

Số: **1885**/BHXH-CSYT

V/v giải quyết vướng mắc về
công tác giám định KCB BHYT

Hà Nội, ngày **11** tháng 5 năm 2010

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

Để thống nhất giải quyết một số khó khăn, vướng mắc phát sinh trong quá trình tổ chức thực hiện KCB BHYT được phản ánh trong hội nghị tập huấn công tác giám định BHYT vừa qua, BHXH Việt Nam hướng dẫn bổ sung một số vấn đề cụ thể như sau:

1. Về việc tổ chức KCB và thanh toán chi phí KCB BHYT tại cơ sở y tế của cơ quan, đơn vị, trường học:

1.1 Đối với các cơ sở y tế của cơ quan, đơn vị, trường học tương đương trạm y tế xã theo quy định tại khoản 2, Điều 1, Thông tư số 10/2009/TT-BYT ngày 14/8/2009 của Bộ Y tế hướng dẫn đăng ký KCB ban đầu và chuyển tuyến KCB BHYT (sau đây gọi tắt là Thông tư số 10/BYT), được Sở Y tế xác nhận đủ điều kiện KCB BHYT: cơ quan BHXH ký hợp đồng với bệnh viện huyện trên cùng địa bàn theo quy định tại điểm 3, mục I, Phần I Quy định về tổ chức thực hiện hợp đồng KCB, giám định và chi trả chi phí KCB, quản lý và sử dụng quỹ BHYT ban hành kèm theo Quyết định số 82/QĐ-BHXH ngày 20/1/2010 của Tổng giám đốc BHXH Việt Nam (sau đây gọi tắt là Quyết định số 82/BHXH).

Bệnh viện huyện có trách nhiệm trích chuyển tối thiểu 10% quỹ KCB BHYT theo số thẻ đăng ký KCB ban đầu tại cơ sở y tế này để cơ quan, đơn vị cung ứng thuốc, hóa chất, vật tư y tế tiêu hao phục vụ việc KCB BHYT tại cơ sở y tế.

Định kỳ hàng quý, cơ quan, đơn vị quản lý cơ sở y tế có trách nhiệm lập báo cáo sử dụng thuốc, hóa chất, vật tư y tế tiêu hao và tổng hợp chi phí KCB BHYT để thanh, quyết toán với bệnh viện huyện.

1.2 Đối với các cơ sở y tế của cơ quan, đơn vị, trường học có phòng khám đa khoa tương đương cơ sở KCB tuyến huyện theo quy định tại khoản 6, Điều 2, Thông tư số 10/2009/TT-BYT nói trên: cơ quan BHXH ký hợp đồng KCB ngoại trú với cơ quan đơn vị và tổ chức giám định, thanh toán chi phí KCB BHYT tại các cơ sở y tế này như đối với bệnh viện đa khoa (BVĐK) tuyến huyện.

2. Tổ chức KCB và thanh toán chi phí KCB BHYT tại trạm y tế xã:

2.1 Cơ quan BHXH ký hợp đồng với BVĐK cấp huyện hoặc BVĐK khu vực ở những nơi không có BVĐK cấp huyện hoặc với Trung tâm y tế (TTYT) cấp huyện nơi chưa tách riêng bệnh viện huyện (sau đây gọi chung là bệnh viện huyện) để tổ chức khám chữa bệnh BHYT tại các trạm y tế xã đủ điều kiện là nơi đăng ký KCB ban đầu theo danh sách do Sở Y tế cung cấp. Không ký hợp đồng để tổ chức KCB BHYT tại trạm y tế xã với Phòng y tế cấp huyện, các TTYT không có chức năng khám, chữa bệnh và TTYT nơi đã tách riêng bệnh

viện huyện. Trường hợp đặc biệt, BHXH tinh trao đổi, bàn bạc và thống nhất với Sở Y tế, báo cáo BHXH Việt Nam để có hướng chỉ đạo, giải quyết.

