

UBND TỈNH ĐỒNG NAI  
SỞ Y TẾ

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

Số: 3585 /SYT-NVY

V/v rà soát số liệu chi phí khám  
chữa bệnh bảo hiểm y tế chưa chấp  
thuận thanh toán tại một số cơ sở  
khám bệnh, chữa bệnh.

Đồng Nai, ngày 20 tháng 8 năm 2018

Kính gửi: Giám đốc, Thủ trưởng các đơn vị trực thuộc.

Căn cứ Công văn số 4703/BYT-KH-TC ngày 14/8/2018 của Bộ Y tế về việc  
rà soát số liệu chi phí khám chữa bệnh bảo hiểm y tế chưa chấp thuận thanh toán  
tại một số cơ sở khám bệnh, chữa bệnh.

Giám đốc Sở Y tế đề nghị các cơ sở khám, chữa bệnh có số kinh phí giảm  
trừ theo báo cáo của Bảo hiểm xã hội Việt Nam tại Công văn số 2612/BHXH-  
CSYT ngày 12/7/2018 phải rà soát, xác định rõ số kinh phí giảm trừ theo  
phương pháp xây dựng định mức kèm theo Biên bản số 1135/BB-BYT ngày  
24/10/2017 và có ý kiến bằng văn bản thống nhất hay không thống nhất với số  
kinh phí giảm trừ, giải trình cụ thể lý do không thống nhất gửi về Sở Y tế.

Văn bản gửi về Phòng Nghiệp vụ Y - Sở Y tế Đồng Nai và file điện tử về  
địa chỉ Email [phuong.phongqlcl@gmail.com](mailto:phuong.phongqlcl@gmail.com) trước ngày 24/8/2018 để Sở Y tế  
tổng hợp và báo cáo Bộ Y tế đúng thời gian quy định.

Nếu quá thời hạn trên các cơ sở khám, chữa bệnh chưa gửi Văn bản hoặc  
File điện tử thì coi như các cơ sở khám, chữa bệnh đồng ý với số kinh phí đề  
nghị giảm trừ tại Công văn số 2612/BHXH-CSYT ngày 12/7/2018 của Bảo  
hiểm xã hội Việt Nam và chịu trách nhiệm về việc không báo cáo kết quả rà soát  
số liệu giảm trừ.

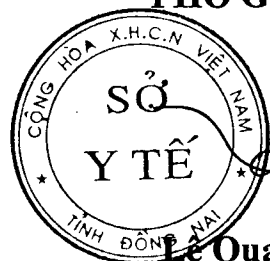
(Đính kèm Biên bản số 1135/BB-BYT ngày 24/10/2017 và Công văn số  
2612/BHXH-CSYT ngày 12/7/2018).

Đề nghị Giám đốc, Thủ trưởng các đơn vị trực thuộc triển khai thực hiện  
theo quy định./.

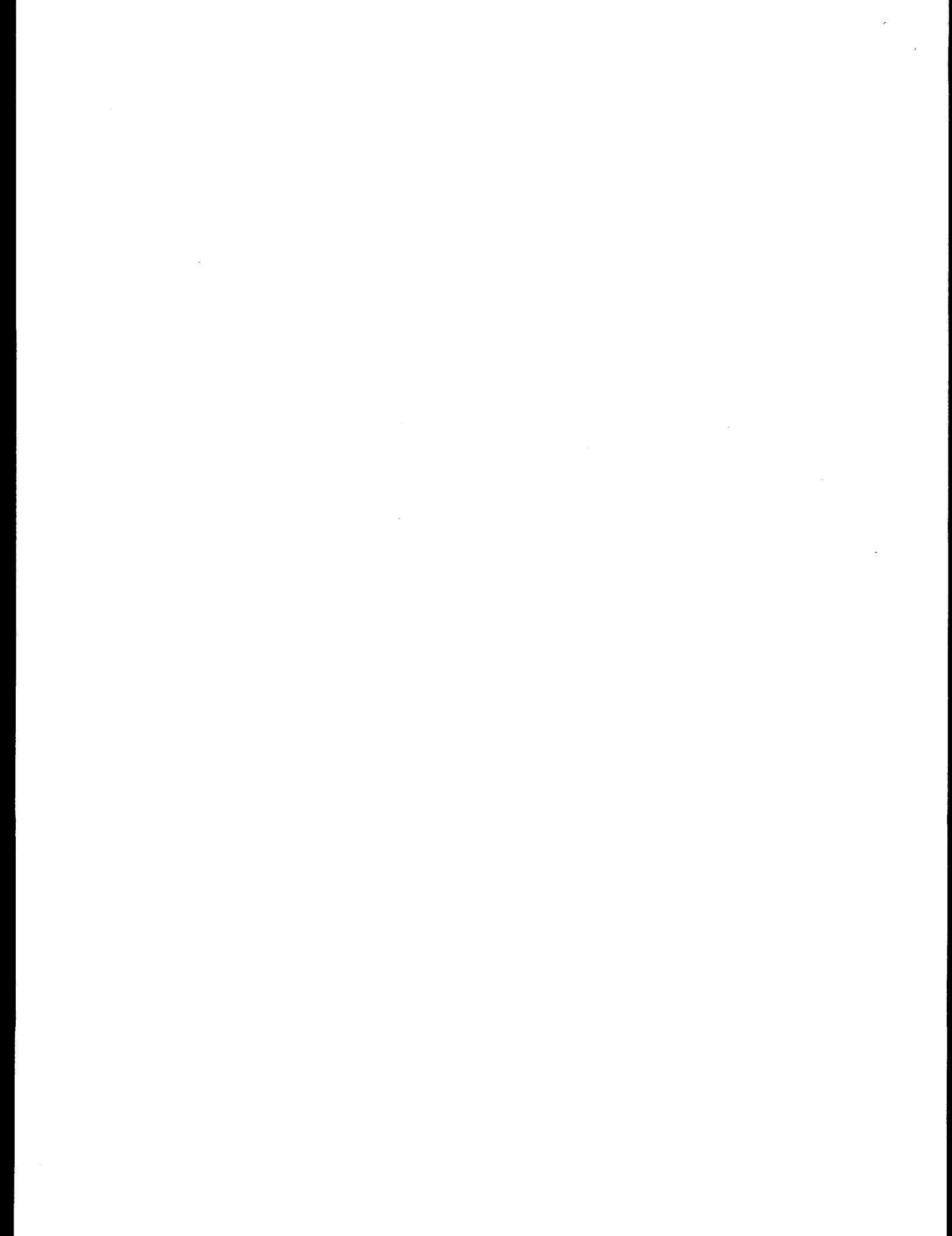
**Nơi nhận:**

- Như trên (để thực hiện);
- BGD SYT (để báo cáo);
- Lưu: VT, NVY.

