

Phụ lục I
BIỂU MẪU

(Kèm theo Thông tư số 12/2026/TT-BTC ngày 10 tháng 02 năm 2026 của Bộ trưởng Bộ Tài chính)

Mẫu số 01/BH

TÊN ĐƠN VỊ:

MÃ ĐƠN VỊ:

CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM

Độc lập – Tự do – Hạnh phúc

BẢNG TỔNG HỢP ĐỀ NGHỊ THANH TOÁN CHI PHÍ KHÁM BỆNH, CHỮA BỆNH BẢO HIỂM Y TẾ

Tháng ... quý ... năm

Đơn vị: đồng

STT	Họ và tên	Ngày sinh	Giới tính	Mã thẻ bảo hiểm y tế	Mã bệnh chính	Ngày vào viện	Ngày vào nội trú	Ngày ra viện	Số ngày điều trị thực tế	Tổng chi khám bệnh, chữa bệnh	Chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế	Trong đó		Chi phí được viện trợ, tài trợ	Chi phí người bệnh tự trả
												Đề nghị quỹ bảo hiểm y tế thanh toán	Người bệnh cùng chi trả		
(A)	(B)	(C)	(D)	(E)	(G)	(H)	(I)	(K)	(1)	(2)=(3+6+7)	(3) = (4+5)	(4)	(5)	(6)	(7)
A. CƠ SỞ KHÁM BỆNH, CHỮA BỆNH ...*....															
I	KHÁM BỆNH, CHỮA BỆNH NGOẠI TRÚ														
1	Nguyễn Văn A														
2	Nguyễn Văn B														
															
II	ĐIỀU TRỊ NGOẠI TRÚ														
1	Nguyễn Văn C														
2	Nguyễn Văn D														
															
III	ĐIỀU TRỊ BAN NGÀY														

STT	Họ và tên	Ngày sinh	Giới tính	Mã thẻ bảo hiểm y tế	Mã bệnh chính	Ngày vào viện	Ngày vào nội trú	Ngày ra viện	Số ngày điều trị thực tế	Tổng chi khám bệnh, chữa bệnh	Chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế	Trong đó		Chi phí được viện trợ, tài trợ	Chi phí người bệnh tự trả
												Đề nghị quỹ bảo hiểm y tế thanh toán	Người bệnh cùng chi trả		
(A)	(B)	(C)	(D)	(E)	(G)	(H)	(I)	(K)	(1)	(2)=(3+6+7)	(3) – (4+5)	(4)	(5)	(6)	(7)
1	Nguyễn Văn E														
2	Nguyễn Văn G														
															
IV	ĐIỀU TRỊ NỘI TRÚ														
1	Nguyễn Văn E														
2	Nguyễn Văn G														
															
B. CƠ SỞ KHÁM BỆNH, CHỮA BỆNH*															
I	KHÁM BỆNH, CHỮA BỆNH NGOẠI TRÚ														
1	Nguyễn Văn A														
2	Nguyễn Văn B														
															
	Tổng cộng (A+B +...):lượt														

NGƯỜI LẬP BIỂU
(Ký, họ tên)

KẾ TOÁN TRƯỞNG
(Ký, họ tên)

Ngàytháng..... năm
THỦ TRƯỞNG ĐƠN VỊ
(Ký, họ tên, đóng dấu)

Ghi chú: (*) ghi lần lượt cơ sở khám bệnh, chữa bệnh ký hợp đồng và các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh trực thuộc trong hợp đồng.

(Handwritten mark)

HƯỚNG DẪN LẬP MẪU SỐ 01/BH

Bảng tổng hợp đề nghị thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế

1. Mục đích

Tổng hợp chi phí khám bệnh, chữa bệnh của người bệnh bảo hiểm y tế hằng tháng.

2. Trách nhiệm lập

Đơn vị trực tiếp ký hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế tạo lập dữ liệu tổng hợp chi phí khám bệnh, chữa bệnh gửi cơ quan bảo hiểm xã hội; Bảng tổng hợp được hiển thị trên Cổng tiếp nhận dữ liệu theo Mẫu số 01/BH.

3. Thời gian lập: hằng tháng.

4. Hướng dẫn lập

Chi phí khám bệnh, chữa bệnh tổng hợp từ Bảng kê chi tiết được tạo lập theo định dạng dữ liệu XML (eXtensible Markup Language), sử dụng bộ mã phong chữ theo tiêu chuẩn Unicode 8-bit (UTF-8), hiển thị thông tin theo Mẫu số 01/BH như sau:

a) Phần thông tin chung

- Góc trên, bên trái của danh sách ghi rõ tên và mã đơn vị trực tiếp ký hợp đồng với cơ quan bảo hiểm xã hội.

- Có đầy đủ chữ ký của người lập, kế toán trưởng và thủ trưởng cơ sở khám bệnh, chữa bệnh trực tiếp ký hợp đồng.

b) Chi tiêu theo hàng: 04 hình thức khám bệnh, chữa bệnh tương ứng với mã loại khám bệnh, chữa bệnh (MA_LOAI_KCB) quy định tại Phụ lục 1 ban hành kèm theo Quyết định số 824/QĐ-BYT ngày 15/02/2023 của Bộ trưởng Bộ Y tế ban hành bổ sung các danh mục mã dùng chung áp dụng trong quản lý và giám định, thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế.

Phần A, B, C... ghi trong trường hợp có nhiều cơ sở khám bệnh, chữa bệnh trong cùng một hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế, trong đó Phần A tổng hợp chi phí khám bệnh, chữa bệnh của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh ký hợp đồng, các Phần tiếp theo tổng hợp chi phí khám bệnh, chữa bệnh của các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh trực thuộc.

Mục I. Khám bệnh, chữa bệnh ngoại trú: các MA_LOAI_KCB là 01, 06 và 07;

Mục II. Điều trị ngoại trú: các MA_LOAI_KCB là 02, 05 và 08;

Mục III. Điều trị ban ngày: các MA_LOAI_KCB là 04 và 09;

Mục IV. Điều trị nội trú: MA_LOAI_KCB là 03.

c) Chi tiêu theo cột: ghi theo hướng dẫn tại Bảng 1, Bảng 2 và Bảng 3 Quyết định số 3176/QĐ-BYT ngày 29/10/2024 của Bộ Y tế về việc sửa đổi, bổ sung Quyết định số 4750/QĐ-BYT ngày 29/12/2023 của Bộ trưởng Bộ Y tế sửa

đôi, 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 vấn đề liên quan.

- Cột A, B, C, D, E, G, H, I, K gồm: Số thứ tự từ 1 đến hết trong từng Mục, họ và tên (HO_TEN), ngày sinh (NGAY_SINH), giới tính (GIOI_TINH), mã thẻ BHYT (MA_THE_BHYT), mã bệnh chính (MA_BENH_CHINH), ngày vào viện (NGAY_VAO), ngày vào nội trú (NGAY_VAO_NOI_TRU), ngày ra viện (NGAY_RA).

- Cột 1: Số ngày điều trị thực tế tại chi tiêu số 39 (SO_NGAY_DTRI) Bảng 1 Quyết định số 3176/QĐ-BYT.

- Cột 2: Tổng số tiền chi khám bệnh, chữa bệnh trong lần khám bệnh hoặc trong đợt điều trị của người bệnh tại chi tiêu số 47 (T_TONGCHI_BV) Bảng 1 Quyết định số 3176/QĐ-BYT. Số tiền tại cột 2 bằng tổng số tiền tại các cột 3, 6 và 7.

+ Cột 3: Tổng chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế cho người bệnh tại chi tiêu số 48 (T_TONGCHI_BH) Bảng 1 Quyết định số 3176/QĐ-BYT. Số tiền tại cột 3 bằng tổng số tiền từ cột 4 đến cột 5.

+ Cột 4: Số tiền đề nghị quỹ bảo hiểm y tế thanh toán tại chi tiêu số 51 (T_BHTT) Bảng 1 Quyết định số 3176/QĐ-BYT.

+ Cột 5: Số tiền do người bệnh cùng chi trả tại chi tiêu số 50 (T_BNCCT) Bảng 1 Quyết định số 3176/QĐ-BYT.

+ Cột 6: Số tiền đã chi trả từ các nguồn tài trợ, viện trợ tại chi tiêu số 52 (T_NGUONKHAC) Bảng 1 Quyết định số 3176/QĐ-BYT.

+ Cột 7: Số tiền người bệnh tự trả như phần chênh lệch giá dịch vụ khám bệnh, chữa bệnh theo yêu cầu và giá dịch vụ khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế; chi phí thuốc, thiết bị y tế, dịch vụ khám bệnh, chữa bệnh ngoài danh mục bảo hiểm y tế hoặc có quy định tỷ lệ thanh toán tại chi tiêu số 49 (T_BNTT) Bảng 1 Quyết định số 3176/QĐ-BYT.

d) Số tiền trên biểu hiện thị đến đơn vị đồng.

Mẫu số 02/BH

TÊN ĐƠN VỊ:

MÃ ĐƠN VỊ:

CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM

Độc lập - Tự do - Hạnh phúc**BÁO CÁO QUYẾT TOÁN CHI PHÍ KHÁM BỆNH, CHỮA BỆNH BẢO HIỂM Y TẾ**

Quý năm

Đơn vị: đồng

STT	Chỉ tiêu	Số lượt	Tổng chi khám bệnh, chữa bệnh	Chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế	Trong đó		Chi phí được viện trợ, tài trợ	Chi phí người bệnh tự trả
					Đề nghị quỹ bảo hiểm y tế thanh toán	Người bệnh cùng chi trả		
(A)	(B)	(1)	(2) = (3+6+7)	(3) = (4+5)	(4)	(5)	(6)	(7)
A	CƠ SỞ KHÁM BỆNH, CHỮA BỆNH ...*....							
1	Khám bệnh, chữa bệnh ngoại trú							
2	Điều trị ngoại trú							
3	Điều trị ban ngày							
4	Điều trị nội trú							
B	CƠ SỞ KHÁM BỆNH, CHỮA BỆNH ...*....							
								
	Tổng cộng (A+B+...)							

Chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế đề nghị quỹ bảo hiểm y tế thanh toán:.....:.....đồng (viết bằng chữ:)

NGƯỜI LẬP BIỂU

(Ký, họ tên)

KẾ TOÁN TRƯỞNG

(Ký, họ tên)

Ngàytháng..... năm

THỦ TRƯỞNG ĐƠN VỊ

(Ký, họ tên, đóng dấu)

Ghi chú: (*) ghi lần lượt cơ sở khám bệnh, chữa bệnh ký hợp đồng và các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh trực thuộc trong hợp đồng

✍

HƯỚNG DẪN LẬP MẪU SỐ 02/BH

Báo cáo quyết toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế

1. Mục đích: Tổng hợp chi phí khám bệnh, chữa bệnh của người tham gia bảo hiểm y tế quý trước đề nghị cơ quan bảo hiểm xã hội thanh toán.

2. Trách nhiệm lập

Đơn vị trực tiếp ký hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế.

3. Thời gian lập: hằng quý.

4. Phương pháp lập

Mẫu số 02/BH được tổng hợp từ Mẫu số 01/BH các tháng trong quý.

a) Phân thông tin chung

- Góc trên, bên trái danh sách ghi rõ tên và mã đơn vị trực tiếp ký hợp đồng với cơ quan bảo hiểm xã hội.

- Có đầy đủ chữ ký của người lập, kế toán trưởng và thủ trưởng đơn vị trực tiếp ký hợp đồng.

b) Chỉ tiêu theo hàng: 04 hình thức khám bệnh, chữa bệnh tương ứng với mã loại khám bệnh, chữa bệnh (MA_LOAI_KCB) quy định tại Phụ lục 1 ban hành kèm theo Quyết định số 824/QĐ-BYT.

Phần A, B, C... ghi trong trường hợp có nhiều cơ sở khám bệnh, chữa bệnh trong cùng một hợp đồng khám bệnh chữa bệnh bảo hiểm y tế, trong đó Phần A tổng hợp chi phí khám bệnh, chữa bệnh của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh ký hợp đồng, các Phần tiếp theo tổng hợp chi phí khám bệnh, chữa bệnh của các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh trực thuộc.

Mục 1. Khám bệnh, chữa bệnh ngoại trú: các MA_LOAI_KCB là 01, 06 và 07;

Mục 2. Điều trị ngoại trú: các MA_LOAI_KCB là 02, 05 và 08;

Mục 3. Điều trị ban ngày: các MA_LOAI_KCB là 04 và 09;

Mục 4. Điều trị nội trú: MA_LOAI_KCB là 03.

c) Chỉ tiêu theo cột: Ghi tương ứng với chỉ tiêu hàng

- Cột 1: Tổng số lượt khám bệnh, chữa bệnh.

- Cột 2: Tổng chi khám bệnh, chữa bệnh.

Số tiền tại cột 2 bằng tổng số tiền từ cột 4 đến 7.

+ Cột 3: Tổng chi phí trong phạm vi hưởng bảo hiểm y tế.

Số tiền tại cột 3 bằng tổng số tiền từ cột 4 đến cột 5.

+ Cột 4: Chi phí khám bệnh, chữa bệnh đề nghị quỹ bảo hiểm y tế thanh toán.

+ Cột 5: Chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế người bệnh cùng chi trả.

+ Cột 6: Chi phí khám bệnh, chữa bệnh được chi trả từ các nguồn tài trợ, viện trợ.

+ Cột 7: Chi phí người bệnh tự trả: Ghi nhận số tiền người bệnh tự trả như phần chênh lệch giá dịch vụ khám bệnh, chữa bệnh theo yêu cầu và giá dịch vụ khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế; chi phí thuốc, thiết bị y tế, dịch vụ khám bệnh, chữa bệnh ngoài danh mục bảo hiểm y tế hoặc có quy định tỷ lệ thanh toán.

d) Số tiền trên biểu được làm tròn đến đơn vị đồng.

