

QUYẾT ĐỊNH

**Ban hành mẫu bảng kê chi phí khám bệnh, chữa bệnh
sử dụng tại các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh**

BỘ TRƯỞNG BỘ Y TẾ

Căn cứ Luật khám bệnh, chữa bệnh;

Căn cứ Luật bảo hiểm y tế;

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 166/2016/NĐ-CP ngày 24 tháng 12 năm 2016 của Chính phủ quy định về giao dịch điện tử trong lĩnh vực bảo hiểm xã hội, bảo hiểm y tế và bảo hiểm thất nghiệp;

Theo đề nghị của Vụ trưởng Vụ Bảo hiểm y tế,

QUYẾT ĐỊNH:

Điều 1. Ban hành kèm theo Quyết định này Mẫu Bảng kê chi phí khám bệnh, chữa bệnh sử dụng tại các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh (Sau đây viết tắt là Bảng kê chi phí) và Phụ lục hướng dẫn cách ghi chép bảng kê chi phí khám bệnh, chữa bệnh, bao gồm:

1. Mẫu bảng kê chi phí khám bệnh, chữa bệnh;
2. Phụ lục hướng dẫn cách ghi chép bảng kê chi phí khám bệnh, chữa bệnh.

Điều 2. Quy định áp dụng

1. Mẫu Bảng kê chi phí khám bệnh, chữa bệnh áp dụng chung cho tất cả các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh; áp dụng cho các trường hợp khám bệnh, chữa bệnh nội trú; khám bệnh, chữa bệnh điều trị ban ngày và khám bệnh, chữa bệnh ngoại trú.

2. Trong một đợt khám bệnh hoặc một điều trị đối với mỗi một người bệnh, cơ sở khám bệnh, chữa bệnh có trách nhiệm lập 01 (một) bảng kê chi phí khám bệnh, chữa bệnh để lưu cùng với hồ sơ khám bệnh, chữa bệnh của người bệnh đó và 01 (một) bảng kê để cung cấp cho người bệnh.

3. Các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh chỉ kê những mục có phát sinh chi phí và giữ nguyên số thứ tự mã Mục qui định trong mẫu bảng kê chi phí khám bệnh, chữa bệnh.

Điều 3. Quyết định này có hiệu lực kể từ ngày ký, ban hành. Quyết định này thay thế Quyết định số 3455/QĐ-BYT ngày 16 tháng 9 năm 2013 của Bộ trưởng Bộ Y tế về ban hành mẫu Bảng kê chi phí khám bệnh, chữa bệnh sử dụng tại các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh.

Điều 4. Tổ chức thực hiện

1. Các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh có trách nhiệm hoàn thiện phần mềm để thực hiện lập, cung cấp bảng kê chi phí khám bệnh, chữa bệnh theo đúng quy định, hướng dẫn tại Quyết định này, kể từ ngày 01 tháng 01 năm 2019.

2. Trong quá trình tổ chức thực hiện Quyết định này, nếu những văn bản nêu trong Phụ lục hướng dẫn ban hành kèm theo Quyết định này được thay thế bằng văn bản mới thì thực hiện theo văn bản mới ban hành.

Điều 5. Các ông (bà): Chánh văn phòng Bộ, Chánh Thanh tra Bộ, Vụ trưởng Vụ Bảo hiểm y tế, Cục trưởng Cục Quản lý khám, chữa bệnh, Vụ trưởng Vụ Kế hoạch - Tài chính, Thủ trưởng các đơn vị thuộc Bộ Y tế, Giám đốc Sở Y tế các tỉnh, thành phố trực thuộc Trung ương, Thủ trưởng y tế các Bộ, ngành, Giám đốc các Bệnh viện và Viện có giường bệnh trực thuộc Bộ Y tế và các tổ chức, đơn vị, cá nhân có liên quan chịu trách nhiệm thi hành Quyết định này. /

Nơi nhận:

- Như Điều 5;
- Bộ trưởng Bộ Y tế (để b/cáo);
- Các Thứ trưởng Bộ Y tế;
- Bộ Tài chính;
- BHXH Việt Nam;
- Cổng thông tin điện tử Bộ Y tế;
- Lưu: VT, BH.

**KT. BỘ TRƯỞNG
THỨ TRƯỞNG**



Phạm Lê Tuấn

II. Phần Chi phí khám bệnh, chữa bệnh: (Mỗi mã thẻ BHYT thông kê phần chi phí khám bệnh, chữa bệnh phải sinh tương ứng theo mã thẻ đó).

Mã thẻ BHYT:

Giá trị từ/...../..... đến/...../.....

Mức hưởng

(Chi phí KBCB tính từ ngày...../...../..... đến ngày...../...../.....)

| Nội dung | Đơn vị tính | Số lượng | Đơn giá BV (đồng) | Đơn giá BH (đồng) | Tỷ lệ thanh toán theo dịch vụ (%) | Thành tiền BV (Đồng) | Tỷ lệ thanh toán BHYT (%) | Thành tiền BH (đồng) | Nguồn thanh toán (đồng) | | | |
|---|-------------|----------|-------------------|-------------------|-----------------------------------|----------------------|---------------------------|----------------------|-------------------------|-------------------------|------|-------------------|
| | | | | | | | | | Quỹ BHYT | Người bệnh cùng chi trả | Khác | Người bệnh tự trả |
| (1) | (2) | (3) | (4) | (5) | (6) | (7) | (8) | (9) | (10) | (11) | (12) | (13) |
| 1. Khám bệnh: | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| 2. Ngày giường: | | | | | | | | | | | | |
| 2.1. Ngày giường điều trị ban ngày: | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| 2.2. Ngày giường điều trị nội trú: | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| 2.3. Ngày giường lưu: (Áp dụng đối với Phòng khám đa khoa khu vực và Trạm y tế tuyến xã) | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| 3. Xét nghiệm: | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| 4. Chẩn đoán hình ảnh: | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | | | |
|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 5. Thăm dò chức năng: | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| 6. Thủ thuật, phẫu thuật: | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| 7. Máu, chế phẩm máu, vận chuyển máu: | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| 8. Thuốc, dịch truyền: | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| 9. Vật tư y tế: (Vật tư y tế chưa bao gồm vật dịch vụ kỹ thuật nào, Ví dụ: Bơm cho ăn 50ml, dây truyền dịch...) | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| 10. Gói vật tư y tế: (Các vật tư y tế đi kèm trong một lần thực hiện dịch vụ kỹ thuật, không ghi các vật tư y tế đã tính kết cấu trong giá dịch vụ kỹ thuật đó) | | | | | | | | | | | |
| 10.1. Gói vật tư y tế 1 (Ghi kèm theo tên dịch vụ kỹ thuật thực hiện) | | | | | | | | | | | |
| - Tên VTTYT 1 | | | | | | | | | | | |
| - Tên VTTYT 2 | | | | | | | | | | | |
| 10.2. Gói vật tư y tế 2 (Ghi kèm theo tên dịch vụ kỹ thuật thực hiện) | | | | | | | | | | | |
| - Tên VTTYT 1 | | | | | | | | | | | |
| - Tên VTTYT 2 | | | | | | | | | | | |
| 10.n. Gói vật tư y tế n (Ghi kèm theo tên dịch vụ kỹ thuật thực hiện) | | | | | | | | | | | |
| - Tên VTTYT 1 | | | | | | | | | | | |
| - Tên VTTYT 2 | | | | | | | | | | | |
| 11. Vận chuyển người bệnh: | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | | | |
|-------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 12. Dịch vụ khác: | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| Cộng: | | | | | | | | | | | |

Tổng chi phí lần khám bệnh/cả đợt điều trị (làm tròn đến đơn vị đồng):..... đồng

(Viết bằng chữ:.....)

