

**BỘ Y TẾ**

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

Số: **7964** /BYT-BH

V/v hướng dẫn bổ sung một số  
chỉ tiêu dữ liệu ban hành kèm theo  
Quyết định số 4210/QĐ-BYT ngày  
20/9/2017 của Bộ Y tế

Hà Nội, ngày **28** tháng 12 năm 2017

**KHẨN**

Kính gửi:

- Sở Y tế các tỉnh, thành phố trực thuộc Trung ương
  - Các Bệnh viện, Viện có giường bệnh trực thuộc Bộ Y tế
  - Các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh thuộc các Bộ, ngành
- (Sau đây gọi tắt là các đơn vị)

Ngày 20/9/2017, Bộ trưởng Bộ Y tế đã ban hành Quyết định số 4210/QĐ-BYT quy định chuẩn và định dạng dữ liệu đầu ra sử dụng trong quản lý, giám định và thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế (Sau đây gọi tắt là Quyết định 4210). Từ đó đến nay, các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh trên toàn quốc đã tập trung nâng cấp, chỉnh sửa phần mềm quản lý khám, chữa bệnh (phần mềm HIS) và cơ quan bảo hiểm xã hội đã điều chỉnh lại phần mềm trên Cổng tiếp nhận dữ liệu Hệ thống thông tin giám định BHYT để phù hợp với quy định tại Quyết định 4210, đáp ứng việc trích, chuyển và tiếp nhận dữ liệu. Tuy nhiên, thông qua phản ánh của các đơn vị, địa phương và tại các diễn đàn trao đổi, Bộ Y tế nhận được nhiều ý kiến đề nghị hướng dẫn cách thực hiện cụ thể đối với một số chỉ tiêu dữ liệu trong các Bảng 1, 2, 3 và 9 ban hành kèm theo Quyết định 4210 nói trên.

Để tạo thuận lợi cho các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh trong việc thực hiện trích xuất và chuyển dữ liệu, Bộ Y tế hướng dẫn bổ sung đối với một số chỉ tiêu dữ liệu ban hành kèm theo Quyết định số 4210 theo Phụ lục 1 và Phụ lục 2 đính kèm Công văn này.

Nhận được Công văn này, Bộ Y tế yêu cầu Thủ trưởng các đơn vị nghiêm túc tổ chức triển khai thực hiện, kịp thời báo cáo về Bộ Y tế (Vụ Bảo hiểm y tế) những khó khăn, vướng mắc phát sinh trong quá trình triển khai thực hiện để xem xét, giải quyết. /

**Nơi nhận:**

- Như trên;
- Bộ trưởng (để b/c);
- Văn phòng Chính phủ (để b/c);
- BHXH Việt Nam (để phối hợp);
- Các Cục: KCB, CNTT;
- Lưu: VT, BH.

**KT. BỘ TRƯỞNG**  
**THỦ TRƯỞNG** *nam*



**Phạm Lê Tuấn**

### Phụ lục 1

#### Bảng 1. Chỉ tiêu tổng hợp khám bệnh, chữa bệnh BHYT

(Ban hành kèm theo Công văn số /BYT-BH ngày /12/2017 của Bộ Y tế)

STT	Chỉ tiêu	Diễn giải theo Quyết định số 4210/QĐ-BYT	Hướng dẫn bổ sung
1	MA_LK	Mã đợt điều trị duy nhất (dùng để liên kết giữa bảng tổng hợp (bảng 1) và các bảng chi tiết (từ bảng 2 đến bảng 5) trong 1 lần khám bệnh, chữa bệnh (PRIMARY KEY)).	
2	STT	STT tăng từ 1 đến hết trong 1 lần gửi dữ liệu.	
3	MA_BN	Mã số bệnh nhân quy định tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh.	
4	HO_TEN	Họ và tên người bệnh.	
5	NGAY_SINH	Ngày sinh ghi trên thẻ gồm 8 ký tự; 4 ký tự năm + 2 ký tự tháng + 2 ký tự ngày (nếu không có ngày sinh và tháng sinh thì mặc định là 0101).	
6	GIOI_TINH	Giới tính; Mã hóa (1: Nam; 2: Nữ; 3: Chưa xác định).	
7	DIA_CHI	Ghi địa chỉ theo địa chỉ trên thẻ BHYT hoặc nơi cư trú hiện tại của người bệnh: số nhà (nếu có); đường/phố (nếu có); xã/phường/thị trấn; quận/huyện/thị xã/thành phố trực thuộc tỉnh; tỉnh/thành phố trực thuộc TW.	
8	MA_THE	<ul style="list-style-type: none"><li>- Mã thẻ BHYT do cơ quan BHXH cấp.</li><li>- Trường hợp chưa có thẻ BHYT nhưng vẫn được hưởng quyền lợi BHYT, Ví dụ: trẻ em, người ghép tạng,...thì ghi mã tạm theo nguyên tắc: mã đối tượng + mã quyền lợi + mã tỉnh + KT + 8 ký tự bắt đầu từ 00000001 đến 99999999 tương ứng với số thứ tự tăng dần của đối tượng không có thẻ khi đến khám tại cơ sở khám chữa bệnh.</li><li>Ví dụ: TE101KT00000011 (Mã thẻ tạm cho trẻ em thứ 11 đến khám, giấy khai sinh/chứng sinh cấp tại Hà Nội).</li><li>- Trường hợp trong thời gian điều trị, người bệnh được cấp thẻ BHYT mới có thay đổi thông tin liên quan đến mã thẻ: ghi tiếp mã thẻ mới (mỗi mã thẻ gồm có 15 ký tự), giữa các mã thẻ cách nhau bằng dấu “;”</li></ul>	

9	MA_DKBD	<p>Mã cơ sở khám bệnh, chữa bệnh nơi người bệnh đăng ký ban đầu ghi trên thẻ BHYT, gồm có 5 ký tự.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Trường hợp trong thời gian điều trị, người bệnh được cấp thẻ BHYT mới có thay đổi thông tin liên quan đến mã nơi đăng ký ban đầu, ghi tiếp mã nơi đăng ký ban đầu trên thẻ mới, cách nhau bằng dấu chấm phẩy “;”</li> <li>- Trường hợp chưa có thẻ BHYT: Ghi mã đơn vị hành chính của tỉnh/TP + 000. Ví dụ: Hà Nội thì ghi là 01000</li> </ul>	
10	GT_THE_TU	<p>Thời điểm thẻ có giá trị gồm 8 ký tự; 4 ký tự năm + 2 ký tự tháng + 2 ký tự ngày.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Trường hợp trong thời gian điều trị, người bệnh được cấp thẻ BHYT mới có thay đổi thông tin liên quan đến giá trị thẻ, ghi tiếp thời điểm thẻ có giá trị trên thẻ mới, cách nhau bằng dấu “;”.</li> <li>- Trường hợp chưa có thẻ BHYT: Thay thời điểm thẻ có giá trị bằng ngày người bệnh đến khám bệnh, chữa bệnh (gồm 8 ký tự; 4 ký tự năm + 2 ký tự tháng + 2 ký tự ngày)</li> </ul>	
11	GT_THE_DEN	<p>Thời điểm thẻ hết giá trị gồm 8 ký tự; 4 ký tự năm + 2 ký tự tháng + 2 ký tự ngày.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Trường hợp trong thời gian điều trị, người bệnh được cấp thẻ BHYT mới có thay đổi thông tin liên quan đến giá trị thẻ, ghi tiếp thời điểm thẻ hết giá trị trên thẻ mới, cách nhau bằng dấu chấm phẩy “;”</li> <li>- Trường hợp chưa có thẻ BHYT: Thay thời điểm thẻ hết giá trị bằng ngày người bệnh ra viện (gồm 8 ký tự; 4 ký tự năm + 2 ký tự tháng + 2 ký tự ngày).</li> </ul>	<p>Đối với các thẻ do Bộ Công an, Bộ Quốc phòng quản lý cho phép đặt trường này bằng giá trị NULL.</p>
12	MIEN_CUNG_CT	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Thời điểm người bệnh bắt đầu được hưởng miễn cùng chi trả theo giấy xác nhận của cơ quan BHXH, gồm 08 ký tự, trong đó: 4 ký tự năm + 2 ký tự tháng + 2 ký tự ngày.</li> </ul> <p>Ví dụ: ngày 31/03/2017 được hiển thị là: 20170331</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Nếu không có giấy xác nhận miễn cùng chi trả của cơ quan BHXH thì để trống.</li> </ul>	
13	TEN_BENH	<p>Ghi đầy đủ các chẩn đoán được ghi trong hồ sơ, bệnh án.</p>	

