

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 $QUY_{DS_{tq}}$) của năm giao quỹ được tính theo công thức như sau:

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

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:

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

Trong đó:

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

- $T_TT\text{ĐS}$ tỉnh = Tổng cộng $T_TT\text{ĐS}$ của toàn bộ các cơ sở thực hiện khám bệnh, chữa bệnh theo định suất của tỉnh;

- $T_TT\text{ĐS}$ 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 $\text{The } Q\text{Đ}_{\text{tỉnh}}$) = 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)].

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

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;

- $\text{The } \text{ĐKBĐ}$ năm giao quỹ_{tỉnh*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;

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

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

Trong đó:

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

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

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.

Điều 5. Suất phí cơ bản toàn quốc

1. Suất phí cơ bản toàn quốc của năm giao quỹ (sau đây viết tắt là $SPCB_{tq}$) được tính theo công thức như sau:

$$SPCB_{tq} = \frac{QUY_ĐS_{tq}}{\text{The } TĐ_{tq}}$$

Trong đó:

a) $QUY_ĐS_{tq}$ thực hiện theo quy định tại khoản 1 Điều 4 Thông tư này;

b) $\text{The } TĐ_{tq}$ là số thẻ tương đương toàn quốc của năm giao quỹ bằng tổng số thẻ tương đương của tất cả các tỉnh năm giao quỹ.

2. Số thẻ tương đương năm giao quỹ của tỉnh = (Số thẻ tương đương nội tỉnh năm giao quỹ của tỉnh) + (Số thẻ tương đương đa tuyến đến ngoại tỉnh của năm giao quỹ của tỉnh).

a) Số thẻ tương đương nội tỉnh năm giao quỹ của tỉnh bằng tổng số thẻ tương đương nội tỉnh theo 6 nhóm tuổi được quy định tại khoản 2 Điều 2 Thông tư này năm giao quỹ của tỉnh đó. Số thẻ tương đương nội tỉnh của năm giao quỹ nhóm tuổi i của tỉnh (sau đây viết tắt

là The TĐ nội tỉnh nhóm i năm giao quỹ) được tính theo công thức như sau:

$$\text{The TĐ nội tỉnh nhóm } i \text{ năm giao quỹ} = \frac{\text{Số lượt nội tỉnh nhóm } i_{\text{tỉnh ntlk}}}{\text{The QĐ nhóm } i_{\text{tỉnh ntlk}}} \times \frac{\text{The QĐ nhóm } i_{\text{tỉnh năm giao quỹ}}}{\text{The QĐ nhóm } i_{\text{tỉnh ntlk}}} \times \frac{\text{Hệ số quy đổi lượt nhóm } i_{\text{toàn quốc năm giao quỹ}}}{\text{The QĐ nhóm } i_{\text{tỉnh ntlk}}}$$

Trong đó:

- Số lượt nội tỉnh nhóm $i_{\text{tỉnh ntlk}}$ là số lượt của người bệnh nhóm tuổi i có thể bảo hiểm y tế đăng ký khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế ban đầu tại tỉnh (không bao gồm thẻ bảo hiểm y tế do tỉnh khác phát hành) đi khám bệnh, chữa bệnh tại các cơ sở trên địa bàn của tỉnh của năm trước liền kề;

- The QĐ nhóm $i_{\text{tỉnh ntlk}}$ là số thẻ quy đổi nhóm tuổi i của năm trước liền kề của tỉnh;

- The QĐ nhóm $i_{\text{tỉnh năm giao quỹ}}$ là số thẻ quy đổi nhóm tuổi i của năm giao quỹ của tỉnh;

- Hệ số quy đổi lượt nhóm $i_{\text{toàn quốc năm giao quỹ}}$ là hệ số quy đổi lượt nhóm tuổi i toàn quốc của năm giao quỹ.

b) Số thẻ tương đương đa tuyến đến ngoại tỉnh của tỉnh bằng tổng số thẻ tương đương đa tuyến đến của 6 nhóm tuổi theo quy định tại khoản 2 Điều 2 Thông tư này.

$$\text{Số thẻ tương đương đa tuyến đến nhóm tuổi } i \text{ của tỉnh năm giao quỹ} = \frac{\text{Số lượt khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế ngoại trú đa tuyến đến nhóm tuổi } i \text{ của tỉnh năm trước liền kề}}{\text{Số lượt khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế ngoại trú đa tuyến đến nhóm tuổi } i \text{ của tỉnh năm trước liền kề}} \times \frac{\text{Hệ số quy đổi lượt toàn quốc nhóm tuổi } i \text{ của năm giao quỹ}}{\text{Số lượt khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế ngoại trú đa tuyến đến nhóm tuổi } i \text{ của tỉnh năm trước liền kề}}$$

c) Hệ số quy đổi lượt toàn quốc theo nhóm tuổi i (sau đây viết tắt là $HSQ\Delta L_{ti}$) của năm giao quỹ được tính theo công thức như sau:

$$HSQ\Delta L_{ti} = \frac{\text{Chi phí bình quân trên một lượt nhóm tuổi } i \text{ của toàn quốc của năm trước liền kề}}{\text{Chi phí bình quân trên một lượt khám bệnh chữa bệnh của toàn quốc của năm trước liền kề}}$$

Trong đó:

$$\text{Chi phí bình quân trên một lượt nhóm tuổi } i \text{ của toàn quốc của năm trước liền kề} = \frac{T_BHTT \text{ để thanh toán cho nhóm tuổi } i \text{ của năm trước liền kề của toàn quốc}}{\text{Tổng lượt khám bệnh, chữa bệnh nhóm tuổi } i \text{ của toàn quốc của năm trước liền kề}}$$

Chi phí bình quân trên một lượt khám bệnh của toàn quốc năm trước liền kề

T_BHTT để thanh toán cho 6 nhóm tuổi của toàn quốc năm trước liền kề

Tổng số lượt khám bệnh, chữa bệnh của toàn bộ các nhóm tuổi của toàn quốc của năm trước liền kề

