

**BẢO HIỂM XÃ HỘI VIỆT NAM**

**CHUYÊN ĐỀ NGHIÊN CỨU KHOA HỌC:**

**THỰC TRẠNG VÀ GIẢI PHÁP HOÀN THIỆN VỀ QUẢN  
LÝ CUNG ỨNG THUỐC VÀ GIÁ THUỐC CHO NGƯỜI  
CÓ THẺ BẢO HIỂM Y TẾ**

**CHỦ BIÊN CHUYÊN ĐỀ: DS. PHẠM LƯƠNG SƠN**

**HÀ NỘI – 2003**

## MỤC LỤC

	Trang
PHẦN I: MỞ ĐẦU	1
1. Tính cấp thiết của đề tài nghiên cứu	
2. Mục tiêu nghiên cứu	3
PHẦN II: NỘI DUNG NGHIÊN CỨU	4
CHƯƠNG I: THỰC TRẠNG TÌNH HÌNH CUNG ỨNG, SỬ DỤNG VÀ QUẢN LÝ GIÁ THUỐC BHYT TẠI CÁC CƠ SỞ KCB	
I. VÀI NÉT VỀ THỊ TRƯỜNG THUỐC Ở VIỆT NAM	
1. Đặc điểm chung	4
2. Thị trường thuốc Việt Nam	7
II. THỰC TRẠNG TÌNH HÌNH CUNG ỨNG THUỐC BHYT	19
1. Giai đoạn thực hiện Điều lệ BHYT theo Nghị định 299/HĐBT	
2. Giai đoạn thực hiện Điều lệ BHYT theo Nghị định số 58/CP	23
III. THỰC TRẠNG TÌNH HÌNH SỬ DỤNG THUỐC BHYT	25
IV. THỰC TRẠNG CÔNG TÁC QUẢN LÝ GIÁ THUỐC CHỮA BỆNH CHO NGƯỜI BỆNH BHYT	35
CHƯƠNG II: ĐỀ XUẤT GIẢI PHÁP TỔ CHỨC CUNG ỨNG VÀ PHƯƠNG THỨC QUẢN LÝ GIÁ THUỐC BHYT	38
I. KINH NGHIỆM QUẢN LÝ SỬ DỤNG THUỐC CHO BỆNH NHÂN BHYT Ở MỘT SỐ NƯỚC TRÊN THẾ GIỚI.	38
1. Khái quát tình hình thị trường thuốc trên thế giới.	
2. Vài nét về tình hình quản lý sử dụng thuốc ở một số Quốc gia đại diện	
I. PHƯƠNG ÁN TỔ CHỨC CUNG ỨNG THUỐC BHYT	49
1. Đơn vị cung ứng	
2. Nguồn thuốc cung ứng cho người bệnh có thẻ BHYT	50
3. Tổ chức cung ứng thuốc BHYT	52
II. PHƯƠNG THỨC QUẢN LÝ GIÁ THUỐC BHYT	56
1. Cơ sở xác định giá gốc	
2. Nguyên tắc xác định tỷ lệ % chi phí được hạch toán vào giá thuốc	
PHẦN III: KẾT LUẬN	58
TÀI LIỆU THAM KHẢO	59

## **PHẦN I: MỞ ĐẦU**

### **1. Tính cấp thiết của đề tài nghiên cứu:**

Trong công tác chăm sóc và bảo vệ sức khỏe cho người bệnh nói chung, người có thẻ BHYT nói riêng, thuốc chữa bệnh giữ một vị trí quan trọng. Thuốc là một loại hàng hóa đặc biệt, đòi hỏi phải có những kiến thức Y-Dược học nhất định, khi sử dụng mà thiếu nó sẽ mang lại hậu quả không tốt cho người bệnh. Điều đáng quan tâm là chi phí thuốc dùng cho người bệnh BHYT chiếm một tỷ trọng rất lớn, từ 60-70% trong tổng chi phí khám chữa bệnh BHYT hàng năm. Vì vậy, làm tốt công tác quản lý thuốc chữa bệnh BHYT sẽ là một đóng góp tích cực vào việc nâng cao chất lượng khám chữa bệnh cho người tham gia BHYT cũng như việc bảo toàn và tăng trưởng quỹ BHYT.

Vấn đề tổ chức cung ứng thuốc cho người bệnh có thẻ BHYT đã được quan tâm ngay từ khi triển khai thực hiện chính sách BHYT ở Việt Nam. Tuy nhiên, do một số hạn chế nhất định từ sự quản lý phân tán quỹ BHYT ở mỗi địa phương, ngành theo Điều lệ BHYT ban hành kèm theo Nghị định số 299/HĐBT ngày 15/8/1992 của Hội đồng Bộ trưởng (nay là Chính phủ) nên công tác quản lý việc cung ứng thuốc và giá thuốc chưa có được sự chỉ đạo thống nhất từ Trung ương đến địa phương. Mỗi địa phương, ngành tùy theo đặc điểm của địa phương, ngành mình và sự chỉ đạo của Sở Y tế để thực hiện một phương thức cung ứng và quản lý giá thuốc BHYT khác nhau. Chính điều đó cùng với những mặt trái của cơ chế thị trường đã làm gia tăng tình trạng lạm dụng thuốc BHYT. Thực trạng việc sử dụng thuốc chữa bệnh cho người có thẻ BHYT đã và đang còn nhiều bất cập mà một trong những nguyên nhân cơ bản là chưa có được sự quản lý chặt chẽ, đồng bộ trong suốt quá trình đảm bảo cung ứng thuốc, quản lý giá thuốc và thanh toán tiền thuốc giữa các cơ sở KCB và cơ quan BHYT.

Ngày 15/8/1998 Chính phủ đã ban hành Điều lệ BHYT mới kèm theo Nghị định số 58/1998/NĐ-CP nhằm thực hiện việc quản lý tập trung thống nhất toàn

ngành đối với hệ thống BHYT. Sự thay đổi này đã tạo điều kiện thuận lợi cho hệ thống BHYT phát triển. Đồng thời cũng đặt ra yêu cầu bức xúc phải có được một phương thức quản lý việc cung ứng thuốc, quản lý giá thuốc thống nhất trong phạm vi cả nước nhằm thực hiện tốt hơn những mục tiêu cơ bản của Chính sách thuốc quốc gia trong quá trình tổ chức thực hiện chính sách BHYT ở Việt Nam.

Để làm tốt công tác quản lý thuốc chữa bệnh dùng cho người bệnh có thẻ BHYT, các giải pháp được lựa chọn là:

1. Xây dựng danh mục thuốc chữa bệnh được BHXH (quỹ BHYT) chi trả.
2. Xây dựng phương thức tổ chức cung ứng thuốc cho người bệnh BHYT.
3. Xây dựng phương thức, quy trình quản lý giá thuốc BHYT.

Trong những năm 2000-2001, BHYT Việt Nam trước đây đã có nhiều cố gắng trong việc tham mưu và xây dựng Danh mục thuốc chữa bệnh chủ yếu sử dụng tại các cơ sở KCB, đồng thời đã tiến hành những bước đi đầu tiên trong việc khảo sát, tổng kết thực tiễn và dự thảo xây dựng một phương thức cung ứng, quản lý giá thuốc BHYT. Tuy nhiên, do một số nguyên nhân chủ quan và khách quan, đề án tổ chức cung ứng thuốc BHYT chưa được triển khai trong thực tiễn.

Ngày 24/01/2002 Thủ tướng Chính phủ đã có Quyết định số 20/2002/QĐ-CP về việc chuyển giao hệ thống BHYT từ Bộ Y tế sang BHXH Việt Nam, theo đó quỹ khám chữa bệnh BHYT được quản lý tập trung thống nhất triệt để hơn từ Trung ương xuống các địa phương. Vấn đề quản lý thuốc chữa bệnh nhằm nâng cao hiệu quả sử dụng quỹ BHYT, đảm bảo tốt hơn nhu cầu và quyền lợi cho người tham gia BHYT, hướng tới thực hiện BHYT toàn dân đến năm 2010 càng trở nên bức xúc. Thực trạng tình hình cung ứng thuốc, sử dụng thuốc và quản lý giá thuốc chữa bệnh nói chung, thuốc sử dụng cho người bệnh có BHYT nói riêng cho thấy còn tồn tại một số bất cập như:

1. Chưa có một phương thức tổ chức cung ứng hợp lý, thống nhất trên toàn quốc thuốc chữa bệnh sử dụng cho người có thẻ BHYT tại các cơ sở KCB.

2. Giá thuốc đang bị thả nổi không có sự quản lý của nhà nước, đồng thời cũng chưa xác lập được một cơ chế quản lý, kiểm soát giá thuốc thanh toán với quỹ BHYT;

3. Việc sử dụng thuốc BHYT còn quá nhiều vấn đề nổi cộm, không theo đúng mục tiêu cơ bản của chính sách quốc gia về thuốc của Việt Nam là đảm bảo sử dụng thuốc an toàn - hợp lý - hiệu quả.

Nhằm đảm bảo tốt hơn quyền lợi về thuốc chữa bệnh sử dụng cho người bệnh, góp phần nâng cao hiệu quả sử dụng quỹ khám chữa bệnh BHYT, rất cần phải có một nghiên cứu để đánh giá thực trạng và đề ra phương thức quản lý việc cung ứng thuốc và giá thuốc BHYT. Xuất phát từ những yêu cầu đó, chúng tôi lựa chọn và nghiên cứu chuyên đề: "***Thực trạng và giải pháp hoàn thiện về quản lý cung ứng thuốc và giá thuốc cho người có thẻ BHYT.***"

## **2. Mục tiêu nghiên cứu:**

### **2.1 Mục tiêu chung:**

*Đảm bảo cung cấp đầy đủ, kịp thời cả về chất lượng, số lượng, chủng loại thuốc chữa bệnh cho người có thẻ BHYT với chi phí hợp lý, phù hợp với khả năng chi trả của quỹ BHYT. Đồng thời tạo cơ sở pháp lý cho công tác quản lý, kiểm soát giá thuốc BHYT để nâng cao hiệu quả sử dụng quỹ BHYT, chống lạm dụng và tăng cường khả năng cân đối an toàn quỹ BHYT.*

### **2.2 Mục tiêu cụ thể:**

- a. Đánh giá thực trạng tình hình cung ứng thuốc, quản lý giá thuốc sử dụng cho bệnh nhân BHYT
- b. Nghiên cứu đề xuất phương án cung ứng thuốc, phương thức xác định và quản lý giá thuốc BHYT thống nhất trong cả nước.

## **3. Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:**

### **3.1 Đối tượng nghiên cứu:**

- Phương thức cung ứng và giá thuốc thanh toán tại các bệnh viện.

- Các chứng từ thanh toán chi phí khám chữa bệnh (tách phần chi phí thuốc) giữa cơ quan BHXH và cơ sở KCB.

### **3.2 Phạm vi nghiên cứu:**

Nghiên cứu này được thực hiện tại các địa phương: Hà Nội, Thanh Hóa, Lạng Sơn, và Thái Bình. Tại mỗi địa phương chọn 3 cơ sở KCB gồm: 1 Bệnh viện đa khoa tỉnh, 01 trung tâm y tế huyện và 01 bệnh viện chuyên khoa.

### **3.3 Phương pháp nghiên cứu:**

- Điều tra khảo sát thực tế
- Hồi cứu số liệu thứ cấp
- Tổng hợp, phân tích, đánh giá

## **PHẦN II: NỘI DUNG NGHIÊN CỨU**

### **CHƯƠNG I**

## **THỰC TRẠNG TÌNH HÌNH CUNG ỨNG, SỬ DỤNG VÀ QUẢN LÝ GIÁ THUỐC BẢO HIỂM Y TẾ TẠI CÁC CƠ SỞ KHÁM CHỮA BỆNH**

### **I. VÀI NÉT VỀ THỊ TRƯỜNG THUỐC Ở VIỆT NAM**

#### **1. Đặc điểm chung:**

Ngành dược Việt Nam đã có nhiều cố gắng vươn lên trong cơ chế thị trường đáp ứng được nhu cầu cơ bản về thuốc thiết yếu cho cộng đồng, khắc phục được tình trạng thiếu thuốc trong hoàn cảnh thiên tai, dịch bệnh liên tiếp xảy ra; việc tuyên truyền giáo dục hướng dẫn sử dụng thuốc hợp lý, an toàn tiết kiệm trong nhân dân ngày một nâng cao. Trước năm 1986 ngành dược quốc doanh giữ vai trò duy nhất trong việc đảm bảo thuốc cho công tác chăm sóc và bảo vệ sức khỏe nhân. Từ năm 1986 nền kinh tế nước ta chuyển dần sang hoạt động theo cơ chế thị trường định hướng xã hội chủ nghĩa có sự quản lý của Nhà nước, nhiều thành phần kinh tế tham gia hoạt động kinh doanh dược phẩm, ngành dược có nhiều tiến bộ

vượt bậc, đáp ứng được ngày càng tốt hơn nhu cầu về thuốc của nhân dân và đang phát triển mạnh trên con đường hội nhập.

### 1.1 *Giai đoạn trước năm 1986:*

Nền kinh tế Việt Nam được quản lý và hoạt động theo cơ chế kế hoạch hoá, tập trung quan liêu bao cấp. Đối với ngành dược, thuốc được coi là hàng hoá đặc biệt nên việc sản xuất và phân phối thuốc được thực hiện theo chỉ tiêu ấn định và chỉ có doanh nghiệp dược Nhà nước mới được phép thực hiện các công việc này. Sau năm 1975, Nhà nước tiến hành cải tạo tư bản tư doanh, lúc này cả nước chỉ có một hệ thống dược phẩm quốc doanh duy nhất, hoạt động trong tất các lĩnh vực dược. Nguồn thuốc cung ứng cho nhu cầu khám chữa bệnh chủ yếu là thuốc sản xuất trong nước, thuốc nhập ngoại được thực hiện theo nghị định thư, phi mậu dịch, hàng đổi hàng hoặc nhập tiểu ngạch.

Giá thuốc được thống nhất trong toàn quốc và thường khá thấp, giá bán thoát khỏi quy luật giá trị, nhiều thuốc có giá bán thấp hơn giá thành. Lợi nhuận của các xí nghiệp dược phẩm nhỏ, tích lũy ít, thiếu khả năng đầu tư và phát triển. Giá thuốc nhập ngoại được tính theo giá trị trao đổi của Nghị định thư mà tỷ giá hối đoái bị áp đặt rất thấp. Thuốc thiếu trầm trọng thị trường bất hợp pháp luôn tồn tại với giá cao hơn so với giá Nhà nước.

Cũng giống như các ngành kinh tế khác hoạt động ngành dược bị ảnh hưởng bởi sự độc quyền trong sản xuất kinh doanh nên không có động lực phát triển, thuốc được sản xuất và cung ứng theo kế hoạch định trước.

### 1.2 *Giai đoạn sau năm 1986:*

Hội nghị Trung ương Đảng cộng sản Việt Nam lần thứ 10 (1986) đã khẳng định quyết tâm xoá bỏ cơ chế tập trung, quan liêu, bao cấp. Chuyển nền kinh tế sang hoạt động theo cơ chế thị trường. Giai đoạn này được gọi là giai đoạn đổi mới, với chủ trương thực hiện nhất quán và lâu dài: "*Chính sách phát triển kinh tế*

*hàng hoá nhiều thành phần, vận động theo cơ chế thị trường, có sự quản lý của Nhà nước theo định hướng xã hội chủ nghĩa".* Nhờ đó mà tổng sản phẩm quốc nội tăng, đủ lương thực, thực phẩm và các hàng hoá khác cho nhu cầu của xã hội và bắt đầu có dự trữ, kim ngạch xuất khẩu ngày càng tăng. Đời sống của các tầng lớp nhân dân được cải thiện rõ rệt, công tác phòng chống dịch bệnh, chăm sóc sức khoẻ bà mẹ trẻ em, người cao tuổi cũng như sức khoẻ cộng đồng ngày càng tốt hơn. Nhờ đó, ngành dược Việt Nam đã từng bước phát triển mạnh.

Cuối những năm 80 đầu những năm 90 nền kinh tế nước ta chuyển sang hoạt động theo cơ chế mới. Nhà nước đã xoá bỏ bao cấp trong lĩnh vực sản xuất kinh doanh cung ứng thuốc và xoá bỏ chế độ bù lỗ, với đường lối kinh tế mở cửa và khuyến khích các thành phần kinh doanh dược phẩm tạo nên thị trường thuốc rất phong phú và đa dạng, cơ bản đáp ứng được nhu cầu thuốc cho công tác phòng và chữa bệnh cho nhân dân, chấm dứt tình trạng khan hiếm thuốc như trước đây.

Tuy nhiên, vấn đề cung ứng thuốc cho nhân dân vẫn còn nhiều vấn đề bức xúc. Mức độ hưởng thụ thuốc của nhân dân ta còn đang ở vào loại thấp nhất thế giới 10 USD/người/năm (mức bình quân trên thế giới hiện nay là 40 USD/người/năm).

Trong cơ chế thị trường hiện nay số lượng chủng loại thuốc khá sẵn nhất là các loại thuốc thiết yếu, vậy để đạt mục tiêu người dân được cung cấp đủ thuốc, thuốc có chất lượng, thì trọng tâm vẫn là xây dựng mạng lưới bán thuốc trong đó phải lấy doanh nghiệp Dược Nhà nước làm chủ đạo. Từ đó chúng ta mới có điều kiện để thực hiện các chính sách xã hội đối với các huyện miền núi vùng sâu vùng xa như: cấp thuốc cho các xã đặc biệt khó khăn, thực hiện bán thuốc có trợ giá, trợ cước cho đồng bào dân tộc, miền núi và các đối tượng chính sách xã hội khác.

Trên thực tế các doanh nghiệp dược Nhà nước vẫn giữ vai trò chủ đạo trong cung ứng thuốc cho nhân dân. Nhiều công ty dược mở đại lý tại các trạm y tế xã cùng với hệ thống dược tư nhân, tạo ra mạng lưới bán lẻ thuốc sâu rộng, đảm bảo đủ nhu cầu thuốc phòng chữa bệnh cho nhân dân.



## **2. Thị trường thuốc Việt Nam**

Với chính sách đổi mới của Đảng bắt đầu từ Đại hội VI, ngành Dược đã có nhiều khởi sắc, đặc biệt là từ thập kỷ 90. Từ năm 1992, các công ty nước ngoài đã bắt đầu thâm nhập vào thị trường Việt Nam và xem đây là một thị trường mới đầy tiềm năng với trên 70 triệu dân. Số lượng các công ty nước ngoài tại Việt Nam tăng lên nhanh chóng, tới nay đã có khoảng 340 công ty, với hơn 4000 mặt hàng thuốc được đăng ký, cùng sự có mặt của nhiều tập đoàn hàng đầu thế giới, đã đem lại cho thị trường Dược Việt Nam một diện mạo mới, phong phú, đa dạng và nhiều màu sắc.

Ngành dược Việt Nam, sau một thời gian dài trì trệ, đã bắt đầu vươn dậy. Số lượng mặt hàng sản xuất trong nước tăng nhanh, đến nay đã có hơn 6000 thuốc được cấp số đăng ký. Số lượng các công ty dược tăng lên nhanh chóng. Năm 1997 toàn quốc mới chỉ có 334 công ty dược nhưng đến năm 2001 đã là 528 công ty.

Những điều này đã khiến thị trường Dược Việt Nam trở thành một thị trường rất sôi động và phong phú, đáp ứng ngày càng tốt hơn nhu cầu khám chữa bệnh của nhân dân. Tình trạng khan hiếm thuốc trước đây đã được giải quyết. Bệnh nhân đã được sử dụng những liệu pháp điều trị mới bên cạnh những liệu pháp truyền thống, cũng như có thể chọn lựa các loại thuốc có mức giá phù hợp nhất với điều kiện kinh tế của mình. Tuy vậy, đi kèm với sự phát triển của thị trường là sự cạnh tranh quyết liệt, giữa các công ty nước ngoài với các công ty trong nước và giữa các công ty trong nước với nhau. Không còn sự bao cấp của nhà nước, để tồn tại và phát triển, các doanh nghiệp Dược Việt Nam buộc phải học hỏi, áp dụng các chiến lược kinh doanh một cách sáng tạo theo cơ chế mới phù hợp với điều kiện thực tế của mỗi đơn vị, một số nơi đã có những thành công nhất định. Tuy vậy, nhìn chung các doanh nghiệp Dược Việt Nam vẫn phải đang học hỏi trong quá trình hội nhập, nhằm tìm kiếm, khẳng định và phát triển chỗ đứng của mình trên thị trường.

Tính đến ngày 31/12/2002 thị trường thuốc Việt Nam có 10.927 mặt hàng, trong đó:

- Thuốc nước ngoài được cấp số đăng ký (SDK) là 4793 mặt hàng gồm 864 hoạt chất;
- Thuốc trong nước được cấp SDK là 6184 mặt hàng gồm 384 hoạt chất.

Thuốc nước ngoài chiếm trên 40% bao gồm rất nhiều loại thuốc biệt dược và thuốc chuyên khoa hoặc các dược phẩm sản xuất với công nghệ cao mà Việt Nam chưa sản xuất được. Thuốc trong nước chiếm trên 50%, nhưng thuốc sản xuất lại phải sử dụng tới 96% nguyên liệu do nước ngoài cung cấp. Như vậy thị trường thuốc Việt Nam và giá thuốc trên thị trường Việt Nam bị điều chỉnh rất lớn bởi nguồn cung cấp từ nước ngoài.

### *2.1 Nguồn thuốc cung ứng trên thị trường thuốc:*

Có hai nguồn cung cấp cơ bản, đó là thuốc sản xuất trong nước và nhập khẩu. Nguồn thuốc nhập khẩu, ngoài những thông lệ chung về thương mại quốc tế, việc điều tiết này đáp ứng nhu cầu dùng thuốc trong nhân dân; đồng thời tạo điều kiện cho sự phát triển công nghiệp bào chế trong nước. Thông thường các loại thuốc sản xuất trong nước không hoặc chưa đáp ứng được nhu cầu nên việc nhập khẩu là cần thiết. Các thuốc trong nước đã sản xuất đủ, cần có sự can thiệp để sản xuất trong nước có điều kiện phát triển, nhưng sự can thiệp này không được làm trì trệ nền công nghiệp bào chế trong nước. Mặt khác Nhà nước có nhiều công cụ để can thiệp trong đó có công cụ thuế và công cụ phi thuế. Công cụ thuế thường được sử dụng là các hàng rào hạn ngạch và hàng rào kỹ thuật nhưng các công cụ để Nhà nước can thiệp sẽ ngày càng hạn chế bởi xu thế hội nhập kinh tế.

Phát triển sản xuất trong nước chính là cơ sở bền vững và lâu dài cho việc tạo nguồn cung ứng thuốc tốt nhất. Các cơ sở sản xuất phát triển tốt, thuốc có mẫu

mã đẹp, chất lượng cao, giá thành hạ là các yếu tố có sức mạnh để cạnh tranh với các thuốc nhập ngoại.

Ở Việt Nam trong thời kỳ kinh tế hoạt động theo cơ chế kế hoạch tập trung, thuốc được cung cấp theo kế hoạch với giá bao cấp của Nhà nước. Hệ thống cung ứng theo cơ chế này có những ưu điểm sau:

- + Bảo đảm được thuốc tới tay người tiêu dùng
- + Giá thuốc phù hợp với thu nhập của người dân.
- + Một bộ phận không nhỏ trong nhân dân được nhà nước bao cấp hoàn toàn về thuốc
- + Tạo điều kiện thuận lợi cho hệ thống quản lý Nhà nước về thuốc và quản lý chất lượng thuốc.

Mặc dù trong thời kỳ bao cấp, mức hưởng thụ thuốc bình quân trên đầu người chỉ khoảng 0,5 USD/ năm, nhưng cơ bản đã đảm bảo được nhu cầu tối cần thiết trong công tác phòng chữa bệnh và chăm sóc bảo vệ sức khỏe nhân dân. Tuy vậy, tình hình khan hiếm thuốc là rất gay gắt. Chính vì vậy, ở mọi quốc gia đều quan tâm đến công bằng xã hội, nhà nước quản lý chặt chẽ công tác phân phối thuốc, dù mặt trận này có sự tham gia của nhiều người thuộc mọi thành phần tham gia. Chính vì thế trong các mục tiêu cụ thể của chiến lược phát triển ngành dược năm 2010 đã ghi: "Cung ứng đủ thuốc thường xuyên và có chất lượng, không để thiếu các thuốc thuộc danh mục thuốc thiết yếu, thuốc cho các chương trình, mục tiêu y tế quốc gia (thuốc phòng chống sốt rét, phòng chống lao, phòng chống lao, phòng chống bấu cổ...). Chú trọng bảo đảm đầy đủ các dịch vụ cung ứng thuốc cho nhân dân vùng khó khăn".

- + Bảo đảm việc sử dụng thuốc hợp lý, an toàn và hiệu quả.

+ Bảo đảm sản xuất trong nước 60% nhu cầu thuốc phòng bệnh và chữa bệnh cho xã hội: Mức tiêu dùng thuốc bình quân 12-15 USD/người/năm và có 1,5 được sỹ/10.000 dân.

Trong quá trình hoạt động ngành dược luôn luôn coi trọng việc cung ứng thuốc, đặc biệt là người dân vùng sâu vùng xa, biên giới hải đảo được hưởng chính sách trợ cước trợ giá, được cấp phát một số thuốc miễn phí. Theo thống kê của Bộ Y tế có khoảng 45% số huyện trên toàn quốc đã xây dựng được quỹ quay vòng vốn thuốc, quỹ này dựa trên các nguồn tài chính của các chương trình viện trợ quốc tế và các chương trình kinh tế xã hội trong nước. Thuốc được cung ứng không chỉ đủ về số lượng, đa dạng về chủng loại mà còn đảm bảo chất lượng thuốc tốt kịp thời đáp ứng nhu cầu khám chữa bệnh cho nhân dân cả về thuốc thiết yếu và thuốc chuyên khoa, khắc phục và chấm dứt tình trạng thiếu thuốc của những năm trước. Mục tiêu của việc cung ứng thuốc đó là, đảm bảo cung ứng đủ số lượng, chất lượng, chủng loại, giá cả hợp lý cho nhu cầu toàn dân. Đảm bảo cung ứng thuốc công bằng, hợp lý, an toàn tiết kiệm và hiệu quả cho các đối tượng nhằm phục vụ tốt hơn nữa cho sự nghiệp bảo vệ và chăm sóc sức khỏe nhân dân.

