

Số: 466 /QĐ-BHXH

Hà Nội, ngày 19 tháng 04 năm 2011

QUYẾT ĐỊNH

Ban hành Quy trình giám định bảo hiểm y tế

TỔNG GIÁM ĐỐC BẢO HIỂM XÃ HỘI VIỆT NAM

Căn cứ Luật Bảo hiểm y tế số 25/2008/QH12 ngày 14/11/2008;

Căn cứ Nghị định số 94/2008/NĐ-CP ngày 22/8/2008 của Chính phủ quy định chức năng, nhiệm vụ, quyền hạn và cơ cấu tổ chức của Bảo hiểm xã hội Việt Nam;

Căn cứ Nghị định số 62/2009/NĐ-CP ngày 27/7/2009 của Chính phủ Quy định chi tiết và hướng dẫn thi hành một số điều của Luật Bảo hiểm y tế;

Căn cứ Thông tư liên tịch số 09/2009/TTLT-BYT-BTC ngày 14/8/2009 của liên Bộ Y tế - Bộ Tài chính hướng dẫn thực hiện bảo hiểm y tế;

Căn cứ Quyết định số 82/QĐ-BHXH ngày 20/01/2010 của Tổng giám đốc Bảo hiểm xã hội Việt Nam ban hành 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;

Sau khi có ý kiến của Bộ Tài chính tại Công văn số 1914/BTC-HCSN ngày 14/02/2011 và ý kiến của Bộ Y tế tại Công văn số 1709/BYT-BH ngày 01/04/2011;

Theo đề nghị của Trưởng Ban Thực hiện Chính sách bảo hiểm y tế,

QUYẾT ĐỊNH :

Điều 1. Ban hành kèm theo Quyết định này Quy trình giám định bảo hiểm y tế.

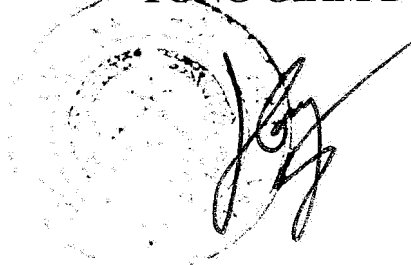
Điều 2. Quyết định này có hiệu lực thi hành từ ngày ký. Các quy định trước đây trái với Quyết định này đều bãi bỏ.

Điều 3. Chánh Văn phòng Bảo hiểm xã hội Việt Nam, Trưởng Ban Thực hiện Chính sách bảo hiểm y tế, Thủ trưởng các đơn vị trực thuộc Bảo hiểm xã hội Việt Nam, Giám đốc Bảo hiểm xã hội các tỉnh, thành phố trực thuộc Trung ương, Giám đốc Bảo hiểm xã hội: Bộ Quốc phòng, Công an nhân dân, Ban Cơ yếu Chính phủ và các tổ chức, đơn vị có hợp đồng khám chữa bệnh bảo hiểm y tế với cơ quan Bảo hiểm xã hội chịu trách nhiệm thi hành Quyết định này.

Nơi nhận:

- Như điều 3;
- Bộ Y tế, Bộ Tài chính (để báo cáo);
- HĐQL BHXH Việt Nam (để báo cáo);
- UBND các tỉnh, Tp trực thuộc TW;
- Tổng giám đốc, các Phó Tổng giám đốc;
- Các BV, Viện có giường bệnh TT BHYT;
- Sở Y tế các tỉnh, Tp trực thuộc TW;
- Cục Quân y BQP, Cục Y tế BCA;
- Lưu VT, CS YT (30b).

TỔNG GIÁM ĐỐC



Lê Bạch Hồng

QUY TRÌNH GIÁM ĐỊNH BẢO HIỂM Y TẾ

(Ban hành kèm theo Quyết định số 466./QĐ-BHXH ngày 19 tháng 4 năm 2011 của Tổng giám đốc Bảo hiểm xã hội Việt Nam)

Chương I

**QUY TRÌNH GIÁM ĐỊNH BẢO HIỂM Y TẾ
TẠI CƠ SỞ KHÁM CHỮA BỆNH**

Điều 1. Kiểm tra thủ tục khám chữa bệnh BHYT

Giám định viên bảo hiểm y tế (BHYT) chủ trì phối hợp với cán bộ của cơ sở khám chữa bệnh kiểm tra thủ tục khám chữa bệnh BHYT cụ thể như sau:

1. Tại khu vực đón tiếp người bệnh:

1.1. Kiểm tra thẻ BHYT hoặc giấy tờ thay thế thẻ BHYT:

a) Kiểm tra hình thức thẻ, đảm bảo đúng thẻ BHYT do cơ quan bảo hiểm xã hội phát hành; thẻ còn nguyên vẹn, không bị rách nát, không bị tẩy xóa, sửa chữa.

b) Đối chiếu ảnh (có đóng dấu giáp lai) dán trên các loại giấy tờ tùy thân có ảnh hợp lệ gồm: chứng minh thư nhân dân; hộ chiếu; giấy phép lái xe, thẻ đảng viên, thẻ đoàn viên; thẻ đoàn viên công đoàn; thẻ hưu trí, thẻ học sinh, sinh viên; thẻ công chức, viên chức với người bệnh, đảm bảo đúng người đúng thẻ.

c) Kiểm tra các thông tin ghi trên thẻ BHYT: ngày cấp và giá trị sử dụng của thẻ, tên, tuổi, năm sinh, giới tính của người bệnh; mã thẻ, mã cơ sở khám chữa bệnh ban đầu theo đúng các quy định của Bảo hiểm xã hội Việt Nam.

d) Kiểm tra đối chiếu giấy khai sinh hoặc giấy chứng sinh hoặc giấy xác nhận của Ủy ban nhân dân cấp xã, đảm bảo tính hợp pháp và phù hợp với đối tượng là trẻ em dưới 6 tuổi sử dụng các loại giấy tờ trên để thay thế thẻ BHYT khi đi khám chữa bệnh. Giám định viên BHYT có trách nhiệm hướng dẫn cha, mẹ hoặc người giám hộ của trẻ liên hệ với cơ quan có trách nhiệm (Ủy ban nhân dân cấp xã, Bảo hiểm xã hội cấp huyện) để hoàn thiện các thủ tục cấp thẻ BHYT cho trẻ em dưới 6 tuổi theo đúng quy định.

1.2. Kiểm tra giấy chuyển viện và các loại giấy tờ thay thế giấy chuyển viện (giấy hẹn khám lại, giấy đăng ký tạm trú, giấy công tác, quyết định cử đi học):

a) Kiểm tra hình thức và các nội dung ghi trên giấy chuyển viện, đảm bảo đúng mẫu theo quy định của Bộ Y tế, không bị rách nát, không bị tẩy xóa, sửa chữa; có dấu và chữ ký của đại diện hợp pháp của cơ sở khám chữa bệnh nơi chuyển bệnh nhân đi theo đúng Quy chế bệnh viện do Bộ Y tế ban hành.

Đối chiếu các thông tin ghi trên giấy chuyển viện với thẻ BHYT và các loại giấy tờ khác (nếu có) của người bệnh. Kiểm tra, xác định ngày chuyển viện phù hợp với ngày vào viện.

b) Đối chiếu với quy định về chuyển tuyến chuyên môn kỹ thuật theo quy định tại Thông tư số 10/2009/TT-BYT ngày 14/8/2009 của Bộ Y tế để xác định tính hợp lý của việc chuyển tuyến chuyên môn kỹ thuật và đảm bảo quyền lợi hợp pháp của người bệnh có thẻ BHYT.

c) Kiểm tra tính hợp lý của giấy hẹn khám lại; giấy đăng ký tạm trú; giấy công tác trong trường hợp người bệnh sử dụng các loại giấy tờ nêu trên để thay giấy chuyển viện.