2.2 Việc thanh quyết toán chi phí KCB BHYT tại trạm y tế xã được thực hiện thông qua hợp đồng với bệnh viện huyện, cơ quan BHXH không chuyển tiền trực tiếp cho các trạm y tế xã. Bệnh viện huyện thanh toán chi phí KCB BHYT cho trạm y tế xã, bao gồm:

- Chi phí thuốc đã sử dụng trực tiếp để điều trị cho người bệnh;
- Chi phí tiền khám bệnh; tiền giường (nếu có) và các DVKT theo phạm vi chuyên môn do Sở Y tế phê duyệt sau khi đã trừ đi phần chi phí thuốc, VTYT được sử dụng để thực hiện các DVKT đó.

3. Trích chuyển và quyết toán kinh phí CSSKBD trong giai đoạn chuyển tiếp:

3.1 Đối với số thẻ BHYT phát hành trước ngày 01/10/2009, có giá trị sử dụng đến sau ngày 31/12/2009 và đã đóng BHYT theo mức đóng cũ cho cả năm, trong đó có cả thời gian sau ngày 01/1/2010: kinh phí dành cho CSSKBD của học sinh, sinh viên được xác định theo quy định tại Nghị định số 63/2005/NĐ-CP ngày 16/5/2005. Phần kinh phí này được trích chuyển và đưa vào quyết toán của năm 2009.

3.2 Đối với số thẻ BHYT phát hành trước ngày 01/10/2009, có giá trị sử dụng đến sau ngày 31/12/2009 nhưng chưa đóng đủ mức phí BHYT thì đóng BHYT cho thời gian còn lại theo mức phí quy định từ ngày 01/1/2010.

- Phần kinh phí dành cho CSSKBD của số thu BHYT đóng theo mức phí cũ được xác định theo quy định tại Nghị định số 63/2005/NĐ-CP ngày 16/5/2005, được trích chuyển và đưa vào quyết toán của năm 2009.

- Phần kinh phí dành cho CSSKBD của số thu BHYT đóng theo mức phí mới được xác định theo quy định của Luật BHYT, được trích chuyển và đưa vào quyết toán của năm 2010.

3.3 Đối với số thẻ BHYT phát hành sau ngày 01/10/2009 nhưng trước ngày 01/1/2010: kinh phí dành cho CSSKBD được xác định theo quy định của Luật BHYT, được trích chuyển và đưa vào quyết toán của năm 2009.

3.4 Việc trích chuyển và quyết toán kinh phí dành cho CSSKBD đối với các trường mầm non, trường mẫu giáo, Bảo hiểm xã hội Việt Nam sẽ có hướng dẫn riêng sau khi có ý kiến thống nhất của liên Bộ Y tế - Bộ Tài chính - Bộ Giáo dục & Đào tạo. Trong thời gian chờ xin ý kiến của liên Bộ, tạm thời chưa trích chuyển phần kinh phí CSSKBD cho các cơ sở giáo dục này.

4. Về việc tạm ứng kinh phí trong kỳ cho cơ sở KCB BHYT:

Kinh phí tạm ứng trong kỳ cho cơ sở KCB ban đầu tối thiểu bằng 80% chi phí KCB BHYT đã thẩm định để quyết toán kỳ trước và được xác định như sau:

4.1 Chi phí KCB BHYT của số thẻ đăng ký ban đầu:

- Đối với cơ sở KCB không vượt nguồn kinh phí KCB được sử dụng trong kỳ: là chi phí thực tế được quyết toán ghi tại ô (16) mẫu số 28/BHYT.

- Đối với cơ sở KCB chi vượt nguồn kinh phí KCB được sử dụng trong kỳ: là tổng kinh phí được sử dụng cộng với phần chi vượt nguồn kinh phí được chấp nhận quyết toán sau thẩm định theo mẫu số 16/BHYT.

4.2 Chi phí KCB BHYT của người bệnh chuyển đến từ nơi khác:

- Đối với cơ sở KCB tuyến huyện trở xuống: là chi phí KCB BHYT thực tế của bệnh nhân đã tuyến đến được cơ quan BHXH thanh toán, ghi tại ô (32) mẫu số 28/BHYT.