Một trong những thách thức của y tế nước ta là phải đảm bảo công bằng trong khám chữa bệnh cho nhân dân, trong đó có vấn đề cung ứng thuốc cho nhân dân trong điều kiện phát triển kinh tế theo cơ chế thị trường.

Công bằng trong vấn đề cung ứng thuốc cho nhân dân phải được hiểu là: Bảo đảm cung ứng thu thường xuyên và đủ thuốc, đặc biệt là thuốc thiết yếu, có chất lượng để người dân được sử dụng thuốc an toàn, hợp lý và có hiệu quả với giá cả phù hợp với điều kiện kinh tế-xã hội và thu nhập của người dân.

Với thị trường thuốc phong phú và đa dạng như hiện nay, thầy thuốc và người bệnh có thể dễ dàng lựa chọn thuốc phù hợp. Nhưng bên cạnh những mặt tích cực thì thị trường thuốc cũng còn nhiều tồn tại. Có hiện tượng bán thuốc ở

mọi nơi: bến tàu, bến xe, vỉa hè, thậm chí cả người mù cũng bán thuốc, thuốc bán không cần đơn, bác sỹ cũng đứng ra bán thuốc, nguyên nhân là do:

+ Y học hoá dân cuộc sống sinh học của con người, con người lệ thuộc vào thuốc, lạm dụng thuốc trở nên ngày càng phổ biến và trở thành hội chứng ở các nước phát triển.

+ Công nghiệp hoá y học bằng các kỹ thuật đắt tiền, trong đó việc sử dụng tràn lan các thuốc mới trong khi các thuốc đang sử dụng vẫn còn giá trị chữa bệnh. "Cuộc đời" của nhiều loại thuốc ngày càng rút ngắn do bị thay thế bởi các "thuốc mới" đôi khi "thuốc mới" chưa chứng minh được tác dụng và tác hại.

+ Chi phí cho sức khoẻ tăng nhanh và bất hợp lý do chi phí cho thuốc ngày càng chiếm tỷ trọng cao trong ngân sách y tế và ngay cả trong chi tiêu của gia đình bệnh nhân.

+ Thương mại hoá dịch vụ y tế đặc biệt là dịch vụ cung ứng thuốc.

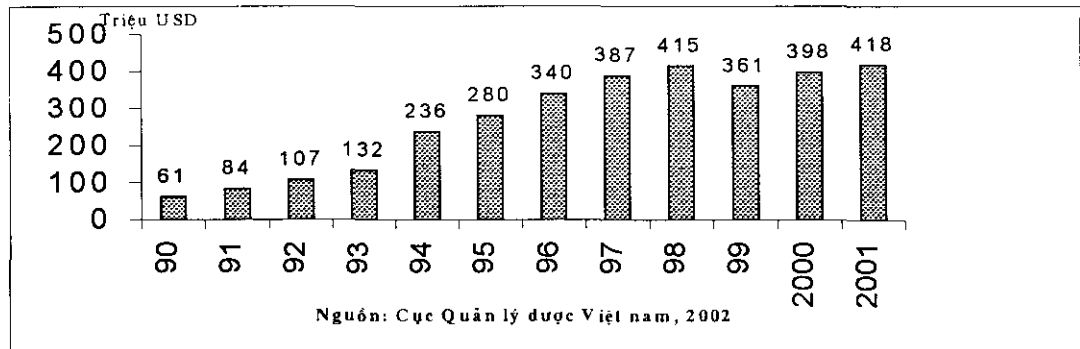
+ Tiêu thụ quá mức và lãng phí thuốc. ở các nước công nghiệp hiện nay mức tiêu thụ thuốc trên đầu người dân lên đến 400 USD/năm như ở Nhật, gấp 10 lần mức tiêu thụ bình quân của các nước đang phát triển.

Sự phát triển của thị trường dược phẩm Việt Nam thể hiện ở số lượng các doanh nghiệp trong và ngoài nước hoạt động trên thị trường. Tính đến tháng 12/2001, cả nước hiện có 687 công ty trong và ngoài nước đã đăng ký, gồm 464 công ty trong nước và 223 công ty nước ngoài. Riêng về sản xuất, cả nước có 299 đơn vị sản xuất dược phẩm, bao gồm 90 doanh nghiệp nhà nước (Trong đó có 17 xí nghiệp trung ương và 73 doanh nghiệp trực thuộc tỉnh), 35 công ty trách nhiệm hữu hạn, 7 công ty cổ phần, 6 công ty liên doanh, 4 nhà máy 100% vốn nước ngoài, 157 cơ sở tư nhân. Tuy vậy, đến ngày 31/03/2002, chúng ta mới chỉ có 26 doanh nghiệp sản xuất dược phẩm đạt tiêu chuẩn Thực hành sản xuất thuốc tốt (GMP), 17 đơn vị đạt tiêu chuẩn Thực hành kiểm nghiệm thuốc tốt (GLP), 3 đơn vị đạt tiêu chuẩn Thực hành bảo quản thuốc tốt (GSP). Giá trị tổng sản lượng

thuốc sản xuất trong nước cũng tăng nhanh. Năm 2001, tổng sản lượng thuốc sản xuất trong nước đã là 2760 tỷ đồng, gấp 2,67 lần so với năm 1995 (1035 tỷ), đáp ứng khoảng 36% nhu cầu thuốc của cả nước.

Giá trị tổng sản lượng thuốc sản xuất trong nước cũng tăng nhanh. Năm 2001, tổng sản lượng thuốc sản xuất trong nước đã là 2760 tỷ đồng, gấp 2,67 lần so với năm 1995 (1035 tỷ), đáp ứng khoảng 36% nhu cầu thuốc của cả nước. Thị trường Dược phẩm Việt Nam là một thị trường có nhiều tiềm năng đối với các nhà kinh doanh Dược phẩm cả trong và ngoài nước.

Công cuộc đổi mới đất nước đã tạo đà cho nền kinh tế Việt Nam phát triển với tốc độ nhanh, đặc biệt thị trường dược phẩm tăng trưởng với tốc độ lớn. Trong 10 năm, giá trị thị trường dược phẩm Việt nam đã tăng 6,85 lần (từ 61 triệu USD năm 1990 lên 418 triệu USD năm 2001).



**Giá trị thị trường thuốc Việt Nam 1990-2001**

Hiện tại, chỉ tính đến 31/12/2001 đã có tới 3926 mặt hàng thuốc ngoại và 5863 mặt hàng thuốc nội, trong đó có rất nhiều loại cùng chung một hoạt chất, được đăng ký lưu hành trên thị trường. Mặc dù số lượng thuốc ngoại có đăng ký chỉ chiếm 40% tổng số thuốc có đăng ký trên thị trường nhưng thuốc ngoại lại chiếm phần lớn thị phần. Năm 2001, giá trị thuốc nhập khẩu chiếm khoảng 63,92% tổng trị giá thuốc tiêu thụ toàn quốc. Qua đó ta thấy sự cạnh tranh là rất quyết liệt. Trong tương lai, cạnh tranh càng dữ dội hơn khi Việt Nam gia nhập AFTA. Tình hình này đòi hỏi các công ty Dược Việt Nam phải nhanh chóng xây

dụng một chiến lược marketing thích hợp, cả về chính sách sản phẩm, cả phân phối và tiếp thị nếu không muốn mất chỗ đứng trên thị trường. Các mặt hàng đông dược sẽ có vai trò ngày càng quan trọng, như theo đánh giá của Joane Mc Manus, đó là cơ hội để "các nhà sản xuất thuốc châu Á có vai trò đáng kể trong ngành công nghiệp dược thế giới". Hiện tại, số lượng thuốc đông dược có số đăng ký chỉ chiếm 16% tổng số thuốc đăng ký.

## 2.2. Thực trạng sử dụng thuốc ở Việt Nam:

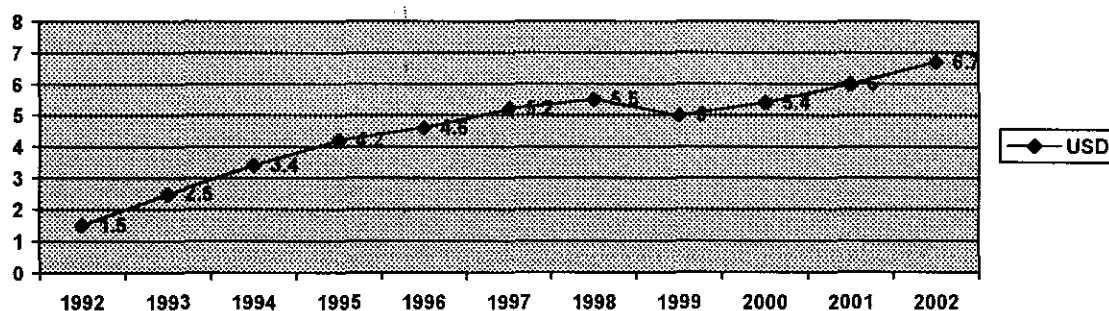
Thị trường thuốc Việt Nam vẫn đang có sự gia tăng, Việt Nam cũng không tránh khỏi sự chênh lệch về tiền thuốc giữa các vùng, miền. Đại bộ phận tiền thuốc do người dân phải tự chi trả. Nguồn thuốc đảm bảo cho tiêu dùng chủ yếu vẫn là nhập khẩu và hướng phấn đấu công nghiệp dược phải đảm bảo 60% nhu cầu thuốc (năm 2005) với tiền bình quân 10 USD/người/năm và 12-15 USD/ người trong năm 2010.

Ngay trong từng quốc gia sự chênh lệch cũng thể hiện khá rõ ở các vùng địa lý và các vùng dân cư. Năm 1995 bình quân tiền thuốc/đầu người Việt Nam là 4,2 USD trong khi ở thành phố Hồ Chí Minh là 17-18 USD, Hà Nội 8-10 USD và miền núi vùng sâu, vùng xa là 1 USD.

**Bảng 1 . Tiền thuốc bình bình quân đầu người của Việt Nam qua các năm 1992-2002**

Đơn vị tính: USD

Năm	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002
BQTT	1,5	2,5	3,4	4,2	4,6	5,2	5,5	5,0	5,4	6,0	6,7



### *Bình quân tiền thuốc trên đầu người qua 10 năm 1992-2002*

Tiền thuốc bình quân trên đầu người hàng năm tăng qua các năm từ chỗ chỉ có 1,5 USD năm 1992 đến năm 2002 tăng gần 7 USD/ người/năm. Theo các nhà hoạch định chính sách về dược thì năm 2005 tiền thu bình quân sẽ là 10 USD/người/năm, tăng 149,3% so với năm 2002. Từ năm 1992 đến năm 2002 thu nhập và tiền thuốc sử dụng bình quân trên đầu người đều có sự tăng trưởng.

Thu nhập tiền thuốc bình quân trên đầu người/năm và tiền thuốc sử dụng bình quân đầu người/năm đều tăng trưởng, nhưng thu nhập bình quân trên đầu người tăng trưởng nhanh hơn. Vấn đề kháng kháng sinh ở các nước đang phát triển là hiện tượng phổ biến và đáng lo ngại vì mô hình bệnh tật của các nước đang phát triển trong đó có Việt Nam là mô hình của bệnh nhiễm trùng. Do đó tổ chức Y tế thế giới (WHO) khuyến cáo "Các nước đang phát triển cần sử dụng thuốc hợp lý để sử dụng nguồn lực tài chính có hiệu quả và cung cấp được nhiều thuốc hơn cho người dân".

Ở Việt Nam hiện nay hiện tượng lạm dụng thuốc, sử dụng thuốc không hợp lý còn nhiều. Theo thống kê của Vụ điều trị-Bộ Y tế thì lượng kháng sinh sử dụng ở nước ta chiếm tới 40% giá trị thuốc tiêu thụ, trong khi chỉ số này trên thế giới theo thống kê chỉ ở mức 10%.



**Bảng 2: So sánh thu nhập và tiền thuốc sử dụng bình quân đầu người/năm của Việt Nam từ năm 1992-2002.**

Năm	Thu nhập BQ người/năm (ngàn đồng)	% Tốc độ tăng trưởng (nhịp định gốc)	Tiền thuốc BQ/người/năm (đ)	% tốc độ tăng trưởng (nhịp định gốc)
1992	1026,0	100	1,5	100
1993	1762,0	171,7	2,5	166,7
1994	2345,0	228,6	3,4	226,7
1995	3024,0	294,7	4,2	280,0
1996	3433,0	334,6	4,6	306,7
1997	3594,0	350,3	5,2	346,7
1998	4723,0	460,3	5,5	366,7
1999	5239,8	510,7	5	333,3
2000	5717,1	557,2	5,4	360,0
2001	6128,0	597,3	6	400,0
2002	6559,4	639,3	6,7	446,7

**\* Sử dụng thuốc tại các bệnh viện và cộng đồng**

+ Sử dụng thuốc kháng sinh trong điều trị thường không làm kháng sinh đồ, nhiều người chỉ dùng theo kinh nghiệm và thói quen. Đã có nhiều trường hợp dùng kháng sinh không đủ liều hoặc quá liều, hay chỉ dùng để điều trị mà chưa tính đến tương tác thuốc. Đây là lý do cơ bản làm cho việc sử dụng thuốc không có hiệu quả, lãng phí.

+ Sử dụng Corticoit, Vitamin: ở Việt Nam sử dụng Corticoit trong điều trị có tỷ lệ cao, thường có sự phối hợp với kháng sinh để điều trị nhiễm khuẩn. Theo thói quen người dân vẫn quan niệm rằng Vitamin là "thuốc bổ" cho nên việc lạm dụng Corticoit và Vitamin ở Việt Nam là 1 trong 3 nhóm thuốc được dùng phổ biến nhất tại cộng đồng.

Tình trạng đáng báo động nữa là vấn đề tự ý dùng thuốc trong cộng đồng, người dân có thói quen tự chữa bệnh theo sự mách bảo của người quen, không cần đến sự chẩn đoán và chỉ định của người thầy thuốc. Việc sử dụng lại hay mượn đơn của người khác để tự chữa bệnh cho mình là phổ biến. Điều này là rất nguy hiểm vì có thể xảy ra những biến chứng khó lường hoặc kháng thuốc...

Các nhóm thuốc chính được bán trên thị trường trong năm 2001, theo thống kê của IMS Health cho thị trường bán lẻ tại Hà Nội, Thành phố Hồ Chí Minh và đồng bằng sông Cửu Long, bao gồm các kháng sinh dùng uống (19%), các thuốc không phải Vitamin dùng cho hệ tiêu hoá và chuyển hoá (15%), các thuốc chứa Vitamin dùng cho hệ tiêu hoá và chuyển hoá (13%), các thuốc hô hấp (13%), các thuốc tim mạch (8%), các thuốc cho hệ thần kinh trung ương (8%), các thuốc cho hệ cơ-xương (7%), các thuốc da liễu (6%) và các loại khác là 11%. Tổng giá trị thị trường được đánh giá là 161 triệu USD hay chiếm 39,5% thị trường cả nước.

Nói chung, nguồn thuốc trên thị trường rất dồi dào và phong phú về chủng loại. Các thành phần tham gia phân phối thuốc cũng rất đa dạng, bao gồm các công ty nhà nước, các công ty tư nhân, các cá nhân và cả các công ty nước ngoài (Zuelig Pharma, Diethelm và Mega). Nhờ vậy, tình trạng khan hiếm thuốc đã không còn nữa. Nhu cầu thuốc khám chữa bệnh cho nhân dân về cơ bản đã được đáp ứng. Giá cả các loại thuốc cũng rất đa dạng, từ các loại biệt dược có giá cao, đến các mặt hàng generic có giá thấp hơn, do đó người dân có thể chọn lựa được các loại thuốc có giá cả phù hợp nhất với điều kiện kinh tế của mình

***\* Thị trường thuốc Y học cổ truyền:***

Ngày nay việc sử dụng thuốc y học cổ truyền đã trở nên phổ biến ở nhiều quốc gia, cho dù mỗi nước có những đặc thù riêng, nhưng giá trị phòng bệnh, giá trị kinh tế của thuốc y học cổ truyền ngày càng được thừa nhận. Một tỷ lệ lớn dân số các nước đang phát triển vẫn tin tưởng vào những thầy thuốc y học cổ truyền chữa bệnh bằng các loại thảo dược. Bởi vậy, thuốc y học cổ truyền đang giữ vai trò quan trọng trong chăm sóc sức khỏe ban đầu của cá nhân và cộng đồng ở nhiều nước đang phát triển. Tuy nhiên thị trường thuốc đông dược ở Việt Nam hiện nay cũng còn nhiều bất cập, tư nhân hoá thuốc đông dược là phổ biến, nguyên liệu chủ yếu nhập từ Trung Quốc, nguồn dược liệu trong nước chưa đủ và chưa đáp ứng

được nhu cầu. Cũng như thuốc tân dược Nhà nước chưa quản lý được giá thuốc đông dược.

### *2.3 Tình hình marketing trong lĩnh vực dược phẩm:*

Sự có mặt của các hãng dược phẩm nước ngoài vào đầu những năm 90 của thế kỷ trước đã đem lại những thay đổi lớn trong hoạt động kinh doanh dược phẩm ở nước ta. Đi cùng với những sản phẩm mới là những hoạt động marketing mạnh mẽ và bài bản, cùng với cách làm việc và tư duy mới. Các doanh nghiệp Việt Nam đã nhanh chóng tiếp thu những kinh nghiệm này. Hiện tại, sự tham gia của hơn 200 công ty nước ngoài và gần 700 công ty trong nước khiến cho hoạt động marketing dược trở nên rất sôi động. Thuốc dược quảng cáo và tiếp thị rất mạnh mẽ. Đội ngũ trình dược viên đông đảo, cùng với các ấn phẩm như các bài viết trên sách báo, các loại quảng cáo, tờ rơi cho cán bộ y tế, cho công chúng đã giúp phổ biến rộng rãi các thông tin về thuốc đến các cán bộ y tế cũng như người dân. Các hội nghị, hội thảo khoa học do các công ty tổ chức, ngoài việc giúp giới thiệu các loại thuốc cho các công ty, cũng giúp cho các cán bộ y tế nước ta cập nhật được các thông tin mới của nền y học thế giới.

Tuy vậy, trong marketing, bên cạnh mặt tích cực luôn tồn tại mặt tiêu cực cần phải khắc phục. Đã xuất hiện một số công ty chỉ mãi mê chạy theo lợi nhuận mà sao nhãng, hoặc thậm chí cố tình làm trái các chuẩn mực, quy định về chuyên môn và đạo đức của ngành dược, ảnh hưởng đến sự phát triển chung của ngành, ví dụ như:

- *Làm hàng nhái*: Nếu một mặt hàng nào bán chạy trên thị trường, chỉ một thời gian ngắn sau đã có các mặt hàng mẫu mã gần tương tự, hoặc thậm chí rất giống, xuất hiện để cạnh tranh. Cần phải khắc phục vấn đề này, vì nếu các nhà sản xuất chỉ nghĩ đến chuyện bắt chước mà không nghĩ đến chuyện tự mình tìm tòi ra cái mới thì ngành dược chúng ta sẽ khó phát triển mạnh được.

- Quảng cáo, giới thiệu không đúng sự thật, thổi phồng về tính năng, tác dụng của thuốc, coi thuốc là "thần dược", "hiệu quả tuyệt vời" hay "tuyệt đối an toàn" khiến người bệnh ngộ nhận về thuốc.

- Dùng các lợi ích vật chất để tác động đến việc kê đơn của thầy thuốc: Một số công ty đã dùng những quà tặng có giá trị cao hay hứa hẹn những khoản chiết khấu lớn cho các bác sĩ kê đơn, những người duyệt mua thuốc của bệnh viện để vận động họ sử dụng thuốc của công ty. Đã có dư luận nói về các công ty chi tới 30-40% giá trị đơn thuốc cho bác sĩ khi kê đơn. Để có tiền chi trả cho bác sĩ, họ nâng giá thuốc lên cao vô tội vạ. Đơn cử như một mặt hàng Propofol của Ấn Độ, có giá bán lẻ tối đa tại Ấn Độ chỉ khoảng 2 USD nhưng giá bán chính thức cho các bệnh viện Việt Nam là 90 000 đồng/lọ (tương đương 6 USD), tức chỉ kém một chút giá thuốc Propofol của chính nhà phát minh Astra-Zeneca sản xuất tại Âu châu (110 000 đồng/lọ). Hậu quả là một bộ phận bác sĩ cũng bị lôi cuốn chạy theo đồng tiền mà quên đi y đức và bệnh nhân phải mua những thuốc mà không thực sự cần thiết hoặc có giá quá cao so với giá trị đích thực của nó. Đây là một trong những vấn đề nổi cộm nhất trong công tác quản lý y tế hiện nay.

- *Bán thuốc theo mạng*: Hình thức này trước chỉ có ở các ngành kinh doanh khác nhưng nay đã lan sang ngành dược. Công ty kinh doanh thuốc theo mạng không bán thuốc tại các hiệu thuốc mà lại bán qua các mạng lưới. Mỗi người muốn tham gia vào mạng phải trả một khoản tiền không nhỏ để ghi tên vào mạng và mua một số thuốc với giá rất đắt, với quảng cáo đây là một loại thuốc có tác dụng "kỳ diệu". Nếu người đó mời thêm được những người khác trả tiền để tham gia vào mạng thì người đó sẽ được công ty trả một khoản tiền. Hình thức bán hàng này không được Bộ Y tế cho phép nhưng vẫn có một số công ty lén lút làm, điển hình như trường hợp thuốc Knemavit của công ty VIC bị công an phát hiện gần đây, với giá bán là 2,5 triệu đồng/3 hộp thuốc trong khi giá nhập khẩu chưa đầy 100 000 đồng/1 hộp.

Còn nhiều vấn đề nữa trong hoạt động quảng cáo và tiếp thị dược phẩm cần được xem xét và điều chỉnh. Bộ Y tế cũng đã có một số biện pháp để quản lý hoạt động quảng cáo và tiếp thị dược phẩm, cũng như để khống chế giá cả, tuy vậy vẫn còn những trường hợp bệnh nhân mua phải những loại thuốc có giá cao hơn nhiều lần giá nhập, đòi hỏi phải có những biện pháp giải quyết triệt để hơn. Các chính sách cũng như các hệ thống văn bản pháp luật của ngành dược cũng còn cần phải hoàn thiện để đáp ứng với những thay đổi của nền kinh tế và thúc đẩy sản xuất trong nước phát triển.

## **II. THỰC TRẠNG TÌNH HÌNH CUNG ỨNG THUỐC BẢO HIỂM Y TẾ**

### **1. Giai đoạn thực hiện Điều lệ BHYT theo Nghị định số 299/HĐBT**

Trong giai đoạn này, hệ thống BHYT được hình thành và thực hiện chính sách BHYT theo quy định của Điều lệ BHYT ban hành kèm theo Nghị định số 299/HĐBT ngày 13/8/1992 của Hội đồng Bộ trưởng (nay là Chính phủ). Theo đó, BHYT Việt Nam trực thuộc Bộ Y tế và là cơ quan cấp trên, chịu trách nhiệm hướng dẫn BHYT các tỉnh, thành phố trực thuộc Trung ương và BHYT ngành về chuyên môn nghiệp vụ trong lĩnh vực BHYT. Bảo hiểm y tế các địa phương, ngành trực thuộc Sở Y tế địa phương và các Bộ ngành quản lý Nhà nước. Công tác quản lý, cung ứng thuốc cho người bệnh có thẻ BHYT do đó cũng được thực hiện theo sự chỉ đạo của từng địa phương, ngành mà cụ thể là Hội đồng quản trị BHYT của địa phương, ngành.

Kết quả khảo sát thực tế và tổng hợp theo báo cáo của các địa phương, ngành cho thấy trong giai đoạn này đã tồn tại cùng một lúc 04 phương thức cung ứng thuốc cho bệnh nhân có thẻ BHYT là:

***1.1 Các Công ty, XNLH Dược của các tỉnh, thành phố trực thuộc Trung ương ký hợp đồng trực tiếp với cơ quan BHYT để cung ứng thuốc BHYT theo dự trù hàng tháng của các cơ sở KCB ở địa phương.***

Thực hiện cung ứng thuốc theo phương thức này, cơ quan BHYT cấp tỉnh có trách nhiệm tập hợp dự trữ thuốc hàng tháng của các cơ sở KCB, tổng hợp và chuyển cho đơn vị cung ứng. Việc thanh toán kinh phí tiền thuốc được thực hiện trực tiếp giữa cơ quan BHYT và đơn vị cung ứng căn cứ hoá đơn xuất hàng có xác nhận của cơ sở KCB. Phương thức này được thực hiện ở đa số các địa phương theo sự chỉ đạo của Sở Y tế nhằm tạo điều kiện thuận lợi về thị trường cung ứng thuốc cho các Công ty, Xí nghiệp của địa phương mình.

**a. Ưu điểm:** Việc cung ứng thuốc cho bệnh nhân BHYT theo phương thức này có các ưu điểm sau:

- Tập trung được việc cung ứng thuốc cho bệnh nhân BHYT vào một đầu mối là Công ty hoặc XNLH Dược của địa phương. Do đó quản lý được chất lượng thuốc dùng cho bệnh nhân, tránh được tồn kho cao.
- Giá cả thống nhất trong toàn địa bàn tạo điều kiện thuận lợi cho công tác giám định, thanh quyết toán chi phí KCB ( trong đó có chi phí tiền thuốc) giữa cơ quan BHYT với các cơ sở KCB. Bên cạnh đó, một số ít địa phương, do có sự phối kết hợp chặt chẽ giữa cơ quan BHYT, cơ sở KCB và Công ty Dược nên việc cung ứng thuốc cho bệnh nhân BHYT theo phương thức này đã phát huy được tính tích cực, hạn chế các yếu điểm trong công tác quản lý giá cả, sử dụng thuốc cho bệnh nhân BHYT.

