

UBND TỈNH BẮC GIANG
SỞ Y TẾ

CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM
Độc lập - Tự do - Hạnh phúc

Số: /SYT-NVY

Bắc Giang, ngày tháng năm 2022

V/v góp ý đối với dự thảo Hướng dẫn xác định tổng mức thanh toán chi phí KCB BHYT năm 2021.

Kính gửi: Các cơ sở KCB BHYT trong và ngoài công lập.

Thực hiện Công văn số 1362/BYT-BH ngày 18/3/2022 của Bộ Y tế về việc góp ý đối với dự thảo Hướng dẫn xác định tổng mức thanh toán chi phí khám chữa bệnh (KCB) bảo hiểm y tế (BHYT) năm 2021 (có dự thảo gửi kèm theo).

Sở Y tế yêu cầu các đơn vị nghiên cứu nội dung của dự thảo Hướng dẫn xác định tổng mức thanh toán chi phí khám chữa bệnh KCB BHYT năm 2021 và đóng góp ý kiến, phản ánh những khó khăn, vướng mắc (nếu có), những nguyên nhân làm phát sinh chi phí khách quan ngoài tổng mức thanh toán gửi về Sở Y tế (phòng Nghiệp vụ Y) chậm nhất **15h00 ngày 25/3/2022**. Bản word gửi theo địa chỉ: nong.lv@gmail.com.

Nơi nhận:

- Như trên;
- Lãnh đạo Sở;
- Lưu: VT, NVY.

**KT.GIÁM ĐỐC
PHÓ GIÁM ĐỐC**

Bùi Thế Bùng

DỰ THẢO PHỤ LỤC

XÁC ĐỊNH TỔNG MỨC THANH TOÁN CHI PHÍ KCB BHYT TẠI CƠ SỞ KHÁM BỆNH, CHỮA BỆNH THEO QUY ĐỊNH TẠI KHOẢN 4 ĐIỀU 24 CỦA NGHỊ ĐỊNH SỐ 146/2018/NĐ-CP

(Kèm theo Công văn số /SYT-NVY ngày tháng năm 2022 của Sở Y tế)

I. Các từ viết tắt và thuật ngữ sử dụng trong công văn này.

1. T_BHTT là Số tiền quỹ bảo hiểm y tế thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh theo phạm vi quyền lợi được hưởng và mức hưởng bảo hiểm y tế đã được cơ quan Bảo hiểm xã hội giám định và tổng hợp để quyết toán.

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

3. MHBQ là mức chi trả chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế bình quân đối với từng khoản chi: dịch vụ kỹ thuật, máu, chế phẩm máu, thuốc, vật tư y tế, chi phí khám bệnh, chi phí ngày giường điều trị, được xác định bằng $(=) T_BHTT \text{ chia } (:) [T_BHTT \text{ cộng } (+) T_BNCCT]$ của từng khoản chi đó.

4. Tỷ lệ thanh toán của dịch vụ kỹ thuật mới, thuốc mới, vật tư y tế mới: là tỷ lệ quy định tại các Thông tư của Bộ Y tế ban hành danh mục, tỷ lệ, điều kiện thanh toán đối với dịch vụ kỹ thuật, thuốc, vật tư y tế thuộc phạm vi thanh toán của quỹ Bảo hiểm y tế.

5. Dịch vụ kỹ thuật, thuốc, vật tư y tế mới chưa đủ 12 tháng: là dịch vụ kỹ thuật, thuốc, vật tư y tế mới được quỹ bảo hiểm y tế thanh toán lần đầu tiên tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh trong năm trước liền kề nhưng tính từ ngày đầu của tháng áp dụng đến ngày 31/12 của năm đó chưa đủ 12 tháng, tiếp tục sử dụng trong năm. Không áp dụng đối với cơ sở KCB BHYT ký hợp đồng KCB BHYT lần đầu trong năm trước liền kề.

II. Cách xác định chi phí KCB BHYT năm trước liền kề (Tn-1)

Tn-1 là chi phí KCB BHYT năm trước liền kề đã được Hội đồng quản lý BHXH Việt Nam thông qua, 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).

Ví dụ: quyết toán chi KCB BHYT năm 2021 thì Tn-1 là chi phí KCB BHYT năm 2020 đã được Hội đồng quản lý thông qua, bao gồm:

- Chi phí KCB BHYT năm 2020 đã được Hội đồng quản lý BHXH Việt Nam thông qua

- Chi phí KCB BHYT năm 2020 được đưa vào quyết toán bổ sung hoặc thu hồi vào các năm sau...

III. Xác định chi phí phát sinh trong năm (Cn): là chi phí phát sinh tăng giảm trong năm so với năm trước liền kề, cụ thể:

Việc xác định chi phí phát sinh tăng, giảm trong năm so với năm trước liền kề đảm bảo nguyên tắc sau

- Không tính trùng chi phí phát sinh tăng giảm giữa các nhóm nguyên nhân, giữa các chi phí phát sinh thành phần.
- Cơ sở KCB và BHXH tỉnh chịu trách nhiệm về tính chính xác của số liệu khi xác định, thẩm định tổng mức thanh toán.

1. Xác định chi phí phát sinh do áp dụng dịch vụ kỹ thuật mới (C1)

1.1. Xác định DVKT mới:

a) DVKT mới được quỹ BHYT thanh toán trong năm mà cơ sở KCB chưa được quỹ BHYT thanh toán trong năm trước liền kề. Đối với các DVKT chưa được cấp có thẩm quyền phê duyệt thực hiện tại cơ sở KCB trong năm 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 liền kề của cơ sở KCB đó, trong năm cơ sở KCB được phê duyệt DVKT này thì không được coi là DVKT mới phát sinh.

b) DVKT mới lần đầu tiên tại cơ sở KCB được quỹ BHYT thanh toán trong năm trước liền kề nhưng từ thời điểm áp dụng tính đến 31 tháng 12 năm đó chưa đủ 12 tháng, tiếp tục sử dụng trong năm.

1.2. Phân loại DVKT mới:

a) DVKT mới hoàn toàn là DVKT mới không thay thế DVKT khác đã được quỹ BHYT thanh toán trong năm trước liền kề tại cơ sở KCB đó.

b) DVKT mới thay thế DVKT khác là DVKT mới thay thế cho DVKT đã được quỹ BHYT thanh toán trong năm trước liền kề

1.3. Cách xác định chi phí phát sinh do thực hiện DVKT mới trong năm mà cơ sở KCB chưa được quỹ BHYT thanh toán trong năm trước liền kề.

a) Chi phí phát sinh tăng do thực hiện DVKT mới hoàn toàn bằng (=) T_{BHTT} của DVKT mới trong năm.