Trong đó, số tiền do:

- Quỹ BHYT thanh toán:
- Người bệnh trả, trong đó:
- + Cùng trả trong phạm vi BHYT:
- + Các khoản phải trả khác:.....
- Nguồn khác:

NGƯỜI LẬP BẢNG KÊ

(Ký, ghi rõ họ tên)

Ngày... tháng... năm ...
KÊ TOÁN VIỆN PHÍ

(Ký, ghi rõ họ tên)

XÁC NHẬN CỦA NGƯỜI BỆNH

(Ký, ghi rõ họ tên)

Ngày tháng năm
GIÁM ĐỊNH BHYT

(Ký, ghi rõ họ tên)

(Tôi đã nhận ... phim ... Xquang/CT/MRI)

Ghi chú:

- Trường hợp khám bệnh, chữa bệnh tại Trạm y tế tuyến xã và tương đương: Thay thế chữ ký, họ tên của Kế toán viện phí bằng chữ ký, họ tên của người phụ trách đơn vị và phân ký xác nhận của Giám định BHYT không bắt buộc.
- Trường hợp KBCB ngoại trú, người bệnh đã được nhận phim chụp (Xquang, Ct, MRI,...) thì thực hiện theo quy định tại Điều 1 Thông tư số 50/2017/TT-BYT ngày 29/12/2017 của Bộ Y tế: Người bệnh ghi số lượng từng loại phim đã nhận vào ô “Xác nhận của người bệnh” và ký xác nhận, ghi rõ họ tên. Trường hợp cơ sở KBCB giữ lại phim để phục vụ công tác nghiên cứu khoa học, đào tạo... thì phải tổng hợp và thông báo để cơ quan BHXH biết. Quy định này không áp dụng đối với các cơ sở KBCB đã tham gia Đề án thí điểm không in phim và KCB nội trú và KCB nội trú ban ngày.
- Trường hợp phân ký xác nhận chuyển sang trang khác thì cơ sở khám bệnh, chữa bệnh có trách nhiệm căn chỉnh mẫu bảng kê để đảm bảo chữ ký gắn với nội dung bảng kê./.

PHỤ LỤC

HƯỚNG DẪN BẢNG KẾ CHI PHÍ KHÂM BỆNH, CHỮA BỆNH

(Ban hành kèm theo Quyết định số 655/QĐ-BYT ngày 30/10/2018

của Bộ trưởng Bộ Y tế)

Phần Một: Hướng dẫn cách ghi Bảng kê chi phí khám bệnh, chữa bệnh (KBCB) đối với người tham gia bảo hiểm y tế (BHYT)

I. Phần nội dung Quyết định

Đối với quy định tại Khoản 3 Điều 2: “Các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh chi kê nhưng mục cơ phát sinh chi phí và giữ nguyên số thứ tự mã Mục quy định trong mẫu Bảng kê chi phí khám bệnh, chữa bệnh” được thực hiện như sau:

- Mã mục là các mục quy định tại Phần II (Phần Chi phí KBCB) của Bảng kê, được đánh số thứ tự từ 1 đến hết.

Vi dụ: Mã mục 1: Khám bệnh; Mã mục 3: Xét nghiệm,...

- Đối với những mã mục có thực hiện dịch vụ thì kê đầy đủ, theo đúng mã mục trong Bảng kê chi phí KBCB ban hành theo Quyết định này (không được sửa hoặc thay đổi số thứ tự của mã mục);

- Đối với những mã mục không thực hiện thì không phải kê và xóa các dòng thuộc mã mục này (bao gồm cả số thứ tự và tên mã mục) trong Bảng kê.

Vi dụ: Bệnh nhân B, đến khám bệnh ngoài trú tại cơ sở y tế A., bệnh nhân được cơ sở y tế chi định thực hiện dịch vụ khám bệnh và xét nghiệm. Cách ghi Bảng kê chi phí KBCB được thực hiện như sau:

+ Chi kê mã mục “1. Khám bệnh” và mã mục “3. Xét nghiệm”;

+ Các mã mục số 2 và các mã mục từ số 4 đến số 12 thì xóa (không phải thể hiện trên hàng kê), nhưng mã mục xét nghiệm vẫn phải giữ số 3 trước tên mã mục.

II. Phần Tiêu đề

1. “Khoa ...” ở góc trên bên trái bảng kê là Khoa thực hiện tổng kết hồ sơ bệnh án khi kết thúc khám bệnh hoặc điều trị của người bệnh tại cơ sở KBCB.

2. “Mã khoa...” ở góc trên bên trái bảng kê là mã khoa thực hiện tổng kết hồ sơ bệnh án khi kết thúc khám bệnh hoặc điều trị của người bệnh tại cơ sở KBCB, được quy định tại Bảng 7 ban hành kèm theo Quyết định số 4210/QĐ-BYT ngày 20/9/2017 của Bộ trưởng Bộ Y tế về Chuẩn dữ liệu đầu ra phục vụ quản lý KBCB BHYT (Sau đây gọi tắt là Quyết định 4210).

3. “Số khám bệnh” ở góc trên bên phải bảng kê ghi tương ứng chi tiêu MA_LK trong XML.

4. “Mã số người bệnh” ở góc trên bên phải bảng kê ghi tương ứng chi tiêu MA_BN trong XML.

5. Đối với dòng chữ “BẢNG KẾ CHI PHÍ...”, tài chỗ “...” (ba chấm), cơ sở KBCB ghi: “KHÂM BỆNH”, hoặc “ĐIỀU TRỊ NGOÀI TRÚ”, hoặc “ĐIỀU TRỊ

điều trị nội trú tại khoa lâm sàng).
- Trường hợp người bệnh đến khám bệnh và có chỉ định vào điều trị nội trú nhưng chưa vào nằm viện thì tổng số ngày điều trị được tính theo số ngày thực tế mà người bệnh nằm điều trị tại cơ sở KBCB (chỉ tính từ ngày người bệnh vào

trở lên) thì để trống (không ghi) mức này.
- Đối với trường hợp người bệnh điều trị ngoại trú mà chỉ đến khám bệnh, kê đơn về điều trị (không có chỉ định điều trị ngoại trú dài ngày từ 02 (hai) ngày trở lên) thì để trống (không ghi) mức này.

điều trị để tính ngày giường người bệnh (bao gồm cả giường lưu tại phòng khám đa khoa khu vực hoặc trạm y tế xã); điều trị ban ngày hoặc đợt điều trị ngoại trú dài ngày từ 02 (hai) ngày trở lên: ghi theo quy định hiện hành của Bộ Y tế: “Ngày ra trú (-) Ngày vào công (+) I”. Không cần cứ vào tổng số ngày điều trị để tính ngày giường người bệnh (bao gồm cả giường lưu tại

4. Mục (9) “Tổng số ngày điều trị”:
- Đối với trường hợp một đợt điều trị có từ hai thẻ BHYT trở lên thì cách ghi mà theo xem hướng dẫn tại Phần IV (Chỉ phí khám bệnh, chữa bệnh) của Phụ lục này.
- Trường hợp một đợt điều trị có từ hai thẻ BHYT trở lên thì cách ghi mà theo cho người tham gia BHYT.

thẻ phù hợp với thời điểm mà người bệnh đến KBCB nhằm bảo đảm quyền lợi mà thẻ BHYT trở lên thì cơ sở KBCB sử dụng mà thẻ có thời hạn sử dụng của cơ cấu trực tiếp trên công BHXH. Trường hợp tra cứu mà có thông tin từ 02 (hai) giao diện lập trình ứng dụng - API (Application Programming Interface) hoặc tra thời điểm tiếp đón người bệnh đến KBCB khi tra cứu trực tiếp thông qua các hàm đây viết tắt là Công văn 1677) để lấy thông tin mà thẻ BHYT tra cứu được tại số văn đề về ứng dụng CNTT trong quản lý KBCB và thanh toán BHYT (Sau văn số 1677/BYT-BH ngày 28/3/2018 của Bộ Y tế về hướng dẫn giải quyết một - Cơ sở KBCB thực hiện tra cứu thông tin theo hướng dẫn tại Mục 1 Công 3. Mục (4) “Mã thẻ BHYT”:

XML1.
2. Mục (2) “Địa chỉ hiện tại”: Ghi địa chỉ theo chỉ tiêu DIA_CHI trong file 4210. Nam: số (1); Nữ: số (2); Chưa xác định: số (3).

1. Mục (1) “Giới tính”: Ghi theo đúng quy định của Bộ Y tế tại Quyết định quan BHXH cấp nhất thì cơ sở KBCB thực hiện cập nhật lại theo thông tin mới.
đổi thông tin hành chính của người bệnh trong một đợt điều trị và đã được cơ lấy thông tin hành chính khi lập bảng kê chi phí KBCB. Trường hợp có sự thay trên Công của cơ quan BHXH tại thời điểm tiếp đón người bệnh đến KBCB để

Nguyên tắc: Các cơ sở KBCB sử dụng thông tin hành chính tra cứu được

III. Phần Hành chính
NỘI TRÚ”, hoặc “DIỀU TRỊ BAN NGÀY” tùy từng hình thức KBCB; đồng thời ghi số vào ô vuông tạo sẵn ở cạnh dòng chữ để phục vụ công tác thông kê trên phần mềm, trong đó: ghi số (1) nếu là Khám bệnh; số (2) nếu là Điều trị ngoại trú; số (3) nếu là Điều trị nội trú; số (4) nếu là Điều trị ban ngày).

