

Số: 2576 /SYT-NV

Đồng Nai, ngày 13 tháng 6 năm 2019

V/v thực hiện Thông tư số 09/2019/TT-BYT ngày 10/6/2019 của Bộ trưởng Bộ Y tế về Hướng dẫn thẩm định điều kiện ký hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế ban đầu, chuyển thực hiện dịch vụ cận lâm sàng và một số trường hợp thanh toán trực tiếp chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế.

Kính gửi:


- Giám đốc các Bệnh viện, các Trung tâm Y tế trực thuộc;
- Giám đốc Bệnh viện Đa khoa Cao su Đồng Nai;
- Giám đốc các Bệnh viện, Phòng khám đa khoa ngoài công lập.

Căn cứ Thông tư số 09/2019/TT-BYT ngày 10/6/2019 của Bộ trưởng Bộ Y tế về Hướng dẫn thẩm định điều kiện ký hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế ban đầu, chuyển thực hiện dịch vụ cận lâm sàng và một số trường hợp thanh toán trực tiếp chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế.

Sở Y tế sao gửi Thông tư số 09/2019/TT-BYT ngày 10/6/2019 đến các đơn vị để biết và thực hiện.

(Thông tư đính kèm)

Trong quá trình thực hiện, nếu có khó khăn, vướng mắc, đề nghị các đơn vị phản ánh kịp thời về Sở Y tế (Phòng Nghiệp vụ) để xem xét, giải quyết.

Đề nghị Giám đốc các đơn vị triển khai thực hiện theo đúng quy định./. 

Nơi nhận:

- Như trên (để thực hiện);
- BGD SYT (để báo cáo);
- Website SYT;
- Lưu: VT, NV.

GIÁM ĐỐC



Phan Huy Anh Vũ

Số 09 /2019/TT-BYT

Hà Nội, ngày 10 tháng 6 năm 2019

THÔNG TƯ

Hướng dẫn thẩm định điều kiện ký hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế ban đầu, chuyển thực hiện dịch vụ cận lâm sàng và một số trường hợp thanh toán trực tiếp chi phí trong khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế

Căn cứ Luật bảo hiểm y tế ngày 14 tháng 11 năm 2008 được sửa đổi, bổ sung một số điều theo Luật bảo hiểm y tế ngày 13 tháng 6 năm 2014;

Căn cứ 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;

Căn cứ Nghị định số 75/2017/NĐ-CP ngày 20 tháng 6 năm 2017 của Chính phủ quy định chức năng, nhiệm vụ, quyền hạn và cơ cấu tổ chức của Bộ Y tế;

Bộ trưởng Bộ Y tế ban hành Thông tư hướng dẫn thẩm định điều kiện ký hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế ban đầu, chuyển thực hiện dịch vụ cận lâm sàng và một số trường hợp thanh toán trực tiếp chi phí trong khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế.

Điều 1. Phạm vi điều chỉnh

Thông tư này hướng dẫn việc tổ chức thực hiện khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế về:

1. Thẩm định điều kiện của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh để ký hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế ban đầu.
2. Chuyển thực hiện dịch vụ xét nghiệm cận lâm sàng, chẩn đoán hình ảnh, thăm dò chức năng (sau đây gọi chung là dịch vụ cận lâm sàng).
3. Thanh toán trực tiếp chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế cho các trường hợp đặc biệt khác theo quy định tại điểm c Khoản 1 Điều 31 Luật bảo hiểm y tế được sửa đổi, bổ sung theo quy định của Luật số 46/2014/QH13.

Điều 2. Thẩm định điều kiện của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh ký hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế ban đầu

1. Việc thẩm định điều kiện của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh để ký hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế ban đầu đối với cơ sở khám bệnh, chữa bệnh đã được Sở Y tế công bố theo quy định tại Điều 13 Thông tư số



Handwritten signature

40/2015/TT-BYT ngày 16 tháng 11 năm 2015 của Bộ trưởng Bộ Y tế về đăng ký khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế ban đầu và chuyên tuyến khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế chỉ được áp dụng đối với các trường hợp sau đây:

- a) Lần đầu đề nghị ký hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế ban đầu;
- b) Sau khi đã chấm dứt hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế ban đầu.