14	MA_BENH	Mã bệnh chính theo ICD-10 hoặc mã bệnh y học cổ truyền.	Trong trường hợp bệnh nhân có nhiều bệnh thì lấy mã ICD-10 của khoa tổng kết hồ sơ bệnh án.
15	MA_BENHKHAC	Mã bệnh kèm theo (nếu có) theo ICD 10 hoặc mã bệnh y học cổ truyền. Trường hợp có nhiều mã thì được phân cách bằng dấu chấm phẩy “;”	
16	MA_LYDO_VVIEN	Mã hóa đối tượng đến khám BHYT (1: Đúng tuyến; 2: Cấp cứu; 3: Trái tuyến, 4: Thông tuyến).	
17	MA_NOI_CHUYEN	Mã cơ sở khám bệnh, chữa bệnh chuyển người bệnh đến (mã do cơ quan BHXH cấp).	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ghi mã bệnh viện nơi chuyển bệnh nhân đi và chi bắt buộc MA_NOI_CHUYEN trong trường hợp có giấy chuyển tuyến.</li> <li>- Trong trường hợp bệnh nhân có giấy chuyển tuyến với bệnh thuộc bệnh mãn tính, bệnh dài ngày. Giấy chuyển tuyến có giá trị trong năm hành chính (như ung thư, đái tháo đường,...), bắt buộc lần đầu phải có giấy chuyển tuyến. Các lần sau thì sử dụng mã của cơ sở KCB chuyển bệnh nhân đi lần đầu tiên.</li> <li>- Trường hợp người bệnh không có giấy chuyển viện từ tuyến dưới nhưng có giấy hẹn tái khám thì MA_NOI_CHUYEN để trống.</li> </ul>
18	MA_TAI_NAN	Tai nạn thương tích; Mã hóa tham chiếu bằng 8 của quyết định 4210/QĐ-BYT.	
19	NGAY_VAO	<p>- Thời điểm người bệnh đến khám bệnh, chữa bệnh, gồm 12 ký tự, trong đó: 4 ký tự năm + 2 ký tự tháng + 2 ký tự ngày + 2 ký tự giờ (định dạng theo 24 giờ) + 2 ký tự phút.</p> <p>Ví dụ: ngày 31/03/2017 15:20 được hiển thị là: 201703311520</p>	

20	NGAY_RA	<p>- Thời điểm ra viện, gồm 12 ký tự, trong đó: 4 ký tự năm + 2 ký tự tháng + 2 ký tự ngày + 2 ký tự giờ (định dạng theo 24 giờ) + 2 ký tự phút.</p> <p>Ví dụ: ngày 05/04/2017 09:20 được hiển thị là: 201704050920;</p> <p>- Trường hợp điều trị ngoại trú: ghi ngày kết thúc đợt điều trị ngoại trú (là ngày cuối cùng sử dụng thuốc hoặc dịch vụ theo chỉ định của bác sỹ); 2 ký tự giờ + 2 ký tự phút mặc định là 0000.</p> <p>- Trường hợp khám bệnh ngoại trú thì ghi thời điểm kết thúc lần khám bệnh.</p>	
21	SO_NGAY_DTRI	Số ngày điều trị thực tế.	<p>- Khám bệnh: SO_NGAY_DTRI = 0</p> <p>- Điều trị ngoại trú, SO_NGAY_DTRI = số ngày thực tế điều trị ngoại trú.</p> <p>- Điều trị nội trú:  SO_NGAY_DTRI = Ngày ra nội trú - ngày vào nội trú + 1  + Trường hợp giờ ra - giờ vào &lt; 8 tiếng thì SO_NGAY_DTRI = 1</p>
22	KET_QUA_DTRI	Kết quả điều trị; Mã hóa (1: Khỏi; 2: Đỡ; 3: Không thay đổi; 4: Nặng hơn; 5: Tử vong).	
23	TINH_TRANG_RV	Tình trạng ra viện; Mã hóa (1: Ra viện; 2: Chuyển viện; 3: Trốn viện; 4: Xin ra viện).	
24	NGAY_TTOAN	<p>- Thời điểm ra viện, gồm 12 ký tự, trong đó: 4 ký tự năm + 2 ký tự tháng + 2 ký tự ngày + 2 ký tự giờ (định dạng theo 24 giờ) + 2 ký tự phút.</p> <p>Ví dụ: ngày 05/04/2017 09:20 được hiển thị là: 201704050920;</p> <p>- Trường hợp người bệnh ra viện nhưng chưa thực hiện thanh toán thì để trống khi chuyển dữ liệu lên công tiếp nhận. Khi người bệnh thanh toán hoặc cơ sở khám bệnh, chữa bệnh hoàn tất thủ tục thanh toán (do bệnh nhân bỏ trốn không làm thủ tục thanh toán) thì cơ sở KCB có trách nhiệm bổ sung thông tin ngày thanh toán và gửi lại dữ liệu lên Công tiếp nhận hoặc bổ sung thông tin ngày thanh toán trực tiếp trên Công tiếp nhận.</p>	

25	T_THUOC	Tổng thành tiền các khoản chi thuốc (kể cả oxy), dịch truyền, máu và chế phẩm máu (đã bao gồm chi phí xét nghiệm NAT và kháng thể bất thường, KIT gạn tách tiểu cầu), chi phí vận chuyển máu và chi phí bao bì (đối với thuốc thang) trên file XML2, làm tròn số đến hai chữ số thập phân. Sử dụng dấu Chấm (“.”) để phân cách giữa số Nguyên (hàng đơn vị) với số thập phân đầu tiên.
26	T_VTYT	Tổng thành tiền vật tư y tế trên file XML3, làm tròn số đến hai chữ số thập phân. Sử dụng dấu Chấm (“.”) để phân cách giữa số Nguyên (hàng đơn vị) với số thập phân đầu tiên.
27	T_TONGCHI	Tổng chi phí trong lần khám bệnh hoặc trong đợt điều trị, là tổng thành tiền trên XML2, XML3, làm tròn đến hai chữ số thập phân. Sử dụng dấu Chấm (“.”) để phân cách giữa số Nguyên (hàng đơn vị) với số thập phân đầu tiên.
28	T_BNTT	Tổng số tiền người bệnh tự trả ngoài phạm vi chi trả của Quỹ BHYT trên XML2, XML3, làm tròn đến hai chữ số thập phân. Sử dụng dấu Chấm (“.”) để phân cách giữa số Nguyên (hàng đơn vị) với số thập phân đầu tiên.
29	T_BNCCT	Tổng số tiền người bệnh cùng chi trả trong phạm vi quyền lợi được hưởng BHYT trên XML2, XML3, làm tròn đến hai chữ số thập phân. Sử dụng dấu Chấm (“.”) để phân cách giữa số Nguyên (hàng đơn vị) với số thập phân đầu tiên.
30	T_BHTT	Tổng số tiền đề nghị cơ quan bảo hiểm xã hội thanh toán trên XML2, XML3, làm tròn đến hai chữ số thập phân. Sử dụng dấu Chấm (“.”) để phân cách giữa số Nguyên (hàng đơn vị) với số thập phân đầu tiên.
31	T_NGUONKHAC	Tổng số tiền người bệnh được các nguồn tài chính khác chi trả trên XML2, XML3, làm tròn đến hai chữ số thập phân. Sử dụng dấu Chấm (“.”) để phân cách giữa số Nguyên (hàng đơn vị) với số thập phân đầu tiên.