CỘNG HOÀ XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM
Độc lập - Tự do - Hạnh phúc

BIÊN BẢN
GIÁM ĐỊNH CHI PHÍ KHÁM BỆNH, CHỮA BỆNH BẢO HIỂM Y TẾ

Quý năm ...

Tại ... (tên cơ sở khám bệnh, chữa bệnh)....

Số:/BB-BHXXH

Căn cứ Luật Bảo hiểm y tế số 25/2008/QH12 được sửa đổi, bổ sung bởi Luật số 46/2014/QH13 và Luật số 51/2024/QH15;

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;

Căn cứ Thông tư số 12/2026/TT-BTC ngày 10 tháng 02 năm 2026 của Bộ trưởng Bộ Tài chính quy định trình tự, thủ tục giám định chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế, biểu mẫu tổng hợp thanh toán, quyết toán và biện pháp thi hành 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;

Căn cứ Hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế năm ... số .../HĐKCB-BHYT ngày ... tháng ... năm ... và văn bản thông báo số .../TB-BHXXH ngày ... tháng ... năm của Bảo hiểm xã hội... về việc thực hiện giám định chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế tháng/quý năm;

Chúng tôi gồm:

Bên A (tên cơ quan bảo hiểm xã hội)

- Ông (Bà) Chức vụ:

- Ông (Bà) Chức vụ:

Bên B (tên cơ sở khám bệnh, chữa bệnh)

- Ông (Bà) Chức vụ:

- Ông (Bà) Chức vụ:

Lập Biên bản giám định chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế quý ... năm ... như sau:

I. Hồ sơ bên B đề nghị thanh toán

1. Hồ sơ đã tiếp nhận tại Công tiếp nhận dữ liệu:

Số tiền đề nghị thanh toán bảo hiểm y tế:

Trong đó, hồ sơ bên B đã điều chỉnh:

Số tiền đề nghị thanh toán bảo hiểm y tế sau điều chỉnh:

2. Hồ sơ Công tiếp nhận dữ liệu không tiếp nhận:

Số tiền đề nghị thanh toán bảo hiểm y tế:

II. Nội dung đã thực hiện

1. Các thay đổi trong thời gian thực hiện hợp đồng

.....

Ghi các thay đổi theo các văn bản thông báo của mỗi bên trong kỳ quyết toán và điều kiện thực tế tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh (như thay đổi danh mục, phạm vi hoạt động chuyên môn, quy mô giường bệnh tại các khoa, phòng...).

2. Nội dung và kết quả giám định chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế

a) Cơ sở khám bệnh, chữa bệnh:

.....

Ghi các nội dung và kết quả cơ sở khám bệnh, chữa bệnh đã rà soát theo thông báo của cơ quan bảo hiểm xã hội, chi phí đề nghị thanh toán sau rà soát và căn cứ pháp lý, lý do đề nghị thanh toán; chi phí không đề nghị thanh toán sau rà soát; chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế chưa thống nhất với cơ quan bảo hiểm xã hội, kiến nghị cấp cơ quan có thẩm quyền xem xét, giải quyết theo quy định của pháp luật và nêu rõ căn cứ, lý do.

b) Cơ quan bảo hiểm xã hội:

.....

Ghi rõ nội dung và kết quả giám định chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế bằng các phương thức tự động và thủ công; số hồ sơ, số tiền từ chối thanh toán và căn cứ, lý do từ chối (lập bảng kê chi tiết nội dung, chi phí từ chối thanh toán); chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế cơ sở khám bệnh, chữa bệnh chưa thống nhất với cơ quan bảo hiểm xã hội, kiến nghị cơ quan có thẩm quyền xem xét, giải quyết theo quy định của pháp luật và có đầy đủ căn cứ, lý do.

3. Rà soát chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế tăng cao

a) Nội dung cơ quan bảo hiểm xã hội đã thông báo

.....

Ghi đầy đủ các nội dung cơ quan bảo hiểm xã hội đã cảnh báo trong kỳ

b) Giải pháp của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh

.....

Ghi rõ các nguyên nhân, giải pháp bên B đã thực hiện, kết quả thực hiện (như: tỷ lệ tăng chi bình quân so với thời điểm cảnh báo, số tiền đã giảm)

c) Kết quả rà soát

.....

Ghi kết quả rà soát của cơ quan bảo hiểm xã hội đối với các nguyên nhân khách quan, chủ quan, giải pháp cơ sở khám bệnh, chữa bệnh đã xác định

4. Hồ sơ, tài liệu, dữ liệu kèm theo Biên bản giám định

.....

Liệt kê các Biên bản làm việc giữa thành viên của cơ quan bảo hiểm xã hội và đại diện đơn vị, khoa, phòng của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh (ghi rõ số biên bản, ngày, tháng, năm lập biên bản) và các hồ sơ, tài liệu kèm theo trong quá trình thực hiện; file dữ liệu đã cung cấp trực tiếp cho cơ sở khám bệnh, chữa bệnh (nếu có) gồm tên file, hình thức cung cấp, ngày cung cấp, thông tin người gửi và người nhận.

5. Ý kiến của cơ quan bảo hiểm xã hội

.....

6. Ý kiến của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh

.....

Biên bản được lập thành 02 bản, có nội dung và giá trị pháp lý như nhau, mỗi bên giữ 01 bản./.

....., ngày ... tháng ... năm

ĐẠI DIỆN
CƠ SỞ KHÁM BỆNH, CHỮA BỆNH
(Ký, họ tên, đóng dấu)

....., ngày ... tháng ... năm

ĐẠI DIỆN
CƠ QUAN BẢO HIỂM XÃ HỘI
(Ký, họ tên, đóng dấu)

CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM
Độc lập - Tự do - Hạnh phúc

BIÊN BẢN LÀM VIỆC

Số:/BB

Hôm nay, hồi.... giờ.... phút ngày/...../....., tại:.....

Chúng tôi gồm:

Cơ quan bảo hiểm xã hội:

- Ông (Bà) Chức vụ:

- Ông (Bà) Chức vụ:

Cơ sở khám bệnh, chữa bệnh (đơn vị/ khoa/ phòng):.....

- Ông (Bà) Chức vụ:

- Ông (Bà) Chức vụ:

Căn cứ Thông báo số ngày .../.../.... của Bảo hiểm xã hội về việc giám định chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế tháng/quý:.... năm, hai bên lập biên bản ghi nhận nội dung, kết quả làm việc như sau:

1. Nội dung, kết quả làm việc

.....

Ghi đầy đủ nội dung làm việc, ý kiến của các thành viên tham dự; xác định cụ thể chi phí đề nghị quỹ bảo hiểm y tế thanh toán; chi phí không đủ điều kiện đề nghị quỹ bảo hiểm y tế thanh toán và căn cứ, lý do; chi phí cơ sở khám bệnh, chữa bệnh đề nghị cấp có thẩm quyền xem xét giải quyết và căn cứ, lý do.

2. Hồ sơ, tài liệu liên quan

.....

Liệt kê các hồ sơ, tài liệu kèm theo trong quá trình thực hiện; file dữ liệu đã cung cấp trực tiếp cho cơ sở khám bệnh, chữa bệnh (nếu có) gồm tên file, hình thức cung cấp, ngày cung cấp, thông tin người gửi và người nhận.

Buổi làm việc kết thúc vào hồi ... giờ ... phút ngày/...../.....

Biên bản được lập thành 02 bản có nội dung và giá trị pháp lý như nhau, mỗi bên giữ 01 bản./.

CƠ QUAN BẢO HIỂM XÃ HỘI
(Ký, ghi rõ họ tên)

CƠ SỞ KHÁM BỆNH, CHỮA BỆNH
(ĐƠN VỊ, KHOA, PHÒNG)
(Ký, ghi rõ họ tên)

BẢO HIỂM XÃ HỘI VIỆT NAM
BẢO HIỂM XÃ HỘI

CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM
Độc lập – Tự do – Hạnh phúc

THÔNG BÁO KẾT QUẢ GIÁM ĐỊNH CHI PHÍ KHÁM BỆNH, CHỮA BỆNH BẢO HIỂM Y TẾ
Quý năm.....

Đơn vị: Mã đơn vị:

CƠ SỞ KHÁM BỆNH, CHỮA BỆNH * Mã đơn vị:

A. TỔNG HỢP THEO ĐỀ NGHỊ CỦA CƠ SỞ KHÁM BỆNH, CHỮA BỆNH

STT	Chi tiêu	Số lượt khám bệnh, chữa bệnh	Chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế	Chi phí đề nghị quỹ bảo hiểm y tế thanh toán
(A)	(B)	(1)	(2)	(3)
I	Khám bệnh, chữa bệnh ngoại trú			
II	Điều trị ngoại trú			
III	Điều trị ban ngày			
IV	Điều trị nội trú			
	Cộng (A)			

B. HỒ SƠ ĐIỀU CHỈNH CHI PHÍ SAU GIÁM ĐỊNH CHI PHÍ KHÁM BỆNH, CHỮA BỆNH BẢO HIỂM Y TẾ

[illegible]

STT	Chỉ tiêu	Mã thẻ bảo hiểm y tế	Ngày vào viện	Ngày ra viện	Chi phí đề nghị quỹ bảo hiểm y tế thanh toán	Chi phí tổng hợp vào quyết toán	Chi phí từ chối quyết toán	Trong đó		Chi phí chưa quyết toán	Mã liên kết Bảng kê chi tiết
								Phương thức tự động	Phương thức chủ động		
II	Điều trị ngoại trú										
1.	Nguyễn Văn B										
											
III	Điều trị ban ngày										
1.	Nguyễn Văn C										
											
IV	Điều trị nội trú										
	...										
	Cộng (B)										

Chi phí tổng hợp vào quyết toán (A + B): (đồng)

CƠ SỞ KHÁM BỆNH, CHỮA BỆNH*..... Mã đơn vị:

A. TỔNG HỢP THEO ĐỀ NGHỊ CỦA CƠ SỞ KHÁM BỆNH, CHỮA BỆNH

STT	Chỉ tiêu	Số lượt khám bệnh, chữa bệnh	Chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế	Chi phí đề nghị quỹ bảo hiểm y tế thanh toán
(A)	(B)	(1)	(2)	(3)
I	Khám bệnh, chữa bệnh ngoại trú			
II	Điều trị ngoại trú			
III	Điều trị ban ngày			
IV	Điều trị nội trú			
	Cộng (A)			

B. HỒ SƠ ĐIỀU CHỈNH CHI PHÍ SAU GIÁM ĐỊNH CHI PHÍ KHÁM BỆNH, CHỮA BỆNH BẢO HIỂM Y TẾ

STT	Chi tiêu	Mã thẻ bảo hiểm y tế	Ngày vào viện	Ngày ra viện	Chi phí đề nghị quỹ bảo hiểm y tế thanh toán	Chi phí tổng hợp vào quyết toán	Chi phí từ chối quyết toán	Trong đó		Chi phí chưa quyết toán	Mã liên kết Bảng kê chi tiết
								Phương thức tự động	Phương thức chủ động		
(A)	(B)	(C)	(D)	(E)	(1)	(2)=(1-3-6)	(3)=(4+5)	(4)	(5)	(6)	(G)
I	Khám bệnh, chữa bệnh ngoại trú										
1.	Nguyễn Văn T										
											
II	Điều trị ngoại trú										
											
III	Điều trị ban ngày										
											
IV	Điều trị nội trú										
	...										
	Cộng (B)										

Chi phí tổng hợp vào quyết toán (A + B): (đồng)

Tổng chi phí tổng hợp vào quyết toán: (đồng)

Ghi chú: (*) ghi lần lượt cơ sở khám bệnh, chữa bệnh trực tiếp ký hợp đồng và các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh trực thuộc trong trường hợp ký một hợp đồng.

Ngàytháng..... năm

NGƯỜI LẬP BIỂU

(Ký, họ tên)

TRƯỞNG PHÒNG CHẾ ĐỘ BHYT

(Ký, họ tên)

GIÁM ĐỐC

(Ký, họ tên, đóng dấu)

A

HƯỚNG DẪN LẬP MẪU SỐ 05/BH

Thông báo kết quả giám định chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế

1. Mục đích

Thông báo kết quả giám định chi phí khám bệnh, chữa bệnh đề nghị thanh toán bảo hiểm y tế phát sinh tại các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh có tên trong hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế.

2. Trách nhiệm lập

Cơ quan bảo hiểm xã hội lập, gửi cơ sở khám bệnh, chữa bệnh trực tiếp ký hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế.

3. Thời gian lập: hằng quý.

4. Phương pháp lập

a) Phần thông tin chung

- Góc trên, bên trái của danh sách ghi rõ tên cơ quan bảo hiểm xã hội.
- Có đầy đủ chữ ký của người lập, trưởng phòng Chế độ bảo hiểm y tế và Giám đốc cơ quan bảo hiểm xã hội.

b) Chỉ tiêu hàng

Trường hợp có nhiều cơ sở khám bệnh, chữa bệnh trong cùng một hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế, phản ánh lần lượt số liệu của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh ký hợp đồng và các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh trực thuộc. Số liệu của mỗi cơ sở khám bệnh, chữa bệnh gồm 02 phần:

Phần A. Tổng hợp theo đề nghị của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh

Phản ánh chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế phát sinh trong kỳ được cơ quan bảo hiểm xã hội tổng hợp vào quyết toán theo đúng số liệu cơ sở khám bệnh, chữa bệnh lập và đề nghị quỹ bảo hiểm y tế thanh toán. Phần A gồm 04 mục:

Mục I. Khám bệnh, chữa bệnh ngoại trú: Tổng hợp chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế các trường hợp khám bệnh ngoại trú gồm các MA_LOAI_KCB là 01, 06 và 07.

Mục II. Điều trị ngoại trú: Tổng hợp chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế các trường hợp điều trị ngoại trú: các MA_LOAI_KCB là 02, 05 và 08.

Mục III. Điều trị ban ngày: Tổng hợp chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế các trường hợp điều trị gồm các MA_LOAI_KCB là 04 và 09.

Mục IV. Điều trị nội trú: Tổng hợp chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế các trường hợp điều trị nội trú có MA_LOAI_KCB là 03.

