

Số: 60 /GM-SYT

Đồng Nai, ngày 21 tháng 3 năm 2019

**GIẤY MỜI**

**Hội thảo tham vấn dự thảo Thông tư hướng dẫn thanh toán chi phí  
khám chữa bệnh bảo hiểm y tế theo định suất**

Căn cứ Công văn số 1442/BYT-KHTC ngày 19/3/2019 của Bộ Y tế về việc tham vấn dự thảo Thông tư hướng dẫn thanh toán chi phí khám chữa bệnh bảo hiểm y tế theo định suất.

Sở Y tế trân trọng kính mời:

**1. Thành phần**

**1.1. Sở Y tế**

- Đại diện Lãnh đạo Sở Y tế;
- Cán bộ phòng Kế hoạch - Tài chính phụ trách thanh toán chi phí khám chữa bệnh bảo hiểm y tế;
- Cán bộ liên quan đến xử lý dữ liệu bằng công nghệ thông tin.

**1.2. Các đơn vị (mỗi đơn vị 03 đại biểu):** Trung tâm Y tế huyện Xuân Lộc, Cẩm Mỹ, Trảng Bom, Tân Phú, Thống Nhất

- Lãnh đạo Trung tâm Y tế huyện;
- Trưởng phòng Tài chính Kế toán;
- Cán bộ phụ trách thanh toán BHYT.

**2. Chủ trì:** Lãnh đạo Bộ Y tế

**3. Thời gian:** 02 ngày (từ ngày 04/4 đến ngày 05/4/2019).

**4. Địa điểm:** Hội trường Nhà khách T78

(145 Lý Chính Thắng, Quận 3, TP. HCM)

**5. Chuẩn bị dữ liệu:** Cán bộ tham gia Hội thảo đều phải chuẩn bị các dữ liệu theo biểu mẫu tại phụ lục II đính kèm và chuẩn bị máy tính xách tay để thực hành tính toán quỹ định suất của đơn vị mình dựa trên dữ liệu mang theo.

(Đính kèm Dự thảo và phụ lục II)

Danh sách cán bộ tham gia Hội thảo gửi về Bộ Y tế theo địa chỉ email [huongnt.khtc@moh.gov.vn](mailto:huongnt.khtc@moh.gov.vn) trước ngày 01/4/2019; mọi chi tiết xin liên hệ Nguyễn Thị Hương theo số điện thoại 0902380333.

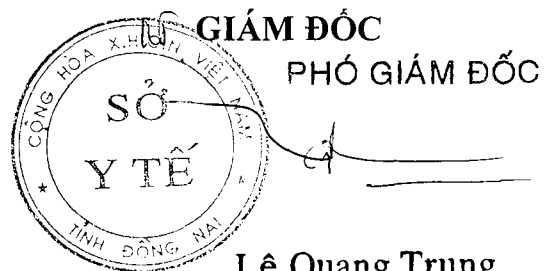
Đề nghị các đơn vị cử người tham dự hội nghị đúng thành phần, đầy đủ và đúng thời gian quy định.

Trân trọng./. *Đ*

**Nơi nhận:**

- Như thành phần mời;
- BGĐ SYT (để báo cáo);
- Phòng KH-TC, VPS;
- Lưu: VT, NVY.

**GIÁM ĐỐC**  
**PHÓ GIÁM ĐỐC**



**Lê Quang Trung**

**PHỤ LỤC II**  
**CÁC DỮ LIỆU CẦN CHUẨN BỊ**

**1. Đối với các cơ sở KCB tuyến huyện:**

Toàn bộ số liệu theo mẫu 79a, 80a hai năm 2017 và 2018 của bệnh viện bao gồm cả trạm y tế xã trực thuộc.

**2. Sở Y tế làm đầu mối thu thập:**

2.1. Toàn bộ các thẻ BHYT đăng ký KCB ban đầu năm 2018 của toàn tỉnh:  
Thông tin như sau:

Mã thẻ (mã thẻ bao gồm 15 ký tự cuối cùng)	Ngày/tháng/năm sinh Hoặc năm sinh	Mã cơ sở đăng ký ban đầu	Từ ngày	Đến ngày

Mã thẻ cần lấy cả 15 ký tự cuối cùng để có thể xác định duy nhất 1 người có thẻ để tính thẻ trùng thời gian.

2.2. Tổng chi phí KCB BHYT hai năm năm 2017 và 2018 mỗi năm tách thành bảng riêng:

*Đơn vị: 1.000.000 VNĐ*

Stt	Nội dung	Tuyển TW (nếu có)	Tuyển tỉnh	Tuyển huyện	Tổng cộng Cả 3 tuyển
<b>Năm 2017</b>					
<b>1</b>	<b>Số đề nghị thanh toán</b>				
	Tổng chi phí điều trị nội trú				
	Tổng chi phí điều trị ngoại trú				
<b>2</b>	<b>Số đã được BHXH thẩm định</b>				
	Tổng chi phí điều trị nội trú				
	Tổng chi phí điều trị ngoại trú				
<b>3</b>	<b>Số đã được BHXH thanh toán</b>				
	Tổng chi phí điều trị nội trú				
	Tổng chi phí điều trị ngoại trú				
<b>Năm 2018</b>					
<b>1</b>	<b>Số đề nghị thanh toán</b>				
	Tổng chi phí điều trị nội trú				
	Tổng chi phí điều trị ngoại trú				
<b>2</b>	<b>Số đã được BHXH thẩm định</b>				
	Tổng chi phí điều trị nội trú				
	Tổng chi phí điều trị ngoại trú				
<b>3</b>	<b>Số đã được BHXH thanh toán</b>				
	Tổng chi phí điều trị nội trú				
	Tổng chi phí điều trị ngoại trú				