32	T_NGOAIDS	Chi phí ngoài định suất, làm tròn số đến 2 chữ số thập phân, Sử dụng dấu Chấm (".") để phân cách giữa số Nguyên (hàng đơn vị) với số thập phân đầu tiên.	
33	NAM_QT	Năm đề nghị cơ quan bảo hiểm xã hội thanh toán.	
34	THANG_QT	Tháng đề nghị cơ quan bảo hiểm xã hội thanh toán.	
35	MA_LOAI_KCB	Mã hóa hình thức khám bệnh, chữa bệnh (1: Khám bệnh; 2: Điều trị ngoại trú; 3: Điều trị nội trú). - Trường hợp điều trị ngoại trú các bệnh mãn tính dài ngày liên tục trong năm thì gửi file XML một tháng một lần (từ ngày 01 đến ngày cuối cùng của tháng). - Trường hợp điều trị ngoại trú các bệnh khác thì chỉ gửi 01 file XML khi kết thúc đợt điều trị.	
36	MA_KHOA	Mã khoa, nếu bệnh nhân điều trị ở nhiều khoa thì ghi mã khoa thực hiện tổng kết hồ sơ bệnh án.	
37	MA_CSKCB	Mã cơ sở khám bệnh, chữa bệnh nơi điều trị (Mã do cơ quan bảo hiểm xã hội cấp).	
38	MA_KHUVUC	Ghi mã nơi sinh sống trên thẻ "K1 hoặc K2 hoặc K3".	
39	MA_PTTT_QT	Mã phẫu thuật thủ thuật Quốc tế (theo ICD 9 CM Vol 3) cho phẫu thuật, thủ thuật (Triển khai sau khi Bộ Y tế ban hành bảng tham chiếu và có văn bản chỉ đạo). Nếu có nhiều phẫu thuật thủ thuật thì mỗi mã cách nhau bởi dấu chấm phẩy (;)	
40	CAN_NANG	Chỉ thu thập với các bệnh nhân là trẻ em dưới 1 tuổi. Là số kilogam (kg) cân nặng của trẻ em khi vào viện. Biểu thị đầy đủ cả Số thập phân, dấu thập phân là dấu chấm (.), ghi đến 2 chữ số sau dấu thập phân. Ví dụ: 5.75 kg.	Chỉ bắt buộc trong trường hợp bệnh nhân là trẻ em từ đủ 12 tháng tuổi trở xuống.

**Phụ lục 1****Bảng 2. Chỉ tiêu chi tiết thuốc thanh toán BHYT***(Ban hành kèm theo Công văn số /BYT-BH ngày /12/2017 của Bộ Y tế)*

STT	Chỉ tiêu	Diễn giải theo Quyết định số 4210/QĐ-BYT	Hướng dẫn bổ sung
1	MA_LK	Mã đợt điều trị duy nhất (Dùng để liên kết giữa bảng tổng hợp (Bảng 1) và bảng này trong 1 lần khám bệnh, chữa bệnh).	
2	STT	Từ 1 đến hết trong một lần gửi dữ liệu.	
3	MA_THUOC	<p>- Mã hoạt chất theo quy định tại Bộ mã danh mục dùng chung do Bộ Y tế ban hành;</p> <p>- Trường hợp oxy: ghi mã 40.17;</p> <p>- Máu và chế phẩm của máu: Ghi theo mã danh mục dùng chung do Bộ Y tế ban hành.</p> <p>+ Trường hợp máu và chế phẩm của máu có cộng thêm chi phí xét nghiệm kháng thể bất thường: Sau mã máu và chế phẩm của máu ghi thêm 2 ký tự "KT", phân cách bằng dấu chấm "."</p> <p>+ Trường hợp máu và chế phẩm của máu có cộng thêm chi phí xét nghiệm NAT: Sau mã máu và chế phẩm của máu ghi thêm 3 ký tự "NAT", phân cách bằng dấu chấm "."</p> <p>+ Trường hợp máu và chế phẩm của máu có cộng thêm chi phí xét nghiệm kháng thể bất thường và xét nghiệm NAT: Sau mã máu và chế phẩm của máu ghi thêm 5 ký tự "KTNAT", phân cách bằng dấu chấm "."</p> <p>- Chi phí vận chuyển máu: ghi VM.XXXXX, trong đó XXXXX là mã cơ sở khám chữa bệnh nơi cung cấp máu;</p> <p>- Chi phí bao bì cho thuốc thang: ghi BB.XXXXX, trong đó XXXXX là mã cơ sở khám chữa bệnh nơi đề nghị thanh toán</p>	



4	MA_NHOM	Dùng để phân loại, sắp xếp các chi phí vào các mục tương ứng (tham chiếu phụ lục Bảng 6 ban hành kèm theo Quyết định 4210/QĐ-BYT).	
5	TEN_THUOC	Tên thuốc ghi đúng theo tên được Cục Quản lý Dược hoặc Cục Quản lý Y, được cổ truyền cấp số đăng ký.	
6	DON_VI_TINH	- Đơn vị tính nhỏ nhất, ghi đúng theo đơn vị tính của thuốc được Cục Quản lý Dược hoặc Cục Quản lý Y, được cổ truyền công bố; - Trường hợp đơn vị tính là ống, lọ nhưng chia nhỏ theo đơn vị quốc tế (UI) hoặc mililit (ml) thì khai báo đơn vị tính theo UI hoặc ml.	
7	HAM_LUONG	Hàm lượng ghi đúng theo hàm lượng của thuốc được Cục Quản lý Dược hoặc Cục Quản lý Y, được cổ truyền cấp số đăng ký; nếu thuốc có nhiều hoạt chất thì ghi hàm lượng của các hoạt chất, giữa các hàm lượng cách nhau bằng dấu chấm phẩy (;) - Đối với vị thuốc, bài thuốc y học cổ truyền không có hàm lượng thì để trống hoặc ghi khối lượng (nếu có).	
8	DUONG_DUNG	Đường dùng của thuốc ghi mã đường dùng quy định tại Bộ mã danh mục dùng chung do Bộ Y tế ban hành.	
9	LIEU_DUNG	Liều dùng: số lượng thuốc dùng trong một lần sử dụng * số lần trong ngày. + Ví dụ: liều dùng của thuốc A: 2 viên/lần, 2 lần/ngày thì được ghi như sau: 2 viên/lần * 2 lần/ngày.	- Ghi theo đúng hướng dẫn chuyên môn về chỉ định liều dùng của thuốc, không bắt buộc ghi theo định dạng như ví dụ trong diễn giải theo QĐ 4210. - Với thuốc thang (YHCT), liều dùng được thể hiện: số lượng từng vị thuốc trong 1 thang thuốc * số thang * số ngày điều trị. + Ví dụ: bài Lục vị có vị thuốc Thục địa 12g/1 thang, được kê cho BN uống 5 ngày --> Liều dùng là: 12g * 1 thang * 5 ngày.
10	SO_DANG_KY	Số đăng ký của thuốc do Bộ Y tế hoặc Cục Quản lý Dược hoặc Cục Quản lý Y, được cổ truyền ban hành (giữa các ký tự không có khoảng trống (space)).	Trường này không bắt buộc đối với Oxy (40.17), máu và chế phẩm của máu, thuốc thang, vị thuốc YHCT, chế phẩm thuốc YHCT không có số đăng ký tự sản xuất, dược chất phóng xạ.

