

UBND TỈNH BÌNH PHƯỚC CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM
SỞ Y TẾ Độc lập – Tự do – Hạnh phúc

Số: 693 /SYT-NVY


Bình Phước, ngày 19 tháng 4 năm 2018

V/v hướng dẫn tạm thời xác định trần đa
tuyển đến năm 2017 và thông báo mức chi
phí bình quân làm căn cứ thanh toán đa
tuyển đến năm 2017.

Kính gửi: Các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh trong tỉnh.

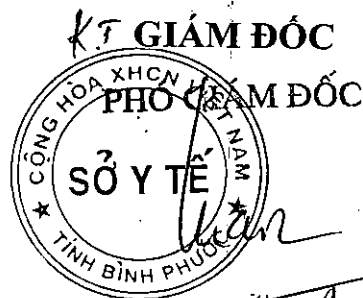
Sở Y tế nhận được Công văn số 209/BHXH-GĐYK ngày 03/4/2018 của Bảo hiểm xã hội tỉnh Bình Phước về việc hướng dẫn tạm thời xác định trần đa tuyển đến năm 2017 và Công văn số 212/BHXH-GĐYT ngày 03/4/2018 Bảo hiểm xã hội tỉnh Bình Phước về việc thông báo mức chi phí bình quân làm căn cứ thanh toán đa tuyển đến năm 2017 (Có Công văn gửi kèm).

Sở Y tế thông báo đến các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh trong tỉnh được biết và triển khai thực hiện.

Trân trọng! 

Nơi nhận:

- Như trên;
- Giám đốc SYT;
- Các Phó Giám đốc SYT;
- Các Phòng chức năng SYT;
- Trang Web SYT;
- Lưu VT, NVY.



Tê Anh Tuấn

BẢO HIỂM XÃ HỘI VIỆT NAM
BẢO HIỂM XÃ HỘI TỈNH BÌNH PHƯỚC

CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM
Độc lập – Tự do – Hạnh phúc

Số 212/BHXH-GĐYT

Bình Phước, ngày 03 tháng 4 năm 2018

V/v thông báo mức chi phí bình quân làm
căn cứ thanh toán đa tuyến đến năm 2017

Kính gửi:

- Bệnh viện đa khoa tỉnh Bình Phước;
- Bệnh viện Quân dân Y 16;
- Bệnh viện Y học cổ truyền tỉnh Bình Phước;
- Ban Bảo vệ, Chăm sóc sức khỏe cán bộ tỉnh Bình Phước;
- Bệnh viện đa khoa tư nhân Thánh Tâm;
- Các PKĐK tư nhân: 123 Hùng Vương, Hồng Lý, Tâm Việt, Sài Gòn, Thảo Tiên.

Căn cứ Thông tư liên tịch số 41/2014/TTLT-BYT-BTC ngày 24 tháng 11 năm 2014 của liên Bộ Y tế - Bộ Tài chính Hướng dẫn thực hiện bảo hiểm y tế;

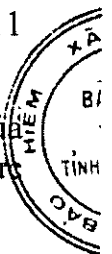
Căn cứ Quyết định số 1399/QĐ-BHXH ngày 22 tháng 12 năm 2014 của Tổng Giám đốc Bảo hiểm xã hội Việt Nam Ban hành quy định về tổ chức thực hiện bảo hiểm y tế (BHYT) trong khám bệnh, chữa bệnh;

Căn cứ Công văn số 1094/QĐ-BHXH ngày 30 tháng 03 năm 2018 của Tổng Giám đốc Bảo hiểm xã hội Việt Nam về việc hướng dẫn tạm thời cách xác định tổng mức thanh toán chi phí KCB BHYT đa tuyến đến 2017;

Ngày 03 tháng 04 năm 2018, Bảo hiểm xã hội Bình Phước có Công văn số 209/ BHXH-GĐYT về việc hướng dẫn tạm thời cách xác định trần đa tuyến đến 2017.

Nay, BHXH tỉnh Bình Phước thông báo đến các cơ sở khám, chữa bệnh KCB BHYT mức chi phí bình quân một lượt điều trị nội trú và một lượt KCB ngoại trú (toàn bệnh viện) của các trường hợp chuyển tuyến điều trị đến năm 2016 để làm căn cứ thanh toán đa tuyến đến năm 2017.

