

Số: 2634 /BHXH-GĐĐT

Hà Nội, ngày 20 tháng 08 năm 2021

V/v hướng dẫn thực hiện công tác giám định BHYT tại cơ sở KCB thực hiện phương thức thanh toán theo định suất

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 BHXH tỉnh)

Ngày 29/4/2021, Bộ Y tế ban hành Thông tư số 04/2021/TT-BYT hướng dẫn thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh (KCB) bảo hiểm y tế (BHYT) theo định suất, có hiệu lực thi hành kể từ ngày 01/7/2021. Bảo hiểm xã hội (BHXH) Việt Nam hướng dẫn BHXH các tỉnh thực hiện công tác giám định chi phí KCB BHYT tại các cơ sở KCB thực hiện thanh toán theo định suất như sau:

1. Giám sát các chỉ số đánh giá sử dụng quỹ định suất

1.1. Phân tích, đánh giá tỷ lệ điều trị nội trú

a) Đánh giá tính hợp lý của chỉ định vào điều trị nội trú, tập trung phân tích các trường hợp có thể điều trị ngoại trú nhưng được chỉ định vào điều trị nội trú hoặc chuyển sang điều trị nội trú tại bệnh viện khác.

b) Phân tích các bệnh, loại bệnh có số lượt, tỷ lệ vào điều trị nội trú (số lượt điều trị nội trú trên tổng số lượt khám bệnh, chữa bệnh của cùng một bệnh, loại bệnh) tại bệnh viện tăng so với kỳ trước hoặc tăng so với các bệnh viện cùng hạng, cùng tuyến trên địa bàn, tương đồng về phạm vi hoạt động chuyên môn (đa khoa hoặc chuyên khoa) trong khu vực.

c) Xác định các bệnh, loại bệnh đã được thực hiện can thiệp, phẫu thuật ở ngoại trú nhưng được chỉ định vào điều trị nội trú.

d) Phân tích các trường hợp điều trị nội khoa không dùng thuốc hoặc sử dụng thuốc thông thường, không có can thiệp, phẫu thuật nhưng có tỷ lệ vào điều trị nội trú cao.

đ) Xác định các bệnh, loại bệnh có chi phí khám bệnh, chữa bệnh cao đã điều trị ngoại trú tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh nhưng khi áp dụng định suất được chỉ định vào điều trị nội trú hoặc chuyển điều trị nội trú tại bệnh viện khác.

e) Thường xuyên theo dõi, giám sát tỷ lệ điều trị nội trú thay đổi so với kỳ trước hoặc cùng kỳ năm trước, đề nghị bệnh viện điều chỉnh các trường hợp chỉ định điều trị nội trú không hợp lý, xác định lại các chi phí thanh toán trong quỹ định suất.

g) Định kỳ hằng tháng, hằng quý xác định số lượt gia tăng và số tiền phải giảm trừ vào quỹ định suất do tăng tỷ lệ điều trị nội trú tại bệnh viện.

1.2. Phân tích, đánh giá tỷ lệ đa tuyến đi

a) Theo dõi, giám sát số lượt, tỷ lệ chuyển người bệnh đăng ký khám chữa bệnh ban đầu đi khám chữa bệnh tại nơi khác, tập trung giám định, đánh giá tính hợp lý của chỉ định chuyển tuyến khi có thay đổi bất thường, thông báo để cơ sở khám bệnh, chữa bệnh điều chỉnh các chỉ định chuyển viện chưa hợp lý; Lưu ý các trường hợp điều trị các bệnh, loại bệnh có chi phí điều trị ngoại trú hoặc nội trú cao, các trường hợp chuyển đi các cơ sở khám chữa bệnh tuyến huyện khác trong tỉnh.

b) Phân tích số lượt, tỷ lệ đa tuyến đi đối với các trường hợp người bệnh đăng ký ban đầu tự đến khám bệnh, chữa bệnh tại một số cơ sở khám chữa bệnh khác; các thay đổi về nhân lực, cơ sở vật chất kỹ thuật, các chuyên khoa khám bệnh có thể dẫn đến tăng tỷ lệ đa tuyến đi, ảnh hưởng đến quyền lợi người bệnh BHYT.

c) Định kỳ hằng tháng, hằng quý xác định số lượt gia tăng và số tiền phải giảm trừ vào quỹ định suất do tăng tỷ lệ đa tuyến đi của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh.

