

BỘ Y TẾ - BỘ TÀI CHÍNH**BỘ Y TẾ - BỘ TÀI CHÍNH CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM**
Độc lập - Tự do - Hạnh phúc

Số: 16/2006/TTLT-BYT-BTC

*Hà Nội, ngày 06 tháng 12 năm 2006***THÔNG TƯ LIÊN TỊCH****Hướng dẫn sửa đổi, bổ sung một số điểm của Thông tư liên tịch số 21/2005/TTLT-BYT-BTC ngày 27/7/2005 của liên Bộ Y tế - Bộ Tài chính hướng dẫn thực hiện bảo hiểm y tế bắt buộc**

Căn cứ Điều lệ Bảo hiểm y tế ban hành kèm theo Nghị định số 63/2005/NĐ-CP ngày 16/5/2005 của Chính phủ;

Để phát huy những kết quả đạt được và tháo gỡ kịp thời những điểm còn vướng mắc trong quá trình thực hiện thanh quyết toán chi phí khám chữa bệnh bảo hiểm y tế, liên Bộ Y tế và Tài chính hướng dẫn sửa đổi, bổ sung một số điểm của Thông tư liên tịch số 21/2005/TTLT-BYT-BTC ngày 27/7/2005 của liên Bộ Y tế - Bộ Tài chính hướng dẫn thực hiện bảo hiểm y tế bắt buộc như sau:

I. NỘI DUNG SỬA ĐỔI, BỔ SUNG

1. Bãi bỏ nội dung “Mức đóng BHYT tạm thời là 50.000 đồng/người/năm” của điểm 11 và 12, mục I, phần I.

2. Bổ sung điểm 15 vào mục I, phần I như sau:

“15. Mức đóng bảo hiểm y tế cho đối tượng quy định tại điểm 11 và 12 theo mức ngân sách nhà nước hàng năm bố trí chi khám, chữa bệnh cho đối tượng do cấp có thẩm quyền phê duyệt”.

3. Sửa đổi, bổ sung tiết a, điểm 3, mục II, phần III như sau:

“a. Định kỳ hàng quý, cơ quan Bảo hiểm xã hội cấp tỉnh có trách nhiệm tổng hợp tình hình sử dụng Quỹ khám, chữa bệnh của quý trước của các cơ sở khám, chữa bệnh trên địa bàn để điều tiết và thanh toán kịp thời chi phí khám, chữa bệnh cho cơ sở khám, chữa bệnh. Trong trường hợp Quỹ khám, chữa bệnh bị thâm hụt thì báo cáo Bảo hiểm xã hội Việt Nam để giải quyết”.

4. Bãi bỏ nội dung “- Cơ quan BHXH có trách nhiệm ứng trước cho cơ sở KCB một khoản kinh phí tối thiểu bằng 80% số tiền chi cho KCB đã được quyết toán của Quý trước, khi quyết toán hai bên cân đối bù trừ và BHXH thực hiện việc tạm ứng tiếp cho Quý sau. Đến cuối năm, vào tháng 11, cơ quan BHXH có trách nhiệm tạm ứng trước kinh phí để cơ sở KCB chủ động mua thuốc, vật tư y tế tiêu hao phục vụ người bệnh năm sau” (đoạn cuối cùng của tiết b, điểm 1.1, mục II, phần IV).

5. Bổ sung tiết c vào điểm 1.1, mục II, phần IV như sau:

“c) Thời hạn thanh quyết toán chi phí khám, chữa bệnh bảo hiểm y tế:

- Định kỳ hàng quý, trước ngày 10 của tháng đầu quý sau, cơ sở khám, chữa bệnh tổng hợp chi phí khám, chữa bệnh thực tế đối với người bệnh bảo hiểm y tế của quý trước đã được cơ quan Bảo hiểm xã hội giám định, gửi cơ quan Bảo hiểm xã hội để thanh quyết toán.

- Căn cứ báo cáo tổng hợp chi phí khám, chữa bệnh thực tế của cơ sở khám, chữa bệnh và các khoản chi phí của người bệnh trong các trường hợp cấp cứu, chuyển viện... đã được giám định, cơ quan Bảo hiểm xã hội có trách nhiệm quyết toán và thanh toán chi phí khám, chữa bệnh cho cơ sở khám, chữa bệnh chậm nhất sau 25 ngày kể từ ngày cuối quý. Đồng thời, căn cứ vào số liệu quyết toán giữa hai bên, cơ quan Bảo hiểm xã hội có trách nhiệm tạm ứng cho cơ sở khám, chữa bệnh một khoản kinh phí tối thiểu bằng 80% chi phí khám, chữa bệnh thực tế theo quy định đã được cơ quan bảo hiểm xã hội giám định của quý trước.

