

Số: /2021/TT-BYT

Hà Nội, ngày tháng năm 2021

DỰ THẢO 1
04.01.2021

THÔNG TƯ

**Hướng dẫn thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh
bảo hiểm y tế theo giá dịch vụ**

Căn cứ Luật bảo hiểm y tế ngày 14 tháng 11 năm 2008 và 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 75/2017/NĐ-CP ngày 20 tháng 6 năm 2017 của Chính phủ quy định chức năng, nhiệm vụ, quyền hạn và cơ cấu tổ chức của Bộ Y tế;

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;

Theo đề nghị của Vụ trưởng Vụ Bảo hiểm y tế, Bộ Y tế;

Bộ trưởng Bộ Y tế ban hành Thông tư hướng dẫn thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế theo giá dịch vụ.

CHƯƠNG I

QUY ĐỊNH CHUNG

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

1. Phạm vi điều chỉnh

Thông tư này hướng dẫn thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế theo giá dịch vụ theo quy định của Điều 24 của 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 (sau đây viết tắt là Nghị định số 146/2018/NĐ-CP).

Thông tư này không áp dụng đối với 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.

2. Đối tượng áp dụng

- a) Sở Y tế các tỉnh, thành phố trực thuộc trung ương;
- b) Y tế các Bộ, ngành;
- c) Cơ quan Bảo hiểm xã hội các cấp;
- d) Cơ sở khám bệnh, chữa bệnh (KCB) bảo hiểm y tế trên phạm vi toàn quốc;
- đ) Tổ chức, cơ quan, đơn vị, cá nhân có liên quan.

Điều 2. Giải thích từ ngữ

1. T_BHTT là chi phí KCB BHYT đã được cơ quan BHXH giám định để thanh toán theo phạm vi quyền lợi được hưởng và mức hưởng BHYT.
2. T_BNCCT là số tiền người bệnh cùng chi trả trong phạm vi quyền lợi được hưởng BHYT.
3. 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].

CHƯƠNG II

HƯỚNG DẪN THANH TOÁN CHI PHÍ KHÁM BỆNH, CHỮA BỆNH BẢO HIỂM Y TẾ THEO GIÁ DỊCH VỤ

Điều 3. Thanh toán theo giá dịch vụ

1. Thanh toán theo giá dịch vụ là phương thức thanh toán chi phí KCB trên cơ sở giá dịch vụ KCB do cấp có thẩm quyền quy định và chi phí về thuốc, hóa chất, vật tư y tế, máu, chế phẩm máu chưa được tính vào giá dịch vụ được sử dụng cho người bệnh tại cơ sở KCB.
2. Thanh toán theo giá dịch vụ KCB được áp dụng để thanh toán chi phí KCB bảo hiểm y tế, trừ chi phí của các dịch vụ y tế đã được thanh toán theo phương thức khác.
3. Nguyên tắc thanh toán theo giá dịch vụ.
 - a) Giá dịch vụ KCB bảo hiểm y tế áp dụng thống nhất đối với các bệnh viện cùng hạng trên toàn quốc;
 - b) Chi phí thuốc, hóa chất, vật tư y tế chưa tính vào giá dịch vụ KCB thì thanh toán theo giá mua theo quy định của pháp luật về đấu thầu;
 - c) Chi phí máu và chế phẩm máu thanh toán theo hướng dẫn của Bộ trưởng Bộ Y tế.

Điều 4. 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 hướng dẫn thi hành luật.

Điều 5. Thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế theo giá dịch vụ hằng năm

1. Xác định tổng mức thanh toán năm

Tổng mức thanh toán hằng năm được xác định theo công thức:

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

a) T là tổng mức thanh toán chi phí KCB bảo hiểm y tế tại cơ sở bằng tổng mức thanh toán chi phí KCB nội trú và tổng mức thanh toán chi phí KCB ngoại trú;

b) T_{n-1} là chi phí KCB bảo hiểm y tế năm trước liền kề tại cơ sở đã được cơ quan bảo hiểm xã hội thẩm định quyết toán, kể cả chi phí KCB BHYT được đưa vào quyết toán bổ sung hoặc thu hồi vào các năm sau. *Trường hợp chi phí KCB BHYT đưa vào quyết toán bổ sung vào các năm được cộng vào T_{n-1} , trường hợp chi phí KCB BHYT phải thu hồi vào các năm sau thì giảm trừ vào T_{n-1} .*

