

Số: ~~3327~~ /BHXH-CSYT

Hà Nội, ngày 11 tháng 8 năm 2011

V/v hướng dẫn nghiệp vụ giám định,
thanh toán chi phí KCB BHYT sau giao
ban năm 2011

Kính gửi:

- Bảo hiểm xã hội các tỉnh, thành phố trực thuộc Trung ương;
- Bảo hiểm xã hội Bộ Quốc phòng.

Để thống nhất 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 2011, Bảo hiểm xã hội (BHXH) Việt Nam hướng dẫn bổ sung một số nội dung cụ thể như sau:

1. Về việc tổ chức thực hiện Quy trình giám định BHYT:

1.1. Căn cứ điều kiện thực tế tại địa phương, BHXH các tỉnh, thành phố trực thuộc Trung ương, BHXH Bộ Quốc phòng (sau đây gọi chung là BHXH tỉnh) phối hợp với Sở Y tế, Cục Quân y hướng dẫn tổ chức thực hiện Quy trình giám định BHYT ban hành kèm theo Quyết định số 466/QĐ-BHXH ngày 19/4/2011 của Tổng Giám đốc BHXH Việt Nam phù hợp với điều kiện nhân lực làm công tác giám định, số lượng, đặc điểm và phương thức thanh toán áp dụng tại các cơ sở KCB.

1.2. Phối hợp với cơ sở KCB xây dựng quy chế phối hợp giữa nhân viên y tế và giám định viên trong việc đón tiếp, kiểm tra thủ tục KCB BHYT nhanh chóng, chính xác, không gây phiền hà cho người bệnh và hoạt động điều trị của cơ sở KCB.

1.3. Phân công, sắp xếp và bố trí hợp lý nguồn nhân lực làm công tác giám định hiện có tại địa phương theo hướng chuyên môn hoá các nghiệp vụ giám định; bổ sung nhân lực làm công tác giám định, chú trọng tập huấn, đào tạo công tác kiểm tra thủ tục KCB BHYT và tư vấn chính sách pháp luật BHYT tại cơ sở KCB, đồng thời nghiên cứu xây dựng và đề xuất biên chế cần thiết để thực hiện công tác giám định tại BHXH tỉnh, BHXH huyện gửi BHXH Việt Nam trong tháng 8 năm 2011.

2. Việc chuyển tuyến KCB BHYT đối với trẻ em dưới 6 tuổi:

Để tạo điều kiện thuận lợi và đảm bảo tốt hơn quyền lợi KCB BHYT cho đối tượng trẻ em dưới 6 tuổi đăng ký KCB ban đầu tại Trạm y tế xã, BHXH tỉnh phối hợp với Sở Y tế thống nhất danh sách các Trạm y tế xã được chuyển thẳng bệnh nhi lên bệnh viện đa khoa tỉnh hoặc bệnh viện chuyên khoa Nhi của tỉnh nếu từ Trạm y tế xã đến các bệnh viện trên gần hơn đến bệnh viện huyện; đồng thời thống nhất với Sở Y tế các bệnh có thể chuyển thẳng trẻ em dưới 6 tuổi đến điều trị tại bệnh viện tuyến tỉnh trong trường hợp trước đó đã được bệnh viện tuyến tỉnh trở lên chẩn đoán xác định và vượt quá phạm vi chuyên môn của bệnh viện tuyến huyện trên địa bàn.