Trường hợp DVKT sử dụng đối với bệnh mới mà bệnh đó được quỹ BHYT thanh toán trong năm, không được thanh toán trong năm trước liền kề thì không tính phát sinh tăng (các chi phí phát sinh tăng của DVKT này đã được tính tăng tại khoản 7 Mục này);

b) Chi phí phát sinh giảm do DVKT được thanh toán trong năm trước liền kề, không được thanh toán trong năm bằng (=) T_{n-1} của DVKT năm trước liền kề.

Trường hợp DVKT sử dụng đối với bệnh mà bệnh đó được quỹ BHYT thanh toán trong năm trước liền kề, không được thanh toán trong năm thì không tính phát sinh giảm (các chi phí phát sinh giảm của DVKT này đã được tính giảm tại khoản 7 Mục này).

c) Chi phí phát sinh tăng hoặc giảm do thực hiện DVKT mới thay thế bằng (=) số lần sử dụng DVKT mới thay thế trong năm nhân (x) [đơn giá DVKT mới trừ (-) đơn giá của DVKT cũ] nhân (x) MHBQ của người bệnh trong năm.

Ví dụ: DVKT mới A thay thế DVKT B thì chi phí phát sinh tăng giảm bằng (=) Số lần sử dụng DVKT mới A nhân (x) [đơn giá của A trừ (-) đơn giá B] nhân (x) MHBQ của A.

1.4. Cách xác định chi phí phát sinh do sử dụng DVKT mới trong năm trước liền kề chưa đủ 12 tháng:

a) Chi phí phát sinh tăng hoặc giảm do thực hiện DVKT mới hoàn toàn bằng (=) T_BHTT của DVKT mới trong năm trừ (-) T_BHTT của DVKT mới đó năm trước liền kề;

b) Chi phí phát sinh tăng hoặc giảm do thực hiện DVKT mới thay thế bằng (=) (Số lượng sử dụng DVKT mới trong năm - Số lượng sử dụng DVKT mới trong năm trước liền kề) nhân (x) [đơn giá DVKT mới trong năm trừ (-) đơn giá của DVKT được thay thế] nhân (x) Tỷ lệ thanh toán của DVKT mới thay thế của năm nhân (x) MHBQ của DVKT đó trong năm.

2. Xác định chi phí phát sinh do bổ sung thuốc mới sử dụng tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh (C2)

2.1. Xác định thuốc mới:

2.1.1. Thuốc mới được quỹ bảo hiểm y tế thanh toán lần đầu tiên trong năm mà cơ sở khám bệnh, chữa bệnh chưa được quỹ bảo hiểm y tế thanh toán trong năm trước liền kề, bao gồm:

a) Thuốc hóa dược, sinh phẩm, thuốc phóng xạ và hợp chất đánh dấu có hoạt chất mới hoặc thuốc có thay đổi tỷ lệ hoặc điều kiện thanh toán mới.

b) Thuốc cổ truyền (không bao gồm vị thuốc cổ truyền), thuốc dược liệu (sau đây gọi chung là chế phẩm y học cổ truyền) do cơ sở khám bệnh, chữa bệnh mua sắm từ đơn vị cung ứng và có thành phần mới, tương ứng với số thứ tự mới (theo cột số 1) tại Danh mục thuốc đông y, thuốc từ dược liệu (Mục A) thuộc Danh mục thuốc đông y, thuốc từ dược liệu và vị thuốc y học cổ truyền thuộc phạm vi thanh toán của quỹ bảo hiểm y tế ban hành kèm theo Thông tư 05/2015/TT-BYT ngày 17 tháng 3 năm 2015 của Bộ trưởng Bộ Y tế.

c) Chế phẩm y học cổ truyền do cơ sở khám bệnh, chữa bệnh tự chế biến, bào chế:

Có thành phần mới, tương ứng với số thứ tự mới (theo cột số 1) tại Danh mục thuốc đông y, thuốc từ dược liệu (Mục A) thuộc Danh mục thuốc đông y, thuốc từ dược liệu và vị thuốc y học cổ truyền thuộc phạm vi thanh toán của quỹ bảo hiểm y tế ban hành kèm theo Thông tư 05/2015 ngày 17/03/2015 của Bộ trưởng Bộ Y tế mà chưa có chế phẩm y học cổ truyền được cơ sở khám bệnh, chữa bệnh mua sắm, sử dụng trong năm trước liền kề tương ứng với số thứ tự đó.

Hoặc thuốc có thành phần mới không tương ứng với thành phần thuốc tại Danh mục thuốc đông y, thuốc từ dược liệu (Mục A) thuộc Danh mục thuốc đông y, thuốc từ dược liệu và vị thuốc y học cổ truyền thuộc phạm vi thanh toán của quỹ bảo hiểm y tế ban hành kèm theo Thông tư 05/2015/TT-BYT ngày 17 tháng 3 năm 2015 của Bộ trưởng Bộ Y tế, nhưng có thành phần mới so với chế phẩm y học cổ truyền do cơ sở khám bệnh, chữa bệnh tự chế biến, bào chế sử dụng trong năm trước liền kề.

d) Vị thuốc cổ truyền mới tương ứng số thứ tự mới (theo cột số 1) tại Danh mục thuốc đông y, thuốc từ dược liệu (Mục B) thuộc Danh mục thuốc đông y, thuốc từ dược liệu và vị thuốc y học cổ truyền thuộc phạm vi thanh toán của quỹ bảo hiểm y tế ban hành kèm theo Thông tư 05/2015/TT-BYT ngày 17 tháng 3 năm 2015 của Bộ trưởng Bộ Y tế.

2.1.2. Các thuốc mới nêu tại tiết 2.1.1 điểm 2.1 khoản 2 phần III Công văn này được xác định trong các trường hợp sau:

a) Do thay đổi danh mục, tỷ lệ, điều kiện thanh toán đối với thuốc thuộc phạm vi được hưởng của người tham gia bảo hiểm y tế ban hành kèm theo Thông tư số 30/2018/TT-BYT ngày 30/10/2018, Thông tư 01/2020/TT-BYT ngày 16/01/2020 và Thông tư số 20/2020/TT-BYT ngày 26/11/2020 của Bộ Y tế;

b) Do cơ sở khám bệnh, chữa bệnh thay đổi hạng bệnh viện dẫn đến bổ sung thuốc mới được sử dụng tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh, không bao gồm thuốc vượt hạng đã được sử dụng trong năm trước liền kề;

c) Do cơ sở khám bệnh, chữa bệnh thay đổi phạm vi hoạt động theo quyết định của cấp có thẩm quyền;

d) Do thực hiện dịch vụ kỹ thuật mới tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh;

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

e) Do thay đổi phạm vi chỉ định thuốc theo hồ sơ đăng ký đã được Bộ Y tế cấp phép;

f) Được quỹ bảo hiểm y tế thanh toán mà trước đó được ngân sách nhà nước hoặc nguồn khác chi trả;

h) Thuốc vượt hạng được sử dụng tại cơ sở KCB trong giai đoạn dịch COVID-19 theo hướng dẫn tại phần II Công văn số 6373/BYT- BH ngày 6/8/2021 của Bộ Y tế.

i) Thuốc được sử dụng để điều trị bệnh không phải bệnh mới hoàn toàn nhưng năm trước chưa có thuốc điều trị theo Danh mục ban hành kèm theo.