2. Nội dung thẩm định:

a) Đối chiếu giữa hồ sơ ký hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế lần đầu với các quy định tại khoản 1 Điều 16 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 (sau đây gọi tắt là Nghị định số 146/2018/NĐ-CP);

b) Đối chiếu các thông tin về danh sách nhân lực đăng ký hành nghề tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh với danh sách được công bố trên Cổng Thông tin điện tử của Bộ Y tế hoặc Trang Thông tin điện tử của Sở Y tế.

3. Bảo hiểm xã hội tỉnh, thành phố trực thuộc trung ương có trách nhiệm thẩm định theo nội dung quy định tại khoản 2 Điều này trong thời hạn quy định tại điểm b Khoản 1 Điều 18 Nghị định số 146/2018/NĐ-CP.

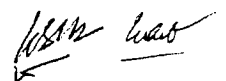
Điều 3. Chuyển thực hiện dịch vụ cận lâm sàng

1. Việc chuyển thực hiện dịch vụ cận lâm sàng được thực hiện theo nguyên tắc phù hợp với yêu cầu về chuyên môn kỹ thuật trong khám bệnh, chữa bệnh, bảo đảm quyền lợi của người tham gia bảo hiểm y tế và theo danh mục như sau:

a) Dịch vụ cận lâm sàng thuộc danh mục dịch vụ kỹ thuật y tế được cơ quan nhà nước có thẩm quyền phê duyệt cho cơ sở khám bệnh, chữa bệnh và đang được thực hiện tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh nhưng tại thời điểm chỉ định sử dụng cho người bệnh, cơ sở khám bệnh, chữa bệnh đó không thực hiện được;

b) Dịch vụ cận lâm sàng không thuộc danh mục dịch vụ kỹ thuật y tế được cơ quan nhà nước có thẩm quyền phê duyệt cho cơ sở khám bệnh, chữa bệnh thực hiện nhưng trên thực tế lại cần thiết cho các hoạt động chuyên môn theo quy định của Bộ trưởng Bộ Y tế về quản lý, chẩn đoán và điều trị trong khám bệnh, chữa bệnh.

2. Các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh chỉ thực hiện chuyển người bệnh hoặc mẫu bệnh phẩm đến cơ sở tiếp nhận được cấp có thẩm quyền phê duyệt đủ điều kiện thực hiện dịch vụ cận lâm sàng và phải ký hợp đồng nguyên tắc với cơ sở thực hiện dịch vụ cận lâm sàng (trong hợp đồng có nội dung thống nhất việc cơ quan bảo hiểm xã hội nơi ký hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế giám định về dịch vụ cận lâm sàng đã tiếp nhận và thực hiện tại cơ sở thực hiện dịch vụ cận lâm sàng).



3. Cơ sở tiếp nhận người bệnh hoặc mẫu bệnh phẩm để thực hiện các dịch vụ cận lâm sàng không được chuyển tiếp người bệnh hoặc mẫu bệnh phẩm đến cơ sở thứ ba (khác).

4. Mã hóa dịch vụ cận lâm sàng:

Cơ sở khám bệnh, chữa bệnh nơi chuyển người bệnh hoặc mẫu bệnh phẩm (sau đây gọi tắt là cơ sở chuyên dịch vụ) thực hiện mã hóa như sau: XX.YYYY.ZZZZ.K.WWWWW, trong đó:

- a) XX.YYYY.ZZZZ là mã dịch vụ cận lâm sàng;
- b) K là ký tự thể hiện dịch vụ cận lâm sàng được thực hiện ở cơ sở khác;
- c) WWWWW là ký tự thể hiện mã số của cơ sở thực hiện dịch vụ cận lâm sàng do Bộ Y tế cấp.

5. Thanh toán chi phí:

a) Việc thanh toán chi phí thực hiện dịch vụ cận lâm sàng thực hiện theo quy định tại Khoản 6 Điều 27 Nghị định số 146/2018/NĐ-CP và theo giá của cơ sở tiếp nhận người bệnh hoặc mẫu bệnh phẩm nhưng không vượt quá giá dịch vụ khám bệnh, chữa bệnh quy định tại Thông tư số 39/2018/TT-BYT ngày 30 tháng 11 năm 2018 của Bộ trưởng Bộ Y tế quy định thống nhất giá dịch vụ khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế giữa các bệnh viện cùng hạng trong toàn quốc và hướng dẫn áp dụng giá, thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế trong một số trường hợp.

