

**BỘ Y TẾ****CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM****Độc lập - Tự do - Hạnh phúc**Số: ~~24~~ /BYT-KH-TC

Hà Nội, ngày 16 tháng 02 năm 2016

V/v hướng dẫn thực hiện Thông tư  
liên tịch số 37/2015/TTLT-BYT-BTC.

Kính gửi:

- Ủy ban nhân dân tỉnh/ thành phố trực thuộc Trung ương;
- Bảo hiểm xã hội Việt Nam;
- Y tế các Bộ/ Ngành;
- Các đơn vị sự nghiệp trực thuộc Bộ Y tế.

Liên Bộ Y tế - Tài chính đã ban hành Thông tư liên tịch số 37/2015/TTLT-BYT-BTC ngày 29/10/2015 quy định thống nhất giá dịch vụ khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế giữa các bệnh viện cùng hạng trên toàn quốc (sau đây gọi tắt là Thông tư 37), kèm theo mức giá của 1.898 dịch vụ theo lộ trình tính giá quy định tại Nghị định 16/2015/NĐ-CP ngày 14/02/2015 của Chính phủ quy định cơ chế tự chủ của đơn vị sự nghiệp công lập và đã được Thủ tướng Chính phủ cho phép thực hiện, gồm: (1) Chi phí trực tiếp và (2) Tiền lương (bao gồm cả phụ cấp thường trực 24/24 giờ, phụ cấp phẫu thuật, thủ thuật đặc thù theo Quyết định 73/2011/QĐ-TTg của Thủ tướng Chính phủ). Sau khi thống nhất với Bộ Tài chính, Bảo hiểm Xã hội Việt Nam, Bộ Y tế hướng dẫn việc triển khai thực hiện Thông tư 37 như sau:

**I. Về phạm vi và đối tượng áp dụng**

1. Thông tư 37 áp dụng cho các cơ sở y tế, đơn vị, tổ chức và cá nhân có tham gia vào quá trình khám bệnh, chữa bệnh và thanh toán, quyết toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh theo chế độ bảo hiểm y tế (BHYT).

Liên Bộ đã quy định mức giá cụ thể của các dịch vụ khám bệnh, chữa bệnh nên các đơn vị, địa phương không phải xây dựng cơ cấu giá, không phải ban hành mức giá mà được áp dụng mức giá của các dịch vụ khám bệnh, chữa bệnh tương ứng theo hạng bệnh viện đã quy định tại Thông tư 37 để thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh cho người có thẻ BHYT.

2. Đối với các dịch vụ khám bệnh, chữa bệnh không thuộc phạm vi thanh toán của quỹ BHYT, đối với người bệnh không có thẻ BHYT: tiếp tục thực hiện theo khung giá quy định tại Thông tư liên tịch số 03/2006/TTLT-BYT-BTC-BLĐTB&XH ngày 26/01/2006 của Bộ Y tế, Bộ Tài chính, Bộ Lao động Thương binh và xã hội (sau đây gọi tắt là Thông tư 03), Thông tư liên tịch số 04/2012/TTLT-BYT-BTC ngày 29/02/2012 của Bộ Y tế, Bộ Tài chính (sau đây gọi tắt là Thông tư 04) cho đến khi liên bộ Y tế - Tài chính ban hành Thông tư thay thế. Thẩm quyền quy định mức giá đối với các dịch vụ không thanh toán từ quỹ BHYT, đối với người bệnh không có BHYT tiếp tục thực hiện theo các quy định hiện hành, cụ thể như sau:

a) Bộ Y tế quy định mức giá đối với các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh thuộc Bộ Y tế, các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh thuộc các Bộ, ngành khác được xếp hạng I trở lên.

b) Ủy ban nhân dân, Hội đồng nhân dân cấp tỉnh quy định mức giá đối với các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh thuộc địa phương quản lý và các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh của các Bộ, ngành khác được xếp từ hạng II trở xuống trên địa bàn mà cơ sở đó đặt trụ sở, trong phạm vi khung giá của Thông tư 03 và Thông tư 04 nêu trên.

Từ ngày 01/01/2016, theo ý kiến của Bộ Tư pháp, thẩm quyền quy định mức giá do Hội đồng nhân dân cấp tỉnh quyết định (thực hiện theo quy định của Luật Tổ chức chính quyền địa phương).