- Trong trường hợp số thanh quyết toán thực tế vượt quỹ khám, chữa bệnh được giao, cơ quan Bảo hiểm xã hội tỉnh, thành phố thực hiện việc điều tiết từ nguồn quỹ được sử dụng trong phạm vi tỉnh, thành phố để thanh toán bổ sung cho cơ sở khám chữa bệnh, chậm nhất sau 35 ngày kể từ ngày cuối quý. Trường hợp quỹ khám chữa bệnh được sử dụng của địa phương không đủ để thanh toán thì Bảo hiểm xã hội tỉnh, thành phố báo cáo Bảo hiểm xã hội Việt Nam để có điều tiết chung.

- Định kỳ sáu tháng, Bảo hiểm xã hội Việt Nam thực hiện điều tiết Quỹ bảo hiểm y tế kịp thời cho các địa phương để thanh toán cho các cơ sở khám chữa bệnh. Trường hợp Quỹ dự phòng không còn khả năng điều tiết thì tạm thời thực hiện như quy định tại tiết đ, điểm 1, mục II, phần III của Thông tư liên tịch số 21/2005/TTLT-BYT-BTC ngày 27/7/2005, đồng thời báo cáo liên Bộ để giải quyết”.

Toàn bộ quy trình trên được minh họa trong ví dụ sau:

Giả sử quý I/2007, Bệnh viện X của tỉnh Y nhận khám chữa bệnh nội, ngoại trú với Quỹ khám, chữa bệnh được tạm giao là 100 triệu đồng (A). Chi phí khám, chữa bệnh thực tế trong quý của người bệnh có thể bảo hiểm y tế tại bệnh viện đã được hai bên giám định, thống nhất là 70 triệu đồng (B) và chi phí đối với các trường hợp cấp cứu, chuyển viện... tại các cơ sở khám, chữa bệnh khác ngoài bệnh viện X là 40 triệu đồng (C). Quỹ khám, chữa bệnh được giao còn lại của bệnh viện X sẽ là $A - C = 100 \text{ triệu đồng} - 40 \text{ triệu đồng} = 60 \text{ triệu đồng}$ (D). Trường hợp này chi phí tại bệnh viện X ($B = 70 \text{ triệu đồng}$) lớn hơn Quỹ khám, chữa bệnh được giao còn lại ($D = 60 \text{ triệu đồng}$) sau khi đã trừ chi phí khám, chữa bệnh tại các tuyến, do đó: Số chi phí vượt Quỹ là $B - D = 70 \text{ triệu đồng} - 60 \text{ triệu đồng} = 10 \text{ triệu đồng}$ (E) sẽ được cơ quan Bảo hiểm xã hội thanh toán bổ sung sau khi cân đối Quỹ khám, chữa bệnh trong tỉnh. Trong trường hợp Quỹ khám, chữa bệnh của tỉnh không đủ điều tiết thì cơ quan Bảo hiểm xã hội tỉnh báo cáo Bảo hiểm xã hội Việt Nam để có điều tiết chung (nếu có).

Số tiền cơ quan Bảo hiểm xã hội tỉnh tạm ứng tiếp cho bệnh viện X để đảm bảo khám chữa bệnh cho quý II/2007 sẽ là: $B \times 80\% = 70 \text{ triệu đồng} \times 80\% = 56 \text{ triệu đồng}$.

(Cũng tương tự như vậy để xác định, thanh quyết toán và tạm ứng cho bệnh viện trong các quý tiếp theo).

II. ĐIỀU KHOẢN THI HÀNH

Thông tư này có hiệu lực thi hành sau 15 ngày, kể từ ngày đăng Công báo. Những quy định trước đây trái với quy định trong Thông tư này đều bãi bỏ.

Trong quá trình thực hiện, nếu có khó khăn vướng mắc đề nghị phản ánh về liên Bộ để xem xét, giải quyết./.

**KT. BỘ TRƯỞNG BỘ TÀI CHÍNH
THỨ TRƯỞNG**

**KT. BỘ TRƯỞNG BỘ Y TẾ
THỨ TRƯỞNG**

Đỗ Hoàng Anh Tuấn

Nguyễn Thị Xuyên