

Số: 52/CV-BVTN

Thanh Hóa, ngày 17 tháng 6 năm 2020

V/v: Góp ý Dự thảo Thông tư hướng dẫn thực hiện KCB BHYT.

Kính gửi: Bộ Y tế.

Hiện nay, Bộ Y tế đang xây dựng Dự thảo Thông tư hướng dẫn thực hiện bảo hiểm y tế (Dự thảo Thông tư), sau khi tiếp nhận, nghiên cứu nội dung dự thảo Thông tư (đăng tải trên Công thông tin điện tử Chính phủ và Bộ Y tế), Hiệp hội Bệnh viện tư nhân Việt Nam (Hiệp hội) góp ý một số nội dung sau:

## **I. MỘT SỐ GÓP Ý CHUNG**

**1. Làm rõ đối tượng tham gia theo nhóm "Hộ gia đình" sẽ được hưởng từ thời điểm nào?**

Khoản 2, Điều 5 Dự thảo Thông tư quy định việc giảm trừ mức đóng BHYT theo hộ gia đình, trong đó đề xuất 2 phương án giảm trừ:

- **Phương án (1):** Giảm trừ **trước** (giảm trừ ngay khi từ người thứ hai trong hộ gia đình phải tham gia theo hình thức bảo hiểm y tế hộ gia đình trở đi tham gia).

- **Phương án (2):** Giảm trừ **sau** (giảm trừ sau khi có đủ tất cả các thành viên hộ gia đình đã tham gia bảo hiểm y tế hộ gia đình trong năm tài chính).

Dự thảo cũng **Dự kiến đề xuất** theo **Phương án (2)** vì theo quy định của luật BHYT "**BHYT là hình thức bắt buộc được áp dụng với tất cả các đối tượng theo quy định của luật này để ...**" (Khoản 1 Điều 2 Luật BHYT), do đó, để bảo đảm thực hiện việc giảm trừ có tính "bắt buộc" (chế tài) đối với hộ gia đình, tránh tình trạng chỉ khi ốm đau mới tham gia và không tham gia đầy đủ.

⇒ Tuy nhiên, Hiệp hội đề xuất lựa chọn **Phương án (1)** bởi các lý do sau:

- Mặc dù mua BHYT là chính sách bắt buộc, nhưng tỷ lệ các trường hợp chưa mua thẻ BHYT đều nằm tại các đối tượng có hoàn cảnh kinh tế khó khăn, đối tượng khó huy động đóng BHYT. Do vậy, cần có các biện pháp hỗ trợ nhiều hơn cho nhóm này giống như đã hỗ trợ cho nhóm Diêm dân, nhóm Học sinh, sinh viên. - Việc **giảm trừ sau** chắc chắn sẽ tạo sự không công bằng, tạo thêm phiền toái, hoặc thiệt thòi trong trường hợp hộ gia đình không đủ điều kiện mua cho tất cả các thành viên trong gia đình...

- Mua thẻ BHYT là vấn đề an sinh xã hội, việc **giảm trừ trước** sẽ là chính sách tốt, thúc đẩy mọi người tham gia nhiều hơn.

## 2. Làm rõ nội dung “Xã giáp ranh”

Dự thảo Thông tư định nghĩa “Xã giáp ranh” tại Khoản 1 Điều 2 và hướng dẫn KCB ban đầu tại trạm y tế tuyến xã giáp ranh của tỉnh giáp ranh tại Điều 11 chi tiết như sau:

*“1. Người tham gia bảo hiểm y tế đăng ký khám bệnh, chữa bệnh ban đầu tại trạm y tế tuyến xã giáp ranh của tỉnh giáp ranh được quỹ bảo hiểm y tế thanh toán 100% chi phí khám bệnh, chữa bệnh trong phạm vi được hưởng và mức hưởng quy định tại khoản 4 Điều 14 Nghị định số 146/2018/NĐ-CP khi đến khám bệnh, chữa bệnh tại trạm y tế tuyến xã giáp ranh của tỉnh giáp ranh.*

*2. Khi trạm y tế tuyến xã giáp ranh của tỉnh giáp ranh tiếp nhận người bệnh có thẻ BHYT tự đến KBCB, nhưng bệnh cần phải chuyển lên cơ sở khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế tuyến trên để khám bệnh, chữa bệnh, thì trạm y tế xã nơi đã tiếp nhận người bệnh đó có trách nhiệm:*

