

BỘ GIÁO DỤC VÀ ĐÀO TẠO

BỘ Y TẾ

TRƯỜNG ĐẠI HỌC DƯỢC HÀ NỘI



PHẠM LƯƠNG SƠN

**NGHIÊN CỨU THỰC TRẠNG ĐẦU
THẦU MUA THUỐC BẢO HIỂM Y TẾ
CHO CÁC CƠ SỞ KHÁM, CHỮA BỆNH
CÔNG LẬP Ở VIỆT NAM**

LUẬN ÁN TIẾN SĨ DƯỢC HỌC

HÀ NỘI 2012

BỘ GIÁO DỤC VÀ ĐÀO TẠO

BỘ Y TẾ

TRƯỜNG ĐẠI HỌC DƯỢC HÀ NỘI

PHẠM LƯƠNG SƠN

**NGHIÊN CỨU THỰC TRẠNG ĐẦU
THẦU MUA THUỐC BẢO HIỂM Y TẾ
CHO CÁC CƠ SỞ KHÁM, CHỮA BỆNH
CÔNG LẬP Ở VIỆT NAM**

LUẬN ÁN TIẾN SĨ DƯỢC HỌC

**CHUYÊN NGÀNH: TỔ CHỨC QUẢN LÝ DƯỢC
MÃ SỐ: 62.73.20.01**

Người hướng dẫn khoa học: PGS.TS. Nguyễn Thanh Bình

HÀ NỘI 2012

LỜI CAM ĐOAN

Tôi xin cam đoan đây là công trình nghiên cứu của riêng tôi. Các số liệu, kết quả trong Luận án là trung thực và chưa từng được ai công bố trong bất kỳ công trình nào khác.

Nghiên cứu sinh

Phạm Lương Sơn

LỜI CẢM ƠN

Để hoàn thành Luận án này, trong quá trình nghiên cứu và thực hiện đề tài, tôi đã nhận được sự giúp đỡ tận tình của các thầy cô giáo, gia đình, đồng nghiệp và bạn bè.

Tôi xin bày tỏ lòng biết ơn sâu sắc nhất tới:

PGS.TS Nguyễn Thanh Bình- Trưởng phòng Sau Đại học, người thầy đã tận tình hướng dẫn và giúp đỡ tôi hoàn thành Luận án này.

DS CK2 Phạm Tiếp, mặc dù tuổi cao, sức yếu nhưng đã luôn khuyến khích, động viên, giúp đỡ tôi trong suốt quá trình học tập và thực hiện đề tài này.

Cô PGS.TS Lê Viết Hùng, Hiệu trưởng Trường Đại học Dược Hà Nội, **PGS.TS Nguyễn Thị Thái Hằng**, nguyên Chủ nhiệm Bộ môn Quản lý kinh tế Dược, đã luôn khuyến khích, động viên và tạo mọi điều kiện thuận lợi để tôi được học tập, nghiên cứu tại nhà trường.

TS. Trần Văn Tiến, nguyên Tổng Giám đốc BHYT Việt Nam đã tận tình chỉ bảo, giúp đỡ tôi hoàn thành Luận án.

Ths. Thầy thuốc Nhân dân Nguyễn Minh Thảo, Phó Tổng giám đốc Bảo hiểm xã hội Việt Nam đã động viên và tạo mọi điều kiện thuận lợi cho tôi hoàn thành nghiên cứu.

Ths. Dương Tuấn Đức, Trưởng phòng Kế hoạch tổng hợp, Ban Thực hiện chính sách Bảo hiểm y tế - Bảo hiểm xã hội Việt Nam đã giúp đỡ tôi rất nhiều trong quá trình nghiên cứu, tổng hợp và xử lý số liệu.

Tập thể các Thầy, cô giáo, cán bộ Phòng Sau Đại học, Bộ môn Quản lý kinh tế Dược và các Bộ môn, các Phòng, Ban của Trường Đại học Dược Hà Nội đã ủng hộ, giúp đỡ và tạo mọi điều kiện thuận lợi cho tôi trong suốt quá trình học tập, nghiên cứu tại Trường.

Tôi xin bày tỏ lòng biết ơn sâu sắc tới bố mẹ, gia đình, các bạn đồng nghiệp và những người thân đã chia sẻ, động viên tôi vượt qua những khó khăn, trở ngại để tôi có thêm quyết tâm, vững vàng trong suốt thời gian hoàn thành Luận án này.

Phạm Lương Sơn

MỤC LỤC

ĐẶT VẤN ĐỀ	1
Chương 1: TỔNG QUAN.....	3
1.1. ĐẠI CƯƠNG VỀ BẢO HIỂM Y TẾ.....	3
1.1.1. Sự ra đời và phát triển của các loại hình bảo hiểm.....	3
1.1.2. Một số khái niệm về bảo hiểm và BHYT.....	4
1.1.2.1. Khái niệm về bảo hiểm.....	4
1.1.2.2. Khái niệm về BHYT.....	4
1.1.2.3. Khái niệm về quỹ BHYT.....	5
1.1.3. Những nguyên tắc cơ bản của bảo hiểm y tế.....	5
1.1.3.1 Nguyên tắc về tính phi lợi nhuận.....	5
1.1.3.2. Đảm bảo sự hỗ trợ chéo giữa những nhóm người tham gia BHYT	6
1.1.3.3. Đóng góp theo thu nhập, sử dụng DVYT theo nhu cầu điều trị	6
1.1.3.4. Chi trả trước.....	7
1.1.4. Mô hình tổ chức thực hiện BHYT.....	7
1.1.4.1. Tổ chức BHYT.....	8
1.1.4.2 Mô hình tài chính y tế ở các nước trên thế giới.....	8
1.2. NGUỒN LỰC TÀI CHÍNH CHO Y TẾ VÀ CHÍNH SÁCH BHYT Ở VIỆT NAM	11
1.2.1. Nguồn lực tài chính cho y tế ở Việt Nam.....	11
1.2.2. Chính sách bảo hiểm y tế ở Việt Nam.....	13
1.3. TÌNH HÌNH TIẾP CẬN VÀ SỬ DỤNG THUỐC TRÊN THẾ GIỚI VÀ VIỆT NAM.....	17
1.3.1. Tiếp cận và sử dụng thuốc trên thế giới.....	17

1.3.2. Tiếp cận và sử dụng thuốc tại Việt Nam.....	20
1.4. ĐẤU THẦU MUA THUỐC.....	25
1.4.1. Một số khái niệm.....	25
1.4.1.1. Phương thức mua thuốc.....	25
1.4.1.2. Hình thức tổ chức đảm bảo cung ứng thuốc.....	25
1.4.1.3. Hình thức thanh toán chi phí thuốc.....	26
1.4.2. Các hình thức đấu thầu cung ứng thuốc.....	27
1.4.2.1. Đấu thầu tập trung (Hình thức 1).....	27
1.4.2.2. Đấu thầu đại diện (Hình thức 2).....	28
1.4.2.3. Đấu thầu và mua sắm đơn lẻ (Hình thức 3).....	28
1.4.2.4. Đấu thầu mua thuốc trên thế giới.....	29
1.4.3. Nguyên tắc giám định và thanh toán thuốc BHYT.....	33
1.4.3.1. Nguyên tắc giám định sử dụng thuốc BHYT.....	33
1.4.3.2. Nguyên tắc chi trả tiền thuốc BHYT.....	34
Chương 2: ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU.....	36
2.1. ĐỐI TƯỢNG NGHIÊN CỨU.....	36
2.1.1. Người, đơn vị quản lý đấu thầu thuốc.....	36
2.1.2. Người, đơn vị tham gia và sử dụng kết quả đấu thầu thuốc.....	36
2.1.3. Người, đơn vị thanh toán thuốc BHYT.....	36
2.2. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU.....	36
2.2.1. Thiết kế nghiên cứu	36
2.2.2. Kỹ thuật thu thập số liệu	38
2.2.3. Biến số nghiên cứu.....	39

2.2.4. Xử lý số liệu.....	40
2.2.5. Nội dung nghiên cứu.....	41
2.2.6. Giới hạn của nghiên cứu.....	41
2.2.7. Đạo đức nghiên cứu.....	42
Chương 3: KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU.....	43
3.1. THỰC TRẠNG ĐẤU THẦU MUA THUỐC BHYT.....	43
3.1.1. Lựa chọn hình thức đấu thầu mua thuốc	43
3.1.1.1. Phân loại lựa chọn hình thức đấu thầu mua thuốc theo khu vực	43
3.1.1.2. Lựa chọn hình thức đấu thầu cung ứng thuốc theo tuyến.....	46
3.1.1.3. Kết hợp các hình thức đấu thầu.....	47
3.1.2. Số lần tổ chức đấu thầu trong năm.....	48
3.1.3 Cách thức xây dựng gói thầu trong kế hoạch đấu thầu.....	49
3.1.3.1. Số lượng gói thầu được xây dựng trong kế hoạch đấu thầu.....	49
3.1.3.2. Phân loại gói thầu trong kế hoạch đấu thầu.....	51
3.1.3.3. Cách thức xây dựng và xác định giá trị gói thầu.....	54
3.1.4. Hình thức tổ chức mua thuốc BHYT.....	55
3.1.5. Hình thức thanh toán chi phí thuốc BHYT.....	56
3.2. ĐÁNH GIÁ CÁC PHƯƠNG THỨC ĐẤU THẦU MUA SẮM THUỐC	57
3.2.1. Về quy mô tổ chức đấu thầu mua thuốc.....	57
3.2.1.1. Số lượng nhà thầu tham gia đấu thầu.....	57
3.2.1.2. Thị phần của nhà thầu chính ở các hình thức đấu thầu.....	60
3.2.2. Về thời gian hoàn thành một lần đấu thầu.....	61
3.2.3. Số lượng thuốc trúng thầu.....	64

3.2.3.1. Tỷ lệ thuốc được xét trúng thầu.....	64
3.2.3.2. Tỷ lệ thuốc được cung ứng ngoài thầu.....	65
3.2.3.3 Mức độ đảm bảo thuốc ở các hình thức tổ chức cung ứng.....	67
3.2.4. Về cơ cấu, nguồn gốc, xuất xứ thuốc trúng thầu.....	69
3.2.4.1. Cơ cấu thuốc sản xuất trong nước và thuốc nhập ngoại.....	69
3.2.4.2. Nguồn gốc, xuất xứ mặt hàng thuốc trúng thầu theo tuyến	71
3.2.5. Về cơ cấu thuốc trúng thầu theo nhóm điều trị.....	72
3.2.6. Về tỷ trọng sử dụng và thanh toán thuốc bảo hiểm y tế.....	74
3.2.6.1. Các loại thuốc có giá trị thanh toán nhiều nhất.....	74
3.2.6.2. Các thuốc thành phẩm có giá trị thanh toán nhiều nhất.....	77
3.2.7. Về giá thuốc trúng thầu.....	78
3.2.7.1. So sánh giá trúng thầu và ước tính giá trị chênh lệch một số thuốc thanh toán BHYT tại một số khu vực.....	78
3.2.7.2 Chênh lệch giá thuốc BHYT giữa các cơ sở khám, chữa bệnh trên cùng địa bàn.....	84
3.2.7.3 So sánh giá một số loại thuốc theo khu vực.....	86
3.2.8. Điều chỉnh giá thuốc và thanh toán thuốc BHYT.....	90
3.2.8.2. Chênh lệch tiền thuốc giữa các tỉnh, thành phố thuộc khu vực Trung du và miền núi phía Bắc so với giá trúng thầu tại Hà Nội.....	91
3.2.8.3. Chênh lệch tiền thuốc giữa các tỉnh, thành phố thuộc khu vực Bắc Trung bộ và Duyên hải miền Trung so với giá trúng thầu tại Hà Nội.....	91
3.2.8.4. Chênh lệch tiền thuốc giữa các tỉnh, thành phố thuộc khu vực Tây Nguyên so với giá trúng thầu tại Thành phố Hồ Chí Minh.....	92
3.2.8.5. Chênh lệch tiền thuốc giữa các tỉnh, thành phố thuộc khu vực Đông Nam Bộ so với giá trúng thầu tại Thành phố Hồ Chí Minh.....	92

3.2.8.6. Chênh lệch tiền thuốc giữa các tỉnh, thành phố thuộc khu vực Đồng bằng Sông Cửu Long so với giá trúng thầu tại Thành phố Hồ Chí Minh.....	93
Chương 4. BÀN LUẬN	94
4.1. Quản lý việc mua sắm thuốc qua các hình thức đấu thầu.....	94
4.2. Tổ chức thực hiện mua sắm thuốc qua đấu thầu.....	97
4.3. Kết quả lựa chọn thuốc qua đấu thầu.....	101
4.4. Vấn đề đảm bảo đáp ứng nhu cầu thuốc qua đấu thầu.....	104
4.5. Kiểm soát giá thuốc.....	106
KẾT LUẬN VÀ KIẾN NGHỊ	111
1. KẾT LUẬN.....	111
1.1. Về thực trạng đấu thầu mua thuốc bảo hiểm y tế.....	111
1.2. Đánh giá phương thức cung ứng thuốc bảo hiểm y tế.....	112
2. KIẾN NGHỊ.....	113
2.1. Về việc tổ chức cung ứng thuốc bảo hiểm y tế.....	113
2.2. Tăng cường công tác quản lý và kiểm soát giá thuốc.....	114
2.3. Xác định và tăng cường vai trò, trách nhiệm của tổ chức BHYT (cơ quan BHXH) trong quá trình đấu thầu cung ứng thuốc bảo hiểm y tế.....	115
DANH MỤC CÁC CÔNG TRÌNH ĐÃ CÔNG BỐ CÓ LIÊN QUAN ĐẾN LUẬN ÁN	116
TÀI LIỆU THAM KHẢO	117
CÁC PHỤ LỤC (Phụ lục 1 – Phụ lục 8)	127

DANH MỤC BẢNG

Bảng 1.1: Các loại hình bảo hiểm y tế.....	5
Bảng 1.2: Chi phí KCB và chi thuốc BHYT các năm 2006-2010.....	17
Bảng 1.3: Tổng giá trị tiền thuốc sử dụng và chi thuốc BHYT 2006-2010.....	22
Bảng 2.1: Danh sách các địa điểm nghiên cứu định tính.....	37
Bảng 2.2: Các biến số nghiên cứu.....	39
Bảng 2.3: Nội dung nghiên cứu.....	41
Bảng 3.1: Các hình thức đấu thầu mua thuốc năm 2010 theo khu vực.....	43
Bảng 3.2: Đấu thầu cung ứng thuốc ở các tuyến năm 2010.....	46
Bảng 3.3: Đấu thầu kết hợp các hình thức.....	47
Bảng 3.4: Số lần tổ chức đấu thầu trong năm	48
Bảng 3.5: Số lượng gói thầu được xây dựng trong kế hoạch đấu thầu.....	49
Bảng 3.6: Phân loại gói thầu theo nguồn gốc, xuất xứ nước sản xuất thuốc	51
Bảng 3.7: Đấu thầu thuốc y học cổ truyền.....	53
Bảng 3.8: Cách thức xây dựng và xác định giá trị gói thầu.....	54
Bảng 3.9: Các hình thức tổ chức mua thuốc.....	55
Bảng 3.10: Hình thức thanh toán chi phí thuốc bảo hiểm y tế.....	56
Bảng 3.11: Số nhà thầu tham dự trong các hình thức đấu thầu.....	58
Bảng 3.12: Thị phần của nhà thầu chính ở các hình thức đấu thầu.....	60
Bảng 3.13: Thời gian hoàn thành một lần đấu thầu.....	61
Bảng 3.14: Tỷ lệ số lượng thuốc trúng thầu.....	64
Bảng 3.15: Cung ứng thuốc ngoài thầu.....	65
Bảng 3.16: Đảm bảo thuốc ở các hình thức đấu thầu và tổ chức mua thuốc...	67
Bảng 3.17: Nguồn gốc xuất xứ các thuốc trúng thầu theo nước sản xuất.....	69
Bảng 3.18: Số mặt hàng và nguồn gốc thuốc trúng thầu theo tuyến.....	71
Bảng 3.19: Tỷ trọng các nhóm thuốc trúng thầu.....	72
Bảng 3.20: 30 loại hoạt chất có giá trị thanh toán cao nhất.....	74

Bảng 3.21: 30 thuốc thành phẩm giá trị thanh toán cao nhất.....	76
Bảng 3.22: So sánh giá và ước tính giá trị chênh lệch thuốc Cefotaxim.....	78
Bảng 3.23: So sánh giá thuốc Cefotaxim theo khu vực.....	81
Bảng 3.24: So sánh giá thuốc Tienam 1g/lọ theo khu vực.....	82
Bảng 3.25: So sánh giá thuốc kháng sinh các tỉnh đồng bằng sông Hồng.....	86
Bảng 3.26: So sánh giá thuốc kháng sinh các tỉnh Bắc Trung bộ.....	87
Bảng 3.27: So sánh giá thuốc kháng sinh các tỉnh Duyên hải miền Trung.....	88
Bảng 3.28: So sánh giá thuốc kháng sinh các tỉnh đồng bằng sông Cửu Long.....	89

DANH MỤC HÌNH

<u>Hình 1.1: Hỗ trợ chéo từ nhóm có nguy cơ thấp sang nhóm có nguy cơ cao.....</u>	6
<u>Hình 1.2: Hỗ trợ chéo từ nhóm tuổi lao động sang nhóm ngoài tuổi lao động</u>	6
<u>Hình 1.3: Hỗ trợ chéo từ nhóm giàu sang nhóm nghèo.....</u>	7
<u>Hình 1.4: Đóng góp theo thu nhập, sử dụng theo nhu cầu điều trị.....</u>	7
Hình 1.5: Tổng chi y tế so với tổng sản phẩm quốc nội (GDP), 1998-2008...	12
Hình 1.6: Mô hình tổ chức đấu thầu tập trung tại Sở Y tế.....	27
Hình 1.7: Mô hình đấu thầu cung ứng thuốc đại diện.....	28
Hình 1.8: Mô hình tổ chức đấu thầu cung ứng thuốc đơn lẻ.....	29
Hình 1.9. Quy trình tổ chức xét thầu tại Trung Quốc.....	31
Hình 3.1: Lựa chọn hình thức đấu thầu cung ứng thuốc.....	43
Hình 3.2: Các hình thức đấu thầu cung ứng thuốc theo tuyến.....	46
Hình 3.3: Số lần tổ chức đấu thầu cung ứng thuốc trong năm.....	48
Hình 3.4: Số lượng gói thầu được xây dựng trong kế hoạch đấu thầu.....	50
Hình 3.5. Phân loại gói thầu theo nguồn gốc, xuất xứ nước sản xuất thuốc...	52
Hình 3.6. Tổ chức mua thuốc tại các khu vực kinh tế - xã hội khác nhau.....	55
Hình 3.7. So sánh số nhà thầu tham dự trong mỗi hình thức đấu thầu	58
Hình 3.8. So sánh thị phần nhà thầu chính trong mỗi hình thức đấu thầu.....	60
Hình 3.9. So sánh thời gian đấu thầu trong mỗi hình thức.....	62
Hình 3.10. So sánh tỷ lệ thuốc trúng thầu ở mỗi hình thức đấu thầu.....	64
Hình 3.11. So sánh nguyên nhân cung ứng không đầy đủ.....	67
Hình 3.12. Nguồn gốc thuốc trúng thầu theo nước sản xuất.....	72
Hình 3.13. Tỷ trọng 9 nhóm thuốc trúng thầu cao nhất.....	73
Hình 3.14. Các nhóm thuốc có giá trị thanh toán cao nhất (%).....	75
Hình 3.15. Lựa chọn sử dụng kháng sinh.....	77
Hình 3.16. So sánh giá và số tiền thuốc Cefotaxim 1g/lọ	80

(nhà sản xuất: VCP – Việt Nam liên doanh).....	
Hình 3.17. So sánh giá thuốc Cefotaxim theo khu vực.....	81
Hình 3.18. So sánh giá và tiền thuốc Tienam 1g/lọ.....	83
Hình 3.19. So sánh giá thuốc Tienam 1g/lọ theo khu vực.....	83
Hình 3.20. So sánh giá cùng một loại thuốc do nhiều hãng sản xuất trên địa bàn thành phố Hà Nội.....	84
Hình 3.21: So sánh giá cùng một loại thuốc do nhiều hãng sản xuất trên địa bàn Thành phố Hồ Chí Minh.....	84
Hình 3.22. Chênh lệch Giá Alvesin 10% trên địa bàn Hà Nội.....	85
Hình 3.23. Chênh lệch tiền thuốc trúng thầu khu vực Đồng bằng sông Hồng	90
Hình 3.24. Chênh lệch tiền thuốc trúng thầu khu vực Trung du & MNPB.....	91
Hình 3.25. Chênh lệch tiền thuốc trúng thầu khu vực BTB & DHMT.....	91
Hình 3.26. Chênh lệch tiền thuốc trúng thầu khu vực Tây Nguyên.....	92
Hình 3.27. Chênh lệch tiền thuốc trúng thầu khu vực Đông Nam bộ.....	92
Hình 3.28. Chênh lệch tiền thuốc trúng thầu khu vực Đồng bằng sông CL...	93

DANH MỤC CÁC CHỮ VIẾT TẮT

ASXH	An sinh xã hội
BHYT	Bảo hiểm y tế
BHXH	Bảo hiểm xã hội
BQ	Bình quân
CDHA	Chẩn đoán hình ảnh
CP	Chính phủ
CSYT	Chăm sóc y tế
CSSKBĐ	Chăm sóc sức khỏe ban đầu
DRG (diagnosis related groups)	Nhóm chẩn đoán
DVKT	Dịch vụ kỹ thuật
DVYT	Dịch vụ y tế
FFS (fee for services)	Phí dịch vụ
GDP (Gross Domestic Product)	Tổng sản phẩm quốc nội
HSSV	Học sinh sinh viên
HTMS	Hưu trí mất sức
KCB	Khám chữa bệnh
LĐTB&XH	Lao động Thương binh & Xã hội
NĐ	Nghị định
NSNN	Ngân sách nhà nước
NN	Người nghèo
OECD	Khối các nước có nền kinh tế phát triển
SL	Số lượng
TL	Tỷ lệ
TTLT	Thông tư liên tịch
TW	
UBND	Ủy ban nhân dân
ƯĐXH	Ưu đãi xã hội
VTTH	Vật tư tiêu hao

ĐẶT VẤN ĐỀ

Trong công tác chăm sóc và bảo vệ sức khoẻ nhân dân nói chung và tổ chức thực hiện chính sách BHYT nói riêng, thuốc chữa bệnh có một vai trò hết sức quan trọng. Cũng như nhiều nước đang phát triển, chi phí cho thuốc chữa bệnh tại Việt Nam luôn chiếm tỷ trọng lớn trong tổng chi phí y tế. Theo Tài khoản y tế quốc gia năm 2008, số tiền chi cho thuốc đã tăng gần gấp đôi từ năm 2000 đến năm 2007, chiếm khoảng 40% tổng chi phí y tế toàn xã hội [17]. Thống kê của Bảo hiểm xã hội Việt Nam thời gian qua đã cho thấy chi phí về thuốc luôn chiếm tỷ trọng cao (từ 60-70%) trong tổng chi phí khám chữa bệnh BHYT [3], [6], [8].

Thị trường thuốc ở Việt Nam rất đa dạng và phong phú cả về số lượng và chất lượng. Năm 2009, trong tổng số 22.615 số đăng ký thuốc còn hiệu lực có 10.692 thuốc trong nước và 11.923 thuốc nhập khẩu từ nước ngoài. Giá trị sản xuất trong nước tăng từ 111,4 triệu Đô la Mỹ năm 1996 lên 919 triệu Đô la Mỹ năm 2010. Sản phẩm thuốc sản xuất trong nước ngày càng chiếm tỷ trọng cao tổng tổng giá trị thuốc tiêu thụ, tăng từ 26% năm 1996 lên hơn 48% năm 2010. Các thuốc sản xuất trong nước ngày càng đáp ứng tốt hơn nhu cầu điều trị, năm 1996, thuốc sản xuất trong nước chỉ mới có khoảng 3.400 tên thuốc với chưa đầy 200 hoạt chất thì đến nay đã có khoảng 500 hoạt chất trong tổng số 1.500 hoạt chất có trong các thuốc đã đăng ký được sản xuất trong nước [17], [27].

Việc cung ứng thuốc cho các bệnh viện đều phải thông qua đấu thầu dựa trên các quy định hiện hành [20], [25], [26]. Tuy nhiên, thực tiễn cũng đã chỉ ra rằng việc cung ứng thuốc cho người bệnh nói chung, người bệnh BHYT nói riêng còn có một số vấn đề bất cập. Cơ chế đấu thầu chưa hiệu quả, cần phải được điều chỉnh để tăng cường công tác kiểm tra, giám sát quá trình đấu thầu tại bệnh viện và có được giá thuốc hợp lý hơn. Chưa có sự thống nhất và cũng chưa xác lập được mối quan hệ chặt chẽ giữa đơn vị cung ứng thuốc, cơ sở khám, chữa bệnh và cơ quan BHXH. Việc cung ứng thuốc kém hiệu quả có thể dẫn tới

tình trạng lạm dụng thuốc, hạn chế khả năng tiếp cận với thuốc, lãng phí nguồn kinh phí BHYT vốn vẫn đang rất hạn hẹp và đặt người bệnh vào tình trạng rất khó khăn. Nguyên nhân cơ bản của tình trạng trên là do còn thiếu một chính sách đồng bộ trong quản lý, cung ứng và chi trả tiền thuốc BHYT, đòi hỏi phải sớm được khắc phục, hoàn thiện. Những vấn đề đang được đặt ra là: (i) Thực trạng tình hình đấu thầu mua sắm thuốc cho người bệnh BHYT hiện nay đang được thực hiện như thế nào? (ii) Việc mua sắm thuốc có đảm bảo được các mục tiêu đề ra là: thuốc được cung cấp đầy đủ, kịp thời, thuận tiện; Giá thuốc có hợp lý, chi phí sử dụng thuốc có được đảm bảo tính hiệu quả. Do đó, việc nghiên cứu, đánh giá thực trạng tình hình đấu thầu mua thuốc để đảm bảo cung cấp đầy đủ, kịp thời, chất lượng, an toàn và hiệu quả các loại thuốc cho người bệnh có thẻ BHYT là rất cần thiết và có một ý nghĩa đặc biệt quan trọng, nhất là khi Chính phủ đang chuẩn bị ban hành chính sách thuốc quốc gia cho giai đoạn 2011 – 2020 [22].

Tuy nhiên, cho đến nay chưa có một nghiên cứu chuyên biệt nào về đề tài cung ứng thuốc theo chế độ BHYT phục vụ cho trên 60% dân số có BHYT hiện nay cũng như chương trình BHYT toàn dân của nước ta theo lộ trình đến năm 2014. Do đó, đề tài “**Nghiên cứu thực trạng đấu thầu mua thuốc bảo hiểm y tế cho các cơ sở khám, chữa bệnh công lập ở Việt Nam**” được thực hiện với các mục tiêu sau:

1. Phân tích thực trạng việc đấu thầu mua thuốc BHYT của các cơ sở khám, chữa bệnh công lập tại các địa phương trong năm 2010.

2. Đánh giá các phương thức đấu thầu mua thuốc BHYT nói trên.

Để từ đó đề xuất một số giải pháp nhằm từng bước hoàn thiện phương thức đấu thầu mua thuốc BHYT ở Việt Nam.

Chương 1: TỔNG QUAN

1.1. ĐẠI CƯƠNG VỀ BẢO HIỂM Y TẾ

1.1.1. Sự ra đời và phát triển của các loại hình bảo hiểm

Trong sinh hoạt, lao động, kinh doanh và sản xuất, con người thường gặp phải những khó khăn, thách thức và những bất trắc có thể xảy ra làm tổn thất tài sản, ảnh hưởng tới sức khỏe thậm chí cả tính mạng. Để chia sẻ và giảm thiểu những rủi ro này đã xuất hiện những hình thức tương trợ, một dạng sơ khai của bảo hiểm.

Thời điểm ra đời của bảo hiểm trên thế giới còn có nhiều ý kiến trao đổi khác nhau nhưng bảo hiểm hàng hóa vận chuyên trên biển Địa Trung Hải thực hiện vào thế kỷ XII tại một số nước ở châu Âu được nhiều người thừa nhận là loại hình bảo hiểm sớm nhất. Hình thức này ngày càng phổ biến và được hoàn thiện hơn ở Ý, Bồ Đào Nha vào thế kỷ XIV và đến năm 1424, Công ty Bảo hiểm vận tải đường biển và đường bộ đầu tiên trên thế giới được thành lập tại Thụy Sĩ. Bảo hiểm nhân thọ lần đầu tiên có ở Mỹ vào năm 1759, đến năm 1846 công ty tái bảo hiểm chuyên nghiệp đầu tiên trên thế giới được thành lập ở Đức nhằm hỗ trợ các hãng bảo hiểm khi gặp những tổn thất quá lớn, vượt khả năng chi trả của hãng. Tuy nhiên, bảo hiểm xã hội được hình thành do sự đóng góp của chủ sử dụng lao động và người lao động nhằm đảm bảo cho người lao động được hưởng lương khi ốm đau, tai nạn, về già ... thì mãi đến năm 1945 mới xuất hiện ở Đức [89].

Luật BHYT bắt buộc đầu tiên được ban hành tại Đức vào năm 1883 dưới thời Thủ tướng Bismark, mở đầu cho sự phát triển của một trong những loại hình bảo hiểm thuộc hệ thống các chính sách an sinh xã hội lớn trên toàn thế giới. Luật này được nhiều nơi học tập, lựa chọn làm khung chính sách và tổ chức thực hiện nhằm xác định một cơ chế tài chính mới cho y tế. Theo mô hình này, nhiều nước ở châu Âu đã tổ chức xây dựng và hình thành nên quỹ BHYT

như Áo (1888), Hungary (1891), Đan Mạch (1892), Thụy Điển (1891), Bỉ (1894), Tây Ban Nha (1929) [67]. Ở châu Á, Nhật Bản là quốc gia ban hành luật BHYT sớm nhất vào năm 1922 [51]. Chính sách BHYT toàn dân cũng đã được nhiều nước trong khu vực này thực hiện thành công như: Hàn Quốc, Thái Lan, Singapore [65], [71]. Tính đến nay đã có trên 50% các nước phát triển chọn BHYT xã hội làm cơ chế tài chính cho y tế và hầu hết các nước này đã đạt được mục tiêu bao phủ toàn dân. Nhiều nước đang phát triển đã triển khai BHYT từ giữa thập kỷ 90 nhưng hầu hết chưa bao phủ toàn dân [66], [74], [80].

1.1.2. Một số khái niệm về bảo hiểm và bảo hiểm y tế

1.1.2.1. Khái niệm về bảo hiểm

Bảo hiểm là sự cam kết bồi thường của tổ chức bảo hiểm cho người tham gia khi gặp rủi ro dẫn đến tổn thất với điều kiện người tham gia bảo hiểm nộp một khoản phí cho tổ chức bảo hiểm. Phạm vi bảo hiểm là những rủi ro mà người tham gia đăng ký với tổ chức bảo hiểm [76].

1.1.2.2. Khái niệm về bảo hiểm y tế

Có nhiều khái niệm về BHYT, trong phạm vi của đề tài chúng tôi xin nêu ra một số khái niệm sau:

- Tại các nước công nghiệp phát triển, người ta đưa ra khái niệm: BHYT là một tổ chức cộng đồng, đoàn kết tương trợ lẫn nhau, có nhiệm vụ gìn giữ sức khỏe, khôi phục lại sức khỏe hoặc cải thiện tình trạng sức khỏe của người tham gia [95].

- Theo Len Nichols, một nhà kinh tế y tế người Mỹ thì: BHYT là việc người bình thường sẽ không bị vỡ nợ khi mức bệnh nghiêm trọng [72].

- Tại Việt Nam, Luật BHYT định nghĩa: BHYT là hình thức bảo hiểm được thực hiện trong lĩnh vực chăm sóc sức khỏe nhằm bảo đảm chi trả một phần hoặc toàn bộ chi phí khám, chữa bệnh cho người tham gia BHYT khi họ ốm đau, bệnh tật [63]. Có nhiều loại hình BHYT được tổ chức thực hiện và khác

nhau về: (i) Phạm vi đối tượng tham gia; (ii) Hình thức đóng góp; (iii) Hình thức tham gia; (iv) Độ lớn của quỹ (Bảng 1.1).

Bảng 1.1. Các loại hình bảo hiểm y tế

Hình thức	BHYT xã hội		BHYT cộng đồng (Bảo hiểm vi mô)	BHYT tư nhân
	Chỉ dựa vào sự đóng góp	Dựa vào đóng góp và thuế		
Nhóm đối tượng tham gia	Lao động khu vực chính quy; người ăn theo	Toàn dân	Thu nhập thấp	Thu nhập từ trung bình trở lên
Hình thức đóng góp	Theo thu nhập	Theo thu nhập	Mức phí như nhau	Theo nguy cơ rủi ro
Hình thức tham gia	Bắt buộc	Bắt buộc	Tự nguyện	Tự nguyện
Độ lớn của quỹ	Vừa	Lớn	Nhỏ - vừa	Nhỏ - vừa

1.1.2.3. Khái niệm về quỹ bảo hiểm y tế

Quỹ BHYT là quỹ tài chính được hình thành từ nguồn đóng BHYT và các nguồn thu hợp pháp khác, được sử dụng để chi trả chi phí khám, chữa bệnh cho người tham gia BHYT và những khoản chi phí hợp pháp khác liên quan đến BHYT [63].

1.1.3. Những nguyên tắc cơ bản của bảo hiểm y tế

Cũng như các loại hình bảo hiểm khác, BHYT cũng phải tuân thủ nguyên lý số đông hay nguyên tắc về tính cộng đồng trong tổ chức thực hiện nhằm chia sẻ rủi ro khi không may bị ốm đau, bệnh tật. Ngoài ra, BHYT xã hội còn được thực hiện theo những nguyên tắc cơ bản sau nhằm bảo đảm sự công bằng và hiệu quả, giúp phân biệt BHYT xã hội với các loại hình BHYT kinh doanh (hay BHYT thương mại) [43].

1.1.3.1. Nguyên tắc về tính phi lợi nhuận

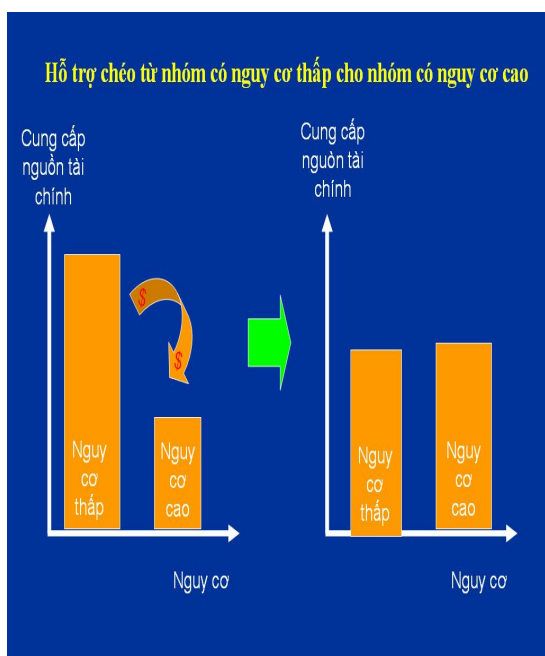
Bảo hiểm y tế xã hội được tổ chức thực hiện không vì mục tiêu lợi nhuận là một trong những nguyên tắc cơ bản để phân biệt với các loại hình BHYT

thương mại khác. Theo đó, mọi nguồn thu của quỹ BHYT, kể cả số tiền lãi thu được từ hoạt động đầu tư tăng trưởng quỹ (nếu có) cũng được dùng để chi trả chi phí khám, chữa bệnh cho cộng đồng tham gia BHYT [44].

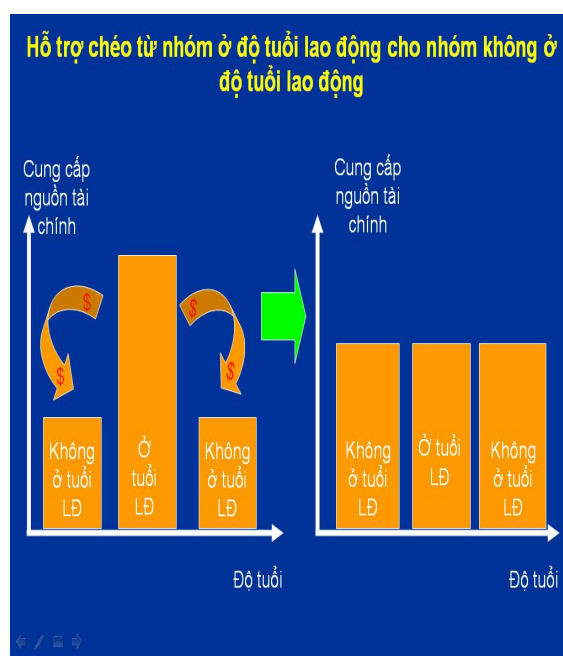
1.1.3.2. Đảm bảo sự hỗ trợ chéo giữa những nhóm người tham gia BHYT

(i) nhóm người khỏe, có nguy cơ bệnh tật thấp hỗ trợ nhóm người yếu, có nguy cơ mắc bệnh cao;

(ii) nhóm có thu nhập cao hỗ trợ nhóm người có thu nhập thấp và nhóm người còn đang ở độ tuổi lao động hỗ trợ cho nhóm người chưa hoặc không còn ở độ tuổi lao động vv...



Hình 1.1. Hỗ trợ chéo từ nhóm nguy cơ thấp sang nhóm nguy cơ cao



Hình 1.2. Hỗ trợ chéo từ nhóm trong tuổi lao động sang nhóm ngoài tuổi lao động

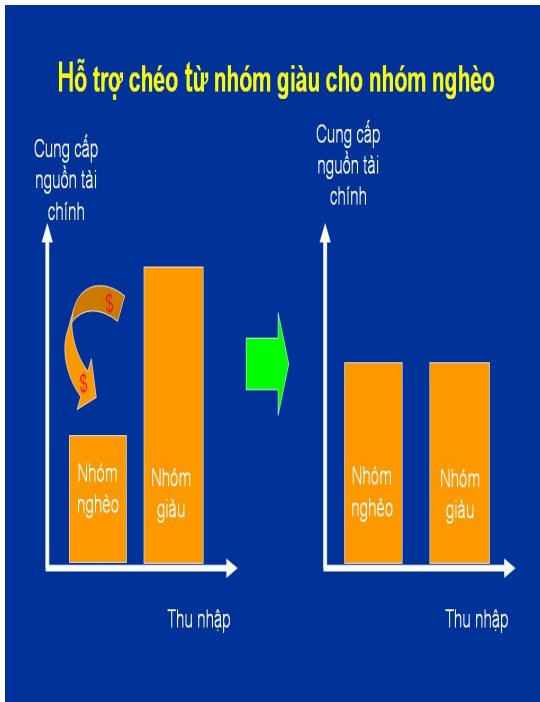
1.1.3.3. Đóng góp theo thu nhập, sử dụng DVYT theo nhu cầu điều trị

Theo đó, mức đóng BHYT của mỗi các nhân được xác định theo tỷ lệ phần trăm của tiền lương, tiền công, tiền lương hưu, tiền trợ cấp hoặc mức lương

tối thiểu của khu vực hành chính theo quy định của Chính phủ. Mức hưởng BHYT theo mức độ bệnh tật, nhóm đối tượng trong phạm vi quyền lợi của người tham gia BHYT.

1.1.3.4. Chi trả trước

Theo đó, người tham gia BHYT có trách nhiệm đóng góp trước vào quỹ BHYT khi chưa ốm đau để được hưởng quyền lợi khi bị ốm đau.



Hình 1.3. Hỗ trợ chéo từ nhóm giàu cho nhóm người nghèo



Hình 1.4. Đóng góp theo thu nhập, sử dụng theo nhu cầu điều

1.1.4. Mô hình tổ chức thực hiện bảo hiểm y tế

Mục tiêu của tất cả các Chính phủ trên thế giới đều nhằm đảm bảo chăm sóc sức khỏe cho người dân với chất lượng tốt nhất có thể. Tuy nhiên, do nguồn lực có hạn nên mỗi Chính phủ đều tự tìm con đường đảm bảo tài chính, xây dựng hệ thống y tế và cơ chế phòng chống rủi ro cả về tài chính và y tế riêng cho hoạt động chăm sóc sức khỏe phù hợp với điều kiện chính trị, kinh tế - xã hội, văn hóa của mỗi nước [2].

1.1.4.1. Tổ chức bảo hiểm y tế

Các tổ chức BHYT được thành lập theo quy định của Luật BHYT, có tính chuyên trách, chuyên môn hóa cao và được tổ chức theo một trong hai mô hình:

- Mô hình tổ chức hoàn toàn độc lập với Chính phủ: theo mô hình này, Hội đồng quản lý là cơ quan quản lý cao nhất của quỹ BHYT. Hội đồng này bao gồm các thành viên đại diện cho tất cả các bên có liên quan, có thẩm quyền bổ nhiệm, bãi miễn Giám đốc điều hành của quỹ, phê duyệt kế hoạch, dự toán thu chi và báo cáo tài chính theo định kỳ hoặc hàng năm của quỹ BHYT. Ngoài ra, tùy theo mỗi nước cơ quan BHYT có thêm một số Hội đồng/Ủy ban bán chuyên trách để kiểm soát và nâng cao hiệu lực quản lý quỹ BHYT như: Ủy ban tài chính tại Hàn Quốc với chức năng chính là xem xét, quyết định các vấn đề liên quan đến tài chính của quỹ BHYT: quyết định mức đóng, quản lý, điều hành quỹ...; Australia thành lập Ủy ban tư vấn về quyền lợi y tế để tư vấn về phạm vi quyền lợi [4], [81].

- Mô hình tổ chức trực thuộc, chịu sự quản lý của một Bộ chủ quản: Tùy theo quy định của Chính phủ mỗi nước, quỹ BHYT có thể thuộc Bộ Y tế (Indonesia) hoặc Bộ Y tế và Phúc lợi xã hội (Hàn Quốc) hoặc Bộ Y tế, Lao động và Phúc lợi xã hội (Nhật Bản); Bộ Công việc xã hội (Estonia) Trong trường hợp này, Bộ chủ quản chịu trách nhiệm quản lý, quyết định về nhân sự, tổ chức tài chính quỹ BHYT [65], [116].

Ở Việt Nam, Bảo hiểm xã hội là cơ quan trực thuộc Chính phủ được giao nhiệm vụ tổ chức thực hiện các chính sách an sinh xã hội bao gồm: (i) Hưu trí mất sức; (ii) Tai nạn lao động, bệnh nghề nghiệp; (iii) Tử tuất ; (iv) Thất nghiệp; (v) BHYT [4].

1.1.4.2 Mô hình tài chính y tế ở các nước trên thế giới

Những khó khăn về tài chính cho hoạt động y tế là một vấn đề mang tính toàn cầu. Bất cứ quốc gia nào cũng đang phải giải quyết vấn đề huy động nguồn lực tài chính như thế nào để đáp ứng được nhu cầu sử dụng dịch vụ y tế này

càng tăng của người dân cũng như sự leo thang của chi phí y tế. Trên thế giới hiện có nhiều mô hình tài chính khác nhau để giải quyết vấn đề chăm sóc sức khỏe cho người dân nhưng nhìn chung đều từ 3 mô hình sau:

a) Mô hình tài chính y tế từ thuế (mô hình Beveridge)

Tài chính y tế dựa vào thuế, nhà nước cung cấp tiền qua kho bạc, qua nguồn thu ngân sách từ thuế phân bổ lại cho khu vực y tế. Nước Anh là điển hình cho mô hình này. Ở Anh vẫn có một số hãng BHYT tư nhân thực hiện BHYT bổ sung cho những người có điều kiện tham gia, dù tất cả mọi người đều sử dụng dịch vụ y tế Nhà nước. Một số nước khác cũng sử dụng mô hình này như các nước ở bán đảo Scandinavia, Tây Ban Nha, Italia [40], [80].

- Liên hiệp Vương quốc Anh: Vấn đề chăm sóc sức khỏe cho toàn bộ công dân ở Liên hiệp Vương quốc Anh được thực hiện chủ yếu thông qua cơ quan BHYT quốc gia. Người dân Anh được phân chia theo các quỹ ủy thác chăm sóc sức khỏe ban đầu, các cơ sở này nhận được 75% trong tổng kinh phí hoạt động thường xuyên nhờ nguồn ngân sách nhà nước, mức cấp theo đầu người và được điều chỉnh hàng năm. Các cơ quan này chịu trách nhiệm điều phối hoạt động khám, chữa bệnh cho toàn bộ người dân trong địa hạt mình quản lý. Các chương trình đầu tư xây dựng và trang thiết bị do Bộ Y tế thực hiện riêng. Các yếu tố về cơ cấu dân số và mô hình bệnh tật tại mỗi địa phương cũng được tính đến khi phê duyệt kinh phí hàng năm [83], [95].

- Canada: Việc chăm sóc sức khỏe ở Canada có thể tóm tắt bằng hai đặc điểm chính là: (i) Tài trợ công; (ii) Dịch vụ tư (hệ thống y tế Canada chủ yếu là bệnh viện tư, thương mại và phi thương mại).

Tài trợ công bao gồm tài trợ từ Chính phủ liên bang và Chính phủ các bang, trong đó phần đóng góp của Chính phủ liên bang là 40%. Nguồn quỹ này hình thành từ việc thu thuế cá nhân và doanh nghiệp. Vấn đề quản lý và thực hiện chăm sóc sức khỏe theo Luật Sức khỏe Canada. Các địa phương chịu trách nhiệm hoàn toàn về hoạt động của hệ thống y tế. Hệ thống chăm sóc sức khỏe

đảm bảo đúng 4 nguyên tắc: (i) Bình đẳng trong tiếp cận với DVYT; (ii) Đảm bảo chi trả tất cả các dịch vụ cần thiết; (iii) Liên thông giữa tỉnh, vùng, miền; (iv) Phí lợi nhuận.

Mô hình của Anh và Canada có điểm khác nhau cơ bản là: nước Anh thu qua thuế phân bổ nguồn lực trực tiếp cho cơ sở khám, chữa bệnh thông qua hệ thống bệnh viện công. Canada thu qua thuế, thông qua cơ quan BHYT để quản lý và ký hợp đồng với các cơ sở khám, chữa bệnh tư [7].

b) Mô hình BHYT xã hội (mô hình Bismarck)

Hình thức sơ đẳng nhất là các quỹ tương hỗ, bệnh nhân đóng tiền vào quỹ tương hỗ theo mức thu nhập; khám chữa bệnh tại bệnh viện và được quỹ tương hỗ thanh toán chi phí cho bệnh viện. Chính phủ hỗ trợ một phần chi phí từ ngân sách, nhưng số tiền chủ yếu là từ nguồn đóng góp của người tham gia theo hình thức thuế thu nhập. Quỹ đầu tiên được thành lập tại Đế quốc Phổ, vào thập kỷ 1840 và 43 năm sau (năm 1883) luật BHYT xã hội đầu tiên được nhà nước Đức ban hành [61]. Các nước Pháp, Áo, Bỉ, Hà Lan, Thụy Sĩ, Nhật Bản lần lượt ban hành và thực hiện chính sách BHYT xã hội. Sau đó các nước Đông Âu cũng có mô hình tương tự [50], [51].

BHYT xã hội không phải là một chính sách mới trên thế giới, đã có trên 50% các nước công nghiệp phát triển (OECD) thực hiện BHYT xã hội cho toàn dân dưới hình thức này hay hình thức khác. Ngày nay, BHYT xã hội toàn dân đã trở thành nguồn lực tài chính chủ yếu chi trả cho các dịch vụ y tế của các nước đang phát triển như Kenia, Brasil, Ai Cập, Bermuda, Mexico, Costa Rica [45], [84].

Hình thức tổ chức triển khai tại mỗi nước có thể khác nhau nhưng mô hình BHYT này đều có hai đặc điểm chung là quỹ hình thành do sự đóng góp bắt buộc của chủ sử dụng lao động, người lao động theo tỷ lệ phần trăm của lương và hoạt động, quản lý độc lập với ngân sách nhà nước.

c) Mô hình hệ thống y tế theo hướng thị trường

Nguồn chi trả trực tiếp chi phí y tế hình thành thông qua việc người bệnh

trả viện phí cho người cung cấp dịch vụ và chi mua thuốc. Nguồn chi trả gián tiếp hình thành qua việc các quỹ tư nhân, từ thiện, quỹ phi chính phủ, các ông chủ trả viện phí cho người cung cấp dịch vụ [64].

