

Số: /BHXH-CSYT

Hà Nội, ngày tháng 01 năm 2019

V/v hướng dẫn thực hiện

Thông tư số 39/2018/TT-BYT

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 Công an nhân dân.
- (Sau đây gọi chung là Bảo hiểm xã hội tỉnh)*

Ngày 30/11/2018, Bộ Y tế ban hành Thông tư số 39/2018/TT-BYT quy định thống nhất giá dịch vụ khám bệnh, chữa bệnh (KCB) bảo hiểm y tế (BHYT) giữa các bệnh viện cùng hạng trên toàn quốc và hướng dẫn áp dụng giá, thanh toán chi phí KCB trong một số trường hợp (Thông tư số 39) có hiệu lực thi hành từ ngày 15/01/2019. Bảo hiểm xã hội (BHXH) Việt Nam đề nghị BHXH các tỉnh phối hợp với các cơ sở KCB trên địa bàn triển khai thực hiện thanh toán chi phí KCB BHYT theo quy định tại Thông tư số 39, lưu ý một số nội dung sau:

I. Phối hợp với cơ sở KCB

1. Thống kê số bàn khám bệnh theo chuyên khoa tại Khoa khám bệnh và các khoa lâm sàng (nếu có). Đồng thời kiến nghị với các cơ sở KCB chỉ tổ chức phòng khám tại khoa lâm sàng trong các trường hợp trang thiết bị dùng để khám bệnh đang dùng chung cho cả khu điều trị nội trú và khám ngoại trú (như chuyên khoa Mắt, Sản phụ khoa) hoặc Khoa khám bệnh đang sửa chữa hoặc khu khám các bệnh cần cách ly, đảm bảo tổ chức các phòng khám, khu khám bệnh liên hoàn theo đúng quy định của Bộ Y tế tại Quyết định số 1313/QĐ-BYT ngày 22/4/2013 hướng dẫn quy trình khám bệnh tại Khoa khám bệnh của bệnh viện để rút ngắn thời gian chờ đợi, giảm thủ tục phiền hà cho người bệnh và nâng cao chất lượng khám bệnh.

2. Thống kê số giường điều trị nội trú đã được cấp có thẩm quyền phê duyệt (giường kế hoạch được giao), số giường thực kê tại mỗi khoa/phòng.

Đối với cơ sở y tế tư nhân ký hợp đồng KCB BHYT: xác định số giường thực kê bằng số giường được cấp có thẩm quyền phê duyệt.

3. Thống kê các giường (số giường, số phòng...) được sử dụng để điều trị Hồi sức tích cực tại Khoa Hồi sức tích cực, Khoa hoặc Trung tâm chống độc, Khoa Hồi sức tích cực - chống độc tại các bệnh viện hạng đặc biệt, hạng 1 hoặc hạng 2;

Trường hợp các bệnh viện chưa thành lập Khoa Hồi sức tích cực thì thống kê các giường tại Khoa Hồi sức cấp cứu hoặc Khoa Gây mê hồi sức đáp ứng được yêu cầu về trang bị cho giường hồi sức tích cực quy định tại Quyết định số

01/2008/QĐ-BYT ngày 21/01/2008 của Bộ trưởng Bộ Y tế về việc ban hành quy chế cấp cứu, hồi sức tích cực và chống độc.

4. Thống kê các giường (số giường, số phòng, khoa) sử dụng để điều trị hồi sức cấp cứu tại các khoa phòng đáp ứng được yêu cầu về trang bị cho giường hồi sức cấp cứu quy định tại Quyết định số 01/2008/QĐ-BYT.

5. Thống kê số lượng máy chụp X quang thường, X quang số hóa, Chụp CT-Scanner đến 32 dãy, Chụp cộng hưởng từ (MRI), Siêu âm đang hoạt động.

6. Xác định số phòng khám đa khoa khu vực được chuyển đổi mô hình thành bệnh viện, phòng khám đa khoa khu vực được điều trị nội trú theo quy định tại Khoản 12, Điều 11, Nghị định số 155/2018/NĐ-CP ngày 12/11/2018 của Chính phủ sửa đổi, bổ sung một số quy định liên quan đến điều kiện đầu tư kinh doanh thuộc lĩnh vực quản lý nhà nước của Bộ Y tế; xác định số giường lưu tại các Phòng khám đa khoa khu vực, Trạm y tế xã có quyết định phê duyệt giường lưu của Sở Y tế.

