

Số: 2384/BHXH-CSYT

Hà Nội, ngày 30 tháng 6 năm 2015

V/v hướng dẫn giải quyết một số vướng
mắc trong thực hiện chính sách BHYT

Kính gửi:

- Bảo hiểm xã hội các tỉnh, thành phố trực thuộc Trung ương;
- Bảo hiểm xã hội Bộ Quốc phòng;
- Trung tâm Giám định BHYT và Thanh toán đa tuyến khu vực phía Bắc;
- Trung tâm Giám định BHYT và Thanh toán đa tuyến khu vực phía Nam.

Thời gian qua, Bảo hiểm xã hội (BHXH) Việt Nam nhận được ý kiến của BHXH các tỉnh, thành phố trực thuộc Trung ương phản ánh về một số vướng mắc trong tổ chức thực hiện khám bệnh, chữa bệnh (KCB) bảo hiểm y tế (BHYT) theo quy định của Luật BHYT sửa đổi, bổ sung. Để thống nhất thực hiện, BHXH Việt Nam hướng dẫn như sau:

1. Về việc ký kết hợp đồng KCB BHYT

a) Đối với các trung tâm y tế dự phòng có chức năng khám bệnh, chữa bệnh như: Trung tâm Chăm sóc sức khỏe sinh sản, Trung tâm Nội tiết, Trung tâm Phòng chống bệnh xã hội...: Trong thời gian chờ Bộ Y tế có văn bản hướng dẫn bổ sung quy định về việc tổ chức KCB BHYT đối với cơ sở y tế thuộc loại hình này, đề nghị BHXH các tỉnh tạm thời tiếp tục duy trì hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh BHYT đã ký với cơ sở y tế; mức thanh toán BHYT thực hiện như với các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh không xếp hạng hoặc phòng khám đa khoa; không thanh toán theo chế độ BHYT đối với các trường hợp đến khám bệnh, chữa bệnh không đúng tuyến trong năm 2015.

b) Thống nhất việc xác định tuyển chuyên môn kỹ thuật của cơ sở y tế làm căn cứ ký hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh BHYT theo quy định tại Điều 3 Thông tư số 43/2013/TT-BYT ngày 11/12/2013 của Bộ Y tế qui định chi tiết phân tuyển chuyên môn kỹ thuật đối với hệ thống cơ sở khám bệnh, chữa bệnh.

2. Về việc thực hiện thủ tục hành chính và chuyển tuyến khám bệnh, chữa bệnh BHYT

a) Trường hợp người tham gia BHYT không có Giấy chứng minh nhân dân hoặc các giấy tờ chứng minh nhân thân có ảnh hợp lệ khác, cơ quan BHXH thống nhất với cơ sở KCB BHYT tạm thời để người bệnh sử dụng giấy xác nhận có dán ảnh và đóng dấu giáp lai của Công an cấp xã để xuất trình cùng thẻ BHYT khi đến khám bệnh, chữa bệnh. Đồng thời đề nghị người bệnh khẩn trương làm thủ tục đề nghị cấp Giấy chứng minh nhân dân (đối với người trên 14 tuổi) hoặc thẻ học sinh, sinh viên (đối với học sinh, sinh viên chưa đủ tuổi làm chứng minh nhân dân).

b) Người bệnh được chuyển tuyến khám bệnh, chữa bệnh không theo tuyến chuyên môn kỹ thuật (CMKT) liên kê qui định tại Điểm b, Khoản 1, Điều 5 Thông tư số 14/2014/TT-BYT ngày 14/4/2014 của Bộ Y tế quy định việc chuyển tuyến giữa các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh: BHXH tỉnh có văn bản đề nghị các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh ghi cụ thể lý do chuyển vượt tuyến (cơ sở khám bệnh, chữa bệnh tuyến trên liên kê không có dịch vụ kỹ thuật phù hợp; cơ sở KCB tuyến trên liên kê đã được phê duyệt dịch vụ kỹ thuật nhưng vì lý do khách quan không thực hiện được...) để có cơ sở giải quyết quyền lợi khám bệnh, chữa bệnh đúng chế độ BHYT.

c) Đối với các trường hợp cần hẹn khám lại, cơ quan BHXH thống nhất với cơ sở khám bệnh, chữa bệnh việc ghi ngày hẹn khám lại trên Giấy ra viện hoặc Sổ khám bệnh của người bệnh.

