

Số: 4295/BHXH-CSYT

Hà Nội, ngày 15 tháng 11 năm 2019

V/v giải quyết khó khăn, vướng mắc trong
thực hiện chính sách bảo hiểm y tế

Kính gửi: Bộ Y tế

Bảo hiểm xã hội (BHXH) Việt Nam nhận được một số Công văn của Bộ Y tế về việc giải quyết khó khăn vướng mắc trong thực hiện chính sách pháp luật về bảo hiểm y tế (BHYT): Công văn số 5823/BYT-BH ngày 02/10/2019 trả lời một số nội dung tại Công văn 2797/BHXH-CSYT, Công văn số 6403/BYT-KCB ngày 30/10/2019 hướng dẫn giải quyết một số vướng mắc trong thực hiện và thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh (KCB) BHYT, Công văn số 6439/BYT-KH-TC ngày 31/10/2019 về việc thanh toán dịch vụ kỹ thuật gây tê, gây mê trong KCB BHYT. Sau khi nghiên cứu, BHXH Việt Nam nhận thấy một số ý kiến trả lời của Bộ Y tế chưa được cụ thể rõ ràng, chưa phù hợp với quy định của pháp luật hiện hành, có thể phát sinh nhiều trường hợp lạm dụng BHYT, gây thất thoát quỹ BHYT cần được báo cáo lại Bộ Y tế, cụ thể như sau:

1. Về việc thanh toán trực tiếp đối với trường hợp không xuất trình thẻ BHYT

Theo quy định tại khoản 1, Điều 28 Luật BHYT “người tham gia BHYT khi đến KCB phải xuất trình thẻ BHYT”; khoản 3, Điều 37 Luật BHYT quy định nghĩa vụ của người tham gia BHYT phải thực hiện các quy định của Luật BHYT khi đến KCB.

Điều 30 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 (Nghị định 146/2018/NĐ-CP) quy định người có thẻ BHYT đi KCB tại nơi đăng ký ban đầu không đúng quy định tại khoản 1, Điều 28 Luật BHYT được cơ quan BHXH thanh toán trực tiếp theo chi phí thực tế trong phạm vi được hưởng và mức hưởng BHYT nhưng tối đa không quá 0,15 lần mức lương cơ sở tại thời điểm KCB đối với trường hợp KCB ngoại trú và tối đa không quá 0,5 lần mức lương cơ sở tại thời điểm thanh toán đối với trường hợp điều trị nội trú.

Mặt khác, theo quy định tại Khoản 3, Điều 22 Luật BHYT, trường hợp người tham gia BHYT tự đến KCB không đúng nơi đăng ký KCB ban đầu và không trong tình trạng cấp cứu tại bệnh viện tuyến tỉnh, bệnh viện tuyến Trung ương thì quỹ BHYT thanh toán 60% chi phí KCB nội trú (trong phạm vi quyền lợi và mức hưởng của đối tượng) tại bệnh viện tuyến tỉnh; thanh toán 40% chi phí KCB nội trú (trong phạm vi quyền lợi và mức hưởng của đối tượng) tại bệnh viện tuyến Trung ương; quỹ BHYT không thanh toán chi phí KCB ngoại trú.



Tuy nhiên, tại Điều 4 Thông tư số 09/2019/TT-BYT ngày 10/6/2019 của Bộ Y tế hướng dẫn cơ quan BHXH thanh toán trực tiếp theo mức hưởng và phạm vi quyền lợi của người tham gia BHYT đối với các trường hợp người bệnh không xuất trình thẻ BHYT trước khi ra viện, chuyển viện trong ngày (*tình trạng người bệnh có thể không phải là cấp cứu, người bệnh đến KCB tại nơi đăng ký KCB ban đầu hoặc không đúng nơi đăng ký KCB ban đầu*) do bị mất thẻ BHYT nhưng chưa được cấp lại. Mức thanh toán này không đúng quy định tại Khoản 3 Điều 22 Luật BHYT và Điều 30 Nghị định số 146/2018/NĐ-CP. Đồng thời sẽ xảy ra tình trạng lạm dụng BHYT, người tham gia BHYT không thực hiện nghĩa vụ theo quy định của Luật BHYT, tự đến cơ sở KCB không xuất trình thẻ BHYT, yêu cầu cơ quan BHXH thanh toán trực tiếp 100% chi phí KCB BHYT theo quy định tại Điều 4 Thông tư số 09/2019/TT-BYT.

