

Báo cáo tiếp thu- giải trình ý kiến góp ý của Bộ Tài chính tại Công văn số 183/BTC-BHXH ngày 08/01/2026 đối với Dự thảo 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

I. Đối với nội dung hướng dẫn tại dự thảo Thông tư

STT	Nội dung dự thảo Thông tư	Nội dung góp ý	Tiếp thu, giải trình
		Đề nghị Bộ Y tế nghiên cứu, xây dựng Dự thảo theo hướng danh mục thuốc thuộc phạm vi được hưởng của người tham gia BHYT theo 03 cấp chuyên môn kỹ thuật. Lý do: Thông tư số 20/2022/TT-BYT quy định danh mục thuốc được sử dụng và thanh toán BHYT theo hạng bệnh viện và cụ thể một số trường hợp được dùng thuốc vượt hạng. Tuy nhiên, Luật Khám bệnh, chữa bệnh số 15/2023/QH15 không còn quy định phân hạng bệnh viện mà thay thế bằng quy định phân cấp chuyên môn kỹ thuật có hiệu lực từ ngày 01/01/2025. Việc xây dựng danh mục thuốc thuộc phạm vi được hưởng của người tham gia BHYT theo từng cấp chuyên môn kỹ thuật sẽ góp phần đảm bảo việc sử dụng thuốc an toàn, hợp lý, hiệu quả và đảm bảo tính kế thừa, phù hợp với điều kiện thực tế, năng lực cung cấp dịch vụ khám bệnh, chữa bệnh và phạm vi hoạt động chuyên môn của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh theo phân cấp chuyên môn kỹ thuật cơ quan quản lý nhà nước về y tế quy định tại Luật Khám bệnh, chữa bệnh hiện hành cũng như hạn chế tình trạng kháng thuốc (đặc biệt là kháng kháng sinh), chỉ định thuốc quá mức cần thiết.	<u>Giải trình:</u> Trong quá trình tổng kết thi hành Thông tư 20, Vụ BHYT đã nhận được nhiều ý kiến của các cơ quan, đơn vị đề nghị không quy định việc sử dụng, thanh toán thuốc theo hạng bệnh viện hoặc theo cấp chuyên môn kỹ thuật mà việc sử dụng thuốc nên theo phạm vi, năng lực chuyên môn. Vì vậy, hiện nay dự thảo danh mục thuốc không quy định phân theo hạng bệnh viện và cấp chuyên môn kỹ thuật mà chia thành 02 cột: - Cột 4a: Cơ sở KCB thực hiện KCB nội trú, điều trị ban ngày và ngoại trú. - Cột 4b: Cơ sở KCB chỉ thực hiện KCB ngoại trú, không tổ chức KCB nội trú. Theo quy định về cấu trúc danh mục thuốc quy định tại Thông tư 37 cũng không có quy định việc phân chia danh mục thuốc theo cấp chuyên môn kỹ thuật. Tuy nhiên, để đảm bảo an toàn, hiệu quả trong việc sử dụng thuốc, đặc biệt đối với cơ sở KCB chỉ thực hiện điều trị ngoại trú thì Bộ Y tế quy định riêng các thuốc sử dụng và thanh toán BHYT tại các cơ sở KCB này, đảm bảo phù hợp với năng lực chuyên môn.
1	Tên Thông tư Ban hành Danh mục thuốc hóa dược, sinh phẩm, thuốc phóng xạ, chất đánh dấu 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		
2	Điều 1. Danh mục thuốc hóa dược, sinh phẩm, thuốc phóng xạ, chất đánh dấu thuộc phạm vi được hưởng của người tham gia bảo hiểm y tế Ban hành kèm theo Thông tư này các danh mục sau đây: 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, chất đánh dấu 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).		
3	Điều 2. Sử dụng, thanh toán thuốc trong Danh mục 1. Các thuốc có trong các danh mục ban hành kèm theo Thông tư này được sử dụng và 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, 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. Quỹ bảo hiểm y tế thanh toán các thuốc thành phẩm chứa hoạt chất có trong Phụ lục I ban hành kèm theo Thông tư đáp ứng điều kiện lưu hành theo quy định của pháp luật về dược.	Đề nghị quy định rõ “Quỹ BHYT thanh toán các thuốc thành phẩm được phép lưu hành hợp pháp trên thị trường theo quy định của pháp luật đồng thời hoạt chất của thuốc được quy định cụ thể tại Phụ lục I ban hành kèm theo Thông tư này”. Đề nghị làm rõ khái niệm “thuốc thành phẩm chứa hoạt chất”, tránh cách hiểu thuốc có nhiều hoạt chất chỉ cần có một hoạt chất tại Phụ lục I đã đủ điều kiện sử dụng, thanh toán.	Giải trình: Dự thảo Thông tư không có quy định “Quỹ BHYT thanh toán các thuốc thành phẩm được phép lưu hành hợp pháp trên thị trường theo quy định của pháp luật đồng thời hoạt chất của thuốc được quy định cụ thể tại Phụ lục I ban hành kèm theo Thông tư này”. Nội dung “2. Quỹ bảo hiểm y tế thanh toán các thuốc thành phẩm chứa hoạt chất có trong Phụ lục I ban hành kèm theo Thông tư đáp ứng điều kiện lưu hành theo quy định của pháp luật về dược” đã được bỏ khỏi dự thảo Thông tư sau khi tiếp thu ý kiến góp ý của các đơn vị do đã có quy định pháp luật về dược.
	3. Đối với thuốc thành phẩm của hoạt chất có trong Danh mục được cấp số đăng ký lưu hành 03 năm và có yêu cầu phải theo dõi tính sinh miễn dịch, tính an toàn, hiệu quả, cơ sở kinh doanh dược, cơ sở khám bệnh, chữa bệnh có trách nhiệm: a) Tuân thủ các quy định của cơ quan nhà nước có thẩm quyền và quy định của pháp luật về dược. b) Chỉ sử dụng tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh cấp chuyên sâu và bệnh viện chuyên khoa liên quan đến chỉ định của thuốc thuộc cấp cơ bản. (Xin ý kiến: Đối với thuốc là sinh phẩm tương tự cần	Đề nghị quy định cụ thể nội dung “bệnh viện chuyên khoa liên quan đến chỉ định của thuốc thuộc cấp cơ bản” Lý do: chưa có văn bản pháp lý quy định nội dung này; các hướng dẫn điều trị của Bộ Y tế không quy định chỉ định thuốc theo cấp chuyên môn kỹ thuật.	Tiếp thu: Đã bỏ quy định tại khoản 3 điều này do việc thuốc được cấp SDK lưu hành là đã đảm bảo an toàn, hiệu quả. Việc quy định thuốc được cấp SDK lưu hành 03 năm và phải theo dõi tính sinh miễn dịch, tính an toàn, hiệu quả là thực hiện theo quy định pháp luật về Dược để đảm bảo chặt chẽ hơn.

