

BỘ TÀI CHÍNH

Số: 12/2026/TT-BTC

CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM

Độc lập - Tự do - Hạnh phúc

Hà Nội, ngày 10 tháng 02 năm 2026

THÔNG TƯ

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 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 Luật Khám bệnh, chữa bệnh số 15/2023/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 Nghị định số 96/2023/NĐ-CP ngày 30 tháng 12 năm 2023 của Chính phủ quy định chi tiết một số điều của Luật Khám bệnh, chữa bệnh;

Căn cứ Nghị định số 233/2025/NĐ-CP ngày 26 tháng 8 năm 2025 của Chính phủ quy định cơ chế tài chính về bảo hiểm xã hội, bảo hiểm thất nghiệp, bảo hiểm y tế, chi tổ chức và hoạt động bảo hiểm xã hội, bảo hiểm thất nghiệp, bảo hiểm y tế;

Căn cứ Nghị định số 29/2025/NĐ-CP ngày 24 tháng 02 năm 2025 của Chính phủ quy định chức năng, nhiệm vụ, quyền hạn và cơ cấu tổ chức của Bộ Tài chính được sửa đổi, bổ sung bởi Nghị định số 166/2025/NĐ-CP ngày 30 tháng 6 năm 2025;

Theo đề nghị của Giám đốc Bảo hiểm xã hội Việt Nam;

Bộ trưởng Bộ Tài chính ban hành Thông tư 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.

Chương I

QUY ĐỊNH CHUNG

Điều 1. Phạm vi điều chỉnh và đối tượng áp dụng

1. Phạm vi điều chỉnh

Thông tư này quy định về:

a) Trình tự, thủ tục giám định chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế, biểu mẫu tổng hợp thanh toán, quyết toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế quy định tại điểm d khoản 2 Điều 71 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;

b) Biện pháp thực hiện thanh toán, quyết toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế.

2. Đối tượng áp dụng

a) Cơ quan bảo hiểm xã hội bao gồm: Bảo hiểm xã hội Việt Nam, Bảo hiểm xã hội tỉnh, thành phố trực thuộc Trung ương, Bảo hiểm xã hội cơ sở;

b) Cơ sở khám bệnh, chữa bệnh có ký hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế với cơ quan bảo hiểm xã hội;

c) Các cơ quan, tổ chức và cá nhân khác có liên quan đến khám bệnh, chữa bệnh và thanh toán bảo hiểm y tế.

Điều 2. Cổng tiếp nhận dữ liệu

1. Cổng tiếp nhận dữ liệu thuộc Hệ thống thông tin giám định bảo hiểm y tế của Bảo hiểm xã hội Việt Nam quy định tại điểm c khoản 1 Điều 71 Nghị định số 188/2025/NĐ-CP tại địa chỉ <https://gdbhyt.baohiemxahoi.gov.vn> (sau đây gọi là Cổng tiếp nhận dữ liệu).

2. Các tài liệu, dữ liệu khám bệnh, chữa bệnh điện tử đề nghị thanh toán bảo hiểm y tế gửi đến Cổng tiếp nhận dữ liệu phải được ký số, xác thực theo quy định của pháp luật về giao dịch điện tử.

3. Việc gửi dữ liệu, tài liệu, thông báo, phản hồi giữa cơ quan bảo hiểm xã hội và cơ sở khám bệnh, chữa bệnh quy định tại Thông tư này được thực hiện trên Cổng tiếp nhận dữ liệu; thời điểm gửi đến hoặc gửi đi được hiển thị trên Cổng tiếp nhận dữ liệu.

4. Bảo hiểm xã hội Việt Nam có trách nhiệm thông báo thời gian bảo trì Cổng tiếp nhận dữ liệu tối thiểu 12 giờ trước thời điểm thực hiện; thông báo thời điểm có sự cố và thời điểm hoạt động trở lại của Cổng tiếp nhận dữ liệu chậm nhất 01 giờ kể từ thời điểm sự cố được khắc phục và hiển thị lịch sử thông báo công khai trên Cổng tiếp nhận dữ liệu. Thời hạn gửi hồ sơ và thực hiện các giao dịch được gia hạn tương ứng với thời gian Cổng tiếp nhận dữ liệu ngừng hoạt động.

Điều 3. Tạo lập tài khoản trên Cổng tiếp nhận dữ liệu

1. Mỗi cơ sở khám bệnh, chữa bệnh được cấp 01 tài khoản quản trị ngay sau khi ký hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế (sau đây gọi là hợp đồng) lần đầu. Cơ sở khám bệnh, chữa

bệnh khai báo các trường thông tin trên Cổng tiếp nhận dữ liệu theo Mẫu số 08/BH Phụ lục I ban hành kèm theo Thông tư này khi đề nghị tạo lập tài khoản quản trị.

2. Trong thời hạn 01 ngày làm việc kể từ ngày nhận được yêu cầu tạo lập tài khoản, cơ quan bảo hiểm xã hội thực hiện đối chiếu thông tin do cơ sở khám bệnh, chữa bệnh cung cấp với hồ sơ ký hợp đồng, gửi thông tin xác thực hoặc thông báo thông tin sai lệch cần điều chỉnh cho cơ sở khám bệnh, chữa bệnh qua địa chỉ thư điện tử đã cung cấp.

3. Cơ sở khám bệnh, chữa bệnh nhập thông tin xác thực để kích hoạt tài khoản quản trị trên Cổng tiếp nhận dữ liệu; sử dụng tài khoản quản trị để tạo lập các tài khoản giao dịch thực hiện các quy định tại Thông tư này hoặc để thay đổi phân quyền, hủy quyền truy cập Cổng tiếp nhận dữ liệu của tài khoản giao dịch.

4. Cơ sở khám bệnh, chữa bệnh đề nghị thay đổi hoặc khôi phục tài khoản quản trị thực hiện khai báo các trường thông tin cần thay đổi theo quy định tại khoản 1 Điều này và kích hoạt tài khoản quản trị khi nhận được thông tin xác thực của cơ quan bảo hiểm xã hội.

