BỘ Y TẾ	CỘNG HOÀ XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM
	Độc lập - Tự do - Hạnh phúc
Số: 39 /2024/TT-BYT	*Hà Nội, ngày 17 tháng 11 năm 2024*

THÔNG TƯ

Sửa đổi, bổ sung một số điều của Thông tư số 35/2016/TT-BYT ngày 28 tháng 9 năm 2016 của Bộ trưởng Bộ Y tế ban hành Danh mục và tỷ lệ, điều kiện thanh toán đối với dịch vụ kỹ thuật y tế thuộc phạm vi được hưởng của người tham gia bảo hiểm y tế

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

Căn cứ Nghị định số 146/2018/NĐ-CP ngày 18 tháng 10 năm 2018 của Chính phủ quy định chi tiết và hướng dẫn biện pháp thi hành Luật Bảo hiểm y tế đã được sửa đổi, bổ sung bởi Nghị định số 75/2023/NĐ-CP ngày 19 tháng 10 năm 2023;

Căn cứ Nghị định số 95/2022/NĐ-CP ngày 15 tháng 11 năm 2022 của Chính phủ quy định chức năng, nhiệm vụ, quyền hạn và cơ cấu tổ chức của Bộ Y tế;

Theo đề nghị của Vụ trưởng Vụ Bảo hiểm y tế, Vụ trưởng Vụ Kế hoạch - Tài chính, Cục trưởng Cục Quản lý khám, chữa bệnh;

Bộ trưởng Bộ Y tế ban hành Thông tư sửa đổi, bổ sung một số điều của Thông tư số 35/2016/TT-BYT ngày 28 tháng 9 năm 2016 của Bộ trưởng Bộ Y tế ban hành Danh mục và tỷ lệ, điều kiện thanh toán đối với dịch vụ kỹ thuật y tế thuộc phạm vi được hưởng của người tham gia bảo hiểm y tế.

Điều 1. Sửa đổi, bổ sung một số điều, khoản của Thông tư số 35/2016/TT-BYT ngày 28 tháng 9 năm 2016 của Bộ trưởng Bộ Y tế ban hành Danh mục và tỷ lệ, điều kiện thanh toán đối với dịch vụ kỹ thuật y tế thuộc phạm vi được hưởng của người tham gia bảo hiểm y tế

1. Bổ sung khoản 7 vào sau khoản 6 Điều 4 như sau:

"7. Một lượt khám bệnh, chữa bệnh được xác định là một lần khám ngoại trú hoặc một đợt điều trị (điều trị ngoại trú hoặc điều trị ban ngày hoặc điều trị nội trú). Số ngày của một lượt khám bệnh, chữa bệnh do người hành nghề quyết định dựa trên tình trạng bệnh của người bệnh.".

2. Sửa đổi, bổ sung một số dịch vụ kỹ thuật y tế có quy định cụ thể về điều kiện, tỷ lệ hoặc mức giá thanh toán của Thông tư số 35/2016/TT-BYT ngày 28 tháng 9 năm 2016 của Bộ trưởng Bộ Y tế ban hành Danh mục và tỷ lệ, điều kiện thanh toán đối với dịch vụ kỹ thuật y tế thuộc phạm vi được hưởng của người tham gia bảo hiểm y tế (sau đây gọi là Thông tư số 35/2016/TT-BYT), bao gồm:

a) Danh mục 1. Dịch vụ kỹ thuật y tế có quy định cụ thể điều kiện, tỷ lệ và mức giá thanh toán;

b) Danh mục 2. Dịch vụ kỹ thuật y tế có quy định cụ thể điều kiện thanh toán.

3. Sửa đổi cụm từ "đợt điều trị" thành cụm từ "một lượt khám bệnh, chữa bệnh" tại Thông tư số 35/2016/TT-BYT đã được sửa đổi, bổ sung tại Điều 7 Thông tư số 50/2017/TT-BYT ngày 29 tháng 12 năm 2017 của Bộ trưởng Bộ Y tế sửa đổi, bổ sung các quy định liên quan đến thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh và Thông tư số 13/2020/TT-BYT ngày 22 tháng 6 năm 2020 của Bộ trưởng Bộ Y tế sửa đổi, bổ sung một số điều của Thông tư số 35/2016/TT-BYT ngày 28 tháng 9 năm 2016 của Bộ trưởng Bộ Y tế ban hành Danh mục và tỷ lệ, điều kiện thanh toán đối với dịch vụ kỹ thuật y tế thuộc phạm vi được hưởng của người tham gia bảo hiểm y tế.

