

Số: 2093 /BHXH-CSYT
V/v hướng dẫn xác định tổng mức
thanh toán chi phí KCB BHYT
năm 2019

Hà Nội, ngày 26 tháng 6 năm 2020

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 BHXH các tỉnh)

Sau khi có ý kiến của Bộ Y tế tại Công văn số 3367/BYT/BHYT ngày 19/6/2020, Bảo hiểm xã hội (BHXH) Việt Nam hướng dẫn xác định tổng mức thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh (KCB) bảo hiểm y tế (BHYT) để BHXH các tỉnh và các cơ sở KCB BHYT thống nhất thực hiện việc quyết toán và thẩm định quyết toán chi phí KCB BHYT năm 2019 theo đúng quy định của Luật BHYT và các văn bản hướng dẫn thực hiện, cụ thể như sau:

I. Tạm ứng, thanh toán, quyết toán hằng quý

Việc tạm ứng, thanh toán, quyết toán chi phí KCB BHYT đối với các cơ sở KCB BHYT được thực hiện hằng quý theo đúng quy định về tạm ứng, thanh toán, quyết toán chi phí KCB BHYT quy định tại khoản 1; các điểm a, b và c khoản 2 Điều 32 của Luật BHYT và các văn bản quy định hiện hành.

II. Xác định tổng mức thanh toán chi phí KCB BHYT năm 2019

1. Nguyên tắc xác định tổng mức thanh toán

Tổng mức thanh toán của năm 2019 (T_{2019}) được xác định theo công thức quy định tại khoản 4, Điều 24 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 số 146/2018/NĐ-CP) như sau:

$$T_{2019} = [T_{2018} \times k]_{\text{thuốc, hóa chất}} + [T_{2018} \times k]_{\text{VTYT}} + [T_{2018}]_{\text{máu, chế phẩm máu}} + [T_{2018}]_{\text{DVKT}} + C_n.$$

Quỹ BHYT thanh toán chi phí KCB BHYT theo báo cáo quyết toán năm của cơ sở KCB đã được thẩm định nhưng không vượt tổng mức thanh toán chi phí KCB BHYT được xác định theo công thức trên.

Cơ sở KCB có trách nhiệm phối hợp với cơ quan BHXH xác định tổng mức thanh toán theo hướng dẫn tại công văn này. Thực hiện chỉ định các dịch vụ kỹ thuật, xét nghiệm, cận lâm sàng, sử dụng thuốc, hóa chất, vật tư y tế

(VTYT), tiếp nhận và quản lý người bệnh vào điều trị nội trú chặt chẽ, hợp lý, đúng quy chế chuyên môn, sử dụng kinh phí KCB BHYT hiệu quả, tiết kiệm, đảm bảo quyền lợi của người bệnh có thẻ BHYT.

Cơ quan BHXH có trách nhiệm phối hợp với cơ sở KCB để xác định chính xác, đầy đủ các yếu tố trong tổng mức thanh toán (T_{2018} và chín nhóm nguyên nhân tăng, giảm) theo hướng dẫn tại công văn này.

2. Hệ số điều chỉnh (k):

Hệ số điều chỉnh (k) do biến động giá thuốc, hóa chất, VTYT tại cơ sở KCB dùng để xác định tổng mức thanh toán chi phí KCB BHYT năm 2019 được áp dụng với $k = 1$.

3. Xác định chi phí KCB BHYT năm 2018 (T_{2018}):

a) T_{2018} là chi phí KCB BHYT năm 2018 đã được Hội đồng quản lý BHXH Việt Nam thông qua quyết toán và được BHXH Việt Nam thông báo, kể cả chi phí KCB BHYT được đưa vào quyết toán bổ sung hoặc thu hồi vào các năm sau (chi phí KCB BHYT được thẩm định quyết toán);

b) T_{2018} không bao gồm:

- Chi kết dư định suất, chi phí thanh toán trực tiếp và chi phí vận chuyển người bệnh;

- Chi phí KCB BHYT của đối tượng tham gia BHYT theo Nghị định số 70/2015/NĐ-CP ngày 01/9/2015 của Chính phủ quy định chi tiết và hướng dẫn thi hành một số điều của Luật BHYT đối với quân đội nhân dân, công an nhân dân và người làm công tác cơ yếu.

- Chi phí thực hiện không đúng định mức kinh tế kỹ thuật, nhân lực, thời gian theo quy định của Bộ Y tế năm 2018 nhưng được thanh toán trong năm 2019 theo Nghị quyết số 30/NQ-CP ngày 11/5/2019 của Chính phủ.

c) T_{2018} được xác định theo 4 nhóm chi phí: thuốc, hóa chất; vật tư y tế; máu, chế phẩm máu; dịch vụ KCB. Trường hợp không xác định được số chi thuộc phạm vi chi trả của quỹ BHYT cho từng nhóm chi phí thì xác định theo tỷ lệ cơ cấu chi phí dựa trên số chi KCB BHYT tại Danh sách người bệnh BHYT KCB ngoại trú, nội trú được duyệt (mẫu C79b-HD, C80b-HD năm 2018);

d) Đối với cơ sở KCB có ký hợp đồng KCB BHYT năm 2018 và tiếp tục ký hợp đồng KCB BHYT năm 2019: T_{2018} là chi phí KCB BHYT được thẩm định quyết toán của năm 2018 tại cơ sở KCB.

Trường hợp cơ sở KCB ký hợp đồng KCB BHYT năm 2018 không đủ 12 tháng và tiếp tục ký hợp đồng KCB BHYT trong năm 2019: T_{2018} là chi phí KCB

BHYT được thẩm định quyết toán kể từ ngày hợp đồng có hiệu lực đến hết ngày 31/12/2018.

đ) Đối với cơ sở KCB ký hợp đồng KCB BHYT từ năm 2019, nhưng năm 2018 không ký hợp đồng KCB BHYT: $T_{2018} = 0$.