T_{n-1} không bao gồm chi phí thanh toán trực tiếp và chi phí vận chuyển người bệnh.

c) k là hệ số điều chỉnh do biến động về giá thuốc, hóa chất, vật tư y tế tại cơ sở KCB 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 . Căn cứ chỉ số giá của từng yếu tố thuốc, hóa chất, vật tư y tế do Tổng cục Thống kê công bố, Bộ Y tế thông báo hệ số k sau khi thống nhất với Bộ Tài chính. Trong thời gian Bộ Y tế chưa thông báo thì tạm thời áp dụng $k = 1$.

d) C_n là phần chi phí phát sinh tăng hoặc giảm trong năm tại cơ sở KCB.

2. Quỹ bảo hiểm y tế thanh toán chi phí KCB theo báo cáo quyết toán năm của cơ sở KCB đã được thẩm định nhưng không vượt tổng mức thanh toán chi phí KCB bảo hiểm y tế được xác định tại khoản 1 của Điều này.

3. Trường hợp cơ sở KCB áp dụng phương thức thanh toán theo định suất hoặc trường hợp bệnh (DRG).

a) Chi phí thực hiện theo định suất hoặc DRG được thanh toán theo hướng dẫn về phương thức thanh toán theo định suất và DRG.

b) Chi phí KCB ngoại trú ngoài chi phí thanh toán theo định suất và chi phí điều trị nội trú ngoài chi phí thanh toán theo DRG được xác định và thanh toán dựa trên chi phí của thuốc, hóa chất, vật tư, thiết bị y tế, dịch vụ kỹ thuật y tế được sử dụng cho người bệnh.

c) Trường hợp cơ sở KCB thực hiện thanh toán theo định suất, không thực hiện theo DRG thì tổng mức thanh toán theo giá dịch vụ được xác định như sau:

- Đối với chi phí điều trị nội trú được xác định theo khoản 1 Điều này;

- Đối với chi phí KCB ngoại trú ngoài định suất được xác định dựa trên chi phí của thuốc, hóa chất, vật tư, thiết bị y tế, dịch vụ kỹ thuật y tế được sử dụng cho người bệnh.

d) Trường hợp cơ sở KCB thực hiện thanh toán theo DRG, không thực hiện thanh toán theo định suất thì tổng mức thanh toán theo giá dịch vụ được xác định như sau:

- Đối với chi phí điều trị ngoại trú được xác định theo khoản 1 Điều này;

- Đối với chi phí điều trị nội trú ngoài DRG được xác định dựa trên chi phí của thuốc, hóa chất, vật tư, thiết bị y tế, dịch vụ kỹ thuật y tế được sử dụng cho người bệnh.

CHƯƠNG III

XÁC ĐỊNH CHI PHÍ KHÁM BỆNH, CHỮA BỆNH BẢO HIỂM Y TẾ PHÁT SINH TĂNG HOẶC GIẢM TRONG NĂM TẠI CƠ SỞ KHÁM BỆNH, CHỮA BỆNH (C_n) THEO QUY ĐỊNH CỦA NGHỊ ĐỊNH SỐ 146/2018/NĐ-CP

Điều 6. Xác định chi phí phát sinh do áp dụng dịch vụ kỹ thuật mới (C_{n1})

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 mà các năm trước đó cơ sở KCB không thực hiện, được tính vào C_{n1} trong các trường hợp sau:

a) DVKT mới hoàn toàn là DVKT mới thực hiện tại cơ sở KCB đó trong năm 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 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 trước 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 trước của cơ sở KCB đó, trong năm cơ sở KCB được phê duyệt DVKT này thì không được coi là DVKT mới phát sinh.

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 của năm.

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.

