

Số: 805/QBT-HTTEDV
V/v Triển khai chương trình
Phẫu thuật dị tật vùng hàm mặt

Hà Nội, ngày 08 tháng 9 năm 2026

Kính gửi: Các Cơ quan, đơn vị (theo danh sách đính kèm)

Thực hiện thỏa thuận hợp tác năm 2026 giữa Quỹ Bảo trợ trẻ em Việt Nam (Quỹ BTTEVN) và Tổ chức Operation Smile Việt Nam (Tổ chức OSV) về chương trình phẫu thuật dị tật vùng hàm mặt cho trẻ em, để thuận lợi trong quá trình triển khai chương trình Quỹ BTTEVN trân trọng đề nghị các tỉnh lựa chọn bệnh nhân theo tiêu chí như sau:

1. Tiêu chí, đối tượng bệnh nhân:

a. Đối tượng bệnh nhân cho chương trình

- Bệnh nhân khe hở môi hàm ếch lần đầu

+ Bệnh nhân dị tật bẩm sinh khe hở môi - hàm ếch chưa được phẫu thuật:
Trẻ bị khe hở môi phải từ 5 tháng tuổi, nặng 6kg trở lên.

+ Bệnh nhân di chứng dị tật bẩm sinh khe hở hàm ếch: phải được ít nhất 15 tháng tuổi, nặng từ 10-12kg trở lên.

- Bệnh nhân di chứng dị tật bẩm sinh khe hở môi hàm ếch các độ tuổi (sẹo môi, lỗ thông vòm miệng, dị tật mũi).

- Bệnh nhân bị dị tật sụn mí bẩm sinh trên 3 tuổi (không phải bệnh lý nhãn khoa như mù - lòa - cườm mắt- đục thủy tinh thể.....)

b. Bệnh nhân khi đi khám không có bệnh bẩm sinh như bệnh tim, động kinh, hen suyễn..., không bị ốm, sốt hoặc viêm nhiễm trong thời điểm đi khám.

c. Chi phí y tế cho các ca phẫu thuật sẽ được thực hiện miễn phí cho bệnh nhân. Ngoài ra bệnh nhân sẽ được hỗ trợ một phần chi phí đi lại và ăn uống trong thời gian lưu viện. (theo PL 01 kèm theo)

2. Thời gian, địa điểm thực hiện chương trình

- Ngày khám sàng lọc: Chủ Nhật, ngày 04/10/2026 (dự kiến khám 120 - 150 bệnh nhân)

- Ngày phẫu thuật: Thứ 2-Thứ 4, ngày 05-07/10/2026 (dự kiến phẫu thuật 75 bệnh nhân)

- Ngày tái khám và xuất viện từ thứ Năm đến thứ Sáu (Ngày 08-09/10/2026)

- Địa điểm: Bệnh viện Quân y 175 (Số 786 đường Nguyễn Kiệm, phường Hạnh Thông, thành phố Hồ Chí Minh)

Quý BTTEVN đề nghị các đơn vị triển khai các nội dung điều phối bệnh nhân theo hướng dẫn trên và gửi danh sách về Quý BTTEVN trước 30/9/2026.

Thông tin chi tiết liên hệ: Đ/c Vũ Thị Thu Giang - Phòng Hỗ trợ trẻ em và Quản lý Dịch vụ, ĐT: 0936363799.

Rất mong nhận được sự hợp tác của Quý Đơn vị.

Trân trọng./. ✓

Nơi nhận:

- Như trên;
- Giám đốc (để báo cáo)
- Sở Y tế các tỉnh, thành phố (để phối hợp chỉ đạo)
- Tổ chức OSV (để phối hợp);
- Lưu: VT, HTTEDV. ✓

**KT. GIÁM ĐỐC
PHÓ GIÁM ĐỐC**



Nguyễn Thị Hiền

PHỤ LỤC 1 – ĐỊNH MỨC HỖ TRỢ THEO QUY ĐỊNH
CHƯƠNG TRÌNH PHẪU THUẬT NỤ CƯỜI TẠI BỆNH VIỆN AN BÌNH
TP. HỒ CHÍ MINH

1. Tổ chức Operation Smile hỗ trợ trực tiếp cho bệnh nhân những chi phí sau:

1.1. Hỗ trợ chi phí ăn uống trong thời gian lưu viện:

+ Bệnh nhân lưu tại bệnh viện: 350.000đ/bệnh nhân (Ba trăm năm mươi ngàn đồng)

