

ỦY BAN NHÂN DÂN
TỈNH THÁI NGUYÊN
SỞ Y TẾ

CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM
Độc lập - Tự do - Hạnh phúc

Số: **250** /SYT-NVY

Thái Nguyên, ngày **28** tháng 01 năm 2021

V/v hướng dẫn thực hiện một số quy định tại Điều 22 Luật Bảo hiểm y tế

Kính gửi:

- Các Bệnh viện tuyến tỉnh/tuyến huyện;
- Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên;
- Bệnh viện Trường Đại học Y - Dược Thái Nguyên;
- Bệnh viện Chính hình và Phục hồi chức năng Thái Nguyên;
- Bệnh viện Quân Y 91;
- Trung tâm Y tế các huyện/thành phố/thị xã;
- Các Bệnh viện, Phòng khám đa khoa ngoài công lập.

Ngày 27/01/2021, Bộ Y tế ban hành Công văn số 627/BYT-BH về việc hướng dẫn thực hiện một số quy định tại Điều 22 Luật Bảo hiểm y tế.

Sở Y tế đề nghị các đơn vị nghiên cứu và triển khai thực hiện đúng hướng dẫn tại Công văn số 627/BYT-BH ngày 27/01/2021 của Bộ Y tế.

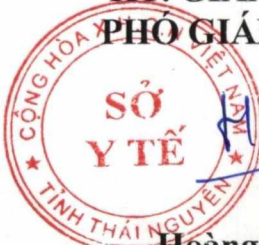
(có Công văn số 627/BYT-BH của Bộ Y tế đính kèm công văn này).

Giao Trung tâm Y tế các huyện/thành phố/thị xã triển khai, hướng dẫn Trạm Y tế tuyến xã và Y tế cơ quan/đơn vị/tổ chức trên địa bàn thực hiện.

Sở Y tế đề nghị các đơn vị khẩn trương triển khai thực hiện theo quy định./.

Nơi nhận:

- Như trên (thực hiện);
- UBND tỉnh (báo cáo);
- BHXH tỉnh TN (phối hợp);
- BGĐ Sở Y tế (chỉ đạo);
- Các phòng thuộc SYT;
- Website SYT;
- Lưu: VT, NVY (T-15b).

KT. GIÁM ĐỐC
PHÓ GIÁM ĐỐC

Hoàng Hải

BỘ Y TẾ

CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM
Độc lập - Tự do - Hạnh phúc

Số: 627 /BYT-BH
V/v hướng dẫn thực hiện một số
quy định tại Điều 22 Luật BHYT

Hà Nội, ngày 27 tháng 01 năm 2021

Kính gửi:

- Sở Y tế các tỉnh, thành phố trực thuộc Trung ương;
 - Các Bệnh viện, Viện có giường bệnh trực thuộc Bộ Y tế;
 - Các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh thuộc các Bộ, ngành.
- (Sau đây gọi chung là các đơn vị)

Thực hiện quy định tại Điều 22 Luật bảo hiểm y tế số 25/2008/QH12 ngày 14 tháng 11 năm 2008 đã được sửa đổi, bổ sung một số điều theo Luật số 46/2014/QH13 ngày 13 tháng 6 năm 2014 (sau đây gọi là Luật BHYT), trong đó có nội dung từ ngày 01 tháng 01 năm 2021 người tham gia BHYT tự đi khám bệnh, chữa bệnh (KCB) không đúng tuyến tại các bệnh viện tuyến tỉnh trong phạm vi cả nước được quỹ BHYT chi trả các chi phí điều trị nội trú theo phạm vi quyền lợi và mức hưởng BHYT như đi KCB đúng tuyến, sau khi thống nhất với Bảo hiểm xã hội (BHXH) Việt Nam, Bộ Y tế hướng dẫn thực hiện một số nội dung liên quan đến quy định tại Điều 22 như sau:

1. Thanh toán chi phí KCB đối với trường hợp tự đi KCB không đúng tuyến tại các bệnh viện tuyến huyện, tuyến tỉnh và bệnh viện tuyến trung ương, sau đó được chỉ định vào điều trị nội trú:

a) Quỹ BHYT thanh toán theo mức hưởng quy định tại khoản 3 hoặc khoản 6 Điều 22 Luật BHYT đối với các chi phí mà người tham gia BHYT được bệnh viện chỉ định nhập viện điều trị nội trú, bao gồm cả các dịch vụ khám bệnh, chữa bệnh (tiền khám bệnh, xét nghiệm cận lâm sàng, thăm dò chức năng, chẩn đoán hình ảnh...) được chỉ định hoặc thực hiện tại Khoa Khám bệnh, Khoa Cấp cứu;

b) Quỹ BHYT không thanh toán các chi phí của đợt KCB ngoại trú đối với trường hợp người tham gia BHYT đã kết thúc KCB ngoại trú, sau đó được chỉ định vào điều trị nội trú hoặc điều trị nội trú ban ngày với cùng một chẩn đoán.

