

QUY TRÌNH GIÁM ĐỊNH BẢO HIỂM Y TẾ
(Ban hành kèm theo Quyết định số /QĐ-BHXX ngày tháng năm
2020 của Tổng Giám đốc Bảo hiểm xã hội Việt Nam)

CHƯƠNG I**QUY ĐỊNH CHUNG****Điều 1. Phạm vi, đối tượng áp dụng**

1. Phạm vi áp dụng: văn bản này hướng dẫn các quy trình nghiệp vụ của cơ quan Bảo hiểm xã hội để thực hiện ký kết hợp đồng, giám định, tạm ứng, quyết toán, thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế.

2. Đối tượng áp dụng: cơ quan Bảo hiểm xã hội, cơ sở khám bệnh, chữa bệnh và các đơn vị, cá nhân có liên quan đến khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế.

Điều 2. Giải thích từ ngữ

1. BHXX: là chữ viết tắt của cụm từ "bảo hiểm xã hội".

2. BHYT: là chữ viết tắt của cụm từ "bảo hiểm y tế".

3. Cổng tiếp nhận: Cổng tiếp nhận dữ liệu thuộc Hệ thống thông tin giám định BHYT tại địa chỉ <https://gdbhyt.baohiemxahoi.gov.vn>

4. Dữ liệu XML: là dữ liệu điện tử về khám bệnh, chữa bệnh theo quy định của Bộ Y tế, được cơ sở khám bệnh, chữa bệnh gửi cho cơ quan Bảo hiểm xã hội qua Cổng tiếp nhận. XML (Extensible Markup Language) là ngôn ngữ đánh dấu mở rộng. Đây là một dạng ngôn ngữ đánh dấu, có chức năng truyền dữ liệu và mô tả nhiều loại dữ liệu khác nhau.

5. Ký số dữ liệu: là dữ liệu điện tử được xác thực, đảm bảo tính toàn vẹn theo quy định của pháp luật về giao dịch điện tử.

6. Giám định chủ động: là việc người được giao nhiệm vụ giám định thực hiện công việc trực tiếp trên hồ sơ bệnh án hoặc trên dữ liệu điện tử.

CHƯƠNG II**NGHIỆP VỤ THỰC HIỆN KHI KÝ HỢP ĐỒNG
KHÁM BỆNH, CHỮA BỆNH BHYT**

Điều 3. Ký hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh BHYT lần đầu

1. Hồ sơ đề nghị ký hợp đồng quy định tại khoản 1 Điều 16 Nghị định số 146/2018/NĐ-CP ngày 17/10/2018 của Chính phủ quy định chi tiết và hướng dẫn biện pháp thi hành một số điều của Luật BHYT, điểm b khoản 2 Điều 2 và khoản 1 Điều 3 Thông tư số 09/2019/TT-BYT ngày 10/6/2019 của Bộ Y tế hướng dẫn thẩm định điều kiện ký hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh BHYT ban đầu, chuyên thực hiện dịch vụ cận lâm sàng và một số trường hợp thanh toán trực tiếp chi phí trong khám bệnh, chữa bệnh BHYT, bao gồm:

1.1. Công văn đề nghị ký hợp đồng của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh; trường hợp đủ điều kiện đăng ký khám bệnh, chữa bệnh ban đầu thì ghi rõ số hiệu, ngày, tháng, năm ban hành văn bản công bố của Sở Y tế.

1.2. Giấy phép hoạt động khám bệnh, chữa bệnh do cơ quan nhà nước có thẩm quyền cấp cho cơ sở khám bệnh, chữa bệnh (bản sao).

1.3. Quyết định xếp hạng đối với bệnh viện công lập (nếu có); quyết định xếp hạng tương đương đối với cơ sở khám bệnh, chữa bệnh ngoài công lập (bản chụp có đóng dấu).

1.4. Văn bản cấp mã cơ sở khám bệnh, chữa bệnh của cấp có thẩm quyền (bản sao).

1.5. Danh mục thuốc, hóa chất, vật tư y tế, dịch vụ kỹ thuật y tế trong phạm vi thanh toán BHYT sử dụng tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh (văn bản hoặc dữ liệu điện tử ký số).

1.6. Danh sách nhân lực đăng ký hành nghề tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh có đầy đủ thông tin theo quy định tại Phụ lục IV ban hành kèm theo Nghị định số 109/2016/NĐ-CP ngày 01/07/2016 của Chính phủ quy định cấp chứng chỉ hành nghề đối với người hành nghề và cấp giấy phép hoạt động đối với cơ sở khám bệnh, chữa bệnh.

2. Nội dung giám định

2.1. Xác định hình thức tổ chức, phạm vi hoạt động chuyên môn, nhân lực của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh tại thời điểm đề nghị ký hợp đồng đáp ứng đủ điều kiện hoạt động khám bệnh, chữa bệnh theo giấy phép được cơ quan có thẩm quyền cấp theo quy định của pháp luật.

2.2. Xác định điều kiện của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh để đảm bảo việc cung ứng thuốc, hóa chất, vật tư y tế phù hợp với phạm vi hoạt động chuyên môn.

3. Quy trình thực hiện

3.1. Cập nhật thông tin đề nghị ký hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh BHYT lên Hệ thống thông tin giám định BHYT

Sau khi nhận đủ hồ sơ đề nghị ký hợp đồng, Phòng Giám định BHYT hướng dẫn cơ sở khám bệnh, chữa bệnh đăng ký tài khoản, cập nhật thông tin và danh mục theo các bảng định dạng tại Mẫu số 01/QTGD ban hành kèm theo Quy trình này lên Cổng tiếp nhận, bao gồm:

- Thông tin cơ sở khám bệnh, chữa bệnh.
- Danh mục các khoa lâm sàng, khoa cận lâm sàng, khoa/bộ phận dược.
- Danh sách người hành nghề tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh đã được đăng tải trên Cổng thông tin điện tử của Bộ Y tế hoặc trang thông tin điện tử của Sở Y tế.
- Các danh mục: thuốc, hóa chất, vật tư y tế, dịch vụ kỹ thuật.
- Danh mục trang thiết bị y tế để thực hiện xét nghiệm cận lâm sàng, chẩn đoán hình ảnh, thăm dò chức năng, phẫu thuật, thủ thuật.

3.2. Kiểm tra thông tin của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh

Đối chiếu các tài liệu trong hồ sơ đề nghị ký hợp đồng, thông tin cập nhật trên Cổng tiếp nhận và thông tin đăng tải trên Cổng thông tin điện tử của Bộ Y tế hoặc trang thông tin điện tử của Sở Y tế, đảm bảo trùng khớp các thông tin về số giấy phép hoạt động, tên cơ sở khám bệnh, chữa bệnh; người chịu trách nhiệm chuyên môn kỹ thuật; hình thức tổ chức; địa điểm hành nghề; thời gian làm việc hàng ngày; xếp hạng đối với bệnh viện công lập, xếp hạng tương đương đối với cơ sở khám bệnh chữa bệnh ngoài công lập.

Trường hợp không có thông tin đăng tải hoặc thông tin không thống nhất, thông báo bằng văn bản cho cơ sở khám bệnh, chữa bệnh.

3.3. Kiểm tra thông tin người hành nghề tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh

Sau khi tiếp nhận danh sách người hành nghề từ cơ sở khám bệnh, chữa bệnh, phần mềm Giám định tự động kiểm tra các thông tin sau:

3.3.1. Thông tin những người hành nghề do cơ sở khám bệnh, chữa bệnh cung cấp (họ tên, số chứng chỉ, thời gian hành nghề, phạm vi hoạt động chuyên môn) trùng khớp với thông tin trong cơ sở dữ liệu nhân viên y tế trên Hệ thống thông tin giám định BHYT.

Cơ sở dữ liệu nhân viên y tế trên Hệ thống thông tin giám định BHYT được liên thông từ cơ sở dữ liệu quốc gia về y tế, trường hợp Bộ Y tế chưa liên thông dữ liệu quốc gia về y tế với Bảo hiểm xã hội Việt Nam, Phòng Giám định BHYT cập nhật thông tin người hành nghề đăng tải trên Cổng thông tin điện tử của Bộ Y tế hoặc trang thông tin điện tử của Sở Y tế vào phần mềm Giám định.

3.3.2. Thời gian đăng ký hành nghề của người hành nghề tại nhiều cơ sở khám bệnh, chữa bệnh không trùng lặp và thời gian di chuyển hợp lý giữa các địa điểm hành nghề.

3.3.3. Người hành nghề có phạm vi hoạt động chuyên môn phù hợp với vị trí chuyên môn.

3.3.4. Người chịu trách nhiệm chuyên môn, trưởng khoa lâm sàng, cận lâm sàng đăng ký hành nghề toàn thời gian (cơ hữu), số lượng người hành nghề cơ hữu đáp ứng quy định tại Điều 11 Nghị định số 155/2018/NĐ-CP ngày 12/11/2018 của Chính phủ sửa đổi, bổ sung một số quy định liên quan đến điều kiện đầu tư kinh doanh thuộc phạm vi quản lý nhà nước của Bộ Y tế.

Phòng Giám định BHYT kiểm tra lại kết quả giám định tự động, thông báo để cơ sở khám bệnh, chữa bệnh hoàn thiện thông tin người hành nghề đối với các trường hợp không đáp ứng yêu cầu tại các tiết 3.3.1, 3.3.2 và 3.3.3 điểm này; trường hợp người hành nghề được phân công thực hiện dịch vụ kỹ thuật ngoài phạm vi hoạt động chuyên môn ghi trên chứng chỉ hành nghề, quyết định bổ sung phạm vi hoạt động chuyên môn thì đối chiếu với văn bản phân công nhiệm vụ của người chịu trách nhiệm chuyên môn; thông báo cơ sở khám bệnh, chữa bệnh không đủ điều kiện ký hợp đồng nếu không đáp ứng yêu cầu tại tiết 3.3.4 điểm này.

3.4. Khảo sát tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh

Phòng Giám định BHYT khảo sát thực tế tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh trong trường hợp có thay đổi so với thời điểm cấp giấy phép hoạt động, trường hợp một cơ sở khám bệnh, chữa bệnh có nhiều địa điểm hành nghề thì khảo sát tất cả các địa điểm; thông tin được ghi nhận tại Mẫu số 01/BHYT ban hành kèm theo Quyết định số /QĐ-BHXH của BHXH Việt Nam về việc ban hành các biểu mẫu thống kê khám bệnh, chữa bệnh BHYT, các nội dung khảo sát bao gồm:

3.4.1. Địa điểm hành nghề trên Giấy phép hoạt động đúng với thực tế.

3.4.2. Bản sao các tài liệu trong hồ sơ đề nghị ký hợp đồng đúng với bản gốc lưu tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh (người đối chiếu ký xác nhận trên từng trang của bản sao). Người được phân công thực hiện dịch vụ kỹ thuật ngoài phạm vi hoạt động chuyên môn phù hợp với chứng chỉ hoặc chứng nhận đào tạo và được người chịu trách nhiệm chuyên môn phân công bằng văn bản.

3.4.3. Xác định các khoa lâm sàng, khoa cận lâm sàng, khoa hoặc bộ phận được, số giường được phê duyệt, số giường thực kê thuộc mỗi khoa, phòng, các chuyên khoa khám bệnh không thay đổi so với thời điểm cấp giấy phép hoạt động. Trường hợp có thay đổi thì phải có quyết định của cấp có thẩm quyền (nơi cấp giấy phép hoạt động).

3.4.4. Cơ sở khám bệnh, chữa bệnh công lập có sử dụng tài sản công liên doanh, liên kết để hình thành khoa, phòng, đơn vị điều trị: căn cứ đề án sử dụng tài sản công vào mục đích liên doanh, liên kết được người có thẩm quyền phê duyệt theo quy định tại Điều 44 Nghị định số 151/2017/NĐ-CP ngày 26/12/2017 của Chính phủ quy định chi tiết một số điều của Luật Quản lý, sử dụng tài sản công và Hợp đồng liên doanh, liên kết để xác định mô hình quản lý phù hợp với hình thức liên doanh, liên kết quy định tại Điều 47 Nghị định số 151/2017/NĐ-CP.

3.4.5. Đối chiếu thông tin người không tham gia BHXH, BHYT trên danh sách thống kê từ phần mềm Giám định với hợp đồng lao động, bảng lương/bảng chấm công để xác định những người làm việc thực tế tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh.

3.4.6. Xác định điều kiện đảm bảo việc cung ứng thuốc, hóa chất, vật tư y tế cho người bệnh BHYT

- Bệnh viện có khoa Dược, người hành nghề dược đáp ứng các quy định tại

Chương II Thông tư số 22/2011/TT-BYT ngày 10/6/2011 của Bộ Y tế quy định tổ chức và hoạt động của khoa Dược bệnh viện. Phòng khám có bộ phận bảo quản, cấp phát thuốc, có nhân lực đáp ứng quy định về hành nghề dược; phòng khám ngoài công lập có giấy chứng nhận đủ điều kiện kinh doanh dược.

- Cơ sở khám bệnh, chữa bệnh đã ký hợp đồng hoặc đã có kết quả lựa chọn nhà thầu hoặc có kế hoạch mua sắm thuốc, hóa chất, vật tư y tế theo các hình thức hợp pháp khác đối với các thuốc, hóa chất, vật tư y tế trong danh mục dự kiến sử dụng cho người bệnh BHYT.

3.5. Đánh giá điều kiện ký hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh BHYT

Căn cứ kết quả kiểm tra hồ sơ đề nghị ký hợp đồng và khảo sát tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh, Phòng Giám định BHYT đánh giá việc đáp ứng các điều kiện và đề xuất việc ký hợp đồng hoặc không ký hợp đồng theo các nội dung tại Phần II Mẫu số 01/BHYT ban hành kèm theo Quyết định số /QĐ-BHXH.

Trường hợp không ký hợp đồng, BHXH tỉnh trả lời bằng văn bản cho cơ sở khám bệnh, chữa bệnh.

3.6. Ký hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh BHYT

3.6.1. Phòng Giám định BHYT dự thảo hợp đồng theo Mẫu số 7 ban hành kèm theo Nghị định số 146/2018/NĐ-CP. Tùy theo điều kiện của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh để bổ sung nội dung hợp đồng phù hợp với quy định của pháp luật về BHYT.

3.6.2. Trình lãnh đạo BHXH tỉnh phê duyệt, chuyển dự thảo hợp đồng cho cơ sở khám bệnh, chữa bệnh.

3.6.3. Cơ quan BHXH tổ chức thương thảo khi có vướng mắc về các nội dung, điều khoản trong dự thảo hợp đồng; ký kết hợp đồng với cơ sở khám bệnh, chữa bệnh; chuyển 02 bản hợp đồng cho cơ sở khám bệnh, chữa bệnh, 01 bản lưu tại Phòng Kế hoạch - Tài chính hoặc bộ phận Kế toán, 01 bản lưu trong hồ sơ ký hợp đồng.

3.6.4. Phòng Giám định BHYT cập nhật số hợp đồng, thời gian thực hiện hợp đồng, bản chụp hợp đồng lên phần mềm Giám định và quản lý hồ sơ ký hợp đồng.

4. Thời gian thực hiện

Trong thời hạn 30 ngày kể từ ngày nhận đủ hồ sơ đề nghị ký hợp đồng, cơ quan BHXH hoàn thành việc ký hợp đồng với cơ sở khám bệnh, chữa bệnh hoặc thông báo bằng văn bản đến cơ sở khám bệnh, chữa bệnh nếu không đủ điều kiện ký hợp đồng.

Điều 4. Ký hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh BHYT hằng năm

1. Trước ngày 30 tháng 11, BHXH tỉnh rà soát hồ sơ ký hợp đồng hết hiệu lực vào ngày 31 tháng 12 năm đó để bổ sung, điều chỉnh thông tin vào dự thảo hợp đồng năm sau theo các nội dung tại khoản 1 Điều 3 Quy trình này (trừ văn bản cấp mã cơ sở khám bệnh, chữa bệnh), các nội dung trong phụ lục hợp đồng đã ký năm trước tiếp tục thực hiện năm nay, thông báo bằng văn bản để cơ sở khám

bệnh, chữa bệnh bổ sung nếu thiếu hoặc cập nhật thông tin nếu có thay đổi. Gửi dự thảo hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh BHYT (lập theo Mẫu số 07 ban hành kèm theo Nghị định số 146/2018/NĐ-CP) đến các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh.

2. Trước ngày 31 tháng 12, cơ quan BHXH hoàn thành việc ký kết hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh BHYT; chuyển 02 bản hợp đồng cho cơ sở khám bệnh, chữa bệnh, 01 bản lưu tại Phòng Kế hoạch - Tài chính hoặc bộ phận Kế toán, 01 bản lưu trong hồ sơ ký hợp đồng tại Phòng Giám định BHYT; cập nhật số hợp đồng và thời gian thực hiện hợp đồng, bản chụp hợp đồng trên phần mềm Giám định.

3. Hồ sơ hợp đồng bao gồm: hồ sơ đề nghị ký hợp đồng, hợp đồng, phụ lục hợp đồng đã ký hằng năm, các tài liệu liên quan trong quá trình thực hiện hợp đồng được lưu theo từng cơ sở khám bệnh, chữa bệnh.

Điều 5. Ký phụ lục hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh BHYT

1. Ký phụ lục hợp đồng trong thời gian thực hiện hợp đồng

1.1. Các trường hợp thay đổi cần ký phụ lục hợp đồng

- Chức năng nhiệm vụ, phạm vi chuyên môn;
- Xếp hạng đối với bệnh viện công lập, xếp hạng tương đương đối với cơ sở khám bệnh chữa bệnh ngoài công lập;
- Tuyển khám bệnh, chữa bệnh BHYT;
- Thời gian hoạt động khám bệnh, chữa bệnh vào ngày lễ, ngày nghỉ;
- Phương thức thanh toán;
- Chuyển dịch vụ cận lâm sàng đến cơ sở y tế khác để thực hiện đối với các dịch vụ cận lâm sàng chưa được cơ quan nhà nước có thẩm quyền phê duyệt thực hiện tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh.

