

Số: 5149 /BYT-BH  
V/v hướng dẫn thực hiện dữ liệu  
đầu ra thực hiện Thông tư số  
04/2021/TT-BYT

Hà Nội, ngày 27 tháng 06 năm 2021

**HOẢ TỐC**

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 chung là các đơn vị)

Ngày 29 tháng 4 năm 2021, Bộ trưởng Bộ Y tế đã ban hành Thông tư số 04/2021/TT-BYT hướng dẫn thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh (KCB) bảo hiểm y tế (BHYT) theo định suất, có hiệu lực thi hành kể từ ngày 01 tháng 7 năm 2021.

Để thống nhất trong việc triển khai phương thức thanh toán theo định suất, sau khi trao đổi thống nhất với Bảo hiểm xã hội Việt Nam, Bộ Y tế hướng dẫn bổ sung một số nội dung liên quan đến chuẩn và định dạng dữ liệu đầu ra ban hành kèm theo Quyết định số 4210/QĐ-BYT ngày 20 tháng 9 năm 2017 của Bộ trưởng Bộ Y tế (Chi tiết tại **Phụ lục 01**) và hướng dẫn thực hiện Bảng kê chi phí KCB ban hành kèm theo Quyết định số 6556/QĐ-BYT ngày 30 tháng 10 năm 2018 của Bộ trưởng Bộ Y tế (Chi tiết tại **Phụ lục 02**). Các cơ sở KCB triển khai phương thức thanh toán theo định suất vẫn thực hiện việc trích chuyển dữ liệu điện tử chi phí KCB BHYT lên Cổng tiếp nhận dữ liệu Hệ thống thông tin giám định BHYT của cơ quan bảo hiểm xã hội theo đúng quy định tại Điều 6, Điều 7 Thông tư số 48/2017/TT-BYT ngày 28 tháng 12 năm 2017 của Bộ Y tế.

Bộ Y tế đề nghị Thủ trưởng các đơn vị nghiên cứu, triển khai tổ chức thực hiện theo đúng quy định tại Quyết định số 4210/QĐ-BYT, Quyết định số 6556/QĐ-BYT, Thông tư số 48/2017/TT-BYT và hướng dẫn tại Công văn này.

Trong quá trình tổ chức thực hiện, nếu có khó khăn, vướng mắc đề nghị các đơn vị tổng hợp, kịp thời phản ánh về Bộ Y tế (qua Vụ Bảo hiểm y tế) để được xem xét, giải quyết./.

**Nơi nhận:**

- Như trên;
- BT. Nguyễn Thanh Long (để b/c);
- BHXH Việt Nam (để phối hợp);
- BHXH các tỉnh, thành phố trực thuộc TW;
- Các Vụ/Cục: CNTT, KCB, KHTC;
- Lưu: VT, BH.

**KT. BỘ TRƯỞNG**  
**THỨ TRƯỞNG**



**Trần Văn Thuấn**

THƯ VIỆN PHÁP LUẬT  
Tel: 194-28-990 3279  
www.ThuVienPhapLuat.vn

**Phụ lục 01**

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

(Ban hành kèm theo Công văn số /BYT-BH ngày tháng năm 2021 của Bộ Y tế)