*Handwritten signature*

11	TT_THAU	<p>Ghi thông tin thầu của thuốc gồm: số quyết định trúng thầu, gói thầu, nhóm thầu theo danh mục đã thống nhất với cơ quan BHXH, cách nhau bằng dấu “;”. Mã gói thầu và nhóm thầu tham chiếu bảng 9.</p> <p>Ví dụ thuốc trúng thầu theo quyết định số 12/QĐ-SYT thuộc gói Generic nhóm 2 ghi 12/QĐ-SYT;G1;N2. (trường hợp không có quyết định thầu ghi số công văn gửi cơ quan BHXH).</p>	<p>- Điều chỉnh tăng kích thước tối đa từ 25 lên 50 ký tự. - Trường hợp này tạm thời không yêu cầu bắt buộc.</p>
12	PHAM_VI	<p>Ghi mã phạm vi của thuốc, trong đó: (1): Thuốc trong phạm vi hưởng BHYT (trong danh mục thuốc do quỹ BHYT chi trả); (2): Thuốc ngoài phạm vi hưởng BHYT (ngoài danh mục thuốc do quỹ BHYT chi trả).</p>	
14	SO_LUONG	<p>Số lượng thuốc thực tế sử dụng, làm tròn số đến 3 chữ số thập phân. Sử dụng dấu Chấm (".") để phân cách giữa số Nguyên (hàng đơn vị) với số thập phân đầu tiên.</p>	<p>Cần lưu ý là <b>ghi số lượng thuốc thực tế sử dụng</b>. Ví dụ: 1 lọ insulin 1000 UI/lọ, bệnh nhân sử dụng 300 UI thì ghi số lượng = 300 UI</p>
15	DON_GIA	<p>- Ghi đơn giá của thuốc, là giá theo hóa đơn mua vào của cơ sở KCB; làm tròn đến 3 (ba) chữ số thập phân. Sử dụng dấu Chấm (".") để phân cách giữa số Nguyên (hàng đơn vị) với số thập phân đầu tiên. - Trường hợp thuốc được liệu thì đơn giá cộng thêm chi phí theo tỷ lệ hư hao theo quy định của Bộ Y tế.</p>	
13	TYLE_TT	<p>Tỷ lệ thanh toán BHYT đối với thuốc có quy định tỷ lệ (%); Biểu thị bằng số nguyên dương. Ví dụ: Tỷ lệ thanh toán của thuốc là 50% thì ghi là 50. Trường hợp thuốc không quy định tỷ lệ thanh toán thì ghi 100, trường hợp thuốc không thuộc phạm vi thanh toán của quỹ BHYT thì ghi là 0.</p>	

16	THANH_TIEN	<p>THANH_TIEN = SO_LUONG * DON_GIA, làm tròn số đến 2 chữ số thập phân. Sử dụng dấu Chấm (".") để phân cách giữa số Nguyên (hàng đơn vị) với số thập phân đầu tiên.</p>	
17	MUC_HUONG	<p>Ghi mức hưởng tương ứng với từng loại chi phí:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Trường hợp đúng tuyến ghi mức hưởng là 80 hoặc 95 hoặc 100, trường hợp trái tuyến ghi mức hưởng sau khi đã nhân với tỷ lệ hưởng trái tuyến tương ứng với tuyến chuyên môn kỹ thuật của cơ sở KCB.</li> <li>Ví dụ: Đối tượng có mức hưởng 80%, điều trị trái tuyến nội trú tại tuyến trung ương (có tỷ lệ hưởng trái tuyến là 40%) ghi mức hưởng là 32;</li> <li>- Trường hợp khám chữa bệnh đúng tuyến có tổng chi phí dưới 15% mức lương cơ sở hoặc khám chữa bệnh tại trạm y tế xã hoặc người tham gia BHYT đủ điều kiện miễn cùng chi trả trong năm: ghi mức hưởng 100;</li> <li>- Trường hợp KCB trái tuyến có tổng chi phí dưới 15% mức lương cơ sở ghi mức trái tuyến tương ứng với tuyến chuyên môn kỹ thuật của cơ sở KCB.</li> </ul>	
18	T_NGUONKHAC	<p>Số tiền người bệnh được các nguồn tài chính khác hỗ trợ, làm tròn số đến 2 chữ số thập phân. Sử dụng dấu Chấm (".") để phân cách giữa số Nguyên (hàng đơn vị) với số thập phân đầu tiên.</p>	<p>Nếu trong trường hợp người bệnh được hỗ trợ chi phí khám bệnh, chữa bệnh từ một nguồn tài chính khác (T_NGUONKHAC &gt; 0) thì số tiền hỗ trợ này sẽ được khấu trừ vào các chi phí theo thứ tự ưu tiên lần lượt như sau: T_BNTT, T_BNCCT, T_BHTT</p>

19	T_BNTT	Số tiền người bệnh tự trả ngoài phạm vi chi trả của Quỹ bảo hiểm y tế, làm tròn số đến 2 chữ số thập phân. Sử dụng dấu Chấm để phân cách giữa số Nguyên (hàng đơn vị) với số thập phân đầu tiên.	<p>Bổ sung công thức tính T_BNTT:</p> <p>- Bước 1: Tạm tính các giá trị THANH_TIEN, T_BHTT, T_BNCCT, T_BNTT</p> <p>- Bước 2: So sánh các giá trị</p> <p>+ Nếu T_NGUONKHAC = 0 thì T_BNTT tính theo công thức:  <math>T\_BNTT = THANH\_TIEN - T\_BHTT - T\_BNCCT</math></p> <p>+ Nếu T_NGUONKHAC &gt; 0 thì có 2 trường hợp:</p> <p>(i) T_NGUONKHAC &lt; THANH_TIEN - T_BHTT - T_BNCCT thì T_BNTT tính theo công thức:  <math>T\_BNTT = THANH\_TIEN - T\_BHTT - T\_BNCCT - T\_NGUONKHAC</math></p> <p>(ii) T_NGUONKHAC &gt;= THANH_TIEN - T_BHTT - T_BNCCT thì  <math>T\_BNTT = 0</math></p>
20	T_BHTT	Số tiền đề nghị cơ quan BHXH thanh toán theo phạm vi quyền lợi hưởng BHYT, làm tròn số đến 2 chữ số thập phân. Sử dụng dấu Chấm (".") để phân cách giữa số Nguyên (hàng đơn vị) với số thập phân đầu tiên. $T\_BHTT = (THANH\_TIEN - T\_BNTT - T\_NGUONKHAC) * MUC\_HUONG / 100 * TYLE\_TT / 100$	<p>Điều chỉnh lại công thức tính T_BHTT:</p> $T\_BHTT = THANH\_TIEN * MUC\_HUONG / 100 * TYLE\_TT / 100$

