



**BỘ Y TẾ**

# **THÔNG TƯ 15/TT-BYT**

**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**

*Tháng 7 năm 2018*





# **NỘI DUNG (gồm 12 điều)**

**Đ1. Phạm vi điều chỉnh và đối tượng áp dụng**

**Đ2. Giá dịch vụ khám bệnh, chữa bệnh BHYT**

**Đ3. Cơ cấu giá dịch vụ KB, CB BHYT**

**Đ4. Nguyên tắc áp dụng giá dịch vụ đối với một số CSYT**

**Đ5. Xác định số lần, mức giá và thanh toán tiền KB**

**Đ6. Xác định số ngày giường và thanh toán tiền ngày giường**

**Đ7. Áp dụng giá và điều kiện thanh toán của một số DVKT**

**Đ8. NSNN bảo đảm đối với các chi phí chưa tính trong giá**

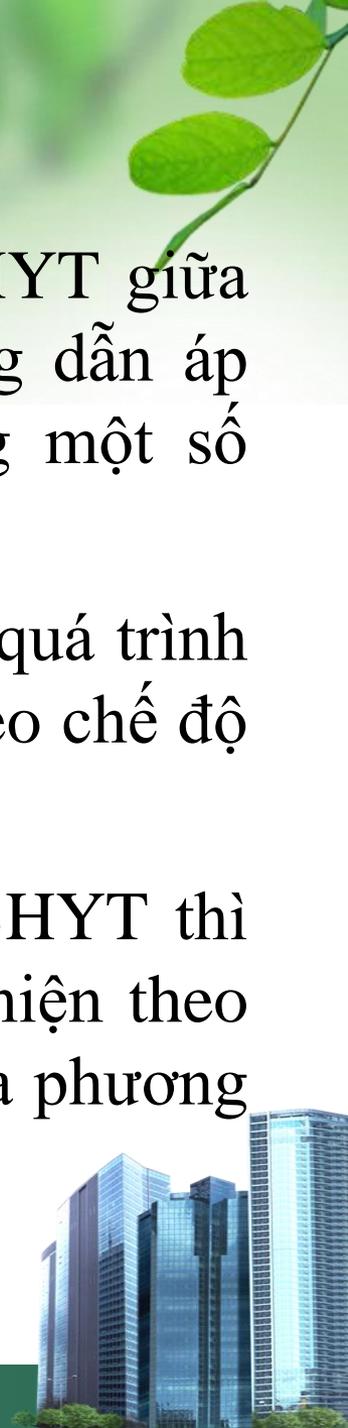
**Đ9-Đ12: Tổ chức thực hiện, điều khoản tham chiếu, thi hành và chuyển tiếp**





# Điều 1: Phạm vi điều chỉnh

1. TT quy định thống nhất giá dịch vụ KBCB BHYT giữa các bệnh viện cùng hạng trên toàn quốc và hướng dẫn áp dụng giá, thanh toán chi phí KBCB BHYT trong một số trường hợp cụ thể
2. TT áp dụng đối với các cơ sở y tế tham gia vào quá trình KBCB và thanh toán, quyết toán chi phí KBCB theo chế độ BHYT.
3. Các dịch vụ KBCB không thanh toán từ quỹ BHYT thì khung giá và thẩm quyền quy định mức giá thực hiện theo Luật giá, Luật KBCB, Luật tổ chức chính quyền địa phương và các văn bản hướng dẫn thi hành.





## Điều 2. Giá dịch vụ KBCB BHYT



1. Giá dịch vụ KB, hội chẩn quy định tại Phụ lục I;
2. Giá dịch vụ ngày giường bệnh quy định tại PL II;
3. Giá dịch vụ kỹ thuật y tế quy định tại Phụ lục III.
4. Bổ sung ghi chú của một số DV đã được Bộ Y tế xếp tương đương tại Phụ lục IV





## Điều 3. Cơ cấu dịch vụ KBCB BHYT

Giá các dịch vụ KBCB được xây dựng trên cơ sở chi phí trực tiếp và tiền lương để bảo đảm cho việc KB, chăm sóc, điều trị người bệnh và thực hiện các DV KTYT gồm:

- a) Chi phí về quần áo, mũ, khẩu trang, ga, gối, đệm, chiếu, VPP, găng tay, bông, băng, cồn, gạc, nước muối rửa và các VTTH, VTTT ;

Đối với GB bao gồm cả các chi phí để thay băng vết thương hoặc vết mổ trừ các trường hợp được thanh toán BHYT quy định tại k5, k6 Đ7; điện cực, cáp điện tim, băng đo huyết áp, dây cáp SPO2 trong quá trình sử dụng máy theo dõi BN đối với giường HSCC, HSTC.





## Điều 3. Cơ cấu dịch vụ KBCB BHYT

- 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, công cụ, dụng cụ; chi phí vệ sinh và bảo đảm VSMT; vật tư, hóa chất khử khuẩn, chống nhiễm khuẩn;
- c) Chi phí duy tu, bảo dưỡng nhà cửa, TTB, mua sắm thay thế các tài sản, công cụ, dụng cụ như: điều hòa, máy tính, máy in, máy hút ẩm, quạt, bàn, ghế, giường, tủ, đèn chiếu sáng, các bộ dụng cụ, công cụ cần thiết khác.