4. Xác định chi phí phát sinh tăng hoặc giảm trong năm 2019 (C_n):

a) C_n là chi phí phát sinh tăng hoặc giảm của năm 2019 so với năm 2018 được xác định theo 09 (chín) nhóm nguyên nhân theo quy định tại điểm d khoản 4, Điều 24 Nghị định số 146/2018/NĐ-CP và được hướng dẫn cụ thể tại Phần III, Công văn này.

b) Đối với cơ sở KCB ký hợp đồng KCB BHYT từ năm 2019, nhưng năm 2018 không ký hợp đồng KCB BHYT: C_n là toàn bộ chi phí phát sinh trong phạm vi quyền lợi và mức hưởng BHYT của người có thẻ BHYT KCB tại cơ sở KCB BHYT tính từ ngày hợp đồng có hiệu lực đến hết ngày 31/12/2019 đã được thẩm định quyết toán.

III. Xác định chi phí phát sinh tăng hoặc giảm trong năm tại cơ sở KCB (C_n)

1. Một số từ viết tắt

a) T_BHTT là chi phí KCB BHYT đã được cơ quan BHXH giám định để thanh toán từ quỹ BHYT theo phạm vi quyền lợi được hưởng và mức hưởng BHYT.

b) T_BNCCT là số tiền người bệnh cùng chi trả trong phạm vi quyền lợi được hưởng BHYT.

c) $MHBQ$ là mức hưởng bình quân của người bệnh đối với từng khoản chi như dịch vụ kỹ thuật (DVKT), máu, chế phẩm máu, chi phí khám bệnh, chi phí ngày giường điều trị bằng (=) T_BHTT của từng khoản chi đó chia (:) [số lượng của từng khoản chi đó nhân (x) đơn giá].

2. Phương pháp xác định chi phí phát sinh tăng hoặc giảm (C_n)

2.1. Áp dụng dịch vụ kỹ thuật mới (C_1)

2.1.1. Các trường hợp áp dụng

DVKT mới là DVKT đã bảo đảm đủ điều kiện thực hiện tại cơ sở KCB theo quy định hiện hành, được thực hiện trong năm 2019 mà các năm trước đó cơ sở KCB không thực hiện, được tính vào C_1 trong các trường hợp sau:

a) DVKT mới hoàn toàn là DVKT mới thực hiện tại cơ sở KCB đó trong năm 2019 mà không phải là DVKT thay thế DVKT khác thực hiện trong các năm trước tại cơ sở KCB đó;

b) DVKT mới thay thế DVKT khác là DVKT mới được thực hiện tại cơ sở KCB đó trong năm 2019 để thay thế cho DVKT đã được thực hiện trong các năm trước tại cơ sở KCB đó.

Đối với các DVKT chưa được cấp có thẩm quyền phê duyệt thực hiện tại cơ sở KCB trong năm 2018 nhưng cơ sở KCB đó chuyển bệnh phẩm hoặc người bệnh đến cơ sở KCB khác để thực hiện, chi phí thực hiện DVKT đó đã được tổng hợp vào chi phí KCB năm 2018 của cơ sở KCB đó, năm 2019 cơ sở KCB được phê duyệt DVKT này thì không được coi là DVKT mới phát sinh.

2.1.2. Cách xác định chi phí phát sinh

a) Chi phí phát sinh tăng khi cơ sở KCB thực hiện DVKT mới hoàn toàn mà không phải là DVKT thay thế DVKT khác bằng (=) T_BHTT của DVKT mới hoàn toàn năm 2019.

b) Chi phí phát sinh tăng hoặc giảm khi cơ sở KCB thực hiện DVKT mới thay thế DVKT khác bằng (=) số lần sử dụng DVKT mới thay thế nhân (x) chênh lệch giữa đơn giá DVKT mới thay thế và đơn giá của DVKT cũ nhân (x) MHBQ của DVKT mới thay thế.

2.2. Bổ sung thuốc mới (C₂)

2.2.1. Các trường hợp áp dụng

a) Thuốc mới là thuốc có hoạt chất mới được sử dụng tại cơ sở KCB năm 2019 mà năm 2018 chưa sử dụng, bao gồm:

a1) Thuốc mới hoàn toàn là thuốc mới được sử dụng trong năm 2019 để điều trị bệnh mà năm 2018 cơ sở KCB chưa có thuốc để điều trị bệnh đó.

a2) Thuốc mới thay thế thuốc cũ là thuốc mới sử dụng trong năm 2019 để điều trị bệnh mà năm 2018 cơ sở KCB đã có thuốc để điều trị bệnh đó.

b) Thuốc mới áp dụng trong các trường hợp:

b1) Do thay đổi Thông tư số 30/2018/TT-BYT ngày 30/10/2018 của Bộ Y tế so với Thông tư số 40/2014/TT-BYT ngày 17/11/2014 của Bộ Y tế

b2) Do cơ sở KCB thay đổi hạng bệnh viện dẫn đến thay đổi danh mục thuốc được sử dụng tại cơ sở KCB.

b3) Do cơ sở KCB thay đổi phạm vi hoạt động theo quyết định của cấp có thẩm quyền.

b4) Do thực hiện DVKT mới tại cơ sở KCB.

b5) Do thay đổi hướng dẫn chẩn đoán và điều trị hoặc quy trình kỹ thuật theo quy định của Bộ Y tế.

2.2.2. Cách xác định chi phí phát sinh

a) Thuốc mới hoàn toàn: Chi phí phát sinh tăng khi cơ sở KCB sử dụng thuốc mới hoàn toàn trong năm 2019 bằng (=) T_{BHTT} của thuốc mới năm 2019.

b) Thuốc mới thay thế thuốc cũ:

b1) Thuốc cũ được thay thế bởi thuốc mới được xác định theo nguyên tắc: Thuốc cũ có cùng chỉ định điều trị bệnh với thuốc mới và xem xét theo thứ tự ưu tiên sau:

- Cùng nhóm dược lý, cơ chế tác dụng:

Ví dụ: Thuốc mới là golimumab, tiêm sử dụng điều trị viêm khớp dạng thấp, viêm khớp vảy nến, viêm cột sống dính khớp. Thuốc golimumab là kháng thể đơn dòng, ức chế yếu tố TNF alpha. Thứ tự ưu tiên trong xác định thuốc cũ là infliximab/etanercept, tiêm (kháng thể đơn dòng, ức chế yếu tố TNF alpha), tocilizumab, tiêm (kháng thể đơn dòng, kháng thụ thể Interleukin-6 (IL-6), methotrexat (thuốc ức chế miễn dịch) trong điều trị các bệnh nêu trên.

