

Số: ~~2420~~ /BHXH-CSYT
V/v thanh toán chi phí KCB BHYT

Hà Nội, ngày 08 tháng 6 năm 2018

Kính gửi:

- Bảo hiểm xã hội các tỉnh, thành phố trực thuộc Trung ương;
 - Bảo hiểm xã hội Bộ Quốc phòng, Bảo hiểm xã hội Công an nhân dân.
- (Sau đây gọi chung là Bảo hiểm xã hội tỉnh)

Bảo hiểm xã hội (BHXH) Việt Nam nhận được Công văn số 2704/BYT-KH-TC ngày 16/5/2018 của Bộ Y tế cho ý kiến về một số nội dung liên quan đến định mức làm cơ sở xây dựng giá dịch vụ khám bệnh, chữa bệnh (KCB) được các bệnh viện phản ánh, báo cáo Bộ Y tế trong thời gian qua. Về vấn đề này, BHXH Việt Nam có ý kiến như sau:

Định mức kinh tế kỹ thuật do Bộ Y tế ban hành được xây dựng trên cơ sở quy trình chuyên môn kỹ thuật làm là căn cứ để tính giá dịch vụ y tế, vì vậy các cơ sở KCB có trách nhiệm tuân thủ thực hiện để đảm bảo chất lượng dịch vụ y tế cung cấp cho người bệnh. Đây là 2 mặt của một vấn đề, có liên quan mật thiết với nhau nhằm đảm bảo quyền và lợi ích hợp pháp của cả cơ sở KCB và người tham gia BHYT cũng như nghĩa vụ và trách nhiệm của tất cả các bên tham gia BHYT.

Thực tế cho thấy, 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 cơ sở KCB chi phí vật tư y tế theo định mức lớn hơn số thực tế xuất dùng. Nội dung này 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.

Mặt khác, 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... có sự chênh lệch lớn về số lượng hóa chất, vật tư y tế, định mức nhân lực, thời gian thực hiện dịch vụ y tế giữa thực tế sử dụng tại cơ sở KCB và định mức tính giá của Bộ Y tế, gây lãng phí 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. Các nội dung này đã được đưa ra bàn bạc,

trao đổi tại nhiều cuộc họp, hội nghị giao ban giữa Bộ Y tế và BHXH Việt Nam, cơ bản đạt được sự đồng thuận, thống nhất về giải pháp xử lý.

Để BHXH các tỉnh có cơ sở trao đổi, thống nhất với các cơ sở KCB BHYT trong quá trình giám định, thanh quyết toán chi phí KCB BHYT, BHXH Việt Nam có một số ý kiến, cụ thể như sau:

1. Đối với giá dịch vụ khám bệnh

Đề nghị cơ sở KCB thực hiện đúng quy trình khám bệnh của Bộ Y tế, đảm bảo chất lượng dịch vụ KCB cung cấp cho người bệnh. Trường hợp quá tải, cơ sở KCB có trách nhiệm điều động, bổ sung nhân lực, bố trí sắp xếp lại hoặc sửa chữa, nâng cấp, cải tạo, mở rộng khu vực khám bệnh, bổ sung thêm các bàn khám để thực hiện KCB cho người bệnh theo chỉ đạo của Bộ Y tế tại Công văn số 824/BYT-KH-TC ngày 16/02/2016 về việc hướng dẫn thực hiện Thông tư liên tịch số 37/2015/TTLT-BYT-BTC ngày 29/10/2015 của liên Bộ Y tế - Tài chính quy định thống nhất mức giá dịch vụ KCB BHYT giữa các bệnh viện cùng hạng trên toàn quốc. Trước mắt, thực hiện theo hướng dẫn tại Công văn số 1381/BHXH-CSYT về việc hướng dẫn thẩm định quyết toán chi phí KCB BHYT năm 2017.