## Điều 3. Cơ cấu dịch vụ KBCB BHYT

- ❖ Chưa bao gồm: chi phí về thuốc, máu, dịch truyền, vật tư (ngoài các vật tư nêu trên); **bơm tiêm, kim tiêm các loại dùng trong tiêm, truyền**; dây truyền dịch, ống nối, dây nối bơm tiêm điện, máy truyền dịch dùng trong tiêm, truyền; khí ôxy, dây thở ôxy, mask thở ôxy (trừ các trường hợp người bệnh được chỉ định sử dụng dịch vụ thở máy) chưa tính trong cơ cấu giá tiền giường bệnh, được thanh toán theo thực tế sử dụng.

**Lưu ý: đối với giường điều trị: bơm kim tiêm các loại thanh toán theo thực tế sử dụng. (khác với TT 37)**





## Điều 3. Cơ cấu dịch vụ KBCB BHYT

### Chi phí tiền lương tính trong giá DV:

- a) Tiền lương ngạch bậc, chức vụ, các khoản phụ cấp, đóng góp theo chế độ tại NĐ 66/2013/NĐ-CP (mức lương 1.150.000 đồng)
- b) Phụ cấp thường trực, PTTT theo QĐ73/2011/QĐ-TTg.

### Chưa bao gồm: các khoản chi do NSNN bảo đảm:

- NĐ 64/2009/NĐ-CP về chính sách đối với cán bộ, viên chức y tế công tác ở vùng có điều kiện KTXH đặc biệt khó khăn;
- NĐ 116/2010/NĐ-CP về chính sách đối với người hưởng lương thuộc lực lượng vũ trang công tác ở vùng có điều kiện KTXH đặc biệt khó khăn;





## Điều 3. Cơ cấu dịch vụ KBCB BHYT

**Chưa bao gồm:** các khoản chi do NSNN bảo đảm (tiếp)

- QĐ46/2009/QĐ-TTg quy định chế độ phụ cấp đặc thù đối với cán bộ, viên chức công tác tại các BV: Hữu Nghị, Thống Nhất, C Đà Nẵng, các Phòng BVSKTW, một số khoa của BV 108, YHCT quân đội...
- Điểm a k8 Đ6 Nghị định số [204/2004/NĐ-CP](#) về chế độ tiền lương đối với cán bộ, công chức, viên chức và lực lượng vũ trang và NĐ 76/2009/NĐ-CP sửa đổi bổ sung một số điều của NĐ204/2004/NĐ-CP.





## Quy định việc thanh toán chi phí KBCB

- ❖ Việc thanh toán chi phí KBCB giữa cơ quan BHYT và cơ sở y tế: Thực hiện đúng quy định tại khoản 3 Điều 11 TTLT số 41/2014/TTLT-BYT-BTC của Bộ Y tế - Bộ Tài chính hướng dẫn thực hiện BHYT:
  - Theo giá dịch vụ quy định tại Thông tư
  - Chi phí về thuốc, hóa chất, vật tư y tế chưa được kết cấu trong giá dịch vụ (được ghi chú cụ thể tại các dịch vụ), máu và chế phẩm máu: theo số lượng thực tế và giá đấu thầu theo quy định.





# Định mức kinh tế kỹ thuật (mục 7 Đ3)



- Các chi phí của DVKT được xác định trên cơ sở định mức KTKT, 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 KTKT là cơ sở để xây dựng giá DV, **không 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).

Trong quá trình thực hiện, nếu có các định mức chưa phù hợp, các đơn vị, địa phương phản ánh về Bộ Y tế để xem xét, điều chỉnh định mức và giá cho phù hợp.





## Điều 4. Nguyên tắc áp dụng đối với các CSYT

1. Viện có GB, TTYT có chức năng KBCB được cấp giấy phép hoạt động theo hình thức tổ chức là BV; trung tâm y tế huyện có chức năng KCB được xếp hạng bệnh viện: áp dụng mức giá của BV hạng tương đương.
2. Phòng khám Ban BVCSSK cán bộ tỉnh, TP không trực thuộc BVĐK tỉnh, TP: áp dụng mức giá khám bệnh của BV hạng II.
3. Các cơ sở KCB chưa được phân hạng; phòng khám quân y, phòng khám quân dân y, bệnh xá quân y, bệnh xá; PKĐK, chuyên khoa tư nhân: áp dụng mức giá của bệnh viện hạng IV.





