

BỘ Y TẾ

Số: 3293/BYT-BH
V/v hướng dẫn thanh toán thuốc BHYT
theo Thông tư số 37/2024/TT-BYT

CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM

Độc lập - Tự do - Hạnh phúc

Hà Nội, ngày 30 tháng 5 năm 2025

Kính gửi: Bảo hiểm xã hội Việt Nam

Bộ Y tế nhận được Công văn số 114/BHXX-CSYT ngày 16/01/2025 của Bảo hiểm xã hội Việt Nam về việc hướng dẫn thanh toán thuốc bảo hiểm y tế (BHYT) theo Thông tư 37/2024/TT-BYT.

Bộ Y tế có ý kiến về các nội dung cụ thể như sau:

1. Quy định về ghi thông tin thuốc trong danh mục đối với thuốc có đường dùng ngoài:

1.1 Về nội dung quy định tại Văn bản hợp nhất:

Theo quy định tại Pháp lệnh hợp nhất văn bản quy phạm pháp luật số 01/2012/UBTVQH13 ngày 22 tháng 3 năm 2012 của Ủy ban Thường vụ Quốc hội, hợp nhất văn bản là việc đưa nội dung sửa đổi, bổ sung trong văn bản sửa đổi, bổ sung một số điều của văn bản đã được ban hành trước đó vào văn bản được sửa đổi, bổ sung theo quy trình, kỹ thuật quy định. Văn bản hợp nhất là văn bản được hình thành sau khi hợp nhất văn bản sửa đổi, bổ sung với văn bản được sửa đổi, bổ sung. Như vậy, Văn bản hợp nhất số 15/VBHN-BYT ngày 16/12/2024 của Bộ Y tế là văn bản đưa các nội dung sửa đổi Thông tư số 20/2022/TT-BYT tại Thông tư số 37/2024/TT-BYT vào Thông tư số 20/2022/TT-BYT.

Thông tư số 37/2024/TT-BYT không sửa đổi quy định về cấu trúc danh mục thuốc và phân hạng sử dụng tại Điều 2 Thông tư số 20/2022/TT-BYT. Vì vậy, tại gạch đầu dòng thứ ba điểm c Điều 2 Văn bản hợp nhất số 15/VBHN-BYT, đường dùng ngoài không có thuốc súc miệng.

1.2 Về việc thời điểm áp dụng quy định quỹ BHYT thanh toán đối với đường "dùng ngoài" có dạng là "súc miệng":

Điểm c khoản 4 Điều 6 Thông tư số 37/2024/TT-BYT "c) Dùng ngoài bao gồm các thuốc bôi ngoài da, xoa ngoài da, dán ngoài da, xịt ngoài da, thuốc rửa, bôi vào niêm mạc, **súc miệng**".

Điều 6 Thông tư số 37/2024/TT-BYT quy định về ghi thông tin thuốc trong danh mục đã có hiệu lực từ ngày 01/01/2025.

Khoản 3 Điều 156 về áp dụng văn bản pháp luật quy định "*Trong trường hợp các văn bản quy phạm pháp luật do cùng một cơ quan ban hành có quy định khác nhau về cùng một vấn đề thì áp dụng quy định của văn bản quy phạm pháp luật ban hành sau*".

Vì vậy, theo quy định của Luật ban hành văn bản quy phạm pháp luật, việc thanh toán các thuốc có đường "dùng ngoài" được thực hiện theo quy định tại

Thông tư số 37/2024/TT-BYT là văn bản quy phạm pháp luật được ban hành sau, tức là quy định này có hiệu lực từ ngày 01/01/2025.

2. Về thanh toán chi phí hao hụt thuốc tại Thông tư 37/2024/TT-BYT:

Tại khoản 2 Điều 9 Thông tư số 37/2024/TT-BYT quy định:

“2. 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 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 x Tổng chi phí thanh toán bảo hiểm y tế đối với thuốc đó.”

Khoản 3, 4 Điều 2 Thông tư số 55/2017/TT-BYT quy định:

“3. Tỷ lệ hao hụt của từng mặt hàng thuốc là tỷ lệ phần trăm (%) theo giá trị thuốc hao hụt trong quá trình dự trữ, bảo quản, vận chuyển, cấp phát, pha chế, phân chia liều và sử dụng tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh so với tổng giá trị của các mặt hàng thuốc sử dụng của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh tại năm quyết toán, cụ thể: Tỷ lệ hao hụt của thuốc A (%) = Giá trị thuốc hao hụt của thuốc A (VNĐ) x 100/Tổng giá trị thuốc sử dụng tại cơ sở (VNĐ)

4. Tỷ lệ hao hụt thuốc tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh bằng tổng tỷ lệ hao hụt của từng mặt hàng thuốc sử dụng tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh tại năm quyết toán.”

