

Số: /BHXH - GĐĐT  
V/v chuẩn hoá danh mục, dữ liệu điện tử  
và cập nhật, báo cáo kết quả giám định BHYT

Hà Nội, ngày tháng 6 năm 2021

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)

Thực hiện chỉ đạo của Chính phủ về việc ứng dụng công nghệ thông tin phục vụ quản lý và giám định, thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế (BHYT), đến nay các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh BHYT và cơ quan Bảo hiểm xã hội (BHXH) đã phối hợp thực hiện tương đối tốt các quy định về kết nối, liên thông dữ liệu khám bệnh, chữa bệnh. Tuy nhiên trong quá trình thực hiện, một số cơ sở khám bệnh, chữa bệnh vẫn chưa thực hiện đúng, đầy đủ các quy định của Bộ Y tế về trích chuyển dữ liệu điện tử; quy định về chuẩn và định dạng dữ liệu đầu ra và áp dụng bộ mã dùng chung áp dụng trong quản lý khám bệnh, chữa bệnh và thanh toán BHYT. Để đảm bảo việc liên thông dữ liệu đáp ứng yêu cầu quản lý, giám định và thanh toán chi phí khám chữa bệnh BHYT, BHXH Việt Nam yêu cầu BHXH các tỉnh thực hiện một số nội dung sau:

1. Đề nghị các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh hoàn chỉnh thông tin các danh mục và dữ liệu đề nghị thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh BHYT trước ngày 31/7/2021, lưu ý các vấn đề sau:

a) Chuẩn hoá các danh mục thuốc, vật tư y tế, dịch vụ kỹ thuật, khoa phòng sử dụng tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh theo đúng quy định ban hành theo Quyết định số 7603/QĐ-BYT ngày 25/12/2018; Quyết định số 4905/QĐ-BYT ngày 21/10/2019 bổ sung mã thuốc tân dược; Quyết định số 2178/QĐ-BYT ngày 27/5/2020 bổ sung danh mục mã VTYT; Quyết định số 4469/QĐ-BYT ngày 28/10/2020 thay thế danh mục ICD-10 của Bộ Y tế, đảm bảo các trường thông tin trong dữ liệu đề nghị thanh toán đúng mã, đúng tên theo danh mục đã thống nhất với cơ quan BHXH.

b) Cập nhật đầy đủ, chính xác danh mục người hành nghề, danh mục giường bệnh, trang thiết bị y tế tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh.

c) Gửi dữ liệu điện tử đề nghị thanh toán BHYT theo đúng quy định tại Thông tư số 48/2017/TT-BYT ngày 28/12/2017 của Bộ Y tế, đảm bảo thời hạn, tiến độ quyết toán theo quy định của Luật BHYT:

- Dữ liệu phải đảm bảo đầy đủ các bảng và các trường thông tin ban hành kèm theo Quyết định số 4210/QĐ-BYT ngày 20/9/2017 của Bộ Y tế quy định về

chuẩn và định dạng dữ liệu đầu ra; Trường hợp chưa thực hiện được việc gửi dữ liệu điện tử theo Bảng 4 và Bảng 5 ban hành theo Quyết định số 4210/QĐ-BYT phải có văn bản nêu rõ lý do theo yêu cầu của Bộ Y tế tại Công văn số 1677/BYT-BH ngày 28/3/2018.

- Trường hợp không gửi được dữ liệu do nguyên nhân khách quan, bất khả kháng phải thông báo ngay cho cơ quan BHXH và gửi dữ liệu khi khắc phục được sự cố theo quy định tại Điều 8 Thông tư số 48/2017/TT-BYT.