21	T_BNCCT	<p>Số tiền người bệnh cùng chi trả trong phạm vi quyền lợi được hưởng bảo hiểm y tế, làm tròn số đến 2 chữ số thập phân. Sử dụng dấu Chấm (".") để phân cách giữa số Nguyên (hàng đơn vị) với số thập phân đầu tiên.</p> <p><math>T\_BNCCT = THANH\_TIEN - T\_NGUONKHAC - T\_BNTT - T\_BH TT</math></p>	<p>Điều chỉnh lại công thức tính T_BNCCT:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Bước 1: Tạm tính các giá trị THANH_TIEN, T_BH TT, T_BNCCT, T_BNTT</li> <li>- Bước 2: So sánh các giá trị: <ul style="list-style-type: none"> <li>+ Nếu T_NGUONKHAC = 0 thì</li> </ul> <math display="block">T\_BNCCT = THANH\_TIEN * (100 - MUC\_HUONG)/100 * TYLE\_TT/100</math> <li>+ Nếu T_NGUONKHAC &gt; 0 thì có 3 trường hợp: <ul style="list-style-type: none"> <li>(i) T_NGUONKHAC &lt; THANH_TIEN - T_BH TT - T_BNCCT thì</li> </ul> <math display="block">T\_BNCCT = THANH\_TIEN * (100 - MUC\_HUONG)/100 * TYLE\_TT/100</math> <li>(ii) T_NGUONKHAC &gt;= THANH_TIEN - T_BH TT - T_BNCCT thì</li> </li></li></ul> $T\_BNCCT = THANH\_TIEN * (100 - MUC\_HUONG)/100 * TYLE\_TT/100 - (T\_NGUONKHAC - (THANH\_TIEN - T\_BH TT - T\_BNCCT))$ <li>(iii) T_NGUONKHAC &gt;= T_BNTT + T_BNCCT thì T_BNCCT = 0</li>
22	T_NGOAIDS	<p><math>T\_NGOAIDS = T\_BH TT</math> đối với các chi phí ngoài định suất, làm tròn số đến 2 chữ số thập phân, Sử dụng dấu Chấm (".") để phân cách giữa số Nguyên (hàng đơn vị) với số thập phân đầu tiên.</p>	
23	MA_KHOA	<p>Mã khoa bệnh nhân được chỉ định sử dụng thuốc (tham chiếu phụ lục Bảng 7 của quyết định 4210/QĐ-BYT).</p>	
24	MA_BAC_SI	<p>Mã bác sỹ khám và chỉ định (mã hóa theo số ghi trên Chứng chỉ hành nghề).</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Trường hợp bác sỹ chưa có chứng chỉ hành nghề nhưng có bác sỹ chính được phân công hướng dẫn chuyên môn thì: Ghi mã chứng chỉ hành nghề của bác sỹ chính được phân công, sau đó ghi mã nhân viên của bác sỹ chưa có chứng chỉ hành nghề mà bệnh viện đang quản lý trong ngoặc đơn "(...)" ngay sau mã chứng chỉ hành nghề của bác sỹ chính.</li> <li>- Trường hợp Trạm y tế xã chưa có bác sỹ được cấp chứng chỉ hành nghề thì ghi mã nhân viên tại cơ sở trong ngoặc đơn "(...)"</li> </ul>

25	MA_BENH	Mã bệnh chính (theo ICD 10) và/hoặc mã bệnh y học cổ truyền được bác sỹ, y sỹ y học cổ truyền chẩn đoán; nếu có các bệnh khác kèm theo thì ghi các mã bệnh tương ứng, cách nhau bằng dấu chấm phẩy (;)	
26	NGAY_YL	Ngày ra y lệnh (gồm 12 ký tự, theo cấu trúc; yyyymmddHH:mm = 4 ký tự năm + 2 ký tự tháng + 2 ký tự ngày + 2 ký tự giờ (24 giờ) + 2 ký tự phút). Ví dụ: ngày 31/03/2017 15:20 được hiển thị là: 201703311520	
27	MA_PTTT	Mã phương thức thanh toán (0: Phí dịch vụ; 1: định suất; 2: ngoài định suất; 3: DRG)	

**Ghi chú:** Dấu (\*) là phép tính nhân

MA

**Phụ lục 1****Bảng 3. Chỉ tiêu chi tiết dịch vụ kỹ thuật và vật tư y tế thanh toán BHYT**  
(Ban hành kèm theo Công văn số /BYT-BH ngày /12/2017 của Bộ Y tế)

STT	Chỉ tiêu	Diễn giải theo Quyết định số 4210/QĐ-BYT	Hướng dẫn bổ sung
1	MA_LK	Mã đợt điều trị duy nhất (dùng để liên kết giữa bảng tổng hợp (Bảng 1) và bảng này trong 1 lần khám, chữa bệnh).	
2	STT	Từ 1 đến hết trong một lần gửi dữ liệu.	
3	MA_DICH_VU	<ul style="list-style-type: none"><li>- Mã dịch vụ kỹ thuật thực hiện theo quy định tại Bộ mã danh mục dùng chung do Bộ Y tế ban hành;</li><li>- Vận chuyển người bệnh: Ghi VC.XXXXXX, trong đó XXXXXX là mã cơ sở khám bệnh, chữa bệnh nơi người bệnh được chuyển đến.</li><li>- Mã tiền giường theo hạng bệnh viện quy định tại Bộ mã danh mục dùng chung do Bộ Y tế ban hành.</li></ul>	
4	MA_VAT_TU	<ul style="list-style-type: none"><li>- Mã vật tư y tế thực hiện quy định tại Bộ mã danh mục dùng chung do Bộ Y tế ban hành; chỉ ghi các vật tư y tế chưa có trong cơ cấu giá dịch vụ kỹ thuật;</li><li>- Các vật tư y tế sử dụng trong phẫu thuật, thủ thuật được thanh toán riêng: ghi mã phẫu thuật, thủ thuật vào trường &lt;MA_DICH_VU&gt; trước trường mã vật tư y tế &lt;MA_VAT_TU&gt;;</li><li>- Các vật tư y tế không sử dụng trong phẫu thuật, thủ thuật: trường mã dịch vụ &lt;MA_DICH_VU&gt; để trống;</li><li>- Các vật tư y tế gồm nhiều hạng mục thuộc một bộ vật tư: ghi chi tiết từng hạng mục, các hạng mục cách nhau bằng dấu chấm phẩy (;).</li></ul>	
5	MA_NHOM	Dùng để phân loại, sắp xếp các chi phí vào các mục tương ứng tham chiếu phụ lục Bảng 6 của Quyết định 4210/QĐ-BYT. Các vật tư y tế áp dụng tỷ lệ hoặc trần thanh toán ghi mã nhóm 11.	
6	GOI_VTYT	Ghi mã gói vật tư y tế trong một lần sử dụng dịch vụ kỹ thuật (lần thứ nhất ghi G1, lần thứ hai ghi G2,...)	
7	TEN_VAT_TU	Tên vật tư y tế.	

8	TEN_DICH_VU	Tên dịch vụ kỹ thuật hoặc tên giường thanh toán; 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 [ ].	
9	DON_VI_TINH	Đơn vị tính	
10	PHAM_VI	Ghi mã phạm vi của vật tư y tế (1: Vật tư y tế trong phạm vi hưởng BHYT (trong danh mục BHYT); 2: Vật tư y tế ngoài phạm vi hưởng BHYT (ngoài danh mục BHYT)).	
11	SO_LUONG	Số lượng thực tế sử dụng, làm tròn số đến 2 chữ số thập phân. Sử dụng dấu Chấm (".") để phân cách giữa số Nguyên (hàng đơn vị) với số thập phân đầu tiên.	Số lượng thực tế sử dụng, làm tròn số đến 3 chữ số thập phân. Sử dụng dấu Chấm (".") để phân cách giữa số Nguyên (hàng đơn vị) với số thập phân đầu tiên.
12	DON_GIA	- Ghi đơn giá của vật tư y tế, là giá theo hóa đơn mua vào của cơ sở KCB; làm tròn đến 3 chữ số thập phân. Sử dụng dấu Chấm (".") để phân cách giữa số Nguyên (hàng đơn vị) với số thập phân đầu tiên. - Trường hợp vật tư y tế tái sử dụng: đơn giá bao gồm chi phí để tái sử dụng theo quy định của Bộ Y tế. Ví dụ đơn giá mua vật tư là 100.000 đồng, định mức sử dụng 2 lần, chi phí tái sử dụng là 10.000 đồng, đơn giá ghi 55.000 đồng.	



