

Thanh Hóa, ngày 02 tháng 01 năm 2025

QUY ĐỊNH VỀ DUYỆT CẤP PHÁT MỘT SỐ THUỐC TẠI BỆNH VIỆN UNG BƯỚU TỈNH THANH HÓA NĂM 2025

Căn cứ vào quyết định số 1895/1997/QĐ-BYT ngày 09/9/1997 của Bộ trưởng Bộ Y Tế ban hành về quy chế Bệnh viện;

Căn cứ Thông tư số 22/2011/TT-BYT ngày 10/06/2011 của Bộ trưởng Bộ Y Tế về việc Quy định tổ chức và hoạt động của khoa Dược bệnh viện;

Căn cứ Thông tư số 23/2011/TT-BYT ngày 10/6/2011 của Bộ trưởng Bộ Y tế về việc hướng dẫn sử dụng thuốc trong các cơ sở y tế có giường bệnh;

Căn cứ Thông tư số 20/2022/TT-BYT ngày 31/12/2022 của Bộ Y tế về việc 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 và Thông tư số 37/2024/TT-BYT ngày 16/11/2024 của Bộ Y tế về việc 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;

Căn cứ quyết định số 5631/QĐ-BYT ngày 31/12/2020 của Bộ trưởng Bộ Y tế về việc ban hành tài liệu “hướng dẫn thực hiện quản lý sử dụng kháng sinh trong bệnh viện”;

Căn cứ vào Danh mục thuốc sử dụng tại Bệnh viện Ung bướu tỉnh Thanh Hoá năm 2025.

Nhằm tăng cường giám sát, quản lý, sử dụng thuốc an toàn, hợp lý, hiệu quả các nguồn kinh phí khám chữa bệnh cho bệnh nhân. Giám đốc bệnh viện quy định về việc duyệt cấp phát một số thuốc theo các mục sau:

I. Thuốc bắt buộc hội chẩn khi chỉ định cho bệnh nhân tại bệnh viện:

STT	Tên thuốc	Đơn vị tính	Hoạt chất – Hàm lượng
1	Meronem	Lọ	Meropenem* 1000mg
2	Merovia		
3	Fosmicin for I.V.Use 1g	Lọ	Fosfomycin* 1g
4	Voxin	Lọ	Vancomycin* 0,5g
5	Morihepamin	Túi	Acid amin*
6	Kidmin	Túi	Acid amin*

STT	Tên thuốc	Đơn vị tính	Hoạt chất – Hàm lượng
7	Aminoplasmal B.Braun 10% E	Chai	Acid amin + điện giải*
8	Aminoplasmal B.Braun 5% E	Chai	Acid amin + điện giải*
9	Nutriflex Peri	Túi	Acid amin + glucose + điện giải*
10	Nutriflex lipid Peri	Túi	Acid amin + glucose + lipid*

II. Thuốc thuộc nhóm điều trị ung thư:

Khi chỉ định yêu cầu: Phải do bác sĩ có phạm vi hành nghề ung bướu hoặc y học hạt nhân hoặc huyết học truyền máu hoặc trường hợp thuộc phạm vi chuyên môn của người hành nghề theo quy định của pháp luật về khám bệnh, chữa bệnh.

III. Các nhóm thuốc yêu cầu đánh số thứ tự ngày dùng theo điểm 4 điều 3 Chương II thông tư số 23/2011/TT-BYT:

- Thuốc phóng xạ.
- Thuốc gây nghiện.
- Thuốc hướng tâm thần.
- Thuốc kháng sinh.
- Thuốc corticoid.

- Đối với bệnh mạn tính cần sử dụng thuốc gây nghiện, thuốc hướng tâm thần, thuốc điều trị lao, thuốc corticoid và thuốc điều trị ung thư dài ngày thì đánh số thứ tự ngày dùng thuốc theo đợt điều trị, số ngày của mỗi đợt điều trị cần ghi rõ ngày bắt đầu và ngày kết thúc sử dụng thuốc.

