

Số: 1399/QĐ-BHXH

Hà Nội, ngày 22 tháng 12 năm 2014

QUYẾT ĐỊNH

BAN HÀNH QUY ĐỊNH VỀ TỔ CHỨC THỰC HIỆN BẢO HIỂM Y TẾ TRONG KHÁM BỆNH, CHỮA BỆNH

TỔNG GIÁM ĐỐC BẢO HIỂM XÃ HỘI VIỆT NAM

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

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

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

Căn cứ Thông tư liên tịch số 41/2014/TTLT-BYT-BTC ngày 17/11/2014 của liên Bộ Y tế - Bộ Tài chính hướng dẫn thực hiện bảo hiểm y tế;

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

QUYẾT ĐỊNH:

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

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

Điều 3. Chánh Văn phòng Bảo hiểm xã hội Việt Nam, Trưởng ban Thực hiện chính sách bảo hiểm y tế, Thủ trưởng các đơn vị trực thuộc Bảo hiểm xã hội Việt Nam, Giám đốc Trung tâm Giám định bảo hiểm y tế và Thanh toán đa tuyến khu vực phía Bắc, Giám đốc Trung tâm Giám định bảo hiểm y tế và Thanh toán đa tuyến khu vực phía Nam, Giám đốc Bảo hiểm xã hội các tỉnh, thành phố trực thuộc Trung ương, Giám đốc Bảo hiểm xã hội Bộ Quốc phòng, Giám đốc Bảo hiểm xã hội Công an nhân dân chịu trách nhiệm thi hành Quyết định này./.

Nơi nhận:

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

TỔNG GIÁM ĐỐC

Nguyễn Thị Minh

QUY ĐỊNH

VỀ TỔ CHỨC THỰC HIỆN BẢO HIỂM Y TẾ TRONG KHÁM BỆNH, CHỮA BỆNH
(Ban hành kèm theo Quyết định số 1399/QĐ-BHXH ngày 22/12/2014 của Tổng Giám đốc Bảo hiểm xã hội Việt Nam)

Chương I

NHỮNG QUY ĐỊNH CHUNG

Điều 1. Phạm vi điều chỉnh

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

Điều 2. Đối tượng áp dụng

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

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

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

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

1. Bảo hiểm xã hội Việt Nam

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

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

c) Xác định và chuyển kinh phí chi khám bệnh, chữa bệnh BHYT; thông báo 20% phần quỹ chưa sử dụng hết của địa phương từ ngày 01/01/2015 đến 31/12/2020 (nếu có) khi địa phương có số thu BHYT dành cho khám bệnh, chữa bệnh lớn hơn số chi khám bệnh, chữa bệnh trong năm (kết dư quỹ khám bệnh, chữa bệnh).

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

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

2. Bảo hiểm xã hội tỉnh

a) Phối hợp với Sở Y tế

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

3. Bảo hiểm xã hội huyện

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

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

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

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

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

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

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

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

Chương II

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

đ) Đối với bộ phận y tế của các đơn vị, cơ sở giáo dục quốc dân (sau đây gọi chung là y tế cơ quan) trừ các đơn vị, cơ sở giáo dục quốc dân đã được cấp kinh phí chăm sóc sức khỏe ban đầu, cơ quan BHXH ký hợp đồng trực tiếp với đơn vị, cơ sở giáo dục quốc dân quản lý y tế cơ quan. Trường hợp đơn vị, cơ sở giáo dục quốc dân quản lý y tế cơ quan tương đương trạm y tế xã không thực hiện được việc cung ứng thuốc, hóa chất, vật tư y tế, dịch vụ kỹ thuật y tế để bảo đảm yêu cầu khám bệnh, chữa bệnh, cơ quan BHXH ký hợp đồng để tổ chức khám bệnh, chữa bệnh BHYT tại cơ sở y tế này thông qua bệnh viện huyện hoặc trung tâm y tế huyện.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

