

Số: /2024/TT-BYT

Hà Nội, ngày tháng năm 2024

THÔNG TƯ

Sửa đổi, bổ sung một số điều của Thông tư số 35/2016/TT-BYT ngày 28 tháng 9 năm 2016 của Bộ trưởng Bộ Y tế ban hành Danh mục và tỷ lệ, điều kiện thanh toán đối với dịch vụ kỹ thuật y tế thuộc phạm vi được hưởng của người tham gia bảo hiểm y tế

Căn cứ Luật Bảo hiểm y tế số 25/2008/QH12 ngày 14 tháng 11 năm 2008 đã được sửa đổi, bổ sung bởi Luật số 46/2014/QH13 ngày 13 tháng 6 năm 2014;

Căn cứ Nghị định số 146/2018/NĐ-CP ngày 18 tháng 10 năm 2018 của Chính phủ quy định chi tiết và hướng dẫn biện pháp thi hành Luật Bảo hiểm y tế đã được sửa đổi, bổ sung bởi Nghị định số 75/2023/NĐ-CP ngày 19 tháng 10 năm 2023;

Căn cứ Nghị định số 95/2022/NĐ-CP ngày 15 tháng 11 năm 2022 của Chính phủ quy định chức năng, nhiệm vụ, quyền hạn và cơ cấu tổ chức của Bộ Y tế;

Theo đề nghị của Vụ trưởng Vụ Bảo hiểm y tế, Vụ trưởng Vụ Kế hoạch - Tài chính, Cục trưởng Cục Quản lý khám, chữa bệnh;

Bộ trưởng Bộ Y tế ban hành Thông tư sửa đổi, bổ sung một số điều của Thông tư số 35/2016/TT-BYT ngày 28 tháng 9 năm 2016 của Bộ trưởng Bộ Y tế ban hành Danh mục và tỷ lệ, điều kiện thanh toán đối với dịch vụ kỹ thuật y tế thuộc phạm vi được hưởng của người tham gia bảo hiểm y tế.

Điều 1. Sửa đổi, bổ sung một số điều, khoản của Thông tư số 35/2016/TT-BYT ngày 28 tháng 9 năm 2016 của Bộ trưởng Bộ Y tế ban hành Danh mục và tỷ lệ, điều kiện thanh toán đối với dịch vụ kỹ thuật y tế thuộc phạm vi được hưởng của người tham gia bảo hiểm y tế

1. Bổ sung khoản 7 vào sau khoản 6 Điều 4 như sau:

“7. Một lượt khám bệnh, chữa bệnh được xác định là một lần khám ngoại trú hoặc một đợt điều trị (điều trị ngoại trú hoặc điều trị ban ngày hoặc điều trị nội trú). Số ngày của một lượt khám bệnh, chữa bệnh do người hành nghề quyết định dựa trên tình trạng bệnh của người bệnh.”

2. Sửa đổi, bổ sung một số dịch vụ kỹ thuật y tế có quy định cụ thể về điều kiện, tỷ lệ hoặc mức giá thanh toán của Thông tư số 35/2016/TT-BYT ngày 28 tháng 9 năm 2016 của Bộ trưởng Bộ Y tế ban hành Danh mục và tỷ lệ, điều kiện thanh toán đối với dịch vụ kỹ thuật y tế thuộc phạm vi được hưởng của người tham gia bảo hiểm y tế (sau đây gọi là Thông tư số 35/2016/TT-BYT), bao gồm:

a) Danh mục 1. Dịch vụ kỹ thuật y tế có quy định cụ thể điều kiện, tỷ lệ và mức giá thanh toán;

b) Danh mục 2. Dịch vụ kỹ thuật y tế có quy định cụ thể điều kiện thanh toán.

3. Sửa đổi cụm từ “đợt điều trị” thành cụm từ “một lượt khám bệnh, chữa bệnh” tại Thông tư số 35/2016/TT-BYT đã được sửa đổi, bổ sung tại Điều 7 Thông tư số 50/2017/TT-BYT ngày 29 tháng 12 năm 2017 của Bộ trưởng Bộ Y tế sửa đổi, bổ sung các quy định liên quan đến thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh và Thông tư số 13/2020/TT-BYT ngày 22 tháng 6 năm 2020 của Bộ trưởng Bộ Y tế sửa đổi, bổ sung một số điều của Thông tư số 35/2016/TT-BYT ngày 28 tháng 9 năm 2016 của Bộ trưởng Bộ Y tế ban hành Danh mục và tỷ lệ, điều kiện thanh toán đối với dịch vụ kỹ thuật y tế thuộc phạm vi được hưởng của người tham gia bảo hiểm y tế.

4. Bổ sung các điều 4a, 4b, 4c, 4d vào sau Điều 4 như sau:

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

1. Chi phí chưa tính trong giá ngày giường điều trị, được thanh toán theo thực tế sử dụng cho người bệnh, bao gồm:

a) Thuốc, máu toàn phần, chế phẩm máu đạt tiêu chuẩn, dịch truyền;

b) Các loại bơm tiêm, kim tiêm, kim lấy thuốc dùng trong tiêm, truyền; bơm cho ăn; dây truyền dịch, kim chọc buồng tiêm truyền (trừ kim chọc buồng tiêm truyền đã đi kèm buồng tiêm truyền đã được mua sắm theo quy định trong cùng một bộ) dây truyền máu, nút chặn đuôi kim lòn, ống nối, dây nối bơm tiêm điện, máy truyền dịch dùng trong tiêm, truyền; khí oxy, dây thở oxy, mask thở oxy (trừ các trường hợp người bệnh được chỉ định sử dụng thở máy) và các thiết bị y tế khác chưa có trong cơ cấu giá ngày giường bệnh (không bao gồm chi phí khấu hao);

c) Túi hậu môn nhân tạo, túi đựng dịch thải tiết, túi đựng nước tiểu, minicap (chỉ áp dụng đối với trường hợp phải thay sau khi thực hiện phẫu thuật, thủ thuật, không thanh toán đồng thời với chi phí đã được kết cấu trong chi phí phẫu thuật, thủ thuật);

d) Dung dịch xịt dùng ngoài điều trị chống loét do tỳ đè. Thanh toán cho người bệnh được chẩn đoán loét tỳ đè độ 1 và thanh toán tối đa không quá 3 lọ (20ml/lọ)/đợt điều trị.

2. Chi phí chưa tính trong giá dịch vụ kỹ thuật được thanh toán theo thực tế sử dụng cho người bệnh được ghi chú trong các văn bản quy định hoặc phê duyệt giá.

3. Cơ sở khám bệnh, chữa bệnh không thu của người bệnh các chi phí thuốc, vật tư tiêu hao, vật tư thay thế thuộc phạm vi thanh toán của Quỹ bảo hiểm y tế đã kết cấu trong giá của các dịch vụ được cơ quan bảo hiểm xã hội thanh toán trừ một số trường hợp đặc biệt đã có ghi chú cụ thể.

Điều 4b. 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 bệnh 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 khám bệnh, chữa bệnh (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, phải tiếp tục khám bệnh trong ngày tiếp theo), người bệnh sau khi khám một chuyên khoa cần phải khám thêm các chuyên khoa thì từ lần khám thứ 02 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.

Ví dụ 1: Người bệnh A được khám chuyên khoa nội, sau đó được bác sĩ chỉ định khám chuyên khoa ngoại, thì giá khám chuyên khoa ngoại (khám lần 2) được tính bằng 30% mức giá của khám lần 1 (chuyên khoa nội).

Ví dụ 2: Người bệnh A được khám chuyên khoa nội thần kinh, sau đó được bác sĩ chỉ định khám chuyên khoa ngoại thần kinh, thì giá khám chuyên khoa ngoại thần kinh (khám lần 2) được tính bằng 30% mức giá của khám lần 1 (chuyên khoa nội thần kinh)

Ví dụ 3: Người bệnh A khám chuyên khoa nội tim mạch, sau đó được bác sĩ chỉ định khám chuyên khoa nội tiêu hoá, thì giá khám chuyên khoa nội tiêu hoá (khám lần 2) được tính bằng 30% mức giá của khám lần 1 (chuyên khoa nội tim mạch).

Ví dụ 4: Người bệnh A được khám chuyên khoa tai mũi họng, sau đó được chỉ định khám chuyên sâu về thính học (khám tiền đình/ tai trong), thì giá khám chuyên sâu về thính học (khám lần 2) được tính bằng 30% mức giá khám lần 1 (chuyên khoa tai mũi họng)

4. 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 02 trở đi trong một ngày, trừ trường hợp cấp cứu được tính là một lần khám mới. Việc thanh toán thực hiện theo quy định tại khoản 3 Điều này.