2. Thanh toán chi phí KCB trong trường hợp người tham gia BHYT tự đi KCB không đúng tuyến và được chỉ định điều trị nội trú ban ngày:

a) Quỹ BHYT thanh toán chi phí KCB nội trú ban ngày đối với các trường hợp người tham gia BHYT tự đi KCB không đúng tuyến tại các bệnh viện tuyến trung ương hoặc bệnh viện tuyến tỉnh và được chỉ định điều trị nội

trú ban ngày theo quy định tại Thông tư số 01/2017/TT-BYT ngày 06 tháng 3 năm 2017 của Bộ trưởng Bộ Y tế về việc điều trị hóa trị, xạ trị và hóa trị kết hợp xạ trị ban ngày tại các cơ sở KCB và Thông tư số 01/2019/TT-BYT ngày 01 tháng 3 năm 2019 của Bộ trưởng Bộ Y tế về việc thực hiện điều trị nội trú ban ngày tại các cơ sở KCB y học cổ truyền, theo quy định tại điểm a (đối với bệnh viện tuyến trung ương) hoặc điểm b khoản 3 và khoản 6 Điều 22 Luật BHYT (đối với bệnh viện tuyến tỉnh).

b) Trường hợp người tham gia BHYT được bệnh viện chỉ định điều trị nội trú ban ngày thì được xác định như điều trị nội trú và thực hiện thanh toán chi phí điều trị nội trú ban ngày như đối với các trường hợp điều trị nội trú hướng dẫn tại công văn này.

3. Mức hưởng và mã hóa dữ liệu, ghi chép chi phí KCB trong trường hợp người tham gia BHYT tự đi KCB không đúng tuyến theo quy định tại điểm c khoản 3, khoản 4 và khoản 6 Điều 22 Luật BHYT:

a) Đối với Người tham gia BHYT tự đi KCB tại các bệnh viện tuyến huyện quy định tại điểm c khoản 3 Điều 22 Luật BHYT và tại các bệnh viện tuyến tỉnh theo quy định tại khoản 6 Điều 22 Luật BHYT trong phạm vi cả nước:

- Trường hợp Người tham gia BHYT tự đi KCB tại các bệnh viện tuyến huyện quy định tại điểm c khoản 3 Điều 22 Luật BHYT trong phạm vi cả nước: Được quỹ BHYT chi trả các chi phí KCB nội trú và ngoại trú theo mức hưởng như đi KCB đúng tuyến;

- Trường hợp Người tham gia BHYT tự đi KCB tại các bệnh viện tuyến tỉnh theo quy định tại khoản 6 Điều 22 Luật BHYT trong phạm vi cả nước: Được quỹ BHYT chi trả chi phí KCB nội trú theo mức hưởng như đi KCB đúng tuyến;

- Người tham gia BHYT tự đi KCB không đúng tuyến quy định tại Điểm a Mục này sẽ không được hưởng chế độ không cùng chi trả chi phí KCB như quy định tại điểm c khoản 1 Điều 22 Luật BHYT; phần chi phí cùng chi trả của người bệnh trong trường hợp tự đi KCB không đúng tuyến không được xác định là điều kiện để cơ quan BHXH cấp Giấy chứng nhận không cùng chi trả trong năm.

- Các cơ sở KCB thực hiện mã hóa, ghi chép đối với trường hợp tự đi KCB không đúng tuyến quy định tại điểm a Mục 1 công văn này như sau:

+ Chọn mã số “3” để ghi vào Trường số 16 (MA_LYDO_VVIEN) của Bảng 1 ban hành kèm theo Quyết định số 4210/QĐ-BYT ngày 20 tháng 9 năm 2017 của Bộ trưởng Bộ Y tế về định dạng và chuẩn dữ liệu đầu ra phục vụ quản lý và giám định, thanh toán chi phí KCB BHYT;

+ Ghi mức hưởng 80 hoặc 95 hoặc 100 tương ứng với mã mức hưởng ghi trên thẻ BHYT tại trường số 17 (MUC_HUONG) của Bảng 2, Bảng 3 ban hành kèm theo Quyết định số 4210/QĐ-BYT;

+ Chọn mục “Trái tuyến” tại Mục 14 Phần I (Phần Hành chính) của Bảng kê chi phí KCB ban hành kèm theo Quyết định 6556/QĐ-BYT ngày 30 tháng 10 năm 2018 của Bộ trưởng Bộ Y tế về ban hành mẫu bảng kê chi phí KCB sử dụng tại các cơ sở KCB.

