BẢO HIỂM XÃ HỘI VIỆT NAM **-------**	**CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM** **Độc lập - Tự do - Hạnh phúc** **----------**
Số: 3618 /QĐ-BHXH	*Hà Nội , ngày 12 tháng 12 năm 2022*

QUYẾT ĐỊNH

BAN HÀNH QUY TRÌNH GIÁM ĐỊNH BẢO HIỂM Y TẾ

TỔNG GIÁM ĐỐC BẢO HIỂM XÃ HỘI VIỆT NAM

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

Căn cứ Nghị định số 89/2020/NĐ-CP ngày 04 tháng 8 năm 2020 của Chính phủ quy định chức năng, nhiệm vụ, quyền hạn và cơ cấu tổ chức của Bảo hiểm xã hội Việt Nam;

Căn cứ Nghị định số 146/2018/NĐ-CP ngày 17 tháng 10 năm 2018 của Chính phủ quy định chi tiết và hướng dẫn biện pháp thi hành một số điều của Luật bảo hiểm y tế;

Căn cứ Thông tư số 30/2020/TT-BYT ngày 31 tháng 12 năm 2020 của Bộ trưởng Bộ Y tế quy định chi tiết và hướng dẫn thực hiện một số điều của Nghị định số 146/2018/NĐ-CP ; Thông tư số 35/2021/TT-BYT ngày 31 tháng 12 năm 2021 của Bộ trưởng Bộ Y tế sửa đổi, bổ sung khoản 1 Điều 9 Thông tư số 30/2020/TT-BYT;

Căn cứ 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 bảo hiểm y tế;

Căn cứ Thông tư số 102/TT-BTC ngày 14/11/2018 của Bộ Tài chính hướng dẫn kế toán Bảo hiểm xã hội;

Xét đề nghị của Trưởng ban Thực hiện chính sách bảo hiểm y tế.

QUYẾT ĐỊNH:

Điều 1. Ban hành kèm theo Quyết định này Quy trình giám định bảo hiểm y tế.

Điều 2. Quyết định này có hiệu lực thi hành kể từ ngày 01/01/2023, thay thế Quyết định số 1456/QĐ-BHXH ngày 01 tháng 12 năm 2015 của Tổng Giám đốc Bảo hiểm xã hội Việt Nam. Bãi bỏ các quy định khác trái với Quyết định này.

Điều 3. Trưởng ban Thực hiện chính sách bảo hiểm y tế, Giám đốc Trung tâm Giám định bảo hiểm y tế và Thanh toán đa tuyến, Chánh Văn phòng Bảo hiểm xã hội Việt Nam, Thủ trưởng các đơn vị trực thuộc Bảo hiểm xã hội Việt Nam, Giám đốc Bảo hiểm xã hội các tỉnh, thành phố trực thuộc Trung ương, Giám đốc Bảo hiểm xã hội Bộ Quốc phòng, Giám đốc Bảo hiểm xã hội Công an nhân dân chịu trách nhiệm thi hành Quyết định này./.

Nơi nhận:
- Như Điều 3;
- Văn phòng Chính phủ;
- Bộ Y tế, Bộ Tài chính, Bộ Tư pháp;
- Hội đồng quản lý BHXH;
- Các Phó Tổng Giám đốc;
- UBND tỉnh, TP trực thuộc TƯ;
- BHXH Bộ Quốc phòng, BHXH CAND;
- Các đơn vị trực thuộc BHXH VN;
- Lưu: VT, CSYT.

TỔNG GIÁM ĐỐC

Nguyễn Thế Mạnh

QUY TRÌNH

GIÁM ĐỊNH BẢO HIỂM Y TẾ

(Ban hành kèm theo Quyết định số : 3618 /QĐ-BHXH ngày 12 tháng 12 năm 2022 của T ổ ng Giám đốc Bảo hiểm xã hội Việt Nam)

Chương I

QUY ĐỊNH CHUNG

Điều 1. Phạm vi điều chỉnh và đối tượng áp dụng

1. Văn bản này hướng dẫn về hồ sơ tài liệu, nội dung, trình tự và thời gian thực hiện các nghiệp vụ thẩm định điều kiện ký hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế; giám định điều kiện thanh toán thuốc, vật tư y tế, dịch vụ khám bệnh, chữa bệnh; giám định chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế; quản lý, khai thác Hệ thống thông tin giám định bảo hiểm y tế và quản lý chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế trên các phần mềm nghiệp vụ của cơ quan bảo hiểm xã hội.

2. Đối tượng áp dụng là cơ quan bảo hiểm xã hội các cấp và các tổ chức, cá nhân có liên quan đến khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế.

Điều 2. Giải thích từ ngữ, các chữ viết tắt

1. Giải thích từ ngữ

1.1. Giám định bảo hiểm y tế: là hoạt động chuyên môn do cơ quan bảo hiểm xã hội thực hiện hoặc phối hợp với cơ sở khám bệnh, chữa bệnh kiểm tra thủ tục khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế; kiểm tra, đánh giá việc chỉ định điều trị, sử dụng thuốc, hóa chất, vật tư, thiết bị y tế, dịch vụ kỹ thuật y tế cho người bệnh theo quy định; kiểm tra, xác định chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế.

1.2. Quy trình giám định bảo hiểm y tế: là văn bản hướng dẫn trình tự, thủ tục thực hiện các hoạt động chuyên môn của cơ quan bảo hiểm xã hội để thực hiện các quy định của pháp luật về tổ chức khám bệnh, chữa bệnh cho người tham gia bảo hiểm y tế và thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế.

1.3. Cổng tiếp nhận: Cổng tiếp nhận dữ liệu thuộc Hệ thống thông tin giám định bảo hiểm y tế tại địa chỉ https://gdbhyt.baohiemxahoi.gov.vn.

1.4. Phần mềm Giám định: là phần mềm thuộc Hệ thống thông tin giám định bảo hiểm y tế tại địa chỉ https://giamdinh.baohiemxahoi.gov.vn.

1.5. Dữ liệu XML: là chữ viết tắt của cụm từ tiếng Anh "Extensible Markup Language" có nghĩa là ngôn ngữ đánh dấu mở rộng, được tạo ra với mục đích chia sẻ dữ liệu điện tử giữa các hệ thống công nghệ thông tin khác nhau. Dữ liệu XML mô tả trong quy trình này 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 để phục vụ quản lý khám bệnh, chữa bệnh, giám định và thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế.

1.6. 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.

1.7. Giám định chủ động: là việc người được cơ quan có thẩm quyền giao nhiệm vụ thực hiện công việc giám định trực tiếp hồ sơ, bệnh án, tài liệu (bản giấy hoặc dữ liệu điện tử) liên quan đến thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh của người tham gia bảo hiểm y tế.

1.8. Giám định tự động: là việc sử dụng phần mềm kiểm tra thông tin trong dữ liệu điện tử với các điều kiện, quy định của pháp luật về thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế.

1.9. Đánh dấu trạng thái: là kết quả của giám định tự động, xác định dữ liệu điện tử có sai sót bị từ chối thanh toán, điều chỉnh mức thanh toán hoặc cần giám định chủ động.

2. Các chữ viết tắt:

2.1. BHXH: là chữ viết tắt của cụm từ "bảo hiểm xã hội";

2.2. BHXH tỉnh: là chữ viết tắt của cụm từ "bảo hiểm xã hội tỉnh, thành phố trực thuộc trung ương";

2.3. BHXH huyện: là chữ viết tắt của cụm từ "bảo hiểm xã hội quận, huyện, thị xã, thành phố trực thuộc Bảo hiểm xã hội tỉnh, thành phố trực thuộc trung ương";

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

2.5. TST: là tên viết tắt của phần mềm Quản lý thu - sổ, thẻ;

2.6. TCS: là tên viết tắt của phần mềm Xét duyệt chính sách;

2.7. KTTT: là tên viết tắt của phần mềm Kế toán tập trung.

Chương II

THẨM ĐỊNH ĐIỀU KIỆN KÝ HỢP ĐỒNG KHÁM BỆNH, CHỮA BỆNH BẢO HIỂM Y TẾ LẦN ĐẦU

Điều 3. Hồ sơ tài liệu thẩm định điều kiện ký hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế lần đầu

Hồ sơ tài liệu thẩm định gồm toàn bộ 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 Thông tư số 09/2019/TT-BYT ngày 10/6/2019 của Bộ trưởng Bộ Y tế hướng dẫn thẩm định điều kiện ký hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh BHYT ban đầu, chuyển thực hiện dịch vụ cận lâm sàng và một số trường hợp thanh toán trực tiếp chi phí trong khám bệnh, chữa bệnh BHYT, cụ thể như sau:

1. Công văn đề nghị ký hợp đồng của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh;

2. Bản sao giấy phép hoạt động khám bệnh, chữa bệnh do cơ quan nhà nước có thẩm quyền cấp cho cơ sở khám bệnh, chữa bệnh;

3. Bản chụp có đóng dấu của cơ sở đối với quyết định phân hạng bệnh viện của cấp có thẩm quyền (nếu có) hoặc quyết định về tuyến chuyên môn kỹ thuật của cấp có thẩm quyền đối với cơ sở khám bệnh, chữa bệnh ngoài công lập;

4. Danh mục thuốc, hóa chất, vật tư y tế, dịch vụ kỹ thuật y tế được cấp có thẩm quyền phê duyệt (bằng văn bản hoặc bản điện tử);

5. 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 01/7/2016 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.

Điều 4. Nội dung thẩm định điều kiện ký hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế lần đầu

1. 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 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. Điều kiện đảm bảo việc cung ứng thuốc, hóa chất, vật tư y tế phù hợp với phạm vi hoạt động chuyên môn của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh theo quy định tại điểm b khoản 2 Điều 17 Nghị định số 146/2018/NĐ-CP.

Điều 5. Quy trình thẩm định điều kiện ký hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế lần đầu

1. Cập nhật thông tin đề nghị ký hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh BHYT

Sau khi nhận đủ hồ sơ đề nghị ký hợp đồng, BHXH tỉnh 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/QTGĐ kèm theo Quy trình này lên Cổng tiếp nhận, bao gồm:

1.1. Thông tin cơ sở khám bệnh, chữa bệnh;

1.2. Danh mục các khoa lâm sàng, khoa cận lâm sàng, khoa hoặc bộ phận dược, đơn vị điều trị khác (nếu có);

1.3. 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;

1.4. Các danh mục: thuốc, hóa chất, vật tư y tế, dịch vụ kỹ thuật;

1.5. Danh mục thiết bị y tế để thực hiện xét nghiệm cận lâm sàng, chẩn đoán hình ảnh, thăm dò chức năng, phẫu thuật, thủ thuật.

2. Đối chiếu thông tin của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh

BHXH tỉnh căn cứ các thông tin đăng tải trên Cổng thông tin điện tử của Bộ Y tế hoặc Trang thông tin điện tử của Sở Y tế theo quy định tại khoản 3 Điều 45 Nghị định số 109/2016/NĐ-CP để kiểm tra các thông tin cơ sở khám bệnh, chữa bệnh cập nhật trên Cổng tiếp nhận và cung cấp trong hồ sơ đề nghị ký hợp đồng 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 hằng ngày, phân hạng, phân tuyến đối với cơ sở khám bệnh, chữa bệnh, 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. Đối chiếu thông tin người hành nghề tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh

3.1. Phần mềm Giám định tự động đối chiếu các thông tin trong danh sách người hành nghề tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh, gồm:

3.1.1. Họ tên, số chứng chỉ, thời gian hành nghề, phạm vi hoạt động chuyên môn của người hành nghề do cơ sở khám bệnh, chữa bệnh cung cấp 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, BHXH tỉnh 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;

3.1.2. 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 theo quy định tại khoản 7 Điều 12 Nghị định số 109/2016/NĐ-CP;

3.1.3. Phạm vi hoạt động chuyên môn của người chịu trách nhiệm chuyên môn kỹ thuật, trưởng khoa lâm sàng, cận lâm sàng và số lượng người hành nghề cơ hữu tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh đúng với quy định tại khoản 4, 5, 7, 9 và 10 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.

3.2. BHXH tỉnh kiểm tra kết quả giám định tự động tại điểm 3.1 khoản này, thông báo với cơ sở khám bệnh, chữa bệnh:

3.2.1. Hoàn thiện thông tin người hành nghề đối với các trường hợp không đáp ứng yêu cầu tại các tiết 3.1.1, 3.1.2 điểm 3.1 khoản này;

3.2.2. Không đủ điều kiện ký hợp đồng nếu không đáp ứng yêu cầu tại tiết 3.1.3 điểm 3.1 khoản này.

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

BHXH tỉnh tổ chức khảo sát thực tế tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh, trường hợp một cơ sở khám bệnh, chữa bệnh có nhiều địa điểm hành nghề thì khảo sát tất cả các địa điểm; các nội dung khảo sát bao gồm:

4.1. Địa điểm hành nghề trên giấy phép hoạt động đúng với địa điểm đang hành nghề của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh;

4.2. Bản sao các tài liệu trong hồ sơ đề nghị ký hợp đồng có thông tin đúng với bản chính lưu tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh;

4.3. Người được phân công thực hiện dịch vụ kỹ thuật ngoài phạm vi hoạt động chuyên môn ghi trên chứng chỉ hành nghề theo quy định tại khoản 1 Điều 11 Nghị định số 155/2018/NĐ-CP có chứng chỉ hoặc chứng nhận đào tạo, có văn bản phân công thực hiện dịch vụ kỹ thuật của người có thẩm quyền;

4.4. Các khoa lâm sàng, khoa cận lâm sàng, các chuyên khoa khám bệnh, khoa hoặc bộ phận dược, đơn vị điều trị khác (nếu có) và số giường được phê duyệt, số giường thực kê thuộc mỗi khoa, đơn vị điều trị khác không thay đổi so với thời điểm cấp giấy phép hoạt động; trường hợp thay đổi phải có quyết định của cấp có thẩm quyền;

4.5. Cơ sở khám bệnh, chữa bệnh công lập sử dụng tài sản công vào mục đích liên doanh, liên kết để hình thành khoa, phòng, đơn vị điều trị: phải có Đề án sử dụng tài sản công vào mục đích liên doanh, liên kết được cấp có thẩm quyền phê duyệt theo quy định tại khoản 4 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;

4.6. 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 hoặc bảng chấm công để xác định những người làm việc thực tế tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh;

4.7. Kiểm tra điều kiện đảm bảo việc cung ứng thuốc, hóa chất, vật tư y tế cho người bệnh BHYT:

4.7.1. Bệnh viện có khoa Dược, nhân lực theo quy định tại các khoản 1, 2, 4 và 5 Điều 4, khoản 1 các Điều 7, 8, 9 và 11 Thông tư số 22/2011/TT-BYT ngày 10/6/2011 của Bộ trưởng Bộ Y tế quy định tổ chức và hoạt động của khoa Dược bệnh viện; phòng khám, trạm y tế và các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh BHYT khác phải có thiết bị bảo quản, cấp phát thuốc, nhân lực theo quy định;

4.7.2. 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 pháp luật quy định đối với các thuốc, hóa chất, vật tư y tế trong danh mục dự kiến sử dụng cho người bệnh BHYT.