Điều 4. Tra cứu thông tin thẻ bảo hiểm y tế và lịch sử khám bệnh, chữa bệnh

1. Cơ sở khám bệnh, chữa bệnh sử dụng tài khoản được phân quyền tra cứu thông tin thẻ bảo hiểm y tế hoặc tài khoản được phân quyền tra cứu lịch sử khám bệnh, chữa bệnh ngay khi người bệnh đến khám bệnh, trong quá trình điều trị hoặc khi kết thúc lần khám bệnh, chữa bệnh theo quy định tại khoản 2 Điều 21, điểm b khoản 1 Điều 37, khoản 2 Điều 38 và điểm a khoản 1 Điều 50 Nghị định số 188/2025/NĐ-CP.

2. Cổng tiếp nhận dữ liệu gửi phản hồi tự động các thông tin của thẻ bảo hiểm y tế và thông tin số tiền cùng chi trả lũy kế trong năm tài chính của người bệnh quy định tại khoản 1 Điều 10 và điểm b khoản 2 Điều 18 Nghị định số 188/2025/NĐ-CP; các trường hợp thẻ bảo hiểm y tế bị thu hồi, tạm giữ hoặc tạm khóa giá trị sử dụng quy định tại khoản 5 Điều 12 Nghị định số 188/2025/NĐ-CP; hiển thị lịch sử khám bệnh, chữa bệnh của người bệnh theo quy định tại điểm a khoản 2 Điều 6 Thông tư số 48/2017/TT-BYT ngày 28 tháng 12 năm 2017 của Bộ trưởng Bộ Y tế quy định trích chuyển dữ liệu điện tử trong quản lý và thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế.

Chương II

BIỂU MẪU THANH TOÁN, QUYẾT TOÁN CHI PHÍ KHÁM BỆNH, CHỮA BỆNH BẢO HIỂM Y TẾ

Điều 5. Biểu mẫu đề nghị thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế

1. Biểu mẫu đề nghị thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế được lập dưới dạng dữ liệu điện tử (sau đây gọi là hồ sơ đề nghị thanh toán) bao gồm:

a) Bảng kê đề nghị thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế (sau đây gọi là Bảng kê chi tiết) được lập theo chuẩn và định dạng dữ liệu do Bộ trưởng Bộ Y tế quy định tại Quyết

định số 130/QĐ-BYT ngày 18 tháng 01 năm 2023 quy định chuẩn và định dạng dữ liệu đầu ra phục vụ việc quản lý, giám định, thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh và giải quyết các chế độ liên quan được sửa đổi, bổ sung bởi Quyết định số 4750/QĐ-BYT ngày 29 tháng 12 năm 2023 và Quyết định số 3176/QĐ-BYT ngày 29 tháng 10 năm 2024;

b) Bảng tổng hợp đề nghị thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế (sau đây gọi là Bảng tổng hợp) được lập hằng tháng theo chuẩn và định dạng dữ liệu theo Mẫu số 01/BH Phụ lục I ban hành kèm theo Thông tư này;

c) Báo cáo quyết toán chi khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế (sau đây gọi là Báo cáo quyết toán) được lập hằng quý theo Mẫu số 02/BH Phụ lục I ban hành kèm theo Thông tư này.

2. Hồ sơ đề nghị thanh toán do cơ sở khám bệnh, chữa bệnh lập, gửi cơ quan bảo hiểm xã hội nơi ký hợp đồng qua Cổng tiếp nhận dữ liệu. Cơ sở khám bệnh, chữa bệnh chịu trách nhiệm trước pháp luật về tính trung thực, chính xác, khớp đúng thông tin giữa Bảng kê chi tiết, Bảng tổng hợp và Báo cáo quyết toán với hồ sơ bệnh án của người bệnh.

Điều 6. Biểu mẫu tổng hợp thanh toán, quyết toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế

Biểu mẫu tổng hợp thanh toán, quyết toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế do cơ quan bảo hiểm xã hội lập dưới dạng điện tử, ký số xác thực gửi cơ sở khám bệnh, chữa bệnh qua Cổng tiếp nhận dữ liệu, bao gồm:

1. Biên bản giám định chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế theo Mẫu số 03/BH Phụ lục I ban hành kèm theo Thông tư này (sau đây gọi là Biên bản giám định).

2. Thông báo kết quả giám định chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế theo Mẫu số 05/BH Phụ lục I ban hành kèm theo Thông tư này (sau đây gọi là Thông báo kết quả giám định).

3. Biên bản quyết toán, thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế theo Mẫu số 06/BH Phụ lục I ban hành kèm theo Thông tư này (sau đây gọi là Biên bản quyết toán).

Chương III

TRÌNH TỰ, THỦ TỤC GIÁM ĐỊNH CHI PHÍ KHÁM BỆNH, CHỮA BỆNH BẢO HIỂM Y TẾ

Điều 7. Tạo lập danh mục sử dụng trong liên thông dữ liệu khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế

1. Danh mục sử dụng trong liên thông dữ liệu khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế áp dụng tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh (sau đây gọi là danh mục sử dụng trong liên thông dữ liệu) được tạo lập như sau:

a) Mã hóa theo quy định của Bộ trưởng Bộ Y tế tại Quyết định số 7603/QĐ-BYT ngày 25 tháng 12 năm 2018 về việc ban hành bộ mã danh mục dùng chung áp dụng trong quản lý khám bệnh, chữa bệnh và thanh toán bảo hiểm y tế (phiên bản số 6) được sửa đổi, bổ sung bởi Quyết định số 4905/QĐ-BYT ngày 21 tháng 10 năm 2019, Quyết định số 5937/QĐ-BYT ngày 30 tháng 12 năm 2021, Quyết định số 824/QĐ-BYT ngày 15 tháng 02 năm 2023, Quyết định số 2010/QĐ-BYT ngày 19 tháng 6 năm 2025 và Quyết định số 3276/QĐ-BYT ngày 17 tháng 10 năm 2025;

b) Chuẩn và định dạng dữ liệu theo quy định tại Phụ lục II ban hành kèm theo Thông tư này.

2. Sau khi ký hợp đồng lần đầu, cơ sở khám bệnh, chữa bệnh lập danh mục quy định tại khoản 1 Điều này, ký số xác thực dữ liệu gửi cơ quan bảo hiểm xã hội qua Cổng tiếp nhận dữ liệu, đảm bảo khớp đúng với hồ sơ ký hợp đồng.