Mức chi phí bình quân được căn cứ vào số liệu thống kê tổng hợp từ chi phí KCB BHYT nội trú, ngoại trú phát sinh tại cơ sở KCB và được thẩm định năm 2016 (đã trừ chi phí vượt trần đa tuyến đến năm 2016, bổ sung chi phí tăng thêm tháng 01,02/2016 tại phụ lục II Công văn số 960/BHXH-GĐYT ngày 22 tháng 11 năm 2017 của Bảo hiểm xã hội Bình Phước về việc thống kê chi phí chênh lệch của tháng 01 và tháng 02 năm 2016 theo giá áp dụng từ 01/3/2016 tại Thông tư liên tịch số 37/2015/TTLT-BYT-BTC) và đã được điều chỉnh hệ số K (năm 2017 hệ số K được áp dụng là 1,012 đối với nhóm thuốc, hóa chất, dịch truyền và 1,0353 đối với nhóm dịch vụ y tế còn lại sau khi trừ chi phí vận chuyển, chi phí máu và chế phẩm của máu), cụ thể như sau:



Cơ sở khám, chữa bệnh	Bình quân một lượt KCB ngoại trú chuyên tuyến điều trị đến năm 2017 (đồng/lượt)	Bình quân một lượt điều trị nội trú chuyên tuyến điều trị đến năm 2017 (đồng/lượt)
BVĐK tỉnh Bình Phước	232.370	2.576.531
BV YHCT tỉnh Bình Phước	593.876	5.871.111
Bệnh viện Quân dân Y 16	149.244	1.421.811
BVĐK tư nhân Thánh Tâm	180.417	1.973.655
Ban BV, CSSKCB tỉnh	540.904	
PKĐK 123 Hùng Vương	159.175	
PKĐK Hồng Lý	132.086	
PKĐK Tâm Việt	144.678	
PKĐK Sài Gòn	154.405	
PKĐK Thảo Tiên	565.312	

(kèm theo bảng thống kê chi phí bình quân một lượt KCB BHYT ngoại trú, nội trú của bệnh nhân đa tuyến đến năm 2016 tại các cơ sở KCB BHYT).

Vậy, BHXH tỉnh Bình Phước thông báo để các cơ sở KCB BHYT được biết và phối hợp thực hiện đúng theo quy định. /.

Nơi nhận:

- Như trên;
- Giám đốc; Phó Giám đốc;
- Sở Y tế;
- Phòng KH-TC;
- Lưu: VT, GĐYT (02 bản)



PHÓ GIÁM ĐỐC
Lương Quang Vinh

Số: 200 /BHXH-GĐYT
V/v hướng dẫn tạm thời xác định trần đa
tuyển đến năm 2017

Bình Phước, ngày 05 tháng 4 năm 2018

Kính gửi:

- Bảo hiểm xã hội các huyện, thị xã;
- Các cơ sở khám, chữa bệnh bảo hiểm y tế.

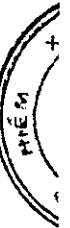
Thực hiện Công văn số 1094/BHXH-CSYT ngày 30 tháng 3 năm 2018 của Bảo hiểm xã hội Việt Nam về việc hướng dẫn tạm thời cách xác định tổng mức thanh toán chi phí KCB BHYT đa tuyển đến năm 2017 (Công văn số 1094/BHXH-CSYT); để kịp thời quyết toán chi phí khám, chữa bệnh bảo hiểm y tế (BHYT) năm 2017 Bảo hiểm xã hội (BHXH) tỉnh Bình Phước hướng dẫn BHXH các huyện, thị xã, các cơ sở khám, chữa bệnh BHYT thực hiện các nội dung sau:

1. Tính lại chi phí bình quân năm 2016 để xác định trần đa tuyển đến năm 2017

Căn cứ số liệu tại Phần C, Phụ lục II kèm theo Công văn số 960/BHXH-GĐYT ngày 22/11/2017 của BHXH tỉnh Bình Phước về việc thống kê chi phí chênh lệch của tháng 01 và tháng 02 năm 2016 theo giá áp dụng từ 01/3/2016 tại Thông tư liên tịch số 37/2015/TTLT-BYT-BTC đã được BHXH huyện và cơ sở khám, chữa bệnh phối hợp thực hiện, BHXH các huyện, thị xã xác định và thông báo lại chi phí bình quân các trường hợp chuyển đến khám, chữa bệnh tại các cơ sở khám, chữa bệnh năm 2016 để làm cơ sở tính trần đa tuyển đến năm 2017. Trong đó, hệ số k nhóm thuốc năm 2017 là 1,012, hệ số k nhóm dịch vụ y tế áp dụng cho DVYT còn lại sau khi trừ đi chi phí vận chuyển, chi phí máu là 1,0353.