a) Đối với cơ sở y tế

- Tổ chức đón tiếp, kiểm tra thủ tục khám bệnh, chữa bệnh BHYT của người có thẻ BHYT;
- Cung ứng dịch vụ y tế theo phạm vi hợp đồng đã ký; trường hợp không cung ứng đủ thuốc, hóa chất, vật tư y tế, để người bệnh phải tự mua, cơ sở y tế có trách nhiệm hoàn trả cho người bệnh, tổng hợp thanh toán với cơ quan BHXH theo quy định;
- Cung cấp hồ sơ, tài liệu phục vụ công tác giám định BHYT theo quy định tại Khoản 6 Điều này; cung cấp hóa đơn, chứng từ cho người bệnh BHYT, ghi rõ các khoản chi người bệnh cùng chi trả, người bệnh tự chi trả;
- Thông báo kịp thời bằng văn bản với cơ quan BHXH những thay đổi liên quan đến việc cung cấp dịch vụ kỹ thuật, thuốc, hóa chất, vật tư y tế và chức năng nhiệm vụ của cơ sở y tế;
- Hằng tháng và hằng quý, lập danh sách người bệnh khám bệnh, chữa bệnh đề nghị thanh toán BHYT theo mẫu số C79a-HD, C80a-HD ban hành kèm theo Thông tư số 178/2012/TT-BTC ngày 23/10/2012 của Bộ Tài chính hướng dẫn kế toán áp dụng cho BHXH Việt Nam (lập riêng danh sách người đã hiến bộ phận cơ thể phải điều trị sau khi hiến chưa có thẻ BHYT và danh sách trẻ em dưới 6 tuổi chưa có thẻ BHYT kèm theo bản chụp giấy khai sinh, giấy chứng sinh);
- Quản lý, sử dụng hiệu quả, tiết kiệm nguồn kinh phí khám bệnh, chữa bệnh BHYT theo quy định của pháp luật; trường hợp chi vượt nguồn kinh phí được sử dụng, cơ sở y tế có trách nhiệm thuyết minh nguyên nhân vượt quỹ khám bệnh, chữa bệnh, vượt trần đa tuyến đến, gửi cơ quan BHXH chậm nhất 30 ngày kể từ ngày hai bên ký biên bản thanh, quyết toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh BHYT.

b) Đối với cơ quan BHXH

- Phối hợp với cơ sở y tế kiểm tra thủ tục khám bệnh, chữa bệnh BHYT, phổ biến tuyên truyền chính sách, pháp luật về BHYT, giải quyết vướng mắc, đảm bảo quyền lợi cho người bệnh có thẻ BHYT;
- Thực hiện công tác giám định, tạm ứng, thanh quyết toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh BHYT;
- Thông báo kịp thời bằng văn bản với cơ sở y tế khi có thay đổi về số thẻ và nguồn kinh phí dự kiến được sử dụng trong hợp đồng đã ký;
- Thẩm định và trả lời bằng văn bản về việc thanh toán theo chế độ BHYT đối với những thay đổi liên quan đến việc cung cấp dịch vụ kỹ thuật, thuốc, hóa chất, vật tư y tế và chức năng, nhiệm vụ của cơ sở y tế;
- Hằng quý thẩm định vượt quỹ khám bệnh, chữa bệnh, vượt trần đa tuyến đến; thanh toán bổ sung phần chi phí vượt quỹ, chi phí phát sinh ngoài trần đa tuyến đến theo quy định;
- Phối hợp với cơ sở y tế xác định chi phí bình quân thực tế theo phạm vi quyền lợi được hưởng của một đợt điều trị nội trú và một lượt khám bệnh, chữa bệnh ngoại trú theo từng chuyên khoa của các trường hợp được chuyển đến khám bệnh, chữa bệnh năm trước, làm cơ sở xác định trần đa tuyến đến cho năm ký hợp đồng theo quy định tại Khoản 6, Điều 11 Thông tư liên tịch số 41/2014/TTLT-BYT-BTC.

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

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

b) BHXH tỉnh Báo cáo kết quả ký hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh BHYT theo mẫu số 13/BHYT ban hành kèm theo Quyết định này về BHXH Việt Nam trước ngày 15/01 hằng năm; báo cáo bổ sung khi có cơ sở y tế mới ký hợp đồng và khi cơ sở y tế có điều chỉnh về phạm vi hoạt động, phân hạng, phân tuyến chuyên môn kỹ thuật.

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

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

2. Nơi đăng ký ban đầu

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

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

3. Trình tự đăng ký ban đầu

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

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

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

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

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

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

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

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

- Trường hợp thẻ BHYT chưa có ảnh thì sử dụng một trong các loại giấy tờ sau: Giấy Chứng minh nhân dân, Hộ chiếu, Thẻ Đảng viên, Thẻ Công an nhân dân, Thẻ quân nhân, Thẻ đoàn viên công đoàn, Thẻ học sinh, Thẻ sinh viên, Thẻ cựu chiến binh, Giấy phép lái xe hoặc một loại giấy tờ có ảnh hợp lệ khác;

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

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

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

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

Chương III

PHẠM VI ĐƯỢC HƯỞNG VÀ MỨC HƯỞNG BẢO HIỂM Y TẾ

Điều 8. Phạm vi được hưởng bảo hiểm y tế

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

1. Chi phí khám bệnh theo mức giá được cấp có thẩm quyền phê duyệt.

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

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

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

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

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

4. Chi phí thuốc, hóa chất, vật tư y tế sử dụng trực tiếp cho người bệnh theo danh mục, tỷ lệ và điều kiện thanh toán do Bộ trưởng Bộ Y tế quy định, được cơ sở y tế cung ứng theo quy định của pháp luật về đấu thầu mua sắm thuốc, hóa chất, vật tư y tế nhưng chưa được kết cấu vào giá của các dịch vụ kỹ thuật.