**KT. GIÁM ĐỐC  
PHÓ GIÁM ĐỐC**



**Lê Quang Trung**



**BẢO HIỂM XÃ HỘI VIỆT NAM**

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

Số: 2612 /BHXH-CSYT  
V/v cung cấp số liệu chi phí KCB  
BHYT tại các cơ sở KCB

Hà Nội, ngày 12 tháng 7 năm 2018

<b>BỘ Y TẾ</b>	
Số: 11120	
Ngày: 16/7/18	
Chuyên: KH-TC	

Kính gửi: Bộ Y tế/

Bảo hiểm xã hội (BHXH) Việt Nam nhận được Công văn số 2335/BYT-Bộ Y tế đề nghị cung cấp số liệu chi phí khám, chữa bệnh (KCB) bảo hiểm y tế (BHYT) năm 2017 phần vượt định mức tính giá của một số dịch vụ kỹ thuật (DVKT) theo Kết luận tại Biên bản số 1135/BB-BYT. Về vấn đề này, BHXH Việt Nam có ý kiến như sau:

Ngày 24/10/2017 Bộ Y tế và BHXH Việt Nam ký Biên bản số 1135/BB-BYT biên bản cuộc họp giải quyết vướng mắc về định mức và thanh toán chi phí KCB BHYT. Do Bộ Y tế không có văn bản hướng dẫn việc thực hiện Biên bản này nên BHXH Việt Nam không có cơ sở để hướng dẫn BHXH các tỉnh, thành phố trực thuộc Trung ương thực hiện. Tuy nhiên, để kịp thời cho việc thanh quyết toán chi phí KCB BHYT năm 2017, BHXH Việt Nam hướng dẫn BHXH các tỉnh, thành phố thực hiện thanh toán đối với các chi phí liên quan đến việc thực hiện không đúng định mức kinh tế kỹ thuật, định mức nhân lực và thời gian làm cơ sở xây dựng giá dịch vụ KCB ban hành kèm theo Quyết định số 3955/QĐ-BYT ngày 22/9/2015 và Quyết định số 3959/QĐ-BYT ngày 22/9/2015 của Bộ Y tế. Cụ thể như sau:

### 1. Đối với định mức vật tư y tế tiêu hao, hóa chất

Định mức kinh tế kỹ thuật do Bộ Y tế ban hành tại Quyết định số 3955/QĐ-BYT và Quyết định số 3959/QĐ-BYT là cơ sở để tính giá dịch vụ y tế, đảm bảo việc thanh toán theo đúng nguyên tắc quy định tại khoản 1, Điều 11 Thông tư liên tịch số 41/2014/TTLT-BYT-BTC ngày 24/11/2014 của liên Bộ Y tế - Tài chính hướng dẫn thực hiện BHYT, đó là "Thanh toán theo giá dịch vụ là phương thức thanh toán dựa trên chi phí của thuốc, hóa chất, vật tư, thiết bị y tế, dịch vụ kỹ thuật y tế được sử dụng cho người bệnh tại cơ sở y tế". Đồng thời, đây cũng là một trong các căn cứ quan trọng để các cơ sở KCB thực hiện, đảm bảo chất lượng dịch vụ y tế cung cấp cho người bệnh.

Tuy nhiên, nhiều định mức kinh tế kỹ thuật được Bộ Y tế xây dựng từ năm 2012 đã lạc hậu, chưa được rà soát, sửa đổi và không còn phù hợp với xu hướng tiết kiệm hao phí đầu vào tại các cơ sở KCB khi thực hiện cung cấp dịch vụ y tế trong thời gian qua (ý kiến của Bộ Tài chính tại Công văn số 3003/BTC-

QLG ngày 7/3/2017); một số không ít dịch vụ có định mức kinh tế kỹ thuật xây dựng cao, cơ sở KCB không đáp ứng được (ý kiến của Bộ Tài chính tại Công văn số 5834/BTC-QLG ngày 21/5/2018) dẫn đến tình trạng tại nhiều bệnh viện chi phí vật tư lớn hơn số thực tế xuất dùng, đã được Kiểm toán Nhà nước kiến nghị xuất toán tại Báo cáo kiểm toán báo cáo tài chính, các hoạt động liên quan đến quản lý, sử dụng vốn và tài sản nhà nước năm 2015 của BHXH Việt Nam kèm theo Công văn số 89/KTNN-TH ngày 20/01/2017 của Kiểm toán Nhà nước.

Theo báo cáo của 61 BHXH các tỉnh, thành phố (Hà Nội và Bình Định chưa gửi báo cáo), tổng chi phí VTYT, hóa chất cơ sở KCB không xuất ra sử dụng trong các dịch vụ kỹ thuật thực hiện cho người bệnh BHYT theo đúng định mức quy định của Bộ Y tế năm 2017 là 481.633 triệu đồng (trong đó găng tay y tế là 380.391 triệu đồng, kim châm cứu 38.190 triệu đồng, parafin là 9.765 triệu đồng và các loại VTYT, hóa chất khác là 53.287 triệu đồng). Các chi phí này do cơ sở KCB không xuất ra sử dụng nên cơ quan BHXH chưa có cơ sở để thanh toán theo đúng kiến nghị của Kiểm toán Nhà nước.

## **2. Đối với định mức số lượt khám bệnh, ngày giường bệnh và số lượt các DVKT**

Định mức về nhân lực, thời gian thực hiện DVKT do Bộ Y tế ban hành được xây dựng trên cơ sở quy trình chuyên môn kỹ thuật, đảm bảo chất lượng DVKT y tế cung cấp cho người bệnh. Thực tế kết quả kiểm tra của cơ quan BHXH cho thấy tại nhiều cơ sở KCB ở một số địa phương như Thanh Hóa, Nghệ An, Thái Bình, Đà Nẵng, Quảng Trị, Hải Dương... có sự chênh lệch lớn về định mức nhân lực, thời gian thực hiện dịch vụ y tế giữa thực tế tại cơ sở KCB và định mức tính giá của Bộ Y tế, nhiều cơ sở KCB thực hiện khám bệnh, siêu âm, nội soi tai mũi họng... với số lượng lớn gấp 2 đến 3 lần định mức tính giá (ví dụ siêu âm đến 200 ca/1 máy/1 ngày, nội soi tai mũi họng đến 160 ca/1 máy/1 ngày...), nhiều cơ sở KCB tự kê thêm giường bệnh ngoài số giường kế hoạch được cấp có thậm chí phê duyệt lên đến 200%-300% để chỉ định nhiều người bệnh vào điều trị nội trú khi tình trạng bệnh nhẹ, chỉ cần điều trị ngoại trú mà không cần phải nằm điều trị nội trú trong khi cơ sở vật chất, diện tích khoa phòng không được cải tạo, mở rộng... Tình trạng nêu trên ảnh hưởng tới chất lượng KCB cho người bệnh và làm giảm hiệu quả sử dụng quỹ BHYT, thậm chí đã phát hiện một số biểu hiện lạm dụng, trục lợi quỹ BHYT tại một số cơ sở KCB, ảnh hưởng đến quyền lợi của người bệnh BHYT.