BHXH Việt Nam khẳng định không chỉ đạo BHXH các tỉnh chỉ thanh toán tối đa 42 lượt khám/bàn khám/ngày và nếu khám nhiều hơn 42 lượt thì từ lượt khám thứ 43 trở đi, cơ quan BHXH tạm thời chưa thanh toán như phản ánh của Bộ Y tế tại Công văn số 2704/BYT-KH-TC nêu trên. Việc một số cơ sở KCB báo cáo Bộ Y tế, thông tin với người bệnh và một số cơ quan báo chí thời gian qua là không đúng bản chất sự việc, làm ảnh hưởng tới việc tổ chức thực hiện chính sách BHYT. Đề nghị Bộ Y tế có ý kiến chỉ đạo chấn chỉnh công tác thông tin, báo cáo đối với các cơ sở y tế này.

2. Đối với việc giám định, xác định số DVKT được thanh toán

Về nguyên tắc, cơ quan BHXH không có cơ sở để thanh toán các loại chi phí một số vật tư y tế (VTYT) không được sử dụng cho người bệnh. Đối với một số trường hợp thực hiện DVKT cơ sở KCB bắt buộc phải xuất VTYT ra sử dụng thì mới thực hiện được DVKT (do không tái sử dụng được VTYT) như Kim chạy thận nhân tạo,... cơ quan BHXH căn cứ vào số lượng VTYT cơ sở KCB xuất ra sử dụng để xác định số lượng DVKT thực tế cơ sở KCB đã thực hiện làm cơ sở thanh toán (Ví dụ: mỗi ca chạy thận nhân tạo chu kỳ cần 02 kim chạy thận nhân tạo, trong kỳ cơ sở KCB chỉ xuất ra sử dụng 1.000 kim chạy thận nhân tạo thì số ca chạy thận nhân tạo tương ứng là 500 lần, trừ những ca chạy thận nhân tạo cấp cứu không sử dụng kim mà sử dụng catheter).

Đối với một số VTYT cơ sở KCB sử dụng ít hơn định mức quy định (như kim châm cứu, dây cáp nối máy điện tim, parafil...): các VTYT này dù sử dụng ít

hơn so với định mức nhưng cơ sở KCB vẫn thực hiện được dịch vụ kỹ thuật (DVKT), vì vậy cơ quan BHXH chỉ từ chối thanh toán chi phí VTYT mà cơ sở KCB không xuất ra sử dụng đúng định mức quy định như kiến nghị của Kiểm toán Nhà nước.

Đề nghị BHXH các tỉnh không thực hiện xác định số lượng DVKT được thanh toán căn cứ vào định mức tính giá và số lượng sử dụng thực tế của kim châm cứu, dây cáp nối máy điện tim... như ví dụ tại Mục 3, Công văn số 2704/BYT-KH-TC. Điều chỉnh thanh toán lại với cơ sở KCB theo đúng hướng dẫn tại Mục 2 Công văn này đối với các trường hợp đã xác định và thanh toán không đúng.

3. Về việc thanh toán đối với giường bệnh không có điều hòa

Căn cứ định mức kinh tế kỹ thuật để xây dựng giá ngày giường ban hành kèm theo các Quyết định của Bộ Y tế, chi phí sử dụng điều hòa nhiệt độ có trong ngày giường bệnh của bệnh viện hạng đặc biệt, hạng I, hạng II và ngày giường *Điều trị tích cực, Hồi sức cấp cứu, ngoại khoa sau phẫu thuật tại các bệnh viện hạng III, hạng IV.*

Vì vậy, cơ quan BHXH không có cơ sở để thanh toán chi phí sử dụng điều hòa nhiệt độ được kết cấu trong giá giường bệnh của các bệnh viện hạng đặc biệt, hạng I, hạng II và ngày giường Điều trị tích cực, Hồi sức cấp cứu, ngoại khoa sau phẫu thuật tại các bệnh viện hạng III, hạng IV trong trường hợp các khoa phòng không sử dụng điều hòa nhiệt độ.

Giá ngày giường bệnh nội khoa tại bệnh viện hạng III, hạng IV chưa kết cấu chi phí sử dụng điều hòa nhiệt độ. Vì vậy, đề nghị BHXH các tỉnh không trừ chi phí sử dụng điều hòa nhiệt độ trong giá tiền giường bệnh nội khoa tại các bệnh viện hạng III, hạng IV trong trường hợp các buồng bệnh không sử dụng điều hòa nhiệt độ.