**b. Nhược điểm:** Tuy nhiên, phương thức này cũng bộc lộ một số nhược điểm, đó là:

- Tạo nên thế độc quyền cho các Công ty, Xí nghiệp Dược do đó dễ xảy ra tình trạng ép giá, đội giá thuốc;
- Một số Công ty, Xí nghiệp do năng lực sản xuất kinh doanh kém, không mở rộng được thị phần nên mọi chi phí quản lý chi phí lưu thông đều được tính vào giá

thuốc BHYT (với một doanh số hạn chế) khiến cho giá thuốc bị đội lên rất cao (có nơi tới 30-40%);

- Một số Công ty, Xí nghiệp Dược không đủ năng lực và bị hạn chế bởi cơ chế "công kênh" đã không kịp thời đáp ứng đủ thuốc theo yêu cầu điều trị cho người bệnh BHYT dẫn tới tình trạng thiếu thuốc giả tạo;

- Nhiều hạn chế trong công tác quản lý thuốc, dễ gây tồn kho cao tại các cơ sở KCB do dự trữ hàng tháng không hợp lý, tạo ra tình trạng lãng phí, lạm dụng thuốc BHYT.

***1.2 Các cơ sở KCB được cơ quan BHYT ứng tiền trước, theo nhu cầu của mình tự cung ứng thuốc cho bệnh nhân BHYT và thanh quyết toán chi phí thuốc đã sử dụng cho bệnh nhân BHYT với cơ quan BHYT.***

Theo phương thức này, hàng tháng cơ quan BHYT tạm ứng kinh phí tiền thuốc cho cơ sở KCB (Khoa Dược) để chủ động mua thuốc theo yêu cầu của các khoa, phòng điều trị. Phần kinh phí này sẽ được quyết toán vào tổng chi phí khám chữa bệnh theo kỳ quyết toán với cơ quan BHYT. Phương thức này được áp dụng phổ biến tại các cơ sở KCB tuyến Trung ương.

***a. Ưu điểm:*** Thực hiện phương thức cung ứng thuốc này, tính chủ động của các cơ sở KCB được phát huy cao nhất và do đó có điều kiện thuận lợi để đảm bảo cung cấp đủ thuốc cho bệnh nhân sát với nhu cầu thực tế diễn ra hàng ngày.

***b. Nhược điểm:***

- Tạo ra nhiều khe hở về mặt quản lý làm gia tăng ngày càng nhiều tình trạng lạm dụng thuốc BHYT. Qua kiểm tra, không ít các cơ sở KCB đã dùng thuốc BHYT để điều trị cho cả bệnh nhân không có thẻ BHYT mà vẫn thanh toán tiền thuốc của cả hai đối tượng bệnh nhân này.

- Nguồn mua thuốc của các bệnh viện không ổn định và không có định hướng, do đó không quản lý chặt chẽ được nguồn gốc cũng như chất lượng thuốc. Đặc biệt,

tình trạng dùng thuốc ngoại nhập tràn lan , thuốc tiếp thị theo chương trình khuyến mại của Trình Dược viên các hãng Dược phẩm nước ngoài, các Công ty TNHH đã làm tăng nhiều lần chi phí tiền thuốc dùng cho bệnh nhân BHYT.

**1.3 Cơ quan BHYT trực tiếp ký hợp đồng với Công ty Dược địa phương để thực hiện việc cung ứng thuốc cho bệnh nhân BHYT theo dự trù hàng tháng của các cơ sở điều trị trong cả hai khu vực điều trị nội và khám chữa bệnh ngoại trú, ứng một số kinh phí nhất định để các bệnh viện chủ động mua những thuốc nhập ngoại theo dự trù đã được Hội đồng thuốc và điều trị duyệt, hoặc chỉ ở khu vực KCB ngoại trú.**

Nội dung cơ bản của phương thức này là cơ quan BHYT thành lập một bộ phận trực tiếp đảm nhiệm công tác cung ứng đa số thuốc BHYT cho các cơ sở KCB ở cả 2 khu vực nội, ngoại trú hoặc chỉ cung ứng cho khu vực ngoại trú. Một số thuốc đặc trị dùng với số lượng ít hoặc phải được bảo quản theo chế độ đặc biệt sẽ do cơ sở KCB trực tiếp cung cấp và thanh toán với cơ quan BHYT.

**a. Ưu điểm:** Cơ quan BHYT chủ động quản lý được nguồn cung ứng, đảm bảo được chất lượng, thống nhất được giá thuốc dùng cho bệnh nhân BHYT.

**b. Nhược điểm:**

- Tạo ra một bộ máy cung ứng thuốc chữa bệnh của BHYT làm tăng nhân lực, biên chế trong khi chi phí dành cho công tác quản lý sự nghiệp có hạn. BHYT trực tiếp làm nhiệm vụ cung ứng sẽ tạo ra một sự chồng chéo trong việc thực hiện chức năng của các ngành.

- Cơ quan BHYT sẽ phải chấp nhận một lượng thuốc tồn kho nhất định không cần thiết, lãng phí.

**1.4 Công ty, Xí nghiệp sản xuất kinh doanh Dược phẩm của Trung ương trực tiếp ký hợp đồng với cơ quan BHYT để cung ứng thuốc cho bệnh nhân BHYT.**



Theo phương thức này, cơ quan BHYT lựa chọn một số Công ty, Xí nghiệp Dược phẩm Trung ương để ký hợp đồng cung ứng thuốc BHYT căn cứ vào dự trữ của cơ sở KCB mà không thông qua Công ty Dược địa phương. Đơn vị cung ứng có trách nhiệm đảm bảo cả cơ số thuốc dự trữ tối thiểu 1 tháng để sử dụng cho người bệnh BHYT theo dự trữ của cơ sở KCB. Việc thanh toán kinh phí tiền thuốc được thực hiện trực tiếp giữa cơ quan BHYT và đơn vị cung ứng sau khi có xác nhận sử dụng của cơ sở KCB.

**a. Ưu điểm:**

- Chủ động được nguồn thuốc, phát huy được thế mạnh của từng đơn vị sản xuất, kinh doanh để đảm bảo cung ứng đủ thuốc và có cơ số dự trữ phục vụ cho bệnh nhân BHYT .

- Giá thuốc được kiểm soát chặt chẽ đúng mặt bằng giá cả thị trường vì không phải qua bất kỳ một khâu trung gian nào, thống nhất được mặt bằng giá cả trong toàn địa bàn tạo điều kiện thuận lợi cho công tác giám định, thanh quyết toán giữa cơ quan BHYT với các cơ sở KCB. Cơ sở KCB giảm được chi phí lưu thông do các Công ty, Xí nghiệp này thực hiện việc giao nhận tại kho của cơ sở KCB, tránh được tồn kho ứ đọng không cần thiết.

**b. Nhược điểm:**

- Phạm vi ứng dụng của phương thức này là rất hạn chế, chỉ thực hiện được tại một số địa phương ở gần các trung tâm kinh tế xã hội lớn như Hà Nội và Thành phố Hồ Chí Minh hoặc tại những nơi có Chi nhánh của đơn vị cung ứng thuốc.

- Không tạo ra được sự phối hợp, giúp đỡ lẫn nhau giữa các đơn vị sản xuất kinh doanh Dược phẩm và cơ quan BHYT trong cùng một địa phương.

**2. Giai đoạn thực hiện Điều lệ BHYT theo Nghị định số 58/1998/NĐ-CP**

Ngày 15/8/1998, Chính phủ đã có Nghị định số 58/1998/NĐ-CP ban hành Điều lệ BHYT mới, theo đó hệ thống BHYT được quản lý tập trung thống nhất

toàn ngành. BHYT Việt Nam với chức năng là cơ quan quản lý cấp trên toàn diện về mọi mặt của BHYT các địa phương, ngành đã tạo điều kiện cho chính sách BHYT, hệ thống BHYT phát triển. Yêu cầu của công tác quản lý hệ thống đòi hỏi sự thống nhất trong các mặt công tác chuyên môn, trong đó có vấn đề xác định thống nhất một phương thức quản lý cung ứng thuốc BHYT. Tuy nhiên, do lịch sử để lại và cùng với những thay đổi trong việc hướng dẫn thực hiện chế độ BHYT theo Điều lệ mới, hiện đang tồn tại 2 phương thức cung ứng thuốc chủ yếu cho người bệnh có thẻ BHYT là:

**2.1** Đối với các cơ sở KCB trực thuộc Sở Y tế các địa phương: *Việc cung ứng thuốc BHYT do Công ty, Xí nghiệp liên hợp Dược địa phương đảm nhiệm theo dự trữ của các cơ sở KCB. Cơ quan BHYT thanh toán trực tiếp tiền thuốc với đơn vị cung ứng hoặc thông qua quyết toán chi phí khám chữa bệnh với cơ sở KCB;*

**2.2** Đối các cơ sở KCB trực thuộc Bộ Y tế, các Bộ ngành khác và các bệnh viện trực thuộc Sở Y tế 2 thành phố lớn (Hà Nội, thành phố Hồ Chí Minh): *Việc cung ứng thuốc BHYT do cơ sở KCB trực tiếp đảm nhận từ rất nhiều nguồn cung ứng khác nhau.*

Sau khi thực hiện Quyết định số 2//2002/QĐ-TTg ngày 24/01/2002 của Thủ tướng Chính phủ về việc chuyển hệ thống BHYT Việt Nam sang BHXH Việt Nam, việc cung ứng thuốc cho bệnh nhân BHYT về cơ bản vẫn được thực hiện theo một trong hai phương thức nêu trên. Tuy nhiên, kết quả khảo sát thực trạng tình hình cung ứng và sử dụng thuốc BHYT tại một số địa phương cho thấy dù thực hiện phương thức này hay phương thức khác cũng đều bộc lộ những bất cập không những làm gia tăng ngày càng nhiều chi phí tiền thuốc mà còn ảnh hưởng đến chất lượng công tác khám chữa bệnh.

### III. THỰC TRẠNG TÌNH HÌNH SỬ DỤNG THUỐC BẢO HIỂM Y TẾ

Phương thức cung ứng thuốc cho bệnh nhân BHYT là một trong những nguyên nhân đồng thời cũng là kết quả phản ánh hiện trạng sử dụng thuốc, nhóm nghiên cứu đã tiến hành khảo sát, phân tích và đánh giá tình hình sử dụng thuốc cho người bệnh BHYT tại một số địa phương, kết quả cho thấy một số vấn đề nổi cộm lên như sau:

*1. Chi phí thuốc chữa bệnh chiếm một tỷ trọng lớn trong tổng chi phí khám chữa bệnh BHYT và ngày càng tăng:*

Theo thống kê, bình quân chi phí dành cho thuốc chữa bệnh trong cả nước chiếm từ 65-75% tổng chi phí khám chữa bệnh BHYT. Kết quả khảo sát trong 04 năm từ 1996-1999 tại 3 tỉnh Thái Bình, Thanh Hóa, Lạng Sơn cho thấy so với tổng chi phí khám chữa bệnh BHYT, chi phí về thuốc thấp nhất là 60% (tại Thanh Hóa năm 1996) và cao nhất là 80% (tại Lạng Sơn năm 1997).

**Bảng 4: Tỷ lệ % chi phí về thuốc so với tổng chi phí khám chữa bệnh BHYT**

ĐVT: nghìn đồng

Năm	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
<b>THÁI BÌNH</b>								
Tổng chi phí KCB BHYT	8.993.309,1	9.160.820,1	9480.433,8	9.250.484,1	12.769.223	17.472.680	19.419.348	24.458.531.850
Chi phí thuốc	6.207.058,5	5.751.245,1	6.078.287,3	6.004.533,2	8.555.379	12.003.731	13.379.931	17.194.347
Tỷ lệ % chi cho thuốc	69,0	62,8	64,1	64,9	67	68,7	68,9	70,3
<b>LANG SON</b>								
Tổng chi phí KCB BHYT	1.956.717,9	2.329.516,7	3.182.810,4	2.154.597,6	3.228.386	4861671	6.526.596	7.176.297.582
Chi phí thuốc )	1.582.242,6	1.864.564,7	2.524.924,2	2.154.597,6	2.518.141	3.889.337	5.221.277	5.525.749

Tỷ lệ % chi cho thuốc	80	80	79	76	78	80	80	77
<b>THANH HÓA</b>								
Tổng chi phí KCB BHYT	12.481.000	15.210.000	18.802.000	15.890.000	21.319.300	22.917.123	26.895.308	32.844.290.172
Chi phí thuốc	7.400.000	9.500.000	9.700.000	9.900.000	14.283.931	15.469.058	18.369.496	22.564.027
Tỷ lệ % chi cho thuốc	60	63	62	65	67	67,5	68,3	68,7

Nguồn: Báo cáo của BHXH các tỉnh: Thái Bình, Lạng Sơn, Thanh Hóa

Khảo sát trong 03 năm từ 1995-1997 với các đối tượng tham gia BHYT bắt buộc thuộc khối các cơ quan Trung ương đóng trên địa bàn Hà Nội cho thấy chỉ tính riêng khu vực điều trị nội trú chi phí tiền thuốc dùng cho người bệnh BHYT so với tổng chi phí khám chữa bệnh đã tăng từ 36,3% năm 1995 lên 42,3% năm 1997, tỷ lệ này ở khu vực ngoại trú còn cao hơn nhiều, trong khi số lượt người bệnh có thể BHYT vào điều trị nội trú tăng không nhiều.

**Bảng 5: Tình hình khám chữa bệnh nội trú và chi phí tiền thuốc 03 năm 1995-1997 đối với người bệnh BHYT thuộc khối các cơ quan TW tại Hà Nội**

Năm	1995	1996	1997
Số lượng bệnh nhân điều trị nội trú	18.360	24.604	31.006
Chi phí KCB (VNĐ)	10,43 tỷ	19,00 tỷ	26,50 tỷ
Chi phí thuốc (VNĐ)	3,79 tỷ	7,5 tỷ	11,2 tỷ
Tỷ lệ tăng chi phí KCB so với năm 1995(lần)		1,82	2,54
Tỷ lệ tăng chi phí thuốc so với năm 1995 (lần)		1,99	2,96
Tỷ trọng chi phí thuốc trên tổng chi phí KCB	36,3 %	39,5 %	42,3 %

Nguồn: Số liệu thống kê của BHYT Việt Nam trong 3 năm 1995, 1996, 1997

Khảo sát chi phí tiền thuốc với tất cả đối tượng tham gia BHYT bắt buộc trên địa bàn thành phố Hồ Chí Minh trong thời gian 06 năm từ 1993 đến 1998 cho thấy rõ sự gia tăng chi phí khám chữa bệnh nói chung, chi phí tiền thuốc nói riêng.

**Bảng 5: Sự gia tăng chi phí khám chữa bệnh nói chung, chi phí tiền thuốc nói riêng của đối tượng tham gia BHYT bắt buộc thuộc khối cơ quan TW trên địa bàn thành phố Hồ chí Minh (nội trú + ngoại trú) từ 1993-1998.**

Năm	1993	1994	1995	1996	1997	1998
Chi phí KCB (VNĐ)	8,50 tỷ	17,00 tỷ	26,00 tỷ	46,40 tỷ	69,80 tỷ	75,80 tỷ
Chi phí thuốc	5,00 tỷ	9,80 tỷ	16,10 tỷ	30,16 tỷ	45,00 tỷ	49,27 tỷ
Tỷ lệ % chi phí thuốc so với chi phí KCB	58,8	57,6	61,3	65	64,5	65

Nguồn: Số liệu báo cáo thống kê của Chi nhánh BHYT VN tại Tp. HCM

Sự gia tăng ngày càng nhiều chi phí tiền thuốc dùng cho người bệnh có thể BHYT cho thấy có những bất cập trong việc khám chữa bệnh cho người bệnh BHYT, ảnh hưởng không nhỏ tới sự an toàn, cân đối thu chi của quỹ BHYT.

## 2. Tình trạng lạm dụng thuốc đã ở mức báo động

Tình trạng lạm dụng thuốc, nhất là các thuốc kháng sinh, an thần, giảm đau, các Vitamin, dịch truyền, thuốc bổ... mà phần lớn người bệnh không nắm được những tác dụng phụ có hại và những tai biến có thể xảy ra trong quá trình điều trị đã trở nên phổ biến. Số liệu khảo sát tình hình sử dụng thuốc tại một bệnh viện tuyến Trung ương trên địa bàn Thành phố Hồ Chí Minh từ năm 1996-1998 cho thấy có khoảng 50% số thuốc kháng sinh bị lạm dụng, sử dụng sai, không hợp lý, thiếu an toàn dẫn đến hậu quả là người bệnh không khỏi bệnh, phải kéo dài ngày điều trị, mất sức lao động, làm tăng khả năng kháng thuốc của vi khuẩn gây bệnh, gây thiệt hại không chỉ đơn thuần về kinh tế. Tình trạng sử dụng tràn lan thuốc

kháng sinh trong điều trị cho người bệnh nói chung, người bệnh BHYT nói riêng là biểu hiện rõ nét của việc sử dụng thuốc chưa an toàn, không hợp lý.

Theo kết quả khảo sát tình hình sử dụng thuốc ở Việt Nam năm 1997 của GS Lê Hùng Lâm và cộng sự thì tỷ lệ sử dụng kháng sinh trong điều trị nội trú là 80%, ngoại trú là 60%, trong khi đó chỉ có 12% bệnh nhân thực hiện kháng sinh đồ.

Kết quả khảo sát 444 đơn thuốc ngoại trú tại một bệnh viện tuyến thành phố của Hà Nội theo chương trình nghiên cứu sử dụng thuốc hợp lý an toàn do Tổ chức y tế thế giới (WHO) thực hiện cho thấy 69% số đơn thuốc được kê kháng sinh, trong đó:

- + Đơn thuốc có 1 kháng sinh: 231 chiếm 52%
- + Đơn thuốc có 02 kháng sinh: 60 chiếm 14%
- + Đơn thuốc có 03 kháng sinh: 13 chiếm 3%

So với chỉ số tối ưu của WHO là 20-30% thì đây là một chỉ số khá cao thể hiện sự lạm dụng quá mức kháng sinh trong điều trị.

Một trong những nguyên nhân quan trọng dẫn đến tình trạng gia tăng chi phí tiền thuốc là tình trạng sử dụng thuốc không hợp lý-an toàn-tiết kiệm. Nhiều loại biệt dược được sử dụng một cách lãng phí, nhiều loại thuốc có tính chất nâng đỡ thể trạng, Vitamin, thuốc bắc được sử dụng với khối lượng lớn. Hiện tượng lạm dụng thuốc, kê quá nhiều tên thuốc trong một đơn, kê nhiều loại biệt dược đắt tiền vẫn phổ biến trong các cơ sở khám chữa bệnh hiện nay.

Kết quả điều tra tình hình sử dụng thuốc ở Việt Nam cho thấy số lượng thuốc bình quân cho một đợt điều trị:

- + Nội trú: 7 tên thuốc
- + ngoại trú: 3,2 tên thuốc.

Khảo sát 445 đơn thuốc ngoại trú cho người bệnh BHYT tại bệnh viện nói trên cho thấy:

+ Số thuốc trung bình một lần kê đơn: 4 thuốc/đơn

+ Đơn thuốc có số lượng thuốc nhiều nhất: 7 thuốc

So với trị số thuốc tối ưu cho một lần kê đơn của Tổ chức Y tế thế giới (WHO) đưa ra là 1,5 thuốc/đơn thì chỉ số trên ở Việt Nam là khá cao.

Cũng theo kết quả khảo sát việc sử dụng thuốc cho bệnh nhân BHYT tại một bệnh viện tuyến thành phố của Hà Nội thì trong 15 loại thuốc thường được kê đơn nhiều nhất chủ yếu tập trung vào 03 nhóm sau:

+ Nhóm các loại Vitamin: 86,3%

+ Nhóm an thần, giảm đau, hạ sốt: 55,5%

+ Nhóm kháng sinh: 51,53%.

**Bảng 6: Danh sách 15 loại thuốc thường được kê đơn nhiều nhất tại bệnh viện Saint Paul, Hà Nội.**

TT	Tên thuốc	Tần xuất	Tỷ lệ %
1	Vitamin C 0,1 g/ viên	157	35,3
2	Vitamin B <sub>1</sub> 0,01g/ viên	117	26,3
3	Ampicillin 0,25 g/ viên	109	24,5
4	Seduxen 5mg/ viên	99	22,2
5	Vitamin 3B	68	15,3
6	Paracetamol 0,5g/ viên	64	14,4
7	Amoxycilin 250 mg/ viên	54	12,13
8	Analgin 0,5g/ viên	52	11,7
9	Vitamin B <sub>6</sub> 0,025 g/ viên	42	9,4
10	Antadin (Tefenadine)	39	8,8
11	Co - Trimoxazol 0,48	38	8,5
12	Codefes	38	8,5
13	Alpha Chymotrypsin	32	7,2
14	Cloramphenicol 0,04%	29	6,5
15	Vinpocetin	29	6,5

Nguồn: Báo cáo của BHXH Hà Nội

3. Tình trạng lạm dụng thuốc ngoại nhập trong khám chữa bệnh cho người bệnh BHYT ngày càng gia tăng

Có thể khẳng định ngay rằng tình trạng lạm dụng thuốc ngoại nhập trong việc khám chữa bệnh cho người có thẻ BHYT đã ở mức báo động. Trong tổng chi phí cho thuốc BHYT, thuốc ngoại nhập chiếm một tỷ trọng tương đối lớn (bình quân toàn hệ thống BHYT là 50%) và có sự khác nhau tùy theo điều kiện kinh tế xã hội của mỗi vùng. Tỷ lệ này càng tăng lên ở những trung tâm kinh tế xã hội lớn như Hà Nội (80%), Hải Phòng (70%), thành phố Hồ Chí Minh (90%).

Khảo sát tình hình sử dụng thuốc BHYT tại các tỉnh Thái Bình, Thanh Hóa và Lạng Sơn cho thấy, ngay cả ở các tỉnh có mức sống trung bình, điều kiện kinh tế còn gặp nhiều khó khăn, tỷ lệ thuốc ngoại nhập được sử dụng cho người bệnh có thẻ BHYT ở các cơ sở KCB cũng chiếm khoảng 50% tổng chi phí về thuốc.

**Bảng 8: Tỷ lệ chi phí thuốc ngoại nhập so với tổng chi phí tiền thuốc BHYT tại Thái Bình, Lạng Sơn trong 4 năm từ 1996-1999**

Năm	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
<b>THÁI BÌNH</b>								
Tổng chi phí thuốc BHYT	6.207.058,5	5.751.245,1	6.078.287,3	6.004.533,2	8.555.379	12.003.731	13.379.931	17.194.347
Chi phí thuốc ngoại nhập	3.423.882,1	3.048.160,0	3.039.143,6	2.822.144,7	4.448.797	6.602.052	7.091.363	9.456.891
Tỷ lệ %	55	53	50	47	52	55	53	55
<b>LANG SƠN</b>								
Tổng chi phí thuốc BHYT	1.582.242,6	1.864.564,7	2.524.924,2	2.154.597,6	2.518.141	3.889.337	5.221.277	5.525.749



Chi phí thuốc ngoại nhập		839.05 4.118	1.110. 966,6	1.057. 950,1	1.309. 933	1.944. 669	2.6628 51	2.873. 389
Tỷ lệ %		45	44	50	52	50	51	52

Nguồn: Báo cáo của BHXH các tỉnh: Thái Bình, Lạng Sơn

Kết quả khảo sát tình hình sử dụng thuốc cho bệnh nhân BHYT tại một bệnh viện tuyến Trung ương trên địa bàn thành phố Hồ Chí Minh cho thấy:

Trong tổng số 4.946 đơn thuốc ngoại trú được kê cho người bệnh BHYT với 368 tên thuốc thì đã có tới 336 thuốc nhập ngoại chiếm tỷ lệ 91,3%.

**Bảng 9: Tình hình sử dụng thuốc ngoại nhập ở khu vực khám chữa bệnh ngoại trú tại bệnh viện tuyến TW, thành phố Hồ Chí Minh**

Thuốc	Số tên thuốc được kê	Tỷ lệ % so với số tên thuốc được kê	Số lượng thuốc được kê	Tỷ lệ % so với số lượng thuốc được kê	Chi phí	Tỷ lệ% so với chi phí
Việt Nam sản xuất	32	8,7	27.134	5,08	11.692.353	1,56
Ngoại nhập	336	91,3	507.923	94,92	742.022.048	98,44

Nguồn: Báo cáo của BHXH thành phố Hồ Chí Minh

Trong số 884 bệnh án điều trị nội trú của bệnh nhân BHYT tại một bệnh viện tuyến TW trên địa bàn thành phố Hồ Chí Minh được khảo sát chi phí tiền thuốc cũng cho thấy tỷ lệ sử dụng thuốc ngoại nhập trong điều trị nội trú cho người bệnh BHYT rất cao. Trong tổng số 630 tên thuốc được sử dụng cho người bệnh BHYT có tới 606 tên thuốc ngoại, chiếm 96 %. Thuốc ngoại nhập chiếm kỷ lục về số thuốc thường được *kê đơn nhiều nhất*, thuốc được dùng với số lượng nhiều nhất, thuốc sử dụng kinh phí nhiều nhất.

Các khảo sát tương tự việc sử dụng thuốc BHYT tại một số bệnh viện khác của Hà Nội, Hải phòng cũng cho thấy thuốc ngoại nhập được sử dụng rất phổ biến cho bệnh nhân BHYT ở cả khu vực khám chữa bệnh ngoại trú và điều trị nội trú.

Đặc biệt, hiện tượng các cơ sở khám chữa bệnh chỉ định thuốc cho bệnh nhân nói chung, bệnh nhân có thẻ BHYT nói riêng theo " hướng dẫn " của Trình Dược viên các hãng Dược phẩm nước ngoài, các Công ty trách nhiệm hữu hạn đã trở nên phổ biến.

