

Số: 697 /QĐ-BYT

Hà Nội, ngày 19 tháng 3 năm 2026

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 Bảo hiểm y tế;

Căn cứ Luật Khám bệnh, chữa bệnh;

Căn cứ Nghị định số 42/2025/NĐ-CP ngày 27 tháng 02 năm 2025 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 164/2025/NĐ-CP ngày 29 tháng 6 năm 2025 của Chính phủ quy định về giao dịch điện tử trong lĩnh vực bảo hiểm xã hội và Cơ sở dữ liệu quốc gia về bảo hiểm;

Căn cứ Nghị định số 188/2025/NĐ-CP ngày 01 tháng 7 năm 2025 của Chính phủ quy định chi tiết và hướng dẫn thi hành một số điều của Luật Bảo hiểm y tế;

Thông tư số 01/2025/TT-BYT ngày 01 tháng 01 năm 2025 của Bộ trưởng Bộ Y tế quy định chi tiết và hướng dẫn thi hành một số điều của Luật Bảo hiểm y tế;

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

QUYẾT ĐỊNH:

Điều 1. Ban hành kèm theo Quyết định này biểu mẫu kỹ thuật và hướng dẫn kỹ thuật lập đối với Mẫu bảng kê chi phí khám bệnh, chữa bệnh sử dụng tại các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh, gồm:

- Mẫu bảng kê chi phí khám bệnh, chữa bệnh;
- Phụ lục hướng dẫn kỹ thuật ghi bảng kê chi phí khám bệnh, chữa bệnh.

Điều 2. Hướng dẫn kỹ thuật

1. Trong một lượt khám bệnh, chữa bệnh đối với mỗi người bệnh, cơ sở khám bệnh, chữa bệnh lập 01 bảng kê chi phí khám bệnh, chữa bệnh để lưu cùng với hồ sơ khám bệnh, chữa bệnh của người bệnh đó và 01 bảng kê để cung cấp cho người bệnh.

2. Trường hợp cơ sở khám bệnh, chữa bệnh đã triển khai bệnh án điện tử thì thực hiện lập bảng kê chi phí khám bệnh, chữa bệnh bản điện tử để lưu trữ cùng hồ sơ bệnh án điện tử của người bệnh và cung cấp bảng kê cho người bệnh

qua phương tiện, thiết bị điện tử, không phải lập bảng kê giấy. Bảng kê điện tử có ký số đầy đủ theo quy định thì có giá trị tương đương bản giấy. Trường hợp bảng kê giấy có chữ ký trực tiếp (ký tay) của người bệnh được cơ sở khám bệnh, chữa bệnh chuyển thành file điện tử (scan) và có ký số xác thực của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh thì có giá trị như bản điện tử để lưu trữ cùng bệnh án điện tử của người bệnh, thay thế cho bản giấy.

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 6556/QĐ-BYT ngày 30 tháng 10 năm 2018 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 chỉnh sửa, nâng cấp phần mềm để thực hiện lập, cung cấp bảng kê chi phí khám bệnh, chữa bệnh theo hướng dẫn tại Quyết định này chậm nhất kể từ ngày 01 tháng 7 năm 2026.

2. Trong thời gian chưa thực hiện bảng kê chi phí khám bệnh, chữa bệnh theo quy định tại Quyết định này, cơ sở khám bệnh, chữa bệnh thực hiện lập bảng kê theo quy định tại Quyết định số 6556/QĐ-BYT.

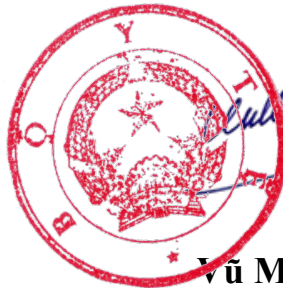
3. Trong quá trình tổ chức thực hiện Quyết định này, nếu những văn bản nêu trong Phụ lục hướng dẫn kỹ thuật ban hành kèm theo Quyết định này được thay thế bằng văn bản mới thì thực hiện theo văn bản mới ban hành.

Điều 5. Các ông (bà): Chánh văn phòng Bộ, 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, cơ quan bảo hiểm xã hội 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/c);
- Bộ Tài chính;
- BHXH Việt Nam - Bộ Tài chính;
- Cổng thông tin điện tử Bộ Y tế;
- Lưu: VT, BH.

**KT. BỘ TRƯỞNG
THỨ TRƯỞNG THƯỜNG TRỰC**



Vũ Mạnh Hà

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)

XÁC NHẬN CỦA NGƯỜI BỆNH
(ký, ghi rõ họ tên)

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

Ngày... tháng... năm ...
KẾ TOÁN VIỆN PHÍ
(ký, ghi rõ họ tên)

Ghi chú:

- Trường hợp khám bệnh, chữa bệnh tại Trạm y tế tuyến xã và tương đương mà chưa có kế toán viện phí thì thay thế chữ ký, họ tên của Kế toán viện phí bằng chữ ký, họ tên của người phụ trách đơn vị.
- 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 triển khai hệ thống PACS, đã triển khai bệnh án điện tử và không áp dụng đối với KBCB nội trú, điều trị 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 KỸ THUẬT
GHI BẢNG KÊ CHI PHÍ KHÁM BỆNH, CHỮA BỆNH
(Ban hành kèm theo Quyết định số /QĐ-BYT ngày / /2026
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 chỉ kê những mục có 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.

Ví 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.

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

+ Chỉ 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 bảng 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 Phụ lục 6 ban hành kèm theo Quyết định số 2010/QĐ-BYT ngày 19/6/2025 của Bộ trưởng Bộ Y tế ban hành tạm thời một số danh mục mã dùng chung phục vụ việc gửi dữ liệu chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế.

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

4. “Mã số người bệnh” ở góc trên bên phải bảng kê ghi tương ứng chỉ tiêu MA_BN trong XML1.