STT	Chỉ tiêu	Kiểu dữ liệu	Kích thước tối đa	Diễn giải theo Quyết định số 4210/QĐ-BYT	Hướng dẫn bổ sung theo Công văn số 7464/BYT-BH ngày 28/12/2017 của Bộ Y tế	Hướng dẫn bổ sung để thực hiện Thông tư 04/2021/TT-BYT
1	MA_LK	Chuỗi	100	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	Số	10	STT tăng từ 1 đến hết trong 1 lần gửi dữ liệu.		
3	MA_BN	Chuỗi	100	Mã số bệnh nhân quy định tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh.		
4	HO_TEN	Chuỗi	255	Họ và tên người bệnh.		
5	NGAY_SINH	Chuỗi	8	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).		Trường hợp là trẻ sơ sinh thì ghi chính xác ngày sinh của trẻ
6	GIOI_TINH	Số	1	Giới tính; Mã hóa (1: Nam; 2: Nữ; 3: Chưa xác định).		
7	DIA_CHI	Chuỗi	1024	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	Chuỗi	n	<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	Chuỗi	n	<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> <p>- 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 “;”</p> <p>- Trường hợp chưa có thẻ BHYT: Ghi mã đơn vị hành chính của tỉnh/TP + 000. Ví dụ: Hà Nội thì ghi là 01000</p>		
10	GT_THE_TU	Chuỗi	n	<p>Thời điểm thẻ có giá trị gồm 8 ký tự; 4 ký tự năm + 2 ký tự tháng + 2 ký tự ngày.</p> <p>- 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 “;”.</p> <p>- 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).</p>		
11	GT_THE_DEN	Chuỗi	n	<p>Thời điểm thẻ hết giá trị gồm 8 ký tự; 4 ký tự năm + 2 ký tự tháng + 2 ký tự ngày.</p> <p>- 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 “;”</p> <p>- 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).</p>	Đối với các thẻ do Bộ Công an, Bộ Quốc phòng quản lý cho phép đặt trường này bằng giá trị NULL.	
12	MIEN_CUNG_CT	Chuỗi	8	<p>- 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.</p> <p>Ví dụ: ngày 31/03/2017 được hiển thị là: 20170331</p> <p>- Nếu không có giấy xác nhận miễn cùng chi trả của cơ quan BHXH thì để trống.</p>		
13	TEN_BENH	Chuỗi	n	Ghi đầy đủ các chẩn đoán được ghi trong hồ sơ, bệnh án.		Ghi đầy đủ các tên bệnh được chẩn đoán trên hồ sơ bệnh án

14	MA_BENH	Chuỗi	15	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.	Ghi mã bệnh chính theo ICD-10 do Bộ Y tế ban hành. Xác định mã bệnh chính theo quy định của Bộ Y tế.
15	MA_BENHKHAC	Chuỗi	255	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 “;”		Ghi mã bệnh kèm theo theo ICD-10 do Bộ Y tế ban hành (nếu có). Trường hợp có nhiều mã thì được phân cách bằng dấu chấm phẩy “;”
16	MA_LYDO_VVIEN	Số	1	Mã hóa đối tượng đến khám BHYT (1: Đúng tuyến; 2: Cấp cứu; 3: Trái tuyến, 4: Thông tuyến).		
17	MA_NOI_DI	Chuỗi	5			Mã cơ sở KBCB nơi chuyển người bệnh nhân (Mã do Bộ Y tế hoặc Cục Quân y, Bộ Quốc phòng hoặc Cục Y tế, Bộ Công an hoặc Sở Y tế cấp). - Ví dụ: Người bệnh chuyển tuyến từ BV A sang BV B, tại BV A ghi: + MA_CSKCB: 05 ký tự mã CSKCB của BV A + MA_NOI_DI: để trống + MA_NOI_DEN: 05 ký tự mã CSKCB BV B - Ví dụ 2: BN chuyển tuyến từ BV A sang BV B, tại BV B ghi: + MA_NOI_DI: 05 ký tự mã CSKCB BV A + MA_CSKCB: 05 ký tự mã CSKCB của BV B + MA_NOI_DEN: để trống - Trường hợp người bệnh không chuyển tuyến thì để trống trường này
18	MA_NOI_DEN	Chuỗi	5			Mã cơ sở KBCB nơi chuyển người bệnh đến (Mã do Bộ Y tế hoặc Cục Quân y, Bộ Quốc phòng hoặc Cục Y tế, Bộ Công an hoặc Sở Y tế cấp). - Ví dụ: Người bệnh chuyển tuyến từ BV A sang BV B và tiếp tục chuyển sang BV C, tại BV B ghi: + MA_CSKCB: 05 ký tự mã CSKCB của BV B + MA_NOI_DI: 05 ký tự mã CSKCB của BV A + MA_NOI_DEN: 05 ký tự mã CSKCB BV C - Trường hợp người bệnh không chuyển tuyến thì để trống trường này
19	MA_TAI_NAN	Số	1	Tai nạn thương tích; Mã hóa tham chiếu bảng 8 của quyết định 4210/QĐ-BYT.		
20	NGAY_VAO	Chuỗi	12	- 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. Ví dụ: ngày 31/03/2017 15:20 được hiển thị là: 201703311520		