Điều 7. Xác định chi phí phát sinh do bổ sung thuốc mới chưa tính trong giá dịch vụ y tế sử dụng tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh (C_{n2})

1. Nguyên tắc chung xác định thuốc mới

Thuốc mới là thuốc có hoạt chất mới hoặc có dạng đồng phân, đặc điểm sinh học, phương pháp sản xuất mới được sử dụng tại cơ sở KCB trong năm mà năm trước đó chưa sử dụng, bao gồm:

a) Thuốc mới hoàn toàn là thuốc mới được sử dụng trong năm để KCB mà năm trước đó cơ sở KCB chưa sử dụng để điều trị bệnh đó.

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

2. Thuốc mới được xác định trong các trường hợp

a) Do thay đổi Thông tư của Bộ Y tế ban hành danh mục và tỷ lệ, điều kiện thanh toán đối với thuốc, hóa chất thuộc phạm vi được hưởng của người tham gia bảo hiểm y tế.

b) Do cơ sở KCB thay đổi hạng bệnh viện dẫn đến bổ sung thuốc mới được sử dụng tại cơ sở KCB.

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

d) Do thực hiện dịch vụ kỹ thuật mới hoặc thay đổi phương pháp điều trị tại cơ sở KCB.

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

e) Được quỹ BHYT thanh toán mà trước đó được ngân sách nhà nước hoặc nguồn khác chi trả.

g) Các trường hợp chưa nêu tại các điểm a, b, c, d, đ và e khoản này: Cơ sở KCB thuyết minh sự cần thiết phải sử dụng thuốc mới trong KCB gửi cơ quan BHXH.

3. Thuốc cũ được thay thế bằng thuốc mới là thuốc có cùng chỉ định điều trị bệnh với thuốc mới và xem xét các yếu tố theo thứ tự: Nhóm dược lý, cơ chế tác dụng; bậc điều trị; cấu trúc hóa học, đặc điểm sinh học, phương pháp sản xuất; đường dùng; nhóm thuốc trong đấu thầu, hoặc theo nhóm tiêu chí kỹ thuật thuốc trong đấu thầu.

4. Cách xác định chi phí phát sinh thuốc mới hoàn toàn

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

5. Cách xác định chi phí phát sinh thuốc mới thay thế thuốc cũ

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

a) Trường hợp tất cả các thuốc cũ đều có chi phí thuốc bình quân một (01) lượt KCB được quỹ BHYT thanh toán năm trước cao hơn chi phí thuốc bình quân một (01) lượt KCB được quỹ BHYT thanh toán của năm của thuốc mới, thì lựa chọn một (01) thuốc cũ được thay thế có chi phí thuốc bình quân một (01) lượt KCB được quỹ BHYT thanh toán năm trước thấp nhất trong các thuốc thay thế.

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

Lưu ý: Phần chi phí phát sinh tăng hoặc giảm do thuốc thay đổi tỷ lệ thanh toán và 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.

Điều 8. Xác định chi phí phát sinh do bổ sung vật tư y tế mới chưa tính trong giá dịch vụ khám bệnh, chữa bệnh (C_{n3})

1. Nguyên tắc chung xác định VTYT mới

a) VTYT mới thay thế VTYT cũ là VTYT mới sử dụng trong năm để thực hiện dịch vụ KCB mà năm trước cơ sở KCB đã có VTYT khác để thực hiện dịch vụ KCB đó.

a) VTYT mới hoàn toàn là VTYT mới được sử dụng trong năm để thực hiện dịch vụ KCB mà năm trước đó cơ sở KCB chưa được quỹ BHYT thanh toán.

2. Vật tư y tế mới được xác định trong các trường hợp

a) VTYT mới bổ sung do thay đổi Thông tư của 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 bảo hiểm y tế.

b) VTYT được bổ sung thanh toán ngoài giá dịch vụ KCB mà trước đây chưa bao gồm trong cơ cấu giá dịch vụ khám bệnh, chữa bệnh do thay đổi Thông tư quy định thống nhất giá dịch vụ khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế giữa các bệnh viện cùng hạng trong toàn quốc và Quyết định của Bộ Y tế ban hành danh mục dịch vụ kỹ thuật được xếp tương đương về quy trình kỹ thuật và chi phí thực hiện.