- Đối với cơ sở KCB từ tuyến tỉnh trở lên:

* Là chi phí KCB BHYT đã tuyến đến thực tế được cơ quan BHXH thanh toán nếu chi phí này không vượt quá tổng mức thanh toán tuyến 2;

* Là tổng mức thanh toán tuyến 2 sau khi đã trừ đi phần chi phí bệnh nhân cùng chi trả, nếu chi phí này vượt quá tổng mức thanh toán tuyến 2 đã được xác định tại cơ sở KCB.

5. Về phạm vi và mức hưởng BHYT trong một số trường hợp cụ thể:

5.1 Trường hợp người bệnh BHYT khám, chữa bệnh tại cơ sở y tế không ký hợp đồng với cơ quan BHXH hoặc không xuất trình thẻ BHYT (KCB theo yêu cầu riêng) vào viện trước ngày 01/1/2010, ra viện năm 2010: cơ quan BHXH căn cứ chi phí thực tế của cả đợt điều trị thuộc phạm vi quyền lợi của người bệnh theo quy định của Luật BHYT và mức hưởng của từng đối tượng tham gia BHYT để thanh toán trực tiếp cho người bệnh nhưng tối đa không vượt quá mức chi phí bình quân quy định tại điểm 1, Phụ lục 2 Thông tư số 09/2009/TTLT-BYT-BTC.

5.2 Người có thẻ BHYT đi khám, chữa bệnh tại PKĐK tư nhân nhưng không xuất trình thẻ BHYT, được cơ quan BHXH thanh toán trực tiếp theo mức chi phí bình quân đối với bệnh viện hạng 3 trở xuống theo quy định tại điểm 1, Phụ lục 2, Thông tư số 09/2009/TTLT-BYT-BTC.

Không áp dụng hình thức khám chữa bệnh vượt tuyến, trái tuyến đối với phòng khám đa khoa tư nhân, chi phí của các trường hợp này tạm thời chưa thuộc phạm vi thanh toán của quỹ BHYT.

5.3 Trường hợp người bệnh đã sử dụng DVKT mà DVKT đó có thể thực hiện tại nhiều tuyến khác nhau, mức thanh toán trực tiếp chi phí KCB cho người bệnh là mức chi phí bình quân của hạng bệnh viện tương ứng với tuyến CMKT thấp nhất có thể thực hiện được DVKT đó theo quy định tại điểm 1, Phụ lục 2, Thông tư số 09/2009/TTLT/BYT-BTC.

Trường hợp người bệnh được chỉ định sử dụng các DVKT không có danh mục ban hành theo Quyết định số 23/2005/QĐ-BYT ngày 30/8/2005 của Bộ Y tế: cơ quan BHXH căn cứ vào hạng bệnh viện của cơ sở KCB tuyến thấp nhất thực hiện được DVKT đó trên địa bàn tỉnh để xác định mức thanh toán trực tiếp

tối đa theo quy định tại điểm 1, Phụ lục số 2, Thông tư liên tịch số 09/2009/TTLT-BYT-BTC.

Đối với các trường hợp điều trị nội khoa: cơ quan BHXH căn cứ vào hạng bệnh viện nơi người bệnh điều trị để xác định mức thanh toán trực tiếp.

5.4 Người có thẻ BHYT bắt buộc khi đi công tác tại vùng có điều kiện kinh tế xã hội khó khăn theo quy định của Thủ tướng Chính phủ được hưởng quyền lợi như các đối tượng cư trú tại vùng có điều kiện kinh tế xã hội khó khăn.

5.5 Người có thẻ BHYT do BHXH Bộ Quốc phòng phát hành được thanh toán trực tiếp chi phí KCB tại BHXH tỉnh nơi đăng ký KCB ban đầu. BHXH tỉnh nơi thanh toán trực tiếp thông báo thanh toán đa tuyến cho BHXH Bộ Quốc phòng theo mẫu 09/BHYT và gửi dữ liệu theo mẫu 29/BHYT.