*a) Xác định người bệnh này là đúng tuyến trong hồ sơ chuyển tuyến (Việc này rất quan trọng trong việc ghi trong hồ sơ chuyển tuyến và xác định quyền lợi của người có thẻ BHYT);*

*b) Chuyển người bệnh này đến cơ sở khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế tuyến trên của tỉnh giáp ranh đó hoặc chuyển người đó lên tuyến trên của tỉnh mà người bệnh đó đăng ký khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế ban đầu, theo thứ tự ưu tiên như sau:*

*- Có số ki-lô-mét từ trạm y tế tuyến xã đến cơ sở khám bệnh, chữa bệnh ít nhất;*

*- Không có cơ sở khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế đáp ứng được việc điều trị đối với bệnh mà người đó cần khám bệnh, chữa bệnh đã được Sở Y tế hai tỉnh giáp ranh xác định.”*

==> Về nội dung này, Hiệp hội đề nghị bỏ quy định về nội dung “**xã giáp ranh**”, đồng thời đề nghị cho phép KCB BHYT thông tuyến xã với tất cả các phòng khám toàn quốc bởi các lý do sau:

+ Khoản 3, Điều 22 Luật sửa đổi, bổ sung một số điều của Luật bảo hiểm y tế số 25/2008/QH12 đã quy định rõ trường hợp người có thẻ BHYT tự đi KCB không đúng tuyến được quỹ BHYT thanh toán trong phạm vi được hưởng (Thông tuyến xã, tuyến huyện toàn quốc).

+ Khoản 4 Điều 14 Nghị định 146/2018/NĐ-CP ngày 17/10/2018 quy định chi tiết và hướng dẫn biện pháp thi hành một số điều của Luật BHYT cũng nêu rõ: “Người tham gia bảo hiểm y tế đăng ký khám bệnh, chữa bệnh ban đầu tại trạm y tế tuyến xã giáp ranh của tỉnh giáp ranh được quỹ bảo hiểm y tế thanh toán 100% chi phí khám bệnh, chữa bệnh trong phạm vi được hưởng và mức hưởng quy định tại

*khoản 1 Điều này khi đến khám bệnh, chữa bệnh tại trạm y tế tuyến xã giáp ranh của tỉnh giáp ranh”.*

Do vậy, việc đề cập và đưa thuật ngữ “**xã giáp ranh**” vào Dự thảo Thông tư là không cần thiết, dễ nhầm lẫn và gây phức tạp trong triển khai trên toàn quốc.

Bên cạnh đó, trung bình KCB ngoại trú của các Trạm y tế và các Phòng khám (tương đương hạng 4) chắc chắn thấp hơn trung bình KCB ngoại trú của các Bệnh viện hạng 3. Chính vì vậy, việc thông tuyến giữa các Trạm y tế xã với các Phòng khám (tương đương hạng 4) toàn quốc sẽ tiết kiệm chi hơn nữa cho quỹ BHYT.

**3. Rút ngắn thủ tục hành chính trong xác nhận đối với người tham gia BHYT 05 năm liên tục trở lên và có số tiền cùng chi trả chi phí khám bệnh, chữa bệnh trong năm lớn hơn 06 tháng lương cơ sở.**

Khoản 2 Điều 9 Dự thảo Thông tư quy định:

*“2. Cơ quan bảo hiểm xã hội có trách nhiệm:*

*a) Hoàn thiện hệ thống giám định và bảo đảm duy trì tiếp nhận, phản hồi kịp thời cho cơ sở khám bệnh, chữa bệnh và người tham gia bảo hiểm y tế thuộc đối tượng quy định tại Khoản 1 Điều này các thông tin liên quan đến việc xác định người tham gia bảo hiểm y tế có thời gian tham gia bảo hiểm y tế 05 (năm) năm liên tục trở lên và có số tiền cùng chi trả chi phí khám bệnh, chữa bệnh trong năm lớn hơn 06 (sáu) tháng lương cơ sở, làm cơ sở để cơ sở khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế thực hiện thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế đối với đối tượng, bảo đảm quyền lợi của người bệnh được thực hiện ngay, theo quy định tại Khoản 3 Điều 27 Nghị định số 146/2018/NĐ-CP.*

*b) Thông báo bằng một trong các hình thức, như tin nhắn SMS, thư điện tử (e-mail) đến người được cấp đổi mã thẻ (mã quyền lợi) bảo hiểm y tế ngay khi thẻ bảo hiểm y tế có hiệu lực trên hệ thống, nhằm đảm bảo quyền lợi của người tham gia bảo hiểm y tế”.*