2. Xác định tổng mức thanh toán đa tuyển đến trong năm 2017

Cách tính tổng mức thanh toán đa tuyển đến tại các cơ sở y tế thực hiện theo quy định của Thông tư liên tịch số 41/2014/TTLT-BYT-BTC ngày 24/11/2014 của liên Bộ Y tế, Tài chính và hướng dẫn tại Công văn số 1673/BHXH-CSYT ngày 08/5/2015, Công văn số 672/BHXH-CSYT ngày 01/3/2018 của Bảo hiểm xã hội Việt Nam. Theo đó trần đa tuyển đến được tính chung cho tất cả người bệnh có thẻ BHYT đăng ký khám, chữa bệnh ban đầu tại các cơ sở y tế khác chuyển đến hoặc tự đến và người bệnh đăng ký khám, chữa bệnh ban đầu tại cơ sở y tế đó nhưng thẻ BHYT do BHXH tỉnh khác phát hành (kể cả người có thẻ BHYT thuộc đối tượng của quân đội, công an, cơ yếu mã QN, CA, CY).



Chi phí vận chuyển, chi phí máu và chế phẩm máu, chi phí ngoài phạm vi BHYT của đối tượng QN, CA, CY được cơ quan BHXH giám định và thanh toán theo chi phí thực tế phát sinh trong kỳ, không tính trong trần đa tuyến đến.

3. Thanh toán và phân bổ chi phí khám bệnh, chữa bệnh đa tuyến đến năm 2017

Cơ quan BHXH thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh đa tuyến đến theo quy định tại Điểm b, Khoản 2, Điều 17 Quyết định số 1399/QĐ-BHXH.

Cuối năm, cơ quan BHXH thực hiện bù trừ thanh toán đa tuyến đến giữa các quý trong năm; điều chỉnh thanh toán đa tuyến đến phát sinh trong năm với cơ sở khám, chữa bệnh (lập Mẫu C81-HD, C82-HD: điều chỉnh thanh toán đa tuyến đến năm 2017).

Phân bổ chi phí đa tuyến đến thực hiện theo hướng dẫn tại Khoản 5 Công văn số 1673/BHXH-CSYT ngày 08/5/2015 của BHXH Việt Nam về việc hướng dẫn xác định, phân bổ, thanh quyết toán chi phí đa tuyến (thể hiện số liệu trên cột T_DATUYEN, T_VUOTTRAN của file dữ liệu định dạng excel 79b_HD, 80b_HD). Cụ thể như sau:

- Phân bổ chi phí đa tuyến đến được thực hiện lần lượt theo thứ tự các quý vượt trần lũy kế trong năm. Chi phí đa tuyến đến của từng người bệnh bằng tỷ lệ phân bổ đa tuyến nhân (x) với phần chi phí khám bệnh, chữa bệnh BHYT đã được giám định đưa vào quyết toán.

- Tỷ lệ phân bổ đa tuyến bằng chi phí đã chấp nhận thanh toán chi (:) cho tổng chi phí khám bệnh, chữa bệnh BHYT đã được giám định (thống nhất lấy sau số thập phân 04 chữ số).

4. Thẩm định, xác định nguyên nhân, báo cáo chi phí vượt trần đa tuyến đến năm 2017

Ngay sau khi thực hiện điều chỉnh thanh toán đa tuyến đến năm 2017, BHXH trực tiếp ký hợp đồng hướng dẫn các cơ sở khám, chữa bệnh BHYT xác định và báo cáo nguyên nhân vượt trần đa tuyến đến năm 2017 (nếu có). Chi phí vượt trần do nguyên nhân khách quan được thanh, quyết toán ngoài trần đa tuyến đến xác định theo hướng dẫn tại phụ lục ban hành kèm theo Công văn số 1094/BHXH-CSYT ngày 30/3/2018 của BHXH Việt Nam.

Các cơ sở khám, chữa bệnh BHYT vượt trần đa tuyến đến năm 2017 thực hiện báo cáo bằng văn bản kèm theo toàn bộ hồ sơ, số liệu thuyết minh theo từng nguyên nhân. Cơ sở khám, chữa bệnh BHYT phải có cam kết số liệu cung cấp là đúng và hoàn toàn chịu trách nhiệm trước pháp luật về tính chính xác của số liệu. Cơ quan BHXH trực tiếp ký hợp đồng thẩm định và lập mẫu biểu số 10/BHYT ban hành kèm theo Quyết định số 1399/QĐ-BHXH.

Đề nghị BHXH các huyện, thị xã khẩn trương tổ chức thực hiện các nội dung nêu trên và báo cáo về BHXH tỉnh trước ngày 09/4/2018. Trong quá trình

HO HIE
XA HI
BINH

thực hiện nếu có vướng mắc báo cáo về BHXH tỉnh Bình Phước (Phòng Giám định BHYT; điện thoại: 02713870723) để được hướng dẫn./.

