữ liệu của danh sách này gửi cơ quan BHXH để thẩm định.

21.4. Mẫu số 26b,c,d/BHYT:

1. Mục đích: Để cơ quan BHXH dùng làm căn cứ thanh, quyết toán chi phí KCB nội trú với các cơ sở KCB có ký hợp đồng với cơ quan BHXH đã KCB cho người bệnh tham gia BHYT đến KCB tại cơ sở.

2- Phương pháp lập và trách nhiệm ghi:

Góc trên, bên trái của danh sách phải ghi rõ tên BHXH tỉnh trực tiếp quản lý (nếu là BHXH huyện), tên cơ quan BHXH ký hợp đồng với cơ sở KCB.

Danh sách này do cơ quan BHXH lập. Mẫu 26b/BHYT cho bệnh nhân nội tỉnh đăng ký khám chữa bệnh ban đầu tại cơ sở KCB, mẫu 26c/BHYT cho bệnh nhân nội tỉnh không đăng ký KCB ban đầu tại cơ sở khám chữa bệnh và mẫu

26d/BHYT cho bệnh nhân ngoại tỉnh điều trị tại cơ sở KCB theo từng nhóm đối tượng tham gia BHYT (từ I-VI) quy định tại phụ lục 2.

Trên cơ sở danh sách đề nghị thanh toán chi phí khám chữa bệnh nội trú (mẫu 26a/BHYT) do cơ sở KCB lập và các chứng từ gốc lưu tại cơ sở KCB, cơ quan BHXH chọn mẫu để thẩm định. Phương pháp thẩm định như sau:

+ Đối với danh sách người bệnh không được chọn để thẩm định thì các chỉ tiêu ghi vào mục “A-Phần chi phí không thẩm định, thanh toán như đề nghị”.

Cột A, B: Ghi số thứ tự, Diễn giải

Cột 1: Ghi tổng số lượt thanh toán

Từ cột 2 đến cột 11: Ghi chi phí KCB nội trú thực tế phát sinh theo giá viện phí đã được cấp có thẩm quyền phê duyệt tại cơ sở KCB chi tiết theo từng khoản mục: xét nghiệm, chẩn đoán hình ảnh và thăm dò chức năng (CĐHA-TDCN), thuốc, dịch truyền, máu, thủ thuật, phẫu thuật thông thường, vật tư y tế tiêu hao, dịch vụ kỹ thuật cao (theo quyết định số 36/2005/QĐ-BYT ngày 31/10/2005 của Bộ Y tế và vật tư y tế thay thế theo quyết định số 21/2008/QĐ-BYT ngày 9/6/2008 của Bộ Y tế), thuốc K, chống thải ghép ngoài danh mục, tiền ngày giường theo chuyên khoa, chi phí vận chuyển người bệnh.

Cột 12: Ghi tổng chi phí KCB phát sinh của từng nhóm bệnh nhân (từ I-VI) tại cơ sở KCB

Cột 13: Ghi tổng số tiền người bệnh cùng chi trả.

Cột 14: Ghi số tiền đề nghị cơ quan BHXH thanh toán

Cột số 15: Ghi phần chi phí thanh toán ngoài quỹ định suất (thận nhân tạo, ghép bộ phận cơ thể người, phẫu thuật tim, điều trị bệnh ung thư, bệnh hemophilia)

+ Đối với danh sách người bệnh được chọn để thẩm định nếu được cơ quan BHXH chấp nhận nhưng không có điều chỉnh so với danh sách cơ sở KCB đề nghị thì các chỉ tiêu ghi vào mục “B- Phần chi phí đã thẩm định, thanh toán như đề nghị”. Các cột được ghi trong phần này ghi như hướng dẫn tại phần A nói trên .

+ Đối với danh sách người bệnh được chọn để thẩm định nếu được cơ quan BHXH chấp nhận thanh toán nhưng có điều chỉnh chi phí so với đề nghị của cơ sở KCB thì các chỉ tiêu ghi vào mục “C- Danh sách bệnh nhân qua thẩm định có điều chỉnh thanh toán, gồm.....lượt”. Các cột được ghi trong phần này ghi như hướng dẫn tại mẫu 26a/BHYT và được lập chi tiết cho từng nhóm đối tượng tham gia BHYT (từ I-VI) theo quy định tại phụ lục 2.

