

Số: *1513* /BHXH-CSYT

Hà Nội, ngày 20 tháng 4 năm 2012

V/v hướng dẫn triển khai Thông tư
liên tịch số 04/2012/TTLT-BYT-BTC

Kính gửi:

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

Ngày 29/02/2012, liên Bộ Y tế - Bộ Tài chính đã ký Thông tư liên tịch số 04/2012/TTLT-BYT-BTC ban hành mức tối đa khung giá một số dịch vụ khám bệnh, chữa bệnh (KCB) trong các cơ sở KCB của Nhà nước (sau đây viết tắt là Thông tư số 04). Để đảm bảo quyền lợi cho người bệnh có thể bảo hiểm y tế (BHYT), tăng cường hiệu quả sử dụng quỹ và thống nhất thực hiện trên cả nước, Bảo hiểm xã hội Việt Nam yêu cầu Bảo hiểm xã hội các tỉnh, thành phố trực thuộc Trung ương, Bảo hiểm xã hội Bộ Quốc phòng (sau đây gọi chung là BHXH tỉnh) triển khai thực hiện một số nội dung cụ thể như sau:

1. Chủ động phối hợp với Sở Y tế, Sở Tài chính xây dựng, trình Ủy ban nhân dân (UBND) tỉnh mức giá cụ thể của các dịch vụ y tế (DVYT) ban hành kèm theo Thông tư số 04 để trình Hội đồng nhân dân tỉnh phê duyệt theo quy định tại Khoản 4, Điều 88 Luật Khám bệnh, chữa bệnh, làm căn cứ thanh toán chi phí KCB BHYT.

- Thông báo và hướng dẫn các cơ sở KCB trên địa bàn thuộc các bộ, ngành trực tiếp quản lý (trừ các cơ sở KCB thuộc Bộ Y tế, Bộ Quốc phòng) xây dựng mức giá cụ thể của các DVYT ban hành kèm theo Thông tư số 04, báo cáo bộ, ngành chủ quản đề nghị Bộ Y tế phê duyệt theo quy định, làm căn cứ thanh toán chi phí KCB BHYT. Cơ quan BHXH không áp dụng mức giá viện phí được cấp có thẩm quyền phê duyệt cho các cơ sở KCB của địa phương để thanh quyết toán với các cơ sở y tế trực thuộc các bộ, ngành.

2. Nguyên tắc xây dựng và thẩm định mức giá dịch vụ y tế

- Căn cứ tình hình kinh tế xã hội thực tế tại địa phương và định mức kinh tế kỹ thuật để thực hiện các dịch vụ, kỹ thuật y tế được Bộ Y tế ban hành tạm thời kèm theo Quyết định số 355/QĐ-BYT ngày 9/2/2012 và Quyết định số 508/QĐ-BYT ngày 20/2/2012 (được Bộ Y tế gửi trên Công thông tin điện tử của Bộ Y tế); chi tiết cơ cấu giá của 477 dịch vụ y tế do liên Bộ xây dựng (được BHXH Việt Nam gửi trên đường truyền FTP), Bảo hiểm xã hội các tỉnh có trách nhiệm tham gia cùng với Sở Y tế, Sở Tài chính xây dựng định mức kinh tế kỹ thuật để thực hiện các dịch vụ y tế phù hợp với tình hình thực tế nhưng không được cao hơn định mức Bộ Y tế ban hành tại 2 Quyết định nêu trên. Trong quá trình xây dựng viện phí cần lưu ý một số điểm sau:

- Giá của các loại vật tư y tế, thuốc sử dụng để thực hiện dịch vụ được tính theo giá trúng thầu được phê duyệt áp dụng cho năm 2012, nếu một loại vật tư y tế hoặc một loại thuốc được phê duyệt nhiều mức giá thì áp dụng giá thấp nhất. Trường hợp những vật tư y tế, thuốc không có trong kết quả phê duyệt trúng thầu

thì áp dụng mức giá trung bình thấp của các tỉnh, thành phố trong cùng khu vực để xây dựng giá DVYT của Thông tư số 04.

- Các DVYT thuộc mục C2.7 thuộc Khung giá một phần viện phí ban hành kèm theo Thông tư liên tịch số 03/TTLT-BYT-BTC-BLĐTB&XH ngày 26/1/2006 của liên Bộ Y tế - Tài chính - Lao động Thương binh và Xã hội bổ sung Thông tư liên bộ số 14/TTLB ngày 30/9/1995 của liên Bộ Y tế-Tài chính-Lao động Thương binh và Xã hội-Ban Vật giá Chính phủ hướng dẫn thực hiện việc thu một phần viện phí (sau đây viết tắt là Thông tư liên tịch số 03 và Thông tư liên bộ số 14) đã được cấp thẩm quyền phê duyệt nhưng chưa có cơ cấu chi phí thì cần xây dựng cơ cấu chi phí và trình phê duyệt theo đúng trình tự, thủ tục.