**Bảng 9: Danh sách 15 loại thuốc thường được kê đơn nhất tại bệnh viện Chợ Rẫy, thành phố Hồ chí Minh**

TT	Tên thuốc	Tần xuất	Tỷ xuất	Số lượng
1	Neomercazol 5mg/ viên	986	19,86	109.626
2	Thyrax 100mg/ viên	795	16,07	31.467
3	Homtamin	795	16,07	28.241
4	Endoxan 50mg/ viên	580	11,72	1.215
5	Pho L	560	11,32	19.605
6	Enervon C	475	9,60	11.841
7	Hirmen	449	9,07	11.586
8	Veromin	331	6,69	8.712
9	Ucetam	297	6,00	12.114
10	Amiplex	281	5,68	9.069
11	Prednisolon 5mg/ viên	232	4,69	16.217
12	Avlocardyl 40 mg/ viên	197	3,98	4.642
13	Idarac 200 mg/ viên	192	3,88	3.524
4	Vit B <sub>1</sub> B <sub>6</sub> B <sub>12</sub>	183	3,69	3.786
15	Adalate LA 30 mg/ viên	165	3,33	2.462

Nguồn: Báo cáo của BHXH thành phố Hồ Chí Minh

**Bảng 10: Danh sách 10 thuốc dùng số lượng nhiều nhất tại bệnh viện Chợ Rẫy, thành phố Hồ chí Minh**

TT	Tên thuốc	Số lượng	Thành tiền
1	Neomercazol 5mg/ viên	109.626	63.433.976
2	Homtamin	28.241	37.693.110
3	Thyrax100 mg/ viên	23.457	7.492.900
4	Pho L	19.605	29.184.240
5	Prednisolone 5mg/ viên	16.217	2.627.892
6	PTU50 mg/ viên	15.150	6.942.600
7	Enervon C	11.841	10.466.580
8	Hirmen	11.646	18.561.350
9	Ucetam 400 mg/ viên	9.130	5.947.700
10	Amiplex	9.069	19.795.190

Nguồn: Báo cáo của BHXH thành phố Hồ Chí Minh

**Bảng 11: Danh sách 10 thuốc sử dụng kinh phí nhiều nhất tại bệnh viện Chợ Rẫy, thành phố Hồ chí Minh**

TT	Tên thuốc	Số lượng	Thành tiền
1	Neomercazol 5mg/ viên	109.626	63.433.976
2	Homtamin	28.241	37.693.110
3	Pho L	19.605	29.184.240
4	Amiplex	9.069	19.795.190
5	Hirmen	11.646	18.561.350
6	Venomin	8.667	17.235.000
7	Adalate LA 30 mg/ viên	4.664	14.787.828
8	Sandimum Neoral 25 mg	1.050	13.001.190
9	Glucobay 50 mg/ viên	5.085	13.001.190
10	Enervon C	11.841	10.466.580

Nguồn: Báo cáo của BHXH thành phố Hồ Chí Minh

#### *4. Tình trạng kê đơn cấp thuốc ngoài danh mục là rất phổ biến*

Kết quả khảo sát việc sử dụng thuốc cho người bệnh BHYT tại một bệnh viện tuyến thành phố của Hà Nội cho thấy trong tổng số 1745 tên thuốc được kê đơn chỉ có 9% là thuốc thiết yếu, một tỷ lệ quá thấp so với trị số tối ưu của WHO là 100%.

Theo quy định hiện hành, cơ quan BHXH căn cứ Danh mục thuốc do Bộ Y tế quy định để thanh toán chi phí tiền thuốc sử dụng cho người bệnh BHYT. Tuy nhiên trong thực tế điều trị việc các cơ sở khám chữa bệnh kê đơn thuốc không có trong Danh mục theo quy định trên không còn là cá biệt, không những gây nhiều khó khăn trong việc giám định chi phí để thanh, quyết toán giữa cơ quan BHXH và các bệnh viện mà còn làm ảnh hưởng đến quyền lợi của người tham gia BHYT khi bị cơ quan BHYT từ chối thanh toán những chi phí không đúng quy định này.

Tại một bệnh viện Trung ương trên địa bàn Thành phố Hồ Chí Minh tỷ lệ dùng thuốc trong Danh mục theo quy định của Bộ Y tế là 51,63% (kết quả khảo sát tình hình sử dụng thuốc BHYT quý II/1998), như vậy còn gần 50% số thuốc được dùng cho người bệnh BHYT là thuốc ngoài Danh mục.

Như vậy, mặc dù nhiều năm qua Bộ Y tế đã ban hành Danh mục thuốc cho các tuyến điều trị từ Trạm y tế cơ sở đến các bệnh viện đa khoa, chuyên khoa tuyến tỉnh, tuyến Trung ương nhưng theo kết quả khảo sát, tỷ lệ sử dụng thuốc trong Danh mục theo quy định của Bộ Y tế ở các cơ sở khám chữa bệnh là rất thấp (khoảng 51%), tỷ lệ sử dụng thuốc thiết yếu còn thấp hơn nhiều lần (khoảng 22%). Thực tế điều trị tại các cơ sở khám chữa bệnh cho thấy có rất nhiều các loại thuốc khác nhau ngoài Danh mục được bệnh viện đưa vào sử dụng. Chính điều này dẫn tới sự khác biệt lớn trong việc kê đơn, chỉ định sử dụng thuốc giữa các bệnh viện, không công bằng đối với người bệnh, không thực hiện được mục tiêu theo tinh thần chỉ thị số 04/1998/CT-BYT ngày 04/03/1998 của Bộ Trưởng bộ Y tế về việc tăng cường sử dụng thuốc hợp lý, an toàn, tiết kiệm tại các cơ sở khám chữa bệnh

và đặc biệt gây nhiều khó khăn cho cơ quan BHYT khi thực hiện thanh, quyết toán chi phí khám chữa bệnh nói chung, chi phí tiền thuốc nói riêng.

#### **IV. THỰC TRẠNG CÔNG TÁC QUẢN LÝ GIÁ THUỐC CHỮA BỆNH CHO NGƯỜI BỆNH BẢO HIỂM Y TẾ**

Thực tế cho thấy trong thời gian qua do nhiều nguyên nhân khác nhau mà giá thuốc dùng cho người bệnh có thẻ BHYT là không kiểm soát được. Cơ quan BHYT trước đây và cơ quan BHXH hiện nay phải thanh toán tiền thuốc với giá quá cao so với giá thị trường (30-40 %, cá biệt có nơi giá thuốc cao gấp đôi so với mặt bằng chung của thị trường thuốc ở ngay địa phương đó. Hiện tượng nâng giá, tạo sự tăng giá đột biến giá tạo giữa nhà cung cấp và đơn vị cung ứng để tăng lợi nhuận đã trở thành phổ biến gây tổn thất không nhỏ cho quỹ BHYT.

Theo báo cáo của Thanh tra Nhà nước trong 03 năm 1994; 1995; 1996 các cơ sở KCB của một số tỉnh đã tự nâng giá thuốc thanh toán với cơ quan BHYT, cụ thể là:

**Bảng 12: Chênh lệch giá thuốc BHYT tại một số địa phương**

<b>STT</b>	<b>Địa phương</b>	<b>Số tiền chênh lệch do nâng giá thuốc để thanh toán với cơ quan BHYT Triệu đồng)</b>
1	Kiên Giang	73,8
2	Yên Bái	92,7
3	Quảng Bình	7
4	Đông Nai	114,7
5	Đắk Lắk	20,6
6	Hải Hưng	62,3

Trước thực trạng đó, một số địa phương được sự quan tâm chỉ đạo của UBND tỉnh (Thái Bình, Thanh Hóa, Lạng Sơn, Ninh Bình...) đã thực hiện phương thức quản lý giá thuốc BHYT theo nguyên tắc xác định một tỷ lệ % chi phí lưu thông nhất định để hạch toán vào giá thành được cơ quan BHYT thanh toán. Tuy nhiên, phương pháp xác định tỷ lệ chi phí lưu thông là rất khác nhau giữa các địa phương và cũng còn nhiều vấn đề đang gây tranh cãi.

Kết quả việc khảo sát công tác quản lý giá thuốc BHYT tại Thái Bình, Thanh Hóa, Lạng Sơn cho thấy có sự khác nhau trong việc xác định tỷ lệ % chi phí lưu thông và phương pháp xác định cơ cấu của tỷ lệ đó.

Tuy nhiên vấn đề còn gây tranh cãi nhiều là căn cứ để xác định giá gốc được nhân với tỷ lệ chi phí lưu thông ở trên. Một giải pháp đang được các bên tạm thời chấp nhận là UBND tỉnh thành lập một hội đồng duyệt giá thuốc theo định kỳ hàng quý để xác định giá gốc theo mặt bằng thị trường tại địa phương quản lý. Hội đồng định giá bao gồm các thành viên của Sở Y tế, Sở Tài chính Vật giá, Công ty Dược tỉnh, Bệnh viện đa khoa tỉnh và cơ quan BHYT.

Phương thức quản lý giá này đã phát huy được tính tích cực của nó trong một thời gian, làm giảm đi sự lạm dụng, nâng giá thuốc BHYT và đã góp phần tích cực trong việc đảm bảo cân đối thu chi quỹ BHYT. Tuy vậy, qua khảo sát thực tế tại các địa phương nói trên cũng đã bộc lộ những bất cập của phương thức quản lý giá thuốc ở mỗi tỉnh, đó là:

- Việc chi % hoa hồng cho cơ sở KCB là không đúng với các quy định của Nhà nước về chế độ quản lý tài chính;
- Vai trò của một số Công ty Dược là rất thụ động trong khi đó lại được hưởng một tỷ lệ lợi nhuận định mức khá cao;
- Việc xác định cơ cấu giá thuốc của đơn vị cung ứng ở nhiều địa phương chưa hợp lý. Để thuyết minh cho tỷ lệ % lãi gộp của đơn vị, các Công ty Dược đã tính đủ toàn bộ chi phí lưu thông, phí quản lý và lợi nhuận của Công ty vào cả doanh số thuốc BHYT mà không tính đến phần doanh số có được của các thị phần khác.

**Bảng 13: Tỷ lệ % và cơ cấu chi phí lưu thông tiền thuốc tại Thái Bình, Thanh Hóa và Lạng Sơn**

<b>Tỉnh</b>	<b>Tỷ lệ % chi phí lưu thông thuốc BHYT</b>	<b>Cơ cấu chi phí</b>	<b>Ghi chú</b>
<b>Thái Bình</b>	12,5	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 6 % chi hoa hồng cho cơ sở KCB</li> <li>- 1,5 % chi phí giao dịch, bốc vác, vận chuyển, kiểm nghiệm</li> <li>- 5 % chi cho lợi nhuận của Công ty Dược tỉnh</li> </ul>	Riêng thuốc do Công ty Dược Thái Bình sản xuất chỉ được cộng 6 % trên giá bán buôn để chi hoa hồng cho các cơ sở KCB
<b>Thanh Hóa</b>	12	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Thuế VAT: 0,6 %</li> <li>- Lợi nhuận đ. mức: 1,5 %</li> <li>- Khấu hao TSCĐ: 1,5 %</li> <li>- Phí vận chuyển: 2,4 %</li> <li>- Lương: 2,7 %</li> <li>- Chi phí BQ đóng gói: 0,5%</li> <li>- Phí đào tạo: 0,1%</li> <li>- Chi phí vật RTMH: 0,5%</li> <li>- Q. cáo, tiếp thị: 0,4%</li> <li>- Hao hụt: 0,3%</li> <li>- BHXH+BHYT: 0,5%</li> <li>- Chi phí khác 1%</li> </ul>	
<b>Lạng Sơn</b>	13	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Phí vận chuyển: 0,113%</li> <li>- Hao hụt bán hàng: 0,343%</li> <li>- Bảo quản, thu mua: 4,23%</li> <li>- Chi phí quản lý DN: 6,92%</li> <li>- Lãi định mức: 1,46%</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Chỉ tính chênh lệch vận chuyển</li> <li>- Bao gồm cả tiền lương và công tác phí</li> </ul>

## CHƯƠNG II

# ĐỀ XUẤT PHƯƠNG ÁN TỔ CHỨC CUNG ỨNG VÀ PHƯƠNG THỨC QUẢN LÝ GIÁ THUỐC BẢO HIỂM Y TẾ

## I. KINH NGHIỆM QUẢN LÝ, SỬ DỤNG THUỐC CHO BỆNH NHÂN BẢO HIỂM Y TẾ Ở MỘT SỐ NƯỚC TRÊN THẾ GIỚI

### 1. Khái quát tình hình thị trường thuốc trên thế giới

Tổ chức y tế thế giới (WHO) nhận định hoạt động của ngành Dược trên thế giới đạt được rất nhiều thành tựu, cùng ngành y tế góp phần tích cực vào hoạt động chăm sóc sức khỏe của con người, đã mang lại nhiều kết quả như:

- Sức khỏe và tuổi thọ con người có xu hướng ngày càng tăng;
- Có rất nhiều tiến bộ trong việc kiểm soát các bệnh nhiễm khuẩn;
- Giảm tỷ lệ chết dưới 5 tuổi.

Một trong những nguyên nhân quan trọng đạt được kết quả trên là sự phát triển của ngành công nghiệp dược và hoạt động mạnh mẽ của thị trường dược phẩm

#### *1.1. Tình hình cung ứng thuốc*

Ở các nước có thu nhập cao, ngành dược dùng vốn phúc lợi công cộng là chủ yếu. Ở những nước có thu nhập thấp và trung bình thì hợp tác giữa nhà nước và tư nhân là phổ biến. Papuanew Guiena và Blautan là những nước có tới 90% thuốc được nhà nước cung cấp cho dân, mặt khác ở Nepal và Philippin tư nhân cung cấp tới 90% vốn cho thị trường thuốc. Tuy nhiên, có một điều đặc biệt là ở hầu hết các nước nghèo này lại có tới 60-80% thuốc được dân chúng mua từ tư nhân (kể cả gia đình sống dưới mức nghèo khổ)... Các nước phát triển trung bình đầu tư cho y tế là 8% tổng sản phẩm quốc dân ( Mỹ 14%, Châu Âu 8%, Nhật 6%



trong đó tỷ lệ dành cho thuốc từ 10-15% ngân sách y tế). Mặc dù công nghiệp dược trên thế giới ngày càng phát triển, số lượng thuốc sản xuất, lưu thông trên thị trường ngày càng nhiều nhưng vấn đề cung ứng thuốc cho nhu cầu chăm sóc và bảo vệ sức khỏe của nhân dân chưa được đáp ứng tốt.

### **1.2. Doanh số bán thuốc trên thế giới:**

Những năm cuối thế kỷ XX cùng với sự phát triển mạnh mẽ của khoa học công nghệ, công nghiệp dược cũng không nằm ngoài quy luật đó, đã nghiên cứu nhiều loại thuốc mới có tác dụng mạnh và hiệu quả cao. Theo số liệu thống kê 10 năm gần đây doanh số bán thuốc trên thị trường thế giới có sự gia tăng mạnh mẽ

**Bảng 14. Doanh số bán thuốc trên thế giới qua các năm 1992-2002**

<b>Năm</b>	<b>Doanh số bán thuốc trên toàn thế giới (tỷ USD)</b>	<b>Tỷ lệ % gia tăng so với năm 1992</b>
1992	230,0	100,0
1993	250,0	108,7
1994	256,0	111,3
1995	258,0	112,2
1996	296,4	128,9
1998	304,6	132,4
1999	337,2	146,6
2000	364,5	158,5
2001	371,9	161,7
2002	400,6	174,2

*(Nguồn IMS World Review 2003)*

Doanh số bán thuốc toàn cầu có xu hướng gia tăng trong 10 năm qua, đặc biệt năm 2002 tăng 174,2% so với năm 1992 và có tốc độ tăng trưởng khá đều qua các năm. Theo dự kiến, sự tăng trưởng này còn tiếp tục ít nhất trong 5 năm tới do

sự phát triển của dân số thế giới, sự gia tăng tuổi thọ và sự bùng nổ của nhiều thuốc mới được tung ra thị trường. Những yếu tố này làm tốc độ tăng trưởng hàng năm sẽ đạt 8,1% và đưa thị trường thuốc toàn cầu lên tới 506 tỷ USD vào năm 2004.

Nguyên nhân làm gia tăng nhu cầu về thuốc trên toàn thế giới phải kể đến trước tiên đó là sự "già hoá" dân số (tỷ lệ người già tăng cao, chiếm phần lớn trong thành phần dân số). Mặt khác, những người này có tỷ lệ mắc bệnh cao và thường là những bệnh mãn tính. Theo đánh giá của các chuyên gia, trong vòng 40 năm qua đã có sự tăng đáng kể tuổi thọ và điều này có phần nhờ vào việc sử dụng những thuốc mới. Một nguyên nhân nữa về sự tăng các nhu cầu thuốc đó là sự tăng đáng kể ngân sách ở các quốc gia cho những chương trình về bảo vệ sức khoẻ đặc biệt là những chương trình phòng chống những bệnh xã hội, những bệnh mãn tính như tim mạch, ung thư, lao, đái tháo đường....)

### **1.3 Tình hình tiêu thụ thuốc trên thế giới**

Ngay trong các khu vực thì sự gia tăng doanh số cũng khác nhau, tăng trưởng mạnh nhất của năm 2002 vẫn là Bắc Mỹ (Mỹ và Canada) chiếm 51% doanh số toàn cầu, với tốc độ tăng trưởng +12%. Châu Mỹ Latinh do khủng hoảng kinh tế mấy năm vừa qua tăng trưởng -10%.

**Bảng 15. Doanh số dược phẩm thế giới năm 2002 phân theo khu vực**

<i>Khu vực</i>	<i>Doanh số 2002 (tỷ USD)</i>	<i>Tỷ lệ % so với doanh số toàn cầu</i>	<i>Tỷ lệ % tăng trưởng</i>
Bắc Mỹ	203,6	51	+12
EU	90,6	22	+8
Các nước còn lại của Châu Âu	11,3	3	+9
Nhật Bản	46,9	12	+1

Châu Á, Châu Phi, châu Úc	31,6	8	+11
Châu Mỹ Latinh	15,5	4	-10
Tổng cộng	400,6	100%	+8

(Nguồn: IMS World Review 2003)

Như vậy thị trường dược phẩm thế giới chủ yếu tập trung vào các nước phát triển như Mỹ, Canada, Nhật, Pháp, Anh, Đức. Còn lại thị trường quá nhỏ bé của các nước đang phát triển trong đó có Việt Nam.

Doanh số bán thuốc tại 10 thị trường lớn nhất trên thế giới vào năm 2000 là Mỹ, Nhật, Tây Ban Nha, Úc, Bỉ Canada, Italia, Anh, Pháp, Đức. Chỉ có 10 nước này đã chiếm 77% doanh số toàn cầu, tính riêng thị trường của Mỹ chiếm 60% doanh số của 10 nước trên. Theo dự đoán, doanh số 10 thị trường này tăng khoảng 9% hàng năm và tổng doanh số năm 2005 sẽ đạt 434 tỷ USD (tăng 53% so với năm 2000). Chỉ tính riêng thị trường Mỹ đến năm 2005 sẽ tăng 263 tỷ USD với mức tăng trung bình là 11,8% chiếm tới 60% thị phần của 10 nước trên.

Chỉ số tiêu dùng thuốc đang hết sức chênh lệch giữa các nước phát triển và đang phát triển. Đáng lưu tâm là khoảng cách này không hề thu hẹp mà ngày càng cách xa. Nếu tính từ năm 1976 ở các nước phát triển chỉ chiếm 27% dân số thế giới đã sử dụng đến 76% sản lượng thuốc trên thế giới, trong khi đó, ở các nước đang phát triển chiếm 73% dân số thì chỉ hưởng thụ được 24% sản lượng thuốc. Sau 10 năm (1976-1986) dân số các nước phát triển chiếm khoảng 25% dân số thế giới nhưng lượng thuốc mà họ sử dụng chiếm tới 78%, các nước phát triển chiếm 75% dân số thế giới nhưng mức sử dụng chỉ 21%. Tuy nhiên, cũng cần khẳng định rằng ở các nước đang phát triển việc hướng dẫn sử dụng, cung ứng thuốc còn nhiều vấn đề phải bàn, đó là sự thiếu vắng một cơ chế chính sách ở tầm vĩ mô của các cơ quan quản lý dược phẩm, trình độ dân trí, điều kiện môi trường...

Với sự phát triển không ngừng của các ngành khoa học kỹ thuật, nền công nghiệp dược trên thế giới ngày càng phát triển mạnh mẽ, nhiều dược phẩm mới đã góp phần tích cực vào công tác chăm sóc sức khoẻ cho cộng đồng. Bình quân sản lượng dược phẩm trên thế giới tăng gấp đôi sau 10 năm (1985-1995). Tiền thuốc sử dụng hàng năm trên đầu người tăng từ 20 USD năm 1985 lên 40 USD năm 1995 và 63 USD năm 1999.

**Bảng 16. Giá trị tiêu thụ và tiền thuốc bình quân trên đầu người của một số nước năm 2000**

<i>Tên quốc gia</i>	<i>Dân số (Triệu người)</i>	<i>Thuốc sử dụng (tỷ USD)</i>	<i>Tỷ trọng (%)</i>	<i>Tiền thuốc BQDN (USD)</i>
<b>Hoa Kỳ</b>	272	131,0	38,50	477,4
<b>Nhật</b>	127	53,5	15,90	422,2
<b>CHLB Đức</b>	82	18,5	5,50	225,6
<b>Canada</b>	31	5,5	1,60	179,7
<b>Hàn Quốc</b>	45,9	4,6	1,35	100,2
<b>Thái Lan</b>	60,6	1,1	0,32	17,7
<b>Việt Nam</b>	76,7	0,4	0,11	5,4
<b>Trung Quốc</b>	1.254	6,2	1,82	4,9

Các nước phát triển có mức tiêu thụ thuốc bình quân đầu người cao điển hình Mỹ (477,4 USD). Các nước đang phát triển có tiền thuốc bình quân đầu người thấp và rất thấp, điển hình là Trung Quốc (4,9 USD). Giá trị tiêu thụ thuốc tính theo đầu người ở các nước phát triển ngày một tăng, trong khi các nước đang phát triển mức tiêu thụ thuốc lại thấp, điều này hoàn toàn logic khi nói rằng mức thu nhập của người dân ở các nước phát triển tăng gấp nhiều lần so với các nước đang phát triển. Vì thế, nhu cầu về thuốc cho đầu người của các nước phát triển gấp 10-15 lần so với các nước đang phát triển.

#### **1.4 Lượng thuốc tiêu thụ của một số quốc gia Châu Á**

Trong số các nước Châu Á Việt Nam là nước có tiền thuốc bình quân đầu người ở nhóm thấp, mặc dù tốc độ tăng trưởng của ngành dược Việt Nam trong những năm qua là khá cao. Trung Quốc có tiền thuốc bình quân đầu người là 4,9 USD, tuy thấp hơn Việt Nam nhưng theo nhiều tài liệu, mạng lưới y dược học cổ truyền rất phát triển lại chưa nằm trong số liệu thống kê. Các nước khác như Hàn Quốc, Đài Loan, Thái Lan, Malaixia, đều có tiền thuốc bình quân đầu người cao hơn, đây là những nước mà cách đây vài thập kỷ, trình độ mọi mặt chỉ tương đương Việt Nam.

**Bảng 17: GDP và tiền thuốc BQĐN của một số nước ASEAN năm 2000.**

<b>STT</b>	<b>Tên quốc gia</b>	<b>GDP/ người/năm (Đơn vị tính: USD)</b>	<b>TTBQ/người/năm</b>
1	Singapore	22.959,7	51,54
2	Philippin	988,8	13,19
3	Malaysia	3.853	10,56
4	Thái Lan	2.013,6	9,64
5	Việt Nam	405,6	5,4
6	Indonesia	723,4	2,05

(Nguồn: IMS Health và số liệu KTXH các nước và vùng lãnh thổ trên thế giới, NXBTK-2000)

Trong những năm qua bình quân tiền thuốc/đầu người ở Việt Nam tăng nhanh, nhưng vẫn thấp so với các nước trong khu vực. Việt Nam còn là một nước nghèo nhưng Chính phủ luôn coi công tác chăm sóc sức khỏe nhân dân là một trong những ưu tiên hàng đầu trong xây dựng và phát triển kinh tế xã hội của đất nước.

#### **1.5 Cơ cấu tiêu dùng thuốc**

Nhu cầu về thuốc phụ thuộc vào truyền thống y học của mỗi nước, vào trình độ tổ chức kinh tế của hệ thống y tế, vào môi trường văn hoá xã hội của mỗi nước vào sự năng động của người lãnh đạo trong việc đẩy mạnh sản xuất hướng ra thị trường và nhiều yếu tố khác. Thông thường số lượng và cơ cấu thuốc được sử dụng phụ thuộc vào mô hình bệnh tật và định hướng dùng thuốc của từng quốc gia. Tuy nhiên, thầy thuốc có vai trò rất lớn trong việc sử dụng và định hướng dùng thuốc cho người dân.

Mười sản phẩm có doanh số cao nhất năm 2002 chủ yếu tập trung các sản phẩm thuộc nhóm tim mạch, tiêu hoá và kháng viêm giảm đau.

**Bảng 18: Các sản phẩm thuốc có doanh số cao nhất năm 2002.**

STT	Tên sản phẩm	Công ty	Doanh số bán (tỷ USD)	Tỷ lệ % tăng trưởng so với năm 2001
1	Lipitor	Pfizer	8,6	+20
2	Zocor	MSD	6,2	+13
3	Losec	Atra-Zeneca	5,2	-19
4	Zyprex	Lilly	4,0	+21
5	Norvase	Pfizer	4,0	+6
6	Erypo	Amgen	3,8	+18
7	Ogastro/Prevacid	Takeda	3,6	+3
8	Seroxat/Paxil	GSK	3,3	+13
9	Celebrex	Pfizer	3,1	-1
10	Zoloft	Pfizer	2,9	+12
	Tổng cộng		44,7	+11

(Nguồn: IMS World Review 2003)

Năm 2002, 10 sản phẩm bán chạy nhất có doanh số 44,7 tỷ USD tăng 11% so với năm 2001. Lipitor vẫn là sản phẩm bán chạy nhất thế giới với doanh số 8,6

tỷ USD tăng 20% so với năm 2001. Zocor thay thế Losec vượt lên vị trí số 2 với doanh số 6,2 tỷ USD, còn Losec doanh số giảm xuống -19% còn 5,2 tỷ USD (do công ty Astra-Zeneca đã có thêm sản phẩm Nexium (esomeprazole)). Chỉ có 10 sản phẩm trên mà đã chiếm tới 11,5% tổng doanh số toàn cầu.

Trong 10 nhóm thuốc phân theo tác dụng dược lý chiếm thị phần lớn nhất là các thuốc chống loét dạ dày tá tràng với doanh số bán 21,9 tỷ USD trong năm 2002 và tăng 9% so với năm 2001. Tiếp đến là các nhóm thuốc hạ Lipit máu, thuốc thần kinh, ức chế men chuyển...