1.2. Trong thời hạn 10 ngày làm việc kể từ ngày nhận được văn bản thông báo của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh và các tài liệu kèm theo về việc thay đổi các nội dung nêu trên, cơ quan BHXH thẩm định nội dung thay đổi chức năng nhiệm vụ, phạm vi chuyên môn theo hướng dẫn tại khoản 2 và khoản 3 Điều 3 Quy trình này, thẩm định hồ sơ đối với các nội dung khác; ký kết phụ lục hợp đồng với cơ sở khám bệnh, chữa bệnh.

- Cơ quan BHXH ký hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh BHYT thực hiện ký kết phụ lục hợp đồng, chuyển 02 bản phụ lục hợp đồng cho cơ sở khám bệnh, chữa bệnh, 01 bản lưu tại Phòng Kế hoạch - Tài chính, 01 bản lưu trong hồ sơ ký hợp đồng tại Phòng Giám định BHYT.

- Phòng Giám định BHYT cập nhật thời gian thực hiện, bản chụp văn bản, tài liệu của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh và phụ lục hợp đồng trên phần mềm Giám định.

2. Gia hạn hợp đồng đã ký năm trước

- Khi không có thay đổi nội dung, điều khoản so với hợp đồng đã ký năm

trước và có sự thống nhất bằng văn bản của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh với cơ quan BHXH.

- Trong thời hạn 10 ngày trước khi hợp đồng hết hiệu lực, cơ quan BHXH ký phụ lục hợp đồng với cơ sở khám bệnh, chữa bệnh; cập nhật số phụ lục hợp đồng và thời gian gia hạn hợp đồng, bản chụp phụ lục hợp đồng trên phần mềm Giám định.

CHƯƠNG III

GIÁM ĐỊNH ĐIỀU KIỆN THANH TOÁN CHI PHÍ KHÁM BỆNH, CHỮA BỆNH BHYT

Điều 6. Giám định điều kiện thanh toán thuốc

1. Hồ sơ, tài liệu

1.1. Danh mục thuốc hóa dược, sinh phẩm trong phạm vi thanh toán BHYT lập theo mẫu quy định tại Phụ lục 01 ban hành kèm theo Thông tư số 15/2019/TT-BYT ngày 11/7/2019 của Bộ Y tế quy định việc đấu thầu thuốc tại các cơ sở y tế công lập, trường hợp thuốc quy định tại hạng bệnh viện cao hơn sử dụng để thực hiện các dịch vụ kỹ thuật được cấp có thẩm quyền phê duyệt theo quy định tại khoản 1 Điều 1 Thông tư số 01/2020/TT-BYT ngày 16/01/2020 của Bộ Y tế sửa đổi, bổ sung Thông tư số 30/2018/TT-BYT ngày 30/10/2018 của Bộ Y tế ban hành danh mục và tỷ lệ, điều kiện thanh toán đối với thuốc hóa dược, sinh phẩm, thuốc phóng xạ và chất đánh dấu thuộc phạm vi được hưởng của người tham gia BHYT phải ghi đầy đủ các mã dịch vụ kỹ thuật có sử dụng thuốc đó; định dạng dữ liệu theo Bảng 3 Mẫu số 01/QTGD.

1.2. Danh mục thuốc phóng xạ và chất đánh dấu trong phạm vi thanh toán BHYT kèm theo văn bản của cấp có thẩm quyền cho phép thực hiện việc chẩn đoán, điều trị bằng phóng xạ; trường hợp thuốc phóng xạ và chất đánh dấu sử dụng trong thực hiện dịch vụ kỹ thuật, thông tin của thuốc phải ghi đầy đủ các mã dịch vụ kỹ thuật có sử dụng thuốc đó; định dạng dữ liệu theo Bảng 3 Mẫu số 01/QTGD.

1.3. Danh mục thuốc đông y, thuốc từ dược liệu và vị thuốc y học cổ truyền trong phạm vi thanh toán BHYT lập theo mẫu quy định tại Phụ lục số 01 ban hành kèm theo Thông tư số 05/2015/TT-BYT ngày 17/3/2015 của Bộ Y tế về việc ban hành danh mục thuốc đông y, thuốc từ dược liệu và vị thuốc y học cổ truyền thuộc phạm vi thanh toán của quỹ BHYT; định dạng dữ liệu theo Bảng 3 Mẫu số 01/QTGD.

1.4. Danh mục thuốc tự bào chế, pha chế, chế biến kèm theo văn bản của người đứng đầu cơ sở khám bệnh, chữa bệnh phê duyệt quy trình sản xuất, tiêu chuẩn chất lượng, giá thuốc và bảng thuyết minh giá thành của thuốc; định dạng dữ liệu theo Bảng 3 Mẫu số 01/QTGD.

1.5. Trường hợp cơ sở khám bệnh, chữa bệnh tự tổ chức đấu thầu phải gửi kèm theo văn bản của cấp có thẩm quyền phê duyệt kế hoạch lựa chọn nhà thầu, phê duyệt kết quả lựa chọn nhà thầu và file điện tử kết quả lựa chọn nhà thầu theo mẫu quy định tại Phụ lục 01 ban hành kèm theo Thông tư số 15/2019/TT-BYT.

1.6. Trường hợp cơ sở khám bệnh, chữa bệnh ngoài công lập mua sắm theo kết quả trúng thầu của nơi khác, danh mục thuốc trong phạm vi thanh toán BHYT phải có đầy đủ thông tin thầu (số quyết định, gói thầu, nhóm thầu, năm công bố quyết định trúng thầu, mã tỉnh nếu sử dụng kết quả đấu thầu tập trung tại tỉnh, mã cơ sở khám bệnh, chữa bệnh nếu sử dụng kết quả đấu thầu của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh khác).

2. Nội dung giám định

2.1. Xác định thuốc thuộc phạm vi được hưởng của người tham gia BHYT.

2.2. Xác định các điều kiện về sử dụng thuốc phù hợp với loại hình hoạt động, phân hạng bệnh viện, phạm vi hoạt động của người hành nghề.

2.3. Xác định giá thanh toán BHYT đối với: thuốc hóa dược, sinh phẩm, thuốc phóng xạ và chất đánh dấu, thuốc đông y, thuốc từ dược liệu, vị thuốc y học cổ truyền, thuốc tự bào chế, pha chế hoặc chế biến.

3. Quy trình thực hiện

3.1. Thu thập tài liệu, cập nhật danh mục thuốc theo Bảng 3 Mẫu số 01/QTGD lên Hệ thống thông tin giám định BHYT

3.1.1. Trung tâm Giám định BHYT và Thanh toán đa tuyến hướng dẫn Trung tâm Mua sắm tập trung thuốc Quốc gia - Bộ Y tế cập nhật danh mục thuốc trúng thầu tập trung cấp quốc gia, đàm phán giá lên Công tiếp nhận, kiểm tra thông tin, ký số dữ liệu (nếu có), gửi sang phần mềm Giám định; thực hiện giám định theo hướng dẫn tại điểm 3.2 và 3.3 khoản 3 Điều này.

3.1.2. Phòng Giám định BHYT hướng dẫn cơ sở khám bệnh, chữa bệnh gửi tài liệu nêu tại khoản 1 Điều này cho cơ quan BHXH và cập nhật danh mục thuốc thuộc phạm vi thanh toán BHYT, kết quả trúng thầu thuốc do cơ sở khám bệnh, chữa bệnh tự tổ chức đấu thầu lên Công tiếp nhận, kiểm tra thông tin, ký số dữ liệu (nếu có), gửi sang phần mềm Giám định khi đề nghị ký hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh BHYT hoặc khi có thay đổi trong quá trình thực hiện hợp đồng.

3.1.3. Phòng Giám định BHYT cập nhật danh mục thuốc mua sắm theo kết quả đấu thầu tập trung cấp địa phương lên phần mềm Giám định, thực hiện giám định theo hướng dẫn tại điểm 3.2 và 3.3 khoản 3 Điều này trước khi giám định danh mục thuốc tại các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh mua sắm theo kết quả đấu thầu tập trung.

3.1.4. Thay đổi thông tin danh mục thuốc đã duyệt áp dụng

a) Khi nhận được văn bản của cấp có thẩm quyền về việc thay đổi thông tin thuốc theo quy định tại khoản 6 Điều 37 Thông tư số 15/2019/TT-BYT hoặc phân bổ, điều tiết số lượng thuốc trúng thầu theo kết quả đấu thầu tập trung:

- Trung tâm Giám định BHYT và Thanh toán đa tuyến cập nhật thông tin thay đổi khi tiếp nhận yêu cầu từ Trung tâm Mua sắm tập trung thuốc Quốc gia.

- Phòng Giám định BHYT cập nhật thông tin thay đổi khi tiếp nhận yêu cầu từ Sở Y tế hoặc cơ sở khám bệnh, chữa bệnh.

b) Trường hợp cơ sở khám bệnh, chữa bệnh mua sắm bổ sung thuốc trúng thầu: sau khi cơ sở khám bệnh, chữa bệnh gửi danh mục các thuốc bổ sung số lượng (các thông tin khác giữ nguyên như đã thống nhất với cơ quan BHXH), phần mềm Giám định tự động kiểm tra, xác định số lượng thuốc được mua sắm bổ sung theo quy định.

3.2. Giám định danh mục thuốc

3.2.1. Phần mềm Giám định tự động kiểm tra danh mục thuốc trong phạm vi thanh toán BHYT, xác định các thuốc cần giám định chủ động hoặc trả về Cổng tiếp nhận các thuốc không đáp ứng các nội dung dưới đây:

a) Tên hoạt chất (đơn chất hoặc đa chất), tên thuốc phóng xạ và chất đánh dấu, đường dùng hoặc dạng dùng đúng với danh mục thuốc hóa dược, sinh phẩm, thuốc phóng xạ và chất đánh dấu được Bộ Y tế ban hành, sửa đổi bổ sung tại các Thông tư: số 30/2018/TT-BYT, số 01/2020/TT-BYT, số 20/2020/TT-BYT ngày 26/11/2020 sửa đổi của Bộ Y tế, sửa đổi bổ sung một số điều của Thông tư số 30/2018/TT-BYT đồng thời đúng với danh mục thuốc trúng thầu, mua sắm theo quy định của pháp luật.

b) Hoạt chất và đường dùng hoặc dạng dùng của thuốc tương ứng với hạng bệnh viện của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh; thuốc vượt hạng tương ứng với dịch vụ kỹ thuật đã được phê duyệt thực hiện; thuốc vượt hạng tại bệnh viện chuyên khoa tuyến tỉnh không cao hơn hạng của bệnh viện đa khoa tỉnh.

c) Các hoạt chất có quy định điều kiện thanh toán phù hợp với mô hình tổ chức, chuyên khoa điều trị; phạm vi chuyên môn của bác sỹ chuyên khoa; thuốc có quy định tỷ lệ thanh toán tương ứng với dạng bào chế.

d) Các hoạt chất có quy định tỷ lệ thanh toán hoặc điều kiện hội chẩn, người chỉ định, tình trạng bệnh lý cần giám định chủ động trên hồ sơ đề nghị thanh toán.

đ) Thuốc phóng xạ, chất đánh dấu sử dụng trong các dịch vụ kỹ thuật đã được phê duyệt thực hiện.

e) Thành phần và đường dùng của thuốc đông y, thuốc từ dược liệu, tên và nguồn gốc của vị thuốc y học cổ truyền đúng với danh mục ban hành kèm theo Thông tư số 05/2015/TT-BYT và Thông tư số 50/2017/TT-BYT ngày 29/12/2017 sửa đổi, bổ sung các quy định liên quan đến thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh của Bộ Y tế.

g) Các thuốc đông y, thuốc từ dược liệu có giới hạn chỉ định theo hạng bệnh viện phù hợp với phân hạng của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh; vị thuốc y học cổ truyền có quy định nuôi, trồng, khai thác trong nước; xác định các thuốc có giới hạn chỉ định về triệu chứng, tình trạng bệnh lý hoặc chẩn đoán, độ tuổi, điều kiện hội chẩn hoặc người chỉ định cần giám định chủ động trên hồ sơ đề nghị thanh

toán.

h) Thuốc có số đăng ký hoặc giấy phép lưu hành sản phẩm đúng với thông tin trong danh mục thuốc được Bộ Y tế cấp phép lưu hành còn hiệu lực được công bố trên website của Cục Quản lý Dược - Bộ Y tế.

i) Thuốc tự bào chế, pha chế có tất cả các thành phần trong danh mục ban hành kèm theo Thông tư số 30/2018/TT-BYT phù hợp về đường dùng, dạng dùng, hạng bệnh viện được sử dụng theo Phụ lục 01 hoặc Phụ lục 02 ban hành kèm theo Thông tư này. Thuốc đông y, thuốc từ dược liệu tự chế biến, bào chế có tất cả các thành phần trong danh mục ban hành kèm theo Thông tư số 05/2015/TT-BYT.

k) Danh mục thuốc quy định tại các điểm 1.1, 1.2 và 1.3 khoản 1 Điều này trùng khớp toàn bộ thông tin với danh mục thuốc đấu thầu tập trung hoặc đàm phán giá nếu mua sắm theo kết quả đấu thầu tập trung hoặc đàm phán giá (trừ số lượng được phân bổ).

l) Danh mục thuốc tại trạm y tế xã, phường, nhà hộ sinh công lập và phòng khám đa khoa khu vực thuộc danh mục thuốc thanh toán BHYT của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh ký hợp đồng với cơ quan BHXH để tổ chức khám bệnh, chữa bệnh BHYT tại các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh này.

3.2.2. Phòng Giám định BHYT

a) Đối chiếu dữ liệu danh mục với bản giấy trong trường hợp dữ liệu chưa được ký số; trả lại danh mục để cơ sở khám bệnh, chữa bệnh điều chỉnh nếu sai lệch.

b) Kiểm tra các thông tin về hình thức đấu thầu, mua sắm thuốc đảm bảo trùng khớp thông tin trên dữ liệu danh mục và tài liệu kèm theo. Trả lại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh để điều chỉnh nếu sai lệch.

c) Kiểm tra văn bản của cấp có thẩm quyền cho phép thực hiện việc chẩn đoán, điều trị bằng phóng xạ nếu đề nghị thanh toán thuốc phóng xạ, chất đánh dấu.

d) Kiểm tra văn bản của người đứng đầu cơ sở khám bệnh, chữa bệnh phê duyệt quy trình sản xuất, tiêu chuẩn chất lượng và giá thuốc nếu đề nghị thanh toán thuốc tự bào chế, pha chế.

3.3. Giám định số lượng và giá thuốc

3.3.1. Phần mềm Giám định tự động kiểm tra số lượng, đơn giá thuốc trong danh mục và trả về Cổng tiếp nhận các thuốc mua sắm không đáp ứng các nội dung dưới đây:

a) Số lượng mua sắm không vượt quá số lượng theo kết quả lựa chọn nhà thầu, điều chỉnh, mua bổ sung (nếu có) theo quy định tại khoản 1 hoặc khoản 5 Điều 37 Thông tư số 15/2019/TT-BYT trong trường hợp cơ sở khám bệnh, chữa bệnh tự tổ chức đấu thầu hoặc số lượng được phân bổ, điều tiết theo kết quả đấu thầu tập trung cấp địa phương, đấu thầu tập trung cấp quốc gia, đàm phán giá.

b) Đơn giá không cao hơn đơn giá tại kết quả lựa chọn nhà thầu đã được phê duyệt đồng thời không cao hơn giá kê khai, giá kê khai lại còn hiệu lực được công bố trên website của Cục Quản lý Dược - Bộ Y tế.

c) Cơ sở khám bệnh, chữa bệnh ngoài công lập không tham gia mua thuốc tập trung (cấp địa phương, cấp quốc gia, đàm phán giá), không tự tổ chức đấu thầu, đơn giá thuốc mua sắm không cao hơn đơn giá mua thuốc tập trung (theo các tiêu chí: cùng tên thương mại, số giấy đăng ký lưu hành hoặc giấy phép nhập khẩu, nồng độ hoặc hàm lượng, đường dùng, dạng bào chế, quy cách đóng gói, cơ sở sản xuất, nước sản xuất); trường hợp mua sắm thuốc không có trong kết quả đấu thầu tập trung, đơn giá thuốc không cao hơn đơn giá thuốc của các cơ sở công lập tuyển tỉnh trên cùng địa bàn theo các tiêu chí nêu trên.

d) Tỷ lệ hao hụt của dược liệu sau chế biến, bảo quản cân chia không cao hơn tỷ lệ quy định tại khoản 5 Điều 6 Thông tư số 43/2017/TT-BYT ngày 16/11/2017 của Bộ Y tế quy định tỷ lệ hao hụt đối với vị thuốc cổ truyền và việc thanh toán chi phí hao hụt tại các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh.

3.3.2. Phòng Giám định BHYT

a) Kiểm tra giá thanh toán của thuốc tân dược tự bào chế, pha chế trên cơ sở bảng thuyết minh giá thành của thuốc và quy định tại điểm d khoản 7 Điều 4 Thông tư số 30/2018/TT-BYT.

b) Kiểm tra giá thanh toán các vị thuốc y học cổ truyền tự mua dược liệu để chế biến, bào chế vị thuốc đảm bảo không cao hơn giá trúng thầu của dược liệu cộng với các khoản chi phí lập tại bảng thuyết minh giá thành của thuốc và quy định tại Điều 1 Thông tư số 27/2020/TT-BYT.

c) Kiểm tra giá thanh toán đối với thuốc tự chế biến hoặc bào chế, đảm bảo không cao hơn giá dược liệu, vị thuốc mua sắm theo kết quả đấu thầu cộng với các khoản chi phí tại bảng thuyết minh giá thành của thuốc theo quy định tại Điều 1 Thông tư số 27/2020/TT-BYT.

d) Kiểm tra giá thanh toán của bao bì đóng gói đối với các loại thuốc thang dựa trên thuyết minh giá thành bao bì, thanh toán khi cơ sở khám bệnh, chữa bệnh không sắc thuốc cho người bệnh. Trường hợp phát hiện số lượng, đơn giá hoặc giá thanh toán của thuốc, bao bì đóng gói chưa hợp lý thì đề nghị cơ sở khám bệnh, chữa bệnh làm rõ các chi phí để xác định giá thành của thuốc, bao bì đóng gói bằng văn bản.