Vì vậy, nhằm kiểm soát chất lượng cung ứng dịch vụ y tế cho người bệnh BHYT của các cơ sở KCB, đồng thời đảm bảo việc sử dụng quỹ BHYT một cách có hiệu quả, BHXH Việt Nam hướng dẫn BHXH các tỉnh, thành phố thực hiện thanh toán đối với các chi phí liên quan đến việc thực hiện không đúng định

mức kinh tế kỹ thuật, nhân lực, thời gian đối với số lượt khám bệnh, ngày giường bệnh và số lượng các DVKT theo Thông báo Kết luận số 798/TB-BYT-BHXH VN, cụ thể như sau:

a) Thanh toán số lượt khám bệnh /1 bàn khám/1 ngày (8 giờ) không vượt quá 130% định mức quy định của Bộ Y tế;

b) Thanh toán số ngày giường bệnh thực tế không vượt quá 130% số giường kế hoạch đã được cấp có thẩm quyền phê duyệt;

c) Thanh toán số lượng dịch vụ kỹ thuật (Siêu âm, X quang, Nội soi Tai Mũi Họng, CT-Scanner, Cộng hưởng từ) /1 máy/1 ngày (8 giờ) không vượt quá 130% định mức quy định của Bộ Y tế.

Theo báo cáo của 61 BHXH các tỉnh, thành phố (Hà Nội và Bình Định chưa gửi báo cáo), chi phí DVKT vượt trên 130% định mức tính giá quy định của Bộ Y tế (Siêu âm, X quang, Nội soi Tai Mũi Họng, CT-Scanner, Cộng hưởng từ) cơ quan BHXH chưa chấp nhận thanh toán là 1.119.343 triệu đồng.

*(Chi tiết các khoản chi phí cơ quan BHXH chưa chấp nhận thanh toán tại Phụ lục đính kèm.*

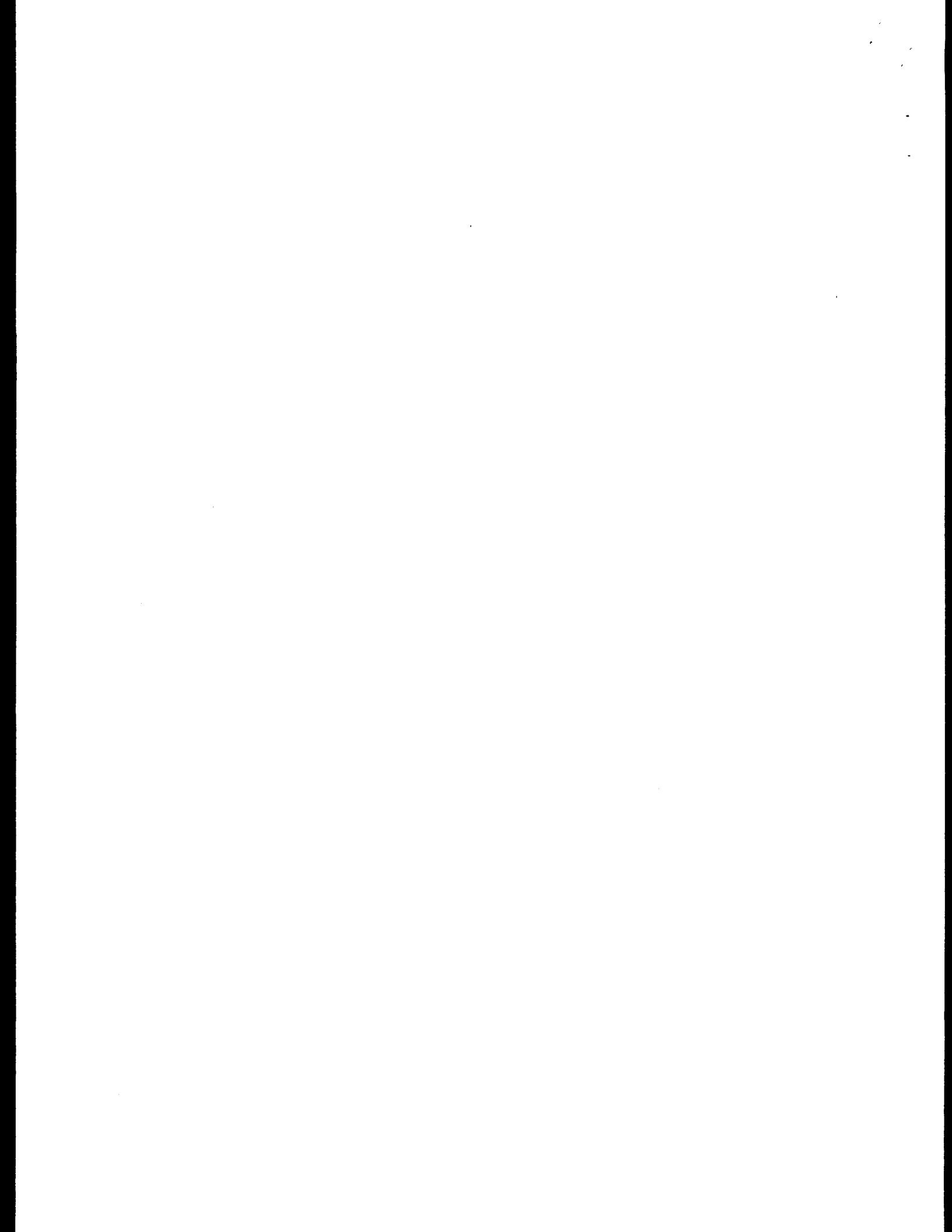
Trên đây là tổng hợp chi phí KCB BHYT chưa được cơ quan BHXH thanh toán trong năm 2017 liên quan đến định mức trong giá dịch vụ KCB và ý kiến của BHXH Việt Nam, kính chuyển Bộ Y tế để tổng hợp, báo cáo Chính phủ./ 7

**Nơi nhận:**

- Như trên;
- PTTg Vương Đình Huệ
- PTTg Vũ Đức Đam
- VPCP, Bộ Tài chính
- Tổng Giám đốc
- Các Phó Tổng Giám đốc;
- Các đơn vị: DVT, GĐB, TTKT, KTNB;
- Lưu: VT, CSYT (2b).