1.3. Xác định điều kiện, mức hưởng BHYT trong các trường hợp:

a) Người bệnh được chỉ định sử dụng thuốc chống thai ghép, thuốc điều trị ung thư ngoài danh mục.

b) Người bệnh tự nguyện tham gia BHYT được chỉ định sử dụng dịch vụ kỹ thuật cao, chi phí lớn.

c) Các trường hợp khám chữa bệnh vượt tuyến, trái tuyến chuyên môn kỹ thuật theo quy định của Bộ Y tế.

2. Tại khu vực điều trị nội trú:

2.1. Định kỳ hoặc đột xuất kiểm tra tại các khoa, phòng điều trị để thực hiện các nội dung sau:

a) Kiểm tra, đối chiếu số lượng bệnh nhân có tên trong sổ cấp thuốc của khoa, phòng với số lượng bệnh nhân thực tế đang nằm điều trị tại các buồng bệnh.

b) Lựa chọn ngẫu nhiên để kiểm tra việc thực hiện thủ tục khám chữa bệnh BHYT của người bệnh gồm: kiểm tra xác định nơi đăng ký khám chữa bệnh ban đầu; giấy giới thiệu chuyển viện hoặc tình trạng cấp cứu của bệnh nhân được ghi trong hồ sơ bệnh án; thời gian nhập viện; đối chiếu với giấy tờ tùy thân có ảnh hợp lệ với ghi chép của cán bộ y tế tại phần hành chính của bệnh án.

2.2. Kiểm tra thủ tục khám chữa bệnh BHYT tại bệnh án đối với bệnh nhân ra viện gồm:

a) Đối chiếu các thông tin ghi trên bệnh án với Bảng kê chi phí khám chữa bệnh: họ tên, tuổi, địa chỉ, số thẻ BHYT, giá trị sử dụng của thẻ, chẩn đoán, mã chẩn đoán...

b) Kiểm tra, đối chiếu giấy giới thiệu chuyển viện với các thông tin ghi trên bệnh án.

c) Kiểm tra xác định tính hợp pháp, đầy đủ của các chữ ký trên bệnh án, trên Bảng kê chi phí khám chữa bệnh để đảm bảo tính hợp pháp, hợp lý của chứng từ thanh toán chi phí khám chữa bệnh BHYT theo đúng quy định của Bộ Y tế và Bộ Tài chính.

3. Giải quyết, xử lý các trường hợp vi phạm về thủ tục khám chữa bệnh BHYT:

3.1. Lập biên bản, thu hồi thẻ BHYT, giấy chuyển viện trong các trường hợp sau:

a) Sử dụng thẻ BHYT, giấy chuyển viện giả hoặc thẻ BHYT không do cơ quan Bảo hiểm xã hội phát hành.

b) Sử dụng thẻ BHYT mà các thông tin trên thẻ bị tẩy xóa hoặc tự ý sửa chữa.

c) Sử dụng giấy chuyển viện không do cơ sở khám chữa bệnh chuyển đi cấp.

Đối với các trường hợp quy định tại điểm 3.1 này, cơ quan Bảo hiểm xã hội nơi tiếp nhận bệnh nhân có trách nhiệm thu hồi số tiền đã chi trả (nếu có), đồng thời thông báo với cơ sở khám chữa bệnh (nơi chuyển bệnh nhân đi), đơn vị hoặc chính quyền địa phương quản lý đối tượng và cơ quan Bảo hiểm xã hội nơi phát hành thẻ BHYT đề nghị và phối hợp với cơ quan có thẩm quyền xử lý vi phạm theo quy định của pháp luật.

3.2. Lập biên bản, tạm giữ thẻ BHYT, giấy chuyển viện trong các trường hợp sau:

a) Sử dụng thẻ BHYT của người khác để đi khám chữa bệnh.

b) Người bệnh đã ra viện nhưng không nhận lại thẻ BHYT. Cơ quan Bảo hiểm xã hội phối hợp với cơ sở khám chữa bệnh kiểm tra, xác minh nguyên nhân người bệnh không nhận lại thẻ, kiến nghị cơ quan có thẩm quyền xử lý theo quy định của pháp luật.

c) Sử dụng giấy chuyển viện không đúng mẫu do Bộ Y tế quy định. Đối với trường hợp này, khi xác định lỗi không thuộc về người bệnh, giám định viên tạm thời chấp nhận để giải quyết quyền lợi BHYT cho người bệnh trong lần khám chữa bệnh đó, báo cáo về cơ quan Bảo hiểm xã hội để thông báo với cơ sở khám chữa bệnh nơi chuyển bệnh nhân đi và kiến nghị cơ quan có thẩm quyền xử lý theo quy định của pháp luật đối với cơ sở khám chữa bệnh đó.

Điều 2. Giám định danh mục và giá dịch vụ kỹ thuật, thuốc, vật tư y tế

1. Giám định danh mục dịch vụ kỹ thuật:

a) Kiểm tra các dịch vụ kỹ thuật đang được thực hiện tại cơ sở khám chữa bệnh, đối chiếu với danh mục được phép thực hiện tại cơ sở khám chữa bệnh đó đã được cấp có thẩm quyền phê duyệt theo đúng quy định để xác định tính hợp pháp của các dịch vụ kỹ thuật được thực hiện.

b) Kiểm tra danh mục các dịch vụ kỹ thuật vượt tuyến chuyên môn kỹ thuật được cơ sở khám chữa bệnh thực hiện, đối chiếu với quy định của Bộ Y tế về thủ tục, quy trình xây dựng và thẩm quyền phê duyệt danh mục các dịch vụ kỹ thuật vượt tuyến chuyên môn kỹ thuật nêu trên.

c) Kiểm tra tên, phân loại thủ thuật, phẫu thuật của các dịch vụ kỹ thuật được cơ sở khám chữa bệnh đưa vào mục C2.7 của Khung giá một phần viện phí ban hành kèm theo Thông tư liên tịch số 03/2006/TTLT-BYT-BTC-BLĐT BXH ngày 26/01/2006 của liên Bộ Y tế, Tài chính và Lao động - Thương binh và Xã hội; đối chiếu với quy định, quy trình xây dựng, thẩm quyền phê duyệt danh mục các dịch vụ kỹ thuật của cơ quan có thẩm quyền để xác định tính hợp pháp, hợp lý của danh mục do cơ sở khám chữa bệnh xây dựng.

d) Kiểm tra hồ sơ, quy trình kỹ thuật và thẩm quyền ban hành đối các dịch vụ kỹ thuật mới chưa có tên trong danh mục dịch vụ kỹ thuật do cơ quan có thẩm quyền ban hành.

2. Giám định giá các dịch vụ kỹ thuật:

a) Trên cơ sở danh mục dịch vụ kỹ thuật đã được kiểm tra, đối chiếu tại điểm 1.1 khoản 1 Điều này, Giám định viên BHYT kiểm tra, đối chiếu với khung giá các dịch vụ kỹ thuật theo quy định của cơ quan có thẩm quyền; kiểm tra cơ cấu giá của các dịch vụ kỹ thuật thuộc mục C2.7 nêu trên và các dịch vụ kỹ thuật mới theo quy định của Bộ Y tế để xác định tính phù hợp của giá các dịch vụ kỹ thuật với điều kiện kinh tế - xã hội, mức thu nhập bình quân chung của địa phương cũng như khả năng chi trả của quỹ BHYT. Trường hợp phát hiện bất hợp lý, cơ quan Bảo hiểm xã hội báo cáo với cơ quan có thẩm quyền phê duyệt giá để đề nghị điều chỉnh theo quy định, đồng thời báo cáo về Bảo hiểm xã hội Việt Nam. Trong thời gian chờ cấp có thẩm quyền phê duyệt giá sửa đổi, điều chỉnh lại theo quy định, chi phí của các dịch vụ kỹ thuật này được thanh toán theo hướng dẫn của Bảo hiểm xã hội Việt Nam.

b) Việc giám định danh mục và giá các dịch vụ kỹ thuật tại cơ sở khám chữa bệnh được thực hiện vào tháng đầu năm và khi cơ sở khám chữa bệnh bổ sung hoặc thay đổi danh mục dịch vụ kỹ thuật hoặc giá viện phí; đồng thời thực hiện việc đối chiếu với danh mục và giá thanh toán theo chế độ BHYT trên phần mềm thống kê khám chữa bệnh tại cơ quan Bảo hiểm xã hội và cơ sở khám chữa bệnh (nếu có).

