

UBND TỈNH THANH HOÁ
SỞ Y TẾ

CỘNG HOÀ XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM
Độc lập - Tự do - Hạnh phúc

Số: 2078 /SYT-NVY
V/v rà soát số liệu chi phí KCB
BHYT chưa chấp nhận thanh toán
tại một số cơ sở KB,CB

Thanh Hoá, ngày 15 tháng 8 năm 2018

Kính gửi: Giám đốc các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế.

Ngày 14 tháng 8 năm 2018, Bộ Y tế có Công văn số 4703/BYT-KH-TC về việc rà soát số liệu chi phí KCB BHYT chưa chấp nhận thanh toán tại một số cơ sở khám bệnh, chữa bệnh. Theo đó Bộ Y tế đề nghị Sở Y tế tổng hợp, báo rõ số kinh phí mà cơ sở khám bệnh, chữa bệnh chưa thông nhất giảm trừ, lý do chưa thông nhất gửi về Bộ Y tế.

Đề có cơ sở tổng hợp báo cáo Bộ Y tế, Sở Y tế đề nghị các đơn vị khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế 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 thích lý do không thống nhất.

Nhận được công văn này đề nghị các đơn vị nghiên cứu kỹ văn bản gửi kèm đề tổng hợp số kinh phí KCB BHYT năm 2017 mà cơ quan BHXH chưa thanh toán đúng quy định theo hướng dẫn tại các văn bản nói trên và gửi về Sở Y tế bằng văn bản và email: nghiepvuysyth@gmail.com trước ngày 24/8/2018.

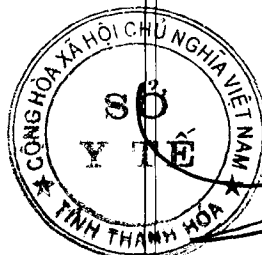
Trong quá trình thực hiện nếu có vướng mắc xin liên hệ Bác sĩ Lê Hữu Uyển Trưởng phòng Nghiệp vụ Y – Sở Y tế, Đt: 0916.815.360.

(Xin gửi kèm bản pho to Công văn số 4703/BYT-KH-TC, Biên bản số 1135/BB-BYT, Công văn số 2612/BHXH-CSYT và Thông báo 798/TB-BYT-BHXH VN)./

Nơi nhận:

- Như trên;
- Giám đốc Sở (B/cáo);
- Lưu: VT, NVY.

**KT. GIÁM ĐỐC
PHÓ GIÁM ĐỐC**



Phạm Ngọc Thơm

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. Phấn
Sở Y
V. Lạc An
S. Y. Tố
N. Quý
B. 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 gãy tay; Hà Tĩnh 67,077 tỷ đồng tiền giường bệnh, 27,321 tỷ đồng tiền gãy tay; An Giang 24,746 tỷ đồng tiền gãy tay, Thái Nguyên 39,016 tỷ đồng tiền giường bệnh, 11,898 tỷ đồng tiền gãy tay; Thanh Hóa 182,043 tỷ đồng tiền giường bệnh, 21,489 tỷ đồng tiền gãy 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.

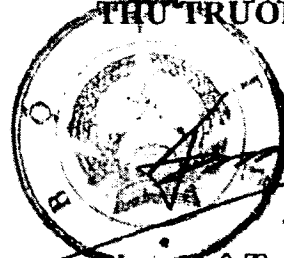
Nếu quá thời hạn nêu trên Sở Y tế chưa gửi báo cáo thì coi như Sở Y tế đồng ý với số kinh phí đề nghị giảm trừ tại công văn số 2612/BHXH-CSYT của Bảo hiểm xã hội Việt Nam và chịu trách nhiệm về việc không báo cáo kết quả rà soát số liệu giảm trừ.

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
Nguyễn Văn Tuấn
Phạm Văn Tuấn
Nguyễn Văn Tuấn

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:

(Handwritten marks)

+ 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.

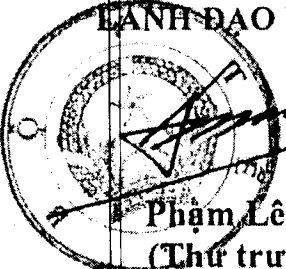
7. Về giường bệnh của phòng khám đa khoa khu vực: tổng hợp số giường, số tiền báo cáo xin ý kiến Hội đồng Quản lý quỹ BHYT tại cuộc họp gần nhất, làm cơ sở để thanh toán.

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.