- Cùng đường dùng (trừ trường hợp thuốc cũ không có đường dùng tương đồng):

Thuốc mới có đường dùng tiêm, xác định thuốc cũ có đường dùng tiêm; thuốc mới có đường dùng uống, xác định thuốc cũ có đường dùng uống,... Trường hợp thuốc cũ không có đường dùng tương đồng, có thể khác đường dùng, như thuốc mới là sofosbuvir + ledipasvir, uống, thay thế cho peginterferon, tiêm (sử dụng điều trị viêm gan C mạn tính).

- Cùng nhóm thuốc trong đấu thầu, hoặc theo nhóm tiêu chí kỹ thuật thuốc trong đấu thầu:

Thuốc mới là biệt dược gốc, ưu tiên chọn thuốc cũ là biệt dược gốc. Trường hợp thuốc cũ không có biệt dược gốc, thứ tự chọn lựa là generic nhóm 1, nhóm 2,... Trường hợp thuốc mới là generic, nhưng giá thuốc mới cao tương tự giá thuốc biệt dược gốc, xác định thuốc cũ ưu tiên biệt dược gốc.

Ví dụ: Thuốc mới rupatadin, 10mg, uống: thuốc Tesafu (VD-26893-17, Công ty cổ phần dược phẩm Me Di Sun, Việt Nam), là generic nhóm 3, có giá 6.390 đồng/viên, gần bằng giá của thuốc biệt dược gốc Rupafin (VN-19193-15, J. Uriach and Cía., S.A, Tây Ban Nha) giá 6.500 đồng/viên, xác định thuốc cũ, ưu tiên là thuốc biệt dược gốc trong các thuốc (desloratadine, fexofenadine, cetirizine, levocetirizine, loratadine).

b2) Chi phí phát sinh khi cơ sở KCB sử dụng thuốc mới thay thế thuốc cũ được xác định như sau:

- Trường hợp tất cả các thuốc cũ đều có chi phí thuốc bình quân 1 lượt KCB được quỹ BHYT thanh toán năm 2018 cao hơn chi phí thuốc bình quân 1 lượt KCB được quỹ BHYT thanh toán năm 2019 của thuốc mới, thì không tính chi phí phát sinh giảm do sử dụng thuốc mới thay thế.

- Các trường hợp còn lại, sau khi xác định thuốc cũ theo các nguyên tắc nêu trên, chỉ lựa chọn 01 loại thuốc cũ là thuốc được thay thế bởi thuốc mới theo nguyên tắc: Thuốc có chi phí thuốc bình quân 1 lượt KCB được quỹ BHYT thanh toán năm 2018 cao nhất nhưng thấp hơn chi phí thuốc bình quân 1 lượt KCB được quỹ BHYT thanh toán năm 2019 của thuốc mới.

Chi phí phát sinh tăng được tính bằng $(=)$ số lượt KCB sử dụng thuốc mới năm 2019 nhân với (x) $\{[T_BHTT \text{ của thuốc mới năm 2019 chia } (:) \text{ số lượt KCB sử dụng thuốc mới năm 2019}] \text{ trừ } (-) [T_BHTT \text{ của thuốc cũ năm 2018 chia } (:) \text{ số lượt KCB sử dụng thuốc cũ năm 2018}]\}$.

Lưu ý: Phần chi phí phát sinh tăng hoặc giảm do thuốc mới thay thế thuốc cũ chưa bao gồm việc thay đổi mô hình bệnh tật, tỷ lệ cơ cấu bệnh phải sử dụng thuốc mới và thuốc cũ. Lượt KCB tính riêng cho khám ngoại trú, điều trị ngoại trú hoặc điều trị nội trú.

2.3. Bổ sung vật tư y tế mới (C₃)

2.3.1. Các trường hợp áp dụng

a) VTYT chưa được tính chi phí vào cơ cấu giá của DVKT:

Theo Quy định của Thông tư 39/2018/TT-BYT ngày 30/11/2018 của Bộ Y tế quy định thống nhất giá dịch vụ khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế giữa các bệnh viện cùng hạng trên toàn quốc và hướng dẫn áp dụng giá, thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh trong một số trường hợp và Thông tư số 13/2019/TT-BYT ngày 05/7/2019 sửa đổi, bổ sung một số điều của Thông tư số 39/2018/TT-BYT thì VTYT chưa được tính chi phí vào cơ cấu giá của DVKT bao gồm:

- “Lưới lọc tĩnh mạch” trong thực hiện DVKT “Chụp và can thiệp tim mạch (van tim, tim bẩm sinh, động mạch vành) dưới DSA” hoặc “Chụp và can thiệp mạch chủ bụng hoặc ngực và mạch chi dưới DSA”;

- “Bóng bơm ngược dòng động mạch chủ” khi thực hiện DVKT “Chụp và can thiệp mạch chủ bụng hoặc ngực và mạch chi dưới C-Arm”;

- “Ống van động mạch” trong thực hiện DVKT “Phẫu thuật thay động mạch chủ” hoặc “Phẫu thuật tim các loại (tim bẩm sinh hoặc sửa van tim hoặc thay van tim...)”;

- “Đầu đốt” trong thực hiện DVKT “Phẫu thuật tim, mạch khác có sử dụng

tuần hoàn ngoài cơ thể”.

Lưu ý: Chỉ thống kê chi phí VTYT nêu trên đối với người bệnh thuộc điểm b khoản 1 Điều 14 Nghị định số 146/2018/NĐ-CP do đối tượng này không bị giới hạn tổng chi phí VTYT cho một lần sử dụng DVKT được quỹ BHYT thanh toán.

b) VTYT thanh toán riêng, mới sử dụng do cơ sở KCB thực hiện các DVKT mới theo hướng dẫn tại điểm 2.1 khoản 2, Phần III của Công văn này.

c) VTYT thanh toán riêng, mới sử dụng do Cơ sở KCB thay đổi quy trình kỹ thuật được cấp có thẩm quyền phê duyệt (không thay đổi DVKT).