4. Về việc giám định theo Công văn số 2241/BHXH-CSYT

Công văn số 2241/BHXH-CSYT ngày 07/6/2017 của BHXH Việt Nam gửi Bộ Y tế để kiến nghị, thống nhất một số nội dung về thanh toán tiền lượt khám bệnh vượt định mức, thanh toán tiền giường bệnh nội trú, thanh toán tiền DVKT không đảm bảo định mức,... Công văn này BHXH Việt Nam không gửi BHXH các tỉnh. Vì vậy, đề nghị BHXH các tỉnh không thực hiện giám định theo Công văn số 2241/BHXH-CSYT nêu trên như phản ánh của Bộ Y tế tại Công văn số 2704/BYT-KH-TC.

Đề nghị BHXH các tỉnh căn cứ định mức xây dựng giá của một số DVKT kèm theo Công văn số 2704/BYT-KH-TC và định mức kinh tế kỹ thuật được ban hành kèm theo các Quyết định của Bộ Y tế, thực hiện thanh toán như hướng dẫn nêu trên (áp dụng cho cả năm 2017 và năm 2018) cho đến khi có hướng dẫn khác

của Bộ Y tế và của BHXH Việt Nam, báo cáo BHXH Việt Nam những khó khăn, vướng mắc để được giải quyết kịp thời (gửi kèm bản phô tô Công văn số 2704/BYT-KH-TC)./. 2

Nơi nhận:

- Như trên;
- Văn phòng Chính phủ
- Bộ Y tế, Bộ Tài chính (để b/c);
- Tổng Giám đốc
- Các Phó Tổng Giám đốc;
- Y tế các Bộ, ngành;
- Các cơ sở KB, CB thuộc BHYT;
- Sở Y tế các tỉnh, TP (để phối hợp chỉ đạo các cơ sở KCB BHYT);
- Các đơn vị: TCKT, TTKT, KTNB, DVT, GĐB, GĐN;
- Lưu: VT, CSYT (3b).

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



Phạm Lương Sơn

BỘ Y TẾ**CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM****Độc lập-Tự do-Hạnh phúc**Số: 2704 /BYT-KH-TCHà Nội, ngày 16 tháng 5 năm 2018V/v định mức làm cơ sở xây dựng
giá dịch vụ khám bệnh, chữa bệnh.

Kính gửi: Bảo hiểm Xã hội Việt Nam

Thực hiện quy định của Luật Giá, Nghị định số 177/2013/NĐ-CP ngày 17/11/2013 của Chính phủ quy định chi tiết và hướng dẫn thi hành một số điều của Luật Giá, Bộ Y tế đã phối hợp cùng Bộ Tài chính và Bảo hiểm Xã hội Việt Nam tiến hành việc khảo sát và xây dựng **định mức kinh tế kỹ thuật làm cơ sở xây dựng và ban hành giá dịch vụ khám bệnh, chữa bệnh**. Việc xây dựng định mức kinh tế kỹ thuật này đã tuân thủ đúng các quy định của Luật Giá, Nghị định số 177/2013/NĐ-CP, Thông tư số 25/TT-BTC ngày 17/12/2014 của Bộ Tài chính quy định phương pháp định giá chung đối với hàng hóa dịch vụ đồng thời đã được Hội đồng thẩm định với sự tham gia của Bộ Tài chính, Bảo hiểm xã hội Việt Nam thẩm định thông qua.

Các định mức kinh tế - kỹ thuật đã được Hội đồng thẩm định thông qua là định mức trung bình tiên tiến, được xây dựng theo quy trình chuyên môn hoặc khảo sát thực tế, cả nơi cao và nơi thấp, phù hợp với đa số các cơ sở khám chữa bệnh. Trong đó có một số định mức (tương tự như công suất, sản lượng trong sản xuất) để tính giá dịch vụ, ví dụ như số lượt khám bình quân/1 bàn khám/ngày; số ca chiếu, chụp X-quang, CT scanner, cộng hưởng từ (MRI), siêu âm... được khảo sát, tính trung bình để tính chi phí tiền lương và phân bổ các chi phí chung vào giá dịch vụ. Do đó các định mức này không phải là các đơn vị chỉ được làm như định mức, cũng không thể hiểu đây là định mức tối đa, không cho phép các đơn vị được làm vượt định mức này và cũng không được sử dụng để làm căn cứ thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh cụ thể tại các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh.

