

Số: /2025/TT-BYT

Hà Nội, ngày tháng năm 2025

DỰ THẢO
21/01/2026

THÔNG TƯ

**Ban hành Danh mục thuốc hóa dược, sinh phẩm,
thuốc phóng xạ và quy định việc thanh toán khí y tế
sử dụng trong khám bệnh, chữa bệnh thuộc phạm vi được hưởng của
người tham gia bảo hiểm y tế**

Căn cứ Luật bảo hiểm y tế số 25/2008/QH12 ngày 14 tháng 11 năm 2008;
Luật sửa đổi, bổ sung một số điều của Luật bảo hiểm y tế số 46/2014/QH13 ngày
13 tháng 6 năm 2014; Luật sửa đổi, bổ sung một số điều của Luật Bảo hiểm y tế
số 51/2024/QH15 ngày 27 tháng 11 năm 2024;

Căn cứ Nghị định số 42/2025/NĐ-CP ngày 27 tháng 02 năm 2025 của Chính
phủ quy định chức năng, nhiệm vụ, quyền hạn và cơ cấu tổ chức của Bộ Y tế;

Theo đề nghị của Vụ trưởng Vụ Bảo hiểm y tế, Bộ Y tế,

Bộ trưởng Bộ Y tế ban hành Thông tư ban hành Danh mục thuốc hóa dược,
sinh phẩm, thuốc phóng xạ và việc thanh toán khí y tế sử dụng trong khám bệnh,
chữa bệnh thuộc phạm vi được hưởng của người tham gia bảo hiểm y tế;

**Điều 1. Danh mục thuốc hóa dược, sinh phẩm và thuốc phóng xạ
thuộc phạm vi được hưởng của người tham gia bảo hiểm y tế**

1. Danh mục thuốc hóa dược, sinh phẩm thuộc phạm vi được hưởng của
người tham gia bảo hiểm y tế được quy định tại Phụ lục I ban hành kèm theo
Thông tư này (sau đây gọi là Phụ lục I).

2. Danh mục thuốc phóng xạ bao gồm đồng vị phóng xạ, chất đánh dấu và
nguồn phóng xạ thuộc phạm vi được hưởng của người tham gia bảo hiểm y tế
được quy định tại Phụ lục II ban hành kèm theo Thông tư này (sau đây gọi là Phụ
lục II).

Điều 2. Thanh toán thuốc trong Danh mục

1. Các thuốc có trong các danh mục quy định tại Điều 1 Thông tư này
được thanh toán theo quy định chung tại Thông tư số 37/2024/TT-BYT ngày 16
tháng 11 năm 2024 của Bộ trưởng Bộ Y tế quy định nguyên tắc, tiêu chí xây
dựng, cập nhật, ghi thông tin, cấu trúc danh mục và hướng dẫn thanh toán đối
với thuốc hóa dược, sinh phẩm, thuốc phóng xạ và chất đánh dấu thuộc phạm vi
được hưởng của người tham gia bảo hiểm y tế (sau đây gọi là Thông tư số
37/2024/TT-BYT) và các quy định cụ thể quy định tại Thông tư này.

2. Đối với các thuốc không có điều kiện thanh toán theo chỉ định sử dụng được ghi chú cụ thể tại cột số 4 Phụ lục I, Quỹ bảo hiểm y tế thanh toán đối với chỉ định không được ghi trong các tài liệu quy định tại khoản 3 Điều 8 Thông tư số 37/2024/TT-BYT khi đáp ứng tất cả các điều kiện sau:

- a) Tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh cấp chuyên sâu và sau khi hội chẩn;
- b) Chỉ định có trong hướng dẫn chẩn đoán điều trị cơ sở khám bệnh, chữa bệnh cấp chuyên sâu nơi điều trị cho người bệnh;
- c) Trong trường hợp điều trị cấp cứu người bệnh; hoặc trường hợp không có thuốc thay thế tại thời điểm chỉ định thuốc và việc sử dụng thuốc là không thể trì hoãn.

3. Trường hợp cơ sở khám bệnh, chữa bệnh thực hiện khám bệnh, chữa bệnh ngoại trú, không tổ chức khám bệnh, chữa bệnh nội trú (bao gồm cả các thuốc được ghi chú cấp phát theo chỉ định của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh có cấp chuyên môn kỹ thuật cao hơn) mà có sử dụng thuốc tại quy định cột 4a:

- a) Quỹ bảo hiểm y tế thanh toán thuốc sử dụng để thực hiện dịch vụ kỹ thuật được cấp có thẩm quyền phê duyệt, điều trị bệnh theo mã bệnh phù hợp với yêu cầu chuyên môn, tình trạng bệnh lý, các quy định, hướng dẫn chẩn đoán điều trị, phạm vi hoạt động khám bệnh, chữa bệnh, điều kiện trang thiết bị, nhân lực của cơ sở, các quy định về kê đơn và sử dụng thuốc trong khám bệnh, chữa bệnh.
- b) Cơ sở khám bệnh, chữa bệnh xây dựng và gửi danh mục thuốc thuộc phạm vi được hưởng của người tham gia bảo hiểm y tế sử dụng tại cơ sở theo quy định tại điểm a khoản này tới cơ quan phê duyệt danh mục kỹ thuật để kiểm tra, giám sát và gửi cơ quan bảo hiểm xã hội để làm căn cứ thanh toán bảo hiểm y tế.

4. Trường hợp người bệnh cần sử dụng các dịch vụ cận lâm sàng, xét nghiệm để chẩn đoán xác định trước khi sử dụng thuốc, quỹ bảo hiểm y tế thanh toán cho các dịch vụ cận lâm sàng, xét nghiệm chẩn đoán theo quy định và danh mục về dịch vụ kỹ thuật thuộc phạm vi được hưởng của người tham gia bảo hiểm y tế.