Điều 6. Quỹ định suất tỉnh

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

$$QUY_ĐS_{tỉnh} = SPCB_{tq} \times \frac{\text{Số thẻ tương đương của năm giao quỹ của tỉnh}}{\text{Số thẻ tương đương của năm giao quỹ của tỉnh}} \times k1_{tỉnh} \times k2_{đctqtq} \times k3_{tỉnh}$$

Trong đó:

a) SPCB_{tq} thực hiện theo quy định tại khoản 1 Điều 5 Thông tư này;

b) Số thẻ tương đương năm giao quỹ của tỉnh thực hiện theo quy định tại khoản 2 Điều 5 Thông tư này;

c) k1_{tỉnh} là hệ số điều chỉnh chi phí của tỉnh theo chi phí bình quân chung toàn quốc và bảo đảm quỹ định suất tạm tính của tỉnh theo hệ số k = k1 (chưa bao gồm hệ số k2) không vượt quá 110% (một trăm mười phần trăm) hoặc nhỏ hơn 90% (chín mươi phần trăm) khi có cùng một số lượng thẻ quy đổi như nhau của tỉnh, k1_{tỉnh} được tính theo công thức như sau:

$$k1_{tỉnh} = \frac{TLHS \times CPBQ \text{ thẻ } TĐ_{tỉnh ntlk} + (1-TLHS) \times CPBQ \text{ thẻ } TĐ_{tq ntlk}}{CPBQ \text{ thẻ } TĐ_{tq ntlk}}$$

Trong đó:

- TLHS là tỷ lệ áp dụng hệ số chi phí thực hiện theo lộ trình quy định tại khoản 2 Điều 15 Thông tư này.

- CPBQ thẻ TĐ_{tỉnh ntlk} là chi phí bình quân trên một thẻ tương đương của năm trước liền kề của tỉnh được tính theo công thức như sau:

$$CPBQ \text{ thẻ } TĐ_{tỉnh ntlk} = \frac{T_TTĐS \text{ tỉnh năm trước liền kề}}{\text{Số thẻ tương đương của năm trước liền kề của tỉnh}}$$

- CPBQ thẻ TĐ_{tỉnh ntlk} là chi phí bình quân trên một thẻ tương đương của toàn quốc của năm trước liền kề được tính theo công thức như sau:

$$\text{CPBQ thẻ TĐ}_{\text{tq ntlk}} = \frac{\text{T_TTĐS toàn quốc năm trước liền kề}}{\text{Số thẻ tương đương năm trước liền kề của toàn quốc}}$$

d) $k2_{\text{đctqtq}}$ là hệ số điều chỉnh để tổng quỹ định suất giao cho các tỉnh của toàn quốc bằng tổng quỹ định suất toàn quốc được tính theo công thức như sau:

$$k2_{\text{đctqtq}} = \frac{\text{QUY_ĐS}_{\text{tq}}}{\sum_{j=1}^n (\text{QUY_ĐS}_{\text{tỉnh tt } j})}$$

Trong đó:

- n là số lượng các tỉnh thực hiện giao quỹ khám bệnh, chữa bệnh theo định suất;
- $\text{QUY_ĐS}_{\text{tq}}$ thực hiện theo quy định tại khoản 1 Điều 4 Thông tư này;
- $\text{QUY_ĐS}_{\text{tỉnh tt}}$ là quỹ định suất tạm tính của tỉnh được tính theo hệ số $k1$ và đã điều chỉnh bảo đảm không vượt quá 110% (một trăm mười phần trăm) hoặc không nhỏ hơn 90% (chín mươi phần trăm) so với T_TTĐS tỉnh của năm trước liền kề trên cùng một lượng thẻ quy đổi như nhau (chưa bao gồm hệ số $k2$) của tỉnh;
- j là số thứ tự tỉnh thứ j, trong đó j có giá trị từ 1 đến n tương ứng với số lượng các tỉnh thực hiện giao quỹ khám bệnh, chữa bệnh theo định suất.

đ) $k3_{\text{tỉnh}}$ là hệ số điều chỉnh khác của tỉnh, $k3_{\text{tỉnh}}$ áp dụng bằng 1 trong năm đầu tiên thực hiện. Các năm tiếp theo do Bộ trưởng Bộ Y tế quy định. Trường hợp không có quy định thì $k3_{\text{tỉnh}}$ áp dụng bằng 1.

2. Quỹ định suất tỉnh chưa bao gồm chi phí tăng hoặc giảm do các yếu tố chính sách thay đổi. Việc xác định chi phí tăng hoặc giảm do các yếu tố chính sách thay đổi thực hiện theo thông báo của Bộ Y tế. Trường hợp không có thông báo của Bộ Y tế, chi phí tăng giảm do các yếu tố chính sách thay đổi được tính bằng không.

3. Quỹ định suất của tỉnh sẽ được phân bổ hết cho các cơ sở trong năm giao quỹ.

Điều 7. Suất phí cơ bản tỉnh

1. Suất phí cơ bản tỉnh của năm giao quỹ (sau đây viết tắt là $\text{SPCB}_{\text{tỉnh}}$) được tính theo công thức như sau:

$$\text{SPCB}_{\text{tỉnh}} = \frac{\text{QUY_ĐS}_{\text{tỉnh}}}{\text{The TĐ}_{\text{tỉnh}}}$$

Trong đó:

- a) $\text{QUY_ĐS}_{\text{tỉnh}}$ thực hiện theo quy định tại khoản 1 Điều 6 Thông tư này;
- b) $\text{The TĐ}_{\text{tỉnh}}$ là số thẻ tương đương của tỉnh năm giao quỹ.

2. Số thẻ tương đương toàn tỉnh của năm giao quỹ bằng tổng số thẻ tương đương của các cơ sở thực hiện định suất trong tỉnh của năm giao quỹ.

3. Số thẻ tương đương của cơ sở thực hiện định suất của năm giao quỹ = (Số thẻ tương đương khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế ban đầu tại cơ sở của năm giao quỹ) + (Số thẻ tương đương đa tuyến đến của cơ sở của năm giao quỹ).

a) Số thẻ tương đương khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế ban đầu của cơ sở của năm giao quỹ bằng tổng số thẻ tương đương khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế ban đầu theo 6 nhóm tuổi theo quy định tại khoản 2 Điều 2 Thông tư này của năm giao quỹ của cơ sở.