Như vậy, Thông tư số 55/2017/TT-BYT chỉ hướng dẫn tính tỷ lệ hao hụt thuốc tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh tại năm quyết toán. Thông tư số 37/2024/TT-BYT hướng dẫn tính chi phí hao hụt thuốc được quỹ bảo hiểm y tế thanh toán đối với từng thuốc dựa trên tỷ lệ hao hụt thuốc đã được tính theo hướng dẫn tại Thông tư số 55/2017/TT-BYT.

3. Về thanh toán chi phí thuốc trong khám bệnh, chữa bệnh từ xa và hỗ trợ khám bệnh, chữa bệnh từ xa:

3.1. Về thời gian áp dụng

Khám bệnh, chữa bệnh từ xa và hỗ trợ khám bệnh, chữa bệnh từ xa là các hình thức khám bệnh, chữa bệnh đã được quy định tại Luật Khám bệnh, chữa bệnh và 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, có hiệu lực từ ngày 01/01/2024. Quy định về thanh toán thuốc sử dụng trong khám bệnh, chữa bệnh từ xa, hỗ trợ khám bệnh, chữa bệnh từ xa tại Thông tư số 37/2024/TT-BYT ngày 16/11/2024 có hiệu lực từ 01/01/2025.

Vì vậy, việc thanh toán thuốc sử dụng trong khám bệnh, chữa bệnh từ xa, hỗ trợ khám bệnh, chữa bệnh từ xa áp dụng thực hiện từ ngày 01/01/2025, là ngày Thông tư số 37/2024/TT-BYT có hiệu lực thi hành.

3.2. Về điều kiện sử dụng thuốc được quỹ BHYT thanh toán

Điểm b khoản Điều 14 Thông tư số 37/2024/TT-BYT quy định:

“b) Quỹ bảo hiểm y tế thanh toán mà không phụ thuộc vào điều kiện sử dụng thuốc quy định tại cột ghi chú của danh mục thuốc ban hành kèm theo Thông tư số 20/2022/TT-BYT nhưng phải đáp ứng các điều kiện sau đây:

- Người kê đơn, chỉ định sử dụng thuốc phải đáp ứng điều kiện sử dụng thuốc quy định tại cột ghi chú của danh mục thuốc ban hành kèm theo Thông tư số 20/2022/TT-BYT (nếu có);

- Thuốc được cơ sở khám bệnh, chữa bệnh điều trị cho người bệnh mua sắm theo quy định của pháp luật về đấu thầu.”.

Như vậy, theo quy định tại điểm b khoản 1 Điều 14 của Thông tư số 37/2024/TT-BYT, việc thanh toán thuốc không phụ thuộc vào các điều kiện đối với cơ sở khám bệnh, chữa bệnh (hạng, chuyên khoa của bệnh viện) đối với thanh toán thuốc sử dụng trong khám bệnh, chữa bệnh từ xa, hỗ trợ khám bệnh, chữa bệnh từ xa. Tuy nhiên, yêu cầu người kê đơn, chỉ định sử dụng thuốc phải đáp ứng điều kiện sử dụng thuốc quy định tại cột ghi chú của danh mục thuốc ban hành kèm theo Thông tư số 20/2022/TT-BYT (nếu có).

Ví dụ: Thuốc Levetiracetam, tiêm, số thứ tự 151 tại Phụ lục I ban hành kèm theo Thông tư số 20/2022/TT-BYT có nội dung tại cột ghi chú như sau: “*Quỹ bảo hiểm y tế thanh toán tại Bệnh viện hạng đặc biệt, hạng I, II và bệnh viện chuyên khoa tâm thần.*” Trong trường hợp khám bệnh, chữa bệnh từ xa, hỗ trợ khám bệnh, chữa bệnh từ xa, quỹ bảo hiểm y tế thanh toán chi phí sử dụng thuốc Levetiracetam tiêm không phụ thuộc vào hạng bệnh viện theo ghi chú trên, nhưng người kê đơn, sử dụng thuốc phải đáp ứng điều kiện kê đơn, chỉ định thuốc thuộc chuyên khoa Tâm thần.