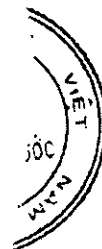
(BHXH tỉnh gửi kèm các công văn hướng dẫn của BHXH Việt Nam: Công văn số 1094/BHXH-CSYT ngày 30/3/2018, Công văn số 672/BHXH-CSYT ngày 01/3/2018, Công văn số 1673/BHXH-CSYT ngày 08/5/2015). *lv*

Nơi nhận:

- Như trên;
- UBND tỉnh (để báo cáo);
- Giám đốc; Phó Giám đốc;
- Sở Y tế (phối hợp chi đạo);
- Phòng KH-TC;
- Lưu: VT, GĐYT (02 bản) *lv*



PHÓ GIÁM ĐỐC
Lương Quang Vinh



Số: 1094 /BHXH-CSYT
V/v hướng dẫn tạm thời cách xác định tổng mức
thanh toán chi phí KCB BHYT đa tuyến
đến 2017

Hà Nội, ngày 30 tháng 3 năm 2018

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 17/3/2017, Bảo hiểm xã hội (BHXH) Việt Nam có Công văn số 877/BHXH-CSYT gửi Bộ Y tế, Bộ Tài chính đề nghị cho ý kiến về hệ số k để xác định tổng mức thanh toán chi phí KCB BHYT đa tuyến đến (trần đa tuyến đến) năm 2017. Do chưa có sự thống nhất giữa các bộ, ngành nên ngày 09/02/2018 Bộ Y tế đã có Công văn số 902/BYT-BH gửi Chính phủ xin ý kiến chỉ đạo. Đồng thời, ngày 12/3/2018 BHXH Việt Nam có Công văn số 786/BHXH-CSYT báo cáo Chính phủ về vấn đề này.

Trong thời gian chờ ý kiến chỉ đạo của Chính phủ, căn cứ ý kiến kết luận của Bộ trưởng Bộ Y tế và Tổng Giám đốc BHXH Việt Nam tại cuộc họp giao ban định kỳ giữa 2 ngành ngày 11/3/2018, để kịp thời quyết toán chi phí khám, chữa bệnh (KCB) bảo hiểm y tế (BHYT) năm 2017, BHXH Việt Nam tạm thời hướng dẫn việc điều chỉnh trần đa tuyến đến năm 2017 cho các cơ sở y tế như sau:

1. Cách tính trần đa tuyến đến tại các cơ sở y tế thực hiện theo quy định tại Thông tư liên tịch số 41/2014/TTLT-BYT-BTC ngày 24/11/2014 của liên Bộ Y tế, Bộ Tài chính và hướng dẫn của BHXH Việt Nam tại Công văn số 1673/BHXH-CSYT ngày 08/5/2015, Công văn số 672/BHXH-CSYT ngày 01/3/2018 (gửi kèm). Theo đó, trần đa tuyến đến được tính chung cho tất cả người bệnh có thẻ BHYT đăng ký KCB ban đầu tại cơ sở y tế khác chuyển đến hoặc tự đến và người bệnh đăng ký KCB ban đầu tại cơ sở y tế đó nhưng thẻ BHYT do BHXH tỉnh khác phát hành (kể cả người có thẻ BHYT thuộc đối tượng của quân đội, công an, cơ yếu mã QN, CA, CY).

Trần đa tuyến đến không bao gồm chi phí của người có thẻ BHYT đăng ký KCB ban đầu tại Trạm y tế xã, y tế cơ quan tương đương tuyến xã đến KCB tại cơ sở y tế ký hợp đồng để tổ chức KCB tại trạm y tế xã, y tế cơ quan đó.

Trần đa tuyến đến được bù trừ giữa ngoại trú và nội trú.

2. Chi phí vận chuyển, chi phí máu và chế phẩm máu, chi phí ngoài phạm vi BHYT của đối tượng QN, CA, CY được cơ quan BHXH giám định và thanh toán theo chi phí thực tế, không tính trong trần đa tuyến đến.

3. Chỉ số giá (hệ số k) nhóm thuốc năm 2016 áp dụng cho năm 2017 là 1,012 theo thông báo của Tổng cục Thống kê tại Công văn số 172/TCKT-TKG ngày 08/3/2017. Hệ số k nhóm thuốc áp dụng cho chi phí thuốc, hóa chất, dịch truyền. Hệ số k nhóm dịch vụ y tế (DVYT) năm 2017 tạm thời áp dụng bằng chỉ số giá tiêu dùng chung của năm 2017 là 1,0353. Hệ số k nhóm DVYT áp dụng cho chi phí của các DVYT còn lại không bao gồm chi phí vận chuyển, chi phí máu và chế phẩm của máu.

