

Số: 2246.../BVĐKĐG-TCKT

Hà Nội, ngày 17 tháng 11 năm 2023

V/v Ban hành bảng giá dịch vụ khám
bệnh, chữa bệnh thuộc phạm vi thanh
toán của Quỹ bảo hiểm y tế

Kính gửi: Các khoa, phòng thuộc Bệnh viện đa khoa Đức Giang

Căn cứ Thông tư số 22/2023/TT-BYT ngày 17/11/2023 của Bộ Y tế về việc quy định thống nhất giá dịch vụ khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế giữa các bệnh viện cùng hạng trên toàn quốc và hướng dẫn áp dụng giá, thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh trong một số trường hợp;

Căn cứ Quyết định số: 1367.../QĐ-BVĐKĐG ngày 17 tháng 11 năm 2023 của Giám đốc Bệnh viện đa khoa Đức Giang về việc ban hành bảng giá dịch vụ khám bệnh, chữa bệnh thuộc phạm vi thanh toán của Quỹ bảo hiểm y tế tại Bệnh viện đa khoa Đức Giang;

Ban Giám đốc bệnh viện thông báo tới tất cả các khoa, phòng thuộc bệnh viện đa khoa Đức Giang về việc ban hành bảng giá dịch vụ khám bệnh, chữa bệnh thuộc phạm vi thanh toán của Quỹ bảo hiểm y tế theo Thông tư 22/2023/TT-BYT ngày 17/11/2023 của Bộ Y tế về việc quy định thống nhất giá dịch vụ khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế giữa các bệnh viện cùng hạng trên toàn quốc và hướng dẫn áp dụng giá, thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh trong một số trường hợp

Giao nhiệm vụ cho các phòng như sau:

- Phòng Kế hoạch tổng hợp cập nhật danh mục theo Thông tư 43/2013/TT-BYT ngày 11/12/2013 của Bộ Y tế quy định chi tiết phân tuyến chuyên môn kỹ thuật đối với hệ thống cơ sở khám bệnh, chữa bệnh.

- Phòng Tài chính kế toán căn cứ danh mục, áp giá theo hướng dẫn của Thông tư số 22/2023/TT-BYT ngày 17/11/2023 của Bộ Y tế thay thế cho Thông tư số 39/2018/TT-BYT ngày 30/11/2018 và Thông tư số 13/2019 TT-BYT ngày



05/07/2019. Đóng quyển bảng giá chuyên các khoa/phòng thực hiện;

- Phòng Công nghệ thông tin rà soát và cập nhật danh mục, giá mới trên phần mềm bệnh viện;

- Phòng Hành chính quản trị căn cứ bảng giá do phòng kế toán cung cấp, thiết kế và treo công khai bảng giá tại bệnh viện;

- Giao nhiệm vụ cho phòng Công tác xã hội làm công tác truyền thông, quảng bá tới người bệnh trên website, bảng tin, thông báo của bệnh viện.

Bảng giá dịch vụ khám bệnh, chữa bệnh thuộc phạm vi thanh toán của Quỹ bảo hiểm y tế tại Bệnh viện đa khoa Đức Giang thay đổi có hiệu lực thi hành từ 0h00 ngày 17/11/2023.

Đề nghị các đ/c Trưởng, phó khoa/phòng phổ biến cho CBCNV khoa, phòng mình nắm bắt và nghiêm túc thực hiện đúng những nội dung trong thông báo này./.

Nơi nhận:

- Như trên

- Lưu: VT; TCKT, KHTH



GIÁM ĐỐC
Nguyễn Văn Thường



BỘ Y TẾ

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

Số: 22 /2023/TT-BYT

Hà Nội, ngày 17 tháng 11 năm 2023

THÔNG TƯ

Quy định thống nhất giá dịch vụ khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế giữa các bệnh viện cùng hạng trên toàn quốc và hướng dẫn áp dụng giá, thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh trong một số trường hợp

Căn cứ Luật Khám bệnh, chữa bệnh số 40/2009/QH12 ngày 23 tháng 11 năm 2009;

Căn cứ Luật Giá số 11/2012/QH 12 ngày 20 tháng 6 năm 2012;

Căn cứ Luật Bảo hiểm y tế số 25/2008/QH12 ngày 14 tháng 11 năm 2008 đã được sửa đổi, bổ sung bởi Luật số 46/2014/QH13 ngày 13 tháng 6 năm 2014;

Căn cứ Nghị định số 177/2013/NĐ-CP ngày 14 tháng 11 năm 2013 của Chính phủ quy định chi tiết và hướng dẫn thi hành một số điều của Luật giá được sửa đổi, bổ sung bởi Nghị định số 149/2016/NĐ-CP ngày 11 tháng 11 năm 2016 của Chính phủ;

Căn cứ Nghị định 60/2021/NĐ-CP ngày 21 tháng 6 năm 2021 của Chính phủ quy định cơ chế tự chủ của đơn vị sự nghiệp công lập;

Căn cứ Nghị định số 24/2023/NĐ-CP ngày 14 tháng 5 năm 2023 của Chính phủ quy định mức lương cơ sở đối với cán bộ, công chức, viên chức và lực lượng vũ trang;

Căn cứ Nghị định số 95/2022/NĐ-CP ngày 15 tháng 11 năm 2022 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 Y tế;

Bộ trưởng Bộ Y tế ban hành Thông tư quy định thống nhất giá dịch vụ khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế giữa các bệnh viện cùng hạng trong toàn quốc và hướng dẫn áp dụng giá, thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế trong một số trường hợp.

Điều 1. Phạm vi điều chỉnh và đối tượng áp dụng

1. Thông tư này quy định thống nhất giá dịch vụ khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế giữa các bệnh viện cùng hạng trên toàn quốc và hướng dẫn áp dụng giá, thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế trong một số trường hợp cụ thể.

M

2. Dịch vụ khám bệnh, chữa bệnh không thanh toán từ quỹ bảo hiểm y tế thì khung giá và thẩm quyền quy định mức giá thực hiện theo quy định của Luật Giá, Luật Khám bệnh, chữa bệnh, Luật Tổ chức chính quyền địa phương và các văn bản hướng dẫn thi hành.

Điều 2. Giá dịch vụ khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế

1. Giá dịch vụ khám bệnh, hội chẩn theo quy định tại Phụ lục I ban hành kèm theo Thông tư này.

2. Giá dịch vụ ngày giường bệnh theo quy định tại Phụ lục II ban hành kèm theo Thông tư này.

3. Giá dịch vụ kỹ thuật, xét nghiệm theo quy định tại Phụ lục III ban hành kèm theo Thông tư này.

4. Bổ sung ghi chú của một số dịch vụ kỹ thuật theo quy định tại Phụ lục IV ban hành kèm theo Thông tư này.

5. Giá dịch vụ kỹ thuật thực hiện bằng phương pháp vô cảm gây tê chưa bao gồm chi phí thuốc và oxy sử dụng cho dịch vụ theo quy định tại Phụ lục V ban hành kèm theo Thông tư này. Chi phí thuốc và oxy thanh toán với cơ quan bảo hiểm xã hội và người bệnh theo thực tế sử dụng và kết quả đầu thầu mua sắm của đơn vị.

