

Số: 39/2018/TT-BYT

Hà Nội, ngày 30 tháng 11 năm 2018

THÔNG TƯ

Quy định thống nhất giá dịch vụ khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế giữa các bệnh viện cùng hạng trên toàn quốc và hướng dẫn áp dụng giá, thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh trong một số trường hợp

Căn cứ Luật khám bệnh, chữa bệnh ngày 23 tháng 11 năm 2009;

Căn cứ Luật giá ngày 20 tháng 6 năm 2012;

Căn cứ Luật sửa đổi, bổ sung một số điều của Luật bảo hiểm y tế ngày 13 tháng 6 năm 2014;

Căn cứ Nghị định số 85/2012/NĐ-CP ngày 15 tháng 10 năm 2012 của Chính phủ về cơ chế hoạt động, cơ chế tài chính đối với các đơn vị sự nghiệp y tế công lập và giá dịch vụ khám bệnh, chữa bệnh của các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh công lập;

Căn cứ Nghị định số 16/2015/NĐ-CP ngày 14 tháng 02 năm 2015 của Chính phủ quy định cơ chế tự chủ của đơn vị sự nghiệp công lập;

Căn cứ Nghị định số 149/2016/NĐ-CP ngày 11 tháng 11 năm 2016 của Chính phủ sửa đổi, bổ sung một số điều của Nghị định số 177/2013/NĐ-CP ngày 14 tháng 11 năm 2013 của Chính phủ quy định chi tiết và hướng dẫn thi hành một số điều của Luật giá;

Căn cứ Nghị định số 75/2017/NĐ-CP ngày 20 tháng 6 năm 2017 của Chính phủ quy định chức năng, nhiệm vụ, quyền hạn và cơ cấu tổ chức của Bộ Y tế;

Căn cứ Nghị định số 72/2018/NĐ-CP ngày 15 tháng 5 năm 2018 của Chính phủ quy định mức lương cơ sở đối với cán bộ, công chức, viên chức và lực lượng vũ trang;

Căn cứ Nghị quyết số 140/NQ-CP ngày 09 tháng 11 năm 2018 của Chính phủ về phiên họp Chính phủ thường kỳ tháng 10 năm 2018;

Trên cơ sở ý kiến của Bộ Tài chính tại công văn số 14818/BTC-QLG ngày 27 tháng 11 năm 2018;

Bộ trưởng Bộ Y tế ban hành Thông tư quy định thống nhất giá dịch vụ khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế giữa các bệnh viện cùng hạng trong toàn quốc và hướng dẫn áp dụng giá, thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế trong một số trường hợp.

Điều 1. Phạm vi điều chỉnh và đối tượng áp dụng

1. Thông tư này quy định thống nhất giá dịch vụ khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế giữa các bệnh viện cùng hạng trên toàn quốc và hướng dẫn áp dụng giá, thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế trong một số trường hợp cụ thể.

2. Thông tư này áp dụng đối với 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.

3. Các dịch vụ khám bệnh, chữa bệnh không thanh toán từ quỹ bảo hiểm y tế thì khung giá và thẩm quyền quy định mức giá thực hiện theo Luật giá, Luật khám bệnh, chữa bệnh, Luật tổ chức chính quyền địa phương và các văn bản hướng dẫn thi hành.

Điều 2. Giá dịch vụ khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế

1. Giá dịch vụ khám bệnh, hội chẩn quy định tại Phụ lục I ban hành kèm theo Thông tư này;

2. Giá dịch vụ ngày giường bệnh quy định tại Phụ lục II ban hành kèm theo Thông tư này;

3. Giá dịch vụ kỹ thuật y tế quy định tại Phụ lục III ban hành kèm theo Thông tư này.

4. Bổ sung ghi chú của một số dịch vụ kỹ thuật đã được Bộ Y tế xếp tương đương tại các Quyết định của Bộ Y tế tại Phụ lục IV ban hành kèm theo Thông tư này.

Điều 3. Cơ cấu giá dịch vụ khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế

Giá các dịch vụ khám bệnh, chữa bệnh quy định tại Thông tư này được xây dựng trên cơ sở chi phí trực tiếp và tiền lương để bảo đảm cho việc khám bệnh, chăm sóc, điều trị người bệnh và thực hiện các dịch vụ kỹ thuật y tế; cụ thể như sau:

1. Các chi phí trực tiếp tính trong mức giá khám bệnh

a) Chi phí về quần áo, mũ, khẩu trang, ga, gối, đệm, chiếu, văn phòng phẩm, găng tay, bông, băng, cồn, gạc, nước muối rửa và các vật tư tiêu hao khác phục vụ công tác khám bệnh;

b) Chi phí về điện; nước; nhiên liệu; xử lý chất thải sinh hoạt, chất thải y tế (rắn, lỏng); giặt, là, hấp, sấy, rửa, tiệt trùng đồ vải, dụng cụ thăm khám; chi phí vệ sinh và bảo đảm vệ sinh môi trường; vật tư, hóa chất khử khuẩn, chống nhiễm khuẩn trong quá trình khám bệnh;

c) Chi phí duy tu, bảo dưỡng nhà cửa, trang thiết bị, mua sắm thay thế các tài sản, công cụ, dụng cụ như: điều hòa, máy tính, máy in, máy hút ẩm, quạt, bàn, ghế, giường, tủ, đèn chiếu sáng, các bộ dụng cụ, công cụ cần thiết khác trong quá trình khám bệnh.