5.6 Chi phí của các DVKT được thực hiện tại cơ sở KCB ngoài công lập được cơ quan BHXH thanh toán tối đa không vượt quá giá viện phí của các DVKT đã được phê duyệt tại cơ sở KCB BHYT công lập cùng tuyến CMKT trên cùng địa bàn, được thực hiện từ các trang thiết bị y tế do ngân sách nhà nước đầu tư.

6. Về việc thực hiện thủ tục khám, chữa bệnh BHYT, chuyển tuyến CMKT và đăng ký KCB ban đầu:

6.1 Bảo hiểm xã hội Việt Nam đề nghị BHXH các tỉnh thực hiện nghiêm túc quy định về thủ tục khám, chữa bệnh BHYT tại mục IV, phần I, Quyết định số 82/BHXH và hướng dẫn bổ sung một số vấn đề sau:

- Các trường hợp người bệnh được chuyển tuyến CMKT kể cả chuyển tuyến CMKT từ các trạm y tế xã, cơ sở y tế của cơ quan, đơn vị, trường học phải sử dụng giấy giới thiệu chuyển viện theo mẫu số 02/BV-01 ban hành kèm theo Quyết định số 4069/2001/QĐ-BYT ngày 28/9/2001 của Bộ trưởng Bộ Y tế. Riêng các đối tượng là người có công với cách mạng; người từ 85 tuổi trở lên; người thuộc diện quản lý, bảo vệ sức khỏe theo hướng dẫn số 52HD/BTCTW ngày 02/12/2005 của Ban Tổ chức Trung ương; người thuộc diện được quản lý, bảo vệ sức khỏe của tỉnh và trẻ em dưới 6 tuổi, nếu đăng ký KCB ban đầu tại trạm y tế xã thì không bắt buộc phải có giấy giới thiệu của trạm y tế xã khi đến KCB tại các cơ sở KCB BHYT tuyến huyện và ngược lại trên cùng địa bàn huyện.

- Trường hợp người bệnh được chuyển tiếp đến các cơ sở KCB khác mà cơ sở KCB nơi chuyển bệnh nhân đi không cung cấp được bản sao giấy chuyển của cơ sở KCB trước đó thì ghi rõ tên và số giấy chuyển viện của cơ sở KCB trước đó vào hồ sơ chuyển viện (mục lý do chuyển tại mẫu số 02/BV-01).

- Trường hợp người tham gia BHYT đi khám chữa bệnh trong khi đang làm thủ tục cấp lại, đổi lại thẻ phải có giấy xác nhận của cơ quan BHXH nơi cấp thẻ.

- Trường hợp điều trị ngoại trú các bệnh mãn tính, bệnh dài ngày hoặc điều trị theo đợt, cơ sở KCB có trách nhiệm lập hồ sơ bệnh án điều trị ngoại trú để làm căn cứ thanh toán chi phí KCB BHYT với cơ quan BHXH.

- Trường hợp người bệnh có chỉ định sử dụng thuốc điều trị ung thư, thuốc chống thải ghép ngoài danh mục, giám định viên tại cơ sở KCB tiếp nhận yêu cầu lập giấy xác nhận theo mẫu số 30/BHYT và chuyển về Phòng Giám định BHYT để thực hiện việc xác nhận như sau:

Đối với bệnh nhân trong tỉnh: Phòng Thu thuộc BHXH tỉnh hoặc bộ phận thu thuộc BHXH huyện xác nhận đối tượng hoặc thời gian tham gia BHYT theo mẫu số 30/BHYT, chuyển Phòng Giám định BHYT để giải quyết quyền lợi cho người bệnh và đưa vào chứng từ thanh toán.

Đối với bệnh nhân từ tỉnh khác chuyển đến: BHXH tỉnh nơi bệnh nhân điều trị gửi giấy xác nhận để BHXH tỉnh nơi phát hành thẻ xác nhận theo quy trình như đối với bệnh nhân trong tỉnh.