	xem xét việc thanh toán đối với chi định chưa có dữ liệu tương đương sinh học, chỉ sử dụng dữ liệu ngoại suy)		
	4. 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 quy định tại cột 4a hoặc cột 4b của Danh mục quy định tại Phụ lục I.	Đề nghị sửa thành: "Các thuốc thuộc Phụ lục I có quy định cụ thể về điều kiện sử dụng, tỷ lệ thanh toán thì quỹ BHYT chỉ thanh toán theo đúng tỷ lệ, điều kiện quy định tại cột 4a hoặc 4b của Danh mục quy định tại Phụ lục I"	Tiếp thu: Đã bỏ quy định này do Thông tư 37/2024/TT-BYT đã có nội dung này.
	5. Trường hợp cơ sở khám bệnh, chữa bệnh chỉ thực hiện khám bệnh, chữa bệnh ngoại trú, không tổ chức khám bệnh, chữa bệnh nội trú mà có sử dụng thuốc tại quy định cột 4a: 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 trong trường hợp có đủ năng lực thực hiện theo quy định tại điểm a khoản 2 Điều 8 Thông tư số 37/2024/TT-BYT.	Đề nghị điều chỉnh cụm từ “điều trị bệnh theo mã bệnh phù hợp với yêu cầu chuyên môn” thành “điều trị bệnh phù hợp với yêu cầu chuyên môn” và giải thích “trường hợp cùng một bệnh nhưng sử dụng các thuật ngữ khác nhau thì xác định theo mã bệnh”, đồng thời bổ sung nội dung quy định cơ sở khám bệnh, chữa bệnh xây dựng và gửi danh mục thuốc phải thuyết minh cụ thể các điều kiện đáp ứng quy định tại điểm a khoản 2 Điều 8 Thông tư số 37/2024/TT-BYT ngày 16/11/2024 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 thuốc phạm vi được hưởng của người tham gia BHYT và tình trạng, mức độ, giai đoạn bệnh lý cần sử dụng thuốc thuộc cấp chuyên môn kỹ thuật cao hơn.	Giải trình: Việc quy định điều trị bệnh theo mã bệnh phù hợp với yêu cầu chuyên môn là để đảm bảo thuận lợi, thống nhất trong việc gửi dữ liệu và giám định, thanh toán BHYT. Tiếp thu: Đã sửa lại trong dự thảo Thông tư: “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.”
		Việc sử dụng thuốc của tất cả các cơ sở KCB đều phải đáp ứng định tại điểm a khoản 2 Điều 8 Thông tư 37/2024/TT-BYT; không phải chỉ trường hợp cơ sở KCB thực hiện KCB ngoại trú, không tổ chức KCB nội trú sử dụng thuốc ở cột 4a mới cần đáp ứng. Nếu quy định như dự thảo, xem lại tính cần thiết của việc tách 2 cột 4a và 4b	Giải trình: Việc quy định các điều kiện sử dụng thuốc tại điểm a khoản 2 Điều 8 Thông tư 37 và thuyết minh đủ điều kiện thực hiện chỉ áp dụng trong trường hợp các cơ sở KCB thực hiện KCB ngoại trú, không tổ chức KCB nội trú sử dụng thuốc ở cột 4a. Trong trường hợp các cơ sở KCB không đủ điều kiện hoặc không thuyết minh được thì không được thanh toán BHYT.

6. Trường hợp chi phí hao hụt thuốc chưa được tính trong chi phí quản lý để kết cấu trong giá dịch vụ kỹ thuật thì thực hiện thanh toán 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 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: $\text{Tỷ lệ hao hụt của thuốc A (\%)} = \frac{\text{Giá trị hao hụt của thuốc A}}{\text{Tổng giá trị thuốc A sử dụng tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh}}$ - 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, cụ thể: Giá trị thuốc A hao hụt (VNĐ) = Số lượng thuốc A hao hụt x Giá mua thuốc A (VNĐ).	Đề nghị làm rõ căn cứ để cơ quan BHXH xác định được trường hợp chi phí hao hụt thuốc được tính trong chi phí quản lý để kết cấu trong giá dịch vụ kỹ thuật. Đề nghị sửa thành:	Tiếp thu: Tiếp thu ý kiến của Bộ Tài chính, Bộ Y tế đã sửa đổi, bổ sung Điều 9 Thông tư số 37/2024/TT-BYT tại khoản 1 Điều 3 dự thảo Thông tư 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: $\text{Tỷ lệ hao hụt của thuốc A (\%)} = \frac{\text{Giá trị hao hụt của thuốc A}}{\text{Tổng giá trị thuốc A sử dụng tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh}}$ - 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: $\text{Tổng giá trị hao hụt của thuốc A (VNĐ)} = \sum (\text{Số lượng thuốc A hao hụt} \times \text{Giá mua thuốc A (VNĐ)})$ Giải trình: Nếu chi phí hao hụt thuốc chỉ được tính trên
--	--	--

		Chi phí hao hụt thuốc được quỹ bảo hiểm y tế thanh toán = Tỷ lệ hao hụt thuốc A x Chi phí thuộc phạm vi thanh toán của quỹ BHYT đối với thuốc A (không bao gồm phần chi phí đồng chi trả của người tham gia BHYT). Tổng giá trị thuốc A sử dụng tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh bao gồm cả giá trị thuốc A dùng cho bệnh nhân BHYT và giá trị thuốc A dùng cho các nguồn thu hợp pháp khác của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh (nguồn viện phí, dịch vụ, nghiên cứu khoa học...). Do đó đề nghị hướng dẫn rõ tỷ lệ hao hụt của thuốc A (%) nguồn BHYT để tránh nhầm lẫn với các hao hụt từ nguồn thu khác.	số lượng thuốc (chi phí thuốc) được quỹ BHYT thanh toán thì sẽ không đảm bảo tính được đầy đủ số lượng thuốc hao hụt thực tế tại cơ sở KCB (bao gồm cả số lượng thuốc được quỹ BHYT và số lượng thuốc do người bệnh cùng chi trả). Do đó, Bộ Y tế bảo lưu công thức tính chi phí hao hụt thuốc như tại dự thảo thông tư đã gửi xin ý kiến. <u>Giải trình:</u> Đây là công thức tính tỷ lệ hao hụt chung của một thuốc. Khi tính chi phí hao hụt được quỹ BHYT thanh toán thì được tính: Tỷ lệ hao hụt thuốc A (tính chung) x Tổng chi phí thanh toán bảo hiểm y tế đối với A. Không thể tính riêng được tỷ lệ hao hụt của thuốc sử dụng cho bệnh nhân BHYT và bệnh nhân dịch vụ do việc dự trữ, bảo quản, vận chuyển, cấp phát, pha chế, phân chia liều và sử dụng thuốc trong cơ sở KCB là chung cho cả 02 nhóm đối tượng.
	7. Đối với 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 nêu có cùng chỉ định với dạng hóa học, dạng base, dạng acid, dạng muối của thuốc ghi trong danh mục thuốc. Các khoáng chất trong danh mục thuốc được ghi cụ thể dạng đồng phân hóa học, dạng base hoặc dạng acid hoặc dạng muối và 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.		
	8. Quỹ bảo hiểm y tế thanh toán thuốc phóng xạ, chất đánh dấu khi sử dụng đơn lẻ hoặc phối hợp từng thành phần đơn lẻ tại Mục 1 và Mục 2 của Phụ lục II; hoặc sử dụng thuốc thành phẩm có sự phối hợp sẵn 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: a) Trường hợp thuốc phóng xạ, chất đánh dấu được sử dụng khi phối hợp từng thành phần đơn lẻ tại Mục 1 và Mục 2 của Phụ lục II, Quỹ bảo hiểm y tế thanh toán như sau: - 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	Nội dung "... hoặc sử dụng thuốc thành phẩm có sự phối hợp sẵn từ nhà sản xuất mà các thành phần được quy định tại Mục 1 và Mục 2 của Phụ lục II" là nội dung quy định mới so với Thông tư 20/2022/TT-BYT. Do đó đề nghị làm rõ các tác động trong đó có tác động lên quỹ BHYT của nội dung này. Ngoài ra, đề nghị hướng dẫn rõ trường hợp thuốc phối hợp sẵn chỉ có duy nhất 1 sản phẩm trên thị trường, giá độc quyền cao hơn so với sử dụng kết hợp từng thành phần đơn lẻ: cần phải làm rõ hiệu quả vượt trội việc sử dụng dạng phối hợp sẵn có này và trường hợp cần ưu tiên sử dụng để đảm bảo hiệu quả quản lý, sử dụng quỹ BHYT.	<u>Giải trình:</u> Đây là quy định mới so với Thông tư 20. Tuy nhiên, danh mục thuốc phóng xạ và chất đánh dấu ban hành kèm theo Thông tư 20 không tách riêng thành 02 mục: Mục 1 - danh mục thuốc phóng xạ, Mục 2 - danh mục chất đánh dấu mà gộp chung cả thuốc phóng xạ, chất đánh dấu (trong đó bao gồm cả một số thuốc phóng xạ đã gắn sẵn chất đánh dấu, VD: Octreotide Indium-111). Do vậy, về bản chất quy định này không mở rộng phạm vi thanh toán mà chỉ làm rõ hơn để tạo thuận lợi, thống nhất trong thanh toán BHYT.