21	NGAY_RA	Chuỗi	12	<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. 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</p>		
22	SO_NGAY_DTRI	Số	3	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>	
23	KET_QUA_DTRI	Số	1	Kết quả điều trị; Mã hóa (1: Khỏi; 2: Đỡ; 3: Không thay đổi; 4: Nặng hơn; 5: Tử vong).		
24	TINH_TRANG_RV	Số	1	Tình trạng ra viện; Mã hóa (1: Ra viện; 2: Chuyển viện; 3: Trốn viện; 4: Xin ra viện).		
25	NGAY_TTOAN	Chuỗi	12	<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. 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 cổng 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 Cổng tiếp nhận hoặc bổ sung thông tin ngày thanh toán trực tiếp trên Cổng tiếp nhận.</p>		

26	T_THUOC	Số	15	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.		
27	T_VTYT	Số	15	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.		
28	T_TONGCHI	Số	15	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.		
29	T_BNTT	Số	15	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.		
30	T_BNCCT	Số	15	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.		
31	T_BHTT	Số	15	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.		
32	T_NGUONKHAC	Số	15	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.		



33	T_NGOAIDS	Số	15	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>Gồm các chi phí ngoài định suất và ngoài DRG, 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>* Chi phí ngoài định suất đối với KCB ngoại trú (bao gồm cả khám bệnh (mã loại KCB: 1), điều trị ngoại trú (mã loại KCB: 2), điều trị lưu tại TYT xã, PKĐKKV (mã loại KCB: 5), nhận thuốc theo hẹn (không khám bệnh) (mã loại KCB: 6)), bao gồm:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Chi phí KCB của các đối tượng có mã thẻ quân nhân (QN), công an (CA), cơ yếu (CY)</li> <li>- Chi phí vận chuyển người bệnh có thẻ BHYT</li> <li>- Toàn bộ chi phí của lần KCB BHYT có sử dụng dịch vụ kỹ thuật thận nhân tạo chu kỳ hoặc dịch vụ kỹ thuật lọc màng bụng hoặc dịch lọc màng bụng</li> <li>- Toàn bộ chi phí của lần KCB BHYT có sử dụng thuốc chống ung thư hoặc dịch vụ can thiệp điều trị ung thư đối với người bệnh được chẩn đoán bệnh ung thư gồm các mã từ C00 đến C97 và các mã từ D00 đến D09 thuộc bộ mã phân loại bệnh quốc tế lần thứ X (ICD-10),</li> <li>- Toàn bộ chi phí của lần KCB BHYT có sử dụng thuốc điều trị Hemophilia hoặc máu hoặc chế phẩm của máu đối với người bệnh được chẩn đoán bệnh Hemophilia gồm các mã D66, D67, D68 thuộc bộ mã ICD-10</li> <li>- Toàn bộ chi phí của lần KCB BHYT có sử dụng thuốc chống thải ghép đối với người bệnh ghép tạng</li> <li>- Toàn bộ chi phí của lần KCB BHYT có sử dụng thuốc điều trị viêm gan C của người bệnh bị bệnh viêm gan C</li> <li>- Toàn bộ chi phí của lần KCB BHYT có sử dụng thuốc kháng HIV hoặc dịch vụ xét nghiệm tải lượng HIV của người bệnh có thẻ BHYT được chẩn đoán bệnh HIV.</li> </ul> <p>* Chi phí ngoài DRG đối với KCB nội trú (bao gồm điều trị nội trú (mã loại KCB: 3), điều trị nội trú ban ngày (mã loại KCB: 4)), bao gồm chi phí các thuốc, VTYT thuộc danh mục chi phí ngoài DRG do Bộ Y tế ban hành</p>
34	NAM_QT	Số	4	Năm đề nghị cơ quan bảo hiểm xã hội thanh toán.	
35	THANG_QT	Số	2	Tháng đề nghị cơ quan bảo hiểm xã hội thanh toán.	
36	MA_LOAI_KCB	Số	1	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.	<p>Mã hóa hình thức khám bệnh, chữa bệnh (1: Khám bệnh; 2: Điều trị ngoại trú; 3: Điều trị nội trú; 4: Điều trị nội trú ban ngày; 5: Điều trị lưu tại TYT xã, PKĐKKV; 6: Nhận thuốc theo hẹn (không khám bệnh))</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Trường hợp điều trị ngoại trú các bệnh mãn tính dài ngày liên tục trong năm thì gửi file XML một tháng một lần</li> <li>- Trường hợp điều trị ngoại trú các bệnh khác thì chỉ gửi 01 file XML khi kết thúc đợt điều trị</li> </ul>