5. Đối với dòng chữ “BẢNG KÊ CHI PHÍ...”, tại chỗ “...” (ba chấm), cơ sở KBCB ghi: “KHÁM BỆNH”, hoặc “ĐIỀU TRỊ NGOẠI TRÚ”, hoặc “ĐIỀU TRỊ

NỘI TRÚ”, hoặc “ĐIỀU TRỊ BAN NGÀY” tùy từng hình thức KBCB; đồng thời ghi số vào ô vuông tạo sẵn ở cạnh dòng chữ này để phục vụ công tác thống kê trên phần mềm, trong đó: ghi “01” nếu là Khám bệnh; “02” nếu là Điều trị ngoại trú; “03” nếu là Điều trị nội trú; “04” nếu là Điều trị ban ngày).

III. Phần Hành chính

Nguyên tắc: Các cơ sở KBCB sử dụng thông tin hành chính tra cứu được trên Cổng tiếp nhận dữ liệu của Bảo hiểm xã hội Việt Nam (sau đây gọi tắt là Cổng BHXH) hoặc thông tin trên thẻ bảo hiểm y tế bản giấy (áp dụng đối với đối tượng QN, CA, CY mà khi tra cứu Cổng BHXH không có thông tin) tại thời điểm tiếp đón người bệnh đến KBCB để lấy thông tin hành chính khi lập bảng kê chi phí KBCB. Trường hợp trong quá trình điều trị, người bệnh cung cấp thông tin thẻ BHYT có sự thay đổi thông tin hành chính và đã được cơ quan BHXH cập nhật thì cơ sở KBCB thực hiện cập nhật lại theo thông tin mới.

1. Mục (1) “Giới tính”: Ghi theo quy định tại Quyết định số 3176/QĐ-BYT ngày 29/10/2024 của Bộ trưởng Bộ Y tế sửa đổi, bổ sung Quyết định số 4750/QĐ-BYT ngày 29/12/2023 của Bộ trưởng Bộ Y tế sửa đổi, bổ sung Quyết định số 130/QĐ-BYT ngày 18/01/2023 quy định chuẩn và định dạng dữ liệu đầu ra phục vụ việc quản lý, giám định, thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh và giải quyết các chế độ liên quan: Nam: 1; Nữ: 2; Chưa xác định: 3.

2. Mục (2) “Địa chỉ hiện tại”: Ghi địa chỉ theo chỉ tiêu DIA_CHI trong XML1.

3. Mục (4) “Mã thẻ BHYT”:

- Cơ sở KBCB thực hiện tra cứu thông tin trên Cổng BHXH để lấy thông tin mã thẻ BHYT tra cứu được tại thời điểm tiếp đón người bệnh đến KBCB khi tra cứu trực tiếp thông qua các hàm giao diện lập trình ứng dụng - API (Application Programming Interface) hoặc tra cứu trực tiếp trên Cổng BHXH. Trường hợp tra cứu mà có thông tin từ 02 mã thẻ BHYT trở lên thì cơ sở KBCB sử dụng mã thẻ có thời hạn sử dụng của thẻ phù hợp với thời điểm mà người bệnh đến KBCB nhằm bảo đảm quyền lợi cho người tham gia BHYT.

- Trường hợp một đợt điều trị có từ hai thẻ BHYT trở lên thì cách ghi mã thẻ xem hướng dẫn tại Phần IV (Chi phí khám bệnh, chữa bệnh) của Phụ lục này.

4. Mục (9) “Tổng số ngày điều trị”:

- Đối với trường hợp người bệnh điều trị nội trú (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 ngày trở lên: ghi theo quy định hiện hành của Bộ Y tế: “Ngày ra - Ngày vào + 1”. Không căn cứ vào tổng số ngày điều trị để tính ngày giường thanh toán chi phí với cơ quan BHXH.

- 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 ngày trở lên) thì để trống (không ghi) mục này.

- 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 điều trị nội trú tại khoa lâm sàng).

5. Mục (10) “Tình trạng ra viện”:

Ghi theo chỉ tiêu “MA_LOAI_RV” tại Bảng 1 ban hành kèm theo Quyết định số 3176/QĐ-BYT ngày 29/10/2024 của Bộ trưởng Bộ Y tế.

6. Mục (11) “Mã đối tượng đến khám bệnh, chữa bệnh”:

Ghi mã đối tượng đến khám bệnh, chữa bệnh theo Phụ lục 1 ban hành kèm theo Quyết định số 3276/QĐ-BYT ngày 17/10/2025 của Bộ trưởng Bộ Y tế ban hành danh mục mã đối tượng đến KBCB và danh mục mã nhiên liệu phục vụ việc gửi dữ liệu điện tử chi phí KBCB BHYT (Sau đây viết tắt là Quyết định số 3276/QĐ-BYT).

7. Mục (16) “Thời điểm đủ 05 năm liên tục từ ngày: ...”

Ghi thông tin “Thời điểm đủ 05 năm liên tục từ ngày” mà cơ sở KBCB tra cứu được tại thời điểm tiếp đón người bệnh đến KBCB khi tra cứu trực tiếp thông qua API hoặc tra cứu trực tiếp trên Cổng BHXH.

8. Mục (17) “Số tiền người bệnh cùng chi trả lũy kế trong năm tài chính:...”

Ghi tổng số tiền người bệnh cùng chi trả lũy kế trong năm tài chính mà cơ sở KBCB tra cứu được tại thời điểm tiếp đón người bệnh đến KBCB khi tra cứu trực tiếp thông qua API hoặc tra cứu trực tiếp trên Cổng BHXH.

9. Mục (18) “Miễn cùng chi trả trong năm từ ngày: ...”:

a) Nguyên tắc chung:

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 để xác định chính xác quyền lợi miễn cùng chi trả khi người bệnh đã tham gia BHYT từ đủ 05 năm liên tục và có số tiền cùng chi trả lớn hơn 6 tháng lương cơ sở đối với các trường hợp KBCB đúng quy định tại khoản 3, các điểm a, b, c, đ và e khoản 4, khoản 5 Điều 22, Điều 26 và Điều 27 Luật BHYT.

b) Cách ghi cụ thể “Miễn cùng chi trả trong năm từ ngày: ...” trong Bảng kê:

- Trường hợp người bệnh đến KBCB đã có giấy miễn cùng chi trả do cơ quan BHXH cấp thì ghi theo ngày ghi trên giấy;

- Cơ quan BHXH cung cấp trên Cổng BHXH hoặc 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 theo quy định tại điểm b khoản 2 Điều 18 Nghị định 188/2025/NĐ-CP ngày 01/7/2025 của Chính phủ quy định chi tiết và hướng dẫn thi hành một số điều của Luật BHYT (Sau đây viết tắt là Nghị định 188/2025/NĐ-CP). Cơ sở KBCB căn cứ số tiền người bệnh cùng chi trả lũy kế do cơ quan BHXH cung cấp để xác định đủ điều kiện miễn cùng chi trả và thời điểm được hưởng miễn cùng chi trả.