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 theo hướng dẫn của Bảo hiểm xã hội Việt Nam, BHXH tỉnh đánh giá việc đáp ứng các điều kiện ký hợp đồng và xem xét ký hợp đồng hoặc không ký hợp đồng. Trường hợp không ký hợp đồng phải trả lời bằng văn bản cho cơ sở khám bệnh, chữa bệnh và nêu rõ lý do.

6. BHXH tỉnh cập nhật số hợp đồng, thời gian thực hiện hợp đồng, bản chụp hợp đồng lên phần mềm Giám định ngay sau khi hợp đồng được ký kết.

Điều 6. Thời gian thực hiện

1. BHXH tỉnh hoàn thành việc thẩm định điều kiện ký hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh BHYT trong thời hạn 20 ngày làm việc, kể từ ngày nhận đủ hồ sơ hợp lệ (theo ngày ghi trên dấu công văn đến) của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh.

2. BHXH tỉnh thực hiện việc ký hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh BHYT hoặc trả lời bằng văn bản cho cơ sở khám bệnh, chữa bệnh và nêu rõ lý do không ký hợp đồng trong thời hạn 30 ngày kể từ ngày nhận đủ hồ sơ hợp lệ (theo ngày ghi trên dấu công văn đến).

Chương III

GIÁM ĐỊNH ĐIỀU KIỆN THANH TOÁN THUỐC, VẬT TƯ Y TẾ VÀ DỊCH VỤ KHÁM BỆNH, CHỮA BỆNH

Mục 1. GIÁM ĐỊNH ĐIỀU KIỆN THANH TOÁN THUỐC

Điều 7. Hồ sơ, tài liệu giám định điều kiện thanh toán thuốc

1. Danh mục thuốc thuộc phạm vi thanh toán BHYT

1.1. Thuốc hóa dược, sinh phẩm, thuốc phóng xạ và chất đánh dấu lập theo mẫu quy định tại Phụ lục 1 ban hành kèm theo Thông tư số 15/2019/TT-BYT ngày 11/7/2019 của Bộ trưởng Bộ Y tế quy định việc đấu thầu thuốc tại các cơ sở y tế công lập;

1.2. Thuốc đông y, thuốc từ dược liệu và vị thuốc y học cổ truyền lập theo mẫu tại Phụ lục 1 ban hành kèm theo Thông tư số 05/2015/TT-BYT ngày 17/3/2015 của Bộ

trưởng 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;

1.3. Định dạng dữ liệu các danh mục trên theo Bảng 3 Mẫu số 01/QTGĐ, ghi đủ thông tin trong các trường hợp sau:

1.3.1. Sử dụng thuốc hóa dược, sinh phẩm quy định tại hạng bệnh viện cao hơn hoặc thuốc phóng xạ và chất đánh dấu để thực hiện các dịch vụ kỹ thuật được cấp thẩm quyền phê duyệt: ghi mã các dịch vụ kỹ thuật có sử dụng thuốc đó;

1.3.2. Cơ sở khám bệnh, chữa bệnh ngoài công lập mua sắm theo kết quả trúng thầu của nơi khác: thông tin thầu ghi số quyết định trúng thầu (bao gồm cả số và ký hiệu quyết định), gói thầu, nhóm thầu, năm công bố quyết định trúng thầu, mã tỉnh hoặc mã cơ sở khám bệnh, chữa bệnh nơi tổ chức đấu thầu;

1.3.3. Thuốc tự bào chế, pha chế, chế biến: số quyết định trúng thầu ghi số và ký hiệu văn bản của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh gửi cơ quan BHXH.

2. Văn bản của người đứng đầu cơ sở khám bệnh, chữa bệnh phê duyệt quy trình sản xuất, tiêu chuẩn chất lượng, giá thuốc theo quy định tại điểm d khoản 7 Điều 4 Thông tư số 30/2018/TT-BYT ngày 30/10/2018 của Bộ trưởng 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 và bảng thuyết minh giá thành của thuốc tự bào chế, pha chế, chế biến theo quy định tại khoản 6 Điều 5 Thông tư số 05/2015/TT-BYT và được sửa đổi tại Điều 1 Thông tư số 27/2020/TT-BYT ngày 31/12/2020 của Bộ trưởng Bộ Y tế về việc bổ sung, sửa đổi Điều 5 Thông tư số 05/2015/TT-BYT.

3. Văn bản của cấp có thẩm quyền cho phép thực hiện việc chẩn đoán, điều trị bằng phóng xạ theo quy định tại khoản 2 Điều 2 Thông tư số 30/2018/TT-BYT.

4. 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 lập theo mẫu quy định tại Phụ lục 1, Phụ lục 2 ban hành kèm theo Thông tư số 15/2019/TT-BYT nếu cơ sở khám bệnh, chữa bệnh tự tổ chức đấu thầu.

Điều 8. Nội dung giám định điều kiện thanh toán thuốc

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

2. Điều kiện về sử dụng thuốc phù hợp với mô hình tổ chức, chuyên khoa điều trị, phân hạng bệnh viện, phạm vi hoạt động chuyên môn của người hành nghề.

3. Đơn giá, 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.

Điều 9. Quy trình giám định điều kiện thanh toán thuốc

1. Thu thập tài liệu, cập nhật danh mục thuốc lên Hệ thống thông tin giám định BHYT

1.1. Đơn vị được Bộ Y tế giao đấu thầu tập trung cấp quốc gia, đàm phán giá thuốc cập nhật danh mục thuốc trúng thầu tập trung cấp quốc gia, đàm phán giá lên Cổng tiếp nhận, kiểm tra thông tin, ký số dữ liệu (nếu có), gửi sang phần mềm Giám định.

1.2. BHXH tỉnh

1.2.1. Hướng dẫn cơ sở khám bệnh, chữa bệnh gửi tài liệu đồng thời cập nhật danh mục nêu tại Điều 7 Quy trình này lên Cổng tiếp nhận, 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 hoặc sau khi có kết quả lựa chọn nhà thầu hoặc quyết định mua sắm của cơ sở y tế ngoài công lập;

1.2.2. Cập nhật danh mục thuốc mua sắm theo kết quả đấu thầu tập trung cấp địa phương lên phần mềm Giám định.

1.3. Thay đổi thông tin danh mục thuốc đã áp dụng

1.3.1. 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:

a) Trung tâm Giám định BHYT và Thanh toán đa tuyến cập nhật thông tin thay đổi khi tiếp nhận yêu cầu từ đơn vị đấu thầu, mua sắm tập trung cấp quốc gia;

b) BHXH tỉnh cập nhật thông tin thay đổi khi tiếp nhận yêu cầu từ đơn vị mua sắm tập trung của tỉnh hoặc từ cơ sở khám bệnh, chữa bệnh.

1.3.2. Trường hợp cơ sở khám bệnh, chữa bệnh mua sắm bổ sung thuốc trúng thầu: sau khi cơ sở khám bệnh, chữa bệnh gửi văn bản thông báo các thuốc mua sắm bổ sung số lượng kèm theo phụ lục hợp đồng hoặc quyết định mua sắm bổ sung, BHXH tỉnh cập nhật số lượng thuốc mua bổ sung trên phần mềm Giám định.

2. Giám định danh mục thuốc

2.1. Phần mềm Giám định đối chiếu danh mục thuốc nêu tại khoản 1 Điều 7 Quy trình này với danh mục thuốc thuộc phạm vi thanh toán BHYT được Bộ Y tế ban hành, tự động trả về Cổng tiếp nhận các thuốc sau đây:

2.1.1. Tên hoạt chất, tên thuốc phóng xạ và chất đánh dấu, đường dùng hoặc dạng dùng không đúng với thông tin tại danh mục thuốc hóa dược, sinh phẩm, thuốc phóng xạ và chất đánh dấu ban hành kèm theo Thông tư số 30/2018/TT-BYT , Thông tư số 01/2020/TT-BYT ngày 16/01/2020 của Bộ trưởng Bộ Y tế sửa đổi, bổ sung một số điều của Thông tư số 30/2018/TT-BYT và Thông tư số 20/2020/TT-BYT ngày 26/11/2020 của Bộ trưởng Bộ Y tế về việc sửa đổi, bổ sung Thông tư số 30/2018/TT-BYT ;

2.1.2. Hoạt chất và đường dùng hoặc dạng dùng của thuốc không tương ứng với hạng bệnh viện của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh, trừ các trường hợp sau:

a) Thuốc vượt hạng sử dụng để thực hiện dịch vụ kỹ thuật đã được cấp có thẩm quyền phê duyệt;

b) Thuốc vượt hạng sử dụng tại bệnh viện chuyên khoa tuyến tỉnh đã được Sở Y tế và BHXH tỉnh thống nhất xác định, không cao hơn hạng của bệnh viện đa khoa tỉnh.

2.1.3. Các hoạt chất có quy định điều kiện thanh toán không phù hợp với mô hình tổ chức, chuyên khoa điều trị; thuốc có quy định tỷ lệ thanh toán không tương ứng với dạng bào chế;

2.1.4. Thuốc phóng xạ, chất đánh dấu sử dụng trong các dịch vụ kỹ thuật chưa được cấp có thẩm quyền phê duyệt thực hiện;

2.1.5. Thành phần và đường dùng của thuốc đông y, thuốc từ dược liệu, tên và nguồn gốc của vị thuốc y học cổ truyền không 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 của Bộ trưởng Bộ Y tế sửa đổi, bổ sung các quy định liên quan đến thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh;

2.1.6. Thuốc đông y, thuốc từ dược liệu sử dụng tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh không phải là bệnh viện hoặc viện y học cổ truyền hoặc phân hạng thấp hơn hạng bệnh viện được thanh toán quy định tại Danh mục thuốc đông y, thuốc từ dược liệu và vị thuốc y học cổ truyền thuộc phạm vi thanh toán của quỹ bảo hiểm y tế ban hành kèm theo Thông tư số 05/2015/TT-BYT ;

2.1.7. Thuốc có số đăng ký hoặc giấy phép lưu hành sản phẩm không đúng với thông tin trong danh mục thuốc được Bộ Y tế cấp phép lưu hành còn hiệu lực được công bố trên Trang thông tin điện tử của Cục Quản lý Dược - Bộ Y tế theo quy định tại Thông tư số 08/2022/TT-BYT ngày 05/9/2022 của Bộ trưởng Bộ Y tế quy định việc đăng ký lưu hành thuốc, nguyên liệu làm thuốc;

2.1.8. Thuốc hóa dược, sinh phẩm, thuốc phóng xạ và chất đánh dấu tự bào chế, pha chế có thành phần hoạt chất không đúng quy định; không phù hợp về đường dùng, dạng dùng, hạng bệnh viện được sử dụng tại Phụ lục 01 hoặc Phụ lục 02 ban hành kèm theo Thông tư số 30/2018/TT-BYT , khoản 1 và 2 Điều 2 Thông tư số 01/2020/TT-BYT, Điều 1 và 2 Thông tư số 20/2020/TT-BYT. Thuốc đông y, thuốc từ dược liệu tự chế biến, bào chế không đúng các vị thuốc trong danh mục ban hành kèm theo Thông tư số 05/2015/TT-BYT , Điều 1 Quyết định số 695/QĐ-BYT ngày 29/02/2016 của Bộ trưởng Bộ Y tế đính chính Thông tư số 05/2015/TT-BYT và Điều 5 Thông tư số 50/2017/TT-BYT;

2.1.9. Danh mục thuốc nêu tại các điểm 1.1 và 1.2 khoản 1 Điều 7 Quy trình này không 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);

2.1.10. Danh mục thuốc tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh ngoài công lập mua sắm theo kết quả trúng thầu không trùng khớp các thông tin theo quy định tại điểm c khoản 7 Điều 50 Thông tư số 15/2019/TT-BYT.

2.2. BHXH tỉnh

2.2.1. Đối chiếu dữ liệu danh mục thuốc 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;

2.2.2. Đối chiếu các thông tin về hình thức đấu thầu, danh mục thuốc theo kết quả lựa chọn nhà thầu 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;

2.2.3. Xác định cơ sở khám bệnh, chữa bệnh đã được 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;

2.2.4. Xác định cơ sở khám bệnh, chữa bệnh đã 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. Giám định số lượng và giá thuốc

3.1. Phần mềm Giám định kiểm tra số lượng, đơn giá thuốc trong danh mục nêu tại khoản 1 Điều 7 Quy trình này, tự động trả về Cổng tiếp nhận các thuốc sau đây:

3.1.1. Số lượng mua sắm 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 (số lượng thuốc mua sắm tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh ký hợp đồng để thực hiện khám bệnh, chữa bệnh BHYT tại các trạm y tế xã, phường, nhà hộ sinh công lập, phòng khám đa khoa khu vực bao gồm số lượng thuốc sử dụng tại các cơ sở y tế này);

3.1.2. Đơn giá cao hơn đơn giá tại kết quả lựa chọn nhà thầu đã được phê duyệt hoặc cao hơn giá kê khai, giá kê khai lại còn hiệu lực tại thời điểm phê duyệt kết quả lựa chọn nhà thầu được công bố trên Trang thông tin điện tử của Cục Quản lý Dược - Bộ Y tế;

3.1.3. Thuốc tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh ngoài công lập mua sắm theo kết quả đấu thầu tập trung hoặc theo kết quả đấu thầu của các cơ sở công lập tuyến tỉnh trên cùng địa bàn:

a) Không đúng 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;

b) Giá thanh toán cao hơn đơn giá thuốc theo kết quả trúng thầu.

3.1.4. Dược liệu sau chế biến, bảo quản cân chia có tỷ lệ hao hụt cao hơn tỷ lệ quy định tại khoản 5 Điều 6 Thông tư số 43/2017/TT-BYT ngày 16/11/2017 của Bộ trưởng 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.

3.2. BHXH tỉnh

3.2.1. Rà soát 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;

3.2.2. Rà soát giá thanh toán của vị thuốc y học cổ truyền do cơ sở khám bệnh, chữa bệnh tự mua dược liệu để chế biến, bào chế với giá của dược liệu mua sắm theo kết quả trúng thầu cộng với các khoản chi phí tại bảng thuyết minh giá thành của vị thuốc theo quy định tại Điều 1 Thông tư số 27/2020/TT-BYT;

3.2.3. Rà soát giá thanh toán của thuốc y học cổ truyền tự chế biến hoặc bào chế với 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;

3.2.4. Rà soát giá thanh toán của bao bì đóng gói đối với các loại thuốc thang trên cơ sở thuyết minh giá thành của bao bì khi cơ sở khám bệnh, chữa bệnh không sắc thuốc cho người bệnh.

