

Số: 04 /2021/TT-BYT

Hà Nội, ngày 29 tháng 04 năm 2021

THÔNG TƯ

**Hướng dẫn thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh
bảo hiểm y tế theo định suất**

Căn cứ Luật bảo hiểm y tế số 25/2008/QH12 ngày 14 tháng 11 năm 2008 đã được sửa đổi, bổ sung theo Luật số 46/2014/QH13 ngày 13 tháng 6 năm 2014;

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;

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;

Theo đề nghị của Vụ trưởng Vụ Kế hoạch - Tài chính,

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

Chương I

NHỮNG QUY ĐỊNH CHUNG

Điều 1. Phạm vi điều chỉnh và phạm vi áp dụng

1. Thông tư này quy định về:

- a) Xác định quỹ định suất;
- b) Giao, tạm ứng, quyết toán quỹ định suất;
- c) Chỉ số giám sát thực hiện định suất.

2. Thông tư này không áp dụng đối với cơ sở khám bệnh, chữa bệnh (sau đây viết tắt là cơ sở) mới ký hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế trong năm trước liền kề.

Điều 2. Giải thích từ ngữ

1. *Quỹ định suất* là số tiền được xác định trước, giao cho cơ sở khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế để khám bệnh, chữa bệnh ngoại trú cho người bệnh có thẻ bảo hiểm y tế trong phạm vi định suất, trong khoảng thời gian nhất định.

2. *Nhóm tuổi* các đối tượng tham gia bảo hiểm y tế quy định tại Thông tư này được chia thành 6 nhóm tính theo năm sinh như sau:

- a) Nhóm 1: từ 0 tuổi đến 6 tuổi;
- b) Nhóm 2: từ 7 tuổi đến 18 tuổi;
- c) Nhóm 3: từ 19 tuổi đến 24 tuổi;
- d) Nhóm 4: từ 25 tuổi đến 49 tuổi;
- đ) Nhóm 5: từ 50 tuổi đến 59 tuổi;
- e) Nhóm 6: từ 60 tuổi trở lên.

3. *Thẻ quy đổi* là thẻ bảo hiểm y tế đăng ký khám bệnh, chữa bệnh ban đầu được quy đổi đủ thời gian giao quỹ và theo chi phí của từng nhóm tuổi trong phạm vi định suất quy định tại khoản 2 Điều này.

4. *Thẻ tương đương* là thẻ bảo hiểm y tế có nhu cầu sử dụng nguồn lực như nhau cho một lần khám bệnh, chữa bệnh trong phạm vi định suất. Số thẻ tương đương của một cơ sở là tổng số lượt khám bệnh, chữa bệnh ngoại trú trong phạm vi định suất của người bệnh tham gia bảo hiểm y tế đến khám bệnh, chữa bệnh ban đầu và đa tuyến đến tại cơ sở đã được điều chỉnh chi phí theo nhóm tuổi và số thẻ quy đổi của cơ sở.

5. *Suất phí cơ bản* là khoản kinh phí dùng để thanh toán cho một thẻ tương đương, được áp dụng trên phạm vi toàn quốc hoặc toàn tỉnh, thành phố trực thuộc trung ương (sau đây viết tắt là tỉnh).

6. *Hệ số giao quỹ* là hệ số dùng để điều chỉnh quỹ định suất tỉnh (sau đây viết tắt là $k_{\text{tỉnh}}$) hoặc quỹ định suất cơ sở (sau đây viết tắt là $k_{\text{cơ sở}}$).

7. *Tiền kết dư* là số tiền chênh lệch lớn hơn giữa quỹ định suất được quyết toán so với tổng số chi khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế ngoại trú trong phạm vi định suất đã thực hiện của cơ sở khi kết thúc thời gian giao quỹ.

8. *Chi phí tăng hoặc giảm do các yếu tố chính sách thay đổi* là số tiền được tính riêng cho từng cơ sở khi thực hiện quyết toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế ngoại trú của năm giao quỹ dựa trên các thay đổi có tác động đến chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế của các văn bản quy phạm pháp luật.

Điều 3. Phạm vi định suất

1. Phạm vi định suất đối với cơ sở từ tuyến huyện trở xuống là toàn bộ chi phí khám bệnh, chữa bệnh ngoại trú trong phạm vi được hưởng của người tham gia bảo hiểm y tế, trừ trường hợp quy định tại khoản 3 Điều này.