3. Trường hợp cơ sở khám bệnh, chữa bệnh gửi danh mục sử dụng trong liên thông dữ liệu đúng quy định tại khoản 1 Điều này và cung cấp đủ tài liệu liên quan đến việc sử dụng danh mục thuốc, thiết bị y tế, dịch vụ khám bệnh, chữa bệnh tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh, thời điểm áp dụng danh mục từ ngày hợp đồng có hiệu lực. Riêng thời điểm áp dụng danh mục thuốc, thiết bị y tế 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 ngày 04 tháng 8 năm 2025 của Chính phủ quy định chi tiết một số điều và biện pháp thi hành Luật Đấu thầu về lựa chọn nhà thầu.

4. Trường hợp cơ sở khám bệnh, chữa bệnh gửi danh mục chưa đúng quy định tại khoản 1 Điều này hoặc chưa cung cấp đủ tài liệu liên quan, cơ quan bảo hiểm xã hội thông báo cho cơ sở khám bệnh, chữa bệnh các thông tin danh mục cần điều chỉnh, tài liệu cần cung cấp bổ sung; thời điểm áp dụng đối với các danh mục đủ tài liệu theo quy định tại khoản 3 Điều này.

Điều 8. Cập nhật, điều chỉnh danh mục sử dụng trong liên thông dữ liệu khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế

1. Cơ sở khám bệnh, chữa bệnh gửi thông tin đề nghị cập nhật, điều chỉnh danh mục sử dụng trong liên thông dữ liệu đến Cổng tiếp nhận dữ liệu, đồng thời gửi văn bản thông báo và các tài liệu kèm theo cho cơ quan bảo hiểm xã hội trong các trường hợp ký phụ lục hợp đồng và thông báo thông tin thay đổi trong thực hiện hợp đồng theo quy định tại khoản 2 và khoản 3 Điều 24 Nghị định số 188/2025/NĐ-CP. Trường hợp cơ sở khám bệnh, chữa bệnh mua sắm thuốc, thiết bị y tế 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 nhưng chưa có văn bản thông báo cho cơ quan bảo hiểm xã hội, cơ sở khám bệnh, chữa bệnh ghi rõ các trường hợp đã sử dụng thuốc, thiết bị y tế trong văn bản gửi cơ quan bảo hiểm xã hội.

2. Trong thời hạn tối đa không quá 05 ngày làm việc kể từ ngày nhận được đề nghị cập nhật, điều chỉnh danh mục sử dụng trong liên thông dữ liệu của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh, cơ quan bảo hiểm xã hội thực hiện như sau:

a) Trường hợp danh mục đề nghị cập nhật, điều chỉnh đúng quy định tại khoản 1 Điều 7 Thông tư này và đủ tài liệu để chứng minh, cơ quan bảo hiểm xã hội áp dụng danh mục kể từ ngày nhận

được văn bản thông báo của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh hoặc ngày cơ sở khám bệnh, chữa bệnh đề nghị nếu thời điểm đề nghị áp dụng sau ngày gửi văn bản thông báo. Riêng thuốc, thiết bị y tế mua sắm để cấp cứu người bệnh trong tình trạng cấp cứu theo quy định tại khoản 1 Điều này, thời điểm áp dụng theo ngày ghi trên hóa đơn của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh;

b) Trường hợp danh mục đề nghị cập nhật, điều chỉnh gửi không đúng quy định tại khoản 1 Điều 7 Thông tư này hoặc không đầy đủ tài liệu, cơ quan bảo hiểm xã hội phản hồi qua Cổng tiếp nhận dữ liệu cho cơ sở khám bệnh, chữa bệnh và nêu rõ lý do, căn cứ không áp dụng.

3. Trong thời hạn tối đa không quá 15 ngày kể từ ngày nhận được phản hồi của cơ quan bảo hiểm xã hội về việc không thống nhất cập nhật, điều chỉnh danh mục theo quy định tại điểm b khoản 2 Điều này, cơ sở khám bệnh, chữa bệnh gửi lại danh mục và bổ sung tài liệu chứng minh việc thay đổi (nếu có).

4. Trong thời hạn tối đa không quá 05 ngày làm việc kể từ ngày nhận được danh mục và tài liệu của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh chứng minh việc thay đổi, cơ quan bảo hiểm xã hội thực hiện theo quy định tại khoản 2 Điều này.

5. Trường hợp phát hiện danh mục trên Cổng tiếp nhận dữ liệu có nội dung sai lệch so với danh mục dùng chung đã được Bộ trưởng Bộ Y tế ban hành hoặc không đúng với văn bản được cấp có thẩm quyền phê duyệt, cơ quan bảo hiểm xã hội và cơ sở khám bệnh, chữa bệnh phối hợp thực hiện điều chỉnh hoặc hủy áp dụng thông tin trong danh mục trong thời hạn 05 ngày làm việc kể từ ngày nhận được văn bản thông báo của bên phát hiện. Thời điểm điều chỉnh hoặc hủy áp dụng thông tin kể từ ngày tạo lập danh mục hoặc cập nhật, điều chỉnh thông tin danh mục trên Cổng tiếp nhận dữ liệu.

Điều 9. Gửi và tiếp nhận hồ sơ đề nghị thanh toán

1. Cơ sở khám bệnh, chữa bệnh gửi Bảng kê chi tiết theo thời hạn quy định tại Điều 7 hoặc Điều 8 Thông tư số 48/2017/TT-BYT; Bảng tổng hợp trong thời hạn 15 ngày đầu mỗi tháng và Báo cáo quyết toán quý trước trong thời hạn 15 ngày đầu mỗi quý theo quy định tại điểm a khoản 2 Điều 32 Luật Bảo hiểm y tế. Hồ sơ đề nghị thanh toán được ký số xác thực theo quy định tại điểm c khoản 2 Điều 35 và khoản 9 Điều 69 Nghị định số 188/2025/NĐ-CP.

2. Cổng tiếp nhận dữ liệu gửi phản hồi tự động hồ sơ đề nghị thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế như sau:

a) Chậm nhất 06 giờ kể từ thời điểm nhận được hồ sơ đề nghị thanh toán không gửi đúng thời hạn quy định tại khoản 1 Điều này;

b) Chậm nhất 24 giờ kể từ thời điểm nhận được hồ sơ đề nghị thanh toán sai cấu trúc hoặc định dạng dữ liệu và ghi rõ lỗi sai của từng trường thông tin;

c) Chậm nhất 48 giờ kể từ thời điểm nhận được Bảng tổng hợp có sai lệch với Bảng kê chi tiết hoặc chậm nhất 48 giờ kể từ thời điểm nhận được Báo cáo quyết toán không khớp với Bảng tổng hợp.