Nước Mỹ là điển hình của mô hình này với hệ thống chăm sóc có quản lý (Managed Care) cùng với sự phát triển của mô hình BHYT thương mại. Các công ty bảo hiểm tư nhân không chấp nhận bảo hiểm cho những người từ 65 tuổi trở lên. Chính phủ đảm bảo khám, chữa bệnh cho người già từ 65 tuổi trở lên (Medicare) và người nghèo (Medicaid). Hiện nay, nước Mỹ chuyển mạnh sang hệ thống chăm sóc có điều kiện là một hệ thống kiểm soát thông qua việc hạn chế sự lựa chọn cơ sở khám, chữa bệnh của người tham gia bảo hiểm đồng thời kiểm soát các cơ sở khám, chữa bệnh thông qua giảm giá cho các bệnh nhân bảo hiểm. BHYT có ở Mỹ từ lâu nhưng vẫn tồn tại những bất hợp lý và nhiều đòi hỏi tổng thống đã từng có dự định sửa đổi. Chính phủ đã đề nghị thành lập hệ thống BHYT công để cạnh tranh với BHYT tư nhân và tăng tiền thuế đối với công ty BHYT tư nhân [49]. Ngày 13/10/2009, dự luật về cải cách hệ thống BHYT Mỹ đã được Ủy ban tài chính Thượng viện thông qua và được coi là “Cột mốc quan trọng” trong chính sách BHYT tại Mỹ. Ước tính sẽ có thêm 29 – 36 triệu người nhận được BHYT nhờ dự luật này với tổng số tiền chi ra trong 10 năm là 829 tỷ USD để hỗ trợ các chương trình bảo hiểm khác nhau, đồng thời dự luật sẽ giúp giảm chi phí do kiểm soát chặt hơn các nhà bảo hiểm [75].

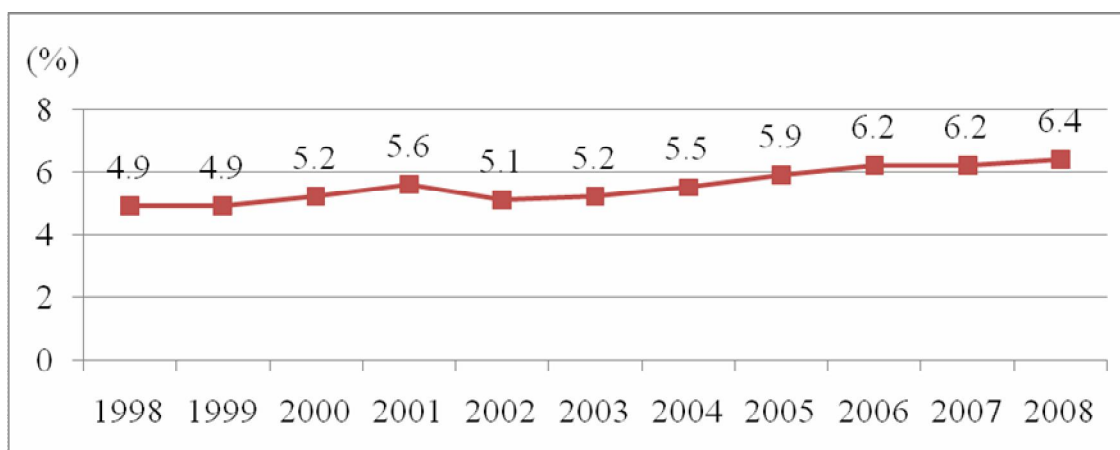
1.2. NGUỒN LỰC TÀI CHÍNH CHO Y TẾ VÀ CHÍNH SÁCH BHYT Ở VIỆT NAM

1.2.1. Nguồn lực tài chính cho y tế ở Việt Nam

Khả năng tiếp cận tới dịch vụ chăm sóc sức khỏe và gánh nặng tài chính ở các nhóm đối tượng khác nhau trong xã hội bị ảnh hưởng mạnh mẽ bởi phương pháp cung cấp tài chính cho hệ thống chăm sóc sức khỏe. Tại nhiều nước đang phát triển nơi mà khả năng thể chế của hệ thống sức khỏe yếu thì việc cung cấp tài chính một cách công bằng càng trở thành một thách thức lớn hơn. Bởi vậy,

việc kết hợp khả năng thể chế đủ mạnh với một phương pháp cung cấp tài chính tiến bộ có thể giúp tăng cường được khả năng tiếp cận công bằng đối với chăm sóc sức khoẻ của người dân và tránh được nguy cơ là hệ thống chăm sóc sức khoẻ góp phần làm nghèo thêm cuộc sống của những người dân đang có nhu cầu được chăm sóc sức khoẻ [59], [60].

Việt Nam đang trên con đường xây dựng một nền y tế công bằng, hiệu quả và phát triển. Trong công tác khám chữa bệnh, ngoài việc xây dựng mạng lưới và đưa dịch vụ đến gần người dân, một nguồn lực về tài chính đủ đáp ứng nhu cầu chăm sóc sức khoẻ nhân dân đóng vai trò quan trọng. Tổng mức chi của toàn xã hội cho y tế tăng khá nhanh. Trong giai đoạn 1998-2008, tính theo giá so sánh, tốc độ chi y tế bình quân hàng năm đạt 9,8%. Tổng chi y tế so với GDP tăng qua các năm, đạt 6,4% năm 2008 [14], [78].



Hình 1.5. Tổng chi y tế so với tổng sản phẩm quốc nội (GDP) 1998-2008

Nguồn lực tài chính công cho y tế nước ta bao gồm ngân sách nhà nước, viện trợ và BHYT tăng lên rõ rệt từ 20% năm 2000 lên 43% năm 2008. Tỷ lệ chi tiền túi từ hộ gia đình cho y tế đã giảm từ 65% năm 2005 xuống còn 52,4% năm 2008 [13], [23], [24].

Từ khi nước ta tiến hành công cuộc đổi mới, nền kinh tế kế hoạch tập trung được chuyển đổi sang nền kinh tế thị trường theo định hướng xã hội chủ

nghĩa. Trong bối cảnh đó, nhu cầu khám, chữa bệnh của người dân ngày càng cao, chi phí khám, chữa bệnh ngày càng tăng đòi hỏi phải có những thay đổi cho phù hợp với sự phát triển trong điều kiện mới. Luật Bảo vệ sức khoẻ nhân dân năm 1989 và Hiến pháp năm 1992 đã quy định trách nhiệm của người bệnh khi đi khám, chữa bệnh phải trả một phần viện phí. Theo Phạm Tất Dong và cộng sự, thu một phần viện phí đã thu được những kết quả và tác động tích cực: tạo được nguồn thu đáng kể cho các bệnh viện, nhất là các bệnh viện tuyến trên; góp phần giảm tình trạng bao cấp có tính cào bằng, nâng cao ý thức chủ động của người dân đối với việc chăm sóc sức khoẻ; cải thiện công tác quản lý tại một số bệnh viện, đặc biệt là trong quản lý các nguồn tài chính; góp phần nâng cao thu nhập của cán bộ y tế. Chính sách viện phí cũng có những tác động tiêu cực: làm hạn chế khả năng tiếp cận các dịch vụ y tế của những người có mức sống thấp; chi phí khám chữa bệnh cũng là nguyên nhân đẩy một bộ phận dân số vào tình trạng nghèo đói; viện phí góp phần làm tăng sự không công bằng trong việc cung cấp tài chính cho y tế giữa thành thị và nông thôn, giữa đồng bằng và miền núi, viện phí gây ra sự bất công về thu nhập của cán bộ y tế giữa các vùng. Viện phí có thể được coi như một trong các nội dung xã hội hoá công tác y tế, nhưng đó chỉ là một giải pháp tình thế để huy động thêm nguồn lực tài chính cho công tác chăm sóc sức khoẻ nhân dân để khắc phục những khó khăn về tài chính [61].

Cùng với chính sách thu một phần viện phí, chính sách BHYT ra đời đã góp phần tăng khả năng huy động kinh phí, nâng cao chất lượng hoạt động của các cơ sở y tế. Sau gần 20 năm thực hiện, BHYT bao phủ 61% dân số, tỷ lệ đóng góp của quỹ BHYT trong tổng chi y tế quốc gia tăng nhanh từ 7,5% năm 2005 lên 17,6% năm 2008 [13].

1.2.2. Chính sách bảo hiểm y tế ở Việt Nam

Nghị định số 299/HĐBT ngày 15/08/1992 của Hội đồng Bộ trưởng (nay là Chính phủ) ban hành Điều lệ BHYT đánh dấu sự ra đời của chính sách BHYT ở nước ta. Sau gần 6 năm thực hiện Nghị định này đã có trên 9 triệu người tham

gia và BHYT đã trở thành nguồn đóng góp đáng kể cho ngân sách y tế. Năm 1993 số thu BHYT mới là 101 tỷ đồng thì đến năm 1997 đã thu được 585 tỷ đồng, bằng 23% kinh phí dành cho công tác khám, chữa bệnh [6].

Tuy nhiên, do hệ thống văn bản pháp luật về BHYT chưa đồng bộ nên đã phát sinh một số khó khăn, vướng mắc, bất cập như: (i) chủ sử dụng lao động tìm cách không mua bảo hiểm cho người lao động, số người tham gia BHYT còn rất thấp; (ii) quỹ BHYT không được quản lý tập trung thống nhất mà do các địa phương tự quản lý dẫn đến tình trạng quyền lợi BHYT không thống nhất; chưa có cơ chế điều tiết quỹ BHYT giữa các tỉnh, thành phố và ngành; quỹ tại một số địa phương được sử dụng không đúng mục đích, kém hiệu quả.

Ngày 13/08/1998, Điều lệ BHYT mới được Chính phủ ban hành theo Nghị định số 58/1998/NĐ-CP để thực hiện chính sách BHYT thống nhất trên phạm vi cả nước. Tổ chức BHYT được thành lập theo hệ thống dọc và quản lý tập chung, thống nhất từ Trung ương đến địa phương, đối tượng tham gia BHYT, phạm vi quyền lợi khám, chữa bệnh BHYT được mở rộng hơn, đồng thời bổ sung quy định về trách nhiệm cùng chi trả chi phí khám, chữa bệnh của người bệnh [29].

Trong giai đoạn này có sự thay đổi về tổ chức bộ máy, hệ thống BHYT Việt Nam được chuyển giao từ Bộ Y tế sang BHXH Việt Nam [69]. Quỹ BHYT trở thành một quỹ thành phần của quỹ BHXH, được quản lý tập trung, thống nhất toàn diện theo Quy chế quản lý tài chính đối với BHXH Việt Nam. Ngày 8/8/2005, Vụ Bảo hiểm y tế thuộc Bộ Y tế được thành lập để tăng cường thực hiện chức năng quản lý nhà nước về BHYT.

Sau 7 năm thực hiện Nghị định 58/CP, đến cuối năm 2004 diện bao phủ BHYT đã đạt được 23% dân số; số thu từ BHYT chiếm khoảng 28% - 32% tổng chi ngân sách nhà nước cấp cho cơ sở khám, chữa bệnh, vừa đảm bảo nguồn thu ổn định cho hoạt động khám, chữa bệnh vừa đảm bảo tính công bằng thông qua

ơ chế BHYT. Tuy nhiên, bên cạnh những kết quả đã đạt được, chính sách BHYT trong giai đoạn này cũng đã bộc lộ một số bất cập là:

- Một số nhóm đối tượng thuộc diện phải tham gia BHYT bắt buộc nhưng chưa được quy định trong Điều lệ BHYT. Loại hình BHYT tự nguyện mới chỉ thực hiện cho học sinh, sinh viên, chưa mở rộng sang các đối tượng khác.

- Chưa quy định rõ phạm vi quyền lợi mà người tham gia BHYT được hưởng phù hợp với sự phát triển, tiến bộ về khoa học và công nghệ trong y học, một số dịch vụ kỹ thuật cao, chi phí lớn chưa được BHYT (chụp cộng hưởng từ, nội soi, các loại vật tư tiêu hao, vật tư thay thế đặc biệt...).

- Phương thức cùng chi trả (20%) mới chỉ thực hiện được ở một số đối tượng là những người có mức đóng góp cao (cán bộ, viên chức, công chức, người lao động trong các doanh nghiệp...) nhưng lại ít sử dụng dịch vụ kỹ thuật cao tạo nên sự không bình đẳng giữa các nhóm đối tượng.

- Phương thức thanh toán theo phí dịch vụ vừa tăng chi phí hành chính, vừa chứa đựng rủi ro cao đối với sự an toàn của quỹ BHYT, không đảm bảo tiết kiệm và chưa nâng cao hiệu quả chi phí.

- Trách nhiệm của các cơ quan quản lý nhà nước về BHYT chưa rõ ràng, chưa đầy đủ sau khi chính sách BHYT được giao cho Bảo hiểm xã hội Việt Nam tổ chức thực hiện [19].

Để khắc phục một phần những bất cập nêu trên, ngày 16/05/2005, Chính phủ ban hành Điều lệ BHYT mới kèm theo Nghị định số 63/2005/NĐ-CP. Đối tượng tham gia BHYT bắt buộc được mở rộng đến cả những người có hợp đồng lao động từ đủ 3 tháng trở lên, giáo viên trong các cơ sở bán công lập, tư thục, đặc biệt là các đối tượng chính sách xã hội và người nghèo với sự hỗ trợ từ ngân sách nhà nước, đồng thời mở rộng hơn loại hình tham gia BHYT tự nguyện: ngoài đối tượng là học sinh, sinh viên còn triển khai BHYT tự nguyện theo hộ gia đình, hội viên hội đoàn thể; Mở rộng quyền lợi khám, chữa bệnh BHYT, thanh toán cho một số dịch vụ như xét nghiệm chẩn đoán sàng lọc HIV; thanh

toán trong trường hợp khám, chữa bệnh tự chọn; tổ chức hợp đồng khám, chữa bệnh BHYT với cơ sở y tế tư nhân; thay đổi cơ chế cùng chi trả; bổ sung các phương thức thanh toán mới với cơ sở khám, chữa bệnh như khoán định suất hoặc thanh toán theo chẩn đoán [31]. Với các điều chỉnh như trên, sau hơn 2 năm thực hiện, số đối tượng tham gia BHYT tiếp tục được gia tăng nhanh chóng, nhất là đối tượng tự nguyện và người nghèo, người dân tộc thiểu số được ngân sách nhà nước hỗ trợ 100% mức phí BHYT. Năm 2006, số người tham gia BHYT đã đạt hơn 36,78 triệu người, chiếm khoảng 42% dân số; tổng thu quỹ BHYT vào khoảng 4.812 tỷ đồng [3].

Vấn đề bất cập lớn nhất khi thực hiện Nghị định số 63/2005/NĐ-CP là không có sự tương đồng giữa mức đóng và mức hưởng BHYT. Trong khi mức phí BHYT không thay đổi thì quyền lợi của người tham gia BHYT được mở rộng gần như tối đa. Người tham gia BHYT không thực hiện cùng chi trả chi phí khám, chữa bệnh, được thanh toán cả chi phí điều trị do tai nạn giao thông; một số đối tượng được thanh toán chi phí vận chuyển. Người bệnh cũng được thanh toán các chi phí điều trị kỹ thuật cao: chẩn đoán hình ảnh, phẫu thuật, can thiệp tim mạch..., quỹ BHYT chi trả cho cơ sở khám, chữa bệnh theo giá viện phí không có trần không chế. Hệ quả là quỹ BHYT đã bị mất cân đối nghiêm trọng, tính đến 12/2009 số bội chi quỹ BHYT đã là trên 3.000 tỷ đồng, đòi hỏi phải sớm có sự điều chỉnh chính sách [12], [14].

Năm 2008, Quốc hội thông qua Luật BHYT, chính sách BHYT và lộ trình thực hiện BHYT toàn dân được quy định trong văn bản pháp lý cao nhất. Theo đó, từ 01/7/2009 ngoài các nhóm đối tượng thuộc diện tham gia BHYT bắt buộc theo các quy định trước đây thì trẻ em dưới 6 tuổi, người thuộc hộ cận nghèo được đưa ngay vào diện tham gia BHYT bắt buộc với sự hỗ trợ mức phí BHYT từ ngân sách nhà nước. Đối tượng học sinh, sinh viên tham gia loại hình BHYT bắt buộc từ 01/01/2010 và các nhóm đối tượng còn lại (hộ gia đình nông - lâm - ngư - diêm nghiệp; hộ kinh doanh cá thể, thân nhân người lao động) tiếp tục

tham gia vào những năm từ 2012 đến 2014. Luật cũng quy định cụ thể phạm vi quyền lợi được BHYT bao gồm cả một số bệnh được khám sàng lọc, chẩn đoán sớm theo danh mục do Bộ Y tế quy định. Quỹ BHYT sẽ thanh toán 100% chi phí khám, chữa bệnh cho các đối tượng là người có công, trẻ em dưới 6 tuổi và cho mọi đối tượng khác nếu khám, chữa bệnh tại trạm y tế xã hoặc chi phí cho 1 lần khám, chữa bệnh không vượt quá 15% mức lương tối thiểu; mở rộng việc thanh toán các kỹ thuật và thuốc sử dụng trong điều trị, thanh toán chi phí vận chuyển bệnh nhân từ tuyến huyện trở lên trong trường hợp cấp cứu hoặc khi điều trị nội trú cho một số nhóm đối tượng thuộc diện ưu đãi xã hội, thanh toán một phần chi phí cho người tham gia BHYT khi khám, chữa bệnh ở nước ngoài. Quy định cụ thể mức đóng BHYT theo nhóm đối tượng và thực hiện cùng chi trả của bệnh nhân (20% hay 5% tùy theo nhóm đối tượng) [16], [32].

Bảng 1.2: Chi phí khám, chữa bệnh và chi thuốc BHYT các năm 2006-2010

Năm	Tham gia BHYT (triệu người)	Chi BHYT (tỷ đồng)	Chi thuốc BHYT (tỷ đồng)	Tỷ lệ chi thuốc/tổng chi BHYT
2006	36,87	5.940,7	3.440	60,46%
2007	36,49	8.028,8	4.431	55,19%
2008	39,75	10.231,8	6.125	59,86%
2009	50,07	15.396,4	9.379	60,92%
2010	51,30	18.660,2	10.823	58,00%

(BHXH Việt Nam. Thống kê chi khám, chữa bệnh BHYT 2006 - 2010)

1.3. TÌNH HÌNH TIẾP CẬN VÀ SỬ DỤNG THUỐC TRÊN THẾ GIỚI VÀ Ở VIỆT NAM

1.3.1. Tiếp cận và sử dụng thuốc trên thế giới

Sự phân bố tiêu dùng thuốc có sự chênh lệch lớn giữa các nước phát triển và đang phát triển. Năm 1976 các nước phát triển chỉ chiếm 27% dân số thế giới

nhưng sử dụng đến 76% sản lượng thuốc trên thế giới, trong khi các nước đang phát triển chiếm 73% dân số chỉ được hưởng thụ 24% sản lượng thuốc. Mười năm sau, dân số các nước phát triển chiếm 25% nhưng sử dụng đến 79% sản lượng thuốc thế giới [48]. Mức tiêu thụ thuốc trên đầu người của các nước châu Âu và Bắc Mỹ hàng năm là 300 USD trong khi đó ở các nước đang phát triển là 5-10 USD, nhưng ở một số vùng thuộc châu Phi chỉ đạt 1 USD [125]. Do khó khăn về ngân sách và hạ tầng cơ sở kém phát triển, ở các nước đang phát triển người dân khó có điều kiện để có thuốc khi cần. Một số nước phải tư nhân hoá từng bộ phận dịch vụ y tế, trong đó có việc cung ứng dược phẩm đã ảnh hưởng đến mục tiêu cốt yếu của y tế công là đảm bảo cho các tầng lớp dân cư nghèo và khó khăn nhất có thuốc và dịch vụ y tế khi cần với giá cả người dân có thể chấp nhận được. Tại các nước đang phát triển, cho đến năm 2009, khả năng sẵn có thuốc vẫn rất thấp, chỉ 42% trong khu vực công và 64% ở khu vực tư nhân (trong nước có thông tin) thực hiện được mục tiêu này. Phần lớn người dân ở các nước đang phát triển không có khả năng chi trả cho thuốc thiết yếu. Chi phí hàng tháng cho thuốc để điều trị các bệnh mãn tính thông thường tương đương với vài ngày lương thấp nhất trả cho nhân viên Chính phủ, các biệt dược mới lại càng không có khả năng chi trả [47], [116].

Ở các nước phát triển, việc quản lý kê đơn, mua bán thuốc, quảng cáo thuốc, kiểm soát chất lượng thuốc... đã được giải quyết tốt, song vẫn có tình trạng dùng thuốc quá mức, xu hướng kê đơn có nhiều loại thuốc đang có xu hướng gia tăng.

Ngược lại, trong khi các nước nghèo được khuyến cáo nên loại ra khỏi thị trường của mình những thuốc thuộc loại không cần thiết thì nhiều loại thuốc không được phép lưu hành ở các nước phát triển, nhưng vẫn được đăng ký và được sử dụng ở những nước nghèo [48]. Thị trường dược phẩm thế giới với những biệt dược phong phú do nhiều nước sản xuất và xuất khẩu đang ngày càng trở nên phức tạp. Sự tràn ngập các loại thuốc biệt dược vào các nước đang

phát triển còn là trở ngại lớn cho việc kiểm soát chất lượng, gây nhiều khó khăn để ngăn chặn được thuốc kém phẩm chất, thậm chí thuốc giả.... Sự có mặt của thuốc giả và thuốc kém chất lượng trong thương trường đe dọa phá vỡ lòng tin trong hệ thống chăm sóc sức khỏe, không những không có hiệu quả, các thuốc giả còn đe dọa tới tính mạng con người. Theo nhận định của các chuyên gia Tổ chức Y tế thế giới thì “thầy thuốc ngày nay kê đơn các kháng sinh đắt tiền một cách không đúng có thể gây hậu quả cho người bệnh (nhiễm nấm do dùng quá nhiều Cephalosporin....)” [82], [94]. Đáng tiếc hơn nữa, ở các nước đang phát triển chính thầy thuốc lại thường bán thuốc sau khi khám bệnh. Điều này một phần do truyền thống các thầy thuốc theo y học cổ truyền phải bốc thuốc sau khi khám bệnh tạo tâm lý thói quen cho người dân là đến thầy thuốc là phải có thuốc; một phần do cơ chế và sự quản lý ở các nước đang phát triển còn lỏng lẻo. Từ đó, có thể dẫn tới việc kê đơn có quá nhiều loại thuốc và thích dùng thuốc tiêm hơn, vì như vậy thu nhập của thầy thuốc sẽ cao hơn [129], [130].

Tại một số nước, Văn phòng giao dịch chịu trách nhiệm quản lý công tác và sự tuân thủ quy định trong hợp đồng của các công ty và cơ sở cung cấp thuốc. Văn phòng giao dịch luôn phải chủ động giữ hồ sơ về thời gian nhận thông tin, vận chuyển thuốc, tuân thủ hợp đồng về giá, quy định sử dụng và đóng gói sản phẩm thuốc. Trong hệ thống phân quyền mua sắm thuốc, các quan chức Trung ương khó có thể quản lý được các hoạt động mua bán của chính quyền địa phương. Vấn đề phát sinh có thể bao gồm giá bán cao, dịch vụ và chất lượng thuốc kém, lựa chọn nhà cung cấp và sản phẩm không sáng suốt, phương thức thanh toán kém hiệu quả. Tất cả những điều này đều ảnh hưởng đến việc cung cấp dịch vụ cho bệnh nhân. Do đó, quản lý chính quyền địa phương và công tác mua bán của các cơ sở cung cấp thuốc trở nên vô cùng quan trọng. Các nhà cung cấp có nhập sản phẩm theo đúng lịch trình, đúng số lượng, có đang thanh toán theo đúng quy định trong hợp đồng? Số sản phẩm nhập về có khớp với nhu cầu tiêu dùng? [131]. Ở một số quốc gia, chính phủ kết luận rằng việc tập trung

quyền lực tại Trung ương trong hệ thống mua sắm thuốc là phương pháp hiệu quả nhất để đạt được chất lượng cần thiết trong việc mua bán và cung cấp thuốc [87], [88].

Duy trì một chương trình chủ động để đảm bảo chất lượng sản phẩm trước khi mua sắm và sau khi phân phối là rất quan trọng. Báo cáo về vấn đề từ người kê đơn, phân phát, người tiêu dùng, và nhà quản lý mua bán phải được lưu lại trong hồ sơ về sản phẩm và nhà cung cấp, và phải được xem xét như một phần của quá trình quản lý và đánh giá các nhà cung cấp, và các nhà cung cấp cần được thông báo về những vấn đề liên quan đến chất lượng của sản phẩm mà họ phân phát. Khi đi đến quá trình giám định/thử nghiệm, không nhất thiết phải thử nghiệm mọi loại thuốc từ tất cả các nhà cung cấp, nhưng những sản phẩm đã được báo cáo là trong diện nghi vấn luôn cần được kiểm tra. Việc giám định/thử nghiệm nên được thực hiện thường xuyên trên những mẫu thuốc được chọn lựa ngẫu nhiên và những loại thuốc nhập về từ các nhà cung cấp thuộc diện nghi vấn hoặc không đủ tên tuổi [55], [127].

1.3.2. Tiếp cận và sử dụng thuốc tại Việt Nam

Tại Việt Nam, trước năm 1986 nền kinh tế hoạt động theo cơ chế kế hoạch hoá tập trung bao cấp, thuốc được cung cấp theo kế hoạch với giá bao cấp của Nhà nước. Mặc dù trong thời kỳ bao cấp, mức hưởng thụ thuốc bình quân theo đầu người chỉ khoảng 0,5 USD/năm nhưng đã đảm bảo được những nhu cầu thuốc tối cần thiết trong công tác phòng, chữa bệnh cho hầu hết các tầng lớp nhân dân và khá công bằng, tuy vậy tình hình hiếm thuốc lại khá gay gắt [48].

Cuối những năm 80 và đầu những năm 90 thế kỷ 20 nền kinh tế nước ta chuyển sang hoạt động theo cơ chế thị trường định hướng xã hội chủ nghĩa. Quá trình chuyển đổi nền kinh tế làm cho nguồn cung ứng thuốc có nhiều thay đổi lớn. Thị trường thuốc Việt Nam được “mở cửa” với sự tham gia của các đơn vị cung ứng thuốc trong và ngoài nước. Số lượng các doanh nghiệp được trung ương, các doanh nghiệp tư nhân, công ty trách nhiệm hữu hạn, công ty cổ phần

và các công ty nước ngoài có giấy phép kinh doanh dược tăng đáng kể trong giai đoạn 1995-2005. Doanh thu công ty sản xuất dược phẩm cũng tăng từ 440,8 tỷ đồng năm 1995 lên 3.968,6 tỷ năm 2003. Tổng số tiền nộp ngân sách từ 37,5 tỷ đồng năm 1995 tăng lên 698,5 tỷ đồng năm 2004 [11]. Số lượng và chủng loại thuốc rất phong phú và ngày càng tăng. Năm 2002 có 5.426 số đăng ký thuốc trong nước, với khoảng trên 300 hoạt chất còn hiệu lực [19]. Năm 2003 là 10.800, năm 2005, tổng cộng thuốc sản xuất và nhập khẩu trong nước tăng lên đến 12.061 số đăng ký còn hiệu lực với khoảng 1.000 loại hoạt chất; năm 2007 là 16.618; năm 2008 là 20.066 và tính đến hết năm 2009 là 22.615 (trong đó 10.692 số đăng ký thuốc trong nước và 11.923 số đăng ký thuốc nước ngoài), ngoài ra còn có cơ chế cho các bệnh viện chuyên khoa có thể nhập khẩu những thuốc hiếm, chưa đăng ký tại Việt Nam [14], [56]. Số lượng mặt hàng thuốc phong phú đa dạng hoàn toàn đảm bảo nhu cầu thuốc trong nước. Tuy nhiên lại xuất hiện một số vấn đề bất cập và hạn chế của ngành công nghiệp sản xuất dược phẩm Việt Nam như: Doanh nghiệp dược Việt Nam quy mô nhỏ, hạn chế về trình độ kỹ thuật, công nghệ đơn giản, chất lượng thấp, 90% nguyên liệu sản xuất trong nước phải nhập từ nước ngoài [10], [58].

Việc cung ứng thuốc ở Việt Nam hiện nay được thực hiện bởi một hệ thống cung ứng thuốc rất đông đảo, bao gồm 1.676 doanh nghiệp trong nước; 39 doanh nghiệp có vốn đầu tư nước ngoài, 91 doanh nghiệp xuất nhập khẩu trực tiếp thuốc; 438 doanh nghiệp nước ngoài cung cấp thuốc, 38.916 cơ sở bán lẻ thuốc [35]. Khả năng tiếp cận thuốc ở nước ta tương đối tốt do có mạng lưới phân phối thuốc rộng khắp trên toàn quốc. Các cơ sở y tế từ bệnh viện đến trạm y tế đều có đủ thuốc phù hợp với phân tuyến kỹ thuật. Chi mua thuốc năm 2007 tăng gần gấp đôi so với năm 2000 và chiếm khoảng 40% tổng chi y tế. Công nghiệp bào chế dược phẩm phát triển mạnh về số lượng doanh nghiệp và mặt hàng. Đến nay, sản xuất trong nước đã đáp ứng khoảng 50% tổng nhu cầu thuốc của nhân dân [13].

Trước thời kỳ đổi mới, tiền thuốc bình quân đầu người/năm khoảng 0,5 USD/người, nhưng vào năm 2000, tiền thuốc bình quân đầu người đã vào khoảng 9 USD, năm 2003 lên 12 USD. Đến năm 2008 là 16,45 USD, năm 2010 là 22,25 USD gấp hơn 50 lần thời kỳ bao cấp [14].

Bảng 1.3: Tổng giá trị tiền thuốc sử dụng và chi thuốc BHYT 2006-2010

Năm	Tổng trị giá tiền thuốc sử dụng (1.000USD)	Tổng chi thuốc BHYT (1.000USD)	Bình quân tiền thuốc đầu người (USD)	Tỷ lệ chi thuốc BHYT/tổng chi thuốc (%)
2006	956.353	223.098	11,23	23,33
2007	1.136.353	274.672	12,69	24,17
2008	1.425.657	368.752	16,45	25,87
2009	1.696.135	505.764	19,77	29,82
2010	1.913.661	583.635	22,25	30,50

(Bộ Y tế. Tài khoản y tế Quốc gia 2010)

Trong những năm qua, diễn biến thị trường thuốc tại Việt Nam tương đối phức tạp. Một số biện pháp bình ổn giá thuốc đã được thực hiện như quản lý đấu thầu thuốc trong bệnh viện công, dự trữ thuốc, khuyến khích phát triển thuốc sản xuất trong nước, cấm sử dụng lợi ích dưới mọi hình thức để tác động tới thầy thuốc và người dùng nhằm thúc đẩy việc kê đơn, sử dụng thuốc.... Tuy vậy, việc kiểm soát giá thuốc trên thị trường Việt Nam vẫn còn là một thách thức lớn. Giá thuốc ở Việt Nam vẫn còn cao so với giá tham khảo quốc tế, kể cả đối với thuốc biệt dược và thuốc gốc [48]. Đấu thầu thuốc chưa có hiệu quả trong việc giảm giá thuốc bệnh viện. Một số thuốc có rất ít số đăng ký được cấp, tạo ra tình trạng độc quyền, làm tăng giá một số loại thuốc. Việt Nam vẫn phụ thuộc vào nhập khẩu để đáp ứng nhu cầu khám chữa bệnh của nhân dân. Đến nay vẫn phải nhập khẩu đến 90% nguyên liệu và bao bì làm thuốc để phục vụ sản xuất trong

nước [14]. Thuốc biệt dược đắt hơn thuốc gốc nhưng vẫn chiếm tỷ lệ lớn thị phần, do chưa có những quy định phù hợp để khuyến khích sử dụng thuốc gốc. Sử dụng thuốc (đặc biệt kháng sinh) không hợp lý đang có xu hướng gia tăng dẫn đến kháng thuốc trong cộng đồng, tăng tác hại của thuốc, cũng như tăng chi phí thiết yếu cho mua thuốc. Phác đồ điều trị chuẩn chưa được xây dựng và cập nhật nên thiếu tiêu chuẩn để kiểm soát đơn thuốc do bác sỹ chỉ định [15]. Thuốc trong nước còn trùng lặp nhiều mặt hàng, có nhiều thuốc cùng hoạt chất, chủ yếu là thuốc thông thường, rẻ tiền, khả năng cạnh tranh chưa cao. Chưa đầu tư thuốc chuyên khoa đặc trị hoặc thuốc yêu cầu sản xuất với công nghệ cao [10]. Khi thị trường thuốc cung cấp bằng và trên nhu cầu của cộng đồng lại nảy sinh vấn đề mất công bằng trong sử dụng thuốc nói chung. Mức hưởng thụ thuốc chữa bệnh quá chênh lệch giữa các vùng địa lý khác nhau và giữa các tầng lớp dân cư. Hà Nội và Thành phố Hồ Chí Minh có mức tiêu thụ thuốc bình quân đầu người cao nhất, trong khi các tỉnh miền núi lại rất thấp [19].

Từ sau khi Chính sách quốc gia về thuốc được ban hành và thực hiện cách đây gần 15 năm (1996), thị trường thuốc đã có những diễn biến tương đối phức tạp, nhiều thách thức mới về giá thuốc, chất lượng thuốc, cũng như về sử dụng thuốc an toàn, hiệu quả đang đòi hỏi phải có sự xem xét, điều chỉnh các cơ chế, chính sách cho phù hợp. Mặc dù đã có rất nhiều quy định phù hợp với tiêu chuẩn quốc tế về quản lý thuốc, nhưng trên thực tế vẫn còn tồn tại một số khó khăn liên quan đến thi hành, theo dõi, đánh giá việc thực hiện các điều luật, các quy chế. Cụ thể, dù thông tin về giá thuốc ngày càng minh bạch, vẫn thiếu cơ chế chủ động quản lý thặng dư, hoặc tận dụng tham khảo giá quốc tế trong công tác quản lý giá thuốc nhằm đảm bảo cho bệnh nhân mức giá hợp lý nhất.

Đối với sử dụng thuốc an toàn hợp lý, mặc dù đã ban hành quy chế kê đơn và bán thuốc theo đơn, việc giám sát mức độ tuân thủ còn yếu, chưa có chế tài đủ mạnh để bảo đảm quy chế được thực hiện. Đối với các bác sỹ kê đơn thuốc,

hiện nay đang thiếu các hướng dẫn điều trị đủ chi tiết để định hướng rõ hơn về sử dụng thuốc an toàn, hợp lý trong khám, chữa bệnh.

Thuốc là một sản phẩm thiết yếu, Nhà nước đóng vai trò quan trọng trong bình ổn giá nhằm bảo đảm cho người bệnh có thể tiếp cận được với thuốc khi có nhu cầu và không phải chi quá mức để sử dụng thuốc. Cục Quản lý Dược Việt Nam phối hợp với Bộ Tài chính và Bộ Công thương chịu trách nhiệm thi hành và thiết lập các quy chế kiểm soát giá thuốc theo Luật Dược, Nghị định số 79/2006/NĐ-CP và Thông tư liên tịch số 11/2007/TTLT-BYT-BTC-BCT. Nguyên tắc quản lý giá thuốc là các cơ sở sản xuất, nhập khẩu, bán buôn, bán lẻ tự định giá, cạnh tranh về giá, đồng thời chịu sự kiểm tra, kiểm soát của Nhà nước về giá thuốc. Nhà nước sử dụng các biện pháp bình ổn giá thuốc trên thị trường để đáp ứng nhu cầu về thuốc phục vụ công tác chăm sóc, bảo vệ và nâng cao sức khỏe nhân dân [9], [12].

Trong quá trình giám sát, đánh giá kết quả thực hiện chính sách bình ổn giá thuốc, một số nghiên cứu cho thấy dù tốc độ gia tăng giá đã được kiềm chế, nhưng giá thuốc ở Việt Nam vẫn còn ở mức cao so với các nước trong khu vực và quốc tế [121]. Một báo cáo nhanh về quy trình tiếp cận Insulin ở Việt Nam cũng cho thấy giá một số thuốc liên quan đến bệnh tiểu đường ở Việt Nam cao hơn giá quốc tế cùng loại (từ 1,02 đến 6,6 lần) [85]. Số liệu từ hệ thống trao đổi thông tin giá thuốc của khu vực Tây Thái Bình Dương (WPRO) cũng cho thấy giá thuốc trong cơ sở y tế công lập ở Việt Nam cao hơn giá tham khảo quốc tế, đặc biệt đối với thuốc điều trị lao, đái tháo đường và một số thuốc kháng sinh [120]. Theo kinh nghiệm của nhiều nước trên thế giới, kể cả các nước OECD, quản lý giá thuốc là lĩnh vực phức tạp, liên quan đến lợi ích của nhiều bên gồm người bệnh, BHYT, bác sỹ, bệnh viện, doanh nghiệp sản xuất, nhập khẩu, phân phối thuốc, các hiệu thuốc. Các chính sách nhằm giảm giá thuốc cần được nghiên cứu và điều chỉnh liên tục dựa trên đánh giá tác động đến các bên liên quan [118], [124].

1.4. ĐẦU THẦU MUA THUỐC

1.4.1. Một số khái niệm

1.4.1.1. Phương thức mua thuốc

Phương thức mua sắm thuốc là việc áp dụng các phương pháp và hình thức để mua thuốc đảm bảo cho nhu cầu sử dụng của người bệnh trong quá trình khám, chữa bệnh [112]. Trong phạm vi của đề tài, nghiên cứu phương thức mua sắm thuốc chỉ đề cập đến nội dung đảm bảo thuốc cho nhu cầu điều trị của người bệnh qua đấu thầu.

1.4.1.2. Hình thức tổ chức đảm bảo cung ứng thuốc

Tổ chức đảm bảo cung ứng thuốc là cách thức được sử dụng để thực hiện việc mua thuốc từ đơn vị cung ứng (đơn vị trúng thầu) đến với cơ sở khám, chữa bệnh để đáp ứng nhu cầu điều trị của người bệnh [126].

Tùy theo điều kiện kinh tế xã hội và mô hình quản lý của mỗi nước mà có những hình thức tổ chức đảm bảo cung ứng thuốc đến với người bệnh khác nhau. Ở các nước phát triển, thuốc được quản lý rất chặt chẽ và đa số được cung theo đơn của bác sỹ điều trị và được cấp phát cho người bệnh thông qua hệ thống các nhà thuốc, được quản lý qua phần mềm bởi một hệ thống máy tính hiện đại. Chỉ những thuốc OTC và thực phẩm chức năng là được bán rộng rãi ngay tại các siêu thị [88].

Tại Việt Nam, có 2 hình thức tổ chức đảm bảo cung ứng thuốc chủ yếu là:

- Mua sắm trực tiếp từ đơn vị cung ứng đến các cơ sở khám, chữa bệnh: Theo đó, các Công ty sau khi trúng thầu sẽ ký hợp đồng trực tiếp với từng cơ sở khám, chữa bệnh để thực hiện việc đảm bảo cung ứng thuốc cho người bệnh điều trị tại cơ sở khám, chữa bệnh đó.

- Mua sắm tập trung: là hình thức mà các Công ty Dược sau khi trúng thầu sẽ thương thảo và ký hợp đồng với một nhà thầu chính (thường là Công ty Dược của địa phương nơi tổ chức đấu thầu) để nhà thầu chính tập trung nguồn hàng và ký hợp đồng đảm bảo cung ứng thuốc cho các cơ sở khám, chữa bệnh

trên địa bàn.

1.4.1.3. Hình thức thanh toán chi phí thuốc

Hình thức thanh toán chi phí thuốc là cách thức được lựa chọn thực hiện để chi trả tiền mua thuốc cho đơn vị cung ứng. Hình thức thanh toán thuốc được lựa chọn phụ thuộc vào mối quan hệ giữa các bên có liên quan trong quá trình cung ứng thuốc.

Ở các nước thực hiện cung ứng thuốc cho người bệnh qua hệ thống các nhà thuốc, chi phí thuốc được tổng hợp qua hệ thống máy tính, chuyển về các cơ sở điều trị xác nhận và thanh toán.

Tại Việt Nam, có 2 hình thức thanh toán tiền mua thuốc cho các nhà cung cấp được lựa chọn thực hiện là:

- Thanh toán trực tiếp từ các cơ sở khám, chữa bệnh cho đơn vị cung ứng: Theo đó, các bệnh viện có trách nhiệm thanh toán trực tiếp tiền mua thuốc cho đơn vị cung ứng theo thỏa thuận tại hợp đồng đảm bảo cung ứng thuốc. Với thuốc điều trị cho người bệnh có thẻ BHYT, định kỳ hàng quý, một phần chi phí thuốc (khoảng 80%) sẽ được quỹ BHYT tạm ứng trước cho cơ sở khám, chữa bệnh từ đầu mỗi quý để chuyển cho đơn vị cung ứng đảm bảo tính chủ động và ổn định nguồn thuốc cho người bệnh. Cuối mỗi kỳ quyết toán hàng, tổng chi phí thuốc đã sử dụng cho người bệnh sẽ được tổ chức/cơ quan BHYT thẩm định và quyết toán cho cơ sở khám, chữa bệnh để thanh toán nốt cho đơn vị cung ứng.

- Thanh toán tập trung từ tổ chức/cơ quan BHYT cho đơn vị cung ứng: Là hình thức mà tổ chức/cơ quan BHYT trực tiếp thực hiện tạm ứng, thanh quyết toán tiền mua thuốc cho đơn vị cung ứng. Theo đó, tổ chức/cơ quan BHYT có trách nhiệm thẩm định và ứng trước một phần kinh phí cho nhà cung ứng để đảm bảo nguồn hàng phục vụ nhu cầu điều trị cho người bệnh BHYT. Cuối mỗi kỳ quyết toán, phần chi phí thuốc còn lại sẽ được thẩm định và thanh toán cho nhà cung ứng, đồng thời thực hiện tạm ứng tiếp kinh phí mua thuốc cho kỳ sau.

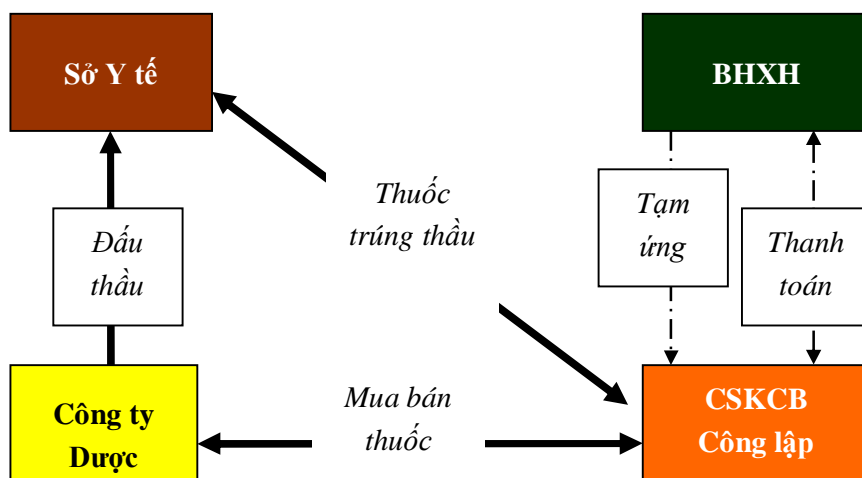
1.4.2. Các hình thức đấu thầu mua thuốc

Trong lĩnh vực quản lý thuốc, Nhà nước đã ban hành những quy định để đảm bảo thuốc được mua sắm hiệu quả, người bệnh được cung cấp những sản phẩm có chất lượng tốt với chi phí thấp nhất có thể. Thông tư liên tịch số 10/2007/TTLT-BYT-BTC ngày 10/8/2007 của liên Bộ Y tế- Bộ Tài chính hướng dẫn ba hình thức đấu thầu mua thuốc gồm:

1.4.2.1. Đấu thầu tập trung (Hình thức 1)

Với mô hình này, Sở Y tế có vai trò là chủ đầu tư tổ chức đấu thầu tập trung những loại thuốc có nhu cầu sử dụng thường xuyên, ổn định và có số lượng lớn cho tất cả các cơ sở y tế công lập thuộc địa phương quản lý.

Danh mục thuốc đưa vào đấu thầu được tổng hợp theo nhu cầu của tất cả các cơ sở khám, chữa bệnh, giá thuốc trúng thầu được áp dụng chung cho tất cả các cơ sở khám, chữa bệnh trên địa bàn. Việc mua thuốc được thực hiện trực tiếp giữa từng cơ sở khám, chữa bệnh với mỗi đơn vị trúng thầu hoặc một đơn vị trúng thầu nhận ủy quyền của các đơn vị trúng thầu khác để cung ứng toàn bộ.

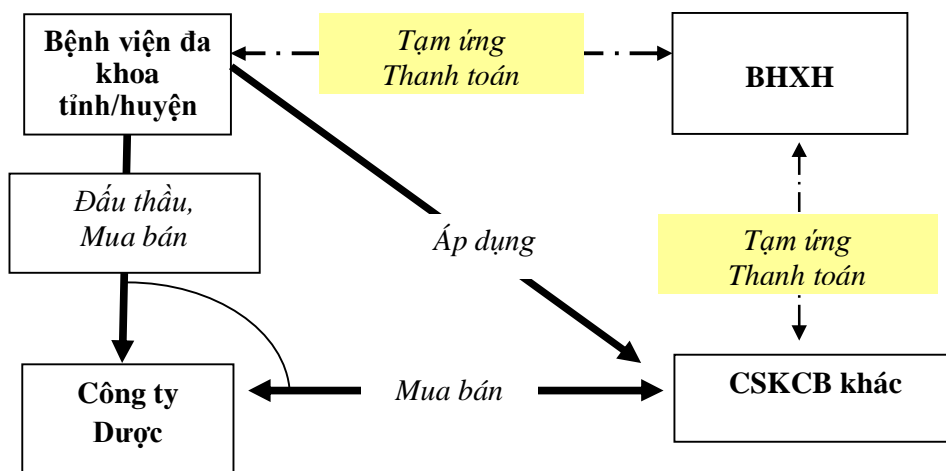


Hình 1.6. Mô hình tổ chức đấu thầu tập trung tại Sở Y tế

1.4.2.2. Đấu thầu đại diện (Hình thức 2)

Theo mô hình này, Sở Y tế chỉ định một hoặc một vài cơ sở khám, chữa bệnh tổ chức đấu thầu đại diện (thường là bệnh viện đa khoa tỉnh và một bệnh viện đa khoa huyện. Riêng thuốc y học cổ truyền có thể do bệnh viện Y học cổ truyền tỉnh đấu thầu đại diện). Các cơ sở khám, chữa bệnh khác sử dụng kết quả trúng thầu để mua thuốc cung ứng cho người bệnh BHYT.

Áp dụng mô hình này, giá thuốc cũng được áp dụng thống nhất trên địa bàn tỉnh nhưng danh mục thuốc tại bệnh viện không tổ chức đấu thầu phụ thuộc vào danh mục thuốc trúng thầu. Các đơn vị trúng thầu cung ứng thuốc cho từng cơ sở khám, chữa bệnh trực tiếp hoặc gián tiếp qua ủy quyền với một đơn vị trúng thầu.

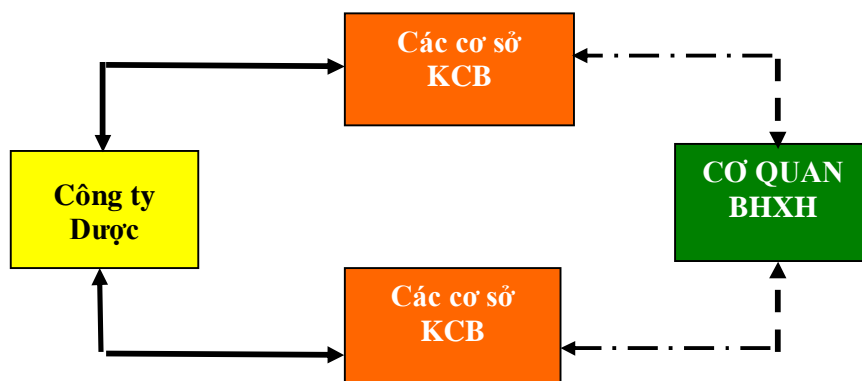


Hình 1.7. Mô hình đấu thầu cung ứng thuốc đại diện

1.4.2.3. Đấu thầu và mua sắm đơn lẻ (Hình thức 3)

Với mô hình này mỗi cơ sở khám, chữa bệnh công lập sẽ tự tổ chức đấu thầu mua thuốc. Danh mục thuốc đưa vào đấu thầu được xây dựng theo nhu cầu sử dụng thuốc của mỗi đơn vị. Giá thuốc trúng thầu có thể không thống nhất giữa các cơ sở khám, chữa bệnh trên cùng một địa bàn. Hình thức này thường

được áp dụng tại các cơ sở khám, chữa bệnh tuyến Trung ương.