	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. - Đối với thuốc phóng xạ: Căn cứ tốc độ phân rã thuốc phóng xạ, nguồn cung ứng thuốc phóng xạ, chu kỳ nhập thuốc phóng xạ và lưu lượng người bệnh sử dụng thuốc phóng xạ 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 thuốc 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. - Việc thống kê, tính toán chi phí sử dụng dịch vụ kỹ thuật có sử dụng thuốc phóng xạ, chất đánh dấu được quy định tại Phụ lục III ban hành kèm theo Thông tư này. b) Trường hợp thuốc thành phẩm có sự phối hợp sẵn thuốc 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: Căn cứ tốc độ phân rã thuốc 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.		
4	Điều 3. 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 (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.		
	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, đầu	Điểm a khoản 2 Điều 3: Đề nghị làm rõ quy định của pháp luật về định nghĩa khí y tế cũng như tiêu chuẩn chất lượng và quy chuẩn của khí y tế, quy định của pháp luật về đầu thầu khí y tế (không bao gồm trường hợp	<u>Giải trình:</u> Thông tư này quy định về việc thanh toán BHYT, do vậy để đáp ứng với điều kiện thanh toán BHYT thì khí y tế phải đáp ứng tiêu chuẩn về chất lượng và được mua sắm, đầu thầu theo đúng quy định.

	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.	khí y tế được đăng ký lưu hành là thuốc hoặc thiết bị y tế)	Trường hợp khí y tế được cấp phép lưu hành là thuốc hoặc TBYT thì phải tuân thủ pháp luật về Dược hoặc về TBYT, trường hợp là hàng hoá thông thường thì tuân thủ quy định về tiêu chuẩn, quy chuẩn hàng hoá theo nhà sản xuất và thực hiện mua sắm như hàng hoá thông thường.
	3. Nguyên tắc thanh toán: a) 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; b) 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 đặt tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh, quỹ bảo hiểm y tế thanh toán số lượng thuốc sử dụng 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). c) 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 b khoản 3 Điều này và khoản 2 và 3 Điều 13 Thông tư số 37/2024/TT-BYT.	Điểm b khoản 3 Điều 3: Đề nghị xem lại công thức tính do thời gian thở khí y tế của người bệnh nhân (x) lượng khí thở trên một đơn vị thời gian (phút hoặc giờ) mới ra được số lượng khí sử dụng cho người bệnh, chưa có hướng dẫn về đơn giá khí y tế trong trường hợp này.	Tiếp thu: Đã sửa lại tại khoản 3 Điều 4 như sau: “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”.
5	Điều 4. 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) 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 đề 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	Đề nghị bổ sung cuối điểm b “cung cấp đầy đủ hồ sơ, tài liệu quy định tại các Điều 3, 4 và 5 Thông tư số 37/2024/TT-BYT cho các cơ quan liên quan tối thiểu 30 ngày khi đề xuất cập nhật, bổ sung, sửa đổi Danh mục và chịu trách nhiệm trước pháp luật về tính chính xác của thông tin đã cung cấp”. Lý do: để đảm bảo cho các đơn vị có đầy đủ hồ sơ, tài liệu, thời gian để tham gia ý kiến trách nhiệm, chất lượng.	Giải trình: Việc quy định trách nhiệm của các cơ quan, đơn vị trong việc áp dụng các nguyên tắc, tiêu chí của Thông tư 37 trong việc xây dựng danh mục thuốc đã được quy định tại Điều 19 Thông tư 37. Do đó, không cần thiết bổ sung quy định này.

y tế, thuốc phóng xạ, chất đánh dấu 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, cập nhật danh mục thuốc thuộc phạm vi chi trả của Quỹ bảo hiểm y tế; c) Bổ sung, cập nhật, đồng bộ mã thuốc theo quy định của Bộ trưởng Bộ Y tế trên Cổng 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.	Đề nghị bỏ quy định tại điểm a khoản 3 Điều 4 quy định trách nhiệm sơ kết, tổng kết thực hiện Thông tư của cơ quan Bảo hiểm xã hội (BHXH). Lý do: căn cứ quy định tại điểm b khoản 1 Điều 9 Nghị định số 80/2025/NĐ-CP ngày 01/04/2025 của Chính phủ ban hành Nghị định về tổ chức thi hành văn bản quy phạm pháp luật: “Chánh án Tòa án nhân dân tối cao, Viện trưởng Viện kiểm sát nhân dân tối cao, Bộ trưởng, Thủ trưởng cơ quan ngang bộ, Tổng Kiểm toán nhà nước chỉ đạo tổ chức sơ kết, tổng kết việc thi hành văn bản quy phạm pháp luật do mình ban hành hoặc liên tịch ban hành”. Vì vậy, quy định BHXH Việt Nam là đơn vị đặc thù trực thuộc Bộ Tài chính thực hiện đánh giá, sơ kết, tổng kết Thông tư do Bộ trưởng Bộ Y tế ban hành là không phù hợp.	<u>Giải trình:</u> Cơ quan BHXH là đơn vị tổ chức thực hiện các chính sách pháp luật BHYT, thực hiện giám định, thanh toán chi phí KCB BHYT, trong đó bao gồm chi phí thuốc. Do đó, cơ quan BHXH cần có trách nhiệm tổ chức triển khai, đánh giá, sơ kết, tổng kết, báo cáo việc thực hiện Thông tư theo thẩm quyền là phù hợp, đúng chức năng, nhiệm vụ. Báo cáo của BHXH Việt Nam về việc tổng kết, đánh giá việc thực hiện Thông tư là căn cứ quan trọng để Bộ Y tế tổng kết, đánh giá tổng thể quá trình triển khai thực hiện Thông tư và đề xuất kiến nghị để sửa đổi phù hợp.
4. Cơ sở khám bệnh, chữa bệnh có trách nhiệm: a) Tổ chức triển khai thực hiện Thông tư này; b) Xây dựng danh mục thuốc hóa dược, sinh phẩm, khí y tế, thuốc phóng xạ, chất đánh dấu sử dụng tại đơn vị và gửi cơ quan bảo hiểm xã hội nơi ký hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế kèm theo kế hoạch lựa chọn nhà thầu, kết quả lựa chọn nhà thầu để làm cơ sở giám định, thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế; c) Xây dựng quy chế, hướng dẫn kê đơn thuốc tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh;	Điểm b khoản 4 Điều 4: Đề nghị sửa thành "Xây dựng danh mục thuốc hóa dược, sinh phẩm, khí y tế, thuốc phóng xạ, chất đánh dấu sử dụng tại đơn vị và gửi cơ quan bảo hiểm xã hội nơi ký hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế kèm theo kết quả lựa chọn nhà thầu để làm cơ sở giám định, thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế;"	<u>Tiếp thu:</u> Đã sửa lại điểm b khoản 4 Điều 5 theo ý kiến góp ý của Bộ Tài chính như sau: “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.”