Số thẻ tương đương khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế ban đầu nhóm tuổi i của năm giao quỹ của cơ sở được tính theo công thức như sau:

$$\text{Thẻ TĐ KCBBD cơ sở nhóm tuổi } i \text{ năm giao quỹ} = \frac{\text{Số Lượt KCBBD Nhóm } i_{\text{cơ sở ntlk}}}{\text{Thẻ QĐ nhóm } i_{\text{cơ sở ntlk}}} \times \frac{\text{Thẻ QĐ nhóm } i_{\text{cơ sở năm giao quỹ}}}{\text{Thẻ QĐ nhóm } i_{\text{cơ sở năm giao quỹ}}} \times \frac{\text{Hệ số quy đổi lượt nhóm } i \text{ toàn tỉnh năm giao quỹ}}{\text{Thẻ QĐ nhóm } i_{\text{cơ sở năm giao quỹ}}}$$

Trong đó:

- Số lượt KCBBD nhóm $i_{\text{cơ sở ntlk}}$ là số lượt của người bệnh nhóm tuổi i có thẻ bảo hiểm y tế đăng ký khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế ban đầu tại cơ sở và khám bệnh, chữa bệnh tại chính cơ sở đó của năm trước liền kề;

- Thẻ QĐ nhóm $i_{\text{cơ sở ntlk}}$ là số thẻ quy đổi nhóm tuổi i của cơ sở của năm trước liền kề;

- Thẻ QĐ nhóm $i_{\text{cơ sở năm giao quỹ}}$ là số thẻ quy đổi nhóm tuổi i của cơ sở của năm giao quỹ;

- Hệ số quy đổi lượt nhóm i toàn tỉnh năm giao quỹ là hệ số quy đổi lượt nhóm tuổi i toàn tỉnh của năm giao quỹ. Hệ số quy đổi lượt toàn tỉnh theo nhóm tuổi i của năm giao quỹ được tính theo công thức như sau:

$$\text{Hệ số quy đổi lượt nhóm } i \text{ toàn tỉnh năm giao quỹ} = \frac{\text{Chi phí bình quân trên một lượt nhóm tuổi } i \text{ toàn tỉnh của năm trước liền kề}}{\text{Chi phí bình quân trên một lượt chung toàn bộ 6 nhóm tuổi toàn tỉnh của năm trước liền kề}}$$

Trong đó:

$$\text{Chi phí bình quân trên một lượt nhóm tuổi } i \text{ toàn tỉnh của năm trước liền kề} = \frac{\text{T_BHTT để thanh toán cho nhóm tuổi } i \text{ toàn tỉnh của năm trước liền kề}}{\text{Tổng lượt khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế nhóm tuổi } i \text{ toàn tỉnh của năm trước liền kề}}$$

$$\text{Chi phí bình quân trên một lượt chung các nhóm tuổi toàn tỉnh năm trước liền kề} = \frac{T_BHTT \text{ toàn tỉnh của năm trước liền kề}}{\text{Tổng số lượt khám bệnh, chữa bệnh của các nhóm tuổi của toàn tỉnh của năm trước liền kề}}$$

b) Số thẻ tương đương đa tuyến đến của cơ sở của năm giao quỹ bằng tổng số thẻ tương đương đa tuyến đến của 6 nhóm tuổi theo quy định tại khoản 2 Điều 2 Thông tư này.

Số thẻ tương đương đa tuyến đến nhóm tuổi i của cơ sở của năm giao quỹ = (Số lượt khám bệnh, chữa bệnh đa tuyến đến theo nhóm tuổi i của cơ sở của năm trước liền kề) x (Hệ số quy đổi lượt toàn tỉnh theo nhóm tuổi i của năm giao quỹ được quy định tại điểm a khoản này).

Điều 8. Quỹ định suất cơ sở

1. Quỹ định suất cơ sở của năm giao quỹ được tính theo công thức như sau:

$$\text{Quỹ định suất cơ sở} = \text{SPCB}_{\text{tỉnh}} \times \frac{\text{Số thẻ tương đương của cơ sở của năm giao quỹ}}{\text{Số thẻ tương đương của cơ sở của năm giao quỹ}} \times k1_{\text{cơ sở}} \times k2_{\text{đctq tỉnh}} \times k3_{\text{cơ sở}}$$

Trong đó:

a) $\text{SPCB}_{\text{tỉnh}}$ thực hiện theo quy định tại khoản 1 Điều 7 Thông tư này;

b) Số thẻ tương đương của cơ sở của năm giao quỹ thực hiện theo quy định tại khoản 3 Điều 7 Thông tư này;

c) $k1_{\text{cơ sở}}$ là hệ số điều chỉnh chi phí của cơ sở theo chi phí bình quân chung toàn tỉnh và bảo đảm quỹ định suất tạm tính theo hệ số $k = k1$ (chưa có hệ số $k2$) không vượt quá 110% hoặc nhỏ hơn 90% khi có cùng một số lượng thẻ quy đổi như nhau của cơ sở. $k1_{\text{cơ sở}}$ được tính theo công thức như sau:

$$k1_{\text{cơ sở}} = \frac{\text{TLHS} \times \text{CPBQ thẻ TĐ}_{\text{cơ sở ntlk}} + (1 - \text{TLHS}) \times \text{CPBQ thẻ TĐ}_{\text{tỉnh ntlk}}}{\text{CPBQ thẻ TĐ}_{\text{tỉnh ntlk}}}$$

Trong đó:

- TLHS là tỷ lệ áp dụng hệ số chi phí thực hiện theo lộ trình quy định tại khoản 2 Điều 15 Thông tư này.