4. Bổ sung các điều 4a, 4b, 4c, 4d vào sau Điều 4 như sau:

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

1. Chi phí chưa tính trong giá ngày giường điều trị, được thanh toán theo thực tế sử dụng cho người bệnh, bao gồm:

a) Thuốc, máu toàn phần, chế phẩm máu đạt tiêu chuẩn, dịch truyền;

b) Các loại bơm tiêm, kim tiêm, kim lấy thuốc dùng trong tiêm, truyền; bơm cho ăn; dây truyền dịch, kim chọc buồng tiêm truyền (trừ kim chọc buồng tiêm truyền đã đi kèm buồng tiêm truyền đã được mua sắm theo quy định trong cùng một bộ) dây truyền máu, nút chặn đuôi kim luồn, ống nối, dây nối bơm tiêm điện, máy truyền dịch dùng trong tiêm, truyền; khí oxy, dây thở oxy, mask thở oxy (trừ các trường hợp người bệnh được chỉ định sử dụng thở máy) và các thiết bị y tế khác chưa có trong cơ cấu giá ngày giường bệnh (không bao gồm chi phí khấu hao);

c) Túi hậu môn nhân tạo, túi đựng dịch thải tiết, túi đựng nước tiểu, minicap (chỉ áp dụng đối với trường hợp phải thay sau khi thực hiện phẫu thuật, thủ thuật, không thanh toán đồng thời với chi phí đã được kết cấu trong chi phí phẫu thuật, thủ thuật);

d) Dung dịch xịt dùng ngoài điều trị chống loét do tỳ đè. Thanh toán cho người bệnh được chẩn đoán loét tỳ đè độ 1 và thanh toán tối đa không quá 3 lọ (20ml/lọ)/đợt điều trị.

2. Chi phí chưa tính trong giá dịch vụ kỹ thuật được thanh toán theo thực tế sử dụng cho người bệnh được ghi chú trong các văn bản quy định hoặc phê duyệt giá.

3. Cơ sở khám bệnh, chữa bệnh không thu của người bệnh các chi phí thuốc, vật tư tiêu hao, vật tư thay thế thuộc phạm vi thanh toán của Quỹ bảo hiểm y tế đã kết cấu trong giá của các dịch vụ được cơ quan bảo hiểm xã hội thanh toán trừ một số trường hợp đặc biệt đã có ghi chú cụ thể.

Điều 4b. Xác định số lần, mức giá và thanh toán tiền khám bệnh trong một số trường hợp cụ thể

1. Trường hợp người bệnh đến khám bệnh tại khoa khám bệnh sau đó được chỉ định vào điều trị nội trú theo yêu cầu chuyên môn thì việc thanh toán tiền khám bệnh thực hiện theo quy định tại khoản 3 Điều này. Trường hợp không đăng ký khám bệnh tại khoa khám bệnh nhưng đến khám bệnh và vào điều trị nội trú tại các khoa lâm sàng theo yêu cầu chuyên môn thì không thanh toán tiền khám bệnh.

2. Cơ sở khám bệnh, chữa bệnh có tổ chức khám chuyên khoa tại khoa lâm sàng, người đăng ký khám bệnh tại khoa khám bệnh và khám chuyên khoa tại khoa lâm sàng thì được tính như khám bệnh tại khoa khám bệnh. Việc tính số lần khám bệnh, mức giá thực hiện theo quy định tại khoản 3 Điều này.

3. Trong cùng một lần đến khám bệnh tại cùng một cơ sở khám bệnh, chữa bệnh (có thể trong cùng một ngày hoặc do điều kiện khách quan hoặc yêu cầu chuyên môn nên chưa hoàn thành được quá trình khám bệnh trong ngày, phải tiếp tục khám bệnh trong ngày tiếp theo), người bệnh sau khi khám một chuyên khoa cần phải khám thêm các chuyên khoa thì từ lần khám thứ 02 chỉ tính 30% mức giá của 01 lần khám bệnh và mức thanh toán tối đa chi phí khám bệnh của người đó không quá 02 lần mức giá của 01 lần khám bệnh.