==> Hiệp hội đề nghị xây dựng nội dung theo hướng: "*Cơ quan Bảo hiểm xã hội có trách nhiệm xây dựng chức năng trên cổng kiểm tra thông tin thẻ BHYT để thông báo đối tượng đủ thời gian BHYT 5 năm liên tục và có số tiền cùng chi trả chi phí KCB lớn hơn 6 tháng lương cơ sở*" ngay khi kiểm tra thẻ BHYT trước đăng ký KCB ở các cơ sở Y tế. Bởi các lý do sau:

- Tất cả cơ sở dữ liệu KCB đều được các cơ sở y tế kết xuất đầy đủ bằng file XML và gửi lên Cổng giám định của cơ quan BHXH Việt Nam hàng ngày.

- Các cơ sở KCB BHYT hiện tại đều phải kiểm tra giá trị thẻ BHYT trước khi người bệnh có thẻ BHYT thực hiện KCB.

- Việc quy định thêm các thủ tục hành chính như trong dự thảo là không phù hợp trong khi hiện nay Công nghệ thông tin đã được áp dụng sâu trong giám định thanh toán chi phí KCB của BHXH Việt Nam.

#### **4. Đề nghị bổ sung thêm Phòng khám tư nhân tại Điều 10 trong Dự thảo Thông tư.**

Đề nghị sửa đổi Điều 10 Dự thảo Thông tư như sau:

*“Điều 10. Thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh đối với người có thể bảo hiểm y tế được cơ sở khám bệnh, chữa bệnh tuyến trên chẩn đoán, chỉ định điều trị và chuyển về để quản lý, theo dõi, cấp phát thuốc tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh tuyến xã theo quy định của Bộ trưởng Bộ Y tế.*

*1. Người bệnh được cơ sở khám bệnh, chữa bệnh tuyến trên chẩn đoán, chỉ định điều trị và chuyển về để quản lý, theo dõi, cấp phát thuốc tại cơ sở khám bệnh là **Trạm y tế hoặc Phòng khám tư nhân**, được sử dụng thuốc theo chỉ định điều trị của bệnh viện tuyến huyện.*

*2. Đơn vị tiếp nhận các bệnh nhân (**Trạm y tế, Phòng khám tư nhân**) có trách nhiệm ký hợp đồng với một bệnh viện tuyến huyện để thực hiện việc tiếp nhận thuốc theo danh mục đã được phê duyệt sử dụng của bệnh viện tuyến huyện; thống nhất cơ chế chuyển thuốc, vật tư y tế khác;*

*3. Xây dựng Danh mục bệnh được cấp phát thuốc tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh tuyến xã theo chỉ định điều trị của tuyến trên (Điều này phù hợp với điều 19, nghị định 146/2018)*

*4. Các **Trạm y tế, Phòng khám tư nhân** có trách nhiệm trích chuyển dữ liệu điện tử dạng file XML lên cổng giám định của BHXH Việt Nam theo các quy định hiện hành.*

## **II. MỘT SỐ ĐỀ XUẤT HƯỚNG DẪN, LÀM RÕ NHỮNG NỘI DUNG KHÁC TRONG NGHỊ ĐỊNH 146/2018/NĐ-CP.**

Trong quá trình hoạt động khám, chữa bệnh, Hiệp hội nhận được nhiều ý kiến, kiến nghị của hội viên về những khó khăn, vướng mắc trong thực hiện Nghị định 146/2018/NĐ-CP, cần tiếp tục được hướng dẫn, làm rõ thêm, tạo cơ sở pháp lý và điều kiện trong hoạt động KCB của cơ sở y tế cũng như đảm bảo quyền lợi của người tham gia BHYT. Tuy nhiên, rất tiếc tại Dự thảo Thông tư chưa đề cập, hướng dẫn làm rõ, do vậy, Hiệp hội đề nghị bổ sung thêm các nội dung sau:

### **1. Làm rõ thêm nội dung tại Khoản 2 Điều 16 Nghị định 146/2018/NĐ-CP**

Khoản 2 Điều 16 Nghị định 146/2018/NĐ-CP quy định:

“2. Trường hợp cơ sở khám bệnh, chữa bệnh được cơ quan có thẩm quyền phê duyệt bổ sung chức năng, nhiệm vụ, phạm vi chuyên môn, hạng bệnh viện, cơ sở khám bệnh, chữa bệnh có trách nhiệm thông báo cho cơ quan bảo hiểm xã hội để bổ sung vào hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế. Trong thời hạn 10 ngày làm việc kể từ ngày nhận được văn bản phê duyệt do cơ sở khám bệnh chữa bệnh gửi đến, cơ quan bảo hiểm xã hội có trách nhiệm hoàn thành việc ký kết bổ sung phụ lục hợp đồng hoặc giao kết hợp đồng mới”.