- $\text{CPBQ thẻ TĐ}_{\text{cơ sở ntlk}}$ là chi phí bình quân trên một thẻ tương đương của năm trước liền kề của tỉnh được tính theo công thức như sau:

$$\text{CPBQ thể } \text{Đ}_{\text{cơ sở ntlk}} = \frac{\text{T_TTĐS cơ sở}}{\text{Số thẻ tương đương của cơ sở của năm trước liền kề}}$$

d) $k_{2\text{đctqtinh}}$ là hệ số điều chỉnh để tổng quỹ định suất giao cho các cơ sở của toàn tỉnh bằng tổng quỹ định suất của tỉnh được tính theo công thức như sau:

$$k_{2\text{đctqtinh}} = \frac{\text{QUY_ĐS}_{\text{tinh}}}{\sum_{j=1}^n (\text{QUY_ĐS}_{\text{cơ sở tt } j})}$$

+ n là số lượng các cơ sở thực hiện thanh quyết toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế theo định suất trên địa bàn toàn tỉnh;

+ $\text{QUY_ĐS}_{\text{tinh}}$ thực hiện theo quy định tại Điều 6 Thông tư này;

+ $\text{QUY_ĐS}_{\text{cơ sở tt}}$ là quỹ định suất tạm tính của cơ sở được tính theo hệ số k của cơ sở bằng k1 và đã điều chỉnh để bảo đảm không vượt quá 110% hoặc không nhỏ hơn 90% so với chi phí năm trước liền kề trên cùng một lượng thẻ quy đổi như nhau (chưa bao gồm hệ số k2) của cơ sở đó;

+ j là số thứ tự cơ sở thứ j, trong đó j có giá trị từ 1 đến n tương ứng với số lượng các cơ sở thực hiện thanh quyết toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế theo định suất trên địa bàn toàn tỉnh.

đ) $k_{3\text{cơ sở}}$ là hệ số điều chỉnh khác của cơ sở, $k_{3\text{cơ sở}}$ áp dụng bằng 1 trong năm đầu tiên thực hiện. Các năm tiếp theo do Sở Y tế chủ trì phối hợp với cơ quan Bảo hiểm xã hội tỉnh quy định. Trường hợp không có quy định thì $k_{3\text{cơ sở}}$ áp dụng bằng 1.

2. Quỹ định suất cơ sở chưa bao gồm chi phí tăng hoặc giảm do các yếu tố chính sách thay đổi. Việc xác định chi phí tăng hoặc giảm do các yếu tố chính sách thay đổi thực hiện theo thông báo của Bộ Y tế. Trường hợp không có thông báo của Bộ Y tế, chi phí tăng giảm do các yếu tố chính sách thay đổi được tính bằng không.

Chương III

GIAO, TẠM ỨNG, QUYẾT TOÁN QUỸ ĐỊNH SUẤT

Điều 9. Giao quỹ định suất đối với tỉnh

1. Trước ngày 15 tháng 01 của năm giao quỹ, Bảo hiểm xã hội Việt Nam có trách nhiệm thông báo cho Bảo hiểm xã hội các tỉnh về:

a) Quỹ định suất tỉnh được tạm giao của năm giao quỹ sau khi thống nhất với Bộ Y tế. Việc xác định quỹ định suất tạm giao thực hiện theo quy định tại khoản 2 Điều này;

b) Quỹ định suất tỉnh của năm trước liền kề năm giao quỹ.

2. Quỹ định suất tạm giao đầu năm của tỉnh được xác định theo quy định tại Điều 6 Thông tư này, trong đó các số liệu được tạm tính như sau:

a) Quỹ định suất toàn quốc năm trước liền kề được quyết toán tạm tính bằng tổng quỹ định suất toàn quốc tạm giao của năm trước liền kề;

b) Suất phí cơ bản toàn quốc tạm giao đầu năm = (95% (chín mươi lăm phần trăm) quỹ định suất toàn quốc tạm tính ở điểm a khoản này) : (Số thẻ tương đương toàn quốc quy định tại điểm b khoản 1 Điều 5 Thông tư này);

c) Số thẻ quy đổi của năm trước liền kề của từng tỉnh tạm tính trên số thẻ đã phát hành của cơ quan bảo hiểm xã hội của năm trước liền kề của từng tỉnh đã được quy đổi theo hệ số quy đổi thẻ toàn quốc;

d) Số lượt, T_BHTT tỉnh của năm trước liền kề được tạm tính bằng số lượt, số chỉ khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế ngoại trú trong phạm vi định suất mà cơ sở đã đề nghị trên Hệ thống thông tin giám định bảo hiểm y tế của năm trước liền kề của tỉnh;

đ) T_TTĐS tỉnh của năm trước liền kề được tạm tính bằng quỹ định suất tạm giao cả năm trước liền kề đã được điều chỉnh vào quỹ IV của năm trước liền kề của tỉnh;

e) Số thẻ quy đổi năm giao quỹ của từng tỉnh tạm tính bằng số thẻ tham gia bảo hiểm y tế trong quý I của năm giao quỹ của từng tỉnh đã quy đổi theo hệ số quy đổi thẻ toàn quốc.

Điều 10. Giao quỹ định suất đối với cơ sở

1. Căn cứ thông báo về quỹ định suất tỉnh tạm giao theo quy định tại khoản 1 Điều 9 Thông tư này, trước ngày 30 tháng 01 của năm giao quỹ, Bảo hiểm xã hội tỉnh có trách nhiệm thông báo cho cơ sở về:

a) Quỹ định suất cơ sở được tạm giao của năm giao quỹ sau khi thống nhất với Sở Y tế. Việc xác định quỹ định suất tạm giao cho từng cơ sở trên địa bàn theo quy định tại khoản 3 Điều này;

b) Quỹ định suất cơ sở của năm trước liền kề năm giao quỹ.