Trường hợp một dịch vụ cận lâm sàng được thực hiện tại nhiều cơ sở tiếp nhận trong cùng một lần chỉ định, Quỹ bảo hiểm y tế chỉ thanh toán cho một lần thực hiện dịch vụ cận lâm sàng đó.

b) Cơ sở tiếp nhận thực hiện dịch vụ cận lâm sàng không được thu thêm chi phí về khám bệnh và thực hiện dịch vụ cận lâm sàng của người bệnh.

Điều 4. Thanh toán trực tiếp chi phí khám bệnh, chữa bệnh cho các trường hợp đặc biệt khác theo quy định tại điểm c Khoản 1 Điều 31 Luật bảo hiểm y tế được sửa đổi, bổ sung theo quy định của Luật số 46/2014/QH13

1. Ngoài các trường hợp thanh toán trực tiếp chi phí khám bệnh, chữa bệnh theo quy định tại điểm a và b khoản 2 Điều 31 Luật bảo hiểm y tế được sửa đổi, bổ sung theo quy định của Luật số 46/2014/QH13, người có thẻ bảo hiểm y tế được thanh toán trực tiếp chi phí khám bệnh, chữa bệnh trong các trường hợp sau đây:

a) Người bệnh có thời gian tham gia bảo hiểm y tế 5 năm liên tục trở lên và có số tiền cùng chi trả chi phí khám bệnh, chữa bệnh trong năm lớn hơn 6 tháng lương cơ sở (trừ trường hợp tự đi khám bệnh, chữa bệnh không đúng

lsg *lan*

tuyến) nhưng chưa được thanh toán số tiền cùng chi trả lớn hơn 6 tháng lương cơ sở;

b) Trường hợp dữ liệu thẻ bảo hiểm y tế không được cung cấp hoặc cung cấp không chính xác về thông tin thẻ bảo hiểm y tế;

c) Trường hợp người bệnh không xuất trình được thẻ bảo hiểm y tế trước khi ra viện, chuyển viện trong ngày do tình trạng cấp cứu, mất ý thức hoặc tử vong hoặc bị mất thẻ nhưng chưa được cấp lại.

2. Bảo hiểm xã hội nơi tiếp nhận hồ sơ đề nghị thanh toán trực tiếp chịu trách nhiệm thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế cho các trường hợp quy định tại Khoản 1 Điều này theo mức hưởng trong phạm vi quyền lợi của người tham gia bảo hiểm y tế.

Điều 5. Hiệu lực thi hành

Thông tư này có hiệu lực thi hành từ ngày 01 tháng 8 năm 2019.

Điều 6. Điều khoản tham chiếu

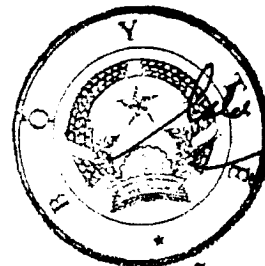
Trường hợp các văn bản dẫn chiếu trong Thông tư này được thay thế hoặc sửa đổi, bổ sung thì áp dụng theo văn bản đã được thay thế hoặc sửa đổi, bổ sung đó.

Trong quá trình thực hiện, nếu có khó khăn, vướng mắc, đề nghị các cơ quan, tổ chức, cá nhân phản ánh kịp thời về Bộ Y tế (Vụ Bảo hiểm y tế) để xem xét, giải quyết./.

Nơi nhận:

- Ủy ban về các vấn đề xã hội của Quốc hội (để giám sát);
- Văn phòng Chính phủ (Vụ KGVX; Công báo; Công Thông tin điện tử Chính phủ);
- Bộ Tư pháp (Cục Kiểm tra văn bản QPPL);
- Các Bộ, cơ quan ngang Bộ, cơ quan thuộc CP;
- UBND các tỉnh, thành phố trực thuộc TW;
- Kiểm toán Nhà nước;
- Bộ trưởng (để báo cáo);
- Các Thứ trưởng (để phối hợp chỉ đạo);
- Bảo hiểm xã hội Việt Nam;
- Sở Y tế các tỉnh, thành phố trực thuộc TW;
- Các đơn vị trực thuộc Bộ Y tế;
- Y tế các bộ, ngành;
- Các Vụ, Cục, TC, TTrB, VPB;
- Công Thông tin điện tử BYT;
- Lưu: VT, BH₍₀₂₎, PC₍₀₂₎.

KT. BỘ TRƯỞNG
THỨ TRƯỞNG



Nguyễn Trường Sơn