37	MA_KHOA	Chuỗi	15	Mã khoa, nếu bệnh nhân điều trị ở nhiều khoa thì ghi mã khoa thực hiện tổng kết hồ sơ bệnh án.		
38	MA_CSKCB	Chuỗi	5	Mã cơ sở khám bệnh, chữa bệnh nơi điều trị (Mã do cơ quan bảo hiểm xã hội cấp).		
39	MA_KHUVUC	Chuỗi	2	Ghi mã nơi sinh sống trên thẻ "K1 hoặc K2 hoặc K3".		
40	MA_PTTT_QT	Chuỗi	255	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 (;)		
41	CAN_NANG	Số	6	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.	Số kilogram (kg) cân nặng của người bệnh, biểu thị đầy đủ cả số thập phân, dấu thập phân là dấu chấm (.), ghi đến 2 chữ số sau dấu thập phân.



**Phụ lục 01**

**Bảng 2. Chỉ tiêu chi tiết thuốc thanh toán BHYT**

(Ban hành kèm theo Công văn số /BYT-BH ngày tháng năm 2021 của Bộ Y tế)

STT	Chỉ tiêu	Kiểu dữ liệu	Kích thước tối đa	Diễn giải theo Quyết định số 4210/QĐ-BYT	Hướng dẫn bổ sung theo Công văn số 7464/BYT-BH ngày 28/12/2017 của Bộ Y tế	Hướng dẫn bổ sung để thực hiện Thông tư 04/2021/TT-BYT
1	MA_LK	Chuỗi	100	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	Số	6	Từ 1 đến hết trong một lần gửi dữ liệu.		
3	MA_THUOC	Chuỗi	255	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mã hoạt chất theo quy định tại Bộ mã danh mục dùng chung do Bộ Y tế ban hành;</li> <li>- Trường hợp oxy: ghi mã 40.17;</li> <li>- Máu và chế phẩm của máu: Ghi theo mã danh mục dùng chung do Bộ Y tế ban hành.</li> <li>+ 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 "."</li> <li>+ 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 "."</li> <li>+ 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 "."</li> <li>- Chi phí vận chuyển máu: ghi VM.XXXXX, trong đó XXXXX là mã cơ sở khám chữa bệnh nơi cung cấp máu;</li> <li>- 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</li> </ul>		

4	MA_NHOM	Số	2	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	Chuỗi	1024	Tên thuốc ghi đúng theo tên được Cục Quản lý Dược hoặc Cục Quản lý Y, dược cổ truyền cấp số đăng ký.	
6	DON_VI_TINH	Chuỗi	50	- Đơn vị tính nhỏ nhất, ghi đúng theo đơn vị tính của thuốc được Cục Quản lý Dược hoặc Cục Quản lý Y, dược 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	Chuỗi	1024	Hàm lượng ghi đúng theo hàm lượng của thuốc được Cục Quản lý Dược hoặc Cục Quản lý Y, dược 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	Chuỗi	4	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	Chuỗi	255	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	Chuỗi	255	Số đăng ký của thuốc do Bộ Y tế hoặc Cục Quản lý Dược hoặc Cục Quản lý Y, dược 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.