	d) Trường hợp có thay đổi hay bổ sung danh mục thuốc sử dụng tại đơn vị, cơ sở khám bệnh, chữa bệnh gửi danh mục thuốc sửa 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; đ) 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; e) 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.	Điểm d khoản 4 Điều 4: Đề nghị sửa thành: "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 danh mục thuốc sửa đổi, bổ sung, kết quả 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..."	Tiếp thu: Đã sửa lại điểm b khoản 4 theo ý kiến góp ý của Bộ Tài chính tại điểm c khoản 4 Điều 5 như sau: “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;”
		Điểm e khoản 4 Điều 4: Đề nghị sửa thành: "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 và chi phí đã được nguồn khác chi trả"	Giải trình: Điểm c khoản 5 Điều 8 Thông tư 37 đã quy định quỹ BHYT không thanh toán đối với phần chi phí của các thuốc được ngân sách nhà nước hoặc các nguồn kinh phí khác chi trả. Vì vậy, không cần thiết bổ sung nội dung này.
	5. Cơ sở sản xuất 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.	Cần tách bạch rõ ràng giữa trách nhiệm của doanh nghiệp dược (đảm bảo chất lượng, giá hợp lý, kê khai minh bạch) và quy định thanh toán của BHYT (dựa trên các điều kiện chỉ định cụ thể). Việc ràng buộc thanh toán BHYT với “cam kết về giá” và "cam kết thực hiện chương trình hỗ trợ thuốc cho người bệnh” của từng doanh nghiệp là chưa hợp lý dễ dẫn tới thiếu minh bạch, khó kiểm soát và có thể tạo ra sự khác biệt trong mức độ thanh toán giữa các loại thuốc cùng hoạt chất nhưng nhà sản xuất, doanh nghiệp đăng ký khác nhau, ảnh hưởng đến quyền lợi người bệnh và công bằng trong sử dụng quỹ BHYT. Việc đề xuất bổ sung thuốc vào danh mục được thực hiện theo tên hoạt chất chung, không gắn với tên thương mại cụ thể hay từng doanh nghiệp nên các cam kết về giá và chính sách hỗ trợ thuốc chỉ có giá trị tại thời điểm doanh nghiệp đề xuất và mặt hàng do doanh nghiệp đó sản xuất, không thể đại diện cho toàn bộ các thuốc có cùng hoạt chất trong khi quy định về thanh toán trong danh mục thuốc là quy định theo hoạt chất, không quy định theo tên thương mại.	Giải trình: Khoản 4 Điều 4 Thông tư 37 đã quy định trường hợp cơ sở kinh doanh dược có chính sách giảm giá thuốc và có báo cáo đánh giá tác động ngân sách thì được xem xét tỷ lệ, điều kiện thanh toán phù hợp. Quy định này để khuyến khích các cơ sở KDD có chính sách giá phù hợp góp phần làm giảm chi phí từ tiền túi của người bệnh và chi phí từ quỹ BHYT. Đối với các cơ sở KDD đã có cam kết về giá thuốc hoặc chính sách hỗ trợ thuốc thì cần phải quy định trách nhiệm của cơ sở KDD thực hiện các cam kết đó để được áp dụng quy định tại Khoản 4 Điều 4 Thông tư 37.
		Đề nghị bổ sung thêm điều/khoản quy định trách nhiệm của cơ quan quản lý nhà nước trong việc thường xuyên rà soát, cập nhật, ban hành các hướng dẫn chẩn đoán và điều trị; trách nhiệm của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh trong ban hành hướng dẫn sử dụng thuốc tại đơn	Giải trình: Trách nhiệm của cơ quan quản lý nhà nước trong việc rà soát, cập nhật, ban hành các hướng dẫn chẩn đoán và điều trị, trách nhiệm của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh trong ban hành hướng dẫn sử dụng thuốc,... đã được quy định tại các văn bản quy phạm pháp luật

		vị để phù hợp với mức độ, mô hình bệnh tật, tình hình kháng thuốc... đảm bảo sử dụng thuốc an toàn, hiệu quả và tiết kiệm, ngăn ngừa chỉ định thuốc quá mức cần thiết; lưu ý cần hướng dẫn cụ thể các thuốc và đường dùng tương ứng được chỉ định khi nào, đảm bảo phù hợp với tình trạng, mức độ, giai đoạn bệnh lý.	khác.
6	Điều 5. Hiệu lực 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. Khoản 2 Điều 9, khoản 1 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.		
7	Điều 6. Quy định chuyển tiếp 1. Người bệnh có thể 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.		
	3. Trường hợp người bệnh 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 tại thời điểm ghi trên hóa đơn mua thuốc của người bệnh.	Đề nghị sửa thành: "Trường hợp người bệnh 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"	Tiếp thu: Đã sửa lại theo ý kiến góp ý của Bộ Tài chính tại khoản 3 Điều 7 như sau: “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 <u>Luật Bảo hiểm y tế</u> , 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.		
	6. Trường hợp có vướng mắc phát sinh ngoài quy định tại Thông tư này liên quan đến việc thanh toán bảo hiểm y tế khi thay đổi hoạt chất, đường dùng hoặc điều kiện, tỷ lệ thanh toán của thuốc giữa Thông tư số 20/2022/TT-BYT và Thông tư này, Bảo hiểm xã hội Việt Nam tổng hợp và xin ý kiến Bộ Y tế để xem xét, quyết định.		
		Đề nghị bổ sung hướng dẫn đối với các trường hợp mua sắm theo Điều 49 Nghị định số 188/2025/NĐ-CP ngày 01/07/2025 của Chính phủ quy định chi tiết và hướng dẫn thi hành một số điều của Luật Bảo hiểm y tế.	<u>Giải trình:</u> Điều 49 Nghị định số 188/2025/NĐ-CP đã quy định rõ việc thanh toán chi phí mua thuốc, hóa chất, vật tư xét nghiệm, thiết bị y tế cho 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 thuộc trường hợp quy định tại khoản 3 Điều 55 của Luật Đấu thầu năm 2023 được sửa đổi, bổ sung bởi Luật số 90/2025/QH15. Nghị định này không giao cho Bộ Y tế hướng dẫn bổ sung nội dung này nên không có căn cứ để hướng dẫn nội dung này trong Thông tư.