đ) Đối chiếu kết quả giám định tự động, duyệt áp dụng đối với các thuốc hóa dược, sinh phẩm, thuốc phóng xạ và chất đánh dấu, thuốc đông y, thuốc từ dược liệu và vị thuốc y học cổ truyền đáp ứng hoặc trả về Công tiếp nhận các thuốc không đáp ứng yêu cầu tại các điểm 3.2 và 3.3 khoản này.

4. Thời gian thực hiện giám định và thời điểm áp dụng danh mục

4.1. Trung tâm Giám định BHYT và Thanh toán đa tuyến hoàn thành việc giám định theo quy trình tại điểm 3.2 và điểm 3.3 khoản 3 Điều này trong thời hạn 03 ngày làm việc kể từ ngày nhận đủ tài liệu và danh mục thuốc đấu thầu tập

trung cấp quốc gia hoặc đàm phán giá.

4.2. Phòng Giám định BHYT hoàn thành việc giám định theo quy trình tại điểm 3.2 và điểm 3.3 khoản 3 Điều này trong thời hạn:

- 05 ngày làm việc kể từ ngày nhận đủ tài liệu và danh mục thuốc đấu thầu tập trung cấp địa phương hoặc danh mục thuốc đấu thầu của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh tuyến trung ương, tuyến tỉnh và tương đương.

- 03 ngày làm việc kể từ ngày nhận đủ tài liệu và danh mục thuốc cơ sở khám bệnh, chữa bệnh tuyến huyện, tuyến xã và tương đương.

4.3. Thời điểm áp dụng danh mục thuốc trên Hệ thống thông tin giám định BHYT kể từ ngày nhận đủ tài liệu và danh mục của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh BHYT.

Điều 7. Giám định điều kiện thanh toán vật tư y tế

1. Hồ sơ, tài liệu

1.1. Danh mục vật tư y tế trong phạm vi thanh toán BHYT được lập theo Phụ lục 2 ban hành kèm theo Thông tư số 04/2017/TT-BYT ngày 14/4/2017 của Bộ Y tế ban hành danh mục và tỷ lệ, điều kiện thanh toán đối với vật tư y tế thuộc phạm vi được hưởng của người tham gia BHYT; định dạng dữ liệu theo Bảng 4 Mẫu số 01/QTGD, bổ sung thông tin trong các trường hợp sau:

- Cơ sở khám bệnh, chữa bệnh ngoài công lập mua vật tư y tế theo kết quả trúng thầu của cơ sở y tế khác: thông tin kết quả trúng thầu theo quy định tại Phụ lục 3 ban hành kèm theo Thông tư số 04/2017/TT-BYT.

- Vật tư y tế khó định lượng: định mức cho một lần sử dụng dịch vụ kỹ thuật.

- Vật tư y tế tái sử dụng: số lần sử dụng và giá thanh toán.

- Vật tư y tế gồm nhiều bộ phận: mã bộ và mã chi tiết từng bộ phận, giá thanh toán từng bộ phận.

- Vật tư y tế tự sản xuất: giá thanh toán.

1.2. Văn bản của cấp có thẩm quyền phê duyệt kế hoạch và kết quả lựa chọn nhà thầu nếu cơ sở khám bệnh, chữa bệnh tự tổ chức đấu thầu kèm file điện tử theo quy định tại điểm d khoản 5 Điều 6 Thông tư số 04/2017/TT-BYT.

1.3. Văn bản thông báo định mức và tài liệu xác định định mức sử dụng đối với vật tư y tế khó định lượng khi sử dụng theo quy định tại khoản 3 Điều 4 Thông tư số 04/2017/TT-BYT.

1.4. Văn bản thông báo kèm theo danh mục vật tư y tế không thể sử dụng được trong trường hợp chỉ sử dụng một hoặc một số bộ phận đối với vật tư y tế có đơn vị tính là “bộ” theo quy định tại điểm b khoản 4 Điều 4 Thông tư số 04/2017/TT-BYT.

1.5. Văn bản thông báo số lần sử dụng tối đa và tài liệu xác định giá thanh toán, quy trình tái sử dụng đối với từng loại vật tư y tế tái sử dụng do người đứng đầu cơ sở khám bệnh, chữa bệnh phê duyệt theo quy định tại khoản 2 Điều 5

Thông tư số 04/2017/TT-BYT.

1.6. Văn bản của người đứng đầu cơ sở khám bệnh, chữa bệnh phê duyệt quy trình sản xuất, tiêu chuẩn chất lượng, giá thành sản phẩm và bảng thuyết minh cơ cấu chi phí cấu thành sản phẩm đối với vật tư y tế tự sản xuất theo quy định tại khoản 4 Điều 3 Thông tư số 04/2017/TT-BYT.

2. Nội dung giám định

2.1. Xác định vật tư y tế thuộc phạm vi được hưởng của người tham gia BHYT.

2.2. Xác định giá thanh toán BHYT đối với vật tư y tế thanh toán ngoài giá dịch vụ y tế; vật tư y tế khó định lượng khi sử dụng; vật tư y tế tái sử dụng; vật tư y tế do cơ sở khám bệnh, chữa bệnh tự sản xuất.

2.3. Xác định vật tư y tế có quy định tỷ lệ thanh toán, điều kiện thanh toán; vật tư y tế hoặc gói vật tư y tế có quy định mức thanh toán tối đa.

3. Quy trình thực hiện

3.1. Thu thập tài liệu, cập nhật danh mục vật tư y tế lên Hệ thống thông tin giám định BHYT.

3.1.1. Trung tâm Giám định BHYT và Thanh toán đa tuyến hướng dẫn Trung tâm Mua sắm tập trung thuốc Quốc gia - Bộ Y tế cập nhật danh mục vật tư y tế theo kết quả đấu thầu tập trung cấp quốc gia lên Cổng tiếp nhận, kiểm tra thông tin, ký số dữ liệu (nếu có), gửi sang phần mềm Giám định; thực hiện giám định theo hướng dẫn tại điểm 3.2 khoản 3 Điều này.

3.1.2. Phòng Giám định BHYT hướng dẫn cơ sở khám bệnh, chữa bệnh gửi tài liệu nêu tại khoản 1 Điều này cho cơ quan BHXH và cập nhật danh mục vật tư y tế thuộc phạm vi thanh toán BHYT, kết quả trúng thầu vật tư y tế do cơ sở khám bệnh, chữa bệnh tự tổ chức đấu thầu lên Cổng tiếp nhận, kiểm tra thông tin, ký số dữ liệu (nếu có), gửi sang phần mềm Giám định khi đề nghị ký hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh BHYT hoặc khi có thay đổi trong quá trình thực hiện hợp đồng.

3.1.3. Phòng Giám định BHYT cập nhật danh mục vật tư y tế mua sắm theo kết quả đấu thầu tập trung cấp địa phương lên phần mềm Giám định, thực hiện giám định theo hướng dẫn tại điểm 3.2 khoản 3 Điều này trước khi giám định danh mục vật tư y tế tại các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh mua sắm theo kết quả đấu thầu tập trung.

3.1.4. Thay đổi thông tin danh mục vật tư y tế đã duyệt áp dụng.

Khi nhận được văn bản của cấp có thẩm quyền về việc điều tiết số lượng vật tư y tế trúng thầu theo kết quả đấu thầu tập trung hoặc thay đổi thông tin của vật tư y tế:

- Trung tâm Giám định BHYT và Thanh toán đa tuyến cập nhật thông tin thay đổi khi tiếp nhận yêu cầu từ Trung tâm Mua sắm tập trung thuốc Quốc gia.

- Phòng Giám định BHYT cập nhật thông tin thay đổi khi tiếp nhận yêu cầu

từ Sở Y tế hoặc cơ sở khám bệnh, chữa bệnh.

3.2. Giám định danh mục, số lượng và giá vật tư y tế

3.2.1. Phần mềm Giám định tự động kiểm tra danh mục vật tư y tế trong phạm vi thanh toán BHYT, xác định các vật tư y tế cần giám định chủ động, kiểm tra số lượng, đơn giá trong danh mục và trả về Công tiếp nhận các vật tư y tế không đáp ứng các nội dung dưới đây:

a) Vật tư y tế có trong Danh mục ban hành kèm theo Thông tư số 04/2017/TT-BYT đồng thời có trong danh mục trúng thầu, mua sắm theo quy định.

b) Các vật tư y tế có quy định tỷ lệ thanh toán, điều kiện thanh toán theo tình trạng bệnh lý; vật tư y tế hoặc gói vật tư y tế có quy định mức thanh toán tối đa, vật tư y tế khó định lượng hoặc có đơn vị tính là “bộ” phải giám định chủ động khi tiếp nhận hồ sơ đề nghị thanh toán.

c) Số lượng vật tư y tế không vượt quá số lượng được xác định trong kết quả đấu thầu được phê duyệt hoặc số lượng sau điều tiết đối với các vật tư y tế đấu thầu tập trung cấp địa phương, đấu thầu tập trung cấp quốc gia.

d) Đơn giá vật tư y tế sử dụng một lần không cao hơn đơn giá trúng thầu tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh hoặc đơn giá theo kết quả đấu thầu tập trung cấp địa phương, đấu thầu tập trung cấp quốc gia.

đ) Đơn giá vật tư y tế tại các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh ngoài công lập mua sắm theo kết quả đấu thầu của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh công lập theo đúng quy định tại Khoản 6 Điều 3 Thông tư số 04/2017/TT-BYT.

3.2.2. Phòng Giám định BHYT

a) Đối chiếu dữ liệu danh mục với bản giấy trong trường hợp dữ liệu chưa được ký số, trả lại danh mục để cơ sở khám bệnh, chữa bệnh điều chỉnh nếu sai lệch.

b) Xác định hình thức mua sắm vật tư y tế phù hợp với kế hoạch được cấp có thẩm quyền phê duyệt, số lượng và giá trúng thầu không cao hơn số lượng và giá theo kế hoạch lựa chọn nhà thầu đã được phê duyệt.

c) Kiểm tra các thông tin về hình thức đấu thầu, mua sắm vật tư y tế đảm bảo trùng khớp thông tin trong danh mục và tài liệu kèm theo, trả lại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh để điều chỉnh nếu sai lệch.

d) Đối với vật tư y tế khó định lượng khi sử dụng: căn cứ tài liệu theo hướng dẫn tại điểm 1.3 khoản 1 Điều này, số lượng, tần suất thực hiện dịch vụ kỹ thuật và số lượng vật tư y tế đã sử dụng để đánh giá định mức xây dựng; so sánh định mức giữa các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh; đề nghị điều chỉnh nếu phát hiện định mức chưa phù hợp.

đ) Đối với vật tư y tế có thể tái sử dụng nhưng chưa có hướng dẫn về quy trình tái sử dụng, số lần tái sử dụng của Bộ Y tế hoặc của nhà sản xuất: căn cứ văn bản thông báo của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh, đơn giá vật tư y tế, số lần người

bệnh sử dụng vật tư y tế và số lượng vật tư y tế đã sử dụng năm trước để xác định giá thanh toán theo quy định tại khoản 2, khoản 3 Điều 5 Thông tư số 04/2017/TT-BYT; so sánh giá thanh toán giữa các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh; đề nghị điều chỉnh nếu phát hiện giá chưa phù hợp.

e) Đối với các loại vật tư y tế có đơn vị tính là “bộ”: xác định các vật tư y tế phải sử dụng toàn bộ các bộ phận; có thể sử dụng một hoặc một số bộ phận mà các bộ phận còn lại không thể sử dụng tiếp; các bộ phận có đơn giá riêng.

g) Đối với vật tư y tế tự sản xuất: rà soát tài liệu theo hướng dẫn tại điểm 1.6 khoản 1 Điều này; kiểm tra bảng thuyết minh giá thành sản phẩm, trường hợp phát hiện giá thanh toán chưa phù hợp thì đề nghị cơ sở khám bệnh, chữa bệnh làm rõ các chi phí để xác định giá vật tư y tế.

h) Đối chiếu với kết quả giám định tự động, duyệt áp dụng đối với các vật tư y tế đáp ứng hoặc trả về Công tiếp nhận nếu vật tư y tế không đáp ứng yêu cầu tại điểm 3.2 khoản này.

4. Thời gian thực hiện giám định và thời điểm áp dụng danh mục

4.1. Trung tâm Giám định BHYT và Thanh toán đa tuyến hoàn thành việc giám định theo quy trình tại điểm 3.2 khoản 3 Điều này trong thời hạn 05 ngày làm việc kể từ ngày nhận đủ tài liệu và danh mục vật tư y tế đấu thầu tập trung cấp quốc gia hoặc đàm phán giá.

4.2. Phòng Giám định BHYT hoàn thành việc giám định theo quy trình tại điểm 3.2 khoản 3 Điều này trong thời hạn:

- 07 ngày làm việc kể từ ngày nhận đủ tài liệu và danh mục vật tư y tế đấu thầu tập trung cấp địa phương hoặc danh mục vật tư y tế đấu thầu của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh tuyến trung ương, tuyến tỉnh và tương đương.

- 05 ngày làm việc kể từ ngày nhận đủ tài liệu và danh mục vật tư y tế của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh tuyến huyện, tuyến xã và tương đương.

4.3. Thời điểm áp dụng danh mục vật tư y tế trên Hệ thống thông tin giám định BHYT kể từ ngày nhận đủ tài liệu và danh mục của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh BHYT.

Điều 8. Giám định điều kiện thanh toán dịch vụ khám bệnh, chữa bệnh

1. Hồ sơ, tài liệu

1.1. Danh mục dịch vụ kỹ thuật sử dụng cho người bệnh BHYT và quy trình kỹ thuật hoặc hướng dẫn chuyên môn do người đứng đầu cơ sở khám bệnh, chữa bệnh ban hành; định dạng dữ liệu theo Bảng 5 Mẫu số 01/QTGD.

1.2. Danh mục trang thiết bị y tế đủ điều kiện để thực hiện dịch vụ kỹ thuật cho người bệnh BHYT theo Bảng 6 Mẫu số 0/QTGD.

1.3. Danh sách chuyên khoa khám bệnh, danh sách khoa, phòng điều trị theo Bảng 1 Mẫu số 01/QTGD, danh sách người hành nghề theo Bảng 2 Mẫu số 01/QTGD.

1.4. Trường hợp dịch vụ cận lâm sàng cần chuyển thực hiện tại cơ sở y tế khác: văn bản thông báo kèm theo hợp đồng nguyên tắc với cơ sở y tế nơi thực hiện, danh mục dịch vụ cận lâm sàng cần chuyển nếu dịch vụ đó chưa được cấp có thẩm quyền phê duyệt.

1.5. Trường hợp nhận chuyển giao kỹ thuật theo chương trình chỉ đạo tuyến, đề án nâng cao năng lực chuyên môn hoặc hợp đồng chuyển giao kỹ thuật theo quy định của Bộ Y tế: danh sách nhân viên y tế của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh khác được phân công thực hiện; kế hoạch, quyết định cử người hành nghề đi luân phiên hỗ trợ tuyến dưới của cấp có thẩm quyền; danh mục dịch vụ kỹ thuật nhận chuyển giao nếu chưa được cấp có thẩm quyền phê duyệt thực hiện.

1.6. Trường hợp có thực hiện dịch vụ kỹ thuật bằng các trang thiết bị y tế thuê hoặc liên doanh, liên kết: đề án kèm theo quyết định phê duyệt của cấp có thẩm quyền, hợp đồng còn hiệu lực.

1.7. Trường hợp có thực hiện các dịch vụ kỹ thuật bằng các trang thiết bị y tế được tặng, cho: hợp đồng tặng, cho tài sản kèm theo các hồ sơ, tài liệu chứng minh quyền sở hữu, quyền sử dụng của tài sản chuyển giao và hình thức chuyển giao, văn bản xác lập quyền sở hữu toàn dân theo quy định tại Nghị định số 29/2018/NĐ-CP ngày 05/03/2018 của Chính phủ quy định trình tự, thủ tục xác lập quyền sở hữu toàn dân về tài sản và xử lý đối với tài sản được xác lập quyền sở hữu toàn dân.

2. Nội dung giám định

2.1. Dịch vụ khám bệnh, chữa bệnh được cấp có thẩm quyền phê duyệt, trong phạm vi thanh toán BHYT.

2.2. Điều kiện về chỉ định và thực hiện dịch vụ kỹ thuật phù hợp với loại hình hoạt động, phân tuyến chuyên môn kỹ thuật, trang thiết bị y tế, người hành nghề tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh.

2.3. Giá dịch vụ khám bệnh, chữa bệnh BHYT đúng quy định của Bộ Y tế.

3. Quy trình thực hiện

3.1. Thu thập tài liệu

Phòng Giám định BHYT hướng dẫn cơ sở khám bệnh, chữa bệnh gửi tài liệu nêu tại khoản 1 Điều này và cập nhật danh mục dịch vụ khám bệnh, chữa bệnh lên Cổng tiếp nhận, kiểm tra thông tin, ký số dữ liệu (nếu có), gửi sang phần mềm Giám định khi đề nghị ký hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh BHYT hoặc khi có thay đổi trong quá trình thực hiện hợp đồng.

Trường hợp đề nghị thanh toán dịch vụ kỹ thuật nêu tại điểm 1.5 khoản 1 Điều này cần cập nhật danh sách nhân viên y tế của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh khác được phân công thực hiện theo định dạng dữ liệu tại Bảng 2 Mẫu số 01/QTGD.