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

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; Dự 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, Dự 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
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 găng tay sạch trong dịch vụ Ngày giường bệnh ngoại khoa, bông		
6.1	Loại 1: Sau các phẫu thuật loại đặc biệt; Bông	Bệnh viện hạng Đặc biệt, hạng I	15 đôi

	độ 3-4 trên 70% diện tích cơ thể	Bệnh viện hạng II	12,5 đôi
6.2	Loại 2: Sau các phẫu thuật loại 1; Bồng 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; Bồng độ 2 trên 30% diện tích cơ thể, Bồng 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; Bồng 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

BẢO HIỂM XÃ HỘI VIỆT NAM CỘNG HOÀ XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM
Độc lập - Tự do - Hạnh phúc

Số: 2642 /BHXH-CSYT
V/v cung cấp số liệu chi phí KCB
BHYT tại các cơ sở KCB

Hà Nội, ngày

12 tháng 8 năm 2018

ĐẾN	
Số: 939	
Ngày: 14/8/2018	
Chuyên:	
Lưu hồ sơ số:	

Y TẾ	
Số: 1120	
Ngày: 10/1/18	
M:	
.....	

Kính gửi: Bộ Y tế ✓

Bảo hiểm xã hội (BHXH) Việt Nam nhận được Công văn số 2335/BYT-KH-TC ngày 27/4/2018 và Công văn số 3345/BYT-KH-TC ngày 13/6/2018 của Bộ Y tế đề nghị cung cấp số liệu chi phí khám, chữa bệnh (KCB) bảo hiểm y tế (BHYT) năm 2017 phần vượt định mức tính giá của một số dịch vụ kỹ thuật (DVKT) theo Kết luận tại Biên bản số 1135/BB-BYT. Về vấn đề này, BHXH Việt Nam có ý kiến như sau:

C/ Phó
Phó
B/ Phó
02 ban
16

Ngày 24/10/2017 Bộ Y tế và BHXH Việt Nam ký Biên bản số 1135/BB-BYT biên bản cuộc họp giải quyết vướng mắc về định mức và thanh toán chi phí KCB BHYT. Do Bộ Y tế không có văn bản hướng dẫn việc thực hiện Biên bản này nên BHXH Việt Nam không có cơ sở để hướng dẫn BHXH các tỉnh, thành phố trực thuộc Trung ương thực hiện. Tuy nhiên, để kịp thời cho việc thanh quyết toán chi phí KCB BHYT năm 2017, BHXH Việt Nam hướng dẫn BHXH các tỉnh, thành phố thực hiện thanh toán đối với các chi phí liên quan đến việc thực hiện không đúng định mức kinh tế kỹ thuật, định mức nhân lực và thời gian làm cơ sở xây dựng giá dịch vụ KCB ban hành kèm theo Quyết định số 3955/QĐ-BYT ngày 22/9/2015 và Quyết định số 3959/QĐ-BYT ngày 22/9/2015 của Bộ Y tế. Cụ thể như sau:

1. Đối với định mức vật tư y tế tiêu hao, hóa chất

Định mức kinh tế kỹ thuật do Bộ Y tế ban hành tại Quyết định số 3955/QĐ-BYT và Quyết định số 3959/QĐ-BYT là cơ sở để tính giá dịch vụ y tế, đảm bảo việc thanh toán theo đúng nguyên tắc quy định tại khoản 1, Điều 11 Thông tư liên tịch số 41/2014/TTLT-BYT-BTC ngày 24/11/2014 của liên Bộ Y tế - Tài chính hướng dẫn thực hiện BHYT, đó là “Thanh toán theo giá dịch vụ là phương thức thanh toán dựa trên chi phí của thuốc, hóa chất, vật tư, thiết bị y tế, dịch vụ kỹ thuật y tế được sử dụng cho người bệnh tại cơ sở y tế”. Đồng thời, đây cũng là một trong các căn cứ quan trọng để các cơ sở KCB thực hiện, đảm bảo chất lượng dịch vụ y tế cung cấp cho người bệnh.

Tuy nhiên, 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 bệnh viện chi phí vật tư lớn hơn số thực tế xuất dùng, 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.

Theo báo cáo của 61 BHXH các tỉnh, thành phố (Hà Nội và Bình Định chưa gửi báo cáo), 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 theo đúng định mức quy định của Bộ Y tế năm 2017 là 481.633 triệu đồng (trong đó gang tay y tế là 380.391 triệu đồng, kim châm cứu 38.190 triệu đồng, parafin là 9.765 triệu đồng và các loại VTYT, hóa chất khác là 53.287 triệu đồng). Các chi phí này do cơ sở KCB không xuất ra sử dụng nên cơ quan BHXH chưa có cơ sở để thanh toán theo đúng kiến nghị của Kiểm toán Nhà nước.