Điều 3. Cơ cấu giá dịch vụ khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế

Giá dịch vụ khám bệnh, chữa bệnh quy định tại Thông tư này được xây dựng trên cơ sở chi phí trực tiếp và tiền lương để bảo đảm cho việc khám bệnh, chữa bệnh, cụ thể như sau:

1. Các chi phí trực tiếp tính trong mức giá dịch vụ khám bệnh:

a) Chi phí về quần áo, mũ, khẩu trang, ga, gối, đệm, chiếu, văn phòng phẩm, găng tay, bông, băng, cồn, gạc, nước muối rửa và các vật tư tiêu hao khác phục vụ công tác khám bệnh;

b) Chi phí về điện; nước; nhiên liệu; xử lý chất thải sinh hoạt, chất thải y tế (rắn, lỏng); giặt, là, hấp, sấy, rửa, tiệt trùng đồ vải, dụng cụ thăm khám; chi phí vệ sinh và bảo đảm vệ sinh môi trường; vật tư, hóa chất khử khuẩn, chống nhiễm khuẩn trong quá trình khám bệnh;

c) Chi phí duy tu, bảo dưỡng nhà cửa, trang thiết bị, mua sắm thay thế các tài sản, công cụ, dụng cụ như: điều hòa, máy tính, máy in, máy hút âm, quạt, bàn, ghế, giường, tủ, đèn chiếu sáng, các bộ dụng cụ, công cụ cần thiết khác trong quá trình khám bệnh.

2. Các chi phí trực tiếp tính trong giá dịch vụ ngày giường bệnh:

a) Chi phí về quần áo, mũ, khẩu trang, chăn, ga, gối, đệm, màn, chiếu; văn phòng phẩm; găng tay sử dụng trong thăm khám, tiêm, truyền, bông, băng, cồn, gạc, nước muối rửa và các vật tư tiêu hao khác phục vụ công tác chăm sóc và điều trị hằng ngày (kể cả các chi phí để thay băng vết thương hoặc vết mổ đối với người bệnh nội trú, trừ các trường hợp được thanh toán ngoài mức giá dịch vụ ngày giường bệnh quy định tại khoản 5 và khoản 6 Điều 7 Thông tư này); điện cực, cáp điện tim, băng đo huyết áp, dây cáp SPO2 trong quá trình sử dụng máy theo dõi bệnh nhân đối với giường hồi sức cấp cứu, hồi sức tích cực.

b) Các chi phí quy định tại điểm b và điểm c khoản 1 Điều này phục vụ việc chăm sóc và điều trị người bệnh theo yêu cầu chuyên môn.

c) Riêng chi phí về thuốc, máu toàn phần, chế phẩm máu đạt tiêu chuẩn, dịch truyền, trang thiết bị y tế (ngoài các vật tư nêu trên); các loại bơm tiêm, kim tiêm, kim lấy thuốc dùng trong tiêm, truyền; bơm cho ăn; dây truyền dịch, ống nối, dây nối bơm tiêm điện, máy truyền dịch dùng trong tiêm, truyền; khí oxy, dây thở oxy, mask thở oxy (trừ các trường hợp người bệnh được chỉ định sử dụng thở máy) chưa tính trong cơ cấu giá dịch vụ ngày giường bệnh, được thanh toán theo thực tế sử dụng cho người bệnh.

3. Các chi phí trực tiếp tính trong giá dịch vụ kỹ thuật:

a) Chi phí về quần áo, mũ, khẩu trang, ga, gối, đệm, chiếu, đồ vải; văn phòng phẩm; thuốc, dịch truyền, hóa chất, vật tư tiêu hao, vật tư thay thế sử dụng trong quá trình thực hiện dịch vụ kỹ thuật;

b) Các chi phí quy định tại điểm b và điểm c khoản 1 Điều này phục vụ cho việc thực hiện các dịch vụ kỹ thuật theo yêu cầu chuyên môn.

4. Chi phí tiền lương tính trong giá dịch vụ khám bệnh, dịch vụ ngày giường bệnh và dịch vụ kỹ thuật, gồm:

a) Tiền lương ngạch bậc, chức vụ, các khoản phụ cấp, các khoản đóng góp theo chế độ do Nhà nước quy định đối với đơn vị sự nghiệp công lập và mức lương cơ sở quy định tại Nghị định số 24/2023/NĐ-CP ngày 14 tháng 5 năm 2023 của Chính phủ quy định mức lương cơ sở đối với cán bộ, công chức, viên chức và lực lượng vũ trang;

b) Phụ cấp thường trực, phụ cấp phẫu thuật, thủ thuật theo Quyết định số 73/2011/QĐ-TTg ngày 28 tháng 12 năm 2011 của Thủ tướng Chính phủ về việc quy định một số chế độ phụ cấp đặc thù đối với công chức, viên chức, người lao động trong các cơ sở y tế công lập và chế độ phụ cấp chống dịch.

5. Chi phí tiền lương trong giá dịch vụ khám bệnh, chữa bệnh quy định tại khoản 4 Điều này không bao gồm các khoản chi theo chế độ do ngân sách nhà nước bảo đảm theo quy định của pháp luật sau đây:

a) Chế độ phụ cấp ưu đãi, phụ cấp thu hút, trợ cấp và các ưu đãi khác đối với cán bộ, viên chức y tế, lao động hợp đồng và cán bộ, nhân viên quân y trực tiếp làm công tác chuyên môn y tế tại các cơ sở y tế của Nhà nước ở vùng có điều kiện kinh tế - xã hội đặc biệt khó khăn;

b) Phụ cấp thu hút, phụ cấp công tác lâu năm, một số trợ cấp và thanh toán tiền tàu xe đối với cán bộ, công chức, viên chức và người hưởng lương trong lực lượng vũ trang (quân đội nhân dân và công an nhân dân) công tác ở vùng có điều kiện kinh tế - xã hội đặc biệt khó khăn;

c) Chế độ phụ cấp đặc thù đối với cán bộ, viên chức công tác tại Bệnh viện Hữu Nghị, Bệnh viện Thống Nhất, Bệnh viện C Đà Nẵng thuộc Bộ Y tế, các Phòng Bảo vệ sức khỏe Trung ương 1, 2, 2B, 3 và 5, Khoa A11 Bệnh viện Trung ương Quân đội 108 và Khoa A11 Viện Y học cổ truyền Quân đội;

d) Các chế độ phụ cấp đặc thù theo nghề hoặc công việc.

6. Việc thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh giữa cơ quan bảo hiểm xã hội và cơ sở khám bệnh, chữa bệnh theo giá dịch vụ quy định tại Thông tư này và chi phí về thuốc, máu toàn phần, chế phẩm máu đạt tiêu chuẩn, hóa chất, thiết bị y tế chưa được kết cấu trong giá dịch vụ (được ghi chú cụ thể tại các dịch vụ) theo nguyên tắc thanh toán quy định tại Điều 24 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 đã được sửa đổi, bổ sung bởi Nghị định số 75/2023/NĐ-CP ngày 19 tháng 10 năm 2023 của Chính phủ.

7. Chi phí quy định tại các khoản 1, 2, 3 và 4 Điều này được xác định trên cơ sở định mức kinh tế - kỹ thuật, định mức chi phí do cơ quan có thẩm quyền ban hành, giá của các yếu tố chi phí, mặt bằng chi phí thực tế, hợp lý theo chế độ, chính sách hiện hành, bảo đảm tính trung bình, tiên tiến, đáp ứng yêu cầu về chất lượng dịch vụ.

