

Điều chỉnh giá dịch vụ BHYT, giá khám bệnh tăng thêm 10%

14:30 20/11/2023

Bộ Y tế vừa ban hành thông tư 22 quy định thống nhất giá dịch vụ khám, chữa bệnh BHYT giữa các bệnh viện cùng hạng trên toàn quốc và hướng dẫn áp dụng thanh toán chi phí khám chữa bệnh trong một số trường hợp đặc biệt.

Theo hướng dẫn mới nhất, từ ngày 17/11, giá khám bệnh tại các cơ sở y tế công lập điều chỉnh tăng khoảng 10%. Cụ thể, giá dịch vụ khám bệnh BHYT bệnh viện hạng đặc biệt và hạng I hiện là 42.100 đồng, bệnh viện hạng II là 37.500 đồng, bệnh viện hạng III là 33.200 đồng, bệnh viện hạng IV và trạm y tế xã là 30.100 đồng.

Thông tư nêu rõ nguyên tắc áp dụng giá dịch vụ với các cơ sở khám chữa bệnh có ký hợp đồng BHYT, viện có giường bệnh, trung tâm y tế có chức năng khám chữa bệnh, được cấp giấy phép hoạt động theo hình thức tổ chức.

Thông tư này cũng hướng dẫn giá khám bệnh, hội chẩn; giá dịch vụ ngày giường bệnh; giá dịch vụ kỹ thuật, xét nghiệm; bổ sung ghi chú của một số dịch vụ kỹ thuật.

Giá dịch vụ ngày giường bệnh BHYT cao nhất 867.500 đồng với bệnh viện hạng đặc biệt, thấp nhất là 64.100 đồng ở trạm y tế xã. Mức giá này tăng hơn 10% so với mức giá cũ.

Ngoài ra, giá dịch vụ ngày giường bệnh ngoại khoa, bỏng được 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 được quy định tại thông tư.

Đơn vị: đồng

STT	Cơ sở y tế	Giá dịch vụ khám bảo hiểm y tế theo thông tư cũ (Thông tư 13)	Giá dịch vụ khám bảo hiểm y tế theo thông tư mới (Thông tư 22)
1	Bệnh viện hạng đặc biệt	38.700	42.100
2	Bệnh viện hạng I	38.700	42.100
3	Bệnh viện hạng II	34.500	37.500
4	Bệnh viện hạng III	30.500	33.200
5	Bệnh viện hạng IV	27.500	30.100
6	Trạm y tế xã	27.500	30.100
7	Hội chẩn để xác định ca bệnh khó (chuyên gia/ca; Chỉ áp dụng đối với trường hợp mời chuyên gia đơn vị khác đến hội chẩn tại cơ sở khám, chữa bệnh)	200.000	200.000

Giá dịch vụ khám chữa bệnh mới. (Ảnh: Internet)

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

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

Thông tư này cũng quy định giá của gần 2.000 dịch vụ kỹ thuật và xét nghiệm áp dụng tại các bệnh viện. Hầu hết các mức giá này đều điều chỉnh tăng.

Chẳng hạn, giá dịch vụ siêu âm đơn thuần theo quy định mới là 49.300 đồng (giá cũ là 43.900 đồng), cao nhất là siêu âm trong lòng mạch hoặc đo dự trữ lưu lượng dòng mạch vành FFR có giá 2.023.000 đồng (giá cũ là 1.998.000 đồng). Hay giá một lần chụp X-quang thường (1 tư thế) là 53.200 đồng (giá cũ là 50.200 đồng); giá một lần chụp CT Scanner 64 dãy đến 128 dãy có thuốc cản quang là 1.712.000 (giá cũ là 1.701.000 đồng).

Cũng theo Thông tư của Bộ Y tế, 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 người bệnh được quỹ bảo hiểm y tế thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh trong

phạm vi được hưởng và mức hưởng theo quy định của Luật bảo hiểm y tế và các văn bản hướng dẫn thực hiện.

Trường hợp không đăng ký khám bệnh tại khoa khám bệnh, nhưng đến khám bệnh và vào điều trị nội trú tại các khoa lâm sàng theo yêu cầu chuyên môn thì không thanh toán tiền khám bệnh.

Trong cùng một lần đến khám bệnh tại cùng một cơ sở khám bệnh, chữa bệnh, người bệnh sau khi khám một chuyên khoa cần phải khám thêm các chuyên khoa khác, thì từ lần khám thứ hai chỉ tính 30% mức giá của 1 lần khám bệnh. Mức thanh toán tối đa chi phí khám bệnh của người đó không quá 2 lần mức giá của 1 lần khám bệnh.

Người bệnh đến khám bệnh tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh, đã được khám bệnh, cấp thuốc về điều trị, nhưng sau đó có biểu hiện bất thường, đến cơ sở khám bệnh, chữa bệnh đó để khám lại ngay trong ngày hôm đó, và được tiếp tục thăm khám, thì lần khám này được coi như là lần khám thứ hai trở đi trong một ngày.

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.

Các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh phải điều phối, bố trí nhân lực, số bàn khám bệnh theo yêu cầu để bảo đảm chất lượng khám bệnh.

Đối với các bàn khám khám trên 65 lượt khám/1 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 1 quý, cơ sở khám bệnh, chữa bệnh vẫn còn có bàn khám bệnh trên 65 lượt/ngày thì cơ quan Bảo hiểm xã hội không thanh toán tiền khám bệnh từ lượt khám thứ 66 trở lên của bàn khám bệnh đó.

Thiên Trường (t/h)