Ví dụ: Công BHXH trả thông tin miễn cùng chi trả người bệnh Nguyễn Thị A đã tham gia BHYT 5 năm liên tục của các lần tra cứu như sau:

TT	Ngày tra cứu	Mã thẻ BHYT	Mã cơ sở KCB	Ngày vào	Ngày ra	Tiền BNCCT	Tiền lũy kế BNCCT	Ngày gửi CTN	Ngày gửi PMGD
1	27/02/2026	GD4242...1209715	01929	03/02/2026	03/02/2026	5.200.000	21.700.400	04/02/2026	07/02/2026
2	27/02/2026	GD4242...1209715	01929	25/01/2026	28/01/2026	6.500.000	16.500.400	30/01/2026	30/01/2026
3	27/02/2026	GD4242...1209715	01934	01/01/2026	15/01/2026	10.000.400	10.000.400	15/01/2026	15/01/2026

Cơ sở KBCB nhập thời điểm miễn cùng chi trả là ngày 28/01/2026 (ngày ra viện của thời điểm số tiền lũy kế cùng chi trả bắt đầu vượt 06 tháng lương cơ sở).

IV. Phần Chi phí khám bệnh, chữa bệnh

1. Tiền sử dụng trong bảng kê chi phí là đồng tiền Việt Nam (đồng).
2. Mỗi mã thẻ BHYT sẽ thống kê phần chi phí khám bệnh, chữa bệnh phát sinh tương ứng theo mã thẻ đó. Cụ thể:

- Trường hợp người bệnh có 01 thẻ hoặc có từ 02 thẻ BHYT trở lên và có cùng mức hưởng nhưng có giá trị sử dụng khác nhau thì mỗi thẻ tổng hợp chi phí KBCB tương ứng với khoảng thời gian sử dụng của mỗi thẻ theo các mục của phần chi phí KBCB trong Bảng kê chi phí.

- Trường hợp người bệnh có 01 thẻ BHYT nhưng có 02 mức hưởng trong một đợt điều trị theo quy định tại Điều 21 Nghị định 188/2025/NĐ-CP thì mỗi mức hưởng được tổng hợp chi phí KBCB tương ứng của từng mức hưởng theo các mục của phần chi phí KBCB trong Bảng kê chi phí.

- Trường hợp người bệnh có từ 02 thẻ BHYT trở lên và khác mức hưởng trong một đợt điều trị theo quy định tại Điều 21 Nghị định 188/2025/NĐ-CP thì mỗi thẻ được tổng hợp chi phí KBCB tương ứng của từng thẻ, tương ứng với khoảng thời gian sử dụng của mỗi thẻ theo các mục của phần chi phí KBCB trong Bảng kê chi phí. 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 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 22 Luật BHYT.

Ví 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 **Phần Chi phí khám bệnh, chữa bệnh** trong Bảng kê chi phí KBCB như sau:

dịch vụ kỹ thuật y tế thuộc phạm vi được hưởng của người tham gia BHYT (Sau đây viết tắt là Thông tư số 39/2024/TT-BYT).

- Tỷ lệ thanh toán BHYT: Ghi 100%

4. Mục “2.1. Ngày giường điều trị ban ngày”

- Nội dung: Ghi tên dịch vụ (loại giường) theo quy định tại Phụ lục 4 ban hành kèm theo Quyết định số 2010/QĐ-BYT

- Số lượng: Ghi số lượng ngày giường điều trị ban ngày

- Đơn giá BH: Theo giá được cấp có thẩm quyền phê duyệt giá cho cơ sở KBCB theo quy định của Thông tư số 21/2024/TT-BYT và Điều 110 Luật khám bệnh, chữa bệnh số 15/2023/QH15. Đối với cơ sở KBCB tư nhân thực hiện theo quy định tại Điều 47 Nghị định số 188/2025/NĐ-CP.

- Tỷ lệ thanh toán theo dịch vụ: Ghi tỷ lệ thanh toán tương ứng với 1 người/giường là 100%, 2 người/giường là 50%, từ 3 người/giường trở lên làm tròn 33%

- Tỷ lệ thanh toán BHYT: Ghi 100%

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

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

- Số lượng: Việc xác định số lượng ngày giường điều trị nội trú được tính theo quy định tại khoản 4 Điều 1 Thông tư số 39/2024/TT-BYT

- Đơn giá BH: Theo giá được cấp có thẩm quyền phê duyệt giá cho cơ sở KBCB theo quy định của Thông tư số 21/2024/TT-BYT và Điều 110 Luật khám bệnh, chữa bệnh số 15/2023/QH15. Đối với cơ sở KBCB tư nhân thực hiện theo quy định tại Điều 47 Nghị định số 188/2025/NĐ-CP.

- Tỷ lệ thanh toán theo dịch vụ: Ghi tỷ lệ thanh toán tương ứng với 1 người/giường là 100%, 2 người/giường là 50%, từ 3 người/giường trở lên làm tròn 33%

- Tỷ lệ thanh toán BHYT: Ghi 100%

6. Mục “2.3. Ngày giường lưu”

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

- Số lượng: Việc xác định số lượng ngày giường lưu được tính theo quy định của Bộ Y tế.

- Tỷ lệ thanh toán theo dịch vụ: Ghi tỷ lệ thanh toán tương ứng với 1 người/giường là 100%, 2 người/giường là 50%, từ 3 người/giường trở lên làm tròn 33%.