II. Đối với phần chung của Danh mục thuốc hóa dược, sinh phẩm, thuốc phóng xạ, chất đánh dấu và quy định việc thanh toán khi y tế sử dụng trong khám bệnh, chữa bệnh thuộc phạm vi được hưởng của người tham gia bảo hiểm y tế

	Nội dung trong Thông tư	Nội dung góp ý	Tiếp thu, giải trình
	Phụ lục I. Danh mục thuốc hóa dược, sinh phẩm thuộc phạm vi được hưởng của người tham gia bảo hiểm y tế	- Đối với các thuốc đề xuất bổ sung vào danh mục hoặc quy định, điều chỉnh tỷ lệ, điều kiện thanh toán hoặc loại khỏi danh mục, đề nghị Bộ Y tế căn cứ các tiêu chí quy định tại các Điều 3, 4 và 5 Thông tư số 37/2024/TT-BYT để rà soát, xác định các thuốc đáp ứng đầy đủ các nguyên tắc, tiêu chí Bộ Y tế đã quy định. - Đối với các thuốc bổ sung mới vào danh mục: Đề nghị Bộ Y tế bổ sung đánh giá về chi phí -hiệu quả khi bổ sung thuốc mới vào danh mục đối với các thuốc được bổ sung tại Thông tư số 30/2018/TT-BYT cũng như các thuốc dự kiến bổ sung theo Dự thảo, về mô hình đánh giá tác động ngân sách của các thuốc mới bổ sung để phù hợp với thực tế sử dụng và đưa ra dự báo tác động lên quỹ BHYT sát với thực tiễn.	Tiếp thu: Việc bổ sung thuốc vào danh mục hoặc quy định, điều chỉnh tỷ lệ, điều kiện thanh toán hoặc loại khỏi danh mục đều căn cứ các tiêu chí quy định tại các Điều 3, 4 và 5 Thông tư số 37/2024/TT-BYT. Tiếp thu: Vụ BHYT đã rà soát và đánh giá tác động và tổ chức các cuộc họp chuyên gia đối với các thuốc bổ sung mới, thuốc điều chỉnh tỷ lệ, điều kiện thanh toán hoặc loại khỏi danh mục.

III. Đối với các thuốc cụ thể tại Danh mục thuốc hóa dược, sinh phẩm, thuốc phóng xạ

TT trong Danh mục	Tên hoạt chất	Nội dung trong Thông tư	Nội dung góp ý	Tiếp thu, giải trình
55 Phụ lục I	Oxycodone	Oxycodone đường dùng uống, sử dụng tại các cơ sở KCB nội-ngoại trú, thanh toán điều trị giảm đau do ung thư; thanh toán 50%	Đề nghị rà soát lại phụ lục IA. Oxycodone được xếp tại phụ lục IA chưa đúng với chú thích thuốc phiên từ hạng bệnh viện sang 02 cột, không thay đổi phạm vi thanh toán so với Thông tư 20 Lý do: Oxycodone, đường dùng uống tại Thông tư 20 thanh toán tại bệnh viện hạng đặc biệt, hạng 1 kèm điều kiện, tỷ lệ thanh toán là quỹ BHYT thanh toán điều trị giảm đau do ung thư; thanh toán 50% tuy nhiên sau khi phiên như Dự thảo, thuốc được mở rộng thanh toán tại bệnh viện hạng 2, bệnh viện hạng 3... có điều trị nội-ngoại trú	Tiếp thu: Trong quá trình tổng kết thi hành Thông tư 20, Bộ Y tế đã nhận được nhiều ý kiến của các cơ quan, đơn vị đề nghị không quy định việc sử dụng, thanh toán thuốc theo hạng bệnh viện hoặc theo cấp chuyên môn kỹ thuật mà việc sử dụng thuốc nên theo phạm vi, năng lực chuyên môn. Vì vậy, hiện nay dự thảo danh mục thuốc không quy định phân theo hạng bệnh viện và cấp chuyên môn kỹ thuật mà chia thành 02 cột: - Cột 4a: Cơ sở KCB thực hiện KCB nội trú, điều trị ban ngày và ngoại trú. - Cột 4b: Cơ sở KCB chỉ thực hiện KCB ngoại trú, không tổ chức KCB nội trú. Các bệnh viện hạng 2, hạng 3, 4... đều thực hiện KCB nội trú và ngoại trú, do đó toàn bộ các thuốc từ TT20 sẽ được phiên sang cột 4a của DM thuốc tại TT này. Tiếp thu ý kiến của Bộ Tài chính, Bộ Y tế đã điều chỉnh lại nội dung này tại các báo cáo.
82, Phụ lục I	Alendronate sodium (Alendronat natri)	Thanh toán trong điều trị loãng xương và được chỉ định bởi bác sỹ có phạm vi hành nghề cơ xương khớp hoặc được hội chẩn hoặc được hỗ trợ chuyên môn hoặc được khám bệnh, chữa bệnh từ xa	Đề nghị rà soát điều kiện kê đơn phù hợp với quy định phạm vi hành nghề tại Thông tư 32/2023/TT-BYT ngày 31/12/2023 của Bộ Y tế để tránh vướng mắc khi thực hiện. Lý do: Để đảm bảo phù hợp với quy định của pháp luật về phạm vi hành nghề của người hành nghề khám bệnh, chữa bệnh	Tiếp thu: Hiện nay, Bộ Y tế có cấp phạm vi hành nghề là cơ xương khớp. Tuy nhiên, tiếp thu các ý kiến góp ý của các đơn vị, để bảo đảm đầy đủ, tránh vướng mắc trong tổ chức thực hiện, điều kiện này đã sửa lại như sau: <i>“Thanh toán trong điều trị loãng xương tại phòng khám cơ xương khớp hoặc chấn thương chỉnh hình thuộc khoa khám bệnh, hoặc khoa cơ xương khớp hoặc khoa chấn thương chỉnh hình, hoặc bệnh viện lão khoa, hoặc được chỉ định bởi bác sỹ có phạm vi hành nghề cơ xương khớp hoặc chấn thương chỉnh hình, hoặc được hội chẩn hoặc được hỗ trợ chuyên môn hoặc được khám bệnh, chữa bệnh từ xa bởi bác sỹ có phạm vi hành nghề cơ xương khớp hoặc chấn thương chỉnh hình.”</i>
83, Phụ lục I	Alendronat sodium + cholecalciferol (Vitamin D3)	Thanh toán trong điều trị loãng xương và được chỉ định bởi bác sỹ có phạm vi hành nghề cơ xương khớp, hoặc được hội chẩn hoặc được hỗ trợ chuyên môn hoặc được khám bệnh, chữa bệnh từ xa bởi bác sỹ có phạm vi hành nghề cơ xương khớp	Đề nghị rà soát điều kiện kê đơn phù hợp với quy định phạm vi hành nghề tại Thông tư 32/2023/TT-BYT ngày 31/12/2023 của Bộ Y tế để tránh vướng mắc khi thực hiện.	Tiếp thu: Hiện nay, Bộ Y tế có cấp phạm vi hành nghề là cơ xương khớp. Tuy nhiên, tiếp thu các ý kiến góp ý của các đơn vị, để bảo đảm đầy đủ, tránh vướng mắc trong tổ chức thực hiện, điều kiện này đã sửa lại như sau: <i>“Thanh toán trong điều trị loãng xương tại phòng khám cơ xương khớp hoặc chấn thương chỉnh hình thuộc khoa khám</i>

