

UBND TỈNH ĐỒNG NAI
SỞ Y TẾ

Số: 5194/SYT-NV

V/v mã hóa hình thức khám bệnh, chữa bệnh đối với trường hợp người bệnh vào viện và ra viện, có thời gian điều trị từ 4 giờ trở xuống.


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

Đồng Nai, ngày 01 tháng 8 năm 2022

Kính gửi: Các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế.

Thực hiện Công văn số 3788/BYT-BH ngày 18 tháng 7 năm 2022 của Bộ Y tế về việc mã hóa hình thức khám, chữa bệnh (đính kèm), Sở Y tế có ý kiến như sau:

Đề nghị các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế trên địa bàn tỉnh nghiên cứu các nội dung hướng dẫn của Bộ Y tế tại Công văn số 3788/BYT-BH, phối hợp với cơ quan Bảo hiểm xã hội để tiến hành thanh toán, quyết toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế cho người bệnh có thời gian điều trị từ 4 giờ trở xuống (kể cả trường hợp ra viện, vào viện, chuyển viện, tử vong) theo quy định.

Trong quá trình thực hiện nếu có khó khăn, vướng mắc đề nghị các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế phản ánh về Bảo hiểm xã hội tỉnh để được hướng dẫn, đồng thời gửi về Sở Y tế để theo dõi, chỉ đạo. 

Nơi nhận:

- Như trên;
- BHXH tỉnh;
- BGĐ SYT;
- Website SYT;
- Lưu: VT, NV (Phương).

**KT. GIÁM ĐỐC
PHÓ GIÁM ĐỐC**



Nguyễn Văn Bình



Ký bởi: Bộ Y tế
Cơ quan: Bộ Y tế
Ngày ký: 18-07-2022
10:27:16 +07:00

BỘ Y TẾ

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

Số: 3788 /BYT-BH
V/v mã hoá hình thức KCB

Hà Nội, ngày 18 tháng 7 năm 2022

Kính gửi: Trung tâm Giám định bảo hiểm y tế và thanh toán đa tuyến,
Bảo hiểm xã hội Việt Nam.

Vụ Bảo hiểm y tế, Bộ Y tế nhận được Công văn số 227/GĐĐT-PTDB ngày 09 tháng 6 năm 2022 của Trung tâm Giám định bảo hiểm y tế và thanh toán đa tuyến (Sau đây viết tắt là Trung tâm) về việc đề nghị nghiên cứu bổ sung phân loại mã hóa đối với trường hợp người bệnh vào viện và ra viện, có thời gian điều trị dưới 04 giờ (kể cả trường hợp ra viện, vào viện hoặc chuyển viện, tử vong). Sau khi nghiên cứu, Vụ Bảo hiểm y tế có ý kiến như sau:

1. Thông tư số 20/2019/TT-BYT ngày 31 tháng 7 năm 2019 của Bộ trưởng Bộ Y tế quy định hệ thống chỉ tiêu thống kê cơ bản của ngành y tế. Theo đó, chỉ tiêu số 15 (số lượt điều trị nội trú trên 10.000 dân) có quy định khái niệm “Lượt người điều trị nội trú là người bệnh sau khi đã làm các thủ tục nhập viện được vào nằm tại các khoa lâm sàng trong bệnh viện từ 4 tiếng trở lên”. Mục đích, ý nghĩa của chỉ số này là dùng để đánh giá tình hình bệnh tật và chăm sóc sức khỏe của ngành y tế, làm cơ sở cho việc quy hoạch mạng lưới khám bệnh, chữa bệnh và phân bổ các nguồn lực phù hợp với nhu cầu của địa phương.

2. Việc xác định số ngày giường điều trị nội trú để thanh toán BHYT đối với chi phí tiền giường bệnh được thực hiện theo quy định tại khoản 1 Điều 6 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. Theo đó, trường hợp người bệnh vào viện và ra viện có thời gian điều trị từ 04 giờ trở xuống (kể cả trường hợp ra viện, vào viện hoặc chuyển viện, tử vong) thì được thanh toán tiền khám bệnh, tiền thuốc, vật tư y tế và các dịch vụ kỹ thuật đã sử dụng cho người bệnh, không được thanh toán tiền giường điều trị nội trú.

3. Hình thức khám bệnh, chữa bệnh được bác sỹ quyết định sau quá trình thăm khám và theo quy trình hoạt động của bệnh viện. Việc mã hóa hình thức khám bệnh, chữa bệnh hiện nay được quy định tại Quyết định số 4210/QĐ-BYT ngày 20 tháng 9 năm 2017 của Bộ trưởng Bộ Y tế về việc 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, theo đó chưa có quy định mã hóa đối với trường hợp người bệnh vào viện nội trú dưới 04 giờ.

Hiện nay, Bộ Y tế đang phối hợp với các Vụ, Cục có liên quan và một số đơn vị thuộc Bảo hiểm xã hội Việt Nam tiến hành rà soát xây dựng, sửa đổi, bổ sung chuẩn và định dạng dữ liệu đầu ra mới thay thế cho chuẩn và định dạng dữ

liệu đầu ra ban hành kèm theo Quyết định số 4210/QĐ-BYT ngày 20 tháng 9 năm 2017 của Bộ trưởng Bộ Y tế. Trên cơ sở ý kiến của quý Trung tâm tại Công văn số 227/GĐĐT-PTDB, Vụ Bảo hiểm y tế đã bổ sung nội dung diễn giải tại trường “MA_LOAI_KCB” (Bảng 1): mã 09: Điều trị nội trú từ 04 giờ trở xuống. Bên cạnh đó, vẫn giữ nguyên mã 03: Điều trị nội trú để phân biệt với mã 09. Ngoài ra, bổ sung thêm trường thông tin mới “NGAY_VAO_NOI_TRU” để xác định thời điểm người bệnh được chuyển vào khoa điều trị nội trú.

Trường hợp cơ sở khám bệnh, chữa bệnh đã áp dụng mã 3 cho trường hợp điều trị nội trú từ 04 giờ trở xuống, cơ quan bảo hiểm xã hội có thể sử dụng, đối chiếu với các dữ liệu liên quan khác (chi phí tiền giường, thời điểm vào viện, thời điểm ra viện,...) để phân tích, thống kê, phân tách thành các trường hợp điều trị nội trú trên 04 giờ và điều trị nội trú từ 04 giờ trở xuống theo quy định.

Trên đây là ý kiến của Vụ Bảo hiểm y tế gửi Quý Trung tâm để nghiên cứu và hướng dẫn các cơ quan, đơn vị liên quan thực hiện đúng quy định hiện hành./.

Nơi nhận:

- Như trên;
- TT. Trần Văn Thuán (đề b/c);
- BHXH Việt Nam;
- Vụ trưởng Vụ BHYT (đề b/c);
- Lưu: VT, BH.

TL. BỘ TRƯỞNG
KT. VỤ TRƯỞNG VỤ BẢO HIỂM Y TẾ
PHÓ VỤ TRƯỞNG



Đặng Hồng Nam