5. Chi phí máu và các chế phẩm của máu theo quy định tại Thông tư số 33/2014/TT-BYT ngày 27/10/2014 của Bộ Y tế quy định giá tối đa và chi phí phục vụ cho việc xác định giá một đơn vị máu toàn phần, chế phẩm máu đạt tiêu chuẩn.

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

Điều 9. Mức hưởng bảo hiểm y tế

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

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

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

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

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

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

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

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

2. Người tham gia BHYT khám bệnh, chữa bệnh không đúng nơi đăng ký ban đầu và không có Giấy chuyển tuyến (trừ trường hợp cấp cứu và các trường hợp quy định tại các Điểm a, b, c, đ và e, Khoản 5 Điều này), trình thẻ BHYT ngay khi đến khám bệnh, chữa bệnh được quỹ

BHYT thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh trong phạm vi được hưởng BHYT quy định tại Điều 8 và mức hưởng quy định tại Khoản 1, Điều 9 Quy định này theo tỷ lệ như sau:

- a) Tại bệnh viện tuyến Trung ương: 40% chi phí điều trị nội trú;
- b) Tại bệnh viện tuyến tỉnh: 60% chi phí điều trị nội trú từ ngày 01/01/2015 đến ngày 31/12/2020; 100% chi phí điều trị nội trú từ ngày 01/01/2021 trong phạm vi cả nước;
- c) Tại bệnh viện tuyến huyện quy định tại các Khoản 1, 2, 3, 9 và 10, Điều 2 Thông tư số 37/2014/TT-BYT, trung tâm y tế huyện nơi chưa tách riêng bệnh viện huyện (bao gồm cả Phòng khám đa khoa trực thuộc các cơ sở y tế này): 70% chi phí khám bệnh, chữa bệnh ngoại trú, nội trú từ ngày 01/01/2015 đến ngày 31/12/2015; 100% chi phí khám bệnh, chữa bệnh ngoại trú, nội trú từ ngày 01/01/2016.

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

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

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

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

b) Người tham gia BHYT có mã nơi sinh sống ghi trên thẻ ký hiệu là K1 hoặc K2 hoặc K3 khi tự đi khám bệnh, chữa bệnh không đúng tuyến được quỹ BHYT thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh tại bệnh viện tuyến huyện, điều trị nội trú tại bệnh viện tuyến tỉnh, tuyến Trung ương và có mức hưởng theo quy định tại Điểm b, Khoản 1 Điều này.

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

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

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

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

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

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

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

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

Chương IV

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

3. Chi phí ngoài quỹ định suất.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

- Trước ngày 05 tháng đầu mỗi quý, Phòng Thu chủ trì, phối hợp với Phòng Cấp số, thẻ xác định tổng số thẻ BHYT bình quân quý trước trên địa bàn tỉnh; số thẻ đăng ký ban đầu trong quý của từng cơ sở y tế trên địa bàn và số thu BHYT quý trước của tỉnh theo mẫu số B05-TS ban hành kèm theo Quyết định số 1111/QĐ-BHXH, chuyển Phòng Kế hoạch - Tài chính và Phòng Giám định BHYT. Trong đó, số thẻ BHYT bình quân quý trước bằng tổng số thẻ BHYT tại thời điểm cuối mỗi tháng quý trước chia (:) cho 3;

- Căn cứ mẫu số B05-TS nêu trên, Phòng Kế hoạch - Tài chính chủ trì, phối hợp với Phòng Giám định BHYT xác định quỹ khám bệnh, chữa bệnh BHYT (sau khi trừ đi phần kinh phí chăm

sóc sức khỏe ban đầu) và thông báo cho cơ sở y tế kinh phí được sử dụng trong kỳ và chi phí khám bệnh, chữa bệnh BHYT được đưa vào quyết toán theo mẫu số C81-HD ban hành kèm theo Thông tư 178/2012/TT-BTC trong thời hạn 30 ngày kể từ ngày nhận được báo cáo quyết toán quý trước của cơ sở y tế.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

a) Ngay khi nhận được báo cáo quyết toán quý trước của cơ sở y tế (theo mẫu số 79a-HD, 80a-HD, Phòng Giám định BHYT (hoặc bộ phận giám định) lập Bảng tổng hợp đề nghị tạm ứng kinh phí khám bệnh, chữa bệnh BHYT theo mẫu số 12/BHYT ban hành kèm theo Quyết định này, chuyển Phòng Kế hoạch - Tài chính (hoặc bộ phận kế toán).