7. Trường hợp cơ sở KCB có thay đổi số bàn khám ngoại trú, số bác sĩ, y sĩ KCB ngoại trú, số giường được cấp có thẩm quyền phê duyệt...đã thống kê tại các Điểm 1, 2, 3, 4, 5 và 6 Mục này, cơ sở KCB có trách nhiệm thông báo kịp thời đến cơ quan BHXH bằng văn bản, làm căn cứ để giám định và thanh toán chi phí KCB theo chế độ BHYT.

II. Hướng dẫn thanh toán trong một số trường hợp cụ thể

1. Thanh toán tiền khám bệnh

a) Định mức số lượt khám bệnh/bàn khám

- Số lượt KCB/1 bàn khám/1 ngày được xác định bao gồm cả người bệnh BHYT và người bệnh không BHYT. Trường hợp một bàn khám có số lượt KCB/1 ngày (8 giờ làm việc) lớn hơn 65 lượt: thanh toán bằng 50% mức giá khám bệnh đối với những lượt khám BHYT từ lượt khám thứ 66 trở đi (hoặc từ lượt khám từ thứ 33 đối với bàn khám chỉ hoạt động 01 buổi/ngày). Trong thời gian tối đa 01 quý tính từ ngày phát sinh bàn khám trên 65 lượt, nếu cơ sở KCB vẫn còn bàn khám trên 65 lượt, thì từ chối thanh toán từ lượt khám thứ 66 trở đi (hoặc từ lượt khám từ thứ 33 đối với bàn khám chỉ hoạt động 01 buổi/ngày).

- Trường hợp 01 bàn khám nhưng do nhiều bác sĩ tham gia khám bệnh/1 ngày (ví dụ 01 bác sĩ khám buổi sáng, 01 bác sĩ khám buổi chiều) thì chỉ tính là 01 bàn khám, thứ tự số lượt khám để xác định mức thanh toán tính cho tất cả các lượt do các bác sĩ tham gia khám bệnh tại bàn khám đó.

- Trường hợp người bệnh đến khám tại nhiều phòng khám, bàn khám thuộc cùng một chuyên khoa trong một lần đến khám bệnh, chỉ thanh toán 01 lần tiền khám của chuyên khoa đó. Chuyên khoa được xác định tại phụ lục ban hành kèm theo Thông tư số 43/2013/TT-BYT.

b) Trường hợp cơ sở KCB có tổ chức KCB ngoài giờ hành chính, thứ 7, Chủ nhật, cơ quan BHXH thống nhất trong Hợp đồng KCB BHYT hoặc Phụ lục bổ sung hợp đồng về thời gian KCB ngoài giờ hành chính, thứ 7, Chủ nhật; số

lượng bàn khám, các bộ phận cận lâm sàng phục vụ cho công tác khám bệnh triển khai ngoài giờ hành chính, thứ 7, Chủ nhật; yêu cầu cơ sở KCB phải đảm bảo nhân lực tham gia KCB ngoài giờ hành chính, thứ 7, Chủ nhật, đảm bảo thời gian làm thêm tối đa không quá 200 giờ/1 người/1 năm theo quy định của Bộ Luật lao động, không sử dụng nhân lực đang thực hiện nhiệm vụ theo quy chế thường trực. Mỗi giờ KCB ngoài giờ hành chính được cộng thêm 8 lượt KCB thanh toán bằng 100% mức giá khám bệnh.

c) Trường hợp người bệnh đến khám bệnh tại khoa khám bệnh sau đó vào điều trị nội trú theo yêu cầu chuyên môn, được thanh toán tiền khám bệnh. Việc thanh toán tiền khám bệnh của trường hợp điều trị ngoại trú hay điều trị nội trú được thực hiện theo quy định tại Khoản 3, Điều 5, Thông tư số 39. Mức thanh toán tối đa chi phí khám bệnh của người đó không quá 02 lần mức giá khám bệnh.

Trường hợp người bệnh vào thẳng khoa lâm sàng khám và điều trị nội trú, không thanh toán thêm tiền khám bệnh.

d) Trường hợp người bệnh đến để thực hiện các DVKT đã được chỉ định (như chạy thận nhân tạo chu kỳ, phục hồi chức năng, y học cổ truyền...): không thanh toán tiền khám bệnh, ngày giường bệnh.

