

Số: 3037 /BHXH-CSYT
V/v chấn chỉnh công tác giám định
bảo hiểm y tế

Hà Nội, ngày 20 tháng 08 năm 2019

Kính gửi:

- Bảo hiểm xã hội các tỉnh, thành phố trực thuộc Trung ương;
- Bảo hiểm xã hội Bộ Quốc phòng, Bảo hiểm xã hội Công an nhân dân.
(Sau đây gọi chung là Bảo hiểm xã hội các tỉnh)

Qua phân tích dữ liệu khám, chữa bệnh (KCB) bảo hiểm y tế (BHYT) trên Hệ thống thông tin giám định BHYT (tính đến hết tháng 7/2019) và báo cáo của Bảo hiểm xã hội (BHXH) một số tỉnh, thành phố trực thuộc Trung ương, nhiều tỉnh có số chi KCB BHYT tăng cao so với dự toán Thủ tướng giao tại Quyết định số 22/QĐ-TTg ngày 05/4/2019, trong đó một số nhóm chi phí KCB bình quân/1 lượt KCB tăng mạnh so với năm 2018 như xét nghiệm, chẩn đoán hình ảnh, tiền ngày giường... cụ thể như sau:

- Chi KCB BHYT tăng cao so với dự toán Chính phủ giao: Vĩnh Long 88,24%; Ninh Thuận 71,84%; Đắk Nông 71,04%; Nghệ An 69,99%...(Phụ lục số 01 gửi kèm).

- Gia tăng chi phí KCB BHYT bình quân/1 lượt KCB tăng cao so với cùng kỳ năm 2018 (6 tháng đầu năm): Vĩnh Long tăng 25,26%; Thừa Thiên Huế tăng 12,09%; Lai Châu tăng 10,50%...trong khi toàn quốc tăng 2,01% (Phụ lục số 02 gửi kèm).

Trong đó:

+ Chi bình quân xét nghiệm/1 lượt KCB tại Vĩnh Long tăng 9,51%; Sóc Trăng tăng 4,9%... (toàn quốc giảm 5,48%);

+ Chi bình quân chẩn đoán hình ảnh/1 lượt KCB tại Ninh Thuận tăng 21,27%; Vĩnh Long tăng 17,32%... (toàn quốc giảm 5,97%);

+ Chi bình quân tiền ngày giường/1 lượt KCB tại Nam Định tăng 19,93%; Tiền Giang tăng 15,54%; Bến Tre tăng 14,47%; Đồng Tháp tăng 12,5%; Vĩnh Long tăng 12,21%; ...(toàn quốc giảm 2,68%);

- Tỷ lệ người bệnh vào điều trị nội trú tăng cao hơn so với cùng kỳ năm 2018: Phú Yên tăng 13,66%; Thái Nguyên tăng 12,67%; Vĩnh Long tăng 12,59%; Bạc Liêu tăng 11,71%; Sơn La tăng 11,25%;...(toàn quốc giảm 0,87%).

- Đặc biệt tại một số tỉnh phía Bắc trong 7 tháng đầu năm 2019 có tỷ lệ người bệnh vào điều trị nội trú rất cao như: Phú Thọ 17,70%, Sơn La 17,61%; Vĩnh Phúc 15,95%... (Phụ lục số 03 gửi kèm).

- Việc quản lý và thanh toán đối với các bệnh mãn tính tại cơ sở KCB không đúng quy định: tách đợt KCB hàng tháng từ 30 ngày thành 3-4 đợt (chỉ

cấp thuốc từ 7-10 ngày/1 đợt); người bệnh phải quản lý từ 2 bệnh mạn tính trở lên tại cơ sở KCB nhưng phải đi khám nhiều lần các ngày khác nhau tại các chuyên khoa khác nhau để được cấp thuốc cho từng bệnh gây phiền hà cho người bệnh và gây gia tăng chi phí KCB BHYT không cần thiết (Cần Thơ, Sóc Trăng, Đồng Tháp...).

- Thanh toán trùng giữa hai cơ sở KCB: giờ khám bệnh tại cơ sở KCB sau chỉ sau giờ kết thúc đợt KCB tại cơ sở KCB trước ít phút, thậm chí giờ khám bệnh tại cơ sở KCB sau xảy ra trước giờ kết thúc đợt KCB tại cơ sở KCB trước (Thành phố Hồ Chí Minh, Đồng Nai, Đồng Tháp, Kiên Giang, Vĩnh Long...).