Dự thảo

**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 được sửa đổi, bổ sung theo Luật số 46/2014/QH13 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 Kế hoạch - Tài chính, 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 định suất.*

**Chương I****NHỮNG QUY ĐỊNH CHUNG****Điều 1. Phạm vi điều chỉnh**

1. Quy định về tổng mức thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế ngoại trú. Không bao gồm các chi phí khám bệnh, chữa bệnh cho các đối tượng quy định tại điểm a khoản 3 Điều 12 Luật Bảo hiểm y tế số 46 được sửa đổi, bổ sung năm 2014 và danh mục chi phí chi trả ngoài định suất (sau đây được gọi là Quỹ định suất);

2. Giao quỹ định suất;

3. Điều chỉnh, thanh quyết toán quỹ định suất;

4. Nguyên tắc giám định và giám sát định suất

**Điều 2. Đối tượng áp dụng**

1. Thông tư này áp dụng đối với cơ sở khám bệnh, chữa bệnh, đơn vị, tổ chức, cá nhân có tham gia vào quá trình khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y

tế ngoại trú và thanh toán, quyết toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh theo chế độ bảo hiểm y tế.

2. Các đối tượng khác không thuộc quy định tại Khoản 1 Điều này được áp dụng theo các phương thức tại các quy định hiện hành.

### **Điều 3. Giải thích từ ngữ**

1. *Quy định suất*: là số tiền được xác định trước, giao các cơ sở để khám bệnh, chữa bệnh cho người bệnh có thẻ bảo hiểm y tế trong phạm vi định suất. Quỹ định suất bao gồm toàn bộ chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế ngoại trú cho người có thẻ bảo hiểm y tế đến khám bệnh, chữa bệnh tại cơ sở bao gồm người có thẻ bảo hiểm y tế đăng ký khám chữa bệnh bảo hiểm y tế ban đầu tại cơ sở và người có thẻ bảo hiểm y tế đăng ký khám bệnh, chữa bệnh ban đầu tại cơ sở khác ngoại trừ các đối tượng, các dịch vụ, bệnh, nhóm bệnh được quy định tại Phụ lục I kèm theo Thông tư này.

2. *Nhóm tuổi* các đối tượng có thẻ bảo hiểm y tế và khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế ngoại trú theo định suất được chia thành 6 nhóm tuổi:

Nhóm 1: Từ 0 tuổi đến đủ 6 tuổi;

Nhóm 2: Từ 7 tuổi đến đủ 18 tuổi;

Nhóm 3: Từ 19 tuổi đến đủ 24 tuổi;

Nhóm 4: Từ 25 tuổi đến đủ 49 tuổi;

Nhóm 5: Từ 50 tuổi đến đủ 59 tuổi;

Nhóm 6: Từ 60 tuổi trở lên.

3. Quy đổi thẻ là việc đổi một loại thẻ này sang một loại thẻ khác theo một tỷ lệ trao đổi xác định. Quy đổi thẻ trong Thông tư này nhằm đưa toàn bộ các loại thẻ theo nhóm tuổi có chi phí khác nhau sang nhóm thẻ chuẩn có chi phí bình quân toàn tỉnh. Số thẻ được đổi số thẻ chuẩn được gọi là số thẻ quy đổi. Tỷ lệ trao đổi được gọi là hệ số quy đổi.

## **Chương II XÁC ĐỊNH QUỸ ĐỊNH SUẤT**

### **Điều 4. Xác định quỹ định suất toàn tỉnh**

1. Quỹ định suất 6 tháng đầu năm bằng (=) tổng chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế ngoại trú trong phạm vi định suất của 6 tháng đầu năm trước liền kề chia (:) cho tổng chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế 6 tháng đầu năm trước liền kề của tỉnh đã được thẩm định nhân (x) với 45% số kinh phí mà tỉnh được giao trong kế hoạch tài chính theo quy định tại Khoản 1 Điều 36 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 gọi tắt là kế hoạch tài chính)

2. Quỹ định suất 6 tháng cuối năm bằng (=) tổng chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế ngoại trú trong phạm vi định suất của 6 tháng cuối năm trước liền kề chia (:) cho tổng chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế 6 tháng cuối năm trước liền kề của tỉnh đã được thẩm định nhân (x) với 50% số kinh phí mà tỉnh được giao trong kế hoạch tài chính.

3. Quỹ định suất cả năm bằng (=) tổng chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế ngoại trú trong phạm vi định suất của năm trước liền kề chia (:) cho tổng chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế năm trước liền kề của tỉnh đã được thẩm định nhân (x) với số kinh phí mà tỉnh được giao trong kế hoạch tài chính.

#### **Điều 5. Xác định suất phí cơ bản toàn tỉnh, số thẻ quy đổi của cơ sở và số thẻ quy đổi của toàn tỉnh**

1. Suất phí cơ bản toàn tỉnh bằng (=) quỹ định suất toàn tỉnh chia (:) cho tổng số thẻ quy đổi theo 6 nhóm tuổi toàn tỉnh.