Thực tế hiện nay, sau khi có Quyết định phê duyệt bổ sung phạm vi hoạt động chuyên môn, bổ sung thêm các khoa, phòng của Bộ Y tế, các cơ sở y tế đều phải thực hiện thêm một bước nữa là hoàn thiện hồ sơ trình cơ quan BHXH (cấp thành phố hoặc tỉnh), sau đó cơ quan BHXH tổ chức thành lập đoàn kiểm tra làm việc với cơ sở y tế để đánh giá, thẩm định lại. Điều này gây mất thời gian (có thể tới hàng tháng) cho một lần bổ sung phạm vi hoạt động chuyên môn hoặc thành lập khoa, phòng, gây khó khăn đối với cơ sở y tế. Do vậy, đề nghị bổ sung, hướng dẫn làm rõ nội dung này trong Dự thảo Thông tư.

## **2. Về cách tính tổng mức thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế cho cơ sở khám bệnh, chữa bệnh hàng năm.**

Khoản 4, Điều 24 Nghị định 146/2018/NĐ-CP quy định:

“4. Tổng mức thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế cho cơ sở khám bệnh, chữa bệnh hàng năm được tính theo công thức sau:

$$T = [T_{n-1} \times k]_{\text{thuốc, hóa chất}} + [T_{n-1} \times k]_{\text{vật tư y tế}} + [T_{n-1}]_{\text{máu, chế phẩm máu}} + [T_{n-1}]_{\text{dịch vụ khám bệnh, chữa bệnh}} + C_n$$

Trong đó:

a)  $T$  là tổng mức thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế tại cơ sở bằng tổng mức thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh nội trú và tổng mức thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh ngoại trú;

b)  $T_{n-1}$  là chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế năm trước liền kề tại cơ sở đã được cơ quan bảo hiểm xã hội thẩm định quyết toán;

c)  $k$  là hệ số điều chỉnh do biến động về giá thuốc, hóa chất, vật tư y tế tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh tương ứng của từng yếu tố thuốc, hóa chất, vật tư y tế chưa được tính vào giá dịch vụ, không bao gồm các chi phí đã được tính trong  $C_n$ .

d)  $C_n$  là phần chi phí phát sinh tăng hoặc giảm trong năm tại cơ sở do các nguyên nhân: áp dụng dịch vụ kỹ thuật mới; bổ sung thuốc, hóa chất mới, vật tư y tế mới; áp dụng giá dịch vụ khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế mới; giá máu, chế phẩm máu mới; điều chỉnh hạng bệnh viện; đối tượng người có thể bảo hiểm y tế; thay đổi phạm vi hoạt động của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh theo quyết định của cấp

*có thẩm quyền (nếu có); thay đổi mô hình bệnh tật; số lượt khám bệnh, chữa bệnh. Chi phí này được tổng hợp vào chi phí thực tế để làm cơ sở tính tổng mức thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế cho cơ sở khám bệnh, chữa bệnh”.*

==> Về nội dung này, Hiệp hội đề nghị như sau:

- Đề nghị bổ xung hướng dẫn cho Mục b Khoản 4 Điều 24, do trên thực tế, phần chi phí KCB BHYT của năm liền kề trước thường bao gồm 2 khoản:

+ Khoản quyết toán ngay sau khi hết năm;

+ Phần thanh toán bổ sung vào năm liền kề: thường được cơ quan BHXH thanh toán sau tháng 9 của năm tiếp theo.

Căn cứ Công văn số 7691/BYT-BH ngày 31/12/2019 thì T<sub>2018</sub> gồm: chi phí KCB BHYT năm 2018 tại cơ sở KCB đã được cơ quan BHXH quyết toán và chi phí quyết toán bổ sung vào năm 2019. Tuy nhiên, theo các hướng dẫn của BHXH, hiện nay việc tính tổng mức thanh toán mới chỉ bao gồm chi phí KCB BHYT năm 2018 đã được quyết toán, còn phần quyết toán bổ xung trong năm 2019 cho phần chi năm 2018 thì chưa được đưa vào.