đ) Thanh toán tiền Hội chẩn: áp dụng đối với các trường hợp mắc bệnh nặng, hiếm gặp, cần ý kiến của chuyên khoa sâu; thanh toán theo số lượng chuyên gia của cơ sở KCB khác được mời đến hội chẩn căn cứ trên Giấy mời hội chẩn, Sổ Biên bản hội chẩn có kết luận rõ ràng và chữ kí của từng thành viên, ghi rõ họ tên và chức danh như quy định của Quy chế Hội chẩn ban hành kèm theo Quyết định số 1895/1997/QĐ-BYT ngày 19/9/1997 của Bộ trưởng Bộ Y tế; mức giá Hội chẩn được quy định cho 01 chuyên gia.

2. Thanh toán tiền giường bệnh

a) Tính số ngày điều trị nội trú

- Ngày điều trị nội trú được áp dụng tính tiền giường là ngày người bệnh có thời gian lưu và điều trị tại khoa lâm sàng từ 4 tiếng trở lên.

- Số ngày điều trị nội trú bằng ngày ra viện trừ (–) ngày vào viện cộng (+) 1, được áp dụng đối với các trường hợp: người bệnh nặng chưa thuyên giảm, tử vong hoặc diễn biến nặng chuyển viện lên tuyến trên hoặc gia đình xin về; người bệnh điều trị tại tuyến trên qua giai đoạn cấp cứu nhưng vẫn cần tiếp tục điều trị nội trú được chuyển về tuyến dưới hoặc sang cơ sở y tế khác.

Tình trạng người bệnh nặng vượt quá khả năng điều trị được xác định căn cứ kết quả thăm khám, nhận xét và tiên lượng của bác sĩ thể hiện trên hồ sơ bệnh án, biên bản hội chẩn, sổ hội chẩn, giấy chuyển viện.

- Số ngày điều trị nội trú bằng ngày ra viện trừ (–) ngày vào viện: áp dụng cho các trường hợp còn lại khác.

- Người bệnh vào viện và ra viện/chuyển viện/tử vong trong cùng một ngày hoặc vào hôm trước, ra viện/chuyển viện/tử vong ngày hôm sau có thời gian điều trị trên 04 giờ đến dưới 24 giờ, được tính là 01 ngày điều trị.

- Trường hợp người bệnh vào khoa cấp cứu, không qua khoa khám bệnh:

+ Thời gian cấp cứu, điều trị từ 04 giờ trở xuống sau đó ra viện/vào viện/chuyển viện/tử vong: thanh toán tiền khám bệnh, tiền thuốc, vật tư y tế và các DVKT, không thanh toán tiền ngày giường bệnh hồi sức cấp cứu;

+ Thời gian cấp cứu và điều trị trên 04 giờ sau đó ra viện/vào viện/chuyển viện/tử vong: thanh toán tiền ngày giường bệnh hồi sức cấp cứu, tiền thuốc, vật tư y tế và các DVKT, không thanh toán tiền khám bệnh.

b) Giường Hồi sức cấp cứu/Hồi sức tích cực

Chỉ thanh toán tiền ngày giường hồi sức tích cực/hồi sức cấp cứu khi người bệnh nằm tại các giường đáp ứng được yêu cầu về trang bị cho giường hồi sức tích cực/hồi sức cấp cứu quy định tại Quyết định số 01/2008/QĐ-BYT với các bệnh lý cần được chăm sóc, điều trị và theo dõi theo quy chế hồi sức tích cực/hồi sức cấp cứu.

c) Thanh toán tiền ngày giường bệnh nội khoa tại các bệnh viện đa khoa và chuyên khoa:

- Người bệnh điều trị tại các khoa Y học cổ truyền, Phục hồi chức năng: áp dụng giá ngày giường nội khoa loại 3.

- Người bệnh điều trị tại khoa được tổ chức theo hình thức liên khoa (Ví dụ khoa Tim mạch - Cơ Xương Khớp, Thận - Nội tiết - Cơ Xương Khớp, Cơ xương khớp - Y học cổ truyền, Nội tổng hợp...): áp dụng mức giá ngày giường nội khoa của chuyên khoa thấp nhất trong các khoa tương ứng với hạng bệnh viện;

- Người bệnh điều trị tại khoa Lão, áp dụng mức giá ngày giường nội loại 2 tương ứng với hạng bệnh viện.