2. Đối với định mức số lượt khám bệnh, ngày giường bệnh và số lượt các DVKT

Định mức về nhân lực, thời gian thực hiện DVKT do Bộ Y tế ban hành được xây dựng trên cơ sở quy trình chuyên môn kỹ thuật, đảm bảo chất lượng DVKT y tế cung cấp cho người bệnh. Thực tế 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, Đà Nẵng, Quảng Trị, Hải Dương... có sự chênh lệch lớn về định mức nhân lực, thời gian thực hiện dịch vụ y tế giữa thực tế tại cơ sở KCB và định mức tính giá của Bộ Y tế, nhiều cơ sở KCB thực hiện khám bệnh, siêu âm, nội soi tai mũi họng... với số lượng lớn gấp 2 đến 3 lần định mức tính giá (ví dụ siêu âm đến 200 ca/1 máy/1 ngày, nội soi tai mũi họng đến 160 ca/1 máy/1 ngày...), nhiều cơ sở KCB tự kê thêm giường bệnh ngoài số giường kế hoạch được cấp có thẩm quyền phê duyệt lên đến 200%-300% để chỉ định nhiều người bệnh vào điều trị nội trú khi tình trạng bệnh nhẹ, chỉ cần điều trị ngoại trú mà không cần phải nằm điều trị nội trú trong khi cơ sở vật chất, diện tích khoa phòng không được cải tạo, mở rộng... Tình trạng nêu trên ảnh hưởng tới chất lượng KCB cho người bệnh 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.

Vi vậy, nhằm kiểm soát chất lượng cung ứng dịch vụ y tế cho người bệnh BHYT của các cơ sở KCB, đồng thời đảm bảo việc sử dụng quỹ BHYT một cách có hiệu quả, BHXH Việt Nam hướng dẫn BHXH các tỉnh, thành phố thực hiện thanh toán đối với các chi phí liên quan đến việc thực hiện không đúng định

mức kinh tế kỹ thuật, nhân lực, thời gian đối với số lượt khám bệnh, ngày giường bệnh và số lượng các DVKT theo Thông báo Kết luận số 798/TB-BYT-BHXH VN, cụ thể như sau:

a) Thanh toán số lượt khám bệnh /1 bàn khám/1 ngày (8 giờ) không vượt quá 130% định mức quy định của Bộ Y tế;

b) Thanh toán số ngày giường bệnh thực tế không vượt quá 130% số giường kế hoạch đã được cấp có thẩm quyền phê duyệt;

c) Thanh toán số lượng dịch vụ kỹ thuật (Siêu âm, X quang, Nội soi Tai Mũi Họng, CT-Scanner, Cộng hưởng từ) /1 máy/1 ngày (8 giờ) không vượt quá 130% định mức quy định của Bộ Y tế.

Theo báo cáo của 61 BHXH các tỉnh, thành phố (Hà Nội và Bình Định chưa gửi báo cáo), chi phí DVKT vượt trên 130% định mức tính giá quy định của Bộ Y tế (Siêu âm, X quang, Nội soi Tai Mũi Họng, CT-Scanner, Cộng hưởng từ) cơ quan BHXH chưa chấp nhận thanh toán là 1.119.343 triệu đồng.

(Chi tiết các khoản chi phí cơ quan BHXH chưa chấp nhận thanh toán tại Phụ lục đính kèm.

Trên đây là tổng hợp chi phí KCB BHYT chưa được cơ quan BHXH thanh toán trong năm 2017 liên quan đến định mức trong giá dịch vụ KCB và ý kiến của BHXH Việt Nam, kính chuyển Bộ Y tế để tổng hợp, báo cáo Chính phủ. *z*

Nơi nhận:

- Như trên;
- PTTg Vương Đình Huệ
- PTTg Vũ Đức Đam
- VPCP, Bộ Tài chính
- Tổng Giám đốc
- Các Phó Tổng Giám đốc;
- Các đơn vị: DVT, GĐB, TTKT, KTNB;
- Lưu: VT, CSYT (2b). *z*

(để b/c);

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



Phạm Lương Sơn

BẢO HIỂM XÃ HỘI VIỆT NAM

TỔNG HỢP CHI PHÍ KCB BHYT CHỮA CHĂM THANH TOÁN NĂM 2017
(Kèm theo Công văn số: 257/VKH-CSYT ngày 14 tháng 7 năm 2018 của BHXH Việt Nam)