- Đề nghị làm rõ trường hợp: Khi vượt tổng mức thanh toán mà phần chi phí vẫn hợp lý (ngoài 9 yếu tố cấu thành C<sub>n</sub>) thì sẽ được giải quyết như thế nào?

### **3. Đề nghị hướng dẫn chi tiết thêm về thanh toán theo định suất (quy định tại Điều 25 Nghị định 146/2018/NĐ-CP)**

Quy định về thanh toán theo định suất đã được nêu tại Điều 25 Nghị định 146/2018/NĐ-CP, tuy nhiên, nội dung hướng dẫn chưa đầy đủ, chi tiết. Bên cạnh đó hiện nay, qua khảo sát của Hiệp hội, nội dung về thanh toán theo định suất trên thực tế chưa được triển khai thanh toán theo quỹ định suất tại các cơ sở y tế là hội viên Hiệp hội. Do vậy, đề nghị Ban soạn thảo quan tâm, bổ sung và hướng dẫn chi tiết thêm nội dung này trong Dự thảo Thông tư, trong đó có hướng dẫn cụ thể về xác định quỹ theo định suất, về thủ tục ký hợp đồng KCB BHYT theo quỹ định suất và làm rõ các nhóm bệnh, nhóm dịch vụ y tế, các chi phí không thuộc phạm vi thanh toán của quỹ định suất để làm cơ sở cho các cơ sở y tế khi triển khai áp dụng các quy định về thanh toán theo định suất.

### **4. Thanh toán chi phí KCB trong một số trường hợp (quy định tại Điều 27, Nghị định 146/2018/NĐ-CP)**

Khoản 6 Điều 27, Nghị định 146/2018/NĐ-CP quy định về thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh một số trường hợp như sau:

*“6. Trường hợp cơ sở khám bệnh, chữa bệnh không thực hiện được xét nghiệm cận lâm sàng, chẩn đoán hình ảnh, thăm dò chức năng và phải chuyển người bệnh hoặc mẫu bệnh phẩm đến cơ sở khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế hoặc cơ sở*

*được cấp có thẩm quyền phê duyệt đủ điều kiện thực hiện để thực hiện các dịch vụ đó, thì quỹ bảo hiểm y tế thanh toán chi phí thực hiện dịch vụ trong phạm vi được hưởng và mức hưởng theo quy định cho cơ sở khám bệnh, chữa bệnh nơi chuyển người bệnh, mẫu bệnh phẩm. Cơ sở khám bệnh, chữa bệnh chuyển người bệnh hoặc mẫu bệnh phẩm có trách nhiệm thanh toán chi phí cho cơ sở khám bệnh, chữa bệnh hoặc đơn vị thực hiện dịch vụ, sau đó tổng hợp vào chi phí khám bệnh, chữa bệnh của người bệnh để thanh toán với cơ quan bảo hiểm xã hội.*

*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 khám bệnh, chữa bệnh hoặc đơn vị thực hiện dịch vụ”.*

==> Nội dung này, Hiệp hội đề nghị có quy định làm rõ vấn đề sau:

Các quy định liên quan đến vấn đề chuyển thực hiện các dịch vụ cận lâm sàng tới các cơ sở y tế khác đã được quy định tại Thông tư 09/2019/TT-BYT ngày 10/6/2019 của Bộ Y tế (*Hướng dẫn thẩm định điều kiện ký hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế 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 bảo hiểm y tế*). Tuy nhiên, cho đến nay vẫn chưa có quy định cụ thể về "Nguyên tắc, danh mục xét nghiệm cận lâm sàng chẩn đoán hình ảnh, thăm dò chức năng được chuyển đến cơ sở khám bệnh, chữa bệnh hoặc đơn vị thực hiện dịch vụ". Do vậy, đề nghị Ban soạn thảo Dự thảo Thông tư quan tâm, bổ sung hướng dẫn cụ thể nội dung này.

Trên đây là góp ý của Hiệp hội Bệnh viện tư nhân Việt Nam đối với Dự thảo Thông tư hướng dẫn thực hiện bảo hiểm y tế, kính gửi Bộ Y tế nghiên cứu, tổng hợp, hoàn thiện./.

**Nơi nhận:**

- Như trên;
- Vụ BHYT-Bộ Y tế;
- Lưu VP.

**TM. BAN CHẤP HÀNH  
CHỦ TỊCH**



**Tiến sĩ Nguyễn Văn Đệ**  
Ủy viên UBTW MTTQ Việt Nam