- Mức giá cụ thể đối với từng DVYT phải được xây dựng trên cơ sở tiết kiệm, phù hợp với điều kiện kinh tế xã hội và mức thu nhập bình quân chung của địa phương và không vượt quá mức giá tối đa ban hành theo Thông tư số 04. Chỉ xây dựng và trình cấp thẩm quyền ban hành giá của các dịch vụ kỹ thuật đang được thực hiện tại các cơ sở KCB, không đề nghị phê duyệt giá các dịch vụ kỹ thuật mà cơ sở KCB chưa đủ điều kiện và khả năng thực hiện. Trên bảng giá mới cần ghi rõ thứ tự các DVYT của Thông tư số 04 để thuận tiện cho công tác quản lý, mã hoá và ứng dụng tin học.

- Trường hợp chưa thống nhất về định mức kinh tế kỹ thuật, cơ cấu giá dịch vụ y tế, BHXH tỉnh báo cáo, xin ý kiến chỉ đạo của Ủy ban nhân dân tỉnh và BHXH Việt Nam để thống nhất chỉ đạo giải quyết.

3. Để đảm bảo quyền lợi cho người bệnh BHYT, khắc phục tình trạng người bệnh phải nộp thêm các khoản chi phí đã được tính trong cơ cấu giá của DVYT được quỹ BHYT chi trả, BHXH các tỉnh có trách nhiệm phối hợp chặt chẽ với Sở Y tế tổ chức tuyên truyền sâu rộng việc bổ sung, điều chỉnh giá thu viện phí mới, đặc biệt đối với người bệnh tại các cơ sở KCB. Phối hợp với cơ sở KCB công khai mức thu của các dịch vụ y tế trên các bảng to, rõ ràng, tại vị trí thuận lợi, dễ nhìn, dễ thấy để người bệnh biết và thực hiện, đồng thời kiên quyết yêu cầu các cơ sở KCB không được thu thêm tiền của người bệnh ngoài quy định.

4. Tăng cường công tác giám định, kiểm tra chống lạm dụng, nâng cao hiệu quả sử dụng quỹ BHYT, lưu ý một số vấn đề sau:

4.1 Đối với việc xác định số lần khám bệnh ngoại trú

- Nguyên tắc xác định một lần khám bệnh được thực hiện theo hướng dẫn tại Quyết định số 40/2006/QĐ-BYT ngày 25/12/2006 của Bộ trưởng Bộ Y tế ban hành hệ thống chỉ tiêu thống kê ngành y tế. *Riêng trường hợp người bệnh phải khám thêm một số chuyên khoa trong cùng một cơ sở y tế, trong một lần đến khám bệnh thì vẫn tạm thời chỉ tính là 01 lần khám bệnh.*

- Nếu số lần khám bệnh vượt quá định mức (trên 35 bệnh nhân/bàn khám/ngày), BHXH tỉnh đề nghị cơ sở KCB bố trí thêm bàn khám để đảm bảo chất lượng và quyền lợi người bệnh. Trường hợp cơ sở KCB không có đủ điều kiện (cơ sở vật chất, trang thiết bị, nhân lực) để đáp ứng yêu cầu nêu trên, BHXH các tỉnh có trách nhiệm báo cáo về BHXH Việt Nam để đề nghị Bộ Y tế hướng dẫn mức thanh toán đối với số lần khám vượt định mức theo quy định.

- Kiểm tra, từ chối thanh toán các trường hợp cấp giấy giới thiệu không đúng quy định để hợp lý thủ tục chuyên viện, thống kê nhiều lần khám bệnh trong một đợt điều trị ngoại trú, thanh toán tiền khám bệnh khi hẹn người bệnh đến lĩnh thuốc hoặc kết quả xét nghiệm, thanh toán tiền khám khi bệnh nhân khám và vào điều trị nội trú trong ngày.

4.2 Đối với việc xác định loại giường bệnh và số ngày điều trị nội trú

- Thực hiện kiểm tra, đối chiếu theo loại giường và hạng bệnh viện, lưu ý phân biệt giường bệnh của đơn vị điều trị tích cực (ICU) và giường bệnh hồi sức cấp cứu tại các bệnh viện hạng II trở lên. Phối hợp với cơ sở KCB để theo dõi, thống kê và thanh toán đúng quy định đối với các trường hợp nằm ghép nhiều bệnh nhân trên một giường bệnh (Bảng theo dõi sử dụng giường bệnh số... tháng...năm gửi kèm Công văn này).

