

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

MẪU BẢNG KÊ CHI PHÍ KHÁM BỆNH, CHỮA BỆNH

(Ban hành kèm theo Quyết định số 6556/QĐ-BYT ngày 30 tháng 10 năm 2018 của Bộ trưởng Bộ Y tế)

Bộ Y tế/Sở Y tế/Y tế ngành:
Cơ sở khám, chữa bệnh:
Khoa:
Mã khoa:

Mẫu số: 01/KBCB
Mã số người bệnh:
Số khám bệnh:
|| | ||||| ||||| |||

BẢNG KÊ CHI PHÍ...

I. Phần Hành chính:

- (1) Họ tên người bệnh:; Ngày, tháng, năm sinh:/...../.....; Giới tính:
- (2) Địa chỉ hiện tại:; (3) Mã khu vực (K1/K2/K3)
- (4) Mã thẻ BHYT: Giá trị từ/...../..... đến/...../.....
- (5) Nơi ĐK KCB ban đầu:; (6) Mã
- (7) Đến khám: giờ..... phút, ngày/...../.....
- (8) Điều trị ngoại trú/nội trú từ: giờ.....phút, ngày/...../.....
- (9) Kết thúc khám/điều trị:..... giờ phút, ngày/...../..... Tổng số ngày điều trị: (10) Tình trạng ra viện:
- (11) Cấp cứu (12) Đúng tuyến Nơi chuyển đến từ: Nơi chuyển đi:.....; (13) Thông tuyến (14) Trái tuyến
- (15) Chẩn đoán xác định:; (16) Mã bệnh
- (17) Bệnh kèm theo:
-; (18) Mã bệnh kèm theo
- (19) Thời điểm đủ 05 năm liên tục từ ngày:/...../.....; (20) Miễn cùng chi trả trong năm từ ngày:...../...../.....

II. Phần Chi phí khám bệnh, chữa bệnh: (Mỗi mã thẻ BHYT thống kê phần chi khi khám bệnh, chữa bệnh phát 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 với 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 VTYT 1																			
- Tên VTYT 2																			
10.2. Gói vật tư y tế 2 (Ghi kèm theo tên dịch vụ kỹ thuật thực hiện)																			
- Tên VTYT 1																			
- Tên VTYT 2																			
10.n. Gói vật tư y tế n (Ghi kèm theo tên dịch vụ kỹ thuật thực hiện)																			
- Tên VTYT 1																			
- Tên VTYT 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)
 (Tôi đã nhận ... phim ... Xquang/CT/MRI)

Ngày tháng năm ...
GIÁM ĐỊNH BHYT
(ký, ghi rõ họ tên)

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 GHI BẢNG KÊ CHI PHÍ KHÁM BỆNH, CHỮA BỆNH
(Ban hành kèm theo Quyết định số ~~658~~ 658/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 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 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 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 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).

III. Phần Hành chính

Nguyên tắc: Các cơ sở KBCB sử dụng thông tin hành chính tra cứu được trên Cổng của cơ quan BHXH tại thời điểm tiếp đón người bệnh đến KBCB để lấy thông tin hành chính khi lập bảng kê chi phí KBCB. Trường hợp có sự thay đổi thông tin hành chính của người bệnh trong một đợt điều trị 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 đúng quy định của Bộ Y tế tại Quyết định 4210. Nam: số (1); Nữ: số (2); Chưa xác định: số (3).

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

3. Mục (4) “Mã thẻ BHYT”:

- Cơ sở KBCB thực hiện tra cứu thông tin theo hướng dẫn tại Mục 1 Công văn số 1677/BYT-BH ngày 28/3/2018 của Bộ Y tế về hướng dẫn giải quyết một số vấn đề về ứng dụng CNTT trong quản lý KBCB và thanh toán BHYT (Sau đây viết tắt là Công văn 1677) 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 (hai) 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 (hai) ngày trở lên: ghi theo quy định hiện hành của Bộ Y tế: “Ngày ra trừ (-) Ngày vào cộng (+) 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 (hai) 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”:

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

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

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

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

6. Mục (19) “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 khám bệnh, chữa bệnh khi tra cứu trực tiếp thông qua API hoặc tra cứu trực tiếp trên cổng BHXH theo hướng dẫn tại Mục 1 Công văn 1677.