Phần B. Hồ sơ điều chỉnh chi phí sau giám định chi phí khám bệnh, chữa bệnh

Phản ánh chi phí khám bệnh, chữa bệnh của từng người bệnh bảo hiểm y tế có khoản chi từ chối quyết toán. Phần B gồm 04 mục tương tự Phần A, mỗi mục có các dòng phản ánh Bảng kê chi tiết có điều chỉnh chi phí đề nghị thanh toán.

c) Chi tiêu cột

Phần A. Tổng hợp theo đề nghị của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh

Cột 1: Ghi số lượt khám bệnh, chữa bệnh.

Cột 2: Ghi số tiền chi khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế cho người bệnh theo Bảng tổng hợp đề nghị thanh toán của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh (chỉ tiêu tương ứng tại Mẫu số 01/BH).

Cột 3: Ghi số tiền đề nghị quỹ bảo hiểm y tế thanh toán theo Bảng tổng hợp đề nghị thanh toán của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh (chỉ tiêu tương ứng tại Mẫu số 01/BH).

Phần B. Hồ sơ điều chỉnh chi phí sau giám định chi phí khám bệnh, chữa bệnh

Cột A: Ghi số thứ tự người bệnh từ 1 đến hết theo mỗi hình thức khám bệnh, chữa bệnh

Cột B: Ghi họ và tên người bệnh

Cột C: Ghi mã thẻ bảo hiểm y tế của người bệnh.

Cột D: Ghi ngày vào viện

Cột E: Ghi ngày kết thúc lần khám bệnh, chữa bệnh, ra viện hoặc chuyển viện.

Cột 1: Phản ánh chi phí cơ sở khám bệnh, chữa bệnh đề nghị quỹ bảo hiểm y tế thanh toán.

Cột 2: Phản ánh chi phí tổng hợp vào quyết toán.

$\text{Cột 2} = \text{Cột 1} - \text{Cột 3} - \text{Cột 6}$

Cột 3: Phản ánh chi phí từ chối quyết toán.

Cột 4: Phản ánh số tiền từ chối thanh toán qua phương thức giám định tự động.

Cột 5: Phản ánh số tiền từ chối thanh toán qua phương thức giám định chủ động.

Cột 6: Ghi số tiền chưa quyết toán trong trường hợp có vướng mắc khi quy định hiện hành chưa xác định được nội dung chi thuộc phạm vi quỹ bảo hiểm y tế thanh toán và cơ sở khám bệnh, chữa bệnh đề nghị xin ý kiến cấp thẩm quyền, không ghi nhận các chi phí đã xác định không đủ điều kiện thanh toán theo quy định pháp luật.

Cột G: Ghi mã liên kết (MA_LK) của Bảng kê chi tiết có chi phí từ chối thanh toán đã gửi cho cơ sở khám bệnh, chữa bệnh qua Cổng tiếp nhận dữ liệu. Mã liên kết được quy định tại Quyết định số 3176/QĐ-BYT ngày 29/10/2024 của Bộ Y tế.

d) Số tiền hiển thị trên biểu được làm tròn đến đơn vị đồng.

Mẫu số 06/BH

BẢO HIỂM XÃ HỘI VIỆT NAM
BẢO HIỂM XÃ HỘI

CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM
Độc lập – Tự do – Hạnh phúc

**BIÊN BẢN QUYẾT TOÁN, THANH TOÁN
CHI PHÍ KHÁM BỆNH, CHỮA BỆNH BẢO HIỂM Y TẾ**

Quý.... năm

Căn cứ Hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế số:..... ngày... tháng ... năm ... giữa Bảo hiểm xã hội và (tên cơ sở khám bệnh, chữa bệnh).....

Căn cứ Bảng tổng hợp đề nghị thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế các tháng ... , ... và ...;

Căn cứ Báo cáo quyết toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế quý ... năm ... ngày.../.../.... của ... (tên cơ sở khám bệnh, chữa bệnh)

Căn cứ Biên bản giám định chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế quý ... năm ... số .../BB-BHXXH và Thông báo kết quả giám định chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế ngày....tháng....năm.....của...(tên cơ quan bảo hiểm xã hội)...

Chúng tôi gồm:

Đại diện cơ quan bảo hiểm xã hội

Ông (Bà): Chức vụ:

Ông (Bà): Chức vụ:

Địa chỉ:

Số tài khoản: tại ngân hàng

Đại diện cơ sở khám bệnh, chữa bệnh

Ông (Bà): Chức vụ:

Ông (Bà): Chức vụ:

Địa chỉ:

Số tài khoản: tại ngân hàng

Hai bên xác định và lập Biên bản quyết toán, thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế quý ... năm ... như sau:

Đơn vị: đồng

TT	Chi tiêu	Mã số	Trong quý	Lũy kế từ đầu năm
(A)	(B)	(C)	(1)	(2)
A	KINH PHÍ	(1) = (2+11)		
I	Dự kiến chi cơ sở khám bệnh, chữa bệnh được sử dụng	(2) = (3+4-8)		
1.	Dự kiến chi kỳ trước chuyển sang	(3)		

TT	Chi tiêu	Mã số	Trong quý	Lũy kế từ đầu năm
(A)	(B)	(C)	(1)	(2)
2	Dự kiến chi được thông báo trong năm	(4) = (5+6-7)		
2.1	Thông báo đầu năm	(5)		
2.2	Điều chỉnh tăng trong năm	(6)		
2.3	Điều chỉnh giảm trong năm	(7)		
3	Số chi thanh toán trực tiếp cho người bệnh	(8)		
4	Dự kiến chi đã sử dụng trong kỳ	(9) = (23)		
5	Dự kiến chi chuyển kỳ sau	(10) = (2-9)		
II	Kinh phí bổ sung số chi năm trước được quyết toán	(11) = (24)		
B	CHI PHÍ KHÁM BỆNH, CHỮA BỆNH	(12) = (13+14+18)		
I	Chi phí vượt dự kiến chi kỳ trước chuyển sang	(13)		
II	Phát sinh trong kỳ	(14) = (15+16+17)		
1	Chi phí tổng hợp quyết toán	(15)		
2	Chi phí từ chối thanh toán	(16)		
3	Chi phí chưa quyết toán	(17)		
III	Phát sinh kỳ trước	(18) = (19-20)		
1	Điều chỉnh tăng	(19)		
2	Điều chỉnh giảm	(20)		
IV	Tổng hợp vào quyết toán trong kỳ	(21) = (13+15+18)		
C	QUYẾT TOÁN CHI PHÍ KHÁM BỆNH, CHỮA BỆNH	(22) = (23+24)		
I	Quyết toán số chi trong năm	(23)		
II	Quyết toán số chi năm trước	(24) = (25+26)		
1	Chi vướng mắc năm trước được quyết toán	(25)		
2	Chi vượt dự kiến chi năm trước được quyết toán	(26)		
D	CHI PHÍ VƯỢT DỰ KIẾN CHI	(27) = (21-23)		
E	THANH TOÁN CHI KHÁM BỆNH, CHỮA BỆNH	(28)		
I	Thanh toán	(29)		
I	Kinh phí kỳ trước chuyển sang	(30)		
1.1	Kinh phí còn dư	(31)		
1.2	Kinh phí còn phải thanh toán	(32)		
2	Kinh phí đã tạm ứng, thanh toán	(33) = (34+37)		
2.1	Số đã tạm ứng	(34) = (35+36)		

TT	Chỉ tiêu	Mã số	Trong quý	Lũy kế từ đầu năm
(A)	(B)	(C)	(1)	(2)
2.1.1	Tạm ứng trong kỳ	(35)		
2.1.2	Tạm ứng năm trước	(36)		
2.2	Số đã thanh toán	(37) = (38+39)		
2.2.1	Số chi kỳ trước	(38)		
2.2.2	Số chi năm trước	(39)		
3	Số phải hoàn trả	(40)		
4	Số phải thanh toán	(41) = (22-40)		
5	Kinh phí tạm ứng phải nộp trong kỳ	(42) = (35-23)		
6	Kinh phí chuyển kỳ sau	(43)		
6.1	Kinh phí còn dư	(44)		
6.2	Kinh phí còn phải thanh toán	(45)		
II	Kinh phí tạm ứng phải nộp sau quyết toán	(46)		
1	Kinh phí tạm ứng phải nộp kỳ trước chuyển sang	(47)		
2	Kinh phí tạm ứng phải nộp trong kỳ	(48) = (42)		
3	Kinh phí tạm ứng đã nộp	(49)		
4	Kinh phí tạm ứng phải nộp chuyển kỳ sau	(50) = (47+48-49)		
III	Kinh phí thu hồi vào quỹ bảo hiểm y tế	(51)		
1	Kinh phí phải thu hồi kỳ trước	(52)		
2	Kinh phí phải nộp trong kỳ	(53)		
3	Kinh phí kỳ trước đã nộp	(54)		
4	Kinh phí phải thu hồi chuyển kỳ sau	(55) = (52+53-54)		

Ý kiến của cơ quan bảo hiểm xã hội:

.....

Ý kiến của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh:

.....

....., ngày ... tháng ... năm			, ngày ... tháng ... năm		
CƠ SỞ KHÁM BỆNH, CHỮA BỆNH			CƠ QUAN BẢO HIỂM XÃ HỘI		
TP. KẾ HOẠCH	KẾ TOÁN	THỦ TRƯỞNG	TP. CHÈ ĐỘ BẢO	KẾ TOÁN	THỦ TRƯỞNG
TỔNG HỢP	TRƯỞNG	ĐƠN VỊ	HIỂM Y TẾ	TRƯỞNG	ĐƠN VỊ
(Ký, họ tên)	(Ký, họ tên)	(Ký, họ tên, đóng dấu)	(Ký, họ tên)	(Ký, họ tên)	(Ký, họ tên, đóng dấu)

[Handwritten signature]

HƯỚNG DẪN LẬP MẪU SỐ 06/BH

Biên bản quyết toán, thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế

1. Mục đích

Xác định chi phí khám bệnh, chữa bệnh quyết toán, thanh toán giữa cơ quan bảo hiểm xã hội với cơ sở khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế.

2. Trách nhiệm lập

Cơ quan bảo hiểm xã hội lập gửi cơ sở khám bệnh, chữa bệnh trực tiếp ký hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế;

Cơ sở khám bệnh, chữa bệnh ký xác nhận gửi lại cơ quan bảo hiểm xã hội.

3. Thời gian lập: hằng quý.

4. Phương pháp lập

a) Phần thông tin chung

- Ghi thông tin của Hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế.
- Ghi họ và tên, chức vụ những người lập và ký xác nhận trên Biên bản quyết toán, thông tin tài khoản của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh.

b) Chỉ tiêu hàng

Gồm 5 phần: Phần A - Kinh phí; Phần B - Chi phí khám bệnh, chữa bệnh; Phần C - Quyết toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh; Phần D - Chi phí vượt dự kiến chi; Phần E - Thanh toán chi khám bệnh, chữa bệnh.

Phần A. Kinh phí (Mã số 1)

Phản ánh kinh phí chi khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế được sử dụng trong năm, gồm Mục I. Dự kiến chi cơ sở khám bệnh, chữa bệnh được sử dụng và Mục II. Kinh phí bổ sung số chi năm trước được quyết toán.

$$\text{Mã số 1} = \text{Mã số 2} + \text{Mã số 11}$$

Mục I. Dự kiến chi cơ sở khám bệnh, chữa bệnh được sử dụng (Mã số 2)

Phản ánh dự kiến chi còn được sử dụng trong kỳ sau khi khấu trừ chi phí thanh toán trực tiếp cho người bệnh theo quy định tại điểm c khoản 3 Điều 60 Nghị định số 188/2025/NĐ-CP.

$$\text{Mã số 2} = \text{Mã số 3} + \text{Mã số 4} - \text{Mã số 8}$$

Mã số 3: Dự kiến chi kỳ trước chuyển sang, Mã số 3 bằng Mã số 10 kỳ trước, riêng quý I Mã số 3 bằng 0.

Mã số 4: Dự kiến chi được thông báo trong năm

Phản ánh số dự kiến chi được cơ quan bảo hiểm xã hội thông báo bao gồm số thông báo đầu năm và số điều chỉnh trong năm.

$$\text{Mã số 4} = \text{Mã số 5} + \text{Mã số 6} - \text{Mã số 7}$$

Mã số 5: Thông báo đầu năm

Phản ánh số dự kiến chi được cơ quan bảo hiểm xã hội thông báo đầu năm.
Cột 1: Thể hiện số liệu tại thời điểm thông báo số dự kiến chi.

Mã số 6: Điều chỉnh tăng dự kiến chi trong năm.

Mã số 7: Điều chỉnh giảm dự kiến chi trong năm.

Mã số 8: Số chi thanh toán trực tiếp cho người bệnh

Phản ánh chi phí thuốc, thiết bị y tế do cơ quan bảo hiểm xã hội thanh toán trực tiếp cho người bệnh được tính trong dự kiến chi của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh theo quy định tại điểm c khoản 3 Điều 60 Nghị định số 188/2025/NĐ-CP.

Mã số 9: Dự kiến chi đã sử dụng trong kỳ.

Mã số 9 = Mã số 23

Mã số 10: Dự kiến chi chuyển kỳ sau

Phản ánh số dự kiến chi khám bệnh chữa bệnh trong kỳ còn dư chuyển kỳ sau.

Mã số 10 = Mã số 2 - Mã số 9

Các Mã số 1, 2, 3 và 10 không ghi nhận lũy kế.

Mục II. Kinh phí bổ sung số chi năm trước được quyết toán (Mã số 11)

Phản ánh số tiền đề thanh toán bổ sung đối với các khoản chi năm trước năm tài chính được quyết toán bổ sung trong kỳ.

Mã số 11 = Mã số 24

Phần B. Chi phí khám bệnh, chữa bệnh (Mã số 12)

Phản ánh số chi tổng hợp trong kỳ bao gồm số chi vượt dự kiến chi kỳ trước chuyển sang, số chi phát sinh trong kỳ và số điều chỉnh kỳ trước (nếu có).