Việc xác định loại và chi phí phát sinh của các VTYT nêu trên căn cứ vào dịch vụ kỹ thuật có thay đổi ghi chú về vật tư y tế của Thông tư thống nhất giá dịch

vụ KCB BHYT giữa các bệnh viện cùng hạng trên toàn quốc có hiệu lực trong năm so với Thông tư có hiệu lực tại thời điểm tương ứng của năm trước đó.

c) VTYT phát sinh do cơ sở KCB thực hiện các DVKT mới theo hướng dẫn tại Điều 6 của Thông tư này.

d) VTYT phát sinh do cơ sở KCB thay đổi quy trình kỹ thuật được cấp có thẩm quyền phê duyệt (không thay đổi DVKT).

3. Cách xác định chi phí phát sinh

a) Trường hợp VTYT mới hoàn toàn

Chi phí VTYT phát sinh tăng bằng (=) T_BHHT của VTYT mới của năm.

b) Trường hợp VTYT mới thay thế VTYT cũ.

Chi phí VTYT phát sinh tăng hoặc giảm của một loại VTYT bằng (=) $\{[T_BHHT \text{ của VTYT mới sử dụng của năm chia } (:)\ \text{số lượng VTYT mới sử dụng của năm}] \text{ trừ } (-)\ [T_BHHT \text{ của VTYT cũ sử dụng năm trước chia } (:)\ \text{số lượng VTYT cũ sử dụng năm trước}]\}$ nhân (x) số lượng VTYT mới sử dụng của năm.

Điều 9. Xác định chi phí phát sinh do áp dụng giá máu, chế phẩm máu mới (C_{n4})

1. 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. 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, chế phẩm máu, xét nghiệm sàng lọc đơn vị máu điều chỉnh giá được sử dụng của năm nhân (x) phần chênh lệch giữa đơn giá mới và đơn giá cũ nhân (x) MHBQ của máu, chế phẩm máu điều chỉnh giá.

Điều 10. Xác định chi phí phát sinh do điều chỉnh hạng bệnh viện (C_{n5})

1. 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. Cách xác định chi phí phát sinh tăng hoặc giảm do điều chỉnh giá dịch vụ khám bệnh, giá dịch vụ ngày giường bệnh

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 của năm kể từ ngày có điều chỉnh hạng bệnh viện (x) phân chênh lệch giữa đơn giá mới và đơn giá cũ nhân (x) MHBQ của chi phí khám bệnh, chi phí ngày giường bệnh.

3. Cách xác định 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:

a) 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 C_{n8} .

b) 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 trái tuyến của năm 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 trái tuyến của năm chia (:) 60% $\}$ nhân (x) 40%.

4. 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:

a) Đối với KCB ngoại trú: Không phát sinh chi phí.

b) 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 của năm chia (:) 60% $\}$ 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 chia (:) 40% $\}$ nhân (x) 20%.

5. 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 tăng 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 phát sinh chi phí như sau:

Chi phí phát sinh bằng (=) T_BHTT của thuốc của năm trừ đi (-) $\{T_BHTT$ của thuốc năm trước nhân với (x) Số lượt KCB của năm của cơ sở KCB chia cho (:) Số lượt KCB năm trước của cơ sở KCB $\}$.

Lưu ý:

Khi cơ sở KCB không phát sinh chi phí thuốc bị loại trong năm, thì chi phí của thuốc bị loại trong năm được quỹ BHYT thanh toán bằng không (0); trường hợp T_BHTT của thuốc trong năm lớn hơn $\{T_BHTT$ của thuốc năm trước nhân với (x) Số lượt KCB trong năm của cơ sở KCB chia cho (:) Số lượt KCB năm trước 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).

Điều 11. Xác định chi phí phát sinh do thay đổi phạm vi hoạt động của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh theo quyết định của cấp có thẩm quyền (C_{n6})

1. 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, như: 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. Cách xác định chi phí phát sinh

a) Trường hợp thành lập mới, chi phí phát sinh tăng bằng (=) T_BHTT năm xác định tổng mức của khoa, phòng mới thành lập.

