

Số: 5388/BHXH-CSYT

Hà Nội, ngày 30 tháng 12 năm 2015

V/v hướng dẫn giải quyết một số
vướng mắc trong thực hiện chính sách
BHYT

Kính gửi:

- Bảo hiểm xã hội các tỉnh, thành phố trực thuộc Trung ương;
- Bảo hiểm xã hội Bộ Quốc phòng, Bảo hiểm xã hội Bộ Công an;
- Trung tâm Giám định BHYT và Thanh toán đa tuyến khu vực phía Bắc;
- Trung tâm Giám định BHYT và Thanh toán đa tuyến khu vực phía Nam.

Để thống nhất giải quyết những khó khăn, vướng mắc phát sinh trong quá trình tổ chức thực hiện chính sách bảo hiểm y tế (BHYT), Bảo hiểm xã hội (BHXH) Việt Nam hướng dẫn BHXH các tỉnh, thành phố trực thuộc Trung ương, BHXH Bộ Quốc phòng, BHXH Bộ Công an, Trung tâm Giám định BHYT và Thanh toán đa tuyến khu vực phía Bắc, Trung tâm Giám định BHYT và Thanh toán đa tuyến khu vực phía Nam (sau đây viết tắt là BHXH tỉnh) thực hiện một số nội dung sau:

1. Đăng ký khám bệnh, chữa bệnh ban đầu; xác định tuyến cơ sở khám bệnh, chữa bệnh và chuyển tuyến khám bệnh, chữa bệnh BHYT

Từ ngày 01/01/2016, việc đăng ký khám bệnh, chữa bệnh ban đầu, xác định tuyến cơ sở khám bệnh, chữa bệnh BHYT và chuyển tuyến khám bệnh, chữa bệnh BHYT được thực hiện theo quy định tại Thông tư số 40/2015/TT-BYT ngày 16/11/2015 của Bộ Y tế hướng dẫn đăng ký khám bệnh, chữa bệnh BHYT ban đầu và chuyển tuyến khám bệnh, chữa bệnh BHYT, lưu ý một số vấn đề sau:

a) Đối với các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh không có phòng khám đa khoa, tuyến chuyên môn kỹ thuật được xác định theo quy định tại Thông tư số 43/2013/TT-BYT ngày 11/12/2013 của Bộ Y tế quy định chi tiết phân tuyến chuyên môn kỹ thuật. Việc chuyển tuyến khám bệnh, chữa bệnh tại các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh này thực hiện theo quy định tại Thông tư số 14/2014/TT-BYT ngày 14/4/2014 của Bộ Y tế quy định việc chuyển tuyến giữa các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh.

b) Đối với các trường hợp hẹn khám lại: Căn cứ phân tuyến chuyên môn, danh mục dịch vụ kỹ thuật được cấp có thẩm quyền phê duyệt thực hiện tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh, BHXH các tỉnh thống nhất với cơ sở khám bệnh, chữa bệnh các trường hợp được hẹn khám lại theo yêu cầu chuyên môn. Đề nghị cơ sở khám bệnh, chữa bệnh thực hiện đúng quy định của Bộ Y tế về việc hướng dẫn chuyên môn theo nguyên tắc chỉ đạo tuyến và chuyển người bệnh về tuyến dưới tiếp tục theo dõi, điều trị; từ chối thanh toán đối với các trường hợp tuyến dưới có đủ điều kiện khám và điều trị nhưng vẫn được cơ sở khám bệnh, chữa bệnh tuyến trên hẹn khám lại.

2. Khám bệnh, chữa bệnh BHYT tại các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh tuyến xã, tuyến huyện từ ngày 01/01/2016

a) Người có thẻ BHYT đăng ký khám bệnh, chữa bệnh ban đầu tại các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh tuyến xã hoặc tại phòng khám đa khoa hoặc tại bệnh viện tuyến huyện được lựa chọn một trong các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh tuyến xã, tuyến huyện nêu trên trong cùng địa bàn tỉnh để khám bệnh, chữa bệnh mà không cần có giấy chuyển tuyến khám bệnh, chữa bệnh; được đảm bảo quyền lợi BHYT như đối với các trường hợp khám bệnh, chữa bệnh đúng tuyến chuyên môn kỹ thuật.

b) Đối với bệnh viện tư nhân năm 2015 đã thống nhất thanh toán theo mức giá tương đương bệnh viện hạng II; năm 2016 tiếp tục thực hiện như năm 2015, xác định là cơ sở khám bệnh, chữa bệnh tuyến tỉnh và không thực hiện khám bệnh, chữa bệnh thông tuyến. Trường hợp bệnh viện đề nghị thanh toán theo mức giá tương đương bệnh viện hạng III, BHXH tỉnh tổng hợp, báo cáo BHXH Việt Nam xem xét giải quyết.

c) Người có thẻ BHYT đã được đăng ký khám bệnh, chữa bệnh ban đầu tại các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh tuyến tỉnh hoặc tuyến trung ương nhưng tự đi khám bệnh, chữa bệnh không đúng tuyến tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh tuyến huyện, tuyến xã: cơ quan BHXH tạm thời chưa thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh theo chế độ BHYT như đối với các trường hợp tự đi khám chữa bệnh ngoại trú tại các bệnh viện tuyến tỉnh, tuyến trung ương (trừ các đối tượng có thẻ BHYT được ghi mã K1, K2, K3; các trường hợp cấp cứu; có giấy tạm trú, đi công tác, học tập).