Điều 3. Sửa đổi, bổ sung một số điều khoản tại Thông tư số 37/2024/TT-BYT cụ thể như sau:

- 1. Sửa đổi, bổ sung Điều 9 Thông tư số 37/2024/TT-BYT như sau:

“1. Đối với thuốc đã được tính chi phí trong giá dịch vụ kỹ thuật, chi phí hao hụt thuốc được tính để kết cấu trong giá dịch vụ khám bệnh, chữa bệnh theo quy định tại Điều 119 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.

- 2. Đối với thuốc chưa được tính chi phí trong giá dịch vụ kỹ thuật, Quỹ bảo hiểm y tế thanh toán chi phí hao hụt thuốc như sau:

a) Chi phí hao hụt thuốc được quỹ bảo hiểm y tế thanh toán trong quá trình dự trữ, bảo quản, vận chuyển, cấp phát, pha chế, phân chia liều và sử dụng thuốc được xác định theo quy định tại Điều 3, 4, 5 và 6 Thông tư số 55/2017/TT-BYT ngày 29 tháng 12 năm 2017 của Bộ trưởng Bộ Y tế quy định về tỷ lệ hao hụt thuốc và việc thanh toán chi phí hao hụt thuốc tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh;

b) Quỹ bảo hiểm y tế thanh toán chi phí hao hụt cho từng thuốc cụ thể theo từng năm quyết toán như sau:

Chi phí hao hụt thuốc được quỹ bảo hiểm y tế thanh toán = Tỷ lệ hao hụt thuốc A x Tổng chi phí thanh toán bảo hiểm y tế đối với A.

Trong đó:

- *Tỷ lệ hao hụt của thuốc* được tính như sau:

$$\text{Tỷ lệ hao hụt của thuốc A (\%)} = \frac{(\text{Tổng giá trị thuốc hao hụt của thuốc A}) * 100}{\text{Tổng giá trị thuốc A sử dụng tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh}}$$

- *Tổng giá trị của thuốc hao hụt của thuốc A* được tính bằng: Số lượng thuốc A hao hụt nhân với giá mua thuốc của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh theo quy định pháp luật. Trường hợp thuốc A có giá mua khác nhau trong năm quyết toán, tổng giá trị hao hụt của thuốc A trong năm quyết toán được tính bằng tổng của số lượng hao hụt của thuốc A nhân với giá mua thuốc A tương ứng tại thời điểm hao hụt. Cụ thể như sau:

Tổng giá trị hao hụt của thuốc A (VNĐ) = $\sum$ (Số lượng thuốc A hao hụt x Giá mua thuốc A) (VNĐ)”.
 2. Sửa đổi, bổ sung khoản 1 Điều 10 Thông tư số 37/2024/TT-BYT như sau:

“1. Trường hợp thuốc có dạng đồng phân hóa học khác hoặc dạng base hoặc dạng acid hoặc dạng muối khác của hoạt chất (kể cả dạng đơn thành phần và dạng phối hợp) có trong danh mục thuốc được quỹ bảo hiểm y tế thanh toán nếu có cùng chỉ định với dạng hóa học, dạng base, dạng acid, dạng muối của thuốc ghi trong danh mục thuốc. Đối với các khoáng chất trong danh mục thuốc được ghi cụ thể dạng đồng phân hóa học, dạng base hoặc dạng acid hoặc dạng muối, Quỹ bảo hiểm thanh toán theo đúng dạng đồng phân hóa học, dạng base hoặc dạng acid hoặc dạng muối đã được ghi trong danh mục thuốc.”.

3. Sửa đổi, bổ sung khoản 3 Điều 10 Thông tư số 37/2024/TT-BYT như sau:

“3. Trường hợp theo chỉ định chuyên môn, người bệnh không sử dụng hết lượng thuốc trong đơn vị đóng gói, Quỹ bảo hiểm y tế thanh toán như sau:

a) Trường hợp 01 người bệnh chỉ sử dụng một phần lượng thuốc trong đơn vị đóng gói (ví dụ: thuốc dùng trong chuyên khoa nhi, chuyên khoa ung bướu) và lượng thuốc còn lại không thể sử dụng được (ví dụ: không có người bệnh có

cùng chỉ định, lượng thuốc còn lại không đủ liều lượng, hoặc quá thời hạn bảo quản của thuốc):

- Quỹ bảo hiểm y tế thanh toán theo mức hưởng của người bệnh và tỷ lệ thanh toán của thuốc (nếu có) đối với toàn bộ đơn vị đóng gói nhỏ nhất của thuốc
- Người bệnh đồng chi trả theo mức hưởng của người bệnh và tự thanh toán theo tỷ lệ thanh toán của thuốc (nếu có) đối với toàn bộ đơn vị đóng gói nhỏ nhất đó.

Ví dụ: Thuốc A có đơn vị đóng gói nhỏ nhất với dung tích là 10ml/lọ, có tỷ lệ thanh toán bảo hiểm y tế là 70%, có giá trúng thầu tại cơ sở là 1.000.000 VNĐ/lọ 10ml,

01 người bệnh B có mức hưởng là 80% được chỉ định sử dụng 08ml thuốc A.

02ml thuốc A còn lại không thể sử dụng được cho người bệnh khác.

Quỹ Bảo hiểm y tế thanh toán đối với toàn bộ 1 lọ 10ml thuốc A = 80% nhân (x) 70% nhân (x) 1.000.000 = 560.000 (VNĐ).

Người bệnh đồng chi trả đối với toàn bộ 1 lọ 10ml thuốc A = 20% nhân (x) 70% nhân (x) 1.000.000 = 140.000 (VNĐ).

Người bệnh tự thanh toán đối với toàn bộ 1 lọ 10ml thuốc A = 30% nhân (x) 1.000.000 = 300.000 (VNĐ).

Như vậy, tổng chi phí Quỹ bảo hiểm y tế thanh toán trong trường hợp này là 560.000 VNĐ và tổng chi phí người bệnh thanh toán là 140.000 + 300.000 = 440.000 VNĐ.