5. 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 trong thời gian mỗi 08 giờ/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 03 tháng liên tiếp, 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.

Ví dụ thời gian tổ chức khám bệnh là 10 giờ (do làm thêm 2 giờ) thì số lượt khám của mỗi bàn khám cho 10 giờ làm việc là $65:8 \times 10 = 81$ lượt.

Điều 4c. 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 khám bệnh, chữa bệnh

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 đang điều trị nội trú tử vong hoặc diễn biến nặng lên và gia đình xin về hoặc chuyển cơ sở khám bệnh, chữa bệnh;

- Người bệnh đã được điều trị qua giai đoạn cấp cứu nhưng vẫn cần tiếp tục điều trị nội trú được chuyển đến cơ sở khám bệnh, chữa bệnh 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) 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, thiết bị 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, thiết bị y tế và các dịch vụ kỹ thuật mà người bệnh đã sử dụng, không được tính tiền ngày giường bệnh 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 03 khoa trở lên thì giá dịch vụ ngày giường bệnh hôm đó được tính bằng trung bình cộng tiền ngày giường bệnh tại khoa có thời gian nằm điều trị trên 04 giờ có mức giá tiền ngày giường bệnh cao nhất và tại khoa có thời gian nằm điều trị trên 04 giờ có mức giá tiền ngày giường bệnh thấp nhất.

3. Giá dịch vụ ngày giường bệnh ngoại khoa, bông: áp dụng tối đa không quá 10 ngày sau phẫu thuật áp dụng cả với trường hợp người bệnh được điều trị tại một cơ sở khám bệnh, chữa bệnh hoặc chuyển người bệnh đến các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh khác. Từ ngày thứ 11 sau phẫu thuật trở đi thì áp dụng mức giá ngày giường nội khoa của khoa tương ứng.

Trong thời gian 10 ngày sau phẫu thuật, người bệnh được chuyển đến cơ sở khám bệnh, chữa bệnh khác thì cơ sở khám bệnh, chữa bệnh nơi tiếp nhận người bệnh được áp dụng giá dịch vụ ngày giường bệnh ngoại khoa, bông theo loại phẫu thuật thực hiện trên người bệnh. Số ngày cơ sở khám bệnh, chữa bệnh nơi tiếp nhận người bệnh được thanh toán bằng 10 ngày trừ đi số ngày người bệnh đã điều trị tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh nơi chuyển đi. Cơ sở khám bệnh, chữa bệnh nơi chuyển đi phải ghi ngày thực hiện phẫu thuật trên giấy chuyển cơ sở khám bệnh, chữa bệnh.

Trường hợp người bệnh sau phẫu thuật cần tiếp tục điều trị hậu phẫu đồng thời cần điều trị nội trú tại khoa lâm sàng khác thì được áp dụng mức giá ngày giường ngoại khoa tối đa không quá 10 ngày sau phẫu thuật.

Ví dụ: Người bệnh A sau phẫu thuật thận được bác sỹ chỉ định tiếp tục điều trị bệnh thận thì được chuyển về khoa thận tiết niệu (khoa nội) để tiếp tục điều trị thì được áp dụng mức giá ngày giường ngoại khoa tối đa không quá 10 ngày sau phẫu thuật. Từ ngày thứ 11 trở đi thì áp dụng mức giá ngày giường đang áp dụng đối với khoa thận tiết niệu.

4. Giá dịch vụ ngày giường bệnh được tính như sau:

a) Tính 01 người/01 giường;

b) Trường hợp ở cùng một thời điểm phải nằm ghép 02 người/01 giường thì chỉ được thanh toán 1/2 mức giá dịch vụ ngày giường bệnh tương ứng. Trường hợp nằm ghép từ 03 người trở lên thì chỉ được thanh toán 1/3 mức giá ngày giường bệnh tương ứng;

c) Trường hợp bệnh viện thay đổi quy mô giường bệnh theo quy định tại khoản 3 Điều 67 Nghị định số 96/2023/NĐ-CP thì số giường bổ sung được thanh toán theo mức giá được cấp có thẩm quyền phê duyệt.

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

a) Cơ sở khám bệnh, chữa bệnh có giường bệnh điều trị Hồi sức tích cực (ICU) trong bộ phận chuyên môn: Hồi sức tích cực, Chống độc, Hồi sức tích cực - Chống độc, Cấp cứu - Hồi sức tích cực - Chống độc đáp ứng 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 là Quyết định số 01/2008/QĐ-BYT) và Thông tư số 03/2023/TT-BYT ngày 17 tháng 02 năm 2023 của Bộ trưởng Bộ Y tế hướng dẫn vị trí việc làm, định mức số lượng người làm việc, cơ cấu viên chức theo chức danh nghề nghiệp trong đơn vị sự nghiệp y tế công lập (sau đây gọi là Thông tư số 03/2023/TT-BYT);

b) Các bộ phận chuyên môn của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh bố trí có giường bệnh điều trị Hồi sức tích cực (ICU) hoặc giường bệnh sau hậu phẫu của các phẫu thuật loại đặc biệt đáp ứng yêu cầu về cơ sở vật chất, trang thiết bị, nhân lực quy định tại Quy chế Cấp cứu, Hồi sức tích cực và Chống độc ban hành kèm theo Quyết định số 01/2008/QĐ-BYT và Thông tư số 03/2023/TT-BYT;

c) Người bệnh nằm tại các giường quy định tại điểm a, b khoản 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 dịch vụ ngày giường bệnh hồi sức cấp cứu và các loại giường khác theo mức giá được cấp có thẩm quyền quy định.

6. Đối với các khoa điều trị lâm sàng có giường hồi sức cấp cứu: áp dụng giá dịch vụ ngày giường bệnh hồi sức cấp cứu theo mức giá được cấp có thẩm quyền quy định.

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.

7. Trường hợp một phẫu thuật nhưng được phân loại khác nhau theo các chuyên khoa (trừ chuyên khoa nhi): áp dụng mức giá dịch vụ ngày giường bệnh ngoại khoa, bỏng theo phân loại phẫu thuật thấp nhất.

8. Các phẫu thuật chưa được phân loại phẫu thuật: áp dụng mức giá dịch vụ ngày giường ngoại khoa loại 4 của bệnh viện tương ứng.

9. Đối với các bệnh viện y học cổ truyền trực thuộc Bộ Y tế, Bộ Quốc phòng, Bộ Công an: áp dụng mức giá dịch vụ ngày giường bệnh theo các khoa tương ứng với các loại giường đã được cấp có thẩm quyền phê duyệt.

10. Đối với các khoa thuộc bệnh viện điều dưỡng phục hồi chức năng, bệnh viện y học cổ truyền trừ các bệnh viện quy định tại khoản 9 Điều này:

a) Giá dịch vụ ngày giường bệnh Hồi sức tích cực (ICU): theo quy định tại khoản 5 Điều này;

b) Giá dịch vụ ngày giường bệnh Hồi sức cấp cứu: theo quy định tại khoản 6 Điều này;

c) Giá dịch vụ ngày giường bệnh tại các khoa ung thư, nhi: áp dụng giá dịch vụ ngày giường bệnh nội khoa loại 1;

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

đ) Giá dịch vụ ngày giường bệnh tại các khoa còn lại: áp dụng giá dịch vụ ngày giường bệnh nội khoa loại 3;

11. Đối với giường bệnh tại các khoa chưa được quy định giá: Áp dụng mức giá của giường bệnh nội khoa thấp nhất đã được cấp có thẩm quyền phê duyệt của cơ sở đó.

12. Đối với các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh tổ chức các khoa theo hình thức liên chuyên khoa: áp dụng mức giá dịch vụ ngày giường bệnh nội khoa mà người bệnh điều trị tương ứng. Trường hợp người bệnh điều trị nhiều bệnh cùng lúc thì áp theo mức giá dịch vụ ngày giường bệnh của khoa điều trị bệnh chính của người bệnh.

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

14. Trường hợp người bệnh đã có chỉ định phẫu thuật nhưng chưa đủ điều kiện phẫu thuật do phải điều trị trước phẫu thuật thì trong thời gian điều trị được áp dụng mức giá dịch vụ ngày giường bệnh nội khoa mà người bệnh điều trị tương ứng.

Ví dụ: Người bệnh bị gãy xương nằm tại khoa ngoại có chỉ định phẫu thuật kết hợp xương và mắc bệnh rối loạn đông máu nên cần phải điều trị bệnh rối loạn đông máu để đủ điều kiện phẫu thuật thì trong thời gian điều trị tại khoa ngoại được áp dụng mức giá dịch vụ ngày giường bệnh nội khoa của chuyên khoa huyết học.