2. Tổng số thẻ quy đổi theo 6 nhóm tuổi toàn tỉnh bằng (=) tổng số thẻ quy đổi theo 6 nhóm tuổi của toàn bộ các cơ sở nhận định suất trong tỉnh.

3. Tổng số thẻ quy đổi theo 6 nhóm tuổi của cơ sở bằng (=) tổng của [tổng số thẻ theo từng nhóm tuổi của cơ sở nhân (x) với hệ số từng nhóm tuổi tương ứng]

4. Hệ số từng nhóm tuổi bằng (=) [tổng chi phí khám chữa bệnh ngoại trú trong phạm vi định suất của từng nhóm tuổi toàn tỉnh chia (:) cho tổng số thẻ của nhóm tuổi tương ứng toàn tỉnh năm trước liền kề] chia (:) cho [tổng chi phí khám chữa bệnh ngoại trú trong phạm vi định suất toàn tỉnh chia (:) tổng số thẻ toàn tỉnh năm trước liền kề].

#### **Điều 6. Xác định quỹ cho từng cơ sở**

##### **1. Công thức chung**

a. Quỹ định suất của cơ sở bằng (=) [số thẻ quy đổi của cơ sở nhân (x) với 10% nhân (x) với suất phí cơ bản toàn tỉnh nhân (x) với hệ số giao quỹ theo tần suất của cơ sở] cộng (+) với [số thẻ quy đổi nhân (x) với 90% nhân (x) suất phí cơ bản toàn tỉnh nhân (x) với hệ số giao quỹ theo chi phí của cơ sở] cho năm đầu tiên thực hiện giao quỹ. Các năm tiếp theo theo, tăng dần tỷ lệ số thẻ được giao quỹ theo hệ số giao quỹ theo tần suất thêm 10% mỗi năm và giảm tỷ lệ số thẻ giao quỹ theo hệ số giao quỹ theo chi phí tương ứng.

b. Hệ số giao quỹ theo tần suất của cơ sở bằng (=) [tổng số lượt khám chữa bệnh ngoại trú trong phạm vi định suất của cơ sở chia (:) chi tổng số thẻ quy đổi của cơ sở năm trước liền kề] chia (:) cho [tổng số lượt khám chữa bệnh ngoại trú trong phạm vi định suất của toàn tỉnh chia (:) cho tổng số thẻ quy đổi toàn của tỉnh năm trước liền kề].

c. Hệ số giao quỹ theo chi phí của cơ sở bằng (=) [tổng chi phí khám chữa bệnh ngoại trú trong phạm vi định suất của cơ sở chia (:) cho tổng số thẻ quy đổi của cơ sở năm trước liền kề] chia (:) cho [tổng số lượt khám chữa bệnh ngoại trú trong phạm vi định suất của toàn tỉnh chia (:) cho tổng số thẻ quy đổi toàn của tỉnh năm trước liền kề].

d. Quỹ định suất giao cho cơ sở không được lớn hơn hoặc nhỏ hơn 5% so với chi phí năm trước liền kề của cơ sở đó tính trên cùng một số thẻ quy đổi.

2. Quỹ định suất 6 tháng đầu năm được tính dựa trên số thẻ đăng ký ban đầu 6 tháng đầu năm ước tính của từng cơ sở, tổng quỹ 6 tháng đầu năm toàn tỉnh quy định tại Khoản 1 Điều 4 Thông tư này và suất phí cơ bản 6 tháng đầu năm. Sử dụng số thẻ đăng ký ban đầu, số lượt khám chữa bệnh, chi phí khám chữa bệnh 6 tháng đầu năm năm trước liền kề để tính hệ số quy đổi thẻ, hệ số giao quỹ theo tần suất và hệ số giao quỹ theo chi phí.

3. Quỹ định suất 6 tháng đầu cuối năm được tính dựa trên số thẻ đăng ký ban đầu 6 tháng cuối năm ước tính của từng cơ sở, tổng quỹ 6 tháng cuối năm toàn tỉnh quy định tại Khoản 2 Điều 4 Thông tư này và suất phí cơ bản 6 tháng cuối năm. Sử dụng số thẻ đăng ký ban đầu, số lượt khám chữa bệnh, chi phí khám chữa bệnh 6 tháng cuối năm năm trước liền kề để tính hệ số quy đổi thẻ, hệ số giao quỹ theo tần suất và hệ số giao quỹ theo chi phí.

4. Quỹ định suất cả năm của cơ sở được tính dựa trên số thẻ đăng ký ban đầu thực tế của cơ sở cả năm, tổng quỹ toàn tỉnh quy định tại Khoản 3 Điều 4 Thông tư này và suất phí cơ bản cả năm. Sử dụng số thẻ đăng ký ban đầu, số lượt khám chữa bệnh, chi phí khám chữa bệnh cả năm năm trước liền kề để tính hệ số quy đổi thẻ, hệ số giao quỹ theo tần suất và hệ số giao quỹ theo chi phí.