2. Căn cứ quỹ định suất tạm giao của từng cơ sở, Bảo hiểm xã hội tỉnh có trách nhiệm giao quỹ định suất cho từng cơ sở theo từng quý với mức và thời hạn sau đây:

a) Giao quỹ của quý I trước ngày 30 tháng 01 của năm giao quỹ với số tiền bằng 22% (hai mươi hai phần trăm) của quỹ định suất tạm giao;

b) Giao quỹ của quý II trước ngày 15 tháng 04 của năm giao quỹ với số tiền bằng 24% (hai mươi bốn phần trăm) của quỹ định suất tạm giao;

c) Giao quỹ của quý III trước ngày 15 tháng 07 của năm giao quỹ với số tiền bằng 27% (hai mươi bảy phần trăm) của quỹ định suất tạm giao;

d) Giao quỹ của quý IV trước ngày 15 tháng 10 của năm giao quỹ với số tiền bằng 27% (hai mươi bảy phần trăm) của quỹ định suất tạm giao.

3. Quỹ định suất tạm giao đầu năm cho cơ sở được xác định theo quy định tại Điều 8 Thông tư này, trong đó các số liệu được tạm tính như sau:

a) Quỹ định suất tỉnh tạm tính bằng tổng quỹ định suất tỉnh được thông báo đầu năm;

b) Suất phí cơ bản tỉnh = (95% (chín mươi lăm phần trăm) quỹ định suất tỉnh tạm giao đầu năm) : (Số thẻ tương đương toàn tỉnh quy định tại khoản 2 Điều 7 Thông tư này);

c) Số thẻ quy đổi của năm trước liền kề của từng cơ sở tạm tính trên số thẻ đã phát hành của cơ quan bảo hiểm xã hội của năm trước liền kề đã được quy đổi theo hệ số quy đổi thẻ toàn tỉnh;

d) Số lượt, T_BHTT cơ sở của năm trước liền kề được tạm tính bằng số lượt, số chỉ khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế ngoại trú trong phạm vi định suất mà cơ sở đã đề nghị trên Hệ thống thông tin giám định bảo hiểm y tế của năm trước liền kề của cơ sở;

đ) T_TTĐS cơ sở của năm trước liền kề được tạm tính bằng quỹ định suất tạm giao cả năm của năm trước liền kề đã được điều chỉnh vào quý IV của năm trước liền kề của cơ sở;

e) Số thẻ quy đổi năm giao quỹ của từng cơ sở tạm tính bằng số thẻ đăng ký khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế ban đầu trong quý I của năm giao quỹ và được quy đổi theo hệ số quy đổi thẻ của tỉnh.

Điều 11. Quyết toán quỹ định suất đối với cơ sở

1. Quỹ định suất cơ sở được quyết toán hàng quý theo số được giao cơ sở quy định tại khoản 2 Điều 10 Thông tư này.

2. Quỹ định suất cơ sở cả năm được quyết toán bằng số quỹ được xác định tại Điều 8 Thông tư này khi cơ sở bảo đảm đồng thời các tỷ lệ sau đây:

a) Tỷ lệ chuyển vào điều trị nội trú trong phạm vi định suất không lớn hơn năm trước liền kề;

b) Tần suất đa tuyến đi của người bệnh đăng ký khám bệnh, chữa bệnh ban đầu không lớn hơn năm trước liền kề;

c) Tỷ lệ chuyển tuyến của người bệnh đa tuyến đến đi khám bệnh, chữa bệnh ngoại trú tại tuyến tỉnh và tuyến trung ương trong phạm vi định suất năm giao quỹ không lớn hơn năm trước liền kề;

3. Trường hợp cơ sở không đáp ứng quy định tại khoản 2 Điều này thì quỹ định suất cơ sở cả năm được quyết toán = (số quỹ được xác định theo quy định tại Điều 8 Thông tư này) - (số tiền phải khấu trừ được xác định theo quy định tại Điều 12 và Điều 13 Thông tư này tương ứng với tỷ lệ tăng).

Ví dụ:

- Nếu cơ sở bị tăng tỷ lệ chuyển vào điều trị nội trú thì số tiền khấu trừ được xác định theo quy định tại Điều 12 Thông tư này;

- Nếu cơ sở bị tăng tần suất đa tuyến đi của người bệnh đăng ký khám bệnh, chữa bệnh ban đầu thì số tiền khấu trừ được xác định theo quy định tại khoản 1 Điều 13 Thông tư này;

- Nếu cơ sở bị tăng tỷ lệ chuyển vào điều trị nội trú và tăng cả tần suất đa tuyến đi của người bệnh đăng ký khám bệnh, chữa bệnh ban đầu thì số tiền khấu trừ bằng tổng số tiền

được theo quy định tại Điều 12 Thông tư này và số tiền được xác định theo quy định tại khoản 1 Điều 13 Thông tư này.

4. Số kinh phí chênh lệch giữa quỹ định suất tạm giao của các quý I, II, III với số kinh phí của quỹ định suất được quyết toán cả năm của cơ sở được quỹ bảo hiểm y tế điều chỉnh vào kỳ quyết toán quỹ định suất quý IV.

5. Trường hợp cơ sở dùng hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế ngoại trú trong năm thực hiện thì số tiền quyết toán quỹ định suất tương ứng với thời gian thực hiện định suất.

6. Trường hợp quỹ định suất giao trong năm thực hiện lớn hơn chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế đã thực hiện (kết dư quỹ định suất):

a) Số tiền kết dư quỹ định suất được giữ lại tối đa tại cơ sở là 20% (hai mươi phần trăm) tổng quỹ định suất được giao cả năm của cơ sở và được đưa vào tính quỹ định suất của cơ sở cho năm sau. Phần kết dư còn lại sau khi cơ sở giữ lại 20% (nếu có) sẽ được chuyển về quỹ định suất tỉnh và không được đưa vào tính quỹ định suất của cơ sở cho năm sau;

b) Cơ sở hạch toán số tiền kết dư quy định tại điểm a khoản này vào nguồn thu của cơ sở. Việc quản lý, sử dụng phần kết dư này thực hiện theo quy định của pháp luật;

c) Nếu quỹ định suất cơ sở bao gồm cả chi phí khám bệnh, chữa bệnh của các cơ sở trực thuộc thì cơ sở có trách nhiệm trích một phần tiền trong số tiền dư của cơ sở được giữ lại cho cơ sở trực thuộc. Sở Y tế chủ trì phối hợp với Bảo hiểm xã hội tỉnh hướng dẫn trích phần kết dư cho từng cơ sở trực thuộc cho phù hợp với điều kiện thực tế từng địa phương.