15. Ngày giường bệnh ngoại khoa sau thực hiện “Phẫu thuật đục thủy tinh thể bằng phương pháp Phaco”: áp dụng mức giá dịch vụ ngày giường bệnh ngoại khoa, bông của loại 3 tương ứng được cấp có thẩm quyền phê duyệt.

Điều 4d. Áp dụng giá và điều kiện, mức thanh toán của một số dịch vụ kỹ thuật đặc thù

1. Đối với các dịch vụ kỹ thuật đã được cơ quan có thẩm quyền 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, cơ sở khám bệnh, chữa bệnh được thanh toán chi phí theo quy định tại điểm b khoản 3 Điều 24 Nghị định số 146/2018/NĐ-CP ngày 19 tháng 11 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 đã được sửa đổi, bổ sung bởi Nghị định số 75/2023/NĐ-CP.

2. 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 kỹ thuật phát sinh.

3. Đối với dịch vụ “Thay băng vết thương hoặc vết mổ chiều dài ≤ 15 cm”:

a) 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 thâm 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;

b) 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.

4. 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.

5. 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” mà cơ sở đã được duyệt;

6. Việc thanh, quyết toán một số dịch vụ kỹ thuật như: Chụp X-quang thường, Chụp X-quang số hóa, Chụp CT Scanner đến 32 dãy, siêu âm, Chụp cộng hưởng từ (MRI), hàng quý giữa cơ quan bảo hiểm y tế và cơ sở khám bệnh, chữa bệnh được thực hiện như sau:

a) Xác định số ca tối đa được cơ quan bảo hiểm xã hội thanh toán theo mức giá mà cơ sở đã được duyệt 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 khám bệnh, chữa bệnh 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 quy định tại điểm a khoản này: cơ quan bảo hiểm xã hội thanh toán theo số ca thực tế và mức giá mà cơ sở đã được duyệt;

d) Trường hợp số ca đề nghị thanh toán cao hơn số ca tối đa theo cách tính quy định 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 mà cơ sở đã được duyệt. 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 khám bệnh, chữa bệnh 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 khám bệnh, chữa bệnh 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 khám bệnh, chữa bệnh đề nghị thanh toán lớn hơn 18.322 ca, giả sử là 20.000 ca, cơ quan bảo hiểm xã hội 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 xã hội thanh toán với mức giá bằng 85% mức giá quy định tại Thông tư này.

7. Các quy định tại khoản 6 Điều này và khoản 5 Điều 4b Thông tư này chỉ áp dụng để thanh toán giữa cơ quan bảo hiểm xã hội và cơ sở khám bệnh, chữa bệnh và không áp dụng để tính chi phí đồng chi trả của người bệnh.

8. Trong thời gian xảy ra thiên tai, thảm họa, dịch bệnh theo quy định của pháp luật về phòng, chống thiên tai; phòng thủ dân sự; phòng, chống bệnh truyền nhiễm được cơ quan có thẩm quyền ra thông báo: cơ quan bảo hiểm xã hội thanh toán cho cơ sở khám bệnh, chữa bệnh theo mức giá và số lượng dịch vụ thực tế, không áp dụng quy định thanh toán tại khoản 6 Điều này và khoản 5 Điều 4b Thông tư này.

9. Một kỹ thuật hiện đang được sắp xếp ở chuyên khoa, chuyên ngành có mức giá khác nhau thì có thể được thực hiện ở nhiều chuyên khoa, chuyên ngành khác nhau và được áp dụng mức giá dịch vụ kỹ thuật theo các chuyên khoa, chuyên ngành.

10. Các dịch vụ kỹ thuật chỉ có tên tại chuyên khoa nhi nhưng thực hiện cho người bệnh trên 16 tuổi: áp dụng mức giá dịch vụ kỹ thuật như đối với mức giá đã được quy định tại chuyên khoa nhi.

11. Chi phí gây mê:

Giá của các phẫu thuật đã bao gồm chi phí gây mê hoặc gây tê (trừ chuyên khoa Mắt). Trường hợp khi thực hiện phẫu thuật chuyên khoa mắt có gây mê thì chi phí gây mê được thanh toán riêng theo giá của dịch vụ gây mê trong phẫu thuật mắt được cấp có thẩm quyền phê duyệt cho cơ sở khám bệnh, chữa bệnh.

Giá của các thủ thuật đã bao gồm chi phí thuốc gây tê, an thần tiền mê, chưa bao gồm chi phí gây mê (trừ trường hợp ghi cụ thể đã bao gồm chi phí gây mê trong từng dịch vụ).

Trường hợp khi thực hiện thủ thuật cần phải gây mê thì chi phí gây mê của thủ thuật chuyên khoa mắt được thanh toán riêng theo giá của dịch vụ gây mê trong thủ thuật mắt được cấp có thẩm quyền phê duyệt cho cơ sở khám bệnh, chữa bệnh; chi phí gây mê khác của các thủ thuật còn lại được thanh toán theo giá của dịch vụ gây mê khác được cấp có thẩm quyền phê duyệt cho cơ sở khám bệnh, chữa bệnh.

12. Dịch vụ định nhóm máu ABO bằng phương pháp ống nghiệm, trên phiến đá hoặc trên giấy định nhóm máu trong truyền máu được thanh toán như sau:

a) Định nhóm máu hệ ABO tại khoa xét nghiệm khi phát máu toàn phần và các chế phẩm khối hồng cầu, khối bạch cầu, khối tiểu cầu, huyết tương:

- Định nhóm máu cho người bệnh: thanh toán 1 lần theo giá được phê duyệt (do mức giá của dịch vụ đã tính chi phí của 2 lần định nhóm máu hệ ABO trên cùng một mẫu máu hoặc 2 mẫu máu của cùng một người bệnh bằng 2 phương pháp huyết thanh mẫu và hồng cầu mẫu);

- Định nhóm máu hệ ABO của đơn vị túi máu, đơn vị chế phẩm máu: thanh toán 01 lần theo giá dịch vụ “Định nhóm máu hệ ABO bằng giấy định nhóm máu để truyền máu toàn phần, khối hồng cầu, khối bạch cầu”;

- Trường hợp người bệnh được phát nhiều đơn vị máu hoặc chế phẩm máu tại cùng một thời điểm thì bắt đầu từ đơn vị máu hoặc đơn vị chế phẩm thứ 2 trở đi, cứ phát thêm một đơn vị thì sẽ được thanh toán thêm 01 lần định nhóm máu hệ ABO của đơn vị túi máu theo giá dịch vụ “Định nhóm máu hệ ABO bằng giấy định nhóm máu để truyền máu toàn phần, khối hồng cầu, khối bạch cầu”. Trường hợp này không phải xác định nhóm máu hệ ABO của người bệnh do người bệnh đã được xác định nhóm máu hệ ABO khi phát đơn vị máu hoặc đơn vị chế phẩm thứ nhất.

b) Xét nghiệm định nhóm máu hệ ABO tại giường bệnh:

- Định nhóm máu hệ ABO tại giường bệnh khi người bệnh được truyền máu toàn phần hoặc khối hồng cầu hoặc khối bạch cầu: thanh toán 01 lần theo giá dịch vụ “Định nhóm máu hệ ABO bằng giấy định nhóm máu để truyền máu toàn phần: khối hồng cầu, khối bạch cầu”;

- Định nhóm máu hệ ABO tại giường bệnh khi người bệnh được truyền chế phẩm huyết tương, khối tiểu cầu: thanh toán 01 lần theo giá dịch vụ “Định nhóm máu hệ ABO bằng giấy định nhóm máu để truyền: chế phẩm tiểu cầu hoặc huyết tương”;

Trường hợp tại cùng một thời điểm người bệnh được truyền nhiều đơn vị máu hoặc chế phẩm máu thì bắt đầu từ đơn vị máu hoặc đơn vị chế phẩm thứ 2 trở đi thanh toán thêm 01 lần định nhóm máu tại giường bệnh theo mức giá dịch vụ “Định nhóm máu hệ ABO bằng giấy định nhóm máu để truyền máu toàn phần: khối hồng cầu, khối bạch cầu”; Số lần định nhóm máu ABO tại giường, thực hiện theo quy định của Bộ Y tế.

- Mức giá của các dịch vụ định nhóm máu ABO “Định nhóm máu hệ ABO bằng giấy định nhóm máu để truyền máu toàn phần, khối hồng cầu, khối bạch cầu; Định nhóm máu hệ ABO bằng giấy định nhóm máu để truyền: chế phẩm tiểu cầu hoặc huyết tương; Định nhóm máu hệ ABO bằng phương pháp ống nghiệm; trên phiến đá hoặc trên giấy” được quy định chung cho các phương pháp ống nghiệm, phiến đá hoặc trên giấy.”.