- Trường hợp dữ liệu phát sinh trong tháng có sai lệch hoặc thừa, thiếu các thông tin của người bệnh hoặc thông tin điều trị trong hồ sơ bệnh án, cơ sở khám bệnh, chữa bệnh có thể đề nghị thay thế dữ liệu nhưng phải thống nhất với cơ quan BHXH và đảm bảo thời hạn hoàn thành cùng với thời điểm gửi báo cáo quyết toán của tháng trước, đối với tháng cuối quý phải hoàn thành cùng với thời điểm gửi báo cáo quyết toán quý theo quy định tại điểm a Khoản 2 Điều 32 Luật BHYT.

- Trường hợp người bệnh điều trị ngoại trú chỉ tổng hợp và gửi dữ liệu đề nghị thanh toán ngoại trú một lần khi kết thúc đợt điều trị theo đúng quy định tại chỉ tiêu số 35, Bảng 1 ban hành kèm theo Quyết định số 4210/QĐ-BYT; Trường hợp người bệnh điều trị ngoại trú các bệnh mãn tính dài ngày liên tục trong năm, mỗi tháng cơ sở khám bệnh, chữa bệnh chỉ gửi 01 file tổng hợp toàn bộ chi phí các lần điều trị ngoại trú các bệnh mạn tính từ ngày 01 đến ngày cuối cùng của tháng kể cả trường hợp có phát sinh đợt điều trị nội trú trong tháng đó.

- Trường hợp sau khi khám bệnh, người bệnh có chỉ định điều trị nội trú hoặc sau khi kết thúc đợt điều trị nội trú tiếp tục có chỉ định sử dụng thuốc từ 01 đến 07 ngày thì toàn bộ chi phí khám bệnh trước khi điều trị nội trú hoặc chi phí thuốc khi ra viện được thống kê trong đợt điều trị nội trú theo quy định tại điểm a Khoản 3 Điều 5 Thông tư số 52/2017/TT-BYT ngày 29/12/2017 của Bộ Y tế quy định về đơn thuốc và việc kê đơn thuốc hóa dược, sinh phẩm trong điều trị ngoại trú.

2. BHXH các tỉnh chủ động rà soát các danh mục phục vụ công tác giám định theo hướng dẫn tại Công văn số 95/BHXH-CSYT ngày 08/01/2019 của BHXH Việt Nam, thông báo cụ thể các sai sót về danh mục, dữ liệu điện tử và phối hợp với cơ sở khám bệnh, chữa bệnh hoàn chỉnh các danh mục trên Hệ thống thông tin giám định BHYT trước ngày 31/7/2021, lưu ý một số nội dung sau:

- a) Danh mục cơ sở khám bệnh, chữa bệnh phải được cập nhật đầy đủ, chính xác; Đối với cơ sở khám bệnh, chữa bệnh có từ 02 địa điểm hoạt động khám bệnh, chữa bệnh trở lên phải được cấp Giấy phép hoạt động, cấp mã cơ sở khám chữa bệnh và cập nhật thông tin riêng theo từng Giấy phép hoạt động.

- b) Danh mục nhân viên y tế tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh phải trùng khớp với thông tin trong Danh sách người đăng ký hành nghề khám bệnh, chữa bệnh được đăng tải trên Cổng thông tin điện tử của Bộ Y tế hoặc Trang thông tin

điện tử của Sở Y tế theo quy định tại Khoản 3, Điều 15 Nghị định số 109/2016/NĐ-CP ngày 01/7/2016 của Chính phủ.

c) Tổng hợp danh sách và lý do các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh chưa thực hiện được việc gửi dữ liệu bảng 4, bảng 5 chuẩn dữ liệu đầu ra ban hành theo Quyết định số 4210/QĐ-BYT, báo cáo Bảo hiểm xã hội Việt Nam (qua Trung tâm Giám định BHYT và Thanh toán đa tuyến).

d) Thông báo ngay cho cơ sở khám bệnh, chữa bệnh các sai sót giữa dữ liệu đề nghị thanh toán với danh mục đã thống nhất với cơ quan BHXH hoặc chênh lệch số tiền trên dữ liệu chi tiết và dữ liệu tổng hợp trên báo cáo quyết toán của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh.