3. Trong thời hạn 02 ngày làm việc kể từ ngày nhận được phản hồi từ Công tiếp nhận dữ liệu đối với hồ sơ quy định tại điểm b hoặc điểm c khoản 2 Điều này, trường hợp phát hiện các sai sót, cơ sở khám bệnh, chữa bệnh gửi Bảng kê chi tiết, Bảng tổng hợp hoặc Báo cáo quyết toán điều chỉnh kèm theo văn bản ghi rõ thông tin số liệu sửa chữa, điều chỉnh gửi cơ quan bảo hiểm xã hội.

4. Cơ sở khám bệnh, chữa bệnh ký hợp đồng theo quy định tại điểm b khoản 1 Điều 23 Nghị định số 188/2025/NĐ-CP gửi Bảng tổng hợp, Báo cáo quyết toán của các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh có tên trong hợp đồng theo quy định tại Điều này.

5. Hồ sơ đề nghị thanh toán thuộc trường hợp bảo vệ bí mật nhà nước do cơ sở khám bệnh, chữa bệnh lập, gửi cơ quan bảo hiểm xã hội theo đúng quy định pháp luật về bảo vệ bí mật nhà nước.

Điều 10. Trình tự giám định chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế theo phương thức tự động

Giám định chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế theo phương thức tự động do Hệ thống thông tin giám định bảo hiểm y tế của Bảo hiểm xã hội Việt Nam xử lý hồ sơ đề nghị thanh toán theo các nội dung quy định tại khoản 1 Điều này, cảnh báo gia tăng chi khám bệnh, chữa bệnh bình quân quy định tại Điều 13 Thông tư này.

1. Các nội dung rà soát hồ sơ đề nghị thanh toán bao gồm:

a) Thông tin thẻ bảo hiểm y tế;

b) Mức hưởng và quyền lợi hưởng của người bệnh bảo hiểm y tế;

c) Phạm vi thanh toán đối với thuốc, thiết bị y tế, dịch vụ khám bệnh, chữa bệnh theo danh mục sử dụng tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh;

d) Mức thanh toán chi phí thuốc, máu và chế phẩm máu, thiết bị y tế, dịch vụ kỹ thuật, khám bệnh, ngày giường, vận chuyển người bệnh;

đ) Chi phí thuốc, thiết bị y tế, dịch vụ khám bệnh, chữa bệnh có quy định tỷ lệ, điều kiện thanh toán;

e) Phạm vi hoạt động chuyên môn, thời gian khám bệnh, chữa bệnh của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh;

g) Phạm vi hành nghề, thời gian làm việc của người hành nghề;

h) Thời gian giữa các lần khám bệnh, chữa bệnh của một người bệnh;

i) Cung cấp dịch vụ khám bệnh, chữa bệnh hợp lý theo tiêu chuẩn, tiêu chí được Bộ trưởng Bộ Y tế ban hành theo quy định tại khoản 3 Điều 6 Luật Bảo hiểm y tế;

k) Số liệu thống nhất trên Bảng kê chi tiết;

m) Số lượng thuốc, thiết bị y tế sử dụng theo số lượng được mua sắm theo quy định của pháp luật về đấu thầu hoặc được điều chuyển theo quy định tại Điều 43 Nghị định số 188/2025/NĐ-CP.

2. Trong thời hạn 07 ngày làm việc kể từ ngày tiếp nhận hồ sơ đề nghị thanh toán, kết quả giám định bằng phương thức tự động được gửi cho cơ sở khám bệnh, chữa bệnh trên Cổng tiếp nhận dữ liệu như sau:

a) Hồ sơ đề nghị thanh toán đúng quy định của pháp luật đối với các nội dung tại khoản 1 Điều này;

b) Bảng kê chi tiết có chi phí từ chối thanh toán do không đúng quy định của pháp luật đối với nội dung tại khoản 1 Điều này;

c) Bảng kê chi tiết có nội dung quy định tại điểm đ hoặc điểm i khoản 1 Điều này nhưng không đủ thông tin để xác định chi phí khám bệnh, chữa bệnh đủ điều kiện thanh toán.

3. Trong thời hạn 03 ngày làm việc kể từ ngày nhận được phản hồi từ Cổng tiếp nhận dữ liệu, cơ sở khám bệnh, chữa bệnh có trách nhiệm rà soát, cung cấp, bổ sung tài liệu, dữ liệu như sau:

a) Văn bản kèm theo tài liệu chứng minh đủ điều kiện thanh toán đối với nội dung quy định tại điểm b, điểm c khoản 2 Điều này hoặc bản sao nội dung trong hồ sơ bệnh án khi cơ sở khám bệnh, chữa bệnh phát hiện Bảng kê chi tiết không khớp đúng hồ sơ bệnh án;

b) Bảng kê chi tiết điều chỉnh được lập theo Mẫu số 09/BH Phụ lục I ban hành kèm theo Thông tư này đối với nội dung quy định tại điểm b hoặc điểm c khoản 2 Điều này.

4. Hệ thống thông tin giám định bảo hiểm y tế xử lý dữ liệu quy định tại điểm b khoản 3 Điều này; từ chối thanh toán đối với trường hợp đã điều chỉnh nhưng không đúng quy định của pháp luật đối với nội dung tại khoản 1 Điều này.

Điều 11. Trình tự giám định chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế theo phương thức chủ động

Giám định chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế theo phương thức chủ động do cơ quan bảo hiểm xã hội thực hiện rà soát, đối chiếu quy định của pháp luật về bảo hiểm y tế với hồ sơ, tài liệu liên quan đến chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế đề nghị thanh toán của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh, bao gồm:

1. Hồ sơ ký hợp đồng với điều kiện thực tế tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh lần đầu ký hợp đồng trong kỳ giám định chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế gần nhất, ghi nhận kết quả theo Mẫu số 07/BH Phụ lục I ban hành kèm theo Thông tư này. Trường hợp cơ sở khám bệnh, chữa bệnh không bảo đảm một trong các điều kiện theo quy định tại Điều 22 Nghị định số 188/2025/NĐ-CP hoặc nội dung hồ sơ ký hợp đồng theo quy định tại Điều 26 Nghị định số

188/2025/NĐ-CP và phát sinh các chi phí khám bệnh, chữa bệnh đề nghị thanh toán bảo hiểm y tế không đúng quy định, chậm nhất trong thời hạn 02 ngày làm việc kể từ ngày thực hiện việc đối chiếu hồ sơ ký hợp đồng, cơ quan bảo hiểm xã hội thực hiện theo quy định tại Điều 51 Nghị định số 188/2025/NĐ-CP và có văn bản kiến nghị cơ quan có thẩm quyền xem xét, xử lý theo quy định của pháp luật.