1.2. Hỗ trợ chi phí đi lại từ địa phương tới TP. Hồ Chí Minh theo định mức như sau:

Tỉnh/ Thành Phố Sau Sáp Nhập	Tỉnh/ Thành Phố Trước Sáp Nhập	Khoảng cách (km)	Mức hỗ trợ (VND)
TP. HCM	TP. HCM	0-20	100.000
	Bình Dương	25 - 30	150.000
	Bà Rịa - Vũng Tàu	129	350.000
Đồng Nai	Đồng Nai	30-80	150.000
	Bình Phước	110	300.000
Tây Ninh	Long An	47	250.000
	Tây Ninh	100	300.000
TP. Cần Thơ	Cần Thơ	167	350.000
	Sóc Trăng	231	450.000
	Hậu Giang	240	
Vĩnh Long	Vĩnh Long	135	350.000
	Bến Tre	81	250.000
	Trà Vinh	200	450.000
Đồng Tháp	Tiền Giang	71	250.000
	Đồng Tháp	154	350.000
Cà Mau	Bạc Liêu	280	550.000
	Cà Mau	380	650.000
An Giang	An Giang	190	450.000
	Kiên Giang	250	550.000
Lâm Đồng	Bình Thuận	183	450.000
	Lâm Đồng	350	550.000
	Đắk Nông	250	550.000
Khánh Hòa	Khánh Hòa	447	650.000
	Ninh Thuận	350	650.000

Đắk Lắk	Đắk Lắk	350	650.000
	Phủ Yên	561	700.000
Gia Lai	Gia Lai	540	650.000
	Bình Định	649	700.000
Quảng Ngãi	Kon Tum	600	700.000
	Quảng Ngãi	815	850.000
Đà Nẵng	Đà Nẵng	950	950.000
	Quảng Nam		

Ghi chú:

Riêng những tỉnh thuê xe đến đón bệnh nhân, Cán bộ Quỹ Tỉnh có trách nhiệm trao đổi trực tiếp với nhân viên Operation Smile để thống nhất việc thanh toán tiền đi đường (không vượt quá định mức.

2. Hướng dẫn thanh quyết toán đối với Sở Y tế/Quỹ BTTE Tỉnh/TP trong triển khai chương trình phẫu thuật nụ cười.

Bộ chứng từ thanh quyết toán gồm:

- Giấy giới thiệu của Sở Y tế/Quỹ BTTE Tỉnh/Thành phố
- Danh sách bệnh nhân tới khám (theo đúng tiêu chí của tổ chức Operation Smile)
- Bản photo CMTND của cán bộ Sở Y tế /Quỹ BTTE Tỉnh/Thành phố
- Giấy biên nhận thanh toán có dấu của Sở Y tế /Quỹ BTTE Tỉnh/Thành phố gồm 02 bản để thanh toán chi phí đi lại (nếu Quỹ BTTE thuê xe đưa đón bệnh nhân) và tiền hỗ trợ khảo sát bệnh nhân (theo đúng số lượng bệnh nhân đến thực tế).
- Danh sách bệnh nhân được phẫu thuật và bị trả về có xác nhận của Quỹ BTTE tỉnh và tổ chức Operation Smile (2 bản, một bản gửi OS, một bản gửi Quỹ BTTE VN).

DANH SÁCH CÁC ĐƠN VỊ NHẬN CÔNG VĂN

(Kèm theo Công văn số 805/QBT-HTTEDV ngày 08 / 9 /2026 của

Quỹ Bảo trợ trẻ em Việt Nam)

Số TT	Đơn vị	Ghi chú
1	Sở Y tế thành phố Cần Thơ	
2	Sở Y tế tỉnh An Giang	
3	Sở Y tế tỉnh Lâm Đồng	
4	Sở Y tế tỉnh Gia Lai	
5	Trung tâm CTXH GD dạy nghề Thiếu niên TP Hồ Chí Minh	
6	Trung tâm CTXH và Quỹ BTTE tỉnh Đồng Nai	
7	Trung tâm CTXH và Bảo trợ trẻ em tỉnh Quảng Ngãi	
8	Trung tâm CTXH tỉnh Tây Ninh	
9	Quỹ Bảo trợ trẻ em tỉnh Vĩnh Long	
10	Quỹ Bảo trợ trẻ em tỉnh Đồng Tháp	
11	Trung tâm Bảo trợ xã hội tỉnh Cà Mau	
12	Trung tâm Bảo trợ XH và CTXH Khánh Hòa	
13	Trung tâm BTXH và Trẻ em tỉnh Đắk Lắk	
14	Quỹ Bảo trợ trẻ em thành phố Đà Nẵng	

1
m)