Định mức kinh tế - kỹ thuật là cơ sở để xây dựng giá dịch vụ khám bệnh, chữa bệnh và không được sử dụng làm căn cứ để thanh toán đối với từng dịch vụ khám bệnh, chữa bệnh cụ thể (trừ một số trường hợp đặc thù quy định tại khoản 6 Điều 5, khoản 16 Điều 6 và khoản 8 Điều 7 Thông tư này).

Điều 4. Nguyên tắc áp dụng giá dịch vụ đối với các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh có ký hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế

1. Viện có giường bệnh, trung tâm y tế có chức năng khám bệnh, chữa bệnh, được cấp giấy phép hoạt động theo hình thức tổ chức là bệnh viện; trung tâm y tế huyện có chức năng khám bệnh, chữa bệnh, được xếp hạng bệnh viện: áp dụng mức giá của bệnh viện hạng tương đương.

2. Phòng khám Ban Bảo vệ chăm sóc sức khỏe cán bộ tỉnh, thành phố không trực thuộc bệnh viện đa khoa tỉnh, thành phố trực thuộc trung ương: áp dụng mức giá dịch vụ khám bệnh của bệnh viện hạng II.

3. Cơ sở khám bệnh, chữa bệnh chưa được phân hạng: phòng khám quân y, phòng khám quân dân y, bệnh xá quân y, bệnh xá; phòng khám đa khoa, chuyên khoa tư nhân: áp dụng mức giá của bệnh viện hạng IV.

4. Đối với phòng khám đa khoa khu vực:

a) Trường hợp được cấp giấy phép hoạt động với hình thức là bệnh viện hoặc thuộc trường hợp quy định tại khoản 12 Điều 11 Nghị định 155/2018/NĐ-CP ngày 12 tháng 11 năm 2018 của Chính phủ sửa đổi, bổ sung một số quy định liên quan đến điều kiện đầu tư kinh doanh thuộc phạm vi quản lý nhà nước của Bộ Y tế: áp dụng mức giá dịch vụ khám bệnh, chữa bệnh của bệnh viện hạng IV;

b) Trường hợp chỉ làm nhiệm vụ cấp cứu, khám bệnh, chữa bệnh ngoại trú: áp dụng mức giá dịch vụ khám bệnh, dịch vụ kỹ thuật của bệnh viện hạng IV. Đối với trường hợp được Sở Y tế quyết định có giường lưu: áp dụng mức giá dịch vụ ngày giường bệnh bằng 50% mức giá ngày giường nội khoa loại 3 của bệnh viện hạng IV. Số ngày được thanh toán tối đa 03 ngày/người/đợt điều trị. Không thanh toán tiền khám bệnh trong trường hợp đã thanh toán tiền giường lưu.

5. Trạm y tế xã, phường, thị trấn, trạm y tế cơ quan, đơn vị, tổ chức, trường học, trạm y tế kết hợp quân dân y:


a) Giá dịch vụ khám bệnh: áp dụng mức giá của trạm y tế xã;

b) Giá dịch vụ kỹ thuật bằng 70% mức giá dịch vụ kỹ thuật theo quy định tại Phụ lục III ban hành kèm theo Thông tư này;

c) Đối với các trạm y tế được Sở Y tế quyết định có giường lưu: được áp dụng mức giá dịch vụ ngày giường bệnh bằng 50% mức giá dịch vụ ngày giường bệnh nội khoa loại 3 của bệnh viện hạng IV. Số ngày được thanh toán tối đa 03 ngày/người/đợt điều trị. Không thanh toán tiền khám bệnh trong trường hợp đã thanh toán tiền giường lưu tại trạm y tế tuyến xã.

6. Nhà hộ sinh: áp dụng mức giá dịch vụ khám bệnh, chữa bệnh của bệnh viện hạng IV.

Đối với giá dịch vụ ngày giường bệnh: áp dụng bằng 50% mức giá dịch vụ ngày giường bệnh nội khoa loại 3 của bệnh viện hạng IV.

7. Trường hợp người bệnh có thẻ bảo hiểm y tế nhưng có sử dụng các dịch vụ khám bệnh, chữa bệnh theo yêu cầu thì người bệnh được quỹ bảo hiểm y tế thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh trong phạm vi được hưởng và mức hưởng theo quy định của Luật bảo hiểm y tế và các văn bản hướng dẫn thực hiện. 

Điều 5. Xác định số lần, mức giá và thanh toán tiền khám bệnh trong một số trường hợp cụ thể

1. Trường hợp người bệnh đến khám bệnh tại khoa khám bệnh sau đó được chỉ định vào điều trị nội trú theo yêu cầu chuyên môn thì việc thanh toán tiền khám bệnh thực hiện theo quy định tại khoản 3 Điều này. Trường hợp không đăng ký khám bệnh tại khoa khám bệnh nhưng đến khám bệnh và vào điều trị nội trú tại các khoa lâm sàng theo yêu cầu chuyên môn thì không thanh toán tiền khám bệnh.
2. Cơ sở khám bệnh, chữa bệnh có tổ chức khám chuyên khoa tại khoa lâm sàng, người đăng ký khám bệnh tại khoa khám bệnh và khám chuyên khoa tại khoa lâm sàng thì được tính như khám bệnh tại khoa khám bệnh. Việc tính số lần khám bệnh, mức giá thực hiện theo quy định tại khoản 3 Điều này.
3. Trong cùng một lần đến khám bệnh tại cùng một cơ sở khám bệnh, chữa bệnh (có thể trong cùng một ngày hoặc do điều kiện khách quan hoặc yêu cầu chuyên môn nên chưa hoàn thành được quá trình khám bệnh trong ngày, phải tiếp tục khám bệnh trong ngày tiếp theo), người bệnh sau khi khám một chuyên khoa cần phải khám thêm các chuyên khoa khác thì từ lần khám thứ 02 chỉ tính 30% mức giá của 01 lần khám bệnh và mức thanh toán tối đa chi phí khám bệnh của người đó không quá 02 lần mức giá của 01 lần khám bệnh.
4. Người bệnh đến khám bệnh tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh, đã được khám bệnh, cấp thuốc về điều trị nhưng sau đó có biểu hiện bất thường, đến cơ sở khám bệnh, chữa bệnh đó để khám lại ngay trong ngày hôm đó và được tiếp tục thăm khám thì lần khám này được coi như là lần khám thứ 02 trở đi trong một ngày. Việc thanh toán thực hiện theo quy định tại khoản 3 Điều này.
5. Người bệnh đến khám bệnh tại phòng khám đa khoa khu vực sau đó được chuyển lên khám bệnh tại bệnh viện hoặc trung tâm y tế tuyến huyện thì lần khám này được coi là một lần khám bệnh mới.
6. Các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh phải điều phối, bố trí nhân lực, số bàn khám bệnh theo yêu cầu để bảo đảm chất lượng khám bệnh. Đối với các bàn khám khám trên 65 lượt khám/01 ngày: cơ quan bảo hiểm xã hội chỉ thanh toán bằng 50% mức giá khám bệnh từ lượt khám thứ 66 trở lên của bàn khám đó. Trong thời gian tối đa 01 quý, cơ sở khám bệnh, chữa bệnh vẫn còn có bàn khám bệnh trên 65 lượt/ngày thì cơ quan bảo hiểm xã hội không thanh toán tiền khám bệnh từ lượt khám thứ 66 trở lên của bàn khám bệnh đó.