2. Bảng kê chi tiết đã điều chỉnh theo quy định tại điểm b khoản 3 Điều 10 Thông tư này với tài liệu cơ sở khám bệnh, chữa bệnh cung cấp theo quy định tại điểm a khoản 3 Điều 10 Thông tư này. Từ chối thanh toán trong trường hợp cơ sở khám bệnh, chữa bệnh không cung cấp tài liệu hoặc tài liệu cung cấp không có căn cứ để thanh toán.

3. Hồ sơ bệnh án, tài liệu liên quan đến thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế và văn bản thuyết minh kết quả rà soát, kiểm tra các chi phí khám bệnh, chữa bệnh tăng cao theo quy định tại điểm đ khoản 2 Điều 35 Nghị định số 188/2025/NĐ-CP.

a) Cơ quan bảo hiểm xã hội phân tích dữ liệu khám bệnh, chữa bệnh và đánh giá mức độ cảnh báo, thông báo cho cơ sở khám bệnh, chữa bệnh số lượng hồ sơ và nội dung đề nghị cơ sở khám bệnh, chữa bệnh tự rà soát hằng tháng. Xác định nội dung, số lượng hồ sơ cần giám định trực tiếp trong kỳ và gửi văn bản thông báo cho cơ sở khám bệnh, chữa bệnh thời gian làm việc, người thực hiện, các tài liệu, hồ sơ đề nghị cung cấp tối thiểu 03 ngày làm việc trước khi thực hiện.

Trong thời hạn 03 ngày làm việc kể từ ngày nhận được yêu cầu của cơ quan bảo hiểm xã hội, cơ sở khám bệnh, chữa bệnh có trách nhiệm cung cấp đầy đủ hồ sơ, tài liệu theo yêu cầu, cử người có thẩm quyền làm việc với cơ quan bảo hiểm xã hội;

b) Đối chiếu các nội dung cần giám định trực tiếp quy định tại điểm a khoản này với hồ sơ bệnh án, tài liệu do cơ sở khám bệnh, chữa bệnh cung cấp, từ chối thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế theo quy định tại khoản 1 và khoản 2 Điều 51 Nghị định số 188/2025/NĐ-CP;

c) Cơ quan bảo hiểm xã hội và cơ sở khám bệnh, chữa bệnh lập Biên bản làm việc để ghi nhận nội dung các lần làm việc trực tiếp với cơ sở khám bệnh, chữa bệnh theo Mẫu số 04/BH Phụ lục I ban hành kèm theo Thông tư này.

Điều 12. Lập Biên bản giám định và thông báo kết quả giám định chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế

1. Trong thời hạn 03 ngày làm việc kể từ ngày kết thúc giám định chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế trong quý, cơ quan bảo hiểm xã hội lập Biên bản giám định gửi cơ sở khám bệnh, chữa bệnh qua Cổng tiếp nhận dữ liệu. Biên bản giám định có đầy đủ nội dung quy định tại điểm a và điểm c khoản 2 Điều 9, khoản 3 và khoản 4 Điều 10, khoản 2 và điểm b khoản 3 Điều 11 và khoản 3 Điều 13 Thông tư này, chi phí đề nghị thanh toán, từ chối thanh toán theo quy định tại khoản 1, khoản 2 Điều 51 Nghị định số 188/2025/NĐ-CP.

2. Trong thời hạn 02 ngày làm việc kể từ ngày nhận được Biên bản giám định từ cơ quan bảo hiểm xã hội, cơ sở khám bệnh, chữa bệnh ký, gửi lại cơ quan bảo hiểm xã hội qua Công tiếp nhận dữ liệu. Trường hợp không thống nhất với nội dung từ chối thanh toán, cơ sở khám bệnh, chữa bệnh ghi rõ căn cứ pháp lý đề nghị thanh toán hoặc ý kiến đề nghị cấp có thẩm quyền xem xét, giải quyết theo quy định tại khoản 3 Điều 51 Nghị định số 188/2025/NĐ-CP trong Biên bản giám định, ký và gửi lại cơ quan bảo hiểm xã hội.

3. Cơ quan bảo hiểm xã hội thông báo kết quả giám định theo Mẫu số 05/BH Phụ lục I ban hành kèm theo Thông tư này, gửi cơ sở khám bệnh, chữa bệnh trực tiếp ký hợp đồng qua Công tiếp nhận dữ liệu trong thời hạn 05 ngày làm việc kể từ ngày gửi Biên bản giám định quy định tại khoản 1 Điều này.

4. Thời gian thực hiện các quy định tại Điều 10, Điều 11 và Điều 12 Thông tư này không vượt quá thời hạn theo quy định tại điểm b khoản 2 Điều 32 Luật Bảo hiểm y tế. Cơ sở khám bệnh, chữa bệnh chịu trách nhiệm trước pháp luật về tính hợp pháp, trung thực và chính xác của hồ sơ, tài liệu, dữ liệu đề nghị cơ quan bảo hiểm xã hội thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế và kết quả tự kiểm tra, rà soát các chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế tăng cao theo quy định tại điểm đ khoản 2 Điều 35 Nghị định số 188/2025/NĐ-CP. Cơ quan bảo hiểm xã hội chịu trách nhiệm về kết quả giám định chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế quy định tại Điều 10 và Điều 11 Thông tư này; trường hợp phát hiện dấu hiệu gian lận bảo hiểm y tế, cơ quan bảo hiểm xã hội báo cáo cấp có thẩm quyền xử lý theo quy định của pháp luật.