- Người bệnh điều trị tại các khoa khác ngoài các khoa nêu trên: áp dụng mức giá ngày giường nội khoa theo các khoa tương ứng với loại chuyên khoa của bệnh viện quy định tại Mục 3, Phụ lục II ban hành kèm theo Thông tư số 39.

Ví dụ: các khoa của Bệnh viện Ung thư (trừ khoa Hồi sức tích cực, Hồi sức Cấp cứu, Nhi, Y học cổ truyền, Phục hồi chức năng, Ngoại): áp dụng mức giá ngày giường nội khoa loại 1; Các khoa của Bệnh viện Y học cổ truyền (trừ khoa Hồi sức tích cực, Hồi sức Cấp cứu, Nhi, Ngoại): áp dụng mức giá ngày giường nội khoa loại 3.

d) Thanh toán tiền ngày giường sau phẫu thuật từ ngày thứ 11 trở đi

- Đối với khoa ngoại/ngoại tổng hợp của bệnh viện đa khoa/chuyên khoa (trừ bệnh viện chuyên khoa ngoại): tiền ngày giường bệnh sau phẫu thuật từ ngày thứ 11 trở đi thanh toán theo mức giá ngày giường nội loại 2 quy định tại

Điểm 3.2 Mục 3 Phụ lục II ban hành kèm theo Thông tư số 39, theo hạng bệnh viện tương ứng.

- Đối với bệnh viện chuyên khoa ngoại có tổ chức các khoa điều trị phẫu thuật chuyên khoa sâu (Tim mạch, Thần kinh, Cơ xương khớp...): tiền ngày giường bệnh sau phẫu thuật từ ngày thứ 11 trở đi thanh toán theo mức giá ngày giường nội của các khoa tương ứng quy định tại Mục 3 Phụ lục II ban hành kèm theo Thông tư số 39, theo hạng bệnh viện tương ứng.

Ví dụ: Bệnh viện chuyên khoa ngoại các khoa Phẫu thuật Tim mạch - Lồng ngực, Phẫu thuật xương khớp, Phục hồi chức năng: giá ngày giường bệnh sau phẫu thuật từ ngày thứ 11 trở đi của người bệnh được áp theo Mục 3, Phụ lục 2, cụ thể như sau:

+ Người bệnh điều trị tại khoa Phẫu thuật Tim mạch - Lồng ngực: áp theo quy định tại Tiết 3.1 ngày giường nội khoa loại 1;

+ Người bệnh điều trị tại khoa Phẫu thuật xương khớp áp theo quy định tại Tiết 3.2, ngày giường nội khoa loại 2;

đ) Thanh, quyết toán tiền ngày giường bệnh

Việc thanh, quyết toán tiền ngày giường bệnh hàng quý thực hiện theo hướng dẫn tại Khoản 16, Điều 6, Thông tư 39. Lưu ý một số nội dung sau:

- Đối chiếu số người bệnh điều trị thực tế từng ngày tại từng khoa phòng với số giường thực kê tại từng khoa phòng để xác định số ngày giường nằm ghép (trường hợp trong ngày có 01 người bệnh ra viện, sau đó có 01 người bệnh vào viện thì không tính là nằm ghép).

- Quy đổi số ngày giường nằm ghép, giường băng ca, giường gấp, chuyển khoa điều trị trước khi xác định số giường thực tế sử dụng trong quý và tỷ lệ sử dụng giường thực tế của quý so với số giường thực tế sử dụng của năm 2015 để xác định mức giá thanh toán.

- Đối với các bệnh viện ngoài công lập, trường hợp có số giường thực tế sử dụng của năm 2015 vượt quá số giường được cấp có thẩm quyền phê duyệt thì tính bằng số giường được cấp có thẩm quyền phê duyệt.