Mã số 12 = Mã số 13 + Mã số 14 + Mã số 18

Mục I. Chi phí vượt dự kiến chi kỳ trước chuyển sang (Mã số 13)

Phản ánh số chi vượt dự kiến chi kỳ trước chưa quyết toán trong trường hợp số chi khám bệnh, chữa bệnh tổng hợp vào quyết toán (Mã số 21) lớn hơn dự kiến chi được sử dụng (Mã số 2). Mã số 13 bằng Mã số 27 kỳ trước.

Mục II. Phát sinh trong kỳ (Mã số 14)

Phản ánh số chi khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế phát sinh trong kỳ.

Mã số 14 = Mã số 15 + Mã số 16 + Mã số 17

Mã số 15: Chi phí tổng hợp quyết toán

Phản ánh số chi đề nghị thanh toán từ nguồn quỹ bảo hiểm y tế được tổng hợp vào quyết toán.

Mã số 16: Chi phí từ chối thanh toán

Phản ánh số chi từ chối thanh toán do không đúng quy định của pháp luật.

Mã số 17: Chi phí chưa quyết toán

Phản ánh số chi chưa quyết toán, cơ sở khám bệnh, chữa bệnh báo cáo cấp có thẩm quyền theo quy định tại điểm đ khoản 1 Điều 35 Nghị định số 188/2025/NĐ-CP.

Mục III. Phát sinh kỳ trước (Mã số 18)

Phản ánh số chi phát sinh kỳ trước được quyết toán bổ sung hoặc phải điều chỉnh giảm số đã quyết toán kỳ trước.

Mã số 18 = Mã số 19 - Mã số 20

Mã số 19: Điều chỉnh tăng

Phản ánh số chi chưa quyết toán kỳ trước, đủ điều kiện thanh toán theo quy định, được quyết toán bổ sung trong kỳ này.

Mã số 20: Điều chỉnh giảm

Phản ánh số chi kỳ trước phải điều chỉnh giảm trong kỳ này.

Mục IV. Tổng hợp vào quyết toán trong kỳ (Mã số 21)

Phản ánh chi phí được tổng hợp vào quyết toán kỳ này.

Mã số 21 = Mã số 13 + Mã số 15 + Mã số 18

Phần C. Quyết toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh (Mã số 22)

Phản ánh số chi được quyết toán trong kỳ bao gồm số chi phát sinh trong năm và số chi năm trước được quyết toán bổ sung theo thông báo của cấp có thẩm quyền.

Mã số 22 = Mã số 23 + Mã số 24

Mục I. Quyết toán số chi trong năm (Mã số 23)

Phản ánh số chi từ đầu năm được quyết toán trong kỳ này. Số quyết toán trong phạm vi dự kiến chi cơ sở khám bệnh, chữa bệnh được sử dụng.

Mục II. Quyết toán số chi năm trước (Mã số 24)

Phản ánh số chi năm trước được quyết toán bổ sung trong kỳ này.

Mã số 24 = Mã số 25 + Mã số 26

Mã số 25: Chi vướng mắc năm trước được quyết toán

Phản ánh chi phí năm trước có vướng mắc được cấp thẩm quyền hướng dẫn thanh toán.

Mã số 26: Chi vượt dự kiến chi năm trước được quyết toán

Phản ánh số chi vượt dự kiến chi năm trước được quyết toán theo thông báo của cấp có thẩm quyền.

Phần D. Chi phí vượt dự kiến chi (Mã số 27)

Phản ánh số chi đã tổng hợp nhưng chưa quyết toán do vượt số dự kiến chi cơ sở khám bệnh, chữa bệnh còn được sử dụng.

Mã số 27 = Mã số 21 - Mã số 23

Phần E. Thanh toán chi khám bệnh, chữa bệnh (Mã số 28)

Phản ánh tình hình tạm ứng, thanh toán giữa cơ quan bảo hiểm xã hội và cơ sở khám bệnh, chữa bệnh.

Mục I. Thanh toán (Mã số 29)

Mã số 30: Kinh phí kỳ trước chuyển sang (không phản ánh số liệu)

Mã số 31: Kinh phí còn dư

Phản ánh Kinh phí còn dư kỳ trước chuyển sang, bằng Mã số 44 kỳ trước.

Mã số 32: Kinh phí còn phải thanh toán, bằng Mã số 45 kỳ trước.

Mã số 33: Kinh phí đã tạm ứng, thanh toán

$$\text{Mã số 33} = \text{Mã số 34} + \text{Mã số 37}$$

Mã số 34: Số đã tạm ứng

$$\text{Mã số 34} = \text{Mã số 35} + \text{Mã số 36}$$

Mã số 35: Tạm ứng trong kỳ. Căn cứ nội dung ghi trên Ủy nhiệm chi.

Mã số 36: Tạm ứng năm trước. Căn cứ nội dung ghi trên Ủy nhiệm chi.

Mã số 37: Số đã thanh toán.

$$\text{Mã số 37} = \text{Mã số 38} + \text{Mã số 39}$$

Mã số 38: Số chi kỳ trước. Căn cứ nội dung ghi trên Ủy nhiệm chi.

Mã số 39: Số chi năm trước. Căn cứ nội dung ghi trên Ủy nhiệm chi.

Mã số 40: Số phải hoàn trả

Phản ánh kinh phí cơ sở khám bệnh, chữa bệnh phải hoàn trả theo quy định.

Mã số 41: Số phải thanh toán

$$\text{Mã số 41} = \text{Mã số 22} - \text{Mã số 40}$$

Phản ánh kinh phí phải thanh toán cho cơ sở khám bệnh, chữa bệnh.

Mã số 42: Kinh phí tạm ứng phải nộp trong kỳ

$$\text{Mã số 42} = \text{Mã số 35} - \text{Mã số 23} \text{ nếu } \text{Mã số 35} \geq \text{Mã số 23}$$

Mã số 43: Kinh phí chuyển kỳ sau (không phản ánh số liệu)

Mã số 44: Kinh phí còn dư

$$\text{Mã số 44} = (\text{Mã số 31} - \text{Mã số 32} + \text{Mã số 33}) - \text{Mã số 41} - \text{Mã số 42} \text{ nếu } (\text{Mã số 31} - \text{Mã số 32} + \text{Mã số 33}) \geq (\text{Mã số 41} + \text{Mã số 42}).$$

Mã số 45: Kinh phí còn phải thanh toán

$$\text{Mã số 45} = \text{Mã số 41} + \text{Mã số 42} - (\text{Mã số 31} - \text{Mã số 32} + \text{Mã số 33}) \text{ nếu } (\text{Mã số 31} - \text{Mã số 32} + \text{Mã số 33}) < (\text{Mã số 41} + \text{Mã số 42}).$$

Mục II. Kinh phí tạm ứng phải nộp sau quyết toán (Mã số 46)

Phản ánh kinh phí tạm ứng còn dư so với số quyết toán tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh phải chuyển trả cơ quan bảo hiểm xã hội.

Mã số 47: Kinh phí tạm ứng phải nộp kỳ trước chuyển sang. Mã số 47 bằng Mã số 50 kỳ trước.

Mã số 48: Kinh phí tạm ứng phải nộp trong kỳ

Phản ánh số dư tạm ứng phải chuyển trả cơ quan bảo hiểm xã hội.

$$\text{Mã số 48} = \text{Mã số 42}$$

Mã số 49: Kinh phí tạm ứng đã nộp

Phản ánh số dư tạm ứng cơ sở khám bệnh, chữa bệnh đã chuyển trả. Căn cứ số tiền theo Giấy báo có về tài khoản tiền gửi của cơ quan bảo hiểm xã hội.

Mã số 50: Kinh phí tạm ứng còn phải nộp chuyển kỳ sau.

$$\text{Mã số 50} = \text{Mã số 47} + \text{Mã số 48} - \text{Mã số 49}$$

Mục III. Kinh phí thu hồi vào quỹ bảo hiểm y tế (Mã số 51)

Phản ánh kinh phí kỳ trước phải thu hồi vào quỹ bảo hiểm y tế theo quy định tại Điều 52 Nghị định số 188/2025/NĐ-CP.

Mã số 52: Kinh phí phải thu hồi kỳ trước. Mã số 52 bằng Mã số 55 kỳ trước.

Mã số 53: Kinh phí phải nộp trong kỳ.

Mã số 54: Kinh phí kỳ trước đã nộp

Căn cứ Giấy báo có về tài khoản tiền gửi của cơ quan bảo hiểm xã hội.

Mã số 55: Kinh phí phải thu hồi chuyển kỳ sau.

$$\text{Mã số 55} = \text{Mã số 52} + \text{Mã số 53} - \text{Mã số 54}$$

c) Chỉ tiêu cột

Các cột A, B, C: Ghi số thứ tự, tên và mã số chỉ tiêu.

Cột 1: Ghi số tiền phát sinh trong quý.

Cột 2: Luỹ kế số tiền phát sinh trong năm.

d) Số tiền trên biểu được làm tròn đến đơn vị đồng.

Mẫu số 07/BH

Số:/BB-BHXH

CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM
Độc lập - Tự do - Hạnh phúc**BIÊN BẢN**
ĐỐI CHIẾU HỒ SƠ KÝ HỢP ĐỒNG VÀ ĐIỀU KIỆN THỰC TẾ
TẠI CƠ SỞ KHÁM BỆNH, CHỮA BỆNH BẢO HIỂM Y TẾ

Căn cứ Thông tư số 12/2026/TT-BTC ngày 10 tháng 02 năm 2026 của Bộ trưởng Bộ Tài chính quy định trình tự, thủ tục giám định chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế, biểu mẫu tổng hợp thanh toán, quyết toán và biện pháp thi hành 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;

Căn cứ Hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế số .../HĐKCB-BHYT ngày... tháng ... năm ... giữa ... (tên cơ quan bảo hiểm xã hội) và (tên cơ sở khám bệnh, chữa bệnh)....;

Hôm nay, ngày .../.../... , tại (tên cơ sở khám bệnh, chữa bệnh), địa chỉ hoạt động tại..... , chúng tôi gồm:

I. THÀNH PHẦN**Bên A:** (tên cơ quan bảo hiểm xã hội)

- Ông (Bà) Chức vụ:.....

- Ông (Bà) Chức vụ:.....

Bên B: (tên cơ sở khám bệnh, chữa bệnh)

- Ông (Bà) Chức vụ:.....

- Ông (Bà) Chức vụ:.....

Hai bên thống nhất lập biên bản như sau:

II. NỘI DUNG

1. Thông tin Giấy phép hoạt động khám bệnh, chữa bệnh trên hồ sơ hợp đồng và bản gốc

Khớp đúng ☐Không khớp đúng ☐

Thông tin không khớp đúng:

.....

.....

2. Quy mô cơ cấu tổ chức, nhân lực theo thực tế tại cơ sở

a) Các khoa lâm sàng

Khoa/ phòng	Mã khám bệnh/ Mã khoa	Số bàn khám	Số giường bệnh						Tổng số nhân lực	Cơ cấu nhân lực				Ghi chú
			được phê duyet	Thực kê	Hồi sức tích cực	Hồi sức cấp cứu	Điều trị ban ngày	Theo yêu cầu		Toàn thời gian	Bác sỹ	Điều dưỡng	Khác	
(A)	(B)	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)	(11)	(12)	(C)
A. Ngoại trú														
Nội tổng hợp	02.03													
...														
B. Nội trú														
Khoa Nội tổng hợp	K03													
Khoa Nội Tâm mạch	K04													
...														

Ghi chú:

Cột (A) và (B) ghi tên bàn khám, tên khoa; mã bàn khám và mã khoa theo Phụ lục 2 và Phụ lục 6 ban hành kèm theo Quyết định số 2010/QĐ-BYT ngày 19/6/2025 của Bộ Y tế;

Cột (1) ghi số bàn khám thực tế tại cơ sở;

Cột (2) ghi số giường bệnh của các khoa phòng được cấp có thẩm quyền phê duyệt hoặc điều chỉnh giấy phép hoạt động đang có hiệu lực;

Cột (3) ghi số giường bệnh thực kê tại từng khoa, phòng, bộ phận chuyên môn;

Cột (4) và Cột (5) ghi nhận số giường và rà soát điều kiện cơ sở vật chất, thiết bị, nhân lực theo quy chế cấp cứu, hồi sức tích cực và chống độc của Bộ Y tế;

Cột (8) = Cột (10) + Cột (11) + Cột (12);

Cột (C) ghi tên chức danh của nhân lực khác tại cột (12).

b) Các khoa cận lâm sàng và các khoa khác

Khoa/phòng	Mã khoa	Tổng số	Cơ cấu nhân lực					Ghi chú
			Toàn thời gian	Bác sỹ	Dược sỹ	Kỹ thuật y	Khác	
(A)	(B)	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(C)
Chẩn đoán hình ảnh								
Sinh hóa								
Dược								
Dinh dưỡng								
Kiểm soát nhiễm khuẩn								
....								

Ghi chú:

Cột (A) và (B) ghi tên khoa, mã khoa theo Phụ lục 6 ban hành kèm theo Quyết định số 2010/QĐ-BYT;

Cột (1) = Cột (3) + Cột (4) + Cột (5) + Cột (6);

Cột (C) ghi tên chức danh của nhân lực khác tại cột (6).

3. Thiết bị y tế để thực hiện dịch vụ kỹ thuật trong khám bệnh, chữa bệnh

Khoa/ bộ phận chuyên môn	Số thứ tự	Tên thiết bị	Ký hiệu (Model)	Nguồn gốc tài sản (NSNN, tự mua, thuê, mua trả chậm, trả dần, mượn, cho tặng)	Ghi chú
<i>(A)</i>	<i>(1)</i>	<i>(B)</i>	<i>(C)</i>	<i>(D)</i>	<i>(E)</i>
<i>Khoa Chẩn đoán hình ảnh</i>	1.				
	...				
<i>Khoa Sinh hóa</i>	1.				
	...				
<i>Khoa Huyết học</i>	1.				
.....	...				