Hình 1.8. Mô hình tổ chức đấu thầu cung ứng thuốc đơn lẻ

1.4.2.4. Đấu thầu mua thuốc trên thế giới

Kinh nghiệm đấu thầu mua thuốc tại một số nước trên thế giới cho thấy, có rất nhiều hệ thống được sử dụng bởi các Chính phủ, các tổ chức phi chính phủ, và các tổ chức khác để quản lý việc mua sắm thuốc. Các phương pháp mua sắm thuốc ở cấp bậc nào trong hệ thống y tế cũng thường rơi vào một trong những nhóm cơ bản: gói thầu mở, gói thầu giới hạn, đàm phán cạnh tranh bao gồm mua bán trong nước và quốc tế, và mua bán trực tiếp [109], [113].

- Gói thầu mở: Gói thầu mở là một quy trình chính thức được dùng qua đó bất kỳ nhà cung cấp nào đều được mời đấu thầu trên cơ sở địa phương hoặc quốc tế dựa theo quy định và điều kiện được ghi trong lời mời đấu thầu.

- Gói thầu giới hạn: Trong gói thầu giới hạn, các nhà cung cấp muốn tham dự phải được thông qua và chấp nhận trước, thường thông qua một quá trình để duyệt các hoạt động sản xuất, chất lượng cung cấp trong quá khứ, vị trí tài chính, và các yếu tố liên quan khác. Bất kỳ nhà cung cấp nào cũng có thể tham gia vào quá trình duyệt trên.

- Đàm phán cạnh tranh: Trong đàm phán cạnh tranh, bên mua tiếp cận một số lượng giới hạn các nhà cung cấp đã được lựa chọn để nhận giá thầu. Bên

mua cũng có thể thương lượng với những nhà cung cấp này để đạt được thỏa thuận về mức giá và dịch vụ. Phương pháp mua bán này chủ yếu được dùng trong các doanh nghiệp tư nhân do các doanh nghiệp nhà nước hay chính phủ thường bị cấm tham gia vào việc thương lượng với các nhà cung cấp.

- Mua bán trực tiếp: Phương pháp đơn giản nhất, nhưng thường là tốn kém nhất, là mua bán trực tiếp từ một nhà cung cấp duy nhất, có thể mua bằng giá niêm yết hay giá sau thỏa thuận. Đối với các loại thuốc từ một nguồn duy nhất (thường là thuốc có bằng sáng chế và không có thỏa thuận nào cho phép các công ty khác được phép sản xuất), bên mua chủ yếu có ba lựa chọn – mua bán thỏa thuận, mua bán trực tiếp, hoặc lựa chọn một loại thuốc thay thế.

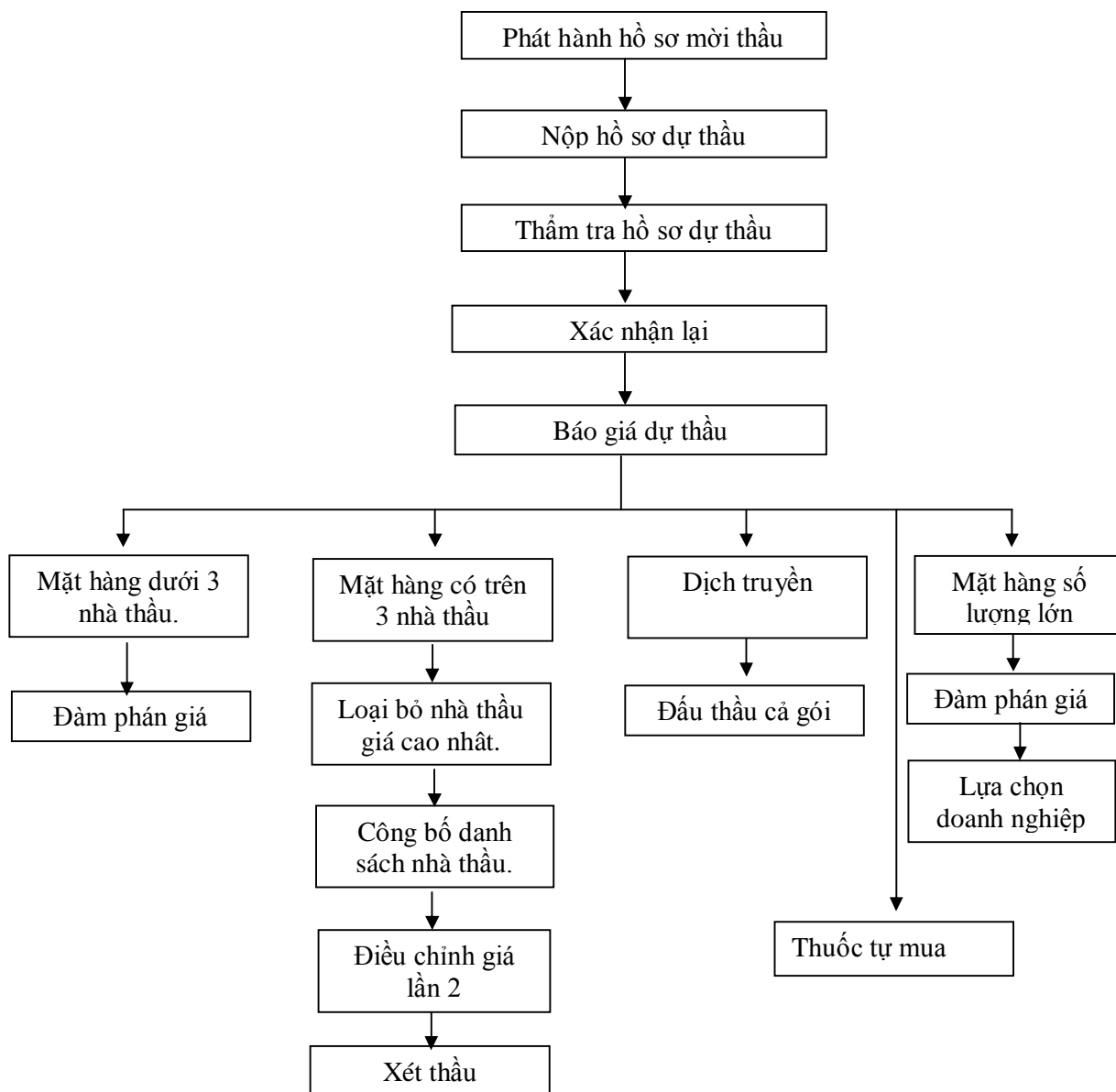
Tham khảo kinh nghiệm tổ chức đấu thầu thuốc chữa bệnh tại Trung Quốc cho thấy: Chỉ có duy nhất một hình thức đấu thầu tập trung tại Sở Y tế [21]. Theo đó, Sở Y tế thành lập Trung tâm đấu thầu để tổ chức đấu thầu tập trung thuốc thành phẩm tân dược và các thuốc thành phẩm trung y cho các cơ sở y tế trên địa bàn. Các thuốc thành phẩm tân dược đấu thầu theo tên generic. Thuốc phiên (dược liệu đã qua sao tẩm và chế biến) và thuốc hiếm, thuốc gây nghiện, hướng tâm thần, bệnh viện tự tổ chức mua sắm và không bắt buộc phải tổ chức đấu thầu.

Hội đồng đấu thầu gồm đại diện của 12 đơn vị khác nhau như Chính quyền tỉnh, Sở Y tế, Ủy ban cải cách và phát triển tỉnh, FDA tỉnh, Bệnh viện..., việc tổ chức đấu thầu thực hiện qua mạng. Sở Y tế xây dựng danh mục thuốc đưa vào kế hoạch đấu thầu và thông báo cho các nhà thầu tham dự. Giá kế hoạch đấu thầu được xác định bằng giá bán lẻ tối đa do Ủy ban cải cách và phát triển Trung ương và tỉnh quy định. Giá kế hoạch đấu thầu không cao hơn giá trúng thầu năm trước và tham khảo giá bán lẻ cao nhất bình quân tại 5 khu vực khác nhau xung quanh tỉnh. Ủy ban phát triển và cải cách tỉnh quy định giá bán lẻ tối đa các thuốc thuộc phạm vi quản lý và thẩm định giá trúng thầu tại Sở Y tế đảm bảo không vượt giá bán lẻ tối đa.

FDA tỉnh tham gia trong Hội đồng đấu thầu để thẩm định tính hợp pháp của nhà thầu, chấm điểm liên quan quy mô, số lượng trang thiết bị và nhân viên của nhà sản xuất, việc vi phạm chất lượng của mặt hàng dự thầu...

- Trung tâm đấu thầu xây dựng phương án đấu thầu. Sau khi xin ý kiến Hội đồng đấu thầu và lấy ý kiến doanh nghiệp, đơn vị liên quan, Trung tâm đấu thầu hoàn thiện phương án đấu thầu và công bố công khai trên trang web.

Quy trình tổ chức đấu thầu được thực hiện theo sơ đồ sau:



Hình 1.9. Quy trình tổ chức xét thầu tại Trung Quốc

Sở Y tế sẽ tiến hành phát hành Hồ sơ mời thầu trên trang điện tử và mỗi nhà thầu sẽ được cung cấp tên và mật khẩu truy cập. Nhà thầu sẽ nộp Hồ sơ dự thầu (HSDT) bao gồm tiêu chuẩn kỹ thuật để Trung tâm đấu thầu thẩm tra HSDT và đề nghị doanh nghiệp xác nhận lại trong thời gian 2 ngày. Sau khi xác nhận lại HSDT, nhà thầu sẽ báo giá dự thầu. Để bảo mật, giá dự thầu được được mã hóa nhờ Trung tâm số của tỉnh. Để giải mã giá dự thầu cần có mật của đại diện 03 đơn vị (Văn phòng và Phòng Nghiệp vụ của Trung tâm đấu thầu, đại diện đơn vị giám sát - chính quyền tỉnh, Sở Y tế).

Khi tổ chức xét thầu, Trung tâm đấu thầu sẽ phân loại thành 5 nhóm:

(i). Nhóm mặt hàng có trên 3 nhà thầu dự thầu: tiến hành loại giá lần 1 bằng việc loại bỏ nhà thầu có giá dự thầu cao nhất và công bố công khai trên mạng những nhà thầu còn lại để các nhà thầu xem xét điều chỉnh giá lần 2. Các doanh nghiệp sau khi điều chỉnh giá lần 2 sẽ tiến hành đánh giá năng lực, kinh nghiệm nhà thầu và tiêu chuẩn kỹ thuật mặt hàng, giá dự thầu để xét nhà thầu trúng thầu. Để đảm bảo cung ứng, Trung tâm sẽ lựa chọn nhiều nhà thầu cho cùng hoạt chất, nồng độ hoặc hàm lượng, cùng dạng bào chế và không quá 7 nhà thầu.

(ii). Nhóm mặt hàng dưới 3 nhà thầu dự thầu: Trung tâm đấu thầu thuộc sẽ thông qua Hội đồng đấu thầu để đưa ra giá kiến nghị để đàm phán với các nhà sản xuất để có giá hợp lý.

(iii). Nhóm mặt hàng dịch truyền: yêu cầu nhà thầu tham gia tối thiểu 3 qui cách đóng gói 100ml, 150ml và 500ml và yêu cầu tham gia thầu tất cả các mặt hàng trong gói thầu.

(iv). Nhóm mặt hàng có số lượng sử dụng lớn: Trung tâm đấu thầu sẽ sơ loại nhà thầu để Sở Y tế tiến hành đàm phán giá kèm theo số lượng cung ứng. Hiện tại có 05 mặt hàng có số lượng sử dụng lớn là mặt hàng thuốc tim mạch và dạ dày và không lựa chọn mặt hàng kháng sinh vì sợ kháng thuốc.

(v). Danh mục mặt hàng tự mua: là các mặt hàng nhà thầu kinh doanh không có lợi nhuận. Nhà thầu báo giá và đảm bảo không vượt giá kế hoạch. Do nhà thầu tham dự mặt hàng này ít nên căn cứ báo giá của nhà thầu, Trung tâm đấu thầu công bố danh sách các nhà thầu trúng thầu.

Đối với nhà thầu có giá dự thầu giảm 4% so với giá trúng thầu năm trước sẽ được vào danh sách trúng thầu. Sau khi xét thầu, Trung tâm đấu thầu sẽ công khai danh sách các nhà thầu trúng thầu. Sau 7 ngày kể từ khi công bố trên trang web nếu không có khiếu nại thì đây là nhà thầu trúng thầu chính thức để làm căn cứ để các cơ sở khám chữa bệnh gọi hàng.

Tổ chức cung ứng: Để tiến hành cung ứng, Sở Y tế cho phép nhà sản xuất ủy quyền cho công ty phân phối cung ứng cho các bệnh viện và Sở Y tế ký hợp đồng với công ty phân phối. Các công ty phân phối sẽ được hưởng phí vận chuyển bằng 8-10% giá trúng thầu. Căn cứ danh sách các nhà thầu trúng thầu, bệnh viện sẽ đặt mua thuốc thông qua một công ty phân phối dược phẩm. Bệnh viện sẽ thanh toán tiền thuốc cho công ty phân phối thuốc để công ty phân phối thanh toán cho nhà sản xuất và công ty phân phối được hưởng 8-10% giá trị thuốc trúng thầu. Theo quy định, mỗi một hoạt chất, cùng nồng độ hoặc hàm lượng, cùng dạng bào chế thì bệnh viện chỉ được lựa chọn không quá 02 thành phẩm của 2 nhà sản xuất khác nhau trong danh sách nhà thầu trúng thầu tại Sở Y tế.

1.4.3. Nguyên tắc giám định và thanh toán thuốc bảo hiểm y tế

1.4.3.1. Nguyên tắc giám định sử dụng thuốc bảo hiểm y tế

Công tác giám định của cơ quan BHXH luôn được xác định là một nhiệm vụ trọng tâm trong quản lý sử dụng thuốc BHYT. Nghiệp vụ giám định sử dụng thuốc hợp lý, an toàn và hiệu quả trong khám, chữa bệnh BHYT được thực hiện theo các nguyên tắc cơ bản sau:

- Đúng chế độ: Thuốc được thanh toán theo chế độ BHYT phải là thuốc

nằm trong danh mục thuốc thành phẩm cụ thể của cơ sở khám, chữa bệnh được xây dựng theo đúng quy định của Bộ Y tế.

- Đúng người: Đảm bảo người được hưởng quyền lợi thuốc BHYT phải là người tham gia BHYT.

- Đúng bệnh: Thuốc được chỉ định và cấp cho bệnh nhân phải phù hợp với bệnh tật, phác đồ điều trị.

- Đúng chi phí : Được phản ánh thông qua số lượng thuốc đúng và giá thuốc đúng, đảm bảo số lượng thuốc liệt kê để thanh toán BHYT phải là số lượng thuốc sử dụng thực cho bệnh nhân BHYT phù hợp với số lượng thuốc được chỉ định trong đơn thuốc, bệnh án. Giá thuốc trong thanh toán BHYT chính là giá thuốc trên hoá đơn chứng từ hợp lệ theo quy định của Bộ Tài chính và phù hợp phương thức mua sắm được lựa chọn.

1.4.3.2. Nguyên tắc chi trả tiền thuốc bảo hiểm y tế

- Thanh toán thuốc theo danh mục do Bộ Y tế quy định: Theo nguyên tắc này, quỹ BHYT thanh toán chi phí các loại thuốc có trong danh mục do Bộ Y tế quy định. Mỗi cơ sở khám, chữa bệnh căn cứ theo mô hình bệnh tật, thị trường thuốc tại địa phương, nhu cầu sử dụng thuốc, khả năng tài chính tại cơ sở khám, chữa bệnh (bao gồm viện phí và BHYT) và danh mục theo tên gốc của Bộ Y tế để xây dựng danh mục thuốc cụ thể theo tên thành phẩm sử dụng tại cơ sở khám, chữa bệnh đó. Giám đốc bệnh viện và Giám đốc BHXH thống nhất việc thanh toán chi phí thuốc sử dụng cho người có thẻ BHYT khi đến khám, chữa bệnh.

- Thanh toán chi phí thuốc phù hợp với tuyến chuyên môn kỹ thuật: danh mục thuốc tại mỗi cơ sở khám, chữa bệnh được xây dựng phù hợp với tuyến chuyên môn và hạng bệnh viện đã được cấp có thẩm quyền phê duyệt.

- Thanh toán chi phí thuốc theo giá nhập của các cơ sở khám, chữa bệnh: Quy định này xác định tính phi lợi nhuận trong tổ chức thực hiện chính sách BHYT. Theo đó, cơ sở khám, chữa bệnh có trách nhiệm nhập và nhượng nguyên

giá thuốc cho người bệnh nói chung và người bệnh có thẻ BHYT nói riêng, đồng thời đảm bảo cho các cơ sở không phải bù lỗ do quá trình nhập thuốc sử dụng tại bệnh viện, phù hợp với đặc điểm kinh tế xã hội mỗi địa phương.

- Thanh toán các loại thuốc được chỉ định và cung ứng bởi cơ sở khám, chữa bệnh: Cơ quan BHXH chỉ thực hiện việc chi trả các loại thuốc có trong danh mục được cơ sở khám, chữa bệnh xây dựng theo đúng các quy định nêu trên đồng thời các loại thuốc này được bác sỹ điều trị chỉ định trong bệnh án, sổ y bạ, đơn thuốc ngoại trú và cung cấp tại cơ sở khám, chữa bệnh. Quy định này cũng yêu cầu các bác sỹ không được tự ý kê đơn để bệnh nhân tự mua, nếu bệnh nhân yêu cầu bác sỹ kê đơn phải ghi rõ trong đơn thuốc “kê theo yêu cầu người bệnh”, chi phí các loại thuốc này (nếu có) sẽ không thuộc phạm vi thanh toán của quỹ BHYT.

- Thanh toán chi phí thuốc theo các quy định của chính sách BHYT hiện hành: Tùy theo từng thời điểm mà khung chính sách BHYT sẽ có những quy định cụ thể và việc thanh toán chi phí khám, chữa bệnh nói chung, chi phí thuốc chữa bệnh nói riêng phải thực hiện theo quy định đó. Chi phí thuốc được tính trong tổng chi phí khám, chữa bệnh tại cơ sở y tế nơi bệnh nhân đến điều trị. Chi phí tiền thuốc được thanh toán cho cơ sở khám, chữa bệnh theo hợp đồng cùng với các chi phí khác đã trực tiếp sử dụng cho người bệnh trong quá trình điều trị hoặc được thanh toán trực tiếp cho người tham gia BHYT trong một số trường hợp.

Mọi chi phí khám, chữa bệnh nói chung, chi phí thuốc chữa bệnh nói riêng đều phải được cơ quan BHXH giám định theo nguyên tắc: *đúng người - đúng bệnh - đúng thuốc - đúng chi phí* trước khi thanh toán.

Chương 2: ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. ĐỐI TƯỢNG NGHIÊN CỨU

2.1.1. Người, đơn vị quản lý đấu thầu thuốc

- Lãnh đạo Sở Y tế
- Hình thức đấu thầu mua thuốc, kết quả trúng thầu
- Báo cáo đánh giá tình hình quản lý, cung ứng, thanh toán thuốc

2.1.2. Người, đơn vị tham gia và sử dụng kết quả đấu thầu thuốc

- Lãnh đạo công ty dược, lãnh đạo cơ sở khám, chữa bệnh
- Danh mục thuốc trúng thầu
- Báo cáo sử dụng thuốc

2.1.3. Người, đơn vị thanh toán thuốc BHYT

- Lãnh đạo Bảo hiểm xã hội tỉnh
- Báo cáo đánh giá tình hình quản lý, cung ứng, thanh toán thuốc BHYT
- Tổng hợp thanh toán thuốc BHYT toàn quốc
- Chi tiết các loại thuốc BHYT thanh toán với cơ sở khám, chữa bệnh

2.2. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu

Sử dụng phương pháp nghiên cứu mô tả cắt ngang, kết hợp định tính và định lượng

- Nghiên cứu mô tả cắt ngang: nghiên cứu các thông tin về đấu thầu mua thuốc và thanh toán thuốc BHYT năm 2010 trên toàn quốc

- Nghiên cứu trường hợp: sử dụng và thanh toán thuốc BHYT tại 6 bệnh viện tuyến tỉnh, thành phố gồm Hải Phòng, Thái Bình, Sơn La, Nghệ An, Đắk Lắk, Bà Rịa Vũng Tàu.

- Nghiên cứu bàn giấy: Các báo cáo tình hình đấu thầu mua thuốc và thanh toán thuốc của Sở Y tế, BHXH các tỉnh, thành phố năm 2010 được tóm tắt và tổng hợp theo chủ đề, những thông tin điển hình được trích dẫn trong nghiên cứu.

- Nghiên cứu định tính:

+ Phòng vấn sâu lãnh đạo Sở Y tế, cơ sở khám, chữa bệnh và BHXH các tỉnh, một số đơn vị cung ứng thuốc BHYT tại các tỉnh đầu thầu mua thuốc tập trung.

+ Nghiên cứu ở 6 vùng kinh tế xã hội, mỗi vùng tại 03 tỉnh thực hiện 3 hình thức đấu thầu khác nhau trong đó chọn có chủ đích 3 thành phố lớn là Hà Nội, Đà Nẵng, TP Hồ Chí Minh và 4 tỉnh đang thí điểm đấu thầu cung ứng thuốc tập trung (Cao Bằng, Vĩnh Phúc, Thanh Hóa, Bình Định), chọn ngẫu nhiên các tỉnh còn lại. Nghiên cứu đã thực hiện phỏng vấn sâu tại 18 tỉnh.

Bảng 2.1: Danh sách các địa điểm nghiên cứu định tính

Vùng kinh tế xã hội	Hình thức đấu thầu		
	Tập trung	Đại diện	Đơn lẻ
Trung du và miền núi phía Bắc	Cao Bằng	Phú Thọ	Sơn La
Đồng bằng sông Hồng	Vĩnh Phúc,	Hải Dương	Hà Nội
Bắc Trung Bộ và Duyên Hải miền Trung	Thanh Hóa, Bình Định, Đà Nẵng	Quảng Ngãi	Quảng Trị
Tây Nguyên	Đắk Lắk	Lâm Đồng	
Đông Nam Bộ	Bình Dương		TP Hồ Chí Minh
Đồng bằng sông Cửu Long	Kiên Giang	Long An	Sóc Trăng

- Nghiên cứu định lượng:

+ Thông tin về kết quả đấu thầu, thanh toán thuốc BHYT của 63 địa phương năm 2010;

+ Thông tin về 30 loại thuốc có giá trị thanh toán cao nhất tại 6 bệnh viện tuyến tỉnh năm 2010: Chọn mẫu có chủ đích 6 bệnh viện tuyến tỉnh hạng 2 tại 6 vùng kinh tế xã hội, mẫu được chọn là các bệnh viện sử dụng chung 1 phần

mềm thống kê khám chữa bệnh do cơ quan BHXH cung cấp, kết xuất được dữ liệu thuốc thanh toán BHYT năm 2010.

Kết quả, nghiên cứu trường hợp tại 6 bệnh viện tỉnh: Hải Phòng, Thái Bình, Sơn La, Nghệ An, Đắk Lắk, Bà Rịa Vũng Tàu.

2.2.2. Kỹ thuật thu thập số liệu

- Nghiên cứu định tính được thu thập qua phỏng vấn sâu, bộ câu hỏi mở thiết kế sẵn, theo các chủ đề chính:

- + Thực trạng quản lý công tác đấu thầu, cung ứng thuốc
- + Phương pháp và tổ chức thực hiện đấu thầu, tổ chức cung ứng thuốc
- + Đánh giá, nhận định về kết quả đấu thầu, mức độ sẵn có và khả năng cung ứng thuốc

- + Quản lý giá thuốc và thanh toán thuốc BHYT

- + Tồn tại và kiến nghị về công tác đấu thầu, cung ứng, thanh toán thuốc

- Nghiên cứu định lượng được thu thập qua các file dữ liệu:

- + Dữ liệu thuốc trúng thầu áp dụng cho năm 2010 được thu thập từ 63 địa phương, riêng tại các tỉnh thực hiện đấu thầu trực tiếp, nghiên cứu dựa trên dữ liệu thuốc trúng thầu của bệnh viện đa khoa tỉnh; dữ liệu thuốc trúng thầu tại các bệnh viện Trung ương được tổng hợp và phân tích riêng.

- + Dữ liệu tổng hợp thanh toán BHYT năm 2010 theo tuyến chuyên môn kỹ thuật do BHXH các tỉnh cung cấp dưới dạng file Excel kèm theo báo cáo.

- + Dữ liệu thanh toán thuốc BHYT của 6 bệnh viện tuyến tỉnh năm 2010 được cơ quan BHXH tỉnh quyết toán, lưu dưới dạng file Excel và báo cáo quyết toán.

2.2.3. Biến số nghiên cứu

Bảng 2.2: Các biến số nghiên cứu

Các biến số	Diễn giải
Lần tổ chức thầu	Số lần tổ chức đấu thầu thuộc trong năm
Thời gian hoàn thành	Thời gian từ khi xây dựng Kế hoạch đấu thầu, hồ sơ mời thầu đến khi phê duyệt trúng thầu
Cách thức xây dựng gói thầu	Xây dựng một gói/nhiều gói Xây dựng theo nhóm điều trị
Hình thức đấu thầu	Theo quy định của TTLT số 10/2007/BYT-BTC
Nguyên tắc xác định giá trị gói thầu và xét trúng thầu	Tổng giá trị gói thầu Từng mặt hàng
Số lượng nhà thầu	Số nhà thầu tham dự – Dưới 20 – Từ 20 đến 30 – Trên 30
Nhà thầu chính	Nhà thầu có giá trị các mặt hàng trúng thầu cao nhất – Dưới 70% – Từ 70 đến 80% – Trên 80%
Tỷ lệ thuộc trúng thầu	Số lượng thuộc trúng thầu trong tổng số mặt hàng đấu thầu – Dưới 70% – Từ 70 đến dưới 80% – Từ 80 đến 90% – Trên 90%
Hình thức tổ chức mua thuốc	– Trực tiếp – Tập trung
Hình thức thanh toán thuốc	– Trực tiếp – Tập trung
Mức độ đảm bảo nhu cầu sử dụng thuốc	– Đủ – Không đủ
Tuyển chuyên môn kỹ thuật (theo phân tuyến của Bộ Y tế)	– Trung ương – Tỉnh – Huyện – Xã

2.2.4. Xử lý số liệu

- Dữ liệu được làm sạch, chuẩn hóa và nhập vào phần mềm viết trên Visual Foxpro để mã hóa bổ sung các biến nghiên cứu trên cơ sở dữ liệu gốc.

- Các biến số được chuẩn hóa: tên thuốc, tên hoạt chất, hàm lượng, đường dùng, số đăng ký/giấy phép nhập khẩu, nhà sản xuất/phân phối, nước sản xuất, số lượng, đơn giá, số lượng thuốc.

- Ngoài các biến số có sẵn trong dữ liệu, các biến số mới được mã hóa gồm:

+ Tên thuốc được mã hóa theo ATC.

+ Nhóm thuốc được mã hóa theo tên hoạt chất, gồm 27 nhóm theo quy định của Bộ Y tế

+ Phân vùng kinh tế xã hội theo quy định tại Nghị định số 92/2006/NĐ-CP ngày 07/9/2006 của Chính phủ gồm:

* Vùng 1 (KV1). Trung du và miền núi phía Bắc gồm 14 tỉnh: Hà Giang, Cao Bằng, Bắc Kạn, Tuyên Quang, Lào Cai, Điện Biên, Lai Châu, Sơn La, Yên Bái, Hoà Bình, Thái Nguyên, Lạng Sơn, Bắc Giang, Phú Thọ.

* Vùng 2 (KV2). Đồng bằng sông Hồng gồm 11 tỉnh: Hà Nội, Quảng Ninh, Vĩnh Phúc, Bắc Ninh, Hải Dương, Hải Phòng, Hưng Yên, Thái Bình, Hà Nam, Nam Định, Ninh Bình.

* Vùng 3 (KV3). Bắc Trung Bộ và Duyên Hải miền Trung: gồm 14 tỉnh: Thanh Hoá, Nghệ An, Hà Tĩnh, Quảng Bình, Quảng Trị, Thừa Thiên Huế, Đà Nẵng, Quảng Nam, Quảng Ngãi, Bình Định, Phú Yên, Khánh Hoà, Ninh Thuận, Bình Thuận.

* Vùng 4 (KV4). Tây Nguyên gồm 5 tỉnh: Kon Tum, Gia Lai, Đắk Lắk, Đắk Nông, Lâm Đồng.

* Vùng 5 (KV5). Đông Nam Bộ gồm 6 tỉnh: Bình Phước, Tây Ninh, Bình Dương, Đồng Nai, Bà Rịa Vũng Tàu, TP Hồ Chí Minh.

* Vùng 6 (KV6). Đồng bằng sông Cửu Long gồm 13 tỉnh: Long An, Tiền Giang, Bến Tre, Trà Vinh, Vĩnh Long, Đồng Tháp, An Giang, Kiên Giang, Cần Thơ, Hậu Giang, Sóc Trăng, Bạc Liêu, Cà Mau.

2.2.5. Nội dung nghiên cứu

Bảng 2.3: Nội dung nghiên cứu

Nội dung	Vấn đề	Phương pháp thu thập
Thực trạng đấu thầu mua thuốc BHYT	<ul style="list-style-type: none"> - Hình thức đấu thầu mua thuốc - Liên quan đến điều kiện KTXH - Áp dụng tại các tuyến điều trị - Cách thức tổ chức đấu thầu - Cách thức cung ứng - Cách thức thanh toán 	Tài liệu thu thập Số liệu thứ cấp
Đánh giá các hình thức đấu thầu mua thuốc	<ul style="list-style-type: none"> - Quy mô của các hình thức cung ứng theo các mô hình tổ chức đấu thầu mua sắm, mô hình cung cấp thuốc và thanh toán tiền thuốc - Tính hiệu quả, phù hợp của mỗi hình thức 	Phỏng vấn sâu Tài liệu, báo cáo
	<ul style="list-style-type: none"> - Nguồn gốc, mặt hàng cung ứng - Tỷ trọng các mặt hàng - Giá các mặt hàng - So sánh giá giữa các khu vực - So sánh giá cùng một địa bàn - Ước tính giá trị chênh lệch giữa các tỉnh, hiệu quả kinh tế 	Số liệu thứ cấp

2.2.6. Giới hạn của nghiên cứu

Nghiên cứu chỉ tập trung phân tích quá trình đấu thầu mua thuốc BHYT, không đề cập đến toàn bộ quá trình cung ứng thuốc.

Đây là một nghiên cứu mô tả sử dụng nguồn số liệu thứ cấp nên không chủ động lựa chọn được các biến số mong muốn để phân tích về hành vi lựa chọn và sử dụng thuốc BHYT.

Để thu thập được thông tin chi tiết các loại thuốc thanh toán BHYT, nghiên cứu lựa chọn các bệnh viện tuyến tỉnh có sử dụng phần mềm thống kê

khám, chữa bệnh, tuy nhiên do hạn chế của các phần mềm, nghiên cứu chỉ thu thập được các thông tin thống kê 30 loại thuốc có giá trị thanh toán cao nhất trong tổng số các thuốc thanh toán BHYT.

2.2.7. Đạo đức nghiên cứu

- Nghiên cứu được sự đồng ý và chấp nhận phối hợp nghiên cứu, thu thập số liệu của cơ quan Bảo hiểm xã hội, Sở Y tế các tỉnh được chọn điều tra.

- Các đối tượng khi tham gia nghiên cứu được giải thích rõ ràng về mục đích nghiên cứu và tự nguyện tham gia vào nghiên cứu.

- Các thông tin cá nhân được bảo đảm bí mật chỉ phục vụ cho mục đích nghiên cứu khoa học.

Chương 3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

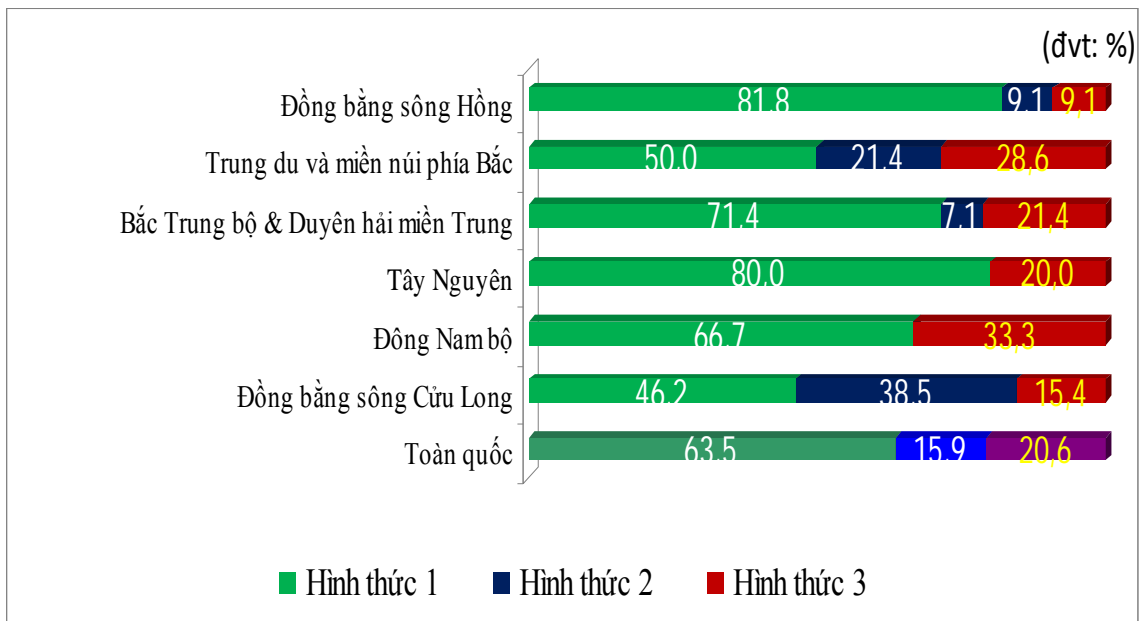
3.1. THỰC TRẠNG ĐẦU THẦU MUA THUỐC BẢO HIỂM Y TẾ

3.1.1. Lựa chọn hình thức đấu thầu mua thuốc

3.1.1.1. Phân loại lựa chọn hình thức đấu thầu mua thuốc theo khu vực

Bảng 3.1: Các hình thức đấu thầu mua thuốc năm 2010 theo khu vực

Khu vực	Hình thức 1		Hình thức 2		Hình thức 3	
	SL	TL (%)	SL	TL (%)	SL	TL (%)
Trung du và Miền núi phía Bắc	9	23,0	1	10,0	1	8,0
Đồng Bằng sông Hồng	7	18,0	3	30,0	4	31,0
Bắc Trung bộ & DH miền Trung	10	25,0	1	10,0	3	23,0
Tây Nguyên	4	10,0	0	0,0	1	8,0
Đông Nam Bộ	4	10,0	0	0,0	2	15,0
Đồng bằng sông Cửu Long	6	15,0	5	50,0	2	15,0
Cộng	40	100	10	100	13	100



Hình 3.1. Lựa chọn hình thức đấu thầu mua thuốc

Kết quả nghiên cứu việc lựa chọn hình thức đấu thầu mua thuốc trong phạm vi địa giới hành chính của một tỉnh/thành phố và tổng hợp theo các khu vực kinh tế xã hội khác nhau được trình bày tại Bảng 3.1 cho thấy:

Cả 3 hình thức đấu thầu mua thuốc theo quy định của Thông tư liên tịch số 10/2007/TTLT-BYT-BTC ngày 10/8/2007 của liên Bộ Y tế - Tài chính đều được các địa phương áp dụng thực hiện, trong đó:

- Đấu thầu tập trung (Hình thức 1) được thực hiện tại 40 tỉnh, thành phố chiếm 63,5% tổng số các địa phương trên cả nước.

- 10 địa phương thực hiện đấu thầu đại diện (15,9%).

- 13 địa phương đấu thầu theo hình thức đơn lẻ (20,6%).

Khu vực Bắc Trung bộ và Duyên hải miền Trung có tỷ lệ thực hiện mua sắm thuốc qua đấu thầu tập trung cao nhất với 25% tổng số 40 tỉnh, thành phố trên cả nước áp dụng hình thức này; tiếp đến là khu vực Trung du và miền núi phía Bắc (23%), khu vực đồng bằng sông Hồng có 7 tỉnh thực hiện (18%), 6 tỉnh thuộc đồng bằng sông Cửu Long (15%); thấp nhất là 2 khu vực gồm Tây Nguyên và các tỉnh thuộc khu vực Đông Nam bộ (10%).

Theo từng vùng kinh tế - xã hội, việc mua sắm thuốc qua đấu thầu tập trung cũng là hình thức được các địa phương lựa chọn phổ biến nhất, trong đó:

- Khu vực Đồng bằng sông Hồng và Tây Nguyên có trên 80% địa phương áp dụng hình thức này.

- Khu vực Bắc Trung bộ và Duyên hải miền Trung với hơn 71% số tỉnh thực hiện.

- Thấp nhất là khu vực Đồng bằng sông Cửu Long chỉ có 46,2% số các địa phương thuộc khu vực này áp dụng hình thức đấu thầu tập trung để mua sắm thuốc.

Mua sắm thuốc qua đấu thầu đại diện và đấu thầu đơn lẻ là hình thức khá phổ biến tại khu vực Trung du và Miền núi phía Bắc, Đồng bằng sông Cửu Long.

Tại các tỉnh thực hiện tổ chức đấu thầu tập trung, lãnh đạo Sở Y tế đưa ra những lý do chính để lựa chọn hình thức này là:

“- Thuận lợi cho công tác quản lý nhà nước về chuyên môn, tránh được tình trạng tiếp thị thuốc

- Quản lý được giá thuốc, giá thống nhất trên địa bàn tỉnh*
- Môi trường cạnh tranh lành mạnh*
- Tập trung được đội ngũ cán bộ được đào tạo và có kinh nghiệm*
- Tiết kiệm được nhân lực, chi phí*
- Lựa chọn được nhà cung cấp thuốc có chất lượng, giá hợp lý”*

Lãnh đạo Sở Y tế tổ chức đấu thầu tập trung

Những lý do không lựa chọn hình thức đấu thầu tập trung là:

“- Giao thông đi lại khó khăn, nhất là các tỉnh miền núi

- Chưa chọn được nhà cung ứng đủ mạnh để tập hợp các đơn vị cung ứng nhỏ lẻ thành một môi trường thống nhất

- Đội ngũ cán bộ thiếu về số lượng và kinh nghiệm

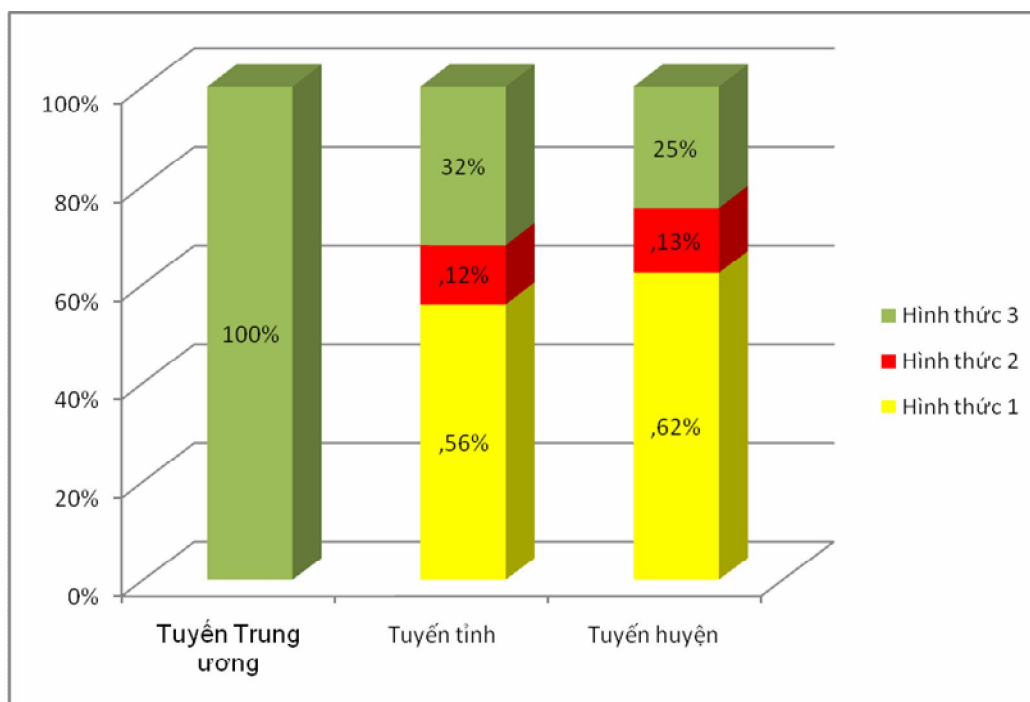
- Khó bao quát được toàn bộ các danh mục thuốc của các bệnh viện công lập trong tỉnh”

Lãnh đạo Sở Y tế tổ chức đấu thầu tập trung

3.1.1.2. Lựa chọn hình thức đấu thầu cung ứng thuốc theo tuyến

Bảng 3.2: Đấu thầu cung ứng thuốc ở các tuyến năm 2010

Tuyến	Hình thức 1		Hình thức 2		Hình thức 3		Cộng Số CS KCB
	Số CS KCB	Tỷ lệ (%)	Số CS KCB	Tỷ lệ (%)	Số CS KCB	Tỷ lệ (%)	
Trung ương	0	0,0	0	0,0	47	100	47
Tỉnh, thành phố	331	55,9	71	12,0	190	32,1	592
Huyện, quận	933	62,2	198	13,2	368	24,5	1.499
Cộng	1.264	59,1	269	12,6	605	28,3	2.138



Hình 3.2. Các hình thức đấu thầu cung ứng thuốc theo tuyến

Kết quả nghiên cứu việc lựa chọn hình thức đấu thầu mua thuốc tại các cơ sở khám, chữa bệnh theo phân tuyến chuyên môn kỹ thuật cho thấy: Đấu thầu tập trung là hình thức được đa số các cơ sở khám, chữa bệnh lựa chọn để mua thuốc cho người bệnh BHYT, trong tổng số 2.138 cơ sở khám, chữa bệnh ký hợp đồng với cơ quan BHXH có tới 1.264 cơ sở, chiếm tỷ lệ 59,1% thực hiện

hình thức này, tiếp đến là hình thức đấu thầu đơn lẻ với 28,3% số cơ sở khám, chữa bệnh áp dụng; chỉ có 12,6% cơ sở lựa chọn hình thức đấu thầu đại diện (Hình 3.2), trong đó:

- 100% (47/47) cơ sở khám, chữa bệnh BHYT tuyến Trung ương đều thực hiện mua sắm thuốc thông qua hình thức đấu thầu đơn lẻ.

- 55,9% trong tổng số 592 cơ sở khám, chữa bệnh tuyến tỉnh áp dụng đấu thầu theo hình thức tập trung và 32,1% lựa chọn hình thức đấu thầu đơn lẻ trong cung ứng thuốc, chỉ có 12 % cơ sở khám, chữa bệnh tuyến tỉnh thực hiện hình thức đấu thầu đại diện.

- Có đến 933 cơ sở trong tổng số 1.499 cơ sở khám, chữa bệnh tuyến huyện (62,2%) thực hiện cung ứng thuốc qua đấu thầu tập trung, 24,5% số các cơ sở này lựa chọn đấu thầu cung ứng thuốc theo hình thức đơn lẻ, đấu thầu đại diện chỉ có 13,2 % số cơ sở khám, chữa bệnh tuyến huyện áp dụng.

3.1.1.3. Kết hợp các hình thức đấu thầu

Bảng 3.3: Đấu thầu kết hợp các hình thức

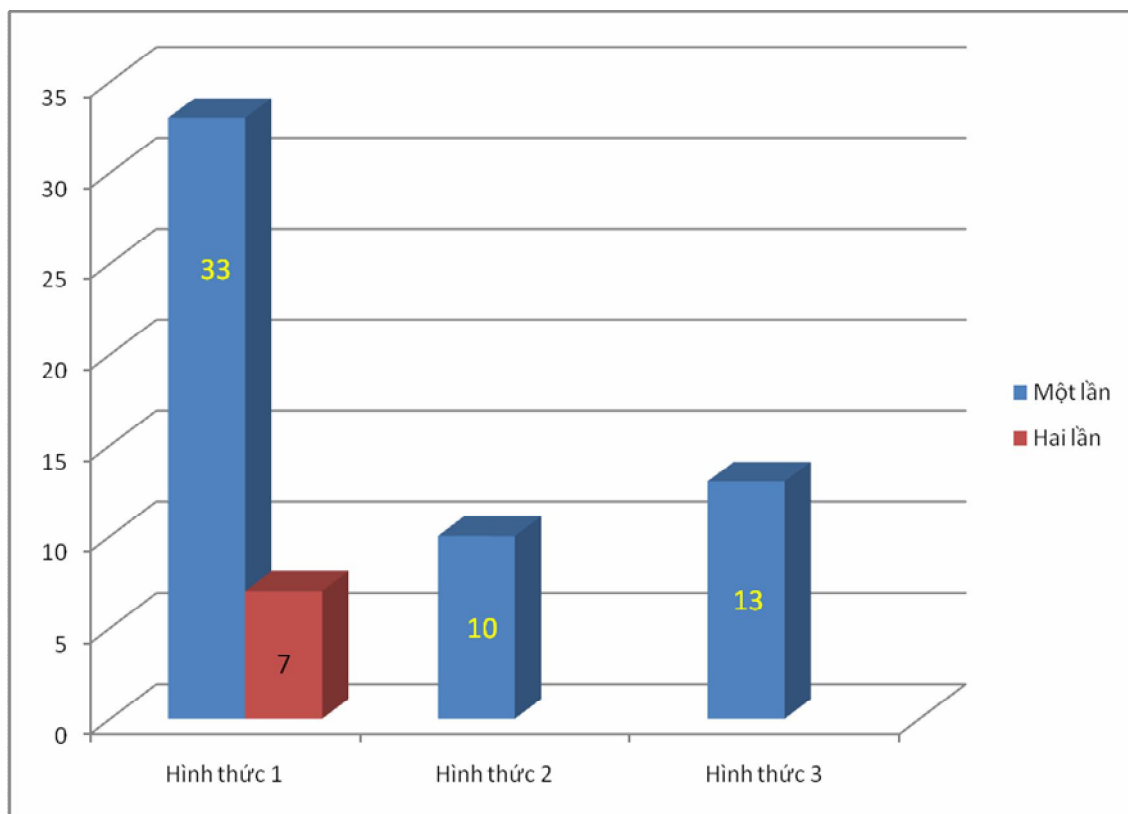
Hình thức chủ yếu	Kết hợp			
	Hình thức 1	Hình thức 2	Hình thức 3	Đồng thời 2 và 3
Hình thức 1	28/40 (70%)	4/40 (10%)	7/40 (17,5%)	1/40 (2,5%)
Hình thức 2	0	9/10 (90%)	1/10 (10%)	0
Hình thức 3	0	0	13 (100%)	0

Kết quả nghiên cứu cho thấy: Để giải quyết tình trạng thiếu thuốc do không trúng thầu, ngoài việc áp dụng hình thức đấu thầu chủ yếu đối với các thuốc sử dụng phổ biến, một số tỉnh còn kết hợp thêm các hình thức khác để đấu thầu mua sắm một số thuốc đặc biệt (như thuốc ung thư, thuốc chống thải ghép) hoặc những loại thuốc không trúng thầu. Theo đó, bên cạnh việc lựa chọn một hình thức đấu thầu chủ yếu, 12 tỉnh đấu thầu tập trung kết hợp đấu thầu đại diện hoặc đấu thầu đơn lẻ, 1 tỉnh đấu thầu đại diện kết hợp đấu thầu đơn lẻ.