+ Đối với danh sách người bệnh qua thẩm định nếu không được cơ quan BHXH chấp nhận thanh toán vì lý do nào đó thì các chỉ tiêu ghi vào mục “D- Danh sách bệnh nhân qua thẩm định không chấp nhận thanh toán”.

+ Trên cơ sở mục A, B, C xác định tổng số lượt người và số tiền được chấp nhận thanh toán trong kỳ để ghi vào mục “E-Tổng số được duyệt trong kỳ”.

Danh sách người bệnh khám chữa bệnh nội trú do cơ quan BHXH duyệt phải có đầy đủ chữ ký của người lập danh sách, trưởng phòng giám định BHYT, trưởng phòng Kế hoạch tài chính và Giám đốc BHXH mới là căn cứ để thanh, quyết toán chi phí KCB nội trú với cơ sở KCB.

Mỗi danh sách được lập theo mẫu 26b/BHYT, 26c/BHYT, 26d/BHYT được lập thành 3 bản, cơ sở KCB giữ 01 bản, cơ quan BHXH giữ 02 bản.

www.LuatVietnam.vn

D-DANH SÁCH BỆNH NHÂN QUA THĂM ĐỊNH KHÔNG CHẤP NHẬN THANH TOÁN

STT	Họ và tên	Năm sinh	Giới tính	Số thẻ BHYT	Số tiền	LÝ DO
1						
2						
3						
...						
...						
Cộng						

E-TỔNG SỐ ĐƯỢC DUYỆT TRONG KỲ (A+B-C)

Tổng số lượt

Tổng số tiềnđồng.

(Số tiền bằng chữ:.....)

Ngày..... tháng..... năm.....

Người lập
(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)

www.LuatVietnam.vn

Tổng cộng

C- DANH SÁCH BỆNH NHÂN QUA THĂM ĐỊNH CÓ ĐIỀU CHỈNH THANH TOÁN, GỒMLƯỢT

STT	Họ và tên	Năm sinh	Giới tính	Số thẻ BHYT	Nơi ĐK KCB BĐ	Ngày khám	Mã bệnh	Số phiếu thanh toán ra viện	CHI PHÍ KHÁM CHỮA BỆNH											Người bệnh cùng chi trả	Chi phí KCB BHXH thanh toán	
									XN	CDHA, TDCN	Thuốc, DT	Máu	TT,PT	VTYT	DVKI Cao	Thuốc K, thái ghép	Tiền khám	Tiền VC	Tổng cộng		Số tiền	Trong đó chi phí ngoài quỹ ĐS
A	B	C	D	E	G	H	I	K	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
I	Nhóm I																					
1																						
...																						
	Cộng I																					
II	Nhóm II																					
1																						
...																						
	Cộng II																					
III	Nhóm III																					
1																						
...																						
	Cộng III																					
IV	Nhóm III																					
1																						
...																						
	Cộng IV																					
V	Nhóm V																					
1																						
...																						
	Cộng V																					
VI	Nhóm VI																					
1																						
...																						
	Cộng VI																					
	Tổng cộng (I-II-III-IV+V+VI)																					

D-DANH SÁCH BỆNH NHÂN QUA THẨM ĐỊNH KHÔNG CHẤP NHẬN THANH TOÁN

STT	Họ và tên	Năm sinh	Giới tính	Số thẻ BHYT	Số tiền	LÝ DO
1						
2						
3						
...						
...						
Cộng						

E-TỔNG SỐ ĐƯỢC DUYỆT TRONG KỲ (A+B+C)

Tổng số lượt

Tổng số tiềnđồng.

(Số tiền bằng chữ:.....)

Ngày..... tháng.....năm.....

Người lập
(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)

www.LuatVietnam.vn

D-DANH SÁCH BỆNH NHÂN QUA THĂM ĐỊNH KHÔNG CHẤP NHẬN THANH TOÁN

STT	Họ và tên	Năm sinh	Giới tính	Số thẻ BHYT	Số tiền	LÝ DO
1						
2						
3						
...						
...						
	Cộng					

E-TỔNG SỐ ĐƯỢC DUYỆT TRONG KỲ (A+B+C)

Tổng số lượt

Tổng số tiềnđồng.

(Số tiền bằng chữ:.....)

Ngày..... tháng..... năm.....