2. Các chi phí trực tiếp tính trong giá dịch vụ ngày giường điều trị

a) Chi phí về quần áo, mũ, khẩu trang, chăn, ga, gối, đệm, màn, chiếu; văn phòng phẩm; găng tay sử dụng trong thăm khám, tiêm, truyền, bông, băng, cồn, gạc, nước muối rửa và các vật tư tiêu hao khác phục vụ công tác chăm sóc và điều trị hằng ngày (kể cả các chi phí để thay băng vết thương hoặc vết mổ đối với người bệnh nội trú, trừ các trường hợp được thanh toán ngoài mức giá ngày giường bệnh quy định tại khoản 5, khoản 6 Điều 7 Thông tư này); điện cực, cáp điện tim, băng đo huyết áp, dây cáp SPO2 trong quá trình sử dụng máy theo dõi bệnh nhân đối với giường hồi sức cấp cứu, hồi sức tích cực.

Riêng chi phí về thuốc, máu, dịch truyền, **một số** vật tư **y tế** (ngoài các vật tư nêu trên); các loại bơm tiêm, kim tiêm, kim lấy thuốc dùng trong tiêm, truyền; **bơm cho ăn**; dây truyền dịch, ống nối, dây nối bơm tiêm điện, máy truyền dịch dùng trong tiêm, truyền; khí ôxy, dây thở ôxy, mask thở ôxy (trừ các trường hợp người bệnh được chỉ định sử dụng dịch vụ thở máy) chưa tính trong cơ cấu giá tiền giường bệnh, được thanh toán theo thực tế sử dụng cho người bệnh.

b) Các chi phí quy định tại điểm b, điểm c khoản 1 Điều này phục vụ việc chăm sóc và điều trị người bệnh theo yêu cầu chuyên môn.

3. Các chi phí trực tiếp tính trong giá dịch vụ kỹ thuật y tế

a) Chi phí về quần áo, mũ, khẩu trang, ga, gối, đệm, chiếu, đồ vải; văn phòng phẩm; thuốc, dịch truyền, hóa chất, vật tư tiêu hao, vật tư thay thế sử dụng trong quá trình thực hiện các dịch vụ, kỹ thuật y tế;

b) Các chi phí quy định tại điểm b, điểm c khoản 1 Điều này phục vụ cho việc thực hiện các dịch vụ kỹ thuật y tế theo yêu cầu chuyên môn.

4. Chi phí tiền lương tính trong giá khám bệnh, ngày giường bệnh và các dịch vụ kỹ thuật y tế, gồm:

a) Tiền lương ngạch bậc, chức vụ, các khoản phụ cấp, các khoản đóng góp theo chế độ do Nhà nước quy định đối với đơn vị sự nghiệp công lập và mức lương cơ sở quy định tại **Nghị định số 72/2018/NĐ-CP ngày 15 tháng 5 năm 2018** của Chính phủ quy định mức lương cơ sở đối với cán bộ, công chức, viên chức và lực lượng vũ trang;

b) Phụ cấp thường trực, phụ cấp phẫu thuật, thủ thuật theo Quyết định số 73/2011/QĐ-TTg ngày 28 tháng 12 năm 2011 của Thủ tướng Chính phủ về việc quy định một số chế độ phụ cấp đặc thù đối với công chức, viên chức, người lao động trong các cơ sở y tế công lập và chế độ phụ cấp chống dịch.

5. Chi phí tiền lương trong giá dịch vụ quy định tại khoản 4 Điều này không bao gồm các khoản chi theo chế độ do ngân sách nhà nước bảo đảm quy định tại các văn bản sau đây:

a) Nghị định số 64/2009/NĐ-CP ngày 30 tháng 7 năm 2009 của Chính phủ về chính sách đối với cán bộ, viên chức y tế công tác ở vùng có điều kiện kinh tế - xã hội đặc biệt khó khăn;

b) Nghị định số 116/2010/NĐ-CP ngày 24 tháng 12 năm 2010 của Chính phủ về chính sách đối với cán bộ, công chức, viên chức và người hưởng lương thuộc lực lượng vũ trang công tác ở vùng có điều kiện kinh tế - xã hội đặc biệt khó khăn;

c) Quyết định số 46/2009/QĐ-TTg ngày 31 tháng 3 năm 2009 của Thủ tướng Chính phủ quy định chế độ phụ cấp đặc thù đối với cán bộ, viên chức công tác tại Bệnh viện Hữu Nghị, Bệnh viện Thống Nhất, Bệnh viện C Đà Nẵng thuộc Bộ Y tế, các Phòng Bảo vệ sức khỏe Trung ương 1, 2, 2B, 3 và 5, Khoa A11 Bệnh viện Trung ương Quân đội 108 và Khoa A11 Viện Y học cổ truyền Quân đội (sau đây gọi tắt là Quyết định số 46/2009/QĐ-TTg) và Quyết định số 20/2015/QĐ-TTg ngày 18 tháng 6 năm 2015 của Thủ tướng Chính phủ về việc sửa đổi, bổ sung một số điều của Quyết định số 46/2009/QĐ-TTg;

d) Điểm a khoản 8 Điều 6 Nghị định số [204/2004/NĐ-CP](#) ngày 14 tháng 12 năm 2004 của Chính phủ về chế độ tiền lương đối với cán bộ, công chức, viên chức và lực lượng vũ trang và Nghị định số 76/2009/NĐ-CP ngày 15 tháng 9 năm 2009 của Chính phủ về sửa đổi bổ sung một số điều của Nghị định số [204/2004/NĐ-CP](#) ngày 14 tháng 12 năm 2004 của Chính phủ về chế độ tiền lương đối với cán bộ, công chức, viên chức và lực lượng vũ trang.