3. Giám định danh mục thuốc, vật tư y tế:

a) Kiểm tra, rà soát danh mục thuốc sử dụng tại cơ sở khám chữa bệnh, đối chiếu với danh mục thuốc chữa bệnh chủ yếu sử dụng tại các cơ sở khám chữa bệnh do Bộ Y tế ban hành và quy định về phân tuyến chuyên môn kỹ thuật của cơ sở khám chữa bệnh.

b) Kiểm tra danh mục, định mức sử dụng thuốc phóng xạ và hợp chất đánh dấu sử dụng tại cơ sở khám chữa bệnh (nếu có), đối chiếu với các quy định hiện hành về an toàn phóng xạ theo quy định của cấp có thẩm quyền.

c) Kiểm tra, giám định danh mục các loại vật tư y tế được sử dụng tại cơ sở khám chữa bệnh, đối chiếu với quy định về sử dụng vật tư y tế này tương ứng với danh mục các dịch vụ kỹ thuật thuộc phạm vi chuyên môn của cơ sở khám chữa bệnh.

d) Kiểm tra quy trình thực hiện đấu thầu cung ứng thuốc và vật tư y tế tại cơ sở khám chữa bệnh.

4. Giám định giá thuốc, vật tư y tế:

a) Kiểm tra các hóa đơn mua thuốc, vật tư y tế của cơ sở khám chữa bệnh, đối chiếu với giá trúng thầu được cấp có thẩm quyền phê duyệt.

b) Lựa chọn một số loại thuốc, vật tư y tế để đối chiếu với giá được công bố trên trang web của Bảo hiểm xã hội Việt Nam.

c) Định kỳ vào đầu mỗi quý lựa chọn một số Bảng kê chi phí khám chữa bệnh để đối chiếu giá thuốc, vật tư y tế với kết quả trong danh mục đã được giám định tại tiết a, b điểm này và dữ liệu liên quan đến khám chữa bệnh BHYT trong máy tính của cơ sở khám chữa bệnh (nếu có).

d) Giám định viên có trách nhiệm thông báo với cơ sở khám chữa bệnh kết quả giám định danh mục và giá các dịch vụ kỹ thuật, thuốc, vật tư y tế để thống nhất xác định phạm vi thanh toán theo chế độ BHYT, đồng thời báo cáo về cơ quan Bảo hiểm xã hội.

Điều 3. Giám định chi phí khám chữa bệnh BHYT

1. Giám định chi phí khám chữa bệnh ngoại trú:

1.1. Giám định chi phí thuốc, vật tư y tế:

a) Kiểm tra số lượng, chủng loại thuốc ghi trong đơn và chữ ký xác nhận của người bệnh trên đơn thuốc; đối chiếu với số lượng chủng loại thuốc người bệnh thực lĩnh.

b) Kiểm tra, đối chiếu số lượng, chủng loại và giá thuốc, vật tư y tế ghi trong Bảng kê chi phí khám chữa bệnh với chủng loại và giá của danh mục đã được kiểm tra tại khoản 3, 4 Điều 2 và dữ liệu quản lý trong máy tính.

c) Kiểm tra, đối chiếu một số chủng loại vật tư y tế trên hóa đơn và vật tư y tế thực tế sử dụng cho bệnh nhân thông qua các tem sản phẩm được dán trên hồ sơ thanh toán để xác định người bệnh đã được sử dụng đúng chủng loại vật tư y tế được cơ sở khám chữa bệnh chỉ định.

1.2. Giám định chi phí các dịch vụ kỹ thuật:

a) Kiểm tra, đối chiếu việc chỉ định các thủ thuật, xét nghiệm, cận lâm sàng, kỹ thuật chẩn đoán hình ảnh... (Đặc biệt là các trường hợp sử dụng các dịch vụ kỹ thuật cao, chi phí lớn), so sánh với tình trạng bệnh nhân để xác định tính hợp lý của việc chỉ định các dịch vụ kỹ thuật này.

b) Đối chiếu giá dịch vụ kỹ thuật ghi trên Bảng kê chi phí khám chữa bệnh với danh mục, giá dịch vụ kỹ thuật áp dụng tại cơ sở khám chữa bệnh được cấp có thẩm quyền phê duyệt với dữ liệu quản lý trong máy tính.

1.3. Khi phát hiện các trường hợp lạm dụng trong cấp phát, nhận thuốc, sử dụng xét nghiệm; tính sai giá quy định:

Giám định viên lập biên bản, báo cáo lãnh đạo cơ sở khám chữa bệnh và cơ quan Bảo hiểm xã hội để thống nhất giải quyết hoặc kiến nghị cấp có thẩm quyền xử lý theo quy định của pháp luật.

1.4. Tổng hợp số lượng bệnh nhân đến khám chữa bệnh và số lượng dịch vụ kỹ thuật đã được thực hiện:

a) Cuối ngày làm việc, căn cứ vào số liệu thống kê của bệnh viện (trong máy tính, sổ ghi chép bệnh nhân vào viện) giám định viên ghi lại số lượng bệnh nhân BHYT đến khám bệnh, vào viện, ra viện hoặc chuyển viện trong ngày; số lượng, chủng loại dịch vụ kỹ thuật đã thực hiện cho bệnh nhân (các trường hợp khám chữa bệnh ngoài giờ làm việc của giám định viên được thống kê vào ngày

làm việc tiếp theo). Định kỳ cuối ngày, cuối tuần, cuối tháng, cuối quý thực hiện đối chiếu và chốt số liệu bệnh nhân ngoại trú, số lượng, chủng loại dịch vụ kỹ thuật, thuốc, vật tư y tế... phục vụ cho thanh quyết toán.

b) Phát hiện và tìm hiểu nguyên nhân những thay đổi bất thường về số lượng bệnh nhân đến khám chữa bệnh; số lượng dịch vụ kỹ thuật được chỉ định thực hiện, số thống kê tổng hợp của cơ sở khám chữa bệnh không khớp..., thông báo cho cơ sở khám chữa bệnh biết để có biện pháp khắc phục, đồng thời báo cáo với lãnh đạo cơ quan Bảo hiểm xã hội.