3. Về việc sử dụng giấy hẹn khám lại trong KCB BHYT:

Để tạo điều kiện thuận lợi cho người bệnh có thẻ BHYT, sau khi có ý kiến của Bộ Y tế tại Công văn số 4128/BYT-BH ngày 15/7/2011 về việc sử dụng giấy chuyển viện theo năm tài chính đối với một số bệnh về máu, BHXH Việt Nam đề nghị BHXH các tỉnh thống nhất với các cơ sở KCB BHYT để bổ sung một số bệnh về máu gồm: Bệnh tan máu bẩm sinh (Thalassemia); Tan máu tự miễn; Xuất huyết giảm tiểu cầu miễn dịch; Đái huyết sắc tố kịch phát ban đêm; Von Willebrand; Bệnh lý chức năng tiểu cầu; Các thiếu hụt yếu tố đông máu vào danh mục các bệnh mãn tính, phải điều trị dài ngày được sử dụng giấy hẹn khám lại đến hết năm dương lịch theo hướng dẫn tại Khoản 4, Mục IV Quy định về tổ chức thực hiện hợp đồng khám, chữa bệnh, giám định, chi trả chi phí khám, chữa bệnh, quản lý và sử dụng quỹ bảo hiểm y tế ban hành kèm theo Quyết định số 82/QĐ-BHXH ngày 20/01/2010 của Tổng Giám đốc BHXH Việt Nam (sau đây gọi tắt là Quyết định số 82/QĐ-BHXH).

Các trường hợp còn lại, cơ sở KCB chỉ hẹn người bệnh khám lại khi vượt quá khả năng chuyên môn của cơ sở tuyến dưới, mỗi giấy hẹn chỉ có giá trị sử dụng một lần theo thời gian ghi trong giấy hẹn.

4. Thanh toán theo định suất và xác định trần thanh toán tuyến 2:

4.1 Suất phí và quỹ định suất được xác định theo hướng dẫn tại Công văn số 4884/BHXH-CSYT ngày 09/11/2010 và Công văn số 1267/BHXH-CSYT ngày 05/4/2011 của Bảo hiểm xã hội Việt Nam, lưu ý một số điểm sau:

- Suất phí được tính riêng cho từng loại hình khám chữa bệnh ngoại trú hoặc khám chữa bệnh nội, ngoại trú theo hướng dẫn tại Tiết 4.1, Điểm 4, Mục II, Phần IV Quyết định số 82/QĐ-BHXH).

- Trường hợp giá viện phí được cấp có thẩm quyền phê duyệt bổ sung hoặc điều chỉnh vào thời điểm giữa hoặc cuối năm 2010, tổng chi phí KCB năm 2010 để xác định suất phí năm 2011 được cộng thêm phần chi phí tăng do áp dụng giá viện phí mới, tính cho cả năm theo phần chi phí tăng thêm bình quân mỗi tháng đã áp dụng giá viện phí mới.

4.2 Việc xác định tổng mức thanh toán đa tuyến đến (gọi tắt là trần thanh toán tuyến 2) và nguyên tắc thanh toán chi phí KCB BHYT đối với bệnh nhân tuyến 2, phương pháp phân bổ và thông báo kinh phí thanh toán tuyến 2 thực hiện theo hướng dẫn của BHXH Việt Nam tại Công văn số 2065/BHXH-CSYT ngày 21/5/2010 và Điểm 3 Công văn số 5488/BHXH-CSYT ngày 15/12/2010 của BHXH Việt Nam. Riêng chi phí đa tuyến ngoại tỉnh đến vượt trần tuyến 2 được quyết toán bổ sung sau khi điều tiết giữa các quý trong năm được tổng hợp và thông báo một lần vào cuối năm.

- Trường hợp đến cuối năm có vượt trần thanh toán tuyến 2, BHXH các tỉnh kiểm tra, thẩm định theo mẫu 16/BHYT để xác định cụ thể nguyên nhân vượt trần, tổng hợp và báo cáo BHXH Việt Nam xem xét giải quyết.

5. Việc thông báo số thẻ BHYT đăng ký KCB ban đầu và kinh phí KCB BHYT:

Trước ngày 15 của tháng đầu mỗi quý, cơ quan BHXH căn cứ số thẻ BHYT đăng ký KCB ban đầu tại cơ sở KCB quý trước (điều chỉnh tăng, giảm nếu có) để xác định và thông báo cho cơ sở KCB kinh phí ước tính được sử dụng trong kỳ theo mẫu số 12/BHYT ban hành theo Quyết định số 82/QĐ-BHXH.