Ghi chú: Thống kê theo thông tin tại sổ theo dõi thiết bị y tế tại khoa, phòng, bộ phận chuyên môn được giao sử dụng.

Biên bản được lập thành 02 bản có giá trị như nhau, mỗi bên lưu 01 bản./.

**ĐẠI DIỆN
CƠ QUAN BẢO HIỂM XÃ HỘI**
(Ký, họ tên, đóng dấu)

**ĐẠI DIỆN
CƠ SỞ KHÁM BỆNH, CHỮA BỆNH**
(Ký, họ tên, đóng dấu)

4

Thông tin tạo lập tài khoản

STT	Thông tin cung cấp	Diễn giải
1	Mã cơ sở khám bệnh, chữa bệnh	Mã cơ sở khám bệnh, chữa bệnh được cấp
2	Tên khám bệnh, chữa bệnh	Tên cơ sở khám bệnh, chữa bệnh
3	Tỉnh, thành phố	Tỉnh/thành phố nơi cơ sở khám bệnh, chữa bệnh hoạt động khám bệnh, chữa bệnh
4	Phường/Xã	Phường/xã nơi cơ sở khám bệnh, chữa bệnh hoạt động khám bệnh, chữa bệnh
5	Địa chỉ	Địa điểm ghi trên giấy phép hoạt động
6	Mã đơn vị	Mã số đơn vị tham gia bảo hiểm xã hội của cơ sở y tế
7	Địa chỉ email	địa chỉ thư điện tử của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh nhận thông tin tài khoản
8	Họ và tên	Họ tên của người đại diện để ký hợp đồng
9	Số căn cước công dân	Số căn cước công dân của người đại diện để ký hợp đồng
10	Số điện thoại	Số điện thoại của người đại diện để ký hợp đồng

TÊN ĐƠN VỊ:

MÃ ĐƠN VỊ:

CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM

Độc lập - Tự do - Hạnh phúc**BẢNG KÊ CHI TIẾT ĐIỀU CHỈNH**

XML 1_ID	ID chi phí	Số bảng XML	Mã liên kết	STT trong bảng XML	Mã bệnh nhân	Họ tên	Mã thẻ	Ngày vào	Ngày ra	Ngày y lệnh	Trường thông tin gốc	Thông tin gốc	Lý do	Từ chối	Trường thông tin điều chỉnh	Thông tin điều chỉnh	Lý do điều chỉnh	Trạng thái
(A)	(B)	(C)	(D)	(E)	(G)	(H)	(I)	(K)	(L)	(M)	(N)	(O)	(P)	(Q)	(R)	(S)	(T)	(I)

NGƯỜI LẬP BIỂU
(Ký, họ tên)

Ngàytháng..... năm

THỦ TRƯỞNG ĐƠN VỊ
(Ký, họ tên, đóng dấu)

✱

HƯỚNG DẪN LẬP MẪU SỐ 09/BH

Bảng kê chi tiết điều chỉnh

1. Mục đích

Hiện thị bảng kê chi tiết cơ sở khám bệnh, chữa bệnh đề nghị điều chỉnh khi Công tiếp nhận dữ liệu phản hồi hoặc cơ sở khám bệnh, chữa bệnh tự rà soát phát hiện có sai lệch cần điều chỉnh.

2. Trách nhiệm lập

Cơ sở khám bệnh, chữa bệnh gửi dữ liệu có các trường thông tin theo Mẫu số 09/BH, trong đó Công tiếp nhận dữ liệu cung cấp các trường thông tin từ Cột A đến Cột Q, cơ sở khám bệnh, chữa bệnh cập nhật thông tin Cột T, Cột R, Cột S và Cột (1).

3. Thời gian lập: Trong thời hạn 03 ngày làm việc kể từ ngày nhận được phản hồi từ Công tiếp nhận dữ liệu các trường thông tin từ Cột A đến Cột Q theo quy định tại khoản 3 Điều 10 Thông tư này.

4. Phương pháp lập

Khi tiếp nhận dữ liệu phản hồi trên Công tiếp nhận dữ liệu, cơ sở khám bệnh, chữa bệnh cần điều chỉnh thông tin tạo lập dữ liệu điện tử có đầy đủ các trường thông tin theo Mẫu số 09/BH hoặc cập nhật thông tin Cột T, Cột R, Cột S và Cột (1) trực tiếp trên Công tiếp nhận dữ liệu, ký số xác thực gửi cơ quan bảo hiểm xã hội.

a) Phần thông tin chung

- Góc trên, bên trái của danh sách ghi rõ tên, mã số cơ sở khám bệnh, chữa bệnh.
- Danh sách phải có đầy đủ chữ ký của người lập và Thủ trưởng cơ sở khám bệnh, chữa bệnh.

b) Chỉ tiêu theo cột

Cột A: XML1_ID, ghi theo phản hồi của Công tiếp nhận dữ liệu.

Cột B: ID chi phí, ghi theo phản hồi của Công tiếp nhận dữ liệu.

Cột C: Số bảng XML, ghi số thứ tự bảng XML có thông tin cần điều chỉnh, ví dụ: thông tin mã thẻ bảo hiểm y tế ghi "1", thông tin chỉ tiêu thuốc ghi "2", thông tin dịch vụ kỹ thuật ghi "3".

Cột D: Mã liên kết, ghi theo hướng dẫn tại Quyết định số 3176/QĐ-BYT.

Cột E: Ghi số thứ tự trong file XML trong dữ liệu gốc đã gửi lên Công tiếp nhận dữ liệu.

Cột G: Mã bệnh nhân, ghi theo hướng dẫn tại Quyết định số 3176/QĐ-BYT.

Cột H: Ghi họ và tên của người bệnh.

Cột I: Mã thẻ bảo hiểm y tế, ghi theo hướng dẫn tại Quyết định số 3176/QĐ-BYT.

Cột K: Ngày vào, ghi theo hướng dẫn tại Quyết định số 3176/QĐ-BYT.

Cột L: Ngày ra, ghi theo hướng dẫn tại Quyết định số 3176/QĐ-BYT

Cột M: Ngày y lệnh, ghi theo hướng dẫn tại Quyết định số 3176/QĐ-BYT.

Cột N: Trường thông tin gốc, ghi tên trường thông tin tương ứng với chỉ tiêu cần điều chỉnh hoặc tên trường thông tin có chi phí từ chối thanh toán, trường thông tin ghi theo Quyết định số 3176/QĐ-BYT.

Cột O: Thông tin gốc, ghi thông tin tương ứng với trường thông tin tại Cột N.

Cột P: Lý do, ghi lý do cần điều chỉnh hoặc lý do từ chối thanh toán.

Cột Q: Ghi số từ chối đối với trường thông tin ghi các giá trị là số lượng, đơn giá hoặc số tiền.

Cột R: Trường thông tin điều chỉnh, ghi tên trường thông tin đề nghị điều chỉnh.

Cột S: Thông tin điều chỉnh, ghi thông tin đề nghị điều chỉnh.

Cột T: Ghi lý do điều chỉnh hoặc căn cứ pháp lý nếu đề nghị xin ý kiến cấp có thẩm quyền.

Cột (1): Trạng thái, ghi trạng thái thông tin điều chỉnh. Thu hồi đề nghị thanh toán ghi “1”; Điều chỉnh thông tin dữ liệu gốc ghi “2”; Bổ sung chi phí đề nghị thanh toán ghi “3”; Đề nghị xin ý kiến cấp có thẩm quyền ghi “4”.

Trường hợp cơ sở khám bệnh, chữa bệnh tự đề nghị điều chỉnh thông tin dữ liệu gốc hoặc đề nghị bổ sung khoản chi khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế, ghi đầy đủ thông tin các trường dữ liệu theo Mẫu số 09/BH và ghi trạng thái là “2” hoặc “3”.

Phụ lục II**CHUẨN VÀ ĐỊNH DẠNG DỮ LIỆU DANH MỤC SỬ DỤNG TRONG LIÊN THÔNG DỮ LIỆU KHÁM BỆNH, CHỮA BỆNH BẢO HIỂM Y TẾ***(Kèm theo Thông tư số 12/2026/TT-BTC**ngày 10 tháng 02 năm 2026 của Bộ trưởng Bộ Tài chính)***Mẫu số 01/DM****Bộ phận chuyên môn khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế**

TT	Chỉ tiêu	Định dạng	Kích thước tối đa	Diễn giải
1	STT	Số	3	Số thứ tự
2	MA_KHOA	Chuỗi	50	Mã khám bệnh, mã khoa theo danh mục dùng chung do Bộ Y tế ban hành. - Bàn khám bệnh ngoại trú: ghi theo mã khám bệnh. - Khoa lâm sàng, cận lâm sàng, dược, dinh dưỡng, chống nhiễm khuẩn: ghi theo mã khoa. - Khoa gồm nhiều chuyên khoa ghi: ký tự “K” và lần lượt hai ký tự số của mã các khoa, ví dụ: Khoa Nội tiết – Di ứng ghi “K0809”. - Đơn nguyên thuộc Khoa ghi: mã khoa, ký tự “.D” và hai ký tự số của mã khoa tương ứng với đơn nguyên, ví dụ: khoa Hồi sức cấp cứu có đơn nguyên Thận nhân tạo thì ghi “K02.D35”.
3	TEN_KHOA	Chuỗi	n	- Bàn khám bệnh ngoại trú: ghi tên chuyên khoa tương ứng với mã bàn khám theo danh mục dùng chung do Bộ Y tế ban hành. - Khoa lâm sàng, khoa cận lâm sàng/dược/dinh dưỡng/chống nhiễm khuẩn: ghi tên khoa theo quyết định được cấp có thẩm quyền phê duyệt.
4	BAN_KHAM	Số	3	Số lượng bàn khám từng chuyên khoa hoặc khoa lâm sàng.
5	GIUONG_PD	Số	5	- Số giường bệnh nội trú tại từng bộ phận chuyên môn được cấp thẩm quyền phê duyệt tại thời điểm cấp giấy phép hoạt động hoặc văn bản điều chỉnh giấy phép hoạt động khi thay

TT	Chỉ tiêu	Định dạng	Kích thước tối đa	Diễn giải
				đổi quy mô giường bệnh. - Số giường lưu tại nhà hộ sinh, trạm y tế xã, phòng khám đa khoa theo quy định tại khoản 2 Điều 77 Luật Khám bệnh, chữa bệnh.
6	GIUONG_TK	Số	5	Tổng số giường bệnh thực tế tại từng khoa.
7	GIUONG_HSTC	Số	3	Số giường hồi sức tích cực đủ điều kiện theo quy định của Bộ Y tế
8	GIUONG_HSCC	Số	3	Số giường hồi sức cấp cứu đủ điều kiện theo quy định của Bộ Y tế
9	TU_NGAY	Chuỗi	8	- Trường hợp tạo lập danh mục sau khi ký hợp đồng lần đầu: ghi ngày hợp đồng có hiệu lực. - Trường hợp cập nhật, điều chỉnh trong quá trình thực hiện hợp đồng: ghi thời điểm gửi văn bản thông báo đến cơ quan bảo hiểm xã hội hoặc ngày cơ sở khám bệnh, chữa bệnh đề nghị trên văn bản thông báo nếu thời điểm đề nghị áp dụng sau ngày nhận được văn bản, định dạng gồm 8 ký tự (4 ký tự năm + 2 ký tự tháng + 2 ký tự ngày).
10	DEN_NGAY	Chuỗi	8	Chỉ ghi khi cập nhật, điều chỉnh bàn khám, giường bệnh trong khoa hoặc khoa dừng hoạt động: ghi thời điểm ngừng áp dụng, định dạng gồm 8 ký tự (4 ký tự năm + 2 ký tự tháng + 2 ký tự ngày)
11	MA_CSKCB	Chuỗi	5	Mã cơ sở khám bệnh, chữa bệnh

Ghi chú: trường hợp có thay đổi thông tin danh mục gửi bảng cập nhật gồm 02 dòng dữ liệu, trong đó dòng thứ nhất ghi thông tin cũ và DEN_NGAY là ngày ngừng áp dụng, dòng thứ 2 ghi thông tin thay đổi và TU_NGAY là ngày bắt đầu áp dụng, để trống chỉ tiêu DEN_NGAY.