11	TT_THAU	Chuỗi	25	<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.</p> <p>Trường này tạm thời không yêu cầu bắt buộc.</p>
12	PHAM_VI	Số	1	<p>Ghi mã phạm vi của thuốc, trong đó:</p> <p>(1): Thuốc trong phạm vi hưởng BHYT (trong danh mục thuốc do quỹ BHYT chi trả);</p> <p>(2): Thuốc ngoài phạm vi hưởng BHYT (ngoài danh mục thuốc do quỹ BHYT chi trả).</p>	
14	SO_LUONG	Số	3	<p>Số lượng thuốc thực tế sử dụng, làm tròn số đến 3 chữ số thập phân. Sử dụng dấu Chấm (".") để phân cách 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>.</p> <p>Ví dụ: 1 lọ insulin 1000 UI/lọ, bệnh nhân sử dụng 300 UI thì ghi số lượng = 300 UI</p>
15	DON_GIA	Số	10	<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.</p> <p>- 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	Số	15	<p>Tỷ lệ thanh toán BHYT đối với thuốc có quy định tỷ lệ (%); Biểu thị bằng số nguyên dương.</p> <p>Ví dụ: Tỷ lệ thanh toán của thuốc là 50% thì ghi là 50.</p> <p>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	Số	15	<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	Số	3	<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	Số	15	<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	15	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.	Bổ sung công thức tính T_BNTT: - Bước 1: Tạm tính các giá trị THANH_TIEN, T_BHTT, T_BNCCT, T_BNTT Bước 2: So sánh các giá trị + Nếu T_NGUONKHAC = 0 thì T_BNTT tính theo công thức: $T\_BNTT = THANH\_TIEN - T\_BHTT - T\_BNCCT$ + Nếu T_NGUONKHAC > 0 thì có 2 trường hợp: (i) T_NGUONKHAC < THANH_TIEN - T_BHTT - T_BNCCT thì T_BNTT tính theo công thức: $T\_BNTT = THANH\_TIEN - T\_BHTT - T\_BNCCT - T\_NGUONKHAC$ (ii) T_NGUONKHAC >= THANH_TIEN - T_BHTT - T_BNCCT thì T_BNTT = 0	
20	T_BHTT	Số	15	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. $T\_BHTT = (THANH\_TIEN - T\_BNTT - T\_NGUONKHAC) * MUC\_HUONG / 100 * TYLE\_TT / 100$	Điều chỉnh lại công thức tính T_BHTT: $T\_BHTT = THANH\_TIEN * MUC\_HUONG / 100 * TYLE\_TT / 100$	

21	T_BNCCT	Số	15	<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_BNTT</p> <p>Bước 2: So sánh các giá trị:</p> <p>+ Nếu T_NGUONKHAC = 0 thì</p> $T\_BNCCT = \frac{THANH\_TIEN * (100 - MUC\_HUONG)}{100 * T\_BNTT}$ <p>+ Nếu T_NGUONKHAC &gt; 0 thì có 3 trường hợp:</p> <p>(i) T_NGUONKHAC &lt; THANH_TIEN - T_BHTT - T_BNCCT thì</p> $T\_BNCCT = \frac{THANH\_TIEN * (100 - MUC\_HUONG)}{100 * T\_BNTT}$ <p>(ii) T_NGUONKHAC &gt;= THANH_TIEN - T_BHTT - T_BNCCT thì</p> $T\_BNCCT = \frac{THANH\_TIEN * (100 - MUC\_HUONG)}{100 * T\_BNTT} - (T\_NGUONKHAC - (THANH\_TIEN - T\_BHTT - T\_BNCCT))$ <p>(iii) T_NGUONKHAC &gt;= T_BNTT + T_BNCCT thì T_BNCCT = 0</p> <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> $T\_BNCCT = THANH\_TIEN - T\_NGUONKHAC - T\_BNTT - T\_BHTT$	
----	---------	----	----	--	--