13	TT_THAU	<p>Ghi thông tin quyết định trúng thầu của vật tư y tế theo nguyên tắc: XXXX.YY.Z (XXXX: Năm ban hành QĐ, YY: số gói thầu, Z: số QĐ trúng thầu), (trường hợp không có quyết định trúng thầu thì ghi số công văn gửi cơ quan BHHH).</p>	<ul style="list-style-type: none"><li>- XXXX : là 4 chữ số năm của năm ban hành quyết định hoặc công văn gửi cơ quan BHHH.</li><li>- YY : là 2 ký tự số của gói thầu ví dụ: Gói thầu số 1 ghi là "01" hoặc là cụm từ "CV" nếu là công văn của cơ sở khám, chữa bệnh gửi cho cơ quan BHHH. Trường hợp không có số gói thầu thì mặc định là 01.</li><li>- Z : là một cụm ký tự ghi đầy đủ bao gồm cả phần số và ký hiệu của Quyết định trúng thầu hoặc công văn gửi cơ quan BHHH. Ví dụ: 2345/QĐ-UBND hoặc 234/BV-CV.</li><li>- Trường hợp VTYT đã đấu thầu mua sắm theo đúng quy định của pháp luật trước thời điểm QĐ 4210 có hiệu lực (ngày 20/9/2017) mà không xác định được thông tin đấu thầu thì ghi "0000.00.0/N" (N là số lượng VTYT tồn của mỗi loại VTYT tại thời điểm 24h00 ngày 30/11/2017). Trường hợp VTYT đã kê khai trước ngày công văn này có hiệu lực thì không phải kê khai lại.</li><li>- Trường này tạm thời không yêu cầu bắt buộc.</li></ul>
----	---------	--	--

14	TYLE_TT	<p>Tỷ lệ thanh toán của quỹ BHYT đối với dịch vụ kỹ thuật hoặc vật tư y tế có quy định tỷ lệ (%); Tỷ lệ này là số nguyên dương.</p> <p>Ví dụ: Tỷ lệ thanh toán của dịch vụ kỹ thuật hoặc vật tư y tế là 50% thì ghi là 50. Trường hợp dịch vụ kỹ thuật hoặc vật tư y tế không quy định tỷ lệ thanh toán thì ghi 100, trường hợp dịch vụ hoặc vật tư y tế không thuộc phạm vi thanh toán của quỹ BHYT thì ghi là 0.</p> <p>- Đối với ngày giường bệnh điều trị nội trú, trường hợp người bệnh chuyển từ 02 khoa trở lên trong cùng một ngày:</p> <p>+ Khoa có giá tiền giường cao nhất và thấp nhất: mã tiền giường và đơn giá không thay đổi; số lượng ghi 0,5; tỷ lệ thanh toán ghi 100;</p> <p>+ Các khoa khác (nếu có): mã tiền giường và đơn giá không thay đổi; số lượng ghi 0;</p> <p>- Trường hợp người bệnh chuyển từ 02 khoa trở lên trong cùng một ngày đồng thời có nằm ghép:</p> <p>+ Nếu nằm ghép 02 người: mã tiền giường và đơn giá không thay đổi; số lượng ghi 0,5; tỷ lệ thanh toán ghi 50;</p> <p>+ Nếu nằm ghép từ 03 người trở lên: mã tiền giường và đơn giá không thay đổi; số lượng ghi 0,5; tỷ lệ thanh toán ghi 30;</p> <p>- Tham khảo hướng dẫn tại Phụ lục ban hành kèm theo Quyết định này đối với các trường hợp có tỷ lệ thanh toán đặc biệt.</p>	<p>Tham khảo thêm phụ lục ban hành kèm theo Công văn số 6266/BYT-BH ngày 02/11/2017 của Bộ Y tế.</p>
15	THANH_TIEN	<p><math>THANH\_TIEN = SO\_LUONG * DON\_GIA</math>, làm tròn số đến 2 chữ số thập phân. Sử dụng dấu Chấm (".") để phân cách giữa số Nguyên (hàng đơn vị) với số thập phân đầu tiên.</p> <p>- Đối với trường hợp có tỷ lệ thanh toán đặc biệt tại Phụ lục 01 ban hành kèm theo Quyết định này: <math>THANH\_TIEN = SO\_LUONG * DON\_GIA * TYLE\_TT / 100</math>, làm tròn số đến 2 chữ số thập phân. Sử dụng dấu Chấm (".") để phân cách giữa số nguyên (hàng đơn vị) với số thập phân đầu tiên.</p>	<p>Tham khảo thêm phụ lục ban hành kèm theo Công văn số 6266/BYT-BH ngày 02/11/2017 của Bộ Y tế.</p>
16	T_TRANTT	<p>Ghi mức thanh toán tối đa của vật tư y tế theo quy định của Bộ Y tế.</p> <p>Trường hợp vật tư y tế không có quy định mức thanh toán tối đa thì để trống.</p>	

17	MUC_HUONG	<p>Ghi mức hưởng tương ứng với từng loại chi phí:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Trường hợp đúng tuyến ghi mức hưởng là 80 hoặc 95 hoặc 100; trái tuyến ghi mức hưởng sau khi đã nhân với tỷ lệ hưởng trái tuyến tương ứng với tuyến chuyên môn kỹ thuật của cơ sở KCB;</li> <li>- Trường hợp khám chữa bệnh đúng tuyến có tổng chi phí dưới 15% mức lương cơ sở hoặc khám chữa bệnh tại trạm y tế xã hoặc người tham gia BHYT đủ điều kiện miễn cùng chi trả trong năm: ghi mức hưởng 100;</li> <li>- Trường hợp KCB trái tuyến có tổng chi phí dưới 15% mức lương cơ sở: ghi mức trái tuyến tương ứng với tuyến chuyên môn kỹ thuật của cơ sở KCB.</li> </ul>	
18	T_NGUONKHAC	<p>Số tiền người bệnh được các nguồn tài chính khác hỗ trợ, làm tròn số đến 2 chữ số thập phân. Sử dụng dấu Chấm (".") để phân cách giữa số Nguyên (hàng đơn vị) với số thập phân đầu tiên.</p>	<p>Nếu trong trường hợp người bệnh được hỗ trợ chi phí khám bệnh, chữa bệnh từ một nguồn tài chính khác (<math>T\_NGUONKHAC &gt; 0</math>) thì số tiền hỗ trợ này sẽ được khấu trừ vào các chi phí theo thứ tự ưu tiên lần lượt như sau: <math>T\_BNNT</math>, <math>T\_BNCCT</math>, <math>T\_BHNT</math></p>
19	T_BNNT	<p>Số tiền người bệnh tự trả ngoài phạm vi chi trả của Quỹ bảo hiểm y tế, làm tròn số đến 2 chữ số thập phân. Sử dụng dấu Chấm (".") để phân cách giữa số Nguyên (hàng đơn vị) với số thập phân đầu tiên.</p>	<p>Bổ sung công thức tính <math>T\_BNNT</math>:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Bước 1: Tạm tính các giá trị <math>THANH\_TIEN</math>, <math>T\_BHNT</math>, <math>T\_BNCCT</math>, <math>T\_BNNT</math></li> <li>- Bước 2: So sánh các giá trị:</li> </ul> <p>+ Nếu <math>T\_NGUONKHAC = 0</math> thì <math>T\_BNNT</math> tính theo công thức:</p> $T\_BNNT = THANH\_TIEN - T\_BHNT - T\_BNCCT$ <p>+ Nếu <math>T\_NGUONKHAC &gt; 0</math> thì có 2 trường hợp:</p> <p>(i) <math>T\_NGUONKHAC &lt; THANH\_TIEN - T\_BHNT - T\_BNCCT</math> thì <math>T\_BNNT</math> tính theo công thức:</p> $T\_BNNT = THANH\_TIEN - T\_BHNT - T\_BNCCT - T\_NGUONKHAC$ <p>(ii) <math>T\_NGUONKHAC \geq THANH\_TIEN - T\_BHNT - T\_BNCCT</math> thì <math>T\_BNNT = 0</math></p>