Trong thời gian qua, Bộ Y tế nhận được ý kiến phản ánh của nhiều cơ sở khám, chữa bệnh và địa phương; trên cơ sở kiểm tra thực tế tại một số cơ sở khám chữa bệnh tại một số địa phương về việc khi giám định thanh toán, cơ quan Bảo hiểm xã hội tạm thời chưa thanh toán hoặc đã xuất toán đối với một số dịch vụ kỹ thuật y tế đơn vị đã cung cấp cho người bệnh nhưng vượt định mức kinh tế kỹ thuật tại các Quyết định ban hành định mức kinh tế kỹ thuật làm cơ sở xây dựng và ban hành giá dịch vụ khám bệnh, chữa bệnh của Bộ Y tế. Bộ Y tế có ý kiến về một số nội dung cụ thể như sau:

1. Đối với dịch vụ khám bệnh:

Một số đơn vị, địa phương phản ánh cơ quan BHXH thực hiện giám định số lượt khám bệnh theo từng bàn khám, tạm thời chưa thanh toán đối với các bàn



khám có lượt khám vượt định mức tính giá. Ví dụ, Bệnh viện A được xếp hạng I, cơ quan BHXH chỉ thanh toán tối đa 42 lượt khám, trường hợp khám nhiều hơn 42 lượt, thì từ lượt khám 43 trở đi cơ quan BHXH tạm thời chưa thanh toán.

Về vấn đề này, Bộ Y tế có ý kiến như sau: Việc giám định như trên là chưa phù hợp, dẫn đến có bệnh viện hiểu rằng BHXH chỉ thanh toán tối đa 42 lượt khám/bàn, hoặc chỉ được khám đến lượt thứ 42, những người từ thứ 43 trở đi không được khám, không được thanh toán nên có thể không khám mà yêu cầu người bệnh về để hôm khác khám hoặc chuyển bàn khám khác, cơ sở y tế khác. Do vậy, Bộ Y tế đề nghị Bảo hiểm xã hội Việt Nam chỉ đạo BHXH các tỉnh tổ chức giám định để xác định thực tế số lượt khám bệnh của người có thẻ BHYT, không được yêu cầu các bệnh viện chỉ được khám tối đa theo định mức tính giá/1 bàn khám hoặc 1 bác sỹ khám.

2. Đối với dịch vụ chẩn đoán hình ảnh:

- Một số đơn vị, địa phương phản ánh cơ quan BHXH thực hiện giám định số ca chụp X quang theo bác sỹ đọc kết quả; mỗi bác sỹ/1 ngày chỉ được thanh toán đến 48 ca chụp Xquang, từ ca 49 trở đi nếu vẫn bác sỹ đó đọc kết quả thì tạm thời chưa thanh toán; nhiều dịch vụ chiếu, chụp chẩn đoán cũng đang giám định theo cách này. Dẫn đến nhiều bệnh viện đang hiểu là BHXH chỉ cho phép 01 bác sỹ được đọc tối đa 48 phim/ngày nên đề nghị được tuyển dụng thêm bác sỹ để đọc phim, nếu không BHXH sẽ không thanh toán.

Về vấn đề này, Bộ Y tế có ý kiến như sau:

- Chi phí tiền lương tính trong giá dịch vụ chẩn đoán hình ảnh gồm tiền lương của bộ phận kỹ thuật thực hiện chiếu, chụp và tiền lương của người đọc kết quả. Định mức tính giá 48 ca chụp Xquang/ngày làm việc 8 giờ được xây dựng trên kết quả khảo sát công suất bình quân của 01 kíp chụp/01 máy X quang/01 ngày của nhiều bệnh viện trên toàn quốc.