4. Chi phí bình quân năm 2016 làm cơ sở tính trần đa tuyến đến năm 2017 được quy đổi đủ theo giá DVYT mới quy định tại Thông tư liên tịch số 37/2015/TTLT-BYT-BTC (Thông tư số 37) ngày 29/10/2015 của liên Bộ Y tế, Bộ Tài chính.

Các cơ sở y tế áp dụng giá DVYT có lương (giá 1/7) trong năm 2016 đủ 01 tháng trở lên, thực hiện: quy đổi theo giá 1/7.

Các cơ sở y tế chưa áp dụng giá DVYT có lương trong năm 2016 hoặc đã áp dụng giá DVYT có lương chưa đủ 01 tháng, thực hiện: quy đổi theo giá có phụ cấp phẫu thuật, thủ thuật, tiền trực chưa cơ cấu tiền lương (giá 1/3). Phần chi phí DVYT tăng thêm do chênh lệch giữa giá 1/7 và 1/3 phát sinh trong năm 2017 được thanh toán ngoài trần đa tuyến đến.

Phương pháp quy đổi: chi phí DVYT quy đổi năm 2016 tính bằng số lượng của từng DVYT đã sử dụng trong năm 2016 nhân với giá DVYT quy đổi, hoặc tính bằng tổng số chi DVYT theo giá cũ nhân với hệ số điều chỉnh giá (được tính bằng tổng chi phí DVYT tính theo giá mới/tổng chi phí DVYT tính theo giá cũ).

Ví dụ 1: Bệnh viện A áp dụng giá DVYT có lương từ 15/8/2016, với tổng số tiền DVYT trong năm 2016 là 3.910 triệu đồng, gồm: Số tiền DVYT trong tháng 1, 2/2016 là 400 triệu đồng; Từ 01/3/2016 đến 15/08/2016 áp dụng giá 1/3 là 1.690 triệu đồng (nếu tính theo giá cũ là 1.300 triệu đồng); Từ 16/8/2016 đến 31/12/2016 áp dụng giá 1/7 là 1.820 triệu đồng (nếu tính theo giá cũ là 1.040 triệu đồng). Hệ số điều chỉnh giá 1/7 là 1.820 triệu đồng: 1.040 triệu đồng = 1,75.

Số tiền DVYT năm 2016 quy đổi theo giá 1/7 tính bằng số lượng từng DVYT năm 2016 của Bệnh viện A nhân với giá 1/7. Hoặc tính theo hệ số điều chỉnh giá 1/7 bằng: $(400+1.300) \times 1,75 + 1.820 = 4.795$ triệu đồng.

Ví dụ 2: Bệnh viện B áp dụng giá DVYT có lương từ 21/4/2017, với tổng số tiền DVYT năm 2016 là 3.442 triệu đồng, gồm: Số tiền DVYT trong tháng 1, 2/2016 là 400 triệu đồng, từ 1/3/2016 đến 31/12/2016 là 3.042 triệu đồng (nếu tính theo giá cũ là 2.340 triệu đồng). Hệ số điều chỉnh giá 1/3 là 3.042 triệu đồng: 2.340 triệu đồng = 1,3.

Số tiền DVYT năm 2016 quy đổi theo giá 1/3 tính bằng số lượng từng DVYT năm 2016 nhân với giá 1/3. Hoặc tính theo hệ số điều chỉnh giá 1/3 bằng: $400 \times 1,3 + 3.042 = 3.562$ triệu đồng. Chi phí tăng thêm trong năm 2017 do

chênh lệch giữa giá 1/7 và giá 1/3 được cơ quan BHXH thẩm định thanh toán ngoài trần đa tuyến đến.

5. Trường hợp chi phí phát sinh do thay đổi giá dịch vụ KCB, ứng dụng DVYT mới, thuốc mới hoặc thay đổi chức năng nhiệm vụ của cơ sở y tế theo quyết định của cấp có thẩm quyền, BHXH tinh thực hiện thẩm định thanh toán ngoài trần đa tuyến đến.

Phương pháp thẩm định, xác định các khoản chi là nguyên nhân khách quan được thanh toán ngoài trần đa tuyến đến tại Phụ lục kèm theo.

Trường hợp cơ sở y tế sử dụng vượt trần đa tuyến đến thì không được quỹ BHYT thanh toán phần chi phí tăng thêm theo đúng quy định tại Khoản 6, Điều 11, Thông tư liên tịch số 41/2014/TTLT-BYT-BTC ngày 24/11/2014 của liên Bộ Y tế, Bộ Tài chính.