2. Phạm vi định suất đối với cơ sở tuyến tỉnh, tuyến trung ương: áp dụng đối với tất cả cơ sở có thẻ bảo hiểm y tế đăng ký khám bệnh, chữa bệnh ban đầu và toàn bộ chi phí khám bệnh, chữa bệnh ngoại trú trong phạm vi định suất của người bệnh đăng ký khám bệnh, chữa bệnh ban đầu phát sinh tại cơ sở, trừ trường hợp quy định tại khoản 3 Điều này.

3. Phạm vi định suất không bao gồm các chi phí khám bệnh, chữa bệnh của đối tượng, bệnh, nhóm bệnh sau đây:

a) Chi phí của các đối tượng có mã thẻ quân nhân (QN), cơ yếu (CY), công an (CA);

b) Chi phí vận chuyển người bệnh có thẻ bảo hiểm y tế;

c) Toàn bộ chi phí của lần khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế có sử dụng dịch vụ kỹ thuật thận nhân tạo chu kỳ hoặc dịch vụ kỹ thuật lọc màng bụng hoặc dịch lọc màng bụng;

d) Toàn bộ chi phí của lần khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế có sử dụng thuốc chống ung thư hoặc dịch vụ can thiệp điều trị bệnh ung thư đối với người bệnh được chẩn đoán bệnh ung thư gồm các mã từ C00 đến C97 và các mã từ D00 đến D09 thuộc bộ mã Phân loại bệnh quốc tế lần thứ X (sau đây viết tắt là ICD-10);

đ) Toàn bộ chi phí của lần khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế có sử dụng thuốc điều trị Hemophilia hoặc máu hoặc chế phẩm của máu đối với người bệnh được chẩn đoán bệnh Hemophilia gồm các mã D66, D67, D68 thuộc bộ mã ICD-10;

e) Toàn bộ chi phí của lần khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế có sử dụng thuốc chống thải ghép đối với người bệnh ghép tạng;

g) Toàn bộ chi phí của lần khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế có sử dụng thuốc điều trị viêm gan C của người bệnh bị bệnh viêm gan C;

h) Toàn bộ chi phí của lần khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế có sử dụng thuốc kháng HIV hoặc dịch vụ xét nghiệm tải lượng HIV của người bệnh có thẻ bảo hiểm y tế được chẩn đoán bệnh HIV.

Chương II

XÁC ĐỊNH QUỸ ĐỊNH SUẤT

Điều 4. Quỹ định suất toàn quốc

1. Quỹ định suất toàn quốc (sau đây viết tắt là QUY_ĐS_{tq}) của năm giao quỹ được tính theo công thức như sau:

$$\text{QUY_ĐS}_{tq} = \begin{array}{c} \text{Tổng quỹ định} \\ \text{suất toàn quốc} \\ \text{năm trước liền kề} \\ \text{được quyết toán} \end{array} + \begin{array}{c} \text{Số tiền chênh lệch do} \\ \text{tăng hoặc giảm thẻ} \\ \text{quy đổi giữa năm} \\ \text{giao quỹ với năm} \\ \text{trước liền kề} \end{array} + \begin{array}{c} \text{Chi phí tăng} \\ \text{hoặc giảm do} \\ \text{các yếu tố chính} \\ \text{sách thay đổi} \end{array}$$

Trong đó:

a) Tổng quỹ định suất toàn quốc năm trước liền kề được quyết toán là tổng số tiền thuộc phạm vi quỹ định suất năm trước liền kề của từng cơ sở được quyết toán theo quy định của Thông tư này;

b) Số tiền chênh lệch do tăng hoặc giảm thẻ quy đổi giữa năm giao quỹ với năm trước liền kề được tính theo công thức như sau:

$$\begin{array}{c} \text{Số tiền chênh lệch do} \\ \text{tăng hoặc giảm thẻ quy} \\ \text{đổi giữa năm giao quỹ} \\ \text{với năm trước liền kề} \end{array} = \frac{\begin{array}{c} \text{T_TTĐS toàn} \\ \text{quốc của năm} \\ \text{trước liền kề} \end{array}}{\begin{array}{c} \text{Số thẻ quy đổi} \\ \text{toàn quốc của} \\ \text{năm trước liền kề} \end{array}} \times \begin{array}{c} \text{Chênh lệch số thẻ quy đổi} \\ \text{năm giao quỹ tăng hoặc} \\ \text{giảm so với năm trước} \\ \text{liền kề} \end{array}$$