7. Trường hợp quỹ định suất được giao nhỏ hơn số kinh phí chi cho khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế trong phạm vi định suất (cơ sở bị bội chi quỹ định suất) thì cơ sở tự cân đối trong nguồn thu của cơ sở theo quy định.

Chương IV

CHỈ SỐ GIÁM SÁT THỰC HIỆN ĐỊNH SUẤT

Điều 12. Quy định về tỷ lệ điều trị nội trú

1. Tỷ lệ điều trị nội trú được xác định theo công thức như sau:

$$\text{Tỷ lệ điều trị nội trú} = \frac{\text{Số lượt điều trị nội trú của năm (n) của cơ sở}}{\text{Số thẻ quy đổi của năm (n) của cơ sở}}$$

Riêng đối với các cơ sở tuyến tỉnh và tuyến trung ương, số lượt điều trị nội trú chỉ tính những trường hợp là người bệnh có đăng ký khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế ban đầu tại cơ sở.

Trường hợp cơ sở thực hiện thanh toán theo phương thức định suất có tỷ lệ chuyển vào điều trị nội trú của năm giao quỹ vượt quá tỷ lệ chuyển vào điều trị nội trú của năm trước liền kề, mỗi lượt vượt quá mức sẽ bị giảm trừ đi số tiền tương ứng với chi phí trung bình lượt điều trị nội trú bảo hiểm y tế của cơ sở.

2. Số lượt điều trị nội trú vượt quá mức được tính theo công thức như sau:

$$\text{Số lượt điều trị nội trú vượt quá mức} = \left(\frac{\text{Tỷ lệ điều trị nội trú của năm giao quỹ}}{\text{Tỷ lệ điều trị nội trú của năm trước liên kế}} - 1 \right) \times \text{Số thẻ quy đổi của năm giao quỹ của cơ sở}$$

Điều 13. Quy định về tỷ lệ đa tuyến đi và tỷ lệ chuyển tuyến

1. Tỷ lệ đa tuyến đi của người bệnh đăng ký khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế ban đầu (sau đây viết tắt là tỷ lệ đa tuyến đi) tại cơ sở trong một năm (ký hiệu là n) bằng (=) số lượt khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế của người có thẻ bảo hiểm y tế đăng ký khám bệnh, chữa bệnh ban đầu tại cơ sở đi khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế trong phạm vi định suất tại cơ sở khác (không gồm trường hợp đi khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế tại các cơ sở tuyến huyện trong tỉnh) của năm (n) chia (:) số thẻ quy đổi của năm (n) của cơ sở.

Số lượt đa tuyến đi vượt quá tỷ lệ đa tuyến đi của năm trước được tính theo công thức như sau:

$$\text{Số lượt đa tuyến đi vượt quá tỷ lệ đa tuyến đi của năm trước} = \left(\frac{\text{Tỷ lệ đa tuyến đi của năm giao quỹ}}{\text{Tỷ lệ đa tuyến đi của năm trước liên kế năm giao quỹ}} - 1 \right) \times \text{Số thẻ quy đổi của năm giao quỹ}$$

Trường hợp cơ sở thực hiện thanh toán theo phương thức định suất có tỷ lệ đa tuyến đi vượt quá tỷ lệ đa tuyến đi của năm trước liên kế, mỗi lượt vượt quá mức sẽ bị khấu trừ đi số tiền tương ứng với chi phí trung bình một lượt khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế ngoại trú trong phạm vi định suất của các trường hợp đa tuyến đi trong năm giao quỹ của cơ sở.

2. Tỷ lệ chuyển tuyến của người bệnh đa tuyến đến tại cơ sở của năm (n) được tính theo công thức như sau:

$$\text{Tỷ lệ chuyển tuyến của người bệnh đa tuyến đến tại cơ sở của năm (n)} = \frac{\text{Số lượt người bệnh đa tuyến đến của cơ sở tiếp tục được chuyển tuyến đi khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế ngoại trú tại cơ sở tuyến tỉnh và tuyến trung ương trong phạm vi định suất của năm (n)}}{\text{Số lượt người bệnh đa tuyến đến của năm (n) của cơ sở}}$$

Trong đó:

$$\text{Số lượt chuyển tuyến vượt quá tỷ lệ chuyển tuyến của năm trước} = \left(\frac{\text{Tỷ lệ chuyển tuyến của năm giao quỹ}}{\text{Tỷ lệ chuyển tuyến của năm trước liên kế}} - 1 \right) \times \text{Số lượt khám bệnh, chữa bệnh đa tuyến đến của năm giao quỹ}$$

Riêng đối với các cơ sở tuyến tỉnh và tuyến trung ương không áp dụng tỷ lệ chuyển tuyến của người bệnh đa tuyến đến.

Trường hợp cơ sở thực hiện thanh toán theo phương thức định suất có tỷ lệ chuyển tuyến vượt quá tỷ lệ chuyển tuyến của năm trước liền kề, mỗi lượt tăng quá mức sẽ bị khấu trừ đi số tiền tương ứng với chi phí trung bình một lượt khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế ngoại trú trong phạm vi định suất của các trường hợp chuyển tuyến đi trong năm giao quỹ của cơ sở.

3. Các cơ sở nhận người bệnh khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế từ cơ sở khác chuyển tuyến đến khi chuyển dữ liệu lên Hệ thống thông tin giám định bảo hiểm y tế phải có đủ thông tin mã nơi cơ sở khám bệnh, chữa bệnh chuyển người bệnh đến (MA_NOI_CHUYEN) theo quy định tại bảng 1 Phụ lục ban hành kèm theo Quyết định số 4210/QĐ-BYT ngày 20 tháng 9 năm 2017 của 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 khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế. Trong trường hợp hồ sơ đề nghị thanh toán bảo hiểm y tế theo chuyển đúng tuyến mà không có mã thông tin mã nơi cơ sở khám bệnh, chữa bệnh chuyển đến này thì hồ sơ đó không được coi là trường hợp chuyển đúng tuyến và được thanh toán theo quy định hiện hành về trường hợp chuyển không đúng tuyến.