3. Phân cấp tổ chức thực hiện hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh BHYT đối với BHXH cấp huyện

Giám đốc BHXH tỉnh căn cứ quy định tại Khoản 3, Điều 3 Quy định về tổ chức thực hiện BHYT trong khám bệnh, chữa bệnh ban hành kèm theo Quyết định số 1399/QĐ-BHXH ngày 22/12/2014 của Tổng Giám đốc BHXH Việt Nam và tình hình thực tế tại địa phương để quyết định việc phân cấp cho BHXH cấp huyện ký và tổ chức thực hiện hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh BHYT với các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh sau đây:

a) Cơ sở khám bệnh, chữa bệnh tuyến xã và tuyến huyện quy định tại Điều 3 và Điều 4 Thông tư số 40/2015/TT-BYT.

b) Cơ sở khám bệnh, chữa bệnh tương đương tuyến huyện không có phòng khám đa khoa theo quy định tại Khoản 4, Điều 3 Thông tư số 43/2013/TT-BYT ngày 11/12/2013 của Bộ Y tế quy định chi tiết phân tuyến chuyên môn kỹ thuật đối với hệ thống cơ sở khám bệnh, chữa bệnh.

4. Thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh BHYT trong một số trường hợp

a) Người có thẻ BHYT đang điều trị nội trú nhưng thẻ BHYT hết hạn sử dụng vào ngày 31/12/2015: BHXH các tỉnh thống nhất với cơ sở khám bệnh, chữa bệnh tiếp tục giải quyết quyền lợi BHYT cho đến khi người bệnh điều trị ra viện. Đồng thời hướng dẫn để người bệnh khẩn trương mua thẻ BHYT có giá trị sử dụng trong năm 2016.

b) Người bệnh điều trị nội trú vào viện trong năm 2015, ra viện trong năm 2016:

- Trường hợp khám bệnh, chữa bệnh không đúng tuyến: mức hưởng BHYT xác định theo tuyến chuyên môn kỹ thuật của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh tại thời điểm người bệnh vào điều trị nội trú.

- Trường hợp đã được cấp Giấy chứng nhận không cùng chi trả trong năm 2015: người bệnh chỉ thực hiện cùng chi trả các chi phí khám bệnh, chữa bệnh phát sinh từ 01/01/2016 đến hết đợt điều trị. Chi phí cùng chi trả này được tổng hợp để lũy kế làm cơ sở xác định điều kiện không cùng chi trả trong năm 2016.

c) Trường hợp vào viện cấp cứu ngoại trú nhưng chưa kịp xuất trình thẻ BHYT trước khi ra viện (hoặc chuyển tuyến hoặc tử vong sau vài giờ): BHXH các tỉnh thống nhất với cơ sở khám bệnh, chữa bệnh chỉ tạm thu tiền viện phí và hẹn người bệnh (hoặc người nhà, người giám hộ...) mang thẻ BHYT đến để giải quyết quyền lợi BHYT cho người bệnh theo quy định.

5. Tăng cường ứng dụng công nghệ thông tin trong công tác quản lý, giám định và thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh BHYT

Giám đốc BHXH các tỉnh có trách nhiệm trực tiếp chỉ đạo, phối hợp chặt chẽ với Sở Y tế và các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh khẩn trương thực hiện một số việc cụ thể như sau:

a) Mã hóa danh mục dùng chung tại tỉnh và danh mục sử dụng tại mỗi cơ sở khám bệnh, chữa bệnh theo đúng các quy định của Bộ Y tế tại Quyết định số 5084/QĐ-BYT ngày 30/11/2015; Chủ động thực hiện ánh xạ tự động dữ liệu đã được mã hóa theo các quy định tại Quyết định số 2182/QĐ-BYT sang các quy định tại Quyết định số 5084/QĐ-BYT nói trên.

b) Đề nghị các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh BHYT phối hợp với các doanh nghiệp công nghệ thông tin cung cấp phần mềm quản lý bệnh viện điều chỉnh việc trích xuất dữ liệu đầu ra theo quy định tại Công văn số 9324/BYT-BH ngày 30/11/2015 của Bộ Y tế về việc trích xuất đầu ra dữ liệu yêu cầu thanh toán BHYT, đảm bảo cơ sở khám bệnh, chữa bệnh cung cấp và liên thông dữ liệu thông tin theo các Bảng 1, Bảng 2, Bảng 3 ngay khi bệnh nhân ra viện theo đúng chỉ đạo của Phó Thủ tướng Chính phủ Vũ Đức Đam tại Công văn số 205/TB-VPCP ngày 23/6/2015 của Văn phòng Chính phủ. Đồng thời có lộ trình cụ thể để cung cấp dữ liệu, thông tin theo Bảng 4, Bảng 5 kèm theo Công văn số 9324/BYT-BH nói trên.

Yêu cầu BHXH các tỉnh khẩn trương triển khai tổ chức thực hiện, nếu có khó khăn vướng mắc kịp thời báo cáo BHXH Việt Nam để có hướng chỉ đạo, giải quyết. /

Nơi nhận:

- Như trên;
- Tổng Giám đốc (để b/c);
- Các Phó Tổng Giám đốc;
- Các Ban: TCKT, KT, DVT, KTNB, TTTT;
- Lưu: VT, CSYT (5b).

**KT. TỔNG GIÁM ĐỐC
PHÓ TỔNG GIÁM ĐỐC**



Nguyễn Minh Thảo