Nhóm kháng sinh Cephalosporin có mức tăng trưởng thấp đó là do trên thị trường có nhiều loại biệt dược, tạo sự cạnh tranh mạnh mẽ giữa kháng sinh của hãng dược phẩm này với kháng sinh của hãng dược phẩm kia. Do đó làm suy giảm doanh số kháng sinh của các công ty dược phẩm hàng đầu.

**Bảng 19. 10 nhóm thuốc có doanh số cao nhất thế giới năm 2002**

<i>STT</i>	<i>Nhóm thuốc</i>	<i>DSB (tỷ USD)</i>	<i>Tỷ lệ % DSB toàn cầu</i>	<i>Tỷ lệ tăng trưởng so với năm 2001</i>
1	Chống loét dạ dày tá tràng	21,9	6,0	+9
2	Hạ Lipit máu	21,7	5,0	+12
3	Chống trầm cảm	17,1	4,0	+5
4	Kháng viêm giảm đau Non Steroid	11,3	3,0	+1
5	Chen canxi	9,9	3,0	-1
6	Ức chế men chuyển	9,5	2,0	+2
7	Chống loạn tâm thần	8,1	2,0	+19
8	Chống đái tháo đường	8,0	2,0	+2
9	Chất thay thế máu	7,7	2,0	+18
10	Kháng sinh Cephalosporin	7,6	2,0	-3
	Tổng cộng	112,8	31,0	+6

(Nguồn: IMS World Review 2003).

### 1.6 . Vai trò của các hãng dược phẩm trong việc sử dụng thuốc

Trên thế giới một số hãng dược phẩm chiếm các vị trí cao trong bảng tổng sắp về doanh số bán thuốc, đó là các hãng nổi tiếng có bề dày kinh nghiệm và thời gian hoạt động. Các hãng dược phẩm này có vai trò quan trọng trong việc định hướng dùng thuốc trong xã hội. Họ tìm mọi cách chiếm giữ thị phần dược phẩm bằng chất lượng thuốc, bằng giá thuốc, bằng cách quảng bá các sản phẩm. Tuy nhiên các hãng dược phẩm nổi tiếng đều thuộc các quốc gia phát triển có tiền thuốc bình quân trên đầu người đứng đầu thế giới như Hoa Kỳ, Anh, Pháp, Cộng hoà liên bang Đức, Thụy Sĩ, Nhật.

Trong những năm gần đây sự hợp tác giữa các công ty dược phẩm đã làm cho thị trường dược phẩm thay đổi đáng kể và vị trí bảng xếp hạng của công ty dược hàng đầu thế giới theo doanh số bán được cải thiện rõ nét. Pfizer vào năm 1998 còn đứng thứ 5, đến năm 2000 mua lại Warner-Lambert, năm 2002 mua lại Pharmacia và trở thành công ty số 1 thế giới về doanh số năm 2002 là 32,4 tỷ USD. Công ty Glaxo Wellcome sát nhập với Smith Kline Beecham vào năm 2001 và trở thành tập đoàn dược phẩm lớn thứ 2 trên thế giới.

**Bảng 20: Xếp hạng 10 công ty dược phẩm hàng đầu thế giới theo doanh số**

Xếp hạng	Năm 1998	Năm 1999	Năm 2000	Năm 2001
1	Merck (Mỹ)	Pfizer	Pfizer	Pfizer
2	Aventis (Pháp)	Merck	Merck	GSK (GlaxoSmithKline)
3	GlaxoWellcome (Anh)	GlaxoWellcome	GSK	Merck
4	BMS (Mỹ)	BMS	Johnson & Johnson	Astra Zeneca
5	Pfizer (Mỹ)	Roche	Novartis	Johnson & Johnson
6	Novartis (Thụy Sĩ)	Johnson & Johnson	BMS	BMS
7	Astra Zeneca (Anh, Thụy Điển)	Novartis	Lilly	Novartis
8	Roche (Thụy Sĩ)	Astra Zeneca	Roche	Aventis



9	American Home Product (Mỹ)	Lilly	Astra Zeneca	Pharmacia
10	Lilly (Mỹ)	Aventis	Schering-Plough	Abbott

(Nguồn: Scrip magazine February 2000, Scrip magazine February 2001 số 2644, IMS Health).

## 2. Vài nét về tình hình quản lý sử dụng thuốc ở một số quốc gia đại diện

### 2.1 Trung Quốc:

Những cải cách trong chính sách thuốc của Trung Quốc đã được thông qua tại Hội nghị y tế toàn trung Quốc năm 1996. Vấn đề lớn được hội nghị quan tâm là việc gia tăng chi phí thuốc. Một số giải pháp mà Trung Quốc đã thực hiện trong thời gian quan là hoàn thiện danh mục thuốc BHYT, giới hạn doanh thu của các bệnh viện, điều chỉnh thị trường dược. Trước năm 1980, việc cung ứng thuốc chỉ qua một kênh duy nhất. Trong quá trình chuyển dịch sang nền kinh tế thị trường, thị trường dược phẩm ở Trung Quốc đã có sự bùng nổ nhanh chóng. Tổng số các hãng thuốc tăng từ 1800 năm 1989 sang hơn 4000 hãng năm 1995. các đơn vị bán buôn tăng từ 2500 lên tới 17000 trong vòng 10 năm qua. Giá thuốc vật tư y tế tăng nhanh chóng. Chi phí cho thuốc chiếm 50-70% tổng chi phí trong bệnh viện. Việc quản lý giá thuốc và quản lý thị trường thuốc trở thành vấn đề nóng bỏng ở Trung Quốc.

Để giải quyết vấn đề này, Trung Quốc đã tiến hành xây dựng chính sách tăng cường quản lý thuốc bao gồm những nội dung sau:

- Thiết lập hệ thống quản lý trong nghiên cứu, phát triển, sản xuất, phân phối, tạo giá, quảng cáo và cung ứng thuốc..
- Hoàn thiện danh mục thuốc thiết yếu, thiết lập quy định về kê đơn thuốc.
- Xây dựng kế hoạch phát triển thuốc phù hợp với sự phát triển của sự nghiệp chăm sóc sức khỏe.

- Hoàn thiện cơ chế xác định giá thuốc: Nhà nước có chính sách quản lý giá thuốc, giới hạn giá thuốc, đặt giá trần cho thuốc, kiểm soát chênh lệch giá, quản lý danh mục và giá thuốc nhập khẩu.
- Hạn chế những lạm dụng trong cung ứng thuốc, ngăn chặn thuốc giả, thuốc kém phẩm chất.
- Nghiêm cấm lợi nhuận bất hợp pháp từ nguồn hóa hồng của các nhà sản xuất thuốc chi trả.

## 2.2 Canada

Việc quản lý, sử dụng thuốc BHYT ở Canada được thực hiện thông qua mạng vi tính được kết nối giữa các cơ sở KCB với các nhà thuốc và cơ quan BHYT. Cơ sở KCB và nhà thuốc có hợp đồng với cơ quan BHYT

Thuốc được sử dụng và quản lý theo danh mục thuốc do Bộ Y tế ban hành thông qua Hội đồng tư vấn gồm các Giáo sư, bác sỹ, dược sỹ và nhà quản lý.

Trong khu vực khám chữa bệnh ngoại trú, sau khi được khám bệnh, kê đơn, bệnh nhân có thể đến bất kỳ nhà thuốc nào có nối mạng với cơ quan BHYT và cơ sở KCB để nhận thuốc. Giá thuốc do Chính phủ quản lý và thống nhất trong toàn quốc.

Việc thanh toán chi phí thuốc cũng được thực hiện thông qua mạng và theo định kỳ hàng quý giữa cơ quan BHYT và nhà thuốc, các chi phí ngoài thuốc được thanh toán với bệnh viện.

Mô hình quản lý, sử dụng và thanh toán chi phí thuốc chữa bệnh này được áp dụng hầu hết ở các nước phát triển như Mỹ, Ostrâyliia, Pháp, Đức... Tuy nhiên cũng có những điểm riêng biệt tùy theo chính sách cụ thể của từng Chính phủ. Ví dụ: tại cộng hòa Pháp, danh mục thuốc BHYT được xây dựng và cụ thể hoá tỷ lệ % chi trả đến từng loại thuốc. Trong đó ưu tiên chi trả 100% đối với các bệnh nặng, mãn tính như ung thư, bệnh nội tiết..., các thuốc thông thường có tỷ lệ chi trả rất thấp (khoảng 35%). Ngược lại ở Canada các loại thuốc Ung thư chỉ được

giới hạn chi trả trong khoảng 20 loại thuốc . tại Cộng hòa liên bang Đức, việc chi trả tiền thuốc bị khống chế theo tổng số tiền được bác sỹ kê đơn, quá 15 DM/đơn, bệnh nhân sẽ phải thực hiện nghĩa vụ cùng chi trả.

### **2.3 Thái Lan:**

Thái Lan là nước có nhiều mô hình BHYT và được thực hiện bởi nhiều tổ chức khác nhau. Tuy nhiên, việc quản lý thuốc và giá thuốc được giao cho Giám đốc các bệnh viện. Nhà nước ban hành một danh mục thuốc thiết yếu, thuốc sử dụng trong bệnh viện do Giám đốc bệnh viện quyết định tùy theo mô hình bệnh tật và kinh phí được khoán. Nhà nước không quản lý giá mà giá thuốc được điều tiết hoàn toàn bởi thị trường. Thuốc cung ứng vào bệnh viện nhất thiết phải thực hiện qua đấu thầu tự do giữa các hãng dược phẩm.

## **II. PHƯƠNG ÁN TỔ CHỨC CUNG ỨNG THUỐC BẢO HIỂM Y TẾ**

Việc cung ứng thuốc cho người tham gia BHYT phải đảm bảo đủ về số lượng, chất lượng, chủng loại theo mô hình bệnh tật và giá cả hợp lý. Đồng thời phù hợp với mạng lưới cung ứng, sản xuất kinh doanh dược phẩm của Việt Nam. Phương án cung ứng thuốc cho người bệnh BHYT được xây dựng theo những nguyên tắc cơ bản sau:

### **1. Đơn vị cung ứng:**

Về nguyên tắc, việc lựa chọn đơn vị cung ứng phải thực hiện thông qua đấu thầu rộng rãi nhằm chống độc quyền và lựa chọn được đơn vị có khả năng tối ưu. Tuy nhiên, để phát huy nội lực, tính chủ động và tạo điều kiện cho các doanh nghiệp sản xuất kinh doanh Dược phẩm của địa phương phát triển, việc cung ứng thuốc BHYT cho các cơ sở KCB trực thuộc Sở Y tế các tỉnh, thành phố trực thuộc Trung ương về cơ bản sẽ do các Công ty hoặc Xí nghiệp liên hợp Dược của địa phương đảm nhiệm sau khi được thẩm định theo một thang bảng điểm do Bộ Y tế quy định. Đối với các địa phương mà Công ty, Xí nghiệp Dược phẩm không đảm

bảo năng lực cung ứng theo quy định, việc lựa chọn đơn vị cung ứng sẽ được tiến hành thông qua đấu thầu rộng rãi hay trong phạm vi hẹp tùy theo đặc điểm của từng địa phương.

Các Công ty, Xí nghiệp Dược phẩm Trung ương chịu trách nhiệm cung ứng thuốc BHYT cho các cơ sở KCB tuyến Trung ương và tương đương (chủ yếu tại Hà Nội và thành phố Hồ Chí Minh). Việc lựa chọn đơn vị cung ứng thuốc cho các bệnh viện tuyến Trung ương và tương đương sẽ được thực hiện qua đấu thầu giữa các đơn vị thành viên của Tổng Công ty Dược Việt Nam, Công ty Dược địa phương theo quy định của Nhà nước.

## **2. Nguồn thuốc cung ứng cho người bệnh có thẻ BHYT:**

Trên cơ sở danh mục thuốc BHYT áp dụng tại mỗi cơ sở KCB đã được cấp có thẩm quyền phê duyệt và nhu cầu về thuốc phục vụ công tác khám chữa bệnh cho người có thẻ BHYT, các cơ sở KCB tùy theo tình hình cụ thể của đơn vị, lập dự trữ thuốc theo tháng, quý, năm để tổng hợp, lên kế hoạch chủ động cung ứng đầy đủ thuốc cho người bệnh có thẻ BHYT.

Nguồn thuốc để đảm bảo cung ứng cho người bệnh BHYT được thực hiện theo nguyên tắc:

- a. Đối với các loại thuốc đạt tiêu chuẩn của Bộ Y tế đã được sản xuất tại địa phương (hoặc nhập khẩu trực tiếp đối với các loại thuốc ngoại nhập) sẽ được ưu tiên cung ứng cho nhu cầu điều trị của người bệnh BHYT tại các cơ sở KCB thuộc địa phương quản lý.
- b. Các loại thuốc khác sẽ do các Công ty, Xí nghiệp Dược phẩm của Trung ương trực tiếp cung ứng (đối với bệnh viện tuyến Trung ương và tương đương) hoặc cung ứng thông qua các Công ty, XNLH Dược địa phương. Về lâu dài sẽ tổ chức đấu thầu mặt hàng thuốc do các Công ty, Xí nghiệp sản xuất kinh doanh để cung ứng cho người bệnh có thẻ BHYT.

Các Công ty, xí nghiệp sản xuất kinh doanh Dược phẩm đạt tiêu chuẩn GMP sẽ được ưu tiên là nguồn cung ứng thuốc chủ yếu cho người bệnh có thẻ BHYT.

Trên cơ sở các nguồn thuốc và đơn vị cung ứng thuốc được xác định như trên và dự trù nhu cầu thuốc điều trị của các cơ sở KCB, mỗi địa phương thành lập Hội đồng đấu thầu thuốc cung ứng cho bệnh viện gồm các thành viên chủ yếu sau:

- Đại diện cơ quan quản lý nhà nước về y tế (Bộ Y tế hoặc Sở Y tế địa phương)
- Đại diện cơ sở KCB có nhu cầu sử dụng thuốc
- Đại diện cơ quan BHXH tại địa phương.

Hội đồng đấu thầu thuốc có nhiệm vụ xây dựng thanh bảng điểm để lựa chọn đơn vị cung ứng, xây dựng các gói dược phẩm theo nhóm dược lý gồm:

- Nhóm thuốc gây tê, mê
- Nhóm thuốc giảm đau hạ sốt chống viêm
- Nhóm thuốc cấp cứu và chống độc
- Nhóm thuốc kháng sinh
- Nhóm thuốc chống ung thư và giảm miễn dịch
- Nhóm thuốc điều trị tim mạch
- Nhóm thuốc đường tiêu hóa
- Nhóm thuốc dùng trong chẩn đoán
- Nhóm thuốc Vitamin và các chất vô cơ
- Nhóm dịch truyền, huyết thanh, dung dịch điều chỉnh chất điện giải...

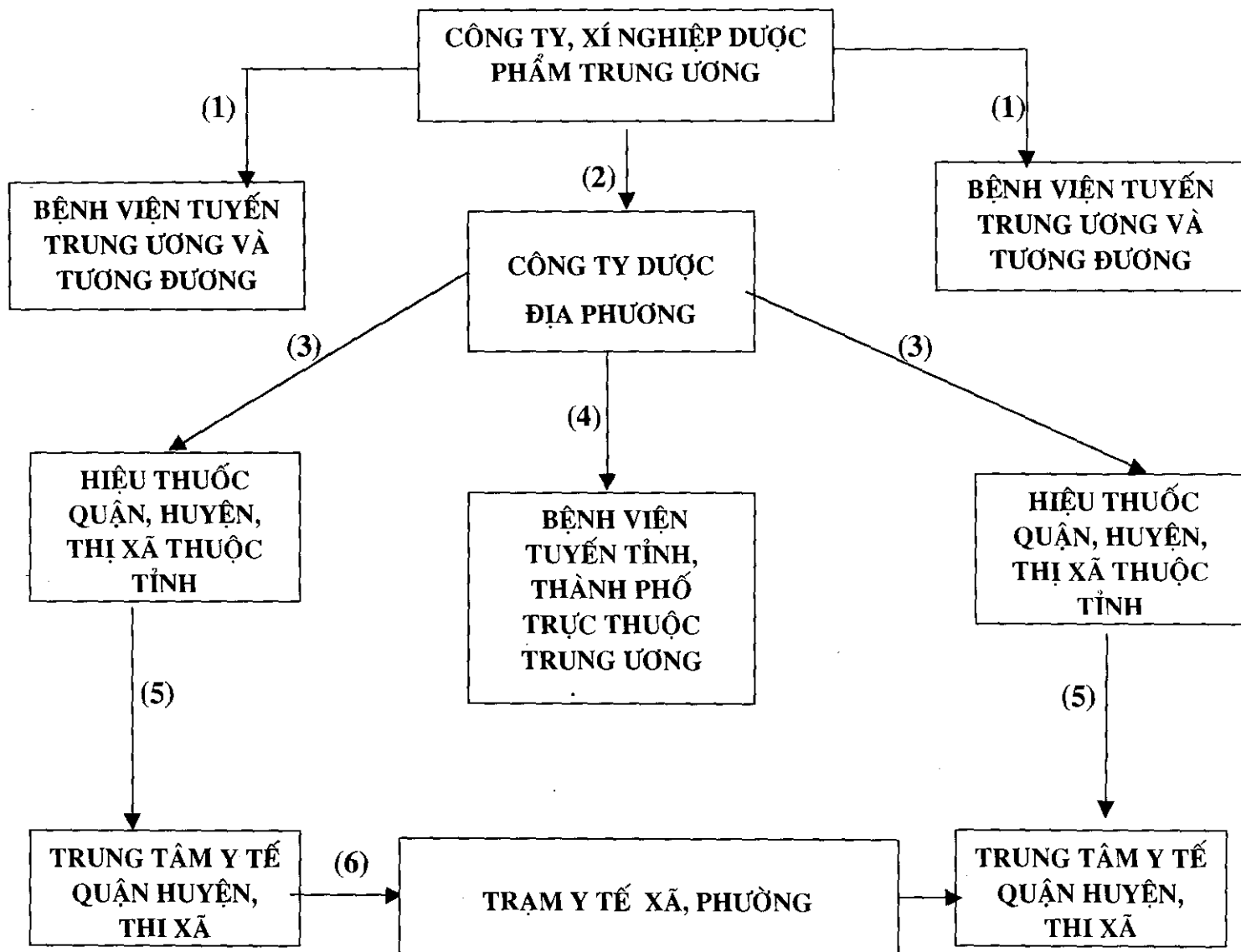
Mỗi nhóm dược phẩm phải có một tiêu chuẩn và thang bảng điểm riêng để làm căn cứ cho điểm khi xét thầu.

Hồ sơ thầu và quy trình xét thầu thực hiện theo quy định hiện hành của Nhà nước.

### 3. Tổ chức cung ứng thuốc bảo hiểm y tế

#### 3.1 Sơ đồ tổ chức mạng lưới cung ứng thuốc BHYT

Sơ đồ 1: Mạng lưới tổ chức cung ứng thuốc Bảo hiểm y tế



**Giải thích sơ đồ 1:**

**Cung đoạn (1).** Các công ty, Xí nghiệp Dược phẩm Trung ương thắng thầu sẽ trực tiếp cung ứng thuốc BHYT cho các cơ sở KCB tuyến Trung ương và tương đương theo quy trình cung ứng thuốc BHYT (Sơ đồ 2);

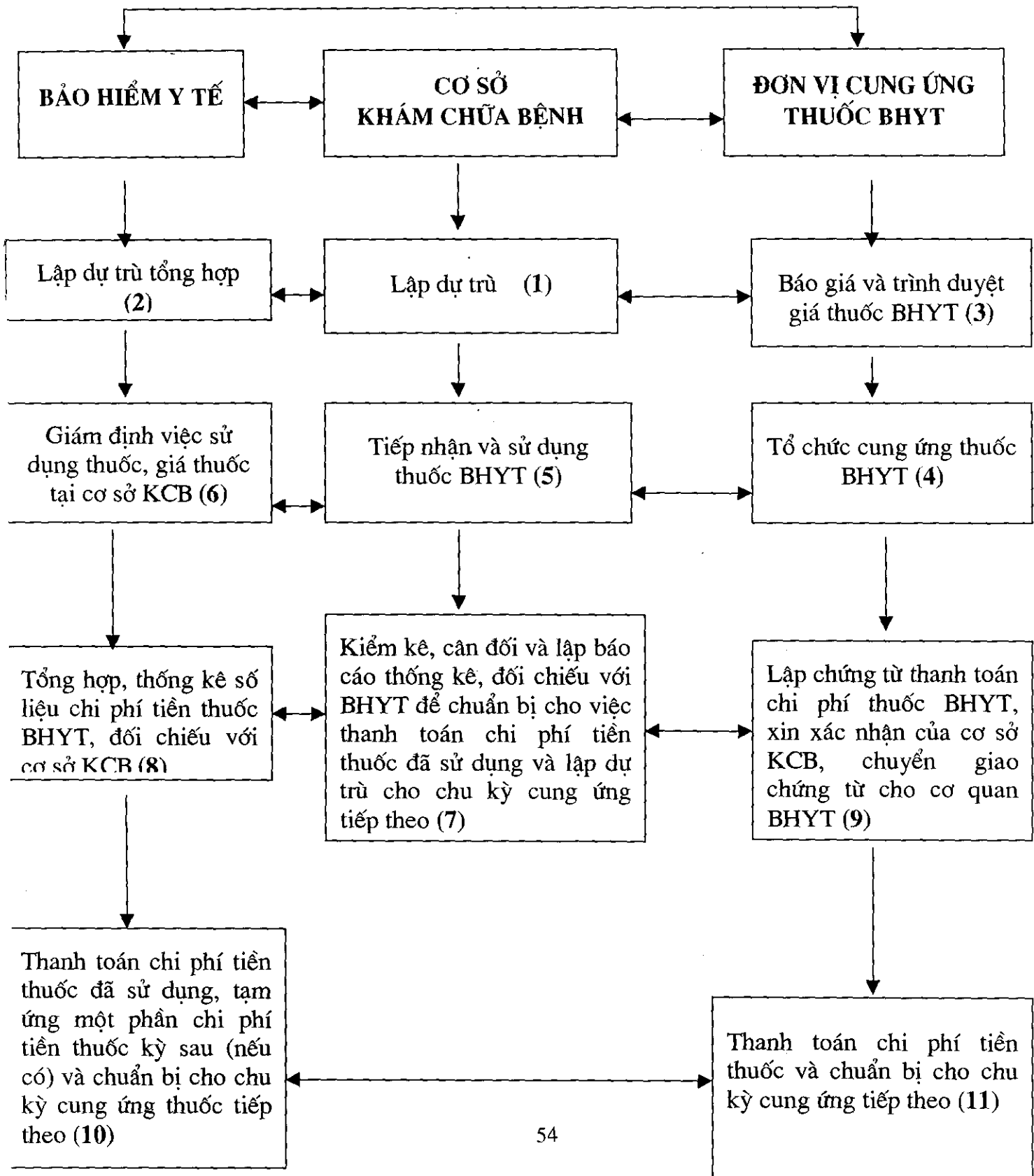
**Cung đoạn (2).** Công ty, Xí nghiệp liên hợp Dược các tỉnh, ngoài nguồn thuốc do địa phương sản xuất và nhập khẩu trực tiếp (nếu có), nguồn thuốc kinh doanh được cung cấp bởi các Công ty, Xí nghiệp Dược phẩm Trung ương (hoặc Chi nhánh) thắng thầu trong việc chọn nguồn thuốc cung ứng để cung ứng cho người bệnh BHYT;

**Cung đoạn (3), (4) & (5):** Công ty (Xí nghiệp liên hợp Dược) các tỉnh trực tiếp hoặc cung cấp thuốc cho các Hiệu thuốc tuyến quận, huyện trực thuộc để cung ứng thuốc cho người bệnh BHYT khám chữa bệnh tại các Trung tâm Y tế quận, huyện, thị xã trực thuộc tỉnh tùy theo tình hình cụ thể của địa phương và trực tiếp cung ứng thuốc BHYT cho các cơ sở KCB tuyến tỉnh và tương đương;

**Cung đoạn (6):** Trung tâm y tế quận, huyện chịu trách nhiệm cung cấp thuốc cho Y tế cơ sở có khám chữa bệnh BHYT và hạch toán chi phí tiền thuốc với cơ quan BHXH.

### 3.2 Quy trình cung ứng thuốc BHYT:

Sơ đồ 2: Quy trình cung ứng thuốc BHYT





## **Giải thích sơ đồ 2:**

**Cung đoạn (1) & (2):** Cơ sở KCB căn cứ danh mục thuốc BHYT tại bệnh viện đã được cấp có thẩm quyền phê duyệt và nhu cầu về thuốc điều trị cho người bệnh BHYT để lập dự trù theo năm, quý, tháng gửi cơ quan BHYT để tổng hợp thành dự trù chung gửi đơn vị đảm nhận việc cung ứng thuốc BHYT;

**Cung đoạn (3):** Đơn vị cung ứng thuốc BHYT sau khi nhận được dự trù tổng hợp từ cơ quan BHYT có trách nhiệm lập kế hoạch nguồn hàng và thực hiện việc báo giá gốc, xin duyệt giá (thẩm định giá) gốc của cơ quan có thẩm quyền tại địa phương;

**Cung đoạn (4), (5) & (6):** Sau khi giá gốc đã được thẩm định và phê duyệt, đơn vị cung ứng có trách nhiệm tổ chức cung ứng thuốc cho các cơ sở KCB để sử dụng trong công tác điều trị cho người bệnh BHYT. Cơ sở KCB tiếp nhận và lập biên bản giao nhận thuốc với đơn vị cung ứng. Việc sử dụng thuốc BHYT sẽ được cơ quan BHYT giám định thường xuyên theo chức năng nhiệm vụ của hoạt động nghiệp vụ giám định chi phí khám chữa bệnh BHYT (Quy trình giám định BHYT);

**Cung đoạn (7) & (8):** Đến kỳ quyết toán, cơ sở KCB có trách nhiệm kiểm kê thuốc tồn kho, lập báo cáo thống kê, đối chiếu với cơ quan BHYT để làm căn cứ cho việc thanh toán và tạm ứng chi phí tiền thuốc giữa đơn vị cung ứng và cơ quan BHYT. Lập dự trù thuốc cho tháng tiếp theo;

**Cung đoạn (9):** Đơn vị cung ứng, sau khi nhận được bản tổng hợp thuốc đã sử dụng trong tháng do cơ sở KCB chuyển đến (có xác nhận của cơ quan BHYT), thực hiện lập chứng từ thanh toán, xác nhận với cơ sở KCB để chuyển cho cơ quan BHYT;

**Cung đoạn (10) & (11):** Cơ quan BHYT thực hiện thanh toán chi phí tiền thuốc cho đơn vị cung ứng. Kết thúc một chu trình cung ứng thuốc BHYT và chuyển sang thực hiện chu trình tiếp theo.