3. Về việc cấp và sử dụng Giấy chứng nhận không cùng chi trả trong năm

a) Chi phí cùng chi trả làm căn cứ để cấp Giấy chứng nhận không cùng chi trả trong năm là tổng hợp chi phí khám bệnh, chữa bệnh người bệnh cùng chi trả (5% hoặc 20%) của các lần khám bệnh, chữa bệnh BHYT đúng tuyến CMKT trong năm. Trường hợp vào viện năm trước, ra viện năm sau thì phần chi phí cùng chi trả trong đợt điều trị đó được tổng hợp vào năm sau.

BHXH tỉnh đề nghị các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh ghi rõ số tiền người bệnh cùng chi trả 5% hoặc 20% trên Hóa đơn tài chính hoặc Biên lai thu tiền viện phí để cấp Giấy chứng nhận không cùng chi trả trong năm kịp thời cho người tham gia BHYT.

b) Trường hợp người bệnh đang trong thời gian làm thủ tục chờ để xác minh cấp Giấy chứng nhận không cùng chi trả mà phải đi khám bệnh, chữa bệnh: sau khi xác minh, nếu người đó đủ điều kiện cấp Giấy chứng nhận không cùng chi trả thì phần cùng chi trả của những lần khám bệnh, chữa bệnh trong thời gian này sẽ được cơ quan BHXH thanh toán trực tiếp lại cho người bệnh.

4. Thanh toán chi phí KCB BHYT trong một số trường hợp

a) Thanh toán chi phí vận chuyển

Chi phí vận chuyển được quỹ BHYT chi trả khi cơ sở khám bệnh, chữa bệnh thực hiện đúng quy định tại Khoản 1, Điều 5 Thông tư số 14/2014/TT-BYT quy định việc chuyển tuyến giữa các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh, cụ thể như sau:

- Các đối tượng quy định tại các Điểm d, e, g, h và i, Khoản 3, Điều 12 Luật BHYT sửa đổi, bổ sung được quỹ BHYT chi trả chi phí vận chuyển khi người bệnh đang điều trị nội trú hoặc cấp cứu phải chuyển lên tuyến trên trong các trường hợp sau:

- + Từ cơ sở khám bệnh, chữa bệnh tuyến huyện lên tuyến tỉnh;
- + Từ cơ sở khám bệnh, chữa bệnh tuyến huyện lên tuyến Trung ương;
- + Từ cơ sở khám bệnh, chữa bệnh tuyến tỉnh lên tuyến Trung ương.

- Trường hợp người bệnh đang điều trị nội trú vượt tuyến, trái tuyến tại bệnh viện tuyến huyện được chuyển lên bệnh viện tuyến tỉnh hoặc tuyến Trung ương (hoặc từ tuyến tỉnh chuyển lên tuyến Trung ương) quỹ BHYT chi trả cho bệnh viện nơi chuyển người bệnh đi chi phí vận chuyển theo mức quy định tại Khoản 1, Điều 13 Thông tư liên tịch số 41/2014/TTLT-BYT-BTC.

b) Thanh toán chi phí máu, chế phẩm của máu (gọi chung là máu)

Cơ quan BHXH thanh toán với cơ sở khám bệnh, chữa bệnh nơi truyền máu cho người bệnh BHYT các chi phí như sau:

- Chi phí máu: thanh toán theo mức giá đã được phê duyệt của cơ sở cung cấp máu nhưng không vượt quá mức giá tối đa quy định tại Điều 3 Thông tư số 33/2014/TT-BYT ngày 27/10/2014 của Bộ Y tế quy định giá tối đa và chi phí phục vụ cho việc xác định giá một đơn vị máu toàn phần, chế phẩm máu đạt tiêu chuẩn;

- Chi phí vận chuyển túi máu: thanh toán theo mức giá của cơ sở y tế cung ứng máu trong trường hợp cơ sở này vận chuyển túi máu đến cơ sở y tế truyền máu hoặc theo mức giá của cơ sở y tế truyền máu cho người bệnh trong trường hợp cơ sở y tế truyền máu vận chuyển túi máu từ cơ sở y tế cung ứng máu, mức giá thanh toán tối đa không quá 17.000 đồng/1 túi máu.