Trường hợp phát hiện giá thanh toán của các thuốc, bao bì đóng gói nêu tại điểm này chưa hợp lý thì đề nghị cơ sở khám bệnh, chữa bệnh có văn bản làm rõ các chi phí để xác định giá thành của thuốc, bao bì đóng gói.

Điều 10. Thời gian thực hiện và thời điểm áp dụng danh mục thuốc

1. Trung tâm Giám định BHYT và Thanh toán đa tuyến hoàn thành việc giám định theo hướng dẫn tại khoản 2 và 3 Điều 9 Quy trình 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.

2. BHXH tỉnh: hoàn thành việc cập nhật và giám định danh mục thuốc theo kết quả đấu thầu tập trung cấp địa phương và tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh theo hướng dẫn tại khoản 2 và 3 Điều 9 Quy trình này trong thời hạn 07 ngày làm việc kể từ ngày nhận đủ tài liệu và danh mục thuốc nêu tại Điều 7 Quy trình này.

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; trường hợp hợp đồng cung ứng thuốc có hiệu lực sau ngày cơ quan BHXH nhận đủ tài liệu và danh mục thì thời điểm áp dụng kể từ ngày hợp đồng có hiệu lực.

Mục 2. GIÁM ĐỊNH ĐIỀU KIỆN THANH TOÁN VẬT TƯ Y TẾ

Điều 11. Hồ sơ, tài liệu giám định điều kiện thanh toán vật tư y tế

1. Danh mục vật tư y tế trong phạm vi thanh toán BHYT được lập theo Phụ lục 02 ban hành kèm theo Thông tư số 04/2017/TT-BYT ngày 14/4/2017 của Bộ trưởng 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; 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 lập danh mục vật tư y tế

theo quy định tại Phụ lục 03 ban hành kèm theo Thông tư số 04/2017/TT-BYT; định dạng dữ liệu danh mục theo Bảng 4 Mẫu số 01/QTGĐ, ghi đủ thông tin trong các trường hợp sau:

1.1. Vật tư y tế khó định lượng khi sử dụng được thanh toán riêng ngoài giá dịch vụ y tế: ghi định mức cho một lần sử dụng dịch vụ kỹ thuật;

1.2. Vật tư y tế tái sử dụng: ghi số lần sử dụng và giá thanh toán;

1.3. Vật tư y tế gồm nhiều bộ phận: ghi mã bộ và mã chi tiết từng bộ phận, giá thanh toán từng bộ phận theo quy định tại Quyết định số 5086/QĐ-BYT ngày 04/11/2021 của Bộ trưởng Bộ Y tế ban hành Danh mục dùng chung mã hãng sản xuất vật tư y tế (đợt 1) và nguyên tắc mã hoá vật tư y tế phục vụ quản lý và giám định, thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh BHYT;

1.4. Vật tư y tế tự sản xuất: ghi số và ký hiệu văn bản của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh gửi cơ quan BHXH và giá thanh toán.

2. Văn bản của cấp có thẩm quyền phê duyệt kế hoạch lựa chọn nhà thầu 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.

3. Văn bản thông báo định mức và tài liệu xây dựng định mức 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.

4. Văn bản thông báo vật tư y tế có đơn vị tính là "bộ" không có giá riêng lẻ của từng bộ phận trong "bộ" theo quy định tại điểm b khoản 4 Điều 4 Thông tư số 04/2017/TT-BYT.

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.

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 đối với vật tư y tế tự sản xuất theo quy định tại khoản 4 Điều 3 Thông tư số 04/2017/TT-BYT.

Điều 12. Nội dung giám định điều kiện thanh toán vật tư y tế

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

2. 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.

3. 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.

Điều 13. Quy trình giám định điều kiện thanh toán vật tư y tế

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

1.1. Đơn vị được Bộ trưởng Bộ Y tế giao đấu thầu vật tư y tế tập trung quốc gia, đàm phán giá cập nhật danh mục vật tư y tế theo kết quả đấu thầu hoặc đàm phán giá lên Cổng tiếp nhận, kiểm tra thông tin, ký số dữ liệu (nếu có), gửi sang phần mềm Giám định.

1.2. BHXH tỉnh

1.2.1. Hướng dẫn cơ sở khám bệnh, chữa bệnh gửi tài liệu quy định tại Điều 11 Quy trình này đồng thời 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, 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 hoặc sau khi có kết quả lựa chọn nhà thầu;

1.2.2. 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.

1.3. Thay đổi thông tin danh mục vật tư y tế đã 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:

1.3.1. Trung tâm Giám định BHYT và Thanh toán đa tuyến cập nhật thông tin thay đổi khi tiếp nhận yêu cầu từ đơn vị đấu thầu, mua sắm tập trung cấp quốc gia;

1.3.2. BHXH tỉnh cập nhật thông tin thay đổi khi tiếp nhận yêu cầu từ đơn vị mua sắm tập trung của tỉnh hoặc cơ sở khám bệnh, chữa bệnh.

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

2.1. Phần mềm Giám định kiểm tra thông tin, số lượng, đơn giá của vật tư y tế trong danh mục nêu tại khoản 1 Điều 11 Quy trình này, tự động trả về Cổng tiếp nhận các vật tư y tế sau đây:

2.1.1. Vật tư y tế có mã nhóm, tên nhóm hoặc đơn vị tính không đúng với thông tin tại danh mục vật tư y tế ban hành kèm theo Thông tư số 04/2017/TT-BYT , khoản 2 Điều 1 Quyết định số 2192/QĐ-BYT ngày 31/5/2017 của Bộ trưởng Bộ Y tế về việc đính chính Thông tư số 04/2017/TT-BYT hoặc các thông tin khác không trùng khớp với danh mục vật tư y tế theo kết quả lựa chọn nhà thầu.

2.1.2. Vật tư y tế sử dụng tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh ngoài công lập mua sắm theo kết quả đấu thầu nơi khác nhưng không đúng mặt hàng trúng thầu (khác tên thương mại, chủng loại, tiêu chí kỹ thuật, tiêu chuẩn chất lượng, nhà sản xuất, nước sản xuất) hoặc thời gian thực hiện hợp đồng không đúng thời gian quy định tại quyết định phê duyệt kết quả lựa chọn nhà thầu theo quy định tại khoản 6 Điều 3 Thông tư số 04/2017/TT-BYT;

2.1.3. Số lượng vật tư y tế vượt quá số lượng được xác định trong kết quả lựa chọn nhà 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 (số lượng vật tư y tế mua sắm tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh ký hợp đồng để thực hiện khám bệnh, chữa bệnh BHYT tại các trạm y tế xã, phường, nhà hộ sinh công lập, phòng khám đa khoa khu vực bao gồm số lượng tại các cơ sở y tế này);

2.1.4. Đơn giá vật tư y tế mua sắm cao hơn đơn giá theo kết quả lựa chọn nhà thầu của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh hoặc kết quả đấu thầu tập trung cấp địa phương, đấu thầu tập trung cấp quốc gia.

2.2. BHXH tỉnh

2.2.1. 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;

2.2.2. Đối chiếu hình thức đấu thầu, mua sắm vật tư y tế đúng với kế hoạch được cấp có thẩm quyền phê duyệt; số lượng trúng thầu không cao hơn số lượng theo kế hoạch lựa chọn nhà thầu đã được phê duyệt; giá trúng thầu không cao hơn đơn giá tại kế hoạch lựa chọn nhà thầu đã được phê duyệt; các trường hợp xử lý tình huống theo quy định tại điểm b khoản 5 Điều 117 Nghị định số 63/2014/NĐ-CP ngày 26/6/2014 của Chính phủ quy định chi tiết thi hành một số điều của Luật Đấu thầu về lựa chọn nhà thầu;

2.2.3. Đối chiếu 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;

2.2.4. Đối với vật tư y tế khó định lượng khi sử dụng: căn cứ tài liệu nêu tại khoản 3 Điều 11 Quy trình này, số lượng, tần suất thực hiện dịch vụ kỹ thuật và số lượng vật tư y tế đã sử dụng để rà soát định mức xây dựng, đề nghị điều chỉnh nếu phát hiện định mức chưa phù hợp;

2.2.5. Đối với các vật tư y tế có thể tái sử dụng mà 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 kèm theo quy trình tái sử dụng, số lần tái sử dụng đã được phê duyệt để rà soát giá thanh toán theo quy định tại khoản 2, khoản 3 Điều 5 Thông tư số 04/2017/TT-BYT, đề nghị điều chỉnh nếu phát hiện giá chưa phù hợp;

2.2.6. Đối với các loại vật tư y tế có đơn vị tính là "bộ": đối chiếu văn bản và danh mục cơ sở khám bệnh, chữa bệnh cung cấp để kiểm tra các vật tư y tế phải sử dụng toàn bộ các bộ phận, vật tư y tế có thể sử dụng một hoặc một số bộ phận mà các bộ phận còn lại có hoặc không thể sử dụng tiếp;

2.2.7. Đối với vật tư y tế tự sản xuất: rà soát tài liệu nêu tại khoản 6 Điều 11 Quy trình này; 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.

Điều 14. Thời gian giám định và thời điểm áp dụng danh mục vật tư y tế

1. Trung tâm Giám định BHYT và Thanh toán đa tuyến hoàn thành việc giám định theo hướng dẫn tại khoản 2 Điều 13 Quy trình này trong thời hạn 03 ngày làm việc kể từ ngày nhận đủ tài liệu và danh mục vật tư y tế đấu thầu tập trung cấp quốc gia.

2. BHXH tỉnh hoàn thành việc cập nhật và giám định danh mục vật tư y tế mua sắm theo kết quả đấu thầu tập trung cấp địa phương và tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh theo hướng dẫn tại khoản 2 Điều 13 Quy trình này trong thời hạn 07 ngày làm việc kể từ ngày nhận đủ tài liệu và danh mục vật tư y tế nêu tại Điều 11 Quy trình này.

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; trường hợp hợp đồng mua sắm vật tư y tế có hiệu lực sau ngày BHXH tỉnh nhận đủ tài liệu và danh mục thì thời điểm áp dụng kể từ ngày hợp đồng có hiệu lực.

Mục 3. GIÁM ĐỊNH ĐIỀU KIỆN THANH TOÁN DỊCH VỤ KHÁM BỆNH, CHỮA BỆNH BẢO HIỂM Y TẾ

Điều 15. Hồ sơ, tài liệu giám định điều kiện thanh toán dịch vụ khám bệnh, chữa bệnh

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/QTGĐ.

2. Danh mục thiết bị y tế để thực hiện dịch vụ kỹ thuật cho người bệnh BHYT theo Bảng 6 Mẫu số 01/QTGĐ.

3. Danh sách chuyên khoa khám bệnh, danh sách khoa, phòng điều trị theo quy định của Bộ Y tế, lập theo Bảng 1 Mẫu số 01/QTGĐ, danh sách người hành nghề lập theo Bảng 2 Mẫu số 01/QTGĐ.

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; phụ lục hợp đồng ký kết giữa BHXH tỉnh và cơ sở khám bệnh, chữa bệnh về việc thanh toán theo chế độ BHYT đối với các dịch vụ cận lâm sàng cần chuyển thực hiện tại cơ sở y tế khác; văn bản của cấp có thẩm quyền phê duyệt thực hiện dịch vụ cận lâm sàng tại cơ sở y tế nơi thực hiện dịch vụ cận lâm sàng không ký hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh BHYT.

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.

6. Trường hợp có thực hiện dịch vụ kỹ thuật bằng các 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.

7. Trường hợp có thực hiện các dịch vụ kỹ thuật bằng các thiết bị y tế chưa được hạch toán vào ngân sách nhà nước và hình thức chuyển giao quyền sở hữu khác cho Nhà nước Việt Nam: văn bản xác lập quyền sở hữu toàn dân của tài sản của cấp có thẩm quyền theo quy định tại Nghị định số 29/2018/NĐ-CP ngày 05/3/2018 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.

Điều 16. Nội dung giám định điều kiện thanh toán dịch vụ khám bệnh, chữa bệnh

1. Xác định dịch vụ khám bệnh, chữa bệnh được cấp có thẩm quyền phê duyệt, trong phạm vi thanh toán của quỹ BHYT.

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, thiết bị y tế, người hành nghề tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh.

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

Điều 17. Quy trình giám định điều kiện thanh toán dịch vụ khám bệnh, chữa bệnh

1. Thu thập tài liệu

BHXH tỉnh hướng dẫn cơ sở khám bệnh, chữa bệnh gửi tài liệu nêu tại Điều 15 Quy trình này (trừ phụ lục hợp đồng nêu tại khoản 4 Điều 15 Quy trình này) và cập nhật danh mục dịch vụ khám bệnh, chữa bệnh lên Cổng tiếp nhận, 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 khoản 5 Điều 15 Quy trình này, cơ sở khám bệnh, chữa bệnh 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/QTGĐ.

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

2.1. Phần mềm Giám định kiểm tra, tự động trả về Cổng tiếp nhận các dịch vụ khám bệnh, chữa bệnh sau đây:

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

2.1.2. Dịch vụ kỹ thuật chưa được Bộ Y tế hoặc người đứng đầu cơ sở khám bệnh, chữa bệnh ban hành quy trình chuyên môn kỹ thuật;

2.1.3. Giá dịch vụ kỹ thuật, tiền khám bệnh, tiền giường bệnh theo các chuyên khoa cao hơn giá dịch vụ khám bệnh, chữa bệnh do Bộ trưởng Bộ Y tế quy định;

2.1.4. Dịch vụ cận lâm sàng chuyển thực hiện tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh khác không có trong danh mục dịch vụ kỹ thuật được phê duyệt của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh BHYT nơi thực hiện;

2.1.5. Dịch vụ kỹ thuật tiếp nhận chuyển giao nêu tại khoản 5 Điều 15 Quy trình này không phù hợp với phạm vi hoạt động chuyên môn của nhân viên y tế thực hiện chuyển giao.

2.2. BHXH tỉnh

Đối chiếu dữ liệu 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; kiểm tra tài liệu, trả lại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh qua Cổng tiếp nhận các dịch vụ kỹ thuật sau:

2.2.1. Dịch vụ kỹ thuật sử dụng cho người bệnh BHYT không có trong danh mục dịch vụ kỹ thuật được cấp có thẩm quyền phê duyệt;

2.2.2. Dịch vụ kỹ thuật sử dụng cho người bệnh BHYT thực hiện bằng thiết bị y tế không có trong danh mục do cơ sở khám bệnh, chữa bệnh cung cấp;

2.2.3. Dịch vụ kỹ thuật không được cơ sở khám bệnh, chữa bệnh cung cấp đầy đủ tài liệu trong các trường hợp nêu tại các khoản 4, 5, 6 và 7 Điều 15 Quy trình này.

