

Số: /BYT-BH  
V/v thanh toán chi phí KCB  
BHYT liên quan đến dịch  
COVID-19

Hà Nội, ngày tháng năm 2021

Kính gửi:

- Bảo hiểm xã hội Việt Nam;
- Sở Y tế các tỉnh, thành phố trực thuộc Trung ương;
- Các bệnh viện, viện có giường bệnh trực thuộc Bộ Y tế;
- Y tế các bộ, ngành.

Căn cứ Luật bảo hiểm y tế và các văn bản hướng dẫn;

Căn cứ điểm a khoản 7 Điều 1 của Nghị quyết số 16/NQ-CP ngày 08/02/2021 của Chính phủ về chi phí cách ly y tế, khám, chữa bệnh và một số chế độ đặc thù trong phòng, chống dịch COVID-19;

Bộ Y tế hướng dẫn tạm thời việc thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế đối với người có thẻ bảo hiểm y tế trong thời gian cách ly y tế tập trung và một số trường hợp khác trong thời gian dịch bệnh do COVID-19 như sau:

1. Thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh đối với người có thẻ bảo hiểm y tế đang trong thời gian cách ly y tế tập trung do COVID-19 phải khám bệnh, chữa bệnh tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế:

1.1. Ngân sách nhà nước chi trả chi phí khám bệnh, chữa bệnh do COVID-19, bao gồm: tiền khám bệnh, tiền giường, dịch vụ kỹ thuật, thuốc, máu, dịch truyền...theo hướng dẫn của Bộ Y tế;

1.2. Quỹ bảo hiểm y tế thanh toán phần chi phí khám bệnh, chữa bệnh các bệnh khác trong phạm vi được hưởng và mức hưởng bảo hiểm y tế như đối với trường hợp đi khám bệnh, chữa bệnh đúng tuyến, trừ chi phí tại điểm 1.1 khoản này;

1.3. Người có thẻ bảo hiểm y tế tự chi trả chi phí cùng chi trả và các chi phí ngoài phạm vi được hưởng bảo hiểm y tế (nếu có) theo quy định của pháp luật về bảo hiểm y tế.

2. Trường hợp cơ sở khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế phải tổ chức cách ly y tế tập trung theo quyết định của cấp có thẩm quyền hoặc được cấp có thẩm quyền giao nhiệm vụ khám bệnh, chữa bệnh cho người nghi nhiễm, nhiễm COVID-19, Sở Y tế phối hợp với Bảo hiểm xã hội tỉnh, thành phố trực thuộc Trung ương:

2.1. Hướng dẫn người đăng ký khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế ban đầu tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh đó đến khám bệnh, chữa bệnh ban đầu tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế khác trên địa bàn tỉnh, thành phố;

2.2. Hướng dẫn cơ sở khám bệnh, chữa bệnh chuyển tuyến khám bệnh, chữa bệnh phù hợp với tình hình dịch bệnh.

Các trường hợp nêu tại khoản này được xác định là khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế đúng tuyến.

3. Đối với người bệnh đã được cơ sở khám bệnh, chữa bệnh kê đơn, cấp thuốc, vật tư y tế, điều trị và đã cấp Giấy hẹn khám lại hoặc Sổ khám bệnh, Sổ Y bạ hẹn người bệnh khám lại (sau đây gọi chung là Giấy hẹn khám lại), nhưng do dịch bệnh, người bệnh không đến cơ sở đó để khám lại được:

3.1. Cơ sở khám bệnh, chữa bệnh đã kê đơn, cấp thuốc, vật tư y tế, điều trị và cấp Giấy hẹn khám lại có trách nhiệm:

a) Thông tin và hướng dẫn người bệnh lựa chọn cơ sở khám bệnh, chữa bệnh phù hợp để được khám lại, cấp thuốc, vật tư y tế, điều trị.

b) Hướng dẫn cơ sở khám bệnh, chữa bệnh nơi người bệnh đang cách ly y tế hoặc cơ sở khám bệnh, chữa bệnh khác để khám lại, cấp thuốc, vật tư y tế, điều trị cho người bệnh; Chuyển thuốc hoặc phối hợp với Công ty dược để chuyển thuốc, vật tư y tế cho cơ sở khám bệnh, chữa bệnh khác để khám lại, cấp thuốc, vật tư y tế, điều trị cho người bệnh trong trường hợp các cơ sở này không có thuốc, vật tư y tế để khám bệnh, chữa bệnh đối với các bệnh cần khám lại theo hẹn.

3.2. Người bệnh được sử dụng Giấy hẹn khám lại của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh đã cấp Giấy hẹn khám lại để đến cơ sở khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế khác theo hướng dẫn của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh đã cấp Giấy hẹn khám lại và hướng dẫn của Sở Y tế, Cơ quan Bảo hiểm xã hội trên địa bàn cư trú hoặc nơi người bệnh đang cách ly y tế để được khám bệnh, chữa bệnh.

Trường hợp hết dịch bệnh, người bệnh được sử dụng Giấy hẹn khám lại của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh nơi đã cấp thuốc, vật tư y tế để đi khám bệnh, chữa bệnh tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh nơi đã chuyển thuốc, vật tư y tế.