Lưu ý: Dữ liệu được tính toán đúng thì tổng Quỹ bảo hiểm y tế thanh toán và người bệnh thanh toán (560.000 + 440.000 = 1.000.000 VNĐ) phải bằng giá trị của 01 lọ thuốc A 10ml (1.000.000 VNĐ).

b) Trường hợp cơ sở khám bệnh, chưa bệnh thực hiện chia liều sử dụng thuốc với nhiều người bệnh cùng sử dụng một hoặc nhiều đơn vị đóng gói của thuốc và không sử dụng hết một phần lượng thuốc trong đơn vị đóng gói (ví dụ: 03 người bệnh cùng sử dụng 02 lọ thuốc và còn dư một phần của lọ thuốc thứ hai) và lượng thuốc còn lại không thể sử dụng được (ví dụ: không có người bệnh có cùng chỉ định, lượng thuốc còn lại không đủ liều lượng, hoặc quá thời hạn bảo quản của thuốc):

- Quỹ bảo hiểm y tế thanh toán liều thuốc sử dụng thực tế cho người bệnh theo mức hưởng của người bệnh và tỷ lệ thanh toán của thuốc (nếu có). Đối với lượng thuốc còn lại không thể sử dụng được, Quỹ bảo hiểm y tế thanh toán và 100% chi phí của toàn bộ lượng thuốc còn lại.

- Người bệnh đồng chi trả theo mức hưởng của người bệnh và tự thanh toán theo tỷ lệ thanh toán của thuốc (nếu có) của chi phí của lượng thuốc sử dụng thực tế cho người bệnh.

Ví dụ: Thuốc A có đơn vị đóng gói nhỏ nhất với dung tích là 10ml/lọ, có tỷ lệ thanh toán bảo hiểm y tế là 70%, có giá trúng thầu tại cơ sở là 1.000.000 VNĐ/lọ 10ml,

Có 03 người bệnh B, C và D có mức hưởng là 80%, trong đó: Người bệnh B được chỉ định sử dụng 05ml thuốc A; người bệnh C được chỉ định sử dụng 06ml thuốc A; người bệnh D được chỉ định sử dụng 07ml thuốc A.

Cơ sở khám bệnh chữa bệnh sử dụng 02 lọ thuốc A 10ml/lọ để sử dụng cho 03 người bệnh B, C và D. Tổng số ml thuốc A sử dụng thực tế cho 03 người bệnh B, C và D là $5 + 6 + 7 = 18$ ml.

02 ml dư của thuốc A còn lại không thể sử dụng được cho người bệnh khác.

Quỹ Bảo hiểm y tế thanh toán như sau:

- Quỹ bảo hiểm y tế thanh toán 05ml thuốc A đối với người bệnh B = 80% nhân (x) 70% nhân (x) (1.000.000 chia 10ml) nhân (x) 5ml = 280.000 (VNĐ).
- Quỹ Bảo hiểm y tế thanh toán 07ml thuốc A đối với người bệnh C = 80% nhân (x) 70% nhân (x) (1.000.000 chia 10ml) nhân (x) 6ml = 336.000 (VNĐ).
- Quỹ Bảo hiểm y tế thanh toán 07ml thuốc A đối với người bệnh D = 80% nhân (x) 70% nhân (x) (1.000.000 chia 10ml) nhân (x) 7ml = 392.000 (VNĐ).
- Quỹ Bảo hiểm y tế thanh toán 100% đối với toàn bộ chi phí của 02ml thuốc A còn lại = 100% nhân (x) (1.000.000 chia 10ml) nhân (x) 2ml = 200.000 (VNĐ).

Tổng chi phí Quỹ bảo hiểm y tế thanh toán là: $280.000 + 336.000 + 392.000 + 200.000 = 1.208.000$ VNĐ.

Người bệnh B thanh toán như sau:

- Người bệnh đồng chi trả đối với 05ml thuốc A = 20% nhân (x) 70% nhân (x) (1.000.000 chia 10ml) nhân (x) 5ml = 70.000 (VNĐ).
 - Người bệnh tự thanh toán đối với 06ml thuốc A = 30% nhân (x) (1.000.000 chia 10ml) nhân (x) 5ml = 150.000 (VNĐ).
- Tổng chi phí người bệnh B cần thanh toán là $70.000 + 150.000 = 220.000$ VNĐ.

Người bệnh C thanh toán như sau:

- Người bệnh đồng chi trả đối với 06ml thuốc A = 20% nhân (x) 70% nhân (x) (1.000.000 chia 10ml) nhân (x) 6ml = 84.000 (VNĐ).
 - Người bệnh tự thanh toán đối với 06ml thuốc A = 30% nhân (x) (1.000.000 chia 10ml) nhân (x) 6ml = 180.000 (VNĐ).
- Tổng chi phí người bệnh B cần thanh toán là $84.000 + 180.000 = 264.000$ VNĐ.

Người bệnh D thanh toán như sau:

- Người bệnh đồng chi trả đối với 07ml thuốc A = 20% nhân (x) 70% nhân (x) (1.000.000 chia 10ml) nhân (x) 7ml = 98.000 (VNĐ).
 - Người bệnh tự thanh toán đối với 06ml thuốc A = 30% nhân (x) (1.000.000 chia 10ml) nhân (x) 7ml = 210.000 (VNĐ).
- Tổng chi phí người bệnh D cần thanh toán là 98.000 + 210.000 = 308.000 VNĐ.

Như vậy, tổng chi phí Quỹ bảo hiểm y tế thanh toán trong trường hợp này là 1.208.000 VNĐ; tổng chi phí người bệnh B, C và D thanh toán = 220.000 + 264.000 + 308.000 = 792.000 VNĐ.

Lưu ý: Dữ liệu được tính toán đúng thì tổng Quỹ bảo hiểm y tế thanh toán và người bệnh thanh toán (1.208.000 + 792.000 = 2.000.000 VNĐ) phải bằng giá trị của 02 lọ thuốc A 10ml (2 lọ 10ml x Đơn giá trúng thầu/đơn giá mua vào (1.000.000 VNĐ/lọ) = 2.000.000 VNĐ).