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

Điều 12. Xác định chi phí phát sinh do thay đổi mô hình bệnh tật, đối tượng người có thể BHYT và thay đổi số lượt khám bệnh, chữa bệnh (C_{n7})

1. Trường hợp áp dụng

Có sự thay đổi về mô hình bệnh tật, đối tượng người có thẻ BHYT và thay đổi số lượt KCB của bệnh hoặc nhóm bệnh của cơ sở KCB trong năm so với năm trước

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. Cách xác định chi phí phát sinh

Chi phí phát sinh tăng hoặc giảm của bệnh hoặc nhóm bệnh bằng (=) [số lượt KCB BHYT của bệnh hoặc nhóm bệnh trong năm trừ (-) số lượt KCB BHYT của bệnh hoặc nhóm bệnh năm trước] nhân (x) chi phí bình quân của 01 lượt KCB BHYT của bệnh hoặc nhóm bệnh năm trước.

Số lượt KCB và chi phí KCB bình quân của bệnh hoặc nhóm bệnh tính riêng cho khám ngoại trú, điều trị ngoại trú, điều trị nội trú và tính riêng cho người có thẻ đăng ký KCB ban đầu tại cơ sở KCB và người có thẻ 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; Đối với Phòng khám đa khoa khu vực và Trạm y tế tuyến xã được tính riêng.

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). *Trường hợp bệnh, nhóm bệnh có thực hiện thủ thuật có chi phí lớn hoặc phẫu thuật thì thống kê theo 3 ký tự đầu của từng mã ICD 10 cộng thêm mã thủ thuật, phẫu thuật.*

Điều 13. Xác định chi phí phát sinh do áp dụng giá dịch vụ khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế mới (C_{n8})

1. 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.

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 nhân (x) phần chênh lệch giữa đơn giá mới và đơn giá cũ nhân (x) MHBQ của dịch vụ KCB BHYT được điều chỉnh.

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 của năm nhân (x) {giá dịch vụ KCB BHYT mới (-) giá cũ} nhân (x) MHBQ của dịch vụ KCB BHYT điều chỉnh giá của năm cộng (+) T_BHTT của thuốc, hóa chất, VTYT tính ngoài giá nhưng thuộc phạm vi thanh toán của quỹ BHYT.

CHƯƠNG IV

XÁC ĐỊNH CHI PHÍ KHÁM BỆNH, CHỮA BỆNH BẢO HIỂM Y TẾ PHÁT SINH TĂNG HOẶC GIẢM TRONG NĂM TẠI CƠ SỞ KHÁM BỆNH, CHỮA BỆNH (C_m) NGOÀI QUY ĐỊNH CỦA NGHỊ ĐỊNH SỐ 146/2018/NĐ-CP

Điều 14. Chi phí phát sinh do dịch vụ kỹ thuật, vật tư y tế trong năm không sử dụng, năm trước có sử dụng, tại cơ sở KCB đó mà không có dịch vụ kỹ thuật, vật tư y tế thay thế (C_{m1})

Chi phí phát sinh giảm bằng (=) T_BHTT của DVKT, VTYT năm trước có sử dụng, trong năm không sử dụng tại cơ sở KCB đó mà không có DVKT, VTYT thay thế.

Điều 15. Chi phí phát sinh do dịch vụ kỹ thuật, vật tư y tế từ năm 2017 trở về trước có sử dụng, năm trước không sử dụng, trong năm có sử dụng tại cơ sở KCB (C_{m2})

Chi phí phát sinh tăng bằng (=) T_BHTT của DVKT, VTYT trong năm có sử dụng tại cơ sở KCB mà năm trước không sử dụng.

Có mới hoàn toàn và mới thay thế?

Điều 16. Chi phí phát sinh do dịch vụ kỹ thuật, vật tư y tế, thuốc, hóa chất mới hoàn toàn sử dụng trong năm trước chưa đủ 12 tháng, tiếp tục sử dụng trong năm (C_{m3})

Chi phí phát sinh của trong năm bằng (=) T_BHTT của năm trước chia (:) số tháng sử dụng năm trước nhân (x) số tháng chưa sử dụng năm trước.

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.

Có mới hoàn toàn và mới thay thế?