## Điều 4. Nguyên tắc áp dụng đối với các CSYT

4. Phòng khám ĐKKV thuộc TTYT hoặc BV tuyến huyện sau khi sắp xếp theo hướng dẫn của BHYT:
  - a) Trường hợp được cấp giấy phép hoạt động BV hoặc được phê duyệt chuyển đổi thành đơn nguyên điều trị nội trú của BVĐK khu vực của tỉnh, BV huyện, TTYT huyện: áp dụng mức giá của BV hạng IV;
  - b) Trường hợp chỉ làm nhiệm vụ cấp cứu, KCB ngoại trú nhưng được SYT quyết định có giường lưu: áp dụng mức giá của BV hạng IV. Riêng giường lưu áp dụng mức giá bằng 50% mức giá giường nội khoa loại 3 của BV hạng IV. Số ngày được thanh toán tối đa 03 ngày/người/đợt điều trị. Không thanh toán tiền KB trong trường hợp đã thanh toán tiền giường lưu.





## Điều 4. Nguyên tắc áp dụng đối với các CSYT

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) Mức giá khám bệnh: áp dụng mức giá của TYT xã. Mức giá các DVKT bằng 70% mức giá của BV hạng IV.

b) Đối với các TYT được Sở Y tế quyết định có giường lưu: được áp dụng mức giá bằng 50% mức giá ngày giường nội khoa loại 3 của BV 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.

**Đính chính: PL2 giá ngày giường TYT xã 57.000 đồng.**

**Đúng quy định là 47.000 đồng**





## **Đ5. Xác định số lần, mức giá và thanh toán KB trong một số trường hợp cụ thể**

1. Trường hợp KB tại khoa KB sau đó được chỉ định điều trị nội trú theo yêu cầu chuyên môn thì vẫn được tính là 01 lần KB.

Trường hợp không đăng ký KB tại khoa KB nhưng khám và vào điều trị nội trú tại các khoa LS theo yêu cầu chuyên môn thì không tính là 01 lần KB.

2. Cơ sở KCB có tổ chức khám chuyên khoa tại khoa lâm sàng, người đăng ký KB tại khoa khám bệnh và khám chuyên khoa tại khoa lâm sàng thì được tính như KB tại khoa khám bệnh. Việc tính số lần KB, mức giá thực hiện theo quy định của TT.





## Xác định số lần, mức giá và thanh toán tiền KB trong một số trường hợp cụ thể (tiếp)

3. Trong cùng một lần đến KB tại cùng một CSYT: người bệnh sau khi khám một chuyên khoa cần phải khám thêm các chuyên khoa khác thì từ lần khám thứ 02 trở đi chỉ tính 30% mức giá của 01 lần KB và mức thanh toán tối đa chi phí KB của người đó không quá 02 lần mức giá của 01 lần KB.
4. Người bệnh đến KB tại CSYT, đã được khám, cấp thuốc về điều trị nhưng sau đó có biểu hiện bất thường, đến CSYT 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 (30% mức giá KB và tối đa không quá 02 lần)



## Xác định số lần, mức giá và thanh toán tiền khám bệnh trong một số trường hợp cụ thể (tiếp)

5. Người bệnh đến KB tại PKĐKKV sau đó được chuyển lên KB tại bệnh viện hoặc TTYT tuyến huyện thì lần khám này được coi là một lần KB mới.
6. Các cơ sở y tế phải điều phối, bố trí nhân lực, số bàn khám theo yêu cầu để bảo đảm chất lượng khám bệnh. Đối với các bàn khám khám **trên 65 lượt khám/01 ngày**: thanh toán bằng 50% mức giá KB từ lượt khám thứ 66 trở lên của bàn khám đó.

Trong thời gian tối đa 01 quý, vẫn còn có bàn khám trên 65 lượt/ngày thì cơ quan BHXH không thanh toán tiền KB từ lượt khám thứ 66 trở lên của bàn khám đó.





# Điều 6. Thanh toán tiền ngày giường

## 1. Xác định số ngày 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**: Áp dụng đối với trường hợp người bệnh **đỡ** hoặc **khỏi ra viện**.
- b) Số ngày điều trị nội trú bằng **ngày ra viện trừ (-) ngày vào viện cộng (+) 1**: Áp dụng đối với trường hợp:
  - Người bệnh nặng đang điều trị nội trú mà tình trạng bệnh chưa thuyên giảm 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 y tế khác**.



## Điều 6. Thanh toán tiền ngày giường (tiếp)

- c) Trường hợp người bệnh vào viện và ra viện trong cùng một ngày, thời gian điều trị trên 04 giờ thì được tính là 01 ngày điều trị.

Riêng trường hợp người bệnh vào khoa cấp cứu, không qua khoa KB, có thời gian cấp cứu, điều trị dưới 04 giờ (kể cả trường hợp ra viện, vào viện hoặc chuyển viện, tử vong): được thanh toán tiền KB, tiền thuốc, vật tư y tế và các DVKT, không thanh toán tiền ngày giường.