5. Tổng cộng quỹ định suất toàn bộ các cơ sở áp dụng định suất trong tỉnh bằng tổng quỹ định suất của tỉnh.

### **Chương III**

## **GIAOQUỸ ĐỊNH SUẤT**

### **Điều 7. Giaoquỹ định suất cho cơ sở**

1. Quỹ 6 tháng đầu năm được giao trước ngày 15 tháng 1 năm giao quỹ với tổng kinh phí bằng 95% tổng quỹ của cơ sở 6 tháng đầu năm quy định tại Khoản 2 Điều 6 Thông tư này. Số tiền 5% còn lại của quỹ định suất 6 tháng đầu năm từng cơ sở được giữ tại bảo hiểm xã hội tỉnh để điều chỉnh chuyển tuyến và chuyển vào điều trị nội trú quá mức.

2. Quỹ 6 tháng cuối năm được giao trước ngày 15 tháng 7 năm giao quỹ với tổng kinh phí bằng 95% tổng quỹ của cơ sở 6 tháng cuối năm quy

định tại Khoản 3 Điều 6 Thông tư này. Số tiền 5% còn lại của quỹ định suất 6 tháng cuối năm từng cơ sở được giữ tại bảo hiểm xã hội tỉnh để điều chỉnh chuyển tuyến và chuyển vào điều trị nội trú quá mức.

3. Các cơ sở được giao quỹ định suất bao gồm cả các cơ sở trực thuộc có trách nhiệm phân bổ quỹ cho các cơ sở trực thuộc đó nhưng không vượt quá tổng số quỹ định suất được giao.

#### **Chương IV**

### **ĐIỀU CHỈNH, THANH QUYẾT TOÁN QUỸ ĐỊNH SUẤT**

**Điều 8. Xác định tỷ lệ chuyển tuyến và chuyển điều trị nội trú của cơ sở**

1. Tỷ lệ chuyển tuyến của cơ sở bằng (=) số chuyển tuyến năm trước liền kề của cơ sở chia (:) cho số lần khám ngoại trú trong phạm vi định suất năm trước liền kề của cơ sở.

2. Tỷ lệ chuyển vào điều trị nội trú của cơ sở bằng (=) số lần chuyển vào điều trị nội trú năm trước liền kề của cơ sở chia (:) cho số lần khám ngoại trú trong phạm vi định suất năm trước liền kề của cơ sở.

**Điều 9. Thanh toán quỹ định suất cho cơ sở**

1. Láy tổng quỹ cả năm của cơ sở được quy định tại Khoản 4 Điều 6 Thông tư này trừ đi 2 lần giao quỹ trong năm: 6 tháng đầu năm quy định tại Khoản 1 Điều 7 Thông tư này và 6 tháng cuối năm quy định tại Khoản 2 Điều 8 Thông tư này

a) Nếu còn dư, cơ sở được nhận số dư này.

b) Nếu bị thiếu, số tiền bị thiếu này sẽ bị trừ vào quỹ định suất năm tiếp theo.

2. Số tiền 5% giữ lại tại Bảo hiểm xã hội tỉnh theo Khoản 1, Khoản 2 Điều 7 Thông tư này sẽ được xử lý như sau.

a) Cơ sở sẽ được thanh toán toàn bộ số tiền giữ lại này nếu đảm bảo tỷ lệ chuyển tuyến, chuyển vào điều trị nội trú tại cơ sở bằng hoặc dưới tỷ lệ chuyển tuyến, chuyển điều trị nội trú được xác định tại Khoản 1, Khoản 2 Điều 8 Thông tư này;

b) Nếu tỷ lệ chuyển tuyến của cơ sở vượt quá tỷ lệ chuyển tuyến quy định tại Khoản 1 Điều 8 Thông tư này, mỗi lượt tăng quá mức sẽ bị trừ đi số tiền tương ứng với chi phí trung bình 1 lượt khám chữa bệnh bảo hiểm y tế ngoại trú của bệnh viện đa khoa tuyến tỉnh trong năm giao quỹ;

c) Nếu tỷ lệ chuyển vào điều trị nội trú của cơ sở vượt quá tỷ lệ chuyển vào điều trị nội trú quy định tại Khoản 2 Điều 8 Thông tư này, mỗi lượt vượt

mức sẽ bị trừ đi số tiền tương ứng với chi phí trung bình lượt điều trị nội trú bảo hiểm y tế của cơ sở đó.

d) Nếu tổng số tiền chuyển tuyến bị khấu trừ do vượt mức ở mục b Khoản này cộng (+) với số tiền chuyển vào điều trị nội trú bị khấu trừ ở mục c Khoản này của cơ sở vượt quá số tiền 5% tạm giữ trên thì số tiền vượt quá đó bị trừ vào quỹ định suất năm tiếp theo của cơ sở.

e) Số tiền khấu trừ quy định tại mục b, mục c, mục d Khoản 2 Điều này (nếu có) của cơ sở được chuyển về quỹ khám chữa bệnh chung của tỉnh để quản lý, sử dụng.

### **Điều 10. Xử lý bội chi, kết dư quỹ định suất**

1. Trường hợp quỹ định suất có kết dư:

a) Số kết dư cơ sở được hạch toán phần kết dư vào nguồn thu của cơ sở và được coi là số chi phí khám chữa bệnh để tính quỹ cho năm sau. Việc quản lý, sử dụng phần kết dư này được thực hiện theo quy định của pháp luật. Số kết dư tối đa được giữ lại ở cơ sở không vượt quá 20% tổng quỹ định suất giao cả năm, phần còn lại (nếu có) sẽ được chuyển về quỹ khám chữa bệnh chung của tỉnh để quản lý, sử dụng.

b) Nếu quỹ định suất của cơ sở bao gồm cả chi phí khám chữa bệnh của trạm y tế xã và phòng khám đa khoa (cơ sở trực thuộc) thì cơ sở có trách nhiệm trích một phần kết dư cho cơ sở trực thuộc.