Điều 13. Cảnh báo gia tăng chi khám bệnh, chữa bệnh bình quân

1. Trước ngày 15 hằng tháng, cơ quan bảo hiểm xã hội thông báo qua Công tiếp nhận dữ liệu thông tin cảnh báo cơ sở khám bệnh, chữa bệnh có chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế tăng cao hơn so với mức chi phí bình quân của các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh cùng cấp chuyên môn kỹ thuật, cùng loại hình cơ sở khám bệnh, chữa bệnh đa khoa hoặc chuyên khoa trong năm trên địa bàn tỉnh, thành phố trực thuộc Trung ương hoặc toàn quốc hoặc mức tăng bình quân của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh đó cùng kỳ năm trước theo quy định tại điểm b khoản 1 Điều 35 Nghị định số 188/2025/NĐ-CP.

2. Mức độ cảnh báo gia tăng chi khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế bình quân được phân loại như sau:

a) Tăng thấp;

b) Tăng cao;

c) Tăng rất cao.

3. Trong thời hạn 10 ngày kể từ ngày nhận được thông báo của cơ quan bảo hiểm xã hội, cơ sở khám bệnh, chữa bệnh có trách nhiệm rà soát, kiểm tra các chi phí khám bệnh, chữa bệnh đã được cảnh báo; xác định các nguyên nhân chủ quan, khách quan, xây dựng và tổ chức thực hiện các giải pháp để khắc phục các nguyên nhân chủ quan, bắt cập theo quy định tại điểm đ khoản 2 Điều 35 Nghị định số 188/2025/NĐ-CP.

Điều 14. Quyết toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế

1. Quyết toán, thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh trong phạm vi dự kiến chi khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế (bao gồm số thông báo đầu năm và số điều chỉnh trong năm) và trong dự toán chi khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế được giao theo quy định tại điểm a, điểm b, điểm d khoản 2 và điểm a khoản 4 Điều 65 Nghị định số 188/2025/NĐ-CP.

2. Cơ quan bảo hiểm xã hội lập Biên bản quyết toán theo Mẫu số 06/BH Phụ lục I ban hành kèm theo Thông tư này, gửi cơ sở khám bệnh, chữa bệnh trực tiếp ký hợp đồng qua công tiếp nhận dữ liệu cùng thời điểm thông báo kết quả giám định chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế quy định tại khoản 3 Điều 12 Thông tư này.

3. Trong thời hạn 02 ngày làm việc kể từ ngày nhận được Biên bản quyết toán, cơ sở khám bệnh, chữa bệnh gửi Biên bản quyết toán đã ký và hóa đơn điện tử khớp đúng số chi khám bệnh, chữa bệnh được quyết toán trên Biên bản quyết toán; hoàn trả kinh phí đã tạm ứng lớn hơn kinh phí quyết toán (nếu có) cho cơ quan bảo hiểm xã hội.

Trường hợp có ý kiến, cơ sở khám bệnh, chữa bệnh ghi nhận nội dung trên Biên bản quyết toán, ký số gửi cơ quan bảo hiểm xã hội. Cơ quan bảo hiểm xã hội ký số Biên bản quyết toán, gửi cơ sở khám bệnh, chữa bệnh trong thời hạn 01 ngày làm việc kể từ ngày nhận được Biên bản quyết toán từ cơ sở khám bệnh, chữa bệnh.

4. Cơ sở khám bệnh, chữa bệnh có số chi khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế thực tế phát sinh trong năm tài chính vượt số dự kiến chi khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế đã được cơ quan bảo hiểm xã hội thông báo (bao gồm số thông báo đầu năm và điều chỉnh trong năm) gửi văn bản thuyết minh các nguyên nhân tác động đến số chi vượt dự kiến chi khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế theo quy định tại khoản 3 Điều 65 Nghị định số 188/2025/NĐ-CP và hướng dẫn của Bộ Y tế theo quy định tại điểm h khoản 1 Điều 71 Nghị định số 188/2025/NĐ-CP.

5. Chậm nhất ngày 31 tháng 5 hằng năm, Bảo hiểm xã hội tỉnh, thành phố trực thuộc Trung ương báo cáo số chi vượt dự kiến chi khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế đã rà soát theo quy định tại điểm a và điểm b khoản 3 Điều 65 Nghị định số 188/2025/NĐ-CP và hướng dẫn của Bộ Y tế theo quy định tại điểm h khoản 1 Điều 71 Nghị định số 188/2025/NĐ-CP gửi Bảo hiểm xã hội Việt Nam để tổng hợp, báo cáo theo quy định.

6. Trường hợp số chi khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế được quyết toán trong năm có thay đổi, chênh lệch với các hóa đơn đã xuất; cơ sở khám bệnh, chữa bệnh lập hóa đơn điện tử mới đối với số chênh lệch theo quy định tại Điều 19 Nghị định số 123/2020/NĐ-CP ngày 19 tháng 10 năm 2020 của Chính phủ quy định về hóa đơn, chứng từ được sửa đổi, bổ sung bởi khoản 13 Điều 1 Nghị định số 70/2025/NĐ-CP ngày 20 tháng 3 năm 2025.

Điều 15. Thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế

1. Trong thời hạn 03 ngày làm việc kể từ ngày nhận được Biên bản quyết toán đã ký và hóa đơn điện tử của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh, cơ quan bảo hiểm xã hội hoàn thành việc thanh toán với cơ sở khám bệnh, chữa bệnh.
2. Trường hợp cơ sở khám bệnh, chữa bệnh có số chi khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế vượt dự kiến chi khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế và dự toán chi khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế quy định tại khoản 1 Điều 14 Thông tư này, cơ quan bảo hiểm xã hội thực hiện thanh toán phần kinh phí còn lại sau khi được Thủ tướng Chính phủ phê duyệt theo quy định tại điểm b khoản 4 Điều 65 Nghị định số 188/2025/NĐ-CP và quyết toán vào kỳ quyết toán gần nhất.
3. Cơ sở khám bệnh, chữa bệnh được cấp có thẩm quyền thông báo bằng văn bản kết quả giải quyết vướng mắc quy định tại khoản 2 Điều 12 Thông tư này, cơ quan bảo hiểm xã hội thực hiện thanh toán số chi khám bệnh, chữa bệnh được cấp thẩm quyền phê duyệt vào kỳ quyết toán gần nhất.
4. Trường hợp cơ sở khám bệnh, chữa bệnh bị đình chỉ hoạt động một phần hoặc toàn bộ theo thông báo của cơ quan có thẩm quyền theo quy định tại khoản 2 Điều 31 Nghị định số 188/2025/NĐ-CP, các chi phí khám bệnh, chữa bệnh đã đề nghị thanh toán không đúng quy định tại khoản 1 Điều 51 hoặc khoản 1 Điều 52 Nghị định số 188/2025/NĐ-CP phát sinh kể từ thời điểm phân điều kiện hoạt động không bảo đảm đến khi có quyết định của cơ quan có thẩm quyền cho phép hoạt động trở lại không được thanh toán hoặc phải hoàn trả quỹ bảo hiểm y tế.
5. Trường hợp cơ quan có thẩm quyền kết luận cơ sở khám bệnh, chữa bệnh để xảy ra hành vi vi phạm pháp luật, gian lận, trục lợi quỹ bảo hiểm y tế, cơ sở khám bệnh, chữa bệnh có trách nhiệm hoàn trả quỹ bảo hiểm y tế các chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế do người thực hiện hành vi đó chỉ định hoặc thực hiện theo quy định tại Điều 52 Nghị định số 188/2025/NĐ-CP.
6. Trường hợp thanh lý hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế quy định tại Điều 33 Nghị định số 188/2025/NĐ-CP, hai bên thực hiện trình tự, thủ tục quyết toán các khoản chi khám bệnh, chữa bệnh theo quy định tại Điều 14 Thông tư này; cơ quan bảo hiểm xã hội thực hiện thu hồi các khoản tiền liên quan và thanh toán các khoản chi được quyết toán theo quy định.

