

Số: 2150 /BYT-BH

Hà Nội, ngày 27 tháng 04 năm 2022

V/v thông báo hệ số điều chỉnh (k)
và góp ý hướng dẫn xác định tổng
mức thanh toán chi phí KCB
BHYT năm 2021

Kính gửi: Bảo hiểm xã hội Việt Nam

Trả lời Công văn số 589/BHXH-CSYT ngày 10/3/2022 của Bảo hiểm xã hội (BHXH) Việt Nam về việc hướng dẫn xác định tổng mức thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh (KCB) bảo hiểm y tế (BHYT) năm 2021, trên cơ sở nội dung đề xuất của BHXH Việt Nam, Bộ Y tế có ý kiến như sau:

I. Ý kiến chung:

- Về nguyên tắc, Bộ Y tế đề nghị BHXH Việt Nam căn cứ quy định tại khoản 4 Điều 24 Nghị định 146/2018/NĐ-CP để hướng dẫn về mặt kỹ thuật việc xác định tổng mức thanh toán chi phí KCB BHYT năm 2021 theo nguyên tắc các nội dung trong hướng dẫn không mang yếu tố quy phạm pháp luật.

- Đây là nội dung hướng dẫn xác định tổng mức thanh toán chi phí KCB BHYT năm 2021 (trên thực tế chi phí KCB đã thực hiện), vì vậy đề nghị nêu rõ năm thực hiện tính tổng mức là năm 2021, năm trước liền kề là năm 2020.

- Đối với các chi phí KCB BHYT của các năm trước năm 2021 được thanh toán bổ sung hoặc thu hồi trong năm 2021 thì đề nghị BHXH Việt Nam xác định lại tổng mức thanh toán của các năm trước để xác định chính xác T_{2020} .

- Do ảnh hưởng của dịch bệnh COVID-19, hầu hết các cơ sở KCB phản ánh tình trạng **số lượt KCB giảm**¹, tuy nhiên **chi phí bình quân/lượt tăng**². Vì vậy, đề nghị BHXH Việt Nam nghiên cứu, bổ sung cách tính C7 cho phù hợp phản ánh đúng chi phí KCB BHYT trong phạm vi quyền lợi được hưởng và mức hưởng của người tham gia BHYT đã được giám định.

- Về mã bệnh hoặc mã loại bệnh: Trên thực tế, có rất nhiều trường hợp bệnh nhân khám bệnh từ 02 chuyên khoa trở lên hoặc điều trị nhiều bệnh trong một lần KCB BHYT. Tuy nhiên, những mã ICD 10 có chi phí cao không thuộc “mã bệnh chính” dẫn đến làm giảm chi phí trong việc xác định tổng mức thanh toán chi phí KCB BHYT. Ngoài ra, cùng 01 mã bệnh nhưng điều trị nội khoa, ngoại khoa có chi phí khác nhau; cùng 01 mã bệnh nhưng với tuổi khác nhau sẽ có chi phí khác nhau; cùng 01 mã bệnh điều trị nội khoa nhưng mức độ bệnh khác nhau, phương

¹ Theo số liệu trên Công tiếp nhận dữ liệu Hệ thống thông tin giám định BHYT của BHXH Việt Nam, tổng số lượt KCB BHYT năm 2020 giảm 9% so với năm 2019, tổng số lượt KCB BHYT năm 2021 giảm xấp xỉ 30% so với năm 2019.

² Theo số liệu trên Công tiếp nhận dữ liệu Hệ thống thông tin giám định BHYT của BHXH Việt Nam, chi phí bình quân lượt KCB năm 2020 tăng 8% so với năm 2019, năm 2021 tăng 23% so với năm 2019.

pháp điều trị khác nhau sẽ có chi phí khác nhau; cùng 01 mã bệnh điều trị ngoại khoa nhưng có can thiệp khác nhau, dịch vụ kỹ thuật (DVKT) khác nhau chi phí cũng sẽ rất khác nhau. Do đó, đề nghị BHXH Việt Nam hướng dẫn đối với các trường hợp bệnh nhân có nhiều bệnh lý kèm theo, chi phí điều trị cao, có chỉ định dịch vụ kỹ thuật chi phí cao thì ngoài mã bệnh chính, có thể sử dụng thêm mã bệnh kèm theo, thống kê theo mã ICD-10 cộng thêm mã dịch vụ kỹ thuật (phẫu thuật, thủ thuật).

- Đề nghị bổ sung hướng dẫn xác định tổng mức thanh toán đối với trường hợp các cơ sở KCB có sát nhập trong năm 2021.

