

Số: 1244 /BHXH-CSYT

V/v Ban hành bổ sung mẫu biểu thanh  
quyết toán chi phí KCB BHYT

Hà Nội, ngày 09 tháng 4 năm 2010

Kính gửi: Bảo hiểm xã hội các tỉnh, thành phố trực thuộc Trung ương

Để việc thanh, quyết toán chi phí KCB BHYT được thực hiện theo đúng quy định của Luật BHYT và các văn bản hướng dẫn thực hiện, trong thời gian chờ cấp có thẩm quyền chính thức ban hành hệ thống mẫu biểu thống kê, tổng hợp và thanh quyết toán chi phí KCB BHYT, Bảo hiểm xã hội Việt Nam đề nghị Bảo hiểm xã hội các tỉnh, thành phố trực thuộc trung ương tạm thời sử dụng các mẫu biểu sau trong kỳ quyết toán chi phí KCB BHYT quý 1/2010 với các cơ sở KCB BHYT:

- Thông báo chi phí KCB phát sinh ngoài nơi ĐKBĐ (mẫu số 27/BHYT)
- Biên bản thanh quyết toán chi phí KCB BHYT (mẫu số 28/BHYT)
- Bảng thanh toán trực tiếp chi phí KCB BHYT (mẫu số 29/BHYT)
- Giấy xác nhận thời gian và đối tượng tham gia BHYT (mẫu số 30/BHYT)

Ban Thực hiện chính sách BHYT có trách nhiệm hướng dẫn, chỉ đạo BHXH các tỉnh triển khai thực hiện để kịp thời thanh quyết toán chi phí KCB BHYT với các cơ sở KCB theo quy định của Luật BHYT và các văn bản hướng dẫn thực hiện.

Giao Ban Chi chủ trì, phối hợp với Ban Thực hiện chính sách BHYT và các Ban có liên quan khác tiếp tục nghiên cứu, hoàn thiện hệ thống mẫu biểu thống kê, tổng hợp và thanh quyết toán chi phí KCB BHYT, trình cấp có thẩm quyền sớm ban hành.

Nhận được Công văn này, đề nghị BHXH các tỉnh triển khai thực hiện, nếu có khó khăn vướng mắc, cần kịp thời báo cáo về BHXH Việt Nam để có hướng chỉ đạo, giải quyết. *NT*

**Nơi nhận:**

- Như trên;
- Tổng Giám đốc (để báo cáo);
- BHXH các Bộ: QP, CA, Ban CYCP;
- Lưu VT, Chi, CSYT (2b).

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



**Nguyễn Đình Khương**

**THÔNG BÁO CHI PHÍ KHÁM, CHỮA BỆNH  
PHÁT SINH NGOÀI NƠI ĐĂNG KÝ KHÁM CHỮA BỆNH BAN ĐẦU**

Quý ..... năm .....

Kính gửi: .....

Bảo hiểm xã hội ..... thông báo chi phí khám, chữa bệnh của bệnh nhân đăng ký khám, chữa bệnh ban đầu tại đơn vị đã được cơ quan BHXH thanh toán với các cơ sở y tế khác:

STT	Loại đối tượng	Chi phí KCB đã được cơ quan BHXH thanh toán					
		NỘI TRÚ			NGOẠI TRÚ		
		Số lượt	BHXH thanh toán	Trong đó ngoài quỹ định suất	Số lượt	BHXH thanh toán	Trong đó ngoài quỹ định suất
A	B	1	2	3	4	5	6
<b>I Bệnh nhân KCB tại cơ sở y tế khác trong tỉnh</b>							
1	Nhóm 1						
2	Nhóm 2						
3	Nhóm 3						
4	Nhóm 4						
5	Nhóm 5						
6	Nhóm 6						
	Cộng I						
<b>II Bệnh nhân KCB tại các cơ sở y tế ngoài tỉnh</b>							
1	Nhóm 1						
2	Nhóm 2						
3	Nhóm 3						
4	Nhóm 4						
5	Nhóm 5						
6	Nhóm 6						
	Cộng II						
<b>III Bệnh nhân thanh toán trực tiếp tại cơ quan BHXH</b>							
1	Nhóm 1						
2	Nhóm 2						
3	Nhóm 3						
4	Nhóm 4						
5	Nhóm 5						
6	Nhóm 6						
	Cộng III						
	<b>Tổng cộng I+II+III</b>						

Ngày ..... tháng ..... năm .....