(để b/c);







TT	Tên định	Chỉ phí KCB BHYT đang treo do vượt định mức theo Thông báo Kết luận số 798	Trong đó, chia ra										Số tiền VTYT chênh lệch giữa thực tế sử dụng và định mức quy định			
			Trên khám bệnh	Trên giường bệnh	Siêu âm chẩn đoán	X Quang thường quy/số hoá	Nội soi Tai Mũi Họng	Chụp CT Scanner	Chụp MRI	Giăng tay sạch trong khám bệnh và ngày giường	Kim châm cứu	Parafin (số với định mức là 0,13 kg)	Hóa chất, VTYT khác			
30	Lâm Đồng	885	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	124	647	114	0
31	Long An	9,361	0	9,361	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
32	Nam Định	5,042	0	0	0	90	0	0	0	0	0	0	3,949	892	111	0
33	Nghệ An	182,545	2,416	119,137	0	10,001	2,662	0	0	0	0	0	17,881	4,896	242	25,310
34	Ninh Bình	12,102	410	715	0	2,109	36	10	0	0	0	0	7,751	570	94	0
35	Ninh Thuận	14,957	0	629	0	0	0	0	0	39	0	0	13,867	247	158	0
36	Phù Thọ	24,613	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1,035	95	0	0
37	Phù Yên	1,812	0	682	0	0	0	0	0	0	0	0	13,524	567	166	0
38	Quảng Bình	55,489	0	41,232	0	0	0	0	0	0	0	0	0	10	77	0
39	Quảng Nam	61,517	3,049	56,696	0	834	815	36	0	0	0	0	8,502	289	45	0
40	Quảng Ngãi	18,100	854	8,349	2	0	0	0	0	59	0	0	0	0	0	0
41	Quảng Ninh	5,244	157	5,087	0	0	0	0	0	0	0	0	7,596	521	0	0
42	Quảng Trị	35,351	0	27,234	0	0	0	0	0	0	0	0	2,924	979	0	0
43	Sóc Trăng	23,351	211	19,237	0	0	0	0	0	3	0	0	18,742	467	290	0
44	Sơn La	50,609	51	30,990	9	57	0	0	0	0	0	0	7,003	220	100	0
45	Tây Ninh	18,146	0	10,823	0	0	0	0	0	0	0	0	7,255	2,086	1,066	0
46	Thái Bình	17,717	0	7,310	0	0	0	0	0	0	0	0	11,898	341	607	0
47	Thái Nguyên	54,145	141	39,016	220	1,212	711	0	0	0	0	0	21,489	73	1,179	705
48	Thanh Hoá	226,671	520	182,043	11,737	8,480	445	0	0	0	0	0	0	0	0	0
49	Thừa Thiên Huế	5,094	0	5,094	0	0	0	0	0	0	0	0	2,603	377	3	0
50	Tiền Giang	2,983	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
51	Trà Vinh	2,243	1,010	1,233	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
52	Tuyên Quang	81,319	78	59,866	3,437	4,426	4,232	0	0	0	0	0	5,568	2,664	1,048	0
53	Vĩnh Long	2,383	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2,178	205	0	0
54	Vĩnh Phúc	6,983	0	6,983	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
55	Yên Bái	35,801	0	20,662	0	0	0	0	0	0	0	0	12,810	2,273	55	0
56	TP Hồ Chí Minh	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
57	Khánh Hòa	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
58	Bà Rịa - Vũng Tàu	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
59	Bình Dương	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
60	Bình Phước	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
61	Cần Thơ	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
<b>TỔNG CỘNG</b>		<b>1,600,976</b>	<b>47,254</b>	<b>974,591</b>	<b>31,913</b>	<b>40,296</b>	<b>10,419</b>	<b>9,660</b>	<b>49</b>	<b>0</b>	<b>5,162</b>	<b>380,391</b>	<b>38,190</b>	<b>9,765</b>	<b>53,287</b>	<b>0</b>



**BỘ Y TẾ**

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

Số: 1135/BB-BYT

Hà Nội, ngày 24 tháng 10 năm 2017

**BIÊN BẢN**

**Cuộc họp giải quyết vướng mắc về định mức và thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh BHYT**

Ngày 11/9/2017, Bộ Y tế và Bảo hiểm Xã hội Việt Nam đã tổ chức cuộc họp đề bàn, thống nhất giải quyết vướng mắc về định mức và thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh BHYT:

- Thời gian: 14g00 ngày 11/9/2017.
- Địa điểm: Phòng họp số 126 - Bảo hiểm Xã hội Việt Nam.
- Thành phần

**Chủ trì:**

- PGs.Ts. Phạm Lê Tuấn - Thứ trưởng Bộ Y tế.
- Ths. Nguyễn Minh Thảo - Phó Tổng Giám đốc Bảo hiểm Xã hội VN.

**Các thành viên tham dự họp:**

**Các Vụ/ Cục thuộc Bộ Y tế:**

- Ông Nguyễn Nam Liên - Vụ trưởng Vụ Kế hoạch Tài chính;
- Ông Phan Văn Toàn - Phó Vụ trưởng Vụ Bảo hiểm Y tế;
- Ông Nguyễn Trọng Khoa - Phó Cục trưởng Cục Quản lý Khám chữa bệnh;
- Ông Cao Hưng Thái - Phó Cục trưởng Cục Quản lý Khám chữa bệnh;
- Ông Bùi Sỹ Văn - Phó Chánh Thanh tra Bộ
- Các chuyên viên của Vụ Kế hoạch - Tài chính, Vụ Pháp chế, Cục Quản lý KCB, Vụ BHYT, Vụ Trang thiết bị & CTYT.

**Các Vụ/ Ban thuộc Bảo hiểm Xã hội Việt Nam:**

- Ông Lê Văn Phúc - Phó trưởng ban phụ trách Ban Thực hiện chính sách BHYT
- Ông Dương Tuấn Đức - Giám đốc Trung tâm Giám định BHYT và Thanh toán đa tuyến khu vực phía Bắc
- Bà Nguyễn Thị Yến - Phó Trưởng ban Dược - VTYT
- Chuyên viên Ban Thực hiện chính sách BHYT

**Nội dung cuộc họp**

I. Ông Nguyễn Nam Liên báo cáo tóm tắt một số nội dung đề xin ý kiến thảo luận và kết luận của Lãnh đạo Bộ Y tế và Bảo hiểm xã hội Việt Nam:

- Một số nội dung dự thảo hướng dẫn việc thực hiện định mức và thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh BHYT.

- Một số ý kiến tham gia của các Sở Y tế, các cơ sở khám bệnh chữa bệnh
- Tóm tắt kết quả thảo luận cấp Vụ tại một số cuộc họp.

**II. Sau khi thảo luận, Lãnh đạo Bộ Y tế và Bảo hiểm xã hội Việt Nam thống nhất hướng dẫn việc thanh toán như sau:**

Bộ Y tế và Bảo hiểm xã hội Việt Nam thống nhất nguyên tắc tính số lượt khám trung bình/01 bàn khám/ngày; số ca chụp X quang, CT Scanner, MRI, nội soi tai mũi họng, siêu âm chẩn đoán trung bình /01 máy/01 ngày như sau:

- Tính chung cho tất cả các bàn khám, cho số máy X-quang, CT Scanner, MRI, số hệ thống nội soi tai mũi họng và số máy siêu âm của cơ sở y tế.

- Theo theo tháng dương lịch và tính từ ngày 1 đến ngày cuối của tháng.

- Định mức tính giá là theo ngày làm việc 8 giờ. Số ngày làm việc là 22 ngày. Trường hợp đơn vị làm thêm giờ, làm ngày nghỉ hàng tuần, ngày lễ thì được tính theo số giờ, số ngày thực tế.