## **II. Áp dụng mức giá trong một số trường hợp cụ thể**

Bộ Y tế hướng dẫn việc triển khai thực hiện trong một số trường hợp cụ thể như sau:

**1. Đối với dịch vụ khám bệnh:** quy định tại Phụ lục I ban hành kèm Thông tư 37, theo các mức giá quy định cụ thể theo hạng bệnh viện.

Việc xác định và tính chi phí khám bệnh để thanh toán chi phí khám bệnh với người bệnh và Cơ quan BHYT trong một số trường hợp cụ thể áp dụng như sau:

a) Trường hợp trong cùng một ngày, tại cùng một cơ sở y tế, người bệnh có thể BHYT sau khi khám một chuyên khoa cần phải khám thêm các chuyên khoa khác thì từ lần khám thứ 2 trở đi chỉ tính 30% mức giá của 1 lần khám bệnh nhưng mức thanh toán tối đa chi phí khám bệnh một ngày không quá 2 lần mức giá của 1 lần khám bệnh;

Vi dụ ngày 01/3/2016 người bệnh đến khám bệnh tại Bệnh viện A (là bệnh viện hạng I): sau khi khám tại phòng khám đa khoa;

- Giả sử người bệnh được chỉ định khám thêm chuyên khoa da liễu thì tiền khám bệnh làm cơ sở thanh toán bảo hiểm y tế đối với trường hợp này là: 20.000 đồng (lần 1) + 30% x 20.000 đồng (lần 2) = 26.000 đồng

- Giả sử sau khi khám đa liễu, người bệnh lại được chỉ định khám tiếp chuyên khoa Nội tiết thì tiền khám bệnh làm cơ sở thanh toán bảo hiểm y tế đối với trường hợp này là: 20.000 đồng (lần 1) + 30% x 20.000 đồng (lần 2) + 30% x 20.000 đồng (lần 3) = 32.000 đồng.

- Sau đó người bệnh lại tiếp tục được chỉ định khám thêm 2 chuyên khoa nữa (tổng cộng cả lần khám đầu tiên là 5 lần khám bệnh trong cùng một lần đến Bệnh viện A) thì tiền khám bệnh lúc này cũng chỉ được thu tối đa là 40.000 đồng.

b) Trường hợp người bệnh đến khám bệnh tại cơ sở khám chữa bệnh sau đó được chuyển vào điều trị nội trú theo yêu cầu chuyên môn thì được thanh toán là một lần khám bệnh.

## **2. Đối với dịch vụ ngày giường bệnh**

a) Áp dụng mức giá ngày điều trị Hồi sức tích cực (ICU) quy định tại Phụ lục II của Thông tư 37 trong các trường hợp sau:

- Đối với bệnh viện hạng đặc biệt, hạng I hoặc hạng II đã thành lập khoa Điều trị tích cực, khoa chống độc, các khoa này nếu có đầy đủ các điều kiện để hoạt động theo Quyết định số 01/2008/QĐ-BYT ngày 21/01/2008 của Bộ Y tế về việc ban hành quy chế cấp cứu, hồi sức tích cực và chống độc.

- Trường hợp đơn vị chưa thành lập khoa Điều trị tích cực nhưng khoa Hồi sức cấp cứu có một số giường được sử dụng để điều trị tích cực, một số giường bệnh sau hậu phẫu của các phẫu thuật nặng như tim mạch, ung thư, nhi, bỏng nếu các giường bệnh này đáp ứng được yêu cầu về trang bị cho giường điều trị tích cực quy định tại Quyết định số 01/2008/QĐ-BYT ngày 21/01/2008 nêu trên.

- Chi thanh toán chi phí ngày điều trị hồi sức tích cực (ICU) khi người bệnh nằm tại các giường này với các bệnh lý cần được chăm sóc, điều trị và theo dõi theo quy chế hồi sức tích cực/ hồi sức cấp cứu. Các trường hợp còn lại chỉ được áp dụng mức giá ngày điều trị hồi sức cấp cứu quy định tại dịch vụ số 2 Phụ lục số 2 của Thông tư 37.

b) Áp dụng mức giá ngày giường bệnh hồi sức cấp cứu:

Đối với các khoa điều trị lâm sàng có giường hồi sức cấp cứu trong khoa (ví dụ trong khoa Nhi có giường hồi sức cấp cứu nhi, các khoa sơ sinh/chăm sóc đặc biệt đối với trẻ sơ sinh thiếu tháng) thì được áp dụng giá ngày giường hồi sức cấp cứu quy định tại dịch vụ số 2 Phụ lục số II của Thông tư 37.

c) Áp dụng giá ngày giường bệnh trong các trường hợp khác:

- Đối với ngày giường bệnh trong trường hợp cơ sở khám bệnh, chữa bệnh kê thêm giường bệnh ngoài giường kế hoạch được giao: được thanh toán theo mức giá ngày giường bệnh đã được quy định tại Thông tư 37.