+ Ghi mức hưởng 80 hoặc 95 hoặc 100 tương ứng với mã mức hưởng ghi trên thẻ BHYT tại mục Mức hưởng Phần II (Phần Chi phí khám bệnh, chữa bệnh) của Bảng kê chi phí KCB ban hành kèm theo Quyết định 6556/QĐ-BYT.

b) Đối với trường hợp người tham gia BHYT đăng ký KCB ban đầu tại trạm y tế tuyến xã hoặc phòng khám đa khoa hoặc bệnh viện tuyến huyện đi KCB tại trạm y tế tuyến xã hoặc phòng khám đa khoa hoặc bệnh viện tuyến huyện trong cùng địa bàn tỉnh quy định tại khoản 4 Điều 22 Luật BHYT được xác định là KCB BHYT đúng tuyến và sử dụng thuật ngữ “thông tuyến” để phục vụ công tác thống kê báo cáo:

- Được quỹ BHYT chi trả chi phí KCB nội trú theo mức hưởng KCB đúng tuyến;

- Được hưởng chế độ không cùng chi trả chi phí KCB theo quy định tại điểm c khoản 1 Điều 22 Luật BHYT; phần chi phí cùng chi trả của người bệnh trong trường hợp này được xác định là đủ điều kiện để cơ quan BHXH cấp Giấy chứng nhận không cùng chi trả trong năm.

- Các cơ sở KBCB thực hiện mã hóa, ghi chép như sau:

+ Chọn mã số “4” để ghi vào Trường số 16 (MA_LYDO_VVIEN) của Bảng 1 ban hành kèm theo Quyết định số 4210/QĐ-BYT;

+ Ghi mức hưởng 80 hoặc 95 hoặc 100 tương ứng với mã mức hưởng ghi trên thẻ BHYT tại trường số 17 (MUC_HUONG) của Bảng 2, Bảng 3 ban hành kèm theo Quyết định số 4210/QĐ-BYT;

+ Chọn “Thông tuyến” tại Mục 13 Phần I (Phần Hành chính) của bảng kê chi phí KBCB ban hành kèm theo Quyết định 6556/QĐ-BYT.

+ Ghi mức hưởng 80 hoặc 95 hoặc 100 tương ứng với mã mức hưởng ghi trên thẻ BHYT tại mục Mức hưởng Phần II (Phần Chi phí khám bệnh, chữa bệnh) của Bảng kê chi phí KCB ban hành kèm theo Quyết định 6556/QĐ-BYT.

c) Đối với trường hợp người tham gia BHYT tự đi KCB không đúng tuyến đang điều trị nội trú nhưng thẻ BHYT hết thời hạn sử dụng:

- Trường hợp thẻ BHYT chưa được gia hạn hoặc thời hạn sử dụng của thẻ BHYT mới không liên tục với ngày hết hạn của thẻ BHYT cũ: Quỹ BHYT

thanh toán chi phí KCB theo phạm vi hưởng và mức hưởng của thẻ BHYT cũ cho đến khi ra viện hoặc đến hết ngày liền kề trước ngày thẻ BHYT mới có giá trị sử dụng, nhưng tối đa không quá 15 (mười lăm) ngày theo quy định tại khoản 9 Điều 27 Nghị định số 146/2018/NĐ-CP ngày 17 tháng 10 năm 2018 của Chính phủ quy định chi tiết và hướng dẫn biện pháp thi hành một số điều của Luật bảo hiểm y tế;

- Trường hợp thẻ BHYT được cấp mới có thay đổi về mức hưởng thì các chi phí phát sinh kể từ ngày thẻ BHYT mới có giá trị sử dụng được thanh toán theo mức hưởng mới.