6. Việc thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh giữa cơ quan bảo hiểm **xã hội** và cơ sở y tế theo giá dịch vụ quy định tại Thông tư này và chi phí về thuốc, hóa chất, vật tư y tế chưa được kết cấu trong giá dịch vụ (được ghi chú cụ thể tại các dịch vụ), máu và chế phẩm máu theo đúng **nguyên tắc quy định tại Điều 24 Nghị định số 146/2018/NĐ-CP ngày 17 tháng 10 năm 2018 của Chính phủ quy định chi tiết và hướng dẫn biện pháp thi hành một số điều của Luật bảo hiểm y tế.**

7. Các chi phí quy định tại khoản 1, khoản 2, khoản 3 và khoản 4 Điều này được xác định trên cơ sở định mức kinh tế - kỹ thuật, định mức chi phí do cơ quan có thẩm quyền ban hành, giá của các yếu tố chi phí, mặt bằng chi phí thực tế, hợp lý theo chế độ, chính sách hiện hành, bảo đảm tính trung bình, tiên tiến, đáp ứng yêu cầu về chất lượng dịch vụ. Định mức kinh tế kỹ thuật là cơ sở để xây dựng giá dịch vụ khám bệnh, chữa bệnh, không sử dụng làm căn cứ để thanh toán đối với từng dịch vụ khám bệnh, chữa bệnh cụ thể (trừ một số trường hợp đặc thù quy định tại **khoản 6 Điều 5**, khoản 16 Điều 6, khoản 8 Điều 7 Thông tư này). Trong quá trình thực hiện, nếu có các định mức chưa phù hợp, các đơn vị, địa phương phản ánh về Bộ Y tế để xem xét, điều chỉnh định mức và giá cho phù hợp.

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

1. Viện có giường bệnh, trung tâm y tế có chức năng khám bệnh, chữa bệnh, được cấp giấy phép hoạt động theo hình thức tổ chức là bệnh viện; trung tâm y tế huyện có chức năng khám, chữa bệnh, được xếp hạng bệnh viện: áp dụng mức giá của bệnh viện hạng tương đương.

2. Phòng khám Ban Bảo vệ chăm sóc sức khỏe cán bộ tỉnh, thành phố không trực thuộc bệnh viện đa khoa tỉnh, thành phố: áp dụng mức giá khám bệnh của bệnh viện hạng II.

3. Các cơ sở khám **bệnh**, chữa bệnh chưa được phân hạng; phòng khám quân y, phòng khám quân dân y, bệnh xá quân y, bệnh xá; phòng khám đa khoa, chuyên khoa tư nhân: áp dụng mức giá của bệnh viện hạng IV.

4. Đối với phòng khám đa khoa khu vực:

a) Trường hợp được cấp giấy phép hoạt động bệnh viện hoặc thuộc trường hợp quy định tại khoản 12 Điều 11 Nghị định 155/2018/NĐ-CP ngày 12 tháng 11 năm 2018 của Chính phủ sửa đổi, bổ sung một số quy định liên quan đến điều kiện đầu tư kinh doanh thuộc phạm vi quản lý nhà nước của Bộ Y tế: áp dụng mức giá của bệnh viện hạng IV;

b) Trường hợp chỉ làm nhiệm vụ cấp cứu, khám **bệnh**, chữa bệnh ngoại trú: áp dụng mức giá của bệnh viện hạng IV. Đối với trường hợp được Sở Y tế quyết định có giường lưu: áp dụng mức giá bằng 50% mức giá ngày giường nội khoa loại 3 của bệnh viện hạng IV. Số ngày được thanh toán tối đa 03 ngày/người/đợt điều trị. Không thanh toán tiền khám bệnh trong trường hợp đã thanh toán tiền giường lưu.

5. Trạm y tế xã, phường, thị trấn, trạm y tế cơ quan, đơn vị, tổ chức, trường học, trạm y tế kết hợp quân dân y:

a) Mức giá khám bệnh: áp dụng mức giá của trạm y tế xã. Mức giá các dịch vụ kỹ thuật bằng 70% mức giá **của các dịch vụ tại Phụ lục III**.

b) Đối với các trạm y tế được Sở Y tế quyết định có giường lưu: được áp dụng mức giá bằng 50% mức giá ngày giường nội khoa loại 3 của bệnh viện hạng IV. Số ngày được thanh toán tối đa 03 ngày/người/đợt điều trị. Không thanh toán tiền khám bệnh trong trường hợp đã thanh toán tiền giường lưu tại trạm y tế tuyến xã.

6. Trường hợp người bệnh có thể bảo hiểm y tế nhưng có sử dụng các dịch vụ khám bệnh, chữa bệnh theo yêu cầu thì việc thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế thực hiện theo quy định tại điểm a khoản 1 Điều 20 Nghị định số 85/2012/NĐ-CP ngày 15 tháng 10 năm 2012 của Chính phủ về cơ chế hoạt động, cơ chế tài chính đối với các đơn vị sự nghiệp y tế công lập và giá dịch vụ khám bệnh, chữa bệnh của các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh công lập.