2.3.2. Cách xác định chi phí phát sinh

a) Trường hợp VTYT mới hoàn toàn: Chi phí VTYT phát sinh tăng bằng (=) T_{BHTT} của VTYT mới năm 2019.

b) Trường hợp VTYT mới thay thế VTYT cũ.

Chi phí VTYT phát sinh tăng hoặc giảm của một loại VTYT bằng (=) {[T_{BHTT} của VTYT mới sử dụng năm 2019 chia (:) số lượng VTYT mới sử dụng năm 2019] trừ (-) [T_{BHTT} của VTYT cũ sử dụng năm 2018 chia (:) số lượng VTYT cũ sử dụng năm 2018]} nhân (x) số lượng VTYT mới sử dụng năm 2019.

2.4. Áp dụng giá máu, chế phẩm máu mới (C4)

2.4.1. Các trường hợp áp dụng

Giá máu, chế phẩm máu mới theo giá mua vào của cơ sở KCB thay đổi nhưng không vượt quá giá máu, chế phẩm máu theo quy định của Bộ Y tế.

2.4.2. Cách xác định chi phí phát sinh

Chi phí phát sinh tăng hoặc giảm khi giá máu, chế phẩm máu thay đổi bằng (=) Số lượng đơn vị máu hoặc chế phẩm máu điều chỉnh giá được sử dụng năm 2019 nhân (x) phần chênh lệch giữa đơn giá mới và đơn giá cũ nhân (x) MHBQ của máu, chế phẩm máu điều chỉnh giá.

2.5. Điều chỉnh hạng bệnh viện (C5)

2.5.1. Các trường hợp áp dụng

a) Giá dịch vụ khám bệnh, giá dịch vụ ngày giường bệnh được điều chỉnh tăng hoặc giảm do điều chỉnh hạng bệnh viện theo quyết định của cấp có thẩm quyền.

b) Mức hưởng của người tham gia BHYT thay đổi khi KCB tại cơ sở KCB có thay đổi tuyến KCB BHYT do điều chỉnh hạng bệnh viện.

c) Thuốc, hóa chất bị loại ra khỏi danh mục thuốc được sử dụng tại cơ sở KCB do cơ sở KCB thay đổi hạng bệnh viện dẫn đến thu hẹp Danh mục thuốc.

2.5.2. Cách xác định chi phí phát sinh

a) Chi phí phát sinh tăng hoặc giảm do điều chỉnh giá dịch vụ khám bệnh, giá dịch vụ ngày giường bệnh bằng (=) Số lượt khám bệnh hoặc số ngày giường bệnh sử dụng năm 2019 kể từ ngày có điều chỉnh hạng bệnh viện (x) phần chênh lệch giữa đơn giá mới và đơn giá cũ nhân (x) MHBQ của chi phí khám bệnh, chi phí ngày giường bệnh.

b) Chi phí phát sinh tăng hoặc giảm do thay đổi mức hưởng của người tham gia BHYT tự đi KCB không đúng tuyến tại cơ sở KCB trong năm có thay đổi tuyến KCB BHYT từ tuyến tỉnh xuống tuyến huyện và ngược lại được xác định như sau:

b1) Đối với KCB ngoại trú: Không tính chi phí phát sinh tăng hoặc giảm do số lượt KCB BHYT ngoại trú tăng hoặc giảm đã được tính tại C₈.

b2) Đối với điều trị nội trú:

- Chi phí phát sinh tăng khi thay đổi từ tuyến tỉnh xuống tuyến huyện được xác định bằng (=) T_{BHTT} của người bệnh đến KCB theo chế độ trái tuyến của năm 2018 chia (:) 60% nhân (x) 40%.

- Chi phí phát sinh giảm khi thay đổi từ tuyến huyện lên tuyến tỉnh được xác định bằng (=) T_{BHTT} của người bệnh đến KCB thông tuyến năm 2018 nhân (x) 40%.

c) Chi phí phát sinh tăng hoặc giảm do thay đổi mức hưởng của người tham gia BHYT tự đi KCB không đúng tuyến tại cơ sở KCB trong năm có thay đổi tuyến KCB BHYT từ tuyến trung ương xuống tuyến tỉnh và ngược lại được xác định như sau:

c1) Đối với KCB ngoại trú: Không tính chi phí phát sinh tăng hoặc giảm do số lượt KCB BHYT ngoại trú tăng hoặc giảm đã được tính tại C₈.

c2) Đối với điều trị nội trú:

- Chi phí phát sinh tăng khi thay đổi từ tuyến trung ương xuống tuyến tỉnh được xác định bằng (=) {T_{BHTT} của người bệnh đến KCB trái tuyến năm 2018 chia (:) 40%} nhân (x) 20%.

- Chi phí phát sinh giảm khi thay đổi từ tuyến tỉnh lên tuyến trung ương được xác định bằng (=) {T_{BHTT} của người bệnh đến KCB trái tuyến của năm 2018 chia (:) 60%} nhân (x) 20%.

Lưu ý: Khi tính chi phí tăng hoặc giảm do thay đổi lượt tại C₈ của các trường hợp đến KCB trái tuyến/thông tuyến nội trú nêu tại điểm b, c khoản này

thì chi phí KCB năm 2018 để tính chi phí bình quân bao gồm phần tăng/giảm nêu trên.

d) Chi phí phát sinh giảm do thuốc, hóa chất bị loại ra khỏi danh mục thuốc được sử dụng tại cơ sở KCB do cơ sở KCB thay đổi hạng bệnh viện được tính như sau:

Chỉ tính theo hoạt chất thuốc bị loại bỏ hoàn toàn, không tính đối với các thuốc không bị loại bỏ hoàn toàn mà chỉ bị loại bỏ đường dùng hoặc các thuốc dạng phối hợp bị loại bỏ mà hoạt chất trong thành phần phối hợp vẫn tiếp tục được sử dụng tại cơ sở KCB đó dưới dạng đơn chất hoặc dưới dạng phối hợp khác:

- Trường hợp có thuốc thay thế (không sử dụng thuốc đông y, thuốc y học cổ truyền để thay thế thuốc hóa dược, thuốc sinh phẩm), thì không tính chi phí phát sinh giảm.