- Trường hợp người bệnh nằm trên băng ca, giường gấp: tạm thời áp dụng mức giá ngày giường bệnh nằm ghép 02 người theo từng loại chuyên khoa đã quy định tại Thông tư 37. Các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh phải đảm bảo khắc phục tình trạng này, không để người bệnh điều trị nội trú phải nằm điều trị trên băng ca, giường gấp.

d) Đối với ngày giường bệnh ban ngày, thực hiện theo quy định của Bộ Y tế về danh mục bệnh và danh mục dịch vụ kỹ thuật điều trị ban ngày: Trường hợp này được áp dụng mức giá bằng 0,3 giá ngày giường của các khoa tương ứng.

Ví dụ: Bệnh viện A là bệnh viện chuyên khoa Y học cổ truyền thuộc Bộ Y tế tại Hà Nội được xếp hạng I, giá ngày giường bệnh điều trị nội trú theo quy định tại Thông tư 37: từ ngày 01/3/2016 là 89.000 đồng, từ ngày 01/7/2016 là 192.300 đồng.

Người bệnh B có thể BHYT, điều trị bệnh C thuộc danh mục bệnh điều trị ban ngày. Mức giá ngày giường điều trị ban ngày thực hiện từ 01/3/2016 là  $0,3 \times 89.000$  đồng = 26.700 đồng, từ ngày 01/7/2016 là  $0,3 \times 192.300$  đồng = 57.690 đồng.

**3. Đối với dịch vụ kỹ thuật và xét nghiệm:** quy định tại Phụ lục III ban hành kèm theo Thông tư 37 và được áp dụng chung cho tất cả các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh.

**3.1. Nguyên tắc áp dụng giá dịch vụ theo thứ tự như sau:**

a) Đối với các dịch vụ đã được quy định mức giá cụ thể tại các phụ lục kèm theo Thông tư 37: áp dụng theo mức giá đã được quy định cho từng dịch vụ.

b) Các dịch vụ chưa được quy định mức giá cụ thể tại các phụ lục kèm theo Thông tư 37 thì áp dụng theo mức của các dịch vụ được Bộ Y tế xếp tương đương về kỹ thuật và chi phí thực hiện.

c) Trường hợp các phẫu thuật, thủ thuật chưa được quy định giá cụ thể tại Thông tư 37 đồng thời cũng chưa được xếp tương đương về kỹ thuật và chi phí thì áp dụng mức giá tương ứng với từng loại phẫu thuật, thủ thuật tại mục “phẫu thuật, thủ thuật còn lại khác” của từng chuyên khoa.

Ví dụ:

- Dịch vụ “Truyền hóa chất tĩnh mạch” là thủ thuật loại I của chuyên ngành ung bướu đã được quy định mức giá cụ thể kể từ ngày 01/3/2016 là 124.000 đồng (dịch vụ số 1169). Mặc dù Thủ thuật loại I của chuyên ngành ung thư (dịch vụ số 1193) có mức giá quy định kể từ 01/3/2016 là 414.000 đồng. Theo nguyên tắc và thứ tự áp dụng giá thì kể từ 01/3/2016, dịch vụ “Truyền hóa chất tĩnh mạch” đã được quy định mức giá cụ thể nên thực hiện theo mức giá là 124.000 đồng, không được áp dụng mức giá 414.000 đồng; kể từ 01/7/2016, thực hiện mức giá là 148.000 đồng, không được áp dụng mức giá 485.000 đồng.

- Dịch vụ “Phẫu thuật giải phóng chèn ép tủy” là phẫu thuật đặc biệt thuộc chuyên khoa ngoại chưa được quy định mức giá cụ thể tại Phụ lục III. Giá sử dịch vụ này được Bộ Y tế xếp tương đương về kỹ thuật và chi phí với dịch vụ số 369 “Phẫu thuật giải ép thần kinh/khoan thăm dò sọ”; khi đó dịch vụ này ngày 01/3/2016 sẽ được áp dụng mức giá của dịch vụ số 369 là 3.673.000 đồng.