			Lý do: Để đảm bảo phù hợp với quy định của pháp luật về phạm vi hành nghề của người hành nghề khám bệnh, chữa bệnh	<i>bệnh, hoặc khoa cơ xương khớp hoặc khoa chấn thương chỉnh hình, hoặc bệnh viện lão khoa, hoặc được chỉ định bởi bác sỹ có phạm vi hành nghề cơ xương khớp hoặc chấn thương chỉnh hình, hoặc được hội chẩn hoặc được hỗ trợ chuyên môn hoặc được khám bệnh, chữa bệnh từ xa bởi bác sỹ có phạm vi hành nghề cơ xương khớp hoặc chấn thương chỉnh hình.”</i>
93, Phụ lục I	Zoledronic acid	Thanh toán trong các trường hợp: 1. Điều trị ung thư di căn xương; 2. Điều trị loãng xương và được chỉ định bởi bác sỹ có phạm vi hành nghề cơ xương khớp, hoặc được hội chẩn hoặc được hỗ trợ chuyên môn hoặc được khám bệnh, chữa bệnh từ xa bởi bác sỹ có phạm vi hành nghề cơ xương khớp.	Đề nghị rà soát điều kiện kê đơn phù hợp với quy định phạm vi hành nghề tại Thông tư 32/2023/TT-BYT ngày 31/12/2023 của Bộ Y tế để tránh vướng mắc khi thực hiện. Lý do: Để đảm bảo phù hợp với quy định của pháp luật về phạm vi hành nghề của người hành nghề khám bệnh, chữa bệnh.	Tiếp thu: Hiện nay, Bộ Y tế có cấp phạm vi hành nghề là cơ xương khớp. Tuy nhiên, tiếp thu các ý kiến góp ý của các đơn vị, để bảo đảm đầy đủ, tránh vướng mắc trong tổ chức thực hiện, điều kiện này đã sửa lại như sau: <i>“Thanh toán trong các trường hợp:</i> 1. Điều trị ung thư di căn xương; 2. Điều trị loãng xương tại phòng khám cơ xương khớp hoặc chấn thương chỉnh hình thuộc khoa khám bệnh, hoặc khoa cơ xương khớp hoặc khoa chấn thương chỉnh hình, hoặc bệnh viện lão khoa, hoặc được chỉ định bởi bác sỹ có phạm vi hành nghề cơ xương khớp hoặc chấn thương chỉnh hình, hoặc được hội chẩn hoặc được hỗ trợ chuyên môn hoặc được khám bệnh, chữa bệnh từ xa bởi bác sỹ có phạm vi hành nghề cơ xương khớp hoặc chấn thương chỉnh hình.”
194, Phụ lục I	Ceftazidim + avibactam	Thanh toán trong điều trị nhiễm trùng ổ bụng phức tạp (cIAI) hoặc nhiễm trùng tiết niệu phức tạp, bao gồm viêm thận - bể thận (cUTI) hoặc viêm phổi mắc phải tại bệnh viện, bao gồm viêm phổi liên quan đến thở máy (HAP/VAP) hoặc nhiễm khuẩn huyết liên quan đến hoặc nghi ngờ có liên quan đến bất kỳ nhiễm trùng nào kể trên thuộc một trong các trường hợp sau: 1. Nhiễm khuẩn gây ra do vi khuẩn gram âm kháng cephalosporin thế hệ 3 còn nhạy cảm với ceftazidim + avibactam; 2. Điều trị kinh nghiệm trong trường hợp đã thất bại với kháng sinh nhóm cephalosporin thế hệ 3 mà triệu chứng lâm sàng không cải thiện sau tối thiểu 03 ngày điều trị với carbapenem.	Đề nghị sửa đổi "1. Nhiễm khuẩn gây ra do vi khuẩn gram âm kháng cephalosporin thế hệ 3 còn nhạy cảm với ceftolozan + tazobactam;" thành "1. Nhiễm khuẩn gây ra do vi khuẩn gram âm kháng carbapenem còn nhạy cảm với ceftazidim + avibactam;" Lý do: Cần cân nhắc thận trọng việc mở rộng chỉ định thanh toán cho các kháng sinh dự trữ mới đối với trường hợp vi khuẩn kháng Cephalosporin thế hệ 3. Việc sử dụng sớm các nhóm thuốc này có thể đẩy nhanh tốc độ kháng thuốc và làm suy giảm hiệu quả của các kháng sinh chiến lược. Đồng thời gây nguy cơ làm mất đi các lựa chọn điều trị cuối cùng cho người bệnh trong tương lai.	Tiếp thu: Đã sửa lại như sau: <i>“1. Nhiễm khuẩn gây ra do vi khuẩn gram âm kháng carbapenem còn nhạy cảm với ceftazidim + avibactam”</i>

197, Phụ lục I	Ceftolozan tazobactam	+	Thanh toán trong điều trị nhiễm trùng ổ bụng phức tạp (cIAI) hoặc nhiễm trùng tiết niệu phức tạp, bao gồm viêm thận - bể thận (cUTI) hoặc viêm phổi mắc phải tại bệnh viện, bao gồm viêm phổi liên quan đến thở máy (HAP/VAP) thuộc một trong các trường hợp sau: 1. Nhiễm khuẩn gây ra do vi khuẩn gram âm kháng cephalosporin thế hệ 3 còn nhạy cảm với ceftolozan + tazobactam; 2. Điều trị kinh nghiệm trong trường hợp đã thất bại với kháng sinh nhóm cephalosporin thế hệ 3 mà triệu chứng lâm sàng không cải thiện sau tối thiểu 03 ngày điều trị với carbapenem	Đề nghị sửa đổi "1. Nhiễm khuẩn gây ra do vi khuẩn gram âm kháng cephalosporin thế hệ 3 còn nhạy cảm với ceftolozan + tazobactam;" thành "1. Nhiễm khuẩn gây ra do vi khuẩn gram âm kháng carbapenem còn nhạy cảm với ceftolozan + tazobactam;" Lý do: Cần cân nhắc thận trọng việc mở rộng chỉ định thanh toán cho các kháng sinh dự trữ mới đối với trường hợp vi khuẩn kháng Cephalosporin thế hệ 3. Việc sử dụng sớm các nhóm thuốc này có thể đẩy nhanh tốc độ kháng thuốc và làm suy giảm hiệu quả của các kháng sinh chiến lược. Đồng thời gây nguy cơ làm mất đi các lựa chọn điều trị cuối cùng cho người bệnh trong tương lai.	Tiếp thu: Đã sửa lại như sau: <i>“1. Nhiễm khuẩn gây ra do vi khuẩn gram âm kháng carbapenem còn nhạy cảm với ceftolozan + tazobactam”</i>
210 Phụ lục I	Sultamicillin (Ampicilin sulbactam)	+	Sultamicillin (Ampicilin + sulbactam), đường dùng uống	Đề nghị xem lại cách ghi hoạt chất Sultamicillin (Ampicilin + sulbactam) Lý do: Theo Dược điển Việt Nam V, chuyên luận Ampicilin + sulbactam và chuyên luận Sultamicillin là 2 chuyên luận riêng biệt. Theo chuyên luận Ampicilin + sulbactam trong Dược thư quốc gia 2022, Sultamicillin là một ester oxymethylpenicillat sulfon của ampicilin, không phải dạng phối hợp Ampicilin + sulbactam đơn thuần. Theo phân loại ATC của WHO, chỉ có mã J01CR01 là ampicillin and beta-lactamase inhibitor, đường dùng tiêm và J01CR04 là Sultamicillin đường uống, không có mã ATC cho ampicillin and beta-lactamase inhibitor đường uống hay cụ thể là Ampicilin + sulbactam đường uống.	Tiếp thu: Đã sửa như sau: <i>“Ampicilin + sulbactam”</i>
393 Phụ lục I	Cetuximab		Cetuximab sử dụng tại các cơ sở KCB nội-ngoại trú, thanh toán trong điều trị ung thư đại trực tràng di căn thuộc type RAS tự nhiên; ung thư tế bào vảy vùng đầu, cổ. Thanh toán 50%.	Đề nghị rà soát lại phụ lục IA, Cetuximab được xếp tại phụ lục IA chưa đúng với chú thích thuốc phiên từ hạng bệnh viện sang 02 cột, không thay đổi phạm vi thanh toán so với Thông tư 20	Tiếp thu: Trong quá trình tổng kết thi hành Thông tư 20, Bộ Y tế đã nhận được nhiều ý kiến của các cơ quan, đơn vị đề nghị không quy định việc sử dụng, thanh toán thuốc theo hạng bệnh viện hoặc theo cấp chuyên môn kỹ thuật mà việc sử dụng thuốc nên theo phạm vi, năng lực chuyên môn. Vì vậy, hiện nay dự thảo danh mục thuốc không quy định phân