Ví dụ 1: Người bệnh A được khám chuyên khoa nội, sau đó được bác sĩ chỉ định khám chuyên khoa ngoại, thì giá khám chuyên khoa ngoại (khám lần 2) được tính bằng 30% mức giá của khám lần 1 (chuyên khoa nội).

Ví dụ 2: Người bệnh A được khám chuyên khoa nội thần kinh, sau đó được bác sĩ chỉ định khám chuyên khoa ngoại thần kinh, thì giá khám chuyên khoa ngoại thần kinh (khám lần 2) được tính bằng 30% mức giá của khám lần 1 (chuyên khoa nội thần kinh)

Ví dụ 3: Người bệnh A khám chuyên khoa nội tim mạch, sau đó được bác sĩ chỉ định khám chuyên khoa nội tiêu hoá, thì giá khám chuyên khoa nội tiêu hoá (khám lần 2) được tính bằng 30% mức giá của khám lần 1 (chuyên khoa nội tim mạch).

Ví dụ 4: Người bệnh A được khám chuyên khoa tai mũi họng, sau đó được chỉ định khám chuyên sâu về thính học (khám tiền đình/ tai trong), thì giá khám chuyên sâu về thính học (khám lần 2) được tính bằng 30% mức giá khám lần 1 (chuyên khoa tai mũi họng)

4. Người bệnh đến khám bệnh tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh, đã được khám bệnh, cấp thuốc về điều trị nhưng sau đó có biểu hiện bất thường, đến cơ sở khám bệnh, chữa bệnh đó để khám lại ngay trong ngày hôm đó và được tiếp tục thăm khám thì lần khám này được coi như là lần khám thứ 02 trở đi trong một ngày, trừ trường hợp cấp cứu được tính là một lần khám mới. Việc thanh toán thực hiện theo quy định tại khoản 3 Điều này.

5. Các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh phải điều phối, bố trí nhân lực, số bàn khám bệnh theo yêu cầu để bảo đảm chất lượng khám bệnh. Đối với các bàn khám khám trên 65 lượt khám trong thời gian mỗi 08 giờ/01 ngày: cơ quan bảo hiểm xã hội chỉ thanh toán bằng 50% mức giá khám bệnh từ lượt khám thứ 66 trở lên của bàn khám đó. Trong thời gian tối đa 03 tháng liên tiếp, cơ sở khám bệnh, chữa bệnh vẫn còn có bàn khám bệnh trên 65 lượt/ngày thì cơ quan bảo hiểm xã hội không thanh toán tiền khám bệnh từ lượt khám thứ 66 trở lên của bàn khám bệnh đó.

Ví dụ thời gian tổ chức khám bệnh là 10 giờ (do làm thêm 2 giờ) thì số lượt khám của mỗi bàn khám cho 10 giờ làm việc là 65:8x10 = 81 lượt.

Điều 4c. Xác định số ngày giường, áp dụng mức giá và thanh toán tiền ngày giường giữa cơ quan bảo hiểm xã hội và cơ sở khám bệnh, chữa bệnh

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

a) Số ngày điều trị nội trú bằng ngày ra viện trừ (-) ngày vào viện cộng (+) 1: áp dụng đối với các trường hợp:

- Người bệnh đang điều trị nội trú tử vong hoặc diễn biến nặng lên và gia đình xin về hoặc chuyển cơ sở khám bệnh, chữa bệnh;

- Người bệnh đã được điều trị qua giai đoạn cấp cứu nhưng vẫn cần tiếp tục điều trị nội trú được chuyển đến cơ sở khám bệnh, chữa bệnh khác;