## Điều 6. Thanh toán tiền ngày giường (tiếp)

- 2) Trường hợp chuyển 02 khoa trong cùng một ngày thì mỗi khoa chỉ được tính 1/2 ngày. Trường hợp chuyển từ 3 khoa trở lên thì giá ngày giường được tính bằng trung bình cộng mức giá tiền giường cao nhất và thấp nhất (Thời gian điều trị tại khoa trên 4 giờ).
- 3) Giá ngày GB ngoại khoa, bỏng: áp dụng tối đa không quá 10 ngày sau PT. Từ ngày thứ 11 sau PT trở đi thì áp dụng mức giá ngày giường nội khoa theo các khoa tương ứng.
- 4) Trường hợp ở cùng **một thời điểm** phải nằm ghép 02 người/01 giường thì chỉ được thanh toán 1/2 mức giá, trường hợp nằm ghép từ 03 người trở lên thì chỉ được thanh toán 1/3 mức giá ngày giường điều trị tương ứng.

**Lưu ý:** cùng một thời điểm. Nếu trong 1 ngày một người ra viện sau đó GB đó có người vào viện thì không coilà cùng thời điểm



## Điều 6. Thanh toán tiền ngày giường (tiếp)

5) Giá ngày giường điều trị (ICU):

- a) Đối với BV hạng ĐB, I, II đã thành lập khoa HSTC, khoa hoặc TT chống độc, khoa HSTC- chống độc và các khoa, TT này có đầy đủ các điều kiện để hoạt động theo QĐ 01/2008/QĐ-BYT.
- b) Trường hợp chưa thành lập khoa HSTC nhưng trong khoa Cấp cứu hoặc khoa GMHS có một số giường được sử dụng để điều trị tích cực; giường bệnh sau hậu phẫu của các PTĐB và các giường bệnh này đáp ứng yêu cầu về trang bị cho giường HSTC quy định tại QĐ01.
- 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, HSTC và chống độc.



## Đ6. Thanh toán tiền ngày giường (tiếp)

- 6) Đối với các khoa điều trị lâm sàng có giường HSCC (ví dụ khoa nhi có giường HSCC nhi): áp dụng giá ngày giường HSCC
- 7) Bệnh viện hạng III, hạng IV hoặc chưa xếp hạng nhưng được CQ có thẩm quyền phê duyệt thực hiện PTĐB: áp dụng mức giá tiền giường ngoại khoa cao nhất.
  - Ví dụ: Tại Bệnh viện A được phê duyệt thực hiện PTĐB: Nếu BV xếp hạng III thì được áp dụng mức giá giường ngoại khoa sau phẫu thuật loại I của BV hạng III; nếu xếp hạng IV hoặc chưa xếp hạng thì được áp dụng mức giá ngày giường ngoại khoa sau phẫu thuật loại I của bệnh viện **hạng IV**.
- 8) Trường hợp một PT nhưng được phân loại khác nhau theo các chuyên khoa (trừ chuyên khoa nhi) tại Thông tư số 50/2014/TT-BYT: áp dụng mức giá ngày giường bệnh ngoại khoa, bông theo phân loại PT thấp nhất.



## Đ6. Thanh toán tiền ngày giường (tiếp)

9) Các PT được BHYT xếp tương đương với một PT quy định tại TT nhưng có phân loại PT khác nhau theo từng chuyên khoa tại TT 50 thì áp dụng mức giá ngày giường bệnh ngoại khoa, bỏng theo phân loại của PT đó đã quy định tại TT 50.

Ví dụ: Phẫu thuật cắt u trung thất có 4 dịch vụ tương đương:

X.90 PT nội soi cắt u trung thất nhỏ (< 5 cm): PT loại I → giường ngoại khoa sau PT loại 1

X.91 PT nội soi cắt u trung thất lớn (> 5 cm): PT loại ĐB → giường ngoại khoa sau PT loại ĐB

X.275 PT cắt u trung thất: PT ĐB → Giường NK sau PT loại ĐB

X.277 PT cắt u nang phế quản: PT I → Giường NK sau PT loại I

Việc thanh toán giá giường theo phân loại của từng loại PT trên.

10) Các PT chưa được phân loại PT theo TT 50 thì áp dụng mức giá ngày giường ngoại khoa loại 4 của hạng BV tương ứng.



## Đ6. Thanh toán tiền ngày giường (tiếp)

- 11) Đối với các bệnh viện YHCT hạng I trực thuộc Bộ Y tế: giá ngày giường bệnh áp dụng theo các khoa tương ứng với các loại giường của BV hạng I, không áp dụng giá của các BV chuyên khoa trực thuộc Bộ Y tế tại Hà Nội và TPHCM.
- 12) Đối với các khoa thuộc bệnh viện YHCT (trừ các BV quy YHCT thuộc BHYT), bệnh viện điều dưỡng PHCN:
  - a) Giường Hồi sức tích cực (ICU): theo quy định tại khoản 5 Điều này;
  - b) Giường Hồi sức Cấp cứu: theo quy định tại khoản 6 Điều này;
  - c) Người bệnh điều trị tại các khoa ung thư, nhi: áp dụng giá ngày giường nội khoa loại 1;
  - d) Người bệnh điều trị một trong các bệnh: tổn thương tủy sống, tai biến mạch máu não, chấn thương sọ não: áp dụng giá ngày giường nội khoa loại 2;
  - e) Người bệnh điều trị tại các khoa còn lại: áp dụng giá ngày giường nội khoa loại 3.