Điều 6. Xác định số ngày giường, áp dụng mức giá và thanh toán tiền ngày giường giữa cơ quan bảo hiểm xã hội và cơ sở khám bệnh, chữa bệnh

1. Xác định số ngày giường điều trị nội trú để thanh toán tiền giường bệnh:

a) Số ngày điều trị nội trú bằng ngày ra viện trừ (-) ngày vào viện cộng (+)

1: áp dụng đối với các trường hợp:

- Người bệnh nặng đang điều trị nội trú mà tình trạng bệnh chưa thuyên giảm, tử vong hoặc diễn biến nặng lên nhưng gia đình xin về hoặc chuyển viện lên tuyến trên;

- Người bệnh đã được điều trị tại tuyến trên qua giai đoạn cấp cứu nhưng vẫn cần tiếp tục điều trị nội trú được chuyển về tuyến dưới hoặc sang cơ sở khám bệnh, chữa bệnh khác;

b) Số ngày điều trị nội trú bằng ngày ra viện trừ (-) ngày vào viện: áp dụng đối với các trường hợp còn lại;

c) Trường hợp người bệnh vào viện và ra viện trong cùng một ngày (hoặc vào viện ngày hôm trước, ra ngày hôm sau) có thời gian điều trị trên 04 giờ đến dưới 24 giờ thì được tính là 01 ngày điều trị.

Trường hợp người bệnh vào khoa cấp cứu, không qua khoa khám bệnh, có thời gian cấp cứu, điều trị từ 04 giờ trở xuống (kể cả trường hợp ra viện, vào viện hoặc chuyển viện, tử vong) được thanh toán tiền khám bệnh, tiền thuốc, trang thiết bị y tế và các dịch vụ kỹ thuật, không thanh toán tiền ngày giường bệnh hồi sức cấp cứu;

d) Trường hợp người bệnh vào viện và ra viện có thời gian điều trị từ 04 giờ trở xuống thì được thanh toán tiền khám bệnh, tiền thuốc, trang thiết bị y tế và các dịch vụ kỹ thuật mà người bệnh đã sử dụng, không được tính tiền ngày giường bệnh điều trị nội trú.

2. Trường hợp trong cùng một ngày người bệnh chuyển 02 khoa thì mỗi khoa chỉ được tính 1/2 ngày. Trường hợp trong cùng một ngày người bệnh chuyển từ 03 khoa trở lên thì giá dịch vụ ngày giường bệnh hôm đó được tính bằng trung bình cộng tiền ngày giường bệnh tại khoa có thời gian nằm điều trị trên 04 giờ có mức giá tiền ngày giường bệnh cao nhất và tại khoa có thời gian nằm điều trị trên 04 giờ có mức giá tiền ngày giường bệnh thấp nhất.

3. Giá dịch vụ ngày giường bệnh ngoại khoa, bỏng: áp dụng tối đa không quá 10 ngày sau một lần phẫu thuật. Từ ngày thứ 11 sau phẫu thuật trở đi thì áp dụng mức giá ngày giường nội khoa theo các khoa tương ứng quy định tại mục 3 của Phụ lục II ban hành kèm theo Thông tư này.

M

4. Giá dịch vụ ngày giường bệnh được tính cho 01 người/01 giường. Trường hợp ở cùng một thời điểm phải nằm ghép 02 người/01 giường thì chỉ được thanh toán 1/2 mức giá dịch vụ ngày giường bệnh tương ứng. Trường hợp nằm ghép từ 03 người trở lên thì chỉ được thanh toán 1/3 mức giá ngày giường bệnh tương ứng.

5. Giá dịch vụ ngày giường bệnh điều trị Hồi sức tích cực (ICU) chỉ được áp dụng trong các trường hợp sau:

a) Đối với bệnh viện hạng đặc biệt, hạng I hoặc hạng II đã thành lập khoa Hồi sức tích cực, khoa hoặc trung tâm chống độc, khoa Hồi sức tích cực - chống độc và các khoa, trung tâm này có đầy đủ các điều kiện để hoạt động theo Quyết định số 01/2008/QĐ-BYT ngày 21 tháng 01 năm 2008 của Bộ trưởng Bộ Y tế về việc ban hành quy chế cấp cứu, hồi sức tích cực và chống độc (sau đây gọi tắt là Quyết định số 01/2008/QĐ-BYT):

b) Trường hợp trong khoa Cấp cứu, khoa Gây mê hồi sức, khoa Nhi, khoa Sơ sinh, khoa Truyền nhiễm bố trí khu vực riêng hoặc buồng cấp cứu (có giường bệnh hồi sức tích cực hoặc giường bệnh sau hậu phẫu của các phẫu thuật loại đặc biệt) đáp ứng được yêu cầu về cơ sở vật chất, trang thiết bị, nhân lực quy định tại Quy chế Cấp cứu, Hồi sức tích cực và Chống độc ban hành kèm theo Quyết định số 01/2008/QĐ-BYT;

c) Người bệnh nằm tại các giường này với các bệnh lý phải được chăm sóc, điều trị và theo dõi theo quy chế cấp cứu, hồi sức tích cực và chống độc. Các trường hợp còn lại chỉ được áp dụng mức giá dịch vụ ngày giường bệnh hồi sức cấp cứu và các loại giường khác quy định Phụ lục II ban hành kèm theo Thông tư này.

6. Đối với các khoa điều trị lâm sàng có giường hồi sức cấp cứu: áp dụng giá dịch vụ ngày giường bệnh hồi sức cấp cứu theo quy định tại dịch vụ số 2 Phụ lục II ban hành kèm theo Thông tư này.

Ví dụ: khoa Nhi có giường hồi sức cấp cứu nhi, các khoa sơ sinh hoặc chăm sóc đặc biệt đối với trẻ sơ sinh thiếu tháng.

7. Bệnh viện hạng III, hạng IV hoặc chưa xếp hạng nhưng được cơ quan có thẩm quyền phê duyệt thực hiện phẫu thuật loại đặc biệt: áp dụng mức giá dịch vụ ngày giường bệnh ngoại khoa cao nhất của bệnh viện nơi thực hiện dịch vụ đó.

Ví dụ: Tại Bệnh viện A được phê duyệt thực hiện phẫu thuật loại đặc biệt: Nếu Bệnh viện được xếp hạng III thì được áp dụng mức giá dịch vụ ngày giường bệnh ngoại khoa sau phẫu thuật loại I của bệnh viện hạng III; nếu Bệnh viện được xếp hạng IV hoặc chưa xếp hạng thì được áp dụng mức giá dịch vụ ngày giường bệnh ngoại khoa sau phẫu thuật loại I của bệnh viện hạng IV.