3.1.2. Số lần tổ chức đấu thầu trong năm

Bảng 3.4: Số lần tổ chức đấu thầu trong năm

Số lần tổ chức thầu	Hình thức 1		Hình thức 2		Hình thức 3		Cộng	
	SL	TL (%)	SL	TL (%)	SL	TL (%)	SL	TL (%)
Một lần	33	82,5	10	100	13	100	56	88,9
Hai lần	7	17,5	0	0,0	0	0,0	7	11,1
Cộng	40	100	10	100	13	100	63	100



Hình 3.3. Số lần tổ chức đấu thầu cung ứng thuốc trong năm

- Có đến 88,9% các tỉnh, thành phố chỉ tổ chức đấu thầu được một lần trong năm, bao gồm 100% các địa phương thực hiện đấu thầu đại diện và đơn lẻ

và 82,5% (33/40) tỉnh, thành phố thực hiện đấu thầu tập trung.

- Chỉ có 7 tỉnh lựa chọn hình thức đấu thầu tập trung là thực hiện được 2 lần đấu thầu trong năm, chiếm 17,5% các tỉnh áp dụng hình thức này.

“Chủ đầu tư không nên tổ chức đấu thầu 1 lần trong năm vì gây khó khăn cho các đơn vị cung ứng thuốc do giá thuốc hiện nay thay đổi, biến động thường xuyên, khi đó các doanh nghiệp trúng thầu không thể thay đổi giá thuốc, Chính vì vậy một số doanh nghiệp chậm trễ trong việc cung ứng thuốc, thậm chí là bỏ thầu”

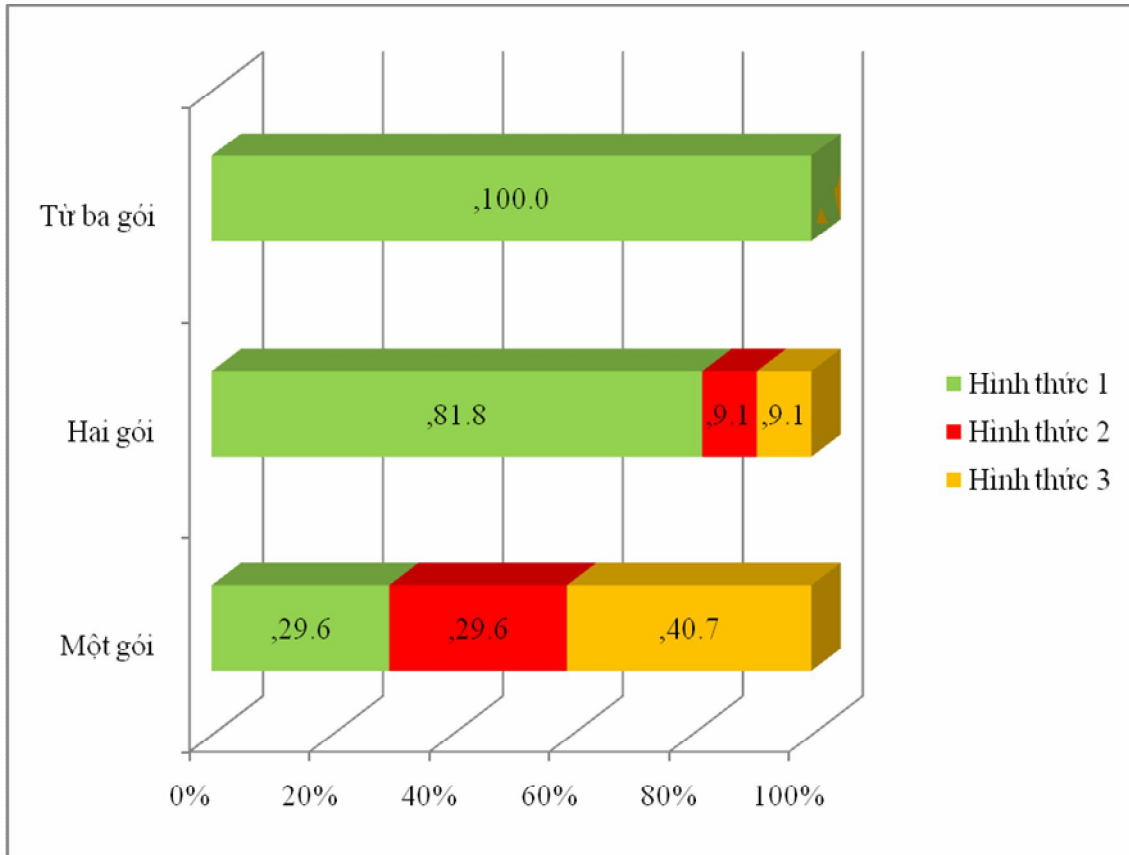
Lãnh đạo một doanh nghiệp Dược

3.1.3 Cách thức xây dựng gói thầu trong kế hoạch đấu thầu

3.1.3.1. Số lượng gói thầu được xây dựng trong kế hoạch đấu thầu

Bảng 3.5: Số lượng gói thầu được xây dựng trong kế hoạch đấu thầu

Số lượng	Hình thức 1		Hình thức 2		Hình thức 3		Cộng	
	SL	TL (%)	SL	TL (%)	SL	TL (%)	SL	TL (%)
Một gói	8	20	8	80	11	84.6	27	42.9
Hai gói	18	45	2	20	2	15.4	22	34.9
Từ ba gói	14	35	-	-	-	-	14	22.2



Hình 3.4. Số lượng gói thầu được xây dựng trong kế hoạch đấu thầu

- Có 27 địa phương (42,9 %) chỉ xây dựng 1 gói thầu chung cho tất cả các mặt hàng trong kế hoạch đấu thầu; 36 địa phương còn lại phân chia theo nhiều gói thầu khi xây dựng kế hoạch đấu thầu, trong đó có 14 tỉnh, thành phố (22,2%) thực hiện từ 3 gói thầu trở lên.

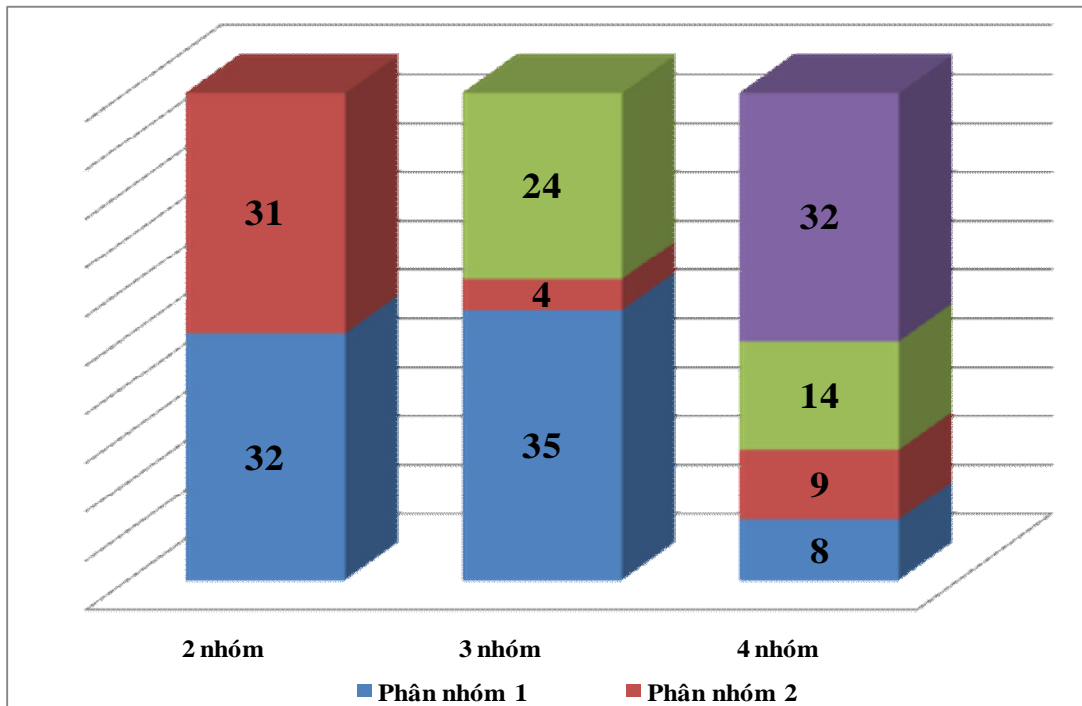
- Có 80% số tỉnh lựa chọn đấu thầu theo hình thức tập trung xây dựng từ 2 gói thầu trở lên trong kế hoạch đấu thầu, ngược lại có đến 80% số tỉnh thực hiện đấu thầu đại diện và đơn lẻ xây dựng kế hoạch đấu thầu theo 1 gói thầu chung cho tất cả các mặt hàng.

3.1.3.2. Phân loại gói thầu trong kế hoạch đấu thầu

Phân loại gói thầu theo nguồn gốc, xuất xứ hàng hóa, kết quả được trình bày tại bảng sau:

Bảng 3.6: Phân loại gói thầu theo nguồn gốc, xuất xứ nước sản xuất thuốc

Số nhóm Phân nhóm	Phân theo 2 nhóm	Phân theo 3 nhóm	Phân theo 4 nhóm
Nhóm 1	Mỹ, Nhật, Úc, một số nước Châu Âu	Một số nước Châu Âu, Mỹ, Úc, Canada, Aentina, Nhật, Singapo	Anh, Pháp, Đức, Mỹ, Nhật, Canada, Thụy Sĩ, Thụy Điển
Nhóm 2	Các nước còn lại	Trung Quốc, Ấn Độ, Banglades, Pakistan	Bỉ, Hà Lan, Đan Mạch, Na Uy, Úc, Việt Nam liên doanh, Tây Ban Nha, Áo, Phần Lan
Nhóm 3		Các nước khác	Các nước Đông Âu, Nga, Hy Lạp, Ai Len, Niu Di Lân, Phần Lan, Slovenia, Hungary, Cu Ba, Việt Nam, Ấn Độ, Thái Lan, Hàn Quốc, Singapore, Aentina, Trung Quốc, Columbia
Nhóm 4			Các nước còn lại



Hình 3.5. Phân loại gói thầu theo nguồn gốc, xuất xứ nước sản xuất thuốc

Kết quả nghiên cứu tại Bảng 3.6 cho thấy:

- Cách thức xây dựng gói thầu trong kế hoạch đấu thầu có sự khác nhau giữa các địa phương, gói thầu thuốc tân dược thường được phân chia theo nguồn gốc xuất xứ hoặc phân nhóm tác dụng. Các thuốc điều trị ung thư, chống thải ghép, thuốc phóng xạ và hợp chất đánh dấu thường được tổ chức thành gói thầu riêng.

- Không có sự thống nhất trong việc phân nhóm nguồn gốc, xuất xứ của thuốc khi xây dựng gói thầu trong kế hoạch đấu thầu. Tùy theo từng địa phương, các gói thầu có thể được xây dựng theo phân loại như sau:

(i) Phân theo 2 nhóm: nhóm 1 (Mỹ, Nhật, Úc, Châu Âu); nhóm 2 (các nước còn lại);

(ii) Phân theo 3 nhóm: nhóm 1 (Các nước Châu Âu + Mỹ, Canada, Achantina, Nhật, Singapo, Úc); nhóm 2 (Trung quốc, Ấn Độ, Banglades, Pakistan); nhóm 3 (các nước khác); (iii) Phân theo 4 nhóm: nhóm 1 (Anh, Pháp,

Đức, Mỹ, Nhật, Canada, Thụy Sĩ, Thụy Điển); nhóm 2 (Bi, Hà Lan, Đan Mạch, Na Uy, Úc, Việt Nam liên doanh, Tây Ban), Phần Lan; nhóm 3 (Các nước Đông Âu còn lại, Nga, Hy Lạp, Ai len, Niu di lân, Phần Lan, Slovenia, Hungary, Cu Ba, Việt Nam, Ấn Độ, Thái Lan, Hàn Quốc, Singapore, Achentina, Trung Quốc, Columbia); nhóm 4 (Các nước còn lại).

- Chất lượng thuốc và giá thuốc phụ thuộc đáng kể vào nền kinh tế của mỗi quốc gia, các tiêu chí lựa chọn nguồn gốc xuất xứ không thống nhất trong các cách phân nhóm trên, thuốc có nguồn gốc châu Âu được xếp chung ở nhóm 2 và 3 nhưng tách riêng trong nhóm 4.

Mặc dù xây dựng nhiều gói thầu nhưng có rất ít địa phương tổ chức đấu thầu thuốc y học cổ truyền (Bảng 3.7), theo đó:

Bảng 3.7: Đấu thầu thuốc y học cổ truyền

Đấu thầu thuốc y học cổ truyền	Hình thức 1		Hình thức 2		Hình thức 3		Cộng	
	SL	TL (%)	SL	TL (%)	SL	TL (%)	SL	TL (%)
Có	11	27,5	5	50	1	7,7	17	27,0
Không	29	72,5	5	50	12	92,3	46	73,0
Tổng cộng	40	100	10	100	13	100	63	100

- Chỉ có 17 tỉnh, thành phố thực hiện đấu thầu mua sắm thuốc y học cổ truyền, chủ yếu tập trung ở các tỉnh lựa chọn đấu thầu tập trung (11/17 tỉnh) và có duy nhất 1 tỉnh đấu thầu theo hình thức đơn lẻ thực hiện đấu thầu cho thuốc y học cổ truyền; 73% số tỉnh không tổ chức đấu thầu thuốc y học cổ truyền.

- Chỉ có 5/63 tỉnh, thành phố (7,9 %) được Sở Y tế chỉ định bệnh viện Y học cổ truyền tỉnh thực hiện đấu thầu đại diện đối với thuốc y học cổ truyền và

áp dụng kết quả đấu thầu cho các cơ sở khám, chữa bệnh có nhu cầu sử dụng.

3.1.3.3. Cách thức xây dựng và xác định giá trị gói thầu

Bảng 3.8: Cách thức xây dựng và xác định giá trị gói thầu

Giá xét thầu	Hình thức 1		Hình thức 2		Hình thức 3		Cộng	
	SL	TL (%)	SL	TL (%)	SL	TL (%)	SL	TL (%)
Theo tổng giá trị gói thầu	15	37,5	8	80,0	9	69,2	32	50,8
Theo mặt hàng	25	62,5	2	20,0	4	30,8	31	49,2
Cộng	40	100	10	100	13	100	63	100

Kết quả trên cho thấy, giá gói thầu hình thành trên cơ sở đơn giá của từng mặt hàng trong danh mục được xây dựng theo một trong 2 cách là: (i) xây dựng giá gói thầu theo tổng giá trị của cả gói thầu; (ii) hoặc xây dựng giá gói thầu theo giá kế hoạch của từng mặt hàng. Kết quả nghiên cứu cho thấy:

- 62,5% các tỉnh thực hiện đấu thầu theo hình thức tập trung xây dựng giá trị gói thầu và xét thầu theo giá của từng mặt hàng, chỉ có 15/40 tỉnh (37,5%) xây dựng giá gói thầu cho cả gói thầu.

- Ngược lại, các tỉnh thực hiện đấu thầu đại diện và đấu thầu đơn lẻ chủ yếu xét trúng thầu theo tổng giá trị gói thầu (tỷ lệ tương ứng là 80% và 69,2%).

“Cùng một hoạt chất nhưng có giá trúng thầu với nhiều biệt dược khác nhau theo từng gói thuốc đấu thầu (5 gói thầu phân chia theo nơi sản xuất). Chính vì vậy, các cơ sở khám chữa bệnh sử dụng hình thức phân chia gói thầu này để lựa chọn các biệt dược đắt tiền sử dụng do đó làm gia tăng chi phí về thuốc”

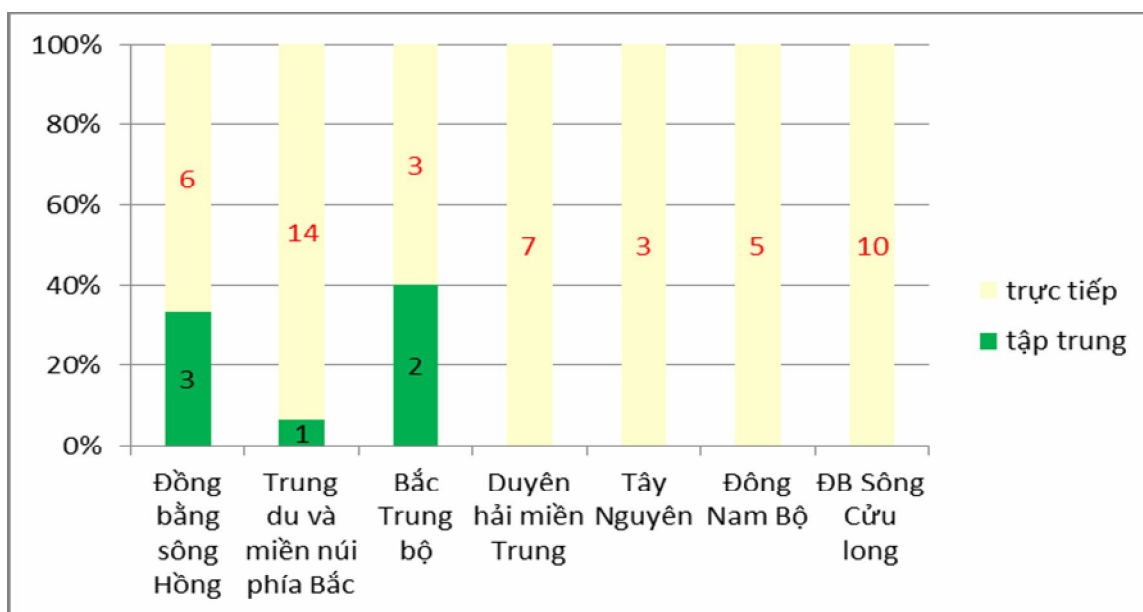
Lãnh đạo Sở Y tế một tỉnh Trung du Bắc bộ

3.1.4. Hình thức tổ chức mua thuốc bảo hiểm y tế

Sau khi kết quả đấu thầu được phê duyệt, việc tổ chức mua thuốc phục vụ cho nhu cầu điều trị của người bệnh tại cơ sở khám, chữa bệnh được thực hiện theo một trong 2 cách: (i) Mua trực tiếp từ đơn vị trúng thầu cho các bệnh viện và (ii) Mua tập trung qua nhà thầu chính (Bảng 3.9).

Bảng 3.9: Các hình thức tổ chức mua thuốc

Hình thức Mua thuốc	Hình thức 1		Hình thức 2		Hình thức 3		Cộng	
	SL	TL (%)	SL	TL (%)	SL	TL (%)	SL	TL (%)
Trực tiếp	35	87,5	9	90,0	13	100	57	90,5
Tập trung	5	12,5	1	10,0			6	9,5
Cộng	40	100	10	100	13	100	63	100



Hình 3.6. Tổ chức mua thuốc tại các khu vực kinh tế - xã hội khác nhau

- Mua thuốc trực tiếp từ đơn vị trúng thầu cho các bệnh viện là hình thức phổ biến nhất, cơ sở khám, chữa bệnh ký hợp đồng trực tiếp với đơn vị trúng thầu để mua thuốc. Trong tổng số 40 tỉnh tổ chức đấu thầu tập trung có tới 35

tỉnh (87,5%) thực hiện cung ứng thuốc trực tiếp, chỉ có 5 tỉnh (12,5%) thực hiện việc mua thuốc tập trung qua 1 đơn vị trúng thầu. Với các tỉnh tổ chức đấu thầu theo hình thức đại diện (Hình thức 2) có tới 90% số tỉnh thực hiện mua thuốc trực tiếp. Tỷ lệ này là 100% ở các tỉnh đấu thầu theo Hình thức 3.

- Hiện có 6 tỉnh thực hiện mua thuốc tập trung (9,5%). Khu vực Đồng bằng sông Hồng có 3 tỉnh gồm: Hải Dương, Hải Phòng, Vĩnh Phúc; Khu vực Trung du và miền núi phía Bắc có 1 tỉnh (Cao Bằng); Khu vực Bắc Trung bộ có 2 tỉnh là Nghệ An và Thanh Hóa. Tại các tỉnh này, các đơn vị trúng thầu ủy quyền cho Công ty Dược của tỉnh bán thuốc cho các cơ sở khám, chữa bệnh trên địa bàn.

“Việc cung ứng tập trung qua một đầu mối đảm bảo được nguồn thuốc chủ yếu cho các cơ sở khám, chữa bệnh trên địa bàn, nguồn hàng ổn định, chi phí vận chuyển giảm so với việc nhiều công ty thực hiện cung ứng cho một bệnh viện”

Lãnh đạo Công ty Dược – nhà thầu chính tại một số địa phương

3.1.5. Hình thức thanh toán chi phí thuốc bảo hiểm y tế

Kết quả nghiên cứu cho thấy, việc thanh toán chi phí thuốc BHYT tại các địa phương trong thời gian qua được thực hiện theo một trong hai hình thức sau:

Bảng 3.10: Hình thức thanh toán chi phí thuốc bảo hiểm y tế

Hình thức thanh toán	Mô tả	Tỉnh áp dụng
Trực tiếp	Cơ sở khám, chữa bệnh thanh toán trực tiếp cho đơn vị cung ứng	59 (93,6%)
Tập trung	Cơ quan Bảo hiểm xã hội thanh toán cho đơn vị cung ứng số tiền chi thuốc cơ sở khám, chữa bệnh BHYT đã sử dụng	4 (6,4%)

Như vậy, hình thức thanh toán trực tiếp đang được thực hiện ở các tỉnh là chủ yếu, chiếm tỷ lệ tới 93,6%. Chỉ có 4 tỉnh thực hiện thí điểm thanh toán tập trung là Thanh Hóa, Cao Bằng, Vĩnh Phúc và Bình Định.

“Mục tiêu của việc thí điểm thanh toán chi phí thuốc tập trung là nhằm giảm giá thuốc do các nhà cung cấp cam kết giảm bớt chi phí vốn được kết cấu vào giá thành thuốc”

Lãnh đạo Sở Y tế tại một tỉnh đang triển khai thí điểm

“Trước đây các bệnh viện thường thanh toán chậm 3 đến 6 tháng là một áp lực lớn đối với đơn vị cung ứng trong việc định giá thuốc. Khi thực hiện theo phương thức thanh toán tập trung cơ quan BHXH tạm ứng kinh phí mua thuốc và thanh toán kịp thời hàng quý giúp cho doanh nghiệp có đủ vốn sản xuất kinh doanh chủ động dự trữ thuốc hàng quý”

Lãnh đạo Công ty Dược ở tỉnh đang triển khai thí điểm

“Thực hiện thanh toán trực tiếp, vai trò giám sát của cơ quan BHXH được nâng lên, cơ quan bảo hiểm dễ dàng đối chiếu chứng từ nhập thuốc của cơ sở khám, chữa bệnh với giá thuốc trúng thầu để xác định giá thuốc thanh toán BHYT”

Lãnh đạo BHXH tỉnh đang triển khai thí điểm

3.2. ĐÁNH GIÁ CÁC PHƯƠNG THỨC ĐẤU THẦU MUA SẮM THUỐC

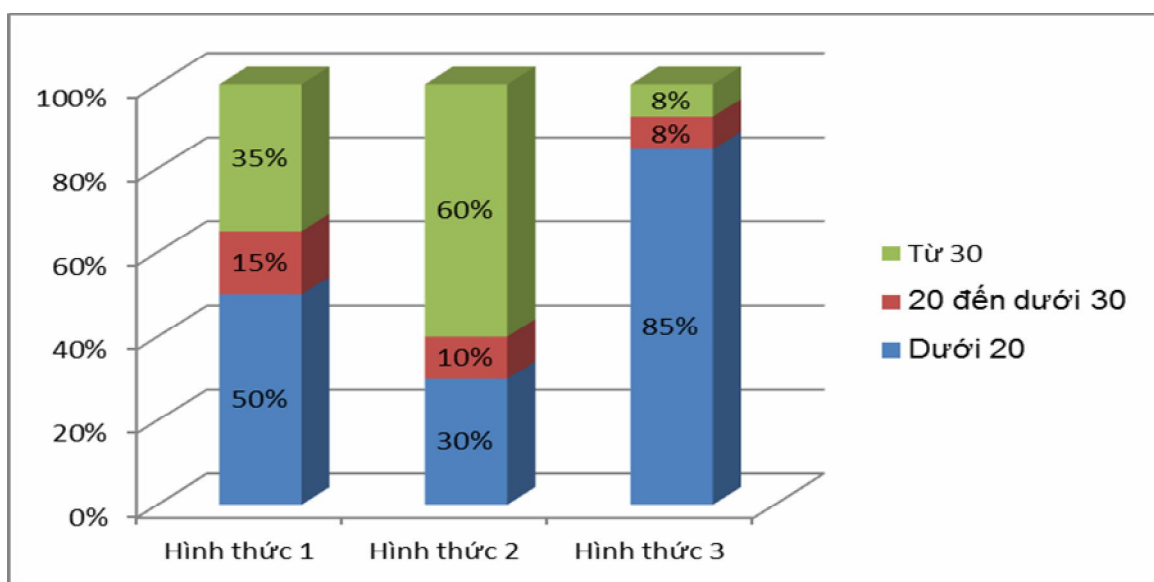
3.2.1. Về quy mô tổ chức đấu thầu mua thuốc

3.2.1.1. Số lượng nhà thầu tham gia đấu thầu

Theo quy định của pháp luật về đấu thầu, thuốc là hàng hóa được đấu thầu rộng rãi. Quy mô, số lượng nhà thầu tham dự trong các hình thức đấu thầu được trình bày tại Bảng 3.11 dưới đây:

Bảng 3.11: Số nhà thầu tham dự trong các hình thức đấu thầu

Số nhà thầu	Hình thức 1		Hình thức 2		Hình thức 3	
	SL	TL (%)	SL	TL (%)	SL	TL (%)
<20	20	50,0	3	30,0	11	85,0
20 - <30	6	15,0	1	10,0	1	7,5
≥30	14	35,0	6	60,0	1	7,5
Cộng	40	100	10	100	13	100



Hình 3.7. So sánh số nhà thầu tham dự trong mỗi hình thức đấu thầu

Kết quả cho thấy, có 40 tỉnh tổ chức đấu thầu tập trung (Hình thức 1), trong đó có một nửa số tỉnh có số lượng nhà thầu tham gia là từ 20 nhà thầu trở lên; có 10 tỉnh tổ chức đấu thầu đại diện (Hình thức 2), trong đó có 7 tỉnh có từ 20 nhà thầu tham gia trở lên; có 13 tỉnh tổ chức đấu thầu đơn lẻ (Hình thức 3), trong đó chỉ có 2 tỉnh có số lượng nhà thầu tham gia từ 20 nhà thầu trở lên. Hầu hết các tỉnh có số lượng nhà thầu tham gia nhiều (từ 20 nhà thầu trở lên) là những thành phố lớn hoặc các tỉnh đồng bằng, kinh phí mua thuốc lớn, giao thông thuận tiện cho việc đi lại.

“Việc có nhiều nhà thầu tham gia đấu thầu sẽ tạo điều kiện thuận lợi hơn cho cơ sở khám, chữa bệnh lựa chọn được các loại thuốc có chất lượng tốt, giá cả cũng hợp lý hơn. Đồng thời chọn lựa được các nhà cung ứng có uy tín, đảm bảo cung ứng đủ thuốc cho nhu cầu điều trị, tránh được tình trạng cháy hàng.

Tuy nhiên, đôi khi cũng tạo nên sự cạnh tranh không lành mạnh, một số đơn vị cung ứng liên kết với nhau để đẩy giá hàng hóa lên cao. Mặt khác, việc thanh toán tiền thuốc giữa cơ sở khám chữa bệnh với các đơn vị cung ứng cũng phức tạp hơn”

Lãnh đạo một bệnh viện Trung ương tại Hà Nội

“Số lượng nhà thầu ít quá sẽ dẫn tới tình trạng độc quyền, bệnh viện buộc phải mua thuốc của nhà cung cấp, nhất là đối với các loại thuốc đặc trị, số lượng sử dụng không nhiều. Tuy nhiên, quá trình đấu thầu cũng nhanh hơn do chỉ phải xem xét ít nhà thầu. Việc thanh toán cung đơn giản hơn”

Lãnh đạo Sở Y tế một tỉnh Tây Nguyên

Giải thích số lượng nhà thầu tham dự ít, lãnh đạo Sở Y tế một tỉnh khu vực miền núi phía Bắc cho rằng:

“Là tỉnh miền núi địa hình phức tạp có huyện cách xa trung tâm tỉnh tới 200km việc vận chuyển thuốc đến các cơ sở khám, chữa bệnh gặp nhiều khó khăn và phải tính phí vận chuyển nhu cầu sử dụng thuốc ít nhỏ lẻ không đồng đều các giá trị gói thầu đều ở mức dưới 10 tỷ đồng/gói nên chỉ có các Công ty dược trên địa bàn và các tỉnh lân cận mới đáp ứng được yêu cầu”

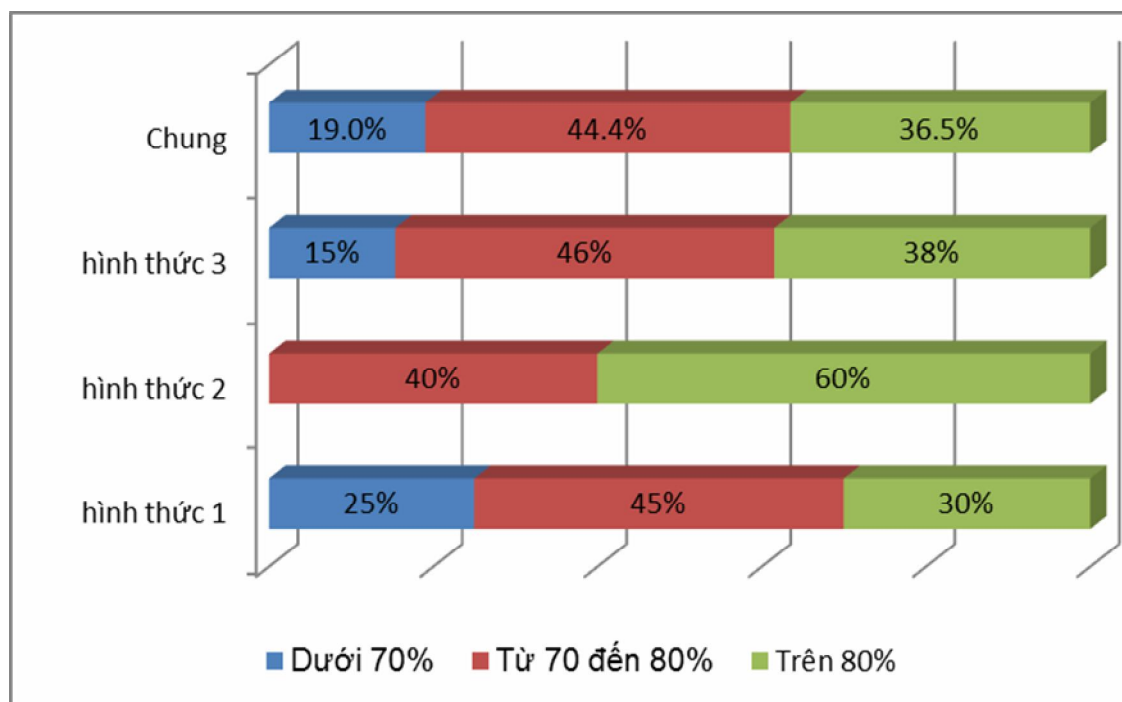
Lãnh đạo Sở Y tế một tỉnh khu vực miền núi phía Bắc

3.2.1.2. Thị phần của nhà thầu chính ở các hình thức đấu thầu

Tại hầu hết các địa phương, Công ty dược phẩm của tỉnh thường đóng vai trò là nhà thầu chính đồng thời là đơn vị cung ứng chủ yếu.

Bảng 3.12: Thị phần của nhà thầu chính ở các hình thức đấu thầu

Giá trị thắng thầu	Hình thức 1		Hình thức 2		Hình thức 3		Tổng	
	SL	TL (%)	SL	TL (%)	SL	TL (%)	SL	TL (%)
<70%	10	25,0	0	0,0	2	15,0	12	19,1
70 - 80%	18	45,0	4	40,0	6	46,0	28	44,4
>80%	12	30,0	6	60,0	5	38,0	23	36,5
Cộng	40	100	10	100	13	100	63	100



Hình 3.8. So sánh thị phần nhà thầu chính trong mỗi hình thức đấu thầu

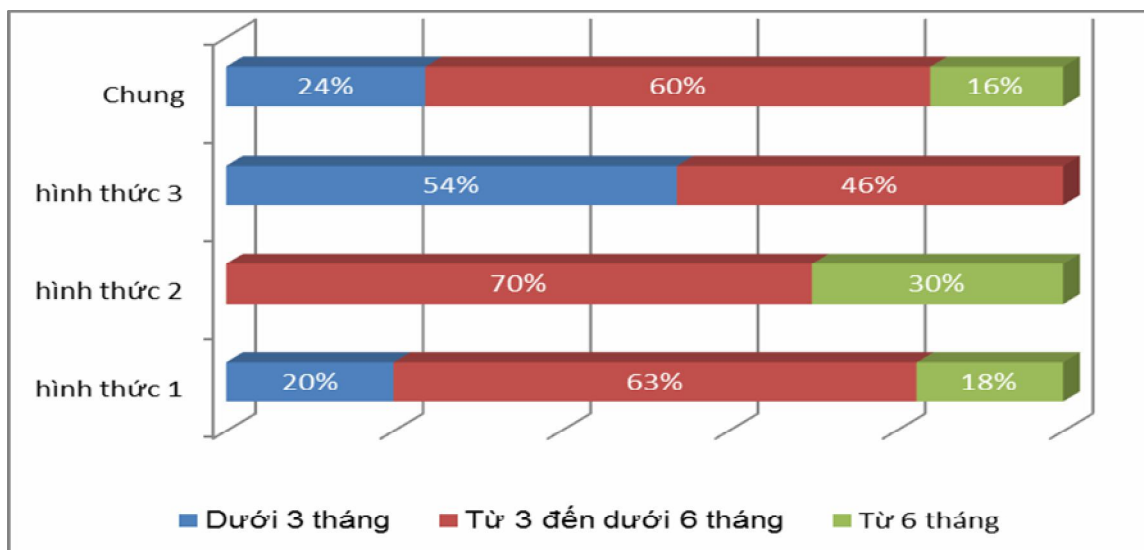
Kết quả nghiên cứu cho thấy: Chỉ có 12/63 tỉnh, thành phố có nhà thầu chính trúng thầu với tổng giá trị các mặt hàng đạt dưới 70% trị giá các gói thầu; 28/63 tỉnh, thành phố có nhà thầu chính trúng thầu với tổng giá trị các mặt hàng đạt từ 70% đến 80% trị giá các gói thầu; 23 địa phương còn lại, tổng giá trị các mặt hàng trúng thầu của nhà thầu chính có giá trị rất cao (trên 80% trị giá các gói thầu).

Trong số 40 tỉnh tổ chức đấu thầu tập trung (Hình thức 1), có 10 tỉnh có nhà thầu chính trúng thầu với tổng giá trị các mặt hàng đạt dưới 70% trị giá các gói thầu ; 18 tỉnh có nhà thầu chính trúng thầu với tổng giá trị các mặt hàng đạt từ 70% đến 80% trị giá các gói thầu và 12 tỉnh phố có nhà thầu chính trúng thầu với tổng giá trị các mặt hàng đạt trên 80% trị giá các gói thầu. Kết quả cho nhà thầu chính có giá trị gói thầu chiếm tỷ lệ rất cao (trên 80%) trong tổng giá trị các mặt hàng trúng thầu, khác nhau giữa các hình thức, riêng Hình thức 2 có đến 60% nhà thầu chính trúng thầu trên 80% tổng giá trị thuộc thắng thầu.

3.2.2. Về thời gian hoàn thành một lần đấu thầu

Bảng 3.13: Thời gian hoàn thành một lần đấu thầu

Thời gian hoàn thành	Hình thức 1		Hình thức 2		Hình thức 3		Cộng	
	SL	TL (%)	SL	TL (%)	SL	TL (%)	SL	TL (%)
<3 tháng	8	20,0	0	0,0	7	53,8	15	23,8
3 - <6 tháng	25	62,5	7	70	6	46,2	38	60,3
≥ 6 tháng	7	17,5	3	30	0	0,0	10	15,9
Cộng	40	100	10	100	13	100	63	100



Hình 3.9. So sánh thời gian đấu thầu trong mỗi hình thức

Kết quả trên cho thấy:

Có 15 tỉnh/thành phố (chiếm tỷ lệ 23,8%) hoàn thành quá trình 1 lần đấu thầu thuộc trong khoảng thời gian dưới 3 tháng; 38 tỉnh/thành phố (chiếm tỷ lệ 60,3%) hoàn thành đấu thầu trong khoảng thời gian từ 3-6 tháng; 10 tỉnh còn lại (chiếm tỷ lệ 15,9%) có thời gian hoàn thành đấu thầu trên 6 tháng.

Trong số 40 tỉnh/thành phố lựa chọn đấu thầu tập trung (Hình thức 1), chỉ có 8 tỉnh (chiếm tỷ lệ 20%) hoàn thành quá trình đấu thầu thuộc trong thời gian <3 tháng; 25 tỉnh (chiếm tỷ lệ 62,5%) hoàn thành đấu thầu trong thời gian từ 3-6 tháng; và 7 tỉnh (chiếm tỷ lệ 17,5%) mất trên 6 tháng mới hoàn thành 1 lần đấu thầu.

Trong tổng số 10 tỉnh/thành phố lựa chọn đấu thầu đại diện (Hình thức 2), không có tỉnh nào hoàn thành đấu thầu trong thời gian <3 tháng, 7/10 tỉnh/thành phố hoàn thành đấu thầu trong thời gian từ 3 - 6 tháng; 3 tỉnh còn lại có thời gian đấu thầu mất hơn 6 tháng.

Trong 13 tỉnh/thành phố thực hiện đấu thầu đơn lẻ (Hình thức 3), có 7/13 tỉnh/thành phố hoàn thành đấu thầu trong khoảng thời gian dưới 3 tháng, 6/13

tỉnh/thành phố hoàn thành đấu thầu trong thời gian từ 3 - 6 tháng, không có tỉnh nào phải thực hiện đấu thầu trên 6 tháng.

“Thời gian hoàn thành một lần đấu thầu tối đa trong khoảng 6 tháng là hợp lý cho việc đấu thầu tập trung và đấu thầu đại diện. Khi đó sẽ có đủ thời gian cho việc thực hiện các công đoạn của quá trình đấu thầu, sẽ lựa chọn được nhà thầu đủ điều kiện cả về năng lực tài chính và khả năng cung cấp hàng hóa, tránh được hiện tượng thiếu thuốc. Nếu áp dụng đấu thầu đơn lẻ, nên có kế hoạch gói đầu để đảm bảo thời gian hoàn thành đấu thầu dưới 3 tháng”.

Lãnh đạo Sở Y tế một tỉnh Nam Trung bộ

“Việc tổ chức đấu thầu chậm, thời gian thực hiện đấu thầu thường phải gói đầu qua các niên độ tài chính khác nhau”

Lãnh đạo BHXH một tỉnh Nam Trung bộ

“Việc cung ứng thuốc thường rất chậm, quyết định phê duyệt kết quả trúng thầu của cơ quan thẩm quyền thường chậm từ 3 đến 4 tháng gây nên tình trạng thiếu thuốc tại cơ sở khám, chữa bệnh ”

Lãnh đạo Sở Y tế một tỉnh miền núi phía Bắc

“Khó khăn nhất trong mua thuốc là chậm có thuốc và thiếu thuốc do kết quả trúng thầu có muộn và một số thuốc bệnh viện có nhu cầu không có trong danh mục trúng thầu”

Lãnh đạo Bệnh viện đa khoa một tỉnh đồng bằng sông Hồng

“Việc tổ chức đấu thầu chậm, nhất là khi có biến động giá cả đơn vị trúng thầu thường cung cấp cầm chừng, đôi khi từ chối cung ứng một số mặt hàng đã làm ảnh hưởng không tốt đến công tác điều trị cho bệnh nhân BHYT”.

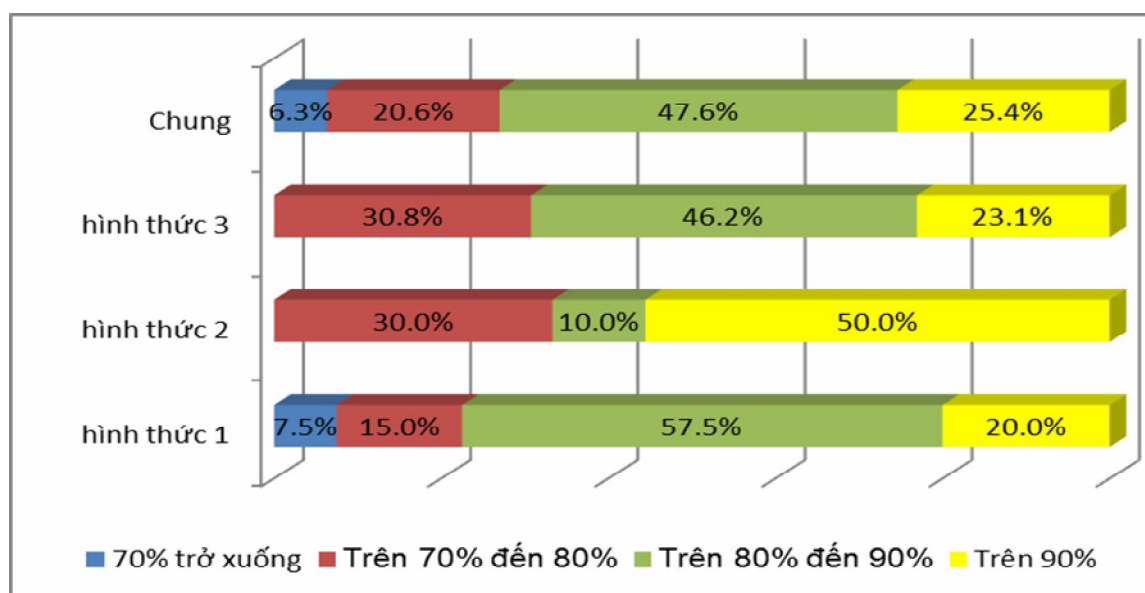
Lãnh đạo Sở Y tế một tỉnh Bắc Trung bộ

3.2.3. Số lượng thuốc trúng thầu

3.2.3.1. Tỷ lệ thuốc được xét trúng thầu

Bảng 3.14: Tỷ lệ số lượng thuốc trúng thầu

Mức độ đảm bảo	Hình thức 1		Hình thức 2		Hình thức 3	
	SL	TL (%)	SL	TL (%)	SL	TL (%)
<70%	3	7,5	1	10,0	0	0,0
70% - 80%	6	15,0	3	30,0	4	30,8
>80% - 90%	23	57,5	1	10,0	6	46,2
>90%	8	20,0	5	50,0	3	23,0



Hình 3.10. So sánh tỷ lệ thuốc trúng thầu ở mỗi hình thức đấu thầu

Tỷ lệ số thuốc được xét trúng thầu khá cao, ở hầu hết các địa phương (46/63 tỉnh, thành phố) tỷ lệ số thuốc được xét trúng thầu đều đạt trên 80% tổng số thuốc tham dự đấu thầu trong đó:

- 16/63 tỉnh, thành phố có gói thầu đạt trên 90% số thuốc được xét trúng

thầu chiếm tỷ lệ là 25,4%; 30/63 địa phương có gói thầu đạt từ 80-90% số thuốc được xét trúng thầu chiếm tỷ lệ 47,6%; gói thầu có số thuốc được xét trúng thầu từ 70-80% tổng số mặt hàng tham dự thầu diễn ra ở 13 tỉnh (20,6%); chỉ có 4 địa phương có tỷ lệ số thuốc được xét trúng thầu đạt tỷ lệ thấp hơn 70% tổng số thuốc dự thầu.

- Tỷ lệ thuốc được xét trúng thầu cao nhất là ở các địa phương áp dụng hình thức đấu thầu tập trung với 77,5 % số tỉnh có gói thầu đạt tỷ lệ từ trên 80% đến trên 90% số thuốc được xét trúng thầu; thấp nhất là các tỉnh lựa chọn hình thức đấu thầu đại diện với 60% số tỉnh, thành phố có gói thầu đạt tỷ lệ từ trên 80% đến trên 90% số thuốc được xét trúng thầu.

“Tỷ lệ thuốc trúng thầu khá lớn là một trong các điều kiện cơ bản để các bệnh viện đảm bảo cung ứng đủ thuốc cho nhu cầu điều trị. Thực tế đã chứng minh đấu thầu tập trung là hình thức tốt hơn cả để đảm bảo cung ứng đủ thuốc”.

Lãnh đạo Sở Y tế một tỉnh Bắc Trung bộ

3.2.3.2. Tỷ lệ thuốc được cung ứng ngoài thầu

Bảng 3.15: Cung ứng thuốc ngoài thầu

Mua thuốc ngoài thầu	Hình thức 1		Hình thức 2		Hình thức 3		Cộng	
	SL	TL (%)	SL	TL (%)	SL	TL (%)	SL	TL (%)
Không	5	12,5	3	30	2	15,4	10	15,9
Có	35	87,5	7	70	11	84,6	53	84,1

Kết quả cho thấy:

Vẫn có một tỷ lệ không nhỏ thuốc được cung ứng ngoài thầu, trong đó có gần 16% số tỉnh có thuốc không nằm trong danh mục đấu thầu.

Tỷ lệ mua thuốc ngoài thầu cao và xảy ra ở cả ba hình thức đấu thầu cung ứng thuốc chiếm đến 84,1%, cao nhất là ở hình thức đấu thầu tập trung với 35/40 tỉnh, chiếm 87,5% số các tỉnh này phải cung ứng thuốc ngoài thầu.

Kết quả phỏng vấn đại diện lãnh đạo một số đơn vị có liên quan cho thấy lý do không đảm bảo đủ thuốc cung ứng qua đấu thầu được đưa ra là:

“Tỷ lệ các thuốc không trúng thầu là 18,4%, nguyên nhân là do giá dự thầu vượt giá dự toán theo kế hoạch được duyệt hoặc do nhà thầu không chào thầu”

Lãnh đạo Sở Y tế một tỉnh Bắc Trung bộ

“Còn nhiều mặt hàng cung cấp do các nhà sản xuất và phân phối độc quyền không tham gia dự thầu. Một số mặt hàng tuy được mời thầu nhưng không có nhà thầu nào tham dự”

Lãnh đạo Bệnh viện đa khoa một tỉnh Đông Nam bộ

“Đấu thầu và xét thầu theo từng mặt hàng nôm có một số nhà thầu trúng số mặt hàng ít, giá trị thấp lại ở xa trung tâm, chưa có chi nhánh được phẩm ở địa phương sẽ gặp rất nhiều khó khăn trong tiến độ cung cấp hàng hóa nhưng lại không được phép ủy quyền cho một doanh nghiệp khác trên địa bàn tỉnh thực hiện việc quyết toán và cung cấp hàng hóa đã trúng thầu ”

Lãnh đạo BHXH một tỉnh đồng bằng sông Cửu Long

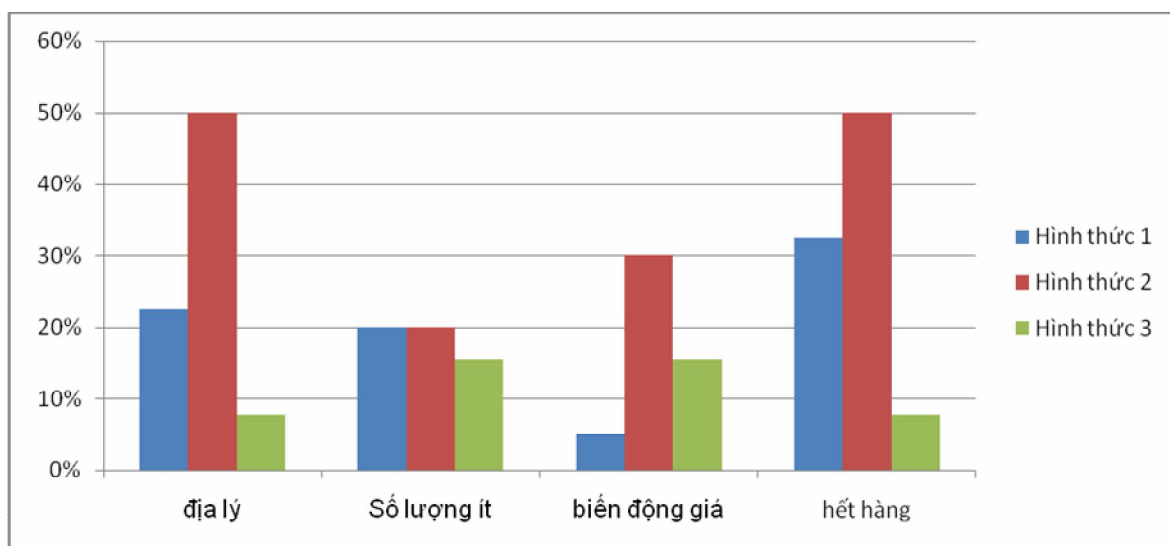
“Một số mặt hàng thuốc nước ngoài khi trúng thầu nhưng do nhà thầu không chủ động được nguồn hàng do đó đôi khi nhà cung ứng không cung cấp đủ, kịp thời, nhất là khi có biến động giá”

Lãnh đạo Sở Y tế một tỉnh Nam Trung bộ

3.2.3.3 Mức độ đảm bảo thuốc ở các hình thức tổ chức cung ứng

Bảng 3.16: Đảm bảo thuốc ở các hình thức đấu thầu và tổ chức mua thuốc

Cung ứng thuốc cho CSKCB		Hình thức 1		Hình thức 2		Hình thức 3		Cộng	
		SL	TL (%)	SL	TL (%)	SL	TL (%)	SL	TL (%)
Trực tiếp	Đầy đủ	18	51,4	3	33,3	10	76,9	31	54,4
	Không đầy đủ	17	48,6	6	66,7	3	23,1	26	45,6
Tập trung	Đầy đủ	3	60,0	1	100,0	-	-	4	66,7
	Không đầy đủ	2	40,0	0	0,0	=	=	2	33,3



Hình 3.11. So sánh nguyên nhân cung ứng không đầy đủ

Kết quả nghiên cứu cho thấy:

- Tình trạng thiếu thuốc xảy ra ở cả hình thức tổ chức cung ứng trực tiếp

và cung ứng tập trung, trong đó có đến 26/58 tỉnh tổ chức thực hiện cung ứng trực tiếp thuốc từ đơn vị trúng thầu tới cơ sở khám, chữa bệnh và 2/5 tỉnh thực hiện hình thức cung ứng tập trung không đảm bảo đủ thuốc qua đầu thầu.