Điều 2. Hiệu lực thi hành

1. Thông tư này có hiệu lực thi hành kể từ ngày 01 tháng 01 năm 2025.
2. Bãi bỏ Mục 14 của Danh mục 1 và Mục 12, 37, 50 của Danh mục 2 ban hành kèm theo Thông tư số 35/2016/TT-BYT.
3. Sửa đổi, bãi bỏ một số quy định của Điều 5 Thông tư số 21/2024/TT-BYT ngày 17 tháng 10 năm 2024 của Bộ Y tế quy định phương pháp định giá dịch vụ khám bệnh, chữa bệnh như sau:
 - a) Sửa đổi cụm từ “Hiệu chỉnh thông tin trước khi thực hiện so sánh” tại khoản 3 thành “Trên cơ sở khoản 1 Điều này sử dụng giá của thông tin thu thập được làm giá so sánh”;
 - b) Bãi bỏ cụm từ “sau khi hiệu chỉnh” tại khoản 4.
4. Việc thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế đối với các trường hợp đã khám bệnh, chữa bệnh trước ngày Thông tư này có hiệu lực thi hành và trường hợp người bệnh vào viện trước ngày Thông tư này có hiệu lực thi hành nhưng ra viện sau ngày Thông tư này có hiệu lực thi hành áp dụng theo quy định của các văn bản quy phạm pháp luật đã được ban hành trước ngày Thông tư này có hiệu lực thi hành.
5. Từ ngày 01 tháng 01 năm 2025, hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế phải thể hiện số giường bệnh của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh để làm căn cứ xác định thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế. Cơ sở khám bệnh, chữa bệnh có trách nhiệm thông báo với cơ quan bảo hiểm xã hội nơi ký hợp đồng để điều chỉnh hợp đồng hoặc bổ sung phụ lục hợp đồng khi điều chỉnh quy mô giường bệnh.
6. Trường hợp các văn bản được dẫn chiếu trong Thông tư này được thay thế hoặc sửa đổi, bổ sung thì áp dụng theo văn bản đã được thay thế hoặc văn bản đã được sửa đổi, bổ sung đó.

Điều 3. Trách nhiệm thi hành

1. Vụ trưởng Vụ Bảo hiểm y tế, Chánh Văn phòng Bộ, Chánh Thanh tra Bộ, Vụ trưởng, Cục trưởng, các Vụ, Cục thuộc Bộ Y tế, Giám đốc Sở Y tế các tỉnh, thành phố trực thuộc trung ương, Thủ trưởng cơ quan y tế các Bộ, ngành và các cơ quan, đơn vị liên quan chịu trách nhiệm thi hành Thông tư này.

2. Bảo hiểm xã hội Việt Nam tổ chức thực hiện, thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế theo quy định của pháp luật về bảo hiểm y tế và Thông tư này.

Trong quá trình thực hiện nếu có khó khăn, vướng mắc đề nghị các cơ quan, tổ chức, cá nhân phản ánh bằng văn bản về Bộ Y tế để xem xét, giải quyết./.

Nơi nhận:

- Ủy ban Xã hội của Quốc hội;
- Văn phòng Chính phủ (Vụ KGVX, Công báo, Công TTĐT Chính phủ);
- Bộ trưởng (để báo cáo);
- Bộ Tư pháp (Cục Kiểm tra văn bản QPPL);
- Các Bộ, cơ quan ngang Bộ, cơ quan thuộc Chính phủ;
- Bảo hiểm xã hội Việt Nam;
- Các đồng chí Thứ trưởng Bộ Y tế;
- UBND các tỉnh, thành phố trực thuộc Trung ương;
- Sở Y tế các tỉnh, thành phố trực thuộc Trung ương;
- Các đơn vị thuộc, trực thuộc Bộ Y tế;
- Y tế các bộ, ngành;
- Hiệp hội Bệnh viện tư nhân Việt Nam;
- Công Thông tin điện tử Bộ Y tế;
- Lưu: VT, BHYT(02), KHTC, PC(02).

**KT. BỘ TRƯỞNG
THỨ TRƯỞNG**

Trần Văn Thuận

DANH MỤC 1

DỊCH VỤ KỸ THUẬT Y TẾ (DVKT) CÓ QUY ĐỊNH CỤ THỂ ĐIỀU KIỆN, TỶ LỆ VÀ MỨC GIÁ THANH TOÁN

(Ban hành kèm theo Thông tư số /2024/TT-BYT ngày tháng năm của Bộ trưởng Bộ Y tế)

STT	STT Theo TT 35	DVKT/Nhóm DVKT được sửa đổi, bổ sung	Điều kiện thanh toán	Tỷ lệ, mức giá thanh toán
1	1	Lọc máu cấp cứu	<p>Thực hiện đối với một trong các trường hợp sau:</p> <p>a) Quá tải thể tích hoặc quá tải dịch không đáp ứng với điều trị nội khoa hoặc có vô niệu hoặc thiếu niệu hoặc bệnh nhân phù phổi cấp.</p> <p>b) Rối loạn điện giải nặng, bệnh nhân có một trong các trường hợp sau:</p> <ul style="list-style-type: none">- Tăng kali có rối loạn trên điện tâm đồ hoặc kali máu trên 6,5 mmol/l- Tăng natri máu trên 160 mmol/L hoặc giảm natri máu dưới 120 mmol/L nhưng không thể điều trị nội khoa do quá tải thể tích ngay thời điểm cấp cứu sau khi có kết luận của hội chẩn.- Tăng canxi máu trên 3,5 mmol/L không đáp ứng với sau 01 lần điều trị nội khoa. <p>c) Hội chứng ure máu cao: nồng độ ure trong máu trên 30 mmol/l và/hoặc nồng độ Creatinine trong máu trên 800 μmol/L hoặc có nồng độ Ure và/hoặc Creatinin trong máu thấp hơn nhưng đã có các biểu hiện rối loạn tâm thần không lý giải được ở người bệnh suy thận; hoặc tràn dịch màng tim</p>	<ul style="list-style-type: none">- Trường hợp phải đặt catheter, thanh toán bằng giá của dịch vụ kỹ thuật “Thận nhân tạo cấp cứu”.- Trường hợp không phải đặt catheter (do sử dụng được AVF có sẵn), thanh toán bằng giá của dịch vụ kỹ thuật “Thận nhân tạo cấp cứu” trừ (-) đi 130.000 đồng (tương đương 1/4 (một phần tư) giá của catheter).

STT	STT Theo TT 35	DVKT/Nhóm DVKT được sửa đổi, bổ sung	Điều kiện thanh toán	Tỷ lệ, mức giá thanh toán
			<p>d) Toan chuyên hóa nặng (pH máu $\leq 7,2$);</p> <p>đ) Ngộ độc rượu, ngộ độc thuốc hoặc ngộ độc glycol.</p> <p>e) Các trường hợp ngộ độc khác có chỉ định lọc máu cấp cứu sau khi hội chẩn.</p> <p>g) Các trường hợp bệnh thận mạn có chỉ định lọc máu nhưng chưa có đường vào mạch máu dài hạn hoặc đã có đường vào mạch máu dài hạn nhưng không sử dụng được.</p> <p>h) Nhiễm trùng huyết hoặc sốc nhiễm trùng có suy thận hoặc tổn thương thận cấp.</p> <p>i) Suy gan cấp có suy thận cấp.</p>	
2	2	Tắm điều trị bệnh nhân bỏng	<p>Thanh toán 01 lần/đợt điều trị đối với Vết bỏng ô nhiễm; thanh toán tối đa 2 lần/tuần đối với Vết bỏng nhiễm khuẩn nặng trong các trường hợp:</p> <p>1. Trẻ em có tổng diện tích bỏng từ 10% diện tích cơ thể ở 02 vùng chi thể trở lên;</p> <p>2. Người lớn có tổng diện tích bỏng từ 20% diện tích cơ thể ở 03 vùng chi thể trở lên.</p> <p>Vùng chi thể xác định theo phương pháp chẩn đoán diện tích bỏng của Lê Thế Trung.</p>	<p>- Thanh toán bằng giá DVKT “Tắm điều trị bệnh nhân bỏng” đối với tắm điều trị bệnh nhân bỏng không gây mê.</p> <p>- Thanh toán bằng giá DVKT “Tắm điều trị bệnh nhân trong hồi sức, cấp cứu bỏng” đối với tắm điều trị bệnh nhân</p>