**GIÁM ĐỐC**  
(ký tên, đóng dấu)

**BIÊN BẢN THANH, QUYẾT TOÁN CHI PHÍ KCB BẢO HIỂM Y TẾ**

Quý..... năm.....

Số:.....

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

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:

S T T	Nội dung	Mã số	Số phát sinh trong kỳ	Lũy kế từ đầu năm
A	B	C	1	2
<b>A</b>	<b>CHI PHÍ KCB PHÁT SINH TRONG KỲ</b>			
<b>I</b>	<b>Tổng chi phí phát sinh ngoài cơ sở KCB</b>	01		
<b>II</b>	<b>Tổng chi phí phát sinh tại cơ sở KCB</b>	02		
1	Chi phí của bệnh nhân ĐKBĐ	03		
2	Chi phí không tính vào quỹ định suất	04		
3	Chi phí KCB đa tuyến đến	05		
<b>B</b>	<b>NGUỒN KINH PHÍ KCB VÀ QUYẾT TOÁN CHI PHÍ KCB TRONG KỲ</b>			
<b>I</b>	<b>Số đầu kỳ quyết toán</b>	06		
1	Kinh phí KCB còn dư kỳ trước	07		
2	Chi phí KCB chưa được quyết toán kỳ trước	08		
2.1	Chi phí KCB phát sinh ngoài đơn vị	09		
2.2	Chi phí KCB phát sinh tại đơn vị	10		
<b>II</b>	<b>Kinh phí KCB được xác định trong kỳ</b>	11		
1	Kinh phí KCB được xác định theo số thẻ	12		
2	Kinh phí KCB được bổ sung, điều tiết từ 5% hoặc 10%	13		
3	Kinh phí KCB được bổ sung từ tính, trung ương	14		
<b>III</b>	<b>Kinh phí KCB được sử dụng trong kỳ</b>	15		

09600892

<b>IV</b>	<b>Chi KCB của bệnh nhân ĐKBĐ đưa vào quyết toán trong kỳ</b>	16		
1	Chi phí phát sinh ngoài đơn vị	17		
2	Chi phí phát sinh tại đơn vị	18		
<b>III</b>	<b>Chi KCB của bệnh nhân ĐKBĐ được quyết toán trong kỳ</b>	19		
1	Chi phí KCB phát sinh ngoài đơn vị	20		
2	Chi phí KCB phát sinh tại đơn vị	21		
<b>IV</b>	<b>Kinh phí KCB còn dư điều tiết về cơ quan BHXH</b>	22		
<b>V</b>	<b>Số cuối kỳ quyết toán</b>	23		
1	Kinh phí KCB còn dư chuyển kỳ sau	24		
2	Chi phí KCB đã thẩm định vượt nguồn kinh phí chuyển kỳ sau	25		
2.1	Chi phí KCB phát sinh ngoài đơn vị	26		
2.2	Chi phí KCB phát sinh tại đơn vị	27		
<b>C</b>	<b>THANH TOÁN VỚI CƠ SỞ KCB</b>			
1	Số tiền tạm ứng còn dư kỳ trước chuyển sang	28		
2	Điều chỉnh số tiền tạm ứng còn dư kỳ trước chuyển sang (+;-)	29		
3	Số tiền tạm ứng kỳ này (cả số điều tiết bổ sung)	30		
4	Số chi KCB được chấp nhận quyết toán trong kỳ	31		
4.1	Chi KCB đa tuyến đến	32		
4.2	Chi KCB tại cơ sở được quyết toán trong kỳ	33		
4.3	Chi phí KCB không tính vào quỹ định suất	34		
5	Số tiền tạm ứng còn dư chuyển kỳ sau	35		

Ý kiến của cơ quan BHXH:.....  
.....  
.....