- Tình trạng cung ứng thuốc không đầy đủ xuất hiện ở cả 3 hình thức đầu thầu và chủ yếu tại các tỉnh thực hiện cung ứng thuốc trực tiếp (26 tỉnh).

Kết quả phỏng vấn cho thấy lý do chủ yếu là do:

“Khi giá thuốc có biến động các nhà thầu không cung cấp thuốc. Để giảm chi phí, nhà thầu chờ đợi chờ của nhiều bệnh viện để giao hàng cho đủ chuyển xe. Nhà thầu nhờ xe đò, xe tải để vận chuyển hàng và giao hàng (không phải xe chuyên dụng, không có người có chuyên môn về dược theo vận chuyển thuốc), do đó một số loại thuốc không được bảo quản đúng điều kiện bảo quản trong thời gian vận chuyển, thuốc không được giao nhận đầy đủ theo quy định”

Lãnh đạo BHXH một tỉnh miền Đông Nam bộ

“Giá thuốc phê duyệt trúng thầu đầu năm thấp hơn nhiều so với mặt bằng chung giá thị trường, trong khi đó theo hợp đồng quy định giá ổn định trong vòng 6-12 tháng, nên khi giá cả có biến động tăng, một số doanh nghiệp kinh doanh thuốc đã trì hoãn cung ứng thuốc hoặc cung ứng nhỏ giọt một số mặt hàng thuốc vì sợ bị lỗ”

Lãnh đạo Sở Y tế một tỉnh thuộc Đồng bằng sông Hồng

“Khi có biến động giá cả đơn vị trúng thầu thường cung cấp cảm chùng, đôi khi từ chối cung ứng một số mặt hàng đã làm ảnh hưởng không tốt đến công tác điều trị cho bệnh nhân BHYT”

Lãnh đạo BVĐK một tỉnh miền núi phía Bắc

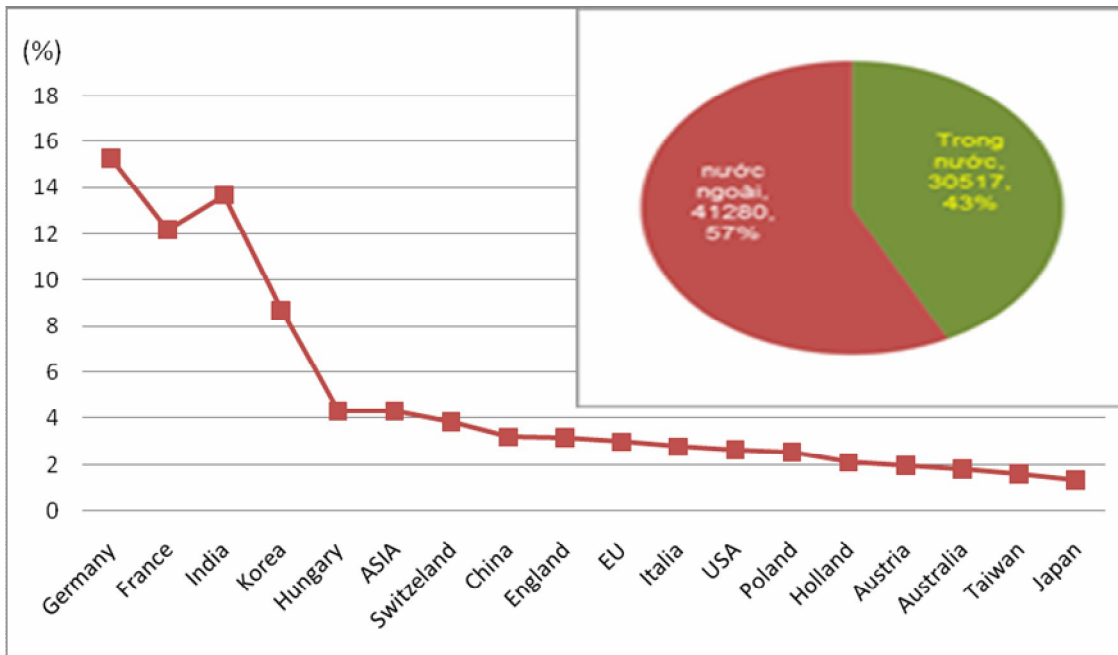
3.2.4. Về cơ cấu, nguồn gốc, xuất xứ thuốc trúng thầu

3.2.4.1. Cơ cấu thuốc sản xuất trong nước và thuốc nhập ngoại

Kết quả nghiên cứu nguồn gốc, xuất xứ của 71.437 mặt hàng thuốc trúng thầu năm 2010 theo nước sản xuất được trình bày theo bảng dưới đây:

Bảng 3.17: Nguồn gốc xuất xứ các thuốc trúng thầu theo nước sản xuất

Nước sản xuất	Số mặt hàng	TL (%)
Thuốc sản xuất trong nước	30.517	42,5
Việt Nam	27.190	37,9
Việt Nam liên doanh	3.327	4,6
Thuốc nước ngoài	41.280	57,5
Đức	6.258	15,26
Ấn Độ	5.603	13,66
Hàn Quốc	3.567	8,70
Liên doanh các nước (ngoài Việt Nam)	3.227	7,87
Hungary	1.777	4,33
ASIA	1.772	4,32
Scotlen	1.579	3,85
Trung Quốc	1.316	3,21
Anh	1.301	3,17
EU	1.232	3,00
Ý	1.147	2,80
Hoa Kỳ	1.085	2,65
Ba Lan	1.048	2,55
Hà Lan	864	2,11
Ôxtraylia	817	1,99
Australia	754	1,84
Đài Loan	665	1,62
Nhật bản	554	1,35
Khác	1.722	4,17



Hình 3.12. Nguồn gốc thuốc trúng thầu theo nước sản xuất

- Thuốc sản xuất trong nước chiếm gần 43% các mặt hàng trúng thầu, trong đó chủ yếu là thuốc do các Công ty của Việt Nam sản xuất (27.190 mặt hàng, chiếm 37,9%); chỉ có 3.327 thuốc liên doanh với nước ngoài với tỷ lệ 4,6% trúng thầu.

- Các mặt hàng có nguồn gốc châu Âu chiếm tỷ trọng lớn trong các thuốc nhập khẩu, trong đó nguồn gốc từ Đức chiếm gần 16%; Pháp 12%; nhập khẩu từ Ấn Độ đứng hàng thứ 2 (xấp xỉ 14%), thuốc từ Hàn Quốc, Trung Quốc và các nước châu Á khác cũng chiếm tỷ lệ khá lớn (19,05 %).

“Tỷ lệ thuốc ngoại nhập trúng thầu vẫn còn khá lớn, trong đó vẫn phổ biến các loại thuốc của nhiều nước mà công nghệ dược phẩm không hơn Việt Nam như Ấn Độ, Trung Quốc và một số nước Châu Á khác, gây lãng phí và kém hiệu quả trong sử dụng nguồn lực tài chính quỹ BHYT”.

Lãnh đạo BHXH một tỉnh Đông Nam bộ

3.2.4.2. Nguồn gốc, xuất xứ mặt hàng thuốc trúng thầu theo tuyến

Bảng 3.18: Số mặt hàng và nguồn gốc thuốc trúng thầu theo tuyến

Phân tuyến chuyên môn kỹ thuật	Sản xuất trong nước		Nhập khẩu		Tổng cộng	
	SL	TL (%)	SL	TL (%)	SL	TL (%)
Tuyến tỉnh và huyện	23.218	47,67	25.490	52,33	48.708	68,18
Hình thức 1	15.779	47,15	17.688	52,85	33.467	
Hình thức 2	4.653	50,32	4.594	49,68	9.247	
Hình thức 3	2.786	46,48	3.208	53,52	5.994	
Tuyến Trung ương	7.198	31,67	15.531	68,33	22.729	31,82
Tổng cộng	30.416	42,58	41.021	57,42	71.437	100

Kết quả nghiên cứu cho thấy:

- Thuốc có nguồn gốc sản xuất trong nước chiếm 42,58% số mặt hàng trúng thầu tại tất cả các tuyến CMKT, tập trung chủ yếu ở tuyến tỉnh và huyện (47,67%), chỉ có 31,67% thuốc sản xuất trong nước trúng thầu ở tuyến Trung ương.

- Mặt hàng nhập khẩu trúng thầu tại tuyến Trung ương cao hơn tuyến dưới (68,33% và 52,33%).

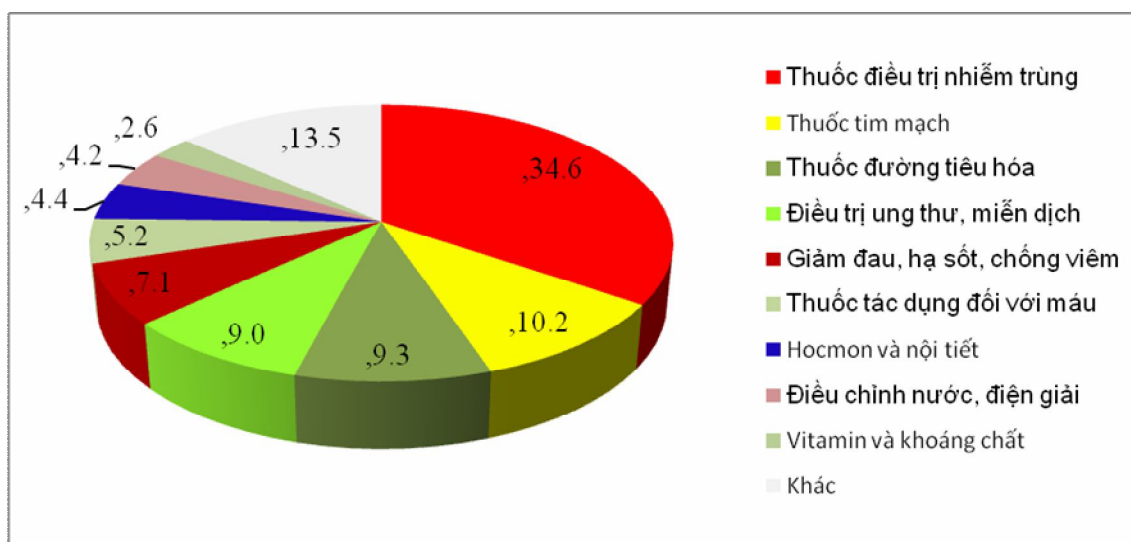
- Giữa các hình thức đấu thầu cung ứng thuốc, tỷ lệ mặt hàng thuốc trong nước tương đương với nhập khẩu.

3.2.5. Về cơ cấu thuốc trúng thầu theo nhóm điều trị

Bảng 3.19: Tỷ trọng các nhóm thuốc trúng thầu

TT	Phân nhóm thuốc theo tác dụng điều trị	Số tiền (triệu đồng)	Tỷ lệ (%)	Tỷ lệ cộng dồn (%)
1	Thuốc điều trị nhiễm trùng	1.516.631	34,59	34,59
2	Thuốc tim mạch	445.883	10,17	44,76
3	Thuốc đường tiêu hóa	409.898	9,35	54,11
4	Điều trị ung thư, miễn dịch	393.346	8,97	63,08
5	Giảm đau, hạ sốt, chống viêm	311.133	7,10	70,18
6	Thuốc tác dụng đối với máu	227.399	5,19	75,36
7	Hocmon và nội tiết	191.363	4,36	79,73
8	Điều chỉnh nước, điện giải	182.774	4,17	83,90
9	Vitamin và khoáng chất	115.070	2,62	86,52
10	Thuốc gây tê, mê	114.433	2,61	89,13
11	Thuốc giải độc	86.323	1,97	91,10
12	Thuốc đường hô hấp	76.668	1,75	92,85
13	Thuốc chống dị ứng	40.230	0,92	93,77
14	Thuốc chống rối loạn tâm thần	37.252	0,85	94,62
15	Thúc đẻ, cầm máu sau đẻ, ...	32.533	0,74	95,36
16	Giãn cơ, ức chế Cholinesterase	31.958	0,73	96,09
17	Thuốc điều trị bệnh da liễu	31.052	0,71	96,79
18	Thuốc điều trị bệnh mắt, TMH	30.111	0,69	97,48
19	Thuốc chống co giật, động kinh	28.359	0,65	98,13
20	Thuốc dùng trong chẩn đoán	16.943	0,39	98,51
21	Huyết thanh và globulin miễn dịch	13.944	0,32	98,83
22	Tẩy trùng và sát khuẩn	13.617	0,31	99,14

TT	Phân nhóm thuốc theo tác dụng điều trị	Số tiền (triệu đồng)	Tỷ lệ (%)	Tỷ lệ cộng dồn (%)
23	Điều trị bệnh đường tiết niệu	11.248	0,26	99,40
24	Điều trị đau nửa đầu, chóng mặt	8.747	0,20	99,60
25	Thuốc lợi tiểu	7.106	0,16	99,76
26	Dung dịch thẩm phân phúc mạc	5.848	0,13	99,89
27	Chống Parkinson	4.630	0,11	100,00
Cộng		4.384.501	100,00	100



Hình 3.13. Tỷ trọng 9 nhóm thuốc trúng thầu cao nhất

- Tất cả các thuốc có trong danh mục theo yêu cầu điều trị đều được mua sắm qua đấu thầu.

- Trong 27 nhóm thuốc trúng thầu, thuốc điều trị ký sinh trùng, chống nhiễm khuẩn có giá trị thanh toán cao nhất, chiếm 34,6%. Tiếp đến là các nhóm tim mạch, tiêu hóa, điều trị ung thư, điều hòa miễn dịch, giảm đau kháng viêm không steroid, nhóm thuốc tác dụng với máu, hocmon và nội tiết. Đặc biệt, nhóm điều chỉnh nước và điện giải và nhóm vitamin và khoáng chất cũng trúng thầu với giá trị lớn, đứng thứ 8 và 9. Chỉ tính 9 nhóm này đã chiếm tỷ trọng

86,52% tổng giá trị thuốc trúng thầu, 18 nhóm thuốc còn lại chỉ chiếm 13,5% tổng giá trị thuốc trúng thầu.

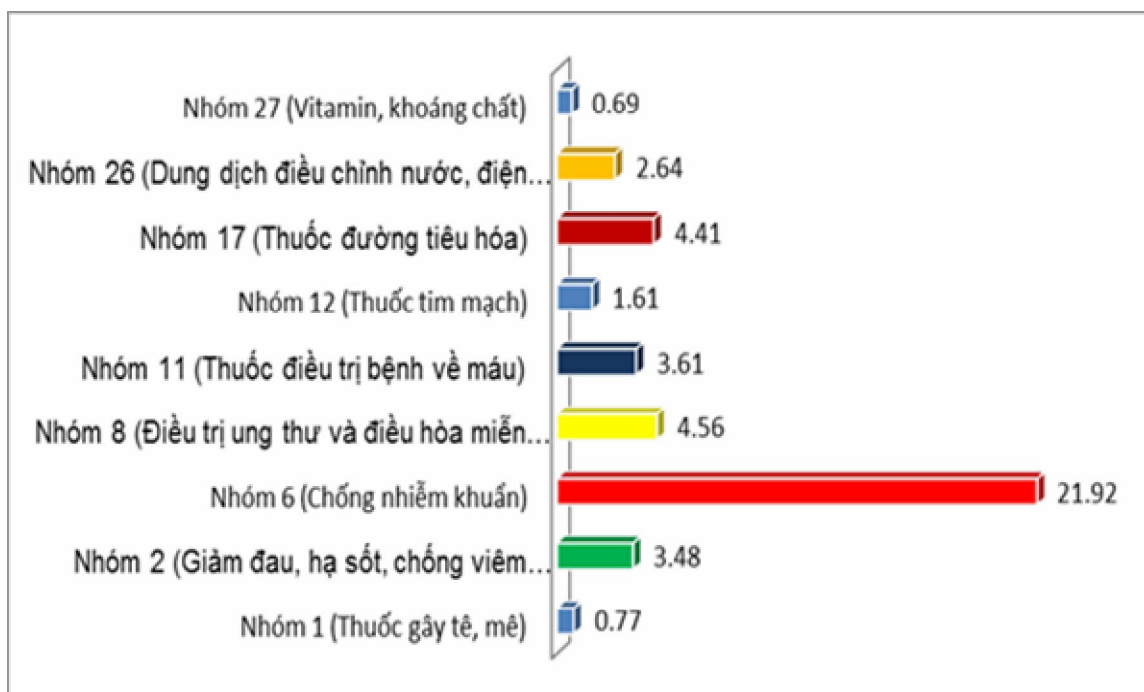
3.2.6. Về tỷ trọng sử dụng và thanh toán thuốc bảo hiểm y tế

3.2.6.1. Các loại thuốc có giá trị thanh toán nhiều nhất

Bảng 3.20: 30 loại hoạt chất có giá trị thanh toán cao nhất

TT	Hoạt chất	Nhóm Thuốc	Số tiền (tỷ đồng)	Tỷ lệ (%)	Tỷ lệ cộng dồn (%)
1	Amoxicilin	6	200,82	4,70	4,7
2	Paracetamol	2	110,03	2,58	7,28
3	Cefuroxime	6	108,80	2,55	9,83
4	Cefotaxime	6	103,46	2,42	12,25
5	L-Ornithine - L-aspartate	17	97,16	2,28	14,53
6	Erythropoietin	11	94,38	2,21	16,74
7	Ceftazidim	6	82,30	1,93	18,67
8	Ceftriaxone	6	77,55	1,82	20,48
9	Cefalexine	6	76,98	1,80	22,29
10	Acid Amin	8	67,74	1,59	23,87
11	Oxaliplatin	26	67,71	1,59	25,46
12	Paclitaxel	8	63,75	1,49	26,95
13	Cefoperazon+ sulbactam	6	60,43	1,42	28,37
14	Albumin	11	59,77	1,40	29,77
15	Omeprazole	17	59,61	1,40	31,16
16	Imipenem + cilastatin	6	56,75	1,33	32,49
17	Glucose	26	45,13	1,06	33,55
18	Cefaclor	6	44,09	1,03	34,58
19	Calcitonin	2	38,55	0,90	35,48
20	Gingko Biloba	12	36,99	0,87	36,35

TT	Hoạt chất	Nhóm Thuốc	Số tiền (tỷ đồng)	Tỷ lệ (%)	Tỷ lệ cộng dồn (%)
21	Cefoperazon	6	35,98	0,84	37,19
22	Propofol	1	32,72	0,77	37,96
23	Docetaxel	8	32,15	0,75	38,71
24	Piracetam	12	31,77	0,74	39,46
25	Arginin	17	31,69	0,74	40,2
26	Ciprofloxacin	6	31,66	0,74	40,94
27	Capecitabine	8	31,18	0,73	41,67
28	Ampicillin + Sulbactam	6	29.40	0,69	42,36
29	Thiamine	27	29,29	0,69	43,05
30	Glucosamine	2	27,71	0,65	43,7



Hình 3.14. Các nhóm thuốc có giá trị thanh toán cao nhất (%)

Kết quả cho thấy trong 30 loại thuốc thanh toán BHYT nhiều nhất có tổng giá trị chiếm 43,7% tiền thuốc BHYT, có 9 nhóm thuốc có tỷ lệ sử dụng cao nhất và được sắp xếp theo thứ tự giảm dần như sau:

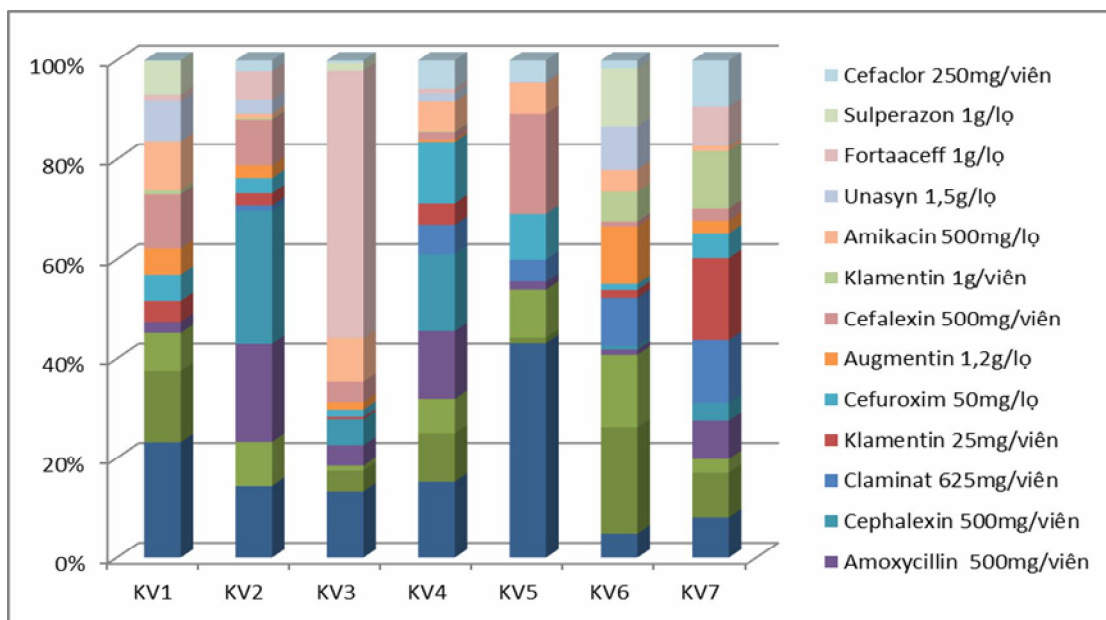
- Thuốc kháng sinh chiếm tỷ lệ cao nhất (21,92%);
- Thuốc nhóm điều trị ung thư và điều hòa miễn dịch (4,56%);
- Nhóm thuốc đường tiêu hóa (trên 4,41%);
- Nhóm thuốc hạ sốt chống viêm (3,48%);
- Thuốc điều trị các bệnh về máu (3,61%);
- Dung dịch điều chỉnh nước, chất điện giải (2,64 %);
- Tiếp đến là các nhóm thuốc Tim mạch (1,61 %);
- Thuốc gây tê (0,77%)
- Nhóm vitamin và khoáng chất (0,69%)

3.2.6.2. Các thuốc thành phẩm có giá trị thanh toán nhiều nhất

Bảng 3.21: 30 thuốc thành phẩm giá trị thanh toán cao nhất

TT	Tên thuốc	Số tiền	TL (%)	Tỷ lệ sử dụng theo từng khu vực (%)					
				KV1	KV2	KV3	KV4	KV5	KV6
1	Cefotaxim 1g/lọ	29,57	0,95	20,5	17	21,6	15,6	10,9	14
2	Xeloda 500mg/v	27,95	0,90	14	-	0,5	-	80	-
3	Tienam 1g/lọ	26,50	0,85	12,7	-	12,8	0,4	47,5	16,2
4	Glucose 5%	25,01	0,80	18,8	11,7	14,5	5,4	26,7	7,4
5	Gliatilin 1g/ống	23,89	0,77	3,7	6,4	8	-	61,9	0,7
6	Albumin 20%	22,17	0,71	26,4	9	2,4	2	22,2	12,1
7	Cerebrolysin 10ml/ố	20,99	0,67	7,1	10,9	12,6	2,3	21,2	16,9
8	Losec 20mg/v	20,27	0,65	1,7	0,9	33,7		31,8	0,4
9	Ceftriaxone 1g/lọ	19,88	0,64	6,8	10,4	8,9	3,5	32,8	4,9
10	Amoxicillin 0,5g/v	17,68	0,57	2	23,3	17,8	0,6	2,4	13,7
11	Cephalexin 0,5g/v	17,68	0,57	0	31,5	20,2	0	1,4	6,7
12	Paracetamol 1g/lọ	16,65	0,53	6,7	5,6	3,8	0,2	37,6	2,5
13	Claminat 625mg/v	16,13	0,52		1,2	7,3	1,6	21,9	22,6

TT	Tên thuốc	Số tiền	TL (%)	Tỷ lệ sử dụng theo từng khu vực (%)					
				KV1	KV2	KV3	KV4	KV5	KV6
14	Klaminin 25mg/v	13,38	0,43	3,7	2,9	5,4	-	3,5	29,7
15	Perfalgan 1g/lọ	12,17	0,39	3,5	6	1,6	-	29,1	1
16	Zometa 4mg/lọ	12,09	0,39	5,9	0,2	0,6	-	34,2	-
17	Cefuroxim 500mg/lọ	11,52	0,37	4,7	3,6	15,7	3,3	2,7	8,9
18	Augmentin 1,2g/lọ	11,47	0,37	4,6	3	0,9	0	25,8	4,6
19	Targinos 200mg/v	11,16	0,36	36,5	0	0,2	0	0	1
20	Cefalexin 500mg/v	10,91	0,35	9,6	10,9	2,7	7,3	2,2	4,3
21	Klaminin 1g/v	10,45	0,33	0,7	0,3	0,2	0	13,4	20,7
22	Diamicron 30mg/v	10,28	0,33	20,9	1,5	1,4	0	6	5
23	Eprex 200mg/ống	10,11	0,32	5,1	0	0	0	22,4	6,7
24	Amikacin 500mg/lọ	9,85	0,32	8,7	1,1	9,2	2,3	9,8	2,1
25	Unasyn 1,5g/lọ	9,85	0,32	7,3	3,4	2,2	0,1	19,6	0,7
26	Fortaceff 1g/lọ	9,72	0,31	1,2	6,7	11,6	0	0	13,4
27	Sulperazon 1g/lọ	9,55	0,31	5,9	0	0,3	0	26,1	0
28	Oxytocin 5g/ống	9,42	0,30	0,6	5,2	3,8	0,9	18,8	2,6
29	Cefaclor 250mg/v	9,42	,30	0,1	2,6	7,1	1,5	3,7	16,8
30	Coversyl 5mg/viên	9,34	,30	3,3	12,8	2,9	0	2,8	9,6



Hình 3.15. Lựa chọn sử dụng kháng sinh

Kết quả nghiên cứu cho thấy:

- 30 loại hoạt chất có giá trị thanh toán cao nhất chiếm 43,7% tổng chi phí tiền thuốc BHYT.

- Các thuốc kháng sinh chiếm tỷ trọng lớn nhưng không đồng đều giữa từng khu vực. Khu vực 5 (Đồng bằng sông Cửu Long sử dụng đến 47,5 % giá trị thuốc kháng sinh dự trữ với tên Biệt dược là Tienam)

- Trong số 30 thuốc có giá trị thanh toán cao nhất có đến 13 loại thuốc kháng sinh, ở từng khu vực lựa chọn các loại thuốc kháng sinh khác nhau, trong đó chủ yếu là kháng sinh thế hệ mới, biệt dược có nguồn gốc châu Âu.

“Thuốc kháng sinh được sử dụng khá rộng rãi, kể cả nhóm thuốc dự trữ, hạn chế sử dụng như Tienam đang là một vấn đề bất cập nổi cộm tại một số tỉnh, thành phố, đặc biệt khu vực các tỉnh thuốc Đồng bằng sông Cửu Long làm gia tăng tình trạng kháng thuốc và, gây lãng phí và kém hiệu quả trong sử dụng nguồn lực tài chính quỹ BHYT”.

Lãnh đạo BHXH một tỉnh thuộc khu vực Đồng bằng sông Cửu Long

3.2.7. Về giá thuốc trúng thầu

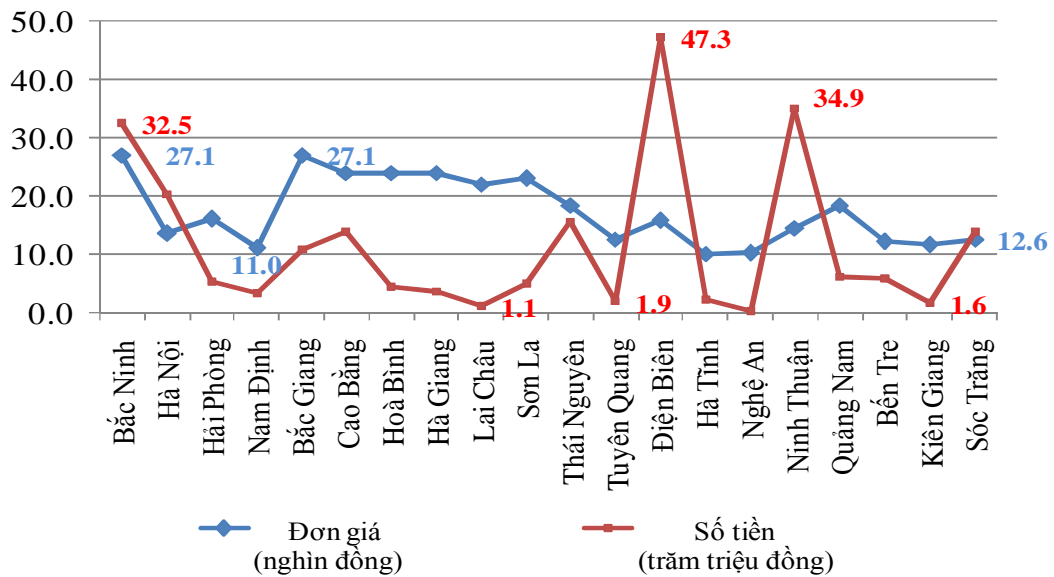
3.2.7.1. So sánh giá trúng thầu và ước tính giá trị chênh lệch một số thuốc thanh toán BHYT tại một số khu vực

Bảng 3.22: So sánh giá và ước tính giá trị chênh lệch thuốc Cefotaxim (Cefotaxim 1g/lọ nhà sản xuất: VCP – Việt Nam liên doanh)

Tỉnh	Đơn giá (đồng)	Số lượng (lọ)	Số tiền (triệu đồng)	Chênh lệch trong khu vực (triệu đồng)
Đồng bằng sông Hồng				2.470,49
Bắc Ninh	27.090	120.000	3.250,80	1.930,80
Hà Nội	13.500	150.000	2.025,00	375
Hải Phòng	16.000	32.937	526,99	164,69

Tỉnh	Đơn giá (đồng)	Số lượng (lọ)	Số tiền (triệu đồng)	Chênh lệch trong khu vực (triệu đồng)
Nam Định	11.000	30.000	330,00	-
Trung du và miền núi phía Bắc				2.403,41
Bắc Giang	27.090	40.000	1.083,60	583,6
Cao Bằng	24.000	57.610	1.382,64	662,52
Hoà Bình	24.000	18.000	432,00	207
Hà Giang	24.000	15.000	360,00	172,5
Lai Châu	22.000	5.000	110,00	47,5
Sơn La	23.000	22.200	510,60	233,1
Thái Nguyên	18.360	84.680	1.554,72	496,22
Tuyên Quang	12.500	15.000	187,50	-
Điện Biên	15.750	300.000	4.725,00	0,98
Bắc Trung bộ và Duyên hải miền Trung				131,62
Hà Tĩnh	10.000	21.750	217,50	-
Nghệ An	10.200	2.900	29,58	0,58
Ninh Thuận	14.500	240.880	3.492,76	-
Quảng Nam	18.400	33.600	618,24	131,04
Đồng bằng sông Cửu Long				143,16
Bến Tre	12.125	47.000	569,88	27,03
Kiên Giang	11.550	14.000	161,70	-
Sóc Trăng	12.600	110.600	1.393,56	116,13

(-) không có số liệu



Hình 3.16. So sánh giá và số tiền thuốc Cefotaxim 1g/lọ (nhà sản xuất: VCP – Việt Nam liên doanh)

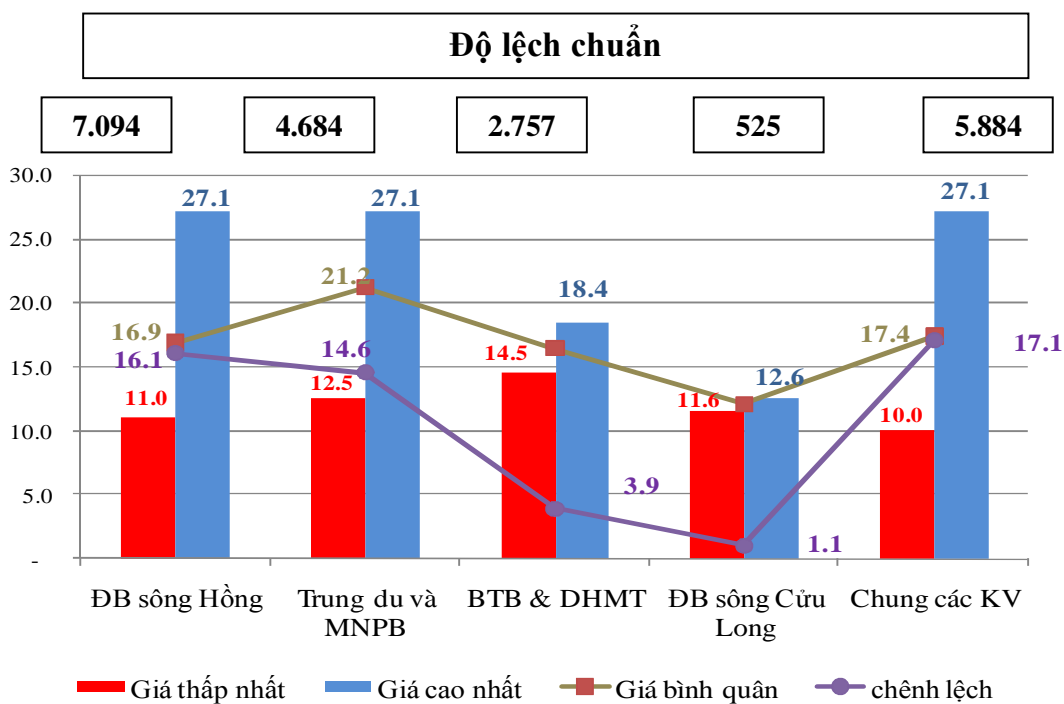
Kết quả thống kê, tổng hợp và phân tích giá trúng thầu thuốc Cefotaxim 1g/lọ của cùng một nhà sản xuất, cùng hàm lượng, dạng dùng tại một số tỉnh, thành phố và ở các khu vực kinh tế xã hội khác nhau tại Bảng 3.23 và Hình 3.16 cho thấy có sự chênh lệch khá lớn về giá của Cefotaxim 1g/lọ (cùng xuất xứ) không chỉ giữa các khu vực. Giá loại thuốc này ở khu vực đồng bằng sông Hồng có giá từ 11.000đ tại Nam Định đến 27.000đ tại Bắc Ninh; cao hơn giá khu vực Bắc Trung Bộ với giá 10.000 đ tại Hà Tĩnh.

Ngay trong cùng một khu vực, giá thuốc giữa các tỉnh cũng có sự chênh lệch khá lớn. Tại khu vực Đồng bằng sông Hồng có mức giá trúng thầu từ 11.000 đồng/lọ (Nam Định) đến 27.090 đồng/lọ (Bắc Ninh), chênh nhau gấp gần 3 lần. Khu vực Trung du và miền núi phía Bắc cũng có sự chênh giá đến hơn 2 lần giữa mức giá trúng thầu thấp nhất ở Tuyên Quang (12.500đồng/lọ) với mức giá cao nhất trúng thầu tại Bắc Giang (27.090 đồng/lọ). Kết quả so sánh giá thuốc Cefotaxim theo khu vực được minh họa tại Bảng 3.23 và Hình 3.17.

Bảng 3.23: So sánh giá thuốc Cefotaxim theo khu vực

(Đơn vị: đồng)

Khu vực	Giá bình quân	Độ lệch chuẩn	Giá thấp nhất	Giá cao nhất	Chênh lệch
Đồng bằng sông Hồng	16.897,5	7.094,98	11.000	27.090	16.090
Trung du và MN phía Bắc	21.188,9	4.684,40	12.500	27.090	14.590
Bắc Trung bộ & Duyên hải miền Trung	16.450,0	2.757,72	14.500	18.400	3.900
Đồng bằng sông Cửu Long	12.091,7	525,79	11.550	12.600	1.050
Chung các khu vực	17.383,3	5.884,27	10.000	27.090	17.090



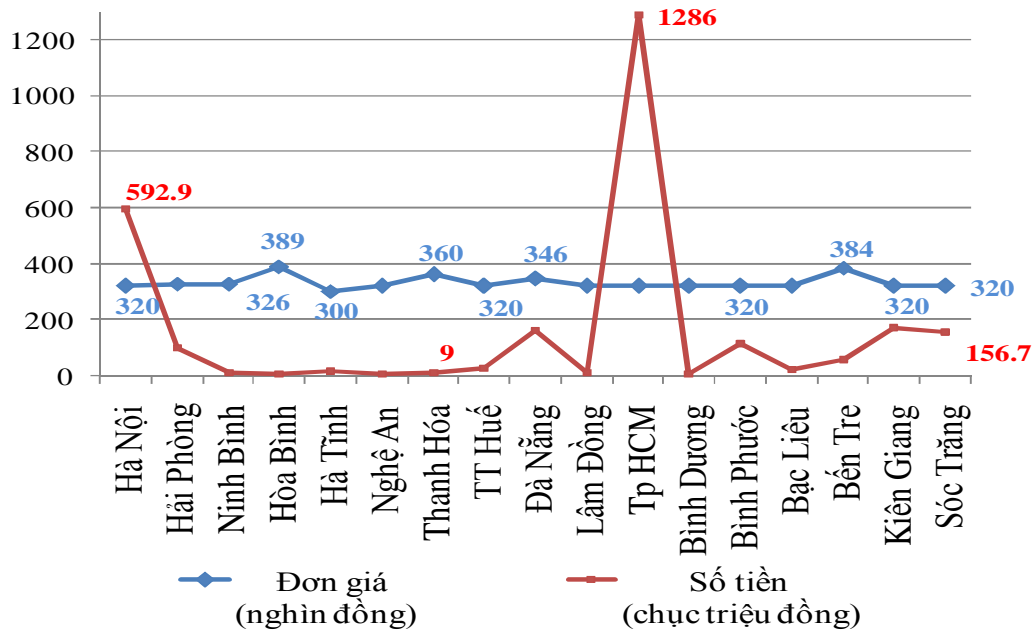
Hình 3.17. So sánh giá thuốc Cefotaxim theo khu vực

Mức độ dao động giá của cùng một loại thuốc khá lớn. Độ dao động và mức độ chênh lệch về giá rất khác nhau giữa các khu vực. Khu vực Đồng bằng sông Hồng và Trung du miền núi phía Bắc có sự chênh lệch cao hơn nhiều so với các khu vực còn lại, các tỉnh phía Nam có sự chênh lệch thấp.

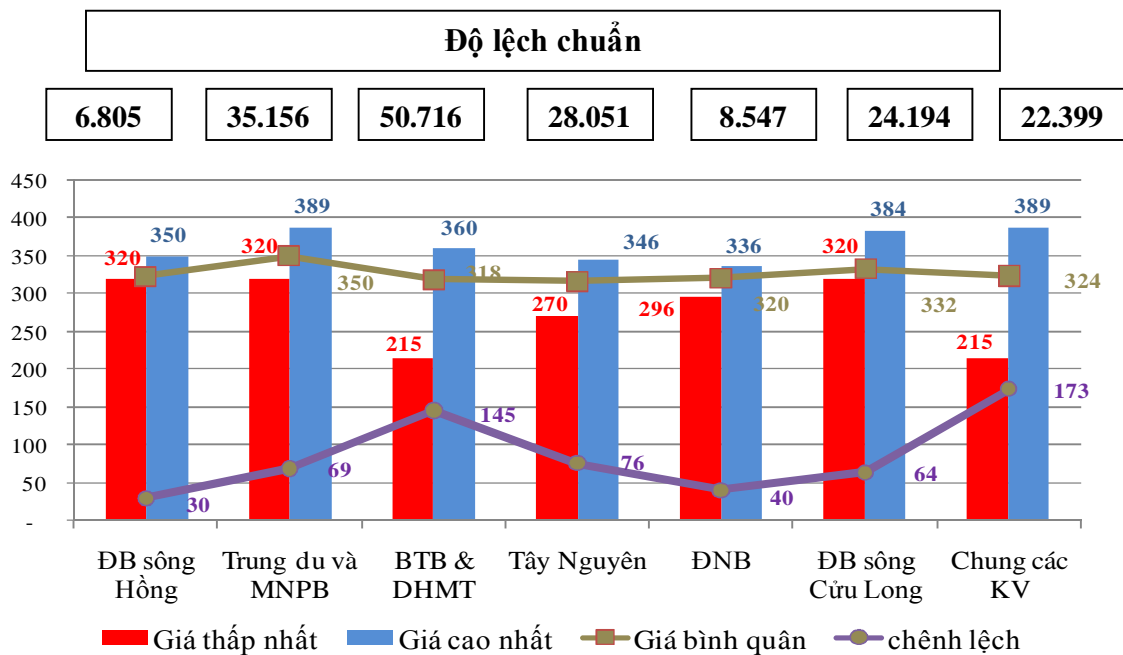
Tương tự với Tienam 1g/lọ, sản phẩm của Merck & Co., Inc – USA được thống nhất giá bán là 319.779 đ. Kết quả so sánh giá loại thuốc này giữa các khu vực được thể hiện tại Bảng 3.24 dưới đây.

Bảng 3.24: So sánh giá thuốc Tienam 1g/lọ theo khu vực (Đơn vị: đồng)

Khu vực	Giá bình quân	Độ lệch chuẩn	Giá thấp nhất	Giá cao nhất	Chênh lệch
Đồng bằng sông Hồng	322.139	6.805,3	319.779	350.000	30.221
Trung du và miền núi phía Bắc	349.514,3	35.156,2	319.779	388.500	68.721
Bắc Trung Bộ & Duyên hải miền Trung	317.714,1	50.715,8	215.040	360.000	144.960
Tây Nguyên	316.346,4	28.051,2	270.000	346.000	76.000
Đông Nam Bộ	320.372,2	8.547,4	296.216	336.306	40.090
Đồng bằng sông Cửu Long	332.205,6	24.194,1	319.779	383.750	63.971
Chung các khu vực	323.646,1	22.399,0	215.040	388.500	173.460



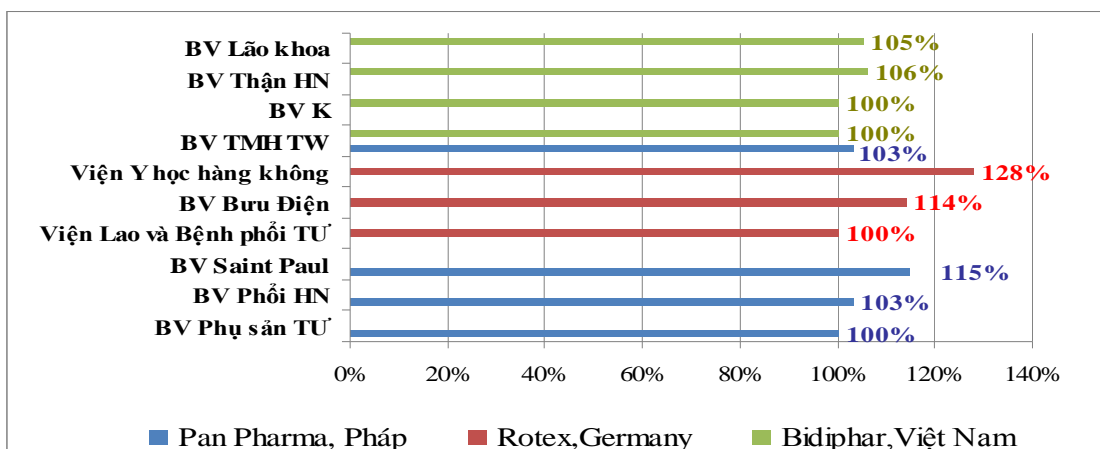
Hình 3.18. So sánh giá và tiền thuốc Tienam 1g/lọ



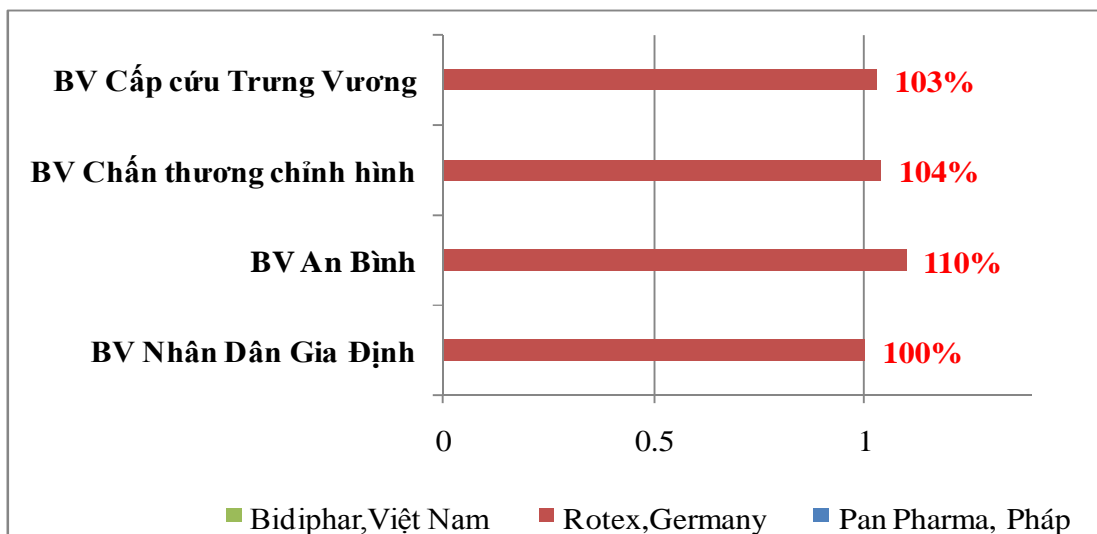
Hình 3.19. So sánh giá thuốc Tienam 1g/lọ theo khu vực

Kết quả cho thấy: Chỉ có duy nhất khu vực miền Đông Nam bộ có cùng một giá, tại các khu vực khác giá loại thuốc này giữa các địa phương chênh lệch khá nhiều, từ 2% tại Hải Phòng đến 20% tại Bến Tre, Hòa Bình.

