

Số: 579 /BHXH-CSYT  
V/v thẩm định phần chi phí phát sinh  
tăng hoặc giảm (C<sub>n</sub>) trong năm 2019

Hà Nội, ngày 26 tháng 02 năm 2020

Kính gửi: - Bảo hiểm xã hội các tỉnh, thành phố trực thuộc Trung ương;  
- Bảo hiểm xã hội Bộ Quốc phòng;  
- Bảo hiểm xã hội Công an nhân dân.  
(Sau đây gọi chung là BHXH các tỉnh)

Ngày 31/12/2019, Bộ Y tế có Công văn số 7691/BYT-BH hướng dẫn xác định tổng mức thanh toán chi phí khám chữa bệnh (KCB) Bảo hiểm y tế (BHYT) năm 2019 (Công văn số 7691/BYT-BH); Ngày 21/2/2020 Bảo hiểm xã hội (BHXH) Việt Nam có Công văn số 523/BHXH-CSYT hướng dẫn quyết toán chi KCB BHYT năm 2019. Để thống nhất thực hiện việc thẩm định phần chi phí phát sinh tăng hoặc giảm (C<sub>n</sub>) trong năm 2019 theo đúng quy định tại điểm d, khoản 4, Điều 24 Nghị định số 146/NĐ-CP ngày 17/10/2018 của Chính phủ quy định chi tiết và hướng dẫn biện pháp thi hành một số điều của Luật BHYT (Nghị định 146/NĐ-CP), BHXH Việt Nam hướng dẫn chi tiết một số điểm, cụ thể như sau:

**1. Đối với phần chi phí phát sinh tăng/giảm do áp dụng dịch vụ kỹ thuật (DVKT) mới (C<sub>1</sub>)**

**1.1. Thẩm định điều kiện và danh mục DVKT mới**

BHXH các tỉnh đề nghị cơ sở KCB bổ sung cột thông tin về mã bệnh điều trị đối với người bệnh sử dụng DVKT mới; Mã DVKT mới; Tên, mã DVKT cũ được thay thế vào Mẫu số 01 ban hành kèm theo Công văn số 7691/BYT-BH để làm cơ sở thẩm định.

Căn cứ Quyết định phê duyệt DVKT mới của cấp có thẩm quyền hoặc văn bản thông báo của cơ sở KCB về việc thực hiện DVKT đã được phê duyệt trước đó nhưng lần đầu triển khai thực hiện để xác nhận và thống nhất danh mục các DVKT mới tại cơ sở KCB. Trường hợp DVKT sử dụng để chẩn đoán, điều trị các bệnh mới phát sinh tại cơ sở KCB năm 2019 được xác định là DVKT mới hoàn toàn.

**1.2. Thẩm định xác định chi phí tăng/giảm C<sub>1</sub>**

**a) Nguyên tắc chung**

- BHXH tỉnh kiểm tra dữ liệu chi phí KCB BHYT kể từ ngày có công văn thông báo hoặc kể từ ngày bổ sung Phụ lục Hợp đồng để xác định chi phí tăng/giảm đối với nguyên nhân triển khai DVKT mới tại đơn vị.

- So sánh tỷ lệ chỉ định DVKT mới so với DVKT đã sử dụng trước đó và tỷ lệ sử dụng DVKT cùng loại trong toàn tỉnh. Trường hợp bất thường chỉ định về sử dụng DVKT mới, BHXH tỉnh thống nhất với cơ sở để xác định tỷ lệ sử dụng cho hợp lý.

- Đối với các DVKT chưa được cấp có thẩm quyền phê duyệt thực hiện tại cơ sở KCB nhưng cơ sở KCB chuyển bệnh phẩm/bệnh nhân 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, năm nay cơ sở KCB được phê duyệt DVKT này thì không được coi là DVKT mới phát sinh.