- Trường hợp các đợt KBCB trước cùng thực hiện tại một cơ sở KBCB: Cơ sở KBCB từ tính số tiền người bệnh cùng chi trả lấy kê trong năm cùng các điều kiện liên quan theo quy định của pháp luật về BHYT để xác định đủ điều kiện miễn cùng chi trả và thời điểm người bệnh được hưởng miễn cùng chi trả mà không cần giấy xác nhận miễn cùng chi trả do cơ quan BHXH cấp. Cơ sở KBCB có trách nhiệm cung cấp hóa đơn thu đối với số tiền cùng chi trả đủ 06 tháng trong cơ sở để người bệnh cơ căn cứ đề nghị cơ quan BHXH xác nhận không phải cùng chi trả trong năm đó theo quy định tại điểm a khoản 3 Điều 27 Nghị định 146/2018/NĐ-CP ngày

lương cơ sở trở lên và đã tham gia BHYT liên tục từ đủ 5 năm trở lên thì ghi theo thời điểm đủ điều kiện miễn cùng chi trả đó;

- Trường hợp *trong đợt điều trị*, số tiền người bệnh cùng chi trả đủ từ 6 tháng lương cơ sở trở lên và đã tham gia BHYT liên tục từ đủ 5 năm trở lên thì ghi theo quan BHXH cấp thì ghi theo ngày ghi trên giấy;

- Trường hợp người bệnh đến KBCB *đã cơ Giấy miễn cùng chi trả* do cơ b) Cách ghi cụ thể "Miễn cùng chi trả trong năm từ ngày:..." trong Bảng kê:

Công văn 1677.

Trong Bảng kê chi phí KBCB, các cơ sở KBCB ghi rõ số tiền người bệnh cùng chi trả, số tiền người bệnh tự trả (cho cả hai trường hợp đi KBCB dùng tuyến và KBCB không dùng tuyến) để xác định chính xác quyền lợi miễn cùng chi trả khi người bệnh đã tham gia BHYT từ đủ 05 (năm) năm liên tục và có số tiền cùng chi trả đủ 06 (sáu) tháng lương cơ sở đối với các trường hợp KBCB dùng tuyến. Còn trường hợp KBCB không dùng tuyến thì tổng hợp để thể hiện rõ được số tiền cùng chi trả của người bệnh, nhưng số tiền này sẽ không được tính để cấp Giấy chứng nhận không cùng chi trả trong năm tại chính theo hướng dẫn tại Mục 4

a) Nguyên tắc chung:

7. Mục (20) "Miễn cùng chi trả trong năm từ ngày:..." :

dẫn tại Mục 1 Công văn 1677.

Ghi thông tin "Thời điểm đủ 05 năm liên tục từ ngày" mà cơ sở KBCB tra cứu được tại thời điểm tiếp đơn người bệnh đến khám bệnh, chưa bệnh khi tra cứu trực tiếp thông qua API hoặc tra cứu trực tiếp trên cổng BHXH theo hướng

6. Mục (19) "Thời điểm đủ 05 năm liên tục từ ngày:..." :

số y tế khác.

+ 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 chuyển sang cơ lên tuyến trên;

+ Người bệnh nâng đang điều trị nội trú mà tình trạng bệnh chưa thuyên giảm hoặc diễn biến nặng lên nhưng gia đình xin về hoặc từ vong hoặc chuyển

- Điền số (2) vào ô vuông đối với các trường hợp:

bệnh ra viện;

- Điền số (1) vào ô vuông đối với các trường hợp người bệnh đỡ hoặc khỏi

5. Mục (10) "Tình trạng ra viện":

17/10/2018 của Chính phủ quy định chi tiết và hướng dẫn biện pháp thi hành một số điều của luật BHYT (Sau đây viết tắt là Nghị định 146).

- Trường hợp các đợt KBCB trực tiếp hiện tại các cơ sở KBCB khác nhau: Cơ quan BHXH cung cấp hàm API cho cơ sở KBCB biết số tiền cùng chi trả lũy kế của người bệnh trong năm đến thời điểm người bệnh đến KBCB. Cơ sở KBCB căn cứ số tiền người bệnh cùng chi trả lũy kế do cơ quan BHXH cung cấp qua hàm API và số tiền người bệnh cùng chi trả tại cơ sở KBCB đó để xác định đủ điều kiện miễn cùng chi trả và thời điểm được hưởng miễn cùng chi trả mà không cần giấy xác nhận miễn cùng chi trả do cơ quan BHXH cấp. Trường hợp hàm API trả về thông tin số tiền cùng chi trả của người bệnh từ đủ 06 tháng trước cơ sở trở lên và người bệnh tham gia BHYT liên tục từ đủ 05 năm trở lên thì áp dụng mức hưởng 100% mà không cần giấy xác nhận miễn cùng chi trả do cơ quan BHXH cấp.

Trường hợp cơ quan BHXH chưa cung cấp được hàm API thì cơ sở KBCB có trách nhiệm cung cấp chứng từ để người bệnh mang đến cơ quan BHXH nơi cấp thẻ BHYT để thanh toán số tiền cùng chi trả lớn hơn 06 tháng trước cơ sở và nhân giấy xác nhận không phải cùng chi trả trong năm theo quy định tại điểm b khoản 3 Điều 27 Nghị định 146.

- Các trường hợp không có hoặc không đủ thông tin thì đề trong.

IV. Phần Chi phí khám bệnh, chữa bệnh

1. Tiền sử dùng trong bảng kê chi phí là đồng tiền Việt Nam (đồng).

2. Mỗi mã thẻ BHYT sẽ thông kê phần chi phí khám bệnh, chữa bệnh phát sinh tương ứng theo mã thẻ đó. Cụ thể:

- Nếu người bệnh có 01 (một) thẻ hoặc có từ 02 (hai) thẻ BHYT trở lên *nhưng cùng Mã thẻ ghi ở phần Hành chính cũng là mã thẻ ghi ở phần Chi phí khám bệnh, chữa bệnh này.*

- Trường hợp người bệnh có 01 (một) thẻ BHYT *nhưng có 02 Mức hưởng* trong một đợt điều trị theo quy định tại khoản 5 Điều 14 Nghị định 146 thì mỗi mức hưởng được tổng hợp chi phí KBCB tương ứng của từng mức hưởng theo các Mục của phần *Chi phí khám bệnh, chữa bệnh* trong Bảng kê chi phí KBCB.

- Nếu người bệnh có từ 02 (hai) thẻ BHYT trở lên *nhưng khác Mức hưởng* trong một đợt điều trị theo quy định tại khoản 5 Điều 14 Nghị định 146 thì mỗi thẻ được tổng hợp chi phí KBCB tương ứng của từng thẻ, tương ứng với khoảng thời gian của mỗi thẻ theo các Mục của phần *Chi phí khám bệnh, chữa bệnh* trong Bảng kê chi phí KBCB. Tổng chi phí của đợt điều trị bằng tổng chi phí của các thẻ.

Lưu ý: Trường hợp tại cùng một thời điểm KBCB, người bệnh có từ 02 (hai) thẻ BHYT trở lên và *có Mức hưởng khác nhau* thì cơ sở KBCB chọn Mức hưởng cao nhất theo quy định tại khoản 2 Điều 14 Nghị định 146.