2. Trường hợp quỹ định suất bội chi:

a) Bội chi cơ sở tự cân đối trong nguồn thu của cơ sở.

b) Bội chi do nguyên nhân bất khả kháng như tỷ lệ người mắc bệnh nặng tăng bất thường thì Sở Y tế thống nhất với Bảo hiểm xã hội tỉnh xem xét, bổ xung trong nguồn quỹ giữ lại điều tiết tại tỉnh.

3. Giao cho Sở Y tế chỉ đạo các cơ sở khám chữa bệnh chịu trách nhiệm ký hợp đồng thay cho trạm y tế xã và phòng khám đa khoa khu vực, thống nhất cụ thể xử lý trong các trường hợp bội chi hoặc kết dư trong nguồn quỹ định suất được giao.

## **Chương V**

### **GIÁM ĐỊNH, GIÁM SÁT ĐỊNH SUẤT**

#### **Điều 11. Nguyên tắc giám định**

1. Giám định những trường hợp có tổng chi phí thực tế thấp hơn 50% so với chi phí trung bình của bệnh viện nhằm đảm bảo chất lượng khám chữa bệnh.

2. Giám định việc chuyển nội trú và chuyển tuyến khi có trường hợp vượt định mức đã giao.



3. Giám định việc chia nhỏ lần khám và điều trị ngoại trú.

### **Điều 12. Hệ thống giám sát**

1. Bộ Y tế xây dựng và triển khai hệ thống giám sát trực tuyến. Hệ thống này sử dụng dữ liệu chi phí từ cổng điện tử của Bảo hiểm xã hội Việt Nam và cổng điện tử của Bộ Y tế để vận hành việc giám sát hoạt động sử dụng quỹ định suất.

2. Cung cấp các thông tin về tình hình sử dụng quỹ định suất cho Bộ Y tế, Bảo hiểm xã hội Việt Nam, Sở Y tế, Bảo hiểm xã hội tỉnh và các cơ sở để theo dõi, quản lý, giám sát và điều chỉnh hoạt động cho phù hợp.

3. Cung cấp các thông tin về chuyên tuyến và chuyên điều trị nội trú của các cơ sở cho các đơn vị có liên quan để theo dõi, quản lý, giám sát và điều chỉnh hoạt động.

## **Chương VI**

### **ĐIỀU KHOẢN THI HÀNH**

#### **Điều 13. Hiệu lực thi hành**

1. Từ tháng năm đến ..... áp dụng phương thức thanh toán chi phí KCB BHYT theo định suất cho tuyến huyện thuộc các tỉnh.....

2. Từ ngày ... tháng .... năm ..... sẽ áp dụng phương thức chi trả chi phí KCB theo định suất cho cơ sở KCB tuyến huyện trên toàn quốc.

#### **Điều 14. Tổ chức thực hiện**

1. Bộ Y tế có trách nhiệm:

a) Chỉ đạo các Sở Y tế thực hiện Thông tư;

b) Theo dõi, hỗ trợ kỹ thuật và giám sát trong quá trình triển khai thực hiện Thông tư;

c) Chủ trì nghiên cứu, điều chỉnh các nội dung Thông tư trong quá trình thực hiện.

2. Bảo hiểm Xã hội Việt Nam có trách nhiệm

a) Cung cấp số liệu cho Tổ kỹ thuật Bộ Y tế theo các nội dung quy định tại Phụ lục ..... kèm theo Thông tư này;

b) Chỉ đạo Bảo hiểm Xã hội thuộc các tỉnh/thành phố cung cấp dữ liệu, phối hợp với Sở Y tế tính toán, giao quỹ định suất cho các cơ sở và giải quyết các vướng mắc phát sinh trong quá trình thực hiện theo thẩm quyền;

c) Hướng dẫn Bảo hiểm xã hội tỉnh việc thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế theo nguyên tắc định suất được quy định tại Điều ..... Thông tư này;

d) Phối hợp với Bộ Y tế giám sát các hoạt động thực hiện Thông tư này.

3. Sở Y tế thuộc các tỉnh, thành phố trực thuộc trung ương có trách nhiệm:

a) Chủ trì, phối hợp với Bảo hiểm xã hội tỉnh tính toán quỹ định suất cho các cơ sở;

b) Chủ trì, phối hợp với Bảo hiểm xã hội tỉnh thông báo quỹ định suất cho các cơ sở.

b) Chủ trì, phối hợp với Bảo hiểm Xã hội tỉnh phổ biến, chỉ đạo cơ sở tổ chức thực hiện Thông tư này;

c) Chủ trì, phối hợp với các Sở Y tế và Bảo hiểm xã hội tỉnh giáp ranh tổ chức KCB tạo thuận lợi cho người tham gia BHYT;

d) Chỉ đạo các cơ sở được giao quỹ định suất có trách nhiệm phân bổ quỹ cho các đơn vị thuộc quyền quản lý nhưng không vượt quá quỹ định suất được giao;

đ) Chịu trách nhiệm giám sát hoạt động thực hiện Thông tư này đối với các cơ sở thực hiện định suất trong phạm vi quản lý ngành và giải quyết các vướng mắc phát sinh trong quá trình thực hiện theo thẩm quyền.