STT	STT Theo TT 35	DVKT/Nhóm DVKT được sửa đổi, bổ sung	Điều kiện thanh toán	Tỷ lệ, mức giá thanh toán
				bồng có gây mê.
3	4	Chụp cắt lớp vi tính 64 dãy đến 128 dãy	<p>1. Thực hiện đối với một trong các trường hợp sau:</p> <p>a) Chụp hệ động/tĩnh mạch: não, cảnh, chủ ngực/bụng, phổi, phế quản, mạc treo, thận, chậu, vành;</p> <p>b) Chụp hệ mạch tạng;</p> <p>c) Chụp đánh giá tưới máu não, tạng;</p> <p>d) Chụp hệ động/tĩnh mạch chi;</p> <p>đ) Chụp tim và các mạch máu lớn để đánh giá các cấu trúc tim và các mạch máu lớn liên quan;</p> <p>e) Đánh giá giai đoạn, tái phát, di căn, đáp ứng điều trị ung thư, để chỉ định phẫu thuật, hóa trị, xạ trị, điều trị đích, miễn dịch;</p> <p>g) Mô phỏng lập kế hoạch xạ trị: U não (thân não và/hoặc tiểu não), Ung thư trực tràng, Ung thư tuyến tiền liệt, Ung thư cổ tử cung, Ung thư di căn cột sống;</p> <p>h) Chụp dựng hình 3D đường dẫn khí;</p> <p>i) Chụp ngực trên người bệnh suy hô hấp (thời gian nhin thở được <10 giây); hoặc chụp ngực/bụng đối với trẻ em dưới 6 tuổi.</p> <p>k) Chụp vùng sọ - mặt cho bệnh lý dị tật sọ mặt bẩm sinh.</p> <p>l) Chụp xương đá.</p>	Thanh toán bằng giá DVKT, trường hợp chụp từ hai vị trí trở lên thanh toán tối đa bằng giá DVKT “Chụp cắt lớp vi tính toàn thân”.

STT	STT Theo TT 35	DVKT/Nhóm DVKT được sửa đổi, bổ sung	Điều kiện thanh toán	Tỷ lệ, mức giá thanh toán
			<p>2. Chụp toàn thân để đánh giá các giai đoạn của u hoặc đa chấn thương.</p> <p>Tiêu chí xác định các trường hợp đa chấn thương là người bệnh có từ hai tổn thương nặng đồng thời trở lên theo các thang điểm đánh giá mức độ chấn thương, trong đó có ít nhất một tổn thương nặng ảnh hưởng đến hô hấp, tuần hoàn, thần kinh trung ương đe dọa đến tính mạng người bệnh.</p>	Thanh toán bằng giá DVKT "Chụp cắt lớp vi tính toàn thân".
			<p>3. Trường hợp khác không thuộc quy định tại điểm 1, điểm 2 mục này.</p>	Thanh toán bằng giá DVKT "Chụp cắt lớp vi tính từ 1-32 dãy".
4	5	Chụp cắt lớp vi tính từ 256 dãy trở lên	<p>1. Thanh toán trong một số trường hợp sau:</p> <p>a) Chụp hệ động mạch vành với nhịp tim trên 70 chu kỳ/phút (sau khi đã sử dụng thuốc giảm nhịp tim, hoặc trên người bệnh có chống chỉ định dùng thuốc làm giảm nhịp tim) hoặc có bất thường nhịp; bệnh lý tim mạch bẩm sinh ở trẻ em dưới 06 tuổi; bệnh lý tim mạch ở người từ đủ 70 tuổi trở lên.</p>	Thanh toán bằng giá DVKT.
			<p>2. Thực hiện đối với một trong các trường hợp sau:</p> <p>a) Chụp hệ động/tĩnh mạch: não, cảnh, chủ ngực/bụng, phổi, phế quản, mạc treo, thận, chậu, vành;</p> <p>b) Chụp hệ mạch tạng;</p>	Thanh toán bằng giá DVKT "Chụp cắt lớp vi tính 64-128 dãy".

STT	STT Theo TT 35	DVKT/Nhóm DVKT được sửa đổi, bổ sung	Điều kiện thanh toán	Tỷ lệ, mức giá thanh toán
			<p>c) Chụp đánh giá tưới máu não, tạng;</p> <p>d) Chụp hệ động/tĩnh mạch chi;</p> <p>đ) Chụp tim và các mạch máu lớn để đánh giá các cấu trúc tim và các mạch máu lớn liên quan;</p> <p>e) Đánh giá giai đoạn, tái phát, di căn, đáp ứng điều trị ung thư, để chỉ định phẫu thuật, hóa trị, xạ trị, điều trị đích, miễn dịch;</p> <p>g) Mô phỏng lập kế hoạch xạ trị: U não (thân não và/hoặc tiểu não), Ung thư trực tràng, Ung thư tuyến tiền liệt, Ung thư cổ tử cung, Ung thư di căn cột sống;</p> <p>h) Chụp dựng hình 3D đường dẫn khí;</p> <p>i) Chụp ngực trên người bệnh suy hô hấp (thời gian nhin thở được <10 giây); hoặc chụp ngược/bụng đối với trẻ em dưới 6 tuổi.</p> <p>k) Chụp vùng sọ - mặt cho bệnh lý dị tật sọ mặt bẩm sinh.</p> <p>l) Chụp xương đá.</p>	
			<p>3. Chụp toàn thân để đánh giá các giai đoạn của u hoặc đa chấn thương.</p> <p>Tiêu chí xác định các trường hợp đa chấn thương là người bệnh có từ hai tổn thương nặng đồng thời trở lên theo các thang điểm đánh giá mức độ chấn thương, trong đó có ít nhất một tổn thương nặng ảnh hưởng đến hô hấp, tuần hoàn, thần kinh trung</p>	<p>Thanh toán bằng giá DVKT "Chụp cắt lớp vi tính toàn thân".</p>

STT	STT Theo TT 35	DVKT/Nhóm DVKT được sửa đổi, bổ sung	Điều kiện thanh toán	Tỷ lệ, mức giá thanh toán
			ương đe dọa đến tính mạng người bệnh.	
			4. Trường hợp khác không thuộc quy định tại điểm 1, điểm 2, điểm 3 mục này.	Thanh toán bằng giá DVKT “Chụp cắt lớp vi tính 01-32 dãy”.
5	7	Chụp PET/CT	<p>1. Chẩn đoán Ung thư</p> <p>a) Nốt mờ đơn độc ở phổi đường kính ≥ 8 mm mà các phương pháp chẩn đoán thông thường khác không xác định được là tổn thương ác tính hay lành tính.</p> <p>b) Ung thư di căn không rõ u nguyên phát.</p>	Thanh toán 01 lần bằng giá DVKT cho lần chẩn đoán đầu tiên
			<p>2. Đã được chẩn đoán xác định là ung thư, các phương pháp chẩn đoán khác không xác định được giai đoạn, tái phát, di căn hoặc đáp ứng điều trị đối với một trong các trường hợp:</p> <p>a) Xác định giai đoạn trước điều trị: Ung thư vòm, hạ họng, thanh quản; Ung thư phổi không phải tế bào nhỏ; Ung thư thực quản; Ung thư biểu mô tuyến dạ dày; Ung thư đại trực tràng; Ung thư vú; Ung thư cổ tử cung; Lymphoma (U lympho ác tính Hodgkin hoặc không Hodgkin);</p> <p>b) Xác định tái phát/di căn: Ung thư vòm, hạ họng, thanh quản; Ung thư phổi không phải tế bào nhỏ;</p>	Thanh toán không quá 01 lần/12 tháng/01 người bệnh và bằng giá DVKT.

STT	STT Theo TT 35	DVKT/Nhóm DVKT được sửa đổi, bổ sung	Điều kiện thanh toán	Tỷ lệ, mức giá thanh toán
			<p>Ung thư thực quản; Ung thư đại trực tràng; Ung thư vú; Ung thư cổ tử cung; Ung thư buồng trứng (khi CA 125 tăng > 35U/ml); Lymphoma (U lympho ác tính Hodgkin hoặc không Hodgkin); Ung thư tuyến giáp (khi xạ hình ¹³¹I âm tính); Ung thư tuyến tiền liệt (khi PSA tăng > 4ng/ml); ung thư đường mật, Ung thư tinh hoàn; Ung thư khoang miệng, ung thư tế bào hắc tố, U nguyên bào thần kinh, Ung thư dạ dày.</p> <p>c) Đánh giá đáp ứng điều trị: Ung thư hạ họng, thanh quản; Ung thư vú; Ung thư cổ tử cung,</p>	
			<p>3. Đã được chẩn đoán xác định là ung thư, các phương pháp chẩn đoán khác không đánh giá được đáp ứng điều trị đối với một trong các trường hợp: (1) Lymphoma (U lympho ác tính Hodgkin hoặc không Hodgkin); (2) Ung thư phổi không phải tế bào nhỏ; (3) Ung thư đại trực tràng; (4) Ung thư thực quản; (5) Ung thư vòm.</p>	<p>Thanh toán không quá 02 lần/12 tháng/01 người bệnh trong 12 tháng đầu tiên kể từ thời điểm được chẩn đoán xác định là ung thư và thanh toán bằng giá DVKT.</p>
			<p>4. Trường hợp lựa chọn sử dụng chụp PET/CT chỉ để mô phỏng xạ trị.</p>	<p>Thanh toán theo giá DVKT Xạ trị sử dụng CT mô phỏng.</p>