- Các DVKT mới mang tính hỗ trợ điều trị các bệnh mạn tính kéo dài, mặc dù không thay thế nhưng nếu cung cấp cũng không làm thay đổi kết quả điều trị so với trước đây thì không thống kê để xác định chi phí tăng của  $C_n$ .

b) Đối với DVKT mới hoàn toàn

Số tiền tăng thêm của một loại DVKT mới bằng chi phí của DVKT mới năm 2019 được quỹ bảo hiểm thanh toán (BHTT) (Mẫu 21/BHYT sau giám định).

c) Đối với DVKT mới thay thế cho DVKT cũ hoặc phương pháp cũ

Số tiền chi phí tăng hoặc giảm theo hướng dẫn của Bộ Y tế tại Công văn số 7691/BYT-BH.

d) Đối với DVKT năm 2018 sử dụng, năm 2019 không sử dụng mà không có DVKT nào mới thay thế được xác định là yếu tố giảm và bằng chi phí quỹ BHTT thanh toán năm 2018 (Mẫu 21/BHYT sau giám định năm 2018).

**2. Đối với phần chi phí tăng/giảm do bổ sung thuốc mới, hóa chất mới, vật tư y tế (VTYT) mới ( $C_2, C_3$ )**

2.1 Thuốc, hóa chất mới ( $C_2$ )

a) Thẩm định điều kiện và danh mục thuốc mới

Thuốc mới là thuốc có hoạt chất mới, thuốc bổ sung đường dùng mới, thuốc có chỉ định mới hoặc thuốc có thay đổi điều kiện, tỷ lệ thanh toán có đủ điều kiện thanh toán tại cơ sở y tế. Thuốc mới hoàn toàn là mới sử dụng để điều trị trong năm 2019 mà không thay thế cho thuốc cũ đã sử dụng trong năm 2018.

Thuốc mới được áp dụng trong các trường hợp:

- Do thay đổi danh mục thuốc ban hành theo Thông tư số 30/2018/TT-BYT ngày 30/10/2018 của Bộ Y tế về danh mục và tỷ lệ, điều kiện thanh toán đối với thuốc hóa dược, sinh phẩm, thuốc phóng xạ và chất đánh dấu thuộc phạm vi được hưởng của người tham gia BHYT so với Thông tư số 40/2014/TT-BYT ngày 17/11/2014 của Bộ Y tế về danh mục thuốc thuộc phạm vi thanh toán của quỹ BHYT.

- Thuốc mới sử dụng có chỉ định sử dụng mới theo hướng dẫn của Bộ Y tế.

- Do cơ sở KCB thay đổi hạng bệnh viện.

- Do có thay đổi về phạm vi hoạt động chuyên môn theo quyết định của cấp có thẩm quyền (ví dụ thành lập khoa mới...).

- Thuốc mới sử dụng để thực hiện DVKT mới.

b) Thẩm định xác định chi phí tăng/giảm do thuốc mới

- Thuốc mới mới hoàn toàn

Xác định theo hướng dẫn của Bộ Y tế tại Công văn số 7691/BYT-BH, trong đó số tiền tăng thêm của một loại thuốc mới bằng chi phí của thuốc mới năm 2019 được quỹ BHTT (Mẫu 20/BHYT sau giám định).

- Thuốc mới sử dụng để thay thế thuốc cũ đã sử dụng

Xác định chi phí phát sinh tăng/giảm theo hướng dẫn tại Công văn số 7691/BYT-BH và hướng dẫn bổ sung của Bộ Y tế. BHXH tỉnh căn cứ chi phí bình quân thuốc/một lượt KCB năm 2019 so với năm 2018 để xác định tính hiệu quả của việc sử dụng thuốc mới thay thế thuốc cũ. Trường hợp việc thay thế thuốc mới làm gia tăng chi phí nhưng không thay đổi kết quả điều trị so với trước đây thì không thống kê để xác định chi phí tăng của Cn.

- Đối với thuốc bị loại khỏi Thông tư số 30/2018/TT-BYT mà không cần thuốc thay thế, tính chi phí giảm = tổng chi phí thuốc bị loại khỏi Thông tư số 30 đã sử dụng tại đơn vị năm 2018 được quỹ BHYT thanh toán (Biểu 20 năm 2018 sau giám định).