Các trường hợp này được xác định là khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế đúng tuyến.

3.3. Cơ sở khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế thực hiện khám, cấp thuốc, vật tư y tế, điều trị cho người bệnh có trách nhiệm:

a) Lập, lưu trữ hồ sơ khám bệnh, chữa bệnh, cấp thuốc, vật tư y tế theo quy định, tổng hợp gửi cho cơ quan bảo hiểm xã hội (nơi đã ký hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế với cơ sở khám bệnh, chữa bệnh đó);

b) Chuyển dữ liệu điện tử lên hệ thống giám định bảo hiểm y tế theo quy định tại Quyết định số 4210/QĐ-BYT ngày 20/9/2017 của 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 bảo hiểm y tế, trong đó:

- Trên Bảng XML1: tại trường 17 MA\_NOI\_CHUYEN ghi mã cơ sở khám bệnh, chữa bệnh nơi cấp Giấy hẹn khám lại; tại Trường số 13 TEN\_BENH ghi nội dung: “khám bệnh, chữa bệnh, cấp thuốc theo Giấy hẹn khám lại và hướng dẫn điều trị của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh (ghi tên cơ sở khám bệnh, chữa bệnh đã cấp Giấy hẹn khám lại)”.

Ví dụ: Bệnh viện Bạch Mai có mã cơ sở khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế là: 01929, là cơ sở khám bệnh, chữa bệnh đã cấp Giấy hẹn khám lại nhưng do dịch bệnh, người bệnh đến Bệnh viện Đa khoa tỉnh A để khám bệnh, chữa bệnh, tại trường 17 MA\_NOI\_CHUYEN ghi: 01929; tại trường số 13 TEN\_BENH Bệnh viện Đa khoa tỉnh A ghi: “khám bệnh, chữa bệnh, cấp thuốc theo Giấy hẹn khám lại và hướng dẫn điều trị của Bệnh viện Bạch Mai”.

- Trường hợp cơ sở khám bệnh, chữa bệnh nhận thuốc, vật tư y tế từ cơ sở khám bệnh, chữa bệnh nơi đã cấp Giấy hẹn chuyển đến, trên Bảng XML2: tại trường số 3 MA\_THUOC ghi mã cơ sở khám bệnh, chữa bệnh đã cấp Giấy hẹn khám lại; Mã thuốc ban hành kèm theo Quyết định số 7603/QĐ-BYT ngày 25/12/2018 của Bộ trưởng Bộ Y tế về việc ban hành bộ mã danh mục dùng chung áp dụng trong quản lý khám bệnh, chữa bệnh và thanh toán BHYT (phiên bản số 6). Các mã này cách nhau bằng dấu gạch dưới (\_).

Ví dụ: Bệnh viện Bạch Mai có mã cơ sở khám bệnh, chữa bệnh BHYT là: 01929, là cơ sở khám bệnh, chữa bệnh đã cấp Giấy hẹn khám lại có chuyển thuốc chống thải ghép Ciclosporin (có mã: 40.405) đến Bệnh viện Đa khoa tỉnh A, tại trường số 3 MA\_THUOC Bệnh viện Đa khoa tỉnh A ghi như sau: “01929\_40.405”.

Cơ sở khám bệnh, chữa bệnh thống nhất với cơ quan bảo hiểm xã hội nơi ký hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế trước khi thực hiện để bảo đảm việc trích chuyển dữ liệu điện tử và thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế.

c) Thu tiền cùng chi trả chi phí thuốc nhận từ cơ sở khám bệnh, chữa bệnh nơi chuyển thuốc, vật tư y tế tính trên số đã sử dụng cho người bệnh (nếu có);

d) Thanh toán chi phí thuốc cho cơ sở khám bệnh, chữa bệnh đã chuyển thuốc, vật tư y tế, bao gồm cả chi phí cùng chi trả của người bệnh (nếu có).

đ) Trường hợp hết dịch bệnh hoặc hết cách ly y tế, cơ sở khám bệnh, chữa bệnh nơi cấp thuốc, vật tư y tế cấp giấy hẹn khám lại hoặc cấp Giấy chuyển tuyến và hướng dẫn người bệnh tiếp tục đến khám bệnh, chữa bệnh tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh đã chuyển thuốc. Trường hợp này được xác định là đúng tuyến.

3.4. Trạm y tế cấp xã nhận và cấp thuốc, vật tư y tế cho người bệnh có trách nhiệm lập, lưu trữ hồ sơ cấp thuốc, vật tư y tế theo quy định, tổng hợp chi phí gửi cơ sở khám bệnh, chữa bệnh (nơi đã ký hợp đồng với cơ quan bảo hiểm xã hội để tổ chức khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế tại trạm y tế cấp xã đó).

3.5. Cơ sở khám bệnh, chữa bệnh (nơi đã ký hợp đồng với cơ quan bảo hiểm xã hội để tổ chức khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế tại trạm y tế cấp xã) tổng hợp chi phí gửi cơ quan bảo hiểm xã hội.