(Danh mục thuốc Bộ Y tế đã gửi kèm theo Công văn số 10915/BYT-BH ngày 24/12/2021 của Bộ Y tế về việc tham gia ý kiến đối với Dự thảo Thông tư hướng dẫn thanh toán chi phí KCB BHYT theo giá dịch vụ)

2.1.3. Thuốc được xác định là thuốc mới và đã được quỹ bảo hiểm y tế lần đầu tiên thanh toán trong năm trước liền kề nhưng từ thời điểm áp dụng tính đến ngày 31 tháng 12 của năm trước liền kề chưa đủ 12 tháng.

2.2. Phân loại thuốc mới:

a) Thuốc mới hoàn toàn là thuốc mới mà thuốc này không thay thế cho thuốc khác.

b) Thuốc mới thay thế là thuốc mới thay thế cho thuốc cũ.

- Việc xác định thuốc hóa dược và sinh phẩm, thuốc phóng xạ và hợp chất đánh dấu cũ dựa trên xem xét các yếu tố tương đồng giữa thuốc cũ và thuốc mới theo các nội dung sau: Chỉ định điều trị (dựa vào phân loại ATC); đường dùng của thuốc; nhóm thuốc đầu thầu.

- Việc xác định chế phẩm y học cổ truyền trên cơ sở các yếu tố tương đồng sau: Y lý y học cổ truyền; tác dụng dược lý; chỉ định điều trị; đường dùng của thuốc; nhóm thuốc trong đầu thầu.

Ghi chú:

+ Không xác định thuốc hóa dược và sinh phẩm; vị thuốc cổ truyền; Chế phẩm y học cổ truyền thay thế lẫn nhau giữa các nhóm.

+ Không xác định vị thuốc cổ truyền thay thế lẫn nhau.

c) Thuốc có thay đổi điều kiện thanh toán.

Do các nguyên nhân sau nêu tại tiểu tiết a, đ và e tiết 2.1.2 điểm 2.1 nêu trên, bao gồm:

- Do thay đổi danh mục, tỷ lệ, điều kiện thanh toán đối với thuốc thuộc phạm vi được hưởng của người tham gia bảo hiểm y tế ban hành kèm theo Thông tư số 30/2018/TT-BYT ngày 30/10/2018, Thông tư 01/2020/TT-BYT ngày 16/01/2020 và Thông tư số 20/2020/TT-BYT ngày 26/11/2020 của Bộ Y tế;

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

- Do thay đổi phạm vi chỉ định thuốc theo hồ sơ đăng ký đã được Bộ Y tế cấp phép;

d) Thuốc thay đổi tỷ lệ thanh toán.

Do nguyên nhân nêu tại tiểu tiết a tiết 2.1.2 điểm 2.1 nêu trên, cụ thể: Do thay đổi danh mục, tỷ lệ, điều kiện thanh toán đối với thuốc thuộc phạm vi được hưởng của người tham gia bảo hiểm y tế ban hành kèm theo Thông tư số 30/2018/TT-BYT ngày 30/10/2018, Thông tư 01/2020/TT-BYT ngày 16/01/2020 và Thông tư số 20/2020/TT-BYT ngày 26/11/2020 của Bộ Y tế.

2.3. Cách xác định chi phí phát sinh thuốc mới trong năm

a) Chi phí phát sinh đối với thuốc mới hoàn toàn:

Chi phí phát sinh tăng bằng (=) T_BHTT của thuốc mới của năm.

b) Chi phí phát sinh đối với thuốc mới thay thế:

Chi phí phát sinh tăng hoặc giảm của thuốc mới thay thế bằng (=) số lượt khám bệnh, chữa bệnh sử dụng thuốc mới thay thế của năm nhân (x) {[T_BHTT của thuốc mới thay thế của năm chia (:) số lượt khám bệnh, chữa bệnh sử dụng thuốc mới thay thế của năm] trừ (-) [T_BHTT của thuốc cũ năm trước liền kề chia (:) số lượt khám bệnh, chữa bệnh sử dụng thuốc cũ năm trước liền kề]};

c) Cách xác định chi phí phát sinh do thuốc có thay đổi điều kiện thanh toán:

- Trường hợp chỉ định thuốc mở rộng không có thuốc thay thế: xác định chi phí phát sinh theo hướng dẫn tại tiết a điểm 2.3 khoản 2 Phần III Công văn này.

- Trường hợp chỉ định thuốc bị thu hẹp không có thuốc thay thế: Chi phí phát sinh giảm bằng (=) T_BHTT của chỉ định của thuốc bị thu hẹp của năm trừ (-) T_BHTT của chỉ định của thuốc bị thu hẹp của năm trước liền kề. Khi T_BHTT của chỉ định của thuốc bị thu hẹp trong năm lớn hơn (>) T_BHTT của chỉ định của thuốc bị thu hẹp của năm trước liền kề, chi phí phát sinh giảm bằng (=) không (0);

- Trường hợp chỉ định thuốc mở rộng có thuốc thay thế: xác định chi phí phát sinh theo hướng dẫn tại tiết b điểm 2.3 khoản 2 Phần III Công văn này;

- Trường hợp chỉ định thuốc bị thu hẹp có thuốc thay thế: không tính chi phí phát sinh tăng giảm.

d) Cách xác định chi phí phát sinh do thuốc có thay đổi tỷ lệ thanh toán trong năm, trong đó: Thuốc mới là thuốc với tỷ lệ thanh toán mới, thuốc cũ là thuốc với tỷ lệ thanh toán cũ.

Chi phí phát sinh tăng hoặc giảm khi cơ sở khám bệnh, chữa bệnh sử dụng thuốc tăng hoặc giảm tỷ lệ thanh toán bằng (=) số lượt khám bệnh, chữa bệnh sử dụng thuốc mới thay thế của năm nhân (x) {[T_BHTT của thuốc mới thay thế của năm chia (:) số lượt khám bệnh, chữa bệnh sử dụng thuốc mới thay thế của năm] trừ (-) [T_BHTT của thuốc cũ năm trước liền kề (:) số lượt khám bệnh, chữa bệnh sử dụng thuốc cũ năm trước liền kề]}.