- Số ngày điều trị nội trú được xác định theo quy định tại Thông tư liên Bộ số 14/TTLB ngày 30/9/1995. Kiểm tra các trường hợp thống kê thừa số ngày nằm viện khi chuyển bệnh nhân giữa các khoa trong cùng một bệnh viện và chuyển sang bệnh viện khác; bệnh nhân đã ra viện nhưng tính thêm ngày nghỉ, ngày lễ.


4.3 Thường xuyên theo dõi, giám định chặt chẽ: quá trình thực hiện các DVKT để đảm bảo bệnh nhân được sử dụng vật tư, thuốc theo định mức kinh tế kỹ thuật đã xây dựng; việc chỉ định và sử dụng các DVKT trước khi thanh toán. Yêu cầu các cơ sở KCB BHYT nghiêm túc thực hiện thống kê, tổng hợp các DVKT sử dụng trong kỳ theo mẫu số 21/BHYT ban hành theo Quyết định số 82/QĐ-BHXH ngày 20/01/2010 của Tổng Giám đốc BHXH Việt Nam. Thống kê, tổng hợp theo mẫu 21/BHYT nêu trên là một trong những chứng từ trong hồ sơ thanh, quyết toán chi phí KCB BHYT, cơ quan BHXH tạm thời chưa thanh toán các khoản chi phí này nếu cơ sở KCB chưa cung cấp đủ chứng từ, hồ sơ theo quy định.

5. Trong khi chờ cấp có thẩm quyền phê duyệt bảng giá dịch vụ y tế mới, cơ quan BHXH thanh toán chi phí KCB BHYT theo bảng giá đã được phê duyệt theo quy định tại Thông tư liên Bộ số 14/TTLB và Thông tư liên tịch số 03. Trường hợp BHXH tỉnh chưa thống nhất bảng giá danh mục mới thì báo cáo BHXH Việt Nam chỉ đạo.

Nhận được Công văn này, yêu cầu Bảo hiểm xã hội các tỉnh khẩn trương triển khai thực hiện, báo cáo, gửi bảng giá dịch vụ mới ngay khi được cấp có thẩm quyền phê duyệt về BHXH Việt Nam bằng văn bản và file điện tử theo địa chỉ khthcsyt@vss.gov.vn. Nếu có khó khăn, vướng mắc, kịp thời báo cáo BHXH Việt Nam để có hướng chỉ đạo, giải quyết. /

Nơi nhận:

- Như trên;
- Chủ tịch HĐQT BHXH VN;
- Bộ Y tế, Bộ Tài chính;
- UBND các tỉnh, Tp trực thuộc TW;
- Tổng Giám đốc, các Phó TGD;
- Sở Y tế các tỉnh, Tp trực thuộc TW;
- Các Ban: Chi, KHTC, Kiểm tra, TTTT;
- Lưu: VT, CSYT (5).

TỔNG GIÁM ĐỐC

Lê Bạch Hồng

.....TÊN CƠ SỞ KCB
 TÊN KHOA/PHÒNG

BẢNG THEO DÕI SỬ DỤNG GIƯỜNG BỆNH SỐ/THÁNG ... NĂM 20....

Họ và tên bệnh nhân	Ngày trong tháng																															Tổng số ngày	Tiền giường	Trong đó		Xác nhận người bệnh		
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31			BHTT	BNTT			
Nguyễn Văn A	x	x	x	x	x	x	x	\																									8	504,000	403,200	100,800		
Nguyễn Văn B						x	x	x	x	\																								5	344,000	326,800	17,200	
Nguyễn Văn C							x	\																										1	24,000	24,000		
Nguyễn Văn D									x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	\			21	1,760,000		1,760,000	
Số BN/giường	1	1	1	1	1	2	3	2	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	\		35	2,632,000	754,000	1,878,000		
Định mức thanh toán/bệnh nhân	1	1	1	1	1	0.5	0.3	0.5	0.5	0.5	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1							

Người lập
(Ký, ghi rõ họ tên)

Điều dưỡng trưởng
(Ký, ghi rõ họ tên)

....., ngày tháng năm
 Trưởng khoa
(Ký, ghi rõ họ tên)

Ví dụ: Bệnh nhân A vào viện ngày 1, ra viện ngày 9 trong tháng, số ngày giường bệnh là 9-1=8
 trong đó có 2 ngày nằm ghép 2 người và 1 ngày nằm ghép 3 người, giá tiền giường là 80.000đ/ngày
 Tiền giường = 5 x 80.000 + 2 x 50% x 80.000 + 1 x 30% x 80.000 = 504.000 (đồng)
 Bệnh nhân A có trách nhiệm chi trả 20% chi phí điều trị nên số tiền được cơ quan BHXH thanh toán là 80% x 504.000 = 403.200 (đồng)