Điều 18. Thời gian giám định và thời điểm áp dụng danh mục dịch vụ khám bệnh, chữa bệnh

1. BHXH tỉnh hoàn thành việc giám định theo hướng dẫn tại khoản 2 Điều 17 Quy trình này trong thời hạn 05 ngày làm việc kể từ ngày ký hợp đồng lần đầu với cơ sở khám bệnh, chữa bệnh, 03 ngày làm việc trong các trường hợp khác kể từ ngày nhận đủ tài liệu và danh mục dịch vụ khám bệnh, chữa bệnh nêu tại Điều 15 Quy trình này.

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 BẢO HIỂM Y TẾ

Mục 1. GIÁM ĐỊNH CHI PHÍ KHÁM BỆNH, CHỮA BỆNH BẢO HIỂM Y TẾ TRÊN DỮ LIỆU

Điều 19. Dữ liệu để giám định chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế

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) theo thời hạn theo quy định tại Điều 7 hoặc Điều 8 Thông tư số 48/2017/TT-BYT ngày 28/12/2017 của Bộ trưởng Bộ Y tế về trích chuyển dữ liệu điện tử phục vụ quản lý và giám định, thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh BHYT.

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 trưởng Bộ Tài chính hướng dẫn kế toán BHXH theo thời hạn gửi kèm theo bảng tổng hợp quy định tại khoản 2 Điều 32 Luật Bảo hiểm y tế.

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 Công văn số 3762/BHXH-CSYT ngày 22/11/2021 của Bảo hiểm xã hội Việt Nam về việc tạm thời sử dụng một số mẫu biểu trong chi trả chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế.

3.1. Cơ sở khám bệnh, chữa bệnh chưa thực hiện ký số các dữ liệu tại khoản 1 và 2 Điều này theo quy định về giao dịch điện tử phải gửi dữ liệu và bản giấy các Mẫu số C79-HD, Mẫu số 19/BHYT, Mẫu số 20/BHYT và Mẫu số 21/BHYT.

3.2. Trường hợp cơ sở khám bệnh chữa bệnh đã ký số dữ liệu XML không phải gửi dữ liệu tổng hợp nêu tại điểm 3.1 khoản này.

Điều 20. Nội dung giám định chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế trên dữ liệu

1. Cấu trúc, định dạng dữ liệu, tính logic của các trường thông tin trong dữ liệu XML.

2. Tính thống nhất của số liệu trên các Mẫu số C79-HD, Mẫu số 19/BHYT, Mẫu số 20/BHYT, Mẫu số 21/BHYT và dữ liệu XML.

3. Thông tin thẻ BHYT với dữ liệu phát hành thẻ BHYT.

4. Mức hưởng, quyền lợi hưởng BHYT trên dữ liệu XML.

5. Chi phí thuốc, vật tư y tế, dịch vụ khám bệnh, chữa bệnh thuộc phạm vi được hưởng BHYT, phù hợp với điều kiện thanh toán tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh.

6. Số lượt khám bệnh, chữa bệnh BHYT.

7. Phát hiện các chỉ số, thông tin bất thường cần giám định chủ động.

Điều 21. Quy trình giám định chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế trên dữ liệu

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.

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

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 (trừ các mã đối tượng QN, HC, XK, LS, CA do BHXH Bộ Quốc phòng hoặc BHXH Công an nhân dân phát hành).

2.1.1. Trường hợp thông tin thẻ BHYT trên dữ liệu XML không đúng với thông tin trên dữ liệu phát hành thẻ BHYT được cơ sở khám bệnh, chữa bệnh tra cứu tại thời điểm người bệnh đến khám bệnh, chữa bệnh theo quy định tại Thông tư số 48/2017/TT-BYT: thông tin được tự động gửi sang phần mềm TST để kiểm tra, điều chỉnh nếu sai thông tin phát hành thẻ BHYT; dữ liệu XML sai thông tin thẻ BHYT sau kiểm tra không do lỗi phát hành thẻ được đánh dấu trạng thái "từ chối thanh toán" và trả về Cổng tiếp nhận;

2.1.2. Trường hợp thông tin thẻ BHYT trên dữ liệu XML được xác định hết giá trị sử dụng trước ngày khám bệnh do người bệnh đã tử vong: thông tin được tự động gửi sang phần mềm TST hoặc TCS để kiểm tra, xác nhận trên phần mềm TST hoặc TCS, kết quả kiểm tra được liên thông sang phần mềm Giám định, các trường hợp tử vong trước ngày khám bệnh bị tự động từ chối thanh toán;

2.1.3. Trường hợp cơ sở khám bệnh, chữa bệnh không tra cứu được thông tin thẻ BHYT do sự cố kỹ thuật thực hiện theo hướng dẫn của Bộ Y tế tại Công văn số 1677/BYT-BH ngày 28/3/2018 về việc hướng dẫn giải quyết một số vấn đề về ứng dụng công nghệ thông tin trong quản lý khám bệnh, chữa bệnh và thanh toán BHYT;

2.1.4. Trường hợp cơ sở khám bệnh, chữa bệnh không thực hiện tra cứu thông tin thẻ BHYT theo quy định tại Thông tư số 48/2017/TT-BYT , dữ liệu XML được đánh dấu trạng thái "không tra cứu thông tin thẻ BHYT" và trả về Cổng tiếp nhận.

2.2. Xác định 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.

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

2.3.1. 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 9, 13 và 17 Quy trình này; các chi phí có thông tin không đúng với danh mục được tự động từ chối thanh toán;

2.3.2. Các chi phí được chỉ định hoặc thực hiện từ người hành nghề, thực hiện từ 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:

a) 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 thực hiện;

b) Thiết bị y tế không có trong danh mục hoặc ngoài thời hạn hiệu lực của hợp đồng liên doanh, liên kết hoặc thuê.

2.3.3. 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;

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

a) 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 theo quy định tại khoản 1 và 3 Điều 5 Thông tư số 39/2018/TT-BYT ngày 30/11/2018 của Bộ trưởng Bộ Y tế quy định thống nhất giá dịch vụ khám bệnh, chữa bệnh BHYT 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;

b) 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 của 01 lần khám bệnh theo quy định tại khoản 3 Điều 5 Thông tư số 39/2018/TT-BYT; điều chỉnh tiền khám bệnh khi đề nghị thanh toán không đúng mức giá được áp dụng theo hạng bệnh viện;

c) Điều chỉnh tỷ lệ thanh toán bằng 50% mức giá khám bệnh từ lượt khám thứ 66 trở lên đối với các bàn khám khám trên 65 lượt khám/01 ngày; không thanh toán tiền khám bệnh từ lượt khám thứ 66 trở lên sau thời gian tối đa 01 quý nếu cơ sở y tế vẫn còn có bàn khám khám trên 65 lượt/ngày theo quy định tại khoản 6 Điều 5 Thông tư số 39/2018/TT-BYT.

2.3.5. Tiền giường bệnh được điều chỉnh khi đề nghị thanh toán không đúng quy định hoặc đánh dấu để kiểm tra trong các trường hợp sau:

a) Từ chối thanh toán tiền giường bệnh vượt số ngày quy định tại khoản 1 Điều 6 Thông tư số 39/2018/TT-BYT;

b) Điều chỉnh tiền giường khi vượt quá 10 ngày giường bệnh ngoại khoa sau một lần phẫu thuật theo quy định tại khoản 3 Điều 6 Thông tư số 39/2018/TT-BYT hoặc khi giá tiền giường bệnh không đúng với giá được áp dụng theo hạng bệnh viện, chuyên khoa điều trị; mức giá giường bệnh ngoại khoa không phù hợp với phân loại phẫu thuật hoặc mức giá tại khoa tổ chức theo hình thức liên chuyên khoa;

c) 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;

d) 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 quy định tại điểm c khoản 16 Điều 6 Thông tư số 39/2018/TT-BYT;

đ) Đánh dấu kiểm tra nếu 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.

2.3.6. Chi phí thuốc được điều chỉnh khi đề nghị thanh toán không đúng quy định hoặc đánh dấu để kiểm tra điều kiện thanh toán trong các trường hợp sau:

a) 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;

b) Từ chối thanh toán số lượng thuốc sử dụng vượt quá số lượng được mua sắm, điều tiết theo quy định;

c) 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;

d) Từ chối hoặc điều chỉnh tỷ lệ thanh toán khi chỉ định 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 đánh dấu kiểm tra đối với các thuốc có quy định các điều kiện thanh toán khác.

2.3.7. Chi phí vật tư y tế được điều chỉnh khi đề nghị thanh toán không đúng quy định hoặc đánh dấu để kiểm tra điều kiện thanh toán trong các trường hợp sau:

a) 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;

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

c) 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;

d) Đánh dấu kiểm tra đối với vật tư y tế có quy định điều kiện, tỷ lệ thanh toán.

2.3.8. Chi phí dịch vụ kỹ thuật được điều chỉnh khi đề nghị thanh toán không đúng quy định hoặc đánh dấu để kiểm tra trong các trường hợp sau:

a) 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 đánh dấu kiểm tra đối với dịch vụ kỹ thuật có quy định các điều kiện thanh toán khác;

b) 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, chụp CT Scanner đến 32 dãy, siêu âm, chụp cộng hưởng từ cao hơn 120% số ca tối đa được thực hiện trong quý theo quy định tại khoản 8 Điều 7 Thông tư số 39/2018/TT-BYT.

2.4. Kiểm tra thông tin hình thức khám bệnh, chữa bệnh phù hợp với thời gian điều trị, chỉ định điều trị, trả lại Cổng tiếp nhận các trường hợp thống kê sai hình thức khám bệnh, chữa bệnh.

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 tính theo quy định của Bộ Y tế; từ chối thanh toán nếu không có trong danh mục hoặc không phù hợp với tuổi, giới tính.

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; từ chối thanh toán nếu chỉ định hoặc thực hiện trước thời gian khám bệnh hoặc sau thời gian ra viện.

2.7. Kiểm tra dữ liệu XML của một người bệnh trong các lần khám bệnh, chữa bệnh, tự động điều chỉnh hoặc đánh dấu trạng thái "giám định chủ động" trong các trường hợp sau:

2.7.1. Lập nhiều hồ sơ thanh toán trong tháng đối với trường hợp điều trị ngoại trú 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, không tính lượt đối với các hồ sơ còn lại; đánh dấu trạng thái "giám định chủ động" đối với các hồ sơ không thay đổi chỉ định điều trị nhưng có thanh toán tiền khám bệnh.

2.7.2. 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, đánh dấu trạng thái "không tính lượt" và từ chối tiền khám bệnh đối với hồ sơ ngoại trú;

2.7.3. 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, đánh dấu trạng thái "không tính lượt" đối với các hồ sơ còn lại;

2.7.4. Lập nhiều hồ sơ thanh toán mỗi lần người bệnh đến thực hiện các dịch vụ kỹ thuật trong một đợt điều trị ngoại trú: điều chỉnh hình thức "điều trị ngoại trú" và tổng hợp chi phí vào hồ sơ thứ nhất, đánh dấu trạng thái "không tính lượt" và từ chối tiền khám bệnh đối với các hồ sơ còn lại;

2.7.5. Lập nhiều hồ sơ thanh toán trong trường hợp khám bệnh cùng ngày hoặc ngày kế tiếp hoặc điều trị nội trú có ngày ra viện và ngày vào viện trong thời gian ngắn: đánh dấu trạng thái "giám định chủ động".

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

2.8.1. Nhiều hồ sơ đề nghị thanh toán tại một cơ sở khám bệnh, chữa bệnh trùng toàn bộ thời gian và chi phí: tiếp nhận 01 hồ sơ và từ chối thanh toán các hồ sơ còn lại;

2.8.2. Nhiều hồ sơ đề nghị thanh toán tại một cơ sở khám bệnh, chữa bệnh trùng một phần thời gian: tự động trả toàn bộ hồ sơ về Cổng tiếp nhận để cơ sở khám bệnh, chữa bệnh kiểm tra, điều chỉnh;

2.8.3. Hồ sơ đề nghị thanh toán tại 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: đánh dấu 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, đánh dấu 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.

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, thiết bị y tế, số lượng người bệnh điều trị nội trú theo ngày tại từng khoa, phòng.

3. Sau khi nhận được dữ liệu các báo cáo tổng hợp, phần mềm Giám định đối chiếu giữa dữ liệu XML và dữ liệu các báo cáo theo các Mẫu số C79-HD, Mẫu số 19/BHYT, Mẫu số 20/BHYT, Mẫu số 21/BHYT; tự động trả về Cổng 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. Các hồ sơ thay thế hoặc điều chỉnh thông tin được đánh dấu trạng thái "giám định chủ động".

4. BHXH tỉnh

4.1. Xem xét phản hồi của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh về sai lệch thông tin thẻ BHYT, trả lại dữ liệu XML để cơ sở khám bệnh, chữa bệnh hiệu chỉnh nếu sai sót do nguyên nhân khách quan, bất khả kháng.

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 khoản 1 và 2 Điều 19 Quy trình này, đảm bảo trùng khớp 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.

4.3. Xem xét 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 nghị mở Cổng tiếp nhận để cơ sở khám bệnh, chữa bệnh bổ sung, thay thế dữ liệu nếu do nguyên nhân khách quan, bất khả kháng theo quy định tại Điều 8 và khoản 9 Điều 13 Thông tư số 48/2017/TT-BYT.

4.4. Khai thác thông tin từ phần mềm Giám sát, phân tích dữ liệu, xác định các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh có gia tăng số lượt hoặc số chi không hợp lý, có số chi chiếm tỷ trọng lớn, định hướng các nội dung để thực hiện giám định, tập trung vào các nội dung sau:

4.4.1. 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, gồm:

a) Diễn biến về số lượt khám bệnh hằng ngày, tuần, tháng; về tần suất khám bệnh, chữa bệnh theo nơi đăng ký ban đầu, cấp cứu, chuyển tuyến, trái tuyến;

b) Diễn biến về chi phí, cơ cấu chi phí khám bệnh, chữa bệnh so với tháng trước, quý trước và cùng kỳ năm trước;

c) Phát hiện sự chênh lệch lớn về số lượt khám bệnh, chữa bệnh, về chi phí giữa các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh có cùng mô hình tổ chức, hạng, tuyến, trên cùng địa bàn tỉnh hoặc giữa các tỉnh.

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

a) 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;

b) Phân tích các bệnh, loại bệnh có số lượt, tỷ lệ vào điều trị nội trú, ngày điều trị bình quân tăng so với kỳ trước hoặc tăng so với các bệnh viện cùng hạng, cùng tuyến trên địa bàn, trong khu vực;

c) Phân tích các bệnh, loại bệnh thường được thực hiện can thiệp, phẫu thuật ở ngoại trú nhưng được chỉ định vào điều trị nội trú;

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

4.4.3. Phân tích, đánh giá về chuyển tuyến:

a) Theo dõi, giám sát số lượt, tỷ lệ người bệnh đăng ký khám bệnh, chữa bệnh BHYT ban đầu tại nơi khác đến khám bệnh, chữa bệnh, sau đó được chuyển đi cơ sở khám bệnh, chữa bệnh khác, đánh giá tính hợp lý của chỉ định chuyển tuyến, 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;

b) Phân tích, phát hiện bất thường về số lượt, tỷ lệ đa tuyến đến theo nơi đăng ký ban đầu trong cùng một thời điểm.