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

c) Trường hợp người bệnh vào viện và ra viện trong cùng một ngày (hoặc vào viện ngày hôm trước, ra ngày hôm sau) có thời gian điều trị trên 04 giờ đến dưới 24 giờ thì được tính là 01 ngày điều trị. Trường hợp người bệnh vào khoa cấp cứu, không qua khoa khám bệnh, có thời gian cấp cứu, điều trị từ 04 giờ trở xuống (kể cả trường hợp ra viện, vào viện hoặc chuyển viện, tử vong) được thanh toán tiền khám bệnh, tiền thuốc, thiết bị y tế và các dịch vụ kỹ thuật, không thanh toán tiền ngày giường bệnh hồi sức cấp cứu;

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

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

3. Giá dịch vụ ngày giường bệnh ngoại khoa, bỏng: áp dụng tối đa không quá 10 ngày sau phẫu thuật áp dụng cả với trường hợp người bệnh được điều trị tại một cơ sở khám bệnh, chữa bệnh hoặc chuyển người bệnh đến các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh khác. Từ ngày thứ 11 sau phẫu thuật trở đi thì áp dụng mức giá ngày giường nội khoa của khoa tương ứng.

Trong thời gian 10 ngày sau phẫu thuật, người bệnh được chuyển đến cơ sở khám bệnh, chữa bệnh khác thì cơ sở khám bệnh, chữa bệnh nơi tiếp nhận người bệnh được áp dụng giá dịch vụ ngày giường bệnh ngoại khoa, bỏng theo loại phẫu thuật thực hiện trên người bệnh. Số ngày cơ sở khám bệnh, chữa bệnh nơi tiếp nhận người bệnh được thanh toán bằng 10 ngày trừ đi số ngày người bệnh đã điều trị tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh nơi chuyển đi. Cơ sở khám bệnh, chữa bệnh nơi chuyển đi phải ghi ngày thực hiện phẫu thuật trên giấy chuyển cơ sở khám bệnh, chữa bệnh.

Trường hợp người bệnh sau phẫu thuật cần tiếp tục điều trị hậu phẫu đồng thời cần điều trị nội trú tại khoa lâm sàng khác thì được được áp dụng mức giá ngày giường ngoại khoa tối đa không quá 10 ngày sau phẫu thuật.

Ví dụ: Người bệnh A sau phẫu thuật thận được bác sỹ chỉ định tiếp tục điều trị bệnh thận thì được chuyển về khoa thận tiết niệu (khoa nội) để tiếp tục điều trị thì được áp dụng mức giá ngày giường ngoại khoa tối đa không quá 10 ngày sau phẫu thuật. Từ ngày thứ 11 trở đi thì áp dụng mức giá ngày giường đang áp dụng đối với khoa thận tiết niệu.

4. Giá dịch vụ ngày giường bệnh được tính như sau:

a) Tính 01 người/01 giường;

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

c) Trường hợp bệnh viện thay đổi quy mô giường bệnh theo quy định tại khoản 3 Điều 67 Nghị định số 96/2023/NĐ-CP thì số giường bổ sung được thanh toán theo mức giá được cấp có thẩm quyền phê duyệt.

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

a) Cơ sở khám bệnh, chữa bệnh có giường bệnh điều trị Hồi sức tích cực (ICU) trong bộ phận chuyên môn: Hồi sức tích cực, Chống độc, Hồi sức tích cực - Chống độc, Cấp cứu - Hồi sức tích cực - Chống độc đáp ứng đầy đủ các điều kiện để hoạt động theo Quyết định số 01/2008/QĐ-BYT ngày 21 tháng 01 năm 2008 của Bộ trưởng Bộ Y tế về việc ban hành quy chế cấp cứu, hồi sức tích cực và chống độc (sau đây gọi là Quyết định số 01/2008/QĐ-BYT) và Thông tư số 03/2023/TT-BYT ngày 17 tháng 02 năm 2023 của Bộ trưởng Bộ Y tế hướng dẫn vị trí việc làm, định mức số lượng người làm việc, cơ cấu viên chức theo chức danh nghề nghiệp trong đơn vị sự nghiệp y tế công lập (sau đây gọi là Thông tư số 03/2023/TT-BYT);