1.5. Đánh giá tính hợp lý, an toàn và hiệu quả trong khám chữa bệnh ngoại trú:

Căn cứ vào các hướng dẫn điều trị, hướng dẫn sử dụng thuốc do Bộ Y tế ban hành; quy chế chuyên môn; quy trình kỹ thuật; danh mục thuốc sử dụng tại cơ sở khám chữa bệnh để đánh giá tính hợp lý, an toàn và hiệu quả trong khám chữa bệnh theo một số nội dung sau:

a) Phân tích, đánh giá tính hợp lý, sự phù hợp giữa chẩn đoán với các dịch vụ kỹ thuật được chỉ định về chủng loại, số lượng và hiệu quả đối của quá trình điều trị; so sánh với các cơ sở khám chữa bệnh BHYT tương đương tuyến chuyên môn kỹ thuật.

b) Đánh giá tính hợp lý, an toàn và hiệu quả trong chỉ định thuốc: chủng loại, số lượng thuốc trong một đơn thuốc, kết hợp thuốc sử dụng cho người bệnh (thuốc được chỉ định phù hợp với chẩn đoán, theo tuổi, giới; kết hợp thuốc đúng theo hướng dẫn).

c) Xác định và phân tích tỷ lệ, cơ cấu thuốc (thuốc nội, ngoại); cơ cấu chi phí thuốc, xét nghiệm, chẩn đoán hình ảnh... trong tổng chi phí khám chữa bệnh ngoại trú.

d) Đối với các trạm y tế xã và tương đương: đề nghị cung cấp danh sách cán bộ y tế được khám bệnh, kê đơn để đảm bảo chất lượng khám chữa bệnh và làm căn cứ xác định tính hợp pháp của các đơn thuốc đã kê cho người bệnh.

d) Trường hợp phát hiện bất hợp lý giữa chẩn đoán và chỉ định xét nghiệm, kê đơn thuốc trong điều trị: Giám định viên ghi lại (sao chụp đơn thuốc) trao đổi với bác sỹ điều trị để thống nhất giải pháp khắc phục. Trường hợp không thống nhất, báo cáo lãnh đạo cơ sở khám chữa bệnh và cơ quan Bảo hiểm xã hội.

1.6. Giám định trên số liệu thống kê thanh toán chi phí khám chữa bệnh ngoại trú:

a) Hằng tháng/quý, Giám định viên tiếp nhận danh sách đề nghị thanh toán chi phí khám chữa bệnh ngoại trú có đầy đủ chữ ký, kèm theo file dữ liệu điện tử theo quy định; sử dụng phần mềm thống kê khám chữa bệnh để thực hiện nghiệp vụ giám định.

b) Kiểm tra, đối chiếu số lượng bệnh nhân được cơ sở khám chữa bệnh đề nghị thanh toán chi phí khám chữa bệnh trong kỳ gồm: bệnh nhân đăng ký ban đầu, bệnh nhân đa tuyến, trái tuyến, so sánh với kết quả tổng hợp theo tháng.

c) Kiểm tra số lượng thuốc, dịch vụ kỹ thuật đã sử dụng cho bệnh nhân, đối chiếu với sổ sách của cơ sở khám chữa bệnh (sổ cấp thuốc, sổ thực hiện các dịch vụ kỹ thuật...).

d) Đầu mỗi quý, giám định viên đối chiếu kết quả giám định chi phí thuốc, dịch vụ kỹ thuật của quý trước với bảng thống kê sử dụng thuốc, dịch vụ kỹ thuật trong khám chữa bệnh và dữ liệu do bệnh viện cung cấp để xác định chi phí thuốc, dịch vụ kỹ thuật được thanh quyết toán trong kỳ.

đ) Sử dụng chức năng hỗ trợ giám định của phần mềm thống kê chi phí khám chữa bệnh để phát hiện các trường hợp:

- Khám bệnh nhiều lần trong ngày, trong tháng và quý; tách chi phí một lần khám chữa bệnh thành nhiều hồ sơ; thanh toán tiền khám bệnh nhiều lần trong một lần khám chữa bệnh ngoại trú.

- Mượn thẻ BHYT hoặc thống kê khống chi phí khám chữa bệnh; dữ liệu thống kê không chính xác: mã đối tượng, mã quyền lợi, mã thẻ BHYT, chi phí, mã đăng ký khám chữa bệnh ban đầu, mã chẩn đoán ...

- Các chỉ định bất hợp lý về xét nghiệm, thủ thuật, thuốc không phù hợp với chẩn đoán và điều trị.

- Các trường hợp có chi phí lớn, bất thường hoặc được sử dụng nhiều nhất.

Đối với các trường hợp nêu trên, Giám định viên kiểm tra lại toàn bộ các hồ sơ thanh toán (Bảng kê chi phí khám chữa bệnh, đơn thuốc, sổ phát thuốc, sổ xét nghiệm, thủ thuật...), từ chối thanh toán các trường hợp thống kê sai, lạm dụng BHYT hoặc không cung cấp đầy đủ thông tin theo quy định.

e) Lựa chọn có chủ đích (theo chẩn đoán, loại dịch vụ kỹ thuật, khoa, phòng khám bệnh) hoặc ngẫu nhiên một số trường hợp để đối chiếu với các Bảng kê chi phí khám chữa bệnh và dữ liệu thanh toán.

g) Thống nhất với cơ sở khám chữa bệnh số liệu tại các biểu mẫu, chuyển về cơ quan Bảo hiểm xã hội làm căn cứ thẩm định, tổng hợp quyết toán.

2. Giám định chi phí điều trị nội trú:

2.1. Giám định chi phí trước khi bệnh nhân ra viện:

a) Kiểm tra, đối chiếu số lượng, chủng loại thuốc, vật tư y tế giữa bệnh án, sổ lĩnh, cấp thuốc của khoa, phòng điều trị và thực tế bệnh nhân được sử dụng; đối chiếu với danh mục thuốc của bệnh viện để phát hiện các trường hợp bệnh nhân phải tự túc các thuốc có trong danh mục.

b) Kiểm tra, đối chiếu số lượng, chủng loại dịch vụ kỹ thuật được chỉ định và đã thực hiện (căn cứ kết quả dán trong bệnh án và thông qua hỏi trực tiếp người bệnh). Đối với các kỹ thuật chẩn đoán hình ảnh (có in ảnh theo quy định), kiểm tra thêm có hay không hình ảnh kèm theo trong hồ sơ bệnh án điều trị.

Mỗi lần kiểm tra, giám định viên lập biên bản ghi nhớ theo các nội dung đã kiểm tra, có sự xác nhận của nhân viên y tế và đại diện lãnh đạo khoa, phòng điều trị.

2.2. Giám định chi phí sau khi bệnh nhân ra viện:

a) Đối chiếu giữa bệnh án và Bảng kê chi phí khám chữa bệnh, số cấp thuốc cho bệnh nhân, phiếu công khai chi phí thuốc, vật tư y tế gồm: số lượng, chủng loại dịch vụ kỹ thuật, thuốc, dịch truyền, máu...; số ngày, loại giường bệnh.

b) Đối chiếu các khoản mục chi phí giữa Bảng kê chi phí khám chữa bệnh với danh mục đã được kiểm tra tại khoản 3, 4 Điều 2 Quy trình này.

c) Xác định mức cùng chi trả chi phí khám chữa bệnh của người bệnh căn cứ vào đối tượng tham gia BHYT, khám chữa bệnh đúng tuyến, trái tuyến; mã quyền lợi ghi trên thẻ BHYT và các giấy tờ khác (giấy chứng nhận người có công, giấy xác nhận tham gia BHYT 3 năm liên tục), đối chiếu với mức chi phí mà cơ sở khám chữa bệnh đã xác định.

2.3. Giám định, đánh giá tính hợp lý trong chẩn đoán và điều trị:

Căn cứ vào các hướng dẫn điều trị, hướng dẫn sử dụng thuốc do Bộ Y tế ban hành; quy chế chuyên môn; quy trình kỹ thuật; danh mục thuốc, vật tư y tế sử dụng tại cơ sở khám chữa bệnh để đánh giá tính hợp lý và chất lượng điều trị nội trú theo các nội dung cơ bản sau:

a) Chẩn đoán phù hợp với triệu chứng được mô tả trong bệnh án và mã chẩn đoán theo ICD10; thống kê tỷ lệ đúng/sai giữa chẩn đoán vào viện và ra viện; thống kê nguyên nhân bệnh nhân phải chuyển viện.

b) Chỉ định xét nghiệm cận lâm sàng phù hợp với chẩn đoán, số lần thực hiện hợp lý theo yêu cầu điều trị.

c) Sử dụng thuốc: loại thuốc, liều lượng, đường dùng, thời gian dùng đối với bệnh nhân (phù hợp với chẩn đoán, tuổi, giới tính...), mức độ tiến triển của quá trình điều trị.

d) Thực hiện quy chế chuyên môn:

- Thời gian bệnh nhân được thực hiện các xét nghiệm, điều trị từ khi nhập viện; thời gian được phẫu thuật kể từ khi vào viện.