- Thống kê đề nghị thanh toán tiền Hội chẩn đối với trường hợp người bệnh được giới thiệu chuyển tuyến nhưng không thực hiện Hội chẩn theo quy định hoặc một bác sĩ chủ trì hội chẩn/1 ngày đối với quá nhiều người bệnh (tại Đồng Tháp một ngày một bác sĩ chủ trì hội chẩn trên 365 lượt người bệnh).

- Cơ sở KCB lập hồ sơ không để thanh toán chi phí KCB với cơ quan BHXH (Bệnh viện ACA - tỉnh Thanh Hóa, Bệnh viện YHCT và Bệnh viện PHCN - tỉnh Sơn La, Bệnh viện Tâm Trí - Thành phố Hồ Chí Minh...).

- Cơ sở KCB không đảm bảo điều kiện hoạt động theo Hợp đồng đã ký theo quy định: Cơ sở KCB không thông báo cho cơ quan BHXH sự thay đổi về nhân lực đăng ký hành nghề KCB dẫn đến việc Danh sách đăng ký người hành nghề KCB trong hồ sơ ký hợp đồng KCB BHYT với danh sách đăng ký người hành nghề KCB được đăng tải trên Trang thông tin điện tử của Sở Y tế không trùng khớp (Bắc Giang, Thanh Hóa); Danh sách đăng ký hành nghề KCB không đúng mẫu quy định tại Phụ lục số IV ban hành kèm theo Nghị định số 109/2016/NĐ-CP...; Người đăng ký hành nghề làm thêm giờ tại một số phòng khám đa khoa ngoài công lập vượt quá 200 giờ/năm không đúng quy định tại Bộ Luật Lao động và Nghị định số 109/2016/NĐ-CP ngày 01/7/2016 của Chính phủ; Một số Phòng khám đa khoa ngoài công lập không đảm bảo tỷ lệ bác sĩ làm việc cơ hữu tối thiểu đạt từ 50% trở lên trên tổng số bác sĩ KCB tại đó theo quy định tại Nghị định số 109/2016/NĐ-CP (Bình Dương);

- Phát sinh chi phí KCB BHYT trên Công tiếp nhận của Hệ thống thông tin giám định BHYT tại các cơ sở KCB chưa tiếp tục ký hợp đồng với cơ quan BHXH nhưng BHXH tỉnh không báo cáo BHXH Việt Nam (8 bệnh viện tư nhân tại Hà Nội, Bệnh viện Chợ Rẫy - Thành phố Hồ Chí Minh).

- Cơ sở KCB BHYT lợi dụng chính sách thông tuyến KCB BHYT để thu gom người bệnh đến KCB dưới danh nghĩa KCB từ thiện, KCB nhân đạo (Bắc Giang, Thanh Hóa, Gia Lai, Đắk Lắk, Thành phố Hồ Chí Minh...).

- Đầu thầu, mua sắm, sử dụng một số thuốc cùng hoạt chất, cùng nhóm tiêu chí kỹ thuật (TCKT), cùng đường dùng, có giá cao khi quy đổi về cùng hàm lượng như: Ceftiaxon 2g, Simvastatin 40mg, Amoxicilin 875mg, Cefotaxim 500mg, Cefoxitin 2g, Piperacilin+Tazobactam 2g+250mg, Piracetam 5g/20ml.. hoặc mua sắm, lựa chọn sử dụng thuốc, vật tư y tế giá cao so với giá bình quân của các tỉnh lân cận dẫn đến sự gia tăng chi phí KCB BHYT bất hợp lý, đây

chính là một trong những nguyên nhân gây vượt nguồn dự toán của Chính phủ giao (Thành phố Hồ Chí Minh, Vĩnh Phúc, Hải Phòng, Bắc Giang, Hưng Yên, Lai Châu, Nghệ An, Thanh Hóa...)

Để đảm bảo việc ký hợp đồng và thanh toán chi phí KCB BHYT theo đúng quy định hiện hành, đảm bảo sử dụng nguồn kinh phí KCB BHYT tiết kiệm, hiệu quả, giảm chi từ tiền túi người bệnh, đảm bảo thực hiện dự toán được Thủ tướng Chính phủ giao tại Quyết định số 22/QĐ-CP, BHXH Việt Nam yêu cầu BHXH các tỉnh tập trung giải quyết những tồn tại nêu trên, đồng thời lưu ý một số nội dung sau:

1. Phân tích đánh giá để xác định rõ các nguyên nhân cụ thể gây gia tăng chi phí bất thường, tổ chức làm việc với các cơ sở KCB có chi phí KCB BHYT gia tăng bất thường, đề nghị cơ sở KCB điều chỉnh về chỉ tiêu hợp lý, đồng thời theo dõi, giám sát đảm bảo chuyển biến thực chất của cơ sở KCB.