- Trường hợp không có thuốc thay thế (không sử dụng thuốc đông y, thuốc y học cổ truyền để thay thế thuốc hóa dược, thuốc sinh phẩm), tính chi phí phát sinh giảm như sau:

Chi phí phát sinh bằng (=) T_{BHTT} của thuốc năm 2019 trừ đi (-) {T_{BHTT} của thuốc năm 2018 nhân với (x) Số lượt KCB năm 2019 của cơ sở KCB chia cho (:) Số lượt KCB năm 2018 của cơ sở KCB}.

Lưu ý: Trường hợp cơ sở KCB không phát sinh chi phí thuốc bị loại trong năm 2019 thì T_{BHTT} của thuốc năm 2019 bằng không (0); trường hợp T_{BHTT} của thuốc năm 2019 lớn hơn {T_{BHTT} của thuốc năm 2018 nhân với (x) Số lượt KCB năm 2019 của cơ sở KCB chia cho (:) Số lượt KCB năm 2018 của cơ sở KCB} thì chi phí phát sinh bằng (=) không (0).

Số lượt KCB của cơ sở KCB tính theo ngoại trú, nội trú, gồm tổng số lượt KCB của cơ sở KCB (bao gồm cả lượt KCB có sử dụng thuốc hoặc không sử dụng thuốc đó).

2.6. Thay đổi phạm vi hoạt động của cơ sở KCB theo quyết định của cấp có thẩm quyền (C_q)

2.6.1. Các trường hợp áp dụng

a) Cơ sở KCB có quyết định của cấp có thẩm quyền về thay đổi phạm vi hoạt động, như:

- Thành lập khoa/phòng mới (trừ các trường hợp tách khoa phòng hoặc tách bộ phận thành khoa mới);

- Cơ sở KCB được điều chỉnh chức năng, nhiệm vụ gồm: Được giao nhiệm vụ là bệnh viện vệ tinh, bổ sung thêm chuyên khoa của phòng khám; mới được bổ sung giường bệnh, nhiệm vụ điều trị nội trú; mở rộng phạm vi, quy mô hoạt

động, một số phẫu thuật, can thiệp hoặc dịch vụ kỹ thuật trước đây phải chuyển tuyến điều trị, nay đã thực hiện tại cơ sở KCB.

b) Các khoa, phòng chuyên môn giải thể hoặc thu hẹp phạm vi hoạt động chuyên môn.

2.6.2. Cách xác định chi phí phát sinh

a) Trường hợp thành lập mới khoa phòng hoặc điều chỉnh chức năng, nhiệm vụ, chi phí phát sinh tăng hoặc giảm được tính vào các yếu tố chung của cơ sở KCB.

b) Trường hợp giải thể, chi phí phát sinh giảm bằng (=) T_BHTT năm 2018 của khoa, phòng giải thể.

2.7. Thay đổi mô hình bệnh tật (C₇)

2.7.1. Các trường hợp áp dụng

Có sự thay đổi về tỷ lệ lượt KCB BHYT của bệnh hoặc nhóm bệnh của cơ sở KCB trong năm 2019 so với năm 2018.

2.7.2. Cách xác định chi phí phát sinh

Chi phí phát sinh tăng hoặc giảm của bệnh hoặc nhóm bệnh bằng (=) {tổng số lượt KCB của cơ sở KCB năm 2019 nhân (x) [(số lượt KCB BHYT của bệnh hoặc nhóm bệnh năm 2019 (: tổng số lượt KCB của cơ sở KCB năm 2019) trừ (-) [số lượt KCB BHYT của bệnh hoặc nhóm bệnh năm 2018 (: tổng số lượt KCB của cơ sở KCB năm 2018)]} nhân (x) (chi phí bình quân của 01 lượt KCB BHYT thuộc phạm vi quỹ BHYT của nhóm bệnh năm 2018 – chi phí bình quân của 01 lượt KCB BHYT thuộc phạm vi quỹ BHYT chung năm 2018).

Số lượt KCB và chi phí KCB bình quân của bệnh hoặc nhóm bệnh tính riêng cho khám ngoại trú, điều trị ngoại trú và điều trị nội trú. Bệnh, nhóm bệnh được thống kê theo 3 ký tự đầu của từng mã ICD 10 (riêng nhóm bệnh y học cổ truyền thống kê theo mã bệnh y học cổ truyền hoặc đã phiên theo mã ICD10). Trường hợp mã loại KCB (ma_loai_KCB 1 và 2) trên dữ liệu chưa đảm bảo phản ánh đúng theo hồ sơ khám bệnh ngoại trú hay điều trị ngoại trú thì tính chung khám ngoại trú và điều trị ngoại trú.

2.8. Thay đổi đối tượng người có thẻ BHYT, thay đổi số lượt KCB (C₈)

2.8.1. Các trường hợp áp dụng

a) Số lượt KCB BHYT phát sinh tăng hoặc giảm của đối tượng người có thẻ BHYT đăng ký KCB ban đầu tại cơ sở KCB;

b) Số lượt KCB BHYT phát sinh tăng hoặc giảm của đối tượng người có thẻ BHYT đăng ký KCB ban đầu tại các cơ sở KCB khác (gọi là đa tuyến đến).

Số lượt KCB phát sinh tăng hoặc giảm không bao gồm: Số lượt KCB đã được tính trong trường hợp thành lập, giải thể khoa phòng; số lượt KCB tăng do tách lượt, thu dung, chỉ định điều trị nội trú không hợp lý hoặc hẹn tái khám nhiều lần không đúng quy định.