Vi dụ: Bệnh nhân A. có hai thẻ BHYT trong một đợt điều trị và hai thẻ có mức hưởng khác nhau, cơ sở KBCB thực hiện lập **Phân Chi phí khám bệnh, chưa bệnh** trong Bảng kê chi phí KBCB như sau:

II. Phân Chi phí khám bệnh, chưa bệnh:

Mã thẻ BHYT 1: Giá trị từ/...../..... đến/...../..... Mức hưởng

(Chi phí KBCB tính từ ngày...../...../..... đến ngày...../...../.....)

| 1. Khám bệnh: | | | | | | | | | | | | | |
|-------------------------|--------|----------|-------------------|-------------------|-----------------------------------|----------------------|---------------------------|----------------------|----------|-------------------------|------|-------------------|------|
| Nội dung | Đơn vị | Số lượng | Đơn giá BV (đồng) | Đơn giá BH (đồng) | Tỷ lệ thanh toán theo dịch vụ (%) | Thành tiền BV (Đồng) | Tỷ lệ thanh toán BHYT (%) | Thành tiền BH (đồng) | Quý BHYT | Người bệnh cùng chi trả | Khác | Người bệnh tự trả | |
| | (1) | (2) | (3) | (4) | (5) | (6) | (7) | (8) | (9) | (10) | (11) | (12) | (13) |
| | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| Nguồn thanh toán (đồng) | | | | | | | | | | | | | |

Mã thẻ BHYT 2: Giá trị từ/...../..... đến/...../..... Mức hưởng

(Chi phí KBCB tính từ ngày...../...../..... đến ngày...../...../.....)

| 4. Chăm đoán hình ảnh: | | | | | | | | | | | | | |
|-------------------------|--------|----------|-------------------|-------------------|-----------------------------------|----------------------|---------------------------|----------------------|----------|-------------------------|------|-------------------|------|
| Nội dung | Đơn vị | Số lượng | Đơn giá BV (đồng) | Đơn giá BH (đồng) | Tỷ lệ thanh toán theo dịch vụ (%) | Thành tiền BV (Đồng) | Tỷ lệ thanh toán BHYT (%) | Thành tiền BH (đồng) | Quý BHYT | Người bệnh cùng chi trả | Khác | Người bệnh tự trả | |
| | (1) | (2) | (3) | (4) | (5) | (6) | (7) | (8) | (9) | (10) | (11) | (12) | (13) |
| | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| Nguồn thanh toán (đồng) | | | | | | | | | | | | | |

- Một số lưu ý đối với mức hưởng:

+ Ghi mức hưởng theo môi thẻ BHYT, là mức hưởng sau khi nhân (x) mức hưởng theo nhóm đối tượng KBCB dùng tuyến hoặc KBCB không dùng tuyến theo quy định của Luật BHYT.

+ Trường hợp người bệnh khi KBCB mà tổng chi phí KBCB của một thẻ BHYT dưới 15 (Mười lăm) phần trăm (%) mức lương cơ sở và tổng chi phí của đợt điều trị lớn hơn 15 (Mười lăm) % mức lương cơ sở thì ghi mức hưởng theo mức hưởng của thẻ (không tách riêng chi phí từng thẻ để so sánh với 15 (Mười lăm) % mức lương cơ sở). Trường hợp tổng chi phí của đợt điều trị dưới 15 (Mười lăm) % mức lương cơ sở thì cơ sở KBCB ghi mức hưởng 100 (Một trăm) % cho tất cả các thẻ BHYT trong đợt điều trị theo quy định tại điểm d khoản 1 điều 14 Nghị định 146.

+ Trường hợp người bệnh đến KBCB đã có Giấy miễn cùng chi trả do cơ quan BHXH cấp và KBCB dùng tuyến thì ghi mức hưởng 100 (Một trăm) %.

+ Trường hợp người bệnh tham gia BHYT đang ký KBCB ban đầu tại Trám y tế tuyến xã giáp ranh của tỉnh giáp ranh khi đến KBCB tại trạm y tế tuyến xã giáp ranh của tỉnh giáp ranh thì ghi mức hưởng 100 (Một trăm) % theo quy định tại khoản 4 Điều 14 Nghị định 146.

+ Trường hợp người bệnh đến KBCB dùng thuốc tại trạm y tế tuyến xã thì ghi mức hưởng 100 (Một trăm) % theo quy định tại điểm c khoản 1 Điều 14 Nghị định 146.

3. Mục "1. Khám bệnh":

- Nội dung: Ghi tên chuyên khoa đã thực hiện khám bệnh cho người bệnh theo quy định của Bộ Y tế;
 - Tỷ lệ thanh toán theo dịch vụ: Ghi tỷ lệ phần trăm (%) thanh toán, tương ứng với lần khám bệnh thứ nhất là 100 (Một trăm) %, từ lần khám thứ hai đến lần khám thứ tư là 30 (Ba mươi) %, lần khám thứ năm là 10 (Mười) %, từ lần khám thứ sáu trở đi là 0 (Không) %.

- Tỷ lệ thanh toán BHYT: Ghi 100 (Một trăm) %.

Vi dụ: Bệnh viện A. là bệnh viện hạng I (tuyến tỉnh), bảng kê chi phí KBCB áp dụng theo Thông tư số 15/2018/TT-BYT ngày 30/5/2018 của Bộ Y tế quy định thông nhất giá dịch vụ khám bệnh, chữa bệnh BHYT giữa các bệnh viện cùng hạng trên toàn quốc và hướng dẫn áp dụng giá, thanh toán chi phí KBCB trong một số trường hợp (Sau đây gọi là Thông tư 15), áp dụng từ ngày 15/7/2018 đối với người tham gia BHYT có mức hưởng 80 (Tám mươi) %.

- Bảng kê chi phí KBCB BHYT dùng tuyến như sau:

| Nội dung | Đơn vị tính | Số lượng | Đơn giá BV (đồng) | Đơn giá BH (đồng) | Tỷ lệ thanh toán theo dịch vụ (%) | Thành tiền BV (Đồng) | Thành tiền BHYT (%) | Tỷ lệ thanh toán BHYT (%) | Thành tiền BH (đồng) | Quý BHYT | Người bệnh cùng chi trả | Khác | Người bệnh tự trả | Nguồn thanh toán (đồng) | | |
|---------------|-------------|----------|-------------------|-------------------|-----------------------------------|----------------------|---------------------|---------------------------|----------------------|----------|-------------------------|------|-------------------|-------------------------|-----|-----|
| | | | | | | | | | | | | | | (1) | (2) | (3) |
| 1. Khám bệnh: | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Khám Nội | Lần | 1 | 33.100 | 33.100 | 100 | 33.100 | 33.100 | 100 | 33.100 | 26.480 | | | | 6.620 | | |
| Khám Mắt | Lần | 1 | 33.100 | 33.100 | 30 | 33.100 | 33.100 | 100 | 9.930 | 7.944 | | | | 1.986 | | |
| Khám Da liễu | Lần | 1 | 33.100 | 33.100 | 30 | 33.100 | 33.100 | 100 | 9.930 | 7.944 | | | | 1.986 | | |
| 99.300 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 52.960 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 42.368 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 10.592 | | | | | | | | | | | | | | | | |

- Bảng kê chi phí KBCB BHYT nội trú không dùng tuyến như sau:

| Nội dung | Đơn vị tính | Số lượng | Đơn giá BV (đồng) | Đơn giá BH (đồng) | Tỷ lệ thanh toán theo dịch vụ (%) | Thành tiền BV (Đồng) | Thành tiền BHYT (%) | Tỷ lệ thanh toán BHYT (%) | Thành tiền BH (đồng) | Quý BHYT | Người bệnh cùng chi trả | Khác | Người bệnh tự trả | Nguồn thanh toán (đồng) | | |
|---------------|-------------|----------|-------------------|-------------------|-----------------------------------|----------------------|---------------------|---------------------------|----------------------|----------|-------------------------|------|-------------------|-------------------------|-----|-----|
| | | | | | | | | | | | | | | (1) | (2) | (3) |
| 1. Khám bệnh: | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Khám Nội | Lần | 1 | 33.100 | 33.100 | 100 | 33.100 | 33.100 | 100 | 33.100 | 15.888 | | | | 17.212 | | |
| Khám Mắt | Lần | 1 | 33.100 | 33.100 | 30 | 33.100 | 33.100 | 100 | 9.930 | 4.766 | | | | 3.178 | | |
| Khám Da liễu | Lần | 1 | 33.100 | 33.100 | 30 | 33.100 | 33.100 | 100 | 9.930 | 4.766 | | | | 3.178 | | |
| 99.300 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 52.960 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 25.421 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 27.539 | | | | | | | | | | | | | | | | |

4. Mục "2.1. Ngày giường điều trị ban ngày" (hiện nay mới chỉ quy định giường ban ngày trong thực hiện hóa trị, xạ trị, hóa trị kết hợp xạ trị ban ngày theo quy định tại Thông tư số 01/2017/TT-BYT ngày 06/3/2017 của Bộ Y tế, giá thanh toán bằng 0,3 lần giá tiền giường nội khoa loại I (khoa Ung bướu (điều trị tia xạ)) quy định tại Thông tư 15, trường hợp có quan có tham quyền quy định thanh toán cho ngày giường ban ngày của chuyên khoa khác thì thực hiện theo quy định tại văn bản đó.)