Để thực hiện chu trình cung ứng thuốc như trên, cơ quan BHYT ký hợp đồng nguyên tắc với đơn vị tham gia cung ứng, cơ sở KCB ký hợp đồng chi tiết với đơn vị cung ứng đảm bảo cung cấp đủ thuốc cho nhu cầu điều trị bệnh nhân BHYT.

### **III. PHƯƠNG THỨC QUẢN LÝ GIÁ THUỐC BẢO HIỂM Y TẾ**

Nội dung cơ bản của phương thức quản lý giá thuốc dùng cho người bệnh BHYT được lựa chọn để đề xuất là:

**1. Cơ sở xác định giá gốc:** Thành lập bộ phận làm công tác quản lý, thông tin về thuốc với những nhiệm vụ cụ thể như sau:

**1.1** Cập nhật giá thuốc theo giá bán buôn thương nghiệp của các Công ty, Xí nghiệp sản xuất Dược phẩm trong nước, giá bán buôn của các Trung tâm lớn như Hà Nội, thành phố Hồ Chí Minh, Đà Nẵng để xác lập một mặt bằng giá cả chung, phù hợp với từng khu vực theo phân vùng lãnh thổ Bắc-Trung-Nam.

**1.2** Tham khảo giá nhập khẩu thuốc của các Công ty có chức năng xuất nhập khẩu thuốc, các văn phòng đại diện của các hãng Dược phẩm nước ngoài (giá CIF) để điều chỉnh mặt bằng giá thuốc nhập ngoại sử dụng cho người bệnh có thẻ BHYT.

Các thông tin về giá thuốc nói trên sẽ là cơ sở để thẩm định và phê duyệt giá gốc trước khi xác định giá thuốc được cơ quan BHXH thanh toán.

Đối với các mặt hàng do địa phương trực tiếp sản xuất hoặc nhập khẩu, giá gốc được xác định bằng bán buôn thương nghiệp của Công ty, Xí nghiệp Dược phẩm.

**2. Nguyên tắc xác định tỷ lệ (%) chi phí được hạch toán vào giá thuốc BHYT:**

**2.1 Cơ cấu chi phí:**

Để đảm bảo quyền lợi của người bệnh có thẻ BHYT và của đơn vị cung thuốc theo đúng quy định của Nhà nước, cơ cấu chi phí thuốc BHYT bao gồm:

### **a. Chi phí vận chuyển, bốc vác:**

Được xác định theo khoảng cách từ Trung tâm bán buôn dược phẩm đến đơn vị cung ứng cấp tỉnh theo những nguyên tắc sau:

- **Quy định về mốc xác định khoảng cách vận chuyển:**

+ Đối với các tỉnh Bắc bộ (từ Hà Tĩnh trở ra): Hà Nội;

+ Đối với các tỉnh Trung bộ: (từ Quảng Bình trở vào đến Bình Thuận): Đà Nẵng;

+ Đối với các tỉnh Nam bộ: thành phố Hồ Chí Minh.

- **Quy định về tỷ lệ % cước vận chuyển, bốc vác:**

+ Bằng 2 % doanh số theo giá gốc cho 100 km vận chuyển (không kể phí trợ cước vận chuyển đối với các tỉnh miền núi, hải đảo). Tỷ lệ này bao gồm cả chi phí vận chuyển, bốc vác từ đơn vị cung ứng cấp tỉnh đến các Hiệu thuốc trực thuộc và do đơn vị chủ động phân bổ cho phù hợp với đặc điểm của thị trường địa phương.

Riêng Hà Nội, thành phố Hồ Chí Minh và Đà Nẵng và các tỉnh, thành phố trực thuộc Trung cách mốc xác định khoảng cách vận chuyển dưới 100 km, chi phí vận chuyển, bốc vác được xác định bằng 1 % doanh số theo giá gốc.

### **b. Lãi gộp định mức:**

Được xác định bằng 5 % doanh số theo giá gốc và được phân bổ như sau:

+ Đơn vị cung ứng cấp tỉnh: 3 %

+ Hiệu thuốc trực thuộc: 2 %

*Giá thuốc được cơ quan BHXH thanh toán là giá mặt bằng thị trường theo phân vùng lãnh thổ Bắc-Trung-Nam nhân với tỷ lệ % chi phí (thặng số) theo quy định ở trên cộng với thuế giá trị gia tăng theo quy định của Nhà nước.*

### PHẦN III: KẾT LUẬN

Vấn đề sử dụng, cung ứng thuốc và quản lý giá thuốc chữa bệnh sử dụng cho người bệnh có thẻ BHYT có một ý nghĩa rất quan trọng không những đối với quá trình tổ chức thực hiện chính sách BHYT mà còn có ảnh hưởng không nhỏ đến mọi mặt hoạt động của đời sống xã hội. Thực hiện Nghị quyết Đại hội đảng toàn quốc lần thứ IX, chính sách BHYT đang được mở rộng và tiến tới BHYT toàn dân vào năm 2010. Khi đó quản lý cung ứng và sử dụng thuốc chữa bệnh cho người tham gia BHYT tại các bệnh viện không chỉ là vấn đề của riêng ngành BHXH mà đã trở thành mối quan tâm của toàn xã hội. Tuy nhiên, thực tế tại Việt Nam cho thấy chưa có được một phương thức quản lý việc sử dụng, cung ứng và thanh toán giá thuốc BHYT một cách tối ưu, đáp ứng được tất cả các yêu cầu đặt ra.

Trong khuôn khổ một chuyên đề nghiên cứu khoa học, nhóm nghiên cứu cũng đã cố gắng trình bày được một phần thực trạng tình hình công tác quản lý cung ứng, sử dụng và giá thuốc tại các cơ sở KCB nói chung, thuốc sử dụng cho người bệnh BHYT nói riêng. Căn cứ và kết quả khảo sát, nghiên cứu và đánh giá thực tế tại một số địa phương đại diện cho các vùng miền khác nhau, nhóm nghiên cứu đã mạnh dạn đề xuất một số ý kiến nhằm góp phần hoàn thiện vấn đề về cung ứng và quản lý giá thuốc sử dụng cho người tham gia BHYT. Tuy nhiên do điều kiện có hạn, phạm vi nghiên cứu không rộng những ý kiến đề xuất của nhóm nghiên cứu có thể còn mang nhiều tính chủ quan. Theo nhóm nghiên cứu, đây là một vấn đề rất lớn cần được nghiên cứu kỹ hơn trên mọi phương diện với sự tham gia của nhiều ngành có liên quan để có thể đưa ra được một phương thức cung ứng và quản lý giá thuốc chữa bệnh tối ưu, phù hợp với đặc điểm Việt Nam .

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ môn quản lý kinh tế dược (2001), Giáo trình kinh tế dược, Trường đại học dược Hà Nội.
2. Nguyễn Thị Thái Hằng (2001), Mô hình bệnh tật ở Việt Nam và các phương pháp nghiên cứu nhu cầu thuốc đáp ứng cho mô hình bệnh tật, Tạp chí y học thực hành số 6/2002
3. Nguyễn Thị Thái Hằng (2002), Một số nghiên cứu, đánh giá tính thích ứng của danh mục thuốc đăng ký lưu hành với mô hình bệnh tật Việt Nam, Tạp chí dược học số 6/2002.
4. Bộ môn quản lý kinh tế dược (2001), Giáo trình Dược xã hội học, Trường đại học dược Hà Nội.
5. Bộ Y tế, Danh mục thuốc khám chữa bệnh chủ yếu sử dụng tại các cơ sở khám chữa bệnh năm 2001.
6. Bộ Y tế, Danh mục thuốc khám chữa bệnh chủ yếu (sửa đổi, bổ sung) sử dụng tại các cơ sở khám chữa bệnh năm 2002.
7. Bộ Y tế, Danh mục thuốc thiết yếu Việt Nam lần thứ IV năm 1999.
8. WHO, Bảng mã phân loại bệnh tật quốc tế ICD 10.
9. Đỗ Thuỷ (1/8/2002), Thuốc cho bệnh nhân BHYT thiếu hay đủ, Báo sức khoẻ đời sống số 92)
10. Nguyễn Hồng Uy (2003), Nghiên cứu đánh giá chiến lược Marketing của công ty cổ phần dược phẩm Nam Hà, Luận văn thạc sỹ dược học, Trường đại học dược Hà Nội.
11. Nguồn từ IMS World Review 2003.
12. Những văn bản quy định về BHYT; Nhà xuất bản y học-1993
13. BHYT Việt Nam: Niên giám thống kê BHYT1993-2002 NXB Thống kê-2002
14. Trần Văn Tiến: Một số quy định về khám chữa bệnh BHYT tại Việt Nam
15. Lê Mạnh Hùng, Nguyễn Thị Hồng Vân: Giáo trình đào tạo Giám định viên y tế năm 2004.

**BẢO HIỂM XÃ HỘI VIỆT NAM**

**CHUYÊN ĐỀ NGHIÊN CỨU KHOA HỌC:**

**THỰC TRẠNG VÀ GIẢI PHÁP HOÀN THIỆN VỀ QUẢN  
LÝ CUNG ỨNG THUỐC VÀ GIÁ THUỐC CHO NGƯỜI  
CÓ THẺ BẢO HIỂM Y TẾ**

**CHỦ BIÊN CHUYÊN ĐỀ: DS. PHẠM LƯƠNG SƠN**

**HÀ NỘI – 2003**

**BẢO HIỂM XÃ HỘI  
VIỆT NAM**

**CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM  
Độc lập - Tự do - Hạnh phúc**

Số: 857/BHXH-NCKH

Hà Nội, ngày 28 tháng 5 năm 2004

**QUYẾT ĐỊNH CỦA TỔNG GIÁM ĐỐC BẢO HIỂM XÃ HỘI VIỆT NAM**  
V/v thành lập Hội đồng đánh giá kết quả nghiên cứu chuyên đề khoa học năm 2003

### **TỔNG GIÁM ĐỐC BẢO HIỂM XÃ HỘI VIỆT NAM**

- Căn cứ Nghị định số 100/2002/NĐ-CP ngày 06 tháng 12 năm 2002 của Chính phủ quy định chức năng, nhiệm vụ, quyền hạn và cơ cấu tổ chức của Bảo hiểm xã hội Việt Nam;

- Căn cứ Quyết định số 1147/QĐ-KH ngày 01 tháng 06 năm 1996 của Bộ trưởng Bộ Khoa học - Công nghệ và Môi trường (nay là Bộ Khoa học - Công nghệ) về việc công nhận Bảo hiểm xã hội Việt Nam là đầu mối kế hoạch khoa học, công nghệ;

- Căn cứ Quyết định số 122/BHXH-NCKH ngày 12 tháng 02 năm 2003 của Tổng Giám đốc Bảo hiểm xã hội Việt Nam về việc giao nhiệm vụ nghiên cứu khoa học năm 2003;

- Căn cứ Quyết định 278/2003/QĐ-BHXH-TTCB ngày 12 tháng 3 năm 2003 của Tổng Giám đốc Bảo hiểm xã hội Việt Nam về chức năng, nhiệm vụ, quyền hạn và cơ cấu tổ chức của Trung tâm Nghiên cứu khoa học bảo hiểm xã hội;

- Theo đề nghị của Giám đốc Trung tâm Nghiên cứu khoa học bảo hiểm xã hội,

### **QUYẾT ĐỊNH**

**Điều 1.** Thành lập Hội đồng đánh giá kết quả nghiên cứu chuyên đề khoa học: "*Thực trạng và giải pháp hoàn thiện về quản lý, cung ứng thuốc và giá thuốc cho người bệnh có thể BHYT* " do DS. Phạm Lương Sơn làm chủ biên.

Cộng hoà xã hội chủ nghĩa Việt Nam  
Độc lập - Tự do - Hạnh phúc

**BẢN NHẬN XÉT CHUYÊN ĐỀ NGHIÊN CỨU KHOA HỌC**  
***“Thực trạng và giải pháp***  
***hoàn thiện về quản lý cung ứng thuốc và giá thuốc cho người bệnh***  
***có thẻ BHYT tại một số cơ sở khám chữa bệnh”***

Do DS.CKI. Phạm Lương Sơn chủ nhiệm chuyên đề.

Người nhận xét: TS. Ngô Hồng Phong Phó Giám đốc Trung tâm đào tạo và bồi dưỡng nghiệp vụ BHXH.

Sau khi đọc toàn văn chuyên đề, tôi có một số ý kiến nhận xét như sau:

Thuốc là một loại hàng hoá đặc biệt, khi sử dụng và quản lý cần phải có những kiến thức nhất định về Y Dược. Sử dụng đúng mục đích, đúng liều lượng, thuốc sẽ là một trong những phương tiện chữa bệnh hữu hiệu. Sử dụng không đúng liều lượng, không đúng chỉ định, thuốc sẽ là thuốc độc cho con người. Người bệnh ốm đau cần đến thuốc, dù người bệnh có tham gia BHYT hay không tham gia BHYT thì thuốc vẫn là một chỉ định không thể thiếu được ngay khi người bệnh bắt đầu nằm trên giường bệnh cho đến khi được nhận giấy ra viện trong tay (Thậm trí ra viện vẫn phải dùng thuốc suốt đời). Vì vậy việc cung ứng thuốc cho điều trị là bất khả kháng.

Tôi hết sức tâm đắc và hoan nghênh tác giả đã đề xuất nghiên cứu một chuyên đề có ý nghĩa quan trọng đến sự nghiệp chăm sóc và bảo vệ sức khỏe nhân dân, trong đó có vai trò của chính sách BHYT. Đó là vấn đề cung ứng thuốc và quản lý giá thuốc BHYT. Trong thời kỳ bao cấp, việc cung ứng thuốc cho điều trị tại các cơ sở khám chữa bệnh (KCB) là ngành Dược phẩm quốc doanh. Sau năm 1986, nền kinh tế nước ta chuyển dần sang nền kinh tế thị trường thì hoạt động kinh doanh Dược phẩm không chỉ còn Dược phẩm Quốc doanh độc quyền mà có nhiều tổ chức trong và ngoài nước cùng tham gia. Chính vì vậy việc cung ứng thuốc cho các cơ sở KCB đã trở nên đa dạng và phong phú hơn; tuy nhiên nó cũng đã nảy sinh nhiều vấn đề bất cập trong việc quản lý cung ứng thuốc và giá thuốc cho KCB BHYT. Vì vậy, nghiên cứu chuyên đề ***“Thực trạng và giải pháp hoàn thiện về quản lý cung ứng thuốc và giá thuốc cho người có thẻ BHYT”***. Là việc làm hết sức cần thiết để góp phần xây dựng một phương thức quản lý, sử dụng thuốc BHYT ổn định, đảm bảo quyền lợi cho người tham gia BHYT.

Mục tiêu cụ thể của chuyên đề:

***Một là: Đánh giá thực trạng tình hình cung ứng thuốc, quản lý giá thuốc sử dụng cho bệnh nhân có thẻ BHYT.***



**Hai là: Đề xuất phương án cung ứng thuốc, phương thức xác định và quản lý giá thuốc BHYT thống nhất trong cả nước.**

Để đạt được mục tiêu nghiên cứu, tác giả dùng phương pháp nghiên cứu hồi cứu trên các hồ sơ sổ sách về chi phí KCB giữa cơ quan BHXH với các cơ sở KCB của các Tỉnh, Thành phố là Lạng sơn, Hà Nội, Thanh hoá và Thái bình. Tại mỗi Tỉnh, Thành phố chọn 1 BV Đa khoa tỉnh, 1 trung tâm y tế Huyện và 1 Bệnh viện chuyên khoa. Cách chọn mẫu phân tầng theo tuyến chuyên môn kỹ thuật của 2 tuyến: Tuyến Tỉnh, và tuyến Huyện (1 Bệnh viện chuyên khoa) đại diện cho 3 khu vực đặc thù khác nhau, đó là Miền núi, Miền xuôi và thành phố lớn là cách chọn mẫu có chủ đích, là hoàn toàn đúng trong phương pháp nghiên cứu xã hội học.

Để hoàn thiện chuyên đề này, tác giả đã phân bố số trang như sau:

- 4 trang rưỡi cho phần mở đầu
- 53 trang rưỡi cho phần nội dung nghiên cứu

và

- 1 trang cho phần kết luận , 1 trang cho tài liệu tham khảo.

Với kết cấu của một chuyên đề như vậy là khá hợp lý

Kết quả nghiên cứu được tác giả trình bày trong 2 chương. Tôi xin được nhận xét về kết quả nghiên cứu trong chương I (từ trang 4 đến hết trang 48 và một phần của trang 49) ***“Thực trạng tình hình cung ứng, sử dụng và quản lý giá thuốc BHYT tại các cơ sở khám chữa bệnh”***, Trong đó tôi rất quan tâm đến nội dung nghiên cứu từ phần II đến hết phần IV được tác giả trình bày từ trang 19 đến trang 37. Với ý thức của người phản biện là tìm những giá trị của kết quả nghiên cứu khoa học để đề xuất ứng dụng trong thực tiễn của kết quả nghiên cứu đó, cho nên tôi xin được vừa nhận xét vừa bàn luận về các kiến nghị của tác giả ở chương II của chuyên đề.

Với cách bố cục của chuyên đề mà phần trên đã trình bày, chuyên đề đã cơ bản đã làm thoả mãn được mục tiêu nghiên cứu. Ưu điểm của chuyên đề có nhiều, song việc cân bằng, phân tích để làm sáng tỏ chuyên đề, tôi xin được cùng trao đổi sau đây:

- Chúng ta hoàn toàn đồng ý với tác giả về cung ứng thuốc, quản lý giá thuốc BHYT là hết sức phức tạp trong giai đoạn mà chúng ta mới chỉ áp dụng loại hình BHYT bắt buộc là chủ yếu. Giả thiết, chúng ta đã thực hiện BHYT toàn dân rồi, thì việc cơ quan BHYT Việt Nam trước đây và BHXH hiện nay chắc không gặp nhiều khó khăn trong việc cung ứng và quản lý giá thuốc BHYT. Chính vì vậy mà trong giai đoạn thực hiện Điều lệ và Nghị định số 299/HĐBT mới có đến 4 phương thức cung ứng thuốc cho bệnh nhân có thẻ BHYT; và giai đoạn thực hiện Điều lệ và Nghị định số 58/1988/NĐ-CP có 2 phương thức cung ứng thuốc cho bệnh nhân có thẻ BHYT. Các phương thức cung ứng trên đây đã bộc lộ những bất lợi cho cơ

quan quản lý thanh toán chi phí KCB BHYT, vì BHYT hoàn toàn “vô tư” thanh toán, còn nguồn thuốc và giá thuốc đều do cơ sở KCB cùng với các nhà phân phối định đoạt. Để khắc phục sự “lép vế” này, tác giả đề xuất 2 sơ đồ về tổ chức và cung ứng thuốc BHYT. Sơ đồ 1 tại trang 52 và sơ đồ 2 tại trang 54. Quả thật đây là ý kiến đề xuất rất có giá trị khoa học và thực tiễn cao. Tuy nhiên nghiên cứu đề xuất của tác giả có được khả thi hay không lại còn tùy thuộc vào cơ quan quản lý về thuốc (tức Bộ Y tế) có chấp thuận hay không? Vì hệ thống quản lý ngành dọc về thuốc của Bộ Y tế có đổi mới sau khi có nhiều dư luận của nhân dân về cơ chế quản lý thuốc và giá thuốc trôi nổi trên thị trường Việt nam.? Cũng như cần phải có Hội nghị liên tịch giữa BHXH Việt nam với Bộ y tế để thống nhất về quy trình cung ứng và quản lý giá thuốc theo đề xuất của tác giả hay không? Do vậy, thông qua Hội nghị nghiệm thu chuyên đề này tôi đề nghị các đề tài nghiên cứu hoặc các chuyên đề nghiên cứu nào có giá trị khoa học để hoạch định một chính sách cụ thể, một hoạt động cụ thể mà mang lại lợi ích cao cho người tham gia BHYT và BHXH thì Lãnh đạo BHXH Việt Nam nên đưa vào chương trình công tác trong năm kế hoạch.

- Nội dung nghiên cứu của chuyên đề trọng tâm là mục **“III Thực trạng tình hình cung ứng thuốc BHYT”** (từ trang 25 đến trang 34 và mục **“IV Thực trạng công tác quản lý giá thuốc chữa bệnh cho người bệnh BHYT”** từ trang 35 đến trang 37.

“Kết quả nghiên cứu trong 04 năm (Bảng 4) từ năm 1966 đến 1999 tại 3 tỉnh: Thái bình, Thanh Hoá, Lạng Sơn cho thấy so với tổng chi phí khám chữa bệnh BHYT, chi phí về thuốc thấp nhất là 60% (tại Thanh Hoá năm 1966) còn lại chi phí về thuốc dù ở Thanh Hoá hay Lạng Sơn, Thái Bình trong các năm 1966 đến 1999 đều rất cao. Đặc biệt cao nhất là 80% tại Lạng Sơn năm 1996 và 1997. Theo số học thì các con số về tỷ lệ % liệt kê trên đây là lớn, song tôi cũng chưa thấy tác giả có Paramet nào để đánh giá so sánh. Nghĩa là tỷ lệ bao nhiêu phần trăm chi phí về thuốc so với tổng chi phí KCB là hợp lý nhất?. Và tỷ lệ ấy có quy định theo tuyến chuyên môn kỹ thuật không?. Để thấy rõ hơn, nếu tác giả so sánh tỷ lệ chi phí KCB giữa các Bệnh viện tuyến Tỉnh với nhau, tuyến Huyện với nhau, xem xem có sự chênh lệch nào giữa miền Núi với miền Đồng bằng và thành phố lớn như Hà Nội hay không? - Nếu có thì nên kiến nghị mức chi phí về thuốc cho từng khu vực. Nếu không có sự khác biệt thì nên kiến nghị mức chi phí về thuốc giống nhau và bằng bao nhiêu để phù hợp với sự biến động của thị trường.?”

- Kết quả nghiên cứu ở **bảng 5: Tình hình KCB nội trú và chi phí tiền thuốc trong 3 năm 1995- 1997 đối với người bệnh BHYT thuộc khối các cơ quan TW tại Hà Nội**, cho thấy tỷ lệ chi phí thuốc trên tổng chi phí KCB là 36,3 % năm 1995, 39,5% năm 1996 và 42,3% năm 1997. Như vậy tỷ lệ này thấp hơn so với các Tỉnh Lạng Sơn, Thái Bình và Thanh hoá. Tại sao vậy?. Số liệu nghiên cứu ở bảng 5 này, theo tôi chỉ có giá trị tham khảo, vì nó không đại diện cho một Bệnh viện cụ thể của Thành Phố Hà Nội. Nếu có số liệu của Bệnh viện Sanh pôn để so sánh, có lẽ sẽ hợp lý hơn.

- Số liệu nghiên cứu của tác giả là hồi cứu từ năm 1996 đến 1999, tính thời sự của chuyên đề bị hạn chế ! Vì không có số liệu từ sau năm 2000, nhất là sau năm thực hiện nghị định 100/ CP với cơ chế quản lý mới của BHXH Việt Nam, biết đâu không có sự bất hợp lý như kết quả nghiên cứu trước năm 2000 thì sao ?

- Về “*thực trạng công tác quản lý giá thuốc chữa bệnh cho người bệnh BHYT*” tại mục IV cũng là một nội dung nghiên cứu chính của chuyên đề. Rõ ràng số tiền chênh lệch do nâng giá thuốc để thanh toán với cơ quan BHYT là rất lớn. Nhưng kết quả được ghi trong bảng 13 lại chưa phải số liệu nghiên cứu được thuộc các tỉnh, Thành Phố Lạng Sơn, Thái Bình, Thanh Hoá và Hà Nội, mà là 6 tỉnh rải rác trong cả nước.

- Tài liệu tham khảo nên xếp thứ tự theo vần ABC tên tác giả

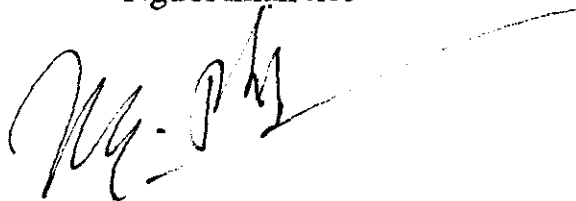
- Phần Kết luận của chuyên đề cần kết luận cụ thể kết quả nghiên cứu được về thực trạng tình hình cung ứng thuốc, quản lý giá thuốc sử dụng cho bệnh nhân có thẻ BHYT tại các địa điểm nghiên cứu và những đề xuất chính về phương thức cung ứng thuốc, phương thức xác định và quản lý giá thuốc BHYT sẽ thống nhất trong cả nước ra sao.(?)

Tóm lại:

- Chuyên đề có ý nghĩa khoa học và thực tiễn, đã làm rõ được chi phí khám chữa bệnh BHYT về thuốc chiếm một tỷ lệ khá lớn trong tổng số chi phí KCB . Vấn đề quản lý giá thuốc BHYT , chênh lệch giá thuốc BHYT tại các cơ sở KCB là hết sức phức tạp, thiếu sự thống nhất trong toàn hệ thống. Tác giả đã đề xuất một số giải pháp về cung ứng và phương thức quản lý giá thuốc nhằm làm ổn định và hợp lý trong chi phí thuốc chữa bệnh BHYT.

- Nên được bổ xung một số chi tiết trong nghiên cứu để hoàn thiện chuyên đề hơn. Tôi đề nghị Hội đồng nghiệm thu chuyên đề tài này.