Điều 17. Chi phí phát sinh giảm do thuốc bị loại khỏi danh mục thuốc thuộc phạm vi được hưởng của người tham gia bảo hiểm y tế do thay đổi Thông tư của Bộ Y tế (C_{m4})

1. Trường hợp áp dụng: 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 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:

2. Cách xác định chi phí phát sinh

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

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

Điều 18. Chi phí phát sinh do thuốc thay đổi tỷ lệ thanh toán (C_{m5})

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

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

Điều 19. Chi phí phát sinh do thay đổi điều kiện thanh toán, chỉ định sử dụng thuốc thuộc phạm vi được hưởng của người tham gia bảo hiểm y tế (C_{m6}).

1. Trường hợp áp dụng

Chi phí phát sinh do 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)

2. Cách xác định chi phí phát sinh

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 trong năm trừ đi (-) $\{T_BHTT$ của thuốc năm trước nhân với (x) Số lượt KCB trong năm chia cho (:) Số lượt KCB năm trước của cơ sở KCB $\}$.

c) Thuốc không tiếp tục được quỹ BHYT thanh toán do thay đổi Thông tư của Bộ Y tế ban hành danh mục và tỷ lệ, điều kiện thanh toán đối với thuốc, hóa chất thuộc phạm vi được hưởng của người tham gia bảo hiểm y tế.

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 mới dưới dạng đơn chất hoặc dưới dạng phối hợp khác:

c1) 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.

c2) 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 của năm trừ đi (-) $\{T_BHTT$ của thuốc năm trước nhân với (x) số lượt KCB của năm của cơ sở KCB chia cho (:) số lượt KCB năm trước của cơ sở KCB $\}$.

Lưu ý:

Khi cơ sở KCB không phát sinh chi phí thuốc bị loại trong năm, thì năm xác định tổng mức chi phí của thuốc bị loại được quỹ BHYT thanh toán bằng không (0); trường hợp T_BHTT của thuốc trong năm lớn hơn $\{T_BHTT$ của thuốc năm trước nhân với (x) Số lượt KCB trong năm của cơ sở KCB chia cho (:) Số lượt KCB năm trước 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).

Điều 20. Chi phí phát sinh do vật tư y tế thanh toán riêng trong một lần sử dụng dịch vụ kỹ thuật phát sinh do tăng mức lương cơ sở (C_{m7})

1. 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 hướng dẫn của Bộ Y tế.

2. Cách xác định chi phí phát sinh

Chi phí VTYT phát sinh của năm tăng so với năm trước bằng (=) [chi phí VTYT phát sinh của toàn bộ người bệnh sử dụng DVKT từ ngày 01 tháng 01 đến trước ngày tăng mức lương cơ sở so với cùng kỳ năm trước] cộng (+) [chi phí VTYT phát sinh của toàn bộ người bệnh sử dụng DVKT từ ngày tăng mức lương cơ sở đến ngày 31 tháng 12 tăng so với cùng kỳ cuối năm trước].

Ví dụ:

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.

Điều 21. Chi phí phát sinh do một lần khám bệnh, chữa bệnh thấp hơn 15% mức lương cơ sở tăng do tăng mức lương cơ sở (C_{m8})

1. Trường hợp áp dụng

Chi phí cho một lần KCB thấp hơn 15% mức lương cơ sở tăng do tăng mức lương cơ sở.

2. Cách xác định chi phí phát sinh.

Cách xác định chi phí phát sinh cho một lần KCB thấp hơn 15% mức lương cơ sở tăng do tăng mức lương cơ sở bằng (=) [chi phí phát sinh của toàn bộ người bệnh có chi phí cho một lần KCB thấp hơn 15% mức lương cơ sở từ ngày 01 tháng 01 đến trước ngày tăng mức lương cơ sở so với cùng kỳ năm

trước] cộng (+) [chi phí phát sinh của toàn bộ người bệnh có chi phí cho một lần KCB thấp hơn 15% mức lương cơ sở sử dụng DVKT từ ngày tăng mức lương cơ sở đến ngày 31 tháng 12 tăng so với cùng kỳ cuối năm trước].

Điều 22. Chi phí phát sinh do áp dụng khoản 6 Điều 22 của Luật bảo hiểm y tế (C_{m9})

1. Trường hợp áp dụng.

Chi phí phát sinh tăng hoặc giảm do thay đổi mức hưởng của người tham gia BHYT tự đi điều trị nội trú không đúng tuyến tại cơ sở KCB tuyến tỉnh theo quy định tại khoản 6 Điều 22 của Luật bảo hiểm y tế trong năm 2021.