6. Các đơn vị lần đầu ký hợp đồng khám chữa bệnh BHYT: Trần đa tuyến đến xác định theo hướng dẫn tại Điểm a, Khoản 2, Điều 17 Quy định về tổ chức thực hiện BHYT trong KCB ban hành kèm theo Quyết định số 1399/QĐ-BHXH ngày 22/12/2014 của BHXH Việt Nam, trong đó số tiền DVYT được tính quy đổi theo giá mới như hướng dẫn tại Điểm 4, Công văn này.

Đề nghị BHXH các tỉnh khẩn trương tổ chức thực hiện theo hướng dẫn tạm thời của BHXH Việt Nam tại công văn này. Khi có ý kiến chỉ đạo chính thức của Chính phủ, BHXH Việt Nam sẽ thông báo và hướng dẫn cụ thể để BHXH các tỉnh điều chỉnh (nếu có). Trong quá trình thực hiện nếu có vướng mắc báo cáo về BHXH Việt Nam để được hướng dẫn giải quyết. / P

Nơi nhận:

- Như trên;
- PTTg Vương Đình Huệ;
- PTTg Vũ Đức Đam;
- CT HĐQT BHXH VN; (để báo cáo)
- VPCP, BYT, BTC;
- Tổng Giám đốc;
- Các Phó Tổng Giám đốc;
- Các đơn vị: TCKT, DVT, TTKT, KTNB, GĐB, GĐN;
- Lưu: VT, CSYT (6 bản)

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



Phạm Lương Sơn

Phụ lục:

Phương pháp thẩm định, xác định các khoản chi là nguyên nhân khách quan được thanh toán ngoài trần đa tuyến đến

(Kèm theo Công văn số 1094/BHXH-CSYT ngày 30/3/2018 của BHXH Việt Nam)

BHXH địa phương căn cứ báo cáo của cơ sở y tế kèm theo toàn bộ hồ sơ, số liệu thuyết minh theo từng nguyên nhân; các quyết định phê duyệt của cơ quan có thẩm quyền, văn bản liên quan để thẩm định xác định các khoản chi là nguyên nhân khách quan được thanh toán ngoài trần đa tuyến đến gồm:

1. Thay đổi giá dịch vụ y tế

Chi phí phát sinh do thay đổi giá dịch vụ khám bệnh, chữa bệnh trong năm 2017 tính ngoài trần đa tuyến đến chỉ áp dụng với các cơ sở y tế áp dụng giá DVYT có lương trong tháng 12/2016 hoặc trong năm 2017; không áp dụng đối với các cơ sở y tế áp dụng giá DVYT có lương trong năm 2016 trên 01 tháng đã quy đổi chi phí DVYT năm 2016 đủ theo giá DVYT có lương để tính trần đa tuyến.

Cách tính: Số tiền tăng thêm của một kỹ thuật bằng số lượng dịch vụ nhân với (x) phần chênh lệch giữa đơn giá mới và đơn giá cũ đã điều chỉnh theo CPI.

Ví dụ: Bệnh viện A năm 2017 được Điều chỉnh giá của 3 dịch vụ kỹ thuật, tổng chi phí tăng thêm của bệnh nhân đa tuyến đến đã sử dụng các dịch vụ trên được thống kê theo Bảng 1 như sau:

Bảng 1. Thống kê các dịch vụ kỹ thuật điều chỉnh giá

TT	Tên dịch vụ kỹ thuật Điều chỉnh giá	Số lần thực hiện	Đơn giá mới	Đơn giá cũ	Chênh lệch đã Điều chỉnh theo CPI	Chi phí tăng thêm	Ghi chú (ghi từ ngày thực hiện)
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6) = (4) - (5) x 1,0353	(7) = (3) x (6)	(8)
1	Đặt sonde JJ niệu quản	200	2.000.000	1.500.000	447.050	89.410.000	Từ ngày 1/5/2017
2	Thời gian Prothrombin bằng máy bán tự động	3.000	25.000	10.000	14.647	43.941.000	Từ ngày 1/5/2017
3	CT Scanner	150	500.000	600.000	-121.180	-18.177.000	Từ ngày 1/4/2017
Cộng chi phí tăng thêm						115.174.000	

2. Thực hiện dịch vụ kỹ thuật mới:

2.1. Trường hợp xét nghiệm, chẩn đoán hình ảnh và thủ thuật (không sử dụng vật tư y tế thay thế), được thực hiện theo phương pháp mới:

Số tiền tăng thêm của một dịch vụ bằng số lượng nhân (x) với phần chênh lệch giữa đơn giá theo phương pháp mới và đơn giá theo phương pháp cũ (không điều chỉnh theo CPI).