4. Sửa đổi, bổ sung khoản 6 Điều 10 Thông tư số 37/2024/TT-BYT cụ thể như sau:

“6. Các thuốc thuộc Phụ lục I có quy định về điều kiện, tỷ lệ thanh toán cụ thể đối với từng thuốc thì được sử dụng và thanh toán theo tỷ lệ, điều kiện quy định tại cột 4a hoặc cột 4b của Danh mục quy định tại Phụ lục I.”.

5. Sửa đổi, bổ sung Điều 11 Thông tư số 37/2024/TT-BYT như sau:

“Điều 11. Thanh toán đối với thuốc phóng xạ

Quỹ bảo hiểm y tế thanh toán thuốc phóng xạ khi sử dụng đơn lẻ hoặc phối hợp từng thành phần đơn lẻ tại Mục 1 danh mục đồng vị phóng xạ và Mục 2 danh mục chất đánh dấu của Phụ lục II; hoặc sử dụng thuốc thành phẩm có sự phối hợp sẵn đồng vị phóng xạ và chất đánh dấu từ nhà sản xuất mà các thành phần được quy định tại Mục 1 và Mục 2 của Phụ lục II, cụ thể như sau:

1. Trường hợp thuốc phóng xạ là đồng vị phóng xạ và chất đánh dấu được sử dụng khi phối hợp từng thành phần đơn lẻ tại Mục 1 và Mục 2 của Phụ lục II Thông tư này, Quỹ bảo hiểm y tế thanh toán như sau:

a) Đối với chất đánh dấu: Căn cứ vào dịch vụ kỹ thuật và số lượng người bệnh trực tiếp thực hiện dịch vụ kỹ thuật đó tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh, cơ sở tính toán định mức sử dụng thực tế bình quân của kit hoặc lọ chất đánh dấu đối với từng dịch vụ kỹ thuật. Quỹ bảo hiểm y tế thanh toán chi phí chất đánh dấu theo đơn giá của chất đánh dấu nhân (x) định mức sử dụng thực tế bình quân.

b) Đối với đồng vị phóng xạ: Căn cứ tốc độ phân rã đồng vị phóng xạ, nguồn cung ứng đồng vị phóng xạ, chu kỳ nhập đồng vị phóng xạ và lưu lượng người bệnh sử dụng thuốc thực tế tại cơ sở, cơ sở khám bệnh, chữa bệnh xác định tỷ lệ sử dụng thực tế bình quân của thuốc phóng xạ. Quỹ bảo hiểm y tế thanh toán chi phí đồng vị phóng xạ theo đơn giá nhân (x) liều sử dụng bình quân chia (:) tỷ lệ sử dụng thực tế bình quân của thuốc phóng xạ.

c) Việc thống kê, tính toán chi phí sử dụng dịch vụ kỹ thuật có sử dụng đồng vị phóng xạ và chất đánh dấu được quy định tại Phụ lục III ban hành kèm theo Thông tư này.

d) Trường hợp cơ sở khám bệnh, chữa bệnh thực hiện bào chế, pha chế hoặc sản xuất thuốc phóng xạ, Quỹ bảo hiểm y tế thanh toán chi phí thuốc theo quy định tại điểm a, b và c khoản này và các chi phí khác theo Điều 13 Thông tư số 37/2025/TT-BYT.

2. Trường hợp thuốc thành phẩm từ nhà sản xuất chỉ chứa đồng vị phóng xạ mà thành phần được quy định tại Mục 1 của Phụ lục II hoặc có sự phối hợp sẵn đồng vị phóng xạ và chất đánh dấu mà các thành phần được quy định tại Mục 1 và Mục 2 của Phụ lục II: Căn cứ tốc độ phân rã đồng vị phóng xạ, nguồn cung ứng thuốc, chu kỳ nhập thuốc và lưu lượng người bệnh sử dụng thuốc thực tế tại cơ sở, cơ sở khám bệnh, chữa bệnh xác định tỷ lệ sử dụng thực tế bình quân của thuốc. Quỹ bảo hiểm y tế thanh toán chi phí thuốc theo đơn giá nhân (x) liều sử dụng bình quân chia (:) tỷ lệ sử dụng thực tế bình quân của thuốc;

3. Việc thanh toán thuốc phóng xạ khi sử dụng đi kèm các dịch vụ kỹ thuật được thực hiện như sau:

a) Đầu năm hoặc trước khi triển khai thực hiện dịch vụ kỹ thuật có sử dụng thuốc phóng xạ, cơ sở khám bệnh, chữa bệnh lập bảng danh mục các dịch vụ kỹ thuật có sử dụng thuốc phóng xạ theo mẫu quy định tại Phụ lục III Thông tư này. Trong đó, định mức sử dụng bình quân được xác định căn cứ vào dịch vụ kỹ thuật và số lượng người bệnh trực tiếp thực hiện dịch vụ kỹ thuật đó của năm trước liền kề tại cơ sở cơ sở khám bệnh, chữa bệnh đó. Trường hợp là năm đầu tiên mới triển khai dịch vụ kỹ thuật, cơ sở khám bệnh, chữa bệnh tham khảo định mức sử dụng bình quân của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh khác đã thực hiện dịch vụ kỹ thuật. Cơ quan bảo hiểm xã hội nơi ký hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh thực hiện kiểm tra, giám định giá thanh toán tạm thời trong năm đối với dịch vụ kỹ thuật theo quy định tại điểm a và b khoản này.

b) Cuối năm, cơ sở khám bệnh, chữa bệnh thống kê các dịch vụ kỹ thuật và số lượng người bệnh trực tiếp thực hiện dịch vụ kỹ thuật có sử dụng thuốc phóng xạ tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh trong năm đó để xác định lại mức giá dịch vụ kỹ thuật thanh toán với cơ quan bảo hiểm xã hội và điều chỉnh tổng số tiền thanh toán bảo hiểm xã hội trong năm của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh, đồng thời làm căn cứ xác định mức giá thanh toán tạm thời dịch vụ kỹ thuật có sử dụng thuốc phóng xạ của năm sau liền kề.