- Đối với các bệnh viện mới được cấp phép hoạt động từ năm 2016 trở đi, việc xác định tỷ lệ sử dụng giường thực tế hàng quý/năm căn cứ vào số giường được cấp có thẩm quyền phê duyệt.

e) Các chi phí chưa tính trong cơ cấu giá tiền giường bệnh được thanh toán theo thực tế sử dụng, bao gồm: chi phí thuốc, máu, dịch truyền; vật tư y tế dùng trong tiêm, truyền bao gồm: các loại bơm tiêm, kim tiêm, kim lấy thuốc, dây truyền dịch, ống nối, dây nối của bơm tiêm điện hoặc máy truyền dịch; các vật tư y tế khác như: bơm cho ăn; khí ôxy, dây thở ôxy, mask thở ôxy (trừ các trường hợp người bệnh được chỉ định sử dụng dịch vụ thở máy).

g) Giường nội trú ban ngày: tạm thời chưa thực hiện thanh toán, chờ Bộ Y tế có hướng dẫn cụ thể về các trường hợp được áp dụng giường điều trị nội trú ban ngày.

h) Thanh toán giường lưu tại Trạm y tế xã, Phòng khám đa khoa khu vực: thực hiện theo quy định tại Điểm b, Khoản 4 và Điểm b Khoản 5 Điều 4 Thông tư 39. Lưu ý giường lưu chỉ áp dụng điều trị đối với các trường hợp cần theo dõi hoặc bệnh nặng chờ chuyển lên tuyến trên, không áp dụng đối với các trường hợp điều trị thông thường.

3. Thanh toán DVKT và VTYT ngoài giá dịch vụ

a) Nguyên tắc chung

- Đề nghị cơ sở KCB cung cấp tài liệu chuyên môn hướng dẫn về chẩn đoán, điều trị và quy trình kỹ thuật của các DVKT đơn vị đang thực hiện để làm cơ sở giám định và thanh toán chi phí KCB BHYT như quy định tại Khoản 1, Điều 7 Thông tư số 50/2017/TT-BYT ngày 29/12/2017 của Bộ Y tế sửa đổi, bổ sung các quy định liên quan đến thanh toán chi phí KCB. Trường hợp cơ sở KCB không cung cấp quy trình kỹ thuật của các DVKT đơn vị đang thực hiện, chưa có cơ sở thanh toán chi phí của các DVKT đó.

- Không chấp nhận thanh toán đối với các dịch vụ cung ứng không đảm bảo chất lượng theo quy định của quy trình chuyên môn và cơ cấu chi phí được tính giá.

Ví dụ: dịch vụ Đo chức năng hô hấp nhưng không thay phin lọc khuẩn riêng cho mỗi người bệnh; phẫu thuật Cắt Amidan bằng dao Siêu âm nhưng không cung cấp được bằng chứng có sử dụng dao siêu âm.

- Chỉ thanh toán ngoài giá đối với các VTYT thuộc danh mục VTYT thuộc phạm vi thanh toán BHYT và được ghi chú cụ thể chưa bao gồm trong giá tại các phụ lục ban hành kèm theo Thông tư số 39.

- Trường hợp cơ sở KCB thu thêm chi phí thuốc, VTYT của người bệnh khi được chỉ định sử dụng DVKT: trường hợp xác định chi phí thuốc, VTYT đã được tính trong định mức kinh tế kỹ thuật làm cơ sở tính giá, yêu cầu cơ sở KCB hoàn trả người bệnh; trường hợp không xác định được, tổng hợp, báo cáo BHXH Việt Nam, đồng thời đề nghị bệnh viện báo cáo Bộ Y tế.

b) Về thanh, quyết toán đối với các DVKT quy định tại Khoản 8, Điều 7 Thông tư số 39:

- Trường hợp cơ sở KCB tổ chức KCB ngoài giờ hành chính (trên 8 giờ đối với ngày thường hoặc KCB thứ bảy, Chủ nhật): đề nghị cơ sở KCB thông báo rõ số lượng máy triển khai hoạt động trong thời gian đó để xác định đúng số ca tối đa được thanh toán.

Ví dụ: Cơ sở KCB A có 03 máy X quang hoạt động 9 giờ/ngày, có KCB thứ 7 (1 máy hoạt động). Khi đó 02 máy X quang có số ngày làm việc thực tế/quý của là 74 ngày và 01 máy có 78 ngày hoạt động. Số ca tối đa được thanh toán bằng 100% mức giá theo quy định sẽ là:

Số ca tối đa = $[(58:8 \times 9 \times 74 \times 2) + (58:8 \times 9 \times 78 \times 1)] \times 120\% = 17.696,8$ ca

- Trường hợp cơ sở KCB xếp lịch chụp hoặc siêu âm cho người bệnh BHYT ngoài giờ hành chính mà không phải các trường hợp cấp cứu hoặc không có lý do khách quan, đề nghị BHXH các tỉnh thống kê, thanh toán như đối với các trường hợp vượt định mức.

c) Về thanh toán đối với các DVKT quy định tại Khoản 3, Điều 7 Thông tư số 39:

- Các DVKT phải thuộc Danh mục kỹ thuật ban hành kèm theo Thông tư số 43/2013/TT-BYT ngày 11/12/2013 hoặc Thông tư số 50/2014/TT-BYT ngày 26/12/2014 hoặc Thông tư số 21/2017/TT-BYT ngày 10/5/2017 hoặc đã được Bộ trưởng Bộ Y tế phê duyệt thực hiện tại các cơ sở KCB.