Đơn vị tính: triệu đồng

TT	Tên tỉnh	Chi phí KCB BHYT đang treo do vượt định mức theo Thông báo Kết luận số 798	Trong đó, chia ra									Số tiền BHYT chênh lệch giữa thực tế sử dụng và định mức quy định			
			Tiền khám bệnh	Tiền giường bệnh	Siêu âm chẩn đoán	X Quang thường quy/số hoá	Nội soi Tật Mỏi Họng	Chụp CT Scanner			Chụp MRI	Găng tay sạch trong khám bệnh và ngày giường	Kim châm cứu	ParaFin (số với định mức là 0,13 kg)	Hóa chất, VTYT khác
								32 lát cắt	từ 64 đến 128 lát cắt	từ 256 lát cắt					
A	B	1=2+3+...+14	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
1	An Giang	26,798	0	2,052	0	0	0	0	0	0	0	24,746	0	0	0
2	Bạc Liêu	3,034	1,412	1,012	414	196	0	0	0	0	0	0	0	0	0
3	Bắc Giang	20,076	1,371	6,620	1,464	2,359	0	0	0	0	0	5,874	2,045	343	0
4	Bắc Kan	15,471	0	10,332	0	0	0	0	0	0	0	2,270	652	61	2,155
5	Bắc Ninh	26,290	0	24,001	0	4	2,285	0	0	0	0	0	0	0	0
6	Bến Tre	26,704	15,641	5,293	802	147	0	390	0	0	1,336	2,398	618	79	0
7	Bình Thuận	4,109	0	50	70	0	0	0	0	0	0	3,246	718	25	0
8	Cà Mau	58	0	0	0	58	0	0	0	0	0	0	0	0	0
9	Cao Bằng	2,165	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2,118	0	47	0
10	Đà Nẵng	129,460	0	87,480	0	0	0	0	0	0	0	41,219	719	42	0
11	Đắk Lắk	25,497	2,493	4,216	4,440	2,510	0	2,027	32	0	234	7,142	2,403	0	0
12	Đắk Nông	2,346	408	364	45	0	0	0	0	0	0	1,012	518	0	0
13	Điện Biên	5,848	0	3,453	0	0	0	0	0	0	0	2,249	70	76	0
14	Đồng Nai	11,134	0	0	1,378	0	0	0	0	0	0	9,244	149	364	0
15	Đồng Tháp	18,745	9,030	7,092	0	0	0	0	0	0	0	2,069	432	123	0
16	Gia Lai	5,239	7	861	500	224	0	0	0	0	0	2,907	732	7	0
17	Hà Giang	15,540	0	14,253	0	0	0	0	0	0	0	1,287	0	0	0
18	Hà Nam	4,545	206	809	0	0	0	0	0	0	0	1,504	1,122	128	776
19	Hà Tĩnh	98,094	0	67,077	343	0	0	0	0	0	0	27,321	871	407	2,075
20	Hải Dương	102,495	1,815	33,250	4,051	9,516	37	7,143	0	0	3,184	18,582	1,632	1,020	22,266
21	Hải Phòng	14,740	0	423	55	146	0	0	0	0	0	13,508	608	0	0
22	Hậu Giang	17,292	5,640	7,612	0	0	0	0	0	0	0	3,297	744	0	0
23	Hòa Bình	4,388	0	4,388	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
24	Hung Yên	20,913	0	16,670	0	0	0	0	0	0	0	4,243	0	0	0
25	Kiên Giang	3,465	0	3,465	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
26	Kon Tum	17,252	336	2,370	0	0	0	0	0	0	0	13,733	723	90	0
27	Lai Châu	2,698	0	550	0	19	0	0	0	0	0	1,945	184	0	0
28	Lạng Sơn	9,714	0	6,112	0	1	0	0	0	0	0	2,692	678	231	0
29	Lào Cai	12,406	0	12,406	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