1.3. Phân tích, đánh giá chỉ định chuyển tuyến

a) Theo dõi, giám sát số lượt, tỷ lệ chuyển người bệnh đăng ký khám chữa bệnh ban đầu tại nơi khác (đa tuyến đến) được chuyển đi cơ sở khám chữa bệnh khác, đánh giá tính hợp lý của chỉ định chuyển tuyến, tập trung giám định khi có thay đổi bất thường, lưu ý các trường hợp chuyển tuyến với các bệnh, loại bệnh có chi phí điều trị ngoại trú hoặc nội trú cao đã được điều trị trong các kỳ trước hoặc khi chuyển đi các cơ sở khám chữa bệnh tuyến huyện, tuyến xã.

b) Định kỳ hằng tháng, hằng quý, xác định tỷ lệ chuyển tuyến so với tỷ lệ chuyển tuyến của năm trước liền kề, số lượt và số tiền dự kiến giảm trừ quỹ định suất của cơ sở khám chữa bệnh.

2. Giám định lượt khám chữa bệnh

2.1. Các trường hợp tách lượt khám chữa bệnh ngoại trú hoặc đợt điều trị ngoại trú không đúng quy định bao gồm:

a) Lập từng hồ sơ thanh toán cho mỗi lần người bệnh đến thực hiện dịch vụ kỹ thuật hoặc đến khám lại trong 01 đợt điều trị ngoại trú.

b) Lập từng hồ sơ thanh toán cho mỗi lần chỉ định kỹ thuật cận lâm sàng (xét nghiệm, chẩn đoán hình ảnh, thăm dò chức năng), thực hiện dịch vụ kỹ thuật hoặc chuyển khám chuyên khoa khác trong 01 lần khám bệnh.

c) Lập trên 01 hồ sơ đề nghị thanh toán ngoại trú trong 01 tháng đối với người bệnh mắc bệnh mãn tính điều trị dài ngày liên tục trong năm.

Phần mềm tự động xác lập trạng thái yêu cầu giám định; Giám định viên kiểm tra, trả lại Cổng tiếp nhận toàn bộ các trường hợp xác định sai lượt khám chữa bệnh.

2.2. Các trường hợp đề nghị thanh toán trùng lặp

a) Một lần khám chữa bệnh tại một cơ sở khám chữa bệnh có nhiều hồ sơ đề nghị thanh toán trùng toàn bộ thời gian và chi phí: phần mềm xác định trạng thái trùng lặp toàn bộ, chấp nhận 01 hồ sơ, từ chối các hồ sơ còn lại.

b) Một lần khám chữa bệnh tại một cơ sở khám chữa bệnh có nhiều hồ sơ đề nghị thanh toán trùng một phần thời gian hoặc một phần chi phí: phần mềm xác định trạng thái trùng lặp một phần, tự động trả lại toàn bộ hồ sơ về Cổng tiếp nhận.

c) Các lần khám chữa bệnh giữa các cơ sở khám chữa bệnh có thời gian điều trị trùng một phần hoặc toàn bộ hoặc thời gian ra viện tại nơi này và vào viện tại nơi khác không hợp lý với thời gian di chuyển giữa hai nơi: phần mềm xác định trạng thái yêu cầu giám định chủ động. Giám định viên xác định hồ sơ sai, trả về Cổng tiếp nhận. Riêng các trường hợp điều trị ngoại trú bệnh mạn tính quy định thống kê thanh toán một lần trong tháng chỉ xác định trùng lặp nếu cùng ngày y lệnh hoặc cấp thuốc, thực hiện dịch vụ kỹ thuật trùng với các lần khám, chữa bệnh khác.

3. Giám định chi phí khám chữa bệnh BHYT

3.1. Chi phí KCB BHYT thanh toán trong phạm vi định suất được giám định theo Điều 1, điểm 2.1 khoản 2 Điều 2 Quy trình giám định BHYT ban hành kèm theo Quyết định số 1456/QĐ-BHXH ngày 01/12/2015 của Tổng Giám đốc BHXH Việt Nam đảm bảo các nguyên tắc:

a) Người bệnh BHYT được sử dụng các thuốc, vật tư y tế, dịch vụ khám bệnh, chữa bệnh thuộc phạm vi thanh toán BHYT.

b) Thuốc, vật tư y tế, dịch vụ kỹ thuật cung cấp cho người bệnh phù hợp với loại hình hoạt động, phân hạng, người hành nghề tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh.

c) Giá thanh toán BHYT đối với thuốc tân dược, thuốc đông y, thuốc từ dược liệu, vị thuốc y học cổ truyền, thuốc tự bào chế, thuốc pha chế, vật tư y tế, dịch vụ khám bệnh, chữa bệnh thực hiện theo đúng các quy định hiện hành.