- Thực hiện quy chế hội chẩn trong chẩn đoán, điều trị và sử dụng đối với một số loại thuốc (có đánh dấu *) theo quy định.

- Thực hiện chế độ khám bệnh, cấp thuốc, điều dưỡng, chăm sóc hàng ngày...đặc biệt đối với các bệnh nhân nặng, các trường hợp được phẫu thuật.

Trường hợp phát hiện những bất hợp lý trong chẩn đoán và điều trị hoặc sai sót về chuyên môn, Giám định viên trao đổi với bác sỹ điều trị để thống nhất giải pháp khắc phục. Trường hợp không thống nhất, báo cáo lãnh đạo cơ sở khám chữa bệnh và cơ quan Bảo hiểm xã hội.

2.4. Giám định trên số liệu thống kê thanh toán chi phí điều trị nội trú:

a) Hằng tháng/quý, giám định viên tiếp nhận danh sách đề nghị thanh toán chi phí điều trị nội trú có đầy đủ chữ ký kèm theo file dữ liệu điện tử theo quy định, sử dụng phần mềm thống kê khám chữa bệnh để thực hiện nghiệp vụ giám định.

b) Kiểm tra, đối chiếu số lượng bệnh nhân được cơ sở khám chữa bệnh đề nghị thanh toán chi phí trong kỳ gồm: bệnh nhân đăng ký ban đầu, bệnh nhân đa tuyến, trái tuyến, so sánh với kết quả tổng hợp theo tháng.

c) Kiểm tra giám định số lượng thuốc, dịch vụ kỹ thuật đã sử dụng cho bệnh nhân, đối chiếu với sổ sách của cơ sở khám chữa bệnh (sổ cấp thuốc, sổ thực hiện các dịch vụ kỹ thuật).

d) Đầu quý sau, Giám định viên đối chiếu kết quả giám định thuốc của quý trước với biểu thống kê sử dụng thuốc nội trú hoặc kiểm tra đối chiếu với báo cáo xuất, nhập, tồn, báo cáo sử dụng thuốc BHYT trong kỳ. Trường hợp không cân đối, đề nghị cơ sở khám chữa bệnh thuyết minh, giải thích.

Đối chiếu kết quả giám định dịch vụ kỹ thuật trong kỳ với biểu thống kê sử dụng dịch vụ kỹ thuật nội trú và số tiền đề nghị thanh toán thuốc, dịch vụ kỹ thuật trên biểu này với số tiền đề nghị thanh toán trên biểu tổng hợp chi phí điều trị nội trú và dữ liệu do cơ sở khám chữa bệnh cung cấp.

đ) Sử dụng chức năng hỗ trợ giám định của phần mềm thống kê chi phí khám chữa bệnh để phát hiện các trường hợp:

- Điều trị nội trú nhiều lần trong tháng và quý; tách chi phí một lần điều trị thành nhiều hồ sơ để thanh toán.

- Mượn thẻ BHYT; dữ liệu thống kê không chính xác: mã đối tượng, mã quyền lợi, mã thẻ BHYT, mã đăng ký khám chữa bệnh ban đầu, mã chẩn đoán, chi phí, ngày điều trị.

- Thống kê thanh toán trùng các đợt điều trị nội trú, trùng thời gian của đợt điều trị ngoại trú và nội trú.

- Các chỉ định bất hợp lý: chỉ định xét nghiệm, thủ thuật, thuốc không phù hợp với chẩn đoán.

- Các trường hợp có chi phí lớn, bất thường hoặc được sử dụng nhiều nhất.

Đối với các trường hợp nêu trên, Giám định viên kiểm tra lại toàn bộ các hồ sơ thanh toán (Bảng kê chi phí khám chữa bệnh, bệnh án, sổ phát thuốc, sổ thực hiện các dịch vụ kỹ thuật); từ chối thanh toán các trường hợp thống kê sai, lạm dụng BHYT hoặc không cung cấp đầy đủ thông tin theo quy định.

e) Lựa chọn có chủ đích (theo chẩn đoán, loại dịch vụ kỹ thuật, khoa, phòng điều trị) hoặc ngẫu nhiên một số trường hợp để đối chiếu với các Bảng kê chi phí khám chữa bệnh và dữ liệu thanh toán.

g) Thống nhất với cơ sở khám chữa bệnh về số liệu tại các biểu mẫu, chuyển cơ quan Bảo hiểm xã hội làm căn cứ thẩm định, tổng hợp quyết toán.

2.5. Giám định tại nơi cư trú hoặc nơi công tác của người bệnh:

Trường hợp cần thiết, cơ quan Bảo hiểm xã hội thực hiện kiểm tra xác minh tại nơi cư trú hoặc nơi công tác của người bệnh: Lựa chọn các trường hợp có dấu hiệu lạm dụng như: sai đối tượng tham gia BHYT, sử dụng thuốc bất hợp lý, sai hoặc giả mạo chữ ký bệnh nhân...trên Bảng kê chi phí khám chữa bệnh để tiến

hành kiểm tra tại nơi cư trú hoặc nơi công tác (đối chiếu với bảng chấm công, bảng thanh toán các chế độ bảo hiểm xã hội...) để xác định tính xác thực việc bệnh nhân đi khám chữa bệnh, sử dụng các dịch vụ y tế và được thanh toán theo chế độ BHYT.

3. Giám định hồ sơ đề nghị thanh toán trực tiếp:

3.1. Giám định thủ tục khám chữa bệnh:

Đối chiếu giữa hồ sơ thanh toán trực tiếp và sổ khám bệnh/hoặc bệnh án để kiểm tra việc thực hiện các thủ tục khám chữa bệnh BHYT gồm:

- a) Ngày khám, ngày vào viện, ra viện.
- b) Tình trạng bệnh nhân khi đến khám chữa bệnh (cấp cứu/không cấp cứu).
- c) Việc thực hiện các thủ tục khám chữa bệnh BHYT.
- d) Tổng hợp thông tin, đối chiếu với quy định hiện hành để xác định người bệnh đi khám chữa bệnh đúng tuyến hoặc khám chữa bệnh vượt tuyến, trái tuyến.
- đ) Xác định lý do chưa được hưởng hoặc hưởng chưa đầy đủ chế độ BHYT.

3.2. Giám định chi phí khám chữa bệnh BHYT:

- a) Đối chiếu số lượng, chủng loại thuốc, vật tư y tế, xét nghiệm, dịch vụ kỹ thuật trong hoá đơn chứng từ của bệnh nhân với hồ sơ bệnh án và bảng giá thuốc, vật tư y tế, dịch vụ kỹ thuật của cơ sở khám chữa bệnh.
- b) Xác định chi phí khám chữa bệnh theo chế độ BHYT mà bệnh nhân chưa được hưởng tại cơ sở khám chữa bệnh.
- c) Tổng hợp kết quả giám định theo mẫu do Bảo hiểm xã hội Việt Nam quy định, chuyển về cơ quan Bảo hiểm xã hội.