3. Mã hoá tạm thời đối với một số dịch vụ kỹ thuật, vật tư y tế và thuốc trong một số trường hợp đặc biệt.

a) Trường hợp thanh toán phẫu thuật sử dụng phương pháp vô cảm gây tê theo hướng dẫn của Bảo hiểm xã hội Việt Nam tại các Công văn số 1163/BHXH-CSYT ngày 13/4/2020 và số 1189/BHXH-CSYT ngày 15/4/2020.

- Bổ sung cụm từ “[gây tê]” sau tên dịch vụ, bổ sung các ký tự “\_GT” sau mã dùng chung của dịch vụ kỹ thuật tương đương ban hành kèm theo Quyết định số 7603/QĐ-BYT ngày 25/12/2018 của Bộ Y tế (XX.YYYY.ZZZZ\_GT). Danh mục mã các phẫu thuật sử dụng phương pháp gây tê tại Phụ lục 3 ban hành theo Công văn số 1163/BHXH-CSYT được tạo lập trên Cổng tiếp nhận để cơ sở khám bệnh, chữa bệnh cập nhật vào danh mục sử dụng tại đơn vị và gửi dữ liệu đề nghị thanh toán chi phí khám chữa bệnh BHYT; Trường hợp chưa có trong danh mục thì BHXH tỉnh thống nhất với cơ sở khám bệnh, chữa bệnh tạo lập theo hướng dẫn nêu trên.

- Đối với thuốc gây tê: tổng hợp vào Bảng 2 ban hành kèm theo Quyết định số 4210/QĐ-BYT, trường MA\_THUOC bổ sung mã phẫu thuật sử dụng phương pháp vô cảm gây tê sau mã hoạt chất theo quy định tại Bộ mã danh mục dùng chung do Bộ Y tế ban hành (Mã thuốc\_XX.YYYY.ZZZZ\_GT).

b) Đối với trường hợp thanh toán theo quy định tại Khoản 3 Điều 7 Thông tư số 39/2018/TT-BYT: các thuốc thanh toán theo thực tế được tổng hợp vào Bảng 2 tương tự như đối với thuốc gây tê nêu trên; các vật tư y tế thanh toán theo thực tế được tổng hợp vào Bảng 3, trường MA\_DICH\_VU ghi thông tin dịch vụ kỹ thuật như sau:

- Dịch vụ kỹ thuật đã được cấp có thẩm quyền phê duyệt thực hiện nhưng chưa ban hành mức giá: mã hoá theo nguyên tắc mã danh mục tương đương, 4 ký tự cuối ghi “0000” là ký hiệu dịch vụ kỹ thuật chưa được ban hành giá; đơn giá dịch vụ bằng không “0”.

- Dịch vụ kỹ thuật vì nguyên nhân diễn biến bệnh hoặc thể trạng người bệnh không thể tiếp tục thực hiện: bổ sung các ký tự “\_TB” sau mã dùng chung của dịch vụ kỹ thuật tương đương; đơn giá dịch vụ bằng không “0”.

c) Đối với thanh toán BHYT xét nghiệm COVID-19 theo hướng dẫn tại Công văn số 4356/BYT-KHTC ngày 28/5/2021 của Bộ Y tế và Công văn số 1537/BHXH-CSYT ngày 02/6/2021 của BHXH Việt Nam: trường TEN\_DICH\_VU tại Bảng 3 ban hành kèm theo Quyết định số 4210/QĐ-BYT ghi “Coronavirus Real-time PCR”; đơn giá thanh toán xét nghiệm COVID-19 đối với trường hợp lấy mẫu đơn và mẫu gộp theo quy định của Bộ Y tế;

Trường hợp cơ sở khám bệnh, chữa bệnh lấy mẫu đơn và gửi mẫu xét nghiệm cho đơn vị khác thực hiện, cơ sở khám bệnh, chữa bệnh nơi lấy mẫu ghi thông tin trường MA\_DICH\_VU như sau:

- Lấy và bảo quản bệnh phẩm đối với mẫu đơn: Mã dịch vụ “24.0235.1719.SC2.B1” (*B1 là bệnh phẩm cho một mẫu đơn*).