3.2. Giám định danh mục, giá dịch vụ khám bệnh, chữa bệnh

3.2.1. Phần mềm Giám định tự động kiểm tra, xác định các dịch vụ khám

bệnh, chữa bệnh cần giám định chủ động hoặc trả về Công tiếp nhận các dịch vụ khám bệnh, chữa bệnh không đáp ứng các nội dung dưới đây:

a) Dịch vụ kỹ thuật có trong danh mục dịch vụ kỹ thuật tương đương do Bộ Y tế ban hành; phù hợp với chuyên khoa và hình thức khám bệnh, chữa bệnh.

b) Dịch vụ kỹ thuật có quy định tỷ lệ thanh toán, điều kiện thanh toán cần giám định chủ động khi tiếp nhận hồ sơ đề nghị thanh toán.

c) Giá dịch vụ kỹ thuật, tiền khám bệnh, tiền giường bệnh theo các chuyên khoa không cao hơn giá dịch vụ khám bệnh, chữa bệnh Bộ Y tế quy định.

d) Dịch vụ cận lâm sàng chuyển đi có trong danh mục dịch vụ kỹ thuật được phê duyệt của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh BHYT nơi thực hiện.

đ) Dịch vụ kỹ thuật chuyển giao nêu tại điểm 1.5 khoản 1 Điều này phù hợp với phạm vi hoạt động chuyên môn của nhân viên y tế thực hiện chuyển giao.

3.2.2. Phòng Giám định BHYT

a) Đối chiếu dữ liệu danh mục với bản giấy trong trường hợp dữ liệu danh mục chưa được ký số, trả lại danh mục để cơ sở khám bệnh, chữa bệnh điều chỉnh nếu sai lệch.

b) Xác định các dịch vụ kỹ thuật sử dụng cho người bệnh BHYT có trong danh mục dịch vụ kỹ thuật được cấp có thẩm quyền phê duyệt; kiểm tra các khoa, chuyên khoa được mã hóa đúng quy định.

c) Đối chiếu, cập nhật thông tin quy trình kỹ thuật của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh vào danh mục dịch vụ kỹ thuật.

d) Xác định dịch vụ kỹ thuật thực hiện cho người bệnh BHYT phù hợp với trang thiết bị y tế trong danh mục do cơ sở khám bệnh, chữa bệnh cung cấp.

đ) Trường hợp tiếp nhận chuyển giao kỹ thuật theo chương trình chỉ đạo tuyến, đề án nâng cao năng lực chuyên môn hoặc hợp đồng chuyển giao kỹ thuật theo quy định của Bộ Y tế: cơ sở khám bệnh, chữa bệnh tiếp nhận có kế hoạch chuyển giao kỹ thuật; cơ sở khám bệnh, chữa bệnh chuyển giao có quyết định cử người hành nghề đi luân phiên hỗ trợ tuyến dưới.

e) Trường hợp dịch vụ kỹ thuật thực hiện bằng trang thiết bị y tế thuê hoặc liên doanh, liên kết: có đầy đủ đề án và quyết định phê duyệt của cấp có thẩm quyền, hợp đồng còn hiệu lực. Trường hợp phát hiện trang thiết bị y tế không rõ nguồn gốc, xuất xứ, không được kiểm định chất lượng, không niêm yết công khai giá dịch vụ kỹ thuật thực hiện từ trang thiết bị liên doanh, liên kết, thông báo cơ sở khám bệnh, chữa bệnh không đủ điều kiện thanh toán BHYT đối với các dịch vụ kỹ thuật thực hiện từ trang thiết bị này.

g) Trường hợp dịch vụ kỹ thuật thực hiện bằng trang thiết bị y tế được tặng, cho: có hợp đồng tặng, cho tài sản kèm theo các hồ sơ, tài liệu chứng minh quyền sở hữu, quyền sử dụng của tài sản chuyển giao và hình thức chuyển giao, văn bản xác lập quyền sở hữu toàn dân theo quy định tại Nghị định số 29/2018/NĐ-CP.

h) Trường hợp dịch vụ cận lâm sàng chuyên thực hiện tại cơ sở y tế khác: có văn bản thông báo kèm theo hợp đồng nguyên tắc với cơ sở y tế nơi thực hiện, danh mục dịch vụ cận lâm sàng cần chuyển nếu dịch vụ đó chưa được cấp có thẩm quyền phê duyệt; trường hợp cơ sở y tế nơi thực hiện không ký hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh BHYT cần bổ sung văn bản của cấp có thẩm quyền phê duyệt thực hiện dịch vụ cận lâm sàng.

i) Trường hợp người hành nghề được phân công thực hiện dịch vụ kỹ thuật ngoài phạm vi hoạt động chuyên môn: đối chiếu đảm bảo trùng khớp giữa dịch vụ kỹ thuật được phân công trên văn bản với dịch vụ kỹ thuật được mã hóa trên dữ liệu theo bảng 5 Mẫu số 01/QTGD.

k) Đối chiếu kết quả giám định tự động, duyệt áp dụng đối với dịch vụ khám bệnh, chữa bệnh đáp ứng hoặc trả về Cổng tiếp nhận các dịch vụ không đáp ứng điều kiện tại điểm 3.2 khoản này.

4. Thời gian thực hiện giám định và thời điểm áp dụng danh mục

4.1. Phòng Giám định BHYT hoàn thành việc giám định theo hướng dẫn tại điểm 3.2 khoản 3 Điều này trong thời hạn 05 ngày làm việc kể từ ngày ký hợp đồng với cơ sở khám bệnh, chữa bệnh lần đầu tham gia khám bệnh, chữa bệnh BHYT, 03 ngày làm việc trong các trường hợp khác.

4.2. Thời điểm áp dụng danh mục dịch vụ khám bệnh, chữa bệnh trên Hệ thống thông tin giám định BHYT kể từ ngày nhận đủ tài liệu và danh mục của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh BHYT.

CHƯƠNG IV

CÁC NGHIỆP VỤ GIÁM ĐỊNH CHI PHÍ KHÁM BỆNH, CHỮA BỆNH BHYT

Điều 9. Giám định chi phí khám bệnh, chữa bệnh BHYT trên dữ liệu

1. Hồ sơ, tài liệu

1.1. Dữ liệu chi tiết chi phí khám bệnh, chữa bệnh của người bệnh BHYT đề nghị thanh toán theo quy định của Bộ Y tế (dữ liệu XML).

1.2. Dữ liệu tổng hợp chi phí khám bệnh, chữa bệnh của người tham gia BHYT theo Mẫu số C79-HD ban hành kèm theo Thông tư số 102/2018/TT-BTC ngày 14/11/2018 của Bộ Tài chính hướng dẫn kế toán BHXH.

1.3. Dữ liệu tổng hợp vật tư y tế, thuốc, dịch vụ kỹ thuật sử dụng cho người bệnh BHYT theo Mẫu số 19/BHYT, Mẫu số 20/BHYT và Mẫu số 21/BHYT ban hành kèm theo Quyết định số 1399/QĐ-BHXH ngày 22/12/2014 của Tổng Giám đốc Bảo hiểm xã hội Việt Nam ban hành Quy định về tổ chức thực hiện BHYT trong khám bệnh, chữa bệnh.

Cơ sở khám bệnh, chữa bệnh chưa thực hiện ký số các dữ liệu tại điểm 1.2

và 1.3 khoản này theo quy định về giao dịch điện tử phải gửi kèm theo tài liệu bản gốc, trường hợp đã ký số dữ liệu XML không phải gửi dữ liệu tổng hợp hướng dẫn tại điểm 1.3 khoản này. Cơ sở khám bệnh, chữa bệnh chịu trách nhiệm pháp lý về tính chính xác giữa dữ liệu điện tử và bản gốc.

2. Nội dung giám định

2.1. Kiểm tra cấu trúc, định dạng dữ liệu, tính logic của các trường thông tin trong dữ liệu XML.

2.2. Kiểm tra tính thống nhất giữa dữ liệu C79-HD, 19/BHYT, 20/BHYT, 21/BHYT và dữ liệu chi tiết.

2.3. Kiểm tra thông tin thẻ BHYT với dữ liệu phát hành thẻ BHYT.

2.4. Kiểm tra mức hưởng, quyền lợi hưởng BHYT trên dữ liệu XML.

2.5. Kiểm tra chi phí thuốc, vật tư y tế, dịch vụ khám bệnh, chữa bệnh thuộc phạm vi thanh toán BHYT, phù hợp với điều kiện thanh toán tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh.

2.6. Xác định số lượt khám bệnh, chữa bệnh BHYT.

2.7. Xác định các chỉ số, thông tin bất thường cần giám định chủ động.

3. Quy trình thực hiện

3.1. Thu thập dữ liệu

Dữ liệu điện tử gửi lên Cổng tiếp nhận được tự động kiểm tra về cấu trúc, định dạng dữ liệu, số liệu giữa các bảng, các trường thông tin. Cơ sở khám bệnh, chữa bệnh kiểm tra, ký số dữ liệu (nếu có), gửi dữ liệu đề nghị thanh toán sang phần mềm Giám định.

3.2. Sau khi tiếp nhận dữ liệu XML, phần mềm Giám định tự động kiểm tra các nội dung sau:

3.2.1. Thông tin thẻ BHYT bao gồm: mã thẻ, họ và tên, giới tính, ngày sinh, nơi đăng ký khám bệnh, chữa bệnh ban đầu, mã khu vực, giá trị sử dụng của thẻ trùng khớp với thông tin trong dữ liệu phát hành thẻ BHYT.

a) Cơ sở khám bệnh, chữa bệnh có kiểm tra thông tin thẻ BHYT theo quy định nhưng thông tin thẻ BHYT trên dữ liệu XML không trùng khớp, dữ liệu được sang phần mềm TST để phòng Quản lý thu kiểm tra, điều chỉnh thông tin phát hành thẻ BHYT (nếu có sai sót); dữ liệu XML sai thông tin thẻ BHYT không do lỗi phát hành thẻ được tự động trả về Cổng tiếp nhận.

b) Cơ sở khám bệnh, chữa bệnh không kiểm tra thông tin thẻ BHYT theo quy định, dữ liệu XML sai với thông tin phát hành thẻ BHYT được tự động trả về Cổng tiếp nhận.

c) Phần mềm Giám định không kiểm tra thông tin thẻ BHYT của người bệnh gồm các mã đối tượng QN, HC, XK, LS, CA do BHXH Bộ Quốc phòng hoặc BHXH Công an Nhân dân phát hành.

3.2.2. Kiểm tra mức hưởng, quyền lợi hưởng BHYT phù hợp với đối tượng, khu vực nơi sinh sống, hình thức khám bệnh, chữa bệnh, lý do vào viện, phân tuyến khám bệnh, chữa bệnh, điều kiện miễn cùng chi trả chi phí khám bệnh, chữa bệnh BHYT, thời gian điều trị và giá trị sử dụng của thẻ BHYT; các trường hợp sai về mức hưởng, quyền lợi hưởng được điều chỉnh theo đúng quy định.

3.2.3. Kiểm tra thông tin chi phí đề nghị thanh toán

a) Các thông tin của từng loại thuốc, vật tư y tế, dịch vụ kỹ thuật và các khoản chi khác đúng với các danh mục đã được kiểm tra theo hướng dẫn tại các Điều 6, 7 và 8 Quy trình này; các chi phí có thông tin không đúng với danh mục được tự động từ chối thanh toán.

b) Các chi phí được chỉ định hoặc thực hiện từ người hành nghề, thực hiện từ trang thiết bị y tế trong danh mục cơ sở khám bệnh, chữa bệnh đã cập nhật cho cơ quan BHXH; tự động từ chối thanh toán trong các trường hợp:

- Người chỉ định hoặc thực hiện không có trong danh sách hành nghề hoặc ngoài thời gian hành nghề tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh; không phù hợp với dịch vụ kỹ thuật được cấp có thẩm quyền phân công.

- Trang thiết bị y tế không có trong danh mục hoặc ngoài thời hạn hiệu lực của hợp đồng liên doanh, liên kết hoặc thuê.

c) Giá dịch vụ kỹ thuật, đơn giá thuốc, vật tư y tế và các khoản chi khác không cao hơn giá, đơn giá cơ sở khám bệnh, chữa bệnh đã thống nhất với cơ quan BHXH. Các loại chi phí có giá, đơn giá cao hơn được điều chỉnh về giá đúng.

d) Tiền khám bệnh được điều chỉnh khi đề nghị thanh toán không đúng quy định trong các trường hợp:

- Từ chối thanh toán tiền khám bệnh trong một lần đến khám bệnh, chữa bệnh khi khám từ lần thứ hai trở lên tại một chuyên khoa hoặc thanh toán tiền khám bệnh trong thời gian điều trị nội trú.

- Điều chỉnh tỷ lệ thanh toán nếu trong một lần đến khám bệnh, chữa bệnh xác định sai tiền khám các chuyên khoa hoặc khi số tiền khám bệnh lớn hơn 02 lần mức giá; điều chỉnh tiền khám bệnh khi đề nghị thanh toán không đúng mức giá được áp dụng theo hạng bệnh viện.

- Điều chỉnh tỷ lệ thanh toán khi xác định sai tỷ lệ trong trường hợp số lượt khám bệnh tại một bàn khám lớn hơn 65 lượt/ngày trong quý đầu tiên và từ chối thanh toán từ quý tiếp theo.

đ) Tiền giường bệnh được điều chỉnh khi đề nghị thanh toán không đúng quy định hoặc xác định trạng thái giám định chủ động trong các trường hợp sau:

- Từ chối thanh toán tiền giường bệnh vượt số ngày quy định tại khoản a Điều 6 Thông tư số 39/2018/TT-BYT ngày 30/11/2018 của Bộ Y tế quy định thống nhất giá dịch vụ khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế giữa các bệnh viện

cùng hạng trên toàn quốc và hướng dẫn áp dụng giá, thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh trong một số trường hợp.

- Điều chỉnh tiền giường khi vượt quá 10 ngày giường bệnh sau phẫu thuật hoặc khi giá tiền giường bệnh không đúng với giá được áp dụng theo hạng bệnh viện, chuyên khoa điều trị; mức giá giường ngoại khoa không phù hợp với phân loại phẫu thuật hoặc mức giá tại khoa tổ chức theo hình thức liên chuyên khoa.

- Điều chỉnh tỷ lệ thanh toán khi xác định sai tỷ lệ hoặc mức thanh toán trong trường hợp nhiều người bệnh cùng sử dụng một giường bệnh trong cùng thời gian, nằm cáng, băng ca, chuyển nhiều khoa trong ngày.

- Điều chỉnh tỷ lệ thanh toán khi xác định sai tỷ lệ trong trường hợp số lượng giường bệnh đề nghị thanh toán trong kỳ quyết toán cao hơn 120% số giường kế hoạch.

- Xác định trạng thái “giám định chủ động” khi số lượng giường bệnh đề nghị thanh toán trong ngày tại mỗi khoa phòng nhiều hơn số giường bệnh thực kê được thanh toán theo quy định.

e) Chi phí thuốc được điều chỉnh khi đề nghị thanh toán không đúng quy định hoặc xác định trạng thái “giám định chủ động” trong các trường hợp sau:

- Từ chối thanh toán khi sử dụng thuốc của hạng bệnh viện cao hơn nhưng không để thực hiện dịch vụ kỹ thuật đã được cấp có thẩm quyền phê duyệt hoặc khi bệnh viện chuyên khoa sử dụng thuốc cao hơn hạng của bệnh viện đa khoa tỉnh; số lượng thuốc sử dụng vượt quá số lượng được mua sắm, điều tiết theo quy định.

- Điều chỉnh tỷ lệ thanh toán khi tỷ lệ cao hơn quy định về quyền lợi được hưởng theo nhóm đối tượng tham gia BHYT hoặc cao hơn tỷ lệ thanh toán của các thuốc trong danh mục sử dụng tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh.

- Từ chối hoặc điều chỉnh tỷ lệ thanh toán khi sử dụng thuốc sai điều kiện cụ thể về dạng bào chế, tuổi, chẩn đoán đã xác định trong danh mục sử dụng tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh hoặc xác định trạng thái “giám định chủ động” đối với thuốc có quy định các điều kiện thanh toán khác.

g) Chi phí vật tư y tế được điều chỉnh khi đề nghị thanh toán không đúng quy định hoặc xác định trạng thái giám định chủ động trong các trường hợp sau:

- Điều chỉnh tỷ lệ thanh toán khi tỷ lệ cao hơn quy định về quyền lợi được hưởng theo nhóm đối tượng tham gia BHYT.

- Điều chỉnh đơn giá khi vượt mức thanh toán tối đa; điều chỉnh số tiền thanh toán khi vượt mức thanh toán tổng chi phí vật tư y tế cho một lần sử dụng dịch vụ kỹ thuật.

- Từ chối thanh toán khi số lượng vật tư y tế sử dụng vượt quá số lượng được mua sắm, điều tiết theo quy định.

- Xác định trạng thái “giám định chủ động” đối với vật tư y tế có quy định điều kiện, tỷ lệ thanh toán đã xác định trong danh mục sử dụng tại cơ sở khám

bệnh, chữa bệnh.

h) Chi phí dịch vụ kỹ thuật được điều chỉnh khi đề nghị thanh toán không đúng quy định hoặc xác định trạng thái “giám định chủ động” trong các trường hợp sau:

- Từ chối hoặc điều chỉnh tỷ lệ thanh toán khi sử dụng dịch vụ kỹ thuật sai điều kiện cụ thể đã xác định trong danh mục sử dụng tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh hoặc trạng thái “giám định chủ động” đối với dịch vụ kỹ thuật có quy định các điều kiện thanh toán khác.

- Điều chỉnh tỷ lệ thanh toán khi xác định sai tỷ lệ trong trường hợp số lần đề nghị thanh toán dịch vụ kỹ thuật chụp X-quang thường hoặc số hóa, CT Scanner đến 32 dãy, cộng hưởng từ cao hơn 120% số ca tối đa được thực hiện trong quý.

3.2.4. Kiểm tra hình thức khám bệnh, chữa bệnh phù hợp với thời gian điều trị, chỉ định điều trị; trả lại Công tiếp nhận các trường hợp thông kê sai hình thức khám bệnh, chữa bệnh: hồ sơ điều trị nội trú có thời gian nằm viện từ 04 giờ trở xuống hoặc điều trị nội trú ban ngày hoặc nằm lưu tại trạm y tế xã, phòng khám đa khoa khu vực; hồ sơ khám bệnh đối với người bệnh điều trị ngoại trú hoặc ngược lại.