\* Trong thời gian bị thiên tai, dịch bệnh đột xuất: thanh toán theo thực tế, không không chế số lượt, số ca trung bình.

### **1. Về thanh toán chi phí khám bệnh:**

#### **1.1. Xác định số lượt khám bệnh BHYT trung bình**

Số lượt khám trung bình 01 ngày của 01 bàn khám của cơ sở y tế (sau đây gọi tắt là số lượt khám trung bình ngày) được xác định bằng (=) tổng số lượt khám bệnh của người có thẻ bảo hiểm y tế trong tháng chia (:) cho số ngày làm việc thực tế trong tháng, sau đó chia (:) cho tổng số bàn khám; lấy kết quả này chia (:) cho số giờ làm việc thực tế trong ngày, sau đó nhân với 8.

1.2. Bộ Y tế và Bảo hiểm xã hội Việt Nam thống nhất đề Cơ quan BHXH thanh toán từ thời điểm cơ sở khám, chữa bệnh thực hiện mức giá có tiền lương đến hết ngày 30/9/2017 như sau:

a) Số lượt khám trung bình ngày vượt định mức tính giá nhưng tỷ lệ vượt từ 30% trở xuống: *thanh toán theo mức giá có tiền lương;*

b) Số người khám trung bình ngày vượt định mức tính giá trên 30%:

- Đối với số lượt khám vượt định mức tính giá trên 30% đến 50%: *thanh toán theo mức giá không có tiền lương;*

- Đối với số lượt khám vượt định mức tính giá trên 50%: không thanh toán tiền khám bệnh chỉ thanh toán chi phí thuốc, dịch vụ kỹ thuật theo chỉ định và phạm vi hưởng.

1.3. Từ 01/10/2017 trở đi: Bảo hiểm xã hội Việt Nam thống nhất đề Bộ Y tế ban hành Thông tư hướng dẫn việc thanh toán như sau:

a) Số lượt khám trung bình ngày vượt định mức tính giá nhưng tỷ lệ vượt từ 20% trở xuống: *thanh toán theo mức giá có tiền lương;*

b) Số lượt khám trung bình ngày vượt định mức tính giá trên 20%: Đối với số lượt khám vượt định mức tính giá từ trên 20% đến 40%: *thanh toán theo mức giá không có tiền lương.* Đối với số lượt khám vượt định mức tính giá từ trên 40% trở đi: *không thanh toán tiền khám bệnh,* chỉ thanh toán chi phí thuốc, dịch vụ kỹ thuật theo chỉ định và phạm vi hưởng.

- Trong 01 tháng mà cơ sở khám, chữa bệnh có số lượt khám vượt định mức tính giá trên 20% thì phải điều phối, bố trí nhân lực, bàn khám để thực hiện theo định mức tính giá, đảm bảo chất lượng khám, chữa bệnh. Trong thời gian tối đa 01 quý, cơ sở khám, chữa bệnh không khắc phục được tình trạng này thì các trường hợp vượt định mức trên 20% trở lên chỉ được thanh toán theo mức giá không bao gồm tiền lương. Trường hợp cơ sở KCB không khắc phục được thì điều chỉnh số thẻ đăng ký KCB ban đầu.

- Đối với các bệnh viện tuyến trung ương, tuyến tỉnh: trường hợp có nhiều người bệnh do các cơ sở y tế tuyến dưới chuyển lên, số lượt khám bảo hiểm y tế trung bình ngày trên 54 lượt, các cơ sở khám, chữa bệnh thuộc trung ương quản lý phải báo cáo Bộ chủ quản để thống nhất với Bảo hiểm xã hội số lượt khám được thanh toán; các cơ sở khám, chữa bệnh thuộc địa phương quản lý giao Sở Y tế thống nhất với Bảo hiểm xã hội số lượt khám được thanh toán cho từng cơ sở khám, chữa bệnh.

- Để đảm bảo chất lượng KCB, giao Cục Quản lý KCB dự thảo văn bản thống nhất hướng dẫn định mức tối đa đối với 1 bàn khám. Giao Trung tâm Giám định BHYT và Thanh toán đa tuyến khu vực phía Bắc – Bảo hiểm xã hội Việt Nam cung cấp thông tin kịp thời để phối hợp với Cục Quản lý KCB - Bộ Y tế kiểm soát và đề xuất biện pháp xử lý đối với các bàn khám có số lượt khám bệnh cao. Chi tiết theo hạng Bệnh viện như sau:

Hạng BV	Định mức tính giá (lượt)	Từ khi thực hiện mức giá có tiền lương đến hết ngày 30/9/2017			Từ 01/10/2017 trở đi		
		TT mức giá có tiền lương ( $\leq 130\%$ )	TT mức giá không có tiền lương (từ $>130\%$ - $\leq 150\%$ )	Không TT tiền khám bệnh ( $>150\%$ )	TT mức giá có tiền lương ( $\leq 120\%$ )	TT mức giá không có tiền lương (từ $>120\%$ - $\leq 140\%$ )	Không TT tiền khám bệnh ( $>140\%$ )
BV hạng ĐB, hạng I	45	$\leq 58$	trên 58 đến 68	$> 68$	$\leq 54$	trên 54 đến 63	$> 63$
BV hạng II	42	$\leq 55$	trên 55 đến 63	$> 63$	$\leq 50$	trên 50 đến 58	$> 58$
BV hạng III-IV và các cơ sở khác	37-40	$\leq 50$	trên 50 đến 58	$> 58$	$\leq 46$	trên 46 đến 54	$> 54$

**2. Thanh toán đối với các dịch vụ kỹ thuật: chụp X-quang, CT Scanner, MRI, siêu âm chẩn đoán, nội soi Tai Mũi Họng:**

**2.1. Xác định số ca trung bình**

Số ca trung bình 01 ngày của 01 máy (sau đây gọi tắt là số ca trung bình ngày) được xác định bằng (=) tổng số ca thực hiện cho người có thẻ bảo hiểm y tế trong tháng chia (:) cho số ngày làm việc thực tế trong tháng, sau đó chia (:) cho tổng số máy; lấy kết quả này chia (:) cho số giờ làm việc thực tế trong ngày, sau đó nhân với 8.

**2.2. Bộ Y tế và Bảo hiểm xã hội Việt Nam thống nhất để Cơ quan BHXH thanh toán từ thời điểm cơ sở khám, chữa bệnh thực hiện mức giá có tiền lương đến trước ngày 30/9/2017 như sau:**

Trường hợp số ca trung bình vượt định mức bình quân tính giá từ 30% trở xuống: thanh toán theo số ca thực tế và mức giá bao gồm tiền lương đối với số ca vượt đến 30%. Đối với số ca vượt từ trên 30% trở lên: thanh toán theo mức giá không bao gồm tiền lương; cụ thể:

STT	Nội dung	Định mức TB (số ca/ngày làm việc 8 h)	130% định mức	Mức thanh toán mức giá có tiền lương (ca)
1	Siêu âm (dịch vụ số 1 và số 2 của TT số 37)	40	52,00	52
2	Xquang thường quy/số hóa	48	62,40	62
3	Nội soi Tai Mũi Họng	32	41,60	42
4	Chụp CT 32 lát cắt	24	31,20	31
5	Chụp CT 64 đến 128 lát cắt	16	20,80	21
6	Chụp CT 256 lát	14	18,20	18
7	Chụp MRI	16	20,80	21

Dịch vụ Nội soi Tai Mũi Họng: chỉ được áp dụng đối với các trường hợp chỉ định theo đúng hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số bệnh tai mũi họng do Bộ Y tế ban hành, các trường hợp chỉ định không đúng hướng dẫn phải áp dụng mức giá khám bệnh.