Nhân lực thực hiện khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế

TT	Chỉ tiêu	Định dạng	Kích thước tối đa	Diễn giải
1	STT	Số	10	Số thứ tự
2	MA_KHOA	Chuỗi	100	- Người được phân công khám bệnh tại Khoa khám bệnh: ghi mã khám bệnh theo danh mục dùng chung do Bộ Y tế ban hành. - Người được phân công làm việc tại khoa lâm sàng, cận lâm sàng, dinh dưỡng, dược, chống nhiễm khuẩn: ghi mã khoa theo danh mục dùng chung do Bộ Y tế ban hành. Trường hợp được phân công làm việc tại nhiều khoa: ghi lần lượt mã từng khoa, cách nhau bằng dấu chấm phẩy “;”, trong đó mã khoa đầu tiên là khoa quản lý người làm việc. - Trường hợp được phân công làm việc tại khoa lâm sàng hoặc cận lâm sàng và khám bệnh luân phiên tại Khoa khám bệnh: ghi lần lượt mã khoa lâm sàng hoặc cận lâm sàng và mã bàn khám, cách nhau bằng dấu chấm phẩy “;”. - Người hành nghề làm việc tại các phòng, bộ phận khác (phòng Kế hoạch tổng hợp, Tổ chức cán bộ...) đồng thời được phân công khám bệnh tại Khoa khám bệnh hoặc làm việc tại khoa lâm sàng, cận lâm sàng, dược, dinh dưỡng, chống nhiễm khuẩn: ghi mã khoa theo nơi được phân công khám bệnh hoặc làm việc. - Người làm việc khác tại Khoa khám bệnh (điều dưỡng, kỹ thuật y...): ghi “K01”.
3	TEN_KHOA	Chuỗi	n	- Người được phân công khám bệnh tại Khoa khám bệnh: ghi tên chuyên khoa khám bệnh tương ứng

TT	Chỉ tiêu	Định dạng	Kích thước tối đa	Diễn giải
				với mã bàn khám theo danh mục dùng chung do Bộ Y tế ban hành. - Người được phân công làm việc tại khoa lâm sàng, cận lâm sàng, dinh dưỡng, dược, chống nhiễm khuẩn: ghi tên khoa theo quyết định được cấp có thẩm quyền phê duyệt. Trường hợp được phân công làm việc tại nhiều khoa: ghi lần lượt tên từng khoa, cách nhau bằng dấu chấm phẩy “;”, trong đó tên khoa đầu tiên là khoa quản lý người làm việc. - Trường hợp được phân công làm việc tại khoa lâm sàng hoặc cận lâm sàng và khám bệnh luân phiên tại Khoa khám bệnh: ghi lần lượt tên khoa lâm sàng hoặc cận lâm sàng và tên bàn khám, cách nhau bằng dấu chấm phẩy “;”. - Người hành nghề làm việc tại các phòng, bộ phận khác (phòng Kế hoạch tổng hợp, Tổ chức cán bộ...) đồng thời được phân công khám bệnh tại Khoa khám bệnh hoặc làm việc tại khoa lâm sàng, cận lâm sàng, dược, dinh dưỡng, chống nhiễm khuẩn: ghi tên khoa theo nơi được phân công khám bệnh hoặc làm việc. - Người làm việc khác tại Khoa khám bệnh (điều dưỡng, kỹ thuật viên...): ghi “Khoa khám bệnh”.
4	HO_TEN	Chuỗi	250	Họ và tên
5	GIOI_TINH	Số	1	Giới tính (1: Nam; 2: Nữ; 3: Chưa xác định)
6	SO_DINH_DANH	Chuỗi	15	Số căn cước công dân hoặc số định danh cá nhân trên thẻ căn cước
7	CHUCDANH_NN	Chuỗi	2	Cách ghi “1”: Bác sỹ, “2”: Y sỹ, “3”: Điều dưỡng, “4”: Hộ sinh, “5”: Kỹ thuật y, “6”: Cử nhân tâm

TT	Chỉ tiêu	Định dạng	Kích thước tối đa	Diễn giải
				lý lâm sàng, “7”: Lương y, “8”: Dược sỹ, “9”: người tham gia vào quá trình khám bệnh, chữa bệnh nhưng không cần phải cấp giấy phép hành nghề
8	VI_TRI	Chuỗi	5	Cách ghi “1”: người chịu trách nhiệm chuyên môn; “2”: Trưởng khoa/ Trưởng đơn nguyên/người phụ trách phòng khám chuyên khoa đối với cơ sở khám bệnh, chữa bệnh có hình thức tổ chức là phòng khám liên chuyên khoa; “3”: người chịu trách nhiệm chuyên môn kiêm Trưởng khoa; “4”: Người đứng đầu cơ sở khám bệnh, chữa bệnh hoặc người được người đứng đầu cơ sở khám bệnh, chữa bệnh ủy quyền ký giấy chuyển tuyến khám bệnh, chữa bệnh, giấy ra viện, giấy hẹn khám lại; “5”: Người hành nghề được giao phụ trách khoa trong trường hợp không có trưởng khoa; “6”: Người được ủy quyền chịu trách nhiệm chuyên môn kỹ thuật theo khoản 11 Điều 27 Nghị định số 96/2023/NĐ-CP
9	MACCHN	Chuỗi	250	Số, ký hiệu của giấy phép hành nghề, ghi đối với các chức danh chuyên môn phải có giấy phép hành nghề
10	NGAYCAP_CCHN	Chuỗi	8	Thời điểm cấp giấy phép hành nghề, ghi theo định dạng 8 ký tự (4 ký tự năm + 2 ký tự tháng + 2 ký tự ngày), ghi đối với các chức danh chuyên môn phải có giấy phép hành nghề
11	NOICAP_CCHN	Chuỗi	250	Tên cơ quan cấp giấy phép hành nghề, ghi đối với các chức danh chuyên môn phải có giấy phép hành nghề
12	PHAMVI_CM	Chuỗi	15	Phạm vi hành nghề theo giấy phép

TT	Chỉ tiêu	Định dạng	Kích thước tối đa	Diễn giải
				hành nghề và các quyết định điều chỉnh phạm vi hành nghề (nếu có), trường hợp phạm vi hành nghề gồm nhiều chuyên khoa thì ghi đầy đủ các chuyên khoa cách nhau bằng dấu chấm phẩy ";"
13	PHAMVI_CMBS	Chuỗi	50	Ngày và số, ký hiệu của các quyết định điều chỉnh phạm vi hành nghề, ghi theo định dạng YYYYMMDD_Z (trong đó YYYYMMDD là 4 ký tự năm + 2 ký tự tháng + 2 ký tự ngày, Z là số, ký hiệu của quyết định). Trường hợp có nhiều quyết định bổ sung ghi cách nhau bằng dấu chấm phẩy ";"
14	DVKT_KHAC	Chuỗi	n	Mã dịch vụ kỹ thuật được người chịu trách nhiệm chuyên môn kỹ thuật phân công thực hiện ngoài phạm vi hoạt động chuyên môn ghi trên giấy phép hành nghề và quyết định điều chỉnh phạm vi hành nghề; kỹ thuật do người chịu trách nhiệm chuyên môn kỹ thuật phân công thực hiện đối với người tham gia vào quá trình khám bệnh, chữa bệnh nhưng không cần phải cấp giấy phép hành nghề; ghi 07 ký tự đầu của mã dịch vụ kỹ thuật theo danh mục dùng chung do Bộ Y tế ban hành. Trường hợp thực hiện nhiều dịch vụ kỹ thuật ghi các mã cách nhau bằng dấu chấm phẩy ";"
15	VB_PHANCONG	Chuỗi	50	Ngày và số, ký hiệu của văn bản phân công thực hiện dịch vụ kỹ thuật ngoài phạm vi hành nghề trên Giấy phép hành nghề và quyết định điều chỉnh phạm vi hành nghề hoặc văn bản phân công của người chịu trách nhiệm chuyên môn kỹ thuật đối với người thực hiện dịch vụ kỹ

TT	Chỉ tiêu	Định dạng	Kích thước tối đa	Diễn giải
				thuật nhưng không cần phải cấp Giấy phép hành nghề, ghi theo định dạng YYYYMMDD_Z (trong đó YYYYMMDD là 4 ký tự năm + 2 ký tự tháng + 2 ký tự ngày, Z là số, ký hiệu của văn bản). Trường hợp có nhiều quyết định phân công thì các quyết định cách nhau bởi dấu chấm phẩy ";,"
16	THOIGIAN_DK	Số	1	- Thời gian đăng ký hành nghề (1: toàn thời gian; 2: không toàn thời gian). - Người hành nghề đã đăng ký hành nghề tại một cơ sở khám bệnh, chữa bệnh khi thực hiện việc khám bệnh, chữa bệnh theo hợp đồng giữa các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh với nhau thì không ghi các chỉ tiêu 16, 17 và 18.
17	THOIGIAN_NGAY	Chuỗi	200	Thời gian làm việc ghi theo thời gian đăng ký hành nghề đăng tải trên Công thông tin điện tử của Bộ Y tế hoặc Trang thông tin điện tử của Sở Y tế, không ghi thời gian trực: - Định dạng: HHMM-HHMM (HH là giờ, MM là phút). Ví dụ: làm việc từ 8 giờ đến 12 giờ thì ghi "0800-1200" - Trường hợp thời gian làm việc của các ngày trong tuần khác nhau hoặc các khoảng thời gian làm việc không liên tục trong ngày thì ghi lần lượt từng khoảng thời gian làm việc của từng ngày. Ví dụ: thứ 2 làm việc từ 8 giờ đến 15 giờ, thứ 3 làm việc từ 7 giờ đến 11 giờ, thứ 4 làm việc từ 8 giờ đến 11 giờ và từ 14 giờ đến 17 giờ thì ghi là "T20800-1500;T30700-1100;T40800-1100;T41400-1700"

TT	Chỉ tiêu	Định dạng	Kích thước tối đa	Diễn giải
				- Người tham gia vào quá trình khám bệnh, chữa bệnh nhưng không phải cấp giấy phép hành nghề: ghi theo phân công của người chịu trách nhiệm chuyên môn.
18	THOIGIAN_TUAN	Chuỗi	200	Ngày làm việc trong tuần ghi theo thời gian đăng ký hành nghề đăng tải trên Cổng thông tin điện tử của Bộ Y tế hoặc Trang thông tin điện tử của Sở Y tế, không ghi thời gian trực: - Cách ghi gồm 02 ký tự là chữ "T" và số tương ứng, riêng Chủ nhật là "CN". Ví dụ: chỉ làm việc các ngày thứ 2, thứ 3, thứ 5 thì ghi "T2T3T5" - Người tham gia vào quá trình khám bệnh, chữa bệnh nhưng không phải cấp giấy phép hành nghề: ghi theo phân công của người chịu trách nhiệm chuyên môn.
19	CSKCB_KHAC	Chuỗi	30	Mã các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh khác nơi người hành nghề đăng ký làm việc (nếu có), các mã cơ sở khám bệnh, chữa bệnh cách nhau bằng dấu chấm phẩy ";"
20	CSKCB_CGKT	Chuỗi	5	- Mã cơ sở khám bệnh, chữa bệnh chuyển giao dịch vụ kỹ thuật (nếu có). - Cơ sở khám bệnh, chữa bệnh chuyển giao dịch vụ kỹ thuật không ghi chỉ tiêu này.
21	QD_CGKT	Chuỗi	50	- Ngày và số, ký hiệu của văn bản giao thực hiện chuyển giao kỹ thuật của người chịu trách nhiệm chuyên môn kỹ thuật của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh nơi chuyển giao kỹ thuật, ghi theo định dạng YYYYMMDD_Z (trong đó YYYYMMDD là 4 ký tự năm + 2 ký tự tháng + 2 ký tự ngày, Z là số, ký

TT	Chỉ tiêu	Định dạng	Kích thước tối đa	Diễn giải
				hiệu quyết định). - Cơ sở khám bệnh, chữa bệnh chuyển giao dịch vụ kỹ thuật không ghi chỉ tiêu này.
22	TU_NGAY	Chuỗi	8	- Trường hợp tạo lập danh mục sau khi ký hợp đồng lần đầu: ghi ngày hợp đồng có hiệu lực. - Trường hợp cập nhật, điều chỉnh trong quá trình thực hiện hợp đồng: ghi thời điểm gửi văn bản thông báo đến cơ quan bảo hiểm xã hội hoặc ngày cơ sở khám bệnh, chữa bệnh đề nghị trên văn bản thông báo nếu thời điểm đề nghị áp dụng sau ngày nhận được văn bản, định dạng gồm 8 ký tự (4 ký tự năm + 2 ký tự tháng + 2 ký tự ngày).
23	DEN_NGAY	Chuỗi	8	Chỉ ghi khi cập nhật, điều chỉnh thông tin của nhân lực khám bệnh, chữa bệnh hoặc ngừng khám bệnh, chữa bệnh: ghi thời điểm ngừng áp dụng, định dạng gồm 8 ký tự (4 ký tự năm + 2 ký tự tháng + 2 ký tự ngày)
23	MA_CSKCB	Chuỗi	5	Mã cơ sở khám bệnh, chữa bệnh

Ghi chú: trường hợp có thay đổi thông tin danh mục gửi bảng cập nhật gồm 02 dòng dữ liệu, trong đó dòng thứ nhất ghi thông tin cũ và DEN_NGAY là ngày ngừng áp dụng, dòng thứ 2 ghi thông tin thay đổi và TU_NGAY là ngày bắt đầu áp dụng, để trống chỉ tiêu DEN_NGAY.

Mẫu số 03/DM

Danh mục thuốc, máu, chế phẩm máu áp dụng trong thanh toán bảo hiểm y tế

TT	Chỉ tiêu	Định dạng	Kích thước tối đa	Diễn giải
1	STT	Số	6	Số thứ tự
2	MA_THUOC	Chuỗi	255	Mã thuốc, máu, chế phẩm máu ghi theo hướng dẫn tại Quyết định số 3176/QĐ-BYT của Bộ Y tế
3	TEN_HOAT_CHAT	Chuỗi	1024	- Tên hoạt chất hoặc thành phần. - Đối với thuốc tự bào chế, pha chế: ghi các hoạt chất/thành phần, cách nhau bằng dấu phẩy ",". - Đối với máu, chế phẩm máu: không ghi chỉ tiêu này.
4	TEN_THUOC	Chuỗi	1024	- Tên thuốc ghi theo hướng dẫn tại Quyết định số 3176/QĐ-BYT của Bộ Y tế. - Tên máu, chế phẩm máu: ghi theo quy định của Bộ Y tế.
5	DON_VI_TINH	Chuỗi	50	Đơn vị tính
6	HAM_LUONG	Chuỗi	1024	- Hàm lượng của thuốc hoặc thể tích thực của máu, chế phẩm máu. - Đối với các loại khí y tế, vị thuốc cổ truyền: không ghi chỉ tiêu này.
7	DUONG_DUNG	Chuỗi	255	- Đường dùng của thuốc hoặc máu, chế phẩm máu. - Trường hợp thuốc có nhiều đường dùng thì ghi các dòng thông tin của thuốc tương ứng với mỗi đường dùng.
8	MA_DUONG_DUNG	Chuỗi	10	- Mã đường dùng theo danh mục dùng chung do Bộ Y tế ban hành. - Trường hợp thuốc có nhiều đường dùng thì ghi các dòng thông tin của thuốc tương ứng với mỗi đường dùng.
9	DANG_BAO_CHE	Chuỗi	1024	- Dạng bào chế của thuốc ghi theo hướng dẫn tại Quyết định số 3176/QĐ-BYT. - Đối với máu, chế phẩm máu: không ghi chỉ tiêu này.
10	SO_DANG_KY	Chuỗi	1024	Số đăng ký ghi theo hướng dẫn tại