4.4.4. Phân tích, đánh giá về 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 để 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;

4.4.5. 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;

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

4.5. Xác định các nội dung 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 xác định các nội dung cần giám định chưa được cập nhật theo các chuyên đề trên phần mềm Giám định, lưu ý phát hiện các vấn đề sau:

4.5.1. 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.

4.5.2. 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; thuốc thuộc danh mục tại Quyết định số 5948/QĐ-BYT ngày 30/12/2021 của Bộ trưởng Bộ Y tế ban hành danh mục tương tác thuốc chống chỉ định trong thực hành lâm sàng tại các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh.

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

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

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

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

4.5.7. 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.

4.6. Trường hợp cơ sở khám bệnh, chữa bệnh có điều chỉnh, bổ sung, thay thế các danh mục khoa phòng, người hành nghề, thiết bị y tế để thực hiện dịch vụ kỹ thuật phải thực hiện giám định danh mục theo hướng dẫn tại Điều 5 Quy trình này trước khi giám định dữ liệu đề nghị thanh toán.

Điều 22. Thời gian giám định chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế trên dữ liệu

1. Đối chiếu thông tin thẻ BHYT

1.1. Trong thời hạn 03 ngày làm việc kể từ ngày tiếp nhận yêu cầu kiểm tra thông tin thẻ BHYT trên phần mềm TST hoặc TCS phải hoàn thành việc kiểm tra, xác nhận thông tin phát hành thẻ BHYT.

1.2. Trong thời hạn 03 ngày làm việc kể từ ngày nhận được dữ liệu XML 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, BHXH tỉnh trả lại dữ liệu để cơ sở khám bệnh, chữa bệnh hiệu chỉnh, gửi lại dữ liệu đề nghị thanh toán.

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 kể từ ngày nhận được dữ liệu XML đề nghị thanh toán; kết quả đối chiếu giữa dữ liệu XML và dữ liệu báo cáo tổng hợp được tự động 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.

3. Kết quả đối chiếu 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. Kết quả giám định chủ động được thông báo sau khi hoàn thành đợt giám định tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh.

Mục 2. GIÁM ĐỊNH CHI PHÍ KHÁM BỆNH, CHỮA BỆNH BẢO HIỂM Y TẾ TRÊN HỒ SƠ, TÀI LIỆU

Điều 23. Hồ sơ, tài liệu để thực hiện giám định chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế

Hồ sơ, tài liệu để thực hiện giám định chi phí khám bệnh, chữa bệnh BHYT gồm hồ sơ bệnh án do cơ sở khám bệnh, chữa bệnh lập theo quy định tại Điều 59 Luật Khám bệnh, chữa bệnh số 40/2009/QH12, các sổ chuyên môn, bảng kê chi phí khám bệnh, chữa bệnh theo quy định của Bộ Y tế, chứng từ và các tài liệu khác liên quan đến thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh của người bệnh BHYT; hồ sơ bệnh án được lập dưới dạng bản điện tử đối với các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh đáp ứng quy định tại Thông tư số 46/2018/TT-BYT ngày 28/12/2018 của Bộ trưởng Bộ Y tế quy định hồ sơ bệnh án điện tử. Hồ sơ, tài liệu bao gồm:

1. Bảng kê chi phí khám bệnh, chữa bệnh theo Mẫu số 01/KBCB ban hành kèm theo Quyết định số 6556/QĐ-BYT ngày 30/10/2018 của Bộ trưởng Bộ Y tế về việc ban hành mẫu bảng kê chi phí khám bệnh, chữa bệnh sử dụng tại các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh (sau đây gọi tắt là Mẫu số 01/KBCB), tương ứng với các báo cáo tổng hợp, dữ liệu đề nghị thanh toán hướng dẫn tại Điều 19 Quy trình này;

2. Đơn thuốc;

3. Hồ sơ bệnh án điều trị ngoại trú, hồ sơ bệnh án điều trị nội trú;

4. Các sổ chuyên môn: khám bệnh, vào viện - ra viện - chuyển viện, phẫu thuật, thủ thuật, xét nghiệm, chẩn đoán hình ảnh, thăm dò chức năng, hội chẩn, sổ tổng hợp thuốc hằng ngày;

5. Phiếu công khai dịch vụ khám bệnh, chữa bệnh nội trú hằng ngày;

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

7. Các tài liệu khác liên quan đến thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh của người bệnh bảo hiểm y tế.

Điều 24. Nội dung giám định chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế trên hồ sơ, tài liệu

1. Thông tin của người bệnh, mức hưởng BHYT.

2. Chi phí đề nghị thanh toán BHYT.

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.

Điều 25. Quy trình giám định chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế trên hồ sơ, tài liệu

1. Lập kế hoạch giám định

1.1. Xây dựng kế hoạch, đề cương giám định hằng tháng hoặc hằng quý

1.1.1. Xây dựng đề cương giám định dựa trên kết quả phân tích tình hình chi khám bệnh, chữa bệnh BHYT theo hướng dẫn tại điểm 4.4 khoản 4 Điều 21 Quy trình này và các nội dung cần giám định theo hướng dẫn tại điểm 4.5 khoản 4 Điều 21 Quy trình này, các cảnh báo trên phần mềm và các nội dung giám định theo hướng dẫn của Trung tâm Giám định BHYT và Thanh toán đa tuyến.

1.1.2. Xây dựng kế hoạch và xác định thành viên các Tổ hoặc Nhóm giám định để thông báo cho cơ sở khám bệnh, chữa bệnh.

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

1.2.1. Tổ trưởng hoặc Trưởng nhóm giám định phân công nhiệm vụ cho các thành viên.

1.2.2. Tổ chức làm việc nhóm, thảo luận đề cương giám định, các báo cáo, thông tin về nhân lực, thiết bị y tế, cơ sở vật chất:

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

b) 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.

2. Xác định hồ sơ giám định

2.1. Giám định các hồ sơ xác định tại các tiết 2.7.1 và 2.7.5 điểm 2.7, tiết 2.8.3 điểm 2.8 khoản 2 và khoản 3 Điều 21 Quy trình này và các hồ sơ theo các chuyên đề do Trung tâm Giám định BHYT và Thanh toán đa tuyến thông báo hoặc chuyên đề do BHXH tỉnh xây dựng.

2.2. Giám định các hồ sơ khác sau khi tiếp nhận bảng tổng hợp đề nghị thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh BHYT theo tháng và quý của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh (Mẫu số C79-HD). Tổng số hồ sơ giám định đối với các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh BHYT thực hiện theo hướng dẫn của Bảo hiểm xã hội Việt Nam.

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

2.3.1. BHXH tỉnh gửi danh sách hồ sơ bệnh án đề nghị cơ sở khám bệnh, chữa bệnh cung cấp cùng với các tài liệu khác nêu tại Điều 23 Quy trình này 01 ngày làm việc 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.

2.3.2. Người tiếp nhận các tài liệu giám định ghi sổ bàn giao tài liệu, có xác nhận của người giao; hồ sơ bệnh án phải được bảo quản theo đúng quy định của pháp luật trong quá trình tổ chức giám định tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh.

3. Giám định chi phí đề nghị thanh toán BHYT

3.1. Đối chiếu thông tin, giám định mức hưởng BHYT

3.1.1. Đối chiếu thông tin trên 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.

a) Bảng kê chi phí khám bệnh, chữa bệnh được lập đúng Mẫu số 01/KBCB, tổng hợp đầy đủ thông tin, chi phí điều trị của người bệnh, được nhân viên cơ sở khám bệnh, chữa bệnh và người bệnh ký xác nhận theo quy định.

b) 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.

Bảng kê chi phí khám bệnh, chữa bệnh lập không đúng mẫu, không đầy đủ thông tin hoặc thông tin không trùng khớp trên các tài liệu, chứng từ thanh toán hoặc không có hồ sơ bệnh án khi người bệnh điều trị ngoại trú hoặc điều trị nội trú không đủ điều kiện để giám định, thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh BHYT.

3.1.2. Giám định mức hưởng BHYT xác định trên Mẫu số 01/KBCB với giấy tờ liên quan đến thủ tục khám bệnh, chữa bệnh BHYT, xác nhận về tình trạng cấp cứu trên hồ sơ bệnh án, xem xét các dấu hiệu lâm sàng, kết quả xét nghiệm cận lâm sàng, thuốc, dịch vụ kỹ thuật đã chỉ định và tình trạng người bệnh khi đến khám bệnh, chữa bệnh; điều chỉnh mức hưởng BHYT nếu xác định sai quy định.

3.2. Giám định số lượng dịch vụ kỹ thuật, số lần khám bệnh, số ngày giường bệnh

3.2.1. Đối chiếu số lượng và thời gian chỉ định, thực hiện các dịch vụ khám bệnh, chữa bệnh thống kê theo hướng dẫn tại điểm 2.9 khoản 2 Điều 21 Quy trình này với các sổ chuyên môn: khám bệnh, phẫu thuật, thủ thuật, xét nghiệm, chẩn đoán hình ảnh, thăm dò chức năng, thời gian làm việc trên bảng chấm công, bảng phân công khám bệnh, thời gian hoạt động của máy trên sổ quản lý, sửa chữa thiết bị y tế; 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.

3.2.2. Đối chiếu số lượng người bệnh điều trị nội trú thống kê theo từng khoa, phòng với sổ vào viện - ra viện - chuyển 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 thanh toán tiền giường bệnh đề nghị thanh toán sai quy định.

3.2.3. Đối chiếu số lần khám và số ngày giường bệnh theo các chuyên khoa, số lượng dịch vụ kỹ thuật thống kê trên bảng kê chi phí khám bệnh, chữa bệnh với dữ liệu XML, hồ sơ bệnh án, phiếu công khai dịch vụ khám bệnh, chữa bệnh nội trú hằng ngày; từ chối thanh toán nếu thống kê sai hoặc số lượng cao hơn số lượng chỉ định, sử dụng cho người bệnh.

3.3. Giám định số lượng, đơn giá thanh toán thuốc, vật tư y tế

3.3.1. Đối chiếu số lượng, đơn giá, giá thanh toán thuốc, vật tư y tế thống kê theo hướng dẫn tại điểm 2.9 khoản 2 Điều 21 Quy trình này với hóa đơn, báo cáo sử dụng thuốc, vật tư y tế, báo cáo nhập, xuất, tồn; từ chối thanh toán phần chênh lệch nếu đơn giá thanh toán cao hơn giá mua vào hoặc số lượng thống kê cao hơn số lượng trong các báo cáo của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh;

3.3.2. Đối chiếu số lượng thuốc, vật tư y tế thống kê trên bảng kê chi phí khám bệnh, chữa bệnh với dữ liệu XML, hồ sơ bệnh án, phiếu công khai dịch vụ khám bệnh, chữa bệnh nội trú hằng ngày; từ chối thanh toán nếu thống kê sai hoặc số lượng cao hơn số lượng chỉ định, sử dụng cho người bệnh;

3.3.3. Đối chiếu 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.

3.4. 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:

3.4.1. 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.

3.4.2. 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.

3.4.3. 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.

3.4.4. 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.

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

3.4.6. 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.

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

3.4.8. 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.

4. Xử lý kết quả giám định

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.

4.2. Đối với hồ sơ giám định chủ động:

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

4.2.2. Chưa tổng hợp thanh toán các hồ sơ sau giám định chủ động vẫn trùng lặp thời gian, chỉ định, chi phí điều trị.

5. Thống nhất kết quả giám định

5.1. Kết thúc đợt giám định, BHXH tỉnh 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.

5.2. Trường hợp cơ sở khám bệnh, chữa bệnh có ý kiến về các nội dung từ chối thanh toán, BHXH tỉnh xác định các nội dung giải thích hợp lý, điều chỉnh kết quả giám định.

5.3. BHXH tỉnh 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 .

Điều 26. Thời gian giám định chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế trên hồ sơ, bệnh án

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

2. Trong thời hạn 30 ngày kể từ ngày nhận được báo cáo quyết toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh BHYT của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh, BHXH tỉnh hoàn thành việc giám định và thông báo kết quả giám định cho cơ sở khám bệnh, chữa bệnh.

Mục 3. GIÁM ĐỊNH HỒ SƠ THANH TOÁN TRỰC TIẾP

Điều 27. Hồ sơ, tài liệu đề nghị thanh toán trực tiếp

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

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

1.1. 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;

1.2. Giấy ra viện hoặc Giấy chứng tử (đối với trường hợp đã tử vong), phiếu khám bệnh hoặc Sổ khám bệnh của người bệnh trong lần khám bệnh, chữa bệnh đề nghị thanh toán;

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

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

Điều 28. Nội dung giám định hồ sơ thanh toán trực tiếp

1. Xác định điều kiện được thanh toán trực tiếp.

2. Kiểm tra chi phí khám bệnh, chữa bệnh người bệnh được thanh toán trực tiếp.

Điều 29. Quy trình và thời gian giám định hồ sơ thanh toán trực tiếp

1. Tiếp nhận hồ sơ: BHXH tỉnh tiếp nhận hồ sơ theo quy định tại 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 BHXH.

2. Giám định trên hồ sơ người bệnh cung cấp nêu tại Điều 27 Quy trình này.

2.1. Hồ sơ đề nghị thanh toán trực tiếp chi phí cùng chi trả 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 vượt 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 để thanh toán cho người bệnh; cấp Giấy chứng nhận không cùng chi trả trong năm cho người bệnh trong thời hạn 07 ngày làm việc.

2.2. Hồ sơ không thuộc các trường hợp 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.

2.2.1. Hồ sơ 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.

2.2.2. Hồ sơ đề nghị thanh toán chi phí thuốc, vật tư y tế hoặc các chi phí khám bệnh, chữa bệnh khác khi người bệnh đã được hưởng quyền lợi BHYT trong lần khám bệnh, chữa bệnh BHYT đó: BHXH tỉnh 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. Giám định các 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.

3.1. Phân công giám định hoặc lập Phiếu yêu cầu giám định trong thời hạn 02 ngày làm việc kể từ ngày tiếp nhận hồ sơ đề nghị thanh toán trực tiếp, gửi cơ quan BHXH nơi phát sinh chi phí khám bệnh, chữa bệnh để giám định; hồ sơ kèm theo Phiếu yêu cầu giám định.

3.2. Xác định lý do người bệnh chưa được hưởng BHYT và giám định các nội dung yêu cầu thanh toán theo hướng dẫn tại khoản 3 Điều 25 Quy trình này.

3.3. Thông báo kết quả giám định chi phí khám bệnh, chữa bệnh BHYT trong thời hạn 20 ngày làm việc kể từ ngày tiếp nhận được Phiếu yêu cầu giám định.