4. Trường hợp thuốc phóng xạ thành phẩm được phân phối (chuyển nhượng) từ cơ sở khám bệnh, chữa bệnh khác, quỹ bảo hiểm y tế thanh toán chi

phí thuốc theo đúng đơn giá thuốc phóng xạ của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh phân phối.

Điều 4. Thanh toán khí y tế sử dụng trong khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế

1. Các khí y tế được thanh toán bảo hiểm y tế bao gồm:
 - a) Oxy được dụng (oxy y tế hoặc oxygen);
 - b) Nitric oxid (nitrogen monoxid) (NO);
 - c) Các khí y tế khác được sử dụng trong các dịch vụ kỹ thuật y tế đã được cơ quan nhà nước có thẩm quyền phê duyệt thực hiện tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh hoặc được sử dụng trong cơ sở khám bệnh, chữa bệnh theo quy định của pháp luật.
2. Điều kiện thanh toán bảo hiểm y tế đối với khí y tế:
 - a) Đạt tiêu chuẩn chất lượng theo quy định của pháp luật về tiêu chuẩn và quy chuẩn; được mua sắm, đấu thầu theo quy định của pháp luật;
 - b) Đối với khí y tế được đăng ký lưu hành là thuốc hoặc thiết bị y tế thì không thuộc phạm vi quy định của điều này và thực hiện theo quy định pháp luật về bảo hiểm y tế đối với thuốc và thiết bị y tế.
3. Nguyên tắc thanh toán:
 - a) Trường hợp khí y tế đã được kết cấu trong giá dịch vụ kỹ thuật, Quỹ bảo hiểm y tế không thanh toán riêng.
 - b) Trường hợp khí y tế ở dạng lỏng hay khí nén được đóng gói để sử dụng riêng cho từng người bệnh thì được thanh toán theo nguyên tắc quy định tại khoản 1 Điều 8 Thông tư số 37/2024/TT-BYT. Trường hợp người bệnh không sử dụng hết lượng thuốc trong đơn vị đóng gói nhỏ nhất, quỹ bảo hiểm y tế thanh toán theo quy định tại khoản 3 Điều 10 Thông tư số 37/2024/TT-BYT đã được sửa đổi, bổ sung theo khoản 3 Điều 3 Thông tư này.
 - c) Trường hợp khí y tế không được đóng gói để sử dụng riêng cho từng người bệnh hoặc trường hợp sử dụng từ thiết bị tạo khí đặt tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh, quỹ bảo hiểm y tế thanh toán chi phí khí y tế theo số thời gian thở khí y tế thực tế của người bệnh nhân (x) lượng khí thở trên một đơn vị thời gian (phút hoặc giờ) nhân (x) đơn giá theo quy định tại điểm d khoản này.
 - d) Trường hợp khí y tế được bào chế, pha chế, chiết tách tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh, quỹ bảo hiểm y tế thanh toán theo nguyên tắc quy định tại điểm c khoản 3 Điều này và khoản 2 và 3 Điều 13 Thông tư số 37/2024/TT-BYT.

Điều 5. Tổ chức thực hiện

1. Vụ Bảo hiểm y tế, Bộ Y tế có trách nhiệm:

a) Hướng dẫn, kiểm tra, đánh giá, sơ kết và tổng kết việc thực hiện Thông tư này trên phạm vi toàn quốc;

b) Hướng dẫn việc gửi dữ liệu điện tử chi phí hao hụt thuốc, chi phí thuốc còn lại sau khi phân chia liều cho người bệnh để làm cơ sở giám định và thanh toán chi phí thuốc;

c) Trường hợp trong quá trình rà soát, đánh giá, tham mưu xây dựng, cập nhật Danh mục có các thuốc, nội dung cần điều chỉnh, sửa đổi bổ sung mà không có cơ quan, tổ chức, cá nhân đề xuất, Vụ Bảo hiểm y tế phối hợp với các đơn vị liên quan để đề xuất, báo cáo Lãnh đạo Bộ xem xét, quyết định việc cập nhật, bổ sung, sửa đổi Danh mục.

2. Các Sở Y tế tỉnh, thành phố trực thuộc trung ương có trách nhiệm:

a) Tổ chức triển khai, kiểm tra, hướng dẫn và giải quyết các vướng mắc phát sinh theo thẩm quyền trong quá trình thực hiện Thông tư này trên địa bàn được giao quản lý;

b) Chỉ đạo các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh trên địa bàn xây dựng danh mục thuốc hóa dược, sinh phẩm, khí y tế, thuốc phóng xạ sử dụng tại cơ sở theo quy định tại Thông tư này và triển khai các giải pháp để cung ứng đầy đủ, kịp thời thuốc, đảm bảo chất lượng, đáp ứng nhu cầu điều trị và đảm bảo quyền lợi của người tham gia bảo hiểm y tế.

3. Cơ quan bảo hiểm xã hội có trách nhiệm:

a) Tổ chức triển khai, đánh giá, sơ kết, tổng kết, báo cáo việc thực hiện Thông tư này theo thẩm quyền trong tổ chức thực hiện chính sách pháp luật về bảo hiểm y tế;

b) Cung cấp đầy đủ và kịp thời cho Bộ Y tế các thông tin, dữ liệu liên quan đến thanh toán thuốc bảo hiểm y tế để phục vụ việc xây dựng chính sách chi trả và cập nhật danh mục thuốc thuộc phạm vi được hưởng của người tham gia bảo hiểm y tế;

c) Bổ sung, cập nhật, đồng bộ mã thuốc theo quy định của Bộ trưởng Bộ Y tế trên Công tiếp nhận dữ liệu thuộc Hệ thống thông tin giám định bảo hiểm y tế để phục vụ việc trích chuyển dữ liệu điện tử, giám định, thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế.

