**PHIẾU ĐÁNH GIÁ TÌNH HÌNH TRIỂN KHAI**

**THANH TOÁN CHI PHÍ DỊCH VỤ Y TẾ KHÔNG DÙNG TIỀN MẶT NĂM 2020**

**A. Thông tin chung**

1. Tên đơn vị:
2. Địa chỉ:
3. Website của đơn vị:
4. Tổng số giường bệnh kế hoạch:
5. Tổng số giường bệnh thực kê:
6. Số lượng bệnh nhân ngoại trú trung bình/ngày:
7. Số lượng bệnh nhân nội trú trung bình/ngày:
8. Số lượt ca khám trung bình/ngày:
9. Số lượt thanh toán viện phí trung bình/ngày:
10. Người cung cấp thông tin:
11. Họ và tên:
12. Phòng/ban công tác: Chức vụ:
13. Số điện thoại:
14. Email:

**B. Tình hình triển khai thanh toán chi phí dịch vụ y tế không dùng tiền mặt**

***1. Đánh giá về sự cần thiết triển khai thanh toán điện tử không dùng tiền mặt tại đơn vị:***

Rất cần thiết  **☐** Chưa cần thiết **☐** Không cần thiết **☐**

*Nếu chưa cần thiết hoặc không cần thiết xin cho biết lý do:*

...................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................***2. Đơn vị đã tổ chức quán triệt về ý nghĩa và lợi ích của thanh toán điện tử không dùng tiền mặt trong toàn bộ công chức, viên chức và người lao động của đơn vị?***

Nghị quyết 02/NQ-CP **☐** Quyết định số 241/QĐ-TTg**☐**

Chỉ thị số 12/CT-BYT  **☐** Chưa quán triệt  **☐**

*Nếu chưa thực hiện xin cho biết lý do:*

..................................................................................................................................................................................................................................................................

***3. Xây dựng kế hoạch, bố trí nguồn lực và các điều kiện để triển khai các giải pháp thanh toán không dùng tiền mặt phù hợp với điều kiện của đơn vị***

Đã xây dựng kế hoạch **☐**

Đã bố trí nguồn lực và các điều kiện triển khai **☐**

Chưa thực hiện **☐**

*Nếu chưa thực hiện xin cho biết lý do:*

..................................................................................................................................................................................................................................................................

................................................................................................................................***4. Hiện trạng triển khai thanh toán điện tử không dùng tiền mặt tại đơn vị***

a) Tình hình triển khai:

Đã triển khai **☐** Chưa triển khai **☐**

b) Nếu đã triển khai, xin cho biết các hình thức triển khai:

* Mức độ đơn giản (không cần kết nối với HIS):

4.1 Chuyển khoản **☐** 4.2 POS **☐** 4.3 QR tĩnh **☐**

* Mức độ trung bình (kết nối với HIS):

4.4 POS **☐** 4.5 Cổng thanh toán tích hợp trên app/web **☐**

* Mức độ phức tạp cao:

4.7 QR động **☐** 4.7 Thẻ khám bệnh **☐** 4.8 Kiosk **☐**

* Thanh toán không cần tài khoản ngân hàng:

4.9 Thẻ nội bộ **☐** 4.10 Ví điện tử **☐**

- Hình thức khác:..............................................................................................

c) Nếu đã triển khai, xin cho biết đơn vị có áp dụng *Quyết định số 449/QĐ-CNTT ngày 30/12/2019 ban hành tài liệu hướng dẫn kết nối giữa phần mềm của ngân hàng hoặc đơn vị trung gian thanh toán với hệ thống thông tin bệnh viện (HIS) trong thanh toán chi phí dịch vụ y tế không dùng tiền mặt:*

Có áp dụng **☐** Chưa áp dụng **☐**

d) Nếu chưa triển khai, xin cho biết lý do:

...................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

***5. Số giao dịch thanh toán chi phí dịch vụ y tế trung bình hàng năm phát sinh qua ngân hàng:*** *......................................................................................................*

***6. Triển khai sử dụng hóa đơn điện tử theo Nghị định số 119/2018/NĐ-CP ngày 12/9/2018 của Chính phủ***

Đã triển khai☐ Chưa triển khai **☐**

*Nếu chưa triển khai, xin cho biết lý do:*

..................................................................................................................................................................................................................................................................

................................................................................................................................ ***7. Các khó khăn, trở ngại khi triển khai thanh toán điện tử không dùng tiền mặt tại đơn vị:***

* 1. . Phí giao dịch phải trả cho đơn vị cung cấp dịch vụ thanh toán cao ☐
  2. Việc kết nối giữa phần mềm quản lý bệnh viện với phần mềm đơn vị cung cấp dịch vụ thanh toán gặp nhiều khó khăn ☐
  3. Làm thay đổi quy trình nghiệp vụ khám chữa bệnh ☐
  4. Chưa hiểu rõ về thanh toán điện tử ☐
  5. Cán bộ của đơn vị gặp khó khăn khi thực hiện ☐
  6. Người dân không hợp tác tích cực ☐
  7. Hạ tầng công nghệ thông tin chưa đảm bảo ☐
  8. Đơn vị cung cấp phần mềm quản lý bệnh viện không hợp tác tích cực ☐
  9. Khó khăn trong việc lựa chọn đơn vị cung cấp dịch vụ thanh toán ☐
  10. Khó khăn trong sắp sếp nhân sự triển khai hướng dẫn, hỗ trợ người dân ☐
  11. Khó khăn về nguồn tài chính ☐
  12. Khó khăn trong cơ chế chi trả phí dịch vụ ☐
  13. Xảy ra nhiều lỗi, trục trặc phần mềm khi triển khai ☐
  14. Xảy ra sai sót số liệu thanh toán ☐
  15. Không đảm bảo an toàn thông tin ☐
  16. Đơn vị cung cấp dịch vụ thanh toán điện tử hỗ trợ không tốt ☐
  17. Chưa kết nối liên thông thanh toán giữa các đơn vị cung cấp dịch vụ ☐
  18. Nguyên nhân khác:

........................................................................................................................................................................................................................................................***8. Kiến nghị, đề xuất của đơn vị***

a) Đối với Bộ/Sở:

...................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

b) Đối với đơn vị cung cấp dịch vụ thanh toán điện tử:

........................................................................................................................................................................................................................................................

c) Ý kiến khác:

........................................................................................................................................................................................................................................................

*…………, ngày tháng năm 2020*

|  |  |
| --- | --- |
|  | **LÃNH ĐẠO ĐƠN VỊ**  *(Ký, ghi rõ họ tên và đóng dấu)* |