

BỘ Y TẾ

CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM

Độc lập-Tự do-Hạnh phúc

Số: ~~4703~~ /BYT-KH-TC

V/v rà soát số liệu chi phí KCB BHYT chưa chấp nhận thanh toán tại một số cơ sở KB,CB.

Hà Nội, ngày 14 tháng 8 năm 2018

SỞ Y TẾ HÀ NỘI	
ĐẾN	Số: 930
	Ngày: 14.18.2018
Chuyển:	
Thủ trưởng.....	

Kính gửi: Sở Y tế các tỉnh, thành phố trực

*Ky Phó Vụ
Nghiên cứu*

*B phân
Sở Y
V. Các Đ
S. Y. T. H
Nghiên cứu
K. Y. T.*

Thực hiện Thông báo số 798/TB-BYT-BHXHVN thông báo Kết luận của Bộ trưởng Bộ Y tế và Tổng Giám đốc Bảo hiểm xã hội Việt Nam về các giải pháp thực hiện việc tạm ứng, thanh toán chi phí khám, chữa bệnh BHYT; Bộ Y tế và Bảo hiểm xã hội Việt Nam đã ký Biên bản số 1135/BB-BYT ngày 24/10/2017 về giải quyết vướng mắc về định mức và thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh BHYT, trong đó đã nêu rõ các trường hợp, phương pháp xác định số tiền được cơ quan Bảo hiểm xã hội thanh toán, các trường hợp, phương pháp xác định số tiền cơ quan Bảo hiểm xã hội không thanh toán mà sẽ thực hiện giảm trừ đối với dịch vụ khám bệnh, ngày điều trị nội trú, một số dịch vụ kỹ thuật như chụp X-quang, CT Scanner, MRI, siêu âm chẩn đoán, nội soi Tai Mũi Họng, việc rà soát, thanh toán đối với một số vật tư tiêu hao (kim châm cứu, parafin, găng tay sạch, có định mức để rà soát kèm theo Biên bản 1135/BB-BYT) để các đơn vị, địa phương phối hợp với Bảo hiểm xã hội thực hiện.

Tuy nhiên, theo ý kiến của Bộ Tư pháp tại công văn số 1435/BTP-PLDSKT ngày 27/8/2018 về góp ý dự thảo Thông tư sửa đổi, bổ sung Thông tư liên tịch số 37/2015/TTLT-BYT-BTC có nêu việc quy định nội dung thanh toán hồi tố chi phí khám, chữa bệnh bảo hiểm y tế trong trường hợp vượt định mức tính giá một số dịch vụ đặc thù để giải quyết vấn đề thanh, quyết toán chi phí khám chữa bệnh BHYT năm 2017 thuộc thẩm quyền của Chính phủ, không thuộc thẩm quyền của Bộ trưởng Bộ Y tế. Do đó việc giảm trừ, không thanh toán theo Biên bản 1135 cần phải báo cáo Chính phủ xin ý kiến chỉ đạo.

Bộ Y tế đã có công văn đề nghị Bảo hiểm xã hội Việt Nam cung cấp số liệu mà cơ quan Bảo hiểm xã hội chưa chấp nhận thanh toán theo Biên bản 1135/BB-BYT tại các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh để Bộ Y tế tổng hợp báo cáo xin ý kiến chỉ đạo của Chính phủ.

Ngày 12/7/2018, Bảo hiểm xã hội Việt Nam có công văn số 2612/BHXH-CSYT cung cấp số liệu chi phí KCB BHYT tại các cơ sở KCB chưa được Cơ quan bảo hiểm xã hội thanh toán trong năm 2017, theo đó số liệu của 61/63 BHXH các tỉnh, thành phố (Hà Nội và Bình Định chưa gửi báo cáo) thì 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 năm 2017 là 481.633 triệu đồng (trong đó găng tay y tế là 380.391 triệu đồng, kim châm cứu 38.180 triệu đồng, parafin là 9.765 triệu đồng và các loại VTYT, hóa chất khác là 53.287 triệu đồng) có danh sách từng tỉnh và số liệu giảm trừ kèm theo.