- Nội dung: Ghi tên dịch vụ (loại giường) theo quy định của Bộ Y tế;

Vi dụ: Bệnh viện A. là bệnh viện chuyên khoa hàng 1 thuộc Bộ Y tế, bảng kê tiền ngày giường điều trị nội trú áp dụng theo Thông tư 15 tài khoa Da liễu

- Tỷ lệ thanh toán BHYT: Ghi 100 (Một trăm) %.
- Tỷ lệ thanh toán theo dịch vụ: Ghi tỷ lệ thanh toán tương ứng với 1 người/giường là 100 (Một trăm) %, 2 (hai) người/giường là 50 (Năm mươi) %, từ 3 (ba) người/giường trở lên làm tròn 33 (Ba mươi ba) %.
- Tỷ lệ thanh toán BHYT: Ghi 100 (Một trăm) %.

5. Mục “2.2. Ngày giường điều trị nội trú”

| Nội dung | Đơn vị tính | Số lượng | Đơn giá BV (đồng) | Đơn giá BH (đồng) | Tỷ lệ thanh toán theo dịch vụ (%) | Thành tiền BV (Đồng) | Tỷ lệ thanh toán BHYT (%) | Thành tiền BH (đồng) | Quỹ BHYT cùng chi trả | Khác | Người bệnh tự trả | Ngày | Khoa Ung bướu (điều trị tại xa) | |
|--|-------------|----------|-------------------|-------------------|-----------------------------------|----------------------|---------------------------|----------------------|-----------------------|------|-------------------|------|---------------------------------|--------|
| | | | | | | | | | | | | | | (1) |
| 2. Ngày giường: | | | | | | | | | | | | | | |
| 2.1. Ngày giường điều trị ban ngày: | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | 35.838 | | 17.919 | 8.601 | | | 2 | 17.919 | 17.919 |
| | | | | | | | 50 | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |

- Bảng kê chi phí KBCB BHYT điều trị ban ngày không dùng tuyền như sau:

| Nội dung | Đơn vị tính | Số lượng | Đơn giá BV (đồng) | Đơn giá BH (đồng) | Tỷ lệ thanh toán theo dịch vụ (%) | Thành tiền BV (Đồng) | Tỷ lệ thanh toán BHYT (%) | Thành tiền BH (đồng) | Quỹ BHYT cùng chi trả | Khác | Người bệnh tự trả | Ngày | Khoa Ung bướu (điều trị tại xa) | |
|--|-------------|----------|-------------------|-------------------|-----------------------------------|----------------------|---------------------------|----------------------|-----------------------|------|-------------------|------|---------------------------------|--------|
| | | | | | | | | | | | | | | (1) |
| 2. Ngày giường: | | | | | | | | | | | | | | |
| 2.1. Ngày giường điều trị ban ngày: | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | 116.940 | | 58.470 | 46.776 | | | 2 | 58.470 | 58.470 |
| | | | | | | | 50 | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |

- Bảng kê chi phí KBCB BHYT dùng tuyền như sau:

Vi dụ: Bệnh viện A. là bệnh viện hàng 1 (tuyền tỉnh), bảng kê tiền ngày giường ban ngày áp dụng theo Thông tư 15 tài khoa Ung bướu (điều trị tại xa) của Bệnh viện A. có năm ghép 2 (hai) người/giường, tiền ngày giường ban ngày đối với người tham gia BHYT có mức hưởng 80 (Tám mươi) %.

- Tỷ lệ thanh toán BHYT: Ghi 100 (Một trăm) %.
- Tỷ lệ thanh toán theo dịch vụ: Ghi tỷ lệ thanh toán tương ứng với 1 người/giường là 100 (Một trăm) %, 2 (hai) người/giường là 50 (Năm mươi) %, từ 3 (ba) người/giường trở lên làm tròn 33 (Ba mươi ba) %.
- Tỷ lệ thanh toán BHYT: Ghi 100 (Một trăm) %.

- Số lượng: Việc xác định số lượng ngày giường điều trị ban ngày được tính theo quy định tại Điều 6 Thông tư 15.

Vi dụ: Trám y tế xã A. được Sở Y tế quyết định cơ giường lưu, bằng kê kê tiền ngày giường lưu áp dụng theo Thông tư 15 tại trạm y tế, có năm ghép 2 (hai) người/giường, tiền giường (đã bao gồm tiền lương) đối với người tham gia BHYT có mức hưởng 80 (tám mươi) % và KBCB BHYT dùng tuyến được tính như sau:

- Tỷ lệ thanh toán BHYT: Ghi 100 (Một trăm) %.
- 3 (ba) người/giường trở lên làm tròn 33 (Ba mươi ba) %.
- Tỷ lệ thanh toán theo dịch vụ: Ghi tỷ lệ thanh toán tương ứng với 1 người/giường là 100 (Một trăm) %, 2 (hai) người/giường là 50 (Năm mươi) %, từ 3 (ba) người/giường trở lên làm tròn 33 (Ba mươi ba) %.
- Nội dung: Ghi tên dịch vụ (loại giường) theo quy định của Bộ Y tế.
- Số lượng: Việc xác định số lượng giường lưu được tính theo quy định tại Điều 4 và Điều 6 Thông tư 15.

6. Mục "2.3. Ngày giường lưu: (Đối với Phòng khám đa khoa khu vực và Trám y tế tuyến xã)"

| Nội dung | Đơn vị tính | Số lượng | Đơn giá BV (đồng) | Đơn giá BH (đồng) | Tỷ lệ thanh toán theo dịch vụ (%) | Thành tiền BV (Đồng) | Thành tiền BHYT (%) | Thành tiền BH (đồng) | Quý BHYT | Người bệnh cùng chi trả | Khác | Người tự trả | 2. Ngày giường: | | Giường Nội khoa loại 1 Bệnh viện chuyên khoa Hàng I thuộc Bộ Y tế - Khoa Da liễu | | | | | | | | | | | | | |
|-------------------------|-------------|----------|-------------------|-------------------|-----------------------------------|----------------------|---------------------|----------------------|----------|-------------------------|------|--------------|------------------------------------|---------|--|---------|---------|-----|-----|-----|-----|-----|------|------|------|------|--|--|
| | | | | | | | | | | | | | (1) | (2) | | (3) | (4) | (5) | (6) | (7) | (8) | (9) | (10) | (11) | (12) | (13) | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nguồn thanh toán (đồng) | | | | | | | | | | | | | 331.330 | 331.330 | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | 487.250 | 487.250 | 155.920 | 155.920 | 331.330 | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | 974.500 | 974.500 | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | 2.2. Ngày giường điều trị nội trú: | | | | | | | | | | | | | | | |

- Bảng kê chi phí KBCB BHYT nội trú không dùng tuyến như sau:

| Nội dung | Đơn vị tính | Số lượng | Đơn giá BV (đồng) | Đơn giá BH (đồng) | Tỷ lệ thanh toán theo dịch vụ (%) | Thành tiền BV (Đồng) | Thành tiền BHYT (%) | Thành tiền BH (đồng) | Quý BHYT | Người bệnh cùng chi trả | Khác | Người tự trả | 2. Ngày giường: | | Giường Nội khoa loại 1 Bệnh viện chuyên khoa Hàng I thuộc Bộ Y tế - Khoa Da liễu | | | | | | | | | | | | | |
|-------------------------|-------------|----------|-------------------|-------------------|-----------------------------------|----------------------|---------------------|----------------------|----------|-------------------------|------|--------------|------------------------------------|---------|--|--------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|------|------|------|------|--|--|
| | | | | | | | | | | | | | (1) | (2) | | (3) | (4) | (5) | (6) | (7) | (8) | (9) | (10) | (11) | (12) | (13) | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nguồn thanh toán (đồng) | | | | | | | | | | | | | 97.450 | 97.450 | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | 389.800 | 389.800 | 97.450 | 97.450 | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | 487.250 | 487.250 | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | 974.500 | 974.500 | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | 2.2. Ngày giường điều trị nội trú: | | | | | | | | | | | | | | | |

- Bảng kê chi phí KBCB BHYT dùng tuyến như sau:

của bệnh viện, có năm ghép 2 (hai) người/giường, tiền giường (đã bao gồm tiền lương) đối với người tham gia BHYT có mức hưởng 80 (tám mươi) %.

- Lưu ý: Các dịch vụ kỹ thuật đã được chi định thực hiện nhưng vì nguyên nhân diện bệnh hoặc thể trạng người bệnh nên không thể tiếp tục thực hiện được kỹ thuật đã chi định thì bỏ (không ghi) mức này; các loại thuốc, vật tư y tế đã sử dụng cho người bệnh được thanh toán theo số lượng thực tế và giá mua vào theo quy định tại khoản 3 Điều 7 Thông tư 15 (Không áp dụng trần thanh toán 45 hàng tháng cơ sở theo quy định tại Thông tư số 04/2017/TT-BYT của Bộ Y tế). Chi phí thuốc, vật tư y tế được ghi vào các mục “Thuốc, dịch truyền”, “Vật tư y tế” trong ung của Bảng kê.