Trong đó:

- T_{TTĐS} toàn quốc = Tổng cộng tiền thanh quyết toán cho định suất (sau đây viết tắt là T_{TTĐS}) của toàn bộ các tỉnh trong toàn quốc;

- T_{TTĐS} tỉnh = Tổng cộng T_{TTĐS} của toàn bộ các cơ sở thực hiện khám bệnh, chữa bệnh theo định suất của tỉnh;

- T_{TTĐS} cơ sở = (Quỹ định suất năm của cơ sở được quyết toán theo quy định tại Điều 11 Thông tư này) + (Số tiền tăng hoặc giảm do các yếu tố chính sách thay đổi được quy định tại khoản 8 Điều 2 Thông tư này).

2. Số thẻ quy đổi toàn quốc, hệ số quy đổi thẻ toàn quốc

a) Số thẻ quy đổi toàn quốc bằng tổng số thẻ quy đổi của các tỉnh;

b) Số thẻ quy đổi năm giao quỹ của tỉnh (sau đây viết tắt là The QĐ_{tỉnh}) = Tổng cộng [(Số thẻ đăng ký khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế ban đầu theo nhóm tuổi của tỉnh của năm giao quỹ được tính từ ngày 01 tháng 01 đến ngày 31

tháng 12 của năm giao quỹ) x (Hệ số quy đổi thẻ toàn quốc theo nhóm tuổi đó của năm giao quỹ)].

$$\text{The QĐ}_{\text{tinh}} = \sum_{i=1}^6 (\text{The ĐKBĐ năm giao quỹ}_{\text{tinh } i} \times \text{HSQĐT}_{\text{tq } i})$$

Trong đó:

- i là nhóm tuổi thứ i , trong đó i có giá trị từ 1 đến 6 tương ứng với 6 nhóm tuổi theo quy định tại khoản 2 Điều 2 Thông tư này;

- The ĐKBĐ năm giao quỹ_{tinh i} là thẻ đăng ký khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế ban đầu của nhóm tuổi thứ i năm giao quỹ định suất tỉnh đã tính đủ thời gian một năm;

- HSQĐT_{tq i} là hệ số quy đổi thẻ toàn quốc theo nhóm tuổi thứ i của năm giao quỹ được tính theo công thức như sau:

$$\text{HSQĐT}_{\text{tq } i} = \frac{\text{Chi phí bình quân trên một thẻ bảo hiểm y tế toàn quốc nhóm tuổi } i \text{ của năm trước liền kề}}{\text{Chi phí bình quân trên một thẻ bảo hiểm y tế toàn quốc của năm trước liền kề}}$$

Trong đó:

$$\begin{aligned} \text{Chi phí bình quân trên một} \\ \text{thẻ bảo hiểm y tế toàn} \\ \text{quốc nhóm tuổi } i \text{ của năm} \\ \text{trước liền kề} \end{aligned} = \frac{\text{T_BHTT để thanh toán cho nhóm tuổi } i \\ \text{toàn quốc của năm trước liền kề}}{\text{Tổng số thẻ bảo hiểm y tế nhóm tuổi } i \\ \text{toàn quốc của năm trước liền kề đã tính đủ} \\ \text{thời gian một năm}}$$

$$\begin{aligned} \text{Chi phí bình quân trên một} \\ \text{thẻ bảo hiểm y tế toàn quốc} \\ \text{của năm trước liền kề} \end{aligned} = \frac{\text{T_BHTT để thanh toán cho các nhóm tuổi} \\ \text{toàn quốc của năm trước liền kề}}{\text{Tổng số thẻ bảo hiểm y tế toàn quốc của năm} \\ \text{trước liền kề đã tính đủ thời gian một năm}}$$

Trong đó:

- T_BHTT toàn quốc = Tổng cộng chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế được thanh quyết toán (sau đây viết tắt là T_BHTT) của các tỉnh trong toàn quốc;

- T_BHTT tỉnh = Tổng cộng T_BHTT của toàn bộ các cơ sở thực hiện khám bệnh, chữa bệnh theo định suất của tỉnh;

- T_BHTT cơ sở = Số tiền được xác định theo biên bản giám định thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế thuộc phạm vi quỹ bảo hiểm y tế của cơ quan bảo hiểm xã hội tỉnh.