b) Các bộ phận chuyên môn của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh bố trí có giường bệnh điều trị Hồi sức tích cực (ICU) hoặc giường bệnh sau hậu phẫu của các phẫu thuật loại đặc biệt đáp ứng yêu cầu về cơ sở vật chất, trang thiết bị, nhân lực quy định tại Quy chế Cấp cứu, Hồi sức tích cực và Chống độc ban hành kèm theo Quyết định số 01/2008/QĐ-BYT và Thông tư số 03/2023/TT-BYT;

c) Người bệnh nằm tại các giường quy định tại điểm a, b khoản này với các bệnh lý phải được chăm sóc, điều trị và theo dõi theo quy chế cấp cứu, hồi sức tích cực và chống độc. Các trường hợp còn lại chỉ được áp dụng mức giá dịch vụ ngày giường bệnh hồi sức cấp cứu và các loại giường khác theo mức giá được cấp có thẩm quyền quy định.

6. Đối với các khoa điều trị lâm sàng có giường hồi sức cấp cứu: áp dụng giá dịch vụ ngày giường bệnh hồi sức cấp cứu theo mức giá được cấp có thẩm quyền quy định.

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

7. Trường hợp một phẫu thuật nhưng được phân loại khác nhau theo các chuyên khoa (trừ chuyên khoa nhi): áp dụng mức giá dịch vụ ngày giường bệnh ngoại khoa, bỏng theo phân loại phẫu thuật thấp nhất.

8. Các phẫu thuật chưa được phân loại phẫu thuật: áp dụng mức giá dịch vụ ngày giường ngoại khoa loại 4 của bệnh viện tương ứng.

9. Đối với các bệnh viện y học cổ truyền trực thuộc Bộ Y tế, Bộ Quốc phòng, Bộ Công an: áp dụng mức giá dịch vụ ngày giường bệnh theo các khoa tương ứng với các loại giường đã được cấp có thẩm quyền phê duyệt.

10. Đối với các khoa thuộc bệnh viện điều dưỡng phục hồi chức năng, bệnh viện y học cổ truyền trừ các bệnh viện quy định tại khoản 9 Điều này:

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

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

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

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

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

11. Đối với giường bệnh tại các khoa chưa được quy định giá: Áp dụng mức giá của giường bệnh nội khoa thấp nhất đã được cấp có thẩm quyền phê duyệt của cơ sở đó.

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

13. Trường hợp người bệnh nằm trên băng ca, giường gấp: áp dụng mức bằng 50% giá dịch vụ ngày giường bệnh theo từng loại chuyên khoa.

14. Trường hợp người bệnh đã có chỉ định phẫu thuật nhưng chưa đủ điều kiện phẫu thuật do phải điều trị trước phẫu thuật thì trong thời gian điều trị được áp dụng mức giá dịch vụ ngày giường bệnh nội khoa mà người bệnh điều trị tương ứng.

Ví dụ: Người bệnh bị gẫy xương nằm tại khoa ngoại có chỉ định phẫu thuật kết hợp xương và mắc bệnh rối loạn đông máu nên cần phải điều trị bệnh rối loạn đông máu để đủ điều kiện phẫu thuật thì trong thời gian điều trị tại khoa ngoại được áp dụng mức giá dịch vụ ngày giường bệnh nội khoa của chuyên khoa huyết học.

15. Ngày giường bệnh ngoại khoa sau thực hiện "Phẫu thuật đục thủy tinh thể bằng phương pháp Phaco": áp dụng mức giá dịch vụ ngày giường bệnh ngoại khoa, bỏng của loại 3 tương ứng được cấp có thẩm quyền phê duyệt.

Điều 4d. Áp dụng giá và điều kiện, mức thanh toán của một số dịch vụ kỹ thuật đặc thù

1. Đối với các dịch vụ kỹ thuật đã được cơ quan có thẩm quyền phê duyệt danh mục dịch vụ kỹ thuật (trừ các dịch vụ chăm sóc đã tính trong chi phí ngày giường điều trị, các dịch vụ là một công đoạn đã được tính trong chi phí của dịch vụ khác) nhưng chưa được quy định mức giá; các dịch vụ kỹ thuật đã được chỉ định thực hiện nhưng vì nguyên nhân diễn biến bệnh hoặc thể trạng người bệnh nên không thể tiếp tục thực hiện được kỹ thuật đã chỉ định, cơ sở khám bệnh, chữa bệnh được thanh toán chi phí theo quy định tại điểm b khoản 3 Điều 24 Nghị định số 146/2018/NĐ-CP ngày 19 tháng 11 năm 2018 của Chính phủ quy định chi tiết và hướng dẫn biện pháp thi hành một số điều của Luật bảo hiểm y tế đã được sửa đổi, bổ sung bởi Nghị định số 75/2023/NĐ-CP.