22	T_NGOAIDS	Số	15	<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>		<p>Gồm các chi phí ngoài định suất và ngoài DRG, 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>* Chi phí ngoài định suất đối với KCB ngoại trú (bao gồm cả khám bệnh (mã loại KCB: 1), điều trị ngoại trú (mã loại KCB: 2), điều trị lưu tại TYT xã, PKĐKKV (mã loại KCB: 5), nhận thuốc theo hẹn (không khám bệnh) (mã loại KCB: 6)), bao gồm:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Chi phí KCB của các đối tượng có mã thẻ quân nhân (QN), công an (CA), cơ yếu (CY)</li> <li>- Chi phí vận chuyển người bệnh có thẻ BHYT</li> <li>- Toàn bộ chi phí của lần KCB BHYT có sử dụng dịch vụ kỹ thuật thận nhân tạo chu kỳ hoặc dịch vụ kỹ thuật lọc màng bụng hoặc dịch lọc màng bụng</li> <li>- Toàn bộ chi phí của lần KCB BHYT có sử dụng thuốc chống ung thư hoặc dịch vụ can thiệp điều trị ung thư đối với người bệnh được chẩn đoán bệnh ung thư gồm các mã từ C00 đến C97 và các mã từ D00 đến D09 thuộc bộ mã phân loại bệnh quốc tế lần thứ X (ICD-10),</li> <li>- Toàn bộ chi phí của lần KCB BHYT có sử dụng thuốc điều trị Hemophilia hoặc máu hoặc chế phẩm của máu đối với người bệnh được chẩn đoán bệnh Hemophilia gồm các mã D66, D67, D68 thuộc bộ mã ICD-10</li> <li>- Toàn bộ chi phí của lần KCB BHYT có sử dụng thuốc chống thải ghép đối với người bệnh ghép tạng</li> <li>- Toàn bộ chi phí của lần KCB BHYT có sử dụng thuốc điều trị viêm gan C của người bệnh bị bệnh viêm gan C</li> <li>- Toàn bộ chi phí của lần KCB BHYT có sử dụng thuốc kháng HIV hoặc dịch vụ xét nghiệm tải lượng HIV của người bệnh có thẻ BHYT được chẩn đoán bệnh HIV.</li> </ul> <p>* Chi phí ngoài DRG đối với KCB nội trú (bao gồm điều trị nội trú (mã loại KCB: 3), điều trị nội trú ban ngày (mã loại KCB: 4)), bao gồm chi phí các thuốc, VTYT</p>
23	MA_KHOA	Chuỗi	15	<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	Chuỗi	255	Mã bác sỹ khám và chỉ định (mã hóa theo số ghi trên Chứng chỉ hành nghề).	<p>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.</p> <p>- 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 "(...)"</p>
25	MA_BENH	Chuỗi	255	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 (;)	Ghi mã bệnh theo ICD-10 do Bộ Y tế ban hành.
26	NGAY_YL	Chuỗi	12	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	Số	1	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

**Phụ lục 01**

**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 tháng năm 2021 của Bộ Y tế)

ST T	Chỉ tiêu	Kiểu dữ liệu	Kích thước tối đa	Diễn giải theo Quyết định số 4210/QĐ-BYT	Hướng dẫn bổ sung theo Công văn số 7464/BYT-BH ngày 28/12/2017 của Bộ Y tế	Hướng dẫn bổ sung để thực hiện Thông tư 04/2021/TT-BYT
1	MA_LK	Chuỗi	100	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	Số	6	Từ 1 đến hết trong một lần gửi dữ liệu.		
3	MA_DICH_VU	Chuỗi	20	- Mã dịch vụ kỹ thuật thực hiện theo quy định tại Bộ mã danh mục dùng chung do Bộ Y tế ban hành; - Vận chuyển người bệnh: Ghi VC.XXXXX, trong đó XXXXX là mã cơ sở khám bệnh, chữa bệnh nơi người bệnh được chuyển đến. - Mã tiền giường theo hạng bệnh viện quy định tại Bộ mã danh mục dùng chung do Bộ Y tế ban hành.		
4	MA_VAT_TU	Chuỗi	255	- 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; - Các vật tư y tế sử dụng trong phẫu thuật, thủ thuật được thanh toán riêng: ghi mã phẫu thuật, thủ thuật vào trường <MA_DICH_VU> trước trường mã vật tư y tế <MA_VAT_TU>; - Các vật tư y tế không sử dụng trong phẫu thuật, thủ thuật: trường mã dịch vụ <MA_DICH_VU> để trống; - 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 (;).		
5	MA_NHOM	Số	2	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	Chuỗi	2	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	Chuỗi	1024	Tên vật tư y tế.		

