

Thanh Hóa, ngày 05 tháng 3 năm 2026

**QUY ĐỊNH VỀ DUYỆT CẤP PHÁT MỘT SỐ THUỐC TẠI BỆNH VIỆN
UNG BƯỚU TỈNH THANH HÓA NĂM 2026**

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 2026.

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	Fulphila 6mg/0.6ml	Bơm tiêm	Pegfilgrastim (r-DNA origin) 6mg/0.6ml
2	Doripure 500	Lọ	Doripenem monohydrat 500mg*
3	Merovia	Lọ	Meropenem 500mg*
4	Colistimed	Lọ	Colistin 1 MIU*
5	Morihepamin	Túi	Acid amin*
6	Hepagold	Túi	Acid amin*
7	Polnye	Chai	Acid amin*

STT	Tên thuốc	Đơn vị tính	Hoạt chất – Hàm lượng
8	Aminoplasmal B.Braun 5% E	Chai	Acid amin + điện giải (*)
9	Aminoplasmal B.Braun 10% E	Chai	Acid amin + điện giải (*)
10	Aminomix Peripheral	Túi	Acid amin*
11	Nutriflex Peri	Túi	Acid amin + glucose + điện giải (*)
12	MG - TAN Inj	Túi	Acid amin + glucose + lipid (*)
13	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	Aloxi	Palonosetron 0,25mg/5ml
2	Lipofundin MCT/LCT 10%-250ml	Medium-chain Triglycerides; Soya- bean Oil, (5,0g + 5,0g)/100ml; 250ml
3	Lipofundin MCT/LCT 10%-500ml	Medium-chain Triglycerides; Soya- bean Oil, (5,0g + 5,0g)/100ml; 500ml
4	Lipofundin MCT/LCT 20%-250ml	Medium-chain Triglycerides; Soya- bean Oil, (10,0g + 10,0g)/100ml; 250ml
5	Lipidem	Medium-chain triglycerides; Soya-bean oil, refined; Omega-3-acid triglycerides (10,0g + 8,0g + 2,0g)/100ml; 250ml

6	SMOFlipid 20%	Dầu đậu nành tinh chế; triglycerid mạch trung bình; dầu oliu tinh chế; dầu cá tinh chế (6g; 6g; 5g; 3g)/100ml
---	---------------	---

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	Calazolic 4mg/5ml	Ống	Acid zoledronic	Quỹ bảo hiểm y tế thanh toán: Điều trị ung thư di căn xương tại Bệnh viện hạng đặc biệt, hạng I, II.
2	Zolimetax 4mg/100ml	Chai		
3	Sun-closen 4mg/100ml	Chai		
4	Atigluton 1200	Lọ	Glutathion 1200mg	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%.
5	CHEMODOX	Lọ	Doxorubicine hydrochloride 2mg/ml; 10ml	Quỹ bảo hiểm y tế thanh toán 50% đối với dạng liposome
6	Paxus PM 100mg	Lọ	Paclitaxel (công thức Polymeric Micelle của Paclitaxel)	Quỹ bảo hiểm y tế thanh toán 50% đối với dạng liposome và dạng polymeric micelle
7	Paxus PM 30mg	Lọ		
8	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%.
9	Pexate 500	Lọ		
10	Deope 100	Lọ	Pemetrexed 100mg	
11	Pemehope 100	Lọ		
12	TS-One Capsule 20	Viên	Tegafur + Gimeracil + Oteracil kali	Quỹ bảo hiểm y tế thanh toán điều trị ung thư dạ dày di căn: thanh toán 70%.
13	TS-One Capsule 25	Viên	Tegafur + Gimeracil + Oteracil kali	
14	Afatinib tablets 30mg	Viên	Afatinib	Quỹ bảo hiểm y tế thanh toán 50%.
15	Afatinib Tablets 40mg	Viên		

STT	Tên thuốc	Đơn vị tính	Hoạt chất; nồng độ/hàm lượng	Điều kiện thanh toán
16	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%.
17	Abevmy – 400 400mg/16ml	Lọ		
18	Avastin 400mg/16ml	Lọ		
19	Avegra Biocad 100mg/4ml	Lọ	Bevacizumab 100mg/4ml	
20	Abevmy – 100 100mg/4ml	Lọ		
21	Avastin 100mg/4ml	Lọ		
22	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%.
23	Erlova	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%.
24	Tarceva	Viên		
25	APO-Erlotinib	Viên		
26	ONCONIB 150mg	Viên		
27	ERLOTINIB TABLETS 100MG	Viên	Erlotinib, 100mg	
28	Gefiressa	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%.
29	Bigefinib 250	Viên		
30	Iressa	Viên		
31	Gefihope	Viên		
32	Imatinib Teva 400mg	Viên	Imatinib 400mg	
33	Joglic	Viên		
34	Imalotab	Viên		
35	Redivec	Viên	Imatinib 100mg	

STT	Tên thuốc	Đơn vị tính	Hoạt chất; nồng độ/hàm lượng	Điều kiện thanh toán
36	Tyroka 200mg	Viên	Pazopanib 200mg	Quỹ bảo hiểm y tế thanh toán 50%.
37	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.
38	Rixathon	Lọ		
39	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.
40	Soravar	Viên		
41	Sorafenib Tablets 200 mg	Viên		
42	Herticad 440mg	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 tiên xa hoặc di căn có HER2 dương tính.
43	Herzuma	Lọ		
44	Trazimera	Lọ	Trastuzumab 420mg	
45	Hertraz 150	Lọ	Trastuzumab, 150mg	
46	Herticad 150mg	Lọ		
47	Trazimera	Lọ		
48	Abiraterone Invagen 500mg	Viên	Abiraterone acetate 500mg	
49	Faslodex	Bơm tiêm	Fulvestrant 50mg/ml	Quỹ bảo hiểm y tế thanh toán 50%.
50	Fulvestrant EVER Pharma 250 mg	Bơm tiêm		
51	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%.

STT	Tên thuốc	Đơn vị tính	Hoạt chất; nồng độ/hàm lượng	Điều kiện thanh toán
52	Volulyte 6%	Túi	Poly-(O-2-hydroxyethyl) starch (HES 130/0,4); Natri acetat trihydrat; Natri clorid; Kali clorid; Magnesi clorid hexahydrat	Quỹ bảo hiểm y tế thanh toán điều trị giảm thể tích tuần hoàn do mất máu cấp khi sử dụng dịch truyền đơn thuần không cải thiện lâm sàng; điều trị sốt xuất huyết Dengue nặng theo Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị sốt xuất huyết Dengue của Bộ Y tế.
53	Multihance	Lọ	Gadobenic acid (dưới dạng gadobenat dimenglumine) 334mg (0,5M)/ml x 10 ml	Quỹ bảo hiểm y tế thanh toán tiêm tĩnh mạch trong chụp chiếu gan.
54	Visipaque	Chai	Iodixanol, 652mg/ml (320mg I/ml) x 50ml	Quỹ bảo hiểm y tế thanh toán 50%.
55	Estor 40mg	Viên	Esomeprazole	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 dày tá tràng, xuất huyết tiêu hóa tại dạ dày, tá tràng do stress ở bệnh nhân hồi sức tích cực.
56	Asgizole	Viên		
57	Axitan 40mg	Viên	Pantoprazol (dưới dạng Pantoprazol natri sesquihydrat)	
58	Biticans	Viên	Rabeprazole natri	
59	MG - TAN Inj	Túi	11,3% + 11% + 20%, 960ml	
60	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-VTYYT.

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



Trần Văn Thiết