- Ví dụ: Người tham gia BHYT có mã thẻ BHYT là CN3 (mức hưởng 95%), vào bệnh viện điều trị nội trú từ ngày 15 tháng 12 năm 2020, thẻ BHYT mã CN3 hết thời hạn sử dụng vào ngày 31 tháng 12 năm 2020, sau đó người đó tham gia BHYT theo hộ gia đình và có mã thẻ mới là GD4 (mức hưởng 80%) có thời hạn sử dụng từ ngày 06 tháng 01 năm 2021. Đến ngày 20 tháng 01 năm 2021 người đó ra viện, chi phí KCB được quỹ BHYT thanh toán như sau:

+ Chi phí KCB trong phạm vi quyền lợi BHYT phát sinh từ ngày 15 tháng 12 năm 2020 đến hết ngày 31 tháng 12 năm 2020: được Quỹ BHYT thanh toán theo tỷ lệ 60% nhân với mức hưởng 95% chi phí (mức hưởng theo mã thẻ BHYT là CN3);

+ Chi phí KCB trong phạm vi quyền lợi BHYT phát sinh từ ngày 01 tháng 01 năm 2021 đến hết ngày 05 tháng 01 năm 2021: được Quỹ BHYT thanh toán 95% chi phí (mức hưởng theo mã thẻ BHYT là CN3);

+ Chi phí KCB trong phạm vi quyền lợi BHYT phát sinh từ ngày 06 tháng 01 năm 2021 đến ngày 20 tháng 01 năm 2021: được Quỹ BHYT thanh toán 80% chi phí (mức hưởng theo mã thẻ BHYT là GD4).

4. Để bảo đảm sử dụng quỹ KCB BHYT hợp lý, hiệu quả; nâng cao trách nhiệm của cơ sở KCB và của người tham gia BHYT, đồng thời, bảo đảm quyền lợi của người tham gia BHYT, Bộ Y tế:

a) Đề nghị Thủ trưởng các đơn vị chủ trì, phối hợp với BHXH tỉnh, thành phố và các cơ quan, đơn vị có liên quan:

- Thường xuyên tổ chức quán triệt đến cán bộ, viên chức, người lao động thuộc quyền quản lý thực hiện nghiêm các quy định của pháp luật về KCB và BHYT, Chỉ thị số 10/CT-BYT ngày 09 tháng 9 năm 2019 của Bộ trưởng Bộ Y tế về việc tăng cường công tác phòng, chống hành vi lạm dụng, trục lợi quỹ BHYT, Chỉ thị số 25/CT-BYT ngày 21 tháng 12 năm 2020 của Bộ trưởng Bộ Y tế về việc tiếp tục tăng cường công tác quản lý, nâng cao chất lượng KCB BHYT.

- Thực hiện đúng quy định tại Điều 2 Quyết định số 6556/QĐ-BYT: “Trong một đợt khám bệnh hoặc một đợt điều trị đối với mỗi một người bệnh,

cơ sở KCB có trách nhiệm lập 01 (một) bảng kê chi phí KCB để lưu cùng với hồ sơ KCB của người bệnh đó và 01 (một) bảng kê để cung cấp cho người bệnh”.

b) Định kỳ hoặc đột xuất, Bộ Y tế sẽ phối hợp với các cơ quan, đơn vị có liên quan tổ chức kiểm tra việc tổ chức thực hiện chính sách, pháp luật về BHYT. Thủ trưởng các cơ sở KCB chịu trách nhiệm trước pháp luật và trước Bộ trưởng Bộ Y tế nếu để đơn vị mình thực hiện không đúng các quy định.

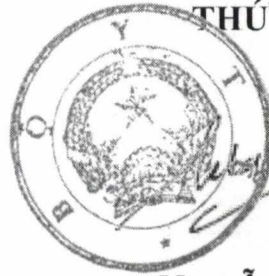
5. Bộ Y tế đề nghị BHXH Việt Nam chỉ đạo, hướng dẫn BHXH các tỉnh, thành phố trực thuộc trung ương nghiên cứu, phối hợp với các đơn vị trên địa bàn triển khai thực hiện đúng theo các nội dung hướng dẫn tại công văn này.

6. Nội dung hướng dẫn tại công văn này được áp dụng thực hiện từ ngày 01 tháng 01 năm 2021. Đề nghị các đơn vị chủ động phối hợp với cơ quan BHXH và các cơ quan, đơn vị có liên quan triển khai thực hiện. Nếu có khó khăn, vướng mắc, báo cáo Bộ Y tế để kịp thời xem xét, giải quyết./.

Nơi nhận:

- Như trên;
- Bộ trưởng (để báo cáo);
- BHXH Việt Nam (để phối hợp);
- Cục Quản lý KCB, Cục Quản lý YDCT, Vụ KHTC, Vụ PC;
- Lưu: VT, BH.

**KT. BỘ TRƯỞNG
THỨ TRƯỞNG**



Nguyễn Trường Sơn