3.4. Trường hợp sau giám định 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.

Chương V

QUẢN LÝ, KHAI THÁC HỆ THỐNG THÔNG TIN GIÁM ĐỊNH BẢO HIỂM Y TẾ VÀ QUẢN LÝ CHI KHÁM BỆNH, CHỮA BỆNH BẢO HIỂM Y TẾ TRÊN CÁC PHẦN MỀM NGHIỆP VỤ

Mục 1. QUẢN LÝ, KHAI THÁC HỆ THỐNG THÔNG TIN GIÁM ĐỊNH BẢO HIỂM Y TẾ

Điều 30. Thông tin trên Hệ thống thông tin giám định bảo hiểm y tế

1. Thông tin dùng chung toàn quốc

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

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

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

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

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

1.6. 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.

1.7. Bộ mã danh mục dùng chung áp dụng trong quản lý khám bệnh, chữa bệnh và thanh toán BHYT do Bộ Y tế ban hành.

1.8. Các danh mục khác có liên quan.

2. Thông tin dùng chung tại tỉnh

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

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

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

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

3.1. Danh mục khoa phòng.

3.2. Danh mục người hành nghề.

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

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

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

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

3.7. Các thông tin khác có liên quan.

Điều 31. Quản lý, khai thác thông tin trên Hệ thống thông tin giám định bảo hiểm y tế

1. Đơn vị được cấp quyền khai thác thông tin, dữ liệu trên Hệ thống thông túi 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. Các đơn vị trực thuộc Bảo hiểm xã hội Việt Nam

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. 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, kiểm toán theo quyết định

của Tổng Giám đốc Bảo hiểm xã hội Việt Nam hoặc theo chỉ đạo của Tổng Giám đốc, các Phó Tổng Giám đốc;

2.3. Ban Thực hiện chính sách BHYT

2.3.1. 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 điểm 1.5 khoản 1 Điều 30 Quy trình này;

2.3.2. 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.

2.4. Trung tâm Công nghệ thông tin

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

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

2.4.3. 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.

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

2.5.1. Phân quyền khai thác danh mục, dữ liệu và các thông tin khác của Hệ thống thông tin giám định BHYT;

2.5.2. Cập nhật các danh mục quy định tại khoản 1 Điều 30 Quy trình 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;

2.5.3. Quản lý, cập nhật các chuyên đề giám định.

3. BHXH tỉnh

3.1. 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;

3.2. 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;

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

3.4. Cập nhật, báo cáo kết quả giám định về Bảo hiểm xã hội Việt Nam sau mỗi kỳ quyết toán;

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

3.6. Thông báo bằng văn bản, hướng dẫn cơ sở khám bệnh, chữa bệnh:

3.6.1. Quản lý các tài khoản được cấp để truy cập vào Cổng tiếp nhận.

3.6.2. 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.

3.6.3. Gửi các danh mục theo quy định tại khoản 3 Điều 30 Quy trình này lên Cổng tiếp nhận; bổ sung, điều chỉnh, thay thế danh mục chưa thống nhất với cơ quan BHXH.

3.6.4. 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.

3.6.5. Gửi dữ liệu theo quy định tại khoản 1 Điều 6 Thông tư số 48/2017/TT-BYT; điều chỉnh, thay thế dữ liệu chi tiết trên Cổng tiếp nhận chưa gửi cơ quan BHXH.

3.6.6. 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 hiệu chỉnh khi có sự thống nhất với BHXH tỉnh theo quy định tại khoản 9 Điều 13 Thông tư số 48/2017/TT-BYT; gửi dữ liệu tổng hợp đề nghị thanh toán BHYT hằng tháng trong 5 ngày đầu tháng kế tiếp.

3.6.7. Tra cứu, kết xuất thông báo kết quả giám định, báo cáo quyết toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh BHYT.

4. Các 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 truy cập.

Mục 2. LIÊN THÔNG CÁC PHẦN MỀM QUẢN LÝ CHI KHÁM BỆNH, CHỮA BỆNH BẢO HIỂM Y TẾ

Điều 32. Cấp kinh phí tạm ứng chi khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế

1. Phòng Giám định BHYT: chậm nhất ngày 09 tháng đầu mỗi quý hoàn thành việc đối chiếu bản gốc báo cáo đề nghị quyết toán quý trước với kinh phí đề nghị tạm ứng lập theo Mẫu số 12/BHYT ban hành kèm theo Công văn số 3762/BHXH-CSYT trên phần mềm Giám định, gửi Mẫu số 12/BHYT sang phần mềm KTTT.

2. Phòng Kế hoạch - Tài chính

2.1. Trong thời hạn 03 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 khám bệnh, chữa bệnh BHYT trong kỳ, ký số gửi Vụ Tài chính - Kế toán trên phần mềm KTTT.

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 KTTT.

3. Vụ Tài chính - Kế toán

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 quý trước trên phần mềm Giám định để cấp kinh phí tạm ứng chi khám bệnh, chữa bệnh trong kỳ cho BHXH tỉnh theo quy định.

3.2. Trong thời hạn 02 ngày làm việc kể từ ngày nhận được Mẫu số 12/BHYT của BHXH tỉnh, cân đối với số kinh phí đã tạm ứng để cấp bổ sung đủ số tiền tạm ứng theo quy định.

Điều 33. Quyết toán chi khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh

1. Phòng Giám định BHYT

1.1. Hằng quý, trong thời hạn 30 ngày kể từ ngày nhận được báo cáo quyết toán quý trước và thuyết minh chi phí tăng giảm trong quý (Cn) của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh, Phòng Giám định BHYT xác định, cập nhật các chỉ tiêu trên Mẫu số C82-HD tại phần mềm Giám định; chủ trì phối hợp với Phòng Kế hoạch - Tài chính thực hiện quyết toán hằng quý với cơ sở khám bệnh, chữa bệnh theo quy định;

1.2. Trước ngày 15 tháng thứ hai mỗi quý, Phòng Giám định BHYT hoàn thành tổng hợp số liệu quyết toán theo Mẫu số C82-HD trên phần mềm Giám định, chuyển Phòng Kế hoạch - Tài chính trên phần mềm KTTT.

2. Phòng Kế hoạch - Tài chính: trong thời hạn 05 ngày kể từ ngày nhận được số liệu quyết toán chi khám bệnh, chữa bệnh BHYT theo Mẫu C82-HD trên phần mềm KTTT, đối chiếu số tiền tạm ứng và kiểm tra các chỉ tiêu về số tiền thanh toán, in mẫu C82-HD từ phần mềm KTTT, phối hợp với Phòng Giám định BHYT để quyết toán với cơ sở khám bệnh, chữa bệnh.

Điều 34. Cấp kinh phí thanh toán chi khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế

1. Phòng Kế hoạch - Tài chính

1.1. Chậm nhất ngày 15 tháng thứ hai mỗi quý, Phòng Kế hoạch - Tài chính chủ trì, phối hợp với Phòng Giám định BHYT, Phòng Quản lý thu - Sổ, Thẻ lập báo cáo tổng hợp thanh quyết toán chi khám bệnh, chữa bệnh BHYT trên phần mềm KTTT theo Mẫu số 15/BHYT ban hành kèm theo Công văn số 3762/BHXH-CSYT, ký số chuyển Vụ Tài chính - Kế toán.

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 KTTT.

2. Vụ Tài chính - Kế toán: trong thời hạn 05 ngày kể từ ngày nhận được báo cáo theo Mẫu 15/BHYT của BHXH tỉnh trên phần mềm KTTT, cấp đủ kinh phí theo quy định để BHXH tỉnh hoàn thành việc thanh toán với các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh.

Điều 35. Thanh toán trực tiếp

1. Phòng Giám định BHYT: sau khi hoàn thành giám định 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 KTTT.

2. Phòng Kế hoạch - Tài chính: tiếp nhận Bảng thanh toán trực tiếp chi phí khám bệnh, chữa bệnh BHYT trên phần mềm KTTT, lập phiếu chi thanh toán trực tiếp hoặc trả lại Phòng Giám định BHYT nếu phải điều chỉnh.

Điều 36. Tổng hợp chi đa tuyến ngoại tỉnh

1. Tổng hợp chi đa tuyến ngoại tỉnh hằng quý

1.1. 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 trong thời hạn 30 ngày kể từ ngày tiếp nhận yêu cầu của BHXH tỉnh nơi phát hành thẻ trên phần mềm Giám định.

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

1.3. 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.

2. Tổng hợp chi đa tuyến ngoại tỉnh trong năm

2.1. Chi chăm sóc sức khoẻ ban đầu

2.1.1. Phòng Quản lý thu - Sổ, Thẻ: 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 số liệu tổng hợp từ phần mềm TST sang phần mềm KTTT để Phòng Kế hoạch - Tài chính thực hiện trích chuyển kinh phí chi chăm sóc sức khỏe ban đầu; chuyển dữ liệu chi tiết sang phần mềm giám định để thực hiện thông báo đa tuyến ngoại tỉnh đến.

2.1.2. Phòng Kế hoạch - Tài chính: thực hiện chuyển kinh phí chi chăm sóc sức khỏe ban đầu.

2.2. 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 KTTT và phần mềm Giám định.

2.3. Chi đa tuyến ngoại tỉnh

2.3.1. Ban Thực hiện chính sách BHYT cập nhật kết quả thẩm định quyết toán chi đa tuyến ngoại tỉnh đến trên phần mềm Thẩm định quyết toán tại Phụ biểu 05/CSYT ban hành kèm theo Quyết định số 1753/QĐ-BHXH ngày 30/12/2021 của Tổng Giám đốc Bảo hiểm xã hội Việt Nam về việc ban hành quy trình xét duyệt, thẩm định quyết toán trên phần mềm thẩm định quyết toán, lập báo cáo quyết toán, báo cáo tài chính, báo cáo tài chính quỹ bảo hiểm, báo cáo bổ sung thông tin tài chính trên phần mềm kế toán tập trung.

2.3.2. Căn cứ kết quả thẩm định trên Phụ biểu 05/CSYT, 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, lập bảng Tổng hợp thanh toán đa tuyến ngoại tỉnh theo Mẫu số C88-HD ban hành kèm theo Thông tư số 102/2018/TT-BTC trên phần mềm Giám định, chuyển sang phần mềm Thẩm định quyết toán để tổng hợp số liệu quyết toán năm.

Điều 37. Liên thông các báo cáo thẩm định quyết toán năm

1. Phòng Giám định BHYT

1.1. Cập nhật số chi các năm trước được quyết toán bổ sung (nếu có) trên phần mềm Giám định. Đối với số phải thu hồi năm trước, chuyển Phòng Kế hoạch - Tài chính hạch toán theo nghiệp vụ kế toán.

1.2. 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.

1.3. 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.

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, kết quả thẩm định tự động chuyển sang phần mềm Giám định.

Điều 38. Mã hóa chuyên đề giám định

1. Các vấn đề sai sót đã được phát hiện qua công tác giám định BHYT được xây dựng thành các chuyên đề trên phần mềm Giám định để kiểm tra dữ liệu đề nghị thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh BHYT.

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

2.1. Ký tự X để phân loại các chuyên đề theo 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 nội dung khác (K);

2.2. Ba ký tự YYY thể hiện nhóm chi phí, đánh số từ 001 đến 999;

2.3. Ba ký tự ZZZ thể hiện lý do điều chỉnh, đánh số từ 001 đến 999.

3. Xây dựng chuyên đề giám định

3.1. BHXH tỉnh tổng hợp các sai sót trong quá trình giám định, sử dụng chức năng ghi nhận lý do điều chỉnh trên phần mềm Giám định để đề xuất xây dựng và mã hóa các chuyên đề chưa có trên phần mềm.

3.2. Trung tâm Giám định BHYT và Thanh toán đa tuyến kiểm tra đề xuất của BHXH tỉnh, cập nhật các chuyên đề được phê duyệt áp dụng trong công tác giám định và thông báo để BHXH các tỉnh thực hiện.

Chương VI

TỔ CHỨC THỰC HIỆN

Điều 39. Tổ chức công tác giám định bảo hiểm y tế tại địa phương

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

1. Quản lý hợp đồng và thanh toán trực tiếp

1.1. 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;

1.2. 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 hằng năm, ký phụ lục hợp đồng bổ sung trong năm; cập nhật, điều chỉnh thông tin về cơ sở khám bệnh, chữa bệnh BHYT;

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

1.4. 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;

1.5. Quản lý hồ sơ thanh toán trực tiếp, gửi yêu cầu giám định, duyệt hoặc yêu cầu thực hiện lại việc giám định hồ sơ thanh toán trực tiếp;

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

2. Phân tích dữ liệu, thống kê tổng hợp

2.1. 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 điểm 4.4 khoản 4 Điều 21 Quy trình này;

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

2.3. Đề xuất tạm ứng kinh phí, thanh quyết toán chi khám bệnh, chữa bệnh hằng quý;

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

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

3. Quản lý thuốc và vật tư y tế

3.1. Phối hợp với Sở Y tế và các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh tổng hợp, xây dựng nhu cầu đối với thuốc đấu thầu tập trung cấp quốc gia, thuốc thuộc danh mục được áp dụng hình thức đàm phán giá quy định tại điểm a khoản 3 Điều 77 Nghị định số 63/2014/NĐ-CP;

3.2. Tham gia đấu thầu thuốc, mua sắm thuốc tập trung cấp địa phương hoặc tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh theo hướng dẫn của Bảo hiểm xã hội Việt Nam;

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

3.4. Giám định giá thanh toán thuốc, vật tư y tế tại các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh.

4. Giám định chuyên đề

4.1. Xây dựng kế hoạch, đề cương giám định định kỳ hằng tháng hoặc quý;

4.2. Tiếp nhận các chuyên đề do Bảo hiểm xã hội Việt Nam thông báo; phân tích, phát hiện vấn đề để định hướng công tác giám định; Hướng dẫn, hỗ trợ chuyên môn các Tổ/nhóm giám định tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh;

4.3. Quản lý thông tin, kết quả giám định; phân tích, xác định nội dung cần tập trung giám định và xử lý dữ liệu trên phạm vi toàn tỉnh.

5. Tổ/nhóm giám định tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh

5.1. Tiếp nhận hồ sơ, tài liệu phục vụ công tác giám định;

5.2. Thực hiện công tác giám định theo quy định tại Mục 2 Chương IV Quy trình này;

5.3. Giám định các hồ sơ đề nghị thanh toán trực tiếp;

5.4. 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 40. Tổ chức thực hiện

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

1.1. Ban Thực hiện chính sách BHYT

1.1.1. Chủ trì, phối hợp với các đơn vị có liên quan hướng dẫn, kiểm tra việc thực hiện Quy trình giám định BHYT;

1.1.2. Phối hợp thẩm định, xây dựng chuyên đề giám định;

1.1.3. 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 khám bệnh, chữa bệnh.