4. Về vướng mắc khác trong thanh toán thuốc

4.1 Về việc áp dụng danh mục thuốc

Khoản 2 Điều 20 Thông tư số 37/2024/TT-BYT quy định “*Không áp dụng quy định tại Điều 7 Thông tư này trong thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế cho đến khi Bộ trưởng Bộ Y tế ban hành văn bản mới về Danh mục và tỷ lệ, điều kiện 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 bảo hiểm y tế.*”.

Khoản 4 Điều 20 Thông tư số 37/2024/TT-BYT quy định: “*Các Điều 3, 4, 5 và 6 Thông tư số 20/2022/TT-BYT hết hiệu lực thi hành từ ngày Thông tư này có hiệu lực thi hành*”.

Như vậy, theo quy định Thông tư số 37/2024/TT-BYT danh mục thuốc thuộc phạm vi được hưởng của người tham gia bảo hiểm y tế vẫn áp dụng theo danh mục thuốc ban hành kèm theo Thông tư số 20/2022/TT-BYT, tức là có phân theo hạng bệnh viện.

Tuy nhiên, tại khoản 2 Điều 8 Thông tư số 37/2024/TT-BYT quy định:

"2. Quỹ bảo hiểm y tế thanh toán phù hợp với phạm vi hoạt động chuyên môn và năng lực thực hiện dịch vụ kỹ thuật của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh:

a) Cơ sở khám bệnh, chữa bệnh được quỹ bảo hiểm y tế thanh toán thuốc sử dụng trong danh mục 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 cho cơ quan quản lý trực tiếp để kiểm tra, giám sát; gửi cơ quan bảo hiểm xã hội để ký hợp đồng và phụ lục hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế."

Như vậy, trường hợp cơ sở khám bệnh, chữa bệnh có sử dụng các thuốc ngoài các hạng bệnh viện đã được quy định tại Phụ lục 1 thì được áp dụng nguyên tắc quy định tại khoản 2 Điều 8 Thông tư số 37/2024/TT-BYT. Cơ sở khám bệnh, chữa bệnh xây dựng danh mục thuốc theo quy định tại điểm b khoản 2 Điều 8 kèm theo nội dung chứng minh sự phù hợp của việc sử dụng thuốc vượt hạng theo quy định tại điểm a khoản 2 Điều 8, gửi Sở Y tế tỉnh/thành phố trực thuộc Trung ương nơi cơ sở khám bệnh, chữa bệnh đóng hoặc gửi về Bộ Y tế (đối với cơ sở khám bệnh, chữa bệnh trực thuộc Bộ Y tế) và cơ quan bảo hiểm xã hội ký hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế.

4.2 Về việc áp dụng quy định thanh toán

Khoản 4 Điều 20 của Thông tư 37/2024/TT-BYT đã bãi bỏ Điều 4 Thông tư số 20/2022/TT-BYT. Như vậy, quy định về thanh toán thuốc tại Điều 4 Thông tư số 20/2022/TT-BYT đã hết hiệu lực thi hành từ ngày 01/01/2025, thời điểm Thông tư số 37/2024/TT-BYT có hiệu lực thi hành. Việc thanh toán chi phí sử dụng thuốc và xây dựng danh mục thuốc sử dụng trong khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế được thực hiện theo nguyên tắc quy định tại khoản 2 Điều 8 Thông tư số 37/2024/TT-BYT (đã trích dẫn ở phần trên).

Trên đây là ý kiến của Bộ Y tế, đề nghị Bảo hiểm xã hội Việt Nam triển khai thực hiện./.

Nơi nhận:

- Như trên;
- TT. Trần Văn Thuấn (để b/c);
- Vụ trưởng Vụ BHYT (để b/c);
- Sở Y tế tỉnh/thành phố trực thuộc TW;
- Cơ sở KCB trực thuộc Bộ Y tế;
- Y tế các Bộ, ngành;
- Hiệp hội BV tư nhân Việt Nam;
- Lưu: VT, BH.

TL. BỘ TRƯỞNG
KT. VU TRƯỞNG VỤ BẢO HIỂM Y TẾ
PHÓ VỤ TRƯỞNG



Vũ Nữ Anh