- Chi phí các xét nghiệm thực hiện đối với túi máu và trước khi truyền máu: theo danh mục xét nghiệm và mức giá đã được cấp có thẩm quyền phê duyệt thực hiện (tại nơi cung ứng máu hoặc nơi truyền máu), cụ thể như sau:

+ Chi phí xét nghiệm kháng thể bất thường theo lộ trình quy định tại Điểm a, Khoản 1 và Điểm c, Khoản 4, Điều 14 Thông tư số 26/2013/TT-BYT, tối đa không quá 17.000 đồng/01 đơn vị máu toàn phần, khối hồng cầu có thể tích từ 250 ml trở lên và chế phẩm máu gồm khối tiểu cầu gạn tách, khối bạch cầu gạn tách, khối tiểu cầu;

+ Chi phí xét nghiệm NAT theo lộ trình quy định tại Điểm b, Khoản 1 và Điểm g, Khoản 4, Điều 14 Thông tư số 26/2013/TT-BYT, tối đa không quá 210.000 đồng/01 đơn vị máu toàn phần, khối hồng cầu có thể tích từ 250 ml trở lên và chế phẩm máu gồm khối tiểu cầu gạn tách, khối bạch cầu gạn tách, khối tiểu cầu.

+ Chi phí các xét nghiệm bắt buộc có điều kiện quy định tại các Điểm a, b Khoản 2 và các Điểm c, i, k, Khoản 4, Điều 14 Thông tư số 26/2013/TT-BYT theo mức giá được phê duyệt tại cơ sở y tế cung cấp máu có đủ điều kiện theo quy định hiện hành về hoạt động truyền máu để thực hiện các xét nghiệm nêu trên và có chỉ định của bác sĩ điều trị;

+ Chi phí xét nghiệm định nhóm máu, xét nghiệm hoà hợp miễn dịch, xác định và định danh kháng thể bất thường, định nhóm máu tại giường theo quy định tại Điểm a, Khoản 1 Điều 14; Khoản 2 Điều 42; Khoản 2, Khoản 3 và Khoản 5 Điều 43; Khoản 3, Điều 50 Thông tư số 26/2013/TT-BYT.

c) Thanh toán chi phí xét nghiệm HIV

Chi phí xét nghiệm HIV được quỹ BHYT thanh toán theo quy định tại Thông tư số 33/2011/TT-BYT ngày 26/8/2011 của Bộ Y tế quy định việc xét nghiệm HIV bắt buộc trong một số trường hợp cần thiết để chẩn đoán và điều trị cho người bệnh, bao gồm các trường hợp sau:

- Người hiến, người nhận mô, bộ phận cơ thể người;
- Người bệnh đã được khám lâm sàng và xét nghiệm cận lâm sàng nhưng không phát hiện được nguyên nhân gây bệnh hoặc có các triệu chứng lâm sàng nghi ngờ nhiễm HIV theo Quyết định số 3003/QĐ - BHYT ngày 19/8/2009 của Bộ trưởng Bộ Y tế về việc ban hành Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị HIV/AIDS.

Các trường hợp bắt buộc xét nghiệm HIV, cơ sở khám bệnh, chữa bệnh phải tư vấn cho người bệnh trước và sau khi xét nghiệm và phải ghi chép đầy đủ trên sổ tư vấn, cán bộ tư vấn phải được tập huấn về tư vấn phòng, chống HIV/AIDS.

d) Trường hợp người bệnh BHYT khám bệnh, chữa bệnh không đúng nơi đăng ký ban đầu và không có giấy chuyển tuyến, có tổng chi phí khám bệnh, chữa bệnh nhỏ hơn 15% mức lương cơ sở thì không phải cùng chi trả 5% hoặc 20% của mức hưởng của từng tuyến theo quy định.

Ví dụ: Bệnh nhân Nguyễn Văn A, mã thẻ là HC401000350437 đi khám chữa bệnh không đúng nơi đăng ký ban đầu tại bệnh viện tuyến huyện có tổng chi phí trong phạm vi BHYT thanh toán là 150.000 đồng, khi đó quỹ BHYT thanh toán là: $70\% \times 150.000 = 105.000$ đồng,

đ) Thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh trong trường hợp người bệnh đi khám bệnh, chữa bệnh có xuất trình đầy đủ thủ tục nhưng chưa được hưởng đầy đủ quyền lợi BHYT

BHXH các tỉnh tiếp nhận và chuyển hồ sơ đề nghị cơ sở khám bệnh, chữa bệnh hoàn trả tiền cho người bệnh theo quy định. Trường hợp người bệnh khám bệnh, chữa bệnh ở ngoại tỉnh, chuyển hồ sơ đề nghị BHXH tỉnh nơi ký hợp đồng với cơ sở khám bệnh, chữa bệnh đó thực hiện giám định, yêu cầu cơ sở khám bệnh, chữa bệnh hoàn trả tiền cho người bệnh theo quy định.