- Tỷ lệ thanh toán BHYT: Ghi 100%

- Mục này chỉ áp dụng đối với Phòng khám đa khoa khu vực, Trạm y tế xã, Phòng khám đa khoa tư nhân tại vùng có điều kiện kinh tế - xã hội khó khăn, vùng có điều kiện kinh tế - xã hội đặc biệt khó khăn, khu vực biên giới, hải đảo, nhà hộ sinh theo quy định tại khoản 2 Điều 77 Luật KCB số 15/2023/QH15.

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

- Nội dung: Ghi tên dịch vụ kỹ thuật theo Thông tư số 23/2024/TT-BYT của Bộ trưởng Bộ Y tế ban hành danh mục kỹ thuật trong KBCB. Đối với dịch vụ kỹ thuật, trường hợp cần ghi rõ vị trí, phương pháp thực hiện hoặc phân biệt các mức giá khác nhau thì sau tên dịch vụ kỹ thuật ghi phần mô tả chi tiết trong ngoặc vuông [...].

- Tỷ lệ thanh toán theo dịch vụ: Ghi tỷ lệ thanh toán đối với từng dịch vụ kỹ thuật. Trường hợp thực hiện nhiều can thiệp trong cùng một lần phẫu thuật thì thực hiện theo quy định tại khoản 4 Điều 1 Thông tư số 39/2024/TT-BYT: Thanh toán theo giá của phẫu thuật phức tạp nhất, có mức giá cao nhất (Dịch vụ kỹ thuật này ghi tỷ lệ thanh toán theo dịch vụ bằng 100%), các dịch vụ kỹ thuật khác phát sinh ngoài quy trình kỹ thuật của phẫu thuật nêu trên thì ghi tỷ lệ thanh toán theo dịch vụ bằng 50% nếu kỹ thuật đó vẫn cùng một dịp phẫu thuật thực hiện, hoặc ghi 80% nếu kỹ thuật đó thay dịp phẫu thuật khác thực hiện. Trường hợp thực hiện dịch vụ kỹ thuật phát sinh là các thủ thuật thì ghi tỷ lệ thanh toán theo dịch vụ bằng 80%.

- 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 Điều 16 Nghị định số 188/2025/NĐ-CP thì ghi tỷ lệ thanh toán BHYT bằng 100%; các dịch vụ nằm ngoài danh mục BHYT thì ghi 0%.

- Lưu ý: 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 thì bỏ (không ghi) mục này; các loại thuốc, thiết bị y tế, khí y tế, vật tư, dụng cụ, công cụ, hóa chất, máu, chế phẩm máu đã sử dụng cho người bệnh được thanh toán theo số lượng thực tế và giá mua vào theo quy định tại khoản 4 Điều 1 Thông tư số 39/2024/TT-BYT (Không áp dụng trần thanh toán 45 tháng lương cơ sở theo quy định tại khoản 1 Điều 1 Thông tư số 24/2025/TT-BYT sửa đổi, bổ sung một số điều của Thông tư số 04/2017/TT-BYT ban hành Danh mục và tỷ lệ, điều kiện thanh toán đối với vật tư y tế thuộc phạm vi được hưởng của người tham gia BHYT) và Điều 48 Nghị định số 188/2025/NĐ-CP. Chi phí thuốc, thiết bị y tế, khí y tế, vật tư, dụng cụ, công cụ, hóa chất, máu, chế phẩm máu được ghi vào các mục “Thuốc, dịch truyền”, “Thiết bị y tế” tương ứng của Bảng kê.

8. Mục “7. Máu, chế phẩm máu, vận chuyển máu”

- Nội dung: Ghi tên đơn vị máu, chế phẩm máu, vận chuyển máu theo quy định tại Phụ lục 9 ban hành kèm theo Quyết định số 7603/QĐ-BYT ngày 15/12/2018 của Bộ trưởng Bộ Y tế ban hành bộ mã danh mục dùng chung áp dụng trong quản lý khám bệnh, chữa bệnh và thanh toán BHYT (Phiên bản số 6);

- Tỷ lệ thanh toán theo dịch vụ: Ghi 100%

- Tỷ lệ thanh toán BHYT: Ghi 100%

9. Mục “**8. Thuốc, dịch truyền**”

- Nội dung: Ghi tên thuốc, dịch truyền theo kết quả trúng thầu, chỉ ghi các thuốc, dịch truyền thanh toán ngoài cơ cấu giá dịch vụ kỹ thuật;

- Tỷ lệ thanh toán theo dịch vụ: Ghi 100%;

- Tỷ lệ thanh toán BHYT: Ghi tỷ lệ % thanh toán của từng thuốc, dịch truyền; các đối tượng tham gia BHYT quy định tại Điều 16 Nghị định số 188/2025/NĐ-CP và Điều 2 Nghị định 70/2015/NĐ-CP ngày 01/9/2015 của Chính phủ (Sau đây gọi tắt là Nghị định 70) đã được sửa đổi, bổ sung bởi Nghị định số 74/2025/NĐ-CP thì ghi tỷ lệ thanh toán BHYT bằng 100%; các thuốc, dịch truyền nằm ngoài danh mục BHYT thì ghi 0%.

10. Mục “**9. Thiết bị y tế**” (*Áp dụng đối với các thiết bị y tế không đi kèm theo dịch vụ kỹ thuật nào*)

- Nội dung: Ghi tên thiết bị y tế theo kết quả trúng thầu hoặc tên thương mại của hàng hóa. Đối với đơn vị tính là bộ thì ghi chi tiết từng hạng mục, sản phẩm (nếu có giá của từng hạng mục); chỉ ghi các thiết bị y tế thanh toán ngoài cơ cấu giá dịch vụ kỹ thuật, khám bệnh, ngày giường điều trị hoặc thu trọn gói theo trường hợp bệnh.

- Tỷ lệ thanh toán theo dịch vụ: Ghi 100%

- Tỷ lệ thanh toán BHYT: Ghi tỷ lệ % thanh toán của từng thiết bị y tế; các đối tượng tham gia BHYT quy định tại Điều 16 Nghị định số 188/2025/NĐ-CP và Điều 2 Nghị định 70 đã được sửa đổi, bổ sung bởi Nghị định số 74/2025/NĐ-CP thì ghi tỷ lệ thanh toán BHYT bằng 100%; các thiết bị y tế nằm ngoài danh mục BHYT thì ghi 0%.