Trong vòng 30 ngày kể từ ngày nhận được hồ sơ đề nghị thanh toán, BHXH tỉnh thông báo chính thức cho cơ sở KCB kinh phí được sử dụng trong kỳ và chi phí khám chữa bệnh đưa vào quyết toán theo mẫu số 27/BHYT ban hành theo Quyết định số 160/QĐ-BHXH ngày 14/2/2011 của BHXH Việt Nam.

6. Việc thanh toán chi phí KCB BHYT trong một số trường hợp:

6.1 Đối với một số dịch vụ kỹ thuật (DVKT) cao, chi phí lớn:

Một số DVKT cao, chi phí lớn gồm nhiều thủ thuật, phẫu thuật như Phẫu thuật lấy thủy tinh thể ngoài bao, đặt IOL + cắt bè; Cấy máy tạo nhịp + phá rung; Phẫu thuật ung thư biểu mô tế bào đáy/tế bào gai vùng mặt + tạo hình vạt da, đóng khuyết da bằng phẫu thuật tạo hình..., nếu chỉ thực hiện một DVKT trước dấu (+) thì vẫn được coi là DVKT cao, chi phí lớn. Giá thanh toán DVKT đã thực hiện bằng giá đã được phê duyệt trừ đi phần chi phí của những DVKT không thực hiện.

6.2 Thanh toán CT-Scanner có sử dụng thuốc cản quang và không sử dụng thuốc cản quang:

BHXH các tỉnh phối hợp với Sở Y tế, cơ sở KCB thuộc Bộ Y tế và các Bộ, ngành khác xây dựng và trình cấp có thẩm quyền phê duyệt cụ thể giá thu một lần chụp CT-Scanner có sử dụng thuốc cản quang và không sử dụng thuốc cản quang theo hướng dẫn của Bộ Y tế tại Công văn số 3320/BYT-KHTC ngày 10/6/2011.

Trong thời gian chờ cấp có thẩm quyền phê duyệt điều chỉnh giá thu viện phí đối với DVKT này, BHXH các tỉnh phối hợp với Sở Y tế và các cơ sở KCB căn cứ vào mức giá đã được phê duyệt để tạm thời thống nhất mức giá một lần chụp CT-Scanner không sử dụng thuốc cản quang làm cơ sở thanh quyết toán theo chế độ BHYT (thay cho việc giảm trừ chi phí thuốc cản quang tại thời điểm chụp).

BHXH các tỉnh nghiêm túc thực hiện việc kiểm tra, giám định và báo cáo tình hình thanh toán chi phí chụp CT-Scanner trong 2 năm 2008 – 2009 theo quy định tại Điều 8.5 Công văn số 1885/BHXH – CSYT ngày 12/5/2010 của Bảo hiểm xã hội Việt Nam hướng dẫn giải quyết vướng mắc trong công tác giám định khám, chữa bệnh BHYT.

6.3 DVKT cắt Amydal có gây mê và nội soi khí phế quản bằng ống soi mềm có gây mê:

Cơ quan BHXH thanh toán theo mức giá của DVKT cắt Amydal có gây mê hoặc DVKT nội soi khí phế quản bằng ống soi mềm có gây mê (bao gồm cả thuốc) đã được cấp có thẩm quyền phê duyệt. Hồ sơ bệnh án phải có:

a) Đối với trường hợp cắt Amydal có gây mê:

- Trích biên bản hội chẩn (Mẫu số 40/BV-01);

- Giấy cam đoan chấp nhận phẫu thuật, thủ thuật và gây mê hồi sức (Mẫu số 03/BV-01);

- Phiếu gây mê hồi sức (Mẫu số 13/BV-01) và Phiếu phẫu thuật/thủ thuật (Mẫu số 14/BV-01).

b) Đối với trường hợp thực hiện nội soi khí phế quản bằng ống soi mềm có gây mê:

- Giấy cam đoan chấp nhận phẫu thuật, thủ thuật và gây mê hồi sức (Mẫu số 03/BV-01);

- Phiếu gây mê hồi sức (Mẫu số 13/BV-01) ;

- Phiếu nội soi (Mẫu số 25/BV-01).