## Đ6. Thanh toán tiền ngày giường (tiếp)

- 13) Các khoa theo hình thức liên chuyên khoa: áp dụng mức giá ngày giường nội khoa của chuyên khoa thấp nhất trong các khoa tương ứng với hạng BV.
- 14) Chỉ trong trường hợp quá tải, CSYT mới được kê thêm giường bệnh ngoài số giường KH được giao để phục vụ người bệnh và được tổng hợp để thanh toán với cơ quan BHXH theo quy định tại K16 Điều này của TT.
- 15) Trường hợp người bệnh nằm trên băng ca, giường gấp: TT 50% giá ngày giường theo từng loại



## Đ6. Thanh toán tiền ngày giường (tiếp)

16) Việc thanh, quyết toán tiền ngày giường bệnh hàng quý giữa cơ quan BHXH và CSYT 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 NG 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  $\leq 120\%$  số giường KH: TT 100% tiền giường.



## Đ6. Thanh toán tiền ngày giường (tiếp)

- c) Trường hợp số giường thực tế > 120% số giường KH:
- Xác định tỷ lệ sử dụng giường thực tế hàng quý bằng (=) số giường thực tế sử dụng của quý chia (:) cho số giường TT sử dụng năm 2015 (năm trước khi thông tuyến) nhân (X) với 100%. Trường hợp tỷ lệ sử dụng giường thực tế theo cách tính nêu trên:
    - + Nhỏ hơn hoặc bằng 130%: TT 100% tổng số tiền theo số ngày giường thực tế và mức giá quy định;
    - + Lớn hơn 130% đến 140%: TT 97% tổng tiền GB;
    - + Lớn hơn 140% đến 150%: TT 95% tổng tiền GB;
    - + Lớn hơn 150%: TT 90% tổng tiền GB.
  - **Vì sao lấy mức 130%:**
    - Tỷ lệ tham gia BHYT năm 2018/2015 (86,6%/74,4%=1,16)
    - Tần suất KB tăng 5%/năm (2018/2015 tăng 1,16)

## Đ6. Thanh toán tiền ngày giường (tiếp)

- d) Trường hợp CSYT luôn trong tình trạng quá tải do nguyên nhân khách quan như: mở rộng địa giới hành chính, số thẻ đăng ký KCB ban đầu tăng: SYT có trách nhiệm báo cáo UBND cấp tỉnh xem xét, giao tăng GB và số lượng vị trí việc làm để bảo đảm chất lượng dịch vụ KCB.
- đ) 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 GB thì Sở Y tế và cơ quan BHXH thống nhất số giường bệnh tăng thêm của khu vực này được cộng (+) vào số giường KH đã được cơ quan có thẩm quyền giao trước đó để thực hiện thanh toán theo quy định tại khoản này.



# Ví dụ về thanh toán tiền GB

Bệnh viện A là bệnh viện Hạng I được UBND tỉnh giao giường kế hoạch từ năm 2012 là 300 giường. Năm 2015 có tổng số 14.800 lượt người bệnh điều trị nội trú, tổng số ngày điều trị là 108.000 ngày.

Quý 3/2018 Bệnh viện có 5.200 lượt người bệnh điều trị nội trú, tổng số ngày điều trị là 42.000 ngày.

**Như vậy việc TTBHYT như sau:**

- **Không căn cứ vào giường thực kê của BV**
- Số giường thực tế sử dụng năm 2015 bằng (=)  $108.000 \text{ ngày điều trị chia } (:)$  cho 365 ngày bằng (=) 295,9 giường.
- ❖ Lưu ý: chia 365 ngày. Nhiều đơn vị làm sai công thức này, chia số ngày làm việc là không đúng.
- Tính số giường thực tế sử dụng (lưu ý thực hiện quy đổi)





# Ví dụ về thanh toán tiền GB

**1. Trường hợp 1:** theo số liệu trên BV không có giường ghép

- Số GB thực tế sử dụng quý 4/2018 bằng (=) 42.000 ngày (: ) cho 92 ngày của Q4/2018 bằng (=) 456,5 giường.

Tỷ lệ sử dụng GB so với số giường thực tế sử dụng quý 4/2018 bằng (=) {456,5 chia (: ) cho 295,9} nhân (x) 100% bằng (=) 154,27%.

❖ Như vậy tổng tiền giường bệnh viện được cơ quan BHXH thanh toán **bằng 90% tổng** số tiền giường bệnh đơn vị đề nghị thanh toán (tính đủ theo phạm vi hưởng BHYT theo biểu 21)





# Ví dụ về thanh toán tiền GB

## 2. Trường hợp 2: có nằm ghép

- Cũng với thông tin trên, trong số ngày điều trị nội trú đề nghị thanh toán nêu trên có 9.000 ngày giường TT ghép 3; 6.300 ngày TT giường ghép đôi.

Khi đó tổng số giường nội trú (sau khi quy đổi) =  $42.000 - 6.000$  (đã tính tiền ghép 3) –  $3.150$  (đã tính tiền ghép đôi) = **32.850 ngày**.

