

Số **1884**/BHXH-CSYT

V/v hướng dẫn nghiệp vụ giám định,
thanh toán chi phí KCB BHYT sau hội
nghị giao ban

Hà Nội, ngày **9** tháng **11** năm 2010

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

Để giải quyết những khó khăn, vướng mắc phát sinh trong quá trình tổ chức thực hiện khám chữa bệnh (KCB) bảo hiểm y tế (BHYT) được phản ánh trong Hội nghị giao ban công tác thực hiện chính sách BHYT năm 2010, Bảo hiểm xã hội (BHXH) Việt Nam hướng dẫn một số nội dung cụ thể như sau:

1. Về việc giám định và thanh toán chi phí KCB BHYT tại các cơ sở KCB tư nhân:

1.1 BHXH các tỉnh có trách nhiệm rà soát lại hợp đồng KCB BHYT năm 2010 đã ký đối với các cơ sở KCB tư nhân, trao đổi, bàn bạc và thống nhất với cơ sở KCB để bổ sung các điều khoản quy định cụ thể về việc cung cấp và thanh toán chi phí của các dịch vụ kỹ thuật (DVKT) đặc biệt là các DVKT như siêu âm màu, chụp cộng hưởng từ (MRI), chụp cắt lớp vi tính (CT-Scanner)...đảm bảo tính hợp lý, hiệu quả, khắc phục tình trạng lạm dụng các DVKT nói trên như chỉ định chụp MRI, CT-Scanner khi chưa sử dụng các DVKT thông thường (siêu âm, X quang, nội soi...) hoặc cơ sở KCB không có khả năng điều trị nhưng vẫn chỉ định cho bệnh nhân sử dụng các DVKT này trước khi chuyển lên tuyến trên hoặc cung cấp các DVKT đó nhằm mục đích kiểm tra sức khỏe.

1.2 Đối với các trường hợp đến KCB vượt tuyến, trái tuyến tại các cơ sở KCB tư nhân, cơ quan BHXH tạm thời thanh toán chi phí KCB BHYT như sau:

- Cơ sở KCB tư nhân chưa xếp hạng (quy định tại khoản 4, khoản 7 Điều 2 Thông tư 10/2009/TT-BYT ngày 14/8/2010) và cơ sở KCB tương đương tuyến huyện về chuyên môn kỹ thuật (CMKT): Mức thanh toán là 70%; riêng các DVKT được phê duyệt thực hiện vượt tuyến CMKT theo Quy định Phân tuyến kỹ thuật và Danh mục kỹ thuật trong khám chữa bệnh ban hành kèm theo Quyết định số 23/2005/QĐ-BYT ngày 30/8/2005 của Bộ trưởng Bộ Y tế, mức thanh toán đối với các DVKT được quy định thực hiện từ tuyến tỉnh trở lên là 50% và với các DVKT chỉ được quy định thực hiện tại tuyến Trung ương là 30%. Phần chênh lệch còn lại người bệnh tự thanh toán với cơ sở KCB.

- Cơ sở KCB tư nhân tương đương tuyến tỉnh về CMKT: Mức thanh toán là 50%; riêng các DVKT được phê duyệt thực hiện vượt tuyến, mức thanh toán là 30%. Phần chênh lệch còn lại người bệnh tự thanh toán với cơ sở KCB.

- Cơ sở KCB tư nhân tương đương tuyến Trung ương về CMKT: Mức thanh toán là 30%. Phần chênh lệch còn lại người bệnh tự thanh toán với cơ sở KCB.

2. Về việc thực hiện thủ tục KCB, chuyển tuyến điều trị đối với một số trường hợp:

- Trẻ em dưới 6 tuổi đang được nuôi dưỡng tại các Trung tâm bảo trợ, cơ sở nuôi dưỡng hợp pháp khác, khi đi KCB nếu chưa có thẻ BHYT hay giấy khai sinh thì xuất trình giấy xác nhận của Trung tâm, cơ sở nuôi dưỡng để được hưởng chế độ khám chữa bệnh BHYT.

- Đối với những tỉnh mà bệnh viện đa khoa tỉnh thiếu một số chuyên khoa: BHXH tỉnh phối hợp với Sở Y tế để thống nhất quy định và hướng dẫn những trường hợp cụ thể được chuyển từ bệnh viện tuyến huyện đến KCB tại bệnh viện đa khoa tỉnh giáp ranh hoặc chuyển lên bệnh viện tuyến trên mà không nhất thiết phải chuyển qua bệnh viện đa khoa tỉnh, đồng thời báo cáo Bộ Y tế và BHXH Việt Nam.