**2.3. Từ 01/10/2017 trở đi:** Các đơn vị phải thực hiện việc theo đúng quy định tại Thông tư số 35/2016/TT-BYT. Bảo hiểm xã hội Việt Nam thống nhất để Bộ Y tế ban hành Thông tư hướng dẫn thanh toán như sau:

a) Đối với dịch vụ siêu âm, Xquang, Nội soi tai mũi họng:

- Số ca bình quân vượt định mức tính giá từ 20% trở xuống: thanh toán theo mức giá có tiền lương.

- Đối với số ca bình quân vượt định mức tính giá từ trên 20% trở lên: thanh toán theo mức giá không có tiền lương. Cụ thể:

STT	Nội dung	Định mức TB để tính giá (số ca/ngày làm việc 8 h)	120% định mức	Mức thanh toán mức giá có tiền lương (ca)/8h
1	Siêu âm (dịch vụ số 1 và số 2 của TT số 37)	40	48,00	48
2	Xquang thường quy/số hóa	48	57,60	58
3	Nội soi Tai Mũi Họng	32	38,40	38

Sau 01 quý thực hiện (hết tháng 12/2017), để đảm bảo chất lượng dịch vụ khám chữa bệnh, giao Vụ Kế hoạch – Tài chính phối hợp với các Vụ, Cục liên quan và Ban Thực hiện chính sách bảo hiểm y tế khảo sát thực tế để xem xét điều chỉnh định mức cho phù hợp làm cơ sở thanh toán.

b) Đối với Chụp CT scanner; Chụp cộng hưởng từ (MRI):

- Các cơ sở khám, chữa bệnh chỉ chụp để chẩn đoán mà không thực hiện được các can thiệp, điều trị thì số ca trung bình được cơ quan bảo hiểm xã hội thanh toán tối đa bằng số ca theo định mức tính giá (Chụp CT scanner dưới 32 dãy là 24 ca; Chụp CT scanner từ 64 dãy đến 128 dãy là 16 ca; Chụp CT scanner từ 256 dãy trở lên là 14 ca; Chụp cộng hưởng từ (MRI) là 16 ca). Không thanh toán đối với số ca vượt định mức tính giá.

Cụ thể:

STT	Nội dung	Định mức TB để tính giá (số ca/ngày làm việc 8 h)	Mức thanh toán (ca)/8h
4	Chụp CT 32 lát cắt	24	24
5	Chụp CT 64 đến 128 lát cắt	16	16
6	Chụp CT 256 lát	14	14
7	Chụp MRI	16	16

- Các cơ sở khám, chữa bệnh có thực hiện được các can thiệp, điều trị: trường hợp thực sự quá tải được phép vượt định mức nhưng tối đa không vượt quá 20% định mức tính giá, cụ thể không quá 29 ca đối với Chụp CT scanner dưới 32 dãy; không quá 19 ca đối với Chụp CT scanner từ 64 dãy đến 128 dãy; không quá 17 ca đối với Chụp CT scanner từ 256 dãy trở lên; không quá 19 ca đối với Chụp cộng hưởng từ (MRI). Đối với số ca vượt định mức tính giá từ trên 20% trở lên: thanh toán theo mức giá không có tiền lương.

Trường hợp này, các cơ sở khám, chữa bệnh thuộc trung ương quản lý phải báo cáo Bộ chủ quản để thống nhất với Bảo hiểm xã hội số lượng ca được thanh toán; các cơ sở khám, chữa bệnh thuộc địa phương quản lý giao Sở Y tế

thống nhất với Bảo hiểm xã hội số lượng ca được thanh toán cho từng cơ sở khám, chữa bệnh.

Trong thời gian có thiên tai, dịch bệnh: cơ quan bảo hiểm xã hội thanh toán cho các cơ sở khám, chữa bệnh theo số ca thực tế, không áp dụng quy định này.

Chi tiết theo các dịch vụ như sau:

STT	Nội dung	Định mức TB để tính giá (số ca/ngày làm việc 8 h)	120% định mức	Mức thanh toán mức giá có tiền lương (ca)/8h
4	Chụp CT 32 lát cắt	24	28,80	29
5	Chụp CT 64 đến 128 lát cắt	16	19,20	19
6	Chụp CT 256 lát	14	16,80	17
7	Chụp MRI	16	19,20	19

Bộ Y tế giao Cục Quản lý khám, chữa bệnh rà soát, báo cáo Bộ Y tế ban hành hướng dẫn chi định chụp CTscanner, MRI thống nhất trong cả nước.

### 3. Về cách tính số ngày điều trị nội trú

- Theo báo cáo thống kê của Vụ KHTC số lượng nhập viện buổi sáng khoảng 60,84%, nhập viện buổi chiều khoảng 39,16%; số lượng ra viện vào buổi sáng khoảng 29,63%, ra viện vào buổi chiều khoảng 70,37% (số liệu tổng hợp của 64 cơ sở khám bệnh, chữa bệnh).

- Thống nhất: nhập viện trước 12 giờ, tính là 70%; nhập viện sau 12 giờ, tính là 50%; ra viện trước 12 giờ, tính là 50%; ra viện sau 12 giờ, tính là 70% giá ngày giường tương ứng.

- Thời điểm điều chỉnh từ 01/10/2017

- Thời gian vào viện căn cứ giờ vào khoa lâm sàng điều trị ghi trên hồ sơ bệnh án; thời gian ra viện căn cứ vào thời gian ra viện/chuyên viện được ghi trong hồ sơ bệnh án. Cục Quản lý KCB hướng dẫn các đơn vị ghi thời gian vào viện, ra viện trong bệnh án để làm cơ sở tính số ngày điều trị.

- Sau 01 quý tổ chức khảo sát, đánh giá lại để xem xét sự phù hợp của cách tính ngày điều trị.