Điều 5. Xác định số lần, mức giá và thanh toán tiền khám bệnh trong một số trường hợp cụ thể

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

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

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

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

5. Người bệnh đến khám bệnh tại phòng khám đa khoa khu vực sau đó được chuyển lên khám bệnh tại bệnh viện hoặc trung tâm y tế tuyến huyện thì lần khám này được coi là một lần khám bệnh mới.

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

Điều 6. Xác định số ngày giường, áp dụng mức giá và thanh toán tiền ngày giường giữa cơ quan bảo hiểm xã hội và cơ sở y tế

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

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

- Người bệnh nặng đang điều trị nội trú mà tình trạng bệnh chưa thuyên giảm, tử vong hoặc diễn biến nặng lên nhưng gia đình xin về hoặc chuyển viện lên tuyến trên;

- Người bệnh đã được điều trị tại tuyến trên qua giai đoạn cấp cứu nhưng vẫn cần tiếp tục điều trị nội trú được chuyển về tuyến dưới hoặc sang cơ sở y tế khác;

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

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

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

2. Trường hợp trong cùng một ngày người bệnh chuyển 02 khoa thì mỗi khoa chỉ được tính 1/2 ngày. Trường hợp trong cùng một ngày người bệnh chuyển từ 3 khoa trở lên thì giá ngày giường bệnh hôm đó được tính bằng trung bình cộng tiền ngày giường tại khoa có thời gian nằm điều trị trên 04 giờ có mức giá tiền giường cao nhất và tại khoa có thời gian nằm điều trị trên 04 giờ có mức giá tiền giường thấp nhất.

3. Giá ngày giường bệnh ngoại khoa, bỏng: áp dụng tối đa không quá 10 ngày sau **một lần** phẫu thuật. Từ ngày thứ 11 sau phẫu thuật trở đi thì áp dụng mức giá ngày giường nội khoa theo các khoa tương ứng quy định tại mục 3 của Phụ lục II ban hành kèm theo Thông tư này.

4. Giá ngày giường bệnh được tính cho 01 người/01 giường. Trường hợp ở cùng một thời điểm phải nằm ghép 02 người/01 giường thì chỉ được thanh toán 1/2 mức giá, trường hợp nằm ghép từ 03 người trở lên thì chỉ được thanh toán 1/3 mức giá ngày giường điều trị tương ứng.

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

a) Đối với bệnh viện hạng đặc biệt, hạng I hoặc hạng II đã thành lập khoa Hồi sức tích cực, khoa hoặc trung tâm chống độc, khoa Hồi sức tích cực - chống

độc và các khoa, trung tâm này có đầy đủ các điều kiện để hoạt động theo Quyết định số 01/2008/QĐ-BYT ngày 21 tháng 01 năm 2008 của Bộ trưởng Bộ Y tế về việc ban hành quy chế cấp cứu, hồi sức tích cực và chống độc (sau đây gọi tắt là Quyết định số 01/2008/QĐ-BYT).

b) Trường hợp cơ sở y tế chưa thành lập khoa Hồi sức tích cực nhưng trong khoa Cấp cứu hoặc khoa Gây mê hồi sức có một số giường được sử dụng để điều trị tích cực; giường bệnh sau hậu phẫu của các phẫu thuật loại đặc biệt và các giường bệnh này đáp ứng được yêu cầu về trang bị cho giường hồi sức tích cực quy định tại Quyết định số 01/2008/QĐ-BYT.

c) Người bệnh nằm tại các giường này với các bệnh lý phải được chăm sóc, điều trị và theo dõi theo quy chế cấp cứu, hồi sức tích cực và chống độc. Các trường hợp còn lại chỉ được áp dụng mức giá ngày giường hồi sức cấp cứu và các loại giường khác quy định Phụ lục II ban hành kèm theo Thông tư này.

6. Đối với các khoa điều trị lâm sàng có giường hồi sức cấp cứu (ví dụ khoa Nhi có giường hồi sức cấp cứu nhi, các khoa sơ sinh hoặc chăm sóc đặc biệt đối với trẻ sơ sinh thiếu tháng): được áp dụng giá ngày giường hồi sức cấp cứu quy định tại dịch vụ số 2 Phụ lục II ban hành kèm theo Thông tư này.

7. Bệnh viện hạng III, hạng IV hoặc chưa xếp hạng nhưng được cơ quan có thẩm quyền phê duyệt thực hiện phẫu thuật loại đặc biệt thì áp dụng mức giá tiền giường ngoại khoa cao nhất của bệnh viện nơi thực hiện dịch vụ đó.

Ví dụ: Tại Bệnh viện A được phê duyệt thực hiện phẫu thuật loại đặc biệt: Nếu Bệnh viện được xếp hạng III thì được áp dụng mức giá ngày giường bệnh ngoại khoa sau phẫu thuật loại I của bệnh viện hạng III; nếu Bệnh viện được xếp hạng IV hoặc chưa xếp hạng thì được áp dụng mức giá ngày giường bệnh ngoại khoa sau phẫu thuật loại I của bệnh viện hạng IV.