3. Tạm ứng kinh phí, cân đối và thanh toán chi phí KCB BHYT:

3.1 Hàng quý, cơ quan BHXH có trách nhiệm tạm ứng cho cơ sở KCB BHYT phần kinh phí tối thiểu bằng 80% chi phí đã được thẩm định quyết toán của quý trước. Phần kinh phí đã được thẩm định quyết toán này được xác định theo hướng dẫn tại điểm 4, Công văn số 1885/BHXH-CSYT ngày 11/5/2010 của BHXH Việt Nam.

3.2 Bảo hiểm xã hội tỉnh chủ động cân đối, điều tiết, thanh toán bổ sung phần chi vượt quỹ KCB tại các cơ sở KCB ban đầu theo đúng quy định tại khoản 5 mục II, Phần IV Quyết định số 82/QĐ-BHXH.

3.3 Đối với chi phí vượt trần tuyến 2 tại các cơ sở KCB tuyến tỉnh trở lên: BHXH tỉnh thực hiện cân đối điều tiết giữa trần ngoại trú và nội trú trong cùng một quý và giữa các quý trong năm tài chính tại cơ sở KCB đó. Phần chi vượt trần còn lại được xem xét cân đối, điều tiết trong kỳ quyết toán cuối năm nhưng không được vượt quá tổng mức thanh toán cho cơ sở KCB theo quy định tại tiết c, điểm 2.2, khoản 2, mục II, phần V Quyết định số 82/QĐ-BHXH.

Trường hợp một số cơ sở KCB bị vượt trần tuyến 2 do nguyên nhân khách quan, bất khả kháng như được phê duyệt giá thu một phần viện phí mới hoặc được thực hiện bổ sung các DVKT mới nhưng chi phí của các DVKT này hoặc một số chi phí trong cơ cấu giá viện phí mới chưa được tính trong mức chi phí bình quân của đợt điều trị năm trước, BHXH tỉnh thẩm định, báo cáo Bảo hiểm xã hội Việt Nam để có hướng xem xét, chỉ đạo giải quyết.

4. Về việc thực hiện phương thức thanh toán theo định suất:

Bảo hiểm xã hội các tỉnh tổ chức đánh giá kết quả thí điểm năm 2010 và xây dựng kế hoạch triển khai thực hiện phương thức thanh toán theo định suất năm 2011, báo cáo BHXH Việt Nam trước 15/12/2010. Chuẩn bị đầy đủ số liệu để thanh quyết toán quỹ định suất năm 2010 đúng quy định, lưu ý một số vấn đề sau:

- Tổng quỹ định suất tại cơ sở KCB được xác định theo quy định tại điểm d, khoản 2, Điều 15 Thông tư liên tịch số 09. Theo đó, tổng quỹ định suất giao

cho cơ sở KCB không được vượt quá tổng quỹ KCB tính theo giá trị thẻ BHYT đăng ký KCB ban đầu tại cơ sở này sau khi trừ đi phần chi phí ngoài định suất (chi phí chạy thận nhân tạo, điều trị ung thư, bệnh Hemophilia, ghép bộ phận cơ thể, phẫu thuật tim, chi phí vận chuyển) của số thẻ BHYT này năm trước nhân với hệ số điều chỉnh ($k=1,1$). Trường hợp đặc biệt phải báo cáo ngay BHXH Việt Nam để xem xét, điều chỉnh theo quy định.

- Phân tích, làm rõ nguyên nhân bội chi quỹ định suất (nếu có), báo cáo và đề xuất hướng giải quyết với BHXH Việt Nam.

- Tổng hợp, báo cáo nguồn kinh phí định suất còn kết dư tại mỗi cơ sở KCB (nếu có), xác định và thông báo số tiền trích lại cho cơ sở KCB chủ động sử dụng theo quy định tại điểm b, khoản 4, Điều 15 Thông tư liên tịch số 09 nói trên.

5. Về việc thanh toán chi phí các DVKT:

5.1 Đối với các DVKT mới (chưa có tên trong: Thông tư liên Bộ số 14/TTLB, Thông tư liên tịch số 03/2006/TTLT-BYT-BTC-LĐTBXH, Thông tư số 11/2009/TT-BYT và Danh mục phân loại phẫu thuật, thủ thuật của Bộ Y tế):

- BHXH các tỉnh kiểm tra, thẩm định chặt chẽ cơ cấu giá của DVKT đã được cấp thẩm quyền phê duyệt theo quy định tại điểm b, khoản 4 Điều 24 Thông tư liên tịch số 09 để xác định phạm vi chi trả của quỹ BHYT và thanh toán với cơ sở KCB;

- Các DVKT chưa được cấp có thẩm quyền phê duyệt giá theo quy định nêu trên chưa thuộc phạm vi thanh toán của quỹ BHYT.