### 4. Thanh toán tiền ngày giường bệnh đối với các cơ sở có số giường nội trú thực tế sử dụng cao hơn giường bệnh kế hoạch được giao:

a) Tỷ lệ sử dụng giường bệnh so với số giường bệnh thực tế sử dụng được xác định hằng quý (sau đây gọi tắt là tỷ lệ sử dụng giường bệnh), bằng (=) số giường bệnh thực tế sử dụng của quý chia (:) cho số giường bệnh thực tế sử dụng năm 2015 (năm trước khi thông tuyến) nhân (X) với 100%; trong đó:

- Số giường bệnh thực tế sử dụng hằng quý bằng (=) tổng số ngày điều trị nội trú của quý chia (:) cho số ngày trong quý (tính cả ngày lễ, ngày nghỉ hằng tuần);

- Số giường bệnh thực tế sử dụng của năm 2015 bằng (=) tổng số ngày điều trị nội trú của năm 2015 chia (:) cho 365 ngày (bao gồm cả cả ngày lễ, ngày nghỉ hằng tuần).

- Trường hợp số giường thực kê trong năm 2016, 2017 nhỏ hơn số giường thực sử dụng của năm 2016, năm 2017: Cơ quan Bảo hiểm xã hội và cơ sở y tế thống nhất việc thanh toán số giường nằm ghép theo quy định.

b) Bộ Y tế và Bảo hiểm xã hội Việt Nam thống nhất đề Cơ quan BHXH thanh toán từ thời điểm cơ sở khám, chữa bệnh thực hiện mức giá có tiền lương đến hết ngày 30/9/2017 như sau:

- Trường hợp tỷ lệ sử dụng giường bệnh trong quý theo cách tính quy định tại điểm a nhỏ hơn hoặc bằng 130%: thanh toán theo mức giá bao gồm tiền lương và số ngày giường bệnh thực tế của quý;

- Trường hợp tỷ lệ sử dụng giường bệnh trong quý theo cách tính quy định tại điểm a lớn hơn 130%: thanh toán theo mức giá bao gồm tiền lương đối với số ngày giường bằng 130%; đối với số ngày giường vượt từ trên 130% trở đi chỉ thanh toán theo mức giá không bao gồm tiền lương.

c) Từ ngày 01/10/2017 trở đi:

- Đối với các cơ sở khám, chữa bệnh tuyến tỉnh, tuyến trung ương:

+ Trường hợp tỷ lệ sử dụng giường bệnh trong quý theo cách tính quy định tại điểm a nhỏ hơn hoặc bằng 130%: thanh toán theo mức giá bao gồm tiền lương và số ngày giường bệnh thực tế của quý;

+ Trường hợp tỷ lệ sử dụng giường bệnh trong quý theo cách tính quy định tại điểm a lớn hơn 130%: thanh toán theo mức giá bao gồm tiền lương đối với số ngày giường bằng 130%; đối với số ngày giường vượt từ trên 130% trở đi chỉ thanh toán theo mức giá không bao gồm tiền lương.

Đối với các bệnh viện tuyến tỉnh, bệnh viện thuộc Bộ Y tế quản lý: trường hợp có nhiều người bệnh do các cơ sở y tế tuyến dưới chuyển lên, tỷ lệ sử dụng giường bệnh trong quý thường xuyên vượt quá 130% trở lên, để đảm bảo chất lượng điều trị, các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh thuộc Bộ Y tế quản lý phải báo cáo Bộ Y tế để thống nhất với Bảo hiểm xã hội Việt Nam; các bệnh viện tuyến tỉnh phải báo cáo Sở Y tế để thống nhất với Bảo hiểm xã hội địa phương việc thanh toán.

- Đối với các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh tuyến huyện và tương đương:

+ Trường hợp tỷ lệ sử dụng giường bệnh trong quý theo cách tính quy định tại điểm a nhỏ hơn hoặc bằng 130%: thanh toán theo mức giá bao gồm tiền lương và số ngày giường bệnh thực tế của quý;

+ Trường hợp tỷ lệ sử dụng giường bệnh trong quý theo cách tính quy định tại điểm a lớn hơn 130%: thanh toán theo mức giá bao gồm tiền lương đối với số ngày giường đến 130%; thanh toán theo mức giá không bao gồm tiền lương đối với số ngày giường từ 130% trở lên đến dưới 150%; đối với số ngày giường vượt từ trên 150% trở đi không thanh toán tiền giường nhưng được thanh toán thuốc, dịch vụ kỹ thuật theo chỉ định và phạm vi hưởng.

Trường hợp đặc biệt, cơ sở khám, chữa bệnh thực sự quá tải nhưng chưa được cơ quan có thẩm quyền giao tăng giường bệnh thì phải báo cáo Sở Y tế và Bảo hiểm xã hội thống nhất giải quyết.

- Trường hợp đơn vị đưa hạng mục mới cải tạo, sửa chữa hoặc xây dựng mới vào sử dụng thì số giường bệnh tăng thêm của khu vực này được tính riêng. Giao cho Sở Y tế phối hợp với Bảo hiểm xã hội địa phương thẩm định, xác định số giường bệnh tăng thêm; đồng thời Sở Y tế có trách nhiệm báo cáo UBND tỉnh giao bổ sung giường bệnh và nhân lực cho cơ sở khám bệnh chữa bệnh.

**5. Về thanh toán chi phí đối với các dịch vụ kỹ thuật sử dụng phương pháp gây mê nhưng giá gây mê: thống nhất nguyên tắc thanh toán trừ (-) đi chi phí gây mê thực tế kết cấu trong giá và cộng (+) thêm chi phí gây mê theo thực tế sử dụng.**

Giao cho Vụ KHTC - Bộ Y tế và Ban Thực hiện chính sách BHYT - Bảo hiểm xã hội Việt Nam phối hợp với các Vụ, cục liên quan để khảo sát tính cụ thể chi phí gây mê và gây tê của một số dịch vụ, dự thảo văn bản hướng dẫn cụ thể việc thanh toán.

**6. Về việc rà soát, thanh toán đối mới một số vật tư tiêu hao thực tế thấp hơn so với định mức kết cấu trong giá**

- Trước mắt thống nhất rà soát việc sử dụng thực tế tại một số cơ sở đối với một số loại vật tư y tế theo kiến nghị của thanh tra, kiểm toán như: kim châm cứu, parafin, găng tay sạch. Hai bên thống nhất định mức vật tư đã kết cấu để tính giá, làm cơ sở để rà soát như sau: găng tay sạch trong khám bệnh là 0,5 đôi; găng tay sạch trong các dịch vụ ngày giường theo các hạng bệnh viện tại phụ lục đính kèm; định mức Parafin trong dịch vụ bó Parafin là 0,13 kg.

Sau khi rà soát nếu có chênh lệch giữa vật tư kết cấu trong định mức xây dựng giá với thực tế xuất sử dụng thì đơn vị được cơ quan Bảo hiểm xã hội thanh toán 30% số chênh lệch do tiết kiệm được trong thực hiện dịch vụ.

- Bộ Y tế và Bảo hiểm xã hội Việt Nam sẽ khảo sát, điều chỉnh một số định chưa phù hợp trên cơ sở đó điều chỉnh mức giá cho phù hợp trước tháng 01 năm 2018.



