|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **3** | **Tên thủ tục hành chính**  |  **Thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế với cơ sở khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế**  |
|  | Trình tự thực hiện | Bước 1: Đối với cơ sở khám bệnh, chữa bệnh BHYTTrong thời hạn 15 ngày đầu mỗi tháng, cơ sở khám bệnh, chữa bệnh BHYT gửi hồ sơ đề nghị thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh của tháng trước cho cơ quan BHXH theo Mẫu số C79a-HD, C80a-HD, 19/BHYT, 20/BHYT, 21/BHYT (đồng thời gửi kèm theo dữ liệu điện tử qua mạng Internet); Bước 2: Đối với cơ quan BHXH- Trong thời hạn 30 ngày kể từ ngày nhận được hồ sơ báo cáo quyết toán của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh, cơ quan BHXH thông báo kết quả giám định và số quyết toán chi phí KCB BHYT bao gồm chi phí khám bệnh, chữa bệnh thực tế trong phạm vi quyền lợi và mức hưởng BHYT cho cơ sở khám bệnh, chữa bệnh; - Trong 10 ngày kế tiếp, tổ chức ký biên bản quyết toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh BHYT theo mẫu số C82-HD ban hành kèm theo Thông tư số 178/2012/TT-BTC và hoàn thành việc thanh toán với cơ sở khám bệnh, chữa bệnh.  |
|  | Cách thức thực hiện | - Nộp hồ sơ tại cơ quan BHXH hoặc qua dịch vụ bưu chính (đồng thời chuyển dữ liệu điện tử qua mạng Internet).- Thực hiện ký biên bản quyết toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh tại trụ sở cơ quan BHXH hoặc tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh. |
|  | Thành phần, số lượng hồ sơ | a) Thành phần hồ sơ bao gồm:- Danh sách người bệnh khám bệnh, chữa bệnh BHYT ngoại trú đề nghị thanh toán (theo Mẫu số C79a-HD) - Danh sách người bệnh khám bệnh, chữa bệnh BHYT nội trú đề nghị thanh toán (theo Mẫu số C80a-HD) đối với cơ sở khám bệnh, chữa bệnh BHYT có điều trị nội trú.- Thống kê vật tư y tế thanh toán BHYT theo Mẫu số 19/BHYT, - Thống kê thuốc thanh toán BHYT theo Mẫu số 20/BHYT - Thống kê dịch vụ kỹ thuật thanh toán BHYT theo Mẫu số 21/BHYTb) Số lượng hồ sơ: 01 (bộ) (kèm theo dữ liệu điện tử )  |
|  | Thời hạn giải quyết |  Chậm nhất 40 ngày kể từ ngày nhận đủ hồ sơ hợp lệ |
|  | Cơ quan thực hiện thủ tục  | BHXH tỉnh/BHXH huyện được phân cấp  |
|  | Đối tượng thực hiện thủ tục | Cơ sở khám bệnh, chữa bệnh BHYT  |
|  | Tên mẫu đơn, mẫu tờ khai  | - Danh sách đề nghị thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh ngoại trú theo Mẫu số C79a-HD, Danh sách đề nghị thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh nội trú theo Mẫu số C80a-HD (đối với cơ sở khám bệnh, chữa bệnh BHYT có điều trị nội trú) ban hành kèm theo Thông tư số 178/2012/TT-BTC ngày 28/10/2012 của Bộ Tài chính hướng dẫn kế toán áp dụng cho Bảo hiểm xã hội Việt Nam - Thống kê vật tư y tế thanh toán BHYT theo mẫu số 19/BHYT, Thống kê thuốc thanh toán BHYT theo mẫu số 20/BHYT , Thống kê dịch vụ kỹ thuật thanh toán BHYT theo mẫu số 21/BHYT ban hành kèm theo Quyết định số 1399/QĐ-BHXH ngày 22/12/2014 của Tổng Giám đốc BHXH Việt Nam quy định về tổ chức thực hiện bảo hiểm y tế trong khám bệnh, chữa bệnh |
|  | Phí, lệ phí | Không  |
|  | Kết quả của việc thực hiện thủ tục |  Biên bản thanh quyết toán chi phí khám chữa bệnh BHYT được ký giữa cơ quan BHXH và cơ sở khám bệnh, chữa bệnh theo Mẫu số C82-HD, cơ quan BHXH chuyển tiền trả cơ sở khám bệnh, chữa bệnh. |
|  | Yêu cầu hoặc điều kiện  | Không  |
|  | Căn cứ pháp lý của thủ tục hành chính | - Văn bản hợp nhất Luật bảo hiểm y tế số 01/VBHN-VPQH ngày 10/7/2014, có hiệu lực từ ngày 01/01/2015. - Nghị định số 105/2014/NĐ-CP ngày 15/11/2014 của Chính phủ quy định chi tiết và hướng dẫn thi hành một số điều của Luật BHYT- Thông tư liên tịch số 41/2014/TTLT-BYT-BTC ngày 24/11/2014 của liên Bộ Y tế - Tài chính hướng dẫn thực hiện bảo hiểm y tế.- Quyết định số 1399/QĐ-BHXH ngày 22/12/2014 của Tổng Giám đốc BHXH Việt Nam quy định về tổ chức thực hiện BHYT trong khám bệnh, chữa bệnh.- Quyết định số 1018/QĐ-BHXH ngày 10/10/2014 của Bảo hiểm xã hội Việt Nam về việc sửa đổi một số nội dung tại các quyết định ban hành quy định quản lý thu, chi BHXH |