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

1.2.1. Chủ trì xây dựng chuyên đề giám định; phối hợp với các đơn vị có liên quan tổ chức hướng dẫn, kiểm tra việc thực hiện Quy trinh giám định BHYT;

1.2.2. 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

1.3.1. Quản lý và đảm bảo về mặt kỹ thuật để duy trì hoạt động của Hệ thống thông tin giám định BHYT;

1.3.2. 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 giám định BHYT.

2. BHXH tỉnh

2.1. Tổ chức thực hiện Quy trình giám định BHYT tại địa phương; phân công các phòng, bộ phận, cá nhân thực hiện các nhiệm vụ có liên quan và chịu trách nhiệm về kết quả công tác giám định BHYT trên địa bàn được giao quản lý;

2.2. Đảm bảo đầy đủ phương tiện, điều kiện làm việc, chế độ cho cán bộ làm công tác giám định theo quy định;

2.3. 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;

2.4. Báo cáo đầy đủ, chính xác các nội dung yêu cầu kiểm tra, giám định của Bảo hiểm xã hội Việt Nam theo thời hạn cụ thể như sau:

2.4.1. Đối với chuyên đề giám định: cập nhật chi tiết kết quả giám định trên phần mềm Giám định; các trường hợp không từ chối phải thuyết minh chi tiết kết quả giám

định, lý do chấp nhận và cung cấp tài liệu, thông tin theo yêu cầu và thời hạn của văn bản thông báo;

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

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

2.5. Kịp thời báo cáo, đề xuất giải pháp khắc phục các khó khăn, vướng mắc trong tổ chức thực hiện Quy trình giám định BHYT;

2.6. 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 bệnh, 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.

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

3. BHXH 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.

Điều 41. 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./.

MẪU SỐ 01

(Ban hành kèm t heo Quyết định số: 3618 /QĐ-BHXH ngày 12 tháng 12 năm 2022 của T ổ ng Giám đốc Bảo hiểm xã hội Việt Nam)

Bảng 1. Danh mục khoa, phòng, bàn khám, giường bệnh

TT	Chỉ tiêu	Định dạng	Kích thước tối đa	Diễn giải
1	STT	S ố	10	Số thứ tự ghi từ 1 đến hết
2	MA _ LOAI _ KCB	S ố	1	Mã hóa loại khám bệnh, chữa bệnh (1: khám bệnh, chữa bệnh ngoại trú; 4: điều trị nội trú) - MA _ LOAI _ KCB = 1: ghi mã từng chuyên khoa khám bệnh (gồm mã chuyên khoa và mã khoa) theo Phụ lục 02 Quyết định số 7603/QĐ-BYT .
3	MA _ KHOA	Chuỗi	15	

4	TEN _ KHOA	Chuỗi	100	- MA _ LOAI _ KCB = 4: ghi mã từng khoa điều trị nội trú theo Phụ lục 05 Quyết định số 5937/QĐ-BYT , trường hợp mã khoa tại các khoa liên chuyên khoa lớn hơn kích thước tối đa: ghi 01 mã khoa của chuyên khoa có mức giá ngày giường nội khoa thấp nhất. Ghi tên khoa theo quyết định được cấp có thẩm quyền phê duyệt
5	BAN _ KHAM	S ố	3	- MA_LOAI_KCB = 1 ghi số bàn khám của từng chuyên khoa - MA_LOAI_KCB = 4 ghi số bàn khám tại khoa điều trị nội trú (nếu có)
6	GIUONG _ PD	S ố	5	Số giường bệnh được phê duyệt
7	GI UO NG_2015	S ố	5	Số giường bệnh thực tế sử dụng năm 2015
8	GI UO NG _ TK	S ố	5	Tổng số giường thực kê
9	GIUONG _ HSTC	Số	3	Số giường đủ điều kiện thanh toán giường hồi sức tích cực
10	GIUONG _ HSCC	S ố	3	Số giường đủ điều kiện thanh toán giường hồi sức cấp cứu
11	LDLK	S ố	1	Ghi 1: có liên doanh, liên kết; 2: không liên doanh, liên kết
12	LIEN _ KHOA	Chuỗi	100	Chỉ ghi trong trường hợp mã khoa lớn hơn kích thước tối đa: ghi lần lượt mã các chuyên khoa theo quy định tại Phụ lục 05 Quyết định số 5937/QĐ-BYT .

Bảng 2. Danh mục người hành nghề

TT	Chỉ tiêu	Định dạng	Kích thước tối đa	Diễn giải
1	STT	S ố	10	Số thứ tự ghi từ 1 đến hết
2	MA _ LOAI _ KCB	Số	1	Mã hóa loại khám bệnh, chữa bệnh (1: khám bệnh, chữa bệnh ngoại trú; 4: điều trị nội trú) - MA_LOAI_KCB = 1 ghi mã chuyên khoa khám bệnh (gồm mã chuyên khoa và mã khoa) theo Phụ lục 02 Quyết định số 7603/Q Đ -BYT
3	MA _ KHOA	Chuỗi	20	- MA _ LOAI _ KCB = 4 ghi mã khoa điều trị nội trú theo Phụ lục 05 Quyết định số 5937/QĐ-BYT Trường hợp được phân công làm việc tại nhiều khoa ghi các mã khoa cách nhau bởi dấu chấm phẩy ";"
4	TEN _ KHOA	Chuỗi	100	Ghi tên khoa theo quyết định được cấp có thẩm quyền phê duyệt
5	MA _ BHXH	Chuỗi	10	Ghi mã số BHXH của người hành nghề, gồm 10

				ký tự số.
6	HO _ TEN	Chuỗi	100	Họ và tên người hành nghề
7	GIOI _ TINH	Số	1	1: Nam, 2: Nữ
8	CH U CDANH _ NN	Chuỗi	5	Mã hóa chức danh nghề nghiệp (1: Bác sĩ; 2: Y sĩ; 3: Điều dưỡng; 4: Hộ sinh; 5: Kỹ thuật viên; 6: Cử nhân X-quang; 7: Dược sĩ đại học; 8: Dược sĩ trung cấp)
9	VI _ TRI	Chuỗi	1	Mã hóa vị trí (1: người chịu trách nhiệm chuyên môn; 2: Trưởng khoa; 3: người chịu trách nhiệm chuyên môn kiêm Trưởng khoa)
10	MACCHN	Chuỗi	30	Số, ký hiệu của chứng chỉ hành nghề
11	NGAYCAP _ CCHN	Chuỗi	8	Ngày cấp chứng chỉ hành nghề, ghi định dạng 8 ký tự (4 ký tự năm + 2 ký tự tháng + 2 ký tự ngày). Ví dụ: ngày 13 tháng 11 năm 2020 ghi là 20201113.
12	NOICAP _ CCHN	Chuỗi	50	Ghi tên cơ quan cấp chứng chỉ hành nghề
13	PHAMVI _ CM	Chuỗi	15	Mã phạm vi hoạt động chuyên môn ghi theo số thứ tự các chuyên khoa quy định trong Thông tư số 43/2013/TT-BYT (tham chiếu Bảng 7). Trường hợp có nhiều phạm vi hoạt động chuyên môn ghi các mã cách nhau bằng dấu chấm phẩy ";"
14	PHAMVI _ CMBS	Chuỗi	50	Ghi ngày và số, ký hiệu của quyết định bổ sung phạm vi hoạt động chuyên môn theo định dạng YYYYMMDD_Z (trong đó YYYMMDD l à 4 ký tự năm + 2 ký tự tháng + 2 ký tự ngày, Z là số, ký hiệu của quyết định). Trường hợp có nhiều quyết định bổ sung ghi cách nhau bằng dấu chấm phẩy ";"
15	DVKT _ KHAC	Chuỗi	500	Ghi mã DVKT được phân công thực hiện ngoài phạm vi hoạt động chuyên môn ghi trên chứng chỉ hành nghề và quyết định bổ sung phạm vi hoạt chuyên môn, ghi 07 ký tự đầu của mã dịch vụ kỹ thuật tại Phụ lục 1 Quyết định số 7603/QĐ-BYT. Trường hợp thực hiện nhiều DVKT ghi các mã cách nhau bằng dấu chấm phẩy ";"
16	VB _ PHANCONG	Chuỗi	50	Ghi ngày và số, ký hiệu của văn bản phân công thực hiện DVKT ngoài phạm vi hoạt động chuyên môn trên chứng chỉ hành nghề và quyết định bổ sung phạm vi hoạt chuyên môn theo định dạng YYYYMMDD_Z (trong đó YYYMMDD là 4 ký tự năm + 2 ký tự tháng + 2 ký tự ngày, Z là số, ký hiệu của văn bản). Trường hợp có nhiều quyết định phân công thì các quyết định cách nhau bởi dấu chấm phẩy ";"
17	THOIGIAN _ DK	Số	1	Mã hóa thời gian đăng ký hành nghề (1: toàn thời gian; 2: bán thời gian)
18	THOIG I AN _ NGAY	Chuỗi	200	- Thời gian làm việc ghi theo định dạng: HHMM-HHMM (HH là giờ, MM là phút). Ví

				dụ: làm việc từ 8 giờ đến 12 giờ thì ghi "0800-1200" - Trường hợp thời gian làm việc của các ngày trong tuần khác nhau hoặc các khoảng thời gian làm việc không liên tục trong ngày thì ghi lần lượt từng khoảng thời gian làm việc của từng ngày. Ví dụ: thứ 2 làm việc từ 8 giờ đến 15 giờ, thứ 3 làm việc từ 7 giờ đến 11 giờ, thứ 4 làm việc từ 8 giờ đến 11 giờ và từ 14 giờ đến 17 giờ thì ghi là "T20800-1500;T30700-1100;T40800-1100;T41400-1700" - Ngày làm việc trong tuần được mã hóa gồm 02 ký tự là chữ "T" và số tương ứng, riêng Chủ nhật là "CN" Ví dụ: chỉ làm việc các ngày thứ 2, thứ 3, thứ 5 thì ghi "T2T3T5"
19	THOIGIAN _ TUAN	Chuỗi	10	
20	CSKCB _ KHAC	Chuỗi	30	Ghi mã các cơ sở KCB khác nơi người hành nghề đăng ký làm việc (nếu có), các mã cơ sở KCB cách nhau bằng dấu chấm phẩy ";"
21	CSKCB _ CGKT	Chuỗi	5	Ghi mã cơ sở KCB chuyển giao dịch vụ kỹ thuật (nếu có)
22	QD _ CGKT	Chuỗi	50	Ghi ngày và số, ký hiệu của quyết định cử người hành nghề đi hỗ trợ tuyến dưới theo định dạng YYYYMMDD_Z (trong đó YYYMMDD là 4 ký tự năm + 2 ký tự tháng + 2 ký tự ngày, Z là số, ký hiệu quyết định)

Bảng 3. Danh mục thuốc

TT	Chỉ tiêu	Định dạng	Kích thước tối đa	Diễn giải
1	STT	Số	6	Số thứ tự ghi từ 1 đến hết
2	MA _ THUOC	Chuỗi	255	- Ghi mã hoạt chất theo quy định tại Bộ mã danh mục dùng chung do Bộ Y tế ban hành - Chi phí bao bì cho thuốc thang: ghi BB.XXXXX, trong đó XXXXX là mã cơ sở KCB nơi đóng gói thuốc thang - Đối với thuốc do cơ sở KCB tự bào chế, pha chế: ghi mã thuốc gồm mã các hoạt chất/thành phần, cách nhau bằng dấu cộng "+" - Mã thuốc của vị thuốc bao gồm mã hoạt chất và mã phương pháp bào chế cách nhau bằng dấu chấm (.); mã phương pháp bào chế (C0: chưa sơ chế; S 1 : sơ chế dạng Ngâm, ủ, rửa,

				phơi, sấy; S2: sơ chế dạng Thái phiến; P 1 : phức chế dạng Sao vàng; P2: phức chế dạng Sao đen; P3: phức chế dạng Chích rượu, giấm, muối gừng, cam thảo, mật ong...; K0: phương pháp khác), ví dụ: C ỏ nhọ nồi chế biến bằng phương pháp sao đen thì mã thuốc ghi là 05V.228.P2 - Tên hoạt chất ghi theo kết quả trúng thầu - Đối với các thuốc tự pha chế nhiều thành phần: ghi lần lượt từng tên hoạt chất, giữa các hoạt chất cách nhau bằng dấu cộng "+" - Đối với thuốc đông y, thuốc từ dược liệu do cơ sở KCB tự bào chế: ghi tên các thành phần, cách nhau bằng dấu phẩy "," - Tên thuốc ghi theo kết quả trúng thầu
3	TEN _HOAT_CHAT	Chuỗi	1024	
4	TEN _ THUOC	Chuỗi	1024	- Đối với thuốc do cơ sở KCB tự bào chế, pha chế: ghi tên thuốc do cơ sở KCB đặt
5	DON_VI_TINH	Chuỗi	50	Đơn vị tính ghi theo kết quả trúng thầu - Hàm lượng ghi theo kết quả trúng thầu
6	HAM _ LUONG	Chuỗi	1024	- Đối với thuốc do cơ sở KCB tự bào chế, pha chế: ghi hàm lượng của các hoạt chất/thành phần, cách nhau bằng dấu cộng "+"
7	DUONG_DUNG	Chuỗi	255	Đường dùng ghi theo kết quả trúng thầu hoặc đường dùng của thuốc tự pha chế, bào chế
8	MA _ DUONG_DUNG	Chuỗi	10	Mã đường dùng ghi theo quy định tại Bộ mã danh mục dùng chung do Bộ Y tế ban hành
9	DANG_BAO_CHE	Chuỗi	1024	Dạng b à o chế ghi theo kết quả trúng thầu hoặc theo thông tin của thuốc tự pha chế, bào chế - Số đăng ký hoặc số giấy phép lưu hành của thuốc, ghi theo kết quả trúng thầu
10	SO_DANG_KY	Chuỗi	255	- Đối với thuốc tự bào chế, pha chế, chế biến: mã hóa theo chữ cái “TD” (tân dược) hoặc "CP" (chế phẩm), mã của cơ sở KCB, hai ký tự cuối của năm ban hành và số thứ tự của thuốc tr ong danh mục thuốc tự bào chế do thủ trưởng cơ sở KCB ban hành, cách nhau bằng dấu ch ấ m "."
11	SO_L UO NG	Số	10	Số lượng ghi theo kết quả trúng thầu
12	DON_GIA	Số	15	Đơn giá ghi theo kết quả trúng thầu
13	DON_GIA_BH	S ố	10	Đơn giá thanh toán BHYT
14	QUY_CACH	Chuỗi	500	Quy cách đ ó ng gói, ghi theo kết quả trúng th ầ u hoặc theo thông tin của thuốc tự pha chế, bào chế
15	NHA _S X	Chuỗi	1024	Nhà sản xuất ghi theo kết quả tr ú ng thầu
16	NUOC _SX	Chuỗi	100	Nước sản xuất ghi theo kết quả trúng thầu