- Dịch vụ “Phẫu thuật lấy bỏ vùng động kinh bằng đường mở nắp sọ” là phẫu thuật đặc biệt thuộc chuyên khoa ngoại, chưa được quy định mức giá cụ thể tại Phụ lục III, chưa được Bộ Y tế xếp tương đương về kỹ thuật và chi phí thì ngày 01/3/2016 sẽ được áp dụng mức giá của Phẫu thuật đặc biệt (số thứ tự 581) của nhóm dịch vụ “các phẫu thuật thủ thuật còn lại khác chuyên khoa ngoại” Mục V, Phụ lục III là 3.004.000 đồng.

3.2. Đối với việc thanh toán chi phí BHYT của các dịch vụ kỹ thuật vượt tuyến theo quy định tại Thông tư số 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: Cơ quan Bảo hiểm xã hội thực hiện thanh toán khi dịch vụ kỹ thuật đó đã được cấp có thẩm quyền thẩm định và phê duyệt danh mục kỹ thuật triển khai tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh.

3.3. Việc thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh đối với các dịch vụ kỹ thuật y tế do cán bộ của cơ sở y tế tuyến trên thực hiện theo chương trình chỉ đạo tuyến, các đề án hỗ trợ, nâng cao năng lực chuyên môn cho tuyến dưới thực hiện theo quy định tại khoản 4 Điều 13 Thông tư liên tịch số 41/2014/TTLT-BYT-BTC ngày 24/11/2014 của Bộ Y tế và Bộ Tài chính hướng dẫn thực hiện bảo hiểm y tế.

#### 3.4. Hướng dẫn thanh toán trong một số trường hợp cụ thể:

a) Chi phí gây mê: do có những dịch vụ khi triển khai thực hiện người bệnh có thể phải gây mê hoặc không cần phải gây mê nên chi phí gây mê của các dịch vụ ban hành kèm theo Thông tư 37 được quy định như sau:

- Giá của các phẫu thuật quy định tại các chuyên khoa đã bao gồm chi phí gây mê. Riêng phẫu thuật thuộc chuyên khoa Mắt là chưa bao gồm chi phí gây mê.

- Giá của các thủ thuật đã bao gồm chi phí thuốc gây mê, an thần tiền mê, chưa bao gồm chi phí gây mê (trừ một số trường hợp đã ghi chú cụ thể).

- Trong trường hợp khi thực hiện phẫu thuật chuyên khoa mắt hoặc thực hiện các thủ thuật của các chuyên khoa khác mà người bệnh cần phải gây mê (~~do bác sĩ chuyên khoa gây mê thực hiện~~) thì chi phí gây mê để thực hiện dịch vụ được thanh toán theo giá của dịch vụ số 1214 của Phụ lục III ban hành kèm theo Thông tư số 37.

Ví dụ dịch vụ số 104 của Phụ lục 3 kèm theo Thông tư 37 là “*Đặt sonde JJ niệu quản*” có mức giá áp dụng từ ngày 01/7/2016 là 904.000 đồng kèm theo ghi chú của dịch vụ là *chưa bao gồm Sonde JJ* có nghĩa là với mức giá 904.000 đồng đã bao gồm toàn bộ các chi phí trực tiếp, chi phí tiền lương và chi phí phụ cấp phẫu thuật, thủ thuật để thực hiện dịch vụ chưa bao gồm chi phí sonde JJ. Khi người bệnh thực hiện dịch vụ này; đơn vị chỉ được thu và thanh toán với Cơ quan bảo hiểm xã hội là 904.000 đồng cộng với chi phí của sonde JJ theo số lượng thực tế người bệnh đã sử dụng và giá mua vào của bệnh viện (giá đầu thầu theo quy định của pháp luật).

Dịch vụ này được phân loại là thủ thuật loại I thuộc chuyên ngành nội khoa nên mức giá trên chưa bao gồm chi phí gây mê; trường hợp người bệnh khi thực hiện dịch vụ này phải gây mê theo chỉ định của bác sĩ thì được thu và thanh toán với Cơ quan bảo hiểm y tế chi phí gây mê quy định tại dịch vụ số 1214 của Phụ lục III ban hành kèm theo Thông tư liên tịch số 37 là 632.000 đồng.

b) Trong trường hợp thực hiện nhiều can thiệp trong cùng một lần phẫu thuật, cơ quan Bảo hiểm xã hội thực hiện thanh toán theo giá của dịch vụ kỹ thuật phức tạp nhất, có mức giá cao nhất và các dịch vụ kỹ thuật khác phát sinh trong cùng một lần phẫu thuật được thanh toán như sau:

- Bằng 50% giá của các dịch vụ kỹ thuật phát sinh nếu kỹ thuật đó vẫn do 1 kíp phẫu thuật thực hiện.