Ý kiến của cơ sở KCB:.....  
.....  
.....

**CƠ SỞ KHÁM CHỮA BỆNH**

**CƠ QUAN BẢO HIỂM XÃ HỘI**

**Trưởng phòng**      **Kế toán**                      **Giám đốc**  
**KHTH**                      **trưởng**  
(Ký, họ tên)      (Ký, họ tên)                      (Ký, đóng dấu)

**Phụ trách**                      **Kế toán**                      **Giám đốc**  
**giám định**                      **trưởng**  
(Ký, họ tên)                      (Ký, họ tên)                      (Ký, đóng dấu)

09600892

Số:...../BHXH

**BẢNG THANH TOÁN TRỰC TIẾP CHI PHÍ KHÁM CHỮA BỆNH BHYT**

Họ tên người bệnh:.....năm sinh:.....Giới tính.....

Địa chỉ:.....

Mã thẻ BHYT 

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

Giá trị từ...../...../.....đến...../...../.....

Nơi đăng ký KCB ban đầu:.....Mã số: .....

Nơi điều trị:.....

Hạng bệnh viện:      Đặc biệt/Hạng I       Hạng II       Hạng III

Loại hình điều trị:      Nội trú       Ngoại trú

Thời gian điều trị từ ngày...../...../.....đến ngày...../...../.....

Chẩn đoán:.....Mã bệnh (ICD X): .....

STT	DIỄN GIẢI	Chi phí điều trị thực tế tại bệnh viện	Chi phí KCB BHYT	Chênh lệch	Lý do chênh lệch
A	B	1	2	3	C
<b>I</b>	<b>Dịch vụ y tế cơ bản</b>				
1	Xét nghiệm				
2	Chẩn đoán HA, TDCN				
3	Thuốc, dịch truyền				
4	Máu				
5	Thủ thuật, phẫu thuật				
6	Vật tư y tế tiêu hao				
7	Tiền khám bệnh /ngày giường				
<b>II</b>	<b>Dịch vụ kỹ thuật cao</b>				
1	Phẫu thuật, thủ thuật				
2	Vật tư y tế thay thế				
3	Cận lâm sàng				
<b>III</b>	<b>Thuốc K, chống thải ghép ngoài danh mục</b>				
<b>Tổng cộng</b>					

Mức tối đa được thanh toán: .....

Số tiền người bệnh thực hiện cùng chi trả:.....

Số tiền cơ quan BHXH thanh toán:.....

(Bằng chữ:.....)

(Kèm theo.....chứng từ gốc)

Ngày...tháng ..... năm.....

Người lập  
(ký, họ tên)

Phụ trách giám định  
(ký, họ tên)

Kế toán trưởng  
(ký, họ tên)

Giám đốc  
(Ký, họ tên, đóng dấu)

**BẢO HIỂM XÃ HỘI** .....

.....

**GIẤY XÁC NHẬN  
ĐỐI TƯỢNG VÀ THỜI GIAN THAM GIA BẢO HIỂM Y TẾ**

BHXH xác nhận Ông (Bà):.....

Năm sinh: .....

Địa chỉ: .....

Mã thẻ BHYT

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

1- Thuộc đối tượng quản lý của:

- Bộ Quốc phòng
- Bộ Công an
- Ban cơ yếu Chính phủ


được hưởng chế độ khám chữa bệnh miễn phí theo quy định nay nghỉ hưu, chuyển ngành đang tham gia bảo hiểm y tế.

2- Có thời gian tham gia BHYT liên tục ..... tháng

từ ngày.....tháng.....năm..... đến ngày....tháng.....năm...../.

....., ngày ..... tháng..... năm.....

**Giám đốc**

(Ký, họ tên, đóng dấu)

*Ghi chú: Giám đốc có thể uỷ quyền cho Trưởng phòng Thu ký xác nhận*