Chương V

ĐIỀU KHOẢN THI HÀNH

Điều 14. Hiệu lực thi hành

Thông tư này có hiệu lực thi hành từ ngày 01 tháng 7 năm 2021.

Điều 15. Điều khoản chuyển tiếp và lộ trình thực hiện

1. Quỹ định suất của năm 2021 được tính từ ngày 01 tháng 01 năm 2021, trong đó các số liệu để tính toán quỹ định suất năm 2021 được thực hiện theo các quy định sau đây:

a) Số thẻ tương đương của cơ sở, của tỉnh do tăng hoặc giảm thẻ quy đổi xác định theo chênh lệch số thẻ quy đổi của năm 2021 so với năm 2019;

b) Tổng quỹ định suất toàn quốc năm 2021 theo quy định tại khoản 1 Điều 4 Thông tư này được tính theo công thức như sau:

$$\text{Tổng quỹ định suất toàn quốc năm 2021} = (\text{CP} \times \text{TL}) + \frac{\text{CP}}{\text{Số thẻ quy đổi năm 2019}} \times (\text{Số thẻ quy đổi năm 2021} - \text{Số thẻ quy đổi năm 2019})$$

Trong đó:

- CP là số chi khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế trong phạm vi định suất năm 2019 được quyết toán theo quy định của 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 Luật bảo hiểm y tế (sau đây viết tắt là Nghị định số 146/2018/NĐ-CP);

- TL là tỷ lệ chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế trong phạm vi định suất trong Tổng chi khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế thuộc trách nhiệm thanh toán của cơ quan bảo hiểm xã hội năm 2019.

c) T_BHTT của năm trước liền kề bằng T_BHTT của năm 2019;

d) T_TTĐS năm trước liền kề bằng T_BHTT của năm 2019;

đ) Các chỉ số giám sát đối với cơ sở được xác định theo số liệu của năm 2019, trong đó:

- Tỷ lệ đa tuyến đi, tỷ lệ chuyển đi của năm trước liền kề được xác định bằng tỷ lệ đa tuyến đi, tỷ lệ chuyển tuyến đi của năm 2019;

- Tỷ lệ chuyển vào điều trị nội trú của năm trước liền kề bằng (=) Số lượt khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế trong phạm vi định suất của năm 2019 của cơ sở chia (:) Số lượt khám bệnh, chữa bệnh khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế (bao gồm cả nội và ngoại trú) của năm 2019 của cơ sở.

2. Lộ trình thực hiện tỷ lệ áp dụng hệ số chi phí:

a) Năm 2021: tỷ lệ áp dụng hệ số chi phí bằng 80% (tám mươi phần trăm);

b) Từ năm 2022: Thực hiện theo thông báo của Bộ Y tế. Trường hợp không thông báo thì tiếp tục áp dụng bằng tỷ lệ áp dụng hệ số chi phí năm trước liền kề.

Điều 16. Điều khoản tham chiếu

Trường hợp các văn bản dẫn chiếu trong Thông tư này được thay thế hoặc sửa đổi, bổ sung thì thực hiện theo văn bản được thay thế hoặc sửa đổi, bổ sung đó.

Điều 17. Trách nhiệm thi hành

1. Trách nhiệm của Bộ Y tế:

a) Kiểm tra, đối soát trước khi giao quỹ định suất cho các tỉnh về kết quả tính toán quỹ định suất toàn quốc, các chỉ số, hệ số giao quỹ, các hệ số khác có liên quan đến giao quỹ định suất của Bảo hiểm xã hội Việt Nam đối với các tỉnh dựa trên số liệu thực tế đã sử dụng;

b) Quy định và thông báo hệ số $k_{3\text{tỉnh}}$;

c) Chủ trì, phối hợp với Bảo hiểm xã hội Việt Nam tính toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế trong phạm vi định suất khi có sự tác động của các yếu tố chính sách liên quan đến thanh quyết toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế;

d) Chỉ đạo các cơ sở thực hiện nghiêm túc các quy định về chuyên môn, thực hiện đồng bộ các giải pháp để bảo đảm việc sử dụng quỹ định suất hợp lý, an toàn và hiệu quả;

đ) Tổ chức triển khai, kiểm tra, thanh tra, giám sát, đánh giá, tổng kết việc tổ chức thực hiện Thông tư này trên phạm vi toàn quốc.

2. Trách nhiệm của Bảo hiểm xã hội Việt Nam:

a) Chủ trì tính quỹ định suất toàn quốc, hệ số quy đổi, hệ số giao quỹ, các hệ số khác có liên quan đến việc phân bổ, giao quỹ định suất của các tỉnh; thống nhất với Bộ Y tế trước khi thông báo quỹ định suất cho các tỉnh;

b) Cung cấp cho Bộ Y tế các số liệu sử dụng tính toán, cách tính toán, phân bổ, giao quỹ định suất để thực hiện kiểm tra, đối soát;

c) Trường hợp tổng chi phí trong phạm vi quỹ định suất toàn quốc năm giao quỹ lớn hơn tổng quỹ định suất toàn quốc đã giao, Bảo hiểm xã hội Việt Nam tổng hợp, báo cáo theo quy định tại khoản 6 Điều 25 Nghị định số 146/2018/NĐ-CP;

d) Thông báo quỹ định suất cho các tỉnh;

đ) Chỉ đạo Bảo hiểm xã hội tỉnh:

- Triển khai thực hiện phương thức thanh toán theo định suất được quy định, hướng dẫn tại Thông tư này;

- Chủ trì, phối hợp với Sở Y tế xác định các chỉ số: số thẻ bảo hiểm y tế đăng ký khám bệnh, chữa bệnh ban đầu, hệ số quy đổi thẻ, suất phí cơ bản của tỉnh, hệ số giao quỹ của từng cơ sở và các hệ số có liên quan khác theo hướng dẫn của Bộ Y tế và Bảo hiểm xã hội Việt Nam;