3.2.7.2 Chênh lệch giá thuốc BHYT giữa các cơ sở khám, chữa bệnh trên cùng địa bàn



Hình 3.20. So sánh giá cùng một loại thuốc do nhiều hãng sản xuất trên địa bàn thành phố Hà Nội



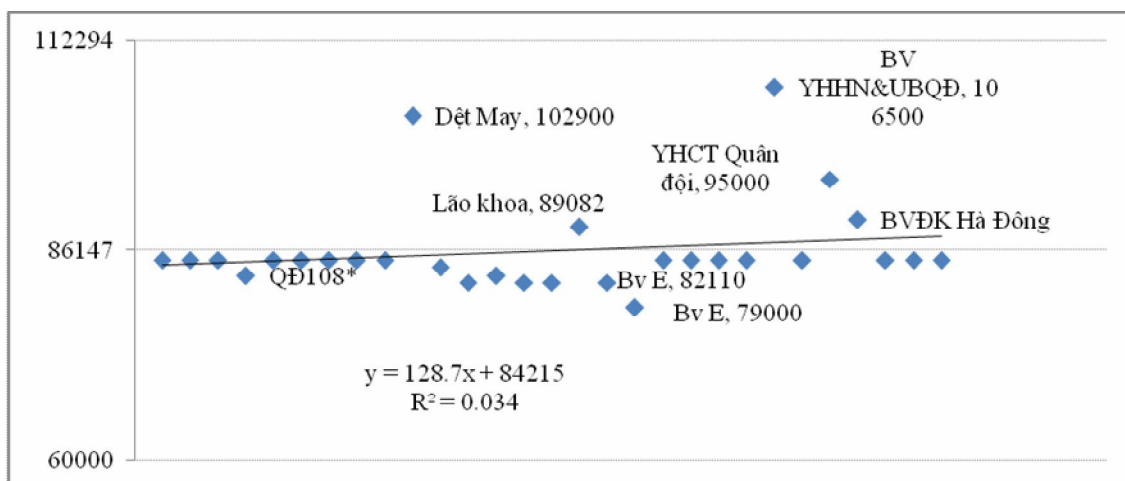
Hình 3.21: So sánh giá cùng một loại thuốc do nhiều hãng sản xuất trên địa bàn Thành phố Hồ Chí Minh

Kết quả phân tích, so sánh giá thuốc trúng thầu của cùng một loại thuốc nhưng do nhiều hãng sản xuất tại các cơ sở khám, chữa bệnh khác nhau trong cùng một địa bàn (Hà Nội; Thành phố Hồ Chí Minh) năm 2010 thể hiện ở các Hình 3.20; 3.21 cho thấy:

- Giá thuốc không thống nhất ngay trên cùng một địa bàn, thuốc cùng thành phần, hàm lượng nhưng giá rất khác nhau. Tình trạng này phổ biến ở các tỉnh áp dụng hình thức đấu thầu đơn lẻ và đấu thầu đại diện. Tại Hà Nội và Thành phố Hồ Chí Minh, cùng một thuốc Cefuroxim 500mg/lọ của các nhà sản xuất khác nhau, so sánh giá thấp nhất của thuốc sản xuất trong nước (Bidiphar, Việt Nam) với thuốc ngoại nhập chênh lệch từ 33% (Công ty Rotex, Đức) đến 83% (Pan Pharma, Pháp).

- Thuốc của cùng một hãng sản xuất nhưng giá cũng chênh lệch giữa các bệnh viện, mức độ chênh lệch lên đến 28% (giá thuốc tại Viện Y học hàng không so với tại Viện Lao và bệnh phổi Trung ương).

- Trên địa bàn Hà Nội nơi các cơ sở khám, chữa bệnh cung ứng thuốc qua đấu thầu trực tiếp, giá cùng 1 loại thuốc (Alvesin 10% 250mg/chai, hãng Berlin Chemie AG) không thống nhất, kể cả giữa 2 lần đấu thầu ngay tại một bệnh viện (Hình 3.22).



Hình 3.22. Chênh lệch Giá Alvesin 10% trên địa bàn Hà Nội

3.2.7.3 So sánh giá một số loại thuốc theo khu vực

Năm 2010, Cục Quản lý Dược Bộ Y tế không công bố giá CIF để ước tính phần chênh lệch giá thanh toán BHYT giữa các tỉnh, giá thuốc trung bình tại bệnh viện tuyến tỉnh ở Hà Nội và TP Hồ Chí Minh được sử dụng làm giá so sánh với 100 loại thuốc trúng thầu có giá trị thanh toán cao nhất trong cả nước. Giá tại Hà Nội các tỉnh khu vực Đồng bằng sông Hồng, Trung du và miền núi phía Bắc, Bắc Trung bộ, giá thuốc tại Thành phố Hồ Chí Minh được so sánh với giá thuốc thuộc các tỉnh Duyên hải miền Trung, Tây Nguyên, Đông Nam Bộ, Đồng bằng sông Cửu Long. Kết quả được thể hiện tại các bảng dưới đây.

a. So sánh giá thuốc các tỉnh đồng bằng sông Hồng

Bảng 3.25: So sánh giá thuốc kháng sinh các tỉnh đồng bằng sông Hồng

Tên thuốc	Nhà sản xuất	Giá so sánh	Tỷ lệ chênh lệch so với giá so sánh (%)						
			Bắc Ninh	Hải phòng	Vĩnh phúc	Hà Nam	Nam Định	Ninh Bình	Thái Bình
Amikacin 500mg/lọ	Bidiphar	17.038	1,65	-	-	-	-	-	-
Amikacin 500mg/lọ	JSC Kraspharma	65.099	-	0,94	-	-	-	-	0,84
Amoxicillin 500mg/viên	MD Pharco	508	-	-	-	0,99	1,97	-	-
Bio Taksym 1g/lọ	Bioton	37.118	-	-	-	-	1,05	-	-
Cefotaxim 1g/lọ	VCP	13.500	-	1,37	-	-	0,81	-	-
Ceftriaxone 1g/lọ	Pan Pharma	70.000	-	-	-	-	-	0,96	1,04
Cefuroxim 50mg/lọ	Bidiphar	27.819	-	-	-	0,90	-	0,94	-
Cefuroxim 50mg/lọ	Rotex	38.500	-	-	-	-	-	1,29	-
Ciprofloxacin 200mg/chai	Bidiphar	15.000	-	-	-	-	1,42	-	-

So sánh giá thuốc kháng sinh (Bảng 3.25) và một số loại thuốc khác (Phụ lục 4) cho thấy ở các tỉnh đồng bằng sông Hồng, hầu hết giá thuốc đều cao hơn giá tại Hà Nội, cùng một loại thuốc nhưng tỷ lệ chênh lệch rất khác nhau, có tỉnh giá thuốc gấp gần 2 lần so với giá so sánh.

Kết quả nghiên cứu cũng cho nhận xét tương tự khi so sánh giá thuốc kháng sinh và một số loại thuốc khác tại:

- Một số tỉnh thuộc khu vực Bắc Trung bộ với Hà Nội (Bảng 3.26 & Phụ lục 4)

- Một số tỉnh thuộc khu vực Duyên hải miền Trung với Thành phố Hồ Chí Minh (Bảng 3.27 & Phụ lục 4)

- Một số tỉnh thuộc khu vực Đồng bằng sông Cửu Long với Thành phố Hồ Chí Minh (Bảng 3.28 & Phụ lục 4)

b. So sánh giá thuốc tại khu vực Bắc Trung bộ

Bảng 3.26: So sánh giá thuốc kháng sinh các tỉnh Bắc Trung bộ

Tên thuốc	Nhà sản xuất	Giá so sánh	Tỷ lệ chênh lệch (%)				
			Thanh Hóa	Hà Tĩnh	Nghệ An	TT Huế	Quảng trị
Amikacin 500mg/lọ	Bidiphar	17.038	1,01	-	-	1,94	-
Amoxycillin 500mg/viên	DPTW1	698	0,93	-	-	-	-
Amoxycillin 500mg/viên	Domesco	791	-	-	-	0,98	-
Amoxycillin 500mg/viên	MD Pharco	508	-	1,07	-	-	-
Bio Taksym 1g/lọ	Bioton	37.118	-	1,02	-	1,02	-
Cefotaxim 1g/lọ	Sanavita	36.001	-	-	-	0,96	-
Cefotaxim 1g/lọ	VCP	13.500	-	1,56	0,76	1,11	-

c. So sánh giá thuốc tại khu vực Duyên hải miền Trung

Bảng 3.27: So sánh giá thuốc kháng sinh các tỉnh Duyên hải miền Trung

Tên thuốc	Nhà sản xuất	Giá so sánh	Tỷ lệ chênh lệch (%)						
			Quảng Nam	Bình Định	Bình Thuận	Đà Nẵng	Khánh Hòa	Quảng Ngãi	Ninh Thuận
Amikacin 500mg/lọ	Bidiphar	17.026	0,98	1,85	0,93	1,90	-	0,93	0,91
Augmentin 1,2g/lọ	SmithKline Beecham	42.308	-	1,00	-	1,03	-	-	-
Augmentin 281,25mg/gói	Glaxo	9.626	-	1,05	-	1,08	-	-	-
Ceftriaxone 1g/lọ	Pan Pharma	64.453	-	-	-	-	-	-	1,09
Cefuroxim 50mg/lọ	Bidiphar	26.250	1,57	1,00	0,93	-	0,88	-	-
Cefuroxim 50mg/lọ	Rotex	34.457	-	-	1,13	-	-	-	-
Ciprofloxacin 200mg/chai	Bidiphar	15.225	1,15	1,00	1,01	1,21	1,10	0,97	1,18
Claforan 1g/lọ	Roussel	49.635	1,00	1,07	-	-	-	-	-
Claminat 25mg/gói	Imexpharm	5.087	-	-	-	-	1,18	-	1,37
Claminat 625mg/viên	Imexpharm	5.907	-	-	-	-	1,10	-	1,44
Mebendazol 500mg/viên	Mekophar	707	-	1,11	-	-	-	-	1,08
Metronidazol 500mg/chai	Bidiphar	8.613	-	-	1,05	-	1,16	-	0,98
Ofloxacin 200mg/viên	Medipharco	499	-	0,72	0,68	-	0,68	-	-
Tienam 1g/lọ	Merck & Co.,	316.911	-	-	-	-	1,03	1,01	-

d. So sánh giá thuốc khu vực Đồng bằng sông Cửu Long

Bảng 3.28: So sánh giá thuốc kháng sinh các tỉnh đồng bằng sông Cửu Long

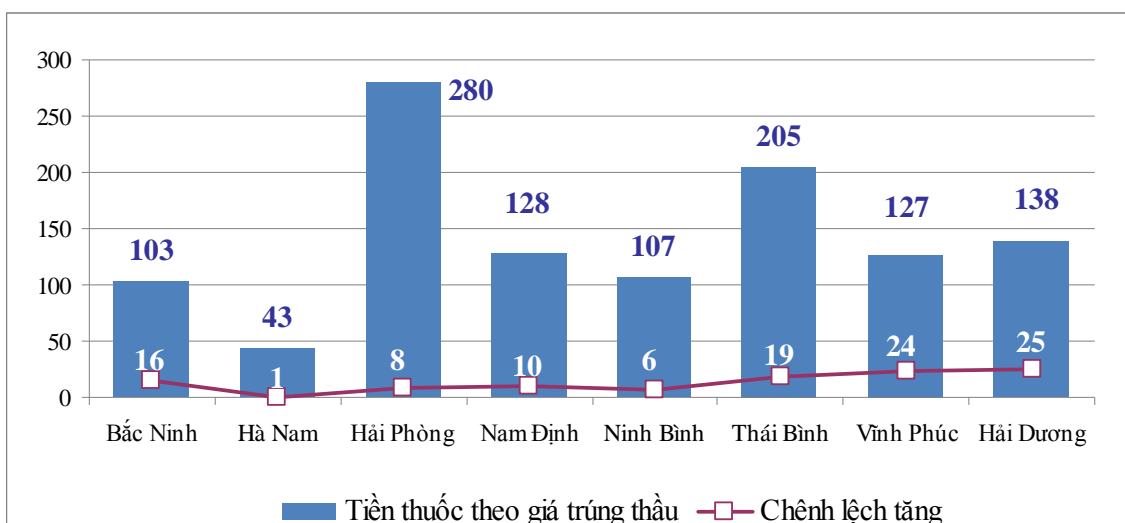
Tên thuốc	Nhà sản xuất	Giá so sánh	Tỷ lệ chênh lệch (%)					
			Kiên Giang	Tiền Giang	Trà Vinh	Vĩnh Long	Bến Tre	An Giang
Amikacin 500mg/lọ	Bidiphar	17.026	1,14	-	-	-	-	0,93
Amikacin 500mg/lọ	JSC Kraspharma	40.315	0,78	-	-	-	-	1,14
Amoxycillin 500mg/viên	DPTW1	578	-	-	-	-	-	-
Amoxycillin 500mg/viên	Domesco	791	-	0,80	-	-	1,23	1,00
Aprovel 150mg/viên	Sanofi	8.100	1,04	1,00	-	1,00	1,15	1,00
Augmentin 1,2g/lọ	SmithKline Beecham	42.308	-	-	-	-	1,14	1,00
Cefotaxim 1g/lọ	Sanavita	34.228	1,07	1,06	-	-	-	1,09
Cefuroxim 50mg/lọ	Rotex	34.457	0,87	0,98	-	1,02	1,27	1,10
Claforan 1g/lọ	Roussel	49.635	-	-	-	-	1,08	1,01
Claminat 25mg/gói	Imexpharm	5.087	1,18	1,08	1,77	1,18	-	1,18
Claminat 625mg/viên	Imexpharm	5.907	1,23	0,93	1,59	1,19	1,31	1,19
Erythromycin 500mg/viên	Mekophar	864	1,13	-	-	-	1,31	-
Farmorubicin 50mg/lọ	Pfizer	845.300	-	1,00	-	-	-	-

Tên thuốc	Nhà sản xuất	Giá so sánh	Tỷ lệ chênh lệch (%)					
			Kiên giang	Tiền giang	Trà Vinh	Vĩnh Long	Bến Tre	An Giang
Fortaaceff 1g/lọ	Pymepharco	16.500	-	-	-	1,00	-	0,95
Ofloxacin 200mg/viên	Medipharco	499	0,79	0,68	0,68	-	0,95	-
Tienam 1g/lọ	Merck & Co., Inc - USA	316.911	-	-	-	-	1,21	-
Tienam 1g/lọ	Merk Sharp & Dohme (MSD)	322.727	1,03	-	-	-	-	0,99

3.2.8. Điều chỉnh giá thuốc và thanh toán thuốc BHYT

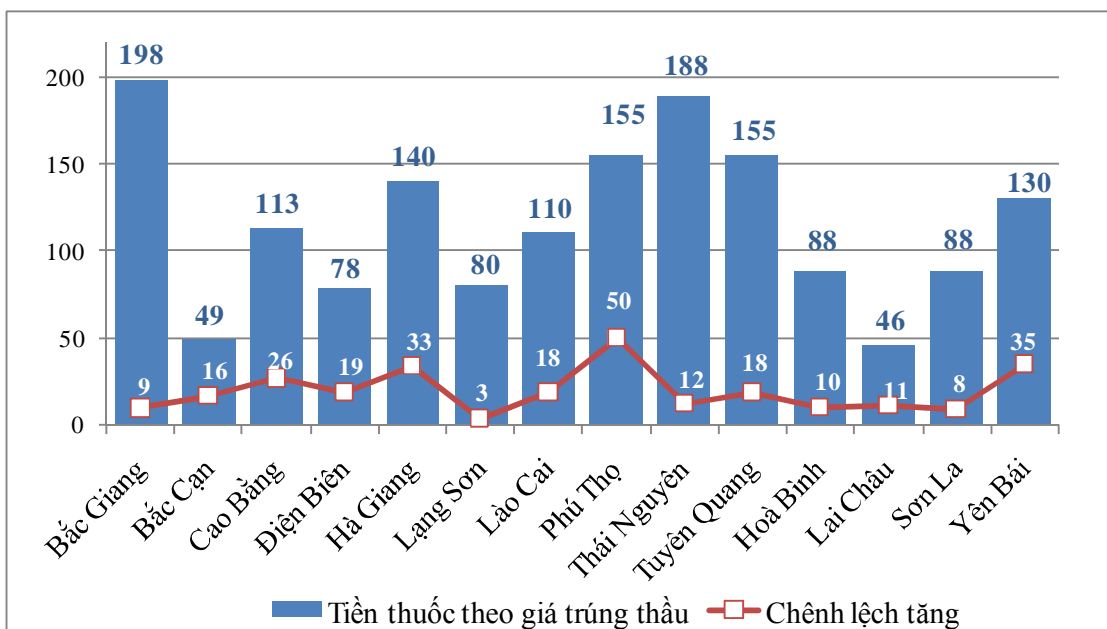
Kết quả so sánh giá trúng thầu của các tỉnh, thành phố theo khu vực với giá của cùng loại thuốc trúng thầu tại Hà Nội hoặc Thành phố Hồ Chí Minh (giá so sánh) với số lượng thuốc được nhập, sử dụng trong năm được thể hiện tại Phụ lục 4 và minh họa bởi các Biểu đồ dưới đây (Đơn vị tính: Tỷ đồng):

3.2.8.1. Chênh lệch tiền thuốc giữa các tỉnh, thành phố thuộc khu vực đồng bằng sông Hồng so với giá trúng thầu tại Hà Nội



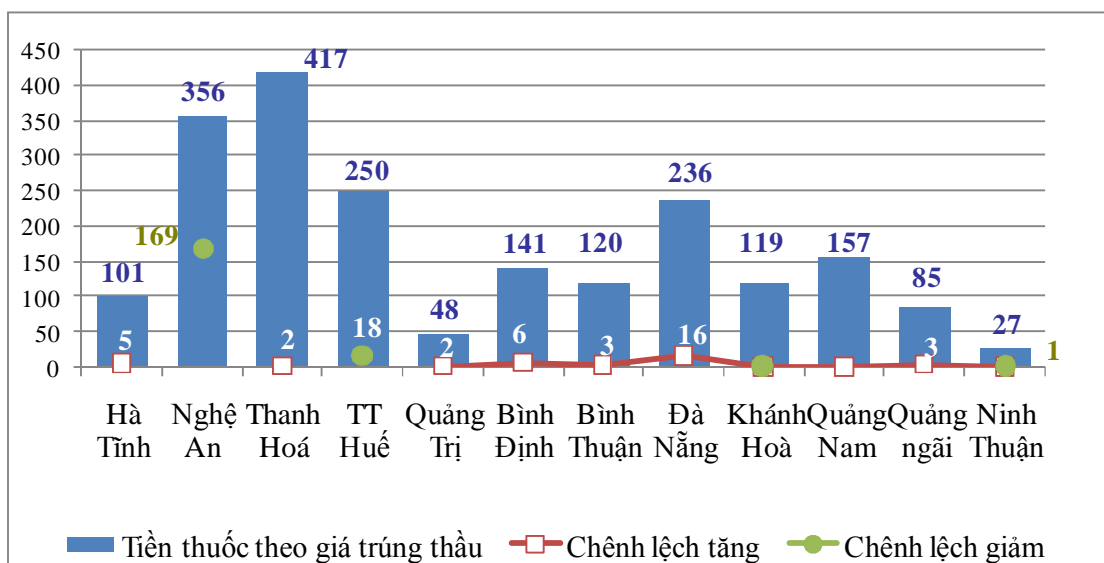
Hình 3.23. Chênh lệch tiền thuốc trúng thầu khu vực Đồng bằng sông Hồng

3.2.8.2. Chênh lệch tiền thuốc giữa các tỉnh, thành phố thuộc khu vực Trung du và miền núi phía Bắc so với giá trúng thầu tại Hà Nội



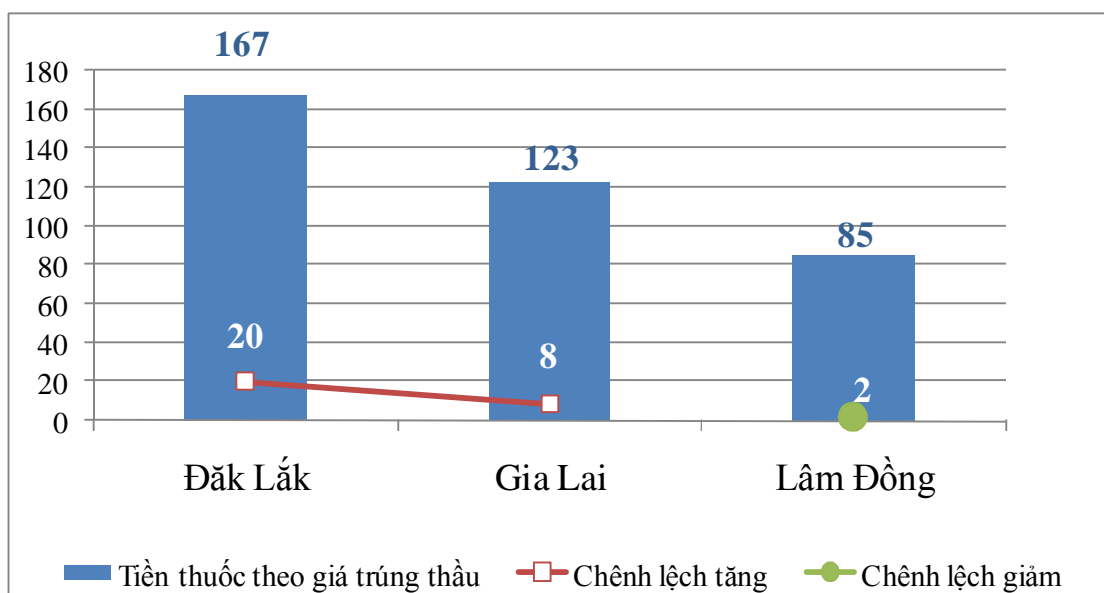
Hình 3.24. Chênh lệch tiền thuốc trúng thầu khu vực Trung du & MNPB

3.2.8.3. Chênh lệch tiền thuốc giữa các tỉnh, thành phố thuộc khu vực Bắc Trung bộ và Duyên hải miền Trung so với giá trúng thầu tại Hà Nội



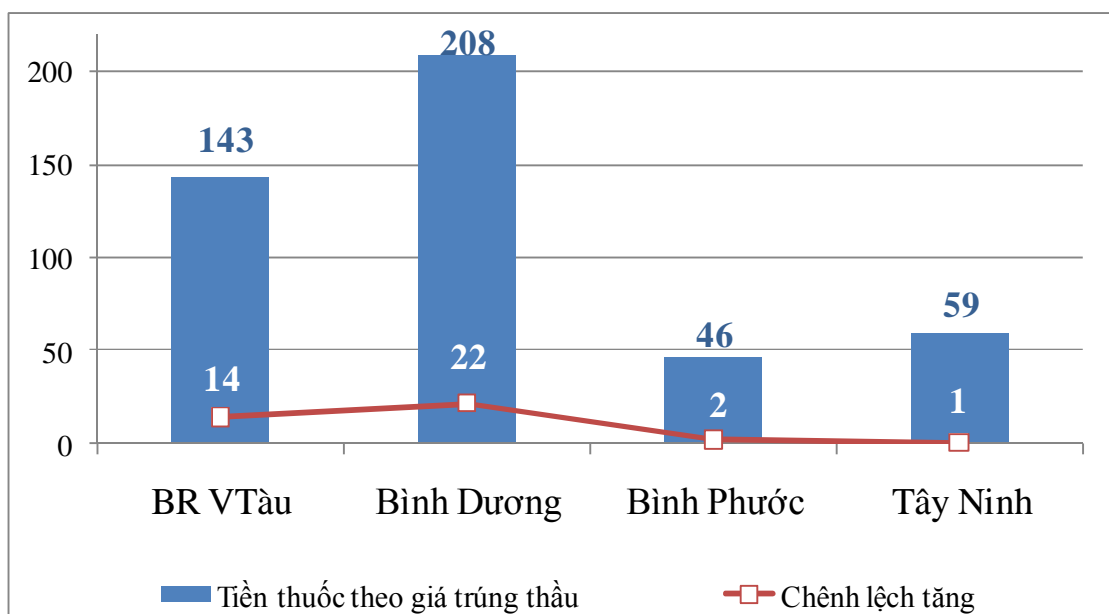
Hình 3.25. Chênh lệch tiền thuốc trúng thầu khu vực BTB & DHMT

3.2.8.4. Chênh lệch tiền thuốc giữa các tỉnh, thành phố thuộc khu vực Tây Nguyên so với giá trúng thầu tại Thành phố Hồ Chí Minh



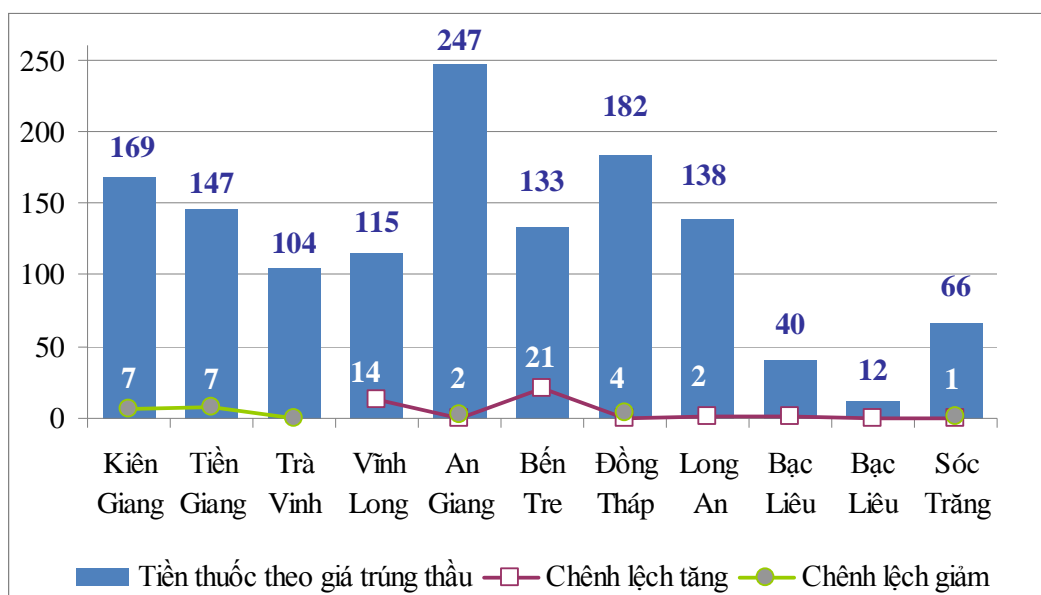
Hình 3.26. Chênh lệch tiền thuốc trúng thầu khu vực Tây Nguyên

3.2.8.5. Chênh lệch tiền thuốc giữa các tỉnh, thành phố thuộc khu vực Đông Nam Bộ so với giá trúng thầu tại Thành phố Hồ Chí Minh



Hình 3.27. Chênh lệch tiền thuốc trúng thầu khu vực Đông Nam bộ

3.2.8.6. Chênh lệch tiền thuốc giữa các tỉnh, thành phố thuộc khu vực Đồng bằng Sông Cửu Long so với giá trúng thầu tại Thành phố Hồ Chí Minh



Hình 3.28. Chênh lệch tiền thuốc trúng thầu khu vực Đồng bằng sông CL

Kết quả so sánh cho thấy có sự chênh lệch lớn về tỷ lệ tăng giá giữa các tỉnh với Hà Nội và Thành phố Hồ Chí Minh. Áp dụng giá thuốc so sánh và số lượng từng loại thuốc thanh toán BHYT năm 2010 của từng tỉnh cho kết quả:

- Số tiền chênh lệch do giá trúng thầu cao hơn giá so sánh là 519,93 tỷ đồng.

- Ngược lại, 11 tỉnh có số tiền thanh toán thấp hơn giá so sánh 211,52 tỷ đồng chứng tỏ có sự chênh lệch lớn giữa giá thuốc gốc và giá thanh toán BHYT.

Chương 4. BÀN LUẬN

Cùng với sự phát triển kinh tế xã hội của đất nước, nhu cầu khám, chữa bệnh của người dân ngày càng cao, sự tiến bộ vượt bậc của nền y học cũng giúp cho người dân được tiếp cận với nhiều dịch vụ kỹ thuật y học hiện đại. Điều đó cũng đồng nghĩa với việc chi phí khám, chữa bệnh ngày càng tăng. Tuy nhiên, các nguồn lực tài chính dành cho y tế hiện rất hạn chế. BHYT là một trong các nguồn tài chính y tế quan trọng nhất ở Việt Nam. Năm 2010 có khoảng 60% dân số được BHYT, phần lớn các thuốc được phép lưu hành tại Việt Nam đều được quỹ BHYT chi trả, chi phí về thuốc chiếm tỷ trọng xấp xỉ 60% tổng chi khám chữa bệnh BHYT. Kết quả nghiên cứu mô tả thực trạng công tác đấu thầu mua thuốc BHYT là một trong hai vấn đề quan trọng để quản lý và sử dụng hiệu quả quỹ BHYT.

4.1. Quản lý việc mua sắm thuốc qua các hình thức đấu thầu

Trong hệ thống bệnh viện công lập, việc cung ứng thuốc được thực hiện thông qua đấu thầu theo quy định. Hiện nay, việc đấu thầu thuốc tại các bệnh viện đang được thực hiện theo Thông tư số 10/2007/TTLT-BYT-BTC [20]. Tuy nhiên, các bệnh viện, các tỉnh có thể áp dụng hình thức khác nhau trong tổ chức đấu thầu. Tại một số thành phố lớn như Hà Nội và Thành phố Hồ Chí Minh, các bệnh viện tự tổ chức đấu thầu theo kế hoạch được Sở Y tế phê duyệt trong khi nhiều tỉnh lại áp dụng hình thức Sở Y tế tổ chức đấu thầu sau đó các bệnh viện trong tỉnh áp dụng kết quả trúng thầu để mua thuốc (đấu thầu tập trung). Thực tế cho thấy có nhiều vướng mắc trong quy định về đấu thầu mua thuốc theo Thông tư số 10/2007/TTLT-BYT-BTC. Việc chậm trễ trong quy trình thực hiện đấu thầu, nhất là thủ tục thẩm định phê duyệt là vấn đề thường gặp dẫn đến tình trạng thiếu thuốc, chậm cung ứng thuốc tại nhiều bệnh viện. Việc xác định giá thuốc trong kế hoạch đấu thầu cũng gặp nhiều khó khăn do việc cập nhật giá trên trang web của Cục Quản lý Dược không được đảm bảo. Nhiều cơ sở phản

ánh quy định giới hạn về giá trị thuốc mua không qua đấu thầu đối với các thuốc không có trong danh mục đấu thầu quá thấp nhất là đối với bệnh viện tỉnh và Trung ương.

Kết quả nghiên cứu của Luận án đã chỉ ra: mua sắm thuốc thông qua đấu thầu là phương thức cơ bản để các cơ sở khám, chữa bệnh cung ứng thuốc cho người bệnh BHYT. Kết quả nghiên cứu cho thấy cả 3 hình thức đấu thầu đều được áp dụng, trong đó hình thức đấu thầu tập trung là phương thức mua sắm thuốc chủ yếu, được áp dụng tại 40/63 tỉnh, thành phố chiếm tỷ lệ 63,5%, tỷ lệ này ở các hình thức đấu thầu đại diện và đấu thầu đơn lẻ là 15,87% và 20,63% (Bảng 3.1).

Việc lựa chọn hình thức đấu thầu cung ứng thuốc có liên quan chặt chẽ đến mô hình quản lý hệ thống y tế và đặc điểm kinh tế xã hội của địa bàn nơi cơ sở khám, chữa bệnh đứng chân. Theo đó, các cơ sở khám, chữa bệnh tuyến trung ương trực thuộc Bộ Y tế tập trung chủ yếu tại Hà Nội và Thành phố Hồ Chí Minh và các cơ sở khám, chữa bệnh ở cả 3 tuyến trực thuộc các Bộ, Ngành khác đều lựa chọn hình thức đấu thầu đơn lẻ để cung ứng, mua sắm thuốc. Các cơ sở khám, chữa bệnh tuyến tỉnh, huyện và tương đương trực thuộc Sở Y tế chủ yếu thực hiện việc cung ứng thuốc qua kết quả đấu thầu tập trung hoặc đại diện (Bảng 3.2), trong đó 59,1% các cơ sở khám, chữa bệnh BHYT thực hiện cung ứng thuốc qua đấu thầu tập trung và 28,3% thông qua đấu thầu đại diện (hình 3.1). Các cơ sở khám, chữa bệnh ngoài công lập cũng tham gia vào hoạt động khám, chữa bệnh BHYT, năm 2010 cơ quan Bảo hiểm xã hội ký hợp đồng khám, chữa bệnh với 276 cơ sở y tế ngoài công lập [3]. Các cơ sở này tự tổ chức cung ứng thuốc thông qua đấu thầu đơn lẻ hoặc mua sắm trực tiếp căn cứ vào kết quả đấu thầu thuốc của bệnh viện công lập tương đương tuyến CMKT hoặc đồng hạng trên cùng địa bàn.

Tuy nhiên, cũng có những lựa chọn khác nhau trong việc thực hiện mua thuốc BHYT tại các tỉnh thuộc cùng một khu vực có điều kiện kinh tế xã hội

tương đồng. Ngay tại các vùng có điều kiện kinh tế xã hội phát triển, giao thông khá thuận tiện, tập trung nhiều đơn vị cung ứng thuốc như đồng bằng sông Hồng và đồng bằng sông Cửu Long nhưng phương thức mua thuốc qua đấu thầu khác nhau. Vấn đề này phụ thuộc vào quan điểm chỉ đạo của lãnh đạo Sở Y tế các địa phương và đặc thù của mỗi cơ sở khám, chữa bệnh.

Đấu thầu tập trung được cho là hình thức mua thuốc thuận lợi cho công tác quản lý với những ưu điểm như:

(i) Tạo ra môi trường cạnh tranh lành mạnh với sự tham gia của số đông đơn vị cung ứng, giúp lựa chọn nhà cung cấp thuốc có chất lượng và hợp lý;

(ii) Giá thuốc thanh toán BHYT thống nhất giữa các cơ sở khám, chữa bệnh, thuận lợi cho công tác thanh toán chi phí thuốc BHYT;

(iii) Trong quá trình cung ứng thuốc, các đơn vị cung ứng có trách nhiệm cung ứng thuốc đầy đủ, kịp thời, ngay cả đối với các cơ sở khám, chữa bệnh ở vị trí xa trung tâm. Hiện tượng bỏ thầu cung ứng thuốc vẫn còn xảy ra nhưng không nhiều do nhà thầu được ràng buộc nhiều hơn với quá trình tổ chức đấu thầu, đặc biệt khi giá thuốc trên thị trường biến động lớn. Một số địa phương đã có những ràng buộc chặt chẽ với nhà thầu, quy định việc thoả thuận xử lý khi giá thuốc biến động trên 10% như thành phố Đà Nẵng, đem lại việc cung ứng thuốc ổn định, kịp thời của các nhà cung ứng thuốc.

Bên cạnh các ưu điểm nêu trên, hạn chế lớn nhất của đấu thầu cung ứng thuốc tập trung là việc tổ chức đấu thầu còn chậm, do Sở Y tế phải tập hợp nhu cầu mua thuốc của tất cả các cơ sở khám, chữa bệnh công lập trên địa bàn tỉnh để làm cơ sở xây dựng kế hoạch đấu thầu. Do vậy chỉ cần một số cơ sở khám, chữa bệnh thực hiện chậm cũng gây ảnh hưởng đến tiến độ tổ chức đấu thầu. Một số tỉnh như Thanh Hóa, do địa bàn rất rộng nên giá thuốc trúng thầu của nhà cung ứng còn cao.

Tuy nhiên một số tỉnh chưa áp dụng hình thức này, đặc biệt là các tỉnh thuộc khu vực miền núi, biên giới do điều kiện địa lý, địa hình chia cắt hiểm trở,

giao thông chưa thuận tiện, nhân lực làm công tác đấu thầu còn hạn chế cả về số lượng và trình độ. Mặt khác, mặc dù trên địa bàn các tỉnh này cũng có nhiều đơn vị cung ứng nhưng chưa có đơn vị nào đủ mạnh để có khả năng tập hợp được các đơn vị nhỏ lẻ thành một môi trường thống nhất.

Đối với hình thức đấu thầu đại diện (hình thức 2), những ưu điểm nổi bật là:

(i) Tiến độ tổ chức đấu thầu nhanh, chi phí tổ chức đấu thầu thấp;

(ii) Giá thuốc thanh toán BHYT được khống chế theo kết quả đấu thầu của 1 hoặc 2 cơ sở khám, chữa bệnh nên cũng rất tập trung.

Tuy nhiên hình thức này lại có những bất cập trong quá trình cung ứng thuốc, cụ thể là: Do cơ sở khám, chữa bệnh đứng ra tổ chức đấu thầu có vị trí thuận lợi trong quá trình cung ứng thuốc, nên việc cung ứng thuốc tại chính cơ sở khám, chữa bệnh này rất thuận lợi. Tuy nhiên do ràng buộc chưa chặt chẽ, nên tại các cơ sở khám, chữa bệnh xa cơ sở khám, chữa bệnh tổ chức đấu thầu đại diện sẽ gặp khó khăn trong quá trình cung ứng thuốc của nhà thầu.

Với hình thức đấu thầu đơn lẻ, các cơ sở khám, chữa bệnh sẽ rất chủ động trong việc cung ứng thuốc, đáp ứng nhu cầu điều trị, thời gian tổ chức đấu thầu sẽ nhanh hơn, nhưng có nhược điểm là chi phí đấu thầu tốn kém, giá thuốc không thống nhất, khó quản lý và có sự chênh lệch giữa các cơ sở khám, chữa bệnh.

4.2. Tổ chức thực hiện mua sắm thuốc qua đấu thầu

Đấu thầu tập trung có sự tham gia của nhiều cán bộ có trình độ chuyên môn và tích lũy được kinh nghiệm qua các lần tổ chức đấu thầu, quy mô tổ chức đấu thầu tập trung cũng lớn hơn nhiều so với các hình thức còn lại. Theo Tổ chức Y tế thế giới, mua sắm thuốc thông qua đấu thầu được coi là hoạt động quan trọng để đảm bảo cho việc quản lý thuốc đạt được hiệu quả, nhưng nó cũng đòi hỏi một đội ngũ cán bộ có trình độ chuyên môn cao, có khả năng lựa chọn những thuốc có chất lượng tốt với giá cả phù hợp [79].

Trong năm 2010, Bảo hiểm xã hội Việt Nam đã ban hành mô hình đấu thầu mua thuốc BHYT và thanh toán chi phí thuốc theo phương thức tập trung bao gồm 2 giai đoạn: (i) đấu thầu tập trung; (ii) thanh toán chi phí thuốc tập trung và trực tiếp cho đơn vị cung ứng để chỉ đạo, hướng dẫn BHXH các tỉnh, thành phố phối hợp với Sở Y tế triển khai thực hiện nhằm tăng cường hiệu quả sử dụng quỹ cũng như đảm bảo tốt hơn quyền lợi về thuốc chữa bệnh cho người tham gia BHYT. Để mô hình thực hiện có hiệu quả, việc triển khai thực hiện mô hình phải thực hiện từ giai đoạn đầu, đó là đấu thầu cung ứng thuốc tập trung.

Tuy nhiên thời điểm tổ chức đấu thầu tại các địa phương không giống nhau, có địa phương đấu thầu theo chu kỳ 6 tháng/lần, có địa phương đấu thầu cho cả năm. Tại thời điểm ban hành và hướng dẫn thực hiện mô hình này, hầu hết các địa phương đã hoàn thành việc đấu thầu thuốc và có kết quả trúng thầu thuốc cho năm 2010. Do vậy trong năm 2010, đối với một số địa phương đã thực hiện xong công tác đấu thầu thuốc tập trung hay đã có kết quả đấu thầu tập trung trên địa bàn tỉnh thì tiếp tục thí điểm triển khai thực hiện giai đoạn 2 của mô hình (thanh toán chi phí thuốc tập trung và trực tiếp cho đơn vị cung ứng) để xác định các khó khăn vướng mắc trong quá trình tổ chức thanh toán thuốc trực tiếp cho đơn vị cung ứng và hiệu quả đạt được trong kiểm soát giá thuốc, thực hiện cung ứng thuốc và lượng thuốc sử dụng của cơ sở khám, chữa bệnh.

Kết quả lớn nhất thu được qua công tác thí điểm là đã tạo nên được sự đồng thuận rất cao về quan điểm trong tổ chức đấu thầu mua thuốc và thanh toán thuốc tập trung. Tại một số đại phương như Bình Định, Thanh Hóa, Vĩnh Phúc, Cao Bằng...UBND tỉnh phê duyệt đề án, kế hoạch triển khai thực hiện mô hình đấu thầu và thanh toán tập trung. Cơ quan BHXH tỉnh đã thực hiện ký hợp đồng ba bên giữa BHXH tỉnh với các cơ sở khám, chữa bệnh BHYT trên địa bàn và đơn vị trúng thầu cung ứng thuốc tại địa phương về cung ứng thuốc và thanh toán chi phí thuốc.

Việc triển khai thí điểm mô hình đấu thầu cung ứng thuốc, thanh toán chi phí thuốc tập trung và trực tiếp cho đơn vị cung ứng thuốc đã nhận được sự ủng hộ của các cấp uỷ đảng, chính quyền địa phương, sự phối hợp chặt chẽ của BHXH tỉnh với Sở Y tế tại một số địa phương (Thanh Hoá, Vĩnh Phúc, Bình Định, Cao Bằng...), tuy nhiên cũng chưa nhận được sự đồng thuận tại một số địa phương trong quá trình thực hiện (Nghệ An, Bắc Giang).

Mặc dù vậy, mô hình đấu thầu cung ứng thuốc, thanh toán chi phí thuốc tập trung và trực tiếp cho đơn vị cung ứng thuốc đã đem lại một số ý nghĩa trong quá trình thực hiện chính sách BHYT về thuốc chữa bệnh như sau:

- Tăng cường vai trò của cơ quan BHXH trong quá trình thực hiện đấu thầu cung ứng thuốc tại các cơ sở khám, chữa bệnh, với tư cách đại diện cho số đông người sử dụng thuốc (người bệnh BHYT) nhằm thực hiện giám sát việc lựa chọn thuốc hợp lý được cung ứng bởi nhà thầu đáp ứng yêu cầu về năng lực. Nội dung này đang được cụ thể hoá trong quá trình sửa đổi Thông tư liên tịch số 10/2007/TTLT-BYT-BTC hướng dẫn việc thực hiện đấu thầu cung ứng thuốc tại các cơ sở khám, chữa bệnh [26].

- Can thiệp vào khâu thanh toán chi phí thuốc từ các cơ sở khám, chữa bệnh cho đơn vị cung ứng để giảm thiểu chi phí vốn không cần thiết được cơ cấu vào giá thành thuốc.

- Đề xuất, quy định tiêu chuẩn kỹ thuật để đánh giá, lựa chọn thuốc hợp lý trong quá trình đấu thầu cung ứng thuốc. Đây là một vướng mắc trong quá trình đấu thầu thuốc tại các địa phương, dẫn đến việc lựa chọn thuốc có thể không hợp lý, hiệu quả tại các địa phương. Nội dung này đã được đưa ra xem xét trong sửa đổi Thông tư liên tịch số 10/2007/TTLT-BYT-BTC, thông qua dự thảo ban hành Hồ sơ mời thầu cung ứng thuốc tại các cơ sở khám, chữa bệnh.

Những cải cách, sự thay đổi nhìn nhận vấn đề quản lý giá thuốc và giải pháp điều chỉnh vào quá trình quản lý giá thuốc, chính sách thuốc BHYT đã

đem lại hiệu quả cho công tác quản lý thuốc BHYT, tăng cường hiệu quả sử dụng quỹ BHYT về lâu dài.

Công tác chỉ đạo, hướng dẫn của BHXH Việt Nam đối với việc tham gia công tác đấu thầu thuốc tại các địa phương từng bước đã đem lại những kết quả nhất định, đặc biệt là việc tăng cường vai trò của cơ quan BHXH trong quá trình tổ chức đấu thầu thuốc tại địa phương. Năm 2009, chỉ có vài tỉnh tham gia vào quá trình đấu thầu thuốc, thì năm 2010, trên toàn quốc đã có 10 địa phương cơ quan BHXH tham gia vào quá trình đấu thầu cung ứng thuốc (Kiên Giang, Tiền Giang, Bình Dương, Nghệ An, Bắc Giang, Đồng Tháp, Quảng Ninh, Đà Nẵng, Long An, Cần Thơ) và đến năm 2011, số lượng BHXH các tỉnh tham gia vào quá trình cung ứng thuốc đã tăng lên nhiều với con số 27 tỉnh, tương ứng 43%, bao gồm: Cao Bằng, Tiền Giang, Vĩnh Phúc, Nghệ An, Bình Dương, Cần Thơ, Thái Bình, Vĩnh Long, Đồng Tháp, Đà Nẵng, Kiên Giang, Bà Rịa- Vũng Tàu, Bắc Kạn, Gia Lai, Hà Tĩnh, Khánh Hòa, Lạng Sơn, Lào Cai, Quảng Trị, Thái Nguyên, Thanh Hóa, Tuyên Quang, Ninh Bình, Điện Biên, Quảng Nam, Trà Vinh và Hòa Bình. Trong đó có 2 tỉnh tham gia vào toàn bộ quá trình đấu thầu thuốc (Cao Bằng và Nghệ An), 6 tỉnh tham gia vào hội đồng thẩm định kế hoạch đấu thầu, 6 tỉnh tham gia vào hội đồng thẩm định hồ sơ dự thầu,; 16 tỉnh tham gia vào tổ chuyên gia đấu thầu và 12/63 tỉnh tham gia vào hội đồng thẩm định kết quả đấu thầu.

Thời gian hoàn thành một chu kỳ đấu thầu là yếu tố quan trọng để đảm bảo cung ứng thuốc kịp thời cho người bệnh. Kết quả tại Bảng 3.13 cho thấy thời gian hoàn thành một lần đấu thầu chủ yếu từ 3 đến dưới 6 tháng (chiếm tới 76% số các địa phương trong cả nước). Theo các nhà quản lý bệnh viện, đây là khoảng thời gian thích hợp cho một chu kỳ đấu thầu cung ứng thuốc.

Tại các tỉnh đấu thầu tập trung, quá trình tổng hợp nhu cầu thuốc để xây dựng kế hoạch đấu thầu chủ yếu dựa trên đề xuất của các cơ sở khám, chữa bệnh trực thuộc Sở Y tế mà chưa có được cơ sở dữ liệu tổng thể về nhu cầu sử dụng

thuốc theo mô hình bệnh tật, khả năng tài chính và sự đáp ứng của thị trường thuốc trên địa bàn. Số lượng mặt hàng lớn, nhu cầu sử dụng thuốc và giá đề xuất trong kế hoạch đấu thầu của mỗi đơn vị khác nhau là những vấn đề tạo nên khá nhiều khó khăn cho Sở Y tế khi xây dựng kế hoạch đấu thầu. Đặc biệt là thiếu một cơ sở chắc chắn để có thể đưa ra được một mức giá kế hoạch hợp lý khi xây dựng các gói thầu. Trong khi quá trình xây dựng đấu thầu đại diện hay trực tiếp thường dễ dàng hơn do nhu cầu thuốc chủ yếu cho bệnh viện đứng ra tổ chức đấu thầu. Điều đó cho thấy công tác dự báo và lập kế hoạch đấu thầu là yếu tố quan trọng để đảm bảo thời gian, chất lượng và giá cả hợp lý của quá trình cung ứng thuốc.

4.3. Kết quả lựa chọn thuốc qua đấu thầu

Số liệu trình bày tại Bảng 3.17 và Phụ lục 2 cho thấy các mặt hàng thuốc nhập khẩu trúng thầu có nguồn gốc từ 63 quốc gia và vùng lãnh thổ, thuốc sản xuất tại Việt Nam chiếm 42,58% tổng số mặt hàng trúng thầu. Kết quả này khá phù hợp với số liệu công bố của Tổng cục Thống kê, theo đó 50% trị giá thuốc tiêu dùng trong thị trường thuốc Việt Nam chủ yếu được nhập khẩu từ Pháp, Ấn độ, Hàn Quốc, Thụy Sĩ, Đức, Hoa Kỳ. Năm 2009, trị giá thuốc tân dược nhập khẩu là 1.098 triệu USD [70]. Số lượng mặt hàng và nguồn gốc xuất xứ đa dạng, sự không thống nhất trong cách thức xây dựng và phân loại các gói thầu là các nguyên nhân cơ bản dẫn đến hiện trạng lựa chọn thuốc rất khác nhau ở mỗi tỉnh. Cùng một thuốc gốc có nhiều biệt dược do nhiều hãng sản xuất và giá cả khác nhau. Ý kiến của lãnh đạo Sở Y tế một tỉnh phía nam cho thấy những bất cập của việc phê duyệt danh mục thuốc được xét theo từng mặt hàng: “có công ty chỉ trúng có một loại thuốc và hầu hết tương ứng với mỗi loại hoạt chất được trúng thầu có 03 biệt dược tương ứng theo 03 nhóm nước sản xuất là Việt Nam, Châu Á, Châu Âu. Trong đó giá thuốc Châu Âu có nhiều loại giá gấp 10 đến 15 lần giá thuốc Châu Á”.