3.2.5. Kiểm tra thông tin mã bệnh chính, mã bệnh kèm theo có trong danh mục mã hóa bệnh tật, phù hợp với tuổi, giới theo quy định của Bộ Y tế; tự động từ chối thanh toán nếu không có trong danh mục hoặc không phù hợp với tuổi, giới.

3.2.6. Kiểm tra thời gian chỉ định, thời gian sử dụng thuốc, vật tư y tế, thực hiện dịch vụ kỹ thuật và các chi phí khác phù hợp với thời gian khám bệnh, chữa bệnh; tự động xác định trạng thái “từ chối thanh toán” nếu chỉ định hoặc thực hiện trước ngày khám bệnh hoặc sau ngày ra viện.

3.2.7. Kiểm tra dữ liệu XML của một người bệnh trong các lần khám bệnh, chữa bệnh, tự động điều chỉnh hoặc xác định trạng thái “giám định chủ động” trong các trường hợp sau:

a) Lập nhiều hồ sơ thanh toán các lần khám và điều trị ngoại trú trong tháng khi người bệnh điều trị bệnh mạn tính dài ngày liên tục trong năm: điều chỉnh hình thức “điều trị ngoại trú” và tổng hợp chi phí vào lần khám bệnh thứ nhất, xác định trạng thái “không tính lượt” đối với các hồ sơ còn lại.

b) Lập hồ sơ thanh toán ngoại trú sau khi khám bệnh có chỉ định vào điều trị nội trú hoặc người bệnh tiếp tục được chỉ định sử dụng thuốc dưới 07 ngày ngay sau khi kết thúc điều trị nội trú: tổng hợp chi phí vào hồ sơ nội trú, xác định trạng thái “không tính lượt” đối với hồ sơ ngoại trú.

c) Lập nhiều hồ sơ thanh toán đối với người bệnh luân chuyển giữa các khoa trong 01 đợt điều trị nội trú: tổng hợp chi phí vào hồ sơ thứ nhất, xác định trạng thái “không tính lượt” đối với các hồ sơ còn lại.

d) Lập nhiều hồ sơ thanh toán khi người bệnh đến thực hiện một hoặc một số dịch vụ kỹ thuật phối hợp điều trị trong nhiều ngày liên tục: điều chỉnh hình thức “điều trị ngoại trú” và tổng hợp chi phí vào hồ sơ thứ nhất, xác định trạng thái

“không tính lượt” đối với các hồ sơ còn lại; xác định trạng thái “giám định chủ động” trong các trường hợp khác.

đ) Lập nhiều hồ sơ thanh toán trong trường hợp khám bệnh cùng ngày hoặc ngày kế tiếp hoặc điều trị nội trú ra, vào viện trong thời gian ngắn: xác định trạng thái “giám định chủ động”.

3.2.8. Kiểm tra các hồ sơ thanh toán của một người bệnh trùng thời gian khám bệnh, chữa bệnh, tự động xử lý các trường hợp sau:

a) Nhiều hồ sơ đề nghị thanh toán tại một cơ sở khám bệnh, chữa bệnh trùng toàn bộ thời gian và chi phí: chấp nhận 01 hồ sơ; xác định trạng thái “trùng toàn bộ” và từ chối thanh toán các hồ sơ còn lại.

b) Nhiều hồ sơ đề nghị thanh toán tại một cơ sở khám bệnh, chữa bệnh trùng một phần thời gian: xác định trạng thái “trùng một phần”, tự động trả toàn bộ hồ sơ về Công tiếp nhận để cơ sở khám bệnh, chữa bệnh kiểm tra, rà soát.

c) Hồ sơ đề nghị thanh toán của các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh trùng một phần hoặc toàn bộ thời gian điều trị hoặc thời gian ra, vào viện và thời gian di chuyển giữa hai cơ sở khám bệnh, chữa bệnh không hợp lý: xác định trạng thái “giám định chủ động”. Riêng các trường hợp điều trị ngoại trú bệnh mạn tính điều trị dài ngày trong năm được quy định thống kê thanh toán một lần trong tháng, xác định trạng thái “giám định chủ động” nếu các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh chỉ định trùng lặp thuốc, dịch vụ kỹ thuật hoặc ngày y lệnh.

3.2.9. Lập các bảng thống kê số lượng thuốc, vật tư y tế, dịch vụ khám bệnh, chữa bệnh theo người khám và chỉ định, người thực hiện dịch vụ kỹ thuật, trang thiết bị y tế, số người bệnh điều trị nội trú trong ngày để kiểm tra khi giám định chủ động.

3.3. Sau khi nhận được dữ liệu các báo cáo tổng hợp, phần mềm Giám định tự động đối chiếu dữ liệu báo cáo C79-HD với dữ liệu XML và với dữ liệu các báo cáo 19/BHYT, 20/BHYT, 21/BHYT; trả về Công tiếp nhận các hồ sơ thiếu, sai lệch chi phí giữa dữ liệu chi tiết và dữ liệu tổng hợp hoặc sai lệch dữ liệu giữa các báo cáo tổng hợp. Xác định trạng thái “giám định chủ động” đối với các hồ sơ thay thế hoặc điều chỉnh thông tin.

3.4. Phòng Giám định BHYT

3.4.1. Kiểm tra giải thích của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh về thông tin thẻ BHYT và trả lại dữ liệu XML để cơ sở khám bệnh, chữa bệnh hiệu chỉnh nếu do sai sót trong quá trình cập nhật thông tin.

3.4.2. Đối chiếu báo cáo bản giấy và dữ liệu trong trường hợp cơ sở khám bệnh, chữa bệnh chưa thực hiện ký số dữ liệu theo hướng dẫn tại điểm 1.2 và điểm 1.3 khoản 1 Điều này, đảm bảo thống nhất số liệu về số lượt, số chi khám bệnh, chữa bệnh BHYT tổng hợp trên các báo cáo; trả lại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh nếu số liệu không thống nhất.

3.4.3. Xác định nguyên nhân gửi dữ liệu XML chậm hoặc không đầy đủ hoặc phải thay thế khi nhận được văn bản giải thích của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh; đề

ngợi mở Công tiếp nhận để cơ sở khám bệnh, chữa bệnh bổ sung, thay thế dữ liệu nếu do nguyên nhân khách quan, bất khả kháng.

3.4.4. Khai thác thông tin từ phần mềm Giám sát, phân tích dữ liệu, lập báo cáo về các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh có gia tăng bất thường, có số chi chiếm tỷ trọng lớn, định hướng các nội dung để thực hiện giám định, tập trung vào các nội dung sau:

a) Các chỉ tiêu chung như số lượt, số chi và tốc độ gia tăng theo các nhóm đối tượng, hình thức khám bệnh, chữa bệnh, nhóm chi phí.

- Diễn biến về số lượt khám bệnh hằng ngày, tuần, tháng; về tần suất khám bệnh, chữa bệnh của số thẻ đăng ký ban đầu, số lượt khám bệnh, chữa bệnh trái tuyến.

- Diễn biến về chi phí, cơ cấu chi phí khám bệnh, chữa bệnh so với tháng trước, quý trước, năm trước.

- Phát hiện sự chênh lệch lớn về số lượt khám bệnh, chữa bệnh; về chi phí giữa các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh cùng hạng, tuyến, chức năng nhiệm vụ trên địa bàn tỉnh hoặc giữa các tỉnh.

b) Phân tích, đánh giá tần suất khám bệnh, tỷ lệ điều trị nội trú:

- Đánh giá tính hợp lý của chỉ định vào điều trị nội trú, tập trung phân tích các trường hợp có thể điều trị ngoại trú nhưng được chỉ định vào điều trị nội trú hoặc chuyển sang điều trị nội trú tại bệnh viện khác.

- Phân tích các bệnh, loại bệnh có số lượt, tỷ lệ vào điều trị nội trú (số lượt điều trị nội trú trên tổng số lượt khám bệnh, chữa bệnh của cùng một bệnh, loại bệnh), ngày điều trị bình quân tại bệnh viện tăng so với kỳ trước hoặc tăng so với các bệnh viện cùng hạng, cùng tuyến trên địa bàn, trong khu vực.

- Xác định các bệnh, loại bệnh đã được thực hiện can thiệp, phẫu thuật ở ngoại trú nhưng được chỉ định vào điều trị nội trú.

- Phân tích các trường hợp nội trú điều trị nội khoa không dùng thuốc hoặc sử dụng thuốc thông thường, không có can thiệp, phẫu thuật nhưng có tỷ lệ vào điều trị nội trú cao.

- Xác định các bệnh, loại bệnh có chi phí khám bệnh, chữa bệnh cao đã điều trị ngoại trú tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh nhưng được chỉ định vào điều trị nội trú hoặc chuyển điều trị nội trú tại bệnh viện khác.

c) Phân tích, đánh giá chỉ định chuyển tuyến: theo dõi, giám sát số lượt, tỷ lệ chuyển người bệnh đăng ký khám bệnh, chữa bệnh BHYT ban đầu tại nơi khác (đa tuyến đến) được chuyển đi cơ sở khám bệnh, chữa bệnh khác, đánh giá tính hợp lý của chỉ định chuyển tuyến, tập trung giám định khi có thay đổi bất thường, lưu ý các trường hợp chuyển tuyến với các bệnh, loại bệnh có chi phí điều trị ngoại trú hoặc nội trú cao đã được điều trị trong các kỳ trước hoặc khi chuyển đi các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh tuyến huyện, tuyến xã.

d) Phân tích, đánh giá tỷ lệ đa tuyến đi

- Theo dõi, giám sát số lượt, tỷ lệ chuyển người bệnh đăng ký khám bệnh, chữa bệnh ban đầu đi khám bệnh, chữa bệnh tại nơi khác, tập trung giám định, đánh giá tính hợp lý của chỉ định chuyển tuyến khi có thay đổi bất thường, thông báo đề cơ sở khám bệnh, chữa bệnh điều chỉnh các chỉ định chuyển viện chưa hợp lý; Lưu ý các trường hợp điều trị các bệnh, loại bệnh có chi phí điều trị ngoại trú hoặc nội trú cao, các trường hợp chuyển đi các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh tuyến huyện khác trong tỉnh.

- Phân tích số lượt, tỷ lệ đa tuyến đi đôi với các trường hợp người bệnh đăng ký ban đầu tự đến khám bệnh, chữa bệnh tập trung tại một số cơ sở khám bệnh, chữa bệnh khác.

đ) Phân tích các trường hợp chỉ định thuốc, vật tư y tế, dịch vụ kỹ thuật có đơn giá cao hoặc giá trị thanh toán cao, tỷ trọng lớn; chỉ định ở nhiều bệnh lý khác nhau; cùng cơ chế, tác dụng điều trị nhưng chênh lệch lớn về đơn giá.

e) Phân tích các chỉ định đối với các trường hợp khám bệnh, chữa bệnh nhiều lần để phát hiện các chỉ định trùng lặp thuốc, nhóm thuốc, vật tư y tế, dịch vụ kỹ thuật.

3.4.5. Xây dựng các chuyên đề giám định

Căn cứ quy định về khám bệnh, chữa bệnh BHYT, hướng dẫn chẩn đoán và điều trị, quy trình chuyên môn kỹ thuật, hướng dẫn sử dụng thuốc, vật tư y tế để xây dựng chuyên đề cần giám định chưa được cập nhật trên phần mềm Giám định, lưu ý phát hiện các vấn đề sau:

a) Thuốc, vật tư y tế đã kết cấu trong giá dịch vụ kỹ thuật hoặc không quy định thanh toán ngoài giá dịch vụ kỹ thuật.

b) Thuốc chống chỉ định hoặc chỉ định không đúng hướng dẫn sử dụng thuốc kèm theo hồ sơ đăng ký thuốc đã được cấp phép hoặc hướng dẫn chẩn đoán và điều trị; chỉ định quá liều lượng, thời gian sử dụng.

c) Chỉ định vật tư y tế không phù hợp với dịch vụ kỹ thuật được thực hiện hoặc thuốc được sử dụng.

d) Chỉ định thuốc, vật tư y tế, dịch vụ kỹ thuật không phù hợp tuổi, giới tính của người bệnh.

đ) Dịch vụ kỹ thuật thuộc quy trình chuyên môn của một dịch vụ kỹ thuật khác mà chi phí của dịch vụ kỹ thuật đó đã được tính trong cơ cấu giá của dịch vụ kỹ thuật khác đó.

e) Các xét nghiệm có kết quả được tính toán, xác định từ kết quả của xét nghiệm khác.

g) Các can thiệp không thể thực hiện được sau phẫu thuật, thủ thuật khác hoặc các can thiệp thực hiện trong cùng một lần phẫu thuật đề nghị thanh toán sai tỷ lệ quy định.

4. Thời gian thực hiện

4.1. Kiểm tra thông tin thẻ BHYT

- Trong thời hạn 05 ngày làm việc kể từ ngày tiếp nhận yêu cầu kiểm tra thông tin thẻ BHYT trên phần mềm TST, Phòng Quản lý thu phải hoàn thành việc kiểm tra, điều chỉnh thông tin phát hành thẻ BHYT nếu có sai sót, trả kết quả sang phần mềm Giám định.

- Trong thời hạn 03 ngày làm việc kể từ ngày nhận được dữ liệu từ chối thanh toán do sai thông tin thẻ BHYT, cơ sở khám bệnh, chữa bệnh phải cung cấp thông tin, tài liệu xác thực tính chính xác của dữ liệu. Sau khi nhận được phản hồi từ cơ sở khám bệnh, chữa bệnh, Phòng Giám định BHYT trả lại dữ liệu để cơ sở khám bệnh, chữa bệnh hiệu chỉnh, gửi lại dữ liệu đề nghị thanh toán.

4.2. Kết quả giám định tự động dữ liệu XML có chi phí từ chối thanh toán được thông báo cho cơ sở khám bệnh, chữa bệnh qua Cổng tiếp nhận trong thời hạn 07 ngày làm việc; kết quả đối chiếu dữ liệu XML và dữ liệu báo cáo tổng hợp được thông báo cho cơ sở khám bệnh, chữa bệnh qua Cổng tiếp nhận trong thời hạn 02 ngày làm việc nếu thông tin không trùng khớp.

4.3. Kết quả kiểm tra dữ liệu XML trùng thời gian điều trị giữa các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh được thông báo cho cơ sở khám bệnh, chữa bệnh qua Cổng tiếp nhận ngay khi phát hiện có trùng lặp.

4.4. Kết quả giám định chủ động được thông báo cùng với kết quả giám định trên hồ sơ, bệnh án khi hoàn thành đợt giám định gần nhất tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh.

Điều 10. Giám định chi phí khám bệnh, chữa bệnh BHYT trên hồ sơ, bệnh án

1. Hồ sơ, tài liệu

1.1. Bảng kê chi phí khám bệnh, chữa bệnh theo Mẫu số 01/KBCB ban hành kèm theo Quyết định 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.

1.2. Sổ khám bệnh; đơn thuốc; bệnh án điều trị ngoại trú.

1.3. Sổ ghi chép phẫu thuật, thủ thuật, xét nghiệm cận lâm sàng, chẩn đoán hình ảnh, thăm dò chức năng; sổ hội chẩn; sổ lĩnh thuốc, sổ cấp phát thuốc hàng ngày.

1.4. Bệnh án điều trị nội trú, phiếu công khai dịch vụ khám bệnh, chữa bệnh nội trú hàng ngày, sổ ghi chép bệnh nhân vào viện, ra viện, sổ phát thuốc hàng ngày.

1.5. Báo cáo xuất, nhập, tồn thuốc, hoá chất, vật tư y tế hàng tháng; hóa đơn mua thuốc, hóa chất, vật tư y tế.

1.6. Các tài liệu khác liên quan đến khám bệnh, chữa bệnh cho người bệnh bảo hiểm y tế.

2. Nội dung giám định

2.1. Kiểm tra thông tin, mức hưởng BHYT của người bệnh.

2.2. Xác định chi phí đề nghị thanh toán BHYT.

2.3. Đánh giá tính hợp lý trong việc cung cấp dịch vụ để chẩn đoán và điều trị, đảm bảo quyền lợi của người bệnh BHYT.

3. Quy trình thực hiện

3.1. Lập kế hoạch giám định

3.1.1. Xây dựng kế hoạch, đề cương giám định hàng tháng/quý

- Xây dựng đề cương giám định dựa trên kết quả phân tích tình hình chi khám bệnh, chữa bệnh BHYT theo hướng dẫn tại tiết 3.4.4 và các chuyên đề giám định theo hướng dẫn tại tiết 3.4.5 điểm 3.4 khoản 3 Điều 9 Quy trình này, các quy tắc cảnh báo của phần mềm và các chuyên đề theo hướng dẫn của Trung tâm Giám định BHYT và Thanh toán đa tuyến.

- Xây dựng kế hoạch và xác định thành viên các nhóm giám định để thông báo cho cơ sở khám bệnh, chữa bệnh.

3.1.2. Phân công nhiệm vụ giám định tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh

a) Trưởng nhóm phân công nhiệm vụ cho các thành viên.

b) Tổ chức làm việc nhóm, thảo luận đề cương giám định, các báo cáo, thông tin về nhân lực, trang thiết bị, cơ sở vật chất:

- Nhận định về diễn biến, xu hướng chỉ định dịch vụ của từng khoa phòng, nhân viên y tế.

- Đánh giá sơ bộ tính hợp lý giữa chẩn đoán, chỉ định cận lâm sàng và chỉ định điều trị thông qua dữ liệu chi tiết và các thông tin tiếp nhận từ bộ phận giám sát, bộ phận giám định chuyên đề; định hướng cách thức giám định đối với các vấn đề bất thường.

3.2. Xác định hồ sơ giám định

3.2.1. Giám định toàn bộ hồ sơ xác định tại tiết 3.2.7 và tiết 3.2.8 điểm 3.2, điểm 3.3 khoản 3 Điều 9 Quy trình này.

3.2.2. Giám định theo tỷ lệ: trưởng nhóm giám định sử dụng phần mềm Giám định để chọn hồ sơ thực hiện giám định theo tỷ lệ sau khi tiếp nhận bản tổng hợp đề nghị thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh BHYT tháng trước hoặc báo cáo quyết toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh BHYT quý trước của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh (Mẫu số C79-HD).

a) Nguyên tắc chọn mẫu:

- Hồ sơ được chọn ngẫu nhiên, riêng cho khám bệnh, chữa bệnh ngoại trú và điều trị nội trú, số lượng tối thiểu bằng 30% tổng số hồ sơ và chi phí từ 25% - 35% tổng chi phí đề nghị thanh toán trong kỳ.

