

Số: 85 /BHXH-GĐB

Hà Nội, ngày 10 tháng 01 năm 2018

V/v hướng dẫn một số nội dung trong thông
kê thanh toán chi phí khám chữa bệnh 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 Công an nhân dân.

Để đảm bảo minh bạch, đầy đủ thông tin trong quản lý khám chữa bệnh, giám định và thanh toán bảo hiểm y tế (BHYT) theo chỉ đạo của Thủ tướng Chính phủ, ngày 20/9/2017 Bộ Y tế đã ban hành Quyết định số 4210/QĐ-BYT quy định chuẩn và định dạng dữ liệu đầu ra sử dụng trong quản lý, giám định và thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh BHYT. Bảo hiểm xã hội (BHXH) Việt Nam yêu cầu BHXH các tỉnh, thành phố trực thuộc Trung ương, BHXH Bộ Quốc phòng, BHXH Công an nhân dân (gọi chung là BHXH các tỉnh) phối hợp với các cơ sở khám chữa bệnh thực hiện đúng quy định tại Quyết định số 4210/QĐ-BYT. Trong khi chờ Bộ Y tế sửa đổi Quyết định số 3455/QĐ-BYT ngày 16/9/2013 phù hợp với quy định mới, BHXH Việt Nam hướng dẫn tạm thời cách ghi các thông tin trên các Bảng kê chi phí khám bệnh, chữa bệnh và cách mã hóa, gửi dữ liệu XML đối với các thuốc có quy định riêng trong thanh toán BHYT như sau:

a) Về ghi mã thẻ BHYT trên các biểu mẫu thống kê, báo cáo

- Thông tin về mã thẻ, giá trị sử dụng thẻ, nơi đăng ký khám chữa bệnh ban đầu trên Bảng kê chi phí khám bệnh, chữa bệnh ban hành kèm theo Quyết định số 3455/QĐ-BYT, các biểu mẫu C79a-HD, C80a-HD ban hành theo Thông tư số 178/TT-BTC của Bộ Tài chính và dữ liệu tương ứng được ghi theo thẻ BHYT còn giá trị sử dụng khi người bệnh đến khám, chữa bệnh; thông tin trong file XML ghi đúng quy định tại Quyết định 4210/QĐ-BYT;

- Trường hợp người bệnh có thay đổi các thông tin về nhân thân thì sử dụng thông tin của thẻ BHYT mới được cấp đổi.

b) BHXH các tỉnh yêu cầu cơ sở khám bệnh, chữa bệnh tổng hợp toàn bộ chi phí điều trị của người bệnh trên 01 (một) Bảng kê chi phí khám bệnh, chữa bệnh.

c) Đối với thuốc Glivec, Tasigna thanh toán BHYT theo Quyết định số 5454/QĐ-BYT ngày 27/12/2014 của Bộ Y tế; trên file XML2 các thông tin về đơn giá, số lượng, số tiền, phạm vi thanh toán được tách riêng các dòng tương ứng với phần quỹ BHYT thanh toán và phần được nguồn khác chi trả, cụ thể:

- Thuốc do quỹ BHYT thanh toán: số lượng (SO_LUONG) bằng số lượng thuốc nhân 40%; phạm vi thanh toán (PHAM_VI) bằng 1; tỷ lệ thanh toán (TYLE_TT) bằng 100%; mức hưởng (MUC_HUONG) 100%, đơn giá (DON_GIA) ghi đúng đơn giá theo hóa đơn mua thuốc;

- Thuốc được nguồn khác chi trả: số lượng (SO_LUONG) bằng số lượng thuốc nhân 60% phạm vi thanh toán (PHAM-VI) bằng 2.

d) Đối với các thuốc sử dụng cho bệnh nhân bị ung thư theo quy định tại Khoản 3 Điều 1 Thông tư số 36/2015/TT-BYT ngày 29/10/2015, sử dụng các mã hoạt chất sau:

- Pegylated liposomal Doxorubicin dạng tiêm: mã 31.363;
- Erlotinib dạng uống: mã 31.365;
- Gefitinib dạng uống: mã 31.371;
- Sorafenib dạng uống: mã 31.393.

đ) Về việc áp dụng danh mục thuốc do Bộ Y tế và Bảo hiểm xã hội Việt Nam tổ chức đấu thầu tập trung quốc gia: Trung tâm Giám định BHYT và thanh toán đa tuyến khu vực phía Bắc cập nhật toàn bộ danh mục thuốc trúng thầu trên Hệ thống thông tin giám định BHYT cho từng cơ sở khám chữa bệnh BHYT; BHXH các tỉnh đối chiếu dữ liệu với danh mục thuốc, số lượng thuốc trúng thầu sử dụng tại cơ sở khám chữa bệnh, duyệt và áp dụng đối với các thuốc đủ điều kiện thanh toán BHYT theo quy định.

e) Đối với chi phí bệnh nhân cùng chi trả trên file dữ liệu XML1,2,3: ghi số tiền cùng chi trả trong trường hợp khám chữa bệnh đúng tuyến để xác định đúng điều kiện người bệnh được miễn cùng chi trả trong năm theo quy định tại Điểm e Khoản 1 Điều 22 Thông tư liên tịch số 41/2014/TTLT-BYT-BTC.

Đề nghị BHXH các tỉnh nghiêm túc tổ chức thực hiện, nếu có khó khăn vướng mắc kịp thời báo cáo Bảo hiểm xã hội Việt Nam (Trung tâm Giám định BHYT và thanh toán đa tuyến khu vực phía Bắc) để được hướng dẫn giải quyết. /

Nơi nhận:

- Như trên;
- Tổng Giám đốc (để b/c);
- PTGD Nguyễn Minh Thảo;
- Đơn vị: CSYT, DVT, CNTT, GDN;
- Lưu: VT, GDB.

KT. TỔNG GIÁM ĐỐC
PHÓ TỔNG GIÁM ĐỐC



Phạm Lương Sơn