

Số : 313 /SYT-KHTC  
V/v hướng dẫn triển khai, thực hiện  
TTLT số 37/2015/TTLT-BYT-BTC.

Thừa Thiên Huế, ngày 22 tháng 02 năm 2016

Kính gửi: Các đơn vị khám, chữa bệnh trong toàn ngành.

**A/ Sự cần thiết và một số công tác cần làm ngay để triển khai TTLT 37**

Việc Liên bộ ban hành Thông tư liên tịch số 37 quy định mức giá gồm chi phí trực tiếp và tiền lương là một đòi hỏi thực tế, khách quan, theo lộ trình từng bước tính đủ chi phí trong giá dịch vụ công theo đúng chủ trương của Đảng và Nghị quyết của Quốc hội, Chính phủ. Không phải là tăng chi phí để thực hiện các dịch vụ mà chuyển các khoản chi trước đây nhà nước bao cấp trực tiếp cho các bệnh viện vào giá sang hỗ trợ người dân tham gia BHYT.

Để việc triển khai thực hiện Thông tư liên tịch có hiệu quả, đúng định hướng, chủ trương của Đảng, Chính phủ, đáp ứng yêu cầu của người dân là điều chỉnh giá phải gắn với nâng cao chất lượng dịch vụ. Sở Y tế đề nghị các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh trong toàn tỉnh triển khai một số công việc sau:

1. **Đẩy mạnh công tác tuyên truyền** để người dân hiểu và nắm được việc điều chỉnh giá dịch vụ y tế là thực hiện chủ trương của Đảng, chính sách, pháp luật của Nhà nước; giải thích để người bệnh hiểu việc điều chỉnh giá là nhằm tăng quyền lợi cho người bệnh, nhất là người bệnh có BHYT. Tăng cường truyền thông tác động của việc điều chỉnh giá dịch vụ y tế theo các nội dung sau:

- **Đối với người bệnh:** không phải chi trả thêm một số chi phí mà trước đây chưa kết cấu vào giá. Giá tính đủ chi phí sẽ khuyến khích các bệnh viện triển khai, phát triển các kỹ thuật y tế, người dân sẽ được thụ hưởng các dịch vụ này ngay trên địa bàn, đảm bảo công khai minh bạch, giảm phiền hà cho người bệnh. Việc điều chỉnh giá dịch vụ y tế về cơ bản không làm ảnh hưởng đến người nghèo và các đối tượng chính sách xã hội vì chi phí khám, chữa bệnh của các đối tượng này đã được Quỹ BHYT thanh toán.

- **Đối với cơ sở y tế:** có điều kiện mua các loại thuốc, vật tư, hóa chất, test, kit xét nghiệm đáp ứng yêu cầu chuyên môn và phục vụ người bệnh tốt hơn; thúc đẩy xã hội hóa trong lĩnh vực y tế; giúp bệnh viện sử dụng có hiệu quả cơ sở hạ tầng, trang thiết bị đã được đầu tư trong thời gian vừa qua. Giá dịch vụ tính đủ chi phí, trong đó có tiền lương sẽ làm thay đổi nhận thức của cán bộ y tế, bệnh viện phải phục vụ tốt thì mới có nguồn thu để hoạt động và trả lương cho cán bộ, viên chức đơn vị mình.

- **Đối với Nhà nước:** BHYT là một trong ba trụ cột của an sinh xã hội nên nhà nước đã quy định bắt buộc tham gia BHYT. Việc tính đủ sẽ đưa giá dịch vụ y tế về đúng giá trị thật, sẽ khuyến khích người dân tham gia BHYT vì nếu không tính đủ, giá thấp, nhiều người sẽ không tham gia BHYT mà bỏ tiền túi ra chi trả, nhưng khi tính đúng, tính đủ giá dịch vụ, người dân sẽ thấy được lợi ích, tính nhân văn của BHYT là hàng năm chỉ phải đóng một mức nhỏ để mua BHYT, khi đau ốm sẽ được BHYT thanh toán, giảm bớt rủi ro. Nhà nước



sẽ chuyển phần ngân sách đang cấp cho các bệnh viện hiện nay sang hỗ trợ các đối tượng tham gia BHYT do đó sẽ giúp thực hiện lộ trình BHYT toàn dân nhanh hơn.

**2.** Các cơ sở khám chữa bệnh cần khai các giải pháp, hành động cụ thể để nâng cao hơn nữa chất lượng khám chữa bệnh; trước mắt cần triển khai ngay các công việc sau:

- Công khai bảng giá dịch vụ bằng bảng mica hoặc bảng điện tử, treo ở nơi nhiều người qua lại và thuận tiện để người bệnh biết.

- Chủ động sử dụng ngân sách được giao và nguồn thu, Quỹ phát triển hoạt động sự nghiệp để: sửa chữa, cải tạo, mở rộng khoa khám bệnh, mua sắm, bổ sung bàn khám, các bộ dụng cụ khám bệnh, tăng cường và hợp đồng thêm hoặc điều chỉnh nhân lực để tăng số bàn khám, phòng khám không để người bệnh chờ lâu. Mua sắm bổ sung bàn, ghế, giường, tủ, các trang thiết bị của các buồng bệnh, thay thế các trang thiết bị, cải thiện các điều kiện phục vụ người bệnh (phải mua và trang bị chăn, ga, gối, đệm, quần áo bệnh nhân...), cải tiến khâu thu và thanh toán viện phí để giảm thời gian chờ đợi. Cải tiến khu vực đón tiếp, có bộ phận và nhân viên hướng dẫn bệnh nhân và người nhà làm các thủ tục khám bệnh, chữa bệnh.