Bảng 2. Thống kê các xét nghiệm, chẩn đoán hình ảnh và thủ thuật (không sử dụng vật tư y tế thay thế) thực hiện theo phương pháp mới

TT	Tên dịch vụ kỹ thuật mới	Số lần	Đơn giá phương pháp mới	Đơn giá phương pháp cũ	Chênh lệch	Chi phí tăng thêm
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)=(4)-(5)	(7)= (3) x (6)
1	Chụp X quang số hóa (1 phim)	1.100	36.000	20.000	16.000	17.600.000

2.2. Trường hợp thủ thuật có sử dụng vật tư y tế thay thế hoặc phẫu thuật, thực hiện theo phương pháp mới (đổi thay thế phương pháp cũ)

Số tiền tăng thêm được xác định theo chi phí bình quân một đợt điều trị đã sử dụng các phẫu thuật, thủ thuật đó. Trong đó chi phí tăng thêm bằng số lượt điều trị theo phương pháp mới nhân (x) với phần chênh lệch giữa chi phí bình quân một đợt điều trị theo phương pháp mới và chi phí bình quân một đợt điều trị theo phương pháp cũ năm trước (đã điều chỉnh CPI).

Bảng 3. Thống kê các thủ thuật (có sử dụng vật tư y tế thay thế)/ phẫu thuật thực hiện theo phương pháp mới

TT	Tên dịch vụ kỹ thuật mới	Số lần	Chi phí BQ đợt điều trị phương pháp mới	Chi phí BQ đợt điều trị phương pháp cũ (đã điều chỉnh CPI)	Chênh lệch	Chi phí tăng thêm
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)=(4)-(5)	(7)= (3) x (6)
1	Phẫu thuật nội soi cắt dạ dày	75	6.500.000	8.500.000	-2.000.000	-150.000.000
2	Phẫu thuật kết hợp xương bằng nẹp vít	20	15.000.000	6.000.000	9.000.000	180.000.000
Cộng chi phí tăng thêm						30.000.000

2.3. Trường hợp thủ thuật, phẫu thuật là phương pháp mới hoàn toàn thì số tiền tăng thêm bằng chi phí bình quân một đợt điều trị theo phương pháp mới và chi phí bình quân chung một đợt điều trị năm trước (đã điều chỉnh theo CPI).

**Bảng 4. Thống kê các thủ thuật (có sử dụng vật tư y tế thay thế)/
phẫu thuật mới hoàn toàn**

TT	Tên dịch vụ kỹ thuật mới	Số lần	Chi phí BQ đợt điều trị PT,TT mới hoàn toàn	CPBQ năm trước (đã điều chỉnh CPI)	Chênh lệch	Chi phí tăng thêm
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)=(4)-(5)	(7)= (3) x (6)
1	Phẫu thuật tạo hình thực quản	18	7.200.000	5.000.000	2.200.000	39.600.000
2					
Cộng chi phí tăng thêm						39.600.000

3. Sử dụng thuốc và VTYT mới

- Thuốc và VTYT mới được bổ sung, điều chỉnh trong danh mục thanh toán BHYT ban hành kèm theo Thông tư do Bộ Y tế ban hành trong năm 2017 (nếu có);

- Thuốc và VTYT mới sử dụng đối với các trường hợp cơ sở y tế mới được phê duyệt: DVKT vượt tuyến hoặc đơn vị mới được nâng hạng bệnh viện **nhưng năm 2016 chưa sử dụng**. Chi xem xét với các thuốc và VTYT mới thực sự cần thiết, được sử dụng hợp lý trong điều trị, phù hợp với bệnh lý.

- Số tiền tăng thêm của một thuốc mới bằng số lượng sử dụng nhân với đơn giá thanh toán BHYT của thuốc đó.

Ví dụ: Trong năm 2017, Bệnh viện A có sử dụng thêm 3 loại thuốc mới do được nâng hạng bệnh viện. Số tiền tăng thêm do sử dụng thuốc mới tính như sau:

Bảng 5. Thống kê các thuốc mới sử dụng

STT	Tên thuốc mới	Tên hoạt chất và số thứ tự thuốc TT 40	Số lượng	Đơn vị tính	Đơn giá	Chi phí tăng thêm
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)= (4) x (6)
1	Galvus 50mg	Vildagliptin - 812	1.000	Viên	8.200	8.200.000
2	Janumet 50mg/1000mg	Sitagliptin/Metformin -811/807	20.000	Viên	10.600	212.000.000
3	Xarelto 15mg	Rivaroxaban -450	1.500	Viên	58.000	87.000.000
Cộng chi phí tăng thêm						307.200.000

4. Cơ sở khám chữa bệnh thành lập khoa, phòng mới hoặc thay đổi chức năng, nhiệm vụ của cơ sở y tế theo quyết định của cấp có thẩm quyền