2.4. Cách xác định chi phí phát sinh do thuốc mới trong năm trước liền kề chưa đủ 12 tháng:

a) Chi phí phát sinh do thuốc mới hoàn toàn bằng (=) T_BHTT của thuốc mới của năm trừ (-) T_BHTT của thuốc mới đó của năm trước liền kề.

b) Chi phí phát sinh do thuốc mới thay thế bằng (=) [số lượt khám bệnh, chữa bệnh sử dụng thuốc mới thay thế của năm trừ (-) số lượt khám bệnh, chữa bệnh sử dụng thuốc mới thay thế của năm trước liền kề] nhân với (x) [T_BHTT của thuốc mới thay thế của năm chia (:) số lượt khám bệnh, chữa bệnh sử dụng thuốc mới thay thế của năm trừ (-) T_BHTT của thuốc cũ thay thế năm trước

liền kề chia (:) số lượt khám bệnh, chữa bệnh sử dụng thuốc cũ thay thế năm trước liền kề].

c) Cách xác định chi phí phát sinh do thuốc có thay đổi điều kiện thanh toán:

- Trường hợp chỉ định thuốc mở rộng không có thuốc thay thế: xác định chi phí phát sinh theo hướng dẫn tại tiết a điểm 2.4 khoản 2 Phần III Công văn này;

- Trường hợp chỉ định thuốc mở rộng có thuốc thay thế: xác định chi phí phát sinh theo hướng dẫn tại tiết b điểm 2.4 khoản 2 Phần III Công văn này;

- Trường hợp chỉ định thuốc bị thu hẹp không có thuốc thay thế: Chi phí phát sinh giảm bằng (=) T_BHTT của chỉ định của thuốc bị thu hẹp của năm trước liền kề;

- Trường hợp chỉ định thuốc bị thu hẹp có thuốc thay thế: không tính chi phí phát sinh tăng giảm.

d) Cách xác định chi phí phát sinh do thuốc có thay đổi tỷ lệ thanh toán, trong đó: Thuốc mới là thuốc với tỷ lệ thanh toán mới, thuốc cũ là thuốc với tỷ lệ thanh toán cũ.

Chi phí phát sinh tăng hoặc giảm khi cơ sở khám bệnh, chữa bệnh sử dụng thuốc tăng hoặc giảm tỷ lệ thanh toán bằng (=) [số lượt khám bệnh, chữa bệnh sử dụng thuốc mới của năm trừ (-) số lượt khám bệnh, chữa bệnh sử dụng thuốc mới của năm trước liền kề] nhân với (x) [T_BHTT của thuốc mới của năm chia (:) số lượt khám bệnh, chữa bệnh sử dụng thuốc mới của năm trừ (-) T_BHTT của thuốc cũ năm trước liền kề chia (:) số lượt khám bệnh, chữa bệnh sử dụng thuốc cũ năm trước liền kề].

2.5. Cách xác định chi phí phát sinh do thuốc mới thay thế tại tiết b điểm 2.3 và tiết b điểm 2.4 khoản 2 Phần III như sau

a) Trường hợp 01 thuốc mới năm thay thế cho nhiều thuốc cũ năm trước liền kề, thì thực hiện như sau:

- Trường hợp tất cả các thuốc cũ đều có chi phí thuốc bình quân một (01) lượt khám bệnh, chữa bệnh được quỹ bảo hiểm y tế thanh toán năm trước liền kề cao hơn chi phí thuốc bình quân một (01) lượt khám bệnh, chữa bệnh được quỹ bảo hiểm y tế thanh toán trong năm của thuốc mới, thì không tính chi phí phát sinh giảm do sử dụng thuốc thay thế;

- Các trường hợp còn lại, chỉ lựa chọn một (01) loại thuốc cũ theo nguyên tắc: thuốc có chi phí thuốc bình quân một (01) lượt khám bệnh, chữa bệnh được quỹ bảo hiểm y tế thanh toán năm trước liền kề cao nhất nhưng thấp hơn chi phí thuốc bình quân một (01) lượt khám bệnh, chữa bệnh được quỹ bảo hiểm y tế thanh toán trong năm của thuốc mới.

b) Trường hợp có nhiều thuốc mới năm thay thế cho một (01) hoặc nhiều thuốc cũ năm trước liền kề, thì thực hiện như sau:

- Trường hợp tất cả các thuốc cũ đều có chi phí thuốc bình quân một (01) lượt khám bệnh, chữa bệnh được quỹ bảo hiểm y tế thanh toán năm trước liền kề cao hơn chi phí thuốc bình quân một (01) lượt khám bệnh, chữa bệnh được quỹ bảo hiểm y tế thanh toán trong năm của tất cả thuốc mới, thì không tính chi phí phát sinh giảm do sử dụng thuốc thay thế;

- Các trường hợp còn lại:

+ Chỉ lựa chọn một (01) loại thuốc mới theo nguyên tắc: thuốc có chi phí thuốc bình quân một (01) lượt khám bệnh, chữa bệnh được quỹ bảo hiểm y tế thanh toán năm cao nhất;

+ Chỉ lựa chọn một (01) loại thuốc cũ theo nguyên tắc: nếu có 01 thuốc cũ thì lấy chính thuốc cũ đó; nếu có nhiều thuốc cũ thì lựa chọn một (01) thuốc cũ có chi phí thuốc bình quân một (01) lượt khám bệnh, chữa bệnh được quỹ bảo hiểm y tế thanh toán trong năm trước liền kề cao nhất nhưng thấp hơn chi phí thuốc bình quân một (01) lượt khám bệnh, chữa bệnh được quỹ bảo hiểm y tế thanh toán trong năm của thuốc mới có chi phí bình quân một lượt khám bệnh, chữa bệnh được quỹ bảo hiểm y tế thanh toán trong năm cao nhất;

+ “Số lượt khám bệnh, chữa bệnh sử dụng thuốc mới thay thế của năm” được tính là Tổng số lượt khám bệnh, chữa bệnh sử dụng các thuốc mới thay thế của năm.

c) Trường hợp đối với cùng 1 loại bệnh, phác đồ điều trị năm bao gồm một hoặc nhiều thuốc mới có thể kết hợp thêm với thuốc cũ (phác đồ điều trị mới năm) thay thế cho phác đồ điều trị cũ trong năm trước liền kề (bao gồm một hoặc nhiều loại thuốc cũ): không tính chi phí phát sinh theo từng thuốc mới, thực hiện tính chi phí phát sinh do sử dụng phác đồ điều trị mới.