STT	STT Theo TT 35	DVKT/Nhóm DVKT được sửa đổi, bổ sung	Điều kiện thanh toán	Tỷ lệ, mức giá thanh toán
6	10	Các xét nghiệm chỉ điểm khối u bằng kỹ thuật miễn dịch phóng xạ hoặc hóa sinh.	<p>a) Chẩn đoán ung thư di căn không rõ u nguyên phát: CA 125, CA 15-3, CA 19-9, CA 72-4, CEA.</p> <p>b) Chẩn đoán, theo dõi điều trị bệnh ung thư đối với một trong các xét nghiệm sau:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Định lượng CA 125: Buồng trứng; - Định lượng CA 15-3: vú; - Định lượng CA 19-9: Tụy, đường mật, - Định lượng CA 72 - 4: Dạ dày; - Định lượng CEA: Ung thư biểu mô. <p>c) Định lượng CA 19-9: theo dõi và chẩn đoán ung thư tái phát, di căn sau điều trị ung thư Đại trực tràng. Chẩn đoán phân biệt di căn phổi đối với Ung thư phổi không tế bào nhỏ.</p>	- Thanh toán theo giá DVKT “Xét nghiệm chỉ điểm khối u bằng kỹ thuật hóa sinh”;
7	11	Định lượng CRP/CRP hs [Máu]	<p>Chẩn đoán, theo dõi một trong các trường hợp sau đây:</p> <p>a) Nghi ngờ có ổ nhiễm trùng, có ít nhất 02 trong 04 tiêu chuẩn sau:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Nhiệt độ cơ thể < 36°C hoặc > 38°C; - Nhịp tim nhanh > 90 lần/phút; - Nhịp thở > 22 lần/phút hoặc PaCO₂ < 32 mmHg; - Bạch cầu máu > 12G/L, hoặc < 4G/L hoặc > 10% bạch cầu non. 	Thanh toán bằng giá DVKT

STT	STT Theo TT 35	DVKT/Nhóm DVKT được sửa đổi, bổ sung	Điều kiện thanh toán	Tỷ lệ, mức giá thanh toán
			<p>Đối với trẻ em: Khi nghi ngờ có ô nhiễm trùng, có nhiệt độ cơ thể $\leq 36^{\circ}\text{C}$ hoặc $\geq 38,3^{\circ}\text{C}$ và có nhịp tim hoặc nhịp thở thay đổi quá giới hạn sinh lý theo tuổi.</p> <p>b) Nhiễm trùng sơ sinh;</p> <p>c) Bệnh mạch vành, nhồi máu cơ tim;</p> <p>d) Viêm da nhiễm độc, các bệnh tự miễn.</p>	
8	12	<p>Định lượng Pro-calcitonin [Máu]</p>	<p>a) Chẩn đoán và theo dõi tình trạng nhiễm trùng nặng khi đáp ứng 01 trong 02 tiêu chuẩn sau đây:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Điểm suy đa tạng (SOFA) ≥ 2; - Nghi ngờ có ô nhiễm trùng và có 2 trong 3 tiêu chuẩn: Nhịp thở ≥ 22 lần/phút; Huyết áp tâm thu ≤ 100 mmHg; Glasgow < 15 điểm. <p>b) Đối với trẻ em:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Chẩn đoán và theo dõi các trường hợp nhiễm trùng huyết; - Theo dõi và tiên lượng suy đa tạng khi có rối loạn chức năng từ 2 cơ quan trở lên. 	<p>Thanh toán bằng giá DVKT.</p> <p>Khi sử dụng xét nghiệm Procalcitonin để theo dõi tình trạng nhiễm trùng nặng và đáp ứng điều trị theo quy định tại khoản 1 Mục này:</p> <ul style="list-style-type: none"> + Thanh toán tối đa 01 lần/mỗi 24 giờ đối với người bệnh sốc nhiễm trùng; + Thanh toán tối đa 01 lần/mỗi 48 giờ đối với người

STT	STT Theo TT 35	DVKT/Nhóm DVKT được sửa đổi, bổ sung	Điều kiện thanh toán	Tỷ lệ, mức giá thanh toán
				bệnh nhiễm trùng nặng; + Không thanh toán đối với các trường hợp đã có bằng chứng chứng minh: hết dấu hiệu chỉ định và Procalcitonin \leq 02 lần giá trị tham chiếu.

DANH MỤC 2

DỊCH VỤ KỸ THUẬT Y TẾ CÓ QUY ĐỊNH CỤ THỂ ĐIỀU KIỆN THANH TOÁN
(Ban hành kèm theo Thông tư số /2024/TT-BYT ngày tháng năm của Bộ trưởng Bộ Y tế)

ST T	STT theo TT 35	DVKT/ Nhóm DVKT được sửa đổi, bổ sung	Điều kiện thanh toán
1	1	Thăm dò huyết động theo phương pháp PiCCO	Bệnh nhân có tình trạng sốc, không đáp ứng với truyền dịch.
2	2	Hạ thân nhiệt chỉ huy	Thanh toán đối với các trường hợp sau: a) Bệnh nhân sau cấp cứu ngừng tuần hoàn thành công, có tái lập tuần hoàn, còn hôn mê, nhưng còn phản xạ đồng tử với ánh sáng. b) Bệnh nhân tăng thân nhiệt ác tính không đáp ứng điều trị nội khoa. c) Bệnh não thiếu oxy - thiếu máu cục bộ
3	3	Lọc máu hấp phụ bằng quả lọc resin	Thực hiện đối với một trong các trường hợp sau: a) Ngộ độc: Paraquat, theophyllin, Carmabazepin, Diquat hoặc thuốc chống trầm cảm ba vòng; b) Ngộ độc: Valproic acid, disopyramide, meprobamate, phenytoin, phenobarbital, nấm độc, mật cá, nọc ong, nọc rắn hoặc bọ cạp mà các phương pháp điều trị khác không đáp ứng. c) Các loại ngộ độc nặng, chỉ định khi điều trị nội khoa thất bại hoặc nguy cơ điều trị kéo dài và có biến chứng: Benzodiazepam, phenyltoin, phenergan, chlopromazin, perphenazin, imipramin, chlomipramin, Vancomycin, Digoxin.
4	4.	Thẩm tách siêu lọc máu (Hemodiafilt)	Thực hiện đối với một trong các trường hợp sau: a) Người bệnh lọc máu chu kỳ: tối đa 1 lần/1 tháng;

ST T	STT theo TT 35	DVKT/ Nhóm DVKT được sửa đổi, bổ sung	Điều kiện thanh toán
		ration offline: HDF ON - LINE)	b) Cường cận giáp thứ phát: PTH cao gấp 3 lần hoặc Phosphatase kiềm tăng cao gấp 8 lần hoặc Canxi tăng cao hoặc phospho tăng cao không đáp ứng với điều trị thông thường; c) Hội chứng Amyloidosis có biến chứng.
5	6	Đặt nội khí quản có cửa hút trên bóng chèn	Người bệnh tiên lượng thở máy trên 48 giờ.
6	8	Điện não đồ video	Thực hiện đối với một trong các trường hợp sau: a) Người bệnh có cơn động kinh lần đầu hoặc đã được chẩn đoán động kinh nhưng kết quả điện não đồ không rõ ràng hoặc người bệnh động kinh kháng thuốc. b) Người bệnh nghi ngờ động kinh do có cơn co giật hoặc cơn rối loạn tâm thần hoặc cơn rối loạn thần kinh thực vật hoặc cơn mất ý thức mà điện não đồ thường quy không phát hiện sóng dạng động kinh. c) Động kinh khó chẩn đoán ở phát sinh cơn động kinh hoặc chuẩn bị cho phẫu thuật điều trị động kinh.
7	9	Đo đa ký hô hấp	Để chẩn đoán hội chứng ngừng thở khi ngủ.
8	10	Đặt nội khí quản 2 nòng	a) Người bệnh bị ho máu hoặc nghi ngờ ho máu từ một bên phổi. b) Người bệnh chỉ định phẫu thuật vùng lồng ngực c) Người bệnh chỉ định rửa phổi toàn bộ; nội soi màng phổi.
9	16	Tắm điều trị người bệnh trong hồi	1. Trẻ em có tổng diện tích bỏng từ 10% diện tích cơ thể ở 02 vùng chi thể trở lên; Người lớn có tổng diện tích bỏng từ 20% diện tích cơ thể ở 03 vùng chi thể trở lên.