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

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

b) Bằng 80% giá của các phẫu thuật 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 thủ thuật thì thanh toán 80% giá của dịch vụ kỹ thuật phát sinh.

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

a) Thanh toán đối với người bệnh điều trị nội trú trong các trường hợp sau: vết thương hoặc vết mổ nhiễm trùng; vết thương có thấm dịch, máu trong các tổn thương lóc da, hở da diện tích trên 6 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;

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

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

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

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

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

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

5. Đối với xét nghiệm hòa hợp miễn dịch ở nhiệt độ 37ºC và có sử dụng huyết thanh kháng globulin (nghiệm pháp Coombs gián tiếp) trong truyền máu: Thanh toán theo giá của dịch vụ "Phản ứng hòa hợp có sử dụng kháng globulin người" mà cơ sở đã được duyệt;

6. Việc thanh, quyết toán một số dịch vụ kỹ thuật như: Chụp X-quang thường, Chụp X-quang số hóa, Chụp CT Scanner đến 32 dãy, siêu âm, Chụp cộng hưởng từ (MRI), hàng quý giữa cơ quan bảo hiểm y tế và cơ sở khám bệnh, chữa bệnh được thực hiện như sau:

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

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

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

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

- Dịch vụ Siêu âm (chẩn đoán): bằng 55% mức giá quy định;

- Chụp X-quang thường; Chụp X-quang số hóa: bằng 85% mức giá quy định;

- Dịch vụ Chụp CT Scanner đến 32 dãy: bằng 95% mức giá quy định;

- Dịch vụ Chụp cộng hưởng từ (MRI): bằng 97% mức giá quy định.

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

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

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

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

7. Các quy định tại khoản 6 Điều này và khoản 5 Điều 4b Thông tư này chỉ áp dụng để thanh toán giữa cơ quan bảo hiểm xã hội và cơ sở khám bệnh, chữa bệnh và không áp dụng để tính chi phí đồng chi trả của người bệnh.

8. Trong thời gian xảy ra thiên tai, thảm họa, dịch bệnh theo quy định của pháp luật về phòng, chống thiên tai; phòng thủ dân sự; phòng, chống bệnh truyền nhiễm được cơ quan có thẩm quyền ra thông báo: cơ quan bảo hiểm xã hội thanh toán cho cơ sở khám bệnh, chữa bệnh theo mức giá và số lượng dịch vụ thực tế, không áp dụng quy định thanh toán tại khoản 6 Điều này và khoản 5 Điều 4b Thông tư này.

9. Một kỹ thuật hiện đang được sắp xếp ở chuyên khoa, chuyên ngành có mức giá khác nhau thì có thể được thực hiện ở nhiều chuyên khoa, chuyên ngành khác nhau và được áp dụng mức giá dịch vụ kỹ thuật theo các chuyên khoa, chuyên ngành.

10. Các dịch vụ kỹ thuật chỉ có tên tại chuyên khoa nhi nhưng thực hiện cho người bệnh trên 16 tuổi: áp dụng mức giá dịch vụ kỹ thuật như đối với mức giá đã được quy định tại chuyên khoa nhi.

11. Chi phí gây mê:

Giá của các phẫu thuật đã bao gồm chi phí gây mê hoặc gây tê (trừ chuyên khoa Mắt). Trường hợp khi thực hiện phẫu thuật chuyên khoa mắt có gây mê thì chi phí gây mê được thanh toán riêng theo giá của dịch vụ gây mê trong phẫu thuật mắt được cấp có thẩm quyền phê duyệt cho cơ sở khám bệnh, chữa bệnh.