4. Cơ sở khám bệnh, chữa bệnh có trách nhiệm:

a) Tổ chức triển khai thực hiện Thông tư này;

b) Gửi cơ quan bảo hiểm xã hội nơi ký hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế kết quả lựa chọn nhà thầu, mua sắm thuốc hóa dược, sinh phẩm, thuốc phóng xạ, khí y tế sử dụng tại đơn vị làm cơ sở giám định, thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế.

Trường hợp cơ sở khám bệnh, chữa bệnh là đơn vị sự nghiệp công lập tự bảo đảm chi thường xuyên và chi đầu tư, đơn vị sự nghiệp công lập tự bảo đảm

chi thường xuyên và các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh tư nhân không chọn áp dụng quy định của Luật Đầu thầu và thực hiện mua thuốc theo quy định của Điều 49 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 (sau đây gọi là Nghị định 188/2025/NĐ-CP), cơ sở khám bệnh, chữa bệnh gửi danh mục thuốc và đơn giá áp dụng thanh toán theo quy định tại Điều 49 Nghị định số 188/2025/NĐ-CP;

c) Trường hợp có thay đổi hay bổ sung danh mục thuốc sử dụng tại đơn vị, cơ sở khám bệnh, chữa bệnh gửi văn bản thông báo kèm theo kết quả mua sắm, lựa chọn nhà thầu tương ứng với các thuốc thay đổi, bổ sung cho cơ quan bảo hiểm xã hội nơi ký hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế và ánh xạ, cập nhật danh mục thuốc trên Cổng tiếp nhận dữ liệu của cơ quan bảo hiểm xã hội để làm cơ sở giám định, thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế;

d) Đề xuất sửa đổi, bổ sung thuốc vào các danh mục thuốc ban hành kèm theo Thông tư này khi có nhu cầu sử dụng và cung cấp thông tin theo yêu cầu của Bộ Y tế;

đ) Bảo đảm cung ứng đầy đủ thuốc, không được thu thêm chi phí của người bệnh đối với các chi phí thuộc phạm vi được hưởng của người tham gia bảo hiểm y tế.

5. Cơ sở sản xuất thuốc, cơ sở kinh doanh dược có trách nhiệm thực hiện các cam kết về giá thuốc và các chính sách hỗ trợ thuốc cho người bệnh để được Quỹ bảo hiểm y tế thanh toán theo điều kiện và tỷ lệ thanh toán theo quy định tại khoản 4 Điều 4 Thông tư số 37/2024/TT-BYT và theo quy định tại Thông tư này.

Điều 6. Điều khoản thi hành

1. Thông tư này có hiệu lực thi hành từ ngày tháng năm 2026.

2. Thông tư số 20/2022/TT-BYT ngày 31 tháng 12 năm 2022 của Bộ trưởng Bộ Y tế ban hành Danh mục và tỷ lệ, điều kiện thanh toán đối với thuốc hóa dược, sinh phẩm, thuốc phóng xạ và chất đánh dấu thuộc phạm vi được hưởng của người tham gia bảo hiểm y tế (sau đây gọi là Thông tư 20/2022-TT-BYT) hết hiệu lực thi hành kể từ ngày Thông tư này có hiệu lực thi hành.

3. Điều 9, khoản 1 và khoản 3 và 6 Điều 10, Điều 11 và Phụ lục 1 Thông tư số 37/2024/TT-BYT hết hiệu lực thi hành kể từ ngày Thông tư này có hiệu lực thi hành.

Điều 7. Quy định chuyển tiếp

1. Người bệnh có thẻ bảo hiểm y tế vào điều trị nội trú hoặc điều trị ban ngày trước ngày Thông tư này có hiệu lực thi hành và kết thúc đợt điều trị nội trú hoặc điều trị ban ngày (ra viện) trong ngày hoặc sau ngày Thông tư này có hiệu lực thi hành thì thực hiện theo quy định tại Thông tư này đối với toàn bộ đợt điều trị đó, trừ trường hợp quy định tại điểm a khoản 2 Điều này.

2. Người bệnh có thẻ bảo hiểm y tế vào điều trị nội trú hoặc điều trị ban ngày trước ngày Thông tư này có hiệu lực thi hành và kết thúc đợt điều trị nội

trú hoặc điều trị ban ngày (ra viện) trong ngày hoặc sau ngày Thông tư này có hiệu lực thì hành được chỉ định sử dụng các thuốc thuộc danh mục quy định tại Thông tư này nhưng có tỷ lệ thanh toán thay đổi so với Thông tư số 20/2022/TT-BYT thì được Quỹ bảo hiểm y tế thanh toán như sau:

a) Đối với thuốc giảm tỷ lệ thanh toán so với Thông tư số 20/2022/TT-BYT thì được Quỹ bảo hiểm y tế thanh toán theo tỷ lệ thanh toán quy định tại Thông tư số 20/2022/TT-BYT cho cả đợt điều trị đó;

b) Đối với thuốc tăng tỷ lệ thanh toán so với Thông tư số 20/2022/TT-BYT thì Quỹ bảo hiểm y tế thanh toán theo quy định tại Thông tư này kể từ ngày Thông tư này có hiệu lực thi hành.

3. Trường hợp người bệnh tự mua thuốc theo quy định tại khoản 6 Điều 54 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, Quỹ bảo hiểm y tế thanh toán theo quy định căn cứ thời điểm ghi trên hóa đơn mua thuốc của người bệnh.