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

- Nội dung: Dòng thứ nhất ghi “**10.1. Gói thiết bị y tế 1**” và ghi tên dịch vụ kỹ thuật thực hiện trong ngoặc đơn (...). Ghi tiếp phía dưới dòng “**10.1. Gói thiết bị y tế 1**” lần lượt các tên thiết bị y tế (TBYT) 1, TBYT 2, ... được sử dụng để thực hiện dịch vụ kỹ thuật (DVKT) đó. Các tên TBYT này ghi theo tên kết quả trúng thầu hoặc tên thương mại của hàng hóa. Đối với đơn vị tính là bộ thì ghi chi tiết từng hạng mục, sản phẩm (nếu có giá của từng hạng mục). Chỉ ghi các TBYT chưa tính trong cơ cấu giá DVKT đó;

Các gói TBYT của các DVKT tiếp theo ghi lần lượt như ở hướng dẫn trên.

- Đơn giá bệnh viện (BV): Ghi đơn giá của thiết bị y tế theo giá mua vào của cơ sở KBCB theo quy định của pháp luật về đấu thầu;

- Đơn giá bảo hiểm (BH): Đối với các TBYT không quy định mức thanh toán theo quy định tại cột 5 Phụ lục 01 ban hành kèm theo Thông tư số 04/2017/TT-BYT đã được sửa đổi, bổ sung bởi Thông tư số 24/2025/TT-BYT thì đơn giá BH bằng đơn giá BV. Đối với các TBYT có quy định mức thanh toán thì so sánh đơn giá BV với mức thanh toán, nếu đơn giá BV nhỏ hơn mức thanh toán thì đơn giá BH bằng đơn giá BV, nếu đơn giá BV lớn hơn hoặc bằng mức thanh toán thì đơn

giá BH bằng mức thanh toán. Đối với các BHYT không thuộc phạm vi thanh toán của quỹ BHYT thì ghi đơn giá BH bằng 0.

- Tỷ lệ thanh toán theo dịch vụ: Ghi 100%

- Tỷ lệ thanh toán BHYT: Ghi tỷ lệ thanh toán của từng BHYT; các đối tượng tham gia BHYT quy định tại Điều 16 Nghị định số 188/2025/NĐ-CP và Điều 2 Nghị định 70 đã được sửa đổi, bổ sung bởi Nghị định số 74/2025/NĐ-CP thì ghi tỷ lệ thanh toán BHYT bằng 100%; các BHYT nằm ngoài danh mục BHYT thì ghi 0%.

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

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

+ Bước 2: So sánh tổng thành tiền BH này với 45 tháng lương cơ sở, trường hợp tổng thành tiền BH < 45 tháng lương cơ sở thì ghi tổng thành tiền BH này vào ô **“Thành tiền BH”** của dòng **“10.1. Gói thiết bị y tế 1”**, trường hợp tổng thành tiền BH ≥ 45 tháng lương cơ sở thì ô **“Thành tiền BH”** của dòng **“10.1. Gói thiết bị y tế 1”** bằng 45 tháng lương cơ sở. Các đối tượng tham gia BHYT quy định tại Điều 16 Nghị định số 188/2025/NĐ-CP và Điều 2 Nghị định 70 đã được sửa đổi, bổ sung bởi Nghị định số 74/2025/NĐ-CP thì ô **“Thành tiền BH”** của dòng **“10.1. Gói thiết bị y tế 1”** bằng tổng thành tiền BH của các BHYT trong gói (Không cần so sánh với 45 tháng lương cơ sở vì các đối tượng này không áp mức trần thanh toán 45 tháng lương cơ sở).

- Chỉ tính các ô **“Quỹ BHYT”**, **“Người bệnh cùng chi trả”**, **“Người bệnh tự trả”**, **“Khác”** của dòng **“10.1. Gói thiết bị y tế 1”** (Không bắt buộc tính cụ thể theo từng dòng BHYT).

Các dòng **“10.2. Gói thiết bị y tế 2”**, **“10.3. Gói thiết bị y tế 3”**, ... tính lần lượt các bước và ghi tương tự như hướng dẫn trên.

Ví dụ 1: Trường hợp gói BHYT thông thường có tổng thành tiền BH của gói lớn hơn 45 tháng lương cơ sở (tương đương 105.300.000 VNĐ tại thời điểm tháng 12 năm 2025): Bệnh nhân B nhập viện tại Bệnh viện A để thực hiện dịch vụ kỹ thuật “Phẫu thuật cố định 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 BHYT đối với gói BHYT trong trường hợp này được ghi như sau:

- Bảng kê chi phí KBCB BHYT trong trường hợp KBCB đúng quy định tại khoản 3, các điểm a, b, c, đ và e khoản 4, khoản 5 Điều 22, Điều 26 và Điều 27 Luật BHYT:

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)
10. Gói thiết bị y tế:						75.655.000		75.655.000	60.524.000	15.131.000		
10.1. Gói thiết bị y tế 1 (Phẫu thuật cố định cột sống bằng vít qua cuống)						75.655.000		75.655.000	60.524.000	15.131.000		
Nẹp hợp kim dùng trong PT xương	Cái	2	5.600.000	5.600.000	100	11.200.000	100	11.200.000				
Ốc sử dụng với vít hợp kim đa, đơn trục dùng trong PT xương	Cái	12	990.000	990.000	100	11.880.000	100	11.880.000				
Vít hợp kim đơn trụ ren hình thang, các cỡ dùng trong phẫu thuật xương	Cái	5	3.795.000	3.795.000	100	18.975.000	100	18.975.000				
Vít hợp kim đa trụ ren hình thang, các cỡ dùng trong phẫu thuật xương	Cái	7	4.800.000	4.800.000	100	33.600.000	100	33.600.000				

- Bảng kê chi phí KBCB BHYT trong trường hợp KBCB nội trú tại cơ sở KBCB cấp chuyên sâu theo quy định tại điểm g khoản 4 Điều 22 Luật BHYT:

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)
10. Gói thiết bị y tế:						75.655.000		75.655.000	30.262.000	45.393.000		
10.1. Gói thiết bị y tế 1 (Phẫu thuật cố định cột sống bằng vít qua cuống)						75.655.000		75.655.000	30.262.000	45.393.000		
Nẹp hợp kim dùng trong PT xương	Cái	2	5.600.000	5.600.000	100	11.200.000	100	11.200.000				
Ốc sử dụng với vít hợp kim đa, đơn trục dùng trong PT xương	Cái	12	990.000	990.000	100	11.880.000	100	11.880.000				
Vít hợp kim đơn trụ ren hình thang, các cỡ dùng trong phẫu thuật xương	Cái	5	3.795.000	3.795.000	100	18.975.000	100	18.975.000				
Vít hợp kim đa trụ ren hình thang, các cỡ dùng trong phẫu thuật xương	Cái	7	4.800.000	4.800.000	100	33.600.000	100	33.600.000				

Ví dụ 2: Trường hợp gói BHYT thông thường có tổng thành tiền BH của gói nhỏ hơn 45 tháng lương cơ sở: Bệnh nhân B nhập viện tại Bệnh viện A để thực hiện dịch vụ kỹ thuật “Phẫu thuật thể thủy tinh bằng phaco và femtosecond có hoặc không đặt IOL”. 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 BHYT đối với gói BHYT trong trường hợp này được ghi như sau:

- Bảng kê chi phí KBCB BHYT trong trường hợp KBCB đúng quy định tại khoản 3, các điểm a, b, c, đ và e khoản 4, khoản 5 Điều 22, Điều 26 và Điều 27 Luật BHYT:

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)
10. Gói thiết bị y tế:						15.633.200		3.000.000	2.400.000	600.000		12.633.200
10.1. Gói thiết bị y tế 1 (Phẫu thuật thể thủy tinh bằng phaco và femtosecond có hoặc không đặt IOL)						15.633.200		3.000.000	2.400.000	600.000		12.633.200
Thủy tinh thể Acrysoft IQ Restor SN6AD1 Alcon	Cái	1	14.877.200	3.000.000	100	14.877.200	100	3.000.000	2.400.000	600.000		11.877.200
Dịch nhầy Microvisc Plus Bohus Biotech	Cái	1	756.000	0	100	756.000	0	0	0	0		756.000

- Bảng kê chi phí KBCB BHYT trong trường hợp KBCB nội trú tại cơ sở KBCB cấp chuyên sâu theo quy định tại điểm g khoản 4 Điều 22 Luật BHYT:

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)
10. Gói thiết bị y tế:						15.633.200		3.000.000	1.200.000	1.800.000		12.633.200
10.1. Gói thiết bị y tế 1 (Phẫu thuật thể thủy tinh bằng phaco và femtosecond có hoặc không đặt IOL)						15.633.200		3.000.000	1.200.000	1.800.000		12.633.200
Thủy tinh thể Acrysoft IQ Restor SN6AD1 Alcon	Cái	1	14.877.200	3.000.000	100	14.877.200	100	3.000.000	1.200.000	1.800.000		11.877.200
Dịch nhầy Microvisc Plus Bohus Biotech	Cái	1	756.000	0	100	756.000	0	0	0	0		756.000

Ví dụ 3: Trường hợp gói BHYT có sử dụng stent động mạch (ĐM) vành phủ thuốc áp dụng đối với đối tượng thông thường: Bệnh nhân B nhập viện tại Bệnh viện A để thực hiện dịch vụ kỹ thuật “Nong và đặt stent động mạch vành” với chỉ định đặt 03 stent phủ thuốc Everolimus. 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 BHYT đối với gói BHYT trong trường hợp này được ghi như sau:

- Bảng kê chi phí KBCB BHYT trong trường hợp KBCB đúng quy định tại khoản 3, các điểm a, b, c, đ và e khoản 4, khoản 5 Điều 22, Điều 26 và Điều 27 Luật BHYT:

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)
10. Gói thiết bị y tế:						162.571.750		98.896.750	85.117.400	13.779.350		63.675.000
10.1. Gói thiết bị y tế 1 (Nong và đặt stent động mạch vành)						76.121.750		68.896.750	55.117.400	13.779.350		7.225.000
Khung giá đỡ ĐM vành Platinum Chromium bọc thuốc Everolimus (Stent thứ nhất)	Cái	1	43.225.000	36.000.000	100	43.225.000	100	36.000.000				
Bóng nong mạch vành áp lực Pantera Leo	Cái	1	8.380.000	8.380.000	100	8.380.000	100	8.380.000				
Dây dẫn đường cho bóng và stent Runthrough	Cái	2	2.563.000	2.563.000	100	5.126.000	100	5.126.000				
Bóng nong động mạch vành áp lực cao Hiryu Accurforce	Cái	1	9.213.750	9.213.750	100	9.213.750	100	9.213.750				
Bóng nong động mạch vành CONIC ONE	Cái	1	5.800.000	5.800.000	100	5.800.000	100	5.800.000				
Catheter trợ giúp can thiệp loại đầu mềm	Cái	1	2.430.500	2.430.500	100	2.430.500	100	2.430.500				
Dây đo áp lực Merit Medical	Cái	1	51.500	51.500	100	51.500	100	51.500				
Bộ bơm bóng áp lực cao Merit Medical	Cái	1	1.895.000	1.895.000	100	1.895.000	100	1.895.000				
Khung giá đỡ ĐM vành Platinum Chromium bọc thuốc Everolimus (Stent thứ hai)	Cái	1	43.225.000	36.000.000	100	43.225.000	50	18.000.000	18.000.000	0		25.225.000
Khung giá đỡ động mạch vành Platinum Chromium bọc thuốc Everolimus (Stent thứ ba)	Cái	1	43.225.000	0	100	43.225.000	33,33	12.000.000	12.000.000	0		31.225.000

- Bảng kê chi phí KBCB BHYT trong trường hợp KBCB nội trú tại cơ sở KBCB cấp chuyên sâu theo quy định tại điểm g khoản 4 Điều 22 Luật BHYT:

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)
10. Gói thiết bị y tế:						162.571.750		98.896.750	52.046.960	46.849.790		63.675.000
10.1. Gói thiết bị y tế 1 (Nong và đặt stent động mạch vành)						76.121.750		68.896.750	22.046.960	46.849.790		7.225.000
Khung giá đỡ ĐM vành Platinum Chromium bọc thuốc Everolimus (Stent thứ nhất)	Cái	1	43.225.000	36.000.000	100	43.225.000	100	36.000.000				

Bóng nong mạch vành áp lực Pantera Leo	Cái	1	8.380.000	8.380.000	100	8.380.000	100	8.380.000				
Dây dẫn đường cho bóng và stent Runthrough	Cái	2	2.563.000	2.563.000	100	5.126.000	100	5.126.000				
Bóng nong động mạch vành áp lực cao Hiryu Accurforce	Cái	1	9.213.750	9.213.750	100	9.213.750	100	9.213.750				
Bóng nong động mạch vành CONIC ONE	Cái	1	5.800.000	5.800.000	100	5.800.000	100	5.800.000				
Catheter trợ giúp can thiệp loại đầu mềm	Cái	1	2.430.500	2.430.500	100	2.430.500	100	2.430.500				
Dây đo áp lực Merit Medical	Cái	1	51.500	51.500	100	51.500	100	51.500				
Bộ bơm bóng áp lực cao Merit Medical	Cái	1	1.895.000	1.895.000	100	1.895.000	100	1.895.000				
Khung giá đỡ ĐM vành Platinum Chromium bọc thuốc Everolimus (Stent thứ hai)	Cái	1	43.225.000	36.000.000	100	43.225.000	50	18.000.000	18.000.000	0		25.225.000
Khung giá đỡ động mạch vành Platinum Chromium bọc thuốc Everolimus (Stent thứ ba)	Cái	1	43.225.000	0	100	43.225.000	33,33	12.000.000	12.000.000	0		31.225.000

Ví dụ 4: Trường hợp gói BHYT có sử dụng stent động mạch vành phủ thuốc áp dụng đối với đối tượng quy định tại Điều 16 Nghị định số 188/2025/NĐ-CP và Điều 2 Nghị định 70 đã được sửa đổi, bổ sung bởi Nghị định số 74/2025/NĐ-CP: Bệnh nhân B là đối tượng thương binh, nhập viện tại Bệnh viện A để thực hiện DVKT “Nong và đặt stent động mạch vành” với chỉ định đặt 03 stent phủ thuốc Everolimus. Bệnh nhân B có thời gian tham gia BHYT liên tục từ đủ 5 năm trở lên, thuộc đối tượng có mức hưởng BHYT 100% và KBCB BHYT đúng quy định tại khoản 3, các điểm a, b, c, đ và e khoản 4, khoản 5 Điều 22, Điều 26 và Điều 27 Luật BHYT. Bảng kê chi phí BHYT đối với gói BHYT trong trường hợp này được ghi 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)	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)
10. Gói thiết bị y tế:						162.571.750		98.896.750	98.896.750	0		63.675.000
10.1. Gói thiết bị y tế 1 (Nong và đặt stent động mạch vành)						76.121.750		68.896.750	68.896.750	0		7.225.000
Khung giá đỡ động mạch vành Platinum Chromium bọc thuốc Everolimus (Stent thứ nhất)	Cái	1	43.225.000	36.000.000	100	43.225.000	100	36.000.000				
Bóng nong mạch vành áp lực	Cái	1	8.380.000	8.380.000	100	8.380.000	100	8.380.000				

Pantera Leo												
Dây dẫn đường cho bóng và stent Runthrough	Cái	2	2.563.000	2.563.000	100	5.126.000	100	5.126.000				
Bóng nong động mạch vành áp lực cao Hiryu Accurforce	Cái	1	9.213.750	9.213.750	100	9.213.750	100	9.213.750				
Bóng nong động mạch vành CONIC ONE	Cái	1	5.800.000	5.800.000	100	5.800.000	100	5.800.000				
Catheter trợ giúp can thiệp loại đầu mềm	Cái	1	2.430.500	2.430.500	100	2.430.500	100	2.430.500				
Dây đo áp lực Merit Medical	Cái	1	51.500	51.500	100	51.500	100	51.500				
Bộ bơm bóng áp lực cao Merit Medical	Cái	1	1.895.000	1.895.000	100	1.895.000	100	1.895.000				
Khung giá đỡ động mạch vành Platinum Chromium bọc thuốc Everolimus (Stent thứ hai)	Cái	1	43.225.000	36.000.000	100	43.225.000	50	18.000.000	18.000.000	0		25.225.000
Khung giá đỡ động mạch vành Platinum Chromium bọc thuốc Everolimus (Stent thứ ba)	Cái	1	43.225.000	0	100	43.225.000	33,33	12.000.000	12.000.000	0		31.225.000

Ghi chú: Trường hợp thực hiện DVKT nong và đặt stent động mạch vành có sử dụng từ 02 stent phủ thuốc trở lên thì stent phủ thuốc thứ nhất + toàn bộ các BHYT đi kèm được tính là 01 gói BHYT và có trần thanh toán BHYT là 45 tháng lương cơ sở; stent thứ 2 được thanh toán thêm ngoài gói, được thanh toán bằng ½ giá trị của stent và tối đa không quá 18.000.000 đồng, thanh toán thêm 1/3 chi phí đối với stent thứ 3 và 1/3 chi phí đối với stent thứ 4 theo giá mua vào của cơ sở KBCB nhưng không cao hơn 12.000.000 đồng đối với mỗi stent thứ 3 và thứ 4. Mức hưởng của các stent thứ 2, 3, 4 là mức hưởng tối đa, không phụ thuộc vào mức hưởng biểu thị trên thẻ BHYT của người bệnh, nếu KBCB đúng quy định tại khoản 3, các điểm a, b, c, đ và e khoản 4, khoản 5 Điều 22, Điều 26 và Điều 27 Luật BHYT là 100%, KBCB nội trú tại cơ sở KCB cấp chuyên sâu theo quy định tại điểm g khoản 4 Điều 22 Luật BHYT là 40%.