Nguyễn Đình Hối và cộng sự đã đưa ra khái niệm gánh nặng kép (double burden) để mô tả tình hình y tế của Việt Nam trong thời kỳ đổi mới với dự báo trong 10 năm tới ngành y tế sẽ phải đương đầu với thách thức gánh nặng y tế: gánh nặng bệnh truyền nhiễm chưa giảm một cách đồng bộ và gánh nặng bệnh tật do ung thư, cao huyết áp, đột quỵ, tiểu đường và tai nạn sẽ tăng nhanh [53]. Kết quả của nghiên cứu tại Bảng 3.19 và Hình 3.9 rất phù hợp với nhận định này, khi phân tích cơ cấu các mặt hàng trúng thầu, 5 nhóm thuốc phổ biến nhất là kháng sinh (35,52%), gấp hơn 3 lần so với nhóm đứng thứ 2 là thuốc tim mạch (10,44%), tiếp đến là thuốc đường tiêu hóa, ung thư – miễn dịch, giảm đau hạ sốt chống viêm không steroid. Nhu cầu sử dụng thuốc phản ánh rõ nét mô hình bệnh tật của nước ta vẫn đang trong giai đoạn chuyển đổi phức tạp từ các bệnh truyền nhiễm sang các bệnh mãn tính, sự gia tăng nhanh chóng các bệnh không lây như tim mạch, ung thư, rối loạn tâm thần và tai nạn [30], [77].

Một trong những vấn đề cần quan tâm đặc biệt trong sử dụng thuốc an toàn, hợp lý tại bệnh viện là sử dụng thuốc kháng sinh. Theo kết quả khảo sát tại các bệnh viện, tiền mua thuốc kháng sinh chiếm tỷ trọng lớn nhất trong các nhóm thuốc. Mặt khác, việc sử dụng kháng sinh, kháng vi rút không hợp lý dẫn đến tình trạng kháng thuốc ngày càng gia tăng cả trong bệnh viện cũng như trong cộng đồng. Tình hình này dẫn đến việc buộc phải thay thế các loại thuốc đắt tiền hơn và có thể dẫn đến thất bại nhiều hơn trong điều trị. Kháng thuốc đã trở thành vấn đề nan giải không riêng quốc gia nào mà là vấn đề toàn cầu. Chủ đề ngày sức khỏe Thế giới năm 2011 là chống kháng thuốc với thông điệp *“Kháng thuốc: không hành động hôm nay, không chữa khỏi ngày mai”*. Chính sách thuốc Quốc gia đã nêu rõ chính sách về kháng sinh *“Thuốc kháng sinh có vai trò rất quan trọng trong điều trị, đặc biệt đối với tình hình bệnh tật của một nước khí hậu nhiệt đới như ta. Chấn chỉnh việc kê đơn và sử dụng kháng sinh, xác định tính kháng kháng sinh của một số vi khuẩn gây bệnh, tạo điều kiện để các cơ sở điều trị có khả năng làm kháng sinh đồ”*. Ngay từ giai đoạn đầu triển

khai Chính sách thuốc Quốc gia, sử dụng kháng sinh an toàn hợp lý đã được xem là một trong những nội dung được chú trọng. Ban cố vấn về kháng sinh đã được thành lập nhằm giúp Ban điều hành thực hiện Chính sách thuốc Quốc gia tăng cường sử dụng kháng sinh an toàn, hợp lý. Ban tư vấn thường xuyên hỗ trợ hoạt động Hội đồng thuốc và Điều trị tại các bệnh viện, xây dựng và phổ biến Hướng dẫn điều trị chuẩn cho 119 bệnh nhiễm khuẩn thường gặp. Nghiên cứu thử độ nhạy kháng sinh đã được tiến hành thường xuyên nhằm phân tích các chủng vi khuẩn kháng thuốc và phổ biến thông tin tới Hội đồng thuốc và Điều trị tại các bệnh viện thông qua bản tin, hội nghị khoa học. Các hoạt động này đều nằm trong khuôn khổ chương trình hỗ trợ của SIDA từ năm 1995-2008, chưa được nhân rộng trên phạm vi toàn quốc và có tính duy trì. Việt Nam cần tăng cường chính sách kiểm soát tình trạng kháng kháng sinh. Thực trạng kháng kháng sinh tại Việt Nam ở mức báo động khi báo cáo phân tích thực trạng sử dụng và kháng kháng sinh mới đây do Nhóm nghiên cứu quốc gia GARP tại Bệnh viện bệnh nhiệt đới Trung ương cho biết các chủng Streptococcus pneumonia – một trong những nguyên nhân hàng đầu gây bệnh hô hấp kháng penicillin 71,4% và kháng erythromycin 92,1%, 75% các chủng pneumococci kháng với ban hoặc trên ba kháng sinh. Các vi khuẩn gram âm đa số kháng kháng sinh. Tình trạng kháng kháng sinh gia tăng rõ rệt. Mới đây Bộ Y tế xây dựng chương trình giám sát kháng thuốc, thu thập các báo cáo về tình hình sử dụng kháng sinh cũng như kháng kháng sinh từ 20 bệnh viện có phòng xét nghiệm vi sinh lâm sàng. Tuy nhiên số liệu từ các phòng xét nghiệm này chưa được kiểm tra về mặt chất lượng và chưa được phổ biến rộng rãi cho cán bộ chuyên môn cũng như cho người dân. Việt Nam chưa có Phòng thí nghiệm quốc gia để điều phối giám sát dịch tễ học về kháng kháng sinh. Năm 2011 Bộ Y tế đã ban hành Quyết định 1790/2011/QĐ-BYT về triển khai chương trình quốc gia giám sát sử dụng kháng sinh và kháng kháng sinh, nhưng chưa có kinh phí thực hiện.

Kết quả nghiên cứu cũng cho thấy, tỷ lệ sử dụng kháng sinh và các thuốc điều trị bệnh mạn tính rất cao cũng phản ánh những vấn đề thực tế đang tồn tại không chỉ ở Việt Nam mà còn ở các nước đang phát triển là thiếu cơ chế kiểm soát và hạn chế lạm dụng thuốc, đặc biệt thuốc kháng sinh, thuốc điều trị bệnh mạn tính [87]. Kết quả phân tích 30 loại thuốc gốc có giá trị thanh toán BHYT cao nhất tại các tỉnh thuộc 6 khu vực (Bảng 3.21 và Hình 3.11) cho thấy có tới 13 loại kháng sinh có giá trị thanh toán đến 21,9%, tiếp đến là các thuốc điều trị ung thư (4,56%), tiêu hóa (4,41%), bệnh về máu (3,61%). Đặc biệt trong 30 loại trên có cả những thuốc bổ trợ như: L-Ornithine - L-aspartat, Thiamin, Ginko giloba. Tương tự với kết quả tại Bảng 3.21, các loại kháng sinh thế hệ mới (Cefotaxim, Tienam, Fortaacef ...) được lựa chọn sử dụng ở hầu hết các khu vực với giá trị thanh toán BHYT rất lớn.

4.4. Vấn đề đảm bảo đáp ứng nhu cầu thuốc qua đấu thầu

Đấu thầu tập trung là hình thức có quy mô lớn, tạo điều kiện để lựa chọn đơn vị cung ứng tốt nhất với các mặt hàng đảm bảo chất lượng. Thuốc trúng thầu tại tuyến tỉnh và huyện là 48.708 mặt hàng (Bảng 3.18), trong đó số mặt hàng được lựa chọn trong hình thức đấu thầu tập trung gấp trên 3,6 lần so với hình thức đấu thầu đại diện và 5,6 lần ở hình thức đấu thầu đơn lẻ. Bảng 3.9 cho thấy đấu thầu đơn lẻ có số nhà thầu tham dự rất hạn chế, gần 16% số lần đấu thầu có trên 20 nhà thầu tham dự. Mặt khác, giá trị trúng thầu lớn là yếu tố quan trọng để các đơn vị cung ứng đưa ra được giá thành hợp lý và đảm bảo nguồn hàng cung ứng cho nhu cầu điều trị.

Thực hiện đấu thầu theo gói nhưng không có số lượng, giá trị gói trúng thầu thấp, một số thuốc có giá thành cao, tần suất sử dụng nhiều lại cao hơn giá thị trường, hoặc nhà thầu chào hàng đưa giá của một số thuốc có giá thấp lên cao hơn giá thị trường nhưng tần suất sử dụng và tổng chi phí trong khám, chữa bệnh thuốc này không cao.

Tình trạng thuốc không trúng thầu xảy ra phổ biến ở các tỉnh tổ chức đấu thầu trực tiếp và đại diện (Bảng 3.14), có đến 85% tỉnh phải mua thuốc ngoài thầu. Bảng 3.16 đã cho thấy tình trạng cung ứng thuốc qua đấu thầu không đầy đủ xảy ra ở nhiều địa phương (44,5%). Lý do chủ yếu đối với đấu thầu tập trung là điều kiện địa lý và nhà thầu không đảm bảo nguồn hàng, nguyên nhân cũng tương tự như vậy đối với đấu thầu đại diện nhưng ở một mức độ cao hơn so với đấu thầu tập trung trong khi ở hình thức đấu thầu đơn lẻ có thuốc không trúng thầu chủ yếu do số lượng ít và biến động giá (Hình 3.7). Tại một đơn vị đấu thầu trực tiếp, theo ý kiến của lãnh đạo bệnh viện là “do giá dự thầu vượt giá dự toán được duyệt hoặc do nhà thầu không chào thầu”.

Đối với các đơn vị tham gia đấu thầu, cơ chế thanh toán tiền thuốc chậm, nợ tiền thuốc là một yếu tố dẫn đến việc định giá dự thầu cao hơn so với giá thuốc thị trường để đảm bảo bù đắp chi phí vốn, và dự phòng việc giá thuốc biến động trong thời gian hiệu lực của hợp đồng cung ứng thuốc. Đây là một trong những nguyên nhân dẫn đến tình trạng giá thuốc trúng thầu có thể cao hơn giá thuốc thị trường tại thời điểm đấu thầu. Một trong những vấn đề mà các đơn vị cung ứng đang gặp phải là sự biến động đáng kể của giá thuốc trong năm do ảnh hưởng của thị trường trong và ngoài nước. Hầu hết các địa phương chỉ tổ chức đấu thầu một lần trong năm, chỉ có 7 tỉnh (11%) tổ chức đấu thầu 2 lần trong năm (Bảng 3.13) dẫn đến hệ quả là giá thuốc không điều chỉnh kịp thời khi có biến động của thị trường.

Việc tổ chức cung cấp, đảm bảo thuốc chậm còn có nguyên nhân từ phía các đơn vị cung ứng, nhất là khi có sự biến động của thị trường thuốc. Khi đó, các đơn vị cung ứng cung cấp hàng cầm chừng, đôi khi còn từ chối cung cấp một số mặt hàng làm ảnh hưởng đến quá trình điều trị của người bệnh.

Nhiều ý kiến đều nhận định “ Chưa có chế tài, hình thức xử phạt nhà thầu không đảm bảo cung ứng thuốc khi đã trúng thầu”.

So sánh nguyên nhân cung ứng không đầy đủ ở các hình thức đấu thầu cho thấy: Tại các địa phương thực hiện đấu thầu theo hình thức 1, nguyên nhân chủ yếu để các nhà thầu cung cấp không đủ thuốc là do bị hết hàng (> 30%); yếu tố địa lý không thuận lợi và số lượng thuốc trúng thầu quá ít chỉ chiếm khoảng 20% nguyên nhân và rất ít khi các nhà thầu này không cung ứng đủ hàng là do biến động giá (chỉ khoảng dưới 5%). Hình thức đấu thầu thứ 2 chịu tác động nhiều nhất của các yếu tố này với 50% nguyên nhân không cung ứng được đủ thuốc là do hết hàng và không thuận lợi về mặt địa lý. Đối với hình thức đấu thầu đơn lẻ (hình thức 3): cả 4 nhóm nguyên nhân đều có ảnh hưởng đến khả năng cung cấp thuốc đầy đủ của nhà thầu. Tuy nhiên các tác động này là không lớn, chỉ khoảng trên dưới 10%.

4.5. Kiểm soát giá thuốc

Vì thuốc là một sản phẩm thiết yếu, Nhà nước đóng vai trò quan trọng trong bình ổn giá nhằm bảo đảm người bệnh có thể tiếp cận thuốc khi có nhu cầu và không phải chi quá mức để sử dụng thuốc. Nguyên tắc quản lý giá thuốc là các cơ sở sản xuất, nhập khẩu, bán buôn, bán lẻ tự định giá, cạnh tranh về giá, đồng thời chịu sự kiểm tra, kiểm soát của Nhà nước về giá thuốc. Nhà nước sử dụng các biện pháp bình ổn giá trong quá trình giám sát, đánh giá kết quả thực hiện chính sách bình ổn giá thuốc, một số nghiên cứu gần đây cho thấy dù tốc độ gia tăng giá đã được kiểm chế, nhưng giá thuốc ở Việt Nam vẫn còn ở mức cao so với các nước trong khu vực và quốc tế [93]. Một báo cáo nhanh về quy trình tiếp cận Insulin ở Việt Nam cũng cho thấy giá một số thuốc liên quan đến bệnh tiểu đường ở Việt Nam cao hơn giá quốc tế cùng loại (từ 1,02 đến 6,6 lần). Số liệu từ hệ thống trao đổi thông tin giá thuốc của khu vực Tây Thái Bình Dương (WPRO) cũng cho thấy giá thuốc trong cơ sở y tế công lập ở Việt Nam cao hơn giá tham khảo quốc tế, đặc biệt đối với thuốc điều trị lao, đái tháo đường và một số thuốc kháng sinh. Giá thuốc cao là một trong những nguyên nhân dẫn đến chi phí thuốc tăng cao và làm tăng chi phí cho y tế. Giá thuốc còn cao là một cản trở

cho người dân sử dụng thuốc khi cần thiết, đặc biệt đối với các bệnh nhân có bệnh mãn tính, gây khó khăn trong việc bảo vệ người dân trước rủi ro tài chính.

Theo kinh nghiệm của nhiều nước trên thế giới, kể cả các nước OECD, quản lý giá thuốc là lĩnh vực phức tạp, liên quan đến lợi ích của nhiều bên gồm người bệnh, BHYT, bác sỹ, bệnh viện, doanh nghiệp sản xuất, nhập khẩu, phân phối thuốc, các hiệu thuốc. Các chính sách nhằm giảm giá thuốc cần được nghiên cứu và điều chỉnh liên tục dựa trên đánh giá tác động đến các bên liên quan [96].

Thực tế cho thấy trong thời gian qua do nhiều nguyên nhân khác nhau mà giá thuốc dùng cho người bệnh có thể BHYT chưa được kiểm soát chặt chẽ. Quỹ BHYT phải thanh toán tiền thuốc với nhiều mức giá khác nhau, nhiều loại thuốc có giá cao so với giá thị trường. 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 không còn là cá biệt gây tổn thất không nhỏ cho quỹ BHYT. Lý giải cho việc gia tăng giá thuốc, nhiều ý kiến cho rằng việc kê khai giá thuốc và đấu thầu cung ứng thuốc còn khá nhiều vấn đề bất cập chưa được giải quyết triệt để, dứt điểm. Ngay từ năm 2006, khi Luật Dược được ban hành, Bộ Y tế đã yêu cầu các doanh nghiệp dược phẩm phải thực hiện đăng ký, kê khai giá thuốc một cách minh bạch, công khai. Tuy nhiên, thực tế cho thấy sau gần 5 năm dù giá thuốc đã tăng liên tục nhưng rất nhiều loại thuốc vẫn có giá bán dưới mức giá kê khai. Kết quả thanh, kiểm tra thị trường thuốc tại một thành phố lớn thuộc khu vực phía bắc cho thấy có khoảng 70% mặt hàng thuốc có giá bán thực tế dưới giá kê khai dù đã qua nhiều lần tăng giá. Mặt khác, theo cố Giáo sư Phạm Song, Chủ tịch Tổng hội Y học Việt Nam, nguyên Bộ Trưởng Bộ Y tế thì cũng còn có một thực tế nữa là: mặc dù đã có khoảng 22.000 loại thuốc được cấp số đăng ký lưu hành trên thị trường Việt Nam nhưng nước ta vẫn đang phải nhập trên 90% nguyên liệu cho sản xuất và trên 50% thuốc thành phẩm. Chính vì vậy, giá thuốc ở Việt Nam phụ thuộc rất nhiều vào thị trường nguyên liệu và giá thuốc quốc tế dẫn tới tình trạng

một số hãng thuốc nước ngoài cố tình tăng giá để nâng lợi nhuận, kéo theo giá thuốc sản xuất trong nước cũng phải tăng theo.

Trước thực trạng đó, một số địa phương (Thái Bình, Thanh Hóa, Lạng Sơn, Ninh Bình...) đã xây dựng và tổ chức thực hiện phương thức quản lý giá thuốc BHYT. Theo đó, một tỷ lệ % chi phí lưu thông nhất định (thặng số lưu thông) được xác định để hạch toán vào giá thuốc được cơ quan BHXH thanh toán. Tuy nhiên, chưa có được một phương pháp thống nhất để xác định thặng số lưu thông giữa các địa phương và cũng còn nhiều vấn đề đang gây tranh cãi, trong đó căn cứ để xác định giá gốc để nhân với thặng số lưu thông là một trong các vấn đề nổi cộm.

Một giải pháp đang được 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 đại diện cơ quan BHXH. 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 đảm bảo cân đối thu chi quỹ BHYT. Tuy nhiên, qua khảo sát thực tế tại một số địa phương đã cho thấy vẫn còn những bất cập của phương thức quản lý giá thuốc, đó là:

- Việc chi % hoa hồng cho cơ sở khám, chữa bệnh 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 cấp tỉnh 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.

Kết quả nghiên cứu, phân tích ở trên và kết quả khảo sát, thăm dò ý kiến của lãnh đạo Sở Y tế cũng như lãnh đạo BHXH một số tỉnh, thành phố cho thấy các ý kiến nhận định, đánh giá là khá tương đồng. Theo đó, một số nguyên nhân cơ bản dẫn đến tình trạng trên là:

- Quy định tổ chức đấu thầu theo gói thầu (nhiều mặt hàng) nhưng nhiều tỉnh xét theo từng mặt hàng dẫn đến đơn vị trúng thầu ít mặt hàng bỏ thầu hoặc phải tham gia đấu thầu và thực hiện cung ứng gián tiếp qua nhà thầu khác (Bảng 3.9 và 3.10). Đây cũng là lý do dẫn đến tình trạng giá thuốc tăng do phải qua nhiều khâu, nhiều đơn vị trung gian trước khi đến được người tiêu dùng.

- BHYT là đơn vị có sức mua rất lớn, tuy nhiên cơ chế giám định BHYT hiện nay chủ yếu dựa trên danh mục thuốc chủ yếu và giá đấu thầu thuốc. Vì thiếu các hướng dẫn điều trị chuẩn được cập nhật, cụ thể để làm tiêu chuẩn nên rất khó có thể giám định thuốc sử dụng có hợp lý không.

- Chi phí thuốc BHYT ngày càng chiếm tỷ trọng cao trong chi phí thuốc tại các cơ sở khám, chữa bệnh nhưng việc thực hiện quy chế phối hợp giữa 2 ngành Y tế và Bảo hiểm xã hội trong quá trình đấu thầu thuốc chưa phát huy hiệu quả do cơ quan Bảo hiểm xã hội chưa thật sự tham gia trong quá trình đấu thầu, lựa chọn thuốc thành phẩm cụ thể cũng là vấn đề bất hợp lý trong quá trình tổ chức đấu thầu cung ứng thuốc tại các địa phương. Năm 2010, gần như Bảo hiểm xã hội các tỉnh chưa tham gia Hội đồng đấu thầu thuốc tại địa phương (chỉ có 10 tỉnh có tham gia vào quá trình đấu thầu thuốc ở các mức độ khác nhau nên không kiểm soát được việc lựa chọn thuốc trúng thầu cũng như giá thuốc trúng thầu.

Kết quả so sánh giá một số loại thuốc có giá trị thanh toán BHYT cao từ Bảng 3.22 đến Bảng 3.26 cho thấy sự chênh lệch giá thuốc không chỉ giữa các tỉnh có điều kiện địa lý, các vùng kinh tế xã hội khác nhau mà ngay trong cùng một khu vực, giữa các tỉnh có điều kiện kinh tế xã hội tương đồng, thậm chí giữa các bệnh viện trong cùng một tỉnh, giữa 2 lần đấu thầu trong cùng 1 năm.

Một số nghiên cứu tài chính bệnh viện gần đây cho thấy chi phí cung ứng dịch vụ y tế cho cùng một bệnh dao động nhiều giữa các bệnh viện, giữa các tuyến điều trị và thậm chí giữa các cán bộ y tế trong cùng một bệnh viện do lựa chọn sử dụng đầu vào khác nhau, đặc biệt là việc sử dụng các loại thuốc khác nhau. Dao động quá lớn trong chi phí điều trị giữa các bệnh viện chứng tỏ vẫn còn khả năng để giảm chi phí và tăng hiệu quả. Để ước tính được hiệu quả của việc kiểm soát giá thuốc, nghiên cứu so sánh giá của 100 loại thuốc có giá trị thanh toán BHYT cao nhất tại Hà Nội với các tỉnh khu vực phía Bắc (Bảng 3.25 và 3.26), tại Thành phố Hồ Chí Minh so sánh với các khu vực phía Nam (Bảng 3.27 và 3.28). Kết quả cho thấy nhiều mặt hàng có giá gấp 2 lần giá thuốc so sánh. Sử dụng giá so sánh để ước tính giá trị theo số lượng thuốc trúng thầu (Phụ lục 8) cho thấy có sự chênh lệch rất lớn giữa giá thuốc tại 2 thành phố lớn và các tỉnh, số tiền chênh lệch tăng ở 41 tỉnh là 519,93 tỷ đồng trong khi 11 tỉnh có số tiền thanh toán thấp hơn là 211,52 tỷ đồng.

KẾT LUẬN VÀ KIẾN NGHỊ

1. KẾT LUẬN

Từ kết quả nghiên cứu, phân tích ở trên, đề tài đưa ra một số kết luận sau:

1.1. Về thực trạng đấu thầu mua thuốc bảo hiểm y tế

1.1.1. Tất cả các cơ sở khám chữa bệnh đều tổ chức đấu thầu mua sắm thuốc với hình thức khác nhau:

- Các cơ sở khám, chữa bệnh tuyến Trung ương thực hiện cung ứng thuốc qua hình thức đấu thầu đơn lẻ.

- Các cơ sở khám, chữa bệnh tuyến tỉnh, huyện chủ yếu cung ứng thuốc qua đấu thầu tập trung (40/63 tỉnh, chiếm tỷ lệ 63,5%); đấu thầu đại diện (10/63 tỉnh, chiếm tỷ lệ 15,9%); đấu thầu đơn lẻ (13/63 tỉnh, chiếm tỷ lệ 20,6%).

1.1.2. Hầu hết các địa phương chỉ thực hiện đấu thầu được một lần trong năm, chỉ có 7 tỉnh (11%) tổ chức đấu thầu 2 lần trong năm.

1.1.3. Có sự khác nhau trong việc xây dựng các gói thầu giữa các địa phương và phụ thuộc vào việc lựa chọn hình thức đấu thầu. Trong đó, gói thầu thuốc tân dược được phân chia theo nguồn gốc xuất xứ hoặc phân nhóm tác dụng; các thuốc đặc trị ung thư được xây dựng thành gói thầu riêng; 80% số các tỉnh thực hiện đấu thầu tập trung xây dựng kế hoạch theo nhiều gói thầu, các tỉnh thực hiện đấu thầu đại diện và đấu thầu đơn lẻ chỉ xây dựng một gói thầu chung. Các tỉnh thực hiện đấu thầu tập trung chủ yếu đấu thầu theo giá của từng mặt hàng, các tỉnh thực hiện đấu thầu đại diện và đơn lẻ xét theo tổng giá trị gói thầu.

1.1.4. Cung ứng trực tiếp thuốc từ đơn vị thắng thầu đến cơ sở khám, chữa bệnh là hình thức phổ biến để đảm bảo thuốc cho nhu cầu điều trị tại cơ sở khám, chữa bệnh, chỉ có 6 tỉnh (9,5%) thực hiện cung ứng thuốc tập trung thông qua Công ty Dược địa phương gồm: Hải Dương, Hải Phòng, Vĩnh Phúc, Cao Bằng Nghệ An và Thanh Hóa.

1.1.5. Thanh toán trực tiếp từ cơ sở khám, chữa bệnh cho đơn vị cung ứng được thực hiện ở hầu hết các tỉnh. Chỉ có 4 tỉnh thực hiện thanh toán tập trung từ cơ

quan BHXH cho đơn vị cung ứng là Thanh Hóa, Cao Bằng, Vĩnh Phúc và Bình Định.

1.2. Đánh giá phương thức cung ứng thuốc bảo hiểm y tế

1.2.1. Đấu thầu tập trung có quy mô tổ chức rộng rãi, số lượng nhà thầu tham dự đông nhất; đấu thầu đại diện và đơn lẻ có số nhà thầu tham gia thấp nhất. Tuy nhiên số lượng nhà thầu ở mỗi tỉnh không nhiều, đa số có dưới 20 nhà thầu. Công ty Dược của tỉnh thường đóng vai trò là nhà thầu chính đồng thời là đơn vị cung ứng chủ yếu. Nhà thầu chính thắng thầu với giá trị gói thầu rất cao (trên 80% tổng giá trị các mặt hàng trong gói trúng thầu), cao nhất ở hình thức 2 (có đến 60% nhà thầu chính trúng thầu trên 80% tổng giá trị thuốc thắng thầu).

1.2.2. Ở cả 3 hình thức, thời gian đấu thầu chủ yếu từ 3 đến dưới 6 tháng, chỉ có các tỉnh thực hiện đấu thầu đơn lẻ hoàn thành được một lần đấu thầu trước 6 tháng; 76% số địa phương có thời gian đấu thầu trên 3 tháng trong đó trên 6 tháng là 15,9%.

1.2.3. Tất cả 27 nhóm thuốc thuốc có trong danh mục theo yêu cầu điều trị đều được đảm bảo cung ứng qua đấu thầu. Trong đó, chống nhiễm khuẩn và thuốc điều trị ký sinh trùng có giá trị thanh toán cao nhất, chiếm 34,6%. Tiếp đến là các nhóm tim mạch, tiêu hóa, điều trị ung thư, điều hòa miễn dịch, giảm đau kháng viêm không steroid, nhóm thuốc tác dụng với máu, hocmon và nội tiết. Đặc biệt, nhóm điều chỉnh nước và điện giải và nhóm vitamin và khoáng chất cũng trúng thầu với giá trị lớn, đứng thứ 8 và 9. Chỉ tính 9 nhóm này đã chiếm tỷ trọng 86,5% tổng giá trị thuốc trúng thầu, 18 nhóm thuốc còn lại chỉ chiếm 13,5% tổng giá trị thuốc trúng thầu.

1.2.4. Số lượng mặt hàng thuốc trúng thầu khá cao, gói thầu đạt trên 90% số thuốc trúng thầu chiếm tỷ lệ cao nhất ở hình thức đấu thầu đại diện. Tuy nhiên, vẫn có gần 16% tỉnh có thuốc được sử dụng nhưng không trúng thầu. Tỷ lệ mua thuốc ngoài thầu cao, xảy ra ở cả ba hình thức đấu thầu, cao nhất là ở hình thức đấu thầu tập trung (87,5%). Tình trạng cung ứng thuốc không đầy đủ xảy ra ở 28

tỉnh (44,5%), trong đó 26 tỉnh cung ứng thuốc trực tiếp và 2 tỉnh cung ứng tập trung.

1.2.5. Giá thuốc không thống nhất ngay trên cùng một địa bàn, thuốc cùng thành phần, hàm lượng nhưng giá rất khác nhau. Tình trạng này phổ biến ở các tỉnh áp dụng hình thức đấu thầu đơn lẻ và đấu thầu đại diện.

1.2.6. Mức độ dao động giá của cùng một loại thuốc khá lớn, độ dao động và mức độ chênh lệch về giá rất khác nhau giữa các khu vực, khu vực Đồng bằng sông Hồng và Trung du miền núi phía Bắc có sự chênh lệch cao hơn nhiều so với các khu vực còn lại, các tỉnh phía Nam có sự chênh lệch thấp hơn.

2. KIẾN NGHỊ

BHYT đã được xác định là cơ chế tài chính chủ yếu để thực hiện mục tiêu phát triển ngành y tế công bằng, hiệu quả và phát triển. Để sử dụng nguồn tài chính này thật sự hiệu quả, phát triển BHYT bền vững đòi hỏi các cơ quan quản lý nhà nước cũng như cơ quan thực thi chính sách BHYT thường xuyên nghiên cứu, đánh giá và tiếp tục hoàn thiện chính sách phù hợp với sự phát triển kinh tế xã hội của đất nước. Qua kết quả của nghiên cứu này, chúng tôi xin đưa ra một số kiến nghị sau:

2.1. Về việc tổ chức cung ứng thuốc bảo hiểm y tế

2.1.1. Đổi mới công tác đấu thầu thuốc, hướng tới đấu thầu thuốc quốc gia một số nhóm thuốc được sử dụng với khối lượng lớn và ổn định như: nhóm thuốc kháng sinh, dịch truyền các loại..., đồng thời khuyến khích áp dụng hình thức đấu thầu tập trung trên phạm vi cấp tỉnh với quy trình đấu thầu hợp lý hơn từ khâu xây dựng kế hoạch đấu thầu (gói thầu, giá kế hoạch...) để đảm bảo cung ứng đầy đủ, kịp thời thuốc chữa bệnh cho nhu cầu điều trị của người bệnh có thể bảo hiểm y tế.

2.1.2. Tăng cường phát triển công nghiệp Dược trong nước đặc biệt là các thuốc thiết yếu, thuốc gốc cần thiết cho điều trị các bệnh có gánh nặng bệnh tật cao,

các bệnh không lây nhiễm, bệnh mạn tính. Bãi bỏ các cản trở cho sự phát triển của thuốc gốc sản xuất nội địa, kiểm soát chất lượng và phổ biến thông tin về chất lượng để thày thuốc, người tiêu dùng đều yên tâm về chất lượng. Trên cơ sở đó, xây dựng các tiêu chí, thang điểm cụ thể để lựa chọn các nhà sản xuất đủ năng lực đáp ứng yêu cầu cả về số lượng và chất lượng thuốc cung ứng cho nhu cầu điều trị để thí điểm thực hiện các đơn đặt hàng đối với một số nhóm thuốc BHYT. Theo đó, Bộ Y tế và BHXH Việt Nam thống nhất danh mục, khảo sát và tập hợp nhu cầu về số lượng, chủng loại của một số mặt hàng có nhu cầu sử dụng lớn và ổn định; tổ chức đấu thầu lựa chọn nhà cung ứng thực hiện đơn đặt hàng ngay từ khâu sản xuất. Quỹ BHYT sẽ tạm ứng trước một khoản kinh phí cho nhà sản xuất để ổn định giá thành và có trách nhiệm “bao tiêu” sản phẩm.

2.2. Tăng cường công tác quản lý và kiểm soát giá thuốc

2.2.1. Xây dựng quy chế kiểm soát giá dựa trên giá tham khảo: sử dụng cả hai cơ chế giá tham khảo giá quốc tế và tham khảo giá nội bộ. Xây dựng tiêu chuẩn lựa chọn một số loại thuốc làm đối tượng kiểm soát giá. Thực hiện chặt chẽ quy định cấm sử dụng lợi ích vật chất hay tài chính để tác động tới thày thuốc nhằm thúc đẩy việc kê đơn, sử dụng thuốc.

2.2.2. Xây dựng nguyên tắc xác định giá trần dựa trên giá gốc và thặng số lưu thông làm căn cứ giám định giá thanh toán BHYT. Theo đó, một số nội dung được đề xuất là:

- Bộ Y tế và BHXH Việt Nam thành lập một đơn vị/bộ phận chuyên trách làm công tác quản lý, thông tin về giá thuốc để cập nhật, kiểm tra và thông báo công khai minh bạch giá thuốc kê khai của các nhà sản xuất trong nước; giá CIF đối với các mặt hàng thuốc nhập khẩu. Trên cơ sở đó, xác định giá kế hoạch chung theo 3 khu vực:

- (i) Hà Nội đại diện cho khu vực phía Bắc
- (ii) Đà Nẵng đại diện cho khu vực miền Trung

(iii) Thành phố Hồ Chí Minh đại diện cho khu vực phía Nam.

- Xây dựng thang số lưu thông dựa trên tỷ lệ % chi phí được tính vào giá trị của gói trúng thầu theo khoảng cách từ trung tâm (Hà Nội/Đà Nẵng/Thành phố Hồ Chí Minh) đến các tỉnh, thành phố tổ chức đấu thầu.

2.3. Xác định và tăng cường vai trò, trách nhiệm của tổ chức BHYT (cơ quan BHXH) trong quá trình đấu thầu cung ứng thuốc bảo hiểm y tế

Theo đó, cần đưa đại diện của cơ quan BHXH là một thành phần trong Hội đồng đấu thầu thuốc, đồng thời quy định rõ vai trò, trách nhiệm của đại diện cơ quan BHXH trong tất cả các khâu của quy trình đấu thầu thuốc từ xây dựng kế hoạch đấu thầu đến thẩm định và xét duyệt kết quả trúng thầu.

DANH MỤC CÁC CÔNG TRÌNH ĐÃ CÔNG BỐ CÓ LIÊN QUAN ĐẾN LUẬN ÁN

- 1. Phạm Lương Sơn, Nghiêm Trần Dũng và cộng sự (2007):** *Đánh giá chi phí hiệu quả của Irbesartan trong điều trị tăng huyết áp trên bệnh nhân tiểu đường Typ 2 có bệnh thận.* Tạp chí Bảo hiểm xã hội Việt Nam số 108 tháng 12/2007. Tr. 30 - 32.
- 2. Phạm Lương Sơn, Dương Tuấn Đức, Nguyễn Thanh Bình (2011):** *Phân tích thực trạng thanh toán thuốc bảo hiểm y tế.* Tạp chí Dược học số 428 tháng 12/2011. Tr.12-16.
- 3. Phạm Lương Sơn, Dương Tuấn Đức, Nguyễn Thanh Bình (2011):** *Thực trạng đấu thầu cung ứng thuốc bảo hiểm y tế tại các cơ sở y tế năm 2010.* Tạp chí Dược học .

TÀI LIỆU THAM KHẢO

TIẾNG VIỆT

1. Ban Cán sự Đảng Chính phủ: Đề án đổi mới cơ chế hoạt động và cơ chế tài chính (trong đó có tiền lương, giá dịch vụ y tế) đối với đơn vị sự nghiệp y tế công lập. (Đề án trình Bộ Chính trị kèm theo Tờ trình số 251/TTr-BCSDCP ngày 12 tháng 11 năm 2008.
2. Ban Khoa giáo Trung ương, Bộ Y tế: Những tác động của chính sách thu viện phí, Tạp chí BHYT Việt Nam, số 15, 16, 2002.
3. Bảo hiểm xã hội Việt Nam, Báo cáo tổng kết công tác các năm 2005-2010
4. Bảo hiểm y tế Việt Nam, Bảo hiểm y tế một nhu cầu tất yếu của đời sống xã hội, Nhà xuất bản y học, Hà Nội 1997.
5. Bảo hiểm y tế Việt Nam, Những văn bản hướng dẫn về BHYT, Sách lưu hành nội bộ, Hà Nội, 2001.
6. Bảo hiểm y tế Việt Nam, Niên giám thống kê BHYT 1993 -2002, Nhà xuất bản thống kê, 2002.
7. Bảo hiểm y tế Việt Nam, "Chính sách bảo hiểm y tế hiện nay của một số nước trên thế giới". Tài liệu lưu hành nội bộ.
8. Bảo hiểm y tế Việt Nam (2002), Quá trình hình thành và phát triển bảo hiểm y tế Việt Nam, Nhà xuất bản Hà Nội.
9. Bộ môn Quản lý và kinh tế dược, Giáo trình Pháp chế hành nghề Dược. Trường đại học Dược Hà Nội (2003).
10. Bộ Y tế, Báo cáo Y tế Việt Nam 2006. Công bằng, hiệu quả, phát triển trong tình hình mới. Nhà xuất bản Y học. 2006.
11. Bộ Y tế, Tổng quan ngành y tế Việt Nam 2007.
12. Bộ Y tế - Nhóm đối tác y tế, “Báo cáo chung tổng quan ngành y tế năm 2008 – Tài chính y tế ở Việt Nam”. 2008.
13. Bộ Y tế - WHO, Tài khoản y tế Quốc gia thực hiện ở Việt Nam thời kỳ 1998 - 2008. NXB Thống kê. Hà Nội, 2010
14. Bộ Y tế - nhóm đối tác y tế, Báo cáo chung tổng quan ngành y tế năm 2010, "Hệ thống y tế Việt Nam trước thềm kế hoạch 5 năm 2011-2015". 2010

15. Bộ Y tế. Dự thảo “Chiến lược bảo vệ, chăm sóc và nâng cao sức khỏe nhân dân giai đoạn 2011-2020, tầm nhìn 2030” trình Chính phủ.
16. Bộ Y tế – Bộ Tài chính, Thông tư liên tịch số 09/2009/TTLT ngày 14/8/2009 hướng dẫn thực hiện BHYT
17. Bộ Y tế, Báo cáo tổng kết công tác dược năm 2008, Tổ chức tại Hà Nội ngày 23/06/2009.
18. Bộ Y tế, Thực trạng khu vực y tế tư nhân, NXB Y học, 2003.
19. Bộ Y tế (2003), Xây dựng Y tế Việt Nam công bằng và phát triển. Nhà xuất bản Y học.
20. Bộ Y tế- Tài chính, Thông tư liên tịch số 10/2007/TTLT-BYT-BTC ngày 10/8/2007 hướng dẫn đấu thầu cung ứng thuốc tại các cơ sở y tế công lập.
21. Bộ Y tế, Bảo hiểm xã hội Việt Nam, Báo cáo đoàn công tác học tập kinh nghiệm đấu thầu cung ứng thuốc tại Trung Quốc, tháng 6/2011.
22. Bộ y tế, Báo cáo kết quả công tác khám, chữa bệnh năm 2010 và nhiệm vụ trọng tâm năm 2011.
23. Bộ Y tế, Niên giám thống kê các năm 1996 - 2001.
24. Phòng Thống kê Thông tin Y tế, Vụ Kế hoạch- Tài chính, Bộ Y tế. Niên giám thống kê y tế năm 2008. Hà Nội, 2010.
25. Bộ Y tế, Thông tư 23/2011/TT-BYT ngày 10/6/2011 hướng dẫn sử dụng thuốc trong các cơ sở y tế có giường bệnh.
26. Bộ y tế, Thông tư số 31/2011/TT-BYT ngày 11/07/2011 ban hành và hướng dẫn thực hiện danh mục thuốc chủ yếu được sử dụng tại các cơ sở khám, chữa bệnh được quỹ bảo hiểm y tế thanh toán.
27. Cao Minh Quang (2006). Cơ hội và thách thức của ngành dược Việt Nam trước thềm hội nhập WTO, Báo cáo tại Hội nghị ngành dược tháng 6/2006, Hà Nội.
28. Chính phủ, Nghị định số 79/2006/NĐ - CP ngày 9/8/2006. Qui định chi tiết thi hành một số điều của Luật Dược.
29. Chính phủ, Nghị định số 58/1998/NĐ-CP ngày 13/8/1998 ban hành Điều lệ BHYT.

30. Chính phủ, Nghị quyết số 37/CP ngày 20/6/1996 của Chính phủ về định hướng chiến lược công tác chăm sóc và bảo vệ sức khỏe nhân dân trong thời gian 1996 - 2000 và chính sách quốc gia về thuốc của Việt Nam.
31. Chính phủ, Nghị định số 63/2005/NĐ-CP ngày 16/5/2005 ban hành Điều lệ BHYT.
32. Chính phủ, Nghị định số 62/2009/NĐ-CP hướng dẫn chi tiết một số điều của Luật BHYT
33. Chu Hồng Thắng, Khám chữa bệnh bằng “thẻ vàng 30 bạt”, Tạp chí BHYT Việt Nam, số 14, 2002.
34. Cục quản lý Dược Việt Nam (2006), Diễn biến tình hình giá thuốc năm 2005 và một số giải pháp quản lý giá thuốc năm 2006. Số 1051/QLD - PCD ngày 15/02/2006.
35. Cục Quản lý Dược Việt Nam (2008), Báo cáo tổng kết công tác dược năm 2007, tổ chức tại Hà Nội ngày 25/04/2008.
36. Cục Quản lý Dược, Bộ Y tế, Thông tin về giá thuốc đấu thầu năm 2008 (<http://www.dav.vn>)
37. Đảng Cộng sản Việt Nam (2001), Văn kiện đại hội đại biểu toàn quốc lần thứ IX, Nhà xuất bản Chính trị quốc gia Hà Nội.
38. Đinh Hải Bình, Nguyễn Văn Quân (2009). Bước đầu đánh giá một số yếu tố ảnh hưởng tới hành vi mua thuốc của cơ sở bán lẻ thuốc và của người dân, Tạp chí Y học thực hành, tháng 5 năm 2009.
39. Đỗ Kháng Chiến, Nghiêm Trần Dũng, Tình hình thu một phần viện phí hiện nay và những vấn đề cần nghiên cứu điều chỉnh, Tạp chí BHYT Việt Nam, số 9, 2001.
40. Đỗ Nguyên Phương (2001), "Công tác y tế những năm đầu thế kỷ 21", Tạp chí Bảo hiểm y tế Việt Nam (số 2).
41. Đỗ Văn Chiêu, Chính sách BHYT ở Hàn Quốc, Thông tin BHYT Việt Nam, số 8, 1995.

42. Dương Tất Thắng, Bảo hiểm y tế ở Trung Quốc, Thông tin BHYT Việt Nam, số 1, 2001.
43. Goran Dahlgren, Bảo hiểm y tế xã hội - Tại sao? Như thế nào? Tạp chí BHYT Việt Nam, số 10, 2001.
44. Goran Dahlgren, Bẫy nghèo trong y tế, Tạp chí BHYT Việt Nam, số 6 - 7, 2001
45. Goran Dahlgren (2002), Đổi mới ngành y tế- kinh nghiệm ở các nước Tây Âu, Tạp chí BHYT số 14 tháng 4/2002.
46. HN (2001). "Chi phí chữa bệnh tăng cao ở Pháp", Tạp chí Bảo hiểm y tế Việt Nam (số 5).
47. Lê Ngọc Trọng (2004), Phát huy nội lực, mở rộng hợp tác quốc tế để phát triển ngành dược Việt Nam chính quy và hiện đại. Hội nghị giữa Bộ Y tế với các doanh nghiệp dược phẩm nước ngoài tại Việt Nam. Hà Nội, 28/07/2004.
48. Lê Văn Truyền (1996), Một số vấn đề về thuốc và bảo đảm công bằng trong cung ứng thuốc phục vụ chăm sóc và bảo vệ sức khỏe nhân dân. Tạp chí Dược học (số 8), 1996.
49. Minh Đức, Vài nét về BHYT tại Mỹ, Thông tin BHYT Việt Nam, số 31, 8/1999.
50. Minh Dũng, Cải cách BHYT tại Pháp, Thông tin BHYT Việt Nam, số 20, 5/1997.
51. Minh Đạo (2009), BHYT ở Nhật Bản, Hàn Quốc và Đài Loan, Tạp chí BHXH kỳ 02 tháng 4/2009.
52. Nhân Đạo (2009), Trung Quốc cải cách y tế để tiến tới BHYT toàn dân, Tạp chí BHXH kỳ 02 tháng 10/2009.
53. Nguyễn Đình Hồi và cộng sự, Phân tích tình hình sức khỏe bệnh tật Việt Nam trong thời kỳ đổi mới. Chăm sóc sức khỏe nhân dân theo định hướng công bằng và hiệu quả, Nhà xuất bản Y học.
54. Nguyễn Khang, Phương hướng cải cách BHYT ở Thái Lan, Tạp chí BHYT Việt Nam, số 12, 2002.

55. Nguyễn Khang (2003), Kinh nghiệm quản lý giá và chất lượng thuốc nước ngoài, Tạp chí Dược học, tháng 3/2003.
56. 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 ở Việt Nam”, Tạp chí y học thực hành số 3/20.
57. Nguyễn Thị Thái Hằng, Lê Việt Hùng (2007), Quản lý và kinh tế dược, Nhà xuất bản Y học, 2007
58. Nguyễn Xuân Hùng (2004), Cần xây dựng phương án thích hợp cho chính sách giá thuốc của Việt Nam. Tạp chí dược học số 1/2004.
59. Phạm Mạnh Hùng, Trương Việt Dũng, Goran Dahlgren, Cải cách ngành y tế theo định hướng công bằng và hiệu quả - quản điểm của Việt Nam về một số vấn đề cơ bản, Chăm sóc sức khoẻ nhân dân theo định hướng công bằng và hiệu quả, Nhà xuất bản Y học.
60. Phạm Mạnh Hùng và cộng sự, "Đổi mặt với tình trạng bất công bằng về sức khoẻ - từ nhận thức tới hành động".
61. Phạm Tất Dong, Đàm Việt Cương (2002), "Tác động của Viện phí và BHYT đối với thực hiện công bằng trong tiếp cận các dịch vụ chăm sóc sức khoẻ", Viện phí, Bảo hiểm y tế và sử dụng dịch vụ y tế, Chương trình hợp tác Việt Nam - Thụy Điển 1999.
62. Quốc hội (2005), Luật Dược. Quốc hội nước CHXHCN Việt Nam số 34/2005/QH11 ngày 14 tháng 6 năm 2005.
63. Quốc hội, Luật BHYT số 25/2008/QH12 ngày 14/11/2008.
64. T.T., Gia tăng chi phí y tế ở Hoa Kỳ, Tạp chí BHYT Việt Nam, số 15, 2002.
65. Thái Anh, Thực hiện luật cải cách BHYT ở Nhật Bản, Tạp chí BHYT Việt Nam, số 15, 2002.
66. Thái Anh, Philipin trên con đường bảo hiểm y tế toàn dân, Tạp chí BHYT Việt Nam, số 16, 2002.
67. Thu Hương, Báo cáo của Cộng Hoà liên bang Đức về cải cách BHYT tại hội thảo quốc tế Seoul 4/1995, Thông tin BHYT Việt Nam, số 10, 9/1995.

68. Thủ tướng chính phủ, Quyết định số 35/2001/QĐ-TTg ngày 19/3/2001 phê duyệt chiến lược chăm sóc và bảo vệ sức khỏe nhân dân giai đoạn 2001-2010.
69. Thủ tướng chính phủ, Quyết định số 20/2002/QĐ-TTg ngày 20/1/2002 về việc chuyển BHYT Việt Nam sang BHXH Việt Nam.
70. Tổng cục thống kê, <http://www.gso.gov.vn>
71. Trần Văn Tiến, Bảo hiểm y tế - những đổi mới phát triển trên thế giới ba năm qua, Thông tin BHYT Việt Nam, số 1, tháng 10/1993.
72. Trần Văn Tiến, Tình hình tài chính và xu hướng cải cách BHYT của một số nước trên thế giới, Thông tin BHYT Việt Nam, số 32, tháng 10/1999.
73. Trần Văn Tiến, Thanh toán chi phí khám chữa bệnh theo phí dịch vụ - những nguy cơ tiềm ẩn, Tạp chí BHYT Việt Nam, số 8, 2001.
74. Trần Văn Tiến, "Bảo hiểm y tế tại Hàn Quốc", Tạp chí BHYTVN số 6, 2000
75. Trần Văn Tiến, Chương trình cải cách y tế của tổng thống Mỹ Barack Obama, <http://www.hspi.org.vn/vcl/vn/home/InfoDetail.jsp?area=1&cat=92&ID=1149>
76. Trường đại học kinh tế quốc dân Hà Nội (2005), Giáo trình Bảo hiểm, Nhà xuất bản thống kê.
77. Trường Đại học y tế công cộng Hà Nội, Kết quả sơ bộ nghiên cứu gánh nặng bệnh tật 2006 Hà Nội, Dự án Cung cấp bằng chứng cho xây dựng chính sách. 2008; JAHR 2009.
78. Viện chiến lược và chính sách y tế (2006), Báo cáo đánh giá tình hình thực hiện chính sách BHYT ở Việt Nam.
79. WHO, Một số chỉ số chọn lọc về sử dụng thuốc. Hướng dẫn điều tra sử dụng thuốc tại các cơ sở khám chữa bệnh. Vụ thuốc thiết yếu và chính sách về thuốc, Thụy sĩ, (bản dịch). 1993.
80. William Glasser, Các hệ thống chăm sóc sức khỏe và cơ chế tài chính cho chăm sóc sức khỏe, Tạp chí BHYT Việt Nam, số 9, 11,12/2001.