3.2. Giám định các chi phí KCB thanh toán ngoài định suất

- Chi phí KCB BHYT thanh toán ngoài định suất được giám định theo Quy trình giám định BHYT ban hành kèm theo Quyết định số 1456/QĐ-BHXH.

- Đối với người bệnh đã được xác định mắc các bệnh thanh toán ngoài phạm vi định suất, giám định để phát hiện các chi phí KCB trong phạm vi định suất nhưng đề nghị thanh toán ngoài định suất.

- Đối với người bệnh lần đầu phát sinh thanh toán các chi phí KCB ngoài phạm vi định suất, giám định hồ sơ bệnh án để xác định bệnh và chi phí KCB thuộc phạm vi thanh toán ngoài định suất.

4. Giám định việc đảm bảo quyền lợi của người có thẻ BHYT

4.1. Tiếp nhận thông tin phản ánh của người bệnh (thông qua việc thường trực tại cơ sở KCB hoặc tiếp nhận các hồ sơ đề nghị thanh toán trực tiếp) về việc người bệnh phải tự túc các chi phí trong phạm vi thanh toán BHYT để yêu cầu cơ sở KCB phải cung cấp đầy đủ cho người bệnh theo quy định.

4.2. Phân tích, đánh giá việc thay đổi cung cấp thuốc, vật tư y tế, dịch vụ kỹ thuật cho người bệnh để xác định các trường hợp người bệnh không được cung cấp đầy đủ thuốc, vật tư y tế, dịch vụ kỹ thuật cần thiết để chẩn đoán và điều trị bệnh theo hướng dẫn chẩn đoán và điều trị của Bộ Y tế.

4.3. Kiểm tra các trường hợp người bệnh nhiều lần KCB trong tuần, trong tháng để xác định có hay không tình trạng yêu cầu người bệnh đi khám nhiều lần.

4.4. Kiểm tra xác định cơ sở KCB có tình trạng chuyển người bệnh đến KCB tại cơ sở KCB khác khi không vượt quá khả năng chuyên môn để giảm chi từ quỹ định suất.

5. Tổ chức thực hiện

5.1. Định kỳ hằng tháng, hằng quý, BHXH tỉnh tổ chức thực hiện giám định theo hướng dẫn tại Công văn này.

5.2. BHXH tỉnh chủ động khai thác các thông tin trên phần mềm Giám sát để phân tích, đánh giá các chỉ tiêu phục vụ công tác giám định; định kỳ hằng tháng thông báo cho cơ sở khám chữa bệnh tỷ lệ điều trị nội trú, tỷ lệ đa tuyến đi và tỷ lệ chuyển tuyến.

5.3. Thông báo cho Sở Y tế và cơ sở khám chữa bệnh khi phát hiện tình

trạng chuyển tuyến, chỉ định vào điều trị nội trú không hợp lý hoặc cắt giảm quyền lợi của người bệnh

5.4. BHXH tỉnh phối hợp với Sở Y tế và các cơ sở khám chữa bệnh thực hiện xác định cơ cấu, đối tượng và số lượng thẻ BHYT đăng ký KCB ban đầu tại mỗi cơ sở KCB theo đúng quy định tại Thông tư số 40/2015/TT-BYT ngày 16/11/2015 của Bộ Y tế và các văn bản hướng dẫn của BHXH Việt Nam, đảm bảo việc phân bổ thẻ BHYT đăng ký KCB ban đầu đồng đều, công bằng về số lượng, cơ cấu nhóm tuổi giữa các cơ sở KCB trên địa bàn và phù hợp với khả năng tiếp nhận của từng cơ sở KCB; lưu ý việc điều chỉnh số thẻ BHYT đăng ký KCB ban đầu tại các cơ sở KCB vào thời điểm nửa cuối năm dẫn đến quỹ định suất được giao trong năm thay đổi quá lớn so với quỹ định suất tạm giao đầu năm cũng như thay đổi các chỉ số giám sát thực hiện định suất của cơ sở KCB.

Đề nghị BHXH các tỉnh triển khai thực hiện, kịp thời phản ánh các khó khăn vướng mắc về BHXH Việt Nam để được hướng dẫn giải quyết./.

Nơi nhận:

- Như trên;
- Bộ Y tế
- Bộ Tài chính (để b/c);
- Tổng Giám đốc
- SYT các tỉnh, TP trực thuộc TW (để p/h);
- Các đơn vị: CSYT, CNTT, TTKT, KTNB, PC;
- Lưu: VT, GDDT.

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



Phạm Lương Sơn