- Căn cứ quy trình kỹ thuật, cơ cấu chi phí của DVKT để xác định các dịch vụ chăm sóc đã tính trong chi phí ngày giường điều trị, các dịch vụ là một công đoạn đã được tính trong chi phí của dịch vụ khác.

- Đối với các DVKT thực hiện thất bại do nguyên nhân khách quan: mức thanh toán tối đa không vượt quá mức giá DVKT quy định tại Thông tư số 39 sau khi đã trừ các loại thuốc, vật tư y tế được quy định thanh toán ngoài giá.

- Thống kê riêng số lượng, chi phí thuốc, VTYT theo từng ca bệnh, theo từng DVKT, báo cáo về BHXH Việt Nam các ca đã thực hiện của quý I/2019 (theo mẫu tại phụ lục đính kèm Công văn này).

d) Đối với các DVKT có mã tương đương XY.900X.XXXX mới được bổ sung tại danh mục ban hành kèm theo Quyết định số 7435/QĐ-BYT ngày 14/12/2018 của Bộ Y tế: trường hợp cơ sở KCB đã được phê duyệt thực hiện các DVKT có tên cụ thể, tương đương về quy trình kỹ thuật hoặc cùng bản chất với các DVKT nêu trên thì được áp dụng các mã XY.900X.XXXX này để thanh toán theo chế độ BHYT.

đ) Không thanh toán riêng chi phí của “Bộ canuyn động mạch, canuyn tĩnh mạch loại dùng trong mổ nội soi” ngoài giá phẫu thuật của 03 dịch vụ phẫu thuật nội soi tim, tại số thứ tự 61- 63, Phụ lục IV, Thông tư số 39 do nội dung ghi chú các VTYT được thanh toán ngoài giá của 03 dịch vụ nêu trên đã được đính chính tại Quyết định số 7435/QĐ-BYT.

e) Trường hợp cơ sở KCB thực hiện phẫu thuật sử dụng phương pháp vô cảm gây tê (tê tại chỗ, gây tê tủy sống, gây tê ngoài màng cứng, gây tê vùng, gây tê đám rối) nhưng không có mức giá quy định thanh toán đối với các phẫu thuật sử dụng phương pháp vô cảm gây tê nhưng chỉ có giá quy định cho phẫu thuật sử dụng phương pháp vô cảm gây mê:

- Tạm thời chưa thanh toán theo mức giá quy định tại Thông tư số 39;

- Đề nghị BHXH các tỉnh thống kê: tên, số lượng các phẫu thuật có sử dụng phương pháp vô cảm gây tê nhưng chỉ có giá quy định cho phẫu thuật dùng phương pháp vô cảm gây mê; thu thập chi phí thực tế sử dụng trong các ca

phẫu thuật đó (theo từng cơ sở y tế) đã thực hiện trong quý I/2019 báo cáo về BHXH Việt Nam theo mẫu tại phụ lục đính kèm Công văn này để BHXH Việt Nam tổng hợp, kiến nghị với Bộ Y tế.

4. BHXH các tỉnh đề nghị Cơ sở y tế ký hợp đồng KCB BHYT lập Mẫu số 21/BHYT thống kê DVKT thanh toán BHYT tại cơ sở y tế hàng tháng, hàng quý, chuyển cơ quan BHXH cùng thời gian chuyển các file dữ liệu C79a-HD, C80a-HD, làm căn cứ thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh BHYT.

(Mẫu 21/BHYT ban hành kèm theo Công văn này)

5. BHXH tỉnh thực hiện giám định, thanh toán tiền khám bệnh, tiền ngày giường bệnh, tiền DVKT và xét nghiệm theo đúng mức giá quy định tại Phụ lục I, Phụ lục II, Phụ lục III ban hành kèm theo Thông tư số 39. Trường hợp cơ sở KCB không sử dụng hoặc sử dụng ít hơn định mức tính giá quy định của Bộ Y tế đối với các loại thuốc, hóa chất, VTYT, hàng quý BHXH các tỉnh thống kê, tổng hợp báo cáo BHXH Việt Nam.