4.1. Cơ sở khám chữa bệnh thành lập khoa mới và xác định trần đa tuyến đến theo mức chi bình quân chung toàn viện, vượt trần đa tuyến đến do khoa mới có mức chi bình quân đợt điều trị cao hơn mức chi bình quân chung toàn viện thì xác định trần riêng của khoa đó như đối với cơ sở y tế ký hợp đồng lần đầu theo hướng dẫn tại Điểm a, Khoản 2, Điều 17 Quyết định số 1399/QĐ-BHXH. Trường hợp không xác định được chi phí bình quân năm trước theo chuyên khoa tương ứng của cơ sở y tế cùng tuyến chuyên môn kỹ thuật trên địa bàn thì lấy chi phí bình quân chung năm trước của toàn bệnh viện để xác định trần, phần vượt lên sẽ xem xét theo các nguyên nhân đã được hướng dẫn tại Phụ lục này.

4.2. Cơ sở khám, chữa bệnh năm 2017 được bổ sung nhân lực, trang thiết bị nên mở rộng phạm vi, quy mô hoạt động, số lượng bệnh nhân phẫu thuật hoặc can thiệp tim mạch có sử dụng vật tư y tế được thanh toán ngoài giá dịch vụ, bệnh nhân điều trị ung thư bằng các phương pháp hóa trị, xạ trị, bệnh nhân trong các chương trình quản lý bệnh mạn tính tăng cao so với năm trước dẫn đến vượt trần thì thực hiện tính bổ sung phần chi phí tăng thêm như sau:

Chi phí tăng thêm bằng tổng phần chi tăng thêm của các nhóm trên và số chi điều chỉnh của những bệnh nhân khác (các trường hợp còn lại), trong đó: Phần chi tăng thêm của các nhóm trên bằng số lượt bệnh nhân đến trong năm 2017 nhân (x) với phần chênh lệch giữa chi phí bình quân một đợt điều trị của nhóm đó năm 2016 (đã điều chỉnh theo CPI) và mức chi phí bình quân chung năm 2016 (đã điều chỉnh theo CPI). Số chi điều chỉnh của các bệnh nhân khác được tính tương tự số chi tăng thêm của các nhóm trên.

Ví dụ: Bệnh viện A năm 2017 có bổ sung nhân lực, trang thiết bị tại khoa ngoại, đồng thời được giao thực hiện chương trình quản lý bệnh nhân tiểu đường nên số lượt bệnh nhân được phẫu thuật tại khoa ngoại và số bệnh nhân tiểu đường tăng cao. Năm 2016, số chi bình quân chung toàn viện đã điều chỉnh CPI (M_{bqc}) là 2.124.760 đồng. Số chi tăng thêm bằng 353.359.880 đồng, được xác định theo bảng 6 dưới đây:

Bảng 6. Thống kê chi phí tăng thêm do thay đổi chức năng nhiệm vụ

Nhóm dịch vụ	Năm 2016		Năm 2017		Số chi tăng thêm/Điều chỉnh
	Số lượt	BQ lượt điều trị đã điều chỉnh CPI áp dụng 2017	Số lượt	Tổng chi phí	
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6) = [(3) - M_{bqc}] x (4)
Phẫu thuật	30	4.741.200	80	540.000.000	209.315.200
Tiểu đường	30	5.268.000	100	700.000.000	314.324.000
Các trường hợp còn lại	200	1.053.600	115	161.000.000	(123.183.400)
Cộng	300	$M_{bqc} = 2.124.760$	385	1.401.000.000	400.455.800

Do số phẫu thuật tạo hình thực quản đã được tính chi phí tăng thêm tại Bảng 4, nên số tiền tăng thêm do nguyên nhân tại mục này phải giảm trừ số tiền của 18 lượt đã được tính tại Bảng 4 là: $18 \times (4.741.200 - M_{bqc}) = 18 \times (4.741.200 - 2.124.760) = 47.095.920$.

Do đó số tiền tăng thêm = $400.455.800 - 47.095.920 = 353.359.880$ đồng

5. Do dịch bệnh bùng phát

Trường hợp trên địa bàn xuất hiện dịch bệnh: chi phí Điều trị dịch bệnh đó được thanh toán ngoài trần đa tuyến đến và không tính vào tổng chi để xác định mức trần năm sau.

Đề nghị cơ sở KCB cung cấp quyết định công bố dịch của cơ quan có thẩm quyền hoặc có văn bản chỉ đạo của Sở Y tế về công tác phòng dịch; danh sách bệnh nhân BHYT mắc bệnh dịch đó điều trị tại cơ sở và chi phí thuộc phạm vi BHYT thanh toán./.