Chương IV

TỔ CHỨC THỰC HIỆN

Điều 16. Trách nhiệm thi hành

1. Bảo hiểm xã hội Việt Nam

- a) Chỉ đạo, kiểm tra, hướng dẫn việc thực hiện Thông tư này;
- b) Ban hành tài liệu hướng dẫn kỹ thuật việc gửi, nhận tài liệu, dữ liệu điện tử trên Cổng tiếp nhận dữ liệu;

c) Ban hành các tiêu chí, tiêu chuẩn áp dụng trên Hệ thống thông tin giám định bảo hiểm y tế để xử lý dữ liệu đề nghị thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế quy định tại khoản 1 Điều 10 Thông tư này và tiêu chí để phân loại mức độ cảnh báo quy định tại khoản 2 Điều 13 Thông tư này.

2. Bảo hiểm xã hội tỉnh, thành phố trực thuộc Trung ương, Bảo hiểm xã hội cơ sở có trách nhiệm tổ chức, triển khai thực hiện các quy định tại Thông tư này.

3. Cơ sở khám bệnh, chữa bệnh

a) Tuân thủ các quy định về khám bệnh, chữa bệnh và bảo hiểm y tế; các điều kiện để thực hiện hợp đồng và chất lượng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế; chịu trách nhiệm trước pháp luật nếu để xảy ra gian lận, lạm dụng, trục lợi quỹ bảo hiểm y tế hoặc đề nghị thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế sai quy định;

b) Chịu trách nhiệm quản lý, sử dụng tài khoản quản trị, phân quyền các tài khoản giao dịch đã tạo lập đúng mục đích, không sử dụng chung tài khoản; đảm bảo an toàn thông tin, bảo vệ thông tin cá nhân của người bệnh theo quy định của pháp luật.

4. Bảo hiểm xã hội Quân đội được áp dụng quy định tại Thông tư này để tổ chức thực hiện giám định chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế và thanh toán, quyết toán với các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh ký hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế với Bảo hiểm xã hội Quân đội.

Điều 17. Hiệu lực thi hành

1. Thông tư này có hiệu lực thi hành kể từ ngày ký. Các biểu mẫu quy định tại điểm b khoản 1 Điều 5, khoản 2 và khoản 3 Điều 6, điểm b khoản 3 Điều 10 Thông tư này, các danh mục quy định tại Điều 7 và Điều 8 Thông tư này thực hiện từ ngày 01 tháng 4 năm 2026.

2. Cơ sở khám bệnh, chữa bệnh và cơ quan bảo hiểm xã hội được tiếp tục áp dụng Bảng tổng hợp chi phí khám bệnh, chữa bệnh của người tham gia bảo hiểm y tế, Bảng tổng hợp chi phí khám bệnh, chữa bệnh đưa vào quyết toán và Biên bản thanh, quyết toán chi phí khám chữa bệnh bảo hiểm y tế đã được cấp thẩm quyền ban hành để quyết toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế của quý 1 năm 2026.

3. Khi các văn bản quy phạm pháp luật viện dẫn tại Thông tư này được sửa đổi, bổ sung hoặc thay thế thì áp dụng theo các văn bản sửa đổi, bổ sung hoặc thay thế đó.

4. Trường hợp phát sinh vướng mắc, đề nghị phản ánh kịp thời về Bộ Tài chính để xem xét, hướng dẫn giải quyết./.

Nơi nhận:

**KT. BỘ TRƯỞNG
THỨ TRƯỞNG**

	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.

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) 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 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) Chỉ 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 đổi, bổ sung Quyết định số 130/QĐ-BYT ngày 18/01/2023 quy định chuẩn và định dạng dữ liệu đầu ra phục vụ việc quản lý, giám định, thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh và giải quyết các 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 chỉ 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 chỉ 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 chỉ 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 chỉ tiêu số 51 (T_BHTT) Bảng 1 Quyết định số 3176/QĐ-BYT.

+ Cột 5: Số tiền do người bệnh cùng chi trả tại chỉ 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 chỉ 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 chỉ 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:

CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM

MÃ ĐƠN VỊ:

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,	Chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế	Trong đó	Chi phí được	Chi phí người
-----	----------	---------	---------------------	--	----------	--------------	---------------

			chữa bệnh				viện trợ, tài trợ	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: hàng quý.

4. Phương pháp lập

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

a) Phần 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.

- 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.

Mẫu số 03/BH

CỘNG HÒA 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

Quýnăm...

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

Số:/BB-BHXH

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 chủ động; 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)

Mẫu số 04/BH

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)

Mẫu số 05/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
.....

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	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	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		
(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 A										
										
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	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		
(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.

NGƯỜI LẬP BIỂU

TRƯỞNG PHÒNG CHẾ ĐỘ

Ngày tháng năm

GIÁM ĐỐC

(Ký, họ tên)

BHYT
(Ký, họ tên)

(Ký, họ tên, đóng dấu)

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: hàng 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) Chỉ 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.