6.2 Sau khi trao đổi và thống nhất với Sở y tế về danh sách các cơ sở KCB đủ điều kiện là nơi đăng ký KCB ban đầu, số lượng thẻ tối đa mỗi cơ sở KCB có thể tiếp nhận, cơ quan BHXH triển khai tổ chức thực hiện theo đúng các quy định tại mục II, Phần I Quyết định số 82/BHXH.

6.3 Bảo hiểm xã hội các tỉnh chủ động phối hợp với Sở y tế để thống nhất quy định việc chuyển tuyến CMKT đối với một số cơ sở KCB ở các địa bàn giáp ranh trong tỉnh và giữa các tỉnh theo đúng quy định tại điểm d, khoản 1, Điều 10 Thông tư số 10/2009/TT-BYT.

Trường hợp chưa có sự thống nhất giữa BHXH tỉnh và Sở Y tế, BHXH tỉnh báo cáo xin ý kiến chỉ đạo của UBND tỉnh, đồng thời báo cáo BHXH Việt Nam.

7. Về việc thực hiện cùng chi trả chi phí KCB BHYT:

Người bệnh có thẻ BHYT có trách nhiệm thực hiện cùng chi trả chi phí KCB theo đúng quy định của Luật BHYT và các văn bản hướng dẫn thực hiện, kể cả các trường hợp KCB vượt tuyến, trái tuyến có tổng chi phí một lần KCB thấp hơn 15% mức lương tối thiểu chung hiện hành; KCB tại các PKĐK khu vực thuộc bệnh viện huyện; KCB tại các cơ sở y tế của cơ quan, đơn vị, trường học tương đương cơ sở KCB tuyến huyện có ký hợp đồng và nhận quỹ KCB ngoại trú (45% quỹ KCB).

8. Thanh toán chi phí KCB BHYT trong một số trường hợp cụ thể:

8.1 Thanh toán chi phí vận chuyển: Chi phí vận chuyển được quỹ BHYT thanh toán khi người bệnh được chuyển viện từ tuyến huyện trở lên, do đó việc vận chuyển bệnh nhân từ PKĐK khu vực lên bệnh viện huyện là quá trình chuyển viện trong nội huyện nên không thuộc phạm vi thanh toán của quỹ BHYT.

Về nguyên tắc, việc xác định khoảng cách để làm căn cứ thanh toán chi phí vận chuyển được tính từ Bưu điện trung tâm của nơi đi tới Bưu điện trung

tâm của nơi đến. Trường hợp 2 cơ sở KCB trên cùng địa bàn hành chính thì thanh toán theo khoảng cách thực tế.

Trường hợp sử dụng phương tiện của cơ sở KCB, cơ sở KCB nơi chuyển bệnh nhân đi phải có lệnh điều xe và có chữ ký, đóng dấu xác nhận của cơ sở KCB hoặc dấu của phòng khám/khoa khám bệnh nơi tiếp nhận bệnh nhân đến trên lệnh điều xe này.

8.2 Đối với các trường hợp bị tai nạn giao thông mà người bị tai nạn là trẻ em dưới 6 tuổi hoặc hành khách trên ô tô, tàu hỏa ... (không phải người điều khiển phương tiện): cơ quan BHXH cùng cơ sở KCB lập biên bản xác nhận sự việc và xem xét giải quyết để người bệnh được hưởng quyền lợi BHYT ngay tại bệnh viện.

Người bị tai nạn giao thông sau khi ra viện có xác nhận của Công an cấp huyện trở lên là không vi phạm pháp luật được thanh toán trực tiếp chi phí KCB, kể cả chi phí vận chuyển (nếu có) như đối với các trường hợp KCB đúng quy định.

8.3 Đối với một số DVKT phục hồi chức năng (PHCN) được quy định tại Thông tư số 11/2009/TT-BYT ngày 14/8/2009 của Bộ Y tế nhưng chưa có trong khung giá theo quy định tại Thông tư liên Bộ số 14/TTLB và Thông tư liên tịch số 03/2006/TTLT-BYT-BTC-BLĐTBXH: Sở Y tế chủ trì, phối hợp với BHXH tỉnh và các ngành có liên quan để xây dựng giá trình UBND tỉnh phê duyệt làm căn cứ để thanh toán BHYT.