8	TEN_DICH_VU	Chuỗi	1024	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	Chuỗi	50	Đơn vị tính		
10	PHAM_VI	Số	1	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	10	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 <b>3</b> 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	Số	15	- 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	Chuỗi	25	<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 BHXH).</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 BHXH.</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 BHXH. 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 BHXH. 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	Số	3	<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	Số	15	<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	Số	15	<p>Ghi mức thanh toán tối đa của vật tư y tế theo quy định của Bộ Y tế. Trường hợp vật tư y tế không có quy định mức thanh toán tối đa thì để trống.</p>		



17	MUC_HUONG	Số	3	<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	Số	15	<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	15	<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 T_BNTT:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Bước 1: Tạm tính các giá trị THANH_TIEN, T_BHTT, T_BNCCT, T_BNTT</li> <li>- Bước 2: So sánh các giá trị:</li> </ul> <p>+ Nếu T_NGUONKHAC = 0 thì T_BNTT tính theo công thức:</p> $T\_BNTT = THANH\_TIEN - T\_BHTT - T\_BNCCT$ <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:</p> $T\_BNTT = THANH\_TIEN - T\_BHTT - T\_BNCCT - T\_NGUONKHAC$ <p>(ii) T_NGUONKHAC &gt;= THANH_TIEN - T_BHTT - T_BNCCT thì T_BNTT = 0</p>	

20	T_BHTT	Số	15	<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> $T\_BHTT = (THANH\_TIEN - T\_BNNT - T\_NGUONKHAC) * MUC\_HUONG / 100 * TYLE\_TT / 100$	<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	Số	15	<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> $T\_BNCCT = THANH\_TIEN - T\_NGUONKHAC - T\_BNNT - T\_BHTT$	<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_BNNT</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_BNNT + T_BNCCT thì T_BNCCT = 0</p>	

22	T_NGOAIDS	Số	15	<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>		<p>Gồm các chi phí ngoài định suất và ngoài DRG, 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>* Chi phí ngoài định suất đối với KCB ngoại trú (bao gồm cả khám bệnh (mã loại KCB: 1), điều trị ngoại trú (mã loại KCB: 2), điều trị lưu tại TYT xã, PKĐKKV (mã loại KCB: 5), nhận thuốc theo hẹn (không khám bệnh) (mã loại KCB: 6)), bao gồm:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Chi phí KCB của các đối tượng có mã thẻ quân nhân (QN), công an (CA), cơ yếu (CY)</li> <li>- Chi phí vận chuyển người bệnh có thẻ BHYT</li> <li>- Toàn bộ chi phí của lần KCB BHYT có sử dụng dịch vụ kỹ thuật thận nhân tạo chu kỳ hoặc dịch vụ kỹ thuật lọc màng bụng hoặc dịch lọc màng bụng</li> <li>- Toàn bộ chi phí của lần KCB BHYT có sử dụng thuốc chống ung thư hoặc dịch vụ can thiệp điều trị ung thư đối với người bệnh được chẩn đoán bệnh ung thư gồm các mã từ C00 đến C97 và các mã từ D00 đến D09 thuộc bộ mã phân loại bệnh quốc tế lần thứ X (ICD-10),</li> <li>- Toàn bộ chi phí của lần KCB BHYT có sử dụng thuốc điều trị Hemophilia hoặc máu hoặc chế phẩm của máu đối với người bệnh được chẩn đoán bệnh Hemophilia gồm các mã D66, D67, D68 thuộc bộ mã ICD-10</li> <li>- Toàn bộ chi phí của lần KCB BHYT có sử dụng thuốc chống thải ghép đối với người bệnh ghép tạng</li> <li>- Toàn bộ chi phí của lần KCB BHYT có sử dụng thuốc điều trị viêm gan C của người bệnh bị bệnh viêm gan C</li> <li>- Toàn bộ chi phí của lần KCB BHYT có sử dụng thuốc kháng HIV hoặc dịch vụ xét nghiệm tải lượng HIV của người bệnh có thẻ BHYT được chẩn đoán bệnh HIV.</li> </ul> <p>* Chi phí ngoài DRG đối với KCB nội trú (bao gồm điều trị nội trú (mã loại KCB: 3), điều trị nội trú ban ngày (mã loại KCB: 4)), bao gồm chi phí các thuốc, VTYT thuộc danh mục chi phí ngoài DRG do Bộ Y tế ban hành</p>
23	MA_KHOA	Chuỗi	15	<p>Mã khoa nơi phát sinh dịch vụ (tham chiếu phụ lục Bảng 7 của quyết định 4210/QĐ-BYT).</p>		