17	NHA _ THAU	Chuỗi	1024	Tên nhà thầu ghi theo kết quả trúng th ầ u
18	TT_THA U	Chuỗi	50	- Ghi thông tin thầu của thuốc gồm: Số quyết định, gói thầu, nhóm thầu, năm công bố quyết định trúng thầu, mã đơn vị ban hành quyết định (đơn vị ban hành quyết định trúng thầu là TTMSTT quốc gia ghi mã 00; trường hợp các tỉnh/tp đấu thầu tập trung thì ghi mã tỉnh /tp; trường hợp cơ sở KCB đấu thầu thì ghi mã cơ sở KCB). - Trường hợp thuốc tự bào chế, pha chế: số quyết định trúng thầu ghi số văn bản gửi cơ quan BHXH, năm ban hành quyết định ghi năm ban hành văn bản
19	T U _NGAY	Chuỗi	8	Thời điểm c ó hiệu lực trên hợp đồng cung ứng, định dạng 8 ký tự (4 ký tự năm + 2 ký tự tháng + 2 ký tự ngày). Ví dụ ngày 01 tháng 1 năm 2021 ghi là 20210101
20	DEN_NGAY	Chuỗi	8	Thời điểm hết hiệu lực trên hợp đồng cung ứng, định dạng 8 ký tự (4 ký tự năm + 2 ký tự tháng + 2 ký tự ngày). Ví dụ ngày 31 tháng 12 năm 2021 ghi là 20211231
21	MA_CSKCB	Chuỗi	5	Ghi mã cơ sở KCB
22	LOAI_TH UO C	S ố	1	Mã hóa loại thuốc (1: tân dược; 2: chế phẩm; 3: vị thuốc; 4: phóng xạ; 5: tân dược tự bào chế; 6: chế phẩm tự bào chế)
23	LOAI _ THAU	Số	1	Mã hóa loại thầu (1: thầu tập trung; 2: thầu riêng tại cơ sở KCB; 3: tự pha chế, bào chế, chế biến; 4: mua sắm theo kết quả trúng thầu đơn vị khác)
24	HT _ THAU	Số	1	Mã hóa hình thức đấu thầu (1: đấu thầu rộng rãi, 2: đấu thầu hạn chế; 3: chỉ định thầu; 4: chào hành cạnh tranh; 5: mua sắm trực tiếp; 6: khác)
25	MA_DVKT	Chuỗi	500	Mã DVKT có sử dụng thuốc phóng xạ, chất đánh dấu, thuốc vượt hạng. Ghi 07 ký tự đầu của mã DVKT tại Phụ lục 1 Quyết định số 7603/QĐ-BYT. Trường hợp thực hiện nhiều DVKT ghi các mã cách nhau bằng dấu chấm phẩy ";"
26	TCCL	Chuỗi	50	Tiêu chuẩn chất lượng
27	BO _ PHAN _ VT	S ố	1	Mã hóa bộ phận sử dụng của vị thuốc, dược liệu (1: rễ; 2: thân rễ; 3: quả; 4: hạt; 5: vỏ; 6: khác)
28	TEN _ KHOA _ HOC	Chuỗi	500	Tên khoa học ghi theo kết quả trúng thầu đối với vị thuốc, dược liệu
29	NGUON _ GOC	Chuỗi	500	Nguồn gốc ghi theo kết quả trúng thầu đối với vị thuốc, dược liệu
30	PP _ CHEBIEN	Chuỗi	1000	Ghi lần lượt tên các phương pháp chế biến vị

				thuốc, cách nhau bằng dấu chấm phẩy " ; "
31	MA _ DL _ NHAP	S ố	3	Ví dụ: cơ sở KCB nhập dược liệu dạng chưa sơ chế và chế biến bằng phương pháp sao vàng, ghi là "Sao vàng" Mã hóa tình trạng dược liệu khi mua sắm (C0: chưa sơ chế, S 1 : sơ chế dạng Ngâm, ủ, rửa, phơi, sấy; S2: sơ chế dạng Thái phiến; P 1 : phức chế dạng Sao vàng; P2: phức chế dạng Sao đen; P3: phức chế dạng Chích rượu, giấm, muối gừng, cam thảo, mật ong...; K0: phương pháp khác)
32	MA_DL_CB	Số	3	Mã hóa tình trạng dược liệu được cơ sở KCB trực tiếp chế biến (S1: sơ chế dạng Ngâm, ủ, rửa, phơi, sấy; S2: sơ chế dạng Thái phiến; P 1 : phức chế dạng Sao vàng; P2: phức chế dạng Sao đen; P3: phức chế dạng Chích rượu, giấm, muối gừng, cam thảo, mật ong...; K0: phương pháp khác); trường hợp cơ sở KCB không chế biến vị thuốc: bỏ trống
33	TLHH _ CB	Số	4	Tỷ lệ hao hụt trong chế biến đối với vị thuốc, dược liệu
34	TLHH _ BQ	S ố	4	Tỷ lệ hao hụt do bảo quản, cân chia đối với vị thuốc, dược liệu

Bảng 4. Danh mục vật tư y tế

TT	Chỉ t i êu	Định dạng	Kích thước t ố i đa	Diễn giải
1	STT	S ố	10	Số thứ tự ghi t ừ 1 đến hết
2	MA_VAT_TU	Chuỗi	50	Mã VTYT theo quy định tại Quyết định số 5086/QĐ-BYT
3	NHOM_VAT_TU	Chuỗi	1024	Tên nhóm VTYT ghi theo cột tên nhóm, loại VTYT tại Phụ lục 01 của Thông tư 04/TT-BYT
4	TEN_ VAT_TU	Chuỗi	1024	- Tên thương mại ghi theo kết quả trúng thầu - Đố i với VTYT do cơ sở KCB tự sản xuất: ghi tên VTYT do cơ sở KCB đặt
5	MA_HIE U	Chuỗi	50	Mã hiệu ghi theo kết quả trúng thầu
6	QUY_CACH	Chuỗi	1024	Quy cách đ ó ng gói ghi theo kết quả trúng thầu hoặc thông tin của VTYT tự sản xuất
7	HANG_SX	Chuỗi	1024	- Tên hãng sản xuất ghi theo kết quả trúng thầu - Đối với VTYT mua sắm theo "bộ" và không có giá riêng của từng bộ phận: ghi tên hãng đ ó ng gói cuối cùng của "bộ".
8	N UO C_SX	Chuỗi	100	- Tên nước s ả n xuất ghi theo kết quả trúng

				thầu
9	DON _ VI _ TINH	Chuỗi	50	- Đối với VTYT mua sắm theo "bộ" và không có giá riêng của từng bộ phận: ghi tên nước đóng gói cuối cùng của "bộ" Đơn vị tính ghi theo kết quả trúng thầu
10	DON_GIA	S ố	10	Đơn giá theo kết quả trúng thầu
11	DON_GIA_BH	S ố	10	Đơn giá thanh toán BHYT
12	TYLE _ TT_BH	S ố	3	Tỷ lệ thanh toán BHYT đối với VTYT có quy định tỷ lệ (%), biểu thị bằng số nguyên dương. Ví dụ: tỷ l ệ thanh toán của VTYT là 50% thì ghi là 50, VTYT không quy định tỷ lệ thanh toán thì ghi 100
13	SO_LUONG	S ố	10	Số lượng ghi theo kết quả trúng thầu
14	DIN H_ MUC	S ố	2	Ghi định mức sử dụng cho từng loại VTYT (nếu có). Ví dụ: quả lọc thận nhân tạo sử dụng 06 lần thì ghi là 6
15	NHA _ THAU	Chuỗi	1024	Tên nhà thầu ghi theo kết quả trúng thầu
16	TT _ THAU	Chuỗi	50	- Ghi thông tin thầu của VTYT gồm: Số quyết định, gói thầu, nhóm thầu, năm công bố quyết định trúng thầu, mã đơn vị ban hành quyết định, năm công bố quyết định (đơn vị ban hành quyết định trúng thầu là TTMSTT quốc gia ghi mã 00; trường hợp các tỉnh/tp đấu thầu tập trung thì ghi mã tỉnh /tp; trường hợp cơ sở KCB đấu thầu thì ghi mã cơ sở KCB). - Trường hợp VTYT tự sản xuất: số quyết định trúng thầu ghi số văn bản gửi cơ quan BHXH, năm ban hành quyết định ghi năm ban hành văn bản.
17	TU _ NGAY	Chuỗi	8	Thời điểm có hiệu lực trên hợp đồng cung ứng, định dạng 8 ký tự (4 ký tự năm + 2 ký tự tháng + 2 ký tự ngày). Ví dụ ngày 01 tháng 1 năm 2021 ghi là 20210101
18	DEN_NGAY	Chuỗi	8	Thời điểm hết hiệu lực trên hợp đồng cung ứng, định dạng 8 ký tự (4 ký tự năm + 2 ký tự tháng + 2 ký tự ngày). Ví dụ ngày 31 tháng 12 năm 2021 ghi l à 20211231
19	MA _ CSKCB	Chuỗi	5	Ghi mã cơ sở KCB
20	LOAI _ THAU	S ố	1	Mã hóa loại thầu (1: thầu tập trung; 2: thầu riêng tại cơ sở KCB; 3: tự sản xuất; 4: mua sắm theo kết quả trúng thầu đơn vị khác)
21	HT_THA U	S ố	1	Mã hóa hình thức đấu thầu (1: đấu thầu rộng rãi, 2: đấu thầu hạn chế; 3: chỉ định thầu; 4: chào hành cạnh tranh; 5: mua sắm trực tiếp; 6: khác)

Bảng 5. Danh mục dịch vụ kỹ thuật

TT	Chỉ tiêu	Định dạng	Kích thước tối đa	Diễn giải
1	STT	S ố	6	Số thứ tự ghi từ 1 đến hết
2	MA_DICH_VU	Chuỗi	20	Ghi mã DVKT theo quy định tại Bộ mã danh mục dùng chung do Bộ Y tế ban hành. Trường hợp đặc biệt theo hướng dẫn của Bộ Y tế, BHXH Việt Nam.
3	TEN_ DICH_VU	Chuỗi	1024	Tên DVKT được cấp có thẩm quyền phê duyệt thực hiện hoặc loại giường bệnh của cơ sở KCB
4	DON_GIA	S ố	15	Ghi đơn giá theo quy định của Bộ Y tế
5	QUY _ TRINH	Chuỗi	50	Ghi ngày và số, ký hiệu của quyết định ban hành Quy trình chuyên môn kỹ thuật theo định dạng YYYYMMDD_Z (trong đó YYYYMMDD là 4 k ý tự năm + 2 ký tự tháng + 2 ký tự ngày, Z là số, ký hiệu của quyết định)
6	CSKCB _ CGKT	Chuỗi	5	Mã cơ sở KCB chuyển giao DVKT (nếu có)
7	CSKCB _ CLS	Chuỗi	5	Mã cơ sở KCB thực hiện dịch vụ cận lâm sàng (nếu có)

Bảng 6. Danh mục thiết bị y tế

TT	Chỉ tiêu	Định dạng	Kích thước tối đa	Diễn giải
1	STT	S ố	10	S ố thứ tự ghi từ 1 đến hết
2	TEN _ TB	Chuỗi	500	Tên thiết bị
3	KY _ HIEU	Chuỗi	500	Model của thiết bị
4	CONGTY _ SX	Chuỗi	500	Công ty sản xuất
5	NUOC _ SX	Chuỗi	500	Nước sản xuất
6	NAM_SX	Số	4	Năm sản xuất
7	NAM _ SD	Số	4	Năm bắt đầu đưa vào sử dụng
8	MA _ MAY	Chuỗi	20	Mã máy ghi theo hướng dẫn tại Bảng 4 Quyết định số 4210/QĐ-BYT. Mã máy thực hiện dịch vụ cận lâm sàng, phẫu thuật, thủ thuật (máy xét nghiệm, máy XQuang, máy siêu âm...), theo định dạng: XX.n.YYYYY.Z, trong đó: - XX: Mã nhóm máy. Ví dụ: máy xét nghiệm Huyết học ghi mã "HH"; vi sinh ghi mã "VS"; sinh hóa ghi mã "SH"; siêu âm ghi mã "SA"; Xquang ghi mã "XQ"; chụp cắt lớp vi tính ghi mã "CL"; chụp MRI ghi mã "MRI";... - n: ký hiệu của nguồn kinh phí mua máy (1: ngân sách nhà nước, 2: xã hội hóa, 3: khác)

				- YYYYY: Mã cơ sở khám bệnh, chữa bệnh - ZZZZZZ: s ố serial của máy ghi toàn bộ phần chữ và số
9	SO _L UU _HANH	Chuỗi	20	Số lưu hành của trang thiết bị y tế theo quy định tại Nghị định số 98/2021/NĐ-CP .
10	HD_T U	Chuỗi	8	Thời điểm có hiệu lực trên hợp đồng đối với các máy, trang thiết bị y tế có hợp đồng liên doanh, liên kết hoặc thuê, định dạng 8 ký tự (4 ký tự năm + 2 ký tự tháng + 2 ký tự ngày). Ví dụ ngày 01 tháng 01 năm 2021 ghi là 20210101
11	HD _ DEN	Chuỗi	8	Thời điểm hết hiệu lực trên hợp đồng đối với các máy, trang thiết bị y tế có hợp đồng liên doanh, liên kết hoặc thuê, định dạng 8 ký tự (4 ký tự năm + 2 ký tự tháng + 2 ký tự ngày). Ví dụ ngày 31 tháng 12 năm 2021 ghi là 20211231

Bảng 7. Mã phạm vi hoạt động chuyên môn

STT	Tên chuyên khoa	Mã phạm vi
1	Hồi sức cấp cứu và Chống độc	01
2	Nội khoa	02
3	Nhi khoa	03
4	Lao	04
5	Da liễu	05
6	Tâm thần	06
7	Nội tiết	07
8	Y học cổ truyền	08
9	Gây mê hồi sức	09
10	Ngoại khoa	10
11	Bỏng	11
12	U ng bướu	12
13	Phụ sản	13
14	Mắt	14
15	Tai - Mũi - Họng	15
16	Răng - Hàm - Mặt	16
17	Phục hồi chức năng	17
18	Chẩn đoán hình ảnh	18
19	Y học hạt nhân	19
20	Nội soi chẩn đoán, can thiệp	20
21	Thăm dò chức năng	21
22	Huyết học - Truyền máu	22
23	Hóa sinh	23
24	Vi sinh, ký sinh trùng	24
25	Giải phẫu bệnh và Tế bào bệnh học	25
26	Vi phẫu	26
27	Phẫu thuật nội soi	27
28	Tạo hình - Thẩm mỹ	28

29	Đa khoa	29

* Bảng 7 chỉ sử dụng để tham chiếu khi mã hóa phạm vi hoạt động chuyên môn tại Bảng 2