- Về quy định ghép lượt điều trị để tính tổng mức: Vì không có tiêu chí cho việc ghép lượt, đề nghị BHXH Việt Nam không hướng dẫn ghép lượt để xác định tổng mức thanh toán chi phí KCB BHYT.

- Để thuận lợi trong việc theo dõi tổng mức thanh toán tại các cơ sở KCB, Bộ Y tế đề nghị:

+ Hằng năm, Thủ tướng Chính phủ ban hành Quyết định giao dự toán chi KCB BHYT cho BHXH Việt Nam (Năm 2021 là Quyết định số 501/QĐ-TTg ngày 30/3/2021 của Thủ tướng Chính phủ). Trên cơ sở đó, đề nghị BHXH Việt Nam nghiên cứu, chỉ đạo BHXH tỉnh bổ sung vào Phụ lục hợp đồng KCB BHYT nội dung thông báo số dự kiến chi KCB BHYT trong năm cho từng cơ sở KCB để các cơ sở KCB biết, thực hiện kiểm soát chi KCB trong năm.

+ Cơ sở KCB trước khi áp dụng dịch vụ kỹ thuật mới; bổ sung thuốc, hóa chất, vật tư y tế mới,... đề nghị có văn bản thông báo cho cơ quan BHXH. Trong trường hợp cần thiết, 2 bên ký phụ lục hợp đồng, đảm bảo nguyên tắc các bên đồng ý trước mới thực hiện cho người bệnh có thể BHYT để tránh phát sinh tình trạng thực hiện xong, không được cơ quan BHXH thanh toán.

II. Về hệ số điều chỉnh do biến động giá thuốc, hóa chất, vật tư y tế (k):

Thực hiện quy định tại Khoản 6, Điều 24, Nghị định số 146/2018/NĐ-CP; căn cứ Công văn số 68/TCTK-QLG ngày 18/01/2022 của Tổng cục Thống kê về cung cấp hệ số biến động giá thuốc, hóa chất, vật tư y tế năm 2021 và công văn số 3159/BTC-HCSN ngày 07/4/2022 của Bộ Tài chính về việc xác định hệ số điều chỉnh để tính tổng mức thanh toán chi phí KCB BHYT năm 2021, Bộ Y tế thông báo hệ số điều chỉnh (k) do biến động giá thuốc, hóa chất, vật tư y tế tại cơ sở khám, chữa bệnh dùng để xác định tổng mức thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế năm 2021 như sau:

- Hệ số điều chỉnh do biến động về giá thuốc, hóa chất: $k_{\text{thuốc, hóa chất}} = 1,0072$.

- Hệ số điều chỉnh do biến động về giá vật tư y tế: Do Tổng cục Thống kê không công bố chỉ số giá vật tư y tế; đồng thời, việc xác định chỉ số giá này rất phức tạp, Bộ Y tế đang soạn thảo tờ trình xin ý kiến Chính phủ nội dung này, sau khi có ý kiến của Chính phủ, Bộ Y tế sẽ thông báo hệ số điều chỉnh do biến động về giá vật tư y tế.

III. Một vài ý kiến góp ý cụ thể đối với dự thảo hướng dẫn tổng mức thanh toán

1. Đối với nội dung xác định chi phí phát sinh do áp dụng dịch vụ kỹ thuật mới (C1)

1.1. Về xác định DVKT mới:

Đề nghị bổ sung các trường hợp:

- “c) Dịch vụ kỹ thuật do cơ sở khám bệnh, chữa bệnh đó chuyển bệnh phẩm hoặc người bệnh đến cơ sở khám bệnh, chữa bệnh khác để thực hiện, chi phí thực hiện dịch vụ kỹ thuật đó đã được tổng hợp vào chi phí khám bệnh, chữa bệnh năm trước liền kề của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh đó; trong năm cơ sở khám bệnh, chữa bệnh được phê duyệt, thực hiện và được quỹ bảo hiểm y tế thanh toán dịch vụ kỹ thuật này.”

Lý do: Đây là các DVKT năm trước cơ sở KCB không thực hiện, chuyển bệnh phẩm sang đơn vị khác thực hiện; do đó, tần suất thực hiện thường thấp, chi phí ít, khi cơ sở KCB triển khai thực hiện DVKT thì khả năng tiếp cận dịch vụ y tế của người tham gia BHYT cao hơn, tần suất sử dụng thường tăng, làm phát sinh chi phí, do đó cần được xác định là DVKT mới.