Người lập
(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)

www.LuatVietnam.vn

Tổng cộng I+II+III+IV+V+VI																			
----------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

D-DANH SÁCH BỆNH NHÂN QUA THẨM ĐỊNH KHÔNG CHẤP NHẬN THANH TOÁN

STT	Họ và tên	Năm sinh	Giới tính	Số thẻ BHYT	Số tiền	LÝ DO
I	Nhóm I					
1						
...						
	Cộng I					
II	Nhóm II					
1						
...						
	Cộng II					
III	Nhóm ...					
1						
...						
	Cộng ...					
VI	Nhóm VI					
1						
...						
	Cộng VI					
	Tổng cộng I+II+III+IV+V+VI					

E-TỔNG SỐ ĐƯỢC DUYỆT TRONG KỲ (A+B+C)

Tổng số lượt

Tổng số tiềnđồng.

(Số tiền bằng chữ:.....)

Ngày tháng..... năm

Người lập
(ký, họ tên)

Trưởng phòng GP BHYT
(ký, họ tên)

Trưởng phòng KHTC
(ký, họ tên)

Giám đốc
(ký, họ tên, đóng dấu)

D-DANH SÁCH BỆNH NHÂN QUA THẨM ĐỊNH KHÔNG CHẤP NHẬN THANH TOÁN

STT	Họ và tên	Năm sinh	Giới tính	Số thẻ BHYT	Số tiền	LÝ DO
I	Nhóm I					
1						
...						
	Cộng I					
II	Nhóm II					
1						
...						
	Cộng II					
III	Nhóm ...					
1						
...						
	Cộng ...					
VI	Nhóm VI					
1						
...						
	Cộng VI					
Tổng cộng I+II+III+IV+V+VI						

E-TỔNG SỐ ĐƯỢC DUYỆT TRONG KỲ (A+B+C)

Tổng số lượt

Tổng số tiềnđồng.

(Số tiền bằng chữ:.....)

Ngày..... tháng..... năm.....

Người lập
(kí, họ tên)

Trưởng phòng GD BHYT
(kí, họ tên)

Trưởng phòng KHTC
(kí, họ tên)

Giám đốc
(kí, họ tên, đóng dấu)

C- DANH SÁCH BỆNH NHÂN QUA THĂM ĐỊNH CÓ ĐIỀU CHỈNH THANH TOÁN, GỒMLƯỢT

STT	Họ và tên	Năm sinh	Giới tính	Số thẻ BHYT	Nơi ĐK KCB BĐ	Mã bệnh	Số phiếu TT ra viện	Ngày vào viện	Ngày ra viện	TS ngày điều trị	CHI PHÍ KHAM CHỮA BỆNH										Người bệnh cùng chi trả	Chi phí KCB BHXH thanh toán		
											XN	GDHA, TDCN	Thuốc, DT	Máu	TT,PT	VTVT	DV KT Cao	Thuốc K, thái ghép	Tiền giường	Tiền VC		Tổng cộng	Số tiền	Trong đó chi phí ngoài quỹ ĐS
A	B	C	D	E	G	H	I	K	L	M	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
I	Nhóm I																							
1																								
...																								
	Cộng I																							
II	Nhóm II																							
1																								
...																								
	Cộng II																							
...	Nhóm ...																							
1																								
...																								
	Cộng ...																							
VI	Nhóm VI																							
1																								
...																								
	Cộng VI																							
	Tổng cộng I+II+III+IV+V+VI																							

D-DANH SÁCH BỆNH NHÂN QUA THĂM ĐỊNH KHÔNG CHẤP NHẬN THANH TOÁN

STT	Họ và tên	Năm sinh	Giới tính	Số thẻ BHYT	Số tiền	LÝ DO
I	Nhóm I					
1						

...					
	Cộng I				
II	Nhóm II				
1					
...					
	Cộng II				
III	Nhóm ...				
1					
...					
	Cộng ...				
VI	Nhóm VI				
1					
...					
	Cộng VI				
		Tổng cộng I+II+III+IV+V+VI			

E-TỔNG SỐ ĐƯỢC DUYỆT TRONG KỶ (A+B+C)

Tổng số lượt

Tổng số tiềnđồng.

(Số tiền bằng chữ:.....)

Ngày... tháng.....năm.....

Người lập
(kí họ tên)

Trưởng phòng GD BHYT
(kí, họ tên)

Trưởng phòng KHTC
(kí, họ tên)

Giám đốc
(kí, họ tên, đóng dấu)