ST T	STT theo TT 35	DVKT/ Nhóm DVKT được sửa đổi, bổ sung	Điều kiện thanh toán
		sức, cấp cứu bỏng	Vùng chi thể xác định theo phương pháp chẩn đoán diện tích bỏng của Lê Thế Trung. 2. Vết bỏng ô nhiễm thanh toán 01 lần/đợt điều trị; vết bỏng nhiễm khuẩn nặng thanh toán tối đa 2 lần/tuần.
10	18.	Các dịch vụ kỹ thuật phục hồi chức năng	Tổng số dịch vụ kỹ thuật phục hồi chức năng thanh toán tối đa không quá 06 dịch vụ kỹ thuật /ngày, trong đó: a) Các kỹ thuật vật lý trị liệu thanh toán tối đa 04 kỹ thuật/ngày. b) Các kỹ thuật khác thanh toán tối đa 03 kỹ thuật/ngày.
11	21	Kỹ thuật sử dụng áo nẹp chỉnh hình cột sống ngực- thắt lưng TLSO (điều trị cong vẹo cột sống)	Thanh toán 01 lần cho một đợt điều trị, mỗi đợt cách nhau tối thiểu 3 tháng đối với người dưới 18 tuổi và 6 tháng đối với người từ đủ 18 tuổi trở lên.
12	22	Kỹ thuật sử dụng áo nẹp chỉnh hình cột sống thắt lưng LSO (điều trị cong vẹo cột sống)	Thanh toán 01 lần cho một đợt điều trị, mỗi đợt cách nhau tối thiểu 3 tháng đối với người dưới 18 tuổi và 6 tháng đối với người từ đủ 18 tuổi trở lên.
13	26	Tập tri giác và nhận thức	a) Đối với người từ đủ 6 tuổi trở lên: thanh toán tối đa 10 lần/ lượt khám bệnh, chữa bệnh. b) Đối với trẻ em dưới 6 tuổi: thanh toán tối đa 15 lần/ lượt khám bệnh, chữa bệnh.

ST T	STT theo TT 35	DVKT/ Nhóm DVKT được sửa đổi, bổ sung	Điều kiện thanh toán
14	27	Tập các chức năng sinh hoạt hằng ngày ADL với các dụng cụ trợ giúp thích nghi	Thanh toán tối đa 10 lần/đợt điều trị và thanh toán tối đa không quá 02 dịch vụ kỹ thuật/ngày.
15	38	Tập mạnh cơ đáy chậu (cơ sàn chậu, Pelvis floor)	<p>Thanh toán đối với các trường hợp sau:</p> <p>a) Sa sinh dục độ 1-2;</p> <p>b) Rỉ tiểu sau phẫu thuật u xơ tiền liệt tuyến, sau phẫu thuật vùng tiểu khung, sau xạ trị;</p> <p>c) Rỉ tiểu do bệnh lý đái tháo đường, hội chứng đuôi ngựa;</p> <p>d) Tiểu tiện không tự chủ đối với phụ nữ.</p> <p>đ) Đại tiện không tự chủ.</p>
16	39	Tập nuốt	Thanh toán đối với người bệnh có rối loạn nuốt cho một lượt khám bệnh, chữa bệnh: tối đa không quá 05 lần cho một lượt khám bệnh, chữa bệnh
17	42	Tiêm Botulinum toxine vào điểm vận động để điều trị co cứng cơ	<p>Chỉ định trong co cứng khu trú các cơ chi do một trong các nguyên nhân sau:</p> <p>a) Tai biến mạch máu não;</p> <p>b) Xơ cứng rải rác;</p> <p>c) Chấn thương sọ não;</p> <p>d) Tổn thương tủy sống: Chấn thương tủy sống, Viêm tủy, Xơ cột bên teo cơ hoặc u tủy;</p> <p>đ) Bại não;</p> <p>e) Viêm não.</p> <p>g) Điều trị co giật mi mắt.</p>

ST T	STT theo TT 35	DVKT/ Nhóm DVKT được sửa đổi, bổ sung	Điều kiện thanh toán
18	45	Các DVKT châm, cứu	Thanh toán theo phương pháp, không thanh toán theo vị trí, vùng, bộ phận cơ thể. Trường hợp trong một đợt điều trị có chỉ định điều trị nhiều bệnh khác nhau thì thanh toán theo phương pháp điều trị cho từng bệnh.
19	47	Siêu âm tim cản âm	Thanh toán đối với một trong các trường hợp sau: a) Phát hiện luồng thông trong tim đối với người bệnh tắc mạch não, vành, thận, lách, mạc treo, chi hoặc áp lực động mạch phổi cao. b) Nghi ngờ có những luồng thông bất thường của tim nhưng không xác định được bằng siêu âm tim và đã loại trừ nguyên nhân gây tắc mạch khác.
20	48	Siêu âm tim qua thực quản	Áp dụng đối với một trong các trường hợp: a) Phẫu thuật hoặc can thiệp tim mạch; b) Các khối u, huyết khối trong tim; c) Nghi ngờ phình tách động mạch chủ; d) Các bệnh tim bẩm sinh; đ) Bệnh nhân có van tim nhân tạo hoặc đánh giá cơ chế tổn thương van tim khi siêu âm qua thành ngực chưa xác định rõ các tổn thương. e) Theo dõi trong mổ tim, hồi sức.
21	49	Siêu âm tim 4D	Để thực hiện các phẫu thuật hoặc can thiệp tim mạch.
22	51	Các dịch vụ kỹ thuật: Siêu âm trong lòng mạch hoặc	Có thực hiện can thiệp tim mạch.

ST T	STT theo TT 35	DVKT/ Nhóm DVKT được sửa đổi, bổ sung	Điều kiện thanh toán
		Đo dự trữ lưu lượng động mạch vành FFR/Siêu âm trong lòng mạch vành (iVUS)/Đo phân suất dự trữ lưu lượng vành (FFR)/Siêu âm nội mạch	
23	52	Siêu âm doppler mạch máu	Thanh toán 01 lần không phân biệt bên phải hoặc trái đối với hệ thống mạch máu đối xứng.
24	53	Chụp cắt lớp vi tính động mạch vành	<p>a) Nghi ngờ có bệnh lý mạch vành khi có các kết quả xét nghiệm khác như thử nghiệm gắng sức hoặc siêu âm tim.</p> <p>b) Xác định các trường hợp đau ngực không điển hình ở người bệnh sau phẫu thuật làm cầu nối mạch vành hoặc có đặt stent.</p> <p>c) Các trường hợp đánh giá những bất thường về giải phẫu động mạch vành.</p> <p>d) Các trường hợp hội chứng vành cấp cần phân biệt với nguyên nhân khác.</p>
25	54	Chụp và nút mạch điều trị chảy máu mũi số hóa xóa nền	<p>a) Chảy máu mũi do dị dạng mạch: giả phình mạch, thông động tĩnh mạch, chảy máu mũi không kiểm soát được bằng các phương pháp khác.</p> <p>b) U vòm họng gây chảy máu mũi không đáp ứng với các điều trị khác.</p>
26	57	Điều trị tiêm trực tiếp qua	Dị dạng tĩnh mạch, dị dạng bạch mạch, dị dạng động - tĩnh mạch nhỏ.

ST T	STT theo TT 35	DVKT/ Nhóm DVKT được sửa đổi, bổ sung	Điều kiện thanh toán
		da số hóa xóa nền	
27	58	Điều trị bơm tắc mạch trực tiếp qua da số hóa xóa nền	Dị dạng tĩnh mạch, dị dạng động - tĩnh mạch, u máu.
28	59	Chụp cộng hưởng từ tim đánh giá các bệnh lý tim bẩm sinh có tiêm thuốc tương phản	Bệnh lý tim bẩm sinh từ 2 thương tổn trở lên
29	60	Chụp cộng hưởng từ tim đánh giá các bệnh lý tim bẩm sinh	Bệnh tim bẩm sinh: đánh giá các bất thường giải phẫu, luồng thông khi các thăm dò thông thường không đủ kết luận.
30	62	Chụp cộng hưởng từ gan với chất tương phản đặc hiệu mô	Khi đã được chụp cộng hưởng từ gan bằng chất tương phản thông thường nhưng không xác định được bản chất khối u.
31	64	Chụp cộng hưởng từ động mạch vành	a) Bệnh lý mạch vành: Phình mạch vành trong bệnh Kawasaki ...; b) Trong các bệnh tim bẩm sinh, cần đánh giá trước phẫu thuật. c) Đánh giá bất thường giải phẫu động mạch vành.