7. Mục (20) “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 (cho cả hai trường hợp đi KBCB đúng tuyến và KBCB không đúng 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 đúng tuyến. Còn trường hợp KBCB không đúng 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 tài chính theo hướng dẫn tại Mục 4 Công văn 1677.

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;

- 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 thời điểm đủ điều kiện miễn cùng chi trả đó;

- Trường hợp các đợt KBCB trước cùng thực hiện tại một cơ sở KBCB: Cơ sở KBCB tự tính số tiền người bệnh cùng chi trả lũy kế 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 lương cơ sở để người bệnh có 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

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 trước thực 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 lương 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 lương cơ sở và nhận 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 để trống.

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:

- Nếu người bệnh có 01 (một) thẻ hoặc có từ 02 (hai) thẻ BHYT trở lên *nhưng cùng Mức hưởng* thì 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 sử dụng 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.

+ Trường hợp người bệnh đến KBCB đúng tuyến 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) %.

Ví dụ: Bệnh viện A. là bệnh viện hạng 1 (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 thống 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 tắt 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 đúng 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)	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:						99.300		52.960	42.368	10.592		
Khám Nội	Lần	1	33.100	33.100	100	33.100	100	33.100	26.480	6.620		
Khám Mắt	Lần	1	33.100	33.100	30	33.100	100	9.930	7.944	1.986		
Khám Da liễu	Lần	1	33.100	33.100	30	33.100	100	9.930	7.944	1.986		

- Bảng kê chi phí KBCB BHYT nội trú không đúng 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)	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:						99.300		52.960	25.421	27.539		
Khám Nội	Lần	1	33.100	33.100	100	33.100	100	33.100	15.888	17.212		
Khám Mắt	Lần	1	33.100	33.100	30	33.100	100	9.930	4.766	3.178		
Khám Da liễu	Lần	1	33.100	33.100	30	33.100	100	9.930	4.766	3.178		

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 1 (khoa Ung bướu (điều trị tia xạ)) quy định tại Thông tư 15, trường hợp cơ quan có thẩm 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;

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

- 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) %.

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

- Bảng kê chi phí KBCB BHYT đúng 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)	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)
2. Ngày giường:												
2.1. Ngày giường điều trị ban ngày:						116.940		58.470	46.776	11.694		
Giường ban ngày nội khoa loại 1 bệnh viện hạng 1 - Khoa Ung bướu (điều trị tia xạ)	Ngày	2	58.470	58.470	50	116.940	100	58.470	46.776	11.694		

- Bảng kê chi phí KBCB BHYT điều trị ban ngày không đúng 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)	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)
2. Ngày giường:												
2.1. Ngày giường điều trị ban ngày:						35.838		17.919	8.601	9.318		
Khoa Ung bướu (điều trị tia xạ)	Ngày	2	17.919	17.919	50	35.838	100	17.919	8.601	9.318		

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 Điều 6 Thông tư 15.

- 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) %.

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

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

- Bảng kê chi phí KBCB BHYT đúng 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)	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)
2. Ngày giường:												
2.2. Ngày giường điều trị nội trú:						974.500		487.250	389.800	97.450		
Giường Nội khoa loại 1 Bệnh viện chuyên khoa Hạng I thuộc Bộ Y tế - Khoa Đa liễu	Ngày	5	194.900	194.900	50	974.500	100	487.250	389.800	97.450		

- Bảng kê chi phí KBCB BHYT nội trú không đúng 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)	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)
2. Ngày giường:												
2.2. Ngày giường điều trị nội trú:						974.500		487.250	155.920	331.330		
Giường Nội khoa loại 1 Bệnh viện chuyên khoa Hạng I thuộc Bộ Y tế - Khoa Đa liễu	Ngày	5	194.900	194.900	50	974.500	100	487.250	155.920	331.330		

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

- 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 tại Điều 4 và Điều 6 Thông tư 15.
- 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) %.