- GB thực tế sử dụng bằng (=) 32.850 ngày điều trị đã quy đổi (:) cho 92 ngày của quý 4/2018 bằng (=) 357 giường.

- Tỷ lệ sử dụng GB so với số giường thực tế sử dụng quý 4/2018 =  $(357 : 295,9) \times 100\%$  bằng (=) 120,6%.

❖ Tỷ lệ < 130% nên Cơ quan BHYT thanh toán 100% tiền NG.

**3. Trường hợp 3 năm 2018:** Bệnh viện được UBND giao lại giường kế hoạch là 450 giường. Với thông tin như ở mục 1, 2 thì Cơ quan BHXH thanh toán 100% tiền giường theo quy định mà không phải thực hiện việc tính toán, quy đổi.



## Điều 7. Hướng dẫn thanh toán một số DVKT

1. Các DVKT y tế được áp dụng theo thứ tự như sau:
  - a) Đối với các DV cụ thể đã được quy định mức giá tại các PL ban hành kèm TT: áp dụng theo mức giá đã được quy định.
  - b) Các DVKT chưa được quy định mức giá tại TT nhưng đã được xếp tương đương về KT và CF thực hiện: áp dụng theo mức giá của các DV được Bộ Y tế xếp tương đương.
  - c) Trường hợp có sự trùng lặp giữa các CK khác nhau thì dịch vụ KT thực hiện ở CK nào sẽ áp dụng mức giá của DVKT ở chuyên khoa đó.

VD: PT tháo nẹp vít sau kết hợp xương ở CK răng hàm mặt (giá quy định từ dv 1100-1102); khác PT tháo phương tiện kết hợp xương ở ngoại khoa (DV573)



## Đ7. Hướng dẫn thanh toán một số DVKT (tiếp)

2. Đối với các dịch vụ kỹ thuật mới(k1-2 Đ69 của Luật KBCB và các DVKT còn lại khác chưa được quy định mức giá: cơ sở y tế xây dựng định mức, phương án giá, đề xuất mức giá và báo cáo Bộ Y tế để xem xét, quy định mức giá.
3. Đối với các DVKT đã được cơ quan có thẩm quyền phê duyệt danh mục DVKT (trừ các dịch vụ chăm sóc, các DV là một công đoạn đã được tính trong chi phí của dịch vụ khác); các DVKT 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 KT 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.





## Đ7. Hướng dẫn thanh toán một số DVKT (tiếp)

4. Trường hợp thực hiện nhiều can thiệp trong cùng một lần PT: thanh toán theo giá của PT phức tạp nhất, có mức giá cao nhất, các DVKT khác phát sinh ngoài QTKT của PT nêu trên được thanh toán như sau:
  - a) Bằng 50% giá của các PT phát sinh nếu kỹ thuật đó vẫn do một kíp phẫu thuật thực hiện;
  - b) Bằng 80% giá của các PT phát sinh nếu kỹ thuật đó phải thay kíp phẫu thuật khác để thực hiện;
  - c) Trường hợp thực hiện dịch vụ phát sinh là các TT thì thanh toán 80% giá của dịch vụ phát sinh.





## Đ7. Hướng dẫn thanh toán một số DVKT (tiếp)

5. Đối với DV “Thay băng vết thương hoặc vết mổ chiều dài  $\leq 15$  cm”: TT đối với người bệnh đt trị nội trú trong các trường hợp:
- vết thương hoặc vết mổ nhiễm trùng;
  - vết thương có thấm dịch, máu trong các tổn thương lóc da, hở da diện tích trên  $6 \text{ cm}^2$ ;
  - vết thương đã có chèn gạc;
  - vết thương chân ống dẫn lưu chảy dịch nhiều;
  - đa vết thương hoặc vết mổ;
  - hoặc sau 1 phẫu thuật nhưng phải thực hiện từ hai đường mổ trở lên;

Không áp dụng đối với thay băng của các trường hợp sau: PT nội soi, thay băng vết mổ, vết thương thông thường, thay băng rốn sơ sinh.



## Đ7. Hướng dẫn thanh toán một số DVKT (tiếp)

6. 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:
- Vết mổ nhiễm trùng, rò tiêu hóa, rò mật, rò nước tiểu;
  - 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;
  - Vết mổ sau một phẫu thuật nhưng phải thực hiện từ hai đường mổ trở lên;
  - Trường hợp phẫu thuật mổ lấy thai: được áp dụng mức giá này nhưng tối đa không quá 03 lần.





## Đ7. Hướng dẫn thanh toán một số DVKT (tiếp)

8. Việc thanh, quyết toán một số dịch vụ CĐHA: Chụp XQ thường, XQ số hóa (để chẩn đoán), Chụp CT đến 32 dãy (để chẩn đoán, DV42, 43), Siêu âm (DV1, 2), Chụp MRI (67, 68) **hàng quý**:
- Xác định số ca tối đa được TT theo mức giá quy định tại TT bằng (=) số ca TB theo ĐM tính giá chia (:) cho 8, lấy kết quả này nhân (X) với số giờ làm việc thực tế, sau đó nhân (X) số ngày làm việc thực tế, lấy kết quả này nhân (X) với số máy thực tế hoạt động và nhân (X) với 120%.
  - Định mức tính giá (số ca/máy/ngày làm việc 8 giờ): SA là 48 ca; Chụp XQ thường, XQ số hóa là 58 ca, Chụp CT đến 32 dãy là 29 ca; MRI là 19 ca.
  - Trường hợp số ca đề nghị thanh toán nhỏ hơn hoặc bằng số ca tối đa theo cách tính tại điểm a: thanh toán theo số ca thực tế và mức giá quy định tại TT.