4. Đối với hoạt chất, đường dùng hoặc điều kiện thanh toán của thuốc theo quy định tại Thông tư số 20/2022/TT-BYT mà không thuộc phạm vi được hưởng của người tham gia bảo hiểm y tế theo quy định tại Thông tư này, Quỹ bảo hiểm y tế tiếp tục thanh toán theo quy định tại Thông tư số 20/2022/TT-BYT cho đến khi sử dụng hết số lượng thuốc đã trúng thầu đối với các gói thầu đã phát hành hồ sơ mời thầu trước ngày ban hành Thông tư này.

5. Đối với các hoạt chất trong danh mục của Thông tư này mà có thuốc thành phẩm có giá cao nhất tính tại thời điểm ban hành Thông tư này nhưng có chính sách giảm giá, Quỹ bảo hiểm y tế thanh toán như sau:

a) Thanh toán theo tỷ lệ thanh toán được quy định tại cột 4a, cột 4b của Phụ lục I khi chưa thực hiện chính sách giảm giá;

b) Thanh toán theo tỷ lệ thanh toán cao hơn được quy định tại cột 4a, cột 4b của Phụ lục I kể từ ngày áp dụng chính sách giảm giá thuốc;

c) Đối với thuốc đã trúng thầu theo kết quả lựa chọn nhà thầu và nhà thầu đã ký hợp đồng cung ứng và phát hành hóa đơn mua thuốc cho cơ sở khám bệnh, chữa bệnh trước thời điểm giảm giá thuốc, Quỹ bảo hiểm y tế thanh toán theo tỷ lệ thanh toán quy định tại điểm a khoản này và đơn giá, số lượng thuốc ghi trên hóa đơn mua thuốc của nhà thầu đã phát hành trước thời điểm giảm giá;

Trường hợp nhà thầu có chính sách giảm giá được áp dụng cho toàn bộ các thuốc đã ký hợp đồng cung ứng và phát hành hóa đơn mua thuốc cho cơ sở khám bệnh, chữa bệnh trước thời điểm giảm giá thuốc, Quỹ bảo hiểm y tế thanh toán theo tỷ lệ quy định tại điểm b khoản này và đơn giá mới theo cam kết giảm giá của nhà thầu, áp dụng cho toàn bộ lượng thuốc còn lại chưa sử dụng tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh.

d) Trường hợp có thuốc thành phẩm khác có cùng hoạt chất, đường dùng, chỉ định với thuốc thành phẩm chứa hoạt chất có chính sách giảm giá mà giá của

thuốc thành phẩm đó không cao hơn thuốc thành phẩm đã có chính sách giảm giá, Quỹ bảo hiểm y tế thanh toán theo cùng điều kiện và tỉ lệ với thuốc thành phẩm có chính sách giảm giá.

Trong quá trình tổ chức thực hiện có khó khăn, vướng mắc, các cơ quan, tổ chức, cá nhân phản ánh về Bộ Y tế (Vụ Bảo hiểm y tế) để xem xét, giải quyết./.

Nơi nhận:

- Ủy ban Văn hóa và Xã hội của Quốc hội;
- Văn phòng Chính phủ (Vụ KGVX; Công báo; Cổng thông tin điện tử Chính phủ);
- Bộ Tư pháp (Cục Kiểm tra văn bản QPPL, Vụ Pháp luật chung về xây dựng pháp luật);
- Các Bộ, cơ quan ngang Bộ, cơ quan thuộc CP;
- Các Thứ trưởng (để phối hợp chỉ đạo);
- UBND các tỉnh, thành phố trực thuộc TW;
- Kiểm toán Nhà nước;
- Bảo hiểm xã hội Việt Nam thuộc Bộ Tài chính;
- Bảo hiểm xã hội các Bộ: Quốc phòng, Công an;
- Các Sở Y tế tỉnh, thành phố trực thuộc TW;
- Các BV, Viện có giường bệnh trực thuộc Bộ Y tế;
- Y tế các bộ, ngành;
- Các Vụ, Cục, Văn phòng Bộ;
- Cổng thông tin điện tử BYT;
- Lưu: VT, BH (02), PC (02).

BỘ TRƯỞNG

Đào Hồng Lan

Phụ lục III
Thống kê các dịch vụ kỹ thuật có sử dụng thuốc phóng xạ
 (Áp dụng kể từ ngày....tháng năm 20....)

(Ban hành kèm theo Thông tư số /202.../TT-BYT ngày .../.../202... của Bộ trưởng Bộ Y tế)

CƠ SỞ Y TẾ.....

STT	Dịch vụ kỹ thuật			Chất đánh dấu							Đồng vị phóng xạ/ Thuốc phóng xạ (*)							Giá đề nghị thanh toán (đồng)
	Mã kỹ thuật	Tên dịch vụ kỹ thuật	Giá (đồng)	Tên chất đánh dấu theo Thông tư	Tên thương mại của chất đánh dấu	Đơn vị (kit/lo/...)	Đơn giá (đồng)	Định mức sử dụng của nhà sản xuất	Định mức sử dụng thực tế bình quân	Thành tiền (đồng)	Tên đồng vị phóng xạ/ Thuốc phóng xạ (*)	Tên thương mại đồng vị phóng xạ/Thuốc phóng xạ (*)	Đơn vị (mCi/ MBq)	Đơn giá (đồng)	Liều sử dụng bình quân	Tỷ lệ sử dụng thực tế bình quân	Thành tiền (đồng)	
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)	(11)	(12)	(13)	(14)	(15)	(16)	(17)	(18)	(19)

Người lập biểu
 (Ký, ghi rõ họ và tên)

Trưởng phòng.....
 (Ký, ghi rõ họ và tên)

....., ngày.....tháng.....năm.....
Thủ trưởng cơ sở y tế
 (Ký, ghi rõ họ và tên, đóng dấu)

Ghi chú:

(*) Thuốc phóng xạ trong trường hợp cơ sở khám bệnh, chữa bệnh mua sẵn thuốc phóng xạ thành phẩm từ nhà sản xuất.

- Cột (1): Số thứ tự.

- Cột (2): Mã kỹ thuật.