Trong công thức tính phát sinh do sử dụng thuốc mới tại tiết b điểm 2.3 và tiết b điểm 2.4 khoản 2 Phần III Công văn này: “Thuốc mới” là phác đồ điều trị mới năm. “Thuốc cũ năm trước liền kề” là phác đồ điều trị cũ trong năm trước liền kề. “Số lượt khám bệnh, chữa bệnh sử dụng thuốc mới thay thế của năm” là số lượt khám bệnh, chữa bệnh sử dụng phác đồ điều trị mới năm. “Số lượt khám bệnh, chữa bệnh sử dụng thuốc cũ năm trước liền kề” là số lượt khám bệnh, chữa bệnh sử dụng phác đồ điều trị cũ trong năm trước liền kề.

2.6 Trường hợp thuốc mới thuộc nhóm 8. Thuốc điều trị ung thư và điều hòa miễn dịch, quy định tại Phụ lục 01 Thông tư số 30/2018/TT-BYT sử dụng để điều trị bệnh ung thư có thay đổi, mở rộng chỉ định; thay đổi hướng dẫn chẩn đoán và điều trị đã được Bộ Y tế phê duyệt, cấp phép:

- Nếu thuốc mới sử dụng để điều trị bệnh ung thư do mở rộng chỉ định: chi phí phát sinh của thuốc được tính theo công thức tại tiết b điểm 2.3 khoản này, trong đó:

+ Số lượt thuốc mới bằng (=) Số lượt điều trị theo mã bệnh ung thư có sử dụng đến thuốc mới trong năm;

+ T_BHTT của thuốc mới (=) Tổng số tiền bảo hiểm thanh toán Thuốc nhóm 8 của các lượt KCB theo mã bệnh ung thư tương ứng có sử dụng đến thuốc mới trong năm;

+ Số lượt KCB thuốc cũ là tổng số lượt KCB của mã bệnh ung thư tương ứng năm trước;

+ T_BHTT của thuốc cũ là (=) Tổng số tiền bảo hiểm thanh toán Thuốc nhóm 8 của các lượt KCB theo mã bệnh ung thư tương ứng năm trước.

- Nếu thuốc mới sử dụng trong năm trước nhưng từ thời điểm áp dụng tính đến ngày 31 tháng 12 của năm đó chưa đủ 12 tháng, tiếp tục được quỹ bảo hiểm y tế thanh toán trong năm nay; chi phí phát sinh đối với các trường hợp bệnh theo mã bệnh Y có sử dụng thuốc mới được xác định:

Bằng (=) {Số lượt điều trị theo mã bệnh ung thư có sử dụng đến thuốc mới trong năm trừ (-) Số lượt điều trị theo mã bệnh ung thư có sử dụng thuốc mới của năm trước} nhân với (x) { T_BHTT của tiền Thuốc nhóm 8 chia (:) Số lượt KCB theo mã bệnh ung thư tương ứng có sử dụng đến thuốc mới trong năm, trừ đi (-)T_BHTT của tiền thuốc nhóm 8 chia (:) Số lượt KCB của mã bệnh ung thư tương ứng năm trước chưa sử dụng thuốc mới };

2.7 Trường hợp do thay đổi phác đồ sử dụng các thuốc ARV để điều trị bệnh nhân HIV/AIDS trong năm hoặc sử dụng thuốc ARV theo phác đồ mới không đủ 12 tháng tính từ thời điểm áp dụng đến 31 tháng 12 năm trước:

Chi phí phát sinh bằng (=) số lượt KCB sử dụng các thuốc ARV điều trị bệnh nhân HIV/AIDS trong năm, nhân với (x) {[T_BHTT của các thuốc ARV sử dụng điều trị cho bệnh nhân HIV/AIDS trong năm, chia (:) số lượt KCB sử dụng các thuốc ARV điều trị cho bệnh nhân HIV/AIDS trong năm], trừ đi (-) [T_BHTT của các thuốc ARV sử dụng điều trị cho bệnh nhân HIV/AIDS trong năm trước, chia cho (:) số lượt KCB sử dụng thuốc ARV điều trị cho bệnh nhân HIV/AIDS năm trước]}.

Trong đó: Số lượt KCB sử dụng thuốc ARV điều trị cho bệnh nhân HIV/AIDS năm nay hoặc năm trước là tổng số lượt sử dụng thuốc ARV điều trị cho bệnh nhân HIV/AIDS năm nay hoặc năm trước, bao gồm cả số lượt khám bệnh, chữa bệnh sử dụng thuốc ARV từ nguồn BHYT, từ nguồn ngân sách nhà nước hoặc nguồn tài trợ khác chi trả.

2.8. 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 đối với các bệnh cũ đã xuất hiện năm trước. Các lượt bệnh mới xuất hiện trong năm có sử dụng thuốc mới trong năm hoặc sử dụng thuốc mới năm trước liền kề nhưng chưa được tính đủ 12 tháng tính đến ngày 31 tháng 12 của năm trước liền kề đã được tính toàn bộ T_BHTT của các lượt này trong C7 thì không tính chi phí phát sinh tăng tại C2.

3. Xác định chi phí phát sinh do bổ sung vật tư y tế mới chưa tính trong giá dịch vụ khám bệnh, chữa bệnh (C₃)

3.1. Xác định vật tư y tế mới:

3.1.1 Vật tư y tế mới là vật tư y tế được được quỹ bảo hiểm y tế thanh toán trong năm mà có phát sinh chi phí tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh trong các trường hợp sau:

a) Do được bổ sung thanh toán ngoài giá dịch vụ khám bệnh, chữa bệnh mà trước đây chưa bao gồm trong cơ cấu giá dịch vụ khám bệnh, chữa bệnh theo quy định của Bộ Y tế trong năm thay đổi so với năm trước liền kề.

b) Để thực hiện các dịch vụ kỹ thuật mới, phương pháp điều trị mới tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh đã được cấp có thẩm quyền phê duyệt.

c) Năm trước được ngân sách nhà nước hoặc nguồn khác chi trả.

3.1.2. Vật tư y tế đã được xác định là vật tư y tế mới và được quỹ bảo hiểm y tế thanh toán trong năm trước liền kề nhưng từ thời điểm áp dụng tính đến ngày 31/12 của năm trước liền kề chưa đủ 12 tháng, tiếp tục sử dụng trong năm.

3.2. Phân loại vật tư y tế mới

3.2.1. Vật tư y tế mới hoàn toàn bao gồm:

a) Vật tư y tế mới, không thay thế cho vật tư y tế khác.

b) Vật tư y tế sử dụng cho dịch vụ kỹ thuật mới mới hoàn toàn theo hướng dẫn tại tiết a điểm 1.2 khoản 1 Phần III Công văn này.

c) Vật tư y tế mới để thực hiện dịch vụ kỹ thuật y tế mà trước đây vật tư y tế này chưa được thanh toán và không thay thế cho vật tư y tế khác để thực hiện dịch vụ khám bệnh, chữa bệnh đó.