Người nhận xét



**Ngô Hồng Phong**

# **NHẬN XÉT CHUYÊN ĐỀ KHOA HỌC**

## **“THỰC TRẠNG VÀ GIẢI PHÁP HOÀN THIỆN VỀ QUẢN LÝ CUNG ỨNG THUỐC VÀ GIÁ THUỐC CHO NGƯỜI CÓ THẺ BHYT ”**

**Chủ nhiệm chuyên đề : DS. Phạm Lương Sơn**

### **I/ Tính cấp thiết của chuyên đề:**

Hiện nay, chi phí tiền thuốc chiếm tỷ lệ rất lớn trong khám chữa bệnh cho người có thẻ BHYT, bình quân từ 65 - 75%. Nhưng việc quản lý cung ứng thuốc và giá thuốc cho bệnh nhân có thẻ BHYT lại chưa được chặt chẽ. Giá thuốc trong một thời gian dài đang bị thả nổi và có chiều hướng tăng lên nhanh. Lợi dụng việc buông lỏng quản lý giá thuốc, nhiều cơ sở khám chữa bệnh cho người có thẻ BHYT đã tự kê khai tăng giá thuốc lên cao hơn giá thị trường tại địa phương cùng thời điểm bình quân 30-40%, cá biệt có địa phương khai tăng gấp đôi như số liệu trích dẫn của chuyên đề ở trang 35 và nhiều biểu hiện lạm dụng khác, đã ảnh hưởng rất lớn đến quỹ và quyền lợi của người tham gia BHYT. Từ những vấn đề bức xúc đó, tác giả Phạm Lương Sơn chọn nghiên cứu chuyên đề: “Thực trạng và giải pháp hoàn thiện về quản lý cung ứng thuốc và giá thuốc cho người có thẻ BHYT ” có một ý nghĩa thực tế, mang tính cấp thiết của một chuyên đề khoa học.

### **II/ Về thành công của chuyên đề:**

1/ Tác giả trình bày khá cụ thể, chi tiết về thị trường thuốc ở Việt Nam. Các số liệu dẫn chứng trong chuyên đề khá phong phú như: tổng số các loại thuốc chữa bệnh; nguồn cung cấp thuốc cho thị trường Việt Nam; các cơ sở sản xuất, riêng thuốc nhập có hơn 430 công ty với hơn 4000 mặt hàng thuốc; tổng giá trị tiêu thụ thuốc trên thị trường; giá cả thị trường thuốc Việt Nam... các thông tin, số liệu này có tác dụng về mặt khoa học, cung cấp những luận cứ thực tế giúp cho việc nghiên cứu đề xuất các giải pháp tăng cường quản lý thuốc và giá thuốc cho người bệnh có thẻ BHYT, bảo đảm quyền lợi cho người tham gia BHYT.

2/ Tác giả đã phân tích ưu nhược điểm 4 phương thức cung ứng thuốc giai đoạn trước 1998 và 2 phương thức cung ứng thuốc cho người có thẻ BHYT hiện nay. Tương ứng với các phương thức cung ứng thuốc là các phương thức quản lý giá thuốc cho các bệnh nhân có thẻ BHYT. Thực chất hiện nay không phải là 2 phương thức mà là rất nhiều phương thức khác nhau, mỗi địa phương áp dụng một cách, không có sự chỉ đạo thống nhất. Với phương thức cung ứng và quản lý giá thuốc cho người có thẻ BHYT tuy tiện như vậy tất yếu sẽ “bộc lộ những bất cập không những

làm gia tăng ngày càng nhiều chi phí tiền thuốc mà còn ảnh hưởng đến chất lượng công tác khám chữa bệnh ” cho người có thẻ BHYT. Chúng tôi đồng tình với nhận định này của tác giả.

3/ Chuyên đề cũng đã đưa ra giải pháp cung ứng thuốc và quản lý giá thuốc theo phương thức đấu thầu. Chúng tôi đánh giá cao đề xuất này của tác giả. Vì trên thực tế, nguyên tắc này mới được Bộ Y tế và các bộ liên quan trình Chính phủ cho thi hành.

### **III/ Về tồn tại:**

1/ Chuyên đề bố trí thành 2 chương là tương đối phù hợp, song nội dung của từng chương không cân đối, chương I gồm 45 trang, chương II chỉ có 9 trang. Tên của chương II chưa phù hợp với tên chuyên đề.

2/ Khi đã nói đến quản lý cung ứng thuốc và quản lý giá thuốc thì phải có nhiều giải pháp, các giải pháp đó phải có tính đồng bộ. Nhưng chuyên đề mới đề xuất được quá ít giải pháp. Ví dụ về quản lý cung ứng thuốc, thực ra chuyên đề mới đưa ra giải pháp đấu thầu. Còn các giải pháp khác như: cơ chế chính sách quản lý sản xuất và tiêu dùng thuốc, trách nhiệm các ngành, các cấp; kiểm tra, thẩm định; chế tài xử lý... chưa được nêu thành một hệ thống giải pháp đồng bộ. Đây là hạn chế của chuyên đề.

3/ Về bài học kinh nghiệm nước ngoài.

Tác giả đã đưa ra kinh nghiệm của 3 nước Trung Quốc, Canada, Thái Lan trong việc cung ứng thuốc, sử dụng và quản lý giá thuốc. Riêng về quản lý giá bán thuốc mỗi nước có một phương thức quản lý khác nhau. Ở Canada Chính phủ quản lý giá thuốc thống nhất trên toàn quốc, rất thuận tiện cho việc thanh toán tiền thuốc cho người có thẻ BHYT. Đây là mô hình nước ta đã thực hiện trong thời bao cấp, có lẽ bây giờ khó có điều kiện quay lại mô hình này, nhưng Nhà nước có thể qui định giá một số loại thuốc thông qua hình thức đấu thầu. Ở Trung Quốc, Nhà nước có chính sách quản lý giá thuốc, đặt giá trần, kiểm soát chênh lệch giá, quản lý danh mục và giá thuốc nhập khẩu. Mô hình này có lẽ cần phải đặt ra nghiên cứu để có thể áp dụng vào nước ta. Còn mô hình của Thái Lan thả nổi giá thuốc theo thị trường giống như nước ta hiện nay thì chắc không nên học tập.

Tập thể tác giả có công sưu tầm kinh nghiệm của nước ngoài, nhưng rất tiếc là không phân tích kinh nghiệm của bạn có thể vận dụng vào thực tế ở Việt Nam. Những giải pháp tác giả đề xuất ở trang 56-57 không áp dụng được những kinh nghiệm này của các nước.

4/ Một số bảng biểu, số liệu chưa có tính thời sự.

**Đánh giá chung:** Tuy còn một số ít tồn tại, nhưng ưu điểm chuyên đề là chính. Phần thực trạng quản sử dụng thuốc trình bày khá chi tiết và đầy đủ các nội dung cần thiết làm luận cứ thực tế cho chuyên đề. Cách trình bày của chuyên đề rõ ràng. Đọc cả chuyên đề, người đọc nhận thấy tác

giả có nhiều kinh nghiệm trong công tác quản lý cung ứng thuốc và giá thuốc. Thế mạnh đó giúp tác giả đề xuất được giải pháp đầu thầu thuốc phù hợp với thực tế hiện nay. Kết quả nghiên cứu đạt mục tiêu và bảo đảm yêu cầu một chuyên đề khoa học.

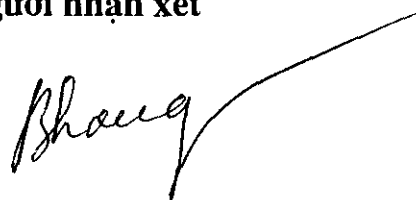
Đề nghị Hội đồng cho nghiệm thu.

Đề nghị sửa:

- Sửa tên chương II cho phù hợp với tên chuyên đề.
- Nên bổ sung thêm số liệu có tính thời sự.

Hà Nội, ngày 15 tháng 6 năm 2004

**Người nhận xét**



**TS. Bùi Văn Hồng**

**BẢO HIỂM XÃ HỘI VIỆT NAM**

**TÓM TẮT CHUYÊN ĐỀ NGHIÊN CỨU KHOA HỌC:**

**THỰC TRẠNG VÀ GIẢI PHÁP HOÀN THIỆN VỀ QUẢN  
LÝ CUNG ỨNG THUỐC VÀ GIÁ THUỐC CHO NGƯỜI  
CÓ THẺ BẢO HIỂM Y TẾ**

**CHỦ BIÊN CHUYÊN ĐỀ: DS. PHẠM LƯƠNG SƠN**

**HÀ NỘI – 2003**

# MỤC LỤC

	Trang
<b>Phần I: Mở đầu</b>	1
1. Tính cấp thiết của đề tài nghiên cứu	1
2. Mục tiêu nghiên cứu	1
3. Đối tượng và phương pháp nghiên cứu	1
<b>Phần II: Nội dung nghiên cứu</b>	2
I. Thực trạng tình hình cung ứng thuốc BHYT	2
II. Thực trạng tình hình sử dụng thuốc BHYT	3
III. Thực trạng công tác quản lý giá thuốc BHYT	4
Chương II: Kinh nghiệm nước ngoài và đề xuất phương án TCCU và phương thức quản lý giá thuốc BHYT	4
I. Kinh nghiệm nước ngoài	4
II. Phương án tổ chức cung ứng thuốc BHYT	6
1. Đơn vị cung ứng	6
2. Nguồn thuốc	6
3. Tổ chức cung ứng thuốc BHYT	7
III. Phương thức quản lý giá thuốc BHYT	9
1. Cơ sở xác định giá gốc	9
2. Nguyên tắc xác định tỷ lệ chi phí	9
<b>Phần III: Kết luận</b>	10
Tài liệu tham khảo	11
Phụ lục bảng số liệu	12-16



## PHẦN I: MỞ ĐẦU

### I. Tính cấp thiết của đề tài nghiên cứu:

#### 1. Vị trí, vai trò của công tác quản lý thuốc BHYT:

- Chi phí thuốc dùng cho người bệnh BHYT chiếm một tỷ trọng rất lớn, từ 60-70% trong tổng chi phí khám chữa bệnh BHYT hàng năm.

- Vai trò, tầm quan trọng:

+ nâng cao chất lượng khám chữa bệnh cho người tham gia BHYT

+ bảo toàn và tăng trưởng quỹ BHYT.

#### 2. Những bất cập:

2.1 Chưa có một phương thức tổ chức cung ứng hợp lý, thống nhất

2.2 Giá thuốc đang bị thả nổi không có sự quản lý

2.3 Việc sử dụng thuốc BHYT chưa đảm bảo an toàn - hợp lý - hiệu quả.

Nhằm đảm bảo tốt hơn quyền lợi về thuốc chữa bệnh sử dụng cho người bệnh, góp phần nâng cao hiệu quả sử dụng quỹ khám chữa bệnh BHYT, rất cần phải có một nghiên cứu để đánh giá thực trạng và đề ra phương thức quản lý việc cung ứng thuốc và giá thuốc BHYT. Xuất phát từ những yêu cầu đó, chúng tôi lựa chọn và nghiên cứu chuyên đề: "*Thực trạng và giải pháp hoàn thiện về quản lý cung ứng thuốc và giá thuốc cho người có thẻ BHYT.*"

### 2. Mục tiêu nghiên cứu:

#### 2.1 Mục tiêu chung:

*Đảm bảo cung cấp đầy đủ, kịp thời cả về chất lượng, số lượng, chủng loại thuốc chữa bệnh cho người có thẻ BHYT với chi phí hợp lý, phù hợp với khả năng chi trả của quỹ BHYT. Đồng thời tạo cơ sở pháp lý cho công tác quản lý, kiểm soát giá thuốc BHYT để nâng cao hiệu quả sử dụng quỹ BHYT, chống lạm dụng và tăng cường khả năng cân đối an toàn quỹ BHYT.*

#### 2.2 Mục tiêu cụ thể:

- Đánh giá thực trạng tình hình cung ứng thuốc, quản lý giá thuốc sử dụng cho bệnh nhân BHYT

- Nghiên cứu đề xuất phương án cung ứng thuốc, phương thức xác định và quản lý giá thuốc BHYT thống nhất trong cả nước.

### 3. Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:

#### 3.1 Đối tượng nghiên cứu:

- Phương thức cung ứng và giá thuốc thanh toán tại các bệnh viện.
- Các chứng từ thanh toán chi phí khám chữa bệnh (tách phần chi phí thuốc) giữa cơ quan BHXH và cơ sở KCB.

3.2 Phạm vi nghiên cứu: Hà Nội, Thanh Hóa, Lạng Sơn, và Thái Bình. Tại mỗi địa phương chọn 3 cơ sở KCB gồm: 1 Bệnh viện đa khoa tỉnh, 01 trung tâm y tế huyện và 01 bệnh viện chuyên khoa.

3.3 Phương pháp nghiên cứu:

- Điều tra khảo sát thực tế
- Hồi cứu số liệu thứ cấp
- Tổng hợp, phân tích, đánh giá

## PHẦN II: NỘI DUNG NGHIÊN CỨU

### I. THỰC TRẠNG TÌNH HÌNH CUNG ỨNG THUỐC BẢO HIỂM Y TẾ

#### 1. Giai đoạn thực hiện Điều lệ BHYT theo Nghị định số 299/HĐBT

- Cơ sở pháp lý trong tổ chức thực hiện chính sách BHYT: NĐ 299/HĐBT
- Những đặc trưng cơ bản: BHYT Việt Nam trực thuộc Bộ Y tế và là cơ quan cấp trên, chịu trách nhiệm hướng dẫn BHYT các tỉnh, thành phố trực thuộc Trung ương và BHYT ngành về chuyên môn nghiệp vụ trong lĩnh vực BHYT. Bảo hiểm y tế các địa phương, ngành trực thuộc Sở Y tế địa phương và các Bộ ngành quản lý Nhà nước. Công tác quản lý, cung ứng thuốc cho người bệnh có thẻ BHYT do đó cũng được thực hiện theo sự chỉ đạo của từng địa phương, ngành mà cụ thể là Hội đồng quản trị BHYT của địa phương, ngành.
- Các phương thức cung ứng thuốc cho bệnh nhân có thẻ BHYT:

<i>TT</i>	<i>Nội dung cơ bản</i>	<i>Ưu điểm</i>	<i>Nhược điểm</i>
1	Các Công ty, XNLH Dược cấp tỉnh ký hợp đồng trực tiếp với cơ quan BHYT để cung ứng thuốc theo dự trù hàng tháng của các cơ sở KCB ở địa phương.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Tập trung</li> <li>- Quản lý được chất lượng thuốc, tránh được tồn kho.</li> <li>- Giá cả thống nhất, thuận lợi cho công tác giám định</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Tạo nên thế độc quyền ép giá, đội giá thuốc;</li> <li>-Không kịp thời đáp ứng đủ thuốc</li> <li>- Nhiều hạn chế trong công tác quản lý thuốc</li> </ul>
2	Cơ sở KCB tự cung ứng thuốc và thanh quyết toán với cơ quan BHYT.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- BV chủ động</li> <li>- Cung ứng đủ sát thực tế ĐTrị</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Quản lý khó</li> <li>-Không ổn định</li> <li>- Giá cao</li> </ul>

3	Cơ quan BHYT trực tiếp ký hợp đồng với CTD để cung ứng, ứng một số kinh phí nhất định để các bệnh viện chủ động mua những thuốc đặc trị	-Chủ động, dễ quản lý - ổn định, giá thống nhất	-Tạo bộ máy riêng, tăng chi phí QL - Chồng chéo - Tồn kho
4	CT, XN Dược phẩm TW trực tiếp ký hợp đồng với cơ quan BHYT để cung ứng thuốc cho bệnh nhân BHYT.	- Chủ động - Kiểm soát giá và quản lý tốt	- Phạm vi ứng dụng hạn chế

## 2. Giai đoạn thực hiện Điều lệ BHYT theo Nghị định số 58/1998/NĐ-CP

- Cơ sở pháp lý: Nghị định số 58/1998/NĐ-CP
- Đặc trưng cơ bản: hệ thống BHYT được quản lý tập trung thống nhất toàn ngành. BHYT Việt Nam với chức năng là cơ quan quản lý cấp trên toàn diện về mọi mặt của BHYT các địa phương, ngành.
- Các phương thức cung ứng thuốc chủ yếu:

2.1 Đối với các cơ sở KCB trực thuộc Sở Y tế các địa phương: *Việc cung ứng thuốc BHYT do Công ty, Xi nghiệp liên hợp Dược địa phương đảm nhiệm theo dự trù của các cơ sở KCB. Cơ quan BHYT thanh toán trực tiếp tiền thuốc với đơn vị cung ứng hoặc thông qua quyết toán chi phí khám chữa bệnh với cơ sở KCB;*

2.2 Đối các cơ sở KCB trực thuộc Bộ Y tế, các Bộ ngành khác và các bệnh viện trực thuộc Sở Y tế 2 thành phố lớn (Hà Nội, thành phố Hồ Chí Minh): *Việc cung ứng thuốc BHYT do cơ sở KCB trực tiếp đảm nhận từ rất nhiều nguồn cung ứng khác nhau.*

## 3. Giai đoạn 2003-nay:

- Cơ sở pháp lý: QĐ 20/TTg; Nghị định số 100/2002/NĐ-CP
- Đặc trưng cơ bản: Quản lý tập trung thống nhất toàn diện triệt để
- Phương thức cung ứng thuốc BHYT: Cơ sở KCB tự đảm bảo cung ứng thuốc là chủ yếu, chấm dứt hợp đồng giữa cơ quan BHXH với các CTD.

## II. THỰC TRẠNG TÌNH HÌNH SỬ DỤNG THUỐC BẢO HIỂM Y TẾ

Một số vấn đề nổi cộm:

1. Chi phí thuốc chữa bệnh chiếm một tỷ trọng lớn trong tổng chi phí khám chữa bệnh BHYT và ngày càng tăng:
2. Tình trạng lạm dụng thuốc đã ở mức báo động
3. Tình trạng lạm dụng thuốc ngoại nhập trong khám chữa bệnh cho người bệnh BHYT ngày càng gia tăng
4. Tình trạng kê đơn cấp thuốc ngoài danh mục là rất phổ biến

### III. THỰC TRẠNG CÔNG TÁC QUẢN LÝ GIÁ THUỐC CHỮA BỆNH CHO NGƯỜI BỆNH BẢO HIỂM Y TẾ

1. Không kiểm soát được giá thuốc. Cơ quan BHYT trước đây và cơ quan BHXH hiện nay phải thanh toán tiền thuốc với giá quá cao so với giá thị trường (30-40 %, cá biệt có nơi giá thuốc cao gấp đôi so với mặt bằng chung của thị trường thuốc ở ngay địa phương đó. Hiện tượng nâng giá, tạo sự tăng giá đột biến giả tạo giữa nhà cung cấp và đơn vị cung ứng để tăng lợi nhuận đã trở thành phổ biến gây tổn thất không nhỏ cho quỹ BHYT.

2. Các giải pháp tình thế tại một số địa phương: quản lý giá thuốc BHYT theo nguyên tắc xác định một tỷ lệ % chi phí lưu thông nhất định để hạch toán vào giá thành được cơ quan BHYT thanh toán. Tuy nhiên, phương pháp xác định tỷ lệ chi phí lưu thông là rất khác nhau giữa các địa phương và cũng còn nhiều vấn đề đang gây tranh cãi.

Vấn đề còn gây tranh cãi nhiều là căn cứ để xác định giá gốc được nhân với tỷ lệ chi phí lưu thông ở trên. Một giải pháp đang được các bên tạm thời chấp nhận là UBND tỉnh thành lập một hội đồng duyệt giá thuốc theo định kỳ hàng quý để xác định giá gốc theo mặt bằng thị trường tại địa phương quản lý. Hội đồng định giá bao gồm các thành viên của Sở Y tế, Sở Tài chính Vật giá, Công ty Dược tỉnh, Bệnh viện đa khoa tỉnh và cơ quan BHYT.

**Ưu điểm:** Phát huy được tính tích cực của nó trong một thời gian, làm giảm đi sự lạm dụng, nâng giá thuốc BHYT và góp phần đảm bảo cân đối thu chi quỹ BHYT.

**Nhược điểm:**

- Việc chi % hoa hồng cho cơ sở KCB là không đúng với các quy định của Nhà nước về chế độ quản lý tài chính;

- Vai trò của một số Công ty Dược là rất thụ động trong khi đó lại được hưởng một tỷ lệ lợi nhuận định mức khá cao;

- Việc xác định cơ cấu giá thuốc của đơn vị cung ứng ở nhiều địa phương chưa hợp lý. Để thuyết minh cho tỷ lệ % lãi gộp của đơn vị, các Công ty Dược đã tính đủ toàn bộ chi phí lưu thông, phí quản lý và lợi nhuận của Công ty vào cả doanh số thuốc BHYT mà không tính đến phần doanh số có được của các thị phần khác.

## CHƯƠNG II

### KINH NGHIỆM NƯỚC NGOÀI VÀ ĐỀ XUẤT PHƯƠNG ÁN TỔ CHỨC CUNG ỨNG VÀ PHƯƠNG THỨC QUẢN LÝ GIÁ THUỐC BHYT

#### I. KINH NGHIỆM QUẢN LÝ, SỬ DỤNG THUỐC CHO BỆNH NHÂN BẢO HIỂM Y TẾ Ở MỘT SỐ NƯỚC TRÊN THẾ GIỚI

## 1. Trung Quốc:

- Hoàn thiện danh mục thuốc BHYT, giới hạn doanh thu của các bệnh viện, điều chỉnh thị trường dược.
- Một số biện pháp quản lý giá thuốc và quản lý thị trường thuốc:
- Thiết lập hệ thống quản lý trong nghiên cứu, phát triển, sản xuất, phân phối, tạo giá, quảng cáo và cung ứng thuốc..
- Hoàn thiện danh mục thuốc thiết yếu, thiết lập quy định về kê đơn thuốc.
- Xây dựng kế hoạch phát triển thuốc phù hợp với sự phát triển của sự nghiệp chăm sóc sức khỏe.
- Hoàn thiện cơ chế xác định giá thuốc: Nhà nước có chính sách quản lý giá thuốc, giới hạn giá thuốc, đặt giá trần cho thuốc, kiểm soát chênh lệch giá, quản lý danh mục và giá thuốc nhập khẩu.
- Hạn chế những lạm dụng trong cung ứng thuốc, ngăn chặn thuốc giả, thuốc kém phẩm chất.
- Nghiêm cấm lợi nhuận bất hợp pháp từ nguồn hóa hồng của các nhà sản xuất thuốc chi trả.

## 2. Canada

- Tổ chức thực hiện thông qua mạng vi tính được kết nối giữa các cơ sở KCB với các nhà thuốc và cơ quan BHYT. Cơ sở KCB và nhà thuốc có hợp đồng với cơ quan BHYT

- Thuốc được sử dụng và quản lý theo danh mục thuốc do Bộ Y tế ban hành thông qua Hội đồng tư vấn gồm các Giáo sư, bác sỹ, dược sỹ và nhà quản lý.

- Trong khu vực khám chữa bệnh ngoại trú, sau khi được khám bệnh, kê đơn, bệnh nhân có thể đến bất kỳ nhà thuốc nào có nối mạng với cơ quan BHYT và cơ sở KCB để nhận thuốc. Giá thuốc do Chính phủ quản lý và thống nhất trong toàn quốc.

- Việc thanh toán chi phí thuốc cũng được thực hiện thông qua mạng và theo định kỳ hàng quý giữa cơ quan BHYT và nhà thuốc, các chi phí ngoài thuốc được thanh toán với bệnh viện.

## 3. Thái Lan:

Thái Lan là nước có nhiều mô hình BHYT và được thực hiện bởi nhiều tổ chức khác nhau. Tuy nhiên, việc quản lý thuốc và giá thuốc được giao cho Giám đốc các bệnh viện. Nhà nước ban hành một danh mục thuốc thiết yếu, thuốc sử dụng trong bệnh viện do Giám đốc bệnh viện quyết định tùy theo mô hình bệnh tật và kinh phí được khoán. Nhà nước không quản lý giá mà giá thuốc được điều tiết hoàn toàn bởi thị trường. Thuốc cung ứng vào bệnh viện nhất thiết phải thực hiện qua đấu thầu tự do giữa các hãng dược phẩm.

## II. PHƯƠNG ÁN TỔ CHỨC CUNG ỨNG THUỐC BẢO HIỂM Y TẾ

**Mục tiêu:** đảm bảo đủ về số lượng, chất lượng, chủng loại theo mô hình bệnh tật và giá cả hợp lý. Đồng thời phù hợp với mạng lưới cung ứng, sản xuất kinh doanh dược phẩm của Việt Nam.

### **Nguyên tắc:**

#### **1. Đơn vị cung ứng:**

- Đấu thầu rộng rãi nhằm chống độc quyền và lựa chọn được đơn vị có khả năng tối ưu.

- Đối với các CTD địa phương: để phát huy nội lực, tính chủ động và tạo điều kiện cho các doanh nghiệp sản xuất kinh doanh Dược phẩm của địa phương phát triển, việc cung ứng thuốc BHYT cho các cơ sở KCB trực thuộc Sở Y tế các tỉnh, thành phố trực thuộc Trung ương về cơ bản sẽ do các Công ty hoặc Xí nghiệp liên hợp Dược của địa phương đảm nhiệm sau khi được thẩm định theo một thang bảng điểm do Bộ Y tế quy định. Đối với các địa phương mà Công ty, Xí nghiệp Dược phẩm không đảm bảo năng lực cung ứng theo quy định, việc lựa chọn đơn vị cung ứng sẽ được tiến hành thông qua đấu thầu rộng rãi hay trong phạm vi hẹp tùy theo đặc điểm của từng địa phương.

- Đối với các Công ty, Xí nghiệp Dược phẩm Trung ương: chịu trách nhiệm cung ứng thuốc BHYT cho các cơ sở KCB tuyến Trung ương và tương đương (chủ yếu tại Hà Nội và thành phố Hồ Chí Minh). Việc lựa chọn đơn vị cung ứng thuốc cho các bệnh viện tuyến Trung ương và tương đương sẽ được thực hiện qua đấu thầu giữa các đơn vị thành viên của Tổng Công ty Dược Việt Nam, Công ty Dược địa phương theo quy định của Nhà nước.