- “d) Dịch vụ kỹ thuật thay đổi điều kiện thanh toán trong năm theo quy định của Thông tư 13/2021/TT-BYT ngày 22/6/2020 của Bộ trưởng Bộ Y tế sửa đổi Bổ sung Thông tư 35/2016/TT-BYT ban hành danh mục, tỷ lệ và điều kiện thanh toán đối với dịch vụ kỹ thuật thuộc phạm vi được hưởng của người tham gia BHYT.”

Lý do: Thông tư 13/2020/TT-BYT có hiệu lực từ 10/8/2020 có thay đổi điều kiện thanh toán của một số DVKT.

1.2. Bổ sung cách xác định chi phí phát sinh đối với 02 trường hợp nêu trên như sau:

- “1.5. Cách xác định chi phí của dịch vụ kỹ thuật do cơ sở khám bệnh, chữa bệnh đó chuyển bệnh phẩm hoặc người bệnh đến cơ sở khám bệnh, chữa bệnh khác để thực hiện, chi phí thực hiện dịch vụ kỹ thuật đó đã được tổng hợp vào chi phí khám bệnh, chữa bệnh năm trước liền kề của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh đó; trong năm cơ sở khám bệnh, chữa bệnh được phê duyệt, thực hiện và được quỹ bảo hiểm y tế thanh toán dịch vụ kỹ thuật này.

Chi phí phát sinh tăng hoặc giảm bằng (=) T_BHTT của dịch vụ kỹ thuật của năm trừ (-) T_BHTT của dịch vụ kỹ thuật đó của năm trước liền kề.

1.6. Cách xác định chi phí phát sinh do dịch vụ kỹ thuật thay đổi điều kiện thanh toán.

a) Trường hợp điều kiện chi định sử dụng dịch vụ kỹ thuật được mở rộng không có dịch vụ kỹ thuật khác thay thế chi phí phát sinh bằng (=) T_BHTT của dịch vụ kỹ thuật đó thực hiện trong chi định đó;

b) Trường hợp chỉ định sử dụng dịch vụ kỹ thuật bị thu hẹp không có dịch vụ kỹ thuật thay thế: Chi phí phát sinh giảm bằng (=) T_BHTT của chỉ định của dịch vụ kỹ thuật bị thu hẹp của năm trừ (-) T_BHTT của chỉ định của dịch vụ kỹ thuật bị thu hẹp của năm trước liền kề;

c) Trường hợp chỉ định sử dụng dịch vụ kỹ thuật mở rộng thay thế dịch vụ kỹ thuật khác, chi phí phát sinh bằng (=) số lần sử dụng dịch vụ kỹ thuật mới thay thế nhân (x) [đơn giá dịch vụ kỹ thuật mới thay thế trừ (-) đơn giá của dịch vụ kỹ thuật cũ] nhân (x) MCTBQ của dịch vụ kỹ thuật mới thay thế của năm.;

d) Trường hợp chỉ định sử dụng dịch vụ kỹ thuật bị thu hẹp thay thế dịch vụ kỹ thuật khác, không tính chi phí phát sinh tăng giảm.”

1.3. Sửa lại tiêu đề điểm b khoản 1.1 và khoản 1.4 cho rõ ràng dễ hiểu như sau:

“...dịch vụ kỹ thuật mới 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 đó chưa đủ 12 tháng mà tiếp tục sử dụng trong năm.”

1. 4. Trong công thức tính chi phí phát sinh do thực hiện DVKT mới thay thế tại điểm b, khoản 1.4 đề nghị bỏ (X) nhân với tỷ lệ thanh toán của DVKT mới thay thế của năm vì trong mức hưởng bình quân đã bao gồm tỷ lệ thanh toán.

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

- Điểm c và d, khoản 2.2 đề nghị sửa lại như sau:

“c) Thuốc có thay đổi điều kiện thanh toán do các nguyên nhân:

- Do thay đổi điều kiện thanh toán đối với thuốc theo quy định tại Thông tư số 30/2018/TT-BYT ngày 30 tháng 10 năm 2018, Thông tư 01/2020/TT-BYT ngày 16 tháng 01 năm 2020 và Thông tư số 20/2020/TT-BYT ngày 26 tháng 11 năm 2020 của Bộ trưởng 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 thay đổi tỷ lệ thanh toán đối với thuốc theo quy định tại Thông tư số 30/2018/TT-BYT ngày 30 tháng 10 năm 2018, Thông tư 01/2020/TT-BYT ngày 16 tháng 01 năm 2020 và Thông tư số 20/2020/TT-BYT ngày 26 tháng 11 năm 2020 của Bộ trưởng Bộ Y tế.”