Ví dụ ngày 01/3/2016, người bệnh có chỉ định thực hiện 2 phẫu thuật là “Phẫu thuật cắt dạ dày” (dịch vụ số 449 có mức giá là 5.616.000 đồng) và “Phẫu thuật nạo vét hạch” (dịch vụ số 488 có mức giá là 2.993.000 đồng). Hai phẫu thuật này thực hiện trong cùng một lần phẫu thuật và do 1 kíp phẫu thuật thực hiện nên mức thu và thanh toán với Cơ quan bảo hiểm là: 5.616.000 đồng + 50% x 2.993.000 đồng = 7.082.500 đồng.

- Bằng 80% giá của các dịch vụ kỹ thuật phát sinh nếu kỹ thuật đó phải thay kíp phẫu thuật khác để thực hiện.

Ví dụ ngày 01/3/2016, người bệnh có chỉ định thực hiện 2 phẫu thuật là “Phẫu thuật lấy máu tụ trong sọ” (dịch vụ số 370 có mức giá là 4.050.000 đồng) và “Phẫu thuật nối gân” (dịch vụ số 559 có mức giá là 2.369.000 đồng). Hai phẫu thuật này thực hiện trong cùng một lần phẫu thuật nhưng do 2 kíp phẫu thuật thực hiện nên mức thu và thanh toán với Cơ quan bảo hiểm là 4.050.000 đồng + 80% x 2.369.000 đồng = 5.945.200 đồng.

- Trường hợp dịch vụ phát sinh là các thủ thuật thì thanh toán 100% giá của dịch vụ phát sinh.

Ví dụ: Người bệnh có chỉ định thực hiện 2 thủ thuật là “Mở khí quản” (dịch vụ số 120 có mức giá 650.000 đồng) và “Nắn, bó bột xương đùi” (dịch vụ số 529 có mức giá 564.000 đồng). Trong trường hợp này mặc dù cùng một lần thực hiện dịch vụ nhưng là 2 thủ thuật nên mức thu và thanh toán với Cơ quan bảo hiểm là tổng mức giá của 2 dịch vụ: 650.000 đồng + 564.000 đồng = 1.214.000 đồng.

c) Dịch vụ chụp Xquang thường quy (dịch vụ số 10,11,12,13) và chụp X-quang số hoá (dịch vụ số 28, 29, 30) quy định tại Phụ lục 3 Thông tư 37 là áp dụng cho 01 vị trí chụp cần 01 phim, 2 phim hoặc 3 phim. Trường hợp người bệnh phải chỉ định chụp nhiều vị trí thì thanh toán theo số vị trí chụp và mức giá chụp cho từng vị trí.

d) Đối với dịch vụ “Siêu âm Dopple màu tim 4D (3D REAL TIME)” (dịch vụ số 7) và dịch vụ “Siêu âm Dopple màu tim/mạch máu” (dịch vụ số 4): Chỉ áp dụng giá dịch vụ “Siêu âm Dopple màu tim 4D (3D REAL TIME)” trong trường hợp đơn vị chỉ định để thực hiện các phẫu thuật hoặc can thiệp tim mạch. Các trường hợp siêu âm Dopple màu tim/mạch máu còn lại khác áp dụng giá của dịch vụ “Siêu âm Dopple màu tim/mạch máu”.

e) Dịch vụ chụp CT Scanner: trường hợp cơ sở khám, chữa bệnh chỉ trang bị một loại máy chụp CT Scanner cấu hình cao (từ 64 dãy trở lên) mà

không có các loại máy CT Scanner cấu hình thấp hơn, tạm thời thực hiện như sau: các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh căn cứ hướng dẫn chẩn đoán và điều trị, quy trình kỹ thuật của Bộ Y tế thống nhất với cơ quan Bảo hiểm xã hội các trường hợp bệnh cụ thể được chụp và thanh toán đối với dịch vụ chụp CT Scanner 64 dãy đến 128 dãy và CT Scanner 256 dãy trở lên; các trường hợp khác thực hiện thanh toán theo mức giá chụp CT Scanner dưới 32 dãy.

g) Đối với dịch vụ “thay băng vết thương/vết mổ”:

- Dịch vụ thay băng vết thương/vết mổ chiều dài trên 15 cm: áp dụng trong trường hợp thay băng cho người bệnh điều trị nội trú hoặc điều trị ngoại trú.