Điều 4. Tư vấn, phổ biến chính sách pháp luật về BHYT và giải quyết các khó khăn vướng mắc trong tổ chức thực hiện khám chữa bệnh BHYT

1. Đối với cơ sở khám chữa bệnh BHYT: Định kỳ hoặc khi phát sinh những vấn đề mới có liên quan đến tổ chức thực hiện chính sách BHYT, Giám định viên có trách nhiệm liên hệ với lãnh đạo cơ sở khám chữa bệnh để thực hiện các nội dung sau:

- a) Phổ biến kịp thời các chính sách, quy định mới về BHYT; tình hình thực hiện khám chữa bệnh BHYT tại cơ sở khám chữa bệnh, tổng hợp, phản ánh các khó khăn vướng mắc và kiến nghị biện pháp giải quyết trong các buổi giao ban của cơ sở khám chữa bệnh.
- b) Tổ chức tập huấn nghiệp vụ, kỹ thuật thống kê tổng hợp chi phí khám chữa bệnh BHYT cho cán bộ y tế khi có yêu cầu của cơ sở khám chữa bệnh.
- c) Cung cấp thông tin về quyền lợi và trách nhiệm của người tham gia BHYT; các quy định về thủ tục khám chữa bệnh BHYT tại cơ sở khám chữa bệnh;
- d) Tiếp nhận và giải quyết theo thẩm quyền đối với các vấn đề khó khăn vướng mắc trong thực hiện chế độ khám chữa bệnh BHYT; kịp thời báo cáo lên cấp trên những vấn đề tồn tại được các cơ sở khám chữa bệnh kiến nghị nhưng vượt quá thẩm quyền giải quyết.

2. Đối với người bệnh có thẻ BHYT: Giám định viên có trách nhiệm:

a) Tiếp nhận, tư vấn và giải quyết theo thẩm quyền các khó khăn vướng mắc về thủ tục, quyền lợi khám chữa bệnh BHYT.

b) Định kỳ hằng tuần/tháng tổ chức tiếp xúc với người bệnh hoặc thân nhân người bệnh tại các khoa, phòng điều trị để tuyên truyền, giải thích, hướng dẫn về chế độ khám chữa bệnh BHYT.

Chương II

QUY TRÌNH GIÁM ĐỊNH BẢO HIỂM Y TẾ TẠI CƠ QUAN BẢO HIỂM XÃ HỘI

Điều 5. Quy trình thẩm định và ký hợp đồng khám chữa bệnh BHYT

1. Bảo hiểm xã hội tỉnh phối hợp với Sở Y tế khảo sát và lập danh sách các cơ sở khám chữa bệnh trên địa bàn đủ điều kiện ký hợp đồng khám chữa bệnh BHYT như sau:

a) Cơ sở khám chữa bệnh công lập:

- Tuyến chuyên môn kỹ thuật (trung ương, tỉnh, huyện, xã).

- Hạng bệnh viện theo quyết định của cấp có thẩm quyền (hạng đặc biệt, hạng 1, hạng 2, hạng 3, hạng 4, không xếp hạng).

b) Cơ sở khám chữa bệnh ngoài công lập.

Xác định tương đương với tuyến chuyên môn kỹ thuật và hạng bệnh viện với cơ sở y tế công lập.

c) Cơ sở khám chữa bệnh đủ điều kiện là nơi đăng ký khám chữa bệnh ban đầu;

d) Cơ sở khám chữa bệnh BHYT tuyến 2.

Đối với các cơ sở khám chữa bệnh lần đầu ký hợp đồng hoặc đã có thời gian tạm ngừng hợp đồng từ 6 tháng trở lên, cơ quan Bảo hiểm xã hội thông báo và hướng dẫn các cơ sở khám chữa bệnh này gửi văn bản kèm theo hồ sơ đề nghị ký hợp đồng khám chữa bệnh BHYT theo quy định.

2. Thẩm định hồ sơ ký hợp đồng khám chữa bệnh BHYT:

a) Kiểm tra hồ sơ hợp đồng khám chữa bệnh BHYT của các cơ sở khám chữa bệnh đã ký hợp đồng năm trước, thông báo và đề nghị cơ sở khám chữa bệnh bổ sung các hồ sơ còn thiếu theo quy định (nếu có).

b) Tiếp nhận và kiểm tra hồ sơ đề nghị ký hợp đồng khám chữa bệnh BHYT của các cơ sở khám chữa bệnh lần đầu ký hợp đồng khám chữa bệnh BHYT hoặc đã có thời gian tạm ngừng hợp đồng từ 6 tháng trở lên. Thông báo cho cơ sở khám chữa bệnh bổ sung, hoàn thiện hồ sơ theo quy định.

c) Tổng hợp kết quả thẩm định hồ sơ và đề xuất ý kiến trình lãnh đạo Bảo hiểm xã hội tỉnh.

3. Khảo sát, thẩm định trực tiếp tại các cơ sở khám chữa bệnh:

a) Lập danh sách các cơ sở cần thẩm định trước khi ký hợp đồng khám chữa bệnh, gửi văn bản đề nghị Sở Y tế phối hợp thực hiện thẩm định.

b) Tiến hành thẩm định theo các nội dung do Bảo hiểm xã hội Việt Nam quy định, xác nhận bản trích yếu của cơ sở khám chữa bệnh.

c) Tổng hợp kết quả thẩm định và lập danh sách các cơ sở khám chữa bệnh đủ điều kiện ký hợp đồng khám chữa bệnh BHYT.

4. Thống nhất với Sở Y tế những nội dung cơ bản sau:

a) Quy định việc chuyên tuyến chuyên môn kỹ thuật trong khám chữa bệnh BHYT đối với các cơ sở khám chữa bệnh trong phạm vi tỉnh, thành phố.

b) Quy định việc chuyên tuyến chuyên môn kỹ thuật đối với một số cơ sở khám chữa bệnh ở địa bàn giáp ranh trong tỉnh và giữa các tỉnh.

c) Quy định nhóm đối tượng, số lượng người tham gia BHYT được đăng ký khám chữa bệnh ban đầu tại các cơ sở khám chữa bệnh tuyến tỉnh, tuyến trung ương và tương đương theo quy định.

5. Dự thảo hợp đồng khám chữa bệnh BHYT:

a) Trao đổi, thống nhất với các cơ sở khám chữa bệnh về phương thức thanh toán và các điều khoản bổ sung phù hợp với loại hình hợp đồng và cơ sở khám chữa bệnh để dự thảo hợp đồng khám chữa bệnh BHYT theo quy định.

b) Gửi dự thảo hợp đồng cho cơ sở khám chữa bệnh để thống nhất nội dung và hoàn thiện dự thảo hợp đồng.

6. Tổ chức ký hợp đồng khám chữa bệnh BHYT, tổng hợp báo cáo Bảo hiểm xã hội Việt Nam theo quy định.

Điều 6. Thống kê, tổng hợp và thực hiện chế độ thông tin báo cáo

1. Lập và quản lý danh mục các cơ sở khám chữa bệnh BHYT:

a) Trên cơ sở danh mục cơ sở khám chữa bệnh BHYT (file dm_benhvien.dbf), Bảo hiểm xã hội tỉnh tổng hợp, rà soát, hoàn chỉnh và cập nhật các thông tin về phân hạng bệnh viện, tuyến chuyên môn kỹ thuật, phương thức thanh toán, loại hình hợp đồng; mã của cơ sở khám chữa bệnh được Sở Y tế giao nhiệm vụ ký hợp đồng khám chữa bệnh BHYT tại tuyến xã.

b) Đăng ký mã số cơ sở khám chữa bệnh BHYT mới ký hợp đồng, bổ sung vào danh mục cơ sở khám chữa bệnh BHYT và phần mềm thống kê chi phí khám chữa bệnh.