Ví dụ: Trạm y tế xã A. được Sở Y tế quyết định có giường lưu, bảng kê tiền ngày giường lưu áp dụng theo Thông tư 15 tại trạm y tế, có nằm 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 đúng tuyến được tính 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)
2. Ngày giường:												
2.3. Ngày giường lưu: (Đối với Phòng khám đa khoa khu vực và Trạm y tế tuyến xã)						141.000		70.500	56.400	14.100		
Tiền giường lưu tại Trạm y tế tuyến xã	Ngày	3	47.000	47.000	50	141.000	100	70.500	56.400	14.100		

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 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 ([]);

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

- 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 7 Thông tư 15: 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 điểm b khoản 1 Điều 14 Nghị định 146 thì ghi tỷ lệ thanh toán BHYT bằng 100 (Một trăm) %.

- 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, 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 tháng lương 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” tương ứng của Bảng kê.

Ví dụ: Bệnh viện A. là bệnh viện chuyên khoa hạng 1 thuộc Bộ Y tế. Bệnh nhân B. tham gia BHYT có mức hưởng 80 (Tám mươi) %, nhập viện Bệnh viện A., được chỉ định dịch vụ kỹ thuật “Chụp Xquang tại giường” cho vị trí phổi, bảng kê tiền Chẩn đoán hình ảnh (đã bao gồm tiền lương) theo Thông tư 15 được ghi như sau:

- Bảng kê chi phí KBCB BHYT đúng tuyến:

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)
4. Chẩn đoán hình ảnh:												
Chụp Xquang tại giường [phổi]	Lần	1	62.000	62.000	100	62.000	100	62.000	49.600	12.400		

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

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)
4. Chẩn đoán hình ảnh:												
Chụp Xquang tại giường [phổi]	Lần	1	62.000	62.000	100	62.000	100	62.000	19.840	42.160		

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 của Bộ Y tế;

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

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

Ví dụ: Bệnh viện A. (tuyến tính) nhận 05 đơn vị khối hồng cầu từ 350ml máu toàn phần từ Viện Huyết học và truyền máu Trung ương (đã bao gồm chi phí xét nghiệm NAT và chi phí xét nghiệm sàng lọc kháng thể bất thường). Bảng kê chi phí máu, chế phẩm máu, vận chuyển máu đối với người tham gia BHYT có mức hưởng 80 (tám mươi) % như sau:

- Bảng kê chi phí KBCB BHYT đúng tuyến:

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)
7. Máu, chế phẩm máu, vận chuyển máu:						4.960.000		4.960.000	3.968.000	992.000		
- Khối hồng cầu từ 350ml máu toàn phần (Đã 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	3.900.000	975.000		
- Phí vận chuyển máu	Lần	5	17.000	17.000	100	85.000	100	85.000	68.000	17.000		

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

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)
7. Máu, chế phẩm máu, vận chuyển máu:						4.960.000		4.960.000	2.380.800	2.579.200		
- Khối hồng cầu từ 350ml máu toan phân (Đã 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		
- Phí vận chuyển máu	Lần	5	17.000	17.000	100	85.000	100	85.000	40.800	44.200		

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 (Một trăm) %;

- Tỷ lệ thanh toán BHYT: Ghi tỷ lệ % thanh toán của từng thuốc, dịch truyền; các đối tượng tham gia BHYT quy định tại điểm b khoản 1 Điều 14 Nghị định 146 và Điều 2 Nghị định 70/2015/NĐ-CP ngày 01/9/2015 của Chính phủ (Sau đây gọi tắt là Nghị định 70) thì ghi tỷ lệ thanh toán BHYT bằng 100 (Một trăm) %; các thuốc, dịch truyền nằm ngoài danh mục BHYT thì ghi là 0 (không) %.