12. Mục “11. Vận chuyển người bệnh”

- Nội dung: Ghi “Phí vận chuyển người bệnh đến [...] (tên cơ sở KBCB nơi chuyển bệnh nhân đến)”;
- Tỷ lệ thanh toán theo dịch vụ: Ghi 100%
- Tỷ lệ thanh toán BHYT: Ghi 100%
- Đối với cơ sở KBCB nhà nước, trường hợp giá dịch vụ vận chuyển người bệnh đã được cấp có thẩm quyền phê duyệt hoặc quy định giá theo đơn vị tính là kilomet thì ghi đơn giá vận chuyển vào cột “Đơn giá BV” và cột “Đơn giá BH”, cột “Đơn vị tính” ghi là “Km”, cột “Số lượng” ghi số kilomet tính cả chiều đi và về giữa 02 cơ sở KBCB. Đối với cơ sở KBCB tư nhân áp dụng giá dịch vụ vận

chuyển người bệnh của cơ sở KBCB của nhà nước thực hiện thanh toán theo nguyên tắc tương tự quy định tại Điều 47 Nghị định số 188/2025/NĐ-CP.

- Trường hợp giá dịch vụ vận chuyển người bệnh chưa được cấp có thẩm quyền phê duyệt hoặc quy định giá và cơ sở KBCB có cung cấp dịch vụ vận chuyển người bệnh thì ghi như hướng dẫn tại ví dụ sau:

Ví dụ 1: Bệnh viện tỉnh A chuyển bệnh nhân B đến Bệnh viện Bạch Mai bằng phương tiện vận chuyển của bệnh viện. Khoảng cách từ Bệnh viện này đến Bệnh viện Bạch Mai là 200km, tính cả chiều đi và chiều về là 400km. Số lít xăng được thanh toán theo quy định tại Điều 14 Nghị định 188/2025/NĐ-CP là 400km x 0,2 lít xăng/km = 80 lít xăng. Giá xăng RON95 nhà nước (vùng 2) tại thời điểm tháng 12 năm 2025 là 20.740 đồng/lít. Bệnh nhân B tham gia BHYT có mức hưởng 100%. Bảng kê chi phí vận chuyển bệnh nhân B được ghi 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)	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)
11. Vận chuyển người bệnh:						1.659.200		1.659.200	1.659.200			
Phí vận chuyển người bệnh đến Bệnh viện Bạch Mai	Lít	80	20.740	20.740	100	1.659.200	100	1.659.200	1.659.200			

- Trường hợp người bệnh tự túc phương tiện vận chuyển, cơ sở KBCB nơi tiếp nhận người bệnh tổng hợp chi phí vận chuyển thực tế một chiều (chiều đi) của người bệnh theo hoá đơn vận chuyển vào Bảng kê chi phí. Mức thanh toán không cao hơn mức thanh toán quy định tại các điểm a và b khoản 3 Điều 14 Nghị định số 188/2025/NĐ-CP. Cơ sở KBCB nơi chuyển người bệnh đi có trách nhiệm ghi nội dung người bệnh tự túc phương tiện vận chuyển trên phiếu chuyển cơ sở KBCB.

Ví dụ 2: Bệnh nhân A được Bệnh viện B chuyển đến Bệnh viện C. Bệnh nhân A tự túc phương tiện vận chuyển bằng cách đi tàu hoả. Hoá đơn mua vé tàu (1 chiều) là 600.000 đồng (thấp hơn mức thanh toán quy định tại khoản 3 Điều 14 Nghị định số 188/2025/NĐ-CP). Bệnh nhân A tham gia BHYT có mức hưởng 100%. Bệnh viện C hoàn trả chi phí đi lại 600.000 đồng cho người bệnh và lập Bảng kê chi phí vận chuyển như sau để thanh toán lại với cơ quan BHXH:

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)
11. Vận chuyển người bệnh:								600.000	600.000			
Phí vận chuyển người bệnh đến Bệnh viện C								600.000	600.000			

Ghi chú: Những đối tượng được hưởng tiền vận chuyển người bệnh: Việc thanh toán chi phí vận chuyển người bệnh chỉ áp dụng trong trường hợp cấp cứu

hoặc đang điều trị nội trú phải chuyển cơ sở KBCB thực hiện theo quy định tại Điều 14 Nghị định 188/2025/NĐ-CP và Điều 27 Luật BHYT.

13. Quy định về ký số đối với Bảng kê chi phí KBCB:

- Đối với chữ ký của người lập bảng kê: Ký xác nhận bằng chữ ký điện tử của người lập bảng kê;

- Đối với chữ ký của kế toán viện phí: Thực hiện ký số bằng chữ ký số hợp pháp do thủ trưởng cơ sở KBCB cấp cho kế toán viện phí;

- Đối với chữ ký xác nhận của người bệnh hoặc người đại diện của người bệnh, thực hiện theo một trong các hình thức sau đây:

+ Ký số qua ứng dụng liên kết với định danh điện tử quốc gia (VNeID);

+ Ký số bằng chữ ký số công cộng do các đơn vị cung cấp chữ ký số công cộng hợp pháp cung cấp;

+ Xác nhận qua các thiết bị nhận dạng, xác thực sinh trắc học (vân tay, mống mắt,...) của người bệnh;

+ Ký trên thiết bị cảm ứng, có xác nhận lại bằng chữ ký số hợp pháp của nhân viên y tế của cơ sở KBCB. Trường hợp kế toán viện phí ký số sau khi người bệnh hoặc người đại diện của người bệnh ký thì nhân viên y tế của cơ sở KBCB không phải ký số xác nhận lại chữ ký của người bệnh hoặc người đại diện của người bệnh ký trên thiết bị cảm ứng.

Phần Hai: Hướng dẫn cách ghi chép bảng kê chi phí khám bệnh, chữa bệnh đối với người không có thẻ bảo hiểm y tế

1. Thực hiện ghi chép các mục tương tự như đã hướng dẫn ở phần Một Phụ lục này.

2. Những mục liên quan đến thông tin của người tham gia BHYT thì cơ sở KBCB để trống, trong đó cần chú ý: Cột số (8) “Tỷ lệ thanh toán BHYT” mặc định bằng 0; cột số (13) “Người bệnh tự trả” bằng cột số (7) “Thành tiền BV” ./.