2. Việc chuyển thực hiện dịch vụ cận lâm sàng

Các Quyết định ban hành quy trình lâm sàng chẩn đoán và điều trị bệnh do Bộ Y tế ban hành là các quy định về quy trình chuyên môn, nhân lực thực hiện và các dịch vụ kỹ thuật (DVKT) thực hiện đối với bệnh và nhóm bệnh. Thông tư số 43/2013/TT-BYT ngày 11/12/2013 của Bộ Y tế cũng đã quy định: việc phân tuyến chuyên môn kỹ thuật đối với hệ thống cơ sở KCB được căn cứ vào yêu cầu về phạm vi hoạt động chuyên môn, quy mô hoạt động, điều kiện cơ sở vật chất, trang thiết bị, nhân lực và năng lực thực hiện kỹ thuật của cơ sở KCB. Vì vậy, cơ sở KCB chưa được cơ quan có thẩm quyền phê duyệt thực hiện DVKT là những cơ sở KCB chưa đủ điều kiện thực hiện DVKT đó để KCB cho người bệnh. Đồng thời, tại khoản 6, Điều 27 Nghị định 146/2018/NĐ-CP giao cho Bộ trưởng Bộ Y tế quy định nguyên tắc, danh mục xét nghiệm cận lâm sàng, chẩn đoán hình ảnh, thăm dò chức năng được chuyển đến cơ sở KCB hoặc đơn vị thực hiện dịch vụ.

Do vậy, khi Bộ trưởng Bộ Y tế chưa quy định nguyên tắc và ban hành danh mục dịch vụ cận lâm sàng được chuyển sang cơ sở khác để thực hiện theo đúng quy định tại Nghị định 146/2018/NĐ-CP của Chính phủ thì cơ quan BHXH chưa có đủ căn cứ thanh toán chi phí theo chế độ BHYT.

3. Về việc thanh toán chi phí gây tê, gây mê

Để xây dựng giá dịch vụ KCB, Bộ Y tế đã ban hành các Quyết định: Quyết định số 353/QĐ-BYT ngày 09/02/2013 ban hành định mức tiêu hao thuốc, vật tư, hóa chất của 447 dịch vụ KCB của Thông tư số 04/2012/TTTL; Quyết định số 508/QĐ-BYT ngày 20/02/2012 ban hành định mức điện nước, chi phí hậu cần của 447 dịch vụ KCB của Thông tư số 04/2012/TTTL; Quyết định số 3955/QĐ-BYT ngày 22/9/2015 ban hành định mức tiêu hao thuốc, vật tư, hóa chất, điện, nước xử lý chất thải, vệ sinh môi trường, khử khuẩn, chi phí duy tu, bảo dưỡng trang thiết bị cho các DVKT bổ sung trong Thông tư liên tịch số 37/2015/TTLT-BYT-BTC; Quyết định số 3959/QĐ-BYT ngày 22/9/2015 ban hành định mức nhân lực và thời gian thực hiện các dịch vụ KCB của Thông tư số 37/2015/TTLT.

Tại các Quyết định này đã nêu rõ định mức ban hành kèm theo quyết định này là định mức kinh tế kỹ thuật làm cơ sở xây dựng và ban hành giá dịch vụ KCB.

Theo quy định từ Thông tư số 37/2015/TTLT và Thông tư số 15/2018/TT-BYT (thay thế Thông tư số 37/2015/TTLT), **giá các phẫu thuật đã bao gồm chi phí vô cảm gây mê, một số phẫu thuật có tính chi phí vô cảm gây mê đã được ghi chú cụ thể**. Thông tư số 39/2018/TT-BYT thay thế Thông tư số 15/2018/TT-BYT chỉ thay đổi mức giá dịch vụ do điều chỉnh mức lương cơ sở kết cấu trong giá dịch vụ, không thay đổi kết cấu chi phí trong giá.

Theo ý kiến của Bộ Y tế tại Công văn số 6439/BYT-KH-TC thì giá phẫu thuật đã bao gồm chi phí gây mê hoặc gây tê, phần lớn mức giá phẫu thuật, thủ thuật (PTTT) quy định tại Thông tư số 39/2018/TT-BYT không quy định dùng phương pháp nào nên không có căn cứ để trừ tách riêng chi phí gây mê nếu cơ sở y tế sử dụng phương pháp gây tê. Tuy nhiên, theo quy định tại khoản 7, Điều 3 Thông tư số 39/2018/TT-BYT, giá dịch vụ KCB được xây dựng trên cơ sở định mức kinh tế kỹ thuật, bảo đảm tính trung bình, tiên tiến, đáp ứng yêu cầu về chất lượng dịch vụ. Nhiều phẫu thuật xác định giá dựa trên cơ cấu chi phí có tính thuốc mê, nhưng cơ sở y tế sử dụng thuốc gây tê. Đồng thời chi phí tiền lương dựa trên nhân lực và thời gian thực hiện phẫu thuật gây mê chênh lệch lớn so với gây tê. Thực tế hai phương pháp vô cảm này khác nhau về kỹ thuật và chi phí thực hiện, chính vì vậy trong Thông tư số 39/2018/TT-BYT có những PTTT được quy định mức giá riêng khi áp dụng phương pháp vô cảm gây mê hoặc gây tê.