Đề nghị Bảo hiểm xã hội Việt Nam tổ chức giám định để xác định thực tế số ca chụp X quang, số ca chiếu, chụp, chẩn đoán hình ảnh của người có thẻ BHYT, không được yêu cầu các bác sỹ chỉ được đọc tối đa số phim theo định mức tính giá. Bộ Y tế sẽ hướng dẫn thanh toán trong các trường hợp vượt định mức giá sau.

3. Đối với việc giám định, xác định số dịch vụ được thanh toán theo số lượng vật tư, hóa chất đã sử dụng và định mức sử dụng vật tư, hóa chất tính giá.

- Một số đơn vị, địa phương phản ánh cơ quan BHXH thực hiện giám định, thanh toán một số dịch vụ không theo số dịch vụ thực tế bệnh viện thực hiện cho người có thẻ BHYT mà giám định để xác định số ca được thanh toán bằng cách lấy tổng số vật tư, hóa chất xuất dùng chia (:) cho định mức sử dụng vật tư, hóa chất và chỉ thanh toán theo số ca này, không thanh toán theo số ca thực tế bệnh viện đã thực hiện. Ví dụ: đối với dịch vụ châm, lấy tổng số kim châm cứu xuất

dùng trong năm (hoặc trong tháng) chia (:) 20 kim châm cứu (là định mức kim châm cứu để tính giá dịch vụ châm), lấy kết quả này là số ca châm được thanh toán. Hoặc đối với dịch vụ điện tim, định mức sử dụng cáp điện tim là 200 ca/01 cáp, BHXH giám định và chỉ thanh toán 200 ca/1 cáp điện tim, nếu bệnh viện chưa thay cáp thì từ ca thứ 201 trở đi không thanh toán.

Về vấn đề này, Bộ Y tế có ý kiến như sau:

- Việc giám định và thanh toán như trên là không đúng quy định. Đề nghị Bảo hiểm xã hội Việt Nam chỉ đạo BHXH các tỉnh giám định để xác định thực tế số dịch vụ bệnh viện đã thực hiện cho người có thẻ BHYT.

Trong khi chờ liên Bộ khảo sát, điều chỉnh định mức của một số dịch vụ cho phù hợp, tại Biên bản số 1135/BB-BYT, Bộ Y tế và Bảo hiểm xã hội Việt Nam đã thống nhất trước mắt chỉ thực hiện việc rà soát 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, trường hợp tiết kiệm so với định mức được cơ quan BHXH thanh toán 30% số tiết kiệm cho bệnh viện.

Đề nghị BHXH Việt Nam thông báo định mức vật tư của một số dịch vụ 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 để thực hiện việc rà soát và thanh toán. Các loại vật tư tiêu hao khác nếu có phát hiện bất cập (thực tế sử dụng cao hơn hoặc thấp hơn so với định mức làm cơ sở xây dựng giá dịch vụ) thì có văn bản đề nghị liên Bộ xem xét điều chỉnh giá dịch vụ kỹ thuật, không thực hiện việc tạm dừng thanh toán chi phí khám chữa bệnh BHYT của các cơ sở KB, CB.

4. Thanh toán đối với các giường bệnh không có điều hòa.

- Một số đơn vị, địa phương phản ánh BHXH địa phương giám định, nếu không trang bị điều hòa thì chỉ thanh toán 85% chi phí của tiền giường.

Về vấn đề này, Bộ Y tế có ý kiến như sau:

- Việc thực hiện như trên là không đúng quy định vì chi phí sử dụng điều hòa nhiệt độ chỉ tính trong giá ngày giường của bệnh viện hạng đặc biệt, hạng I và hạng II, chưa tính trong giá ngày giường của các bệnh viện hạng III, hạng IV nên các bệnh viện này không có điều hòa thì không được trừ 15% giá tiền ngày giường mà phải thanh toán đủ 100% giá ngày giường theo hạng đã được liên bộ quy định.