Cột 2 = Cột 1 - Cột 3 - 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....nămcủa...(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	Chỉ 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)		
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)		
1	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)		
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

TP. KẾ **KẾ TOÁN** **THỦ**
HOẠCH **TRƯỞNG** **TRƯỞNG**
TỔNG HỢP *(Ký, họ tên)* **ĐƠN VỊ**

CƠ QUAN BẢO HIỂM XÃ HỘI

TP. CHẾ ĐỘ **KẾ TOÁN** **THỦ**
BẢO HIỂM Y **TRƯỞNG** **TRƯỞNG**
TÊ *(Ký, họ tên)* **ĐƠN VỊ**

(Ký, họ tên)

(Ký, họ tên, (Ký, họ tên)
đóng dấu)

(Ký, họ tên,
đóng dấu)

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: hàng 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.

Mã số 1 = Mã số 2 + 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.

Mã số 2 = Mã số 3 + Mã số 4 - 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.

Mã số 4 = Mã số 5 + Mã số 6 - 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 để 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

Mã số 33 = Mã số 34 + Mã số 37

Mã số 34: Số đã tạm ứng

Mã số 34 = Mã số 35 + 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.

Mã số 37 = Mã số 38 + 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

Mã số 41 = Mã số 22 - 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

Mã số 42 = Mã số 35 - Mã số 23 nếu Mã số 35 \geq Mã số 23

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

Mã số 44: Kinh phí còn dư

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

Mã số 45: Kinh phí còn phải thanh toán

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

Mã số 48 = 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.

Mã số 50 = Mã số 47 + Mã số 48 - 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.

Mã số 55 = Mã số 52 + Mã số 53 - 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)

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
(A)	(1)	(B)	(C)	(D)	(E)
Khoa Chẩn đoán hình ảnh	1.				
				
Khoa Sinh hóa	1.				
				
Khoa Huyết học	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)

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:

CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM

Độc lập - Tự do - Hạnh phúc

MÃ ĐƠN VỊ:

BẢNG KÊ CHI TIẾT ĐIỀU CHỈNH

XM L 1_I D	ID ch i ph í	Số bản g XML	M ã liê n kết	STT tron g bản g XML	Mã bộ nhân	H ọ tên	M ã thể	Ngày vào	Ngày ra	Ngày y y lệnh	Trườn g thông tin gốc	Thôn g tin gốc	L ý do	Từ chố i	Trườn g thông tin điều chỉnh	Thôn g tin điều chỉnh	Lý do điều chỉnh	Trạ ng thái
(A)	(B)	(C)	(D)	(E)	(G)	(H)	(I)	(K)	(L)	(M)	(N)	(O)	(P)	(Q)	(R)	(S)	(T)	(1)

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 Cổng 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 Cổng 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 Cổng 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 Cổng 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 Cổng 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) Chi tiêu theo cột

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

Cột B: ID chi phí, ghi theo phản hồi của Cổng 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 Cổng 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)

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	<p>Mã khám bệnh, mã khoa theo danh mục dùng chung do Bộ Y tế ban hành.</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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 - Dị 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	<ul style="list-style-type: none"> - 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	<ul style="list-style-type: none"> - 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 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 bản 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.

Mẫu số 02/DM

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.

				<p>- 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 “;”.</p> <p>- 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.</p> <p>- Người làm việc khác tại Khoa khám bệnh (điều dưỡng, kỹ thuật y...): ghi “K01”.</p>
3	TEN_KHOA	Chuỗi	n	<p>- Người được phân công khám bệnh tại Khoa khám bệnh: ghi tên chuyên khoa khám bệnh tương ứng với mã bàn khám theo danh mục dùng chung do Bộ Y tế ban hành.</p> <p>- 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.</p> <p>- 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 “;”.</p> <p>- 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.</p> <p>- Người làm việc khác tại Khoa khám bệnh (điều dưỡng, kỹ thuật viên...): ghi “Khoa khám bệnh”.</p>
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 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 chuyên 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 trường 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 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 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 Cổng 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" - 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	<p>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:</p> <p>- 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"</p> <p>- 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.</p>
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	<p>- Mã cơ sở khám bệnh, chữa bệnh chuyên giao dịch vụ kỹ thuật (nếu có).</p> <p>- Cơ sở khám bệnh, chữa bệnh chuyên giao dịch vụ kỹ thuật không ghi chỉ tiêu này.</p>
21	QD_CGKT	Chuỗi	50	<p>- 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 YYYYMMDDZ (trong đó YYYYMMDD là 4 ký tự năm + 2 ký tự tháng + 2 ký tự ngày, Z là số, ký hiệu quyết định).</p> <p>- Cơ sở khám bệnh, chữa bệnh chuyên giao dịch vụ kỹ thuật không ghi chỉ tiêu này.</p>
22	TU_NGAY	Chuỗi	8	<p>- Trường hợp tạo lập danh mục sau khi ký hợp đồng lần đầu: ghi ngày hợp đồng có hiệu lực.</p> <p>- 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).</p>
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 trong 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	<p>- Mã đường dùng theo danh mục dùng chung do Bộ Y tế ban hành.</p> <p>- Trường hợp thuốc có nhiều đường dùng thì ghi các dòng thông tin của thuốc tương ứng với mỗi đường dùng.</p>
9	DANG_BAO_CHE	Chuỗi	1024	<p>- Dạng bào chế của thuốc ghi theo hướng dẫn tại Quyết định số 3176/QĐ-BYT.</p> <p>- Đối với máu, chế phẩm máu: không ghi chỉ tiêu này.</p>
10	SO_DANG_KY	Chuỗi	1024	Số đăng ký ghi theo hướng dẫn tại 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	<p>- Đơn giá ghi theo kết quả trúng thầu hoặc hình thức mua sắm khác, tương ứng với đơn vị tính.</p> <p>- 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.</p>
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; chỉ 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; chỉ 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 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 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). - 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 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,

				được 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	<p>Định dạng gồm 8 ký tự (4 ký tự năm + 2 ký tự tháng + 2 ký tự ngày).</p> <p>- 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.</p> <p>- 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.</p> <p>- 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.</p>
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.

Mẫu số 04/DM

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.
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 điều trị cho người bệnh thì ghi C.XXXXX (XXXXX 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 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.
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/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 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	<ul style="list-style-type: none"> - Ngày và số, ký hiệu của quyết định/ngợi 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 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

				duyet 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 thầu 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 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 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 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.