2.8.2. Cách xác định chi phí phát sinh

a) Chi phí phát sinh tăng hoặc giảm do số lượt KCB BHYT của đối tượng người có thể đăng ký KCB ban đầu tại cơ sở KCB tăng hoặc giảm bằng (=) chi phí trung bình 1 lượt KCB BHYT năm 2018 thuộc phạm vi quỹ BHYT thanh toán nhân (x) số lượt KCB BHYT chênh lệch của năm 2019 so với năm 2018.

b) Chi phí KCB phát sinh tăng hoặc giảm do thay đổi số lượt KCB đa tuyến đến bằng (=) chi phí trung bình 1 lượt KCB BHYT đa tuyến đến năm 2018 thuộc phạm vi quỹ BHYT thanh toán nhân (x) số lượt KCB BHYT đa tuyến đến chênh lệch giữa năm 2019 so với năm 2018.

Chi phí trung bình 1 lượt KCB năm 2018 và số lượt KCB chênh lệch được tính riêng cho khám ngoại trú, điều trị ngoại trú và điều trị nội trú, đồng thời tính riêng cho người có thể đăng ký KCB ban đầu tại cơ sở KCB và người có thể BHYT đăng ký KCB ban đầu tại cơ sở KCB khác. Cơ sở KCB có thể tính theo từng khoa hoặc tính chung cho toàn bộ cơ sở KCB.

Trường hợp mã loại KCB (ma_loai_KCB là 1 và 2) trên dữ liệu chưa đảm bảo phản ánh đúng theo hồ sơ khám bệnh ngoại trú hay điều trị ngoại trú thì tính chung khám ngoại trú và điều trị ngoại trú.

2.9. Áp dụng giá dịch vụ KCB BHYT mới (C₉)

2.9.1. Các trường hợp áp dụng

a) Giá dịch vụ KCB BHYT mới được điều chỉnh tăng hoặc giảm theo quy định của Bộ Y tế.

b) Giá dịch vụ KCB BHYT thay đổi do chi phí thuốc, hóa chất, VTYT được tính riêng ngoài giá theo quy định của Bộ Y tế.

c) Chi phí phát sinh giảm do thay đổi cách tính ngày điều trị nội trú theo quy định của Thông tư số 15/2018/TT-BYT ngày 30/5/2018 so với Thông tư số 37/2015/TTLT-BYT-BTC ngày 29/10/2015.

2.9.2. Cách xác định chi phí phát sinh

a) Chi phí phát sinh tăng hoặc giảm khi giá dịch vụ KCB BHYT được điều chỉnh tăng hoặc giảm theo quy định của Bộ Y tế bằng (=) số lượng dịch vụ KCB điều chỉnh giá thực hiện năm 2019 nhân (x) phần chênh lệch giữa đơn giá mới và đơn giá cũ nhân (x) MHBQ của dịch vụ KCB BHYT được điều chỉnh năm 2019.

b) Chi phí phát sinh tăng hoặc giảm do giá dịch vụ KCB BHYT thay đổi khi chi phí thuốc, hóa chất, VTYT (kể cả các VTYT được tách ra khỏi giá ngày giường điều trị) được tính riêng ngoài giá theo quy định của Bộ Y tế xác định riêng theo từng giai đoạn điều chỉnh giá bằng $(=)$ số lượng dịch vụ KCB điều chỉnh giá thực hiện năm 2019 nhân (x) {giá dịch vụ KCB BHYT mới $(-)$ giá cũ} nhân (x) MHBQ của dịch vụ KCB BHYT điều chỉnh giá năm 2019 cộng $(+)$ T_BHTT của thuốc, hóa chất, VTYT tính ngoài giá nhưng thuộc phạm vi thanh toán của quỹ BHYT.

c) Chi phí phát sinh giảm do thay đổi cách tính ngày điều trị nội trú theo quy định của Thông tư số 15/2018/TT-BYT so với Thông tư số 37/2015/TTLT-BYT-BTC đối với trường hợp đỡ hoặc khỏi ra viện tính từ ngày 01/01/2019 đến ngày 14/7/2019 bằng $(=)$ số lượt điều trị nội trú nhân (x) giá 01 ngày giường điều trị nội trú của năm 2018.

Số lượt điều trị nội trú là số lượt điều trị nội trú đỡ hoặc khỏi ra viện từ ngày 01/01/2019 đến ngày 14/7/2019 nhưng tối đa tính bằng số lượt điều trị nội trú đỡ hoặc khỏi ra viện tính từ ngày 01/01/2018 đến ngày 14/7/2018 của cơ sở KCB đó.

Giá 01 ngày giường điều trị nội trú của năm 2018 bằng $(=)$ T_BHTT của ngày giường điều trị nội trú theo quy định của Thông tư số 37/2015/TTLT-BYT-BTC của trường hợp đỡ hoặc khỏi ra viện từ ngày 01/01/2018 đến ngày 14/7/2018 chia $(:)$ số ngày điều trị nội trú của trường hợp đỡ hoặc khỏi ra viện từ ngày 01/01/2018 đến ngày 14/7/2018 của cơ sở KCB đó. Chi phí 01 ngày điều trị nội trú tính theo từng người bệnh.

Không tính chi phí phát sinh giảm đối với trường hợp ngày ra viện từ ngày 01/01/2018 đến ngày 14/7/2018 đã không được tính là ngày điều trị nội trú do người bệnh không được hưởng mọi chế độ điều trị nội trú, chăm sóc mà bệnh viện phải đảm bảo theo quy định của Thông tư số 28/2014/TT-BYT ngày 14/8/2014 quy định nội dung hệ thống chỉ tiêu thống kê ngành y tế; không tính đối với trường hợp vào viện và ra viện trong cùng 01 ngày.

Lưu ý: Tất cả các yếu tố xác định chi phí phát sinh tăng, giảm trong năm không tính trùng giữa các nhóm nguyên nhân.