Giá của các thủ thuật đã bao gồm chi phí thuốc gây tê, an thần tiền mê, chưa bao gồm chi phí gây mê (trừ trường hợp ghi cụ thể đã bao gồm chi phí gây mê trong từng dịch vụ).

Trường hợp khi thực hiện thủ thuật cần phải gây mê thì chi phí gây mê của thủ thuật chuyên khoa mắt được thanh toán riêng theo giá của dịch vụ gây mê trong thủ thuật mắt được cấp có thẩm quyền phê duyệt cho cơ sở khám bệnh, chữa bệnh; chi phí gây mê khác của các thủ thuật còn lại được thanh toán theo giá của dịch vụ gây mê khác được cấp có thẩm quyền phê duyệt cho cơ sở khám bệnh, chữa bệnh.

12. Dịch vụ định nhóm máu ABO bằng phương pháp ống nghiệm, trên phiến đá hoặc trên giấy định nhóm máu trong truyền máu được thanh toán như sau:

a) Định nhóm máu hệ ABO tại khoa xét nghiệm khi phát máu toàn phần và các chế phẩm khối hồng cầu, khối bạch cầu, khối tiểu cầu, huyết tương:

- Định nhóm máu cho người bệnh: thanh toán 1 lần theo giá được phê duyệt (do mức giá của dịch vụ đã tính chi phí của 2 lần định nhóm máu hệ ABO trên cùng một mẫu máu hoặc 2 mẫu máu của cùng một người bệnh bằng 2 phương pháp huyết thanh mẫu và hồng cầu mẫu);

- Định nhóm máu hệ ABO của đơn vị túi máu, đơn vị chế phẩm máu: thanh toán 01 lần theo giá dịch vụ "Định nhóm máu hệ ABO bằng giấy định nhóm máu để truyền máu toàn phần, khối hồng cầu, khối bạch cầu";

- Trường hợp người bệnh được phát nhiều đơn vị máu hoặc chế phẩm máu tại cùng một thời điểm thì bắt đầu từ đơn vị máu hoặc đơn vị chế phẩm thứ 2 trở đi, cứ phát thêm một đơn vị thì sẽ được thanh toán thêm 01 lần định nhóm máu hệ ABO của đơn vị túi máu theo giá dịch vụ "Định nhóm máu hệ ABO bằng giấy định nhóm máu để truyền máu toàn phần, khối hồng cầu, khối bạch cầu". Trường hợp này không phải xác định nhóm máu hệ ABO của người bệnh do người bệnh đã được xác định nhóm máu hệ ABO khi phát đơn vị máu hoặc đơn vị chế phẩm thứ nhất.

b) Xét nghiệm định nhóm máu hệ ABO tại giường bệnh:

- Định nhóm máu hệ ABO tại giường bệnh khi người bệnh được truyền máu toàn phần hoặc khối hồng cầu hoặc khối bạch cầu: thanh toán 01 lần theo giá dịch vụ "Định nhóm máu hệ ABO bằng giấy định nhóm máu để truyền máu toàn phần: khối hồng cầu, khối bạch cầu";

- Định nhóm máu hệ ABO tại giường bệnh khi người bệnh được truyền chế phẩm huyết tương, khối tiểu cầu: thanh toán 01 lần theo giá dịch vụ "Định nhóm máu hệ ABO bằng giấy định nhóm máu để truyền: chế phẩm tiểu cầu hoặc huyết tương";

Trường hợp tại cùng một thời điểm người bệnh được truyền nhiều đơn vị máu hoặc chế phẩm máu thì bắt đầu từ đơn vị máu hoặc đơn vị chế phẩm thứ 2 trở đi thanh toán thêm 01 lần định nhóm máu tại giường bệnh theo mức giá dịch vụ "Định nhóm máu hệ ABO bằng giấy định nhóm máu để truyền máu toàn phần: khối hồng cầu, khối bạch cầu"; Số lần định nhóm máu ABO tại giường, thực hiện theo quy định của Bộ Y tế.