8. Trường hợp một phẫu thuật nhưng được phân loại khác nhau theo các chuyên khoa (trừ chuyên khoa nhi) theo quy định tại Thông tư số 50/2014/TT-BYT ngày 26 tháng 12 năm 2014 của Bộ trưởng Bộ Y tế quy định phân loại phẫu thuật, thủ thuật và định mức nhân lực trong từng ca phẫu thuật, thủ thuật (sau đây gọi tắt là Thông tư số 50/2014/TT-BYT): áp dụng mức giá dịch vụ ngày giường bệnh ngoại khoa, bông theo phân loại phẫu thuật thấp nhất.

9. Các phẫu thuật được Bộ Y tế xếp tương đương với một phẫu thuật quy định tại Thông tư này nhưng có phân loại phẫu thuật khác nhau theo từng chuyên khoa tại Thông tư số 50/2014/TT-BYT: áp dụng mức giá dịch vụ ngày giường bệnh ngoại khoa, bông theo phân loại của phẫu thuật.

10. Các phẫu thuật chưa được phân loại phẫu thuật quy định tại Thông tư số 50/2014/TT-BYT: áp dụng mức giá dịch vụ ngày giường bệnh ngoại khoa loại 4 của hạng bệnh viện tương ứng.

11. Đối với các bệnh viện y học cổ truyền hạng I trực thuộc Bộ Y tế: áp dụng mức giá dịch vụ ngày giường bệnh theo các khoa tương ứng với các loại giường của bệnh viện hạng I, không áp dụng giá của các bệnh viện chuyên khoa trực thuộc Bộ Y tế tại Hà Nội và thành phố Hồ Chí Minh.

12. Đối với các khoa thuộc bệnh viện y học cổ truyền (trừ các bệnh viện quy định tại khoản 11 Điều này), bệnh viện điều dưỡng phục hồi chức năng:

a) Giá dịch vụ ngày giường bệnh Hồi sức tích cực (ICU): theo quy định tại khoản 5 Điều này;

b) Giá dịch vụ ngày giường bệnh Hồi sức Cấp cứu: theo quy định tại khoản 6 Điều này;

c) Giá dịch vụ ngày giường bệnh tại các khoa ung thư, nhi: áp dụng giá dịch vụ ngày giường bệnh nội khoa loại 1;

d) Giá dịch vụ ngày giường bệnh điều trị một trong các bệnh về tổn thương tủy sống, tai biến mạch máu não, chấn thương sọ não: áp dụng giá dịch vụ ngày giường bệnh nội khoa loại 2;

đ) Giá dịch vụ ngày giường bệnh tại các khoa còn lại: áp dụng giá dịch vụ ngày giường bệnh nội khoa loại 3.

13. Đối với các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh tổ chức các khoa theo hình thức liên chuyên khoa: áp dụng mức giá dịch vụ ngày giường bệnh nội khoa mà người bệnh điều trị tương ứng với hạng bệnh viện. Trường hợp người bệnh điều trị nhiều bệnh cùng lúc thì áp theo mức giá dịch vụ ngày giường bệnh của khoa điều trị bệnh chính của người bệnh.

NA

14. Chỉ trong trường hợp quá tải, cơ sở khám bệnh, chữa bệnh mới được kê thêm giường bệnh ngoài số giường kế hoạch được giao để phục vụ người bệnh và được tổng hợp để thanh toán với cơ quan bảo hiểm xã hội theo quy định tại khoản 16 Điều này.

15. Trường hợp người bệnh nằm trên băng ca, giường gấp: áp dụng mức bằng 50% giá dịch vụ ngày giường bệnh theo từng loại chuyên khoa quy định tại Phụ lục II ban hành kèm theo Thông tư này.

16. Việc thanh, quyết toán tiền ngày giường bệnh hàng quý giữa cơ quan bảo hiểm xã hội và cơ sở khám bệnh, chữa bệnh thực hiện như sau:

a) Xác định số giường thực tế sử dụng trong quý (năm) = Tổng số ngày điều trị nội trú trong quý (năm) chia (:) số ngày thực tế trong quý (năm là 365 ngày), trong đó số ngày điều trị nội trú được quy đổi theo nguyên tắc: giường băng ca, giường gấp, giường ghép 02 người: 02 ngày giường quy đổi bằng 01 ngày; giường ghép từ 03 người trở lên: 03 ngày giường quy đổi bằng 01 ngày;

b) Trường hợp cơ sở y tế có số giường thực tế sử dụng trong quý thấp hơn hoặc bằng 120% số giường kế hoạch được giao: thanh toán 100% tổng số tiền theo số ngày giường thực tế và mức giá dịch vụ ngày giường bệnh theo quy định;

c) Trường hợp cơ sở y tế có số giường thực tế sử dụng cao hơn 120% số giường kế hoạch được giao trong năm:

- Đối với các cơ sở y tế được giao giường kế hoạch trước năm 2015 thì cơ sở khám bệnh, chữa bệnh và cơ quan bảo hiểm xã hội có thể thống nhất cách xác định tỷ lệ sử dụng giường thực tế hàng quý (sau đây gọi tắt là tỷ lệ sử dụng giường bệnh), bằng (=) số giường thực tế sử dụng của quý chia (:) cho số giường thực tế sử dụng năm 2015 nhân (X) với 100%.

- Trường hợp tỷ lệ sử dụng giường thực tế (kể cả theo cách tính nêu trên):

+ Nhỏ hơn hoặc bằng 130%: cơ quan bảo hiểm y tế thanh toán cho cơ sở y tế bằng 100% tổng số tiền theo số ngày giường thực tế và mức giá dịch vụ ngày giường bệnh theo quy định;

+ Lớn hơn 130% đến 140%: cơ quan bảo hiểm y tế thanh toán cho cơ sở y tế bằng 97% tổng số tiền theo số ngày giường thực tế và mức giá dịch vụ ngày giường bệnh theo quy định;

+ Lớn hơn 140% đến 150%: cơ quan bảo hiểm y tế thanh toán cho cơ sở y tế bằng 95% tổng số tiền theo số ngày giường thực tế và mức giá dịch vụ ngày giường bệnh theo quy định;

+ Lớn hơn 150%: cơ quan bảo hiểm y tế thanh toán cho cơ sở y tế bằng 90% tổng số tiền theo số ngày giường thực tế và mức giá dịch vụ ngày giường bệnh theo quy định.

d) Trường hợp cơ sở y tế luôn trong tình trạng quá tải do nguyên nhân khách quan (ví dụ do mở rộng địa giới hành chính, số thẻ đăng ký khám, chữa bệnh ban đầu tăng...). Sở Y tế có trách nhiệm báo cáo Ủy ban nhân dân cấp tỉnh xem xét, giao tăng giường bệnh và số lượng vị trí việc làm để bảo đảm chất lượng cung cấp dịch vụ khám bệnh, chữa bệnh;

d) Trường hợp cơ sở y tế đưa công trình, hạng mục cải tạo, mở rộng, nâng cấp hoặc xây dựng mới vào sử dụng nhưng chưa được cấp có thẩm quyền giao tăng giường bệnh thì Sở Y tế và cơ quan bảo hiểm xã hội thống nhất số giường bệnh tăng thêm của khu vực này được cộng (+) vào số giường kế hoạch đã được cơ quan có thẩm quyền giao trước đó để thực hiện thanh toán theo quy định tại khoản này.

17. Ngày giường bệnh ngoại khoa sau thực hiện "Phẫu thuật đục thủy tinh thể bằng phương pháp Phaco": áp dụng mức giá dịch vụ ngày giường bệnh ngoại khoa, bông của loại 3 tương ứng theo hạng bệnh viện quy định tại Phụ lục II ban thành kèm theo Thông tư này.