24	MA_GIUONG	Chuỗi	50	<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>- Tăng 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	Chuỗi	255	<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	Chuỗi	255	<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>		<p>Ghi mã bệnh theo ICD-10 do Bộ Y tế ban hành.</p>

27	NGAY_YL	Chuỗi	12	<p>Ngày thực hiện y lệnh (gồm 12 ký tự, theo cấu trúc: yyyymmddHHmm = 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	Chuỗi	12	<p>Ngày có kết quả (gồm 12 ký tự, theo cấu trúc: yyyymmddHHmm = 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	Số	1	Mã phương thức thanh toán (0: Phí dịch vụ; 1: định suất; 2: ngoài định suất; 3: DRG)		

**Ghi chú:**

- Trường hợp dịch vụ kỹ thuật có sử dụng vật tư y tế kèm theo: ghi mã dịch vụ kỹ thuật tại chỉ tiêu thứ 3 (MA\_DICH\_VU), ghi mã vật tư y tế tại chỉ tiêu thứ 4 (MA\_VAT\_TU)

- Chỉ tiêu số thứ tự **27** (NGAY\_YL):

+ Riêng ngày giường bệnh, yêu cầu tất cả các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh phải thực hiện ngay việc ghi ngày y lệnh theo ngày bắt đầu sử dụng hoặc ngày thay đổi loại giường, giá giường, nằm ghép, chuyển giữa các khoa.

+ Đối với vật tư y tế: Ghi ngày thực hiện phẫu thuật, thủ thuật, can thiệp có sử dụng vật tư y tế để xác định mức trần thanh toán vật tư y tế cho một lần sử dụng dịch vụ kỹ thuật (vật tư y tế chưa có trong cơ cấu giá dịch vụ kỹ thuật).

- Ký hiệu (\*) là dấu nhân

## PHỤ LỤC 02

**Hướng dẫn bổ sung ghi bảng kê chi phí khám bệnh, chữa bệnh ban hành kèm theo Quyết định số 6556/QĐ-BYT ngày 30/10/2018 của Bộ trưởng Bộ Y tế**  
(Ban hành kèm theo Công văn số /BYT-BH ngày /6/2021 của Bộ Y tế)

Tại Mục “Tổng chi phí lần khám bệnh/cả đợt điều trị” (Phần dưới cùng của Mục II. Phần chi phí khám bệnh, chữa bệnh trong Mẫu bảng kê chi phí khám bệnh, chữa bệnh ban hành kèm theo Quyết định số 6556/QĐ-BYT ngày 30/10/2018 của Bộ trưởng Bộ Y tế, dòng “ - **Quỹ BHYT thanh toán:...**”, các cơ sở KBCB ghi như sau:

1. Đối với trường hợp khám bệnh ngoại trú (bao gồm cả khám bệnh (mã loại KCB: 1), điều trị ngoại trú (mã loại KCB: 2), điều trị lưu tại TYT xã, PKĐKKV (mã loại KCB: 5), nhận thuốc theo hẹn (không khám bệnh) (mã loại KCB: 6)):

+ Quỹ BHYT thanh toán theo giá dịch vụ y tế:...đồng

+ Quỹ BHYT thanh toán theo định suất: Thanh toán vào cuối kỳ (cuối quý).

2. Đối với trường hợp điều trị nội trú (bao gồm điều trị nội trú (mã loại KCB: 3), điều trị nội trú ban ngày (mã loại KCB: 4)):

+ Quỹ BHYT thanh toán theo giá dịch vụ y tế:...đồng

+ Quỹ BHYT thanh toán theo DRG: Thanh toán vào cuối kỳ (cuối quý).

Ngoài hướng dẫn bổ sung tạm thời nêu trên, các mục còn lại cơ sở KBCB thực hiện theo đúng quy định tại Quyết định số 6556/QĐ-BYT ngày 30/10/2018 của Bộ trưởng Bộ Y tế cho đến khi có hướng dẫn mới./.