Tuy nhiên, Bộ Y tế thấy rằng có một số tỉnh, thành phố có số giảm trừ quá lớn, ví dụ như Đà Nẵng: 87,48 tỷ đồng tiền giường bệnh, 41,29 tỷ đồng tiền giường tay; Hà Tĩnh 67,077 tỷ đồng tiền giường bệnh, 27,321 tỷ đồng tiền giường tay; An Giang 24,746 tỷ đồng tiền giường tay, Thái Nguyên 39,016 tỷ đồng tiền giường bệnh, 11,898 tỷ đồng tiền giường tay; Thanh Hóa 182,043 tỷ đồng tiền giường bệnh, 21,489 tỷ đồng tiền giường tay; Tuyên Quang 59,866 tỷ đồng tiền giường bệnh... Vì vậy, Bộ Y tế đề nghị Sở Y tế các tỉnh, thành phố trực thuộc TW:

1. Làm việc ngay với Bảo hiểm xã hội tỉnh để xác định và thông báo số tiền giảm trừ của từng cơ sở khám, chữa bệnh thuộc tỉnh theo báo cáo của Bảo hiểm xã hội Việt Nam tại công văn số 2612/BHXH-CSYT.

2. Chỉ đạo cơ sở khám, chữa bệnh có số kinh phí giảm trừ phải rà soát, xác định rõ số kinh phí giảm trừ theo phương pháp xây dựng định mức kèm theo Biên bản 1135/BB-BYT 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.

3. Sở Y tế tổng hợp, báo cáo Bộ Y tế bằng văn bản nêu rõ số kinh phí mà cơ sở khám, chữa bệnh đã thống nhất giảm trừ, số kinh phí mà cơ sở khám, chữa bệnh chưa thống nhất giảm trừ, lý do chưa thống nhất gửi về Bộ Y tế (Vụ Kế hoạch – Tài chính) trước ngày 10/9/2018 để Bộ Y tế tổng hợp, báo cáo Chính phủ.

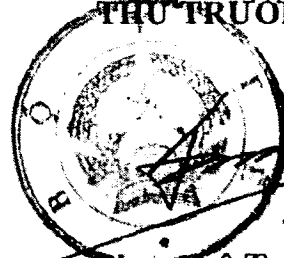
Nếu quá thời hạn nêu trên Sở Y tế chưa gửi báo cáo thì coi như Sở Y tế đồng ý với số kinh phí đề nghị giảm trừ tại công văn số 2612/BHXH-CSYT của Bảo hiểm xã hội Việt Nam và chịu trách nhiệm về việc không báo cáo kết quả rà soát số liệu giảm trừ.

Bộ Y tế xin gửi kèm Biên bản 1135/BB-BYT, công văn số 2612/BHXH-CSYT ngày 12/7/2018 và một số công văn của Bộ Y tế gửi BHXH Việt Nam để Sở Y tế chỉ đạo thực hiện.

Nơi nhận:

- Như trên;
- Bộ trưởng (để b/c);
- Lưu: VT, KH-TC.

**KT. BỘ TRƯỞNG
THỦ TRƯỞNG**



Phạm Lê Tuấn

SỞ Y TẾ THANH HÓA	
ĐẾN	Số: 928 Ngày: ... 11.9.2017 ...
Chuyển: CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM Độc lập - Tự do - Hạnh phúc	
Lưu hồ sơ số:	

BỘ Y TẾ

Số: 4435/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

Phạm Văn Việt
Phạm Văn Việt
Phạm Văn Việt
Phạm Văn Việt

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:



Handwritten signatures

- 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 mùng 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 khống 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 (≤130%)	TT mức giá không có tiền lương (từ >130%- ≤150%)	Không TT tiền khám bệnh (>150%)	TT mức giá có tiền lương (≤120%)	TT mức giá không có tiền lương (từ >120%- ≤140%)	Không TT tiền khám bệnh (>140%)
BV hạng ĐB, hạng I	45	≤ 58	trên 58 đến 68	> 68	≤ 54	trên 54 đến 63	> 63
BV hạng II	42	≤ 55	trên 55 đến 63	> 63	≤ 50	trên 50 đến 58	> 58
BV hạng III-IV và các cơ sở khác	37-40	≤ 50	trên 50 đến 58	> 58	≤ 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 đề 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 đề 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 đề 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 chỉ 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/chuyển 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 năm 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.

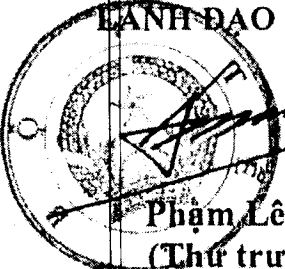
7. Về giường bệnh của phòng khám đa khoa khu vực: tổng hợp số giường, số tiền báo cáo xin ý kiến Hội đồng Quản lý quỹ BHYT tại cuộc họp gần nhất, làm cơ sở để thanh toán.

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.