8. Trường hợp một phẫu thuật nhưng được phân loại khác nhau theo các chuyên khoa (trừ chuyên khoa nhi) tại Thông tư số 50/2014/TT-BYT ngày 26 tháng 12 năm 2014 của Bộ trưởng Bộ Y tế quy định phân loại phẫu thuật, thủ thuật và định mức nhân lực trong từng ca phẫu thuật, thủ thuật (sau đây gọi tắt là Thông tư số 50): áp dụng mức giá ngày giường bệnh ngoại khoa, bông theo phân loại phẫu thuật thấp nhất.

9. Các phẫu thuật được Bộ Y tế xếp tương đương với một phẫu thuật quy định tại Thông tư này nhưng có phân loại phẫu thuật khác nhau theo từng chuyên khoa tại Thông tư số 50 thì áp dụng mức giá ngày giường bệnh ngoại khoa, bông theo phân loại của phẫu thuật đó đã quy định tại Thông tư số 50.

10. Các phẫu thuật chưa được phân loại phẫu thuật quy định tại Thông tư số 50 thì áp dụng mức giá ngày giường ngoại khoa loại 4 của hạng bệnh viện tương ứng.

11. Đối với các bệnh viện y học cổ truyền hạng I trực thuộc Bộ Y tế: giá ngày giường bệnh áp dụng theo các khoa tương ứng với các loại giường của bệnh viện hạng I, không áp dụng giá của các bệnh viện chuyên khoa trực thuộc Bộ Y tế tại Hà Nội và Thành phố Hồ Chí Minh.

12. Đối với các khoa thuộc bệnh viện y học cổ truyền (trừ các bệnh viện quy định tại khoản 11 Điều này), bệnh viện điều dưỡng phục hồi chức năng:

a) Giường Hồi sức tích cực (ICU): theo quy định tại khoản 5 Điều này;

b) Giường Hồi sức Cấp cứu: theo quy định tại khoản 6 Điều này;

c) Người bệnh điều trị tại các khoa ung thư, nhi: áp dụng giá ngày giường nội khoa loại 1;

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

đ) Người bệnh điều trị tại các khoa còn lại: áp dụng giá ngày giường nội khoa loại 3.

13. Đối với các cơ sở y tế tổ chức các khoa theo hình thức liên khoa: áp dụng mức giá ngày giường nội khoa của chuyên khoa thấp nhất trong các khoa tương ứng với hạng bệnh viện.

14. Chỉ trong trường hợp quá tải, cơ sở y tế mới được kê thêm giường bệnh ngoài số giường kế hoạch được giao để phục vụ người bệnh và được tổng hợp để thanh toán với cơ quan bảo hiểm xã hội theo quy định tại khoản 16 Điều này.

15. Trường hợp người bệnh nằm trên băng ca, giường gấp: áp dụng mức giá bằng 50% giá ngày giường theo từng loại chuyên khoa quy định tại Phụ lục II ban hành kèm theo Thông tư này.

16. Việc thanh, quyết toán tiền ngày giường bệnh hàng quý giữa cơ quan bảo hiểm xã hội và cơ sở y tế thực hiện như sau:

a) Xác định số giường thực tế sử dụng trong quý (năm) = Tổng số ngày điều trị nội trú trong quý (năm) chia (:) số ngày thực tế trong quý (năm là 365 ngày), trong đó số ngày điều trị nội trú được quy đổi theo nguyên tắc: giường băng ca, giường gấp, giường ghép 02 người: 02 ngày giường quy đổi bằng 01 ngày; giường ghép từ 03 người trở lên: 03 ngày giường quy đổi bằng 01 ngày.

b) Trường hợp cơ sở y tế có số giường thực tế sử dụng trong quý thấp hơn hoặc bằng 120% số giường kế hoạch được giao: thanh toán 100% tổng số tiền theo số ngày giường thực tế và mức giá quy định.

c) Trường hợp cơ sở y tế có số giường thực tế sử dụng cao hơn 120% số giường kế hoạch được giao trong năm, cơ sở y tế và cơ quan bảo hiểm xã hội xác định để thống nhất việc thanh toán như sau:

- Xác định tỷ lệ sử dụng giường thực tế hàng quý (sau đây gọi tắt là tỷ lệ sử dụng giường bệnh), bằng (=) số giường thực tế sử dụng của quý chia (:) cho số giường thực tế sử dụng năm 2015 (năm trước khi thông tuyến) nhân (X) với 100%. Trường hợp tỷ lệ sử dụng giường thực tế theo cách tính nêu trên:

+ Nhỏ hơn hoặc bằng 130%: cơ quan bảo hiểm y tế thanh toán cho cơ sở y tế bằng 100% tổng số tiền theo số ngày giường thực tế và mức giá quy định;

+ Lớn hơn 130% đến 140%: cơ quan bảo hiểm y tế thanh toán cho cơ sở y tế bằng 97% tổng số tiền theo số ngày giường thực tế và mức giá quy định;

+ Lớn hơn 140% đến 150%: cơ quan bảo hiểm y tế thanh toán cho cơ sở y tế bằng 95% tổng số tiền theo số ngày giường thực tế và mức giá quy định;

+ Lớn hơn 150%: cơ quan bảo hiểm y tế thanh toán cho cơ sở y tế bằng 90% tổng số tiền theo số ngày giường thực tế và mức giá quy định.

d) Trường hợp cơ sở y tế luôn trong tình trạng quá tải do nguyên nhân khách quan như: mở rộng địa giới hành chính, số thẻ đăng ký khám, chữa bệnh ban đầu tăng; Sở Y tế có trách nhiệm báo cáo Ủy ban nhân dân cấp tỉnh xem xét, giao tăng giường bệnh và số lượng vị trí việc làm để bảo đảm chất lượng dịch vụ khám, chữa bệnh.