## Việc thanh, quyết toán một số dịch vụ CĐHA:

- d) Trường hợp số ca đề nghị thanh toán cao hơn số ca tối đa theo cách tính tại điểm a:
- Đối với số ca bằng số ca tối đa theo cách tính tại điểm a khoản này: TT theo mức giá quy định tại TT.
  - Đối với **số ca lớn hơn số ca tối đa** theo cách tính tại điểm a khoản này: TT mức giá không bao gồm chi phí tiền lương, mức giá thanh toán cụ thể như sau:
    - Siêu âm (chẩn đoán): bằng 55% mức giá quy định.
    - Chụp XQ thường; XQ SH: bằng 85% mức giá quy định.
    - Chụp CT đến 32 dãy: bằng 95% mức giá quy định.
    - Dịch vụ MRI: bằng 97% mức giá quy định.





## Việc thanh, quyết toán một số dịch vụ CĐHA:

- ❖ Ví dụ: Cơ sở y tế 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 tổ chức KB 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 BHYT thanh toán theo mức giá Chụp X-quang quy định tại Thông tư này là:  $(58:8) * 9 * 3 * 78 * 120\% = 18.322,2$  ca.
  - Tổng số ca chụp X-quang đề nghị cơ quan BHXH thanh toán trong quý III/2018 nhỏ hơn hoặc bằng 18.322 ca thì được cơ quan BHYT thanh toán theo mức giá quy định tại TT.
  - Trường hợp số ca CSYT đề nghị thanh toán lớn hơn 18.322 ca, giả sử là 20.000 ca, cơ quan BHYT 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 BHYT thanh toán với mức giá bằng 85% mức giá quy định tại Thông tư này.





## Đ7. Hướng dẫn thanh toán một số DVKT (tiếp)

9. Các quy định tại khoản 8 Điều 7 và khoản 16 Điều 6 Thông tư chỉ áp dụng để thanh toán giữa cơ quan BHXH và cơ sở y tế, không áp dụng để tính chi phí đồng chi trả của người bệnh.
10. Trong thời gian có thiên tai, dịch bệnh: cơ quan BHXH thanh toán cho cơ sở y tế theo mức giá và số lượng dịch vụ thực tế, không áp dụng quy định thanh toán tại khoản 8 Điều này và khoản 16 Điều 6 Thông tư.





## Điều 8. NSNN bảo đảm với các CP chưa tính trong giá

1. Các Bộ, CQTW tổng hợp, báo cáo với BTC; SYT tổng hợp, báo cáo với UBND tỉnh tiếp tục bảo đảm NS theo phân cấp hiện hành về nguồn thực hiện CCTL đối với:
  - a) Các khoản chi theo chế độ quy định chưa kết cấu trong giá dịch vụ (khoản 5 Điều 3).
  - b) NSNN bảo đảm để thực hiện cải cách chính sách tiền lương theo các quy định hiện hành và mức lương cơ sở quy định tại Nghị định số 66/2013/NĐ-CP.
2. Trường hợp nguồn thu của đơn vị không đảm bảo hoạt động TX: ĐVSN tự bảo đảm một phần chi TX hoặc NN bảo đảm được NSNN tiếp tục bảo đảm phần chi TX còn thiếu để bảo đảm chế độ cho người lao động và hoạt động bình thường của đơn vị.





## Điều 9. Tổ chức thực hiện

### 1. Bộ Y tế

#### a) Vụ Kế hoạch Tài chính:

- Làm đầu mối thống nhất với các vụ, cục có liên quan của Bộ Tài chính xem xét, **điều chỉnh, bổ sung kịp thời giá** của các DV KBCB khi các yếu tố hình thành giá theo lộ trình, nhà nước điều chỉnh chính sách tiền lương, điều chỉnh định mức KTKT 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 trên phạm vi toàn quốc.





## Điều 9. Tổ chức thực hiện

- b) Cục Quản lý KCB** làm đầu mối chỉ đạo các CSYT 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 tổ chức kiểm tra, giám sát các cơ sở CSYT trong việc thực hiện quy định của TT.
- d) Thanh tra Bộ Y tế** chủ trì tổ chức thanh tra hoặc chỉ đạo tổ chức việc thanh tra các cơ sở KBCB, các đơn vị, tổ chức có liên quan trong việc thực hiện quy định của TT.