6. BHXH các tỉnh định kỳ hàng quý báo cáo Ủy ban nhân dân tỉnh và BHXH Việt Nam, đồng thời thông báo cho Sở Y tế những trường hợp sử dụng thuốc, VTYT, DVKT quá mức cần thiết, chỉ định người bệnh vào điều trị nội trú chưa đúng quy định để BHXH Việt Nam thông báo cho Bộ Y tế.

Đề nghị BHXH các tỉnh thực hiện theo đúng hướng dẫn nêu trên, kịp thời báo cáo BHXH Việt Nam những khó khăn, vướng mắc để được xem xét, giải quyết./.

Nơi nhận:

- Như trên;
- Bộ Y tế, Bộ Tài chính (để b/c);
- Tổng Giám đốc (để b/c);
- Các Phó Tổng Giám đốc;
- Các đơn vị: TCKT, TTKT, KTNB, DVT, GDB, GDN;
- Lưu: VT, CSYT (3b).

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

Phạm Lương Sơn

DỊCH VỤ ĐÃ ĐƯỢC PHÊ DUYỆT DANH MỤC NHƯNG CHƯA ĐƯỢC QUY ĐỊNH GIÁ
(Ban hành kèm theo Công văn số /BHXH-CSYT ngày /01/2019 của BHXH Việt Nam)

MÃ DV TT 43, 50, 21	TÊN KỸ THUẬT	GIÁ CŨ CỦA TỈNH	SỐ QUYẾT ĐỊNH	SỐ CA THỰC HIỆN	TỔNG CHI PHÍ ĐỀ NGHỊ THANH TOÁN	MÃ CƠ SỞ KCB	TÊN CƠ SỞ KCB

Ghi chú: cung cấp quy trình kỹ thuật của từng dịch vụ; bảng kê chi phí chi tiết đã sử dụng cho từng người bệnh; báo cáo xuất nhập tồn thuốc, VTYT sử dụng trong các dịch vụ kỹ thuật đang đề nghị thanh toán theo thực tế; trường hợp phẫu thuật có thêm Biên bản hội chẩn, Biên bản phẫu thuật, Phiếu gây mê, Phiếu xuất thuốc, Phiếu xuất VTYT của từng ca đính kèm

DỊCH VỤ KỸ THUẬT THỰC HIỆN CHỮA HOÀN TẤT DO NGUYÊN NHÂN KHÁCH QUAN*(Ban hành kèm theo Công văn số /BHXH-CSYT ngày /01/2019 của BHXH Việt Nam)*

MÃ TƯƠNG ĐƯƠNG	TÊN KỸ THUẬT THEO THÔNG TƯ SỐ 43, 50, 21	MA_LK (QĐ 4210)	HỌ VÀ TÊN NGƯỜI BỆNH	TỔNG CHI PHÍ ĐỀ NGHỊ THANH TOÁN	NGUYÊN NHÂN	MÃ CƠ SỞ KCB	TÊN CƠ SỞ KCB

Ghi chú: phải có quy trình kỹ thuật và bảng kê chi tiết chi phí các loại thuốc, VTYT, hóa chất đã sử dụng cho từng người bệnh; báo cáo xuất nhập tồn thuốc, VTYT liên quan; trường hợp phẫu thuật có thêm Biên bản hội chẩn, Biên bản phẫu thuật, Phiếu gây mê, Phiếu xuất thuốc, Phiếu xuất VTYT đính kèm.

DANH MỤC CÁC PHẪU THUẬT SỬ DỤNG PHƯƠNG PHÁP VÔ CẢM GÂY TÊ

(Ban hành kèm theo Công văn số /BHXH-CSYT ngày /01/2019 của BHXH Việt Nam)

MÃ DV TT 43, 50, 21	TÊN KỸ THUẬT	PHƯƠNG PHÁP	SỐ CA THỰC HIỆN	CHI PHÍ BÌNH QUÂN/CA	MÃ CƠ SỞ KCB	TÊN CƠ SỞ KCB
		Tê tại chỗ				
		Tê tủy sống				
		Tê ngoài màng cứng				
		Tê vùng/ tê đám rối				