e) Thanh toán đối với trường hợp thực hiện nhiều can thiệp trong cùng một lần phẫu thuật: thực hiện theo hướng dẫn tại Điểm 1.2, Khoản 1 Công văn số 4494/BYT-BH ngày 29/6/2007 của Bộ Y tế hướng dẫn giải quyết một số vướng mắc trong khám, chữa bệnh và thanh toán chi phí khám, chữa bệnh BHYT.

g) Thanh toán đối với trường hợp người bệnh đến khám bệnh không đúng nơi đăng ký ban đầu sau đó được chỉ định vào điều trị nội trú

Các chi phí xét nghiệm cận lâm sàng, thăm dò chức năng, chẩn đoán hình ảnh được tổng hợp vào chi phí điều trị nội trú và được quỹ BHYT thanh toán theo mức hưởng quy định tại Điểm a và Điểm b, Khoản 3, Điều 22 Luật BHYT sửa đổi, không tính tiền khám bệnh. Trường hợp đã kết thúc đợt khám bệnh,

chữa bệnh ngoại trú thì quỹ BHYT không chi trả chi phí khám bệnh, chữa bệnh ngoại trú đó.

h) Thanh toán đối với các dịch vụ kỹ thuật như tiêm tĩnh mạch, tiêm trong da, tiêm dưới da, tiêm bắp

Chi phí các vật tư y tế sử dụng trong các dịch vụ kỹ thuật nêu trên đã được kết cấu trong giá tiền khám bệnh (đối với ngoại trú), tiền giường bệnh (đối với điều trị nội trú), vì vậy quỹ BHYT không thanh toán thêm.

i) Thanh toán đối với các dịch vụ kỹ thuật như Hạ huyết áp chỉ huy; Hạ thân nhiệt chỉ huy; Nâng thân nhiệt chỉ huy; Điều trị rần độc cân bằng huyết thanh kháng nọc rắn:

BHXH tỉnh thẩm định cơ cấu giá của các dịch vụ kỹ thuật nêu trên để xác định các chi phí không nằm trong cơ cấu giá dịch vụ kỹ thuật làm căn cứ thanh toán BHYT.

k) Chi phí để xác định suất phí tại Hà Nội và Thành phố Hồ Chí Minh

Tổng chi phí khám bệnh, chữa bệnh BHYT để xác định suất phí tuyến tỉnh, tuyến trung ương tại Hà Nội và Thành phố Hồ Chí Minh bao gồm cả chi phí khám bệnh, chữa bệnh BHYT của sổ thẻ BHYT đăng ký khám bệnh, chữa bệnh ban đầu tại các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh tuyến tỉnh, tuyến trung ương do Trung tâm Giám định BHYT và Thanh toán đa tuyến khu vực phía Bắc (đối với Thành phố Hà Nội), Trung tâm Giám định BHYT và Thanh toán đa tuyến khu vực phía Nam (đối với Thành phố Hồ Chí Minh) trực tiếp ký hợp đồng khám, chữa bệnh BHYT.

l) Xác định hệ số k trong tính trần thanh toán tuyến 2 năm 2015

Hệ số k theo hướng dẫn tại Mục 3 Công văn số 1673/BHXH-CSYT ngày 08/5/2015 của BHXH Việt Nam về việc hướng dẫn xác định, phân bổ, thanh quyết toán chi phí đa tuyến được thực hiện như sau:

- k = 1,0273 áp dụng cho thuốc, hóa chất, dịch truyền;

- k = 1,0598 áp dụng cho các nhóm dịch vụ y tế còn lại sau khi đã trừ đi chi phí vận chuyển (dịch vụ kỹ thuật, vật tư y tế, máu);

Chi phí vận chuyển được tính bằng số phát sinh trong kỳ. Quyết toán trần đa tuyến đến hàng quý được bù trừ giữa các khoa, liên chuyên khoa, không bù trừ trần thanh toán giữa nội trú và ngoại trú. BHXH tỉnh bổ sung thêm cột ngoại trú, nội trú tại Mẫu C81-HD, C82-HD ban hành kèm theo Quyết định 1399/QĐ-BHXH để tách riêng trần đa tuyến của bệnh nhân ngoại trú và bệnh nhân nội trú (Mẫu biểu kèm theo).