- Đảm bảo khách quan, minh bạch, thuận lợi cho cơ sở khám bệnh, chữa

bệnh: phương án chọn mẫu phù hợp với cách quản lý, lưu trữ hồ sơ (theo ngày, khoa phòng, theo chẩn đoán chính hoặc theo nhóm chẩn đoán liên quan); đại diện cơ sở khám bệnh, chữa bệnh tham gia quá trình chọn mẫu và cùng ký xác nhận danh sách mẫu được chọn.

- Hồ sơ chọn vào mẫu không bao gồm các hồ sơ cần giám định chủ động toàn bộ đã xác định tại tiết 3.2.7 và tiết 3.2.8 điểm 3.2, điểm 3.3 khoản 3 Điều 9 Quy trình này.

b) Các phương pháp chọn mẫu:

- Chọn ngẫu nhiên các ngày trong tháng/quý để lấy toàn bộ hồ sơ ra viện hoặc thanh toán trong các ngày đã chọn.

- Chọn ngẫu nhiên hồ sơ từ danh sách theo Mẫu số C79-HD.

- Chọn theo khoa hoặc kết hợp chọn theo ngày và khoa.

3.2.3. Tiếp nhận và bảo quản tài liệu, hồ sơ bệnh án

- Trưởng nhóm giám định gửi danh sách hồ sơ bệnh án đề nghị cơ sở khám bệnh, chữa bệnh cung cấp cùng với các tài liệu khác theo hướng dẫn tại khoản 1 Điều này 01 ngày trước khi tổ chức giám định; trường hợp số lượng hồ sơ bệnh án cần giám định lớn thì cung cấp danh sách tương ứng với số lượng hồ sơ rút được trong ngày, nếu thay đổi số hồ sơ giám định phải được thống nhất của hai bên.

- Người tiếp nhận các tài liệu giám định ghi sổ bàn giao tài liệu, có xác nhận của người giao; tài liệu phải được bảo quản an toàn, niêm phong khi kết thúc ngày làm việc.

3.3. Giám định chi phí đề nghị thanh toán BHYT

3.3.1. Kiểm tra bảng kê chi phí khám bệnh, chữa bệnh

Đối chiếu ngẫu nhiên bảng kê chi phí khám bệnh, chữa bệnh với dữ liệu XML, sổ khám bệnh, đơn thuốc, hồ sơ bệnh án, sổ vào viện và các tài liệu khác để kiểm tra:

a) Bảng kê chi phí khám bệnh, chữa bệnh hợp lệ khi được lập theo Mẫu số 01/KBCB và có đầy đủ chữ ký theo quy định; chữ ký của người bệnh, thông tin người bệnh, thời gian khám bệnh, chữa bệnh, chẩn đoán, tình trạng vào viện, ra viện trùng khớp trên các tài liệu, chứng từ thanh toán; đầy đủ hồ sơ bệnh án đối với các trường hợp điều trị ngoại trú, nội trú. Đề nghị cơ sở khám bệnh, chữa bệnh:

- Xác nhận nếu thông tin trên bảng kê chưa chính xác, điều chỉnh dữ liệu XML nếu sai lệch so với hồ sơ bệnh án;

- Từ chối thanh toán nếu bảng kê lập không đúng quy định, không có bệnh án trong trường hợp điều trị ngoại trú, nội trú.

b) Trường hợp khám bệnh, chữa bệnh ngoài nơi đăng ký ban đầu tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh từ tuyến tỉnh trở lên được hưởng đúng tuyến, hồ sơ bệnh án phải có các tài liệu sau: giấy chuyển tuyến hoặc giấy hẹn khám lại; bản sao

giấy tờ chứng minh đang ở tại địa phương khác trong thời gian đi công tác, làm việc lưu động, học tập trung theo các hình thức đào tạo, tạm trú nếu nơi đăng ký khám bệnh, chữa bệnh ban đầu của người bệnh cùng tuyến hoặc tương đương với nơi khám bệnh, chữa bệnh. Điều chỉnh mức hưởng BHYT nếu không đủ điều kiện để hưởng đúng tuyến.

c) Trường hợp cấp cứu hồ sơ bệnh án phải có xác nhận về tình trạng cấp cứu, các dấu hiệu lâm sàng, kết quả xét nghiệm cận lâm sàng, thuốc, dịch vụ kỹ thuật đã chỉ định phù hợp với tình trạng cấp cứu khi người bệnh đến khám bệnh, chữa bệnh. Điều chỉnh mức hưởng BHYT nếu xác định không phải tình trạng cấp cứu.

d) Số lượng thuốc, vật tư y tế, dịch vụ kỹ thuật thống kê trên dữ liệu XML đúng với bảng kê chi phí khám bệnh, chữa bệnh, đơn thuốc, hồ sơ bệnh án, phiếu công khai dịch vụ khám bệnh, chữa bệnh nội trú hàng ngày; từ chối thanh toán nếu số lượng đề nghị thanh toán cao hơn số lượng chỉ định hoặc số lượng sử dụng cho người bệnh.

3.3.2. Kiểm tra số lượng dịch vụ kỹ thuật, số lần khám bệnh, số ngày giường bệnh thống kê trên phần mềm Giám định với các sổ chuyên môn của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh.

a) Đối chiếu số lần khám bệnh thống kê trên phần mềm Giám định đúng với số lần khám trên sổ khám bệnh; số lượng dịch vụ kỹ thuật đúng với số lượng trên sổ thực hiện dịch vụ kỹ thuật, thời gian hoạt động của máy trên sổ quản lý, sửa chữa trang thiết bị y tế; thời gian khám bệnh, chỉ định, thực hiện dịch vụ kỹ thuật của người hành nghề phù hợp với thời gian làm việc trên bảng chấm công, bảng phân công khám bệnh. Từ chối thanh toán nếu số lượng thống kê cao hơn số lượng ghi chép trong sổ chuyên môn hoặc ngoài thời gian làm việc của người hành nghề hoặc không đúng với nhiệm vụ được phân công; dịch vụ cận lâm sàng đã được cấp có thẩm quyền phê duyệt, thực hiện được nhưng chuyển đi cơ sở khám bệnh, chữa bệnh khác.

b) Đối chiếu số lượng người bệnh điều trị nội trú tại từng khoa với sổ ra viện, vào viện và số giường thực kê, số giường hồi sức tích cực, hồi sức cấp cứu đủ tiêu chuẩn theo quy định của Bộ Y tế; điều chỉnh hoặc từ chối số ngày, loại giường bệnh đề nghị thanh toán sai quy định.

3.3.3. Kiểm tra số lượng, đơn giá thanh toán thuốc, vật tư y tế thống kê trên phần mềm Giám định với các báo cáo của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh.

a) Đối chiếu thuốc, vật tư y tế thống kê sử dụng trong tháng với bảng tổng hợp, hóa đơn, báo cáo nhập, xuất, tồn của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh; từ chối thanh toán phần chênh lệch nếu đơn giá thanh toán cao hơn giá mua vào hoặc số lượng đề nghị thanh toán cao hơn số lượng trên các báo cáo.

b) Kiểm tra số lượng vật tư y tế tái sử dụng thực tế tương ứng với số lượng dịch vụ kỹ thuật đã thực hiện và báo cáo nhập, xuất, tồn vật tư y tế trong năm để điều chỉnh số tiền thanh toán vật tư y tế năm đó và xác định số lần sử dụng trung bình cho năm tiếp theo.

3.3.4. Giám định tính hợp lý của chẩn đoán và điều trị, đảm bảo quyền lợi khám bệnh, chữa bệnh BHYT của người bệnh

Căn cứ hướng dẫn chẩn đoán và điều trị, quy trình chuyên môn kỹ thuật, hướng dẫn sử dụng thuốc theo quy định của Bộ Y tế và chỉ định trên hồ sơ bệnh án để giám định các nội dung sau:

- Chẩn đoán phù hợp với tuổi, giới tính, diễn biến lâm sàng, kết quả cận lâm sàng theo hướng dẫn chẩn đoán và điều trị của Bộ Y tế.

- Chỉ định dịch vụ kỹ thuật phù hợp với chẩn đoán, thực hiện đúng quy trình ban hành theo quy định của Bộ Y tế.

- Chỉ định thuốc phù hợp với chẩn đoán, tuổi, giới tính, cân nặng của người bệnh, tình trạng bệnh lý, thời gian sử dụng, phối hợp thuốc theo hướng dẫn sử dụng thuốc của Bộ Y tế.

- Thuốc có dấu (*) được hội chẩn trước khi sử dụng trừ trường hợp cấp cứu, kết quả hội chẩn được ghi trong Sổ biên bản hội chẩn; sử dụng không hợp lý khi có thể điều trị hiệu quả bằng các thuốc cùng nhóm điều trị.

- Sử dụng vật tư y tế phù hợp với người bệnh, dịch vụ kỹ thuật thực hiện cho người bệnh, đường dùng của thuốc.

- Sử dụng giường hồi sức tích cực (ICU), hồi sức cấp cứu phù hợp với chẩn đoán, diễn biến bệnh ghi trên hồ sơ bệnh án, phiếu theo dõi, chăm sóc người bệnh.

- Chỉ định điều trị nội trú khi chưa cần thiết, kéo dài ngày nằm viện, tách đợt điều trị nội trú.

- Các khoản chi phí trong phạm vi quyền lợi hưởng BHYT của người bệnh nhưng chỉ định để người bệnh tự mua hoặc thu thêm của người bệnh.

3.4. Xử lý kết quả giám định

3.4.1. Đối với hồ sơ từ chối theo kết quả giám định tự động: chi phí từ chối được giảm trừ trực tiếp trên từng hồ sơ; chi phí từ chối tự động đối với hồ sơ trong mẫu giám định không sử dụng để tính tỷ lệ sai sót.

3.4.2. Đối với hồ sơ giám định toàn bộ và hồ sơ trong mẫu giám định tỷ lệ:

- Chi phí sai sót được giảm trừ trực tiếp và cập nhật vào dữ liệu XML trên phần mềm Giám định.

- Chưa tổng hợp vào thanh toán các hồ sơ trùng lặp thời gian điều trị giữa các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh sau giám định chủ động.

3.4.3. Đối với hồ sơ ngoài mẫu giám định tỷ lệ

Chi phí thanh toán của từng nhóm chi phí bằng số tiền đề nghị quỹ BHYT thanh toán của nhóm đó trong mỗi hồ sơ nhân với tỷ lệ thanh toán tương ứng ở từng nhóm.

- Tỷ lệ thanh toán của từng nhóm chi phí bằng 1 trừ tỷ lệ sai sót của nhóm đó.

- Tỷ lệ sai sót của mỗi nhóm chi phí bằng tổng số tiền giảm trừ chia cho tổng số tiền thuộc phạm vi thanh toán BHYT của nhóm đó. Số tiền giảm trừ được xác định riêng cho khám bệnh, chữa bệnh ngoại trú và điều trị nội trú của hồ sơ trong mẫu sau khi tổng hợp kết quả giám định trong kỳ quyết toán, không bao gồm chi phí sai sót của các thuốc thanh toán tập trung tại Trung ương.

- Tỷ lệ sai sót của thuốc thanh toán tập trung tại Trung ương xác định theo chi phí giảm trừ trong mẫu của thuốc đó.

- Nhóm chi phí được xác định theo Mẫu số C79-HD ban hành kèm theo Thông tư số 102/2018/TT-BTC.

3.4.4. Trường hợp trong kỳ quyết toán cần thực hiện giám định bổ sung đối với một số loại chi phí của hồ sơ trong mẫu đã giám định lần trước thì thực hiện chọn mẫu bổ sung đối với các hồ sơ có chi phí phải giám định bổ sung, đảm bảo nguyên tắc chọn mẫu theo hướng dẫn tại tiết 3.2.2 điểm 3.2 khoản này; kết quả giám định các loại chi phí của hồ sơ trong mẫu lần này được sử dụng để tính tỷ lệ sai sót riêng đối với phần chi phí tương ứng của các hồ sơ ngoài mẫu.

3.5. Thống nhất kết quả giám định

3.5.1. Kết thúc đợt giám định, trưởng nhóm giám định lập bản tổng hợp kết quả từ phần mềm Giám định để thông báo cho cơ sở khám bệnh, chữa bệnh; dữ liệu chi tiết các trường hợp từ chối được gửi qua Cổng tiếp nhận.

3.5.2. Trường hợp cơ sở khám bệnh, chữa bệnh có ý kiến về các nội dung từ chối thanh toán, nhóm giám định xác định các chi phí điều chỉnh, từ chối thanh toán; báo cáo lãnh đạo phòng Giám định BHYT đối với các nội dung chưa thống nhất.

3.5.3. Cơ quan BHXH thông báo kết quả giám định trong kỳ quyết toán bằng văn bản cho cơ sở khám bệnh, chữa bệnh kèm theo bảng tổng hợp chi phí khám bệnh, chữa bệnh BHYT đưa vào quyết toán lập theo Mẫu số C80-HD ban hành kèm theo Thông tư số 102/2018/TT-BTC.

4. Thời gian thực hiện

4.1. Trong thời hạn 05 ngày làm việc đầu mỗi tháng (đối với trường hợp giám định hằng tháng); 05 ngày làm việc của tháng đầu mỗi quý (đối với trường hợp giám định hằng quý), cơ quan BHXH thông báo kế hoạch giám định cho cơ sở khám bệnh, chữa bệnh.

4.2. Trong thời hạn 30 ngày kể từ ngày nhận đủ hồ sơ, tài liệu, Mẫu số C79-HD của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh quý trước, cơ quan BHXH hoàn thành việc giám định và thông báo kết quả giám định cho cơ sở khám bệnh, chữa bệnh.

Điều 11. Kiểm tra, giám định chi phí khám bệnh, chữa bệnh BHYT đã thanh toán

1. Cơ quan BHXH tổ chức kiểm tra, giám định chi phí khám bệnh, chữa bệnh đã thanh toán các kỳ trước theo kế hoạch kiểm tra định kỳ, đột xuất hoặc khi phát hiện có nội dung chi đề nghị thanh toán chưa đúng quy định.

2. Nội dung, quy trình thực hiện theo hướng dẫn tại Điều 10 Quy trình này.

3. Chi phí điều chỉnh theo kết quả kiểm tra, giám định được ghi nhận trên biên bản thanh, quyết toán chi phí khám chữa bệnh BHYT lập theo Mẫu số C82-HD ban hành kèm theo Thông tư số 102/2018/TT-BTC trong kỳ quyết toán gần nhất. Trường hợp chi phí điều chỉnh đã được giảm trừ một phần với cùng lý do, khi giám định hồ sơ trong mẫu thực hiện như sau:

3.1. Đối với hồ sơ trong mẫu giám định tỷ lệ lần này đồng thời là hồ sơ trong mẫu giám định tỷ lệ các kỳ trước: điều chỉnh phần chi phí chênh lệch thực tế của từng loại chi phí.

3.2. Đối với hồ sơ ngoài mẫu giám định tỷ lệ lần này đồng thời là hồ sơ ngoài mẫu giám định tỷ lệ các kỳ trước:

3.2.1. Từ chối thanh toán theo tỷ lệ sai sót từ kết quả kiểm tra, giám định lần này.

3.2.2. Hoàn trả phần chi phí đã giảm trừ theo tỷ lệ sai sót trong các kỳ trước bằng số tiền giảm trừ trong mẫu của chi phí đó chia số tiền đề nghị quỹ BHYT thanh toán của nhóm chi phí trong mẫu nhân với số tiền đề nghị quỹ BHYT thanh toán ngoài mẫu của nhóm chi phí.

3.3. Đối với hồ sơ ngoài mẫu giám định tỷ lệ lần này nhưng là hồ sơ trong mẫu giám định tỷ lệ các kỳ trước: không điều chỉnh chi phí đã thanh toán.

3.4. Đối với hồ sơ trong mẫu giám định tỷ lệ lần này nhưng là hồ sơ ngoài mẫu giám định tỷ lệ các kỳ trước:

3.4.1. Từ chối thanh toán theo kết quả kiểm tra, giám định lần này.

3.4.2. Hoàn trả phần chi phí đã giảm trừ theo tỷ lệ sai sót trong các kỳ trước theo hướng dẫn tại tiết 3.2.2 điểm 3.2 khoản này.

Điều 12. Giám định hồ sơ thanh toán trực tiếp

1. Hồ sơ, tài liệu

1.1. Hồ sơ đề nghị thanh toán trực tiếp của người bệnh theo quy định tại Điều 28 Nghị định số 146/2018/NĐ-CP:

1.1.1. Các giấy tờ là bản chụp (kèm theo bản gốc để đối chiếu) gồm:

- Thẻ bảo hiểm y tế, giấy chứng minh nhân thân; đối với trẻ em dưới 6 tuổi chưa được cấp thẻ BHYT chỉ cần bản sao giấy khai sinh hoặc giấy chứng sinh.

- Giấy ra viện hoặc Giấy chứng tử trong trường hợp tử vong, phiếu khám bệnh hoặc Sổ khám bệnh của người bệnh trong lần khám bệnh, chữa bệnh đề nghị thanh toán.

- Giấy chứng nhận không cùng chi trả trong năm (nếu có).

1.1.2. Hóa đơn và các chứng từ có liên quan.

1.2. Hồ sơ, tài liệu xác định tuyến, hạng, dịch vụ kỹ thuật cung cấp cho người bệnh, ghi chép quá trình điều trị của bệnh nhân của cơ sở khám bệnh, chữa

bệnh.

2. Nội dung giám định

- Xác định điều kiện được thanh toán trực tiếp.
- Xác định chi phí khám bệnh, chữa bệnh người bệnh được thanh toán trực tiếp.