20	T_BHTT	<p>Số tiền đề nghị cơ quan BHXH thanh toán theo phạm vi quyền lợi hưởng BHYT, làm tròn số đến 2 chữ số thập phân. Sử dụng dấu Chấm để phân cách giữa số Nguyên (hàng đơn vị) với số thập phân đầu tiên.</p> $T\_BHTT = (THANH\_TIEN - T\_BNHT - T\_NGUONKHAC) * MUC\_HUONG/100 * TYLE\_TT/100$	<p>Điều chỉnh lại công thức tính T_BHTT:</p> $T\_BHTT = THANH\_TIEN * MUC\_HUONG/100 * TYLE\_TT/100$ <p>- Đối với các trường hợp trong phụ lục ban hành kèm theo Công văn số 6266/BYT-BH ngày 02/11/2017 của Bộ Y tế thì T_BHTT tính theo công thức:</p> $T\_BHTT = THANH\_TIEN * MUC\_HUONG/100$
21	T_BNCCT	<p>Số tiền người bệnh cùng chi trả trong phạm vi quyền lợi được hưởng bảo hiểm y tế, làm tròn số đến 2 chữ số thập phân. Sử dụng dấu Chấm (".") để phân cách giữa số Nguyên (hàng đơn vị) với số thập phân đầu tiên.</p> $T\_BNCCT = THANH\_TIEN - T\_NGUONKHAC - T\_BNHT - T\_BHTT$	<p>Điều chỉnh lại công thức tính T_BNCCT:</p> <p>- Bước 1: Tạm tính các giá trị THANH_TIEN, T_BHTT, T_BNCCT, T_BNHT</p> <p>- Bước 2: So sánh các giá trị:</p> <p>+ Nếu T_NGUONKHAC = 0 thì</p> $T\_BNCCT = THANH\_TIEN * (100 - MUC\_HUONG)/100 * TYLE\_TT/100$ <p>+ Nếu T_NGUONKHAC &gt; 0 thì có 3 trường hợp:</p> <p>(i) T_NGUONKHAC &lt; THANH_TIEN - T_BHTT - T_BNCCT thì T_BNCCT = THANH_TIEN * (100 - MUC_HUONG)/100 * TYLE_TT/100</p> <p>(ii) T_NGUONKHAC &gt;= THANH_TIEN - T_BHTT - T_BNCCT thì T_BNCCT = THANH_TIEN * (100 - MUC_HUONG)/100 * TYLE_TT/100 - (T_NGUONKHAC - (THANH_TIEN - T_BHTT - T_BNCCT))</p> <p>(iii) T_NGUONKHAC &gt;= T_BNHT + T_BNCCT thì T_BNCCT = 0</p>
22	T_NGOAIDS	<p>T_NGOAIDS = T_BHTT đối với các chi phí ngoài định suất, làm tròn số đến 2 chữ số thập phân, Sử dụng dấu Chấm (".") để phân cách giữa số Nguyên (hàng đơn vị) với số thập phân đầu tiên.</p>	
23	MA_KHOA	<p>Mã khoa nơi phát sinh dịch vụ (tham chiếu phụ lục Bảng 7 của quyết định 4210/QĐ-BYT).</p>	

24	MA_GIUONG	<p>Ghi mã giường tại từng khoa điều trị, mã giường gồm có 04 ký tự và được mã hóa theo nguyên tắc:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Đối với giường kế hoạch: H + số giường tại khoa điều trị (đánh số từ 001 đến hết).</li> <li>- Đối với giường kê thêm: T + số giường tại khoa điều trị (đánh số từ 001 đến hết).</li> <li>- Đối với giường tự chọn: C + số giường tại khoa điều trị (đánh số từ 001 đến hết).</li> <li>- Đối với các loại giường khác (băng ca, giường gấp...): K + số giường tại từng khoa điều trị (đánh số từ 001 đến hết).</li> </ul> <p>* Nếu người bệnh chuyển nhiều giường thì giữa các mã giường cách nhau bằng dấu chấm phẩy “;”</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Tầng kích thước tối đa từ 14 lên thành 50 ký tự.</li> <li>- Ví dụ minh họa: Bệnh viện có 2 khoa K02 và K03 và có 10 giường kế hoạch được đặt 3 giường tại khoa K02 và 7 giường tại khoa K03 thì mã giường được mã như sau: Tại khoa K02 có mã giường từ H001 -&gt; H003; Tại khoa K03 có mã giường từ H001 -&gt; H007.</li> <li>- Trường này tạm thời không yêu cầu bắt buộc.</li> </ul>
25	MA_BAC_SI	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mã bác sỹ khám và chỉ định (mã hóa theo số ghi trên Chứng chỉ hành nghề)/ mã người được cấp chứng chỉ hành nghề khám chữa bệnh ghi theo mã được cơ quan có thẩm quyền cấp CCHN.</li> <li>- Đối với dịch vụ kỹ thuật, ghi mã bác sỹ hoặc nhân viên y tế thực hiện dịch vụ; trường hợp nhiều nhân viên y tế cùng thực hiện dịch vụ kỹ thuật thì ghi số Chứng chỉ hành nghề của các nhân viên y tế, cách nhau bằng dấu Chấm phẩy (“;”).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Trường hợp bác sỹ chưa có chứng chỉ hành nghề nhưng có bác sỹ chính được phân công hướng dẫn chuyên môn thì: Ghi mã chứng chỉ hành nghề của bác sỹ chính được phân công, sau đó ghi mã nhân viên của bác sỹ chưa có chứng chỉ hành nghề mà bệnh viện đang quản lý trong ngoặc đơn “(…)” ngay sau mã chứng chỉ hành nghề của bác sỹ chính.</li> <li>- Trường hợp Trạm y tế xã chưa có bác sỹ được cấp chứng chỉ hành nghề thì ghi mã nhân viên tại cơ sở trong ngoặc đơn “(…)”</li> <li>- Mã bác sỹ không yêu cầu bắt buộc trong trường hợp bác sỹ hoặc nhân viên y tế chỉ định các vật tư y tế không nằm trong 1 lần sử dụng dịch vụ kỹ thuật (không thuộc gói vật tư y tế theo Thông tư số 04/2017/TT-BYT) hoặc trong trường hợp chỉ định ngày giường.</li> </ul>
26	MA_BENH	<p>Mã bệnh chính (theo ICD 10) hoặc mã bệnh y học cổ truyền được bác sỹ, y sỹ y học cổ truyền chẩn đoán trong trường hợp KCB YHCT. Nếu có các bệnh khác kèm theo thì ghi các mã bệnh tương ứng, cách nhau bằng dấu chấm phẩy (;)</p>	

27	NGAY_YL	<p>Ngày thực hiện y lệnh (gồm 12 ký tự, theo cấu trúc: yyyyymmddHHmm = 4 ký tự năm + 2 ký tự tháng + 2 ký tự ngày + 2 ký tự giờ (24 giờ) + 2 ký tự phút).</p> <p>- Đối với phẫu thuật, thủ thuật, can thiệp: ghi thời điểm bắt đầu thực hiện phẫu thuật, thủ thuật, can thiệp.</p> <p>- Đối với ngày giường bệnh: ghi thời điểm bắt đầu sử dụng từng loại giường bệnh.</p> <p>Ví dụ: ngày 31/03/2017 15:20 được hiển thị là: 201703311520</p>	
28	NGAY_KQ	<p>Ngày có kết quả (gồm 12 ký tự, theo cấu trúc: yyyyymmddHHmm = 4 ký tự năm + 2 ký tự tháng + 2 ký tự ngày + 2 ký tự giờ (24 giờ) + 2 ký tự phút).</p> <p>- Đối với phẫu thuật, thủ thuật, can thiệp: ghi thời điểm kết thúc phẫu thuật, thủ thuật, can thiệp.</p> <p>- Đối với ngày giường bệnh: ghi thời điểm kết thúc sử dụng từng loại giường bệnh.</p> <p>Ví dụ: ngày 31/03/2017 15:20 được hiển thị là: 201703311520</p>	
29	MA_PTTT	<p>Mã phương thức thanh toán (0: Phí dịch vụ; 1: định suất; 2: ngoài định suất; 3: DRG)</p>	

**Ghi chú:** Dấu (\*) là phép tính nhân

**Phụ lục 1**

**Bảng 9. Danh mục mã gói thầu và mã nhóm thầu thuốc**

(Ban hành kèm theo Công văn số /BYT-BH ngày /12/2017 của Bộ Y tế)