2.2. VTYT mới (C<sub>3</sub>)

a) Thẩm định điều kiện và danh mục VTYT mới

VTYT được thanh toán riêng ngoài giá của DVKT mới phát sinh do:

- Thay đổi Thông tư quy định thống nhất giá dịch vụ KCB BHYT giữa các bệnh viện cùng hạng trên toàn quốc, theo đó cơ cấu giá DVKT tại Thông tư trước chưa bao gồm chi phí VTYT mới, Thông tư sau quy định VTYT này được thanh toán riêng ngoài giá DVKT. Ví dụ: VTYT “lưới lọc tĩnh mạch” không được thanh toán riêng ngoài giá và chưa được kết cấu trong giá của DVKT “Chụp và can thiệp tim mạch (van tim, tim bẩm sinh, động mạch vành) dưới DSA khi thực hiện Thông tư 37/2015/TTLT-BYT-BTC và 15/2018/TT-BYT, nhưng khi thực hiện Thông tư số 39/2018/TT-BYT và Thông tư số 13/2019/TT-BYT thì VTYT “lưới lọc tĩnh mạch” được thanh toán riêng ngoài giá của DVKT này nên được tính là VTYT mới.

- Cơ sở KCB thực hiện các DVKT mới hoàn toàn hoặc thay đổi phương pháp điều trị.

b) Thẩm định xác định chi phí tăng/giảm do VTYT mới

- VTYT mới hoàn toàn:

Xác định theo hướng dẫn của Bộ Y tế tại Công văn số 7691/BYT-BH, trong đó số tiền tăng thêm của một loại VTYT mới bằng chi phí của VTYT mới năm 2019 được quỹ BHTT (Mẫu 19/BHYT sau giám định).

- VTYT mới sử dụng để thay thế VTYT cũ đã sử dụng.

Xác định chi phí phát sinh tăng/giảm theo hướng dẫn tại Công văn số 7691/BYT-BH và hướng dẫn bổ sung của Bộ Y tế.

### **3. Đối với phần chi phí tăng/giảm do thay đổi giá máu, chế phẩm máu mới (C<sub>4</sub>)**

#### **3.1. Thăm định điều kiện áp dụng**

Căn cứ giá máu do Bộ Y tế quy định tại Thông tư số 05/2017/TT-BYT ngày 14/4/2017 quy định giá tối đa và chi phí phục vụ cho việc xác định giá một đơn vị máu toàn phần, chế phẩm máu đạt tiêu chuẩn; Quyết định ban hành mức giá cụ thể của từng cơ sở KCB trong năm 2018 hoặc 2019 để xác định thời gian thay đổi mức giá giữa năm 2019 so với năm 2018.

#### **3.2. Thăm định xác định số tiền tăng thêm do thay đổi giá máu**

BHXH tỉnh căn cứ số lượng đơn vị máu sử dụng tại cơ sở KCB theo từng giai đoạn thay đổi giá để xác định số tiền tăng thêm do thay đổi giá máu theo hướng dẫn của Bộ Y tế tại Công văn 7691/BYT-BH.

### **4. Đối với phần chi phí tăng/giảm do điều chỉnh hạng bệnh viện (C<sub>5</sub>)**

#### **4.1. Thăm định điều kiện**

Căn cứ quyết định của cấp có thẩm quyền về điều chỉnh hạng bệnh viện để xác định các loại DVKT có thay đổi do điều chỉnh hạng cơ sở KCB.

#### **4.2. Thăm định xác định số tiền tăng/giảm**

a) Đối với cơ sở KCB do thay đổi hạng cơ sở KCB dẫn đến tăng/giảm giá tiền khám bệnh, tiền ngày giường bệnh hoặc có thực hiện DVKT mới, thuốc mới thì chi phí tăng/giảm của các yếu tố này tính ở Khoản 1, 2, 8 Công văn này.

b) Đối với Bệnh viện tư nhân, trong năm có điều chỉnh hạng bệnh viện dẫn đến thay đổi từ tuyến tỉnh xuống tuyến huyện, chi phí tăng/giảm do thay đổi mức hưởng BHYT đối với các trường hợp tự đến KCB không đúng nơi đăng ký KCB ban đầu ghi trên thẻ BHYT xác định như sau

- Đối với KCB ngoại trú: người bệnh không được hưởng BHYT trước khi bệnh viện xuống hạng, sau khi bệnh viện xuống hạng thì người bệnh được hưởng BHYT như đúng tuyến. Chi phí tăng lên do số lượt KCB BHYT tăng được xác định như Khoản 7 Công văn này.