Ví 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 truyền được ghi như sau:

- Bảng kê chi phí KBCB BHYT đúng tuyến:

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)
8. Thuốc, dịch truyền:						6.055.000		3.055.000	2.444.000	611.000		3.000.000
Nexavar 200mg	Viên	10	600.000	600.000	100	6.000.000	50	3.000.000	2.400.000	600.000		3.000.000
Coversyl 5mg	Viên	10	5.500	5.500	100	55.000	100	55.000	44.000	11.000		0

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

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)
8. Thuốc, dịch truyền:						6.055.000		3.055.000	977.600	2.077.400		3.000.000
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
Coversyl 5mg	Viên	100	55.000	5.500	100	55.000	100	55.000	17.600	37.400		0

10. Mục “9. Vật tư y tế” (Áp dụng đối với các vật tư y tế không đi kèm theo dịch vụ kỹ thuật nào)

- Nội dung: Ghi tên vật tư y tế theo kết quả trúng thầu. 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 vật tư 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 (Một trăm) %;

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

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

- Bảng kê chi phí KBCB BHYT đúng tuyến:

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)
9. Vật tư y tế:						78.000		78.000	62.400	15.600		
Bơm cho ăn MPV 50ml	Cái	5	4.200	4.200	100	21.000	100	21.000	16.800	4.200		
Dây truyền đêm giọt Icare	Cái	5	6.000	6.000	100	30.000	100	30.000	24.000	6.000		
Dây truyền dịch Terumo	Cái	3	9.000	9.000	100	27.000	100	27.000	21.600	5.400		

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

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)
9. Vật tư y tế:						78.000		78.000	37.440	40.560		
Bơm cho ăn MPV 50ml	Cái	5	4.200	4.200	100	21.000	100	21.000	10.080	10.920		
Dây truyền đêm giọt Icare	Cái	5	6.000	6.000	100	30.000	100	30.000	14.400	15.600		
Dây truyền dịch Terumo	Cái	3	9.000	9.000	100	27.000	100	27.000	12.960	14.040		

11. Mục “10. Gói vật tư y tế” (Áp dụng đối với các vật tư y tế đi kèm trong 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,)

- Nội dung: Dòng thứ nhất ghi “10.1. Gói vật tư y tế 1” và ghi tên dịch vụ kỹ thuật thực hiện trong ngoặc đơn (). Ghi tiếp phía dưới dòng “10.1. Gói vật tư y tế 1” lần lượt các tên vật tư y tế (VTYT) 1, VTYT 2,... được sử dụng để thực hiện dịch vụ kỹ thuật (DVKT) đó. Các tên VTYT này ghi theo tên kết quả trúng thầu. 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 VTYT chưa tính trong cơ cấu giá DVKT đó;

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

- Đơn giá bệnh viện (BV): Ghi đơn giá của vật tư 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 VTYT không quy định mức thanh toán theo quy định tại cột 5 Danh mục VTYT tại Phụ lục 01 ban hành kèm theo Thông tư số 04/2017/TT-BYT ngày 14/4/2017 của Bộ Y tế (Sau đây gọi chung là Mức thanh toán) thì Đơn giá BH bằng Đơn giá BV. Đối với các VTYT 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 (\geq) Mức thanh toán thì Đơn giá BH bằng Mức thanh toán. Đối với các VTYT không thuộc phạm vi thanh toán của quỹ BHYT thì ghi Đơn giá BH là 0 (không).