			Lý do: Thông tư 20 quy định Cetuximab sử dụng tại Bệnh viện hạng đặc biệt, hạng I và bệnh viện chuyên khoa ung bướu hạng II, thanh toán trong điều trị ung thư đại trực tràng di căn thuộc type RAS tự nhiên; ung thư tế bào vảy vùng đầu, cổ; thanh toán 50%. Tuy nhiên sau khi phiên như Dự thảo, thuốc được mở rộng thanh toán tại bệnh viện hạng 2 không phải chuyên khoa ung bướu, bệnh viện hạng 3... có điều trị nội-ngoại trú	theo hạng bệnh viện và cấp chuyên môn kỹ thuật mà chia thành 02 cột: - Cột 4a: Cơ sở KCB thực hiện KCB nội trú, điều trị ban ngày và ngoại trú. - Cột 4b: Cơ sở KCB chỉ thực hiện KCB ngoại trú, không tổ chức KCB nội trú. Các bệnh viện hạng 2, hạng 3, 4... đều thực hiện KCB nội trú và ngoại trú, do đó toàn bộ các thuốc từ TT20 sẽ được phiên sang cột 4a của DM thuốc tại TT này. Tiếp thu ý kiến của Bộ Tài chính, Bộ Y tế đã điều chỉnh lại nội dung này tại các báo cáo.
595, Phụ lục I	Succinic acid + nicotinamid + inosine + riboflavin natri phosphat	Thanh toán trong điều trị đột quy thiếu máu cục bộ giai đoạn cấp tính và phục hồi chức năng sau đột quy.	Đề nghị làm rõ giai đoạn "phục hồi chức năng sau đột quy" là khoảng thời gian bao lâu sau giai đoạn đột quy cấp tính; làm rõ căn cứ để xác định "giai đoạn cấp" của đột quy thiếu máu cục bộ Lý do: Tránh khó khăn vướng mắc giữa BHXH và cơ sở KCB trong xác định giai đoạn cấp của tổn thương thần kinh ngoại biên và khoảng thời gian phục hồi chức năng sau đó	Tiếp thu: Đã điều chỉnh làm rõ trường hợp được thanh toán, cụ thể như sau: “Thanh toán trong trường hợp đột quy thiếu máu cục bộ trong điều trị nội trú và phục hồi chức năng sau đột quy”.
794, Phụ lục I	Liraglutide	Thanh toán 100% cho cơ sở khám bệnh, chữa bệnh thực hiện khám bệnh, chữa bệnh nội trú và ngoại trú	Đề nghị quy định tỷ lệ và điều kiện thanh toán phù hợp theo đúng quy định tại khoản 3 Điều 4 Thông tư số 37/2024/TT-BYT. Lý do: Thuốc dùng trong điều trị đái tháo đường và trong danh mục đã có nhiều thuốc có cùng chỉ định, tác dụng điều trị có chi phí thấp hơn, do đó cần cân nhắc quy định tỷ lệ thanh toán, điều kiện thanh toán để đảm bảo đúng quy định tại Thông tư 37/2024/TT-BYT Thuốc dùng trong điều trị đái tháo đường và trong danh mục đã có nhiều thuốc có cùng chỉ định, tác dụng điều trị có chi phí thấp hơn, do đó cần cân nhắc quy định tỷ lệ thanh toán, điều kiện thanh toán để đảm bảo đúng quy định tại Thông tư 37/2024/TT-BYT	Tiếp thu: Đã sửa lại như sau: “<i>Thanh toán 70% điều trị bệnh đái tháo đường típ 2 không được kiểm soát tốt ở người lớn, thanh thiếu niên và trẻ em từ 10 tuổi trở lên như một hỗ trợ cho chế độ ăn và luyện tập trong trường hợp:</i> - <i>Đơn trị liệu: Khi metformin không phù hợp vì không dung nạp được hoặc chống chỉ định.</i> - <i>Phối hợp với các thuốc khác để điều trị đái tháo đường.</i>

933, Phụ lục I	Methylphenidate hydrochloride	Bỏ điều kiện thanh toán cho trẻ em dưới 16 tuổi do Guide BHYT (2058/QĐ-BYT) và PI không giới hạn độ tuổi	Đề nghị bổ sung điều kiện thanh toán cho trẻ em từ 6 tuổi trở lên Lý do: Theo HDSD của Biệt dược gốc Concerta "Không nên dùng methylphenidate ở trẻ em dưới 6 tuổi. An toàn và hiệu quả ở nhóm tuổi này chưa được thiết lập". Theo Quyết định số 2058/QĐ-BYT ngày 14/5/2020 của Bộ Y tế về hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số rối loạn tâm thần thường, tăng động giảm chú ý đi kèm có thể sử dụng phối hợp với Methylphenidat: 6 - 12 tuổi liều 18 - 54mg/ngày, >12 tuổi: 18 - 72 mg/ngày, không đưa ra mức liều khuyến cáo cho trẻ dưới 6 tuổi. Để đảm bảo an toàn cho đối tượng này, đề nghị bổ sung điều kiện thanh toán.	Tiếp thu: Đã sửa trong dự thảo Danh mục: “Thanh toán cho người từ 6 tuổi trở lên”
944, Phụ lục I	Cytidin-5monophosphat disodium + uridin	Thanh toán trong điều trị tổn thương thần kinh ngoại biên giai đoạn cấp	Đề nghị làm rõ khoảng thời gian để xác định "giai đoạn cấp" của tổn thương thần kinh ngoại biên Lý do: Tránh khó khăn vướng mắc giữa BHXH và cơ sở KCB trong xác định giai đoạn cấp của tổn thương thần kinh ngoại biên	Tiếp thu: Đã sửa lại như sau: “ <i>Thanh toán trong điều trị tổn thương thần kinh ngoại biên trong điều trị nội trú.</i> ”
1024, Phụ lục I	Vitamin B1 + Vitamin B6 + Vitamin B12	Vitamin B1 + Vitamin B6 + Vitamin B12, đường dùng tiêm, được chỉ định bởi bác sĩ có phạm vi hành nghề thần kinh hoặc được hội chẩn, hỗ trợ chuyên môn, KCB từ xa bởi bác sĩ có phạm vi hành nghề thần kinh	Đề nghị xem lại quy định về phạm vi hành nghề thần kinh. Phạm vi hành nghề khám bệnh, chữa bệnh đối với các chức danh chuyên môn quy định tại Luật khám bệnh, chữa bệnh, Thông tư 32/2023/TT-BYT quy định chi tiết một số điều của Luật Khám bệnh, chữa bệnh không đề cập đến phạm vi hành nghề thần kinh. Lý do: Tránh khó khăn vướng mắc giữa BHXH và cơ sở KCB trong xác định phạm vi hành nghề của người hành nghề	Tiếp thu: Hiện nay, Bộ Y tế có cấp phạm vi hành nghề về chuyên ngành thần kinh. Tuy nhiên, tiếp thu các ý kiến góp ý của các đơn vị, để bảo đảm đầy đủ, tránh vướng mắc trong tổ chức thực hiện, điều kiện này đã sửa lại như sau: : “ <i>Được chỉ định bởi bác sĩ có phạm vi hành nghề thần kinh hoặc chẩn thương chỉnh hình hoặc cơ xương khớp hoặc y học cổ truyền, hoặc được hội chẩn hoặc được hỗ trợ chuyên môn hoặc được khám bệnh, chữa bệnh từ xa bởi bác sĩ có phạm vi hành nghề thần kinh hoặc chẩn thương chỉnh hình hoặc cơ xương khớp hoặc y học cổ truyền.</i> ”

thuốc bổ sung mới Phụ lục I	Imipenem + Cilastatin + Relebactam*; Faricimab; Nintedanib; Pertuzumab; Pembrolizumab; Brentuximab Vedotin; Polatuzumab vedotin; Apalutamide; Guselkumab...	Thanh toán 70% hoặc thanh toán 100% khi giảm giá tối thiểu 24.85% so với giá tại thời điểm ban hành Thông tư này, Thanh toán 30%; hoặc thanh toán 50% khi giảm giá tối thiểu 40% so với thuốc thành phẩm có giá cao nhất tại thời điểm ban hành Thông tư này,... (các thuốc có quy định tăng tỷ lệ thanh toán nếu công ty giảm giá thuốc)	Đề nghị làm rõ về thời hạn cam kết khi công ty giảm giá để được quỹ BHYT thanh toán tỷ lệ cao hơn, mức giá này phải được đảm bảo duy trì trong khoảng thời gian nào, cần xác định rõ căn cứ pháp lý cho thời hạn cam kết này để đảm bảo quyền lợi của người bệnh và tính ổn định của quỹ BHYT. Lý do: Cần có căn cứ pháp lý cụ thể để đảm bảo việc thực hiện giảm giá, tránh tình trạng vì các yếu tố khách quan như tăng chi vận chuyển, giá xăng, tỷ giá... dẫn đến thuốc phải tăng giá sau khi đã giảm giá.	Giải trình: Khoản 5 Điều 6 Dự thảo Thông tư đã hướng dẫn cụ thể về việc thanh toán đối với các thuốc có chính sách giảm giá. Việc xem xét để tăng tỷ lệ thanh toán BHYT khi cơ sở có cam kết giảm giá sẽ xét cụ thể đối với từng thuốc và chỉ áp dụng thực hiện khi thực hiện đúng cam kết giảm giá so với giá tại thời điểm ban hành Thông tư. Như vậy, không cần quy định về thời hạn cam kết giảm giá, trường hợp, không thực hiện giảm giá đáp ứng tỷ lệ giảm tối thiểu đã cam kết thì theo quy định sẽ không tăng tỷ lệ thanh toán (áp dụng tỷ lệ thanh toán thấp hơn theo điều kiện được ghi tại cột 4)
thuốc bổ sung mới Phụ lục I	Paclitaxel (Paclitaxel dưới dạng hạt nano liên kết với albumin (Nano particle albumin-bound paclitaxel - Nab-paclitaxel))	Thanh toán trong các trường hợp: 1. Điều trị ung thư vú di căn ở người bệnh từ 18 tuổi trở lên đã thất bại trong điều trị đầu tay đối với bệnh đã di căn và khi liệu pháp tiêu chuẩn chứa anthracycline không được chỉ định, thanh toán 50-70% 2. Điều trị ung thư phổi không tế bào nhỏ ở người bệnh từ 18 tuổi trở lên giai đoạn tiến xa hoặc di căn, thanh toán 50-70%	Đề nghị nêu rõ lý do bổ sung/ sửa đổi và tỷ lệ đề xuất thanh toán của thuốc. Lý do: Đã có nhiều thuốc tương tự trong danh mục có cùng chỉ định, căn cứ quy định tại khoản 3 Điều 4 Thông tư 37/2024/TT-BYT cần đề xuất tỷ lệ cụ thể.	Tiếp thu, giải trình: Đây là dạng paclitaxel gắn với các hạt tiêu phân nano albumin với đặc tính này sẽ khắc phục nhược điểm của paclitaxel thường, không gây phản ứng quá mẫn, tăng tỷ lệ đáp ứng với thuốc, có các nghiên cứu lâm sàng chứng minh hiệu quả hơn so với dạng thông thường. Đã rà soát và quy định tỉ lệ thanh toán tương đồng với paclitaxel dạng micell đã có trong danh mục với tỉ lệ thanh toán 50%.

thuốc bổ sung mới Phụ lục I	Amoxicillin	Amoxicillin, đường dùng tiêm	Đề nghị làm rõ lý do bổ sung thuốc vào danh mục trong bối cảnh kháng kháng sinh hiện nay tại Việt Nam. Theo Quyết định số 5361/QĐ-BYT ngày 31/12/2020 của Bộ Y tế, Amoxicillin thuộc nhóm kháng sinh áp dụng chuyển từ đường tiêm/truyền sang đường uống (nhóm 3: Kháng sinh có sinh khả dụng đường uống cao (>90%) nhưng có liều tối đa đường uống thấp hơn so với liều đường tiêm (do dung nạp tiêu hóa kém)). Trong danh mục thuốc đã có Amoxicilin đường uống; Amoxicilin + acid clavulanic, Amoxicilin + sulbactam đường dùng tiêm có hiệu quả điều trị cao. Nếu bổ sung, đề nghị làm rõ Amoxicillin đường dùng tiêm cần dùng trong trường hợp nào? Lý do: Để đảm bảo sử dụng kháng sinh an toàn, hợp lý, hiệu quả	Tiếp thu, giải trình: Thuốc đáp ứng đầy đủ các tiêu chí để bổ sung vào danh mục. Thuốc có hiệu quả điều trị, góp phần hạn chế sử dụng các kháng sinh thế hệ mới. Thuốc có trong danh mục thuốc thiết yếu ở Việt Nam.
STT 221, 317; STT 304, 851... Phụ lục I	Metronidazol đường dùng tiêm Natamycin đường dùng nhỏ mắt ...	Metronidazol đường dùng tiêm Natamycin đường dùng nhỏ mắt ...	Đề nghị rà soát đảm bảo mỗi hoạt chất, đường dùng tương ứng chỉ có một STT trong danh mục Lý do: Để cơ quan BHXH và cơ sở KCB có căn cứ thống nhất mã hoạt chất tương ứng với mỗi với số đăng ký được cấp phép lưu hành khi cập nhật danh mục trên Hệ thống thông tin giám định.	Tiếp thu: Đã sửa lại trong dự thảo Danh mục
14, 23 Mục 2 Phụ lục II	Lipiodol, Silicon	Lipiodol, Silicon	Đề nghị bổ sung đầy đủ thông tin về đường dùng, dạng dùng và đơn vị của chất đánh dấu. Làm rõ lý do đề xuất bổ sung/sửa đổi. Lý do: Tránh khó khăn, vướng mắc trong quá trình thanh toán thuốc BHYT	Tiếp thu: Đã bổ sung thông tin về đường dùng, dạng dùng và đơn vị. Lý do đề xuất sửa đổi: Dự thảo Danh mục Phụ lục II hiện đang tách 03 mục: Mục 1 - danh mục đồng vị phóng xạ, Mục 2 - danh mục chất đánh dấu, Mục 3 – danh mục nguồn phóng xạ dựa trên danh mục của Thông tư 20. Về bản chất quy định này không mở rộng phạm vi thanh toán mà chỉ làm rõ hơn để tạo thuận lợi, thống nhất trong thanh toán BHYT. Lipiodol I-131 bao gồm đồng vị phóng xạ I-131 và chất đánh dấu Lipiodol. Theo ý kiến của các đơn vị, I-131 không còn

				được sử dụng nhiều và hiện nay đã có các thuốc thay thế khác. Lipiodol chuyển sang Mục 2 - danh mục chất đánh dấu. Phospho 32 (P-32) – Silicon bao gồm nguồn phóng xạ Phospho 32 (P-32) và chất đánh dấu Silicon, Phospho 32 (P-32) hiện đã có trong Mục 3 - danh mục nguồn phóng xạ và Silicon chuyển sang Mục 2 - danh mục chất đánh dấu.
--	--	--	--	---