2. Cách xác định chi phí

Chi phí phát sinh tăng được xác định bằng (=) {T_BHTT của người bệnh đến KCB trái tuyến của năm 2020 chia (:) 60%} nhân (x) 40%.

Điều 23. Chi phí phát sinh khác (C_{m10})

**CHƯƠNG V
ĐIỀU KHOẢN THI HÀNH**

Điều 23. Trách nhiệm thực hiện

1. Bảo hiểm xã hội Việt Nam có trách nhiệm:

a) Hướng dẫn xác định chính xác đầy đủ các yếu tố trong tổng mức thanh toán theo hướng dẫn tại Thông tư này.

b) Tổng hợp chi phí phát sinh theo hướng dẫn tại Chương IV của Thông tư này báo cáo Bộ Y tế, Bộ Tài chính để báo cáo Chính phủ.

c) Giao cơ quan BHXH ký hợp đồng KCB BHYT có trách nhiệm phối hợp với cơ sở KCB để xác định chính xác đầy đủ các yếu tố trong tổng mức thanh toán và xác định chi phí phát sinh theo hướng dẫn của Thông tư này; cung cấp số liệu quyết toán của năm trước cho cơ sở KCB để xác định tổng mức thanh toán.

2. Cơ sở KCB bảo hiểm y tế có trách nhiệm:

a) Xác định tổng mức thanh toán theo hướng dẫn của Thông tư này gửi cơ quan BHXH nơi ký hợp đồng KCB BHYT.

b) Phối hợp với cơ quan BHXH xác định tổng mức thanh toán và chi phí phát sinh theo hướng dẫn tại Chương IV của Thông tư này.

c) Thực hiện chỉ định các dịch vụ kỹ thuật, xét nghiệm, cận lâm sàng, sử dụng thuốc, hóa chất, vật tư y tế, 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.

Điều 24. Quy định chuyển tiếp

Thông tư này hướng dẫn xác định tổng mức thanh toán chi phí KCB BHYT theo giá dịch vụ từ năm 2020.

Trường hợp các văn bản dẫn chiếu trong thông tư này bị thay thế, sửa đổi thì thực hiện theo văn bản mới thay thế hoặc sửa đổi đó.

Điều 25. Hiệu lực thi hành

Thông tư này có hiệu lực thi hành từ ngày tháng năm 2021.

Điều 26. Trách nhiệm thi hành

Vụ trưởng Vụ Bảo hiểm y tế, Chánh Văn phòng Bộ, Chánh Thanh tra Bộ, Vụ trưởng, Cục trưởng, Tổng cục trưởng các Vụ, Cục, Tổng cục thuộc Bộ Y tế, Giám đốc Sở Y tế các tỉnh, thành phố trực thuộc Trung ương và các cơ quan, đơn vị, tổ chức, cá nhân có liên quan chịu trách nhiệm thi hành Thông tư này.

Trong quá trình thực hiện nếu có vướng mắc, đề nghị các cơ quan, đơn vị, tổ chức, cá nhân phản ánh kịp thời về Bộ Y tế để xem xét giải quyết./.

BỘ TRƯỞNG

Nơi nhận:

- PTTgCP. Vũ Đức Đam (để báo cáo);
- Ủy ban về các vấn đề xã hội của Quốc hội (để báo cáo);
- Văn phòng Chính phủ (Công báo, Công TTĐT Chính phủ);
- Bộ Tư pháp (Cục Kiểm tra văn bản quy phạm pháp luật);
- Bộ trưởng (để báo cáo);
- Các Thứ trưởng (để phối hợp chỉ đạo);
- Bộ Tài chính;
- UBND các tỉnh, thành phố trực thuộc Trung ương;
- Bảo hiểm xã hội Việt Nam;
- Sở Y tế các tỉnh, TP trực thuộc TW;
- Các đơn vị thuộc, trực thuộc Bộ Y tế;
- Y tế các Bộ, ngành;
- Hiệp hội Bệnh viện tư nhân;
- Công Thông tin điện tử Bộ Y tế;
- Lưu: VT, PC, BH (05).

.....