ST T	STT theo TT 35	DVKT/ Nhóm DVKT được sửa đổi, bổ sung	Điều kiện thanh toán
32	66	Chụp động mạch vành	<p>a) Nhồi máu cơ tim cấp có ST chênh lên;</p> <p>b) Đau thắt ngực không ổn định;</p> <p>c) Nhồi máu cơ tim không có ST chênh lên;</p> <p>d) Đau thắt ngực ổn định nhưng điều trị nội khoa tối ưu không khống chế được triệu chứng;</p> <p>đ) Sau cấp cứu ngừng tuần hoàn;</p> <p>e) Đau ngực tái phát sau can thiệp động mạch vành hoặc sau phẫu thuật làm cầu nối;</p> <p>g) Suy tim không rõ nguyên nhân;</p> <p>h) Người bệnh có rối loạn nhịp nguy hiểm;</p> <p>i) Người bệnh có chỉ định phẫu thuật tim, mạch máu lớn, tuổi > 45 đối với nam hoặc > 50 đối với nữ; Người bệnh có chỉ định ghép tạng;</p> <p>k) Các dị tật bẩm sinh, mắc phải về hệ mạch vành.</p> <p>l) Chụp động mạch vành kiểm tra những bất thường động mạch vành được phát hiện trên chụp cắt lớp vi tính đa dãy động mạch vành.</p>
33	69	Định lượng CD25 (IL-2R) hòa tan trong huyết thanh bằng kỹ thuật ELISA	<p>Thanh toán đối với các trường hợp sau:</p> <p>a) Để chẩn đoán và đánh giá điều trị Hội chứng thực bào tế bào máu</p> <p>b) Tăng hoạt tính lympho T;</p> <p>c) Sau ghép tế bào gốc tạo máu.</p>
34	72	Định type HLA cho 1 locus (Locus A, hoặc Locus B, hoặc Locus C, hoặc	<p>Thanh toán đối với các trường hợp sau:</p> <p>a) Người bệnh có chỉ định ghép tế bào gốc tạo máu đồng loài hoặc điều trị theo hướng ghép tế bào gốc tạo máu đồng loài hoặc có chỉ định ghép tạng.</p> <p>b) Đơn vị tế bào gốc hoặc tạng ghép cho người bệnh.</p>

ST T	STT theo TT 35	DVKT/ Nhóm DVKT được sửa đổi, bổ sung	Điều kiện thanh toán
		Locus DR, hoặc Locus DQ) bằng kỹ thuật PCR- SSP	
35	76	Nuôi cấy cụm tế bào gốc (colony forming culture)	Thanh toán đối với các trường hợp sau: a) Ghép tế bào gốc tự thân. b) Đánh giá khả năng sinh máu của tế bào gốc tủy xương trong các trường hợp suy tủy xương, Bệnh bạch cầu mạn dòng tủy.
36	79	Phát hiện kháng thể kháng tiểu cầu bằng kỹ thuật Flow- cytometry	Thanh toán đối với các trường hợp sau: a) Người bệnh có chỉ định ghép tế bào gốc hoặc ghép tạng. b) Trong các trường hợp nghi ngờ có kháng thể kháng tiểu cầu sau: - Theo dõi ở một số bệnh có truyền tiểu cầu nhiều lần: Xuất huyết giảm tiểu cầu, Suy tủy xương, Bệnh hệ thống, Lupus, giảm sinh tủy, sau hóa trị liệu hoặc sau ghép tế bào gốc tạo máu. - Các bệnh tự miễn. - Các trường hợp truyền tiểu cầu không hiệu lực. c) Đơn vị tế bào gốc hoặc tạng sử dụng để ghép cho người bệnh.
37	80	Xét nghiệm xác định kháng thể kháng tiểu cầu trực tiếp	a) Người bệnh có chỉ định ghép tế bào gốc hoặc ghép tạng. b) Trong các trường hợp nghi ngờ có kháng thể kháng tiểu cầu: - Theo dõi ở một số bệnh có truyền tiểu cầu nhiều lần: Xuất huyết giảm tiểu cầu, Suy tủy xương, Bệnh hệ

ST T	STT theo TT 35	DVKT/ Nhóm DVKT được sửa đổi, bổ sung	Điều kiện thanh toán
			<p>thống, Lupus, giảm sinh tủy, sau hóa trị liệu hoặc sau ghép tế bào gốc tạo máu.</p> <p>- Các bệnh tự miễn.</p> <p>c) Các trường hợp truyền tiêu cầu không hiệu lực.</p>
38	84	Định lượng HbA1c [Máu] để xác định phác đồ điều trị hoặc để đánh giá kết quả điều trị bệnh đái tháo đường	<p>a) Thanh toán cho xét nghiệm định lượng HbA1c trong máu đối với trường hợp đã được chẩn đoán xác định đái tháo đường để xác định phác đồ điều trị nếu chưa thực hiện xét nghiệm HbA1c trong vòng 90 ± 3 (chín mươi cộng trừ 3) ngày.</p> <p>b) Thanh toán cho xét nghiệm từ lần thứ 2 trở đi để đánh giá kết quả điều trị bệnh đái tháo đường tối thiểu sau mỗi 90 ± 3 (chín mươi cộng trừ 3) ngày.</p> <p>c) Trường hợp đái tháo đường thai kỳ có điều trị bằng insulin, thực hiện xét nghiệm HbA1C mỗi 30 ngày 01 lần.</p>
39	87	HBV đo tải lượng Real-time PCR; HBV đo tải lượng hệ thống tự động	<p>Thực hiện để điều trị viêm gan vi rút B trong các trường hợp:</p> <p>- Xét nghiệm lần đầu.</p> <p>- Người bệnh được điều trị thì thanh toán xét nghiệm lần đầu và những lần xét nghiệm tiếp theo ở tuần điều trị thứ 12, 24 và 48, sau đó thực hiện mỗi 24 - 48 tuần hoặc khi ALT tăng không rõ nguyên nhân để đánh giá đáp ứng điều trị và khả năng tái phát HBV hoặc khi người bệnh không tuân thủ điều trị với cùng 01 phương pháp xét nghiệm.</p> <p>Không thanh toán đồng thời 02 phương pháp xét nghiệm cho 01 người bệnh trong cùng 01 đợt điều trị.</p>
40	88	HCV đo tải lượng Real-time PCR; HCV đo tải	<p>Thực hiện để điều trị viêm ban vi rút C trong các trường hợp:</p> <p>- Xét nghiệm lần đầu.</p>

ST T	STT theo TT 35	DVKT/ Nhóm DVKT được sửa đổi, bổ sung	Điều kiện thanh toán
		lượng hệ thống tự động	- Người bệnh được điều trị thì thanh toán xét nghiệm lần đầu và xét nghiệm tại tuần thứ 12 sau khi kết thúc điều trị đối với cùng 01 phương pháp xét nghiệm. Không thanh toán đồng thời 02 phương pháp xét nghiệm cho 01 người bệnh trong cùng 01 đợt điều trị.
41	96	Xét nghiệm đột biến gen Her 2	Chẩn đoán đột biến gen trong điều trị ung thư vú hoặc ung thư dạ dày hoặc ung thư phổi không tế bào nhỏ.
42	97	Xét nghiệm đột biến gen BRAF	Chẩn đoán đột biến gen trong điều trị ung thư đại trực tràng hoặc ung thư tuyến giáp.
43	98	Xét nghiệm đột biến gen EGFR	Chẩn đoán đột biến gen EGFR trong điều trị ung thư phổi không tế bào nhỏ.
44	99	Xét nghiệm đột biến gen KRAS	Chẩn đoán đột biến gen trong điều trị ung thư đại trực tràng.
45	100	Định lượng SCC (Squamous cell carcinoma antigen)[Má u]	Theo dõi đáp ứng điều trị, phát hiện tái phát, di căn xa trong ung thư biểu mô tế bào vảy (ung thư phổi, ung thư cổ tử cung, Ung thư vòm mũi họng, ung thư thanh quản - hạ họng, ung thư khoang miệng, ung thư xoang mặt, ung thư thực quản, ung thư âm hộ, ung thư dương vật, ung thư da).
46	101	Các xét nghiệm giải phẫu bệnh	Đơn vị tính là mẫu bệnh phẩm cho 01 cơ quan hoặc tổ chức hoặc vị trí hoặc bộ phận cơ thể hoặc nhóm hạch, không tính theo block.
47	104	Lập trình máy tạo nhịp tim	Không thanh toán thêm dịch vụ kỹ thuật Điện tâm đồ trong cùng thời điểm lập trình máy tạo nhịp tim.

ST T	STT theo TT 35	DVKT/ Nhóm DVKT được sửa đổi, bổ sung	Điều kiện thanh toán
48	109	Siêu âm Doppler tim	Không thanh toán khi thực hiện dịch vụ kỹ thuật Siêu âm tim có cảm âm khi chỉ định thực hiện cùng một thời điểm.