đ) Trường hợp cơ sở y tế đưa công trình, hạng mục cải tạo, mở rộng, nâng cấp hoặc xây dựng mới vào sử dụng nhưng chưa được cấp có thẩm quyền giao tăng giường bệnh thì Sở Y tế và cơ quan bảo hiểm xã hội thống nhất số giường bệnh tăng thêm của khu vực này được cộng (+) vào số giường kế hoạch đã được cơ quan có thẩm quyền giao trước đó để thực hiện thanh toán theo quy định tại khoản này.

Điều 7. Áp dụng giá và điều kiện, mức thanh toán của một số dịch vụ kỹ thuật đặc thù

1. Các dịch vụ kỹ thuật y tế được áp dụng theo thứ tự như sau:

a) Đối với các dịch vụ cụ thể đã được quy định mức giá tại các phụ lục ban hành kèm theo Thông tư này: áp dụng theo mức giá đã được quy định.

b) Các dịch vụ kỹ thuật chưa được quy định mức giá tại các phụ lục ban hành kèm theo Thông tư này nhưng đã được xếp tương đương về kỹ thuật và chi phí thực hiện: áp dụng theo mức giá của các dịch vụ được Bộ Y tế xếp tương đương về kỹ thuật và chi phí thực hiện.

c) Trường hợp có sự trùng lặp giữa các chuyên khoa khác nhau thì dịch vụ kỹ thuật thực hiện ở chuyên khoa nào sẽ áp dụng mức giá của dịch vụ kỹ thuật ở chuyên khoa đó.

2. Đối với các dịch vụ kỹ thuật mới quy định tại khoản 1, khoản 2 Điều 69 của Luật khám bệnh, chữa bệnh và các dịch vụ kỹ thuật còn lại khác (trừ các dịch vụ đã được Bộ Y tế xếp tương đương về kỹ thuật và chi phí thực hiện) chưa

được quy định mức giá: cơ sở y tế xây dựng định mức, phương án giá, đề xuất mức giá và báo cáo Bộ Y tế để xem xét, quy định mức giá.

3. Đối với các dịch vụ kỹ thuật đã được cơ quan có thẩm quyền (các Bộ, cơ quan trung ương đối với đơn vị thuộc trung ương quản lý, Sở Y tế đối với đơn vị thuộc địa phương quản lý) phê duyệt danh mục dịch vụ kỹ thuật (trừ các dịch vụ chăm sóc đã tính trong chi phí ngày giường điều trị, các dịch vụ là một công đoạn đã được tính trong chi phí của dịch vụ khác) **nhưng chưa được quy định mức giá**; các dịch vụ kỹ thuật đã được chỉ định thực hiện nhưng vì nguyên nhân diễn biến bệnh hoặc thể trạng người bệnh nên không thể tiếp tục thực hiện được kỹ thuật đã chỉ định: thanh toán theo số lượng thực tế các loại thuốc, vật tư đã sử dụng cho người bệnh và giá mua theo quy định của pháp luật.

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

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

b) Bằng 80% giá của các phẫu thuật phát sinh nếu kỹ thuật đó phải thay kíp phẫu thuật khác để thực hiện;

c) Trường hợp thực hiện dịch vụ phát sinh là các thủ thuật thì thanh toán 80% giá của dịch vụ phát sinh.

5. Đối với dịch vụ “Thay băng vết thương hoặc vết mổ chiều dài ≤ 15 cm”: chỉ thanh toán đối với người bệnh điều trị nội trú trong các trường hợp sau: vết thương hoặc vết mổ nhiễm trùng; vết thương có thấm dịch, máu trong các tổn thương lóc da, hở da diện tích trên 6 cm^2 ; vết thương đã có chèn gạc; vết thương chân ống dẫn lưu chảy dịch nhiều; đa vết thương hoặc vết mổ; hoặc sau 1 phẫu thuật nhưng phải thực hiện từ hai đường mổ trở lên; không áp dụng đối với thay băng trong các trường hợp sau: phẫu thuật nội soi, thay băng vết mổ, vết thương thông thường, thay băng rốn sơ sinh.

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

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

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

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

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

7. Đối với xét nghiệm hòa hợp miễn dịch ở nhiệt độ 37°C và có sử dụng huyết thanh kháng globulin (nghiệm pháp Coombs gián tiếp) trong truyền máu: Thanh toán theo giá của dịch vụ “Phản ứng hòa hợp có sử dụng kháng globulin người” có số thứ tự 1340 hoặc 1341 tại Phụ lục III.

8. Việc thanh, quyết toán một số dịch vụ kỹ thuật như: Chụp X-quang thường, Chụp X-quang số hóa (để chẩn đoán), Chụp CT Scanner đến 32 dãy (để chẩn đoán, dịch vụ có số thứ tự 42, 43 tại Phụ lục III), Siêu âm (dịch vụ có số thứ tự 1, 2 tại Phụ lục III), Chụp cộng hưởng từ (MRI), dịch vụ có số thứ tự 67, 68 tại Phụ lục III) hàng quý giữa cơ quan bảo hiểm y tế và cơ sở y tế được thực hiện như sau:

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

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

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

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

- Dịch vụ Siêu âm (chẩn đoán): bằng 55% mức giá quy định.
- Chụp X-quang thường; Chụp X-quang số hóa: bằng 85% mức giá quy định.
- Dịch vụ Chụp CT Scanner đến 32 dãy: bằng 95% mức giá quy định.
- Dịch vụ Chụp cộng hưởng từ (MRI): bằng 97% mức giá quy định.