Lý do: Hướng dẫn cần tách nội dung tại điểm c là thay đổi điều kiện thanh toán, điểm d là thay đổi tỷ lệ thanh toán.

- Điểm c, khoản 2.3 đề nghị sửa lại:

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

- 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.”

Lý do: Công thức mới tại dự thảo Công văn chưa đúng vì đã thu hẹp điều kiện thanh toán thì không có T_BHYT của chỉ định của thuốc bị thu hẹp.

- Khoản 2.6 Trường hợp thuốc mới thuộc nhóm 8:

(i) Đề nghị bổ sung: trường hợp thuốc mới sử dụng trong năm trước tính từ thời điểm áp dụng đến ngày 31 tháng 12 của năm đó đã đủ 12 tháng.

(ii) Đối với hướng dẫn:

“- 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 };

Công thức trên chỉ viết dùng T_BHTT của tiền Thuốc nhóm 8 thì chưa rõ là của thuốc cũ hay mới. Đề nghị cần làm rõ.

3. Đối với nội dung 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)

- Đề nghị sửa lại tiêu đề khoản 3.4 cho phù hợp với điểm b khoản 3.1.2.

4. Đối với nội dung xác định chi phí phát sinh do thay đổi mô hình bệnh tật, đối tượng người có thể bảo hiểm y tế và thay đổi số lượt khám bệnh, chữa bệnh (C7)

- Tại khoản 7.3, đề nghị bổ sung trường hợp sau:

“Trường hợp chọn mã bệnh chính không chính xác, không tương đồng giữa 2 năm, cơ sở khám bệnh, chữa bệnh thống nhất với cơ quan Bảo hiểm xã hội để điều chỉnh mã bệnh. Cơ sở khám bệnh, chữa bệnh gửi dữ liệu thay thế trước thời điểm hoàn thành báo cáo quyết toán quý hoặc năm và chịu trách nhiệm tính khớp đúng giữa dữ liệu với thông tin điều trị trong hồ sơ bệnh án;”

- Tại điểm d, khoản 7.3, mục 7 (C7): Đề nghị bỏ từ “loại 1, 2, 3” để các cơ sở KCB tự lựa chọn thực hiện phù hợp với thực tế tại cơ sở KCB.

- Tại điểm đ, khoản 7.3, mục 7 (C7): Đối với các trường hợp ghép tạng đề nghị ghép mã bệnh với phác đồ điều trị để phản ánh chính xác chi phí điều trị vì mỗi loại thuốc theo phác đồ khác nhau sẽ có sự chênh lệch chi phí lớn.

5. Đối với C10

- Đề nghị bổ sung hướng dẫn xác định chi phí phát sinh do kê đơn trên 30 ngày trong thời gian dịch bệnh COVID-19 như sau:

Trường hợp bệnh, loại bệnh có thời gian kê đơn ngoại trú trên 30 (ba mươi) ngày của năm, thì tách riêng các trường hợp kê đơn trên 30 ngày trong năm và xác định chi phí tăng hoặc giảm bằng $T_BH\text{TT}$ của người bệnh kê đơn trên 30 ngày của năm trừ (-) $T_BH\text{TT}$ của người bệnh kê đơn trên 30 ngày của năm trước liền kề.

Trên đây là ý kiến của Bộ Y tế về hệ số điều chỉnh do biến động về giá thuốc, hóa chất, vật tư y tế và dự thảo hướng dẫn cách xác định tổng mức thanh toán chi phí KCB BHYT năm 2021 của BHXH Việt Nam. Đề nghị BHXH Việt Nam nghiên cứu, hướng dẫn về kỹ thuật nghiệp vụ để BHXH tỉnh thực hiện. Đối với một số bệnh viện có thuyết minh đặc thù, cơ quan BHXH phối hợp với cơ sở KCB xác định nguyên nhân, tổng hợp và gửi Bộ Y tế để thống nhất giải quyết. Trường hợp có vướng mắc phát sinh, kịp thời phản ánh về Bộ Y tế để thống nhất thực hiện.

Nơi nhận:

- Như trên;
- Bộ trưởng (để báo cáo);
- Các đ/c Thứ trưởng;
- Bộ Tài chính;
- Sở Y tế các tỉnh, Tp trực thuộc TƯ;
- Các Vụ/Cục: KH-TC, PC, KCB, QLD, YDCT;
- Lưu: VT, BH.

**KT. BỘ TRƯỞNG
THỨ TRƯỞNG**



Trần Văn Thuận