## Điều 9. Tổ chức thực hiện

### 2. Trách nhiệm của BHXH Việt Nam:

- a) Tổ chức thực hiện Thông tư này, chỉ đạo BHXH các cấp thực hiện thanh toán kịp thời, theo các quy định hiện hành và TT này cho các cơ sở KBCB. 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 (1 tháng, 3 tháng, 6 tháng và 12 tháng) thông báo cho Bộ Y tế, chỉ đạo BHXH các cấp thông báo cho UBND tỉnh, TP, 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.





## Điều 9. Tổ chức thực hiện

### 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 TT này trên địa bàn quản lý.
- b) Chỉ đạo các cơ sở KB, CB thuộc địa phương tiếp tục thực hiện nghiêm các quy định về chuyên môn, thực hiện đồng bộ các giải pháp để nâng cao chất lượng DV.
- 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 có y tế có đủ giường bệnh, nhân lực đáp ứng nhu cầu và nâng cao chất lượng DV KCB cho nhân dân.





## Điều 9. Tổ chức thực hiện

### 4. Trách nhiệm của các cơ sở KCB:

- a) Phải sử dụng số kinh phí tương đương với chi phí duy tu, bảo dưỡng TB, mua thay thế CCDC đã kết cấu trong giá dịch vụ KB, NG (BV hạng đặc biệt, I, II tương đương với 5% mức giá, hạng III, IV, chưa phân hạng tương đương với 3% mức giá) để sửa chữa, nâng cấp, mở rộng khu vực KB, 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 KB đa khoa, chuyên khoa; chăn, ga, gối, đệm, chiếu; ... 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.





# Một số lưu ý khi triển khai Thông tư

- Các cơ sở có số lượt KB tăng phải thực hiện ngay các giải pháp như tăng số bàn khám, điều tiết tăng nhân lực cho phòng khám vào các giờ cao điểm để bảo đảm bác sỹ có thời gian khám, tư vấn cho người bệnh.
- Tăng cường điều trị ngoại trú, điều trị ban ngày, chỉ định người bệnh điều trị nội trú theo đúng quy định, tăng cường công tác chăm sóc, CNK để giảm số ngày đtrị nội trú;
- Thực hiện chỉ định các DVKT theo đúng quy định về chuyên môn y tế. Danh mục và tỷ lệ, điều kiện thanh toán đối với DVKT y tế thuộc phạm vi được hưởng của người tham gia BHYT theo quy định tại Thông tư 35/2015/TT-BYT;





# Một số lưu ý khi triển khai Thông tư

- Các CSYT thường xuyên quá tải phải báo cáo UBND cấp tỉnh giao tăng GB, số lượng người làm việc; thực hiện chuyển người bệnh sang các CSYT khác (quá khả năng chuyên môn phải chuyển tuyến trên, nếu đỡ phải chuyển tuyến dưới theo dõi, điều trị, hoặc chuyển các CS khác chưa sử dụng hết công suất). Chỉ trong các trường hợp thực sự quá tải mới được kê thêm giường để không nằm ghép.

- Bố trí NS, dành đủ từ 3-5% số thu tiền ngày giường, tiền KB và ưu tiên Quỹ PTHĐSN theo quy định để:

+ Sửa chữa, cải tạo, mở rộng khoa KB, mua sắm, bổ sung bàn khám, có gp tăng nhân lực để tăng số bàn khám...

+ Cải tạo, nâng cấp, mua cấp mua giường, chiếu ...cho các phòng điều trị;

+ Cải tạo khu vệ sinh, khu VS sạch sẽ đủ điện nước...





# Một số lưu ý khi triển khai Thông tư

- Tiếp tục thực hiện các dự án BVVT, đào tạo, CGKT cho tuyến dưới; một số BV tuyến TW, tuyến tỉnh phải cử cán bộ xuống bệnh viện huyện, TYT xã định kỳ 01-02 ngày/tuần để khám, chữa bệnh, đào tạo, giúp tuyến dưới nâng cao trình độ, tạo sự tin tưởng của nhân dân đối với y tế cơ sở.

- BHXH Việt Nam định kỳ hoặc đột xuất cung cấp cho Bộ Y tế, các địa phương các CSYT có các dấu hiệu chỉ định điều trị nội trú, chỉ định sử dụng dịch vụ quá mức cần thiết để kiểm tra, giám sát, chấn chỉnh và xử lý các vi phạm nếu có.





## **Điều 10: Điều khoản tham chiếu:**

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

## **Điều 11. Điều khoản thi hành**

Thông tư có hiệu lực thi hành từ ngày 15.7. 2018





## Điều 12: Điều khoản chuyển tiếp

Đối với người bệnh đang điều trị tại cơ sở KCB trước thời điểm thực hiện mức giá theo quy định tại TT này và ra viện hoặc kết thúc đợt điều trị ngoại trú sau thời điểm thực hiện mức giá quy định tại TT này: tiếp tục được áp dụng mức giá theo quy định của cấp có thẩm quyền trước thời điểm thực hiện mức giá theo quy định tại TT này cho đến khi ra viện hoặc kết thúc đợt điều trị ngoại trú.

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 và Bộ Tài chính để xem xét, giải quyết./.



THANK YOU!