IV. Xác định chi phí phát sinh tăng hoặc giảm khác (Cm) ngoài Cn

Trường hợp chi phí phát sinh tăng hoặc giảm trong năm do các nguyên nhân ngoài 09 (chín) nhóm nguyên nhân được quy định trong Nghị định số 146/2018/NĐ-CP, cơ quan BHXH tổng hợp riêng theo thuyết minh của cơ sở KCB (không tính trong tổng mức thanh toán năm 2019), gửi BHXH Việt Nam để báo cáo Bộ Y tế, Bộ Tài chính. Phương pháp xác định như sau:

1. DVKT, VTYT năm 2018 có sử dụng, năm 2019 không sử dụng tại cơ sở KCB đó mà không có DVKT, VTYT thay thế (C_{m1})

Chi phí phát sinh giảm bằng (=) T_{BHTT} của DVKT, VTYT năm 2018 có sử dụng, năm 2019 không sử dụng tại cơ sở KCB đó mà không có DVKT, VTYT thay thế.

2. DVKT, VTYT từ năm 2017 trở về trước có sử dụng, năm 2018 không sử dụng, năm 2019 có sử dụng tại cơ sở KCB (C_{m2})

Chi phí phát sinh tăng bằng (=) T_{BHTT} của DVKT, VTYT năm 2019 có sử dụng tại cơ sở KCB mà năm 2018 không sử dụng.

3. DVKT, VTYT, thuốc, hóa chất mới hoàn toàn sử dụng trong năm 2018 chưa đủ 12 tháng, tiếp tục sử dụng trong năm 2019 (C_{m3})

Chi phí phát sinh tăng của năm 2019 bằng (=) T_{BHTT} của năm 2018 chia (:) số tháng sử dụng năm 2018 nhân (x) số tháng chưa sử dụng năm 2018.

Đối với tháng thực hiện không đủ ngày của tháng thì quy đổi theo ngày: Chi phí phát sinh tăng bằng (=) T_{BHTT} của những ngày trong tháng có sử dụng chia (:) số ngày sử dụng nhân (x) số ngày chưa sử dụng của tháng.

4. Thay đổi do Thông tư số 30/2018/TT-BYT thay thế Thông tư 40/2014/TT-BYT (C_{m4})

4.1. Thuốc được quỹ BHYT thanh toán theo quy định tại Thông tư số 40/2014/TT-BYT, nhưng không tiếp tục được quỹ BHYT thanh toán theo quy định tại Thông tư số 30/2018/TT-BYT:

Chỉ tính theo hoạt chất thuốc bị loại bỏ hoàn toàn, không tính đối với các thuốc không bị loại bỏ hoàn toàn mà chỉ bị loại bỏ đường dùng, không tính đối với các thuốc dạng phối hợp bị loại bỏ mà hoạt chất trong thành phần phối hợp vẫn tiếp tục được sử dụng theo Thông tư số 30/2018/TT-BYT dưới dạng đơn chất hoặc dưới dạng phối hợp khác:

a) Trường hợp có thuốc thay thế (không sử dụng thuốc đông y, thuốc y học cổ truyền để thay thế thuốc hóa dược, thuốc sinh phẩm), thì không tính chi phí phát sinh tăng giảm.

b) Trường hợp không có thuốc thay thế (không sử dụng thuốc đông y, thuốc y học cổ truyền để thay thế thuốc hóa dược, thuốc sinh phẩm), tính phát sinh chi phí giảm như sau:

Chi phí phát sinh bằng (=) T_{BHTT} của thuốc năm 2019 trừ đi (-) { T_{BHTT} của thuốc năm 2018 nhân với (x) số lượt KCB năm 2019 của cơ sở KCB chia cho (:) số lượt KCB năm 2018 của cơ sở KCB}.

Lưu ý: Trường hợp cơ sở KCB không phát sinh chi phí thuốc bị loại trong năm 2019, thì T_BHTT của thuốc năm 2019 bằng không (0); trường hợp T_BHTT của thuốc năm 2019 lớn hơn $\{T_BHTT$ của thuốc năm 2018 nhân với (x) Số lượt KCB năm 2019 của cơ sở KCB chia cho (:) Số lượt KCB năm 2018 của cơ sở KCB} thì Chi phí phát sinh bằng (=) không (0).

Số lượt KCB của cơ sở KCB tính theo ngoại trú, nội trú, bao gồm tổng số lượt KCB của cơ sở KCB (bao gồm cả lượt KCB có sử dụng thuốc hoặc không sử dụng thuốc đó).

4.2. Thuốc thay đổi tỷ lệ thanh toán:

Chi phí phát sinh tăng hoặc giảm khi cơ sở KCB sử dụng thuốc tăng hoặc giảm tỷ lệ thanh toán bằng (=) số lượng năm 2019 x đơn giá năm 2019 nhân (x) [tỷ lệ thanh toán năm 2019 trừ (-) tỷ lệ thanh toán năm 2018] của thuốc nhân (x) MHBQ của thuốc tại cơ sở KCB năm 2019.

MHBQ của thuốc năm 2019 = T_BHTT chia (:) [T_BHTT + T_NBCCT] năm 2019 bằng (=) T_BHTT chia (:) [số lượng x đơn giá x tỷ lệ thanh toán] năm 2019.

4.3. Đối với các thuốc thay đổi điều kiện thanh toán, chỉ định sử dụng (không bao gồm thay đổi hạng bệnh viện, hoặc thay đổi bệnh viện cụ thể được sử dụng) do Thông tư số 30/2018/TT-BYT thay đổi so với Thông tư số 40/2014/TT-BYT hoặc do thay đổi trong hồ sơ đăng ký thuốc được phê duyệt hoặc phác đồ điều trị của Bộ Y tế:

a) Trường hợp, các chỉ định của thuốc bị thu hẹp hay mở rộng mà có thuốc thay thế, không tính phát sinh giảm/tăng.

b) Trường hợp các chỉ định của thuốc bị thu hẹp hay mở rộng mà không có thuốc thay thế. Chi phí phát sinh bằng (=) T_BHTT của thuốc năm 2019 trừ đi (-) $\{T_BHTT$ của thuốc năm 2018 nhân với (x) Số lượt KCB năm 2019 chia cho (:) Số lượt KCB năm 2018 của cơ sở KCB}.