- Phối hợp với các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế trong tổ chức thực hiện theo quy định tại Thông tư này;

- Phối hợp với Sở Y tế trong việc kiểm tra, giám sát, bảo đảm quyền lợi cho người bệnh có thẻ bảo hiểm y tế, giám sát hoạt động thực hiện Thông tư này đối với các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh thực hiện thanh toán theo định suất, giải quyết các vướng mắc phát sinh trong quá trình thực hiện theo thẩm quyền;

- Phối hợp với Sở Y tế hướng dẫn các cơ sở ký hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh theo phương thức định suất xử lý kết dư hoặc bội chi quỹ định suất (nếu có) cho các cơ sở trực thuộc.

e) Xây dựng phương pháp giám định phù hợp với phương thức thanh toán theo định suất, hướng dẫn Bảo hiểm xã hội tỉnh thực hiện và kiểm tra, giám sát, bảo đảm quyền lợi cho người bệnh có thẻ bảo hiểm y tế.

3. Trách nhiệm của Ủy ban nhân dân cấp tỉnh:

Chỉ đạo, giải quyết kịp thời các khó khăn, vướng mắc thuộc nhiệm vụ, quyền hạn của mình trong quá trình thực hiện chính sách, pháp luật về bảo hiểm y tế và các nội dung liên quan đến Thông tư này.

4. Trách nhiệm của Sở Y tế:

a) Chỉ đạo các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế trên địa bàn tổ chức thực hiện Thông tư này;

b) Kiểm tra, đối soát trước khi giao quỹ định suất cho các cơ sở về kết quả tính toán quỹ định suất tỉnh và việc giao quỹ định suất của Bảo hiểm xã hội tỉnh đối với các cơ sở dựa trên số liệu thực tế đã sử dụng;

c) Phối hợp với Bảo hiểm xã hội tỉnh xác định các chỉ số: số thẻ bảo hiểm y tế đăng ký khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế ban đầu, hệ số quy đổi thẻ, suất phí cơ bản của tỉnh, hệ số giao quỹ của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh và các hệ số có liên quan khác theo hướng dẫn của Bộ Y tế;

d) Chủ trì, phối hợp với Bảo hiểm xã hội tỉnh trong việc chỉ đạo các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh tổ chức triển khai thực hiện Thông tư này tại các phòng khám đa khoa, trạm y tế xã trực thuộc cơ sở;

đ) Chủ trì, phối hợp với Bảo hiểm xã hội tỉnh trong việc kiểm tra, giám sát, bảo đảm quyền lợi cho người bệnh có thẻ bảo hiểm y tế, giám sát hoạt động thực hiện Thông tư này đối với các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh thực hiện thanh toán theo định suất, giải quyết các vướng mắc phát sinh trong quá trình thực hiện theo thẩm quyền;

e) Chủ trì, phối hợp với Bảo hiểm xã hội tỉnh hướng dẫn các cơ sở ký hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh theo phương thức định suất xử lý kết dư hoặc bội chi quỹ định suất (nếu có) cho các cơ sở trực thuộc phù hợp thực tiễn của địa phương.

5. Trách nhiệm của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh:

a) Chỉ đạo các đơn vị, cá nhân thuộc quyền quản lý nghiên cứu, tổ chức thực hiện Thông tư này;

b) Bảo đảm quyền lợi cho người bệnh bảo hiểm y tế, cung ứng đầy đủ kịp thời thuốc, hóa chất, vật tư y tế trong phạm vi được hưởng của người tham gia bảo hiểm y tế;

c) Trường hợp dư quỹ định suất vượt quá 25% (hai mươi năm phần trăm) quỹ định suất được tạm giao đầu năm cơ sở phải có văn bản thuyết minh với Sở Y tế và Bảo hiểm xã hội tỉnh. Sở Y tế và Bảo hiểm xã hội tỉnh sẽ tổ chức giám định đánh giá chất lượng điều trị nhằm bảo đảm quyền lợi cho người tham gia bảo hiểm y tế;

d) Thực hiện việc mã hóa, trích chuyển dữ liệu điện tử liên quan đến thực hiện phương thức thanh toán định suất theo quy định;

đ) Thực hiện xử lý kết dư hoặc bội chi quỹ định suất theo hướng dẫn của Sở Y tế;

e) Phân bổ quỹ cho các cơ sở trực thuộc đó nhưng không vượt quá tổng số quỹ định suất đã được giao của cơ sở;

g) Chủ động sử dụng nguồn kinh phí đã được xác định trong năm để cung cấp các

dịch vụ y tế cho người bệnh có thể bảo hiểm y tế.

Trong quá trình thực hiện nếu có vướng mắc, bất cập đề nghị các cơ quan, đơn vị, tổ chức, cá nhân phản ánh kịp thời về Bộ Y tế (Vụ Kế hoạch - Tài chính) để được xem xét giải quyết./.

Nơi nhận:

- Ủy ban về các vấn đề xã hội của Quốc hội (để báo cáo);
- PTTgCP. Vũ Đức Đam (để báo cáo);
- BT Nguyễn Thanh Long (để báo cáo);
- Các Thứ trưởng (để phối hợp chỉ đạo);
- Văn phòng Chính phủ (Vụ KGVX, Công báo, Cổng TTĐT Chính phủ);
- Bộ Tư pháp (Cục Kiểm tra văn bản QPPL);
- Bộ Tài chính;
- Bảo hiểm xã hội Việt Nam;
- UBND các tỉnh, thành phố trực thuộc TW;
- Các đơn vị thuộc, trực thuộc Bộ Y tế;
- Sở Y tế các tỉnh, thành phố trực thuộc TW;
- Y tế các Bộ, ngành;
- Hiệp hội Bệnh viện tư nhân;
- Cổng Thông tin điện tử Bộ Y tế;
- Lưu: VT, PC, KHTC (05).

**KT. BỘ TRƯỞNG
THỨ TRƯỞNG**

Trần Văn Thuấn