3.2.2. Vật tư y tế mới thay thế là vật tư y tế mới không thuộc vật tư y tế hướng dẫn tại tiết 3.2.1 điểm 3.2 khoản này để thay thế cho vật tư y tế khác đã được quỹ bảo hiểm y tế thanh toán trong năm trước

3.3. Cách xác định chi phí phát sinh do vật tư y tế mới trong năm

a) Chi phí phát sinh do vật tư y tế mới hoàn toàn bằng (=) T_BHTT của vật tư y tế mới của năm.

b) Chi phí vật tư y tế phát sinh tăng hoặc giảm của vật tư y tế mới thay thế bằng (=) {[T_BHTT của vật tư y tế mới sử dụng của năm chia (:) số lượng vật tư y tế mới sử dụng của năm] trừ (-) [T_BHTT của vật tư y tế cũ sử dụng năm trước liền kề chia (:) số lượng vật tư y tế cũ sử dụng năm trước liền kề]} nhân (x) số lượng vật tư y tế mới sử dụng của năm.

3.4. Cách xác định chi phí phát sinh do sử dụng vật tư y tế mới áp dụng trong năm trước nhưng chưa đủ 12 tháng

a) Chi phí phát sinh của vật tư y tế mới hoàn toàn bằng (=) T_BHTT của vật tư y tế của năm trừ (-) T_BHTT của vật tư y tế đó của năm trước liền kề.

b) Chi phí phát sinh tăng hoặc giảm của vật tư y tế mới thay thế bằng (=)

{[T_BHTT của vật tư y tế mới sử dụng trong năm chia (:) số lượng vật tư y tế mới sử dụng trong năm] trừ (-) [T_BHTT của vật tư y tế cũ sử dụng năm trước liền kề chia (:) số lượng vật tư y tế cũ sử dụng năm trước liền kề]} nhân (x) [số lượng vật tư y tế mới sử dụng trong năm - số lượng vật tư y tế mới sử dụng trong năm trước liền kề].

4. Xác định chi phí phát sinh do áp dụng giá máu, chế phẩm máu mới (C4)

4.1. Xác định giá máu, chế phẩm máu mới

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.

Trường hợp áp dụng: do chênh giá máu theo quy định tại Thông tư số 17/2020/TT-BYT ngày 12/11/2020 của Bộ Y tế so với giá máu theo quy định tại Thông tư số 05/2017/TT-BYT ngày 14/04/2017 của Bộ Y tế quy định giá tối đa và chi phí phục vụ cho việc xác định giá một đơn vị máu toàn phần và chế phẩm máu đạt tiêu chuẩn, 20/2018/TT-BYT ngày 30/8/2018 sửa đổi, bổ sung một số điều của Thông tư 05/2017/TT-BYT.

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, 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.

5. Xác định chi phí phát sinh do điều chỉnh hạng bệnh viện (C5)

5.1. Xác định trường hợp làm phát sinh chi phí do điều chỉnh hạng bệnh viện

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 thay đổi 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.

d) Cơ sở KCB thay đổi hạng bệnh viện trong năm trước liền kề nhưng từ thời điểm áp dụng tính đến ngày 31 tháng 12 năm đó chưa đủ 12 tháng.

5.2. Cách xác định chi phí phát sinh tăng hoặc giảm do điều chỉnh hạng bệnh viện trong năm:

5.2.1. Chi phí phát sinh tại tiết a điểm 5.1 khoản 5:

Chi phí phát sinh tăng hoặc giảm do thay đổi giá dịch vụ khám bệnh, giá dịch vụ ngày giường bệnh bằng (=) Số lượt khám bệnh hoặc số ngày giường bệnh sử dụng trong năm 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.

5.2.2. Chi phí phát sinh tại tiết b điểm 5.1. khoản 5:

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

b) Đối với điều trị nội trú

Chi phí phát sinh tăng/giảm = T_{BHTT} của người bệnh đến khám bệnh, chữa bệnh trái tuyến của năm tính từ thời điểm điều chỉnh tuyến bệnh viện chia (:) mức hưởng trái tuyến nội trú của năm nhân (x) (mức hưởng trái tuyến nội trú thực hiện tại cơ sở KCB của năm – mức hưởng trái tuyến thực hiện tại cơ sở KCB năm trước).

Trường hợp số phát sinh dương tính là tăng, số phát sinh âm tính là giảm

Từ năm 2021 đối với cơ sở KCB trong năm có thay đổi tuyến KCB BHYT từ tuyến tỉnh xuống tuyến huyện và ngược lại: chi phí phát sinh bằng = (0);

5.2.3. 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:

a) Trường hợp có thuốc thay thế (không sử dụng chế phẩm y học cổ truyền, vị thuốc 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 chế phẩm y học cổ truyền, vị thuốc 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 trong năm trừ đi (-) { T_{BHTT} của thuốc năm trước liên hệ nhân với (x) Số lượt KCB của năm của cơ sở KCB chia cho (:) Số lượt KCB năm trước liên hệ của cơ sở KCB}.

- Lưu ý:

+ Trường hợp T_{BHTT} của thuốc trong năm lớn hơn { T_{BHTT} của thuốc năm trước liên hệ nhân với (x) Số lượt KCB trong năm của cơ sở KCB chia cho (:) Số lượt KCB năm trước liên hệ 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).

5.3. Cách xác định chi phí phát sinh tăng hoặc giảm do điều chỉnh hạng, bệnh viện trong năm trước liền kề chưa đủ 12 tháng:

5.3.1. Chi phí phát sinh tại tiết a điểm 5.1 khoản 5:

Chi phí phát sinh tăng hoặc giảm do thay đổi giá dịch vụ khám bệnh, giá dịch vụ ngày giường bệnh bằng (=) Số lượt khám bệnh hoặc số ngày giường bệnh sử dụng trong năm của tháng tương ứng thời gian chưa áp dụng năm trước 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.

5.3.2. Chi phí phát sinh tại tiết b điểm 5.1. khoản 5:

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

b) Đối với điều trị nội trú

Chi phí phát sinh tăng/giảm = T_BHTT của người bệnh đến khám bệnh, chữa bệnh trái tuyến trong năm của tháng tương ứng thời gian chưa áp dụng chia (:) mức hưởng trái tuyến nội trú của năm nhân (x) (mức hưởng trái tuyến nội trú thực hiện tại cơ sở KCB của năm – mức hưởng trái tuyến thực hiện tại cơ sở KCB năm trước)

Trường hợp số phát sinh dương tính là tăng, số phát sinh âm tính là giảm

6. 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 (C6)

6.1. Xác định trường hợp làm phát sinh chi phí do thay đổi phạm vi hoạt động của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh.

a) Cơ sở KCB có quyết định của cấp có thẩm quyền về thành lập khoa/phòng, cơ sở KCB mới (trừ các trường hợp tách hoặc sáp nhập);

b) Cơ sở KCB có quyết định của cấp có thẩm quyền giải thể khoa, phòng chuyên môn;

c) Cơ sở KCB bổ sung thêm chuyên khoa của phòng khám; mở rộng phạm vi, quy mô hoạt động.