- Dịch vụ thay băng vết thương/vết mổ chiều dài từ 15 cm trở xuống: Áp dụng trong trường hợp người bệnh điều trị ngoại trú. Đối với người bệnh điều trị nội trú: chỉ thanh toán trong các trường hợp sau: vết thương nhiễm trùng; vết thương có thấm dịch, máu trong các tổn thương loét da, hở da diện tích trên 6 cm<sup>2</sup>; vết thương đã có chèn gạc; vết thương chân ống dẫn lưu chảy dịch nhiều; đa vết thương/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: phẫu thuật nội soi, thay băng vết mổ, vết thương thông thường, thay băng rốn sơ sinh.

f) Về thanh toán xét nghiệm Điện giải đồ (dịch vụ số 1487 và 1580) cho kết quả nhiều hơn 3 chỉ số: mức giá thanh toán bằng mức giá của dịch vụ xét nghiệm Điện giải đồ, không tách riêng chỉ số thanh toán thêm.

i) Đối với dịch vụ “Tổng phân tích tế bào máu ngoại vi bằng hệ thống tự động hoàn toàn” (dịch vụ số 1367): dịch vụ này áp dụng đối với trường hợp bệnh viện được trang bị và thực hiện xét nghiệm này bằng hệ thống 2 máy gồm máy đếm tự động được kết nối với máy kéo lam kính tự động<sup>1</sup>.

k) Do sơ xuất trong quá trình soạn thảo nên có một số dịch vụ tại Phụ lục III chưa ghi chú đầy đủ, Bộ Y tế hướng dẫn bổ sung phần ghi chú của các dịch vụ này như sau:

- Dịch vụ số 56 “Chụp và can thiệp mạch chủ bụng/ ngực và mạch chi dưới C-Arm”: bổ sung phần ghi chú: chưa bao gồm vật tư chuyên dụng dùng để can thiệp: bóng nong, bộ bơm áp lực, stent, các vật liệu nút mạch, các vi ống thông, vi dây dẫn, các vòng xoắn kim loại.

- Dịch vụ số 250 “Phong bế thần kinh bằng Phenol để điều trị co cứng cơ”, dịch vụ số 273 “Tiêm Botulinum toxine vào cơ thành bàn quang để điều trị bàn quang tăng hoạt động”, dịch vụ số 274 “Tiêm Botulinum toxine vào điểm vận động để điều trị co cứng cơ”: bổ sung phần ghi chú: chưa bao gồm thuốc.

---

<sup>1</sup> Khi máy đếm tự động phát hiện các chỉ số không bình thường, máy kéo lam kính sẽ tự động nhuộm và phân tích sâu các chỉ số này và đưa ra kết quả.

**4. Việc áp dụng giá dịch vụ khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế trong một số trường hợp được thực hiện theo quy định tại Điều 4 của Thông tư 37.**

**5. Về việc phê duyệt, thực hiện mức thu đối với các dịch vụ khám bệnh, chữa bệnh theo yêu cầu, các dịch vụ thực hiện từ các trang thiết bị từ nguồn vốn xã hội hóa, vốn vay:**

Trong khi chờ Bộ Y tế, Bộ Tài chính quy định khung giá tính đầy đủ các yếu tố chi phí và có tích lũy theo quy định tại khoản 5 Điều 18 của Nghị định 85/2012/NĐ-CP và Nghị định 16/2015/NĐ-CP, tạm thời thực hiện như sau:

a) Giá dịch vụ khám bệnh, chữa bệnh theo yêu cầu, giá của các dịch vụ kỹ thuật được cung cấp từ các trang thiết bị đầu tư từ nguồn xã hội hóa tạm thời thực hiện theo mức giá hiện hành mà đơn vị đang thực hiện. Các đơn vị *không được điều chỉnh giá* của các dịch vụ này khi chưa được cấp có thẩm quyền phê duyệt giá cho phép.

b) Cơ quan BHXH thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh BHYT đối với các dịch vụ khám bệnh, chữa bệnh theo yêu cầu, dịch vụ kỹ thuật từ nguồn xã hội hóa theo mức giá của dịch vụ đã được quy định tại Thông tư 37.