TT	Chỉ tiêu	Định dạng	Kích thước tối đa	Diễn giải
				Quyết định số 3176/QĐ-BYT
11	SO_LUONG	Số	10	Số lượng ghi theo kết quả trúng thầu hoặc hình thức mua sắm khác
12	DON_GIA	Số	15	- Đơn giá ghi theo kết quả trúng thầu hoặc hình thức mua sắm khác, tương ứng với đơn vị tính. - Đối với thuốc do cơ sở khám bệnh, chữa bệnh tự bào chế, chế biến: là giá do cơ sở khám bệnh, chữa bệnh xây dựng và phê duyệt.
13	DON_GIA_BH	Số	10	Đơn giá thanh toán bảo hiểm y tế ghi theo hướng dẫn tại Quyết định số 3176/QĐ-BYT
14	QUY_CACH	Chuỗi	1024	Quy cách đóng gói; chi ghi đối với thuốc
15	NHA_SX	Chuỗi	1024	Nhà sản xuất
16	NUOC_SX	Chuỗi	100	Nước sản xuất
17	NHA_THAU	Chuỗi	1024	Tên nhà thầu hoặc tên đơn vị cung ứng
18	TT_THAU	Chuỗi	50	Thông tin thầu ghi theo hướng dẫn tại Quyết định 3176/QĐ-BYT; chi ghi đối với thuốc.
19	TU_NGAY_HD	Chuỗi	8	Thời điểm có hiệu lực hợp đồng cung ứng, ghi theo định dạng 8 ký tự (4 ký tự năm + 2 ký tự tháng + 2 ký tự ngày)
20	DEN_NGAY_HD	Chuỗi	8	Thời điểm hết hiệu lực của hợp đồng cung ứng, ghi theo định dạng 8 ký tự (4 ký tự năm + 2 ký tự tháng + 2 ký tự ngày).
21	MA_CSKCB	Chuỗi	5	Mã cơ sở khám bệnh, chữa bệnh
22	LOAI_THUOC	Số	2	Cách ghi loại thuốc “1”: tân dược; “2”: chế phẩm; “3”: vị thuốc; “4”: phóng xạ; “5”: tân dược tự bào chế; “6”: chế phẩm tự bào chế; “7”: dược liệu; “8”: vị thuốc tự bào chế, “9”: máu, “10”: chế phẩm máu
23	LOAI_THAU	Số	1	Cách ghi loại thầu “1”: thầu tập trung; “2”: thầu riêng tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh; “3”: tự pha

TT	Chỉ tiêu	Định dạng	Kích thước tối đa	Diễn giải
				chế, bào chế, chế biến; “4”: mua sắm theo Điều 49 Nghị định số 188/2025/NĐ-CP; “5”: mua sắm theo khoản 4 Điều 80 Nghị định số 214/2025/NĐ-CP; “6”: tùy chọn mua thêm; “7”: nhận điều chuyển, điều tiết thuốc
24	HT_THAU	Số	1	- Cách ghi hình thức thầu “1”: đấu thầu rộng rãi; “2”: đấu thầu hạn chế; “3”: chỉ định thầu; “4”: chào hành cạnh tranh; “5”: mua sắm trực tiếp; “6”: lựa chọn nhà thầu trong trường hợp đặc biệt; “7”: đàm phán giá; “8”: chào giá trực tuyến; “9”: mua sắm trực tuyến). - Không ghi chỉ tiêu này nếu LOAI_THAU = 3 hoặc 4 hoặc 5 hoặc 7.
25	MA_DVKT	Chuỗi	1024	Mã dịch vụ kỹ thuật có sử dụng thuốc phóng xạ, chất đánh dấu. Ghi 07 ký tự đầu của mã dịch vụ kỹ thuật theo danh mục dùng chung do Bộ Y tế ban hành. Trường hợp thực hiện nhiều dịch vụ kỹ thuật ghi các mã cách nhau bằng dấu chấm phẩy “;”
26	TCCL	Chuỗi	50	Tiêu chuẩn chất lượng hoặc số công bố tiêu chuẩn chất lượng đối với dược liệu theo quy định của Bộ Y tế
27	BO_PHAN_VT	Số	1	Cách ghi bộ phận sử dụng của vị thuốc, dược liệu “1”: rễ; “2”: thân rễ; “3”: quả; “4”: hạt; “5”: vỏ; “6”: khác
28	TEN_KHOA_HOC	Chuỗi	500	Tên khoa học của vị thuốc, dược liệu
29	NGUON_GOC	Chuỗi	500	Nguồn gốc của vị thuốc, dược liệu
30	PP_CHEBIEN	Chuỗi	1024	Mã phương pháp chế biến vị thuốc cổ truyền theo danh mục dùng chung do Bộ Y tế ban hành. Trường hợp thực hiện nhiều phương pháp

TT	Chỉ tiêu	Định dạng	Kích thước tối đa	Diễn giải
				chế biến ghi các mã cách nhau bằng dấu chấm phẩy ";".
31	MA_DL_NHAP	Chuỗi	3	Tình trạng vị thuốc, dược liệu khi mua sắm theo Danh mục mã phương pháp chế biến vị thuốc y học cổ truyền do Bộ Y tế ban hành.
32	MA_DL_CB	Chuỗi	3	Trạng dược liệu được cơ sở khám bệnh, chữa bệnh trực tiếp chế biến theo Danh mục mã phương pháp chế biến vị thuốc y học cổ truyền do Bộ Y tế ban hành. Trường hợp cơ sở khám bệnh, chữa bệnh không chế biến vị thuốc: không ghi chỉ tiêu này.
33	TLHH_CB	Số	4	Tỷ lệ hao hụt trong chế biến đối với vị thuốc, dược liệu
34	TLHH_BQ	Số	4	Tỷ lệ hao hụt do bảo quản, cân chia đối với vị thuốc, dược liệu
35	MA_CSKCB_THUOC	Chuỗi	5	Trường hợp nhận thuốc chuyển, điều tiết đến từ cơ sở khám bệnh, chữa bệnh khác thì ghi C.XXXXXX (XXXXXX là mã cơ sở khám bệnh, chữa bệnh nơi chuyển thuốc đi)
36	TU_NGAY	Chuỗi	8	Định dạng gồm 8 ký tự (4 ký tự năm + 2 ký tự tháng + 2 ký tự ngày). - Trường hợp tạo lập danh mục sau khi ký hợp đồng lần đầu: ghi ngày hợp đồng có hiệu lực nhưng không sớm hơn thời điểm có hiệu lực của hợp đồng mua sắm hoặc thời điểm mua sắm theo quy định tại Điều 49 Nghị định số 188/2025/NĐ-CP hoặc khoản 4 Điều 80 Nghị định số 214/2025/NĐ-CP. - Trường hợp cập nhật, điều chỉnh trong quá trình thực hiện hợp đồng: ghi thời điểm gửi văn bản thông báo đến cơ quan bảo hiểm xã hội hoặc ngày cơ sở khám bệnh, chữa bệnh đề nghị trên văn bản

TT	Chỉ tiêu	Định dạng	Kích thước tối đa	Diễn giải
				thông báo nếu thời điểm đề nghị áp dụng sau ngày nhận được văn bản. - Trường hợp mua sắm thuốc để cấp cứu người bệnh trong tình trạng cấp cứu theo quy định tại điểm đ khoản 1 Điều 78 và khoản 4 Điều 80 Nghị định số 214/2025/NĐ-CP: ghi ngày trên hóa đơn của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh.
37	DEN_NGAY	Chuỗi	8	Chỉ ghi khi cập nhật, điều chỉnh thông tin hoặc ngừng sử dụng: ghi thời điểm ngừng áp dụng, định dạng gồm 8 ký tự (4 ký tự năm + 2 ký tự tháng + 2 ký tự ngày)

Ghi chú: trường hợp có thay đổi thông tin danh mục gửi bảng cập nhật gồm 02 dòng dữ liệu, trong đó dòng thứ nhất ghi thông tin cũ và DEN_NGAY là ngày ngừng áp dụng, dòng thứ 2 ghi thông tin thay đổi và TU_NGAY là ngày bắt đầu áp dụng, để trống chỉ tiêu DEN_NGAY.

Danh mục thiết bị y tế áp dụng trong thanh toán bảo hiểm y tế

TT	Chỉ tiêu	Định dạng	Kích thước tối đa	Diễn giải
1	STT	Số	10	Số thứ tự
2	MA_VAT_TU	Chuỗi	50	Mã theo danh mục dùng chung do Bộ Y tế ban hành đối với thiết bị y tế ban hành kèm theo các Thông tư số 04/2017/TT-BYT và 24/2025/TT-BYT
3	NHOM_VAT_TU	Chuỗi	1024	Tên nhóm thiết bị y tế theo quy định tại Thông tư số 04/2017/TT-BYT và Thông tư số 24/2025/TT-BYT
4	TEN_VAT_TU	Chuỗi	n	Tên thương mại ghi theo quyết định trúng thầu hoặc hình thức mua sắm khác
5	MA_HIEU	Chuỗi	1024	Mã hiệu ghi theo hướng dẫn tại Quyết định 3176/QĐ-BYT
6	SO_LUU_HANH	Chuỗi	20	Số lưu hành của thiết bị y tế theo quy định tại Nghị định số 07/2025/NĐ-CP
7	TINHNANG_KT	Chuỗi	n	Cấu hình, tính năng kỹ thuật cơ bản của thiết bị y tế (ví dụ: kích thước, cấu tạo, vật liệu...)
8	QUY_CACH	Chuỗi	1024	Quy cách đóng gói
9	HANG_SX	Chuỗi	1024	Tên hãng sản xuất
10	NUOC_SX	Chuỗi	100	Tên nước sản xuất
11	DON_VI_TINH	Chuỗi	50	Đơn vị tính
12	DON_GIA	Số	10	- Đơn giá ghi theo kết quả trúng thầu hoặc hình thức mua sắm khác, tương ứng với đơn vị tính - Trường hợp thiết bị y tế do cơ sở khám bệnh, chữa bệnh tự sản xuất: là giá do cơ sở khám bệnh, chữa bệnh xây dựng và phê duyệt.
13	DON_GIA_BH	Số	10	Đơn giá thanh toán bảo hiểm y tế theo hướng dẫn tại Quyết định số 3176/QĐ-BYT
14	TYLE_TT_BH	Số	3	Tỷ lệ thanh toán bảo hiểm y tế đối với thiết bị y tế có quy định tỷ lệ (%), biểu thị bằng số nguyên dương. Ví dụ: tỷ lệ thanh toán của thiết bị y tế là 50% thì ghi là 50, thiết bị y tế không quy định tỷ lệ thanh toán thì ghi 100.

TT	Chỉ tiêu	Định dạng	Kích thước tối đa	Diễn giải
15	SO_LUONG	Số	10	Số lượng theo kết quả trúng thầu hoặc hình thức mua sắm khác
16	DINH_MUC	Số	4	Số lần sử dụng của thiết bị y tế tái sử dụng (nếu có). Ví dụ: Băng đạn dùng cho dụng cụ khâu cắt nội soi đa năng sử dụng 04 lần thì ghi là “4”
17	NHA_THAU	Chuỗi	1024	Tên nhà thầu hoặc tên đơn vị cung ứng
18	TT_THAU	Chuỗi	50	Thông tin thầu ghi theo hướng dẫn tại Quyết định 3176/QĐ-BYT
19	TU_NGAY_HD	Chuỗi	8	Thời điểm có hiệu lực hợp đồng cung ứng, ghi theo định dạng 8 ký tự (4 ký tự năm + 2 ký tự tháng + 2 ký tự ngày)
20	DEN_NGAY_HD	Chuỗi	8	Thời điểm hết hiệu lực của hợp đồng cung ứng, ghi theo định dạng 8 ký tự (4 ký tự năm + 2 ký tự tháng + 2 ký tự ngày)
21	MA_CSKCB	Chuỗi	5	Mã cơ sở khám bệnh, chữa bệnh
22	LOAI_THAU	Số	2	Cách ghi loại thầu “1”: thầu tập trung; “2”: thầu riêng tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh; “3”: tự sản xuất; “4”: mua sắm theo Điều 49 Nghị định số 188/2025/NĐ-CP; “5”: mua sắm theo khoản 4 Điều 80 Nghị định số 214/2025/NĐ-CP; “6”: tùy chọn mua thêm; “7”: nhận điều chuyển thiết bị y tế
23	HT_THAU	Số	2	- Cách ghi hình thức đấu thầu “1”: đấu thầu rộng rãi; “2”: đấu thầu hạn chế; “3”: chỉ định thầu; “4”: chào hàng cạnh tranh; “5”: mua sắm trực tiếp; “6”: lựa chọn nhà thầu trong trường hợp đặc biệt; “7”: đàm phán giá; “8”: chào giá trực tuyến; “9”: mua sắm trực tuyến). - Trường hợp LOAI_THAU = 3 hoặc 4 hoặc 5 hoặc 7: không ghi chỉ tiêu này.
24	MA_CSKCB_TBYT	Chuỗi	5	Trường hợp nhận thiết bị y tế thuộc phạm vi thanh toán bảo hiểm y tế điều chuyển từ cơ sở khám bệnh, chữa bệnh khác theo quy định để

TT	Chỉ tiêu	Định dạng	Kích thước tối đa	Diễn giải
				điều trị cho người bệnh thì ghi C.XXXXXX (XXXXXX là mã cơ sở khám bệnh, chữa bệnh nơi chuyển thiết bị y tế đi)
25	TU_NGAY	Chuỗi	8	Định dạng gồm 8 ký tự (4 ký tự năm + 2 ký tự tháng + 2 ký tự ngày). - Trường hợp lập danh mục khi ký hợp đồng lần đầu: ghi ngày hợp đồng có hiệu lực nhưng không sớm hơn thời điểm có hiệu lực của hợp đồng mua sắm hoặc thời điểm mua sắm theo quy định tại Điều 49 Nghị định số 188/2025/NĐ-CP hoặc khoản 4 Điều 80 Nghị định số 214/2025/NĐ-CP. - Trường hợp cập nhật, điều chỉnh trong quá trình thực hiện hợp đồng: ghi thời điểm gửi văn bản thông báo đến cơ quan bảo hiểm xã hội hoặc ngày cơ sở khám bệnh, chữa bệnh đề nghị trên văn bản nếu thời điểm đề nghị áp dụng sau ngày nhận văn bản. - Trường hợp mua sắm thiết bị y tế để cấp cứu người bệnh theo quy định tại điểm d khoản 1 Điều 78 và khoản 4 Điều 80 Nghị định số 214/2025/NĐ-CP: ghi ngày trên hóa đơn của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh.
26	DEN_NGAY	Chuỗi	8	Chỉ ghi khi cập nhật, điều chỉnh thông tin hoặc ngừng sử dụng: ghi thời điểm ngừng áp dụng, định dạng gồm 8 ký tự (4 ký tự năm + 2 ký tự tháng + 2 ký tự ngày).