2. Xác định số thẻ đăng ký khám chữa bệnh ban đầu; suất phí; quỹ khám chữa bệnh và trần thanh toán chi phí điều trị tuyến 2:

a) Vào đầu mỗi quý, căn cứ số lượng thẻ, mức đóng BHYT của quý trước, cơ quan Bảo hiểm xã hội thông báo số thẻ BHYT, quỹ khám chữa bệnh BHYT được sử dụng (tạm tính) tại cơ sở khám chữa bệnh.

Trước khi quyết toán, cơ quan Bảo hiểm xã hội thông báo chính thức với cơ sở khám chữa bệnh số thẻ BHYT đăng ký khám chữa bệnh ban đầu, quỹ khám chữa bệnh BHYT được sử dụng trong quý.

b) Căn cứ chi phí khám chữa bệnh BHYT của năm trước tại cơ sở khám chữa bệnh, cơ quan Bảo hiểm xã hội xác định suất phí/trần chi phí điều trị tuyến 2 theo hướng dẫn của Bảo hiểm xã hội Việt Nam. Thông báo đề cơ sở khám chữa bệnh BHYT biết phương pháp xác định và dự báo quỹ khám chữa bệnh BHYT theo định suất trước khi ký hợp đồng.

3. Thống kê, tổng hợp số liệu phục vụ thanh quyết toán và báo cáo:

a) Tiếp nhận số liệu thống kê, tổng hợp của các cơ sở khám chữa bệnh BHYT gồm: Danh sách đề nghị thanh toán chi phí khám chữa bệnh ngoại trú, nội trú và các file dữ liệu điện tử kèm theo.

b) Kiểm tra các nội dung ghi trên mẫu biểu, chữ ký và dấu theo quy định.

c) Đối chiếu mẫu biểu thống kê chi phí khám chữa bệnh BHYT do cơ sở khám chữa bệnh lập với dữ liệu điện tử.

d) Lập biểu tổng hợp thanh quyết toán chi phí khám chữa bệnh BHYT với cơ sở khám chữa bệnh.

đ) Lập biểu thống kê chi phí khám chữa bệnh đa tuyến ngoại tỉnh để thông báo với Bảo hiểm xã hội các tỉnh và báo cáo Bảo hiểm xã hội Việt Nam.

e) Thống kê chi phí thanh toán trực tiếp theo mẫu do Bảo hiểm xã hội Việt Nam quy định.

g) Định kỳ hằng quý, báo cáo Bảo hiểm xã hội Việt Nam danh sách các bệnh nhân có chi phí một đợt điều trị từ 50 triệu đồng trở lên.

g) Sử dụng phần mềm thống kê, tổng hợp để lập các mẫu biểu báo cáo theo quy định của Bảo hiểm xã hội Việt Nam.

Điều 7. Quy trình thanh toán trực tiếp chi phí khám chữa bệnh BHYT

1. Tiếp nhận, kiểm tra hồ sơ đề nghị thanh toán trực tiếp:

a) Kiểm tra tính hợp pháp của hồ sơ đề nghị thanh toán, ký xác nhận vào các bản sao (thẻ BHYT, giấy ra viện, và các giấy tờ khác, trừ các hoá đơn).

b) Hướng dẫn người bệnh bổ sung hồ sơ theo quy định. Từ chối tiếp nhận hồ sơ và giải thích cho đối tượng các trường hợp không thuộc phạm vi chi trả của quỹ BHYT.

c) Hướng dẫn người bệnh ghi đầy đủ nội dung vào phiếu đề nghị thanh toán trực tiếp chi phí khám chữa bệnh BHYT.

d) Viết giấy hẹn người bệnh đến thanh toán.

2. Giám định hồ sơ đề nghị thanh toán trực tiếp:

a) Đối với các hồ sơ có thể giải quyết ngay không cần giám định tại cơ sở khám chữa bệnh: tập hợp, giám định trên hồ sơ và trình lãnh đạo phê duyệt chi trả cho người bệnh.

b) Đối với các hồ sơ phải giám định tại cơ sở khám chữa bệnh: lập Phiếu yêu cầu giám định, gửi bộ phận giám định tại cơ sở khám chữa bệnh trong tỉnh hoặc Bảo hiểm xã hội tỉnh, thành phố nơi người bệnh đến khám chữa bệnh.

Tiếp nhận kết quả giám định, kiểm tra, đối chiếu với yêu cầu giám định và đề nghị giám định bổ sung nếu kết quả trả lời chưa đáp ứng yêu cầu.

3. Xác định và trình duyệt mức thanh toán trực tiếp:

a) Tổng hợp kết quả giám định, đề xuất mức thanh toán và lập bảng thanh toán trực tiếp chi phí khám chữa bệnh BHYT.

b) Chuyển Phòng Kế hoạch tài chính để kiểm tra các nội dung chi phí theo đề nghị của Phòng Giám định BHYT.

c) Trình lãnh đạo phê duyệt mức chi trả chi phí khám chữa bệnh cho người có thẻ BHYT.

d) Tổ chức chi trả cho người có thẻ BHYT, vào sổ theo dõi tổng hợp và lưu trữ hồ sơ thanh toán trực tiếp theo quy định.

Chương III

TỔ CHỨC THỰC HIỆN

Điều 8. Bố trí, phân công Giám định viên BHYT

Giám đốc Bảo hiểm xã hội tỉnh căn cứ số lượng, trình độ Giám định viên hiện có và tình hình thực tiễn tại địa phương để bố trí Giám định viên tại các cơ sở khám chữa bệnh BHYT, cụ thể như sau:

1. Tại trạm y tế xã và tương đương, phòng khám đa khoa khu vực không bố trí giám định viên thường trực nhưng phải tổ chức kiểm tra định kỳ và đột xuất, trong đó tập trung một số nội dung sau:

a) Số lượng bệnh nhân đến khám bệnh hằng ngày, hằng tháng

b) Công tác khám bệnh, kê đơn cấp thuốc.

c) Việc ghi chép sổ sách và thống kê báo cáo.

d) Dự trữ thuốc và vật tư y tế tiêu hao.

đ) Tình hình sử dụng quỹ khám chữa bệnh BHYT tại trạm y tế xã.

2. Tại các cơ sở khám chữa bệnh chuyên khoa: Bố trí Giám định viên thường trực tối thiểu 2 ngày trong tuần.

3. Tại các bệnh viện đa khoa: Mỗi bệnh viện bố trí tối thiểu một giám định viên thường trực.

3.1. Bệnh viện đa khoa huyện và tương đương: thực hiện đầy đủ các nội dung của Quy trình giám định BHYT tại cơ sở khám chữa bệnh theo 2 khu vực:

a) Khu vực đón tiếp và tư vấn chính sách: bố trí giám định viên có trình độ trung cấp trở lên theo quy định về chuyên môn nghiệp vụ của Bảo hiểm xã hội Việt Nam.

b) Khu vực giám định chuyên môn: bố trí giám định viên có trình độ cao đẳng trở lên theo quy định về chuyên môn nghiệp vụ của Bảo hiểm xã hội Việt Nam.

3.2. Bệnh viện đa khoa tỉnh và tương đương trở lên: Bố trí Giám định viên như điểm 3.1 nêu trên, thành lập tổ giám định chuyên môn có trình độ đại học y,

được trở lên có kinh nghiệm, nắm chắc nghiệp vụ giám định để thực hiện công tác giám định chi phí khám chữa bệnh BHYT.

4. Đối với cơ sở thực hiện phương thức thanh toán theo phí dịch vụ: Bộ trí giám định viên để tập trung thực hiện các công việc sau:

- a) Kiểm tra số lượng bệnh nhân đến khám bệnh, bệnh nhân nhập viện.
- b) Giám sát số lượng thuốc, dịch vụ kỹ thuật đã cung cấp cho bệnh nhân.
- c) Kiểm tra xác định việc cung cấp thuốc, dịch vụ y tế đúng người, đúng bệnh.
- d) Giám định đánh giá tính hợp lý của các chỉ định chẩn đoán và điều trị BHYT.