5.2 Đối với kỹ thuật Chụp thận có chuẩn bị (UIV) và Tiêm hậu nhãn cầu:

Quỹ BHYT thanh toán cho một lần thực hiện các DVKT này bao gồm:

- Chi phí theo giá DVKT đã được cấp có thẩm quyền phê duyệt theo quy định của Thông tư liên Bộ số 14/TTLB;

- Chi phí thuốc cản quang sử dụng để chụp UIV hoặc thuốc sử dụng để tiêm hậu nhãn cầu thuộc phạm vi thanh toán của quỹ BHYT.

5.3 Đối với kỹ thuật chụp X quang có gắn hệ thống computer (CR):

Cơ quan BHXH thanh toán theo số lần chỉ định và sử dụng DVKT, không thanh toán theo số phim in ra hoặc số lần bấm máy chụp trong quá trình thực hiện DVKT.

5.4 Thanh toán DVKT nội soi khí phế quản bằng ống soi mềm có gây mê:

Mức thanh toán tối đa là 700.000 đồng (bao gồm cả tiền thuốc), trường hợp thực hiện soi thanh khí phế quản bằng ống mềm (không gây mê), mức thanh toán tối đa là 70.000 đồng.

Theo phản ánh của người bệnh có thẻ BHYT, một số cơ sở KCB vẫn thu thêm các khoản chi phí đã được quỹ BHYT thanh toán: như tiền thuốc tê, thuốc

mê, chi khâu...trong phẫu thuật, thủ thuật. Đề nghị BHXH các tỉnh giám định chặt chẽ, nếu phát hiện trường hợp cơ sở KCB thu thêm các khoản chi phí đã được quỹ BHYT thanh toán thì có văn bản đề nghị với cơ sở KCB không thu thêm tiền của người bệnh, đồng thời báo cáo BHXH Việt Nam.

6. Thực hiện rà soát, kiểm tra việc đổi mã quyền lợi trên thẻ BHYT:

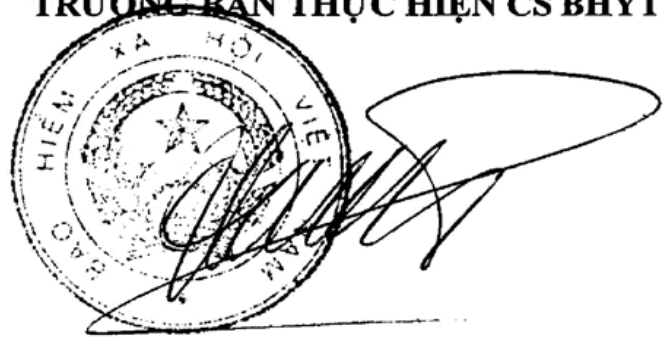
Để đảm bảo quyền lợi cho người có thẻ BHYT theo đúng quy định của Luật BHYT và các văn bản hướng dẫn thực hiện, đề nghị BHXH các tỉnh tiến hành rà soát lại toàn bộ số thẻ BHYT đã chuyển đổi mã quyền lợi của đối tượng nghỉ hưu theo hướng dẫn tại Công văn số 1958/BHXH-CSYT ngày 18/5/2010 của Bảo hiểm xã hội Việt Nam, trường hợp nào không đủ hồ sơ hợp lệ, thực hiện chuyển đổi lại mã quyền lợi theo đúng quy định.

Nhận được Công văn này, đề nghị BHXH các tỉnh khẩn trương tổ chức thực hiện, nếu có khó khăn, vướng mắc kịp thời báo cáo Bảo hiểm xã hội Việt Nam để có hướng chỉ đạo, giải quyết.

Nơi nhận:

- Như trên;
- Bộ Y tế, Bộ Tài chính |
- TGD, các Phó TGD | (đề b/c);
- BHXH Bộ Quốc phòng;
- Các Ban Chi, K. Tra, CST, TTTT;
- Lưu VT, CSYT (5b).

**TL. TỔNG GIÁM ĐỐC
TRƯỞNG BAN THỰC HIỆN CS BHYT**



Phạm Lương Sơn

09593325