#### **2. Nguồn thuốc cung ứng cho người bệnh có thẻ BHYT:**

##### **Nguyên tắc:**

a. Đối với các loại thuốc đạt tiêu chuẩn của Bộ Y tế đã được sản xuất tại địa phương (hoặc nhập khẩu trực tiếp đối với các loại thuốc ngoại nhập) sẽ được ưu tiên cung ứng cho nhu cầu điều trị tại các cơ sở KCB thuộc địa phương quản lý.

b. Các loại thuốc khác sẽ do các Công ty, Xí nghiệp Dược phẩm của Trung ương trực tiếp cung ứng (đối với bệnh viện tuyến Trung ương và tương đương) hoặc cung ứng thông qua các Công ty, XNLH Dược địa phương. Về lâu dài sẽ tổ chức đấu thầu mặt hàng thuốc do các Công ty, Xí nghiệp sản xuất kinh doanh để cung ứng cho người bệnh có thẻ BHYT. Các Công ty, xí nghiệp sản xuất kinh doanh Dược phẩm đạt tiêu chuẩn GMP sẽ được ưu tiên là nguồn cung ứng thuốc chủ yếu cho người bệnh có thẻ BHYT.

c. Thành lập Hội đồng đấu thầu thuốc cung ứng cho bệnh viện gồm:

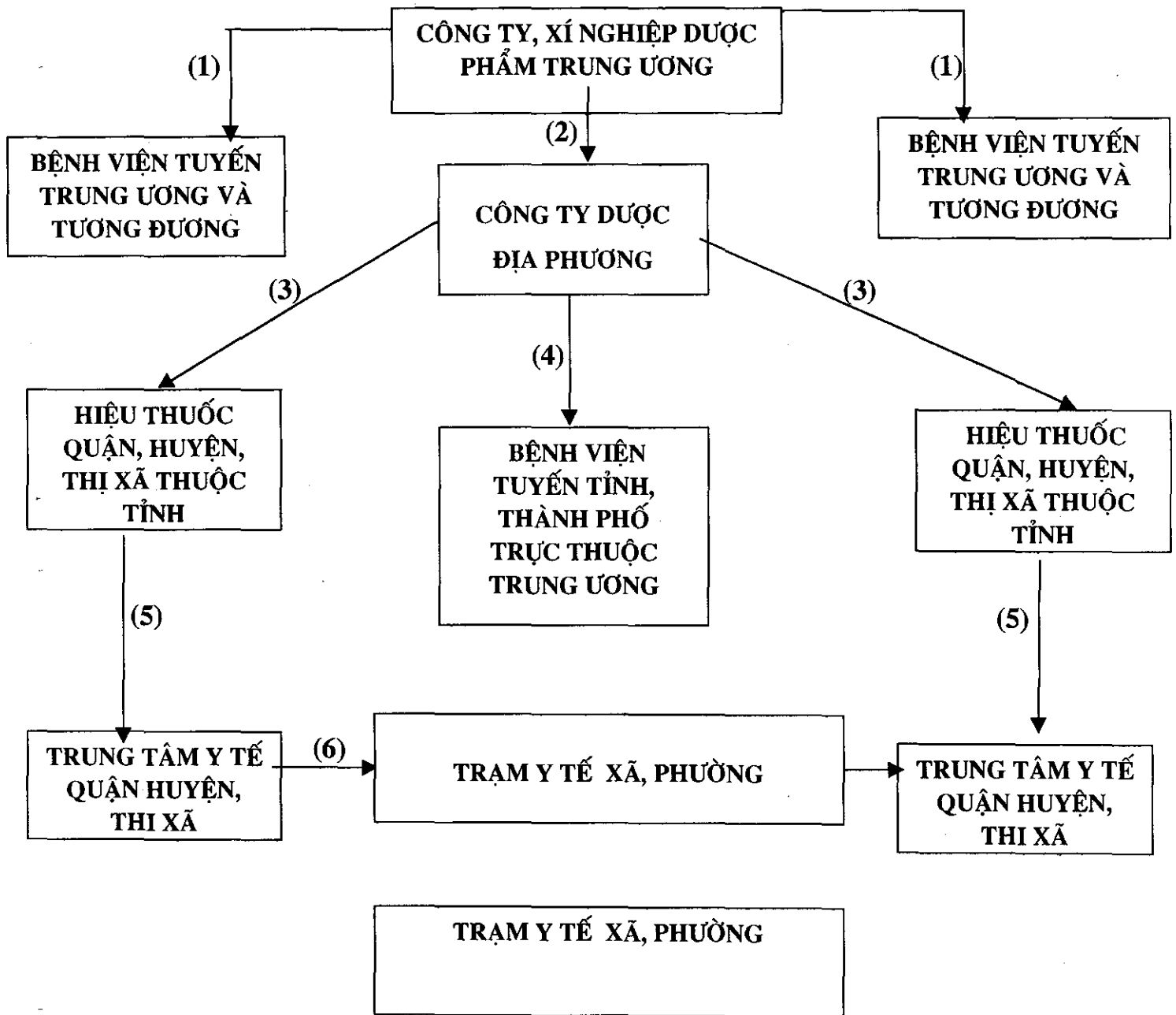
- Đại diện cơ quan quản lý nhà nước về y tế (Bộ Y tế hoặc Sở Y tế địa phương)

- Đại diện cơ sở KCB có nhu cầu sử dụng thuốc
- Đại diện cơ quan BHXH tại địa phương.

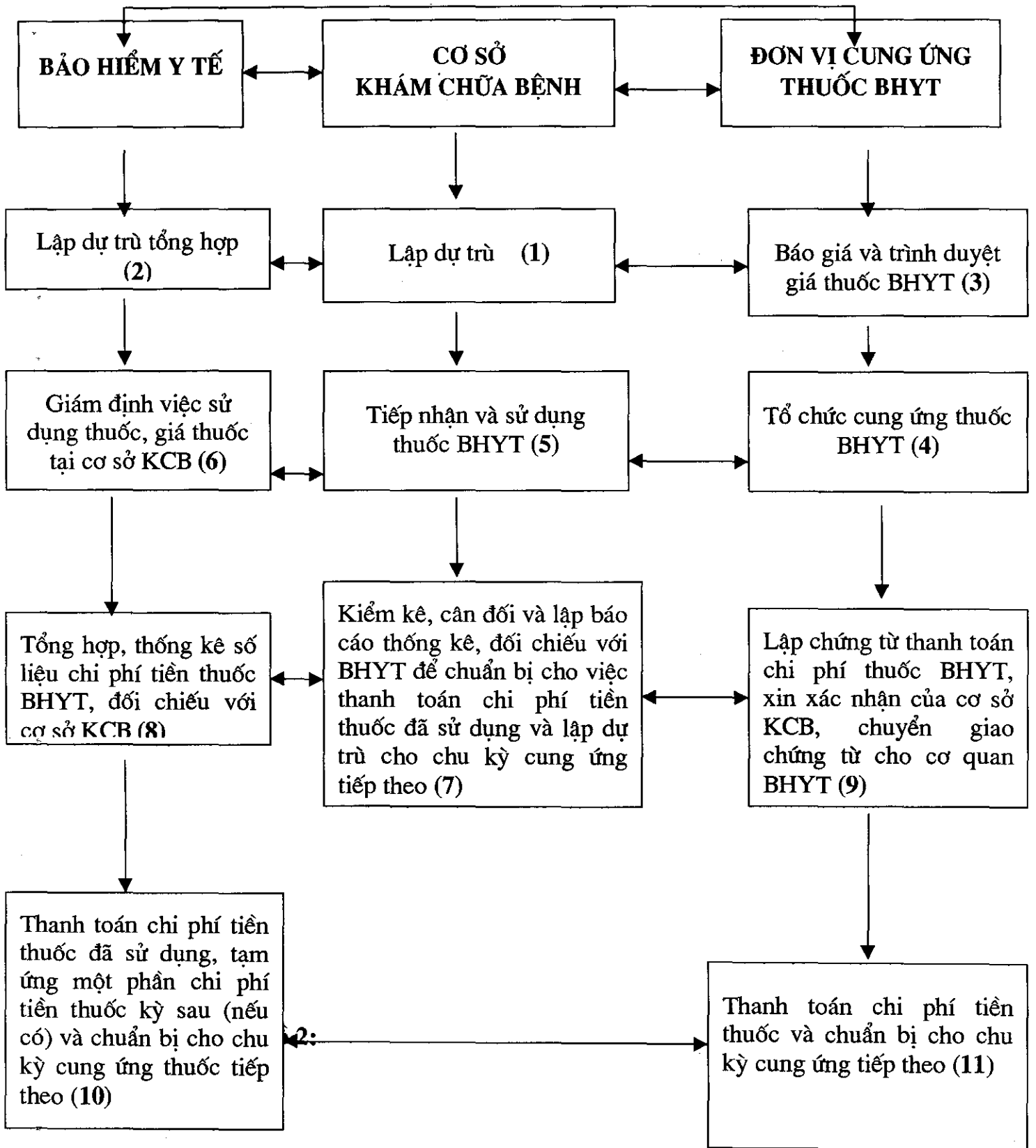
Hội đồng đấu thầu thuốc có nhiệm vụ xây dựng thanh bảng điểm để lựa chọn đơn vị cung ứng, xây dựng các gói dược phẩm theo nhóm dược lý. Mỗi nhóm dược phẩm phải có một tiêu chuẩn và thang bảng điểm riêng để làm căn cứ cho điểm khi xét thầu. Hồ sơ thầu và quy trình xét thầu thực hiện theo quy định hiện hành của Nhà nước.

### 3. Tổ chức cung ứng thuốc bảo hiểm y tế

#### 3.1 Sơ đồ tổ chức mạng lưới cung ứng thuốc BHYT



### 3.2 Quy trình cung ứng thuốc BHYT:





### III. PHƯƠNG THỨC QUẢN LÝ GIÁ THUỐC BẢO HIỂM Y TẾ

**1. Cơ sở xác định giá gốc:** Thành lập bộ phận làm công tác quản lý, thông tin về thuốc với những nhiệm vụ cụ thể như sau:

**1.1 Cập nhật giá thuốc** theo giá bán buôn thương nghiệp của các Công ty, Xí nghiệp sản xuất Dược phẩm trong nước, giá bán buôn của các Trung tâm lớn như Hà Nội, thành phố Hồ Chí Minh, Đà Nẵng để xác lập một mặt bằng giá cả chung, phù hợp với từng khu vực theo phân vùng lãnh thổ Bắc-Trung-Nam.

**1.2 Tham khảo giá nhập khẩu thuốc** của các Công ty có chức năng xuất nhập khẩu thuốc, các văn phòng đại diện của các hãng Dược phẩm nước ngoài (giá CIF) để điều chỉnh mặt bằng giá thuốc nhập ngoại sử dụng cho người bệnh có thẻ BHYT.

Các thông tin về giá thuốc nói trên sẽ là cơ sở để thẩm định và phê duyệt giá gốc trước khi xác định giá thuốc được cơ quan BHXH thanh toán.

Đối với các mặt hàng do địa phương trực tiếp sản xuất hoặc nhập khẩu, giá gốc được xác định bằng giá bán buôn thương nghiệp của Công ty, Xí nghiệp Dược phẩm.

**2. Nguyên tắc xác định tỷ lệ (%) chi phí được hạch toán vào giá thuốc BHYT:**

**2.1 Cơ cấu chi phí:**

**a. Chi phí vận chuyển, bốc vác:**

Được xác định theo khoảng cách từ Trung tâm bán buôn dược phẩm đến đơn vị cung ứng cấp tỉnh theo những nguyên tắc sau:

• **Quy định về mốc xác định khoảng cách vận chuyển:**

+ Đối với các tỉnh Bắc bộ (từ Hà Tĩnh trở ra): Hà Nội;

+ Đối với các tỉnh Trung bộ: (từ Quảng Bình trở vào đến Bình Thuận): Đà Nẵng;

+ Đối với các tỉnh Nam bộ: thành phố Hồ Chí Minh.

• **Quy định về tỷ lệ % cước vận chuyển, bốc vác:**

+ Bằng 2 % doanh số theo giá gốc cho 100 km vận chuyển (không kể phí trợ cước vận chuyển đối với các tỉnh miền núi, hải đảo). Tỷ lệ này bao gồm cả chi phí vận chuyển, bốc vác từ đơn vị cung ứng cấp tỉnh đến các Hiệu thuốc trực thuộc và do đơn vị chủ động phân bổ cho phù hợp với đặc điểm của thị trường địa phương.

Riêng Hà Nội, thành phố Hồ Chí Minh và Đà Nẵng và các tỉnh, thành phố trực thuộc Trung cách mốc xác định khoảng cách vận chuyển dưới 100 km, chi phí vận chuyển, bốc vác được xác định bằng 1 % doanh số theo giá gốc.

**b. Lãi gộp định mức:**

Được xác định bằng 5 % doanh số theo giá gốc và được phân bổ như sau:

+ Đơn vị cung ứng cấp tỉnh: 3 %

+ Hiệu thuốc trực thuộc: 2 %

*Giá thuốc được cơ quan BHXH thanh toán là giá mặt bằng thị trường theo phân vùng lãnh thổ Bắc-Trung-Nam nhân với tỷ lệ % chi phí (thặng số) theo quy định ở trên cộng với thuế giá trị gia tăng theo quy định của Nhà nước.*

### **PHẦN III: KẾT LUẬN**

1. Tầm quan trọng của việc nghiên cứu: Vấn đề sử dụng, cung ứng thuốc và quản lý giá thuốc chữa bệnh sử dụng cho người bệnh có thẻ BHYT có một ý nghĩa rất quan trọng không những đối với quá trình tổ chức thực hiện chính sách BHYT mà còn có ảnh hưởng không nhỏ đến mọi mặt hoạt động của đời sống xã hội. Thực hiện Nghị quyết Đại hội đảng toàn quốc lần thứ IX, chính sách BHYT đang được mở rộng và tiến tới BHYT toàn dân vào năm 2010. Khi đó quản lý cung ứng và sử dụng thuốc chữa bệnh cho người tham gia BHYT tại các bệnh viện không chỉ là vấn đề của riêng ngành BHXH mà đã trở thành mối quan tâm của toàn xã hội. Tuy nhiên, thực tế tại Việt Nam cho thấy chưa có được một phương thức quản lý việc sử dụng, cung ứng và thanh toán giá thuốc BHYT một cách tối ưu, đáp ứng được tất cả các yêu cầu đặt ra.

2. Những kết quả sơ bộ và định hướng nghiên cứu tương lai: Trong khuôn khổ một chuyên đề nghiên cứu khoa học, nhóm nghiên cứu cũng đã cố gắng trình bày được một phần thực trạng tình hình công tác quản lý cung ứng, sử dụng và giá thuốc tại các cơ sở KCB nói chung, thuốc sử dụng cho người bệnh BHYT nói riêng. Căn cứ và kết quả khảo sát, nghiên cứu và đánh giá thực tế tại một số địa phương đại diện cho các vùng miền khác nhau, nhóm nghiên cứu đã mạnh dạn đề xuất một số ý kiến nhằm góp phần hoàn thiện vấn đề về cung ứng và quản lý giá thuốc sử dụng cho người tham gia BHYT. Tuy nhiên do điều kiện có hạn, phạm vi nghiên cứu không rộng những ý kiến đề xuất của nhóm nghiên cứu có thể còn mang nhiều tính chủ quan. Theo nhóm nghiên cứu, đây là một vấn đề rất lớn cần được nghiên cứu kỹ hơn trên mọi phương diện với sự tham gia của nhiều ngành có liên quan để có thể đưa ra được một phương thức cung ứng và quản lý giá thuốc chữa bệnh tối ưu, phù hợp với đặc điểm Việt Nam .

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ môn quản lý kinh tế dược (2001), Giáo trình kinh tế dược, Trường đại học dược Hà Nội.
2. Nguyễn Thị Thái Hằng (2001), Mô hình bệnh tật ở Việt Nam và các phương pháp nghiên cứu nhu cầu thuốc đáp ứng cho mô hình bệnh tật, Tạp chí y học thực hành số 6/2002
3. Nguyễn Thị Thái Hằng (2002), Một số nghiên cứu, đánh giá tính thích ứng của danh mục thuốc đăng ký lưu hành với mô hình bệnh tật Việt Nam, Tạp chí dược học số 6/2002.
4. Bộ môn quản lý kinh tế dược (2001), Giáo trình Dược xã hội học, Trường đại học dược Hà Nội.
5. Bộ Y tế, Danh mục thuốc khám chữa bệnh chủ yếu sử dụng tại các cơ sở khám chữa bệnh năm 2001.
6. Bộ Y tế, Danh mục thuốc khám chữa bệnh chủ yếu (sửa đổi, bổ sung) sử dụng tại các cơ sở khám chữa bệnh năm 2002.
7. Bộ Y tế, Danh mục thuốc thiết yếu Việt Nam lần thứ IV năm 1999.
8. WHO, Bảng mã phân loại bệnh tật quốc tế ICD 10.
9. Đỗ Thuỷ (1/8/2002), Thuốc cho bệnh nhân BHYT thiếu hay đủ, Báo sức khoẻ đời sống số 92)
10. Nguyễn Hồng Uy (2003), Nghiên cứu đánh giá chiến lược Marketing của công ty cổ phần dược phẩm Nam Hà, Luận văn thạc sỹ dược học, Trường đại học dược Hà Nội.
11. Nguồn từ IMS World Review 2003.
12. Những văn bản quy định về BHYT; Nhà xuất bản y học-1993
13. BHYT Việt Nam: Niên giám thống kê BHYT1993-2002 NXB Thống kê-2002
14. Trần Văn Tiến: Một số quy định về khám chữa bệnh BHYT tại Việt Nam

## PHỤ LỤC BẢNG SỐ LIỆU

*Tỷ lệ % chi phí về thuốc so với tổng chi phí khám chữa bệnh BHYT*

ĐVT: nghìn đồng

Năm	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
<b>THÁI BÌNH</b>								
Tổng chi phí KCB BHYT	8.993.309,1	9.160.820,1	9480.433,8	9.250.484,1	12.769.223	17.472.680	19.419.348	24.458.531.850
Chi phí thuốc	6.207.058,5	5.751.245,1	6.078.287,3	6.004.533,2	8.555.379	12.003.731	13.379.931	17.194.347
Tỷ lệ % chi cho thuốc	69,0	62,8	64,1	64,9	67	68,7	68,9	70,3
<b>LẠNG SƠN</b>								
Tổng chi phí KCB BHYT	1.956.717,9	2.329.516,7	3.182.810,4	2.154.597,6	3.228.386	4861671	6.526.596	7.176.297.582
Chi phí thuốc )	1.582.242,6	1.864.564,7	2.524.924,2	2.154.597,6	2.518.141	3.889.337	5.221.277	5.525.749
Tỷ lệ % chi cho thuốc	80	80	79	76	78	80	80	77
<b>THANH HÓA</b>								
Tổng chi phí KCB BHYT	12.481.000	15.210.000	18.802.000	15.890.000	21.319.300	22.917.123	26.895.308	32.844.290.172
Chi phí thuốc	7.400.000	9.500.000	9.700.000	9.900.000	14.283.931	15.469.058	18.369.496	22.564.027
Tỷ lệ % chi cho thuốc	60	63	62	65	67	67,5	68,3	68,7

Nguồn: Báo cáo của BHXH các tỉnh: Thái Bình, Lạng Sơn, Thanh Hóa

**Tỷ lệ chi phí thuốc ngoại nhập so với tổng chi phí tiền thuốc BHYT tại Thái Bình, Lạng Sơn trong 4 năm từ 1996-1999**

Năm	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
<b>THÁI BÌNH</b>								
Tổng chi phí thuốc BHYT	6.207.058,5	5.751.245,1	6.078.287,3	6.004.533,2	8.555.379	12.003.731	13.379.931	17.194.347
Chi phí thuốc ngoại nhập	3.423.882,1	3.048.160,0	3.039.143,6	2.822.144,7	4.448.797	6.602.052	7.091.363	9.456.891
Tỷ lệ %	55	53	50	47	52	55	53	55
<b>LANG SƠN</b>								
Tổng chi phí thuốc BHYT	1.582.242,6	1.864.564,7	2.524.924,2	2.154.597,6	2.518.141	3.889.337	5.221.277	5.525.749
Chi phí thuốc ngoại nhập		839.054.118	1.110.966,6	1.057.950,1	1.309.933	1.944.669	2.662851	2.873.389
Tỷ lệ %		45	44	50	52	50	51	52

Nguồn: Báo cáo của BHXH các tỉnh: Thái Bình, Lạng Sơn

**Tỷ lệ % và cơ cấu chi phí lưu thông tiền thuốc tại Th. Bình, Th.Hóa và L. Sơn**

<b>Tỉnh</b>	<b>Tỷ lệ % chi phí lưu thông thuốc BHYT</b>	<b>Cơ cấu chi phí</b>	<b>Ghi chú</b>
<b>Thái Bình</b>	12,5	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 6 % chi hoa hồng cho cơ sở KCB</li> <li>- 1,5 % chi phí giao dịch, bốc vác, vận chuyển, kiểm nghiệm</li> <li>- 5 % chi cho lợi nhuận của Công ty Dược tỉnh</li> </ul>	Riêng thuốc do Công ty Dược Thái Bình sản xuất chỉ được cộng 6 % trên giá bán buôn để chi hoa hồng cho các cơ sở KCB
<b>Thanh Hóa</b>	12	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Thuế VAT: 0,6 %</li> <li>- Lợi nhuận đ. mức: 1,5 %</li> <li>- Khấu hao TSCĐ: 1,5 %</li> <li>- Phí vận chuyển: 2,4 %</li> <li>- Lương: 2,7 %</li> <li>- Chi phí BQ đóng gói: 0,5%</li> <li>- Phí đào tạo: 0,1%</li> <li>- Chi phí vật RTMH: 0,5%</li> <li>- Q. cáo, tiếp thị: 0,4%</li> <li>- Hao hụt: 0,3%</li> <li>- BHXH+BHYT: 0,5%</li> <li>- Chi phí khác 1%</li> </ul>	
<b>Lạng Sơn</b>	13	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Phí vận chuyển: 0,113%</li> <li>- Hao hụt bán hàng: 0,343%</li> <li>- Bảo quản, thu mua: 4,23%</li> <li>- Chi phí quản lý DN: 6,92%</li> <li>- Lãi định mức: 1,46%</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Chỉ tính chênh lệch vận chuyển</li> <li>- Bao gồm cả tiền lương và công tác phí</li> </ul>

**Chi tiết chi phí được hạch toán vào giá thuốc BHYT**

Tỉnh	Đơn vị cung ứng Trung ương				Đơn vị cung ứng cấp tỉnh			
	V/c	Lãi góp định mức	VAT	Công	V/c	Lãi góp định mức	VAT	Cộng
<b>I. KHU VỰC HÀ NỘI</b>								
Hà Nội	2	3	NA	4	1	5	NA	6
Hà Tây (10)					1	5	NA	6
Hải Dương (58)					1	5	NA	6
Hải Phòng (110)					2,2	5	NA	7,2
Hưng Yên (62)					1	5	NA	6
Quảng Ninh (165)					3,3	5	NA	8,3
Thái Bình (109)					2,18	5	NA	7,2
Nam Định (90)					1,5	5	NA	6,5
Hà Nam (59)					1	5	NA	6
Ninh Bình (120)					2,4	5	NA	7,4
Thanh Hóa (153)					3,06	5	NA	8,1
Nghệ An (291)					5,82	5	NA	10,8
Hà Tĩnh (340)					6,8	5	NA	11,8
Vĩnh Phúc (64)					1	5	NA	6
Phú Thọ (84)					1,5	5	NA	6,5
Thái Nguyên (76)					1,5	5	NA	6,5
Tuyên Quang (166)					3,32	5	NA	8,3
Bắc Kạn (162)					3,24	5	NA	8,2
Hà Giang (319)					6,38	5	NA	11,3
Bắc Ninh (30)					1	5	NA	6
Bắc Giang(51)					1	5	NA	6
Lạng Sơn (151)					3,08	5	NA	8,5
Cao Bằng (281)					5,62	5	NA	10,6
Sơn La (306)					6,12	5	NA	11,1
Lai Châu (504)					10,08	5	NA	15
Hòa Bình (79)					1,5	5	NA	6,5
Lào Cai (354)					7,08	5	NA	12,1
Yên Bái (182)					3,64	5	NA	8,6
<b>KHU VỰC ĐÀ NẴNG</b>								
Đà Nẵng	2	3	NA	4	1	5	NA	6
Quảng Bình (269)					5,38	5	NA	10,3

Quảng Trị (170)					3,4	5	NA	8,4
Thừa Thiên Huế (103)					2,06	5	NA	7,1
Quảng Nam (70)					1,5	5	NA	7
Quảng Ngãi (125)					2,5	5	NA	7,5
Bình Định (309)					6,18	5	NA	11,2
Phú Yên (411)					8,22	5	NA	13,2
Kon Tum (322)					6,44	5	NA	11,4
<b>KHU VỰC THÀNH PHỐ HỒ CHÍ MINH</b>								
<b>Tp. Hồ Chí Minh</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>NA</b>	<b>4</b>	<b>1</b>	<b>5</b>	<b>NA</b>	<b>6</b>
Gia Lai (369)					7,38	5	NA	12,4
Đắk Lắk (349)					6,98	5	NA	11,9
Lâm Đồng (268)					5,36	5	NA	10,3
Khánh Hòa (447)					8,94	5	NA	13,9
Ninh Thuận (342)					6,84	5	NA	11,8
Bình Thuận (196)					3,92	5	NA	8,9
Đồng Nai (32)					1	5	NA	6
Long An (38)					1	5	NA	6
Bình Dương (30)					1	5	NA	6
Bình Phước (153)					3,06	5	NA	8
Bà Rịa-Vũng Tàu (120)					2,4	5	NA	7,4
Tây Ninh (100)					2	5	NA	7
Tiền Giang (71)					1,5	5	NA	6,5
An Giang (220)					4,4	5	NA	9,4
Bến Tre (96)					2	5	NA	7
Kiên Giang (322)					6,44	5	NA	11,4
Đồng Tháp (186)					3,72	5	NA	8,7
Cần Thơ (189)					3,78	5	NA	8,219
Vĩnh Long (145)					2,9	5	NA	8,7
Trà Vinh (156)					3,12	5	NA	8,1
Sóc Trăng (295)					5,9	5	NA	10,9
Bạc Liêu (345)					6,9	5	NA	11,9
Cà Mau (412)					8,24	5	NA	13,2