Ghi chú: trường hợp có thay đổi thông tin danh mục gửi bảng cập nhật gồm 02 dòng dữ liệu, trong đó dòng thứ nhất ghi thông tin cũ và DEN_NGAY là ngày ngừng áp dụng, dòng thứ 2 ghi thông tin thay đổi và TU_NGAY là ngày bắt đầu áp dụng, để trống chỉ tiêu DEN_NGAY.

✱

Mẫu số 05/DM

**Danh mục dịch vụ khám bệnh, chữa bệnh áp dụng
trong thanh toán bảo hiểm y tế**

TT	Chỉ tiêu	Định dạng	Kích thước tối đa	Diễn giải
1	STT	Số	6	Số thứ tự
1	MA_DICH_VU	Chuỗi	20	Mã dịch vụ khám bệnh, chữa bệnh ghi theo hướng dẫn tại Quyết định số 3176/QĐ-BYT của Bộ Y tế
2	TEN_DICH_VU	Chuỗi	n	Tên dịch vụ dịch vụ kỹ thuật được cấp có thẩm quyền phê duyệt thực hiện hoặc tên giường bệnh, khám bệnh theo danh mục dùng chung do Bộ Y tế ban hành.
3	TEN_DVKT_GIA	Chuỗi	n	Tên dịch vụ phê duyệt giá tại quyết định/ng nghị quyết của cấp có thẩm quyền hoặc tên giường bệnh theo khoa, khám bệnh theo danh mục dùng chung do Bộ Y tế ban hành <i>Lưu ý:</i> - 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 []. - Đối với dịch vụ kỹ thuật sử dụng phương pháp vô cảm gây tê, bổ sung cụm từ "[gây tê]" sau tên dịch vụ.
4	DON_GIA	Số	15	Đơn giá dịch vụ khám bệnh, chữa bệnh thanh toán bảo hiểm y tế chưa bao gồm chi phí của thuốc phóng xạ và chất đánh dấu.
5	QUY_TRINH	Chuỗi	50	Ngày và số, ký hiệu của quyết định ban hành Quy trình chuyên môn kỹ thuật của người đứng

TT	Chỉ tiêu	Định dạng	Kích thước tối đa	Diễn giải
				đầu cơ sở khám bệnh, chữa bệnh, trường hợp cơ sở khám bệnh, chữa bệnh không ban hành thì ghi theo quyết định của Bộ Y tế, ghi theo định dạng YYYYMMDD_Z (trong đó YYYYMMDD là 4 ký tự năm + 2 ký tự tháng + 2 ký tự ngày, Z là số, ký hiệu của quyết định)
6	SO_LUONG_CGKT	Số	4	Số lượng dịch vụ thực hiện theo hợp đồng chuyển giao kỹ thuật
7	CSKCB_CGKT	Chuỗi	5	Mã cơ sở khám bệnh, chữa bệnh chuyển giao dịch vụ kỹ thuật (nếu có), chỉ ghi đối với cơ sở khám bệnh, chữa bệnh nhận chuyển giao dịch vụ kỹ thuật từ cơ sở khám bệnh, chữa bệnh khác
8	CSKCB_CLS	Chuỗi	5	Mã cơ sở khám bệnh, chữa bệnh thực hiện dịch vụ cận lâm sàng (nếu có), chỉ ghi đối với cơ sở khám bệnh, chữa bệnh chuyển dịch vụ cận lâm sàng
9	QD_DVKT	Chuỗi	50	Ngày và số, ký hiệu của quyết định phê duyệt danh mục kỹ thuật trong khám bệnh, chữa bệnh thực hiện tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh của cấp có thẩm quyền, ghi theo định dạng YYYYMMDD_Z (trong đó YYYYMMDD là 4 ký tự năm + 2 ký tự tháng + 2 ký tự ngày, Z là số, ký hiệu của quyết định)
10	QD_PD_GIA	Chuỗi	50	- Ngày và số, ký hiệu của quyết định/ nghị quyết phê duyệt giá thực hiện tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh của cấp có thẩm quyền, ghi theo định dạng YYYYMMDD_Z (trong đó YYYYMMDD là 4 ký tự năm + 2 ký tự tháng + 2 ký tự ngày, Z

TT	Chỉ tiêu	Định dạng	Kích thước tối đa	Diễn giải
				là số, ký hiệu của quyết định). - Trường hợp cơ sở khám bệnh, chữa bệnh tư nhân đề nghị thanh toán theo giá của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh công lập: ghi ngày ban hành, số và ký hiệu quyết định phê duyệt giá, mã của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh công lập, cách nhau bằng dấu “_”. - Trường hợp dịch vụ cận lâm sàng chuyển thực hiện tại cơ sở y tế khác thì ghi số, ký hiệu của văn bản phê duyệt giá tại nơi thực hiện dịch vụ kỹ thuật. - Trường hợp thực hiện dịch vụ kỹ thuật theo hợp đồng chuyển giao kỹ thuật, cơ sở khám bệnh, chữa bệnh nhận chuyển giao ghi số, ký hiệu của văn bản phê duyệt giá của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh thực hiện chuyển giao.
11	GHI_CHU	Chuỗi	n	Ghi theo văn bản phê duyệt giá
12	MA_THUOC	Chuỗi	15	Mã thuốc phóng xạ hoặc chất đánh dấu theo danh mục dùng chung do Bộ Y tế ban hành
13	TEN_THUOC	Chuỗi	1024	Tên phóng xạ hoặc chất đánh dấu
14	SO_DANG_KY	Chuỗi	50	Số đăng ký của thuốc phóng xạ hoặc chất đánh dấu
15	DON_VI_TINH	Chuỗi	1024	Đơn vị tính của của thuốc phóng xạ hoặc chất đánh dấu
16	TT_THAU	Chuỗi	1024	Thông tin đầu của thuốc phóng xạ hoặc chất đánh dấu theo hướng dẫn tại Quyết định số 3176/QĐ-BYT
17	DON_GIA_THUOC	Số	15	Đơn giá của thuốc phóng xạ hoặc chất đánh dấu
18	DM_NSX_CDD	Số	15	Định mức sử dụng chất đánh dấu của nhà sản xuất đối với từng dịch vụ kỹ thuật
19	DM_THUCTE_CDD	Số	15	Định mức sử dụng thực tế bình

TT	Chỉ tiêu	Định dạng	Kích thước tối đa	Diễn giải
				quân của chất đánh dấu theo quy định của Bộ Y tế
20	LIEU_BQ_PX	Số	8	Liều sử dụng bình quân của thuốc phóng xạ sử dụng trong dịch vụ kỹ thuật.
21	TL_THUCTE_BQ_PX	Số	15	Tỷ lệ sử dụng thực tế bình quân của thuốc phóng xạ
22	THANH_TIEN_THUOC	Số	15	- Thành tiền chi phí thuốc phóng xạ, được tính bằng DON_GIA_THUOC của thuốc phóng xạ nhân với LIEU_BQ_PX chia cho TLTHUCTE_BQ_PX. - Thành tiền chi phí chất đánh dấu, được tính bằng DON_GIA_THUOC của chất đánh dấu nhân với DM_THUCTE_CDD.
23	GIA_THANH_TOAN	Số	15	- Giá thanh toán bảo hiểm y tế bằng DON_GIA đối với dịch vụ khám bệnh, chữa bệnh không sử dụng thuốc phóng xạ, chất đánh dấu. - Giá thanh toán bảo hiểm y tế bằng DON_GIA cộng với THANH_TIEN_THUOC của thuốc phóng xạ, chất đánh dấu đối với dịch vụ kỹ thuật có sử dụng thuốc phóng xạ, chất đánh dấu.
24	TU_NGAY	Chuỗi	8	- Trường hợp tạo lập danh mục sau khi ký hợp đồng lần đầu: ghi ngày hợp đồng có hiệu lực. - Trường hợp cập nhật, điều chỉnh trong quá trình thực hiện hợp đồng: ghi thời điểm gửi văn bản thông báo đến cơ quan bảo hiểm xã hội hoặc ngày cơ sở khám bệnh, chữa bệnh đề nghị trên văn bản thông báo nếu thời điểm đề nghị áp dụng sau ngày

TT	Chỉ tiêu	Định dạng	Kích thước tối đa	Diễn giải
				nhận được văn bản, định dạng gồm 8 ký tự (4 ký tự năm + 2 ký tự tháng + 2 ký tự ngày).
25	DEN_NGAY	Chuỗi	8	Chỉ ghi khi cập nhật, điều chỉnh thông tin hoặc ngừng sử dụng: ghi thời điểm ngừng áp dụng, định dạng gồm 8 ký tự (4 ký tự năm + 2 ký tự tháng + 2 ký tự ngày)
26	MA_CSKCB	Chuỗi	5	Mã cơ sở khám bệnh, chữa bệnh

Ghi chú: trường hợp có thay đổi thông tin danh mục gửi bảng cập nhật gồm 02 dòng dữ liệu, trong đó dòng thứ nhất ghi thông tin cũ và DEN_NGAY là ngày ngừng áp dụng, dòng thứ 2 ghi thông tin thay đổi và TU_NGAY là ngày bắt đầu áp dụng, để trống chỉ tiêu DEN_NGAY.

Mẫu số 06/DM

**Danh mục thiết bị y tế để thực hiện dịch vụ kỹ thuật áp dụng trong
thanh toán bảo hiểm y tế**

TT	Chỉ tiêu	Định dạng	Kích thước tối đa	Diễn giải
1	STT	Số	10	Số thứ tự
2	TEN_TB	Chuỗi	n	Tên thiết bị y tế
3	KY_HIEU	Chuỗi	1024	Model của thiết bị y tế
4	CONGTY_SX	Chuỗi	1024	Tên công ty sản xuất
5	NUOC_SX	Chuỗi	100	Tên nước sản xuất
6	NAM_SX	Số	4	Năm sản xuất
7	NAM_SD	Số	4	Năm bắt đầu đưa vào sử dụng
8	MA_MAY	Số	n	Mã máy thực hiện dịch vụ cận lâm sàng, phẫu thuật, thủ thuật, ghi theo hướng dẫn tại Quyết định số 3176/QĐ-BYT
9	SO_LUU_HANH	Chuỗi	20	Số lưu hành của thiết bị y tế theo quy định tại Nghị định số 07/2025/NĐ-CP
10	HD_TU	Chuỗi	8	- Chỉ ghi đối với thiết bị y tế có hợp đồng thuê, mua trả chậm, trả dần hoặc mượn. - Thời điểm có hiệu lực trên hợp đồng, ghi theo định dạng 8 ký tự (4 ký tự năm + 2 ký tự tháng + 2 ký tự ngày).
11	HD_DEN	Chuỗi	8	- Chỉ ghi đối với thiết bị y tế có hợp đồng thuê, mua trả chậm, trả dần hoặc mượn. - Thời điểm hết hiệu lực trên hợp đồng, ghi theo định dạng 8 ký tự (4 ký tự năm + 2 ký tự tháng + 2 ký tự ngày).
12	TU_NGAY	Chuỗi	8	- Trường hợp tạo lập danh mục sau khi ký hợp đồng lần đầu: ghi ngày hợp đồng có hiệu lực. - Trường hợp cập nhật, điều chỉnh trong quá trình thực hiện hợp đồng: + Đối với thiết bị y tế phải kiểm định, thiết bị y tế bức xạ, chiếu xạ, thiết bị X-quang chẩn đoán: ghi thời điểm đề nghị thực hiện nằm trong thời gian máy đủ điều kiện sử dụng. + Đối với thiết bị y tế còn lại: ghi thời điểm gửi văn bản thông báo đến cơ

TT	Chỉ tiêu	Định dạng	Kích thước tối đa	Diễn giải
				quan bảo hiểm xã hội hoặc ngày cơ sở khám bệnh, chữa bệnh đề nghị trên văn bản thông báo nếu thời điểm đề nghị áp dụng sau ngày nhận được văn bản, định dạng gồm 8 ký tự (4 ký tự năm + 2 ký tự tháng + 2 ký tự ngày).
13	DEN_NGAY	Chuỗi	8	- Đối với thiết bị y tế phải kiểm định; thiết bị y tế bức xạ, chiếu xạ, thiết bị X-quang chẩn đoán: ghi thời điểm cuối cùng thiết bị y tế đủ điều kiện sử dụng, định dạng gồm 8 ký tự (4 ký tự năm + 2 ký tự tháng + 2 ký tự ngày). - Đối với thiết bị y tế còn lại: chỉ ghi khi cập nhật, điều chỉnh thông tin hoặc ngừng sử dụng thì ghi thời điểm ngừng áp dụng, định dạng gồm 8 ký tự (4 ký tự năm + 2 ký tự tháng + 2 ký tự ngày).
14	MA_CSKCB	Chuỗi	5	Mã cơ sở khám bệnh, chữa bệnh

Ghi chú: trường hợp có thay đổi thông tin danh mục gửi bảng cập nhật gồm 02 dòng dữ liệu, trong đó dòng thứ nhất ghi thông tin cũ và DEN_NGAY là ngày ngừng áp dụng, dòng thứ 2 ghi thông tin thay đổi và TU_NGAY là ngày bắt đầu áp dụng, để trống chỉ tiêu DEN_NGAY.