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

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

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

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

9. Các quy định tại khoản 8 Điều này, **khoản 6 Điều 5** và khoản 16 Điều 6 Thông tư này chỉ áp dụng để thanh toán giữa cơ quan bảo hiểm xã hội và cơ sở y tế, không áp dụng để tính chi phí đồng chi trả của người bệnh.

10. Trong thời gian có thiên tai, dịch bệnh: cơ quan bảo hiểm xã hội thanh toán cho cơ sở y tế theo mức giá và số lượng dịch vụ thực tế, không áp dụng quy định thanh toán tại khoản 8 Điều này, **khoản 6 Điều 5** và khoản 16 Điều 6 Thông tư này.

Điều 8. Ngân sách nhà nước bảo đảm đối với các chi phí chưa tính trong giá dịch vụ khám bệnh, chữa bệnh

1. Các Bộ, cơ quan trung ương tổng hợp, báo cáo với Bộ Tài chính, Sở Y tế các tỉnh, thành phố trực thuộc Trung ương tổng hợp, báo cáo với Ủy ban nhân dân cấp tỉnh tiếp tục bảo đảm ngân sách theo phân cấp ngân sách và các quy định hiện hành về nguồn thực hiện cải cách chính sách tiền lương đối với:

a) Các khoản chi theo chế độ quy định tại các văn bản nêu tại khoản 5 Điều 3 Thông tư này.

b) Ngân sách nhà nước bảo đảm để thực hiện cải cách chính sách tiền lương theo các quy định hiện hành của Chính phủ quy định mức lương cơ sở đối với cán bộ, công chức, viên chức và lực lượng vũ trang.

2. Trường hợp nguồn thu của đơn vị không đảm bảo hoạt động thường xuyên, đơn vị được cơ quan có thẩm quyền phân loại là đơn vị sự nghiệp công tự bảo đảm một phần chi thường xuyên hoặc đơn vị sự nghiệp công do nhà nước bảo đảm chi thường xuyên: đơn vị tiếp tục được ngân sách nhà nước bảo đảm phần chi thường xuyên còn thiếu để bảo đảm chế độ cho người lao động và hoạt động bình thường của đơn vị theo phân cấp quản lý ngân sách hiện hành.

Điều 9. Tổ chức thực hiện

1. Trách nhiệm của Bộ Y tế:

a) Vụ Kế hoạch Tài chính:

- Làm đầu mối thống nhất với các vụ, cục có liên quan của Bộ Tài chính xem xét, điều chỉnh, bổ sung kịp thời giá của các dịch vụ khám bệnh, chữa bệnh khi bổ sung các yếu tố hình thành giá theo lộ trình, nhà nước điều chỉnh chính

sách tiền lương, điều chỉnh định mức kinh tế - kỹ thuật hoặc chi phí của các yếu tố hình thành giá thay đổi.

- Làm đầu mối, phối hợp với các đơn vị có liên quan tổ chức triển khai, kiểm tra, sơ kết, tổng kết việc thực hiện Thông tư này trên phạm vi toàn quốc.

b) Cục Quản lý khám bệnh, chữa bệnh làm đầu mối, phối hợp với các vụ, cục và đơn vị có liên quan chỉ đạo các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh tiếp tục thực hiện nghiêm các quy định về chuyên môn, thực hiện đồng bộ các giải pháp để nâng cao chất lượng dịch vụ; tổ chức việc kiểm tra, thanh tra, giám sát hoạt động chuyên môn liên quan đến việc chỉ định sử dụng dịch vụ, thuốc, vật tư, chỉ định người bệnh vào điều trị nội trú và các hoạt động chuyên môn khác.

c) Vụ Bảo hiểm Y tế làm đầu mối, phối hợp với các vụ, cục, Thanh tra Bộ và các đơn vị có liên quan tổ chức kiểm tra, giám sát hoặc chỉ đạo Sở Y tế, cơ quan quản lý y tế của các bộ, ngành tổ chức việc kiểm tra, giám sát các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh, các đơn vị, tổ chức có liên quan trong việc thực hiện quy định của Thông tư này.

d) Thanh tra Bộ Y tế chủ trì, phối hợp với các vụ, cục, đơn vị có liên quan tổ chức thanh tra hoặc chỉ đạo Sở Y tế, cơ quan quản lý y tế các bộ, ngành tổ chức việc thanh tra các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh, các đơn vị, tổ chức có liên quan trong việc thực hiện quy định của Thông tư này.

2. Trách nhiệm của Bảo hiểm xã hội Việt Nam:

a) Tổ chức thực hiện Thông tư này, chỉ đạo bảo hiểm xã hội các cấp thực hiện thanh toán kịp thời, theo các quy định hiện hành và Thông tư này cho các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh. Trong quá trình thực hiện nếu phát hiện các mức giá chưa phù hợp, có văn bản đề nghị Bộ Y tế để xem xét, điều chỉnh.

b) Định kỳ (1 tháng, 3 tháng, 6 tháng và 12 tháng) thông báo cho Bộ Y tế, chỉ đạo bảo hiểm xã hội các cấp thông báo cho Ủy ban nhân dân tỉnh, thành phố, Sở Y tế, cơ quan quản lý y tế các bộ, ngành về những trường hợp sử dụng dịch vụ, thuốc, vật tư quá mức cần thiết, chỉ định người bệnh vào điều trị nội trú chưa đúng quy định.