2. Định kỳ hàng tháng hoặc đột xuất (khi có diễn biến bất thường) có văn bản báo cáo và xin ý kiến Tỉnh ủy, Ủy ban nhân dân tỉnh và thông báo với Sở Y tế về tình hình sử dụng nguồn dự toán Chính phủ giao tại Quyết định số 22/QĐ-CP, trong đó có đánh giá, chỉ rõ các cơ sở KCB có tình trạng gia tăng chi phí bất thường; tăng chi định vào điều trị nội trú (so sánh với tỷ lệ vào viện bình quân chung trên địa bàn tỉnh hoặc các bệnh viện tương đương cùng mô hình, cùng hạng trên phạm vi toàn quốc); có ngày điều trị nội trú kéo dài không hợp lý; có tình trạng thu gom người bệnh, lập khống hồ sơ thanh toán; giá thuốc, VTYT đấu thầu quá cao so với địa phương khác cùng thời điểm... Đề xuất tham mưu giải pháp với Tỉnh ủy, Ủy ban nhân dân tỉnh để có văn bản chấn chỉnh, chỉ đạo kịp thời.

3. Tăng cường công tác giám định BHYT, thực hiện giám định theo đúng Quy trình giám định BHYT ban hành kèm theo Quyết định số 1456/QĐ-BHXH ngày 01/12/2015 của Tổng Giám đốc BHXH Việt Nam và hướng dẫn tại Công văn số 2149/BHXH-CSYT ngày 29/6/2018 của BHXH Việt Nam. Bố trí, sắp xếp cán bộ giám định để tập trung giám định dữ liệu KCB BHYT trên Hệ thống thông tin giám định BHYT; phân tích, đánh giá, phát hiện các sai sót, các chi phí KCB BHYT bất thường cần lưu ý tại tất cả cơ sở KCB BHYT trên địa bàn tỉnh trước khi tổ chức giám định tập trung tại cơ sở KCB. Tăng cường công tác giám định theo chuyên đề đã được cảnh báo trên Hệ thống thông tin giám định BHYT để từ chối thanh toán các trường hợp đề nghị không đúng quy định: dịch vụ kỹ thuật (DVKT) chưa được cấp có thẩm quyền phê duyệt, DVKT thực hiện không đúng quy trình kỹ thuật, tách DVKT để thanh toán, chênh lệch giá thuốc, VTYT so với giá trúng thầu trung bình đã được BHXH Việt Nam đăng tải ...

Đối với các trường hợp tách đợt KCB hàng tháng đối với các bệnh mãn tính, điều trị dài ngày như Tiểu đường, tăng huyết áp..., BHXH các tỉnh đề nghị cơ sở KCB thực hiện việc khám bệnh, kê đơn thuốc tối đa 30 ngày/1 đợt theo đúng quy định tại Điều 4 Thông tư số 52/2017/TT-BYT ngày 29/12/2017 của Bộ Y tế, tạo thuận lợi cho người bệnh không phải đi KCB nhiều lần. Đồng thời thực hiện việc ghép hồ sơ thanh toán hàng tháng.

4. Đối với các cơ sở KCB BHYT có hiện tượng gia tăng chi phí bất thường, nhiều người bệnh có cùng địa chỉ (xã, huyện) đến KCB cùng ngày, BHXH tỉnh bố trí giám định viên thường trực để kịp thời phát hiện và ngăn chặn tình trạng thu gom người bệnh BHYT không đúng quy định, báo cáo cơ quan có thẩm quyền để xử lý.

5. Tăng cường kiểm tra sự có mặt của người bệnh tại cơ sở KCB và việc thực hiện dịch vụ kỹ thuật tại các khoa phòng, nếu thấy nghi ngờ thì tổ chức giám định tại nơi cư trú hoặc tại nơi làm việc của người bệnh, từ chối thanh toán đối với các trường hợp lập hồ sơ bệnh án điều trị nội trú nhưng người bệnh không nằm viện hoặc các DVKT người bệnh không được thụ hưởng. Đối với các trường hợp xác định là lập hồ sơ khống để thanh toán với cơ quan BHXH, đề nghị chuyển cơ quan Cảnh sát điều tra theo đúng quy chế phối hợp đã được ký kết giữa Tổng cục Cảnh sát và BHXH Việt Nam.