- Cột (3): Tên của dịch vụ kỹ thuật có sử dụng thuốc phóng xạ.

- Cột (4): Giá của dịch vụ kỹ thuật chưa bao gồm chi phí của đồng vị phóng xạ và chất đánh dấu, do cấp có thẩm quyền phê duyệt.

- Từ cột (5) đến cột (10): Các chỉ tiêu để tính chi phí của chất đánh dấu sử dụng trong dịch vụ kỹ thuật, trong đó:

+ Cột (5): Tên của chất đánh dấu.

+ Cột (6): Tên thương mại của chất đánh dấu.

- + Cột (7): Ghi đơn vị tính (kít hoặc lọ).
- + Cột (8): Ghi đơn giá của chất đánh dấu.
- + Cột (9): Định mức sử dụng nhà sản xuất: Ghi định mức sử dụng do nhà sản xuất quy định cho chất đánh dấu đối với từng dịch vụ kỹ thuật.
- + Cột (10): Định mức sử dụng thực tế bình quân:
 Lưu ý: Cơ sở y tế tính toán định mức sử dụng thực tế bình quân của kít hoặc lọ chất đánh dấu đối với từng dịch vụ kỹ thuật căn cứ vào kỹ thuật của dịch vụ kỹ thuật và số lượng bệnh nhân trực tiếp thực hiện dịch vụ kỹ thuật đó tại cơ sở y tế. Ví dụ đối với xạ hình SPECT tưới máu cơ tim pha nghỉ, sử dụng chất đánh dấu Methoxyisobutyl isonitrin (MIBI), cứ 1 kít MIBI sử dụng được cho 4 bệnh nhân, do vậy định mức sử dụng HCĐD là 1/4. Cơ sở y tế ghi con số này vào cột 10 đối với dịch vụ kỹ thuật xạ hình SPECT tưới máu cơ tim pha nghỉ.
- Cột (11): Thành tiền chi phí chất đánh dấu tại cột (11) bằng (=) cột (8) nhân (x) cột (10).
- Từ cột (12) đến cột (17): các chỉ tiêu để tính chi phí của đồng vị phóng xạ sử dụng trong dịch vụ kỹ thuật, trong đó:
 - + Cột (12): Ghi tên đồng vị phóng xạ; hoặc thuốc phóng xạ trong trường hợp cơ sở khám bệnh, chữa bệnh mua sẵn thuốc phóng xạ thành phẩm từ nhà sản xuất: Trường hợp chỉ chứa đồng vị phóng xạ thì ghi rõ tên đồng vị phóng xạ; trường hợp có sự phối hợp sẵn đồng vị phóng xạ và chất đánh dấu: Ghi rõ tên đồng vị phóng xạ và chất đánh dấu.
 - + Cột (13): Ghi tên thương mại của đồng vị phóng xạ; hoặc thuốc phóng xạ trong trường hợp cơ sở khám bệnh, chữa bệnh mua sẵn thuốc phóng xạ thành phẩm từ nhà sản xuất.
 - + Cột (14): Ghi đơn vị tính của đồng vị phóng xạ.
 - + Cột (15): Ghi đơn giá của đồng vị phóng xạ hoặc thuốc phóng xạ (theo giá mua của cơ sở y tế).
 - + Cột (16): Ghi liều sử dụng bình quân của đồng vị phóng xạ hoặc thuốc phóng xạ sử dụng trong dịch vụ kỹ thuật.
 - + Cột (17): Ghi tỷ lệ sử dụng thực tế bình quân của đồng vị phóng xạ hoặc thuốc phóng xạ. Cơ sở y tế xây dựng tỷ lệ sử dụng đồng vị phóng xạ/thuốc phóng xạ thực tế bình quân dựa vào tốc độ phân rã đồng vị phóng xạ/thuốc phóng xạ, nguồn cung ứng đồng vị phóng xạ/thuốc phóng xạ, chu kỳ nhập đồng vị phóng xạ/thuốc phóng xạ và lưu lượng người bệnh sử dụng thuốc phóng xạ thực tế tại cơ sở y tế. Ví dụ đối với I-131, căn cứ vào thời gian phân rã T1/2 là 8 ngày, nếu cơ sở y tế nhập về với chu kỳ 15 ngày, thì vào ngày đầu tiên tỷ lệ sử dụng đồng vị phóng xạ/thuốc phóng xạ là 100% nhưng sau 8 ngày tỷ lệ sử dụng đồng vị phóng xạ/thuốc phóng xạ còn 50% (do bị phân rã 50%) và sau 16 ngày tỷ lệ sử dụng đồng vị phóng xạ/thuốc phóng xạ còn 25% (do 50% còn lại tiếp tục bị phân rã tiếp 50%), căn cứ trên lượng bệnh nhân sử dụng thuốc, cơ sở y tế xác định tỷ lệ sử dụng thuốc thực tế bình quân của I-131 là 50% thì sẽ ghi vào cột (17) tương ứng với I-131 là 50%.
- Cột (18): Thành tiền chi phí đồng vị phóng xạ/thuốc phóng xạ tại cột (18) bằng (=) số tiền tại cột (15) nhân (x) cột (16) chia (:) cột (17).
- Cột (19):
 - + Trường hợp cơ sở khám bệnh, chữa bệnh mua từng thành phần đơn lẻ là đồng vị phóng xạ và chất đánh dấu để phối hợp thành thuốc phóng xạ: Thành tiền chi phí giá dịch vụ kỹ thuật bao gồm cả chi phí đồng vị phóng xạ và chất đánh dấu bằng (=) cột (4) cộng (+) cột (11) cộng (+) cột (18).
 - + Trường hợp cơ sở khám bệnh, chữa bệnh mua sẵn thuốc phóng xạ thành phẩm từ nhà sản xuất: Thành tiền chi phí giá dịch vụ kỹ thuật bao gồm cả chi phí đồng vị phóng xạ và chất đánh dấu bằng (=) cột (4) cộng (+) cột (18)/.