2

TT	Tên tỉnh	Chi phí KCB BHYT đang treo do vượt định mức theo Thông báo Kết luận số 798	Trong đó, chia ra										Số tiền VTYT chênh lệch giữa thực tế sử dụng và định mức quy định			
			Tiền khám bệnh	Tiền giường bệnh	Siêu âm chẩn đoán	X Quang thường quy/số hoá	Nội soi Tại Mũi Họng	Chụp CT Scanner			Chụp MRI	Găng tay sạch trong khám bệnh và ngày giường	Kim châm cứu	ParaFin (so với định mức là 0,13 kg)	Hóa chất, VTYT khác	
								32 lát cắt	từ 64 đến 128 lát cắt	từ 256 lát cắt						
30	Lâm Đồng	885	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	124	647	114	0
31	Long An	9,361	0	9,361	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
32	Nam Định	5,042	0	0	0	90	0	0	0	0	0	0	3,949	892	111	0
33	Nghệ An	182,545	2,416	119,137	0	10,001	2,662	0	0	0	0	0	17,881	4,896	242	25,310
34	Ninh Bình	12,102	410	715	2,109	36	10	0	0	0	408	7,751	570	94	0	0
35	Ninh Thuận	14,957	0	629	0	0	0	39	17	0	0	13,867	247	158	0	0
36	Phủ Thọ	24,613	0	0	0	0	0	0	0	0	0	19,088	4,156	1,369	0	0
37	Phủ Yên	1,812	0	682	0	0	0	0	0	0	0	1,035	95	0	0	0
38	Quảng Bình	55,489	0	41,232	0	0	0	0	0	0	0	13,524	567	166	0	0
39	Quảng Nam	61,517	3,049	56,696	834	815	36	0	0	0	0	0	0	10	77	0
40	Quảng Ngãi	18,100	854	8,349	2	0	0	59	0	0	0	8,502	289	45	0	0
41	Quảng Ninh	5,244	157	5,087	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
42	Quảng Trị	35,351	0	27,234	0	0	0	0	0	0	0	7,596	521	0	0	0
43	Sóc Trăng	23,351	211	19,237	0	0	0	0	0	0	0	2,924	979	0	0	0
44	Sơn La	50,609	51	30,990	9	57	0	3	0	0	0	18,742	467	290	0	0
45	Tây Ninh	18,146	0	10,823	0	0	0	0	0	0	0	7,003	220	100	0	0
46	Thái Bình	17,717	0	7,310	0	0	0	0	0	0	0	7,255	2,086	1,066	0	0
47	Thái Nguyên	54,145	141	39,016	220	1,212	711	0	0	0	0	11,898	341	607	0	0
48	Thanh Hoá	226,671	520	182,043	11,737	8,480	445	0	0	0	0	21,489	73	1,179	705	0
49	Thừa Thiên Huế	5,094	0	5,094	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
50	Tiền Giang	2,983	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2,603	377	3	0	0
51	Trà Vinh	2,243	1,010	1,233	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
52	Tuyên Quang	81,319	78	59,866	3,437	4,426	4,232	0	0	0	0	5,568	2,664	1,048	0	0
53	Vĩnh Long	2,383	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2,178	205	0	0	0
54	Vĩnh Phúc	6,983	0	6,983	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
55	Yên Bái	35,801	0	20,662	0	0	0	0	0	0	0	12,810	2,273	55	0	0
56	TP.Hồ Chí Minh	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
57	Khánh Hòa	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
58	Bà Rịa - Vũng Tàu	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
59	Bình Dương	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
60	Bình Phước	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
61	Cần Thơ	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	TỔNG CỘNG	1,600,976	47,254	974,591	31,913	40,296	10,419	9,660	49	0	5,162	380,391	38,190	9,765	53,287	0

R

BỘ Y TẾ THANH HÓA
ĐẾN Số: 925
 Ngày: 14/18/2017
 Lưu hồ sơ số:

BỘ Y TẾ - BHXH VIỆT NAM **CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM**
Độc lập - Tự do - Hạnh phúc

Số: 798 /TB-BYT-BHXH VN

Hà Nội, ngày 12 tháng 7 năm 2017

THÔNG BÁO

Kết luận của Bộ trưởng Bộ Y tế Nguyễn Thị Kim Tiên và Tổng Giám đốc Bảo hiểm xã hội Việt Nam Nguyễn Thị Minh về các giải pháp thực hiện việc tạm ứng, thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế

*Ky Phóng NY
 K. Phóng
 J. Phóng
 b. Phóng
 Phóng kỳ
 tại vs
 ký số cũ
 luo*

Ngày 16/6/2017, Bộ Y tế và Bảo hiểm xã hội Việt Nam tổ chức hội nghị liên ngành bàn các giải pháp thực hiện việc thanh toán chi phí khám chữa bệnh (KCB) bảo hiểm y tế (BHYT), hội nghị do Bộ trưởng Bộ Y tế Nguyễn Thị Kim Tiên và Tổng Giám đốc Bảo hiểm xã hội Việt Nam Nguyễn Thị Minh đồng chủ trì. Tham dự hội nghị có các Thứ trưởng Bộ Y tế Nguyễn Việt Tiến và Phạm Lê Tuấn; các Phó Tổng Giám đốc BHXH Việt Nam Nguyễn Minh Thảo và Nguyễn Đình Khương; lãnh đạo các Vụ, Cục, Thanh tra Bộ, Văn phòng thuộc Bộ Y tế: Bảo hiểm y tế, Kế hoạch-Tài chính, Pháp chế, Quản lý khám chữa bệnh, Quản lý Dược, Quản lý Y dược cổ truyền, Công nghệ thông tin, Khoa học công nghệ và Đào tạo; lãnh đạo các Vụ, Ban thuộc BHXH Việt Nam: Thực hiện chính sách BHYT, Tài chính-Kế toán, Thanh tra - kiểm tra, Dược và Vật tư y tế, Thu, Sổ thẻ, Trung tâm Giám định và Thanh toán đa tuyến. Hội nghị có sự tham gia của các Đại biểu Quốc hội: Ngô Thị Kim Yến, Đoàn đại biểu Quốc hội thành phố Đà Nẵng và Bùi Thị Thu Hằng, Đoàn đại biểu Quốc hội tỉnh Hòa Bình.

