

**BẢO HIỂM XÃ HỘI VIỆT NAM
BẢO HIỂM XÃ HỘI TỈNH HÀ GIANG**

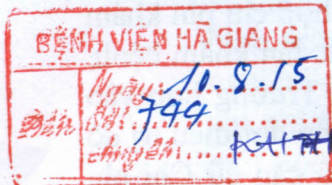
**CỘNG HOÀ XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM
Độc lập - Tự do - Hạnh phúc**

Số: 496 /BHXH-GĐBHYT

V/v hướng dẫn một số nội dung trong
thực hiện chính sách BHYT

Hà Giang, ngày 07 tháng 08 năm 2015

Kính gửi:



- Các cơ sở khám chữa bệnh Bảo hiểm y tế trên địa bàn tỉnh;
- Bảo hiểm xã hội huyện, thành phố.

Thực hiện công văn số 2384/BHXH-CSYT ngày 30/6/2015 của Bảo hiểm xã hội Việt Nam về việc hướng dẫn giải quyết vướng mắc trong thực hiện chính sách Bảo hiểm y tế (BHYT). Bảo hiểm xã hội tỉnh Hà Giang đề nghị Bảo hiểm xã hội huyện, thành phố và các cơ sở khám chữa bệnh BHYT thực hiện theo nội dung sau:

1. Về việc thực hiện thủ tục hành chính và chuyển tuyến khám bệnh, chữa bệnh BHYT.

a) Trường hợp người bệnh tham gia BHYT không có Giấy chứng minh nhân dân hoặc các giấy tờ chứng minh nhân thân có ảnh hợp lệ khác, cơ quan BHXH thống nhất với cơ sở KCB BHYT tạm thời để người bệnh sử dụng giấy xác nhận có dán ảnh và đóng dấu giáp lai của Công an cấp xã để xuất trình cùng thẻ BHYT khi đến khám bệnh, chữa bệnh. Đồng thời đề nghị người bệnh khẩn trương làm thủ tục đề nghị cấp Giấy chứng minh nhân dân (đối với người trên 14 tuổi) hoặc xuất trình thẻ học sinh, thẻ sinh viên (đối với học sinh, sinh viên).

b) Người bệnh được chuyển tuyến khám bệnh, chữa bệnh không theo tuyến chuyên môn kỹ thuật (CMKT) liên kê quy định tại Điểm b, Khoản 1, Điều 5 Thông tư số 14/2014/TT-BYT ngày 14/4/2014 của Bộ Y tế quy định việc chuyển tuyến giữa các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh : BHXH tỉnh đề nghị các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh BHYT căn cứ vào Quyết định phê duyệt danh mục dịch vụ kỹ thuật cho tuyến liên kê, nếu cơ sở khám bệnh, chữa bệnh tuyến liên kê không có dịch vụ kỹ thuật phù hợp thì cơ sở khám bệnh, chữa bệnh tuyến dưới được chuyển lên tuyến cao hơn và phải ghi cụ thể lý do chuyển vượt tuyến như: (cơ sở khám bệnh, chữa bệnh tuyến trên liên kê không có dịch vụ kỹ thuật phù hợp hoặc cơ sở khám bệnh, chữa bệnh tuyến trên liên kê đã được phê duyệt dịch vụ kỹ thuật nhưng vì lý do khách quan không thực hiện được...) để cơ sở khám chữa bệnh nơi tiếp nhận bệnh nhân đến có cơ sở giải quyết quyền lợi khám bệnh, chữa bệnh đúng chế độ BHYT cho người bệnh.

c) Đối với các trường hợp cần hẹn khám lại, đề nghị cơ sở khám bệnh, chữa bệnh ghi ngày hẹn khám lại trên Giấy ra viện hoặc Sổ khám bệnh của người bệnh để đảm bảo quyền lợi cho người bệnh khi đi khám bệnh, chữa bệnh lần sau.

2. Về việc ghi Biên lai, phiếu thu cho người bệnh và cấp Giấy chứng nhận không cùng chi trả trong năm.

a) Các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh sử dụng Hóa đơn tài chính hoặc biên lai thu tiền viện phí thanh toán cho người bệnh bảo hiểm y tế. Đề nghị ghi rõ số tiền người bệnh cùng chi trả Bảo hiểm y tế (5%, 20% hoặc thanh toán ngoài chế độ BHYT).

b) Giấy chứng nhận không cùng chi trả trong năm là tổng hợp chi phí khám bệnh, chữa bệnh người bệnh cùng chi trả (5% hoặc 20%) của các lần khám bệnh, chữa bệnh BHYT đúng tuyến chuyên môn kỹ thuật trong năm. Trường hợp vào viện năm trước, ra viện năm sau thì phần chi phí cùng chi trả trong đợt điều trị đó được tổng hợp vào năm sau. Bảo hiểm xã hội huyện, thành phố căn cứ Chi phí cùng chi trả trên hóa đơn hoặc Biên lai thu tiền viện phí (5% hoặc 20%) để cấp Giấy chứng nhận không cùng chi trả trong năm cho người bệnh.

c) Trường hợp người bệnh đang trong thời gian làm thủ tục chờ để xác minh cấp Giấy chứng nhận không cùng chi trả mà phải đi khám bệnh, chữa bệnh. Sau khi xác minh, nếu người đó đủ điều kiện cấp Giấy chứng nhận không cùng chi trả thì phần cùng chi trả của những lần khám bệnh, chữa bệnh trong thời gian này sẽ được cơ quan BHXH thanh toán trực tiếp lại cho người bệnh (Thực hiện theo Điểm d, Khoản 3, Điều 3 Quyết định số 1399/QĐ-BHXH ngày 22/12/2014 của Bảo hiểm xã hội Việt Nam).