Điều 7. Áp dụng giá và điều kiện, mức thanh toán của một số dịch vụ kỹ thuật đặc thù

1. Các dịch vụ kỹ thuật được áp dụng theo thứ tự như sau:

a) Đối với các dịch vụ kỹ thuật cụ thể đã được quy định mức giá tại phụ lục ban hành kèm theo Thông tư này: áp dụng theo mức giá đã được quy định;

b) Các dịch vụ kỹ thuật chưa được quy định mức giá tại phụ lục ban hành kèm theo Thông tư này nhưng đã được xếp tương đương về kỹ thuật và chi phí thực hiện: áp dụng theo mức giá của dịch vụ được Bộ Y tế xếp tương đương về kỹ thuật và chi phí thực hiện;

c) Trường hợp có sự trùng lặp giữa các chuyên khoa khác nhau thì dịch vụ kỹ thuật thực hiện ở chuyên khoa nào sẽ áp dụng mức giá của dịch vụ kỹ thuật ở chuyên khoa đó.

2. Đối với các dịch vụ kỹ thuật đã được cơ quan có thẩm quyền (các Bộ, cơ quan trung ương đối với đơn vị thuộc trung ương quản lý, Sở Y tế đối với đơn vị thuộc địa phương quản lý) phê duyệt danh mục dịch vụ kỹ thuật (trừ các dịch vụ chăm sóc dã tính trong chi phí ngày giường điều trị, các dịch vụ là một công đoạn đã được tính trong chi phí của dịch vụ khác) nhưng chưa được quy định mức giá; các dịch vụ kỹ thuật đã được chỉ định thực hiện nhưng vì nguyên nhân diễn biến bệnh hoặc thể trạng người bệnh nên không thể tiếp tục thực hiện được kỹ thuật đã chỉ định: thanh toán theo số lượng thực tế các loại thuốc, vật tư đã sử dụng cho người bệnh và giá mua theo quy định của pháp luật.

M

3. Trường hợp thực hiện nhiều can thiệp trong cùng một lần phẫu thuật: thanh toán theo giá của phẫu thuật phức tạp nhất, có mức giá cao nhất, các dịch vụ kỹ thuật khác phát sinh ngoài quy trình kỹ thuật của phẫu thuật nêu trên được thanh toán như sau:

a) Bằng 50% giá của các phẫu thuật phát sinh nếu kỹ thuật đó vẫn do một ekip phẫu thuật thực hiện;

b) Bằng 80% giá của các phẫu thuật phát sinh nếu kỹ thuật đó phải thay ekip phẫu thuật khác để thực hiện;

c) Trường hợp thực hiện dịch vụ phát sinh là các thủ thuật thì thanh toán 80% giá của dịch vụ kỹ thuật phát sinh.

4. Đối với dịch vụ "Thay băng vết thương hoặc vết mổ chiều dài ≤ 15 cm":

a) Thanh toán đối với người bệnh điều trị nội trú trong các trường hợp sau: vết thương hoặc vết mổ nhiễm trùng; vết thương có thấm dịch, máu trong các tổn thương lóc da, hờ da diện tích trên 6 cm^2 ; vết thương đã có chèn gạc; vết thương chân ống dẫn lưu chảy dịch nhiều; da vết thương hoặc vết mổ; hoặc sau 1 phẫu thuật nhưng phải thực hiện từ hai đường mổ trở lên;

b) Không áp dụng đối với thay băng trong các trường hợp sau: phẫu thuật nội soi, thay băng vết mổ, vết thương thông thường, thay băng rốn sơ sinh.

5. Đối với dịch vụ "Thay băng vết mổ có chiều dài trên 15 cm đến 30 cm" trong điều trị nội trú chỉ áp dụng đối với một số trường hợp sau:

a) Vết mổ nhiễm trùng, rò tiêu hóa, rò mật, rò nước tiểu;

b) Vết mổ sau phẫu thuật nhiễm khuẩn (viêm phúc mạc bụng hoặc viêm xương hoặc áp xe), vết mổ sau phẫu thuật ống tiêu hóa hoặc hệ tiết niệu hoặc đường mật hoặc bụng cổ chướng;

c) Vết mổ sau một phẫu thuật nhưng phải thực hiện từ hai đường mổ trở lên;

d) Trường hợp phẫu thuật mổ lấy thai: được áp dụng mức giá này nhưng tối đa không quá 03 lần.

6. Đối với xét nghiệm hòa hợp miễn dịch ở nhiệt độ 37°C và có sử dụng huyết thanh kháng globulin (nghiệm pháp Coombs gián tiếp) trong truyền máu: Thanh toán theo giá của dịch vụ "Phản ứng hòa hợp có sử dụng kháng globulin người" có số thứ tự 1340 hoặc 1341 quy định tại Phụ lục III ban hành kèm theo Thông tư này.

M

7. Việc thanh, quyết toán một số dịch vụ kỹ thuật như: Chụp X-quang thường, Chụp X-quang số hóa (để chẩn đoán), Chụp CT Scanner đến 32 dãy (để chẩn đoán, dịch vụ có số thứ tự 42, 43 quy định tại Phụ lục III ban hành kèm theo Thông tư này), Siêu âm (dịch vụ có số thứ tự 1, 2 quy định tại Phụ lục III ban hành kèm theo Thông tư này), Chụp cộng hưởng từ (MRI), dịch vụ có số thứ tự 67, 68 quy định tại Phụ lục III ban hành kèm theo Thông tư này) hàng quý giữa cơ quan bảo hiểm y tế và cơ sở khám bệnh, chữa bệnh được thực hiện như sau:

a) Xác định số ca tối đa được cơ quan bảo hiểm xã hội thanh toán theo mức giá quy định tại Thông tư này bằng (=) số ca trung bình theo định mức tính giá chia (:) cho 8, lấy kết quả này nhân (X) với số giờ làm việc thực tế của đơn vị, sau đó nhân (X) số ngày làm việc thực tế trong quý, lấy kết quả này nhân (X) với số máy thực tế hoạt động của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh trong quý và nhân (X) với 120%:

b) Định mức tính giá (số ca/máy/ngày làm việc 8 giờ): dịch vụ siêu âm là 48 ca; chụp X-quang thường, chụp X-quang số hóa là 58 ca; chụp CT Scanner đến 32 dãy là 29 ca; chụp cộng hưởng từ (MRI) là 19 ca;

c) Trường hợp số ca đề nghị thanh toán nhỏ hơn hoặc bằng số ca tối đa theo cách tính quy định tại điểm a khoản này; cơ quan bảo hiểm xã hội thanh toán theo số ca thực tế và mức giá quy định tại Thông tư này;

d) Trường hợp số ca đề nghị thanh toán cao hơn số ca tối đa theo cách tính quy định tại điểm a khoản này; Đối với số ca bằng số ca tối đa theo cách tính tại điểm a khoản này, cơ quan bảo hiểm xã hội thanh toán theo mức giá quy định tại Thông tư này. Đối với số ca lớn hơn số ca tối đa theo cách tính tại điểm a khoản này, cơ quan bảo hiểm xã hội thanh toán theo mức giá không bao gồm chi phí tiền lương, mức giá thanh toán cụ thể như sau:

- Dịch vụ Siêu âm (chẩn đoán): bằng 55% mức giá quy định;
- Chụp X-quang thường; Chụp X-quang số hóa: bằng 85% mức giá quy định;
- Dịch vụ Chụp CT Scanner đến 32 dãy: bằng 95% mức giá quy định;
- Dịch vụ Chụp cộng hưởng từ (MRI): bằng 97% mức giá quy định.