- Tỷ lệ thanh toán BHYT: Ghi tỷ lệ % thanh toán của từng dịch vụ kỹ thuật (nếu có); các đối tượng tham gia BHYT quy định tại điểm b khoản 1 Điều 14 Nghị định 146 thì ghi tỷ lệ thanh toán BHYT bằng 100 (Một trăm) %.

- Tỷ lệ thanh toán BHYT: Ghi tỷ lệ % thanh toán của từng dịch vụ kỹ thuật phát sinh là các thủ thuật thì ghi tỷ lệ thanh toán theo dịch vụ 80% nếu kỹ thuật đó thay kịp phẫu thuật khác thực hiện. Trường hợp thực hiện dịch vụ bằng 50% nếu kỹ thuật đó vẫn cùng một kỹ thuật thực hiện, hoặc ghi 80% quy trình kỹ thuật của phẫu thuật nêu trên thì ghi tỷ lệ thanh toán theo dịch vụ thanh toán theo dịch vụ bằng 100%, các dịch vụ kỹ thuật khác sinh ngoài phẫu thuật phức tạp nhất, có mức giá cao nhất (Dịch vụ kỹ thuật này ghi tỷ lệ thực hiện theo quy định tại khoản 4 Điều 7 Thông tư 15: Thanh toán theo giá của phẫu thuật. Trường hợp thực hiện nhiều can thiệp trong cùng một lần phẫu thuật thì - Tỷ lệ thanh toán theo dịch vụ: Ghi tỷ lệ thanh toán đối với từng dịch vụ kỹ thuật.

- Nội dung: Ghi tên dịch vụ kỹ thuật theo Thông tư số 43/2013/TT-BYT ngày 11/12/2013 hoặc Thông tư số 50/2014/TT-BYT ngày 26/12/2014 của Bộ Y tế. Trường hợp tên dịch vụ kỹ thuật gồm nhiều vị trí thì chỉ ghi một vị trí chi định, trường hợp tên dịch vụ kỹ thuật không ghi vị trí hoặc phương pháp thực hiện thì ghi rõ vị trí hoặc bộ phận chi định hoặc phương pháp thực hiện trong ngoặc vuông ([]);

Vi dụ: Dịch vụ kỹ thuật “Nắn, bó bột bong sụn tiếp khớp khuỷu, khớp cổ tay” khi chi định ghi “Nắn, bó bột bong sụn tiếp khớp khuỷu” hoặc “Nắn, bó bột bong sụn tiếp khớp cổ tay”.

7. Các Mục “3. Xét nghiệm”, “4. Chẩn đoán hình ảnh”, “5. Tham dò chức năng”, “6. Phẫu thuật, thủ thuật”

| Nội dung | Đơn vị tính | Số lượng | Đơn giá (đồng) | Đơn giá BH (đồng) | Tỷ lệ thanh toán theo dịch vụ (%) | Thành tiền BV (Đồng) | Tỷ lệ thanh toán BHYT (%) | Thành tiền BH (đồng) | Quý BHYT | Người cùng chi trả | Khác | Người bệnh tự trả | 2. Ngày ghi: | | 2.3. Ngày ghi: (Đối với Phòng khám đa khoa khu vực và Trạm y tế tuyến xã) | | Tiền lương tại ngày | Trạm y tế tuyến xã | |
|----------|-------------|----------|----------------|-------------------|-----------------------------------|----------------------|---------------------------|----------------------|----------|--------------------|------|-------------------|--------------|-----|---|-----|---------------------|--------------------|-----|
| | | | | | | | | | | | | | (1) | (2) | (3) | (4) | | | (5) |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Nguồn thanh toán (đồng)

| Nội dung | Đơn vị | Số lượng | Đơn giá BV (đồng) | Đơn giá BH (đồng) | Tỷ lệ thanh toán theo dịch vụ (%) | Thành tiền BV (Đồng) | Tỷ lệ thanh toán BHYT (%) | Thành tiền BH (đồng) | Quý BHYT | Người bệnh cùng chi trả | Khác | Người bệnh tự trả | Thuốc, dịch truyền: | | | | | | |
|-------------------------|--------|----------|-------------------|-------------------|-----------------------------------|----------------------|---------------------------|----------------------|----------|-------------------------|------|-------------------|---------------------|-----------|---------|-----------|-----------|------|------|
| | | | | | | | | | | | | | (1) | (2) | | | | | |
| Coversyl 5mg | Viên | 100 | 55.000 | 5.500 | 100 | 55.000 | 100 | 55.000 | 17.600 | 37.400 | | 0 | | | | | | | |
| Nexavar 200mg | Viên | 50 | 6.000.000 | 600.000 | 100 | 6.000.000 | 50 | 3.000.000 | 960.000 | 2.040.000 | | 3.000.000 | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | 6.055.000 | 3.055.000 | 977.600 | 2.077.400 | 3.000.000 | | |
| | | | | | | | | | | | | | (7) | (8) | (9) | (10) | (11) | (12) | (13) |
| Nguồn thanh toán (đồng) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

- Bảng kê chi phí KBCB BHYT nội trú không dùng tuyến:

| Nội dung | Đơn vị | Số lượng | Đơn giá BV (đồng) | Đơn giá BH (đồng) | Tỷ lệ thanh toán theo dịch vụ (%) | Thành tiền BV (Đồng) | Tỷ lệ thanh toán BHYT (%) | Thành tiền BH (đồng) | Quý BHYT | Người bệnh cùng chi trả | Khác | Người bệnh tự trả | Thuốc, dịch truyền: | | | | | | |
|-------------------------|--------|----------|-------------------|-------------------|-----------------------------------|----------------------|---------------------------|----------------------|-----------|-------------------------|------|-------------------|---------------------|-----------|-----------|---------|-----------|------|------|
| | | | | | | | | | | | | | (1) | (2) | | | | | |
| Coversyl 5mg | Viên | 10 | 5.500 | 5.500 | 100 | 55.000 | 100 | 55.000 | 44.000 | 11.000 | | 0 | | | | | | | |
| Nexavar 200mg | Viên | 10 | 600.000 | 600.000 | 100 | 6.000.000 | 50 | 3.000.000 | 2.400.000 | 600.000 | | 3.000.000 | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | 6.055.000 | 3.055.000 | 2.444.000 | 611.000 | 3.000.000 | | |
| | | | | | | | | | | | | | (7) | (8) | (9) | (10) | (11) | (12) | (13) |
| Nguồn thanh toán (đồng) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

- Bảng kê chi phí KBCB BHYT dùng tuyến:

truyền được ghi như sau:

Vi dụ: Bệnh nhân B. tham gia BHYT có mức hưởng BHYT là 80%, nhập viện bệnh viện tuyến trung ương, được bác sỹ chỉ định sử dụng thuốc Nexavar 200mg và thuốc Coversyl 5mg thuộc danh mục thuốc thanh toán BHYT theo Thông tư số 40/2014/TT-BYT ngày 17/11/2014 của Bộ Y tế, bảng kê chi phí thuốc, dịch

thuốc, dịch truyền nằm ngoài danh mục BHYT thì ghi là 0 (không) %.