- Mức giá của các dịch vụ định nhóm máu ABO "Định nhóm máu hệ ABO bằng giấy định nhóm máu để truyền máu toàn phần, khối hồng cầu, khối bạch cầu; Định nhóm máu hệ ABO bằng giấy định nhóm máu để truyền: chế phẩm tiểu cầu hoặc huyết tương; Định nhóm máu hệ ABO bằng phương pháp ống nghiệm; trên phiến đá hoặc trên giấy" được quy định chung cho các phương pháp ống nghiệm, phiến đá hoặc trên giấy.".

Điều 2. Hiệu lực thi hành

1. Thông tư này có hiệu lực thi hành kể từ ngày 01 tháng 01 năm 2025.

2. Bãi bỏ Mục 14 của Danh mục 1 và Mục 12, 37, 50 của Danh mục 2 ban hành kèm theo Thông tư số 35/2016/TT-BYT.

3. Sửa đổi, bãi bỏ một số quy định của Điều 5 Thông tư số 21/2024/TT-BYT ngày 17 tháng 10 năm 2024 của Bộ Y tế quy định phương pháp định giá dịch vụ khám bệnh, chữa bệnh như sau:

a) Sửa đổi cụm từ "Hiệu chỉnh thông tin trước khi thực hiện so sánh" tại khoản 3 thành "Trên cơ sở khoản 1 Điều này sử dụng giá của thông tin thu thập được làm giá so sánh";

b) Bãi bỏ cụm từ "sau khi hiệu chỉnh" tại khoản 4.

4. Việc thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế đối với các trường hợp đã khám bệnh, chữa bệnh trước ngày Thông tư này có hiệu lực thi hành và trường hợp người bệnh vào viện trước ngày Thông tư này có hiệu lực thi hành nhưng ra viện sau ngày Thông tư này có hiệu lực thi hành áp dụng theo quy định của các văn bản quy phạm pháp luật đã được ban hành trước ngày Thông tư này có hiệu lực thi hành.

5. Từ ngày 01 tháng 01 năm 2025, hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế phải thể hiện số giường bệnh của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh để làm căn cứ xác định thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế. Cơ sở khám bệnh, chữa bệnh có trách nhiệm thông báo với cơ quan bảo hiểm xã hội nơi ký hợp đồng để điều chỉnh hợp đồng hoặc bổ sung phụ lục hợp đồng khi điều chỉnh quy mô giường bệnh.

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

Điều 3. Trách nhiệm thi hành

1. Vụ trưởng Vụ Bảo hiểm y tế, Chánh Văn phòng Bộ, Chánh Thanh tra Bộ, Vụ trưởng, Cục trưởng, các Vụ, Cục thuộc Bộ Y tế, Giám đốc Sở Y tế các tỉnh, thành phố trực thuộc trung ương, Thủ trưởng cơ quan y tế các Bộ, ngành và các cơ quan, đơn vị liên quan chịu trách nhiệm thi hành Thông tư này.

2. Bảo hiểm xã hội Việt Nam tổ chức thực hiện, thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế theo quy định của pháp luật về bảo hiểm y tế và Thông tư này.

Trong quá trình thực hiện nếu có khó khăn, vướng mắc đề nghị các cơ quan, tổ chức, cá nhân phản ánh bằng văn bản về Bộ Y tế để xem xét, giải quyết./.

Nơi nhận:
- Ủy ban Xã hội của Quốc hội;
- Văn phòng Chính phủ (Vụ KGVX, Công báo, Cổng TTĐT Chính phủ);
- Bộ trưởng (để báo cáo);
- Bộ Tư pháp (Cục Kiểm tra văn bản QPPL);
- Các Bộ, cơ quan ngang Bộ, cơ quan thuộc Chính phủ;
- Bảo hiểm xã hội Việt Nam;
- Các đồng chí Thứ trưởng Bộ Y tế;
- UBND các tỉnh, thành phố trực thuộc Trung ương;
- Sở Y tế các tỉnh, thành phố trực thuộc Trung ương;
- Các đơn vị thuộc, trực thuộc Bộ Y tế;
- Y tế các bộ, ngành;
- Hiệp hội Bệnh viện tư nhân Việt Nam;
- Cổng Thông tin điện tử Bộ Y tế;
- Lưu: VT, BHYT(02), KHTC, PC(02).

KT. BỘ TRƯỞNG
THỨ TRƯỞNG

Trần Văn Thuấn