4. Bảo hiểm xã hội tỉnh, thành phố trực thuộc trung ương có trách nhiệm

a) Phối hợp với Sở Y tế tính toán và thông báo quỹ định suất cho các cơ sở.

b) Chủ trì giao tạm ứng và thanh quyết toán quỹ định suất cho các cơ sở trong tỉnh;

c) Chỉ đạo Bảo hiểm Xã hội các quận, huyện cung cấp dữ liệu cho việc tính toán quỹ định suất

d) Giám định việc thanh toán chi phí khám chữa bệnh bảo hiểm y tế theo nguyên tắc định suất;

đ) Chỉ đạo, hướng dẫn Bảo hiểm xã hội huyện, quận giám định chi phí khám chữa bệnh bảo hiểm y tế theo định suất;

e) Đầu mỗi quý, Bảo hiểm xã hội tỉnh/thành phố có trách nhiệm thông báo chi tiết số thẻ và chi phí trong định suất của từng cơ sở và báo cáo Sở Y tế tỉnh, thành phố trực thuộc trung ương về thông tin này để chỉ đạo, theo dõi và giám sát;

f) Tham gia giám sát cùng với Sở Y tế các hoạt động thực hiện thông tư này ở các cơ sở thực hiện định suất và giải quyết các vướng mắc phát sinh trong quá trình thực hiện theo thẩm quyền;

5. Cơ sở khám bệnh, chữa bệnh BHYT có trách nhiệm:

a) Thực hiện việc khám bệnh chữa bệnh bảo hiểm y tế ngoại trú trong phạm vi định suất theo thông tư;

b) Các cơ sở khám bệnh chữa bệnh được giao quỹ định suất bao gồm cả các cơ sở khám bệnh chữa bệnh trực thuộc có trách nhiệm phân bổ quỹ cho các cơ sở khám bệnh chữa bệnh trực thuộc đó nhưng không vượt quá tổng số quỹ định suất được giao.

c) Đẩy mạnh việc ứng dụng công nghệ thông tin trong quản lý KCB, thực hiện mã hóa, chuyên dữ liệu theo quy định hiện hành;

d) Chủ trì, phối hợp với Bảo hiểm xã hội huyện xây dựng, áp dụng các chương trình quản lý, kiểm soát chi phí và chất lượng khám chữa bệnh.

Trong quá trình thực hiện nếu có vướng mắc, đề nghị phản ánh kịp thời về Bộ Y tế (Vụ Kế hoạch - Tài chính) để nghiên cứu giải quyết./.

## **BỘ TRƯỞNG**

### *Nơi nhận :*

- Thủ tướng Chính phủ,
- Các Phó Thủ tướng Chính phủ;
- Văn phòng Chính phủ;
- Văn phòng Chủ tịch nước;
- Văn phòng Quốc hội;
- Văn phòng Trung ương và các Ban của Đảng;
- Hội đồng Dân tộc và các UB của Quốc hội;
- Công báo; Cổng TTĐT Chính phủ;
- Các Bộ, cơ quan ngang Bộ, cơ quan thuộc Chính phủ;
- Tòa án nhân dân tối cao;
- Viện Kiểm sát nhân dân tối cao;
- Kiểm toán Nhà nước;
- Cục kiểm tra văn bản QPPL-Bộ Tư pháp;
- Ủy ban TW Mặt trận Tổ quốc Việt Nam;
- Cơ quan Trung ương của các đoàn thể;
- HĐND, UBND các tỉnh, thành phố trực thuộc TW;
- Cổng TTĐT Bộ Y tế;
- Sở Y tế, Sở Tài chính các tỉnh, thành phố trực thuộc TW;
- Các Vụ, Cục, Tổng cục, Thanh tra, các đơn vị trực thuộc Bộ Y tế;
- Lưu: VT, KHTC(02), PC(02).

**Nguyễn Thị Kim Tiên**

## **PHỤ LỤC I**

### **DANH SÁCH CHI PHÍ CHI TRẢ NGOÀI ĐỊNH SUẤT**

*(Ban hành kèm theo Thông tư số ..../TT-BYT ngày ...tháng....năm 2019)*

1. Chi phí vận chuyển;
2. Chạy thận nhân tạo;
3. Điều trị bệnh ung thư (mã ICDX từ C00 đến C97 và từ D00 đến D09);
4. Bệnh hemophilia (mã ICDX D66, D67, D68);
5. Điều trị HIV/AIDS;
6. Dịch bệnh, thảm họa (được cấp có thẩm quyền công bố theo quy định);
7. Chi phí phát sinh do cơ sở áp dụng dịch vụ y tế mới và các yếu tố liên quan khác, được chi trả ngoài quỹ định suất. Các trường hợp áp dụng trên phải được thực hiện đủ 12 tháng mới được đưa vào tính các hệ số điều chỉnh năm sau. Sau 12 tháng thực hiện dịch vụ kỹ thuật, nếu thời điểm đó chưa kết thúc năm tài chính thì các dịch vụ này vẫn được thanh toán ngoài quỹ định suất đến hết tháng 12 của năm đó.