IV. Các thuốc có giá trị lớn phải có ý kiến Trưởng khoa lâm sàng, lãnh đạo khoa Dược-VTYT:

STT	Tên thuốc	Hoạt chất/ nồng độ
1	Ciprobay 400mg	Ciprofloxacin 400mg/200ml
2	Levogolds	Levofloxacin 750mg/ 150ml
3	Avelox	Moxifloxacin 400mg/250ml
4	Mikrobiel 400mg/250ml	
5	Aloxi	Palonosetron hydroclorid 0,25mg/5ml
6	Sendatron 250 microgram	
7	Accord Palonosetron	
8	Lipofundin MCT/LCT 10%-250ml	Medium-chain Triglycerides; Soya- bean Oil, (5,0g + 5,0g)/100ml; 250ml

9	Lipofundin MCT/LCT 10%- 500ml	Medium-chain Triglycerides; Soya- bean Oil, (5,0g + 5,0g)/100ml; 500ml
10	Lipofundin MCT/LCT 20%- 250ml	Medium-chain Triglycerides; Soya- bean Oil, (10,0g + 10,0g)/100ml; 250ml

V. Các thuốc có điều kiện thanh toán đặc biệt theo Thông tư số 20/2022/TT-BYT ngày 31/12/2022 của Bộ Y tế:

STT	Tên thuốc	Đơn vị tính	Hoạt chất; nồng độ/hàm lượng	Điều kiện thanh toán
1	Zometa	Chai	Zoledronic acid, 4mg/100ml	Quỹ bảo hiểm y tế thanh toán: Điều trị ung thư di căn xương tại Bệnh viện hạng đặc biệt, hạng I, II.
2	Sun-closen 4mg/100ml	Chai		
3	Thiaject	Lọ	Glutathion 900mg	Quỹ bảo hiểm y tế thanh toán cho bệnh nhân sau xạ trị, bệnh nhân điều trị ung thư bằng cisplatin hoặc carboplatin; thanh toán 50%.
4	CHEMODOX	Lọ	Doxorubicine hydrochloride 2mg/ml; 10ml	Quỹ bảo hiểm y tế thanh toán 50% đối với dạng liposome
5	Deope 500	Lọ	Pemetrexed 500mg	Quỹ bảo hiểm y tế thanh toán ung thư phổi không tế bào nhỏ, ung thư trung biểu mô màng phổi ác tính; thanh toán 50%.
6	Pexate 500	Lọ		
7	SUNPEXITAZ 500	Lọ		
8	Deope 100	Lọ	Pemetrexed 100mg	
9	Allipem 100mg	Lọ		
10	Pemehope 100	Lọ		
11	Afatinib tablets 30mg	Viên	Afatinib 30mg	Quỹ bảo hiểm y tế thanh toán 50%.
12	Afatinib Tablets 40mg	Viên	Afatinib 40mg	
13	Avegra Biocad 400mg/16ml	Lọ	Bevacizumab 400mg/16ml	Quỹ bảo hiểm y tế thanh toán tại bệnh viện hạng đặc biệt, hạng I và bệnh viện chuyên khoa ung bướu hạng II; thanh toán 50%.
14	Avegra Biocad 100mg/4ml	Lọ	Bevacizumab 100mg/4ml	

STT	Tên thuốc	Đơn vị tính	Hoạt chất; nồng độ/hàm lượng	Điều kiện thanh toán
15	Erbix	Lọ	Cetuximab, 5mg/ml	Quỹ bảo hiểm y tế thanh toán điều trị ung thư đại trực tràng di căn thuộc type RAS tự nhiên; ung thư tế bào vảy vùng đầu, cổ. Sử dụng tại Bệnh viện hạng đặc biệt, hạng I và bệnh viện chuyên khoa ung bướu hạng II. Thanh toán 50%.
16	Tarceva	Viên	Erlotinib, 150mg	Quỹ bảo hiểm y tế thanh toán điều trị ung thư phổi thể không phải tế bào nhỏ (non-small cell lung cancer) có EGFR dương tính (epidermall growth factor receptor); thanh toán 50%.
17	Alvoceva	Viên		
18	ERLOTINIB TABLETS 150MG	Viên		
19	Hyyr	Viên		
20	Iressa	Viên	Gefitinib, 250mg	Quỹ bảo hiểm y tế thanh toán điều trị ung thư phổi thể không phải tế bào nhỏ (non-small cell lung cancer) có EGFR dương tính (epidermall growth factor receptor); thanh toán 50%.
21	Anvo-Gefitinib 250mg	Viên		
22	Bigefinib 250	Viên		
23	Umkanib 400	Viên	Imatinib 400mg	Quỹ bảo hiểm y tế thanh toán điều trị bệnh bạch cầu tủy mạn (CML); u mô đệm dạ dày ruột (GIST). Thanh toán 80%.
24	Benivatib 400mg	Viên		
25	Imatinib Teva 100mg	Viên	Imatinib 100mg	Quỹ bảo hiểm y tế thanh toán điều trị bệnh bạch cầu tủy mạn (CML); u mô đệm dạ dày ruột (GIST). Thanh toán 80%.
26	Mabthera	Lọ	Rituximab 500mg/ 50ml, 100mg/ 10ml	Quỹ bảo hiểm y tế thanh toán điều trị u lympho không phải Hodgkin (non-Hodgkin lymphoma) tế bào B có CD20 dương tính.
27	Rixathon	Lọ		