3. Trách nhiệm của Sở Y tế:

a) Chủ trì, phối hợp với các đơn vị có liên quan tổ chức triển khai, kiểm tra, giám sát, sơ kết, tổng kết việc thực hiện Thông tư này trên địa bàn quản lý.

b) Chỉ đạo các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh thuộc địa phương quản lý tiếp tục thực hiện nghiêm các quy định về chuyên môn, thực hiện đồng bộ các giải pháp để nâng cao chất lượng dịch vụ.

c) Báo cáo cấp có thẩm quyền giao giường bệnh, quyết định số lượng người làm việc cho các cơ sở y tế thuộc địa phương quản lý để các cơ sở y tế

có đủ giường bệnh, nhân lực đáp ứng nhu cầu và nâng cao chất lượng dịch vụ khám, chữa bệnh cho nhân dân.

4. Trách nhiệm của các cơ sở khám, chữa bệnh:

a) Phải sử dụng số kinh phí tương đương với chi phí duy tu, bảo dưỡng thiết bị, mua thay thế công cụ, dụng cụ đã kết cấu trong giá dịch vụ khám bệnh, ngày giường điều trị (bệnh viện hạng đặc biệt, hạng I, hạng II tương đương với 5% mức giá, bệnh viện hạng III, hạng IV, chưa phân hạng tương đương với 3% mức giá) để sửa chữa, nâng cấp, mở rộng khu vực khám bệnh, các khoa điều trị; mua bổ sung, thay thế: bàn, ghế, giường, tủ, xe đẩy, điều hòa nhiệt độ, quạt, đèn sưởi, quạt sưởi, máy tính, các bộ dụng cụ khám bệnh đa khoa, chuyên khoa; chăn, ga, gối, đệm, chiếu; ... để bảo đảm điều kiện chuyên môn, vệ sinh, an toàn người bệnh và nâng cao chất lượng phục vụ người bệnh.

b) Thực hiện nghiêm các quy định về chuyên môn y tế, đặc biệt là việc chỉ định người bệnh vào điều trị nội trú; chuyển tuyến, chỉ định sử dụng dịch vụ, thuốc, vật tư theo đúng quy định.

Điều 10. Điều khoản tham chiếu

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

Điều 11. Điều khoản thi hành

1. Thông tư này có hiệu lực thi hành từ ngày 15 tháng 01 năm 2019. Riêng mức giá dịch vụ khám bệnh, chữa bệnh theo mức lương cơ sở quy định tại Nghị định số 72/2018/NĐ-CP của Chính phủ nêu trên tại Phụ lục I, II, III của Thông tư này được áp dụng kể từ ngày 15 tháng 12 năm 2018.

2. Thông tư số 15/2018/TT-BYT ngày 30 tháng 5 năm 2018 của Bộ Y tế quy định thống nhất giá dịch vụ khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế giữa các bệnh viện cùng hạng trên toàn quốc và hướng dẫn áp dụng, thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế trong một số trường hợp sẽ hết hiệu lực thi hành kể từ ngày Thông tư này có hiệu lực.

Điều 12. Điều khoản chuyển tiếp

Đối với người bệnh đang điều trị tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh trước thời điểm thực hiện mức giá theo quy định tại Thông tư này và ra viện hoặc kết thúc đợt điều trị ngoại trú sau thời điểm thực hiện mức giá quy định tại Thông tư này: tiếp tục được áp dụng mức giá theo quy định của cấp có thẩm quyền trước thời điểm thực hiện mức giá theo quy định tại Thông tư này cho đến khi ra viện hoặc kết thúc đợt điều trị ngoại trú.

Trong quá trình thực hiện nếu có khó khăn, vướng mắc đề nghị các đơn vị, địa phương phản ánh bằng văn bản về Bộ Y tế để xem xét, giải quyết./.

N Nơi nhận :

- Thủ tướng Chính phủ,
- Các Phó Thủ tướng Chính phủ;
- Văn phòng Chính phủ;
- Văn phòng Chủ tịch nước;
- Văn phòng Quốc hội;
- Văn phòng Trung ương và các Ban của Đảng;
- Hội đồng Dân tộc và các UB của Quốc hội;
- Công báo; Cổng TTĐT Chính phủ;
- Các Bộ, cơ quan ngang Bộ, cơ quan thuộc Chính phủ;
- Tòa án nhân dân tối cao;
- Viện Kiểm sát nhân dân tối cao;
- Kiểm toán Nhà nước;
- Cục kiểm tra văn bản QPPL-Bộ Tư pháp;
- Ủy ban TW Mặt trận Tổ quốc Việt Nam;
- Cơ quan Trung ương của các đoàn thể;
- HĐND, UBND các tỉnh, thành phố trực thuộc TW;
- Cổng TTĐT Bộ Y tế;
- Sở Y tế, Sở Tài chính các tỉnh, thành phố trực thuộc TW;
- Các Vụ, Cục, Tổng cục, Thanh tra, các đơn vị trực thuộc Bộ Y tế;
- Lưu: VT, KHTC(02), PC(02).

**KT. BỘ TRƯỞNG
THỨ TRƯỞNG**

Nguyễn Trường Sơn