- Đối với điều trị nội trú: người bệnh được hưởng 60% chi phí điều trị nội trú trong phạm vi thanh toán của BHYT và mức hưởng của đối tượng, sau khi bệnh viện xuống hạng, người bệnh được hưởng 100% chi phí KCB BHYT trong phạm vi thanh toán của BHYT và mức hưởng của đối tượng như đúng tuyến. Chi phí KCB gia tăng được xác định bằng (=) Số tiền quỹ BHYT thanh toán năm 2018 của người bệnh đến KCB trái tuyến chia (:) 60% nhân (x) 40%.

### **5. Đối với phần chi phí tăng/giảm do thay đổi phạm vi hoạt động của cơ sở KCB (C<sub>6</sub>)**

### 5.1. Thẩm định điều kiện

Căn cứ quyết định của cấp có thẩm quyền về thay đổi phạm vi hoạt động của cơ sở KCB trong năm, bao gồm: Thành lập khoa/phòng mới (trừ các trường hợp tách hoặc sáp nhập khoa phòng); Được giao nhiệm vụ là bệnh viện vệ tinh; Bổ sung thêm chuyên khoa của phòng khám; Mới được phê duyệt bổ sung số lượng giường bệnh, nhiệm vụ điều trị nội trú; Mở rộng phạm vi, quy mô hoạt động, BHXH tỉnh xác định có thay đổi phạm vi hoạt động của cơ sở KCB.

### 5.2. Thẩm định xác định chi phí tăng/giảm

a) Trường hợp được thành lập mới hoàn toàn khoa phòng mà trên địa bàn tỉnh chưa có khoa phòng tương tự. Chi phí tăng thêm do có các yếu tố phát sinh mới gồm DVKT mới, thuốc mới, VTYT mới thì tính tại Khoản 1,2 Công văn này.

b) Trường hợp được thành lập mới hoàn toàn khoa phòng mà trên địa bàn tỉnh đã có khoa phòng tương tự: Chi phí tăng thêm được tính bằng (=) chi phí KCB BHYT bình quân tại Khoa/phòng tương tự trên địa bàn tỉnh tại cơ sở KCB cùng tuyến cùng hạng năm trước nhân (x) với số lượt KCB năm nay tại khoa mới nhân với (x) tỷ lệ BHYT thanh toán.

*Lưu ý:*

*Trường hợp không có khoa phòng tương tự của cơ sở y tế cùng hạng mà thuộc hạng khác (Ví dụ cơ sở y tế hạng III thành lập khoa y học cổ truyền, nhưng địa bàn tỉnh chỉ có khoa y học cổ truyền thuộc hạng II tuyến tỉnh), thì chi phí KCB bình quân năm trước tại khoa tương tự trên địa bàn tỉnh được tính tăng/giảm phần chênh lệch giá tiền khám, tiền giường tương ứng.*

*Số lượt KCB tại Khoa phòng mới không tính vào số lượt KCB tăng thêm xác định tại Khoản 7.*

c) Chi phí phát sinh giảm do các khoa, phòng chuyên môn được giải thể, thu hẹp phạm vi hoạt động chuyên môn bằng (=) Tổng chi phí KCB BHYT được cơ quan BHXH thanh toán năm trước liền kề tại các khoa, phòng chuyên môn giải thể, thu hẹp phạm vi hoạt động chuyên môn.

## **6. Đối với phần chi phí tăng/giảm do thay đổi mô hình bệnh tật tại cơ sở KCB (C<sub>7</sub>)**

### 6.1. Thẩm định điều kiện

BHXH tỉnh đề nghị cơ sở KCB bổ sung cột số lượt KCB năm 2019, thống kê toàn bộ các mã bệnh của cơ sở trong năm quyết toán và tách riêng theo 3 loại hình khám bệnh ngoại trú, đợt điều trị ngoại trú và điều trị nội trú.

Căn cứ số liệu thay đổi cơ cấu bệnh tật theo từng mã ICD của toàn bệnh viện trong 2 năm, đối chiếu với dữ liệu chi phí KCB sau công tác giám định, xác định có sự thay đổi về tỷ lệ lượt KCB BHYT của bệnh hoặc nhóm bệnh tại cơ sở KCB trong năm quyết toán so với năm trước liền kề. Tổng số lượt KCB trong 2 năm khớp với số lượt, số tiền đã thẩm định đưa vào quyết toán.