5. Chi phí VTYT thanh toán riêng trong một lần sử dụng DVKT phát sinh do tăng mức lương cơ sở (C_{m5})

5.1. Các trường hợp áp dụng

Người bệnh áp dụng quy định tổng chi phí VTYT cho một lần sử dụng DVKT được quỹ BHYT thanh toán không vượt quá 45 tháng lương cơ sở, có $TONG_TIEN_BH$ xác định theo Phụ lục số 02 ban hành kèm theo Công văn số 7464/BYT-BH ngày 28/12/2017 của Bộ Y tế hướng dẫn bổ sung một số chỉ tiêu dữ liệu ban hành kèm theo Quyết định số 4210/QĐ-BYT ngày 20/9/2017 của Bộ Y tế, thực hiện như sau:

a) Từ 58.500.000 đồng (đối với người bệnh sử dụng DVKT từ 01/01/2019 đến 30/6/2019).

b) Từ 62.550.000 đồng (đối với người bệnh sử dụng DVKT từ 01/7/2019 đến 31/12/2019).

Lưu ý: Trường hợp người bệnh sử dụng nhiều hơn một stent động mạch vành phủ thuốc, TONG_TIEN_BH của người bệnh chỉ xác định theo stent thứ nhất và các VTYT thông thường khác.

5.2. Cách xác định chi phí VTYT phát sinh

Chi phí VTYT phát sinh năm 2019 tăng so với năm 2018 bằng (=) [chi phí VTYT phát sinh của toàn bộ người bệnh sử dụng DVKT từ 01/01/2019 đến 30/6/2019 tăng so với 6 tháng đầu năm 2018] cộng (+) [chi phí VTYT phát sinh của toàn bộ người bệnh sử dụng DVKT từ 01/7/2019 đến 31/12/2019 tăng so với 6 tháng cuối năm 2018].

Trong đó:

a) Đối với người bệnh sử dụng DVKT từ 01/01/2019 đến 30/6/2019

a1) Chi phí VTYT phát sinh của người bệnh có TONG_TIEN_BH từ 58.500.000 đồng đến 62.550.000 đồng bằng (=) [TONG_TIEN_BH trừ (-) 58.500.000 đồng] x Mức hưởng BHYT của người bệnh.

a2) Chi phí VTYT phát sinh của người bệnh có TONG_TIEN_BH từ trên 62.550.000 đồng bằng (=) 4.050.000 đồng nhân (x) Mức hưởng BHYT của người bệnh.

b) Đối với người bệnh sử dụng DVKT từ 01/7/2019 đến 31/12/2019:

b1) Chi phí VTYT phát sinh của người bệnh có TONG_TIEN_BH từ 62.550.000 đồng đến 67.050.000 đồng bằng (=) [TONG_TIEN_BH trừ (-) 62.550.000 đồng] x Mức hưởng BHYT của người bệnh.

b2) Chi phí VTYT phát sinh của người bệnh có TONG_TIEN_BH từ trên 67.050.000 đồng bằng (=) 4.500.000 đồng nhân (x) Mức hưởng BHYT của người bệnh.

6. Chi phí cho một lần KCB thấp hơn 15% mức lương cơ sở tăng do tăng mức lương cơ sở (C_{m6})

6.1. Các trường hợp áp dụng:

a) Chi phí phát sinh của 6 tháng đầu năm 2019 áp dụng từ 01/01/2019 đến 30/6/2019 đối với những người bệnh thuộc đối tượng cùng chi trả 5% hoặc 20% chi phí KCB có chi phí KCB BHYT của 01 (một) lần KCB từ trên 195.000 đồng đến 208.500 đồng.

b) Chi phí phát sinh của 6 tháng cuối năm 2019 từ 01/7/2019 đến 31/12/2019 đối với những người bệnh thuộc đối tượng cùng chi trả 5% hoặc 20% chi phí KCB có chi phí KCB BHYT của 01 (một) lần KCB từ trên 208.500 đồng đến 223.500 đồng.

6.2. Cách xác định chi phí phát sinh

a) Chi phí phát sinh 6 tháng đầu năm 2019 bằng (=) T_BHTT của người bệnh nêu tại tiết a điểm 6.1 khoản này trừ (-) 195.000 đồng nhân (x) số lượng người bệnh nêu tại tiết a điểm 6.1 khoản này.

b) Chi phí phát sinh 6 tháng cuối năm 2019 bằng (=) T_BHTT của người bệnh nêu tại tiết b điểm 6.1 khoản này trừ (-) 208.500 đồng nhân (x) số lượng người bệnh nêu tại tiết b điểm 6.1 khoản này.

Công văn này được Bộ Y tế, BHXH Việt Nam thống nhất thay thế Công văn số 7691/BYT-BH ngày 31/12/2019 của Bộ Y tế; điểm 3 Công văn số 523/BHXH-CSYT ngày 21/2/2020 và Công văn 579/BHXH-CSYT ngày 26/02/2020 của BHXH Việt Nam. BHXH các tỉnh và các cơ sở KCB BHYT khẩn trương tổ chức thực hiện quyết toán chi KCB BHYT năm 2019 theo hướng dẫn tại công văn này, hoàn thành quyết toán năm 2019 chậm nhất ngày 06/7/2020, kịp thời báo cáo khó khăn, vướng mắc về BHXH Việt Nam theo các địa chỉ mail: Ban Thực hiện chính sách BHYT (banthcsbhyt@vss.gov.vn); Ban Dược và Vật tư y tế (banduocvtyt@vss.gov.vn) và Trung tâm giám định và Thanh toán đa tuyến khu vực phía Bắc (ttadatuyen@vss.gov.vn) để được hướng dẫn giải quyết./. *P*

Nơi nhận:

- Như trên;
- Bộ Y tế, Bộ Tài chính (để b/c);
- Tổng Giám đốc (để b/c);
- PTGD Nguyễn Đình Khương;
- Sở Y tế các tỉnh, TP (để phối hợp chỉ đạo các cơ sở KCB BHYT);
- Các bệnh viện, viện có giường bệnh trực thuộc BHYT;
- Y tế các Bộ, ngành;
- Hiệp hội BVTN VN;
- Các đơn vị: TCKT, BT, DVT, GDB, GDN, CNTT, TTKT, KTNB;
- Lưu: VT, CSYT.

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



Phạm Lương Sơn