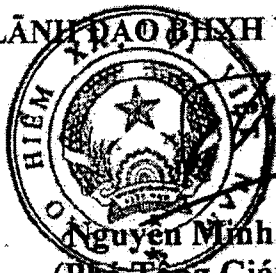
- Việc tính toán và tổ chức rà soát phải trên cơ sở thống nhất và công khai giữa Cơ quan BHXH và cơ sở khám bệnh, chữa bệnh.

7. Về giường bệnh của phòng khám đa khoa khu vực: tổng hợp số giường, số tiền báo cáo xin ý kiến Hội đồng Quản lý quỹ BHYT tại cuộc họp gần nhất, làm cơ sở để thanh toán.

8. BHXH Việt Nam chỉ đạo BHXH các cấp khẩn trương thống nhất với cơ sở y tế: Số lượt khám, số lượng dịch vụ chiếu, chụp Xquang, CT Scanner, MRI, siêu âm, nội soi Tai Mũi Họng, số ngày giường thanh toán theo giá có tiền lương; theo giá không có tiền lương; không được thanh toán tính từ thời điểm cơ sở y tế thực hiện mức giá có tiền lương đến thời điểm 30/9/2017 và quyết toán, thanh toán kịp thời, dứt điểm cho các cơ sở y tế trước ngày 31/12/2017. Trong quá trình triển khai thực hiện, có khó khăn, vướng mắc đề nghị phản ánh về Bảo hiểm xã hội Việt Nam và Bộ Y tế để thống nhất cách giải quyết.

Cuộc họp kết thúc lúc 17g30 cùng ngày, các thành viên tham dự đã nhất trí với các nội dung của Biên bản./.

LÃNH ĐẠO BHXH VIỆT NAM



Nguyễn Minh Thảo  
(Phó Tổng Giám đốc)

LÃNH ĐẠO BỘ Y TẾ



Phạm Lê Tuấn  
(Thứ trưởng)

**Nơi nhận:**

- Bộ trưởng Bộ Y tế (để b/c);
- Tổng Giám đốc BHXH Việt Nam (để b/c);
- Bộ Y tế, BHXHVN;
- Các thành viên dự họp;
- Lưu: VT, KH-TC.

## ĐỊNH MỨC XÂY DỰNG GIÁ CỦA MỘT SỐ DỊCH VỤ KỸ THUẬT

I. Định mức làm cơ sở kết cấu tiền lương vào giá của một số dịch vụ kỹ thuật (định mức tính cho 1 ngày 8 giờ làm việc)

STT	Nội dung		Định mức tính lương trong TT 37 (ca)
1	Khám bệnh	Bệnh viện hạng Đặc biệt, hạng I	45
		Bệnh viện hạng II	42
		Bệnh viện hạng III	40
		Bệnh viện hạng IV và khác	37
2	Siêu âm (dịch vụ số 1 và số 2 của Thông tư số 37)		40
3	Xquang thường quy/số hóa		48
4	Nội soi Tai Mũi Họng		32
5	Chụp CT 32 lát cắt		24
6	Chụp CT 64 đến 128 lát cắt		16
7	Chụp CT 256 lát		14
8	Chụp MRI		16

**II. Định mức vật tư tiêu hao làm cơ sở xây dựng giá của một số dịch vụ khám bệnh, chữa bệnh**

1	Định mức găng tay sạch trong dịch vụ khám bệnh	0,5 đôi	
2	Định mức Parafin trong dịch vụ bó Parafin	0,13 kg	
3	Định mức găng tay sạch trong dịch vụ Ngày điều trị Hồi sức tích cực (ICU)	30 đôi	
4	Định mức găng tay sạch trong dịch vụ Hồi sức cấp cứu, chống độc	Bệnh viện hạng Đặc biệt, hạng I	16 đôi
		Bệnh viện hạng II	10,7 đôi
		Bệnh viện hạng III	7,5 đôi
		Bệnh viện hạng IV và khác	5,3 đôi
5	Định mức găng tay sạch trong dịch vụ Ngày giường bệnh nội khoa		
5.1	Loại 1: Các khoa: Truyền nhiễm, Hô hấp, Huyết học, Ung thư, Tim mạch, Tâm thần, Thần kinh, Nhi, Tiêu hoá, Thận học; Nội tiết; Dị ứng (đối với bệnh nhân dị ứng thuốc nặng: Stevens Jonhson/ Lyell)	Bệnh viện hạng Đặc biệt, hạng I	5 đôi
		Bệnh viện hạng II	3 đôi
		Bệnh viện hạng III	2 đôi
		Bệnh viện hạng IV và khác	1 đôi
5.2	Loại 2: Các Khoa: Cơ-Xương-Khớp, Da liễu, Dị ứng, Tai-Mũi-Họng, Mắt, Răng Hàm Mặt, Ngoại, Phụ -Sân không mổ; YHDT/ PHCN cho nhóm người bệnh tổn thương tủy sống, tai biến mạch máu não, chấn thương sọ não.	Bệnh viện hạng Đặc biệt, hạng I	4,4 đôi
		Bệnh viện hạng II	2,3 đôi
		Bệnh viện hạng III	1,8 đôi
		Bệnh viện hạng IV và khác	0,8 đôi
5.2	Loại 3: Các khoa: YHDT, Phục hồi chức năng	Bệnh viện hạng Đặc biệt, hạng I	3,1 đôi
		Bệnh viện hạng II	1,6 đôi
		Bệnh viện hạng III	1,3 đôi
		Bệnh viện hạng IV và khác	0,7 đôi
6	Định mức găng tay sạch trong dịch vụ Ngày giường bệnh ngoại khoa, bông		
6.1	Loại 1: Sau các phẫu thuật loại đặc biệt; Bông	Bệnh viện hạng Đặc biệt, hạng I	15 đôi

	độ 3-4 trên 70% diện tích cơ thể	Bệnh viện hạng II	12,5 đôi
6.2	Loại 2: Sau các phẫu thuật loại 1; Bỏng độ 3-4 từ 25 -70% diện tích cơ thể	Bệnh viện hạng Đặc biệt, hạng I	10 đôi
		Bệnh viện hạng II	6,7 đôi
		Bệnh viện hạng III	5 đôi
		Bệnh viện hạng IV và khác	4,2 đôi
6.3	Loại 3: Sau các phẫu thuật loại 2; Bỏng độ 2 trên 30% diện tích cơ thể, Bỏng độ 3-4 dưới 25% diện tích cơ thể	Bệnh viện hạng Đặc biệt, hạng I	5 đôi
		Bệnh viện hạng II	4 đôi
		Bệnh viện hạng III	2,7 đôi
		Bệnh viện hạng IV và khác	1,9 đôi
6.4	Loại 4: Sau các phẫu thuật loại 3; Bỏng độ 1, độ 2 dưới 30% diện tích cơ thể	Bệnh viện hạng Đặc biệt, hạng I	4 đôi
		Bệnh viện hạng II	2,7 đôi
		Bệnh viện hạng III	1,9 đôi
		Bệnh viện hạng IV và khác	1,5 đôi

BT NA