Gói	Mã gói	Nhóm	Mã nhóm	Hướng dẫn bổ sung
Generic	G1	Dây chuyền SX EU-GMP hoặc PIC/s-GMP thuộc ICH và Australia	N1	
	G1	Dây chuyền SX WHO - GMP VN lưu hành tại ICH và Australia	N1	Thay mã nhóm của dây chuyền SX WHO – GMP VN lưu hành tại ICH và Australia từ giá trị N1 thành giá trị N6
	G1	Dây chuyền SX EU-GMP hoặc PIC/s-GMP ngoài ICH và Australia	N2	
	G1	Dây chuyền SX WHO - GMP VN	N3	
	G1	Tương đương sinh học	N4	
	G1	Khác	N5	
Biệt dược gốc hoặc tương đương điều trị	G2	Biệt dược gốc hoặc tương đương điều trị	N1	
Thuốc cổ truyền, từ dược liệu	G3	Dây chuyền SX WHO-GMP VN	N1	
	G3	Khác	N2	
Dược liệu	G4	Trồng trọt, thu hái tiêu chuẩn GACP-WHO	N1	
	G4	Khác	N2	
Vị thuốc cổ truyền	G5	Cơ sở chế biến dược Cục YDCT công bố	N1	
	G5	Khác	N2	

## Phụ lục 02

### Hướng dẫn cách tính chi phí vật tư y tế theo quy định tại Thông tư số 04/2017/TT-BYT ngày 14/4/2017 của Bộ trưởng Bộ Y tế

(Ban hành kèm theo Công văn số /BYT-BH ngày /12/2017 của Bộ Y tế)

#### I/ ĐỐI VỚI CÁC VẬT TƯ Y TẾ THÔNG THƯỜNG VÀ TRƯỜNG HỢP SỬ DỤNG 01 STENT ĐỘNG MẠCH VÀNH PHỦ THUỐC

##### Bước 1: Tính tổng tiền

$$\text{TONG\_TIEN\_BH} = \text{SUM}(\text{DON\_GIA\_BH} * \text{SO\_LUONG}).$$

Trong đó:

a) Nếu vật tư y tế không có trần thanh toán **hoặc** có trần thanh toán nhưng  $\text{DON\_GIA} < \text{T\_TRANTT}$  thì:  $\text{DON\_GIA\_BH} = \text{DON\_GIA}$ ;

b) Nếu vật tư y tế có trần thanh toán và  $\text{DON\_GIA} \geq \text{T\_TRANTT}$  thì:  $\text{DON\_GIA\_BH} = \text{T\_TRANTT}$

##### Bước 2: So sánh TONG\_TIEN\_BH với 45 tháng lương cơ bản (TLCB)

###### 1. Trường hợp $\text{TONG\_TIEN\_BH} < 45 \text{ TLCB}$ :

a) *Khám chữa bệnh đúng tuyến (bao gồm cả nội trú và ngoại trú), thứ tự tính như sau:*

$$\text{THANH\_TIEN} = \text{SO\_LUONG} * \text{DON\_GIA};$$

$$\text{T\_BHNT} = \text{DON\_GIA\_BH} * \text{SO\_LUONG} * \text{MUC\_HUONG}/100 * \text{TYLE\_TT}/100;$$

$$\text{T\_BNCCT} = \text{DON\_GIA\_BH} * \text{SO\_LUONG} * (100 - \text{MUC\_HUONG})/100 * \text{TYLE\_TT}/100;$$

$$\text{T\_BNNT} = \text{THANH\_TIEN} - \text{T\_BHNT} - \text{T\_BNCCT}.$$

b) *Khám chữa bệnh nội trú không đúng tuyến, thứ tự tính như sau:*

$$\text{THANH\_TIEN} = \text{SO\_LUONG} * \text{DON\_GIA};$$

$$\text{T\_BHNT} = \text{DON\_GIA\_BH} * \text{SO\_LUONG} * \text{MUC\_HUONG}/100 * \text{TYLE\_TT}/100;$$

$$\text{T\_BNCCT} = \text{DON\_GIA\_BH} * \text{SO\_LUONG} * (100 - \text{MUC\_HUONG})/100 * \text{TYLE\_TT}/100;$$

$$\text{T\_BNNT} = \text{THANH\_TIEN} - \text{T\_BHNT} - \text{T\_BNCCT}.$$

(*Ghi chú:* MUC\_HUONG ở đây là mức hưởng khám bệnh, chữa bệnh nội trú không đúng tuyến).

###### 2. Trường hợp $\text{TONG\_TIEN\_BH} \geq 45 \text{ TLCB}$ :

a) *Khám chữa bệnh đúng tuyến (bao gồm cả nội trú và ngoại trú), thứ tự tính như sau:*

$$\text{THANH\_TIEN} = \text{SO\_LUONG} * \text{DON\_GIA};$$

*nam*



$T\_BHTT = DON\_GIA\_BH * SO\_LUONG * 45\ TLCB * MUC\_HUONG/100 * TYLE\_TT/100/TONG\_TIEN\_BH;$

$T\_BNCCT = DON\_GIA\_BH * SO\_LUONG * 45\ TLCB * (100 - MUC\_HUONG)/100 * TYLE\_TT/100/TONG\_TIEN\_BH;$

$T\_BNTT = THANH\_TIEN - T\_BHTT - T\_BNCCT.$

**b) Khám chữa bệnh nội trú không đúng tuyến, thứ tự tính như sau:**

$THANH\_TIEN = SO\_LUONG * DON\_GIA;$

$T\_BHTT = DON\_GIA\_BH * SO\_LUONG * 45\ TLCB * MUC\_HUONG/100 * TYLE\_TT/100/TONG\_TIEN\_BH;$

$T\_BNCCT = DON\_GIA\_BH * SO\_LUONG * 45\ TLCB * (100 - MUC\_HUONG)/100 * TYLE\_TT/100/TONG\_TIEN\_BH;$

$T\_BNTT = THANH\_TIEN - T\_BHTT - T\_BNCCT.$

*(Ghi chú:* MUC\_HUONG ở đây là mức hưởng khám chữa bệnh nội trú không đúng tuyến)

## **II/ ĐỐI VỚI TRƯỜNG HỢP SỬ DỤNG 02 STENT ĐỘNG MẠCH VÀNH PHỦ THUỐC**

**1. Stent thứ nhất tính bình thường theo các bước như ở Mục I.**

**2. Stent thứ hai được tính theo công thức sau:**

a) Nếu  $DON\_GIA/2 \geq 18.000.000$ , thì:

$T\_TRAN TT = 18.000.000d ;$

$THANH\_TIEN = SO\_LUONG * DON\_GIA;$

$T\_BHTT = 18.000.000 * MUC\_HUONG/100;$

$T\_BNCCT = 18.000.000 * (100 - MUC\_HUONG)/100;$

$T\_BN TT = DON\_GIA - 18.000.000;$

b) Nếu  $DON\_GIA/2 < 18.000.000$ , thì:

$T\_TRAN TT = 0;$

$THANH\_TIEN = SO\_LUONG * DON\_GIA;$

$T\_BHTT = DON\_GIA/2 * MUC\_HUONG/100;$

$T\_BNCCT = DON\_GIA/2 * (100 - MUC\_HUONG)/100;$

$T\_BN TT = DON\_GIA/2.$

### **Ghi chú:**

- MUC\_HUONG ở các công thức trong Mục II Phụ lục này là mức hưởng tối đa, không phụ thuộc vào mức hưởng biểu thị trên thẻ BHYT của người bệnh (100%, 95%, 80%), nếu khám chữa bệnh đúng tuyến là 100, khám chữa bệnh nội trú không đúng tuyến là 40 hoặc 60.

- Dấu (\*) là phép tính nhân./.