8.4 Đối với kỹ thuật chụp X-Quang có gắn computer: cơ quan BHXH thanh toán theo lượt điều trị, không thanh toán theo số phim do cơ sở KCB in ra.

8.5 Thanh toán chi phí đối với kỹ thuật chụp CT Scanner không sử dụng thuốc cản quang: BHXH các tỉnh kiểm tra, giám định lại việc thanh toán chi phí của DVKT này trong 2 năm 2008-2009, từ chối thanh toán phần chi phí thuốc cản quang sai với quy định của liên Bộ, báo cáo BHXH Việt Nam chậm nhất đến ngày 30/6/2010.

8.6 Trường hợp cơ sở KCB được tăng cường cán bộ chuyên môn và chuyên gia kỹ thuật theo đề án 1816 của Bộ Y tế, cơ quan BHXH căn cứ theo phạm vi chuyên môn đã được cấp có thẩm quyền phê duyệt để thanh toán chi phí các DVKT này với cơ sở KCB, bao gồm cả chi phí thuốc tương ứng với hạng bệnh viện được thực hiện các DVKT đó.

9. Về chế độ thông tin báo cáo và hệ thống biểu mẫu:

Bảo hiểm xã hội Việt Nam đề nghị BHXH các tỉnh thực hiện nghiêm túc chế độ thông tin báo cáo, đảm bảo và chịu trách nhiệm về tính chính xác, trung thực của số liệu báo cáo.

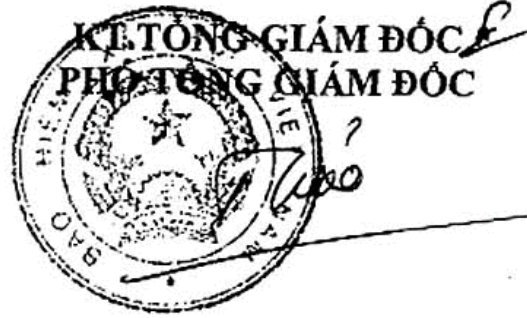
Thời điểm chốt số liệu thống kê, tổng hợp chi phí KCB BHYT được thực hiện vào ngày cuối cùng mỗi quý và ngày 31/12 hàng năm. BHXH các tỉnh có trách nhiệm trao đổi, bàn bạc và thống nhất với các cơ sở KCB BHYT trên địa bàn để thực hiện quy định này.

Các file điện tử gửi kèm theo báo cáo dưới dạng file Excel, font chữ “.VnTime” cỡ chữ 13. Các file dữ liệu điện tử mẫu được ban hành kèm theo Phần mềm “Thông kê thanh toán chi phí KCB BHYT” của BHXH Việt Nam. Đối với các cơ sở KCB BHYT không sử dụng phần mềm này, cơ quan BHXH hướng dẫn để đơn vị gửi dữ liệu điện tử đúng cấu trúc quy định.

Nhận được công văn này, đề nghị BHXH các tỉnh phối hợp chặt chẽ với Sở Y tế và các cơ sở KCB BHYT triển khai thực hiện. Nếu có khó khăn, vướng mắc đề nghị kịp thời báo cáo về BHXH Việt Nam để có hướng chỉ đạo, giải quyết.

Nơi nhận:

- Như trên;
- Bộ Y tế, Bộ Tài chính;
- Tổng giám đốc (để báo cáo);
- Các Phó TGD;
- UBND các tỉnh, Tp. trực thuộc TW;
- Sở Y tế các tỉnh. Tp trực thuộc TW;
- BHXH: BQP, BCA, Ban CYCP;
- Các Ban: Chi, KHTC, Cấp sổ thẻ, K.tra;
- Lưu VT, CSYT (25b).



Nguyễn Minh Thảo