6. Rà soát kỹ hồ sơ ký hợp đồng đối với cơ sở KCB mới đề nghị ký hợp đồng KCB BHYT lần đầu, đảm bảo đầy đủ hồ sơ, nhân lực theo đúng quy định tại Nghị định số 109/2016/NĐ-CP, thông tin trong Biên bản thẩm định đúng với các thông tin trong Giấy phép hoạt động về phạm vi hoạt động chuyên môn của cơ sở KCB; Danh sách nhân viên y tế đăng ký hành nghề KCB tại cơ sở KCB do cơ sở KCB cung cấp khớp với danh sách được đăng tải trên Trang thông tin điện tử của Sở Y tế (hoặc Bộ Y tế). Trường hợp danh sách đăng ký người hành nghề KCB của cơ sở KCB đăng tải trên Trang thông tin điện tử của Sở Y tế (hoặc tại Cổng thông tin điện tử của Bộ Y tế) hoặc đăng tải không khớp với Danh sách cơ sở KCB đã cung cấp thì thông báo để cơ sở KCB biết và hoàn thiện, trường hợp không hoàn thiện được hoặc Danh sách chưa được đăng tải thì có văn bản thông báo tới cơ sở KCB về việc chưa có căn cứ để ký hợp đồng KCB BHYT theo đúng quy định tại Nghị định số 146/2018/NĐ-CP và Thông tư số 09/2019/TT-BYT ngày 10/6/2019 của Bộ Y tế hướng dẫn thẩm định điều kiện ký hợp đồng KCB BHYT ban đầu. Kiên quyết từ chối thanh toán chi phí KCB BHYT khi người thực hiện KCB không có tên trong danh sách đăng ký hành nghề KCB tại cơ sở đó được đăng tải trên Trang thông tin điện tử của Sở Y tế (hoặc Cổng thông tin điện tử của Bộ Y tế).

7. Tham gia có hiệu quả vào quá trình lựa chọn nhà thầu (LCNT) tại địa phương theo hướng: Đánh giá việc kết quả LCNT kỳ trước để làm căn cứ xây dựng kế hoạch sử dụng. Tổng hợp, phân tích các nguyên nhân hạn chế, bất cập để rút kinh nghiệm trong kỳ đấu thầu tiếp theo. Lựa chọn và đề xuất danh mục và số lượng sử dụng đối với từng hoạt chất, dạng bào chế, đường dùng theo nhóm tiêu chuẩn kỹ thuật đảm bảo sử dụng hợp lý, an toàn và hiệu quả tránh lãng phí. Phát hiện kịp thời các thuốc ít cạnh tranh chi phí cao để có ý kiến ngay trong quá trình xây dựng, thẩm định KHLCNT; Tham khảo giá trúng thầu được BHXH Việt Nam cung cấp trên trang web của ngành và các tỉnh lân cận để xây dựng giá kế hoạch phù hợp; Theo dõi sát tiến độ đấu thầu thuốc, có ý kiến kịp thời, tránh tình trạng chậm đấu thầu dẫn đến thiếu thuốc phục vụ điều trị và phát sinh việc mua sắm không đúng quy định; Tăng cường công tác giám định để

việc lựa chọn, chỉ định sử dụng và thanh toán thuốc đúng quy định, hiệu quả tại các cơ sở KCB.

Yêu cầu BHXH các tỉnh triển khai thực hiện các nội dung chỉ đạo tại Công văn này, kịp thời báo cáo BHXH Việt Nam những khó khăn vướng mắc để có hướng giải quyết./.

Nơi nhận:

- Như trên;
- Văn phòng Chính phủ
- Bộ Y tế, Bộ Tài chính
- HĐQL BHXH Việt Nam
- Tổng Giám đốc
- Các Phó Tổng Giám đốc;
- Sở Y tế các tỉnh, TP (để p/h chỉ đạo các cơ sở KCB thực hiện);
- Hiệp hội BVTN Việt Nam;
- Các đơn vị: TCKT, KTNB, DVT, GĐB, GĐN, TT;
- Lưu: VT, CSYT.

(để b/c);

**KT. TỔNG GIÁM ĐỐC
PHÓ TỔNG GIÁM ĐỐC**



Phạm Lương Sơn