- Thực hiện xét nghiệm mẫu đơn tại đơn vị khác: Mã dịch vụ “24.0235.1719.SC2.X1.K.XXXXX” (XXXXX là mã đơn vị thực hiện xét nghiệm).

Trường hợp cơ sở khám bệnh, chữa bệnh lấy mẫu gộp, trường MA\_DICH\_VU ghi:

- Lấy và bảo quản bệnh phẩm đối với mẫu gộp: Mã dịch vụ “24.0235.1719.SC2.BN” (*BN là bệnh phẩm gộp nhiều mẫu*), Số lượng: bằng 1 (ví dụ: mẫu gộp 5 số lượng ghi 1).

- Thực hiện xét nghiệm gộp mẫu tại đơn vị lấy mẫu: Mã dịch vụ “24.0235.1719.SC2.XN” (*XN là xét nghiệm gộp mẫu*), Số lượng: bằng 1 chia cho số mẫu gộp (ví dụ gộp 05 mẫu, số lượng ghi 0,2).

4. Về việc phản hồi thông tin cảnh báo, giám định chuyên đề và báo cáo định kỳ.

BHXH thực hiện việc tiếp nhận, xử lý, báo cáo phản hồi đầy đủ, chính xác các thông báo chuyên đề cần kiểm tra, giám định hoặc các cảnh báo trên phần mềm Giám sát, cụ thể như sau:

a) Đối với chuyên đề giám định: phải thực hiện việc cập nhật chi tiết kết quả trên phần mềm giám định theo hướng dẫn của Trung tâm Giám định BHYT và Thanh toán đa tuyến; trường hợp chấp nhận như đề nghị của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh phải thuyết minh chi tiết kết quả giám định, lý do chấp nhận và cung cấp tài liệu, thông tin theo yêu cầu và thời hạn của văn bản thông báo.

b) Đối với các hồ sơ đề nghị thanh toán ở trạng thái bắt buộc giám định trực tiếp: giám định viên chịu trách nhiệm về tính chính xác của kết quả giám định.

c) Đối với các cảnh báo lạm dụng, trục lợi BHYT thông báo bằng văn bản: tổ chức kiểm tra trực tiếp tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh hoặc nơi người bệnh cư trú, công tác; báo cáo kết quả xác minh và kiến nghị cơ quan có thẩm quyền xử lý vi phạm chậm nhất 15 ngày kể từ ngày nhận được văn bản; Báo cáo kết quả xử lý vi phạm của cơ quan có thẩm quyền định kỳ hằng quý.

d) Đối với các cảnh báo bất thường trong khám chữa bệnh trên phần mềm Giám sát: báo cáo nguyên nhân, giải pháp khắc phục trong vòng 30 ngày kể từ ngày cập nhật cảnh báo trên phần mềm; Báo cáo kết quả định kỳ hàng quý.

e) Chậm nhất ngày 5 tháng đầu mỗi quý, BHXH các tỉnh báo cáo phân tích tình hình sử dụng dự toán chi khám chữa bệnh BHYT, tập trung phân tích các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh có số chi chiếm tỷ trọng lớn; Kết quả giám định các chuyên đề do BHXH tỉnh xây dựng; các nội dung quy định tại tiết c và d điểm này; khó khăn vướng mắc và các đề xuất để tăng cường hiệu quả, chất lượng công tác giám định BHYT.

Đề nghị BHXH các tỉnh nghiêm túc triển khai thực hiện, kịp thời phản ánh các khó khăn vướng mắc để Bảo hiểm xã hội Việt Nam hướng dẫn giải quyết./.

***Nơi nhận:***

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

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

**Phạm Lương Sơn**