- Phải có các giải pháp để giảm dần số bệnh nhân phải nằm ghép, xây dựng và triển khai Đề án bệnh viện vệ tinh, phối kết hợp trong chăm sóc và điều trị bệnh nhân giữa các bệnh viện trên địa bàn. Tổ chức tập huấn, thực hiện theo đúng quy trình chẩn đoán và điều trị; bảo đảm đủ thuốc theo danh mục thuốc được BHYT thanh toán. Đẩy mạnh thực hiện ký cam kết đổi mới phong cách và thái độ phục vụ hướng tới sự hài lòng của người bệnh.

- Các đơn vị 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).

**3.** Quỹ khám chữa bệnh cho người nghèo quy định tại Quyết định số 14/QĐ-TTg ngày 01/3/2012 của Thủ tướng Chính phủ phải bố trí ngân sách địa phương và huy động các nguồn lực cho Quỹ để hỗ trợ người nghèo, các đối tượng chính sách, có khó khăn của địa phương khi đi khám, chữa bệnh.

**4.** Các bệnh viện tăng cường công tác chỉ đạo tuyến, chuyển giao kỹ thuật cho các bệnh viện tuyến dưới, đổi mới phong cách, thái độ phục vụ nhằm vừa nâng cao trình độ chuyên môn các tuyến, vừa nâng cao chất lượng dịch vụ; các bệnh viện có chênh lệch thu lớn hơn chi phải trích Quỹ hỗ trợ khám bệnh, chữa bệnh theo quy định tại Nghị định 85/2012/NĐ-CP để có nguồn hỗ trợ cho người bệnh trong trường hợp khó khăn, không đủ khả năng chi trả chi phí KCB.

**5.** BHXH tỉnh thực hiện nghiêm túc quy định: Đối với người tham gia BHYT từ 05 năm liên tục trở lên, nếu phần đồng chi trả vượt 6 tháng lương cơ sở thì BHXH sẽ thanh toán phần vượt này để người có thẻ BHYT phải đồng chi trả 20% yên tâm.



## **B/ Triển khai hướng dẫn Thông tư liên tịch số 37/2015/TTLT-BYT-BTC**

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 có ý kiến của Bộ Y tế, Sở y tế có 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).

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 quyết định số 41/2012/QĐ-UBND và quyết định số 50/2014/QĐ-UBND của UBND tỉnh Về việc Quy định mức giá một số dịch vụ khám bệnh, chữa bệnh trong các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh của Nhà nước thuộc tỉnh Thừa Thiên Huế quản lý.

Sau ngày 01/03/2016, Sở y tế sẽ xin ý kiến các cơ quan chức năng và UBND tỉnh để điều chỉnh mức giá thu của người không có thẻ BHYT.

### **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 thẻ 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;

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.

- Chỉ 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 dần 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.

**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.

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 sỹ 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.

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.

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

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

c) Dịch vụ chụp X-quang 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 thâm dịch, máu trong các tổn thương lóc da, hở da diện tích trên  $6\text{ cm}^2$ ; 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.

**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.

### **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 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, chi 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:

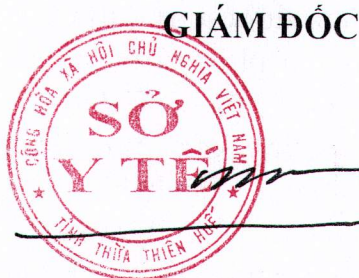
a) Đối với số thu từ dịch vụ khám bệnh: Hàng năm, các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh phải dành tối thiểu 5% số thu (riêng các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh được xếp hạng là bệnh viện hạng III, hạng IV phải dành tối thiểu 3% số thu) để sửa chữa, nâng cấp, cải tạo, mở rộng khu vực khám bệnh; mua sắm trang bị 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.

Nhằm triển khai thực hiện tốt Thông tư liên tịch số 37/2015/TTLT-BYT-BTC Giám đốc Sở Y tế yêu cầu Giám đốc/Thủ trưởng các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh của Nhà nước thuộc tỉnh quản lý nghiêm túc triển khai thực hiện các hướng dẫn trên; trong quá trình thực hiện nếu có vướng mắc đề nghị liên hệ với phòng Kế hoạch - Tài chính và phòng Nghiệp vụ Y để tổng hợp, báo cáo Lãnh đạo Sở Y tế xem xét giải quyết./.

**Nơi nhận:**

- Các đơn vị KCB;
- Giám đốc, các PGĐ;
- Các phòng/Sở Y tế;
- UBND tỉnh (để báo cáo);
- Sở Tài chính, BHXH tỉnh;
- Lưu: VT, KHTC.



**Nguyễn Nam Hùng**