- Bộ Y tế yêu cầu các đơn vị sử dụng 15% tiền khám bệnh, tiền ngày giường thu được (từ khi thực hiện mức giá có tiền lương thì tỷ lệ này là 5%, riêng các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh được xếp hạng là bệnh viện hạng III, hạng IV, chưa phân hạng tương đương với 3% mức giá) để sửa chữa, nâng cấp, cải tạo, 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 ... để bảo

đảm điều kiện, nâng cao chất lượng phục vụ người bệnh. Nên không thể hiểu 15% này là chi phí điều hòa được. Do đó, việc giám định và tạm thời chưa thanh toán 15% tiền giường nội trú của đơn vị khi đơn vị chưa trang bị điều hòa là không có cơ sở.

Bộ Y tế đề nghị Bảo hiểm Xã hội Việt Nam chỉ đạo BHXH các tỉnh thực hiện thanh toán theo đúng mức giá ngày giường bệnh đã được Liên bộ Y tế - Tài chính ban hành tại Thông tư liên tịch số 37/2015/TTLT-BYT-BTC.

5. Về công văn số 2241/BHXH-CSYT ngày 07/6/2017 của Bảo hiểm Xã hội Việt Nam:

Một số đơn vị, địa phương có phản ánh giám định viên BHYT đang thực hiện giám định theo công văn số 2241/BHXH-CSYT do Bảo hiểm Xã hội Việt Nam ban hành ngày 07/6/2017.

Về vấn đề này, Bộ Y tế có ý kiến như sau:

Công văn 2241/BHXH-CSYT nêu trên là văn bản Bảo hiểm xã hội Việt Nam gửi Bộ Y tế đề nghị hướng dẫn việc thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế. Các nội dung đề nghị tại công văn, liên Bộ đã tổ chức một số cuộc họp để thống nhất làm cơ sở hướng dẫn đơn vị thực hiện nhưng hiện nay vẫn chưa thống nhất. Do vậy, việc Bảo hiểm xã hội các tỉnh, thành phố đã sử dụng công văn này làm cơ sở để giám định là không đúng quy định của pháp luật hiện hành, gây nhiều khó khăn, vướng mắc cho các cơ sở khám, chữa bệnh.

Bộ Y tế đề nghị BHXH Việt Nam chỉ đạo BHXH các tỉnh không sử dụng các công văn BHXH Việt Nam gửi Bộ Y tế trong việc giải quyết các vướng mắc trong giám định, thanh toán; văn bản tham gia ý kiến của Bảo hiểm Xã hội Việt Nam gửi Bộ Y tế hoặc các dự thảo văn bản đang trong quá trình hoàn thiện để giám định và thanh toán chi phí khám, chữa bệnh BHYT.

Trên đây là ý kiến của Bộ Y tế về một số nội dung liên quan đến việc triển khai định mức làm cơ sở xây dựng giá dịch vụ khám bệnh, chữa bệnh. Đề nghị BHXHVN phối hợp hướng dẫn các đơn vị, địa phương triển khai thực hiện bảo đảm chất lượng khám bệnh, chữa bệnh và quyền lợi của người bệnh và cơ sở khám bệnh, chữa bệnh.

Nơi nhận:

- Như trên;
- Bộ trưởng (để b/c);
- Bộ Tài chính;
- Sở Y tế các tỉnh, TP trực thuộc Trung ương;
- Y tế các Bộ, ngành;
- Các cơ sở KB, CB thuộc Bộ Y tế.
- Các Vụ/Cục của Bộ Y tế;
- 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

STT	Nội dung		Định mức
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-Sản 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

STT	Nội dung		Định mức
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 giường tay sạch trong dịch vụ Ngày giường bệnh ngoại khoa, bông		
6.1	Loại 1: Sau các phẫu thuật loại đặc biệt; Bông độ 3-4 trên 70% diện tích cơ thể	Bệnh viện hạng Đặc biệt, hạng I	15 đôi
		Bệnh viện hạng II	12,5 đôi
6.2	Loại 2: Sau các phẫu thuật loại 1; Bông 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; Bông độ 2 trên 30% diện tích cơ thể, Bông 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; Bông 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