đây gọi tắt là Nghi định 70) thì ghi tỷ lệ thanh toán BHYT bằng 100 (Một trăm) %; định 146 và Điều 2 Nghi định 70/2015/NĐ-CP ngày 01/9/2015 của Chính phủ (Sau truyền; các đối tượng tham gia BHYT quy định tại điểm b khoản 1 Điều 14 Nghi định 146 và Điều 2 Nghi định 70/2015/NĐ-CP ngày 01/9/2015 của Chính phủ (Sau

- Tỷ lệ thanh toán BHYT: Ghi tỷ lệ % thanh toán của từng thuốc, dịch

thuốc, dịch truyền thanh toán ngoài cơ cấu giá dịch vụ kỹ thuật;

- Nội dung: Ghi tên thuốc, dịch truyền theo kết quả trung thầu, chi ghi các

9. Mục "8. Thuốc, dịch truyền"

| Nội dung | Đơn vị | Số lượng | Đơn giá BV (đồng) | Đơn giá BH (đồng) | Tỷ lệ thanh toán theo dịch vụ (%) | Thành tiền BV (Đồng) | Tỷ lệ thanh toán BHYT (%) | Thành tiền BH (đồng) | Quý BHYT | Người bệnh cùng chi trả | Khác | Người bệnh tự trả | Máu, chế phẩm máu, vận chuyển máu: | | | | | | |
|--|--------|----------|-------------------|-------------------|-----------------------------------|----------------------|---------------------------|----------------------|-----------|-------------------------|------|-------------------|------------------------------------|-----------|-----------|-----------|------|------|------|
| | | | | | | | | | | | | | (1) | (2) | | | | | |
| - Phi vận chuyển máu | Lần | 5 | 17.000 | 17.000 | 100 | 85.000 | 100 | 85.000 | 40.800 | 44.200 | | 0 | | | | | | | |
| - Khôi hồng cầu từ 350ml máu bao gồm chi phí xét nghiệm NAT và chi phí xét nghiệm sàng lọc kháng thể bất thường) | Túi | 5 | 975.000 | 975.000 | 100 | 4.875.000 | 100 | 4.875.000 | 2.340.000 | 2.535.000 | | 0 | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | 4.960.000 | 4.960.000 | 2.380.800 | 2.579.200 | 0 | | |
| | | | | | | | | | | | | | (7) | (8) | (9) | (10) | (11) | (12) | (13) |
| Nguồn thanh toán (đồng) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

- Bảng kê chi phí KBCB BHYT nội trú không dùng tuyến:

Các gói VTYT của các DVKT tiếp theo ghi lần lượt như ở hướng dẫn trên.
 giữa của từng hàng mức). Chi ghi các VTYT chưa tính trong cơ cấu giá DVKT đó;
 đầu. Đối với đơn vị tính là bộ thì ghi chi tiết từng hàng mức, sản phẩm (nếu có
 hiện dịch vụ kỹ thuật (DVKT) đó. Các tên VTYT này ghi theo tên kết quả trung
 y tế I" lần lượt các tên vật tư y tế (VTYT) 1, VTYT 2,... được sử dụng để thực
 kỹ thuật thực hiện trong ngoặc đơn (). Ghi tiếp phía dưới dòng "10.1. Gói vật tư
 - Nội dung: Dòng thứ nhất ghi "10.1. Gói vật tư y tế I" và ghi tên dịch vụ

một lần thực hiện dịch vụ kỹ thuật, trừ các vật tư y tế đã tính trong kết cấu giá
 dịch vụ kỹ thuật đó; mỗi lần thực hiện dịch vụ kỹ thuật là 01 gói vật tư y tế.)
 11. Mục "10. Gói vật tư y tế" (Áp dụng đối với các vật tư y tế đi kèm trong

| Nội dung | Đơn vị | Số lượng | Đơn giá BV (đồng) | Đơn giá BH (đồng) | Tỷ lệ thanh toán theo dịch vụ (%) | Thành tiền BV (Đồng) | Tỷ lệ thanh toán BHYT (%) | Thành tiền BH (đồng) | Quý BHYT | Người bệnh cùng chi trả | Khác | Người bệnh tự trả | Nguồn thanh toán (đồng) | | | | | | | | | | | |
|---------------------------|--------|----------|-------------------|-------------------|-----------------------------------|----------------------|---------------------------|----------------------|----------|-------------------------|------|-------------------|-------------------------|--------|--------|--------|-----|-----|-----|-----|------|------|------|------|
| | | | | | | | | | | | | | (1) | (2) | (3) | | | | | | | | | |
| Dây truyền dịch Terumo | Cái | 3 | 9.000 | 9.000 | 100 | 27.000 | 100 | 27.000 | 12.960 | | | 14.040 | | | | | | | | | | | | |
| Dây truyền đêm giới Icare | Cái | 5 | 6.000 | 6.000 | 100 | 30.000 | 100 | 30.000 | 14.400 | | | 15.600 | | | | | | | | | | | | |
| Bom cho ăn MPV 50ml | Cái | 5 | 4.200 | 4.200 | 100 | 21.000 | 100 | 21.000 | 10.080 | | | 10.920 | | | | | | | | | | | | |
| 9. Vật tư y tế: | | | | | | | | | | | | | 78.000 | 78.000 | 37.440 | 40.560 | | | | | | | | |
| (1) | | | | | | | | | | | | | (2) | (3) | (4) | (5) | (6) | (7) | (8) | (9) | (10) | (11) | (12) | (13) |

- Bảng kê chi phí KBCB BHYT nội trú không dùng tuyến:

| Nội dung | Đơn vị | Số lượng | Đơn giá BV (đồng) | Đơn giá BH (đồng) | Tỷ lệ thanh toán theo dịch vụ (%) | Thành tiền BV (Đồng) | Tỷ lệ thanh toán BHYT (%) | Thành tiền BH (đồng) | Quý BHYT | Người bệnh cùng chi trả | Khác | Người bệnh tự trả | Nguồn thanh toán (đồng) | | | | | | | | | | | |
|---------------------------|--------|----------|-------------------|-------------------|-----------------------------------|----------------------|---------------------------|----------------------|----------|-------------------------|------|-------------------|-------------------------|--------|--------|--------|-----|-----|-----|-----|------|------|------|------|
| | | | | | | | | | | | | | (1) | (2) | (3) | | | | | | | | | |
| Dây truyền dịch Terumo | Cái | 3 | 9.000 | 9.000 | 100 | 27.000 | 100 | 27.000 | 21.600 | | | 5.400 | | | | | | | | | | | | |
| Dây truyền đêm giới Icare | Cái | 5 | 6.000 | 6.000 | 100 | 30.000 | 100 | 30.000 | 24.000 | | | 6.000 | | | | | | | | | | | | |
| Bom cho ăn MPV 50ml | Cái | 5 | 4.200 | 4.200 | 100 | 21.000 | 100 | 21.000 | 16.800 | | | 4.200 | | | | | | | | | | | | |
| 9. Vật tư y tế: | | | | | | | | | | | | | 78.000 | 78.000 | 62.400 | 15.600 | | | | | | | | |
| (1) | | | | | | | | | | | | | (2) | (3) | (4) | (5) | (6) | (7) | (8) | (9) | (10) | (11) | (12) | (13) |

- Bảng kê chi phí KBCB BHYT dùng tuyến:

trong giá trị tiền ngày giường điều trị. Bảng kê chi phí vật tư y tế được ghi như sau:
 ăn, dây để truyền dịch. Bom cho ăn và dây truyền dịch này chưa được cơ cấu vào
 viện tuyến tính, được bác sỹ chỉ định sử dụng bom cho ăn MPV 50 ml để bom thực
 Vi dụ: Bệnh nhân B. tham gia BHYT có mức hưởng 80%, nhập viện bệnh

vật tư y tế năm ngoài danh mục BHYT thì ghi là 0 (không) %.
 Điều 2 Nghị định 70 thì ghi tỷ lệ thanh toán BHYT bằng 100 (Một trăm) %; các
 đối tượng tham gia BHYT quy định tại điểm b khoản 1 Điều 14 Nghị định 146 và
 - Tỷ lệ thanh toán BHYT: Ghi tỷ lệ % thanh toán của từng vật tư y tế; các

- Tỷ lệ thanh toán theo dịch vụ: Ghi 100 (Một trăm) %;

giường điều trị hoặc thu trọn gói theo trường hợp bệnh.

ghi các vật tư y tế thanh toán ngoài cơ cấu giá dịch vụ kỹ thuật, khám bệnh, ngày
 bộ thì ghi chi tiết từng hàng mức, sản phẩm (nếu có giá của từng hàng mức); chỉ
 - Nội dung: Ghi tên vật tư y tế theo kết quả trung đầu. Đối với đơn vị tính là

dịch vụ kỹ thuật nào)

10. Mục "9. Vật tư y tế" (Áp dụng đối với các vật tư y tế không đi kèm theo

Ví dụ 1: Trường hợp gọi VTYT thông thường có tổng thành tiền BH của gói lớn hơn 45 tháng lương cơ sở (tương đương 62.550.000 VND tại thời điểm tháng 10 năm 2018); Bệnh nhân B. nhập viện tại Bệnh viện A. (tuyến tính) để thực hiện dịch vụ kỹ thuật “Phẫu thuật cột sống bằng vít qua cuống”; Bệnh nhân B. có thời gian tham gia BHYT liên tục từ đủ 5 năm trở lên, thuộc đối tượng có mức hưởng BHYT 80%. Bảng kê chi phí VTYT đối với gói vật tư y tế trong trường hợp này được ghi như sau:

Các bước và ghi tương tự như hướng dẫn trên.