Ghi chú: thu thập Biên bản hội chẩn, Biên bản phẫu thuật, Phiếu gây mê, Phiếu xuất thuốc, Phiếu xuất VTYT của từng ca đính kèm

TÊN CƠ SỞ KCB:.....
MÃ SỐ

Mẫu số: 21/BHYT
(Ban hành kèm theo Công văn số /BHXH-CSYT
ngày /01/2019 của BHXH Việt Nam)

TỔNG HỢP DỊCH VỤ KỸ THUẬT THANH TOÁN BẢO HIỂM Y TẾ
Tháng quý năm
(Kèm theo file dữ liệu điện tử hằng tháng)

Đơn vị: đồng

STT	Mã dịch vụ kỹ thuật	Tên dịch vụ y tế	Tỷ lệ thanh toán	Số lượng		Đơn giá	Thành tiền	Đề nghị quỹ BHYT thanh toán
				Ngoại trú	Nội trú			
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)
I. Khám bệnh								
II. Ngày giường								
1. Ngày giường điều trị ban ngày								
2. Ngày giường điều trị nội trú								
3. Ngày giường lưu								
....								
III. Xét nghiệm								
.....								
IV. Chẩn đoán hình ảnh								
V. Thăm dò chức năng								
VI. Thủ thuật								
VII. Phẫu thuật								
.....								
TỔNG CỘNG (I+II+....+VII)								

Tổng số tiền dịch vụ kỹ thuật đề nghị thanh toán (viết bằng chữ):

Người lập
(Ký, ghi rõ họ tên)

Kế toán trưởng
(Ký, ghi rõ họ tên)

Giám đốc
(Ký, họ tên, đóng dấu)

HƯỚNG DẪN GHI BIỂU MẪU 21/BHYT

1. Mục đích: Thống kê chi tiết các dịch vụ kỹ thuật (DVKT) sử dụng cho người bệnh BHYT tại cơ sở y tế hàng quý, làm căn cứ thanh toán chi phí KCB BHYT.

2. Phương pháp lập và trách nhiệm ghi:

Cơ sở y tế tổng hợp tiền khám, tiền giường bệnh và các DVKT sử dụng cho người bệnh BHYT được thống kê chi tiết trên mẫu 01/KBCB ban hành kèm theo Quyết định số 6556/QĐ-BYT ngày 30/10/2018 của Bộ Y tế để lập biểu này.

Cơ sở y tế ký hợp đồng KCB BHYT lập biểu này chuyển cơ quan BHXH cùng thời gian chuyển các file dữ liệu C79a-HD, C80a-HD.

Cột (1): Ghi số thứ tự của dịch vụ sử dụng tại cơ sở KCB theo từng nhóm DVKT;

Cột (2): Mã DVKT thực hiện theo quy định tại Bộ mã danh mục dùng chung do Bộ Y tế ban hành;

Cột (3): Ghi tên DVKT theo quy định tại Bộ mã danh mục dùng chung do Bộ Y tế ban hành, tương ứng với Mã DVKT tại cột 2, đã được cấp có thẩm quyền phê duyệt thực hiện;

Cột (4): Tỷ lệ thanh toán đối với các DVKT được quy định tỷ lệ thanh toán (%), tỷ lệ ghi số nguyên dương theo hướng dẫn tại Quyết định số 4210/QĐ-BYT ngày 20/9/2017 của Bộ Y tế quy định chuẩn và định dạng dữ liệu đầu ra sử dụng trong quản lý, giám định và thanh toán chi phí KCB BHYT;

Cột (5) hoặc (6): Ghi số lượng dịch vụ kỹ thuật đã sử dụng cho người bệnh ngoại trú hoặc nội trú;

Cột (7): Ghi đơn giá được cấp thẩm quyền phê duyệt thanh toán BHYT;

Cột (8): Ghi số tiền cột (8) = [cột (5)+cột (6)] x cột (7);

Cột (9): Ghi số tiền đề nghị quỹ BHYT thanh toán;

Biểu mẫu này phải có đầy đủ chữ ký của: Người lập, Trưởng phòng chuyên môn và Thủ trưởng cơ sở KCB ký, ghi rõ họ tên, đóng dấu.

Biểu mẫu này được lập thành 02 bản, cơ sở khám, chữa bệnh lưu 01 bản, 01 bản gửi cơ quan BHXH.