6.2. Cách xác định chi phí phát sinh

Chi phí phát sinh của cơ sở KCB nêu tại điểm 6.1 khoản này được tính vào chi phí phát sinh do áp dụng DVKT, thuốc, VTYT mới, áp dụng giá máu, chế phẩm máu mới, điều chỉnh hạng bệnh viện, thay đổi mô hình bệnh tật, đối tượng người có thẻ BHYT và thay đổi số lượt KCB.

7. Xác định chi phí phát sinh do thay đổi mô hình bệnh tật, đối tượng người có thẻ BHYT và thay đổi số lượt khám bệnh, chữa bệnh (C7).

7.1. Số lượt KCB thay đổi làm phát sinh chi phí KCB BHYT bao gồm:

a) Khám ngoại trú;

b) Điều trị ngoại trú;

c) Điều trị lưu tại TYT xã, PKĐK khu vực;

- d) Điều trị nội trú;
- đ) Điều trị nội trú ban ngày.

Lưu ý: Số lượt khám bệnh, chữa bệnh tại trạm y tế cấp xã, phòng khám đa khoa được tính riêng.

7.2. Đối tượng người có thể bảo hiểm y tế thay đổi số lượt khám bệnh, chữa bệnh bao gồm:

- a) Đối tượng đăng ký khám bệnh, chữa bệnh ban đầu tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh;
- b) Đối tượng đăng ký khám bệnh, chữa bệnh ban đầu tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh khác đến khám bệnh, chữa bệnh đúng tuyến;
- c) Đối tượng đăng ký khám bệnh, chữa bệnh ban đầu tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh khác đến khám bệnh, chữa bệnh không đúng tuyến.

Đối với cơ sở khám bệnh, chữa bệnh từ tuyến huyện trở xuống tính chung cho tất cả các đối tượng.

Đối với cơ sở khám bệnh, chữa bệnh từ tuyến tỉnh trở lên hoặc có thay đổi tuyến khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế trong năm trước liền kề hoặc thay đổi trong năm, cơ sở khám bệnh, chữa bệnh tính riêng theo từng nhóm đối tượng.

7.3. Mã bệnh hoặc mã loại bệnh được thống kê theo mã bệnh chính hoặc mã loại bệnh chính theo nguyên tắc tương đồng giữa 2 năm (cùng mã và cùng số lượng ký tự), trường hợp không tương đồng thực hiện như sau:

- a) Tương đồng về mã ICD 10 nhưng không cùng số lượng ký tự: Thống kê theo mã có 3 ký tự;
- b) Tương đồng về mã bệnh, mã loại bệnh y học cổ truyền nhưng không cùng số lượng ký tự: Thống kê theo mã có 6 ký tự;
- c) Không tương đồng về mã bệnh, mã loại bệnh thì thống kê theo mã ICD 10 (3 ký tự);
- d) Đối với các trường hợp có can thiệp tim, mạch hoặc phẫu thuật: Nếu mã bệnh không phân biệt được có sử dụng can thiệp tim mạch, phẫu thuật với điều trị nội khoa thì bổ sung mã kỹ thuật can thiệp tim mạch hoặc mã phẫu thuật để thống kê riêng mã bệnh nội khoa và mã bệnh có phẫu thuật, can thiệp (loại 1,2,3); Nếu vật tư y tế thanh toán riêng có số lượng sử dụng khác nhau thì thống kê riêng các nhóm theo số lượng sử dụng tương đồng giữa hai năm liền kề.
- đ) Đối với các trường hợp ghép tạng, điều trị ung thư: Nếu mã bệnh không phân biệt được có sử dụng thuốc điều trị chống thải ghép, thuốc ung thư, hóa chất bắt buộc phải chỉ định với điều trị nội khoa không sử dụng thuốc thì bổ sung mã thuốc để tách thành hai nhóm có hoặc không sử dụng thuốc điều trị chống thải ghép, thuốc ung thư.

e) Trường hợp Bộ Y tế ban hành phân loại bệnh tật theo nhóm chẩn đoán liên quan thì thực hiện thống kê theo các nhóm chẩn đoán liên quan

7.4. Số lượt KCB phát sinh tăng hoặc giảm không bao gồm: Số lượt KCB tăng do tách lượt, chỉ định điều trị nội trú không hợp lý hoặc hẹn tái khám nhiều lần không đúng quy định.

7.5. Cách xác định chi phí phát sinh:

Chi phí phát sinh tăng hoặc giảm do thay đổi số lượt khám bệnh, chữa bệnh của bệnh hoặc loại bệnh bằng (=) [số lượt khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế của bệnh hoặc loại bệnh trong năm trừ (-) số lượt khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế của bệnh hoặc loại bệnh của năm trước liền kề] nhân (x) [T_BHTT của bệnh hoặc loại bệnh năm trước liền kề chia (:)] số lượt khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế của bệnh hoặc loại bệnh năm trước liền kề] nhân (x) [Tn-1 chia (:)] T_BHTT của năm trước liền kề của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh].

- Đối với số lượt khám bệnh, chữa bệnh của bệnh, loại bệnh phát sinh trong năm mà năm trước liền kề không có, chi phí phát sinh tăng của bệnh hoặc loại bệnh, bằng (=) T_BHTT của bệnh hoặc loại bệnh trong năm.

- Đối với số lượt khám bệnh, chữa bệnh của bệnh, loại bệnh được quỹ bảo hiểm y tế thanh toán trong năm trước liền kề, không được thanh toán trong năm, chi phí phát sinh giảm của bệnh hoặc loại bệnh, bằng (=) Tn-1 của bệnh hoặc loại bệnh đó.

- Đối với các trường hợp T_BHTT = T_KHAM thì không thống kê theo mã bệnh, loại bệnh mà tổng hợp riêng (mã KHB).