Trường hợp trong hồ sơ bệnh án không có đủ các loại giấy tờ nêu trên thì thanh toán theo mức giá của DVKT cắt Amydal quy định tại Thông tư Liên Bộ số 14/TTLB (thứ tự số 3, Mục C2.4 Phần C) hoặc giá của DVKT soi thanh khí phế quản bằng ống soi mềm (không phân biệt tiền mê hay không) quy định tại Thông tư Liên tịch số 03/2006/TTLT-BYT-BTC-BLĐT BXH (thứ tự số 28, Mục C2.4).

6.4 Đối với các DVKT được thực hiện trong ca đẻ như thông tiểu, thực tháo phân, cắt khâu tầng sinh môn và DVKT đẻ không đau:

a) Cơ quan BHXH thanh toán theo mức giá tương ứng với DVKT đẻ thường/ đẻ khó/mổ đẻ đã được cấp có thẩm quyền phê duyệt, không thanh toán thêm những DVKT như thông tiểu, thực tháo phân và cắt khâu tầng sinh môn.

b) Dịch vụ kỹ thuật đẻ không đau được thanh toán theo mức giá đã được cấp có thẩm quyền phê duyệt theo quy định và chi phí thuốc gây tê sử dụng trong ca đẻ.

6.5 Thanh toán chi phí đối DVKT Siêu âm:

a. Đối với kỹ thuật Siêu âm tổng quát ổ bụng :

- Về nguyên tắc, cơ quan BHXH thanh toán chi phí siêu âm ổ bụng theo mức giá của kỹ thuật siêu âm sử dụng đầu dò 2D thông thường quy định tại Thông tư Liên Bộ số 14/TTLB (tối đa là 20.000 đồng/1 lần).

- Trường hợp cơ sở KCB đề nghị thanh toán theo giá siêu âm 3D, 4D, hồ sơ thanh toán phải ghi rõ chỉ định và phiếu ghi kết quả phải thể hiện việc dựng hình ảnh 3 chiều hoặc 4 chiều, kích thước của khối u để cơ quan BHXH thực hiện nghiệp vụ giám định trước khi thanh toán.

- Trường hợp cơ sở KCB đề nghị thanh toán kỹ thuật siêu âm ổ bụng theo giá siêu âm Doppler, chỉ định phải ghi cụ thể, dịch vụ kỹ thuật do bác sỹ chuyên khoa về siêu âm thực hiện và kết quả trả lời phải thể hiện việc đo lưu lượng dòng chảy,

hình ảnh tăng sinh mạch của khối u.... để cơ quan BHXH thực hiện nghiệp vụ giám định trước khi thanh toán.

Các trường hợp sử dụng máy siêu âm 3D, 4D, siêu âm màu Dopple trong siêu âm ổ bụng mà kết quả trả lời chỉ như kết quả trả lời khi sử dụng đầu dò 2D thông thường thì thanh toán theo mức giá của siêu âm 2D.

b. Trường hợp cơ sở KCB sử dụng siêu âm màu nhưng kết quả được in trên giấy đen trắng, cơ quan BHXH thống nhất với cơ sở KCB phân chi phí chênh lệch giữa giấy in đen trắng và giấy in màu để khấu trừ vào mức giá thanh toán đối với kỹ thuật siêu âm màu.

6.6 Thanh toán các DVKT tuyến xã:

Cơ quan BHXH thanh toán chi phí các DVKT tại các cơ sở KCB tuyến xã theo mức giá được cấp có thẩm quyền phê duyệt theo hướng dẫn của Bộ Y tế tại Công văn số 5732/BYT-BH ngày 25/8/2010, cụ thể như sau:

a. Tiền khám bệnh: không vượt quá 2.000 đồng/1 lần khám bệnh;

b. Tiền ngày giường lưu: không vượt quá 5.000 đồng/1 ngày ;

c. Giá DVKT: không vượt quá mức thu đã được UBND cấp tỉnh phê duyệt đối với bệnh viện tuyến huyện theo Khung giá một phần viện phí quy định tại Thông tư Liên Bộ số 14/TTLB, Thông tư Liên tịch số 03/2006/TTLT-BYT-BTC-BLĐT BXH.