Hội nghị đã trao đổi, nhận định về những khó khăn, vướng mắc trong tạm ứng kinh phí, thanh toán chi phí KCB BHYT, nguyên nhân và những tác động của tình trạng này đến hoạt động của các cơ sở KCB, quyền lợi người có thể BHYT. Kết luận Hội nghị, Bộ trưởng Bộ Y tế và Tổng Giám đốc Bảo hiểm xã hội Việt Nam thống nhất thực hiện các giải pháp sau:

1. Về tạm ứng kinh phí khám bệnh, chữa bệnh BHYT:

Bảo hiểm xã hội (BHXH) Việt Nam chỉ đạo BHXH các tỉnh, thành phố thực hiện tạm ứng kinh phí KCB BHYT đầy đủ và đúng thời gian theo quy định của Luật BHYT, đảm bảo kinh phí để cơ sở KCB thực hiện nhiệm vụ chuyên môn, đáp ứng nhu cầu KCB và bảo đảm quyền lợi người bệnh có thể BHYT.

2. Về thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh:

- Sử dụng ngay quỹ dự phòng BHYT để tạm ứng thanh toán 30% số chi phí vượt quỹ tại tất cả các địa phương, các cơ sở KCB. Trường hợp địa phương

Handwritten signature/initials

cơ sở KCB có chi phí vượt quỹ quá cao, Bộ Y tế và BHXH Việt Nam thành lập Tổ công tác liên ngành để kiểm tra, thẩm định chi phí vượt quỹ, xác định nguyên nhân và đánh giá thực trạng sử dụng quỹ KCB BHYT.

- Cơ quan BHXH thanh toán chi phí dịch vụ kỹ thuật theo giá quy định tại Thông tư 37/2015/TTLT-BYT- BTC ngày 29/10/2015 của liên Bộ Y tế, Bộ Tài chính quy định thống nhất giá dịch vụ khám bệnh, chữa bệnh BHYT giữa các bệnh viện cùng hạng trên toàn quốc (sau đây gọi tắt là Thông tư 37/2015/TTLT-BYT- BTC).

- Đối với định mức kinh tế kỹ thuật trong KCB: Định mức kinh tế kỹ thuật theo quy định của Bộ Y tế là cơ sở để xây dựng giá dịch vụ y tế. Trường hợp có sự khác biệt giữa định mức với thực tế thực hiện dịch vụ kỹ thuật tại cơ sở KCB, để đáp ứng với nhu cầu KCB của người có thẻ BHYT, phù hợp với điều kiện thực tế thì thực hiện việc thanh toán như sau: Thanh toán chi phí của các dịch vụ kỹ thuật thực tế đã thực hiện nhưng không cao hơn hoặc thấp hơn 30% so với định mức quy định (về số lượt khám/bàn khám/ngày, nhân lực và thời gian thực hiện dịch vụ); Về giường bệnh nội trú, thanh toán không quá 30% số giường thực kê tăng thêm so với số giường của năm trước được phê duyệt trước khi chưa thực hiện Thông tư 37/2015/TTLT-BYT-BTC (năm 2015, năm 2016).

Trường hợp chênh lệch quá 30% định mức nêu trên thì giao Sở Y tế phối hợp với BHXH tỉnh, thành phố thành lập đoàn kiểm tra, thẩm định thực hiện định mức, báo cáo về Bộ Y tế và BHXH Việt Nam để xem xét, giải quyết. Bộ Y tế và BHXH Việt Nam thành lập đoàn kiểm tra, thẩm định tại một số địa phương, đơn vị.

Bộ Y tế và BHXH Việt Nam thống nhất hướng dẫn chi tiết các nội dung này.

3. Về chứng chỉ hành nghề:

- Đối với cơ sở KCB có cán bộ y tế chưa tham gia đủ thời gian đào tạo liên tục, chưa có chứng chỉ, giấy chứng nhận đã tham gia đào tạo liên tục theo quy định tại Thông tư số 22/2013/TT-BYT ngày 09/8/2013 của Bộ Y tế về hướng dẫn đào tạo liên tục trong lĩnh vực y tế thì tạm thời chưa áp dụng điều kiện này trong việc thanh toán chi phí KCB BHYT; Bộ Y tế sẽ sửa đổi, bổ sung Thông tư số 22/2013/TT-BYT và quy định lộ trình thực hiện.

- Đối với các bác sĩ chuyên khoa như Tim mạch, Thần kinh, Y học cổ truyền... thì không cần phải có chứng chỉ, giấy chứng nhận khi thực hiện một số dịch vụ kỹ thuật cận lâm sàng, thủ thuật thuộc chuyên khoa đó. Bộ Y tế hướng dẫn cụ thể nội dung này.