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

b) Quy trình tạm ứng kinh phí

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

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

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

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

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

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

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

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

Căn cứ các điều khoản ghi trong hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh BHYT được ký hằng năm, hóa đơn chứng từ theo quy định của Bộ Tài chính, cơ quan BHXH thanh, quyết toán chi

phí khám bệnh, chữa bệnh BHYT với cơ sở y tế theo quy định tại các Điểm a, b và c, Khoản 2, Điều 32 sửa đổi, bổ sung của Luật BHYT, cụ thể như sau:

a) Hằng tháng, Phòng Giám định BHYT nhận danh sách người bệnh BHYT khám bệnh, chữa bệnh đề nghị thanh toán tháng trước của cơ sở y tế kèm theo dữ liệu điện tử theo mẫu số C79a-HD, C80a-HD ban hành kèm theo Thông tư số 178/2012/TT-BTC; Thống kê tổng hợp vật tư y tế được quỹ BHYT thanh toán riêng sử dụng cho bệnh nhân BHYT điều trị ngoại trú, nội trú theo quý theo mẫu số 19/BHYT, Thống kê tổng hợp thuốc sử dụng cho người bệnh BHYT điều trị ngoại trú, nội trú theo quý theo mẫu số 20/BHYT và Thống kê tổng hợp dịch vụ kỹ thuật sử dụng cho người bệnh BHYT điều trị ngoại trú, nội trú theo mẫu số 21/BHYT ban hành kèm theo Quyết định này để giám định, xác định chi phí khám bệnh, chữa bệnh thuộc phạm vi thanh toán của quỹ BHYT.

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

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

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

- Trước ngày 15 tháng thứ 2 mỗi quý, gửi toàn bộ dữ liệu điện tử và mẫu số 14/BHYT, 19/BHYT, 20/BHYT và 21/BHYT về BHXH Việt Nam (Ban Thực hiện chính sách BHYT); gửi dữ liệu điện tử và mẫu số 19/BHYT, 20/BHYT và 21/BHYT về BHXH Việt Nam (Ban Dược và Vật tư y tế).

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Điều 16. Thanh toán trực tiếp

1. Các trường hợp thanh toán trực tiếp

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

2. Hồ sơ đề nghị thanh toán trực tiếp

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

3. Mức thanh toán trực tiếp

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

a) Người tham gia BHYT khám bệnh, chữa bệnh tại cơ sở y tế không ký hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh BHYT, trong tình trạng cấp cứu: Thanh toán theo chi phí thực tế trong phạm vi được hưởng quy định tại Điều 8 và mức hưởng quy định tại Khoản 2, Điều 9 Quy định này.

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

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

4. Tổ chức thanh toán trực tiếp

a) Bộ phận một cửa

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

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

b) Phòng Giám định BHYT

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

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

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

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

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

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

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

Điều 17. Thanh toán đa tuyến

1. Nguyên tắc thanh toán đa tuyến

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

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

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

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

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

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

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

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

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

3. Thông báo thanh toán đa tuyến nội tỉnh

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

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

4. Thông báo thanh toán đa tuyến ngoại tỉnh

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

b) Trước ngày 30 tháng thứ hai mỗi quý, Trung tâm giám định BHYT và Thanh toán đa tuyến khu vực phía Bắc phải hoàn thành việc thẩm định, thông báo thanh toán đa tuyến ngoại tỉnh cho BHXH tỉnh theo mẫu số C88-HD ban hành kèm theo Thông tư số 178/2012/TT-BTC

kèm theo dữ liệu điện tử; từ chối thanh toán đa tuyến ngoại tỉnh đối với các trường hợp đề nghị thông báo đa tuyến nhưng không đầy đủ thông tin hoặc thông tin không chính xác.

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

5. Giám định lại thanh toán đa tuyến ngoại tỉnh

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

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

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

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

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

Chương VI

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

Điều 18. Hệ thống biểu mẫu, chứng từ

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

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

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

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

Điều 19. Chế độ thông tin báo cáo

1. Cơ quan BHXH, cơ sở khám bệnh, chữa bệnh BHYT và các đơn vị có sử dụng kinh phí chăm sóc sức khỏe ban đầu có trách nhiệm thực hiện đầy đủ chế độ thông tin, báo cáo bằng văn

bản, dữ liệu điện tử theo quy định và chịu trách nhiệm trước pháp luật về tính hợp pháp, chính xác của thông tin, báo cáo.

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

Điều 20. Điều khoản tham chiếu

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