Trước ngày 25/8/2010 thanh toán theo mức giá do cấp có thẩm quyền phê duyệt không quá 1.000 đồng/1 lần khám bệnh và không quá 3.000 đồng/1 ngày giường lưu.

Trường hợp sau ngày 25/8/2010 nếu chưa được cấp có thẩm quyền phê duyệt điều chỉnh mức giá các DVKT tại Trạm y tế tuyến xã theo hướng dẫn của Bộ Y tế tại Công văn số 5732/BYT-BH, việc thanh toán tiếp tục thực hiện theo mức giá trước ngày 25/8/2010. BHXH các tỉnh báo cáo tình hình thanh toán chi phí tiền khám bệnh, tiền ngày giường lưu tại các Trạm y tế tuyến xã từ năm 2007 đến nay về BHXH Việt Nam trước ngày 30/8/2011, lưu ý kiểm tra, rà soát thu hồi về quỹ BHYT những chi phí (tiền khám bệnh, tiền ngày giường lưu) thanh toán không đúng quy định nêu trên.

6.7 Thanh toán chi phí máu trong trường hợp cơ sở KCB tiếp nhận máu từ người nhà bệnh nhân cho máu để sử dụng cho người bệnh BHYT:

Cơ quan BHXH thanh toán chi phí máu theo mức giá do Giám đốc bệnh viện phê duyệt theo quy định tại Quyết định số 4578/QĐ-BYT ngày 20/11/2009 của Bộ trưởng Bộ Y tế về việc quy định giá tối đa của một số đơn vị máu toàn phần và chế phẩm của máu đạt tiêu chuẩn nếu cơ sở KCB thực hiện đầy đủ việc nhập – xuất máu theo đúng quy định.

6.8 Thanh toán trực tiếp đối với các trường hợp khám chữa bệnh tại cơ sở KCB tư nhân không ký hợp đồng KCB BHYT:

Cơ quan BHXH xác định những chi phí thuộc phạm vi thanh toán của quỹ BHYT và thanh toán cho người bệnh như sau :

a) Người bệnh đến KCB trong tình trạng cấp cứu: Mức thanh toán như trường hợp đi KCB đúng tuyến chuyên môn kỹ thuật.

b) Người bệnh đến KCB không trong tình trạng cấp cứu:

- Khám chữa bệnh tại bệnh viện tư nhân: Mức thanh toán tối đa không vượt quá mức chi phí bình quân đối với bệnh viện hạng II quy định tại Phụ lục 02 ban hành kèm theo Thông tư Liên tịch số 09/2009/TTLT-BYT-BTC.

- Khám chữa bệnh tại phòng khám tư nhân: Mức thanh toán tối đa không vượt quá mức chi phí bình quân đối với bệnh viện hạng III quy định tại Phụ lục 02 ban hành kèm theo Thông tư Liên tịch số 09/2009/TTLT-BYT-BTC.

Nhận được Công văn này, đề nghị BHXH các tỉnh triển khai thực hiện. Nếu có khó khăn, vướng mắc phản ánh về BHXH Việt Nam để kịp thời chỉ đạo, giải quyết./.

Nơi nhận:

- Như trên;
- Bộ Y tế, Bộ Tài chính
- Tổng Giám đốc (để b/c);
- Các Phó Tổng Giám đốc
- Sở Y tế các tỉnh, Tp trực thuộc TW;
- Các Ban: Chi, K. Tra, CST, TTTT;
- Lưu: VT, CSYT (5b).

**TL. TỔNG GIÁM ĐỐC
TRƯỞNG BAN THỰC HIỆN CHÍNH SÁCH BHYT**



Phạm Lương Sơn