## PHỤ LỤC II

### HƯỚNG DẪN CHI TIẾT CÁCH TÍNH TOÁN

*Ban hành kèm theo Thông tư số ..../TT-BYT ngày ...tháng...năm 2019*

1. Hướng dẫn cách tính hệ số quy đổi thẻ theo từng nhóm tuổi toàn tỉnh
  - a) Thống kê số thẻ đkbđ theo từng nhóm tuổi năm trước liền kề của từng cơ sở kcb;
  - b) Thống kê chi phí kcb trong phạm vi định suất đã được thẩm định của năm trước liền kề theo từng nhóm tuổi;
  - c) Tính tổng số thẻ toàn tỉnh theo từng nhóm tuổi bằng cách cộng dồn tổng số thẻ đkbđ (a) của từng cơ sở;
  - d) Tính tổng chi phí toàn tỉnh theo từng nhóm tuổi bằng cách cộng dồn tổng số chi phí (b) của từng cơ sở;
  - e) Tính tổng số thẻ của tất cả các nhóm tuổi trên toàn tỉnh bằng cách cộng dồn số thẻ (c) của từng nhóm tuổi;
  - f) Tính tổng chi phí tất cả các nhóm tuổi trên toàn tỉnh bằng cách cộng dồn chi phí (d) của từng nhóm tuổi;
  - g) Tính chi phí trung bình từng nhóm tuổi toàn tỉnh bằng cách lấy tổng chi phí từng nhóm tuổi (d) toàn tỉnh chia (:) cho số thẻ từng nhóm tuổi tương ứng (c) của toàn tỉnh;
  - h) Tính chi phí trung bình của tất cả các nhóm tuổi trên toàn tỉnh bằng cách lấy tổng chi phí tất cả các nhóm tuổi toàn tỉnh (f) chia (:) cho số thẻ tất cả các nhóm tuổi toàn tỉnh (e);
  - i) Hệ số quy đổi thẻ theo nhóm tuổi toàn tỉnh bằng (=) chi phí trung bình của từng nhóm tuổi (g) chia (:) cho chi phí trung bình của toàn tỉnh (h);
  - j) Ví dụ trên số liệu

<b>Mã nhóm tuổi</b>	<b>Số thẻ</b>	<b>Tổng chi phí</b>	<b>Chi phí trung bình</b>	<b>Hệ số quy đổi theo nhóm tuổi</b>
<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4=3/4</b>	<b>5=4/TC4</b>
1	104,202	44,846,923,362	430,384	0.76763951
2	146717	35,066,482,691	239,008	0.42629721
3	82293	24,653,737,781	299,585	0.53434358
4	224,479	96,013,530,851	427,717	0.76288213
5	54,577	39,063,309,234	715,747	1.27661543

6	42,735	53,483,571,548	1,251,517	2.23222214
Tổng cộng (TC)	655,003	293,127,555,467	560,660	6

Trong đó

Cột 1: Nhóm tuổi – có 6 nhóm tuổi quy định tại Khoản 2 Điều 3 Thông tư này.

Cột 2: Số thẻ đăng ký ban đầu tại cơ sở phân theo nhóm tuổi.

Cột 3: Tổng chi phí khám chữa bệnh ngoại trú trong phạm vi định suất năm trước liền kề đã được thẩm định.

Cột 4: Chi phí trung bình theo nhóm tuổi. Ô tổng cộng cột 4 (TC4) bằng (=) [tổng cộng chi phí trung bình 6 nhóm thẻ chia (:) cho 6];

Cột 5: Hệ số quy đổi thẻ theo nhóm tuổi bằng (=) chi phí trung bình theo nhóm tuổi chia (:) cho TC4.

2. Hướng dẫn cách tính hệ số giao quỹ theo tần suất khám bệnh chữa bệnh

- a) Thống kê số lượt kcb ngoại trú trong phạm vi định suất (không bao gồm các lượt kcb của đối tượng quy định tại điểm a Khoản 3 Điều 12 Luật BHYT) năm trước liền kề của từng cơ sở;
- b) Tính số thẻ quy đổi theo từng nhóm tuổi năm trước liền kề của từng cơ sở bằng cách lấy số thẻ đkbđ từng nhóm tuổi của cơ sở nhân (x) với hệ số quy đổi thẻ theo từng nhóm tuổi toàn tỉnh;
- c) Tính tổng số thẻ quy đổi năm trước liền kề của từng cơ sở bằng cách cộng dồn số thẻ quy đổi theo từng nhóm tuổi năm trước liền kề của từng cơ sở;
- d) Tính tổng số thẻ quy đổi năm trước liền kề toàn tỉnh bằng cách cộng dồn số thẻ quy đổi năm trước liền kề của toàn bộ các cơ sở;
- e) Tính tổng lượt khám bệnh chữa bệnh ngoại trú toàn tỉnh bằng cách cộng dồn số lượt khám bệnh chữa bệnh của các cơ sở (điểm a Khoản này);
- f) Tính tỷ lệ số lượt khám bệnh chữa bệnh trên một thẻ quy đổi năm trước liền kề của cơ sở bằng cách lấy tổng số lượt khám bệnh chữa bệnh ngoại trú của cơ sở (mục a Khoản này) chia (:) cho số thẻ quy đổi năm trước liền kề của cơ sở (mục c Khoản này);
- g) Tính tỷ lệ số lượt khám bệnh chữa bệnh trên một thẻ quy đổi năm trước liền kề toàn tỉnh bằng cách lấy tổng số lượt khám bệnh chữa bệnh toàn tỉnh (mục e Khoản này) chia (:) cho tổng số thẻ quy đổi năm trước liền kề toàn tỉnh (mục d Khoản này);