c) Các đơn vị phải công khai phần chênh lệch giữa giá dịch vụ khám bệnh, chữa bệnh theo yêu cầu, giá của các dịch vụ kỹ thuật được cung cấp từ các trang thiết bị đầu tư từ nguồn xã hội hóa với giá được quy định tại Thông tư 37, được cơ quan BHXH thanh toán để người bệnh biết, lựa chọn. Thực hiện giảm phần chênh lệch phải nộp của các dịch vụ khám bệnh, chữa bệnh theo yêu cầu, dịch vụ kỹ thuật sử dụng máy xã hội hóa đối với người bệnh có thẻ BHYT. Ví dụ:

- Giá khám bệnh theo yêu cầu của bệnh viện (hạng I) đang quy định là 50.000 đồng, giá khám bệnh trước đây là 20.000 đồng, người bệnh có thẻ BHYT, được BHYT thanh toán tiền khám bệnh thì ngoài phần đồng chi trả theo quy định, phải nộp phần chênh lệch là 30.000 đồng. Từ ngày 01/7/2016, giá khám bệnh là 39.000 đồng, ngoài phần đồng chi trả theo quy định, người bệnh chỉ nộp phần chênh lệch là 11.000 đồng.

- Bệnh viện thực hiện xã hội hóa 01 máy CT Scanner 64 dãy, giá dịch vụ chụp CT Scanner 64 dãy bao gồm cả thuốc cản quang, cả khấu hao là 2.500.000 đồng. Giá chụp CT Scanner 64 dãy bao gồm cả thuốc cản quang theo quy định tại Thông tư 03, Thông tư 04 được duyệt là 1.700.000 đồng, người bệnh có thẻ BHYT, ngoài phần đồng chi trả theo quy định, phải nộp phần chênh lệch là 800.000 đồng (2.500.000 đồng - 1.700.000 đồng).

Kể từ ngày 01/3/2016, thực hiện Thông tư 37, giá dịch vụ chụp CT Scanner 64 dãy có thuốc cản quang là 2.167.000 đồng, người bệnh có thẻ BHYT ngoài phần đồng chi trả theo quy định phải nộp phần chênh lệch là 333.000 đồng (bằng 2.500.000 đồng - 2.167.000 đồng); từ ngày 01/7/2016 giá chụp CT Scanner 64 lát có thuốc cản quang là 2.266.000 đồng thì ngoài phần



đồng chi trả theo quy định, bệnh viện chỉ được thu thêm 234.000 đồng (2.500.000 đồng - 2.266.000 đồng).

### **III. Lộ trình thực hiện**

1. Mức giá gồm chi phí trực tiếp và phụ cấp đặc thù được thực hiện kể từ ngày 01 tháng 3 năm 2016.

2. Mức giá gồm chi phí trực tiếp, phụ cấp đặc thù và tiền lương được thực hiện kể từ ngày 01 tháng 7 năm 2016. Thời điểm thực hiện cụ thể của từng đơn vị, địa phương do Bộ Y tế xem xét, quyết định và có thông báo sau.

3. Các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh của Nhà nước được cơ quan có thẩm quyền quyết định là đơn vị tự bảo đảm chi thường xuyên, đơn vị tự bảo đảm chi thường xuyên và chi đầu tư; các bệnh viện tư nhân được thực hiện mức giá gồm chi phí trực tiếp, phụ cấp đặc thù và tiền lương kể từ ngày 01 tháng 3 năm 2016.

### **IV. Một số nội dung cần lưu ý khi tổ chức triển khai thực hiện**

1. Các Sở Y tế có trách nhiệm tập huấn, phổ biến các nội dung của Thông tư đến các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh trên địa bàn tỉnh. Các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh phải triển khai tập huấn, phổ biến nội dung Thông tư đến tất cả các cán bộ liên quan để thực hiện việc tính và thu đúng theo giá dịch vụ đã được ban hành, không thu thêm của người bệnh chi phí đã tính trong giá (trừ các chi phí vật tư, hóa chất, chưa tính vào giá, phần đồng chi trả theo quy định của người bệnh có thẻ BHYT hoặc phần chênh lệch giữa giá thanh toán với cơ quan BHXH và giá khám chữa bệnh theo yêu cầu).

2. Các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh có trách nhiệm lập danh mục các dịch vụ kỹ thuật đang thực hiện tại đơn vị, gồm danh mục, mức giá của từng dịch vụ kỹ thuật theo quy định tại Thông tư số 37, bao gồm cả các phẫu thuật, thủ thuật được xếp tương đương về kỹ thuật và chi phí; các phẫu thuật, thủ thuật chưa được quy định giá cụ thể hoặc chưa được xếp tương đương về kỹ thuật và chi phí gửi cơ quan Bảo hiểm xã hội làm cơ sở thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh cho người có thẻ BHYT.