|  |  |
| --- | --- |
| **Tên cơ sở khám, chữa bệnh:…………...........** **Mã số ………………**  | *Mẫu số: C79a – HD**(Ban hành theo Thông tư số 178/2012/TT-BTC ngày 23/10/2012 của Bộ Tài chính)* |

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

*Tháng ........... Quý ............. Năm ...........*

 (Gửi cùng với file dữ liệu hàng tháng) Đơn vị: đồng

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

   Số tiền đề nghị thanh toán (viết bằng chữ)....................................................................

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Người lập biểu***(Ký, họ tên)* |  **Trưởng phòng KHTH***(Ký, họ tên)* | **Kế toán trưởng***(Ký, họ tên)* | *........, ngày ....... tháng ......... năm.....***Thủ trưởng đơn vị***(Ký, họ tên, đóng dấu)* |
| **Tên cơ sở khám, chữa bệnh:…………...........** **Mã số ………………**  | *Mẫu số: C80a – HD**(Ban hành theo Thông tư số 178/2012/TT-BTC ngày 23/10/2012 của Bộ Tài chính)* |

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

*Tháng ........... Quý .............năm ...........*

*(Gửi cùng với file dữ liệu hàng tháng)*

 *Đơn vị: đồng*

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

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

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Người lập biểu***(Ký, họ tên)* |  **Trưởng phòng KHTH***(Ký, họ tên)* | **Kế toán trưởng***(Ký, họ tên)* | *........., ngày ....... tháng ......... năm.....***Thủ trưởng đơn vị***(Ký, họ tên, đóng dấu)* |

|  |  |
| --- | --- |
| **…….Tên cơ sở y tế:….****Mã cơ sở y tế: ……** | *Mẫu số 19/BHYT* |

**THỐNG KÊ VẬT TƯ Y TẾ THANH TOÁN BHYT**

*Tháng…..Quý..…. Năm……..*

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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Người lập biểu**(Ký, họ tên) | **Trưởng phòng ……**(Ký, họ tên) | *……., ngày .... tháng ..... năm……***Giám đốc**(Ký, họ tên, đóng dấu) |

|  |  |
| --- | --- |
| **…….Tên cơ sở y tế:….****Mã cơ sở y tế: ……** | *Mẫu số 20/BHYT* |

**THỐNG KÊ THUỐC THANH TOÁN BHYT**

*Tháng….Quý …. Năm …..*

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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Người lập biểu**(Ký, họ tên) | **Trưởng khoa Dược**(Ký, họ tên) | *……, ngày .... tháng ..... năm……***Giám đốc**(Ký, họ tên, đóng dấu) |

|  |  |
| --- | --- |
| **…….Tên cơ sở y tế:….****Mã cơ sở y tế: ……** | *Mẫu số 21/BHYT* |

**THỐNG KÊ DỊCH VỤ KỸ THUẬT THANH TOÁN BHYT**

**Đối với người bệnh BHYT đăng ký ban đầu/đa tuyến đến**

*Tháng….Quý.…. Năm …..*

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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Người lập biểu**(Ký, họ tên) | **Trưởng phòng ……**(Ký, họ tên) | *……., ngày .... tháng ..... năm……***Giám đốc**(Ký, họ tên, đóng dấu) |