Ví dụ: Cơ sở khám bệnh, chữa bệnh A có 3 máy X-quang thực tế hoạt động, số giờ làm việc thực tế là 9 giờ (làm thêm 01 giờ/ngày); cơ sở khám bệnh, chữa bệnh có tổ chức khám bệnh vào thứ 7, quý III/2018 có 92 ngày, số ngày làm việc của quý là 78 ngày;

Số ca tối đa được cơ quan bảo hiểm y tế thanh toán theo mức giá Chụp X-quang quy định tại Thông tư này là: $(58:8) \times 9 \times 3 \times 78 \times 120\% = 18.322,2$ ca.

Tổng số ca chụp X-quang đề nghị cơ quan bảo hiểm xã hội thanh toán trong quý III/2018 nhỏ hơn hoặc bằng 18.322 ca thì được cơ quan bảo hiểm y tế thanh toán theo mức giá quy định tại Thông tư này.

Trường hợp số ca cơ sở khám bệnh, chữa bệnh đề nghị thanh toán lớn hơn 18.322 ca, giá sử là 20.000 ca, cơ quan bảo hiểm xã hội thanh toán 18.322 ca theo mức giá quy định tại Thông tư này, còn lại 1.678 ca (=20.000 ca – 18.322 ca) cơ quan bảo hiểm xã hội thanh toán với mức giá bằng 85% mức giá quy định tại Thông tư này.

8. Các quy định tại khoản 8 Điều này, khoản 6 Điều 5 và khoản 16 Điều 6 Thông tư này chỉ áp dụng để thanh toán giữa cơ quan bảo hiểm xã hội và cơ sở khám bệnh, chữa bệnh và không áp dụng để tính chi phí đồng chi trả của người bệnh.

9. Trong thời gian xảy ra thiên tai, thảm họa, dịch bệnh: cơ quan bảo hiểm xã hội thanh toán cho cơ sở khám bệnh, chữa bệnh theo mức giá và số lượng dịch vụ thực tế, không áp dụng quy định thanh toán tại khoản 8 Điều này, khoản 6 Điều 5 và khoản 16 Điều 6 Thông tư này.

10. Các dịch vụ kỹ thuật chuyên khoa nhi nhưng thực hiện cho người lớn hoặc các dịch vụ kỹ thuật thực hiện cho bệnh nhi nhưng trùng tên với người lớn nhưng chưa quy định cụ thể mức giá: được áp dụng mức giá dịch vụ kỹ thuật theo danh mục tại Thông tư này và các quyết định tương đương về kỹ thuật và chi phí thực hiện. Các dịch vụ kỹ thuật chỉ có tên tại chuyên khoa nhi nhưng thực hiện cho người bệnh trên 16 tuổi: áp dụng mức giá dịch vụ kỹ thuật như đối với mức giá đã được quy định tại chuyên khoa nhi.

Điều 8. Ngân sách nhà nước bảo đảm đối với các chi phí chưa tính trong giá dịch vụ khám bệnh, chữa bệnh

1. Các Bộ, cơ quan trung ương tổng hợp, báo cáo với Bộ Tài chính; Sở Y tế các tỉnh, thành phố trực thuộc Trung ương tổng hợp, báo cáo với Ủy ban nhân dân cấp tỉnh tiếp tục bảo đảm ngân sách theo phân cấp ngân sách và các quy định hiện hành về nguồn thực hiện cải cách chính sách tiền lương đối với:

a) Các khoản chi theo chế độ quy định tại các văn bản nêu tại khoản 5 Điều 3 Thông tư này;

b) Ngân sách nhà nước bảo đảm để thực hiện cải cách chính sách tiền lương theo các quy định của Chính phủ quy định mức lương cơ sở đối với cán bộ, công chức, viên chức và lực lượng vũ trang.

2. Trường hợp nguồn thu của đơn vị không bảo đảm hoạt động thường xuyên, đơn vị được cơ quan có thẩm quyền phân loại là đơn vị sự nghiệp công tự bảo đảm một phần chi thường xuyên hoặc đơn vị sự nghiệp công do nhà nước bảo đảm chi thường xuyên: đơn vị tiếp tục được ngân sách nhà nước bảo đảm phần chi thường xuyên còn thiếu để bảo đảm chế độ cho người lao động và hoạt động bình thường của đơn vị theo phân cấp quản lý ngân sách hiện hành.

Điều 9. Tổ chức thực hiện

1. Trách nhiệm của Bộ Y tế:

a) Vụ Kế hoạch Tài chính làm đầu mối thống nhất với các đơn vị có liên quan của Bộ Tài chính xem xét, điều chỉnh, bổ sung kịp thời giá dịch vụ khám bệnh, chữa bệnh khi bổ sung các yếu tố hình thành giá theo lộ trình, nhà nước điều chỉnh chính sách tiền lương, điều chỉnh định mức kinh tế - kỹ thuật hoặc chi phí của các yếu tố hình thành giá thay đổi; làm đầu mối, phối hợp với các đơn vị có liên quan tổ chức triển khai, kiểm tra, sơ kết, tổng kết việc thực hiện Thông tư này trên phạm vi toàn quốc;

b) Cục Quản lý khám bệnh, chữa bệnh làm đầu mối, phối hợp với đơn vị có liên quan chỉ đạo các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh tiếp tục thực hiện nghiêm các quy định về chuyên môn, thực hiện đồng bộ các giải pháp để nâng cao chất lượng dịch vụ; tổ chức việc kiểm tra, thanh tra, giám sát hoạt động chuyên môn liên quan đến việc chỉ định sử dụng dịch vụ, thuốc, vật tư, chỉ định người bệnh vào điều trị nội trú và các hoạt động chuyên môn khác;

c) Vụ Bảo hiểm y tế làm đầu mối, phối hợp với các đơn vị có liên quan tổ chức kiểm tra, giám sát hoặc chỉ đạo Sở Y tế, cơ quan quản lý y tế của các bộ, ngành tổ chức việc kiểm tra, giám sát các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh, các đơn vị, tổ chức có liên quan trong việc thực hiện quy định của Thông tư này;

d) Thanh tra Bộ Y tế chủ trì, phối hợp với đơn vị có liên quan tổ chức thanh tra hoặc chỉ đạo Sở Y tế, cơ quan quản lý y tế các bộ, ngành tổ chức việc thanh tra các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh, các đơn vị, tổ chức có liên quan trong việc thực hiện quy định của Thông tư này.