Các dòng “10.2. Gói vật tư y tế 2”, “10.3. Gói vật tư y tế 3”,... tính lần lượt theo từng dòng vật tư y tế).

- Chi tính các ô “**Quý BHYT**”, “**Người bệnh cùng chi trả**”, “**Người bệnh tự trả**”, “**Khác**” của dòng “10.1. Gói vật tư y tế 1” (Không bắt buộc tính cụ thể toàn 45 tháng lương cơ sở).

cần so sánh với 45 tháng lương cơ sở, vì các đối tượng này không chịu trần thanh Điều 14 Nghị định 146 và Điều 2 Nghị định 70 thì ô “**Thành tiền BH**” của dòng tháng lương cơ sở. Các đối tượng tham gia BHYT quy định tại điểm b khoản 1 thì ô “**Thành tiền BH**” của dòng “10.1. Gói vật tư y tế 1” bằng 45 (bốn mươi lăm) tháng lương cơ sở, trường hợp tổng thành tiền BH ≥ 45 (bốn mươi lăm) tháng lương cơ sở thì ghi tổng thành tiền BH này vào ô “**Thành tiền BH**” của dòng “10.1. Gói vật tư y tế 1”; So sánh tổng thành tiền BH này với 45 (bốn mươi lăm) tháng lương cơ sở, trường hợp tổng thành tiền BH < 45 (bốn mươi lăm) tháng

+ Bước 2: So sánh tổng thành tiền BH này với 45 (bốn mươi lăm) tháng lương cơ sở, trường hợp tổng thành tiền BH > 45 (bốn mươi lăm) tháng lương cơ sở thì ghi tổng thành tiền BH này vào ô “**Thành tiền BH**” của dòng “10.1. Gói vật tư y tế 1”; stent thứ 2, stent thứ 3... không tính vào tổng thành tiền BH);

+ Bước 1: Tính tổng thành tiền BH của các vật tư y tế trong gói (Trừ trường hợp thực hiện dịch vụ đặt stent động mạch vành có sử dụng từ 2 (hai) stent phù thuộc trở lên thì stent thứ 2, stent thứ 3... không tính vào tổng thành tiền BH);

- Tại ô “**Thành tiền BH**” của dòng “10.1. Gói vật tư y tế 1”:

- Năm ngoài danh mục BHYT thì ghi là 0 (không) %.
 2 Nghị định 70 thì ghi tỷ lệ thanh toán BHYT bằng 100 (Một trăm) %; các VTYT tương tự tham gia BHYT quy định tại điểm b khoản 1 Điều 146 và Điều 2 Nghị định 70 thì ghi tỷ lệ thanh toán BHYT bằng 100 (Một trăm) %; các VTYT

- Tỷ lệ thanh toán BHYT: Ghi tỷ lệ thanh toán của từng VTYT; các đối tượng BHYT; các đối

- Tỷ lệ thanh toán theo dịch vụ: Ghi 100 (Một trăm) %; gia BH là 0 (không).
 Đối với các VTYT không thuộc phạm vi thanh toán của quỹ BHYT thì ghi Đơn BV lớn hơn hoặc bằng (\geq) Mức thanh toán thì Đơn giá BH bằng Mức thanh toán. BV nhỏ hơn ($<$) Mức thanh toán thì Đơn giá BH bằng Đơn giá BV, nếu Đơn giá định Mức thanh toán thì so sánh Đơn giá BV với Mức thanh toán, nếu Đơn giá Mức thanh toán) thì Đơn giá BH bằng Đơn giá BV. Đối với các VTYT có quy Thông tư số 04/2017/TT-BYT ngày 14/4/2017 của Bộ Y tế (Sau đây gọi chung là toàn theo quy định tại cột 5 Danh mục VTYT tại Phụ lục 01 ban hành kèm theo

- Đơn giá bảo hiểm (BH): Đối với các VTYT không quy định mức thanh cơ sở KBCB theo quy định của pháp luật về đầu thầu;

- Đơn giá bệnh viện (BV): Ghi đơn giá của vật tư y tế theo giá mua vào của

| Nội dung | Đơn vị tính | Số lượng | Đơn giá BV (đồng) | Đơn giá BH (đồng) | Thành tiền theo dích (đồng) | Thành tiền theo tỷ lệ BHYT (%) | Thành tiền BH (đồng) | Quỹ BHYT | Nguồn thanh toán (đồng) | | | |
|---|-------------|----------|-------------------|-------------------|-----------------------------|--------------------------------|----------------------|----------|-------------------------|------|-------------------|------|
| | | | | | | | | | Người bệnh cùng chi trả | Khác | Người bệnh tự trả | |
| (1) | (2) | (3) | (4) | (5) | (6) | (7) | (8) | (9) | (10) | (11) | (12) | (13) |
| Nộp hợp kim | Cái | 2 | 5.600.000 | 5.600.000 | 100 | 11.200.000 | 11.200.000 | | | | | |
| Ốc sử dụng với vít hợp kim da, đơn kim da, đơn trục dùng trong PT xương | Cái | 12 | 990.000 | 990.000 | 100 | 11.880.000 | 11.880.000 | | | | | |
| Vít hợp kim đơn trục hình thang, các cỡ dùng trong phẫu thuật xương | Cái | 5 | 3.795.000 | 3.795.000 | 100 | 18.975.000 | 18.975.000 | | | | | |
| Vít hợp kim đa trục hình thang, các cỡ dùng trong phẫu thuật xương | Cái | 7 | 4.800.000 | 4.800.000 | 100 | 33.600.000 | 33.600.000 | | | | | |
| 10.1. Gói vật tư y tế I (Phẫu thuật cột sống bằng vít qua) | | | | | 75.655.000 | | | | | | | |
| 10. Gói vật tư y tế: | | | | | 75.655.000 | | | | | | | |
| 10.1. Gói vật tư y tế I (Phẫu thuật cột sống bằng vít qua) | | | | | 75.655.000 | | | | | | | |
| | | | | | 62.550.000 | | | | | | | |
| | | | | | 30.024.000 | | | | | | | |
| | | | | | 32.526.000 | | | | | | | |
| | | | | | 13.105.000 | | | | | | | |

- Bảng kê chi phí KBCB BHYT nội trú không dùng tuyến:

| Nội dung | Đơn vị tính | Số lượng | Đơn giá BV (đồng) | Đơn giá BH (đồng) | Thành tiền theo dích (đồng) | Thành tiền theo tỷ lệ BHYT (%) | Thành tiền BH (đồng) | Quỹ BHYT | Nguồn thanh toán (đồng) | | | |
|---|-------------|----------|-------------------|-------------------|-----------------------------|--------------------------------|----------------------|----------|-------------------------|------|-------------------|------|
| | | | | | | | | | Người bệnh cùng chi trả | Khác | Người bệnh tự trả | |
| (1) | (2) | (3) | (4) | (5) | (6) | (7) | (8) | (9) | (10) | (11) | (12) | (13) |
| Nộp hợp kim | Cái | 2 | 5.600.000 | 5.600.000 | 100 | 11.200.000 | 11.200.000 | | | | | |
| Ốc sử dụng với vít hợp kim da, đơn kim da, đơn trục dùng trong PT xương | Cái | 12 | 990.000 | 990.000 | 100 | 11.880.000 | 11.880.000 | | | | | |
| Vít hợp kim đơn trục hình thang, các cỡ dùng trong phẫu thuật xương | Cái | 5 | 3.795.000 | 3.795.000 | 100 | 18.975.000 | 18.975.000 | | | | | |
| Vít hợp kim đa trục hình thang, các cỡ dùng trong phẫu thuật xương | Cái | 7 | 4.800.000 | 4.800.000 | 100 | 33.600.000 | 33.600.000 | | | | | |
| 10.1. Gói vật tư y tế I (Phẫu thuật cột sống bằng vít qua) | | | | | 75.655.000 | | | | | | | |
| 10. Gói vật tư y tế: | | | | | 75.655.000 | | | | | | | |
| 10.1. Gói vật tư y tế I (Phẫu thuật cột sống bằng vít qua) | | | | | 75.655.000 | | | | | | | |
| | | | | | 62.550.000 | | | | | | | |
| | | | | | 50.040.000 | | | | | | | |
| | | | | | 12.510.000 | | | | | | | |
| | | | | | 13.105.000 | | | | | | | |

- Bảng kê chi phí KBCB BHYT dùng tuyến:

