

BỘ Y TẾ

CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM

Độc lập - Tự do - Hạnh phúc

Số: /2025/TT-BYT

Hà Nội, ngày tháng năm 2025

DỰ THẢO
21/11/2025

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

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 188/2025/NĐ-CP ngày 01 tháng 07 năm 2025 của Chính phủ quy định chi tiết và hướng dẫn biện pháp thi hành một số điều của Luật bảo hiểm y tế;

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, khí y tế, thuốc phóng xạ, chất đánh dấu 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, 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).

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.

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 xem xét việc thanh toán đối với chỉ 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.

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.

6. Trường hợp chi phí hao hụt thuốc chưa được tính trong chi phí quản lý đề 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:

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

- *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).

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 nếu 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 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.

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, 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 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 tạo khí 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.

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 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 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) 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;

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.

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.

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.

Điều 6. 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 thi 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 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.

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;

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.

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.

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 BHYT;
- Lưu: VT, BH (02), PC (02).

BỘ TRƯỞNG**Đào Hồng Lan**

Phụ lục III**Thông kê các dịch vụ kỹ thuật có sử dụng thuốc phóng xạ và chất đánh dấu**

(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	Loại DVKT		Chất đánh dấu						Thuốc phóng xạ						Giá đề nghị thanh toán (đồng)
	Tên	Giá (đồng)	Tên 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 thuốc phóng xạ	Đơn vị (mci)	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)

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:

- Cột (1): Số thứ tự của dịch vụ kỹ thuật.
- Cột (2): Tên của dịch vụ kỹ thuật có sử dụng thuốc phóng xạ, chất đánh dấu.
- Cột (3): Giá của dịch vụ kỹ thuật chưa bao gồm chi phí của thuốc phóng xạ và chất đánh dấu, do cấp có thẩm quyền phê duyệt.
- Từ cột (4) đến cột (9): Các chỉ tiêu để tính chi phí của chất đánh dấu sử dụng trong dịch vụ kỹ thuật, trong đó:
 - + Cột (4): Tên của chất đánh dấu.
 - + Cột (5): Ghi đơn vị tính (kit hoặc lọ).
 - + Cột (6): Ghi đơn giá của chất đánh dấu.
 - + Cột (7): 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 (8): 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 kit 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 kit MIBI sử dụng được cho 4 bệnh nhân, do vậy định mức sử dụng HCĐĐ là 1/4. Cơ sở y tế ghi con số này vào cột 8 đối với dịch vụ kỹ thuật xạ hình SPECT tưới máu cơ tim pha nghỉ.

- Cột (9): Thành tiền chi phí chất đánh dấu tại cột (9) bằng (=) cột (6) nhân (x) cột (8).

- Từ cột (10) đến cột (15): các chỉ tiêu để tính chi phí của thuốc phóng xạ sử dụng trong dịch vụ kỹ thuật, trong đó:

+ Cột (10): Ghi tên của thuốc phóng xạ.

+ Cột (11): Ghi đơn vị tính của thuốc phóng xạ.

+ Cột (12): Ghi đơn giá của thuốc phóng xạ (theo giá mua của cơ sở y tế).

+ Cột (13): Ghi liều sử dụng bình quân của thuốc phóng xạ sử dụng trong dịch vụ kỹ thuật.

+ Cột (14): Ghi tỷ lệ sử dụng thực tế bình quân của thuốc phóng xạ. Cơ sở y tế xây dựng tỷ lệ sử dụng thuốc phóng xạ thực tế bình quân dựa vào tốc độ phân rã chất phóng xạ, nguồn cung ứng chất phóng xạ, chu kỳ nhập chất 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 $T_{1/2}$ là 8 ngày, nếu cơ sở y tế nhập về với chu kỳ 15 ngày, thì vào ngày đầu tiên tỷ lệ sử dụng thuốc phóng xạ là 100% nhưng sau 8 ngày tỷ lệ sử dụng thuốc phóng xạ còn 50% (do bị phân rã 50%) và sau 16 ngày tỷ lệ sử dụng 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 phóng xạ thực tế bình quân của I-131 là 50% thì sẽ ghi vào cột (14) tương ứng với I-131 là 50%.

+ Cột (15): Thành tiền chi phí thuốc phóng xạ tại cột (15) bằng (=) số tiền tại cột (12) nhân (x) cột (13) chia (:) cột (14).

- Cột (16): Thành tiền chi phí giá dịch vụ kỹ thuật bao gồm cả chi phí thuốc phóng xạ và chất đánh dấu bằng (=) cột (3) cộng (+) cột (9) cộng (+) cột (15)/.