3. Quy trình và thời gian thực hiện

3.1. Tiếp nhận hồ sơ: bộ phận một cửa tiếp nhận hồ sơ gốc (trực tiếp hoặc qua dịch vụ bưu chính hoặc qua giao dịch điện tử), kiểm tra các thành phần của hồ sơ.

- Trường hợp hồ sơ chưa đầy đủ: lập Phiếu yêu cầu bổ sung, hoàn thiện hồ sơ (theo Mẫu số 02 ban hành kèm theo Quyết định số 2192/QĐ-BHXH ngày 10/12/2019 của Tổng Giám đốc Bảo hiểm xã hội Việt Nam ban hành Quy chế tổ chức và hoạt động của bộ phận tiếp nhận và trả kết quả giải quyết thủ tục hành chính theo cơ chế một cửa, một cửa liên thông trong ngành Bảo hiểm xã hội), trả hồ sơ để người nộp hoàn thiện hoặc chuyển trả theo quy định tại điểm b khoản 2 Điều 11 Quyết định số 2192/QĐ-BHXH; Trường hợp giao dịch điện tử, thông báo theo Mẫu số 03/TB-GDĐT ban hành kèm theo Quyết định số 838/QĐ-BHXH ngày 29/5/2017 của Tổng Giám đốc Bảo hiểm xã hội Việt Nam đến địa chỉ thư điện tử đã đăng ký của người bệnh để hoàn chỉnh hồ sơ theo quy định.

- Trường hợp hồ sơ đầy đủ: lưu bản chụp vào cơ sở dữ liệu của Hệ thống thông tin một cửa điện tử; lập 02 Giấy tiếp nhận hồ sơ và hẹn trả kết quả theo Mẫu số 01 ban hành kèm theo Quyết định số 2192/QĐ-BHXH, 01 bản gửi người nộp hồ sơ và 01 bản chuyển Phòng Giám định BHYT, bản chụp hồ sơ đề nghị thanh toán trực tiếp gửi qua phần mềm Giám định ngay trong ngày làm việc.

3.2. Giám định trực tiếp trên hồ sơ người bệnh cung cấp theo hướng dẫn tại điểm 1.1 khoản 1 Điều này

3.2.1. Đối với hồ sơ đề nghị thanh toán trực tiếp trong trường hợp người bệnh tham gia BHYT đủ 05 năm liên tục trở lên và có số tiền cùng chi trả của những lần khám bệnh, chữa bệnh BHYT đúng tuyến trong năm đủ 6 tháng lương cơ sở, có đầy đủ thông tin để xác định số tiền cùng chi trả trong năm: lập Bảng thanh toán trực tiếp chi phí khám bệnh, chữa bệnh BHYT theo Mẫu C78-HD ban hành kèm theo Thông tư số 102/2018/TT-BTC, chuyển Phòng Kế hoạch - Tài chính kèm theo hồ sơ gốc; thông báo Phòng Quản lý thu làm thủ tục cấp Giấy chứng nhận không cùng chi trả trong năm cho người bệnh trong thời hạn 07 ngày làm việc.

3.2.2. Đối với hồ sơ không được thanh toán trực tiếp theo quy định tại khoản 2 Điều 31 Luật BHYT, khoản 1 Điều 4 Thông tư số 09/2019/TT-BYT và điểm a khoản 2 Điều 11 Thông tư số 30/2020/TT-BYT ngày 31/12/2020 của Bộ Y tế.

a) Xác định được chi phí đề nghị thanh toán không thuộc phạm vi chi trả của quỹ BHYT: lập Phiếu từ chối tiếp nhận giải quyết hồ sơ theo Mẫu số 03 ban hành kèm theo Quyết định số 2192/QĐ-BHXH, chuyển Bộ phận một cửa kèm theo hồ sơ gốc trả cho người bệnh trong thời hạn 07 ngày làm việc.

b) Người bệnh đã được hưởng quyền lợi khám bệnh, chữa bệnh BHYT nhưng tự mua thuốc, vật tư y tế hoặc tự trả các chi phí khác trong phạm vi, quyền lợi hưởng BHYT theo chỉ định của bác sĩ: gửi văn bản đề nghị cơ sở khám bệnh, chữa bệnh giải thích cho người bệnh nếu mua theo yêu cầu hoặc hoàn trả theo quy định đồng thời thông báo cho người bệnh trong thời hạn 07 ngày làm việc.

3.2.3. Hồ sơ thuộc trường hợp được thanh toán trực tiếp theo quy định tại khoản 2 Điều 31 Luật BHYT, khoản 1 Điều 4 Thông tư số 09/2019/TT-BYT và điểm a khoản 2 Điều 11 Thông tư số 30/2020/TT-BYT cần giám định trên hồ sơ bệnh án, phải hoàn thành việc giám định, trả lời kết quả trong thời hạn 30 ngày làm việc, các nội dung thực hiện bao gồm:

a) Phân công giám định hoặc lập Phiếu yêu cầu giám định theo Mẫu số .../BHYT ban hành kèm theo Quyết định số .../QĐ-BHXH, gửi cơ quan BHXH nơi phát sinh chi phí khám bệnh, chữa bệnh để giám định; hồ sơ được gắn kèm theo Phiếu yêu cầu giám định.

b) Xác định lý do người bệnh chưa được hưởng BHYT và giám định các nội dung yêu cầu thanh toán theo hướng dẫn tại điểm 3.3 khoản 3 Điều 10 Quy trình này.

c) Thông báo kết quả giám định chi phí khám bệnh, chữa bệnh BHYT theo Mẫu số .../BHYT ban hành kèm theo Quyết định số .../QĐ-BHXH.

d) Trường hợp có chi phí được thanh toán trực tiếp: lập Bảng thanh toán trực tiếp chi phí khám bệnh, chữa bệnh BHYT theo Mẫu C78-HD chuyển Phòng Kế hoạch - Tài chính kèm theo hồ sơ gốc và xác nhận của Phòng Công nghệ thông tin trong trường hợp do lỗi Hệ thống công nghệ thông tin của cơ quan BHXH, xác nhận của Phòng Cấp sổ, thẻ trong trường hợp thông tin thẻ BHYT sai do lỗi phát hành thẻ.

CHƯƠNG V

QUẢN LÝ, KHAI THÁC HỆ THỐNG THÔNG TIN GIÁM ĐỊNH BHYT VÀ LIÊN THÔNG CÁC PHẦN MỀM QUẢN LÝ CHI KHÁM BỆNH, CHỮA BỆNH BHYT

Điều 13. Quản lý, khai thác thông tin của Hệ thống thông tin giám định BHYT

1. Thông tin trên Hệ thống thông tin giám định BHYT

1.1. Thông tin dùng chung toàn quốc

1.1.1. Danh mục cơ sở khám bệnh, chữa bệnh.

1.1.2. Danh mục thuốc, vật tư y tế và dịch vụ kỹ thuật trong phạm vi thanh toán BHYT.

1.1.3. Danh mục bảng giá dịch vụ khám bệnh, chữa bệnh.

1.1.4. Danh mục kỹ thuật theo phân tuyến chuyên môn kỹ thuật; danh mục phân loại phẫu thuật, thủ thuật.

1.1.5. Danh mục thuốc được cấp giấy đăng ký lưu hành còn hiệu lực; danh mục thuốc kê khai, kê khai lại giá.

1.1.6. Danh mục thuốc, vật tư y tế theo kết quả đấu thầu tập trung cấp quốc gia hoặc đàm phán giá; danh mục thuốc có giá trúng thầu trung bình theo kết quả đấu thầu của từng cơ sở khám bệnh, chữa bệnh, địa phương, Bộ Y tế.

1.1.7. Bộ mã danh mục dùng chung áp dụng trong quản lý khám bệnh, chữa bệnh và thanh toán BHYT.

1.1.8. Các danh mục khác có liên quan.

1.2. Thông tin dùng chung tại tỉnh

1.2.1. Danh mục thuốc, vật tư y tế theo kết quả đấu thầu tập trung cấp địa phương.

1.2.2. Dữ liệu chi khám bệnh, chữa bệnh BHYT trên địa bàn tỉnh.

1.2.3. Báo cáo tạm ứng, thanh quyết toán, thẩm định quyết toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh BHYT của BHXH tỉnh.

1.3. Thông tin tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh BHYT

1.3.1. Danh mục khoa phòng.

1.3.2. Danh mục người hành nghề.

1.3.3. Danh mục thuốc, vật tư y tế, dịch vụ khám bệnh, chữa bệnh thanh toán BHYT.

1.3.4. Danh mục trang thiết bị y tế để thực hiện dịch vụ kỹ thuật.

1.3.5. Dữ liệu, báo cáo đề nghị thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh BHYT.

1.3.6. Kết quả giám định danh mục, giám định chi phí khám bệnh, chữa bệnh BHYT.

1.3.7. Các thông tin khác có liên quan.

2. Quản lý, khai thác thông tin

2.1. Đơn vị được cấp quyền khai thác thông tin, dữ liệu trên Hệ thống thông tin Giám định BHYT có trách nhiệm quản lý tài khoản, sử dụng thông tin, dữ liệu đúng mục đích, đảm bảo an toàn thông tin theo quy định của pháp luật và của Bảo hiểm xã hội Việt Nam.

2.2. Các đơn vị trực thuộc Bảo hiểm xã hội Việt Nam

2.2.1. Các đơn vị trực thuộc Bảo hiểm xã hội Việt Nam quản lý tài khoản được cấp để tra cứu, kết xuất danh mục, báo cáo trên Hệ thống thông tin giám định BHYT phù hợp với chức năng, nhiệm vụ của đơn vị.

2.2.2. Ban Thực hiện chính sách BHYT, Vụ Thanh tra kiểm tra, Vụ Kiểm toán

nội bộ đề nghị Trung tâm Giám định BHYT và Thanh toán đa tuyến kết xuất dữ liệu chi tiết tại các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh BHYT được kiểm tra, thanh tra, kiểm toán theo quyết định của Bảo hiểm xã hội Việt Nam hoặc theo chỉ đạo của Tổng Giám đốc, các Phó Tổng Giám đốc.

2.2.3. Ban Thực hiện chính sách BHYT

- Cập nhật danh mục thuốc được cấp giấy đăng ký lưu hành còn hiệu lực và danh mục thuốc kê khai, kê khai lại giá được Cục Quản lý dược - Bộ Y tế công bố quy định tại khoản 1 Điều này.

- Quản lý việc cập nhật danh mục thuốc, vật tư y tế của BHXH các tỉnh; cập nhật giá thuốc trúng thầu trung bình theo kết quả đấu thầu của từng cơ sở khám bệnh, chữa bệnh, địa phương, Bộ Y tế.

2.2.4. Trung tâm Công nghệ thông tin

- Quản lý toàn bộ cơ sở dữ liệu của Hệ thống thông tin giám định BHYT.

- Đồng bộ danh mục dùng chung giữa các phần mềm nghiệp vụ của Bảo hiểm xã hội Việt Nam.

- Quản lý tài khoản quản trị hệ thống của Bảo hiểm xã hội Việt Nam; cấp tài khoản quản trị, tài khoản phân quyền của BHXH tỉnh; cấp tài khoản cho các đơn vị ngoài ngành theo chỉ đạo của Bảo hiểm xã hội Việt Nam.

2.2.5. Trung tâm Giám định BHYT và Thanh toán đa tuyến

- Quản lý, phân quyền khai thác danh mục, dữ liệu và các thông tin khác của Hệ thống thông tin giám định BHYT.

- Cập nhật các danh mục quy định tại điểm 1.1 khoản 1 Điều này trừ danh mục thuốc được cấp giấy đăng ký lưu hành còn hiệu lực và danh mục thuốc kê khai, kê khai lại giá.

- Quản lý, cập nhật các quy tắc giám định áp dụng toàn quốc.

2.3. BHXH tỉnh

- Quản lý các tài khoản do BHXH tỉnh cấp; phân quyền khai thác danh mục, dữ liệu khám bệnh, chữa bệnh, kết quả giám định, báo cáo quyết toán và các thông tin khác tại các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh trên địa bàn tỉnh.

- Khai thác báo cáo, danh mục dùng chung toàn quốc; báo cáo, danh mục, dữ liệu tại các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh BHYT trên địa bàn tỉnh; dữ liệu đa tuyến đi ngoại tỉnh.

- Cập nhật danh mục thuốc, vật tư y tế theo kết quả đấu thầu tập trung cấp địa phương.

- Cập nhật quy tắc giám định áp dụng trên địa bàn tỉnh hoặc tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh.

- Thực hiện giám định, ghi nhận kết quả giám định, lập báo cáo quyết toán, báo cáo thống kê trên phần mềm giám định BHYT.

2.4. Cơ sở khám bệnh, chữa bệnh BHYT

- Quản lý các tài khoản được cấp để truy cập vào Cổng tiếp nhận.
- Tra cứu, kết xuất các danh mục, thông tin thẻ BHYT, lịch sử khám bệnh, chữa bệnh trong 06 tháng gần nhất của người có thẻ BHYT đến khám bệnh, chữa bệnh.
- Gửi các danh mục theo quy định tại điểm 1.3 khoản 1 Điều này; bổ sung, điều chỉnh, thay thế danh mục chưa thống nhất với cơ quan BHXH.
- Gửi dữ liệu danh mục thuốc, vật tư y tế trong thời hạn 5 ngày làm việc khi có kết quả trúng thầu hoặc mua sắm bằng các hình thức hợp pháp khác; gửi các danh mục khác ngay khi có thay đổi, điều chỉnh, bổ sung.
- Gửi dữ liệu theo quy định tại khoản 1 Điều 6 Thông tư số 48/2017/TT-BYT ngày 28/12/2017 của Bộ Y tế quy định trích chuyển dữ liệu điện tử trong quản lý và thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh BHYT; điều chỉnh, thay thế dữ liệu chi tiết trên Cổng tiếp nhận chưa gửi cơ quan BHXH.
- Gửi dữ liệu chi tiết đề nghị thanh toán BHYT sang phần mềm Giám định theo quy định tại khoản 1 Điều 7 Thông tư số 48/2017/TT-BYT; dữ liệu đã gửi giám định chỉ được điều chỉnh, thay thế khi có sự chấp thuận của cơ quan BHXH; gửi dữ liệu tổng hợp đề nghị thanh toán BHYT hằng tháng trong 5 ngày đầu tháng kế tiếp.
- Tra cứu, kết xuất thông báo kết quả giám định, báo cáo quyết toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh BHYT.

2.5. Các cơ quan, đơn vị, tổ chức và cá nhân có liên quan đến khám bệnh, chữa bệnh BHYT được truy cập Hệ thống thông tin giám định BHYT khi có yêu cầu và được Trung tâm Công nghệ thông tin cấp tài khoản, phân quyền truy cập.

Điều 14. Liên thông các phần mềm quản lý chi khám bệnh, chữa bệnh BHYT

1. Cấp kinh phí tạm ứng chi khám bệnh, chữa bệnh BHYT

1.1. Phòng Giám định BHYT: chậm nhất ngày 10 tháng đầu mỗi quý gửi bảng tổng hợp đề nghị tạm ứng kinh phí khám bệnh, chữa bệnh theo Mẫu số 12/BHYT ban hành kèm theo Quyết định số 1399/QĐ-BHXH đã đối chiếu bản gốc báo cáo đề nghị quyết toán của các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh quý trước từ phần mềm Giám định sang phần mềm Kế toán tập trung.

1.2. Phòng Kế hoạch - Tài chính

1.2.1. Trong thời hạn 02 ngày làm việc kể từ ngày nhận được Mẫu số 12/BHYT, hoàn thành việc lập Bảng tổng hợp đề nghị tạm ứng kinh phí KCB trong kỳ đối với cơ sở khám bệnh, chữa bệnh và kinh phí chi chăm sóc sức khỏe ban đầu, chi thanh toán trực tiếp, ký số gửi Vụ Tài chính - Kế toán trên phần mềm Kế toán tập trung.

1.2.2. Trong thời hạn 02 ngày làm việc kể từ ngày nhận được kinh phí, thực

hiện tạm ứng kinh phí khám bệnh, chữa bệnh cho các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh theo quy định; ủy nhiệm chi phải được lập trên phần mềm Kế toán tập trung.

1.3. Vụ Tài chính - Kế toán

1.3.1. Chậm nhất ngày 06 tháng đầu mỗi quý, dựa trên dữ liệu điện tử đề nghị thanh toán chi khám bệnh, chữa bệnh BHYT trên phần mềm Giám định để cấp kinh phí tạm ứng chi khám bệnh, chữa bệnh trong kỳ cho BHXH tỉnh theo quy định.

1.3.2. Trong thời hạn 02 ngày làm việc kể từ ngày nhận được Mẫu số 12/BHYT của BHXH tỉnh, cân đối để cấp bổ sung (nếu có) số tiền đề nghị tạm ứng cho cơ sở khám bệnh, chữa bệnh và kinh phí chi chăm sóc sức khỏe ban đầu, chi phí thanh toán trực tiếp theo quy định.

2. Quyết toán chi khám bệnh, chữa bệnh tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh

2.1. Trước ngày 15 tháng thứ hai mỗi quý, Phòng Giám định BHYT hoàn thành việc lập biểu tổng hợp chi phí khám bệnh, chữa bệnh BHYT quý trước đưa vào quyết toán theo Mẫu số C80-HD, tổng hợp số liệu quyết toán theo Mẫu số C82-HD trên phần mềm Giám định, chuyển sang phần mềm Kế toán tập trung.

2.2. Trong thời hạn 05 ngày kể từ ngày nhận được số liệu quyết toán chi khám bệnh, chữa bệnh BHYT trên Mẫu số C82-HD, Phòng Kế hoạch - Tài chính kiểm tra các chỉ tiêu về số tiền tạm ứng, thanh toán với cơ sở khám bệnh, chữa bệnh, lập Mẫu số C82-HD chuyển cơ sở khám bệnh, chữa bệnh

3. Cấp kinh phí thanh toán chi khám bệnh, chữa bệnh BHYT

3.1. Phòng Kế hoạch - Tài chính

3.1.1. Chậm nhất ngày 15 tháng thứ hai mỗi quý, lập báo cáo tổng hợp thanh quyết toán chi khám bệnh, chữa bệnh BHYT của các cơ sở y tế theo Mẫu C82-HD/TH trên phần mềm Kế toán tập trung chuyển Vụ Tài chính – Kế toán.