5. Đối với cơ sở thực hiện phương thức thanh toán theo định suất: Bộ trí giám định viên để tập trung thực hiện các công việc nhằm đảm bảo quyền lợi cho người bệnh và quản lý quỹ định suất, cụ thể như sau:

a) Giám sát chất lượng khám chữa bệnh, đảm bảo quyền lợi cho người bệnh có thẻ BHYT.

b) Theo dõi việc chuyển tuyến chuyên môn kỹ thuật; phát hiện các trường hợp gây khó khăn, không giải quyết để bệnh nhân được chuyển tuyến mặc dù cơ sở khám chữa bệnh không đủ khả năng khám và điều trị.

c) Giám sát tình hình sử dụng quỹ khám chữa bệnh, kịp thời thông báo với cơ sở khám chữa bệnh những diễn biến bất thường về chi phí khám chữa bệnh.

6. Đối với cơ sở thực hiện phương thức thanh toán theo trường hợp bệnh (hoặc theo nhóm chẩn đoán): bộ trí giám định viên để tập trung thực hiện các công việc sau:

a) Giám định việc ghi mã chẩn đoán để thanh toán chi phí khám chữa bệnh BHYT.

b) Xác định nguyên nhân không đưa vào thanh toán các trường hợp có chẩn đoán thuộc các bệnh đã ghi trong hợp đồng.

c) Đánh giá chất lượng khám chữa bệnh theo quy trình chuyên môn: phát hiện các trường hợp không tuân thủ theo quy trình chuyên môn; thông báo với cơ sở khám chữa bệnh và báo cáo về cơ quan Bảo hiểm xã hội.

Điều 9. Tổ chức thực hiện quy trình giám định BHYT

1. Tại cơ sở khám chữa bệnh

1.1. Đối với cơ sở khám chữa bệnh có Giám định viên thường trực:

a) Trưởng Phòng Giám định BHYT có trách nhiệm hướng dẫn Giám định viên xây dựng kế hoạch, nội dung làm việc theo ngày, tuần, tháng, thời gian hoàn thành và kết quả thực hiện.

b) Căn cứ số lượng Giám định viên thường trực và đặc điểm của cơ sở khám chữa bệnh, Trưởng Phòng Giám định BHYT phân công thực hiện các công việc phù hợp với khả năng và trình độ chuyên môn của giám định viên.

1.2. Đối với các cơ sở khám chữa bệnh BHYT có giám định viên thường trực không đầy đủ các ngày trong tuần:

a) Giám định viên có trách nhiệm xây dựng kế hoạch thường trú tại các cơ sở khám chữa bệnh được phân công, đồng thời hướng dẫn cán bộ y tế thực hiện

các nội dung của Quy trình giám định BHYT trong thời gian Giám định viên không thường trực.

b) Kiểm tra đột xuất, tổng hợp kết quả kiểm tra tại cơ sở khám chữa bệnh.

c) Hằng tháng/quý thực hiện giám định các biểu mẫu thống kê làm căn cứ thanh, quyết toán chi phí khám chữa bệnh BHYT.

1.3. Đối với các cơ sở không có Giám định viên thường trực:

a) Cơ quan Bảo hiểm xã hội hướng dẫn cán bộ y tế thực hiện các nội dung của Quy trình giám định BHYT. Lập kế hoạch kiểm tra định kỳ và đột xuất theo tháng, quý.

b) Hằng tháng, quý, thực hiện giám định các biểu mẫu thống kê làm căn cứ quyết toán. Lưu ý đối chiếu với các lần kiểm tra tại cơ sở khám chữa bệnh.

2. Tại cơ quan Bảo hiểm xã hội:

2.1. Đối với Bảo hiểm xã hội tỉnh

a) Thẩm định hồ sơ ký hợp đồng khám chữa bệnh và soạn thảo hợp đồng: Bộ trí Giám định viên có trình độ đại học kiểm tra hồ sơ ký hợp đồng và thẩm định trực tiếp tại cơ sở khám chữa bệnh; soạn thảo hợp đồng và trình lãnh đạo để ký với cơ sở khám chữa bệnh.

b) Thanh toán trực tiếp:

- Bộ trí cán bộ giám định tại Bộ phận một cửa để tiếp nhận, kiểm tra hồ sơ và hướng dẫn người bệnh hoàn thiện các thủ tục theo quy định;

- Phòng giám định bố trí cán bộ chuyên trách để thực hiện các nghiệp vụ theo quy trình thanh toán trực tiếp quy định tại khoản 2; điểm a, c, khoản 3, Điều 7 Quy trình này.

- Phòng Kế hoạch tài chính bố trí cán bộ để thực hiện các nghiệp vụ quy định tại điểm b, khoản 3, Điều 7 Quy trình này.

c) Thống kê tổng hợp: Phòng Giám định BHYT bố trí cán bộ thực hiện thống kê tổng hợp theo quy định tại Điều 6 Quy trình này.

2.2. Đối với Bảo hiểm xã hội cấp huyện:

a) Thẩm định và dự thảo hợp đồng khám chữa bệnh BHYT: Bộ trí cán bộ phối hợp với Bảo hiểm xã hội cấp tỉnh thực hiện các nội dung theo quy định tại các khoản 2, 3, 5, 6 Điều 5 Quy trình này.

b) Thanh toán trực tiếp:

- Bộ phận một cửa tiếp nhận hồ sơ, hướng dẫn người bệnh hoàn thiện các thủ tục theo quy định, chuyển bộ phận giám định. Bảo hiểm xã hội cấp huyện bố trí một giám định viên kiêm nhiệm xét duyệt các hồ sơ thanh toán trực tiếp.

- Đối với các hồ sơ không cần giám định tại cơ sở khám chữa bệnh, thực hiện giám định trực tiếp trên hồ sơ, trình lãnh đạo phê duyệt.

- Đối với các hồ sơ cần giám định tại cơ sở khám chữa bệnh ngoài địa bàn huyện, tập hợp gửi Phòng Giám định BHYT để thực hiện theo quy định tại điểm b, khoản 2, Điều 7 Quy trình này.

- Giám đốc Bảo hiểm xã hội huyện xét duyệt mức thanh toán trực tiếp theo phân cấp.

c) Thống kê, tổng hợp: Bố trí cán bộ để thực hiện công tác thống kê, tổng hợp chi phí khám chữa bệnh BHYT theo quy định tại điểm a, khoản 2 và khoản 3 (trừ điểm đ) Điều 6 Quy trình này và chuyên dữ liệu về Bảo hiểm xã hội tỉnh.

Điều 10. Trách nhiệm của Bảo hiểm xã hội tỉnh, thành phố trực thuộc Trung ương và các đơn vị

1. Trưởng Ban Thực hiện chính sách BHYT phối hợp với các đơn vị có liên quan tổ chức hướng dẫn, kiểm tra việc thực hiện Quy trình giám định BHYT của Bảo hiểm xã hội các tỉnh.

2. Giám đốc Trung tâm thông tin nghiên cứu bổ sung, hoàn thiện phần mềm thống kê chi phí khám chữa bệnh phù hợp với Quy trình Giám định BHYT.

3. Thủ trưởng các đơn vị liên quan theo chức năng nhiệm vụ được giao có trách nhiệm tổ chức thực hiện quy trình này.

4. Giám đốc Bảo hiểm xã hội các tỉnh quyết định việc phân cấp thực hiện Quy trình giám định BHYT đối với Bảo hiểm xã hội cấp huyện./

TỔNG GIÁM ĐỐC

Lê Bạch Hồng