3. Công khai mức thu của các dịch vụ thực hiện tại cơ sở khám chữa bệnh để người bệnh biết, thực hiện, đặc biệt là mức thu khám bệnh, ngày giường điều trị. Trong quá trình thực hiện, nếu phát hiện mức giá dịch vụ Liên Bộ đã ban hành nhưng không phù hợp, đề nghị các đơn vị, địa phương phản ánh bằng văn bản về Bộ Y tế, Bộ Tài chính để xem xét, điều chỉnh cho phù hợp, không tự điều chỉnh mức thu hoặc yêu cầu người bệnh đóng thêm.

4. Cải tiến khâu thu, thanh toán, nhất là thanh toán khi ra viện để thuận lợi cho người bệnh; tăng cường ứng dụng Công nghệ thông tin để việc thanh toán được nhanh chóng và hạn chế tối đa việc tính sai cho người bệnh.

5. Lưu ý trong việc triển khai tự chủ tài chính, Giám đốc Bệnh viện không được giao khoán mức thu, chỉ cho các khoa phòng, đơn vị thuộc bệnh viện.

6. Về sử dụng nguồn thu: Số thu từ các dịch vụ, kỹ thuật y tế, kể cả số thu do cơ quan Bảo hiểm xã hội thanh toán cho người bệnh có thẻ Bảo hiểm y tế theo quy định tại Thông tư 37 được để lại toàn bộ cho đơn vị sử dụng. Đơn vị được chủ động sử dụng nguồn tài chính này cho các hoạt động thường xuyên theo quy định tại Nghị định số 16/2016/NĐ-CP ngày 14/02/2016 của Chính phủ quy định cơ chế tự chủ của đơn vị sự nghiệp công lập.

Để nâng cao chất lượng dịch vụ, trước mắt là công tác khám bệnh và bảo đảm giường điều trị cho người bệnh, các đơn vị phải ưu tiên sử dụng nguồn thu để nâng cấp phòng khám và buồng bệnh, cụ thể:

a) Đối với số thu từ dịch vụ khám bệnh: Hàng năm, các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh phải dành tối thiểu 5% số thu (riêng các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh được xếp hạng là bệnh viện hạng III, hạng IV phải dành tối thiểu 3% số thu) để sửa chữa, nâng cấp, cải tạo, mở rộng khu vực khám bệnh; mua sắm trang bị điều hòa, máy tính, các bộ dụng cụ khám bệnh đa khoa, chuyên khoa, bàn, ghế, giường, tủ... cho các phòng khám, buồng khám.

b) Đối với số thu từ ngày giường điều trị: Hàng năm, các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh phải dành tối thiểu 5% số thu (riêng các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh được xếp hạng là bệnh viện hạng III, hạng IV phải dành tối thiểu 3% số thu) để sửa chữa, nâng cấp, cải tạo, mở rộng các buồng bệnh, tăng số lượng giường bệnh; mua bổ sung, thay thế các tài sản như: bàn, ghế, giường, tủ, xe đẩy, điều hòa, máy tính, quạt, bộ dụng cụ khám bệnh theo các chuyên khoa, mua chăn, ga, gối, đệm, chiếu ... trang bị cho các buồng bệnh để nâng cao chất lượng dịch vụ.

Trong quá trình triển khai thực hiện, nếu có khó khăn, vướng mắc đề nghị các đơn vị, địa phương phản ánh về Bộ Y tế (Vụ Kế hoạch Tài chính), Bộ Tài chính (Cục Quản lý giá), Bảo hiểm xã hội Việt Nam (Ban thực hiện chính sách bảo hiểm y tế) để phối hợp xem xét giải quyết.

**Nơi nhận:**

- Như trên;
- Bộ trưởng (để b/c);
- Các đ/c Thứ trưởng;
- Văn phòng Chính phủ (để b/c);
- Bộ Tài chính; BHXH Việt Nam;
- BHXH Bộ Quốc phòng, BHXH Bộ Công an;
- Sở Y tế các tỉnh/thành phố thuộc TW;
- Cục QL KCB, Vụ BHYT; Vụ PC;
- Lưu: VT, KHTC(4).

**KT. BỘ TRƯỞNG  
THỨ TRƯỞNG**



**Phạm Lê Tuấn**