7.6. Một số lưu ý:

a) Đối với các cơ sở KCB năm 2020 xác định chi phí tăng giảm do thay đổi mô hình bệnh tật C7 theo mã loại bệnh ICD 10 kết hợp với mã phẫu thuật, thủ thuật hoặc sử dụng số lượng vật tư khác nhau...thì thực hiện tương tự đối với xác định tổng mức thanh toán năm 2020; không thay đổi cách ghép mã;

b) Đối với các cơ sở KCB có người bệnh điều trị ngoại trú các bệnh mãn tính dài ngày liên tục trong năm 2021, mỗi tháng cơ sở KCB gửi 01 file tổng hợp toàn bộ chi phí các lần điều trị ngoại trú các bệnh mạn tính từ ngày 01 đến ngày cuối cùng của tháng kể cả trường hợp có phát sinh đợt điều trị nội trú trong tháng đó theo hướng dẫn tại Công văn số 1731/BHXH-GĐĐT ngày 18/6/2021 của BHXH Việt Nam, mà chưa thực hiện trong năm 2020 thì thực hiện ghép lượt năm 2020 đảm bảo tương đồng giữa 2 năm. Việc thực hiện ghép lượt hoàn thành cùng với thời điểm chốt số liệu giám định quyết toán năm 2021.

c) Đối với cơ sở KCB chọn mã bệnh chính không chính xác, không tương đồng giữa 2 năm, cơ sở KCB và BHXH thống nhất điều chỉnh mã bệnh, hoàn thành việc gửi dữ liệu trước trước thời điểm báo cáo quyết toán tài chính năm. Cơ sở KCB cam kết tính chính xác, hợp lý, hợp lệ của dữ liệu, đảm bảo khớp đúng hồ sơ bệnh án;

d) Trường hợp năm 2020 cơ sở KCB đã thực hiện ghép lượt, điều chỉnh mã bệnh, ghép mã bệnh với PTTT, VTYT thì không thực hiện điều chỉnh lại đối với dữ liệu năm 2020, chỉ thực hiện điều chỉnh đối với dữ liệu năm 2021. Dữ liệu năm 2020 căn cứ theo số liệu trên Hệ thống giám định được BHXH tỉnh báo cáo khi quyết toán năm 2020. Hoàn thành trước thời điểm báo cáo quyết toán tài chính năm trên Hệ thống giám định BHYT.

đ) Đối với các trường hợp tại tiết d, đ điểm 7.3 khoản 7 này: Không bắt buộc thực hiện. Trường hợp cơ sở KCB thực hiện được, cơ sở KCB thống nhất với cơ quan BHXH thực hiện và tiếp tục phải thực hiện tương đồng trong các năm tiếp theo.

8. Xác định chi phí phát sinh do áp dụng giá dịch vụ khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế mới (C8)

8.1. Xác định trường hợp làm phát sinh chi phí

a) Giá dịch vụ KCB BHYT mới được điều chỉnh tăng hoặc giảm theo quy định của Bộ Y tế trong năm có thay đổi so với năm trước liền kề

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.

8.2. 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 của năm (tính từ thời điểm áp dụng giá mới) nhân (x) phần chênh lệch giữa đơn giá mới và đơn giá cũ nhân (x) MHBQ của dịch vụ KCB BHYT được điều chỉnh x Tỷ lệ thanh toán của dịch vụ KCB.

b) Đối với chi phí phát sinh tăng hoặc giảm do giá dịch vụ KCB BHYT thay đổi khi thay đổi cơ cấu thuốc, hóa chất, VTYT: được đưa ra hoặc gộp vào giá dịch vụ y tế theo quy định của Bộ Y tế được xác định riêng theo từng giai đoạn điều chỉnh giá bằng (=) T_BHTT của thuốc, hóa chất, VTYT tính ngoài giá nhưng thuộc phạm vi thanh toán của quỹ BHYT.

9. Xác định chi phí phát sinh của số lượt điều trị nội trú của bệnh, loại bệnh thay đổi mức hưởng của người tham gia bảo hiểm y tế tự đi điều trị nội trú không đúng tuyến tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh tuyến tỉnh năm 2021 (C9):

9.1. Xác định số lượt

Số lượt điều trị nội trú của bệnh, loại bệnh tự đi điều trị nội trú không đúng tuyến tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh tuyến tỉnh theo quy định tại khoản 6 Điều 22 của Luật bảo hiểm y tế trong năm 2021.

9.2. Xác định chi phí phát sinh

Chi phí phát sinh của số lượt điều trị nội trú của bệnh, loại bệnh thay đổi mức hưởng của người tham gia bảo hiểm y tế tự đi điều trị nội trú không đúng tuyến tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh tuyến tỉnh theo quy định tại khoản 6 Điều

22 của Luật bảo hiểm y tế trong năm 2021 tại bệnh viện tuyến tỉnh được xác định bằng (=) T_BHTT của người bệnh đến điều trị nội trú trái tuyến của năm 2021 nhân (x) 40%

10. Chi phí phát sinh do tác động của dịch COVID-19 (C10):

10.1 Chi phí của thuốc, vật tư y tế được cơ sở KCB nhận từ cơ sở KCB khác để KCB cho người bệnh trong giai đoạn dịch COVID-19 theo hướng dẫn tại Công văn 6373/BYT-BH ngày 6/8/2021, Công văn số 3100/BYT-BH ngày 20/4/2021, Công văn số 2146/BYT-BH ngày 17/4/2020 và Công văn số 2276/BYT-BH ngày 24/4/2020 của Bộ Y tế: (C10.1)

Cơ sở KCB thống kê riêng danh sách bệnh nhân có sử dụng thuốc, vật tư y tế được cơ sở KCB nhận từ cơ sở KCB theo hướng dẫn nêu trên để xác định chi phí phát sinh bằng (=) T_BHTT của người bệnh trong danh sách.

10.2 Chi phí phát sinh do thay đổi chức năng nhiệm vụ (quản lý, thu dung, điều trị COVID-19 trong giai đoạn dịch): (C10.2)

Cơ sở KCB thống kê riêng danh sách tại khoa/khu, trạm y tế lưu động thu dung, điều trị COVID-19 để xác định chi phí phát sinh.

Cơ sở KCB trong thời gian chuyển đổi công năng được giao nhiệm vụ làm cơ sở KCB thu dung điều trị người bệnh Covid-19 theo quyết định của cấp có thẩm quyền, thực hiện tách riêng chi phí điều trị bệnh khác được thanh toán theo quy định của giai đoạn này để xác định tổng mức thanh toán như sau:

- Cơ sở KCB được cấp mã cơ sở KCB mới (bao gồm Trạm y tế lưu động): Tách riêng chi phí theo mã của cơ sở thu dung theo dõi điều trị người bệnh Covid-19 để xác định tổng mức thanh toán như đơn vị thành lập mới

- Trạm y tế lưu động sử dụng mã cơ sở KCB của Trạm y tế đã được cấp mã hoặc cơ sở KCB thành lập các khoa thu dung điều trị Covid-19 không cấp mã cơ sở KCB riêng: tách riêng chi phí theo mã khoa “K99”, trạm y tế lưu động để xác định chi phí tăng giảm do thay đổi số lượt KCB, trong đó mã bệnh điều trị người bệnh covid được mã hóa theo đúng quy định của Bộ Y tế và được tính là mã bệnh mới trong năm 2021.