6.2. Thẩm định xác định số tiền tăng thêm do thay đổi mô hình bệnh tật  
Cách xác định chi phí như hướng dẫn tại Công văn 7691/BYT-BH của Bộ Y tế và đảm bảo các yêu cầu sau:

- Chi bình quân một lượt KCB năm trước năm quyết toán là chi phí bình quân của 01 lượt khám bệnh/Điều trị ngoại trú/Điều trị nội trú thuộc phạm vi quỹ BHYT (T\_BHTT).

- Số lượt tăng thêm phải loại trừ lượt tăng do tách lượt, đưa người bệnh vào điều trị nội trú chưa hợp lý (đã nêu tại Khoản 7) và các chi phí đã được tính tăng thêm ở các nguyên nhân khác.

- Trường hợp xác định nguyên nhân do thay đổi mô hình bệnh tật tại mục này thì không tính các chi phí tăng/giảm do nguyên nhân tại Khoản 5, Khoản 7 (trừ trường hợp xuất hiện bệnh mới) và các nguyên nhân triển khai DVKT mới, thuốc mới, VTYT mới thay thế cho DVKT, thuốc hoặc VTYT cũ của tại Khoản 1, 2 Công văn này.

### **7. Đối với phần chi phí tăng/ giảm do thay đổi đối tượng người có thể đến KCB, thay đổi số lượt KCB ( $C_8$ )**

#### 7.1. Thẩm định điều kiện áp dụng

Khi cơ sở KCB BHYT có số lượt người bệnh đến KCB trong năm quyết toán (sau khi loại trừ số lượt bất hợp lý) thay đổi so với năm trước liền kề. BHXH tỉnh đề nghị cơ sở KCB BHYT bổ sung cột thông tin mã khoa (nếu tách theo khoa) và thống kê theo các trường hợp khám bệnh, điều trị ngoại trú, điều trị nội trú.

#### 7.2. Thẩm định xác định số tiền tăng/giảm

Cách xác định số tiền tăng/giảm do tăng lượt thực hiện theo hướng dẫn của Bộ Y tế tại Công văn số 7691/BYT-BH, trong đó lưu ý:

a) Số lượt KCB tăng/giảm của năm nay so với năm trước liền kề được xác định sau khi số lượt KCB năm trước liền kề đã giảm trừ số lượt KCB BHYT tại các khoa, phòng chuyên môn được giải thể, thu hẹp phạm vi hoạt động chuyên môn.

b) Khi tính số lượt tăng thêm phải loại trừ lượt tăng do yếu tố bất hợp lý như: tách lượt, thu dung người bệnh không phù hợp, chỉ định người bệnh vào điều trị nội trú không hợp lý, có tần suất KCB tăng cao bất hợp lý so với năm trước ... và có Biên bản thống nhất với cơ sở y tế.

+ Trường hợp cơ sở KCB tách lượt KCB ngoại trú thì BHXH tỉnh phải quy đổi tương đương hoặc tính giảm  $C_n$  theo số lượt khám cần ghép.

*Ví dụ 1:* năm trước liền kề cơ sở KCB cấp thuốc điều trị các bệnh mãn tính, điều trị dài ngày 30 ngày/1 đợt điều trị, năm nay cơ sở KCB chỉ cấp 15 ngày/1 đợt điều trị thì quy đổi 02 đợt điều trị năm nay bằng 1 đợt điều trị năm trước liền kề để giảm số lượt KCB ngoại trú năm nay.

(Theo Quyết định 4210/QĐ-BYT ngày 20/9/2017 của Bộ trưởng Bộ Y tế về việc quy định chuẩn và định dạng dữ liệu đầu ra sử dụng trong quản lý, giám định và thanh toán chi phí KCB BHYT: Trường hợp điều trị ngoại trú các bệnh mãn tính dài ngày liên tục trong năm thì gửi file XML một tháng một lần từ ngày 01 đến ngày cuối cùng của tháng).