3. Thanh toán chi phí khám chữa bệnh BHYT trong một số trường hợp.

a) Thanh toán chi phí vận chuyển:

Thực hiện theo Hướng dẫn liên ngành số 934/HDLN-SYT-BHXH ngày 31/12/2014 về việc hướng dẫn đăng ký khám bệnh, chữa bệnh ban đầu, thủ tục khám chữa bệnh và chuyển tuyến khám bệnh BHYT.

- Các đối tượng được quỹ BHYT chi trả chi phí vận chuyển khi người bệnh đang điều trị nội trú hoặc cấp cứu phải chuyển tuyến từ cơ sở khám chữa bệnh tuyến huyện lên tuyến tỉnh hoặc từ cơ sở khám chữa bệnh tuyến tỉnh lên tuyến Trung ương bao gồm:

+ Người có công với các mạng, cựu chiến binh.

+ Trẻ em dưới sáu tuổi.

+ Người thuộc diện hưởng trợ cấp xã hội hàng tháng.

+ Người thuộc hộ gia đình nghèo; người dân tộc thiểu số đang sinh sống tại vùng có điều kiện kinh tế - xã hội khó khăn; người đang sinh sống tại vùng có điều kiện kinh tế - xã hội đặc biệt khó khăn; người đang sinh sống tại xã đảo, huyện đảo.

+ Thân nhân của người có công với cách mạng là cha đẻ, mẹ đẻ, vợ hoặc chồng, con của liệt sỹ; người có công nuôi dưỡng liệt sỹ.

- Trường hợp người bệnh trong các nhóm trên đang điều trị nội trú vượt tuyến, trái tuyến tại bệnh viện tuyến huyện được chuyển lên bệnh viện tuyến tỉnh hoặc từ tuyến tỉnh chuyển lên tuyến Trung ương quỹ BHYT chi trả cho bệnh viện nơi chuyển người bệnh đi chi phí vận chuyển theo mức quy định tại Khoản 1, Điều 13 Thông tư liên tịch số 41/2014/TTLT-BYT-BTC.

b) Trường hợp người bệnh BHYT khám bệnh, chữa bệnh không đúng nơi đăng ký ban đầu và không có giấy chuyển tuyến, có tổng chi phí khám bệnh nhỏ hơn 15% mức lương cơ sở thì không phải cùng chi trả 5% hoặc 20% của mức hưởng của từng tuyến theo quy định.

c) Thanh toán đối với trường hợp người bệnh đến khám bệnh không đúng nơi đăng ký ban đầu sau đó được chỉ định vào điều trị nội trú.

Người bệnh đi khám chữa bệnh ngoại trú không đúng nơi đăng ký ban đầu và được chỉ định làm các xét nghiệm cận lâm sàng, thăm dò chức năng, chẩn đoán hình ảnh sau đó được chỉ định vào điều trị nội trú thì các chi phí làm các xét nghiệm cận lâm sàng, thăm dò chức năng, chẩn đoán hình ảnh được tổng hợp vào chi phí điều trị nội trú và được quỹ BHYT thanh toán theo mức hưởng trái tuyến một đợt điều trị nội trú và không thanh toán tiền khám bệnh. Trường hợp người bệnh đã kết thúc đợt khám bệnh, chữa bệnh ngoại trú thì quỹ BHYT không chi trả chi phí khám bệnh, chữa bệnh ngoại trú đó.

4. Thanh toán đối với một số loại thuốc:

a) Thuốc Alendronat, dạng uống tại số thứ tự 65 bị giới hạn chỉ định thanh toán trong điều trị loãng xương và chỉ được sử dụng tại khoa cơ xương khớp bệnh viện hạng đặc biệt và hạng I. Trong khi đó, thuốc Alendronat natri + cholecalciferol (Vitamin D3), dạng uống tại số thứ tự 66 không bị giới hạn chỉ định thanh toán và được sử dụng đến bệnh viện hạng III, IV. Trong khi chờ ý kiến của Bộ Y tế hướng dẫn cụ thể nội dung này, thực hiện thanh toán như quy định tại Thông tư 40/2014/TT-BYT.

b) Đối với thuốc phối hợp giữa thuốc có giới hạn chỉ định và thuốc không giới hạn chỉ định, ví dụ: thuốc Biseco (Acid amin + Immunoglobulin), thực hiện thanh toán như đối với thuốc có giới hạn chỉ định.

c) Các dạng thuốc kết hợp kháng sinh dạng tiêm: Cefprozidim + Natricarbonat; Cefradin + Arginin, Cefepim + Arginin, được hướng dẫn như sau:

Nếu trong hồ sơ mời thầu là Cefepim + Arginin; Cefradin + Arginin, thực hiện thanh toán theo chỉ định của thuốc kháng sinh và giới hạn chỉ định của Arginin. Thuốc Cefprozidim + Natricarbonat không thuộc phạm vi thanh toán của quỹ KCB BHYT.

Đề nghị BHXH huyện, thành phố và các cơ sở khám chữa bệnh trên địa bàn tỉnh thực hiện theo đúng hướng dẫn trên. Nếu có gì khó khăn, vướng mắc kịp thời báo cáo BHXH tỉnh để xem xét giải quyết. *le*

Nơi nhận:

- Như trên;
- BGĐ (báo cáo)
- Lưu: VT, GD- BHYT (03b).

**KT. GIÁM ĐỐC
PHÓ GIÁM ĐỐC**



Nguyễn Thị Thanh Hương