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

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

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

+ 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 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 (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”**, trường hợp tổng thành tiền BH \geq 45 (bốn mươi lăm) tháng lương cơ sở thì ô **“Thành tiền BH”** của dòng **“10.1. Gói vật tư y tế 1”** bằng 45 (bốn mươi lăm) tháng lương cơ sở. Các đối tượng tham gia BHYT quy định tại điểm b khoản 1 Điều 14 Nghị định 146 và Điều 2 Nghị định 70 thì ô **“Thành tiền BH”** của dòng **“10.1. Gói vật tư y tế 1”** bằng tổng thành tiền BH của các VTYT trong gói (Không cần so sánh với 45 tháng lương cơ sở, vì các đối tượng này không chịu 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 vật tư y tế 1”** (Không bắt buộc tính cụ thể theo từng dòng vật tư y tế).

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

Ví dụ 1: Trường hợp gói VTYT thông thường có tổng thành tiền BH của gói lớn hơn 45 tháng lương cơ sở (tương đương 62.550.000 VNĐ tại thời điểm tháng 10 năm 2018): Bệnh nhân B. nhập viện tại Bệnh viện A. (tuyến tỉnh) 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 VTYT đối với gói vật tư y tế trong trường hợp này được ghi như sau:

- Bảng kê chi phí KBCB BHYT đúng tuyến:

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 vật tư y tế:						75.655.000		62.550.000	50.040.000	12.510.000		13.105.000
10.1. Gói vật tư y tế 1 (Phẫu thuật cố định cột sống bằng vít qua cuống)						75.655.000		62.550.000	50.040.000	12.510.000		13.105.000
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 trục 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 trục 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 nội trú không đúng tuyến:

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 vật tư y tế:						75.655.000		62.550.000	30.024.000	32.526.000		13.105.000
10.1. Gói vật tư y tế 1 (Phẫu thuật cố định cột sống bằng vít qua cuống)						75.655.000		62.550.000	30.024.000	32.526.000		13.105.000
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 trục 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 trục 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 VTYT 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. (tuyến tính) 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 vật tư y tế đối với gói VTYT trong trường hợp này được ghi như sau:

- Bảng kê chi phí KBCB BHYT đúng tuyến:

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 vật tư y tế:						15.633.200		3.000.000	2.400.000	600.000		12.633.200
10.1. Gói vật tư 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 nội trú không đúng tuyến:

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 vật tư y tế:						15.633.200		3.000.000	1.440.000	1.560.000		12.633.200
10.1. Gói vật tư y tế 1 (Phẫu thuật thể thủy tinh bằng phaco và femtosecond có hoặc không đặt IOL)						15.633.200		3.000.000	1.440.000	1.560.000		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	1.440.000	1.560.000		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 VTYT 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. (tuyến tính) 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 vật tư y tế đối với gói VTYT trong trường hợp này được ghi như sau:

- Bảng kê chi phí KBCB BHYT đúng tuyến:

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 vật tư y tế:						162.571.750		80.550.000	68.040.000	12.510.000		82.021.750
10.1. Gói vật tư y tế 1 (Nong và đặt stent động mạch vành)						76.121.750		62.550.000	50.040.000	12.510.000		13.571.750
Khung giá đỡ DM 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 DM 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	0	0	0	0		43.225.000

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

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 vật tư y tế:						162.571.750		80.550.000	38.664.000	32.526.000		91.381.750
10.1. Gói vật tư y tế 1 (Nong và đặt stent động mạch vành)						76.121.750		62.550.000	30.024.000	32.526.000		13.571.750
Khung giá đỡ DM vành Platinum Chromium bọc thuốc Everolimus	Cái	1	43.225.000	36.000.000	100	43.225.000	100	36.000.000				

(Stent thứ nhất)												
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 DM 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	8.640.000	0		34.585.000
Khung giá đỡ động mạch vành Platinum Chromium bọc thuốc Everolimus (Stent thứ ba)	Cái	1	43.225.000	0	100	43.225.000	0	0	0	0		43.225.000

Ví dụ 4: Trường hợp gói VTYT có sử dụng stent ĐM vành phủ thuốc áp dụng đối với đối tượng quy định tại điểm b khoản 1 Điều 14 Nghị định 146 và Điều 2 Nghị định 70: 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 nội trú đúng tuyến. Bảng kê chi phí VTYT đối với gói VTYT 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 vật tư y tế:						162.571.750		86.896.750	86.896.750	0		75.675.000
10.1. Gói vật tư 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 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 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	0	0	0	0		43.225.000