*Ví dụ 2:* năm trước liền kề cơ sở KCB có bệnh án ngoại trú cho bệnh nhân thận nhân tạo 1 tháng 1 lượt điều trị ngoại trú, nhưng năm nay 1 lượt điều trị ngoại trú cho người bệnh chạy thận nhân tạo là 1 tuần, thì quy đổi 04 lượt điều trị ngoại trú bằng 01 lượt điều trị ngoại trú.

+ Các trường hợp KCB nhiều lần đã thông báo trên Hệ thống giám sát năm 2019, đặc biệt là cấp trùng thuốc điều trị, đã giám định thì không tính toàn bộ số lượt.

+ Trường hợp cơ sở KCB có tỷ lệ đưa người bệnh vào điều trị nội trú gia tăng so với năm trước, BHXH tính đánh giá sự hợp lý của người bệnh chỉ định điều trị nội trú, trường hợp có nhiều bệnh nhân nhẹ được chỉ định điều trị nội trú không hợp lý thì xác định số lượt nội trú tăng thêm không vượt quá tỷ lệ chỉ định vào điều trị nội trú năm trước, phần còn lại tính theo lượt KCB ngoại trú.

+ Trường hợp cơ sở KCB có tỷ lệ tăng lượt KCB cao hơn tỷ lệ tăng lượt người (theo tính theo thẻ BHYT) đến khám, cơ quan BHXH cần giám định xác định lý do tăng lượt khác (ngoài các trường hợp tách lượt đã nêu trên) để điều chỉnh số lượt KCB hợp lý tại cơ sở KCB. Trường hợp có tình trạng tăng lượt không hợp lý thì số lượt tăng thêm tối đa không vượt quá tần suất người đến KCB bệnh của cơ sở KCB năm trước nhân với số người đến KCB năm nay.

c) Chi phí bình quân/1 lượt KCB năm quyết toán tại cơ sở KCB là chi phí thuộc phạm vi quỹ BHYT, được xác định sau khi đã giảm trừ các chi phí tăng/giảm do sử dụng thuốc mới, VTYT mới, DVKT mới, phương pháp mới...

## **8. Đối với phần chi phí tăng/giảm do điều chỉnh giá dịch vụ KCB BHYT mới (C<sub>9</sub>)**

### **8.1. Thẩm định danh mục DVKT sử dụng có điều chỉnh giá**

Căn cứ giá dịch vụ KCB BHYT thay đổi theo từng giai đoạn của các Thông tư của Bộ Y tế; căn cứ số lượng dịch vụ KCB đã sử dụng được thẩm định, giám định qua công tác giám định tại cơ sở KCB tại mẫu 21b để xác định các DVKT đã sử dụng có điều chỉnh giá, số lượng sử dụng, giá cũ và giá mới thay đổi theo từng giai đoạn như sau:

- Từ ngày 01/01/2019 đến ngày 14/7/2019 so sánh giá DVYT chênh lệch giữa Thông tư số 39/2018/TT-BYT với Thông tư số 37/2015/TTLT-BYT-BTC.

- Từ ngày 15/7/2019 đến ngày 19/8/2019 so sánh giá DVYT chênh lệch giữa Thông tư số 39/2018/TT-BYT với Thông tư số 15/2018/TT-BYT

- Từ ngày 20/8/2019 đến ngày 14/12/2019 so sánh giá DVYT chênh lệch giữa Thông tư số 13/2019/TT-BYT với Thông tư số 15/2018/TT-BYT.

- Từ ngày 15/12/2019 đến ngày 31/12/2019 so sánh giá DVYT chênh lệch giữa Thông tư số 13/2019/TT-BYT với Thông tư số 39/2018/TT-BYT.

8.2. Thẩm định xác định số tiền tăng/ giảm do thay đổi giá dịch vụ KCB

- Số tiền tăng/ giảm do thay đổi giá theo hướng dẫn của Bộ Y tế tại Công văn 7691/BYT-BH và bổ sung số tiền giảm do thay đổi cách tính ngày điều trị nội trú theo Thông tư số 15/2018/TT-BYT so với Thông tư số 37/2015/TTLT-BYT-BTC bằng số lượt điều trị nội trú từ ngày 01/01/2019 đến ngày 14/7/2019 của các trường hợp người bệnh đỡ hoặc khỏi ra viện nhân (x) chi phí bình quân tiền giường bệnh 1 ngày năm 2018.