3.1.2. Trong thời hạn 05 ngày kể từ ngày nhận được kinh phí, phải hoàn thành việc thanh toán với các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh và cập nhật đầy đủ trên phần mềm Kế toán tập trung.

3.2. Vụ Tài chính - Kế toán: trong thời hạn 05 ngày kể từ ngày nhận được báo cáo theo Mẫu C82-HD của BHXH tỉnh trên phần mềm Kế toán tập trung, cấp đủ kinh phí theo quy định để BHXH tỉnh hoàn thành việc thanh toán với các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh.

4. Thanh toán trực tiếp

4.1. Phòng Giám định BHYT lập bảng thanh toán trực tiếp chi phí khám bệnh, chữa bệnh BHYT theo Mẫu số C78-HD trên phần mềm Giám định, chuyển sang phần mềm Kế toán tập trung.

4.2. Phòng Kế hoạch - Tài chính: duyệt bảng thanh toán trực tiếp chi phí khám bệnh, chữa bệnh BHYT trên phần mềm Kế toán tập trung, lập phiếu chi thanh toán trực tiếp hoặc trả lại Phòng Giám định BHYT.

5. Tổng hợp chi đa tuyến ngoại tỉnh hằng quý

5.1. Phòng Giám định BHYT kiểm tra các trường hợp đa tuyến ngoại tỉnh đến chưa đủ điều kiện thông báo đa tuyến trong quý, hoàn thành việc giám định trước khi quyết toán, các trường hợp chưa đủ điều kiện được xác định trên phần mềm Giám định vào ngày 10 hằng tháng; trả lời yêu cầu giám định lại trong thời hạn 30 ngày kể từ ngày tiếp nhận yêu cầu của BHXH tỉnh nơi phát hành thẻ trên phần mềm Giám định.

5.2. Trong thời hạn 30 ngày kể từ ngày nhận được thông báo đa tuyến đi ngoại tỉnh quý trước, phòng Giám định BHYT kiểm tra các trường hợp khám bệnh, chữa bệnh ngoại tỉnh, đề nghị giám định lại (nếu có); các trường hợp đa tuyến ngoại tỉnh đi quý trước được tổng hợp trên phần mềm Giám định vào ngày 25 tháng thứ hai mỗi quý.

5.3. Trong thời hạn 10 ngày kể từ ngày nhận được thông báo các trường hợp khám bệnh, chữa bệnh tháng trước không tra cứu được dữ liệu phát hành thẻ BHYT trên Hệ thống thông tin giám định BHYT, BHXH Bộ Quốc phòng, BHXH Công an Nhân dân kiểm tra, xác định các trường hợp không đúng với dữ liệu phát hành thẻ BHYT, cập nhật trên phần mềm Giám định; các trường hợp không có dữ liệu phát hành thẻ BHYT được thông báo trên phần mềm Giám định vào ngày 10 hằng tháng.

6. Tổng hợp chi đa tuyến ngoại tỉnh năm trước

6.1. Chi chăm sóc sức khỏe ban đầu

6.1.1. Phòng Quản lý thu: sau khi cập nhật danh sách đối tượng được trích chuyển kinh phí chi chăm sóc sức khỏe ban đầu theo từng đơn vị quản lý đối tượng, chuyển danh sách chi tiết từ phần mềm TST sang phần mềm Kế toán tập trung để Phòng Kế hoạch - Tài chính thực hiện trích chuyển kinh phí chi chăm sóc sức khỏe ban đầu.

6.1.2. Phòng Kế hoạch - Tài chính: trước ngày 15 tháng 02 tổng hợp kinh phí chi chăm sóc sức khỏe ban đầu năm trước trên phần mềm Kế toán tập trung, chuyển danh sách chi chăm sóc sức khỏe ban đầu ngoại tỉnh sang phần mềm Giám định để thực hiện thông báo đa tuyến đến ngoại tỉnh.

6.2. Chi thanh toán trực tiếp: trước ngày 15 tháng 02, Phòng Kế hoạch - Tài chính phối hợp với Phòng Giám định BHYT hoàn thành việc đối chiếu các hồ sơ thanh toán trực tiếp ngoại tỉnh năm trước, đảm bảo trùng khớp trên phần mềm Kế toán tập trung và phần mềm Giám định.

6.3. Thông báo chi đa tuyến ngoại tỉnh năm trước

Trong thời gian 10 ngày kể từ nhận được thông báo của Ban Thực hiện chính sách BHYT về số chi khám chữa bệnh BHYT đa tuyến đến ngoại tỉnh được quyết toán với từng cơ sở khám bệnh, chữa bệnh, Trung tâm Giám định BHYT và Thanh toán đa tuyến tổng hợp cùng với số chi chăm sóc sức khỏe ban đầu, số chi thanh toán trực tiếp ngoại tỉnh, thông báo đa tuyến ngoại tỉnh năm trước theo Mẫu số C88-HD ban hành kèm theo Thông tư số 102/2018/TT-BTC trên phần mềm

Giám định, chuyển Mẫu số C88-HD sang phần mềm Thẩm định quyết toán để tổng hợp số liệu quyết toán năm.

7. Liên thông các báo cáo thẩm định quyết toán năm

7.1. Phòng Giám định BHYT

- Cập nhật số chi các năm trước được quyết toán bổ sung hoặc phải thu hồi (nếu có) trên phần mềm Giám định.

- Lập bảng thống kê các chi phí phát sinh tăng hoặc giảm trong năm (Cn), đối chiếu với báo cáo của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh, ghi nhận kết quả thẩm định trên phần mềm Giám định.

- Lập các biểu mẫu thẩm định quyết toán, điều chỉnh theo kết quả thẩm định trên phần mềm Giám định, chuyển các biểu mẫu sang phần mềm Thẩm định quyết toán.

7.2. Tổ thẩm định quyết toán của Bảo hiểm xã hội Việt Nam: thẩm định số liệu quyết toán, ghi nhận kết quả trên phần mềm Thẩm định quyết toán, chuyển kết quả thẩm định sang phần mềm Giám định.

Điều 15. Mã hóa quy tắc giám định

1. Quy tắc giám định được áp dụng trên phần mềm Giám định để kiểm tra dữ liệu đề nghị thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh BHYT.

2. Quy tắc giám định được mã hóa theo định dạng X.YYY.ZZZ, trong đó:

- Ký tự đầu tiên để phân loại quy tắc về mức hưởng BHYT (M), đơn giá thanh toán (D), số lượng (S), tỷ lệ thanh toán đối với thuốc, vật tư y tế, dịch vụ kỹ thuật (T), các quy tắc khác (K).

- 03 ký tự tiếp theo được đánh số từ 001 đến 999, thể hiện nhóm chi phí.

- 03 ký tự cuối được đánh số từ 001 đến 999, thể hiện lý do điều chỉnh.

3. Tạo mã quy tắc mới

3.1. Phòng Giám định BHYT

- Sử dụng chức năng tạo mã quy tắc trên phần mềm để tạo mã tạm theo nguyên tắc tại điểm 1.2 khoản này để bổ sung các lý do điều chỉnh chưa được mã hóa.

- Trưởng phòng Giám định BHYT duyệt áp dụng mã tạm để ghi nhận nội dung điều chỉnh trên phạm vi toàn tỉnh hoặc cơ sở khám bệnh, chữa bệnh

3.2. Trung tâm Giám định BHYT và Thanh toán đa tuyến kiểm tra các lý do điều chỉnh được mã hóa tạm thời, cập nhật vào quy tắc giám định.

CHƯƠNG VI

TỔ CHỨC THỰC HIỆN

Điều 16. Tổ chức công tác giám định BHYT tại địa phương

Giám đốc BHXH tỉnh căn cứ số lượng, trình độ giám định viên hiện có và tình hình thực tiễn tại địa phương để bố trí giám định viên vào các bộ phận/nhóm giám định để thực hiện các nhiệm vụ chủ yếu như sau:

1. Tổ quản lý hợp đồng và thanh toán trực tiếp

- Phối hợp xác định cơ sở y tế đủ điều kiện khám bệnh, chữa bệnh ban đầu và phân bổ thẻ đăng ký khám bệnh, chữa bệnh ban đầu.

- Thẩm định hồ sơ, điều kiện đối với cơ sở y tế lần đầu ký hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh BHYT; tổ chức ký kết hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh BHYT hàng năm, ký phụ lục hợp đồng bổ sung trong năm; cập nhật, điều chỉnh thông tin về cơ sở khám bệnh, chữa bệnh BHYT.

- Tổ chức giám định danh mục dịch vụ kỹ thuật phê duyệt lần đầu, phê duyệt bổ sung tại các cơ sở y tế.

- Lưu trữ hợp đồng và phụ lục hợp đồng, các tài liệu liên quan đến phạm vi hoạt động chuyên môn của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh.

- Quản lý hồ sơ thanh toán trực tiếp, gửi yêu cầu giám định, duyệt hoặc yêu cầu giám định lại hồ sơ thanh toán trực tiếp.

- Giải quyết đơn thư của các cá nhân, tổ chức liên quan đến việc tổ chức thực hiện chính sách BHYT.

2. Tổ phân tích dữ liệu, thống kê tổng hợp

- Khai thác thông tin từ phần mềm Giám sát, phân tích dữ liệu tổng hợp để thực hiện các nội dung theo hướng dẫn tại tiết 3.4.4 điểm 3.4 khoản 3 Điều 9 Quy trình này.

- Theo dõi, hỗ trợ các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh liên thông dữ liệu.

- Đề xuất tạm ứng kinh phí, thanh quyết toán chi khám bệnh, chữa bệnh hàng quý.

- Tổng hợp, xác định tổng mức thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh.

- Xây dựng dự toán, điều chỉnh dự toán chi khám bệnh, chữa bệnh BHYT hàng năm theo hướng dẫn của Bảo hiểm xã hội Việt Nam.

3. Tổ Quản lý thuốc và vật tư y tế

- Tham gia đấu thầu thuốc, mua sắm thuốc tập trung cấp địa phương hoặc tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh.

- Giám định danh mục thuốc, danh mục vật tư y tế sử dụng tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh.

- Giám định giá thanh toán, giá đấu thầu thuốc, vật tư y tế; phân tích, so sánh giá thuốc, vật tư y tế trúng thầu, giá thanh toán tại địa phương.

4. Tổ Giám định chuyên đề

Tổ thực hiện nhiệm vụ điều hành, hỗ trợ các nhóm giám định, tiếp nhận các chuyên đề do Bảo hiểm xã hội Việt Nam gửi về, đồng thời trực tiếp phân tích, phát hiện vấn đề để xây dựng quy tắc hoặc định hướng giám định, cụ thể như sau:

- Xây dựng kế hoạch, đề cương giám định hàng tháng/quý; tổ chức các đoàn thẩm định, kiểm tra, giám định chuyên đề do Bảo hiểm xã hội Việt Nam gửi về hoặc chuyên đề do BHXH tỉnh tự xây dựng.
- Chỉ đạo, kiểm tra, hỗ trợ chuyên môn các nhóm giám định.
- Quản lý thông tin, kết quả giám định; phân tích, đánh giá mức độ, phạm vi ảnh hưởng của vấn đề, xây dựng quy tắc và thống kê trên dữ liệu toàn tỉnh.
- Xây dựng các chuyên đề, quy tắc giám định

5. Nhóm giám định tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh

- Lập kế hoạch giám định và phân công nhiệm vụ cho các thành viên.
- Tiếp nhận hồ sơ, tài liệu phục vụ công tác giám định.
- Thực hiện công tác giám định theo quy định tại Điều 10 Quy trình này
- Giám định các hồ sơ đề nghị thanh toán trực tiếp.
- Phối hợp với cơ sở khám bệnh, chữa bệnh giải quyết vướng mắc liên quan đến thủ tục, quyền lợi của người bệnh BHYT.

Điều 17. Trách nhiệm tổ chức thực hiện

1. Trách nhiệm của Bảo hiểm xã hội Việt Nam

1.1. Ban Thực hiện chính sách BHYT

- Phối hợp với các đơn vị có liên quan hướng dẫn, kiểm tra việc thực hiện Quy trình giám định BHYT.
- Phối hợp thẩm định, xây dựng quy tắc giám định BHYT
- Chủ trì, phối hợp với các Vụ, Cục của Bộ y tế giải quyết các vướng mắc trong quá trình thực hiện giám định giữa cơ quan BHXH và cơ sở KCB.

1.2. Trung tâm Giám định BHYT và Thanh toán đa tuyến

- Chủ trì, phối hợp với các đơn vị có liên quan tổ chức hướng dẫn, kiểm tra việc thực hiện Quy trình giám định BHYT.
- Quản lý, vận hành, phát triển các phần mềm thuộc Hệ thống thông tin giám định BHYT.

1.3. Trung tâm Công nghệ thông tin

- Quản lý và đảm bảo về mặt kỹ thuật để duy trì hoạt động của Hệ thống thông tin giám định BHYT.
- Phối hợp xây dựng, phát triển các phần mềm thuộc Hệ thống thông tin giám định BHYT.

1.4. Thủ trưởng các đơn vị liên quan theo chức năng nhiệm vụ được giao có

trách nhiệm tổ chức thực hiện Quy trình này

2. Trách nhiệm của Bảo hiểm xã hội tỉnh

2.1. Giám đốc Bảo hiểm xã hội tỉnh có trách nhiệm

- Tổ chức thực hiện Quy trình giám định BHYT tại địa phương theo đúng hướng dẫn của Bảo hiểm xã hội Việt Nam; chịu trách nhiệm về kết quả hoạt động của công tác giám định BHYT trên địa phương được giao quản lý.

- Đảm bảo đầy đủ phương tiện, điều kiện làm việc, chế độ cho cán bộ giám định, cán bộ tham gia các đoàn kiểm tra theo quy định.

- Thực hiện việc phân cấp thực hiện công tác giám định, quyết toán, thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh BHYT theo quy định của Bảo hiểm xã hội Việt Nam.

- Kịp thời báo cáo Bảo hiểm xã hội Việt Nam các khó khăn, vướng mắc trong tổ chức thực hiện Quy trình giám định; kiến nghị, đề xuất hướng giải quyết, khắc phục.

- Thường xuyên phối hợp với Sở Y tế trong công tác quản lý khám bệnh, chữa bệnh và thanh toán chi phí BHYT; kịp thời thông tin các trường hợp cơ sở khám chữa bệnh không đảm bảo đầy đủ quyền lợi của người bệnh theo quy định hoặc khi có bất thường trong khám bệnh, chữa bệnh BHYT.

2.2. Trưởng phòng Giám định BHYT có trách nhiệm

- Tham mưu cho Giám đốc Bảo hiểm xã hội tỉnh về bố trí nhân lực vào các tổ, nhóm giám định; xây dựng kế hoạch, nội dung làm việc và giám sát kết quả thực hiện.

- Tổ chức việc thẩm định điều kiện ký hợp đồng đối với cơ sở khám bệnh, chữa bệnh đề nghị ký hợp đồng lần đầu.

- Phối hợp với các bộ phận liên quan tham mưu, tổ chức tập huấn cho toàn bộ viên chức làm công tác giám định nội dung Quy trình này.

- Chủ trì phối hợp với Phòng Kế hoạch - Tài chính tham mưu việc đảm bảo kinh phí, điều kiện công tác để thực hiện giám định tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh theo đúng quy định.

- Phân quyền khai thác, xử lý thông tin trên phần mềm Giám định BHYT cho cán bộ thuộc Phòng Giám định BHYT, bộ phận giám định thuộc BHXH huyện theo đúng thẩm quyền, nhiệm vụ được giao.

- Giải quyết các khó khăn, vướng mắc trong quá trình thực hiện công tác giám định theo thẩm quyền.

2.3. Trưởng phòng Công nghệ thông tin có trách nhiệm

- Quản lý tài khoản quản trị của BHXH tỉnh; tạo mới, hủy quyền truy cập Hệ thống; quản lý lịch sử truy cập của người dùng thuộc BHXH tỉnh và BHXH huyện trên cơ sở văn bản đề nghị của các phòng, bộ phận nghiệp vụ liên quan.

- Tham mưu cho Giám đốc BHXH tỉnh các giải pháp đảm bảo tiến độ, chất lượng kết nối, liên thông dữ liệu; các biện pháp đảm bảo an toàn, bảo mật thông tin khai thác từ Hệ thống.

- Quản lý, khai thác và bảo đảm an toàn thông tin cơ sở dữ liệu khám, chữa bệnh BHYT tập trung tại tỉnh theo quy định.

2.4. Trách nhiệm của giám định viên

- Thực hiện nhiệm vụ được phân công.

- Thực hiện công tác giám định theo Quy trình này.

- Phát hiện và báo cáo các nội dung chưa phù hợp trong quá trình thực hiện.

3. Trách nhiệm của Bảo hiểm xã hội huyện: thực hiện công tác giám định BHYT theo Quy trình này khi được Giám đốc BHXH tỉnh phân cấp theo quy định của Bảo hiểm xã hội Việt Nam; các bộ phận liên quan thuộc BHXH huyện thực hiện các nhiệm vụ tương ứng với nhiệm vụ của các phòng thuộc BHXH tỉnh.

4. Trách nhiệm của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh BHYT

4.1. Cung cấp kịp thời, đầy đủ, chính xác hồ sơ, tài liệu phục vụ công tác giám định BHYT.

4.2. Liên thông dữ liệu kịp thời, đầy đủ và chịu trách nhiệm về tính chính xác của dữ liệu các danh mục sử dụng tại đơn vị, dữ liệu điện tử đề nghị thanh toán BHYT theo quy định.

4.3. Quản lý, bảo mật các tài khoản truy cập, đảm bảo an toàn thông tin khai thác từ Cổng tiếp nhận.

Điều 18. Điều khoản tham chiếu

Trường hợp các văn bản được dẫn chiếu trong Quy trình này được thay thế, sửa đổi, bổ sung thì thực hiện theo văn bản thay thế, sửa đổi, bổ sung./.