5. Về việc đấu thầu thuốc và thanh toán đối với một số thuốc

5.1. Trường hợp cơ sở KCB đề nghị cấp có thẩm quyền phê duyệt bổ sung số lượng trong kết quả đấu thầu thuốc nhưng chưa có sự thống nhất với cơ quan

BHXH: đề nghị BHXH yêu cầu cơ sở KCB có văn bản giải trình với cấp phê duyệt và báo cáo BHXH Việt Nam.

5.2. Việc đấu thầu thuốc tại các bệnh viện trực thuộc các Trường Đại học thuộc Bộ Giáo dục và Đào tạo: Trong thời gian chưa có ý kiến của Bộ Giáo dục và Đào tạo, để đảm bảo đủ thuốc phục vụ nhu cầu khám bệnh, chữa bệnh của người tham gia BHYT, đề nghị BHXH các tỉnh yêu cầu các bệnh viện báo cáo xin ý kiến Bộ Y tế, Bộ Tài chính làm cơ sở mua thuốc theo hình thức lựa chọn nhà thầu phù hợp với Luật đấu thầu.

5.3. Thanh toán đối với một số loại thuốc

a) Thuốc Alendronat, dạng uống tại số thứ tự 65 bị giới hạn chỉ định thanh toán trong điều trị loãng xương và chỉ được sử dụng tại khoa cơ, xương, khớp bệnh viện hạng đặc biệt và hạng I. Trong khi đó, thuốc Alendronat natri + cholecalciferol (Vitamin D3), dạng uống tại số thứ tự 66 không bị giới hạn chỉ định thanh toán và được sử dụng đến bệnh viện hạng III, IV. Trong khi chờ ý kiến của Bộ Y tế hướng dẫn cụ thể nội dung này, thực hiện thanh toán như qui định tại Thông tư 40/2014/TT-BYT.

b) Đối với thuốc phối hợp giữa thuốc có giới hạn chỉ định và thuốc không giới hạn chỉ định, ví dụ: thuốc Biseco (Acid amin + Immunoglobulin), thực hiện thanh toán như đối với thuốc có giới hạn chỉ định.

c) Các dạng thuốc kết hợp kháng sinh dạng tiêm: Cefprozidim + Natricarbonat; Cefradin + Arginin, Cefepim + Arginin, BHXH Việt Nam tạm thời hướng dẫn thanh toán như sau:

Nếu trong hồ sơ mời thầu là Cefepim + Arginin; Cefradin + Arginin, thực hiện thanh toán theo chỉ định của thuốc kháng sinh và giới hạn chỉ định của Arginin. Thuốc Cefprozidim + Natricarbonat không thuộc phạm vi thanh toán.

Đề nghị các đơn vị thực hiện theo hướng dẫn trên, nếu có khó khăn vướng mắc kịp thời báo cáo BHXH Việt Nam để xem xét giải quyết./

Nơi nhận:

- Như trên;
- Bộ Y tế, Bộ Tài chính;
- Tổng Giám đốc (để b/c);
- Các Phó Tổng Giám đốc;
- Các Ban: BT, TCKT, DVT, ST, KT, KTNB;
- Lưu: VT, CSYT (3b).

**KT.TỔNG GIÁM ĐỐC
PHÓ TỔNG GIÁM ĐỐC**



Nguyễn Minh Thảo

Đơn vị:.....

Bộ phận

Mẫu số: C81 – HD

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

BTC ngày 23/10/2012 của Bộ Tài chính)

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

Quý Năm

Tên cơ sở KCB:.....Mã đơn vị:.....

Địa chỉ:.....

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

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

2	Kỳ này	17						
3	Điều chỉnh/Bổ sung thanh toán vượt trần đa tuyến đến kỳ trước	18						

Người lập biểu
Ký, họ tên)

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

Đơn vị:.....
Bộ phận

Mẫu số: C82 – HD

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

(PHƯƠNG ÁN 1)

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

Quy Năm

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

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

Chúng tôi gồm:

Đại diện cơ quan BHXH:

Ông (Bà):..... Chức vụ:

Ông (Bà):..... Chức vụ:

Ông (Bà):..... Chức vụ:

Đại diện cơ sở khám, chữa bệnh:

Ông (Bà):..... Chức vụ:

Ông (Bà):..... Chức vụ:

Ông (Bà):..... Chức vụ:

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

Đơn vị: đồng

TT	Chi tiêu	Mã số	Trong quý			Lũy kế từ đầu năm		
			Tổng	Ngoại trú	Nội trú	Tổng	Ngoại trú	Nội trú
A	B	C	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
A	KINH PHÍ ĐƯỢC SỬ DỤNG TẠI CƠ SỞ KCB	1						
B	CHI PHÁT SINH TẠI CƠ SỞ KCB	2						
I	Chi của bệnh nhân ĐKBD tại cơ sở KCB	3						
1	Chi phát sinh kỳ trước chưa quyết toán	4						

2	Chi phát sinh trong kỳ		5																							
2.1	Chi trong định suất		6																							
2.2	Chi ngoài định suất		7																							
II	Chi của bệnh nhân đa tuyến đến		8				X				X										X			X		X
1	Chi phát sinh kỳ trước chưa quyết toán		9				X				X										X			X		X
1.1	Bệnh nhân nội tỉnh		9.1				X				X										X			X		X
1.2	Bệnh nhân ngoại tỉnh		9.2				X				X										X			X		X
2	Chi phát sinh trong kỳ		10				X				X										X			X		X
2.1	Chi thanh toán trong trần đa tuyến đến		11				X				X										X			X		X
2.1.1	Bệnh nhân nội tỉnh		12				X				X										X			X		X
2.1.2	Bệnh nhân ngoại tỉnh		13				X				X										X			X		X
2.2	Chi thanh toán ngoài trần đa tuyến đến		14				X				X										X			X		X
2.2.1	Bệnh nhân nội tỉnh		15				X				X										X			X		X
2.2.2	Bệnh nhân ngoại tỉnh		16				X				X										X			X		X
C	SỐ QUYẾT TOÁN TRONG KỲ		17																							
1	Chi của bệnh nhân ĐKBĐ		18																							
2	Chi ngoài quỹ định suất		19																							
3	Chi KCB trong trần đa tuyến đến		20				X				X										X			X		X
3.1	Bệnh nhân nội tỉnh		20.1				X				X										X			X		X
3.2	Bệnh nhân ngoại tỉnh		20.2				X				X										X			X		X
4	Chi KCB ngoài trần đa tuyến đến		21				X				X										X			X		X
4.1	Bệnh nhân nội tỉnh		21.1				X				X										X			X		X
4.2	Bệnh nhân ngoại tỉnh		21.2				X				X										X			X		X

5	Giảm trừ số chi ĐKBĐ, đã quyết toán kỳ trước	22							
6	Giảm trừ số chi đã tuyển đến, đã quyết toán kỳ trước	23		x	x			x	x
D	SỐ CHƯA QUYẾT TOÁN	24							
1	Chi ĐKBĐ phát sinh tại cơ sở KCB	25							
2	Chi đã tuyển đến	26		x	x			x	x
2.1	Bệnh nhân nội tỉnh	26.1		x	x			x	x
2.2	Bệnh nhân ngoại tỉnh	26.2		x	x			x	x
E	SỐ DƯ CUỐI KỲ	27							
1	Kinh phí KCB	28							
2	Tổng mức thanh toán đã tuyển đến	29		x	x			x	x
G	THANH TOÁN VỚI CƠ SỞ KCB	30							
1	Số tiền tạm ứng còn dư kỳ trước chuyển sang	31							
2	Số tiền tạm ứng trong kỳ	32							
3	Số thanh toán bổ sung chi phí KCB năm trước	33							
4	Số phải nộp cơ quan BHXH	34							
4.1	Giảm trừ số đã quyết toán chi phí KCB năm trước	35							
4.2	Giảm trừ số đã tạm ứng kỳ trước	36							
4.3	Số dư kinh phí KCB theo phí dịch vụ	37							
5	Số chi thanh toán trong kỳ	38							
6	Số tiền tạm ứng còn dư chuyển kỳ sau	39							

Ý kiến của cơ quan BHXH:

.....

 Ý kiến của cơ sở khám, chữa bệnh:

CƠ SỞ KHÁM, CHỮA BỆNH BHYT

Trưởng phòng Kế toán trưởng Thủ trưởng đơn vị
KHTH (Ký, họ tên)
 (Ký, họ tên)

CƠ QUAN BHXH

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

Ghi chú: Chỉ tiêu chi phí KCB tại các cột ngoại trú, nội trú chỉ cần ghi cho các chỉ tiêu liên quan đến chi phí đa tuyến đến.