h) Hệ số giao quỹ theo tần suất khám bệnh chữa bệnh của cơ sở bằng (=) tỷ lệ số lượt khám bệnh chữa bệnh trên một thẻ quy đổi năm trước liền kề của cơ sở (mục f Khoản này) chia (:) cho tỷ lệ số lượt khám chữa bệnh trên một thẻ quy đổi năm trước liền kề toàn tỉnh (mục g Khoản này);

i) Ví dụ cách tính trên số liệu

Cơ sở	Số thẻ quy đổi	Số khám	Số khám trung bình	Hệ số giao quỹ theo tần suất
1	2	3	4=3/2	5=4/TC4
Bệnh viện A	1,254	1,000	0.797	1.210
Bệnh viện B	4,411	2,000	0.453	0.688
Bệnh viện C	2,662	4,000	1.503	2.280
Bệnh viện D	7,148	3,200	0.448	0.679
Tổng cộng (TC)	15,475	10,200	0.659	

Trong đó

Cột 1: Tên cơ sở.

Cột 2: Số thẻ quy đổi theo nhóm tuổi = số thẻ đăng ký ban đầu theo nhóm tuổi nhân (x) với hệ số quy đổi theo nhóm tuổi toàn tỉnh tương ứng.

Cột 3: Tổng số lượt khám chữa bệnh ngoại trú trong phạm vi định suất năm trước liền kề.

Cột 4: Số khám trung bình của từng cơ sở trên thẻ quy đổi. Ô tổng cộng cột 4 (TC4) bằng (=) [tổng cộng số khám trung bình của toàn tỉnh chia (:) cho 6];

Cột 5: Hệ số giao quỹ theo tần suất bằng (=) chi phí trung bình theo nhóm tuổi chia (:) cho TC4.

3. Hướng dẫn cách tính hệ số giao quỹ theo chi phí khám bệnh chữa bệnh
  - a) Thống kê chi phí ngoại trú đã được thẩm định trong phạm vi định suất (không bao gồm các lượt kcb của đối tượng quy định tại điểm a Khoản 3 Điều 12 Luật BHYT) năm trước liền kề của từng cơ sở;
  - b) Tính số thẻ quy đổi theo từng nhóm tuổi năm trước liền kề của từng cơ sở bằng cách lấy số thẻ đkbđ từng nhóm tuổi của cơ sở (mục a Khoản 1 Điều này) nhân (x) với hệ số quy đổi thẻ theo từng nhóm tuổi toàn tỉnh (mục i Khoản 1 Điều này);
  - c) Tổng số thẻ quy đổi năm trước liền kề của từng cơ sở bằng cách cộng dồn số thẻ quy đổi theo từng nhóm tuổi năm trước liền kề của từng cơ sở (mục b Khoản này);

- d) Tính tổng số thẻ quy đổi năm trước liền kề toàn tỉnh bằng cách cộng dồn số thẻ quy đổi năm trước liền kề của toàn bộ các cơ sở;
- e) Tính tổng chi phí khám bệnh chữa bệnh ngoại trú toàn tỉnh bằng cách cộng dồn chi phí khám bệnh chữa bệnh của các cơ sở (điểm a Khoản này);
- f) Tính chi phí trung bình trên một thẻ quy đổi năm trước liền kề của cơ sở bằng cách lấy tổng số chi phí khám bệnh chữa bệnh ngoại trú của cơ sở (mục a Khoản này) chia (:) cho số thẻ quy đổi năm trước liền kề của cơ sở (mục c Khoản này);
- g) Tính chi phí trung bình trên một thẻ quy đổi năm trước liền kề của toàn tỉnh bằng cách lấy tổng chi phí khám bệnh chữa bệnh ngoại trú toàn tỉnh (mục e Khoản này) chia (:) cho tổng số thẻ quy đổi năm trước liền kề toàn tỉnh (mục d Khoản này);
- h) Hệ số giao quỹ theo chi phí khám bệnh chữa bệnh của cơ sở bằng (=) chi phí trung bình trên một thẻ quy đổi năm trước liền kề của cơ sở (mục f Khoản này) chia (:) cho tỷ lệ số lượt khám chữa bệnh trên một số thẻ quy đổi năm trước liền kề toàn tỉnh (mục g Khoản này);
- i) Ví dụ cách tính trên số liệu

Cơ sở	Số thẻ tương đương	Chi phí	Chi phí trung bình	Hệ số giao quỹ theo chi phí
1	2	3	4=3/2	5= 4/TC4
Bệnh viện A	1,254	600,000,000	478,468.900	3.084
Bệnh viện B	4,411	850,000,000	192,700.068	1.242
Bệnh viện C	2,662	705,763,235	265,125.182	1.709
Trạm Y tế xã E	7,148	245,034,156	34,280.100	0.221
Tổng cộng (TC)	15,475	2,400,797,391	155,140.381	