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

a) Tổ chức thực hiện Thông tư này, chỉ đạo bảo hiểm xã hội các cấp thực hiện thanh toán kịp thời, theo các quy định hiện hành và Thông tư này cho các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh. Trong quá trình thực hiện nếu phát hiện các mức giá chưa phù hợp, có văn bản đề nghị Bộ Y tế để xem xét, điều chỉnh;

b) Định kỳ (01 tháng, 03 tháng, 06 tháng và 12 tháng) thông báo cho Bộ Y tế và chỉ đạo bảo hiểm xã hội các cấp thông báo cho Ủy ban nhân dân cấp tỉnh, Sở Y tế, cơ quan quản lý y tế các bộ, ngành về những trường hợp sử dụng dịch vụ, thuốc, vật tư quá mức cần thiết, chỉ định người bệnh vào điều trị nội trú chưa đúng quy định.

3. Trách nhiệm của Sở Y tế:

a) Chủ trì, phối hợp với các đơn vị có liên quan tổ chức triển khai, kiểm tra, giám sát, sơ kết, tổng kết việc thực hiện Thông tư này trên địa bàn quản lý;

b) Chỉ đạo các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh thuộc địa phương quản lý tiếp tục thực hiện nghiêm các quy định về chuyên môn, thực hiện đồng bộ các giải pháp để nâng cao chất lượng dịch vụ;

c) Báo cáo cấp có thẩm quyền giao giường bệnh, quyết định số lượng người làm việc cho các cơ sở y tế thuộc địa phương quản lý để các cơ sở y tế có đủ giường bệnh, nhân lực đáp ứng nhu cầu và nâng cao chất lượng dịch vụ khám, chữa bệnh cho nhân dân.

4. Trách nhiệm của các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh:

a) Phải sử dụng số kinh phí tương đương với chi phí duy tu, bảo dưỡng thiết bị, mua thay thế công cụ, dụng cụ đã kết cấu trong giá dịch vụ khám bệnh, ngày giường điều trị (bệnh viện hạng đặc biệt, hạng I, hạng II tương đương với 5% mức giá, bệnh viện hạng III, hạng IV, chưa phân hạng tương đương với 3% mức giá) để sửa chữa, nâng cấp, mở rộng khu vực khám bệnh, các khoa điều trị; mua bổ sung, thay thế: bàn, ghế, giường, tủ, xe đẩy, điều hòa nhiệt độ, quạt, đèn sưởi, quạt sưởi, máy tính, các bộ dụng cụ khám bệnh đa khoa, chuyên khoa; chăn, ga, gối, đệm, chiếu và các hàng hóa, vật tư khác để bảo đảm điều kiện chuyên môn, vệ sinh, an toàn người bệnh và nâng cao chất lượng phục vụ người bệnh;

b) Thực hiện nghiêm các quy định về chuyên môn y tế, đặc biệt là việc chỉ định người bệnh vào điều trị nội trú; chuyển tuyến, chỉ định sử dụng dịch vụ, thuốc, vật tư theo đúng quy định;

c) Xây dựng định mức kinh tế - kỹ thuật, phương án giá, đề xuất mức giá và báo cáo cơ quan quản lý trực tiếp để gửi Bộ Y tế xem xét, quy định mức giá đối với các trường hợp sau đây:

- Dịch vụ kỹ thuật mới quy định tại khoản 1 và khoản 2 Điều 69 của Luật Khám bệnh, chữa bệnh;

- Dịch vụ kỹ thuật chưa được Bộ Y tế quy định mức giá (bao gồm cả dịch vụ đã được Bộ Y tế cho phép thực hiện nhưng chưa được xếp tương đương về kỹ thuật và chi phí thực hiện).

Điều 10. Điều khoản tham chiếu

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

Điều 11. Điều khoản thi hành

1. Thông tư này có hiệu lực thi hành từ ngày ký ban hành.



2. Các văn bản sau đây hết hiệu lực thi hành kể từ ngày Thông tư này có hiệu lực thi hành:

a) Thông tư số 39/2018/TT-BYT ngày 30 tháng 11 năm 2018 của Bộ trưởng Bộ Y tế quy định thống nhất giá dịch vụ khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế giữa các bệnh viện cùng hạng trên toàn quốc và hướng dẫn áp dụng, thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế trong một số trường hợp;

b) Thông tư số 13/2019/TT-BYT ngày 05 tháng 7 năm 2019 của Bộ trưởng Bộ Y tế sửa đổi, bổ sung một số điều của Thông tư số 39/2018/TT-BYT ngày 30 tháng 11 năm 2018 của Bộ trưởng Bộ Y tế quy định thống nhất giá dịch vụ khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế giữa các bệnh viện cùng hạng trên toàn quốc và hướng dẫn áp dụng, thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế trong một số trường hợp.

Điều 12. Điều khoản chuyển tiếp

1. Đối với người bệnh đang điều trị tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh trước thời điểm Thông tư này có hiệu lực và ra viện hoặc kết thúc đợt điều trị ngoại trú sau thời điểm Thông tư này có hiệu lực; tiếp tục được áp dụng mức giá dịch vụ khám bệnh, chữa bệnh theo quy định của cấp có thẩm quyền trước thời điểm thực hiện mức giá theo quy định tại Thông tư này cho đến khi ra viện hoặc kết thúc đợt điều trị ngoại trú.

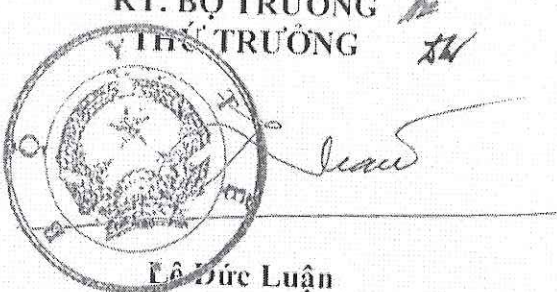
2. Cơ quan Bảo hiểm xã hội Việt Nam và cơ sở khám bệnh, chữa bệnh không thực hiện thanh toán hồi tố đối với các trường hợp hai bên đã thực hiện rà soát và thống nhất số liệu thanh quyết toán của các dịch vụ tại Phụ lục V ban hành kèm theo Thông tư này trước thời điểm Thông tư này có hiệu lực.

Trong quá trình thực hiện nếu có khó khăn, vướng mắc đề nghị các đơn vị, địa phương phản ánh bằng văn bản về Bộ Y tế để xem xét, giải quyết./.

Nơi nhận:

- Ủy ban Xã hội của Quốc hội;
- Văn phòng Chính phủ (Vụ Khoa giáo văn xã, Công báo; Công Thông tin điện tử Chính phủ);
- Bộ trưởng Bộ Y tế (để báo cáo);
- Các đồng chí Thứ trưởng;
- Bộ Tư pháp (Cục Kiểm tra văn bản quy phạm pháp luật);
- Các Bộ, cơ quan ngang Bộ, cơ quan thuộc Chính phủ;
- Kiểm toán Nhà nước; Cơ quan TW của các đoàn thể;
- UBND các tỉnh, thành phố trực thuộc trung ương;
- Sở Y tế các tỉnh, thành phố trực thuộc trung ương;
- Các đơn vị trực thuộc Bộ Y tế;
- Y tế các Bộ, ngành;
- Các Vụ, Cục, Tổng Cục, Văn phòng Bộ, Thanh tra Bộ;
- Công thông tin điện tử Bộ Y tế;
- Lưu: VT, KH-TC₍₀₂₎, PC₍₀₂₎.

KT. BỘ TRƯỞNG
Y THỰC TRƯỞNG



Lê Đức Luận