- Trường hợp cơ sở khám bệnh, chữa bệnh thiếu nhân lực, chưa đủ cán bộ có chứng chỉ hành nghề, chưa có các chứng chỉ, chứng nhận về thực hiện các

dịch vụ kỹ thuật xét nghiệm, chẩn đoán hình ảnh, thủ thuật thì Giám đốc/Thủ trưởng cơ sở KCB ký xác nhận hoặc phân công, giao nhiệm vụ ký xác nhận việc thực hiện dịch vụ kỹ thuật đó; Giám đốc/Thủ trưởng cơ sở khám chữa bệnh chịu trách nhiệm về sự phân công, giao nhiệm vụ này. Bộ Y tế và BHXH Việt Nam thống nhất hướng dẫn chi tiết nội dung này.

4. Đối với chi phí ngày giường điều trị nội trú tại phòng khám đa khoa khu vực (PKĐKKV), phân hạng của bệnh viện tư nhân:

- Chi thanh toán chi phí ngày giường tại PKĐKKV: Bộ Y tế phối hợp với BHXH Việt Nam rà soát, thống nhất tiêu chí đối với các Phòng khám được điều trị nội trú theo hướng chỉ thực hiện đối với các phòng khám đa khoa khu vực thuộc các vùng khó khăn, đặc biệt khó khăn theo các quyết định của Thủ tướng Chính phủ; Các PKĐKKV thuộc các khu vực khác thì chỉ kê giường lưu như đối với trạm y tế xã. Bộ Y tế và BHXH Việt Nam sẽ thống nhất hướng dẫn chi tiết nội dung này.

5. Về công nghệ thông tin trong giám định và thanh toán BHYT:

Đề nghị BHXH Việt Nam rà soát lại, chỉ áp dụng dữ liệu công nghệ thông tin trong công giám định và làm cơ sở thanh toán BHYT khi phần mềm đã hoàn thiện, tránh việc chưa hoàn thiện phần mềm CNTT dẫn đến chênh lệch số tiền giữa kết quả tổng hợp trên hệ thống dữ liệu điện tử và chi phí thực tế, gây khó khăn cho cơ sở khám, chữa bệnh.

6. Về công tác kiểm tra, thanh tra:

- Bộ Y tế và BHXH Việt Nam thống nhất việc phối hợp chặt chẽ trong công tác kiểm tra, thanh tra, các đoàn kiểm tra, thanh tra về BHYT của Bộ Y tế phải có thành viên đại diện của BHXH Việt Nam; các đoàn kiểm tra, thanh tra về BHYT của BHXH Việt Nam phải có thành viên đại diện của Bộ Y tế;

- Nội dung kiểm tra, thanh tra về BHYT của Bộ Y tế phải toàn diện trên các phương diện về KCB BHYT, sử dụng dịch vụ y tế, tạm ứng và thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh, xác định quỹ và sử dụng quỹ khám, chữa bệnh BHYT tại địa phương, đơn vị.

7. Về đấu thầu thuốc, vật tư y tế:

Thực hiện đấu thầu tập trung theo các văn bản quy định về đấu thầu (Thông tư liên tịch số 50/2011/TTLT-BYT-BTC-BCT, Thông tư số 11/2016/TT-BYT, Thông tư liên tịch số 10/2007/TTLT-BYT-BTC, Thông tư số 09/2016/TT-BYT). Mục tiêu phải giảm 30% giá thuốc trong những năm tới.

Bộ Y tế nghiên cứu, xây dựng văn bản hướng dẫn riêng về đấu thầu, mua sắm vật tư y tế để quản lý chủng loại, giá đấu thầu mua sắm hợp lý và hội đồng đấu thầu có sự tham gia của cơ quan BHXH.

Handwritten signature and initials

8. Về công tác trao đổi thông tin, thống nhất hướng dẫn tổ chức thực hiện các quy định của pháp luật về BHYT giữa Bộ Y tế và BHXH Việt Nam:

- Khi ban hành các văn bản hướng dẫn triển khai các văn bản quy phạm pháp luật về BHYT, KCB, thanh toán chi phí phải có sự thống nhất giữa Bộ Y tế và BHXH Việt Nam;

- Trường hợp có những vướng mắc phát sinh trong thực tế thực hiện khám, chữa bệnh BHYT, thanh toán chi phí khám chữa bệnh BHYT mà cần phải ban hành các văn bản hướng dẫn giải quyết thì Bộ Y tế thống nhất với BHXH Việt Nam ban hành theo thẩm quyền.

- Khi có vấn đề vướng mắc phát sinh, hoặc định kỳ 2 tuần/lần, BHXH Việt Nam và Bộ Y tế thông báo, cung cấp thông tin cho nhau về kết quả kiểm tra, giải quyết vướng mắc, thanh quyết toán BHYT để phối hợp chỉ đạo kịp thời.