Do đó, việc Bộ Y tế yêu cầu cơ quan BHXH và người dân thanh toán chi phí của các loại PTTT sử dụng phương pháp vô cảm gây mê bằng mức giá của PTTT có kết cấu thuốc gây mê là không hợp lý. Từ thực trạng đó, BHXH Việt Nam đã báo cáo, đề xuất và kiến nghị với Bộ Y tế về việc hướng dẫn thanh toán chi phí phẫu thuật sử dụng phương pháp vô cảm gây mê nhưng chỉ có mức giá phẫu thuật gây mê, đồng thời sớm sửa đổi định mức kinh tế kỹ thuật không hợp lý tại Thông tư số 39/2018/TT-BYT theo đúng sự chỉ đạo của Chính phủ tại Nghị quyết số 30/NQ-CP để kịp thời điều chỉnh, sửa đổi những bất hợp lý trong sử dụng, tránh làm thất thoát, lãng phí quỹ BHYT. Việc phát hiện và kiến nghị sửa đổi các bất hợp lý trong tổ chức thực hiện chính sách BHYT là trách nhiệm của BHXH Việt Nam, không phải là hành vi “*trái pháp luật và không được phép thực hiện*” như ý kiến của Bộ Y tế tại văn bản nêu trên.

4. Hướng dẫn phạm vi chuyên môn về KCB đa khoa

Theo ý kiến của Bộ Y tế tại Công văn số 6403/BYT-KCB ngày 30/10/2019: căn cứ quy định tại Phụ lục 4b ban hành kèm theo Thông tư số 41/2015/TT-BYT của Bộ Y tế về việc cấp chứng chỉ hành nghề đối với người hành nghề và giấy phép hoạt động đối với cơ sở KCB, đối với bác sĩ tại tuyến huyện và tuyến xã nếu tốt nghiệp bác sĩ đa khoa sẽ ghi là “KCB đa khoa”; căn cứ quy định tại Điều 6 Thông tư số 50/2017/TT-BYT sửa đổi, bổ sung các quy định liên quan đến thanh toán chi phí KCB; căn cứ quy định tại khoản 7, Điều 4

Thông tư số 52/2017/TT-BYT quy định về kê đơn thuốc hóa dược, sinh phẩm trong điều trị ngoại trú, như vậy trên cơ sở phạm vi hoạt động chuyên môn của các cơ sở KCB, phạm vi chuyên môn ghi trên chứng chỉ hành nghề, văn bằng, chứng chỉ, chứng nhận hoặc năng lực của người hành nghề, người chịu trách nhiệm chuyên môn cho phép người hành nghề được thực hiện các kỹ thuật chuyên môn tại cơ sở KCB. Người hành nghề có chứng chỉ hành nghề “KCB đa khoa” được khám bệnh, kê đơn của các chuyên khoa theo quy định.

Như vậy, quy định ở đây được hiểu là thực hiện theo văn bản nào. Trường hợp đối với các cơ sở KCB tuyến huyện (kể cả bệnh viện đa khoa được xếp hạng 1, hạng 2, các Phòng khám đa khoa tư nhân) bác sỹ được cấp chứng chỉ hành nghề KCB nội khoa nhưng thực hiện KCB chuyên khoa mắt, răng hàm mặt, ngoại khoa... có được xác định là vi phạm các hành vi bị cấm được quy định tại Luật KCB hay không?

Những vướng mắc nêu trên xuất phát từ thực tiễn triển khai thực hiện KCB BHYT. Vì vậy, để đảm bảo quyền lợi người tham gia BHYT và thanh toán chi phí KCB BHYT theo đúng các quy định của pháp luật, BHXH Việt Nam đề nghị Bộ Y tế sớm nghiên cứu, hướng dẫn thực hiện về các nội dung nêu trên./.

Nơi nhận:

- Như trên;
- PTT Chính phủ Vương Đình Huệ
- PTT Chính phủ Vũ Đức Đam
- UBVCVĐXH của Quốc hội
- Ban Tuyên giáo Trung ương
- VPCP, BTP, BTC
- CT, các PCT HĐQT BHXHVN
- Tổng Giám đốc
- Các Phó TGĐ;
- UBND các tỉnh, TP trực thuộc TƯ;
- Cục Y tế - BCA, Cục Quân Y-BQP;
- Hiệp hội BVTN Việt Nam;
- Sở Y tế các tỉnh, TP trực thuộc TƯ;
- BHXH các tỉnh, TP trực thuộc TƯ;
- Các bệnh viện, Viện có giường bệnh trực thuộc Bộ Y tế;
- Các đơn vị: PC, DVT, GĐB, GĐN, TTKT, KTNB;
- Lưu: VT, CSYT (3b).

(đề b/c);

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



Bảo hiểm xã hội Việt Nam
15-11-2019 17:18:36 +07:00

Phạm Lương Sơn