Chi phí bình quân tiền giường bệnh 1 ngày năm 2018 bằng (=) tổng số tiền quỹ BHTT tiền ngày giường bệnh chia (:) tổng số ngày điều trị.

- Đối với các DVKT mới sử dụng (bao gồm mới toàn bộ, mới thay thế) đã tính tại Khoản 1 thì không tính chênh lệch giá tại Khoản này. Các cơ sở KCB có tỷ lệ sử dụng DVKT trên lượt KCB 2019 tăng so với năm trước, BHXH tỉnh thẩm định chặt chẽ để xác định tỷ lệ chỉ định DVKT hợp lý.

**9. Đối với phần chi phí tăng/giảm của cơ sở KCB ký hợp đồng trong năm 2018 chưa đủ 12 tháng:**

Thực hiện như các đơn vị ký hợp đồng từ trước năm 2018 theo các nguyên nhân đã nêu từ Khoản 1 đến Khoản 8 Công văn này.

**10. Đối với phần chi phí tăng/giảm của cơ sở KCB mới ký hợp đồng KCB BHYT trong năm 2019 (Cn)**

Thực hiện theo hướng dẫn của Bộ Y tế tại Công văn 7691/BYT-BH và giám định số lượt KCB BHYT trong năm tăng do yếu tố bất hợp lý (như tách lượt, thu dung, chỉ định người bệnh vào điều trị nội trú không hợp lý...).

Xác định chi phí giảm nếu chi phí bình quân một lượt KCB tại cơ sở cao hơn các cơ sở tương đương trên địa bàn.

Cơ quan BHXH so sánh chi phí bình quân KCB một lượt năm 2019 của cơ sở KCB với cơ sở KCB tương đương trên địa bàn hoặc chi phí bình quân của các cơ sở KCB cùng loại (phòng khám đa khoa, bệnh viện), cùng hạng, cùng tuyến trên địa bàn hoặc địa bàn lân cận có cùng điều kiện (trong trường hợp tại tỉnh chưa có cơ sở tương đương) để xác định chi phí trung bình đợt điều trị năm 2019. Trường hợp chi phí bình quân một lượt KCB tại cơ sở cao hơn chi phí bình quân tại cơ sở KCB tương đương thì tính giảm trừ Cn bằng số lượt KCB năm 2019 của cơ sở KCB nhân (x) Chênh lệch chi phí bình quân một lượt KCB tại cơ sở đó với chi phí bình quân một lượt KCB tại cơ sở KCB tương đương.

Trường hợp chi phí bình quân một lượt cao hơn do nguyên nhân khách quan (như cơ sở triển khai nhiều DVKT cao, chuyên sâu hơn so với cơ sở KCB tương đương trên địa bàn) thì thực hiện thuyết minh sự cần thiết thực hiện dịch vụ để xác định chi phí gia tăng như đối với DVKT mới.

Đề nghị BHXH tỉnh căn cứ thuyết minh chi phí KCB tăng giảm trong năm 2019 và hồ sơ do cơ sở KCB cung cấp, đối chiếu với dữ liệu chi phí KCB BHYT của đối tượng thuộc Nghị định 146/NĐ-CP để thẩm định, xác định tổng mức thanh toán, quyết toán chi KCB BHYT năm 2019. Kịp thời báo cáo khó khăn, vướng mắc về BHXH Việt Nam (theo địa chỉ email Ban Thực hiện chính sách BHYT: banthcsbhyt@vss.gov.vn; Ban Dực và Vật tư y tế: banduocvtyt@vss.gov.vn và Trung tâm Giám định và Thanh toán đa tuyến khu vực phía Bắc: ttdatuyen@vss.gov.vn) để được hướng dẫn giải quyết./.

**Nơi nhận:**

- Như trên;
- Tổng Giám đốc (đề b/c);
- Bộ Y tế; Bộ Tài chính (đề b/c);
- Các đơn vị: TCKT, BT, DVT, GĐB, GĐN, CNTT, TTKT, KTNB;
- Lưu: VT, CSYT.

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



**Phạm Lương Sơn**