3.6. Cơ quan bảo hiểm xã hội (nơi ký hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế với cơ sở khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế nơi tiếp nhận và sử dụng thuốc, vật tư y tế cho người bệnh):

a) Thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh cho cơ sở khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế theo quy định hiện hành;

b) Thanh toán chi phí thuốc, vật tư y tế cho cơ sở khám bệnh, chữa bệnh đã nhận từ cơ sở khám bệnh, chữa bệnh đã chuyển thuốc, vật tư y tế và đã sử dụng cho người bệnh, chi phí này được tính vào chi phí phát sinh của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh (nếu có).

4. Sử dụng Giấy hẹn khám lại trong thời gian công bố dịch của cấp có thẩm quyền hoặc cơ sở y tế phải cách ly y tế hoặc người bệnh phải cách ly y tế: Người có thể bảo hiểm y tế có Giấy hẹn khám lại được đến khám lại không phụ thuộc thời gian hẹn khám lại ghi trên Giấy hẹn khám lại. Trường hợp này Hệ thống thông tin giám định bảo hiểm y tế của cơ quan bảo hiểm xã hội không bắt lỗi trường Thông tin ngày hẹn khám lại.

5. Việc dự trữ và kê đơn thuốc điều trị trong thời gian phòng, chống dịch COVID-19.

5.1. Bác sỹ, y sỹ kê đơn thuốc căn cứ vào tình trạng người bệnh để có thể kê số lượng thuốc sử dụng trong đơn cho người bệnh là người cao tuổi, người mắc bệnh cần điều trị dài ngày tối đa không quá 90 (chín mươi) ngày.

5.2. Cơ sở khám bệnh, chữa bệnh phải cung cấp số điện thoại của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh cho người bệnh để liên hệ khi cần thiết.

5.3. Cơ sở khám bệnh, chữa bệnh căn cứ vào số lượng người bệnh đến khám và điều trị tại cơ sở để mua sắm, dự trữ thuốc (lưu ý các thuốc điều trị chuyên khoa tim mạch, đái tháo đường, huyết áp, ...).

6. Trường hợp người có thể bảo hiểm y tế tự đi khám bệnh, chữa bệnh được cơ sở y tế kết luận không phải áp dụng biện pháp cách ly y tế tập trung được quỹ bảo hiểm y tế thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh theo quy định của pháp luật về bảo hiểm y tế.

7. Việc tổng hợp biểu mẫu đề nghị thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế thực hiện theo quy định tại Quyết định số 6556/QĐ-BYT ngày 30/10/2018 của Bộ trưởng Bộ Y tế về việc ban hành Mẫu Bảng kê chi phí khám bệnh, chữa bệnh sử dụng tại các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh và Phụ lục hướng dẫn cách ghi chép bảng kê chi phí khám bệnh, chữa bệnh. Các cơ sở y tế không được tách các phần chi phí của mỗi người bệnh có thể bảo hiểm y tế ra thành nhiều bảng kê chi phí khác nhau.

8. Sở Y tế phối hợp với bảo hiểm xã hội tỉnh, thành phố trực thuộc Trung ương hướng dẫn người bệnh đến khám bệnh, chữa bệnh tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế trên địa bàn tỉnh, thành phố phù hợp với tình hình dịch bệnh.

Việc thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế đối với người có thể bảo hiểm y tế trong thời gian cách ly y tế tập trung và một số trường hợp khác trong thời gian dịch bệnh do COVID-19 theo hướng dẫn của Công văn này được áp dụng từ ngày 08/02/2021.

Công văn này thay thế Công văn số 2146/BYT-BH, ngày 17/4/2020 của Bộ trưởng Bộ Y tế hướng dẫn tạm thời việc thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế đối với người có thẻ bảo hiểm y tế trong thời gian cách ly y tế tập trung và một số trường hợp khác trong thời gian dịch bệnh do COVID-19 và Công văn số 2276/BYT-BH ngày 24/4/2020 của Bộ trưởng Bộ Y tế sửa đổi khoản 3 công văn số 2146/BYT-BH hướng dẫn thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế liên quan đến dịch bệnh COVID-19.

Trong quá trình thực hiện có phát sinh khó khăn, vướng mắc, kịp thời báo cáo Bộ Y tế để được hướng dẫn./.

***Nơi nhận:***

- Như trên;
- PTTg, Vũ Đức Đam (để b/c);
- Ban CDQG về PC dịch COVID-19;
- Bộ trưởng (để b/cáo);
- Các Thứ trưởng;
- Ủy ban về các vấn đề xã hội của Quốc hội;
- Văn phòng Chính phủ;
- Bộ Tài chính;
- UBND các tỉnh, thành phố trực thuộc TW;
- Hiệp hội Bệnh viện tư nhân Việt Nam;
- Các Vụ, Cục, Tổng cục, VP, TTra Bộ Y tế;
- Lưu: VT, BH.

**KT. BỘ TRƯỞNG  
THỨ TRƯỞNG**

**Trần Văn Thuấn**