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 cộng (+) với toàn bộ các VTYT đi kèm được tính là 01 gói VTYT 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. Mức hưởng của stent thứ 2 là mức hưởng tối đa, không phụ thuộc vào mức hưởng biểu thị trên thẻ BHYT của người bệnh (100%, 95%, 80%), nếu KBCB đúng tuyến là 100%, KBCB nội trú không đúng tuyến là 40% hoặc 60%.

12. Mục “11. Vận chuyển người bệnh”

- Nội dung: Ghi tên cơ sở KBCB nơi chuyển bệnh nhân đến;
- Tỷ lệ thanh toán theo dịch vụ: Ghi 100 (một trăm) %;
- Tỷ lệ thanh toán BHYT: Ghi 100 (một trăm) %.

Ví dụ: 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 hướng dẫn tại khoản 1 Điều 13 Thông tư liên tịch số 41/2014/TTLT-BYT-BTC ngày 24/11/2014 của liên Bộ Y tế - Bộ Tài chính là 400km x (nhân với) 0,2 lít xăng/km = 80 (tám mươi) lít xăng. Giá xăng nhà nước (vùng 2) tại thời điểm tháng 10 năm 2018 sử dụng là 22.930 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:						1.834.400		1.834.400	1.834.400			
Phí vận chuyển người bệnh đến Bệnh viện Bạch Mai	Lit	80	22.930	22.930	100	1.834.400	100	1.834.400	1.834.400			

Ghi chú:

- Chỉ những đối tượng sau đây được hưởng tiền vận chuyển người bệnh:

Căn cứ qui định tại Điều 26 Nghị định 146, 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 tuyến chuyên môn kỹ thuật từ cơ sở KBCB tuyến huyện lên tuyến trên (Từ tuyến huyện lên tuyến tỉnh hoặc từ tuyến huyện lên tuyến trung ương) đối với người tham gia bảo hiểm y tế thuộc đối tượng quy định tại các khoản 3, 4, 7, 8, 9 và 11 Điều 3 Nghị định 146.

- Nếu có nhiều hơn một người bệnh cùng được vận chuyển trên một phương tiện thì mức thanh toán cũng chỉ được tính như đối với vận chuyển một người bệnh.

- Trường hợp người bệnh không sử dụng phương tiện vận chuyển của cơ sở KBCB thì mức thanh toán bằng 0,2 lít xăng/km cho một chiều đi tính theo khoảng cách địa giới hành chính và giá xăng tại thời điểm sử dụng. Cơ sở KBCB chỉ định chuyển viện thanh toán chi phí vận chuyển cho người bệnh. Cơ quan BHXH thanh toán với cơ sở KBCB căn cứ phiếu chi tiền vận chuyển cho người bệnh.

13. Mục **“Tổng chi phí lần khám bệnh/cả đợt điều trị”** (Phần dưới cùng của Mục II. Phần chi phí khám bệnh, chữa bệnh trong Bảng kê):

Trường hợp người bệnh tham gia BHYT liên tục từ đủ 5 năm trở lên nhưng chưa có Giấy miễn cùng chi trả do cơ quan BHXH cấp, thì dòng **“Người bệnh Cùng trả trong phạm vi BHYT”** không được lớn hơn số tiền tương ứng với 06 (sáu) tháng lương cơ sở. Phần tiền người bệnh cùng chi trả trong phạm vi BHYT còn lại sau khi trừ 06 (sáu) tháng lương cơ sở được tính vào mục **“Quỹ BHYT thanh toán”**.

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 (9) “Tỷ lệ thanh toán BHYT” mặc định bằng 0; cột số (13) “Người bệnh tự trả” bằng cột số (7) “Thành tiền BV”./.