- BHXH Việt Nam cử cán bộ tham gia vào Tổ công tác giải quyết vướng mắc trong thực hiện chính sách, pháp luật về khám chữa bệnh BHYT do Bộ Y tế thành lập (Quyết định số 1790/QĐ-BYT, ngày 08/5/2017) để cũng tham gia giải quyết vướng mắc, đảm bảo hiệu quả, kịp thời.

- Tăng cường phối hợp trong công tác truyền thông, phổ biến chính sách pháp luật về BHYT đảm bảo các thông tin đầy đủ, chính xác, nhận định phù hợp và tạo sự đồng thuận trong dư luận xã hội.

9. Giao các đơn vị chức năng thuộc Bộ Y tế, BHXH Việt Nam thực hiện một số việc sau đây:

(1) Bộ Y tế và BHXH Việt Nam thống nhất về nội dung văn bản hướng dẫn cụ thể, giải quyết ngay các vấn đề về tạm ứng, thanh toán chi phí KCB BHYT theo các nội dung ghi tại điểm 1,2,3,4 nêu trên.

(2) Xây dựng, trình ban hành Chỉ thị của Bộ trưởng Bộ Y tế gửi Ủy ban nhân dân, Sở Y tế các tỉnh, thành phố, cơ sở KCB về nâng cao chất lượng KCB và sử dụng hợp lý, hiệu quả quỹ BHYT.

(3) Thành lập các đoàn thanh tra, kiểm tra tại một số địa phương có tình hình bội chi lớn.

(4) Trình Bộ trưởng Quyết định bổ sung thành viên thuộc các đơn vị liên quan của BHXH Việt Nam tham gia Tổ công tác giải quyết vướng mắc trong thực hiện chính sách pháp luật về KCB BHYT được ban hành tại Quyết định số 1790/QĐ-BYT ngày 08/5/2017.

(5) Chuẩn bị Kế hoạch tổ chức hội nghị liên ngành (Bộ Y tế, Bộ Tài chính, BHXH Việt Nam, các Bộ, ngành liên quan) về tình hình KCB, thanh toán chi phí và quản lý, sử dụng Quỹ BHYT; báo cáo Chính phủ, Hội đồng Quản lý Quỹ BHYT.

(6) Sửa đổi, bổ sung Thông tư liên tịch số 37/2015/TTLT-BYT-BTC phù hợp trên cơ sở định mức kinh tế kỹ thuật phù hợp thực tế.

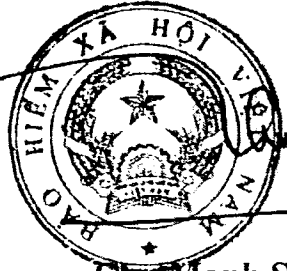
(7) Sửa đổi Thông tư số 22/2013/TT-BYT ngày 09/8/2013 của Bộ Y tế về hướng dẫn đào tạo liên tục trong lĩnh vực y tế cho phù hợp với các hình thức đào tạo hiện nay và lộ trình áp dụng phù hợp.

(8) Xây dựng, trình Bộ Y tế ban hành Thông tư quy định về tuyển khám, chữa bệnh, tuyển chuyên môn kỹ thuật, chuyển tuyến chuyên môn kỹ thuật trên cơ sở thống nhất các Thông tư số 43/2013/TT-BYT, Thông tư số 14/2014/TT-BYT, Thông tư số 40/2015/TT-BYT.

(9) Nghiên cứu để triển khai ứng dụng công nghệ thông tin trong quản lý cung ứng dịch vụ y tế như sử dụng thẻ Smart Card, bệnh án điện tử.

Thừa lệnh Bộ trưởng Bộ Y tế, Tổng Giám đốc Bảo hiểm xã hội Việt Nam, Văn phòng Bộ Y tế, Văn phòng Bảo hiểm xã hội Việt Nam thông báo ý kiến kết luận và chỉ đạo Bộ trưởng Bộ Y tế và Tổng Giám đốc Bảo hiểm xã hội Việt Nam các cơ quan, đơn vị biết, triển khai thực hiện./.

**TL. TỔNG GIÁM ĐỐC
BẢO HIỂM XÃ HỘI VIỆT NAM
CHÁNH VĂN PHÒNG**


Chữ Mạnh Sinh

**TL. BỘ TRƯỞNG BỘ Y TẾ
CHÁNH VĂN PHÒNG BỘ**


Nguyễn Xuân Trường

Handwritten signature

Nơi nhận:

- PTTg. Vũ Đức Đam (để báo cáo);
- BT. Nguyễn Thị Kim Tiến;
- TGD. Nguyễn Thị Minh;
- Các Thứ trưởng Bộ Y tế;
- Các PTGD BHXH Việt Nam;
- Văn phòng Chính phủ;
- BHXH Việt Nam;
- Các Vụ, Cục, VPB, Ttra Bộ;
- Lưu: VT, BH.

Handwritten mark