STT	Tên thuốc	Đơn vị tính	Hoạt chất; nồng độ/hàm lượng	Điều kiện thanh toán
28	Nexavar	Viên	Sorafenib 200mg	Quỹ bảo hiểm y tế thanh toán 50% đối với điều trị ung thư tế bào biểu mô gan, ung thư biểu mô tuyến giáp biệt hóa tiên triển tại chỗ hoặc di căn đã thất bại điều trị với iod phóng xạ; thanh toán 30% đối với điều trị ung thư tế bào biểu mô thận tiên triển.
29	Soravar	Viên		
30	Herceptin	Lọ	Trastuzumab 440mg	Quỹ bảo hiểm y tế thanh toán tại bệnh viện hạng đặc biệt, hạng I và bệnh viện chuyên khoa ung bướu hạng II. Thanh toán 60% đối với ung thư vú có HER2 dương tính; thanh toán 50% đối với ung thư dạ dày tiến xa hoặc di căn có HER2 dương tính.
31	Hertraz 440	Lọ		
32	Herticad 440mg	Lọ		
33	Herceptin	Lọ	Trastuzumab, 150mg	
34	Hertraz 150	Lọ		
35	Herticad 150mg	Lọ		
36	ONCOTERON	Viên	Abiraterone acetate 250mg	Quỹ bảo hiểm y tế thanh toán điều trị ung thư tiền liệt tuyến sau khi thất bại với điều trị nội tiết, hoặc sau khi thất bại với điều trị hóa trị; thanh toán 30%.
37	Faslodex	Bom tiêm	Fulvestrant 50mg/ml	Quỹ bảo hiểm y tế thanh toán 50%.
38	Albunorm 20%	Lọ	Human Albumin 10g/50ml	Quỹ bảo hiểm y tế thanh toán trong trường hợp: Nồng độ albumin máu $\leq 2,5$ g/dl hoặc sốc hoặc hội chứng suy hô hấp tiên triển; thanh toán 70%.
39	Visipaque	Chai	Iodixanol, 652mg/ml (320mg I/ml) x 50ml	Quỹ bảo hiểm y tế thanh toán 50%.
40	Estor 40mg	Viên	Esomeprazol (dạng vi hạt bao tan trong ruột chứa Esomeprazol magnesium dihydrat)	Quỹ bảo hiểm y tế thanh toán theo chỉ định trong tờ hướng dẫn sử dụng thuốc kèm theo hồ sơ đăng ký thuốc đã được cấp phép hoặc hướng dẫn chẩn đoán và điều trị của Bộ Y tế hoặc chỉ định dự phòng loét dạ

STT	Tên thuốc	Đơn vị tính	Hoạt chất; nồng độ/hàm lượng	Điều kiện thanh toán
41	Axitan 40mg	Viên	Pantoprazol (dưới dạng Pantoprazol natri sesquihydrat)	dày tá tràng, xuất huyết tiêu hóa tại dạ dày, tá tràng do stress ở bệnh nhân hồi sức tích cực.
42	Biticans	Lọ	Rabeprazole natri	
43	Nutriflex lipid Peri	Túi	Acid amin + glucose + lipid (*), (40g + 80g + 50g)/1250ml	Quỹ bảo hiểm y tế thanh toán: Acid amin + glucose + lipid (*); Acid amin + glucose + lipid + điện giải (*); đối với trường hợp bệnh nặng không nuôi dưỡng được bằng đường tiêu hóa hoặc qua ống xông mà phải nuôi dưỡng đường tĩnh mạch trong: hồi sức, cấp cứu, ung thư, bệnh đường tiêu hóa, suy dinh dưỡng nặng; thanh toán 50%.

Khi chỉ định phải phù hợp với diễn biến tình trạng bệnh nhân, kết quả xét nghiệm cận lâm sàng và cần có ý kiến Trưởng, Phó khoa lâm sàng hoặc Lãnh đạo bệnh viện (khi trưởng khoa lâm sàng vắng mặt) và Lãnh đạo khoa Dược-VTTYT.

Giám đốc Bệnh viện yêu cầu các khoa, phòng trong Bệnh viện nghiêm túc thực hiện qui định này./.

Nơi nhận :

- Các đ/c PGĐ (để b/c);
- Các khoa phòng BV (để t/h);
- Lưu VT, KD.



Trần Văn Thiết