TIẾNG ANH

81. Anell A., Willis M., International comparison of health care system resource profile. Bulletin of WHO, Vol. 78(6), p 770-776, 2000
82. Asia Pacific Consumer. Traditional and Complementary. Medicine - Vol 39&40 1&2, 2005.
83. Aviva Ron, Brian Abel - Smith, Giovanni Tamburi, Health insurance in developing country: The Social security Approach, ILO, Geneva. 1990
84. Ben Bennett. Using value chain analysis to understand power and governance in the Southern African Devil's Claw Industry. Fair trade or Foul, 2006.
85. Beran, David, et al. Report on the rapid assessment protocol for insulin access in Vietnam. London: International Insulin Foundation, 2008.
86. Bloom B.S., Bruno D.J, Maman D.Y.(2001). Usefulness of US cost - of - illness studies in healthcare decision making. Pharmacoeconomics 19 (20, pp.207- 213).
87. Brian D Smith (2008), Medicine marketing. Volume 10 Four issues per volume ISSN: 1745-7904, EISSN: 1745-7912, UK].
88. CDRA (1994), An influential forum for drug regulations. WHO drug information, 8(2), pp. 43.
89. Charles Normald, Axel Weber (1994), Social health insurance; A guide book for planing, World health organization - international labour office, Geneva.
90. Cohen, B. and E. al., Using technology to fight corruption in pharmaceutical purchasing: lessons from the Chilean experience. 2008.
91. Efia. The Pharmaceutical Industry in Figures, The European federation of pharmaceutiacl industries and associations, Bellgum, 2007.
92. Eisenberg DM, Davis RB, Ettner SI, Appel S, Wilkey S, Van Rompay M, Kessler RC. Trends in alternative medicine use in the United States, 1990 - 1997: results of a follow - up national survey. JAMA 1998; 280 (18): 1569 – 75.

93. Foster, S.D., Savings from essential drugs policies: The evidence so far. Discussion draft for the WHO Workshop on Financing Drug Supplies, Harare, Zimbabwe. 1988: p. 14-18.
94. Gail J. Povar, MD, and Lois Snyder, JD (1999) Selling Products Out of the Office. *Ann Intern Med.* 1999; 131:863-864.
95. ILO. Social health insurance, Geneva, 2002
96. John Q, W., An assessment of the Drug Management Systems in the Center for Health Development (CHD), Northern Mindanao. MSH, 2001.
97. Khanna S. et al. (2010). Counterfeits Drugs: Problems and Solutions. *International Research Journal of Pharmacy.* IRJP 1 (1) 2010; 1-6
98. Keber, Dusan, et al. Hospital payments based on costed care pathways – Final report. Hanoi: Joint Health Policy Initiative, 2010.
99. Kotler Dubois (2002). *Marketing management- 10th edition* Public Union.
100. Lisa Ruby Basara, Michael Montagne (1994). Searching for magic bullets orphan drugs, consumer activism and pharmaceutical development. *Pharmaceutical products press.* An Imprint of the Haworth Press, inc; Binghamton, NY 13904 – 1580.
101. McMullin, S.T., et al., Impact of an evidence-based computerized decision support system on primary care prescription costs. *Ann Fam Med*, 2004. 2(5): p. 494-8.
102. Michel RM Rod (2006). *Keyword Pharma (Marketing ROI For pharma): Effective Decision Making in Pharmaceutical Marketing.* The Pharm Yard, 2006
103. Mickey C. Smith (1996). *Pharmaceutical marketing in the 21st century.* The Haworth Press Inc, New York - London – Sydney.
104. Milovanovic, D.R., et al., Public drug procurement: the lessons from a drug tender in a teaching hospital of a transition country. *Eur J Clin Pharmacol*, 2004. 60(3): p. 149-53.
105. Moniz, T.T., et al., Addition of electronic prescription transmission to computerized prescriber order entry: Effect on dispensing errors in community pharmacies. *Am J Health Syst Pharm.* 68(2): p. 158-63.

106. Morgan Lewis (2007). The Self – Regulation of medicine in the UK. Pharmaceutical advertising 2007. pp 8 – 13.
107. Nguyen AT, Knight R, Mant A, Cao QM, Auton M. Medicines prices, availability, and affordability in Vietnam. Southern Med Review 2(2): 2-9.2009
108. Noble, M.E. and E. al., Electronic prescribing and computer-assisted decision support systems. Medical Journal of Australia, 1999.
109. Ombaka, E., Current status of medicines procurement. Am J Health Syst Pharm, 2009. 66(5 Suppl 3): p. S20-8.
110. Ong, C.K., Bodeker, G., Grundy, C. Burford, G. Shein, K (2005) - WHO Global Atlas of Traditional, Complementary and Alternative Medicine. WHO, 2005.
111. OPPI (2007), OPPI code of pharmaceutical marketing practices 2007. Organisation of pharmaceutical producers in India, January 2007.
112. REACH, USAID, and MSH, Assessment of the Pharmaceutical Logistics Management Capacity of REACH Grantee NGOs. 2006.
113. Reuters Bussiness insigh Heathcare (2003). Pharmaceutical prising strategies: Optimizing returns throughout R&D and Marketing. Reuters Limited 2003. pp 11 – 14 and 180 – 188.
114. Scrip (World pharmaceutical news) (2000). US & World – Global OTC sales reach \$ 40.8 Bilion. Issue N°2570/71, pp 11 – 12.
115. Scrip Magazine (2001). Scrip’s review of 2000, (January), pp.4 – 5.
116. The World Bank (1991), Economics for Health sector analysis: Concepts and Cases, Washington D.C.
117. United Nation (2010), Millennium Development Goal 8: The Global Partnership for Development at a Critical Juncture, MDG Gap Task Force Report, New York 2010, pp 57-66.
118. US Department of Commerce, International Trade Division. Pharmaceutical Price Controls in OECD Countries Implications for U.S. Consumers, Pricing, Research and Development, and Innovation. 2004.
119. Victor. I. Ukaegbu (2008), Performative encounters: Performance intervention in marketing health products in Nigieria. JAAN 1 (1) 35 – 51. ISSN 1615 – 3014. The University of Nothampton

120. WHO. (2007). guidelines on good manufacturing practices (GMP) for Herbal medicine. Geneva, 2007.
121. WHO. Country Office for Vietnam. Medicine Prices. Make people sicker and poorer. 2010
122. WHO. Good governance for medicines. WHO Geneva, 2008.
123. WHO. Guidelines on developing consumer information on proper use of Traditional, Complementary and Alternative Medicine, 2004, pp 15 – 17.
124. WHO. Implementation of resolutions (progress reports). A58/23. 18 April 2005. pp 5 – 7.
125. WHO. National health accounts. New release: System of Health Accounts 2011. <http://www.who.int/nha/en/>
126. WHO. Practical Guidelines on Pharmaceutical Procurement for Countries with Small Procurement Agencies. 2002
127. WHO. Report and Proposal on: Common Requirements for Drug Registration. WHO-DOC IV 4WG/Drug Registration; Dominican Republic 2-4/march/2005.
128. WHO. South East European regional pharmaceutical conference, Report on a WHO meeting Sarajevo, Bosnia and Herzegovina, 27 -28 February 2006.
129. WHO. Traditional medicine strategy 2002 - 2005. pp 12. WHO Geneva, 2005.
130. WHO. Traditional medicine strategy 2004 – 2009. WHO Geneva, Switzerland, 2004.
131. World Bank. Medicinal Plants Rescuing a Global Heritage, World Bank technical paper No.355, 2000.
132. Zainutdinov, S.H., Automation of the ABC - VEN analysis at intestinal infectious Nosocomial pharmacies. 2009.
133. John, C.C., Interventions for improved prescribing and dispensing of medicines in Nepal, Thailand and Vietnam. 2003.

Phụ lục 1: PHÒNG VẤN LÃNH ĐẠO SỞ Y TẾ, BHXH, CÔNG TY DƯỢC

I. Mục tiêu: Tìm hiểu về hoạt động cung ứng thuốc BHYT trên địa bàn tỉnh

II. Phương pháp:

- Phỏng vấn
- Ghi chép
- Thời gian: 30 phút
- Địa điểm: Sở Y tế/Bảo hiểm xã hội tỉnh

III. Các câu hỏi phỏng vấn

Đồng chí vui lòng cho biết:

1. Việc cung ứng thuốc nói chung, thuốc BHYT nói riêng tại các cơ sở khám, chữa bệnh trên địa bàn tỉnh/thành phố được thực hiện như thế nào?
2. Nếu thuốc được cung ứng qua đấu thầu thì thực hiện hình thức đấu thầu nào tại các cơ sở y tế công lập? Có hình thức nào khác với quy định hiện hành không?
3. Việc đảm bảo cung ứng thuốc cho người bệnh thông qua đấu thầu được thực hiện như thế nào tại địa phương:
 - Trực tiếp giữa đơn vị trúng thầu với cơ sở khám, chữa bệnh?
 - Thông qua đơn vị trúng thầu chính (Công ty Dược địa phương)?
 - Các hình thức khác (nếu có)?
4. Tỷ lệ % thuốc phải cung ứng ngoài thầu tại các cơ sở khám, chữa bệnh trên địa bàn? Lý do?
5. Số lần tổ chức đấu thầu thuốc trong năm tại địa phương? Thời gian để hoàn thành một chu kỳ đấu thầu?
6. Những thuận lợi, vấn đề bất cập, khó khăn, vướng mắc từ thực tiễn công tác đấu thầu cung ứng thuốc tại địa phương?

Xin trân trọng cảm ơn.

Phụ lục 2:**TỶ LỆ NGUỒN GỐC XUẤT XỨ CÁC THUỐC TRÚNG THÀU NĂM 2010**

	Nguồn gốc xuất xứ	Số quốc gia	Số mặt hàng	Tỷ lệ (%)
Tổng cộng		63	71.437	100%
2 nhóm	Nhóm 1: Mỹ, Nhật, Úc, Châu Âu	32	25.930	36,30
	Nhóm 2: Các nước còn lại	31	45.507	63,70
3 nhóm	Nhóm 1: Các nước Châu Âu + Mỹ, Canada, Achentina, Nhật, Singapo, Úc	35	26.305	36,82
	Nhóm 2: Trung quốc, Ấn Độ, Banglades, Pakistan	4	7.149	10,01
	Nhóm 3: Các nước khác	24	37.983	53,17
4 nhóm	Nhóm 1: Anh, Pháp, Đức, Mỹ, Nhật, Canada, Thụy Sĩ, Thụy Điển	8	17.398	24,35
	Nhóm 2: Bỉ, Hà Lan, Đan Mạch, Na Uy, Úc, Việt Nam Liên doanh, Tây Ban Nha, Áo, Phần Lan	9	7.561	10,58
	Nhóm 3: Các nước Đông Âu còn lại, Nga, Hy Lạp, Ai Len, Niu Di Lân, Phần Lan, Slovenia, Hungary, Cuba, Việt Nam, Ấn Độ, Thái Lan, Hàn Quốc, Singapore, Achentina, Trung Quốc, Columbia	14	31.268	43,77
	Nhóm 4: Các nước còn lại	32	11.132	15,58

Phụ lục 3:**ƯỚC TÍNH CHÊNH LỆCH GIÁ TRỊ TRÚNG THẦU MỘT SỐ LOẠI THUỐC THEO KHU VỰC KINH TẾ XÃ HỘI***(*) Các tỉnh thực hiện đấu thầu theo hình thức đơn lẻ*

1) Gliatilin 1g/ống (Italfarmaco – Italia)

Tỉnh	Đơn giá (đồng)	Số lượng (lọ)	Thành tiền (triệu đồng)	Chênh lệch trong khu vực (triệu đồng)
Đồng bằng sông Hồng				47,63
Hà Nội	71.400	24.600	1.756	-
Hà Nam	84.000	200	17	0,52
Hải Dương	72.240	1.900	137	1,60
Nam Định	74.250	420	31	1,20
Thái Bình	75.000	1.200	90	40,32
Vĩnh Phúc	80.900	4.000	324	38,00
Trung du và miền núi phía Bắc			-	15,48
Bắc Cạn	76.000	300	23	-
Hà Giang	90.000	420	38	5,88
Lai Châu	78.500	200	16	0,50
Lạng Sơn	77.700	10.000	777	17,00
Lào Cai	85.000	3.200	272	28,80
Phú Thọ	84.000	2.100	176	27,30
Tuyên Quang	84.000	10.000	840	80,00
Bắc Trung Bộ			-	39,98
Hà Tĩnh	77.000	84.000	6.468	39,98
TT Huế	72.240	12.000	867	-

Tỉnh	Đơn giá (đồng)	Số lượng (lọ)	Thành tiền (triệu đồng)	Chênh lệch trong khu vực (triệu đồng)
Duyên hải miền Trung			-	81,60
Đà Nẵng	74.275	8.904	661	18,12
Quảng Ngãi	75.000	23.000	1.725	63,48
Đông Nam bộ			-	
Tp. HCM	72.240	54.300	3.923	
Bình Phước	72.240	203.500	14.701	
Tây Ninh	72.240	5.000	361	
Đồng bằng sông Cửu Long			-	6,18
Bến Tre	92.855	300	28	6,18
Kiên Giang	72.240	2.400	173	-
Tiền Giang	72.240	3.200	231	-

2) Cerebrolysin 10ml/ống (Ebewe – Austr))

Tỉnh	Đơn giá (đồng)	số lượng (lọ)	Thành tiền (triệu đồng)	Chênh lệch trong khu vực (triệu đồng)
Đồng bằng sông Hồng				541,61
Hà Nội (*)	82.950	53.380	4.428	197,89
Hải Dương	92.000	15.000	1.380	35,75
Ninh Bình	85.000	7.500	638	15,38
Thái Bình	99.000	12.000	1.188	192,60
Trung du và miền núi phía Bắc			-	452,69
Bắc Giang	89.597	10.000	896	47,57

Tỉnh	Đơn giá (đồng)	số lượng (lọ)	Thành tiền (triệu đồng)	Chênh lệch trong khu vực (triệu đồng)
Bắc Cạn	98.000	5.000	490	65,80
Cao Bằng	110.000	3.460	381	87,05
Điện Biên	97.650	430	42	5,51
Hà Giang	100.800	240	24	3,83
Hoà Bình	94.815	620	59	6,18
Lai Châu	105.000	5.000	525	100,80
Lạng Sơn	84.840	4.600	390	-
Lào Cai	91.650	6.530	598	44,47
Phú Thọ	89.000	4.100	365	17,06
Sơn La	86.940	2.820	245	5,92
Thái Nguyên (*)	92.000	3.100	285	38,08
Tuyên Quang (lần 1)	90.779	3.000	272	20,12
Tuyên Quang (lần 2)	91.142	1.000	91	6,30
Bắc Trung Bộ			-	31,19
Nghệ An	87.360	600	52	1,54
Quảng Trị	84.800	420	36	-
Thanh Hoá	85.000	680	58	1,36
TT Huế (*)	84.800	9.300	789	28,30
Duyên hải miền Trung			-	116,41
Bình Định	89.082	5.000	445	39,62
Đà Nẵng	84.400	14.131	1.193	45,80
Khánh Hoà	81.159	19.600	1.591	-
Ninh Thuận	82.950	4.000	332	7,16

Tỉnh	Đơn giá (đồng)	số lượng (lọ)	Thành tiền (triệu đồng)	Chênh lệch trong khu vực (triệu đồng)
Quảng Nam	84.800		-	-
Đắk Lắk	86.000	3.000	258	14,52
Gia Lai	83.950		-	-
Lâm Đồng	82.950	5.200	431	9,31
Đông Nam bộ			-	277,81
TP HCM (*)	82.068	53.600	4.399	6,49
BR VTàu	82.950	16.00	133	14,11
Tây Ninh	82.950	10.100	838	8,91
Đồng bằng sông Cửu Long			-	69,10
An Giang	82.950	500	41	0,42
Bạc Liêu	82.950	6.000	498	5,04
Bến Tre	97.597	2.400	234	37,17
Đồng Tháp	82.110	31.950	2.623	-
Kiên Giang (*)		9.980	-	19,49
Long An	82.950		-	-
Sóc Trăng	82.110	750	62	-
Tiền Giang	82.950		-	-
Vĩnh Long	82.950	8.300	688	6,97

3) Amoxicillin 500mg/viên – Dược phẩm TU 1

Tỉnh	Đơn giá (đồng)	Số lượng (lọ)	Thành tiền (triệu đồng)	Chênh lệch trong khu vực (triệu đồng)
Đồng bằng sông Hồng				
Hà Nội (*)	650	816.700	531	48,05
Hải Phòng	900	780.000	702	195
Trung du và miền núi phía Bắc				
Bắc Giang	650	65.910	43	0
Cao Bằng	720	819.600	590	57,37
Điện Biên (*)			72	72
Hà Giang	668	210.000	140	37,80
Hoà Bình (*)	3.360	120.000	403	41,04
Lai Châu (*)		14.000	14	4,9
Lạng Sơn	680	178.600	121	5,36
Lào Cai	680	388.000	264	11,64
Phú Thọ (*)	895	140.000	125	34,3
Sơn La (*)		1.483.000	1.323	358,88
Thái Nguyên (*)		458.200	516	218,65
Tuyên Quang	1.008	50.200	51	17,97
Yên Bái (*)		9.500	11	4,57
Bắc Trung Bộ				
Hà Tĩnh	544	24.400	13	-2,59
Nghệ An (*)		64.800	50	7,33
Thanh Hoá		152.000	122	22,95

Tỉnh	Đơn giá (đồng)	Số lượng (lọ)	Thành tiền (triệu đồng)	Chênh lệch trong khu vực (triệu đồng)
Duyên hải miền Trung				
Bình Định	1.260	3.000.000	3.780	18,30
Bình Thuận	580	47.000	27	-3,29
Đà Nẵng (*)		978.481	1.022	385,47
Khánh Hoà	505	271.200	137	-1,36
Ninh Thuận	550	10.000	6	0,4
Quảng Ngãi	510	110.000	56	0
Tây Nguyên				
Lâm Đồng	791	240.000	190	67,44
Đông Nam bộ				
TP HCM		632.000	339	16,30
Bình Dương	520	0	0	0
Tây Ninh	560	655.000	367	32,75
Đồng bằng sông Cửu Long				
An Giang		860.688	767	328,08
Bạc Liêu	630	90.000	57	10,8
Bến Tre	975	120.000	117	55,8
Kiên Giang (*)		2.858.000	1.630	172,60
Long An	772	0		
Sóc Trăng (*)		18.000	12	2,58
Tiền Giang	630	756.400	477	90,77
Vĩnh Long	530	1.866.100	989	37,32

4) Paracetamol 1g/lọ (Sanavita - Italia)

Tỉnh	Đơn giá (đồng)	Số lượng (lọ)	Thành tiền (triệu đồng)	Chênh lệch trong khu vực (triệu đồng)
Đồng bằng sông Hồng				107,31
Hà Nội (*)	39.500	40.400	1.596	20,50
Hải Phòng	45.000	7.332	330	40,33
Ninh Bình	53.000	1.500	80	20,25
Thái Bình	49.000	2.100	103	19,95
Vĩnh Phúc	52.070	500	26	6,29
Trung du và miền núi phía Bắc				108,12
Cao Bằng	58.000	100	6	1,85
Lai Châu	53.000	1.000	53	13,50
Lào Cai	45.500	10.300	469	61,80
Thái Nguyên	45.000	2.040	92	11,22
Yên Bái (*)		2.000	8,75	19,75
Bắc Trung Bộ				8,10
Nghệ An	44.000	1.800	79	8,10
Duyên hải miền Trung				3,75
Khánh Hoà	39.900	20.500	818	8,20
Ninh Thuận	39.900	2.000	80	0,80
Quảng Ngãi	38.000	3.500	133	-5,25
Tây Nguyên				0,60
Lâm Đồng	39.900	1.500	60	0,60
Đông Nam bộ				267,50
TP HCM		12.000	78,80	4,80

Tỉnh	Đơn giá (đồng)	Số lượng (lọ)	Thành tiền (triệu đồng)	Chênh lệch trong khu vực (triệu đồng)
Bình Phước	40.500	240.800	9.752	240,80
Tây Ninh	40.500	21.900	887	21,90
Đồng bằng sông Cửu Long				19,46
An Giang		600	4,34	0,64
Bến Tre	51.315	800	41	9,45
Đồng Tháp	38.000	7.915	301	-11,87
Kiên Giang (*)			77	21,24

5) Klamentin 25mg/viên - DHG Pharma, Việt Nam

Tỉnh	Đơn giá (đồng)	Số lượng (lọ)	Thành tiền (triệu đồng)	Chênh lệch trong khu vực (triệu đồng)
Đồng bằng sông Hồng				123,60
Hà Nội	6.500	38.100	248	-
Bắc Ninh	7.300	5.000	37	4,00
Hải Phòng	6.500	57.600	374	-
Nam Định	9.975	17.000	170	9,08
Thái Bình	7.100	21.000	149	12,60
Vĩnh Phúc	7.278	61.600	448	47,92
Trung du và MN phía Bắc				85,70
Bắc Giang	6.500	100.000	650	20,00
Cao Bằng	9.200	2.000	18	3,80
Điện Biên (*)		11.500	10	17,03
Hoà Bình	8.505	7.600	65	15,24

Tỉnh	Đơn giá (đồng)	Số lượng (lọ)	Thành tiền (triệu đồng)	Chênh lệch trong khu vực (triệu đồng)
Lai Châu (*)		5.200	50	17,64
Lào Cai	7.900	6.000	47	9,60
Thái Nguyên	6.300		-	-
Yên Bái	7.500	2.000	15	2,40
Bắc Trung Bộ				
Nghệ An	6.500	6.300	41	-
Thanh Hoá	6.500	7.400	48	
Duyên hải miền Trung				436,32
Bình Định	7.035	200.000	1.407	419,00
Khánh Hoà	4.940	30.200	149	
Quảng Nam	6.500	11.100	72	17,32
Đông Nam bộ				238,83
TP HCM (*)	4.976	167.000	831	215,55
BR Vtau	6.900	12.100	83	23,28
ĐB sông Cửu Long				642,89
An Giang	6.500	29.478	192	57,48
Bạc Liêu	4.900	24.000	118	8,40
Đồng Tháp	4.550	1.038.500	4.725	-
Kiên Giang	5.525	581.000	3.210	566,48
Trà Vinh	6.500	5.400	35	10,53

6) Perfalgan 1g/lọ (Bristol-Myers Squibb)

Tỉnh	Đơn giá (đồng)	số lượng (lọ)	Thành tiền (triệu đồng)	Chênh lệch trong khu vực (triệu đồng)
Đồng bằng sông Hồng				556,76
Hà Nội (*)	40.640	24.600	1.000	17,88
Hà Nam	49.000	6.400	314	53,50
Hải Dương	47.000	17.000	799	108,12
Hải Phòng	46.740	50.000	2.337	305,00
Nam Định	47.209	11.000	519	72,26
Trung du và MN phía Bắc				484,34
Điện Biên	52.500	2.550	134	30,24
Hà Giang	68.000	3.650	248	99,86
Lai Châu	59.800	2.000	120	38,32
Lạng Sơn	49.980	17.852	892	166,74
Lào Cai	49.000	6.000	294	50,16
Thái Nguyên	46.000	9.700	446	51,99
Tuyên Quang (*)		7.000	332	47,03
Bắc Trung Bộ				50,52
Hà Tĩnh	48.000	5.820	279	42,84
Nghệ An	44.300	2.100	93	7,69
Duyên hải miền Trung				1,02
Bình Thuận	41.050	2.480	102	1,02
Đông Nam bộ				483,57
TP HCM (*)	38.998	211.660	8.254	341,99
Bình Dương	41.050	69.000	2.832	141,59
Đồng bằng sông Cửu Long				5,00
An Giang (*)	41.050	3.840	158	3,37
Bạc Liêu	41.050	576	24	0,24
Trà Vinh	41.050	1.010	41	0,41
Vĩnh Long	41.050	2.400	99	0,98

Phụ lục 4:

**SO SÁNH GIÁ MỘT SỐ LOẠI THUỐC TẠI MỘT SỐ ĐỊA PHƯƠNG
THEO KHU VỰC KINH TẾ XÃ HỘI**

1) Đồng bằng sông Hồng

Tên thuốc	Nhà sản xuất	Hà Nội	Tỷ lệ chênh lệch so với giá so sánh (%)						
			Bắc Ninh	Hải Phòng	Vĩnh Phúc	Hà Nam	Nam Định	Ninh Bình	Thái Bình
Amikacin 500mg/lọ	Bidiphar	17.038	1,65	-	-	-	-	-	-
Amikacin 500mg/lọ	JSC Kraspharma	65.099	-	0,94	-	-	-	-	0,84
Amoxycillin 500mg/viên	MD Pharco	508	-	-	-	0,99	1,97	-	-
Bio Taksym 1g/lọ	Bioton	37.118	-	-	-	-	1,05	-	-
Cefotaxim 1g/lọ	VCP	13.500	-	1,37	-	-	0,81	-	-
Ceftriaxone 1g/lọ	Pan Pharma	70.000	-	-	-	-	-	0,96	1,04
Cefuroxim 50mg/lọ	Bidiphar	27.819	-	-	-	0,90	-	0,94	-
Cefuroxim 50mg/lọ	Rotex	38.500	-	-	-	-	-	1,29	-
Ciprofloxacin 200mg/chai	Bidiphar	15.000	-	-	-	-	1,42	-	-
Erythromycin 500mg/viên	Mekophar	1.121	-	1,12	-	-	-	-	-
Fortaaceff 1g/lọ	Pymepharco	15.750	1,08	-	-	-	-	-	1,08
Klamenti 25mg/gói	DHG Pharma	6.274	0,97	0,88	0,98	0,88	-	-	0,96
Klamenti 25mg/viên	DHG Pharma	6.500	1,12	1,00	1,12	-	1,53	-	1,09
Metronidazol 500mg/chai	Bidiphar	9.240	1,06	-	-	-	-	-	-

Tên thuốc	Nhà sản xuất	Hà Nội	Tỷ lệ chênh lệch so với giá so sánh (%)						
			Bắc Ninh	Hải Phòng	Vĩnh Phúc	Hà Nam	Nam Định	Ninh Bình	Thái Bình
Ofloxacin 200mg/viên	Medipharco	389	-	-	-	-	1,03	1,05	-
Tienam 1g/lọ	Merck & Co.	319.785	-	1,02	-	-	-	1,02	-
Unasyn 1,5g/lọ	Pfizer	66.907	-	0,99	-	-	0,99	0,99	-
Varucefa 1g/lọ	Shinpoong Daewoo	71.400	-	1,15	-	-	1,12	-	-
Zinnat 250mg/viên	Glaxo	12.421	-	1,06	-	-	1,05	-	-
Acemuc 200mg/gói	Sanofi Aventis	1.642	1,17	1,10	1,16	1,21	-	-	-
Acetazolamid 250mg/viên	Pharmedic	618	-	-	-	1,01	1,02	-	-
Actapulgit 3g/gói	Beaufour-Ipsen	2.785	-	-	-	1,03	-	-	1,15
Alphachymotrypsin 4200 USP	Sanofi Synthelabo	1.513	-	-	1,11	0,99	0,98	-	-
Alvesin 4% 500mg/chai	Berlin Chemie AG	87.840	-	1,05	-	-	-	1,05	-
Alvesin 6% 250mg/chai	Berlin Chemie AG	59.529	-	-	-	0,97	-	-	-
Alvesin 6% 500mg/chai	Berlin Chemie AG	97.061	-	1,05	-	-	-	-	-
Amlodipine 5mg/viên	Domesco	559	1,07	1,32	-	1,07	1,13	-	-
Aprovel 150mg/viên	Sanofi	8.099	-	1,28	-	1,32	1,19	-	-
Augmentin 625mg/viên	SmithKline Beecham	11.016	-	1,05	-	-	-	1,05	-
Carbamazepin 200mg/viên	Danapha	441	-	-	-	-	1,13	-	-
Cerebrolysin	Ebewe	83.760	-	-	-	-	-	1,01	1,18

Tên thuốc	Nhà sản xuất	Hà Nội	Tỷ lệ chênh lệch so với giá so sánh (%)						
			Bắc Ninh	Hải phòng	Vĩnh phúc	Hà Nam	Nam Định	Ninh Bình	Thái Bình
10ml/ống									
Cerebrolysin 5ml/ống	Ebewe	49.543	-	1,11	-	-	-	1,03	1,09
Coveram 10mg/viên	Servier Industries Ltd	6.008	-	-	-	-	-	1,27	-
Coversyl 10mg/viên	Servier Industries Ltd	6.788	-	1,07	-	-	-	1,07	-
Coversyl 5mg/viên	Servier Industries Ltd	4.885	-	0,97	-	0,97	0,97	0,97	-
Diamicron Mr 30mg/viên	Servier Industries Ltd	2.373	-	1,01	-	-	-	1,01	-
Duxil 30mg/viên	Servier (Tianjin)	3.521	-	1,12	1,30	-	-	1,28	-
Gliatilin 1g/ống	Italfarmaco	73.279	-	-	1,10	1,15	1,01	-	1,02
Glucose 10% 500ml/chai	B.Braun	10.250	-	-	-	-	-	-	1,41
Glucose 20% 500ml/chai	Bidiphar	11.000	-	-	-	-	-	-	1,18
Glucose 5% 500ml/chai	B.Braun	8.933	1,07	1,18	1,55	-	1,18	-	1,21
Glucose 5% 500ml/chai	Bidiphar	6.563	1,31	1,37	-	-	1,52	-	1,55
Glucose 5% 500ml/chai	Mekophar	7.390	-	-	-	-	-	1,18	1,35
Hapacol 500mg/lọ	DHG Pharma	1.700	0,18	-	-	0,67	0,49	-	0,50
Hemax 200mg/ống	Bio Sidus S.A	235.185	-	1,01	-	1,02	-	-	1,08
Paracetamol 1g/lọ	Sanavita	40.468	-	1,11	1,29	-	-	1,31	1,21

Tên thuốc	Nhà sản xuất	Hà Nội	Tỷ lệ chênh lệch so với giá so sánh (%)						
			Bắc Ninh	Hải Phòng	Vĩnh Phúc	Hà Nam	Nam Định	Ninh Bình	Thái Bình
Paracetamol 500mg/lọ	Medipharco	100	-	1,08	-	-	-	-	-
Paracetamol 500mg/lọ	Mediplantex	116	0,95	-	-	-	1,72	-	-
Perfalgan 1g/lọ	Bristol-Myers Squibb	41.367	-	1,13	-	1,18	1,14	-	-
Phezam 400mg/viên	Balkanpharma Dupnitza AD	2.800	-	1,00	-	1,00	-	0,93	1,00
Philorpa 500mg/ống	Daewon Pharmaceutical	26.900	-	1,26	-	-	-	1,00	-
Piracetam 1g/ống	Egis	9.674	-	-	-	0,95	1,06	0,89	-
Tanganil 500mg/viên	Pierre Fabre	4.029	-	-	-	1,19	1,14	-	-
Tanganil 500mg/ống	Pierre Fabre	12.318	-	1,09	-	-	1,13	-	-
Xatral 5mg/viên	Sanofi	6.929	-	1,02	1,16	-	0,99	-	-

2) Bắc Trung Bộ

Tên thuốc	Nhà sản xuất	Giá so sánh	Tỷ lệ chênh lệch (%)				
			Thanh Hóa	Hà Tĩnh	Nghệ An	TT Huế	Quảng Trị
Acemuc 200mg/gói	Sanofi Aventis	1.642	-	1,10	-	1,24	1,04
Acetazolamid 250mg/viên	Pharmedic	618	-	1,36	-	1,05	0,97
Actapulgit 3g/gói	Beaufour-Ipsen	2.785	1,08	-	1,03	-	-
Alphachymotrypsin 4200 USP	Sanofi Synthelabo	1.513	1,05	-	-	1,09	-

Tên thuốc	Nhà sản xuất	Giá so sánh	Tỷ lệ chênh lệch (%)				
			Thanh Hóa	Hà Tĩnh	Nghệ An	TT Huế	Quảng trị
Alvesin 10% 250mg/chai	Berlin Chemie AG	76.275	1,07	-	1,14	1,05	-
Alvesin 4% 250mg/chai	Berlin Chemie AG	54.065	-	1,07	1,13	1,10	-
Alvesin 4% 500mg/chai	Berlin Chemie AG	87.840	-	1,05	1,13	1,08	-
Alvesin 6% 250mg/chai	Berlin Chemie AG	59.529	1,07	1,01	1,26	1,05	1,04
Alvesin 6% 500mg/chai	Berlin Chemie AG	97.061	1,07	-	-	1,08	1,05
Amlodipine 5mg/viên	Stada	700	-	-	1,14	0,94	-
Aprovel 150mg/viên	Sanofi	8.099	-	-	1,17	1,11	1,17
Carbamazepin 200mg/viên	Danapha	441	-	1,02	-	-	1,02
Cerebrolysin 10ml/ống	Ebewe	83.760	1,01	-	1,04	0,62	1,01
Cerebrolysin 5ml/ống	Ebewe	49.543	1,02	-	1,10	1,19	-
Coversyl 10mg/viên	Les Laboratories Servier Indus	6.788	-	-	-	1,07	-
Coversyl 5mg/viên	Les Laboratories Servier Indus	4.885	1,08	-	-	1,23	0,97
Coversyl Plus Arginine 5mg/viên	Les Laboratories Servier Indus	4.550	-	-	1,04	1,04	-
Diamicron Mr 30mg/viên	Servier	2.373	1,18	-	-	0,99	-
Dorover 4mg/viên	Do mesco	2.100	1,35	1,50	1,52	1,54	-

Tên thuốc	Nhà sản xuất	Giá so sánh	Tỷ lệ chênh lệch (%)				
			Thanh Hóa	Hà Tĩnh	Nghệ An	TT Huế	Quảng trị
Efferalgan 150mg/lọ	Bristol-Myers Squibb	2.377	0,93	-	-	0,88	-
Furosemid 40mg/viên	Mekophar	129	0,96	1,16	-	0,85	-
Ginkgo Biloba 40mg/viên	Khaphaco	473	-	-	-	0,88	-
Gliatilin 1g/ống	Italfarmaco	73.279	-	1,05	-	0,99	-
Glucose 10% 500ml/chai	Bidiphar	9.135	1,00	-	-	0,97	-
Glucose 20% 500ml/chai	Bidiphar	11.000	0,94	-	1,15	-	-
Glucose 5% 500ml/chai	B.Braun	8.933	1,33	-	-	0,98	-
Glucose 5% 500ml/chai	Bidiphar	6.563	1,25	1,26	1,20	1,16	-
Hapacol 150mg/lọ	DHG Pharma	1.400	-	-	1,00	-	0,89
Hapacol 500mg/lọ	DHG Pharma	1.700	0,74	-	0,36	-	-
Hemax 200mg/ống	Bio Sidus S.A	235.185	-	-	1,02	-	-
Losec 40mg/lọ	Astra Zeneca	153.554	-	-	1,07	1,03	-
Paracetamol 1g/lọ	Sanavita	40.468	1,01	-	1,09	1,04	-
Perfalgan 1g/lọ	Bristol-Myers Squibb	41.367	-	1,16	1,07	1,08	-
Phezam 400mg/viên	Balkanpharma Dupnitza AD	2.800	-	-	1,00	1,00	-
Tanganil 500mg/viên	Pierre Fabre	4.029	1,09	-	1,11	1,09	-
Tanganil	Pierre Fabre	12.318	1,07	-	1,06	1,03	-

Tên thuốc	Nhà sản xuất	Giá so sánh	Tỷ lệ chênh lệch (%)					
			Thanh Hóa	Hà Tĩnh	Nghệ An	TT Huế	Quảng trị	
500mg/ống								
Tatanol 500mg/lọ	Pymepharco	825	-	1,53	-	1,00	-	
Vastarel 35mg/viên	Servier	2.260	1,15	1,11	-	1,03	-	
Xatral 5mg/viên	Sanofi	6.929	1,01	1,06	1,06	1,02	-	

3) Duyên hải miền Trung

Tên thuốc	Nhà sản xuất	Giá so sánh	Tỷ lệ chênh lệch (%)						
			Quảng Nam	Bình Định	Bình Thuận	Đà Nẵng	Khánh Hòa	Quảng Ngãi	Ninh Thuận
Acemuc 200mg/gói	Sanofi Aventis	1.579	1,09	-	-	1,08	-	-	-
Acetazolamid 250mg/viên	Pharmedic	541	1,18	1,11	1,05	-	-	1,02	1,12
Actapulgit 3g/gói	Beaufour-Ipsen	2.714	1,00	1,00	-	1,09	1,06	-	1,06
Acyclovir 200mg/viên	Domesco	798	1,00	1,11	1,01	-	-	-	-
Adalat 10mg/viên	R.P Scherer GmbH	2.081	-	-	1,01	-	1,08	1,01	1,01
Alphachymotrypsin 4200 USP	Sanofi Synthelabo	1.380	1,12	-	-	1,11	-	1,12	-
Alvesin 10% 250mg/chai	Berlin Chemie AG	75.100	-	-	1,02	-	1,07	-	0,76
Alvesin 4% 250mg/chai	Berlin Chemie AG	54.065	1,05	-	-	1,08	1,05	-	-
Alvesin 4% 500mg/chai	Berlin Chemie AG	87.909	1,05	-	-	1,08	1,04	-	-
Alvesin 6% 250mg/chai	Berlin Chemie AG	59.386	1,05	-	-	1,08	1,05	1,55	-

Tên thuốc	Nhà sản xuất	Giá so sánh	Tỷ lệ chênh lệch (%)						
			Quảng Nam	Bình Định	Bình Thuận	Đà Nẵng	Khánh Hòa	Quảng Ngãi	Ninh Thuận
Alvesin 6% 500mg/chai	Berlin Chemie AG	83.306	1,22	-	-	1,26	1,21	-	1,12
Amlodipine 5mg/viên	Stada	567	1,13	-	-	1,23	-	-	-
Amoxicillin 500mg/viên	Mekophar	534	-	-	-	1,52	-	-	1,03
Aprovel 150mg/viên	Sanofi	8.100	-	-	1,00	1,22	1,08	-	-
Carbamazepin 200mg/viên	Danapha	435	-	1,09	0,97	-	-	-	-
Cerebrolysin 10ml/ống	Ebewe	81.706	1,04	1,09	-	1,03	0,99	-	1,02
Cerebrolysin 5ml/ống	Ebewe	49.140	1,04	1,09	1,00	-	0,99	1,00	-
Coltramyl 4mg/viên	Roussel	2.621	-	1,12	1,00	1,03	0,99	0,99	1,00
Coveram 10mg/viên	Servier Industries Ltd	8.465	-	-	-	-	0,71	-	-
Coversyl 10mg/viên	Servier Industries Ltd	7.243	-	0,97	-	-	0,99	-	-
Coversyl 5mg/viên	Servier Industries Ltd	4.720	-	0,97	-	1,03	0,99	0,93	-
Dorover 4mg/viên	Domesco	2.345	-	1,52	-	-	-	-	-
Duxil 30mg/viên	Servier (Tianjin)	3.683	1,05	1,11	-	1,05	1,04	0,93	-
Efferalgan 150mg/lọ	Bristol-Myers Squibb	2.020	-	-	1,04	-	-	-	1,04
Efferalgan 80mg/lọ	Bristol-Myers Squibb	1.744	-	-	1,00	-	-	-	-
Furosemid	Mekophar	109	-	-	-	-	0,96	1,01	-

Tên thuốc	Nhà sản xuất	Giá so sánh	Tỷ lệ chênh lệch (%)						
			Quảng Nam	Bình Định	Bình Thuận	Đà Nẵng	Khánh Hòa	Quảng Ngãi	Ninh Thuận
40mg/viên									
Gliatilin 1g/ống	Italfarmaco	72.240	-	-	-	1,03	-	1,04	-
Glucose 10% 500ml/chai	Bidiphar	8.400	-	-	1,01	1,17	1,00	-	-
Glucose 5% 500ml/chai	B.Braun	11.132	-	-	-	0,95	-	-	-
Glucose 5% 500ml/chai	Bidiphar	7.395	-	1,06	1,05	1,23	1,04	0,96	1,04
Losec 40mg/lọ	Astra Zeneca	153.443	-	1,00	-	1,03	-	-	-
Paracetamol 1g/lọ	Sanavita	39.900	-	-	-	-	1,00	0,95	1,00
Perfalgan 1g/lọ	Bristol-Myers Squibb	40.614	-	-	1,01	-	-	-	-
Phezam 400mg/viên	Balkanpharma Dupnitza AD	2.951	-	-	-	-	0,88	-	-
Philorpa 500mg/ống	Daewon Pharmaceutical	30.000	-	-	-	1,17	-	-	-
Tanganil 500mg/viên	Pierre Fabre	4.165	-	-	-	1,03	1,00	0,96	1,01
Tanganil 500mg/ống	Pierre Fabre	12.358	-	1,12	1,01	-	1,00	0,96	1,19
Tatanol 500mg/lọ	Pymepharco	1.027	-	0,47	-	-	0,36	-	-
Vastarel 35mg/viên	Servier	2.260	-	0,97	-	1,03	-	-	-
Xatral 5mg/viên	Sanofi	6.845	1,37	1,12	-	1,03	1,01	0,95	-

4) Đồng bằng sông Cửu Long

Tên thuốc	Nhà sản xuất	Giá so sánh	Tỷ lệ chênh lệch (%)					
			Kiên Giang	Tiền Giang	Trà Vinh	Vĩnh Long	Bến Tre	An Giang
Acetazolamid 250mg/viên	Pharmedic	541	1,04	0,99	1,09	1,02	1,40	1,20
Actapulgate 3g/gói	Beaufour-Ipsen	2.714	1,07	1,00	1,00	1,00	1,30	1,00
Acyclovir 200mg/viên	Domesco	798	0,87	0,78	-	0,88	-	1,11
Adalat 10mg/viên	R.P Scherer GmbH & Co.KG	2.081	-	-	-	1,08	-	1,01
Alvesin 10% 250mg/chai	Berlin Chemie AG	75.100	0,99	1,02	1,07	1,02	1,10	1,02
Alvesin 4% 250mg/chai	Berlin Chemie AG	54.065	1,12	-	-	-	1,03	1,00
Alvesin 4% 500mg/chai	Berlin Chemie AG	87.909	1,08	-	-	-	1,04	1,00
Alvesin 6% 250mg/chai	Berlin Chemie AG	59.386	0,96	-	-	-	-	1,00
Alvesin 6% 500mg/chai	Berlin Chemie AG	83.306	-	-	-	-	-	1,17
Amlodipine 5mg/viên	Domesco	304	-	-	-	-	-	1,66
Amlodipine 5mg/viên	Stada	567	1,30	-	-	-	-	1,28
Carbamazepin 200mg/viên	Danapha	435	1,02	-	0,97	-	1,16	-
Cerebrolysin 10ml/ống	Ebewe	81.706	1,03	1,02	-	1,02	1,19	1,02
Cerebrolysin	Ebewe	49.140	1,00	-	-	-	1,19	0,14

Tên thuốc	Nhà sản xuất	Giá so sánh	Tỷ lệ chênh lệch (%)					
			Kiên Giang	Tiền Giang	Trà Vinh	Vĩnh Long	Bến Tre	An Giang
5ml/ống								
Coltramyl 4mg/viên	Roussel	2.621	1,02	0,99	1,00	0,99	-	1,03
Coversyl 10mg/viên	Les Laboratories Servier Indus	7.243	1,01	0,98	-	-	-	0,93
Coversyl 5mg/viên	Les Laboratories Servier Indus	4.720	1,02	0,98	1,00	1,00	1,29	0,93
Diamicron Mr 30mg/viên	Servier	2.393	1,02	-	1,00	-	1,39	0,93
Dorover 4mg/viên	Domesco	2.345	1,36	1,23	-	-	-	1,35
Duxil 30mg/viên	Servier (Tianjin)	3.683	1,03	1,00	1,00	1,00	1,28	0,93
Efferalgan 150mg/lọ	Bristol-Myers Squibb	2.020	1,04	1,04	1,18	1,04	-	1,02
Efferalgan 80mg/lọ	Bristol-Myers Squibb	1.744	1,06	1,00	1,08	-	-	1,06
Furosemid 40mg/viên	Mekophar	109	1,08	-	-	1,01	1,56	-
Gliatilin 1g/ống	Italfarmaco	72.240	1,00	1,00	-	-	1,29	-
Glucose 10% 500ml/chai	Bidiphar	8.400	1,11	-	1,00	1,00	1,35	1,06
Glucose 5% 500ml/chai	B.Braun	11.132	-	-	0,93	-	-	0,94
Glucose 5% 500ml/chai	Bidiphar	7.395	1,06	1,04	1,04	1,04	1,36	1,05
Hapacol 150mg/lọ	DHG Pharma	1.208	0,90	1,04	-	-	-	1,03
Hapacol 500mg/lọ	DHG Pharma	1.663	-	0,55	-	-	-	0,58
Klamentin	DHG Pharma	5.282	0,89	0,89	1,04	-	1,14	1,04

Tên thuốc	Nhà sản xuất	Giá so sánh	Tỷ lệ chênh lệch (%)					
			Kiên Giang	Tiền Giang	Trà Vinh	Vĩnh Long	Bến Tre	An Giang
25mg/gói								
Klimentin 25mg/viên	DHG Pharma	6.267	0,88	-	1,04	-	-	1,04
Losec 40mg/lọ	Astra Zeneca	153.443	1,05	-	-	-	1,20	1,00
Mebendazol 500mg/viên	Mekophar	707	1,06	1,01	-	1,00	-	-
Paracetamol 1g/lọ	Sanavita	39.900	1,05	1,00	1,00	-	1,29	1,02
Perfalgan 1g/lọ	Bristol-Myers Squibb	40.614	-	-	1,01	1,01	-	1,02
Tanganil 500mg/ống	Pierre Fabre	12.358	1,01	-	1,01	1,01	1,26	0,96
Timentin 3,2g/ống	SmithKline Beecham Pharmaceutice	120.804	0,91	1,00	-	-	1,18	1,00
Vastarel 35mg/viên	Servier	2.260	1,03	0,98	1,00	1,00	1,31	-
Xatral 5mg/viên	Sanofi	6.845	1,02	1,01	1,01	0,94	1,37	-

Phụ lục 5**100 MẶT HÀNG CÓ GIÁ TRỊ TRÚNG THẦU CAO NHẤT TẠI HÀ NỘI
VÀ THÀNH PHỐ HỒ CHÍ MINH**

TT	Mặt hàng	Nhà sản xuất	Giá bình quân	
			Hà Nội	TP HCM
1	Acemuc 200mg/gói	Sanofi Aventis	1.642	1.579
2	Acetazolamid 250mg/viên	Pharmedic	618	541
3	Actapulgit 3g/gói	Beaufour-Ipsen	2.785	2.714
4	Acyclovir 200mg/viên	Domesco	905	798
5	Adalat 10mg/viên	R.P Scherer GmbH & Co.KG	2.107	2.081
6	Alphachymotrypsin 4200 USP	Sanofi Synthelabo	1.513	1.380
7	Alvesin 10% 250mg/chai	Berlin Chemie AG	76.275	75.100
8	Alvesin 4% 250mg/chai	Berlin Chemie AG	54.065	54.065
9	Alvesin 4% 500mg/chai	Berlin Chemie AG	87.840	87.909
10	Alvesin 6% 250mg/chai	Berlin Chemie AG	59.529	59.386
11	Alvesin 6% 500mg/chai	Berlin Chemie AG	97.061	83.306
12	Amikacin 500mg/lọ	Bidiphar	17.038	17.026
13	Amikacin 500mg/lọ	JSC Kraspharma	65.099	40.315
14	Amlodipine 5mg/viên	Domesco	559	304
15	Amlodipine 5mg/viên	Stada	700	567
16	Amoxycillin 500mg/viên	DPTW1	698	578
17	Amoxycillin 500mg/viên	Domesco	791	791
18	Amoxycillin 500mg/viên	Hataphar	621	621
19	Amoxycillin 500mg/viên	MD Pharco	508	1.300
20	Amoxycillin 500mg/viên	Mekophar	534	534
21	Anzatax 150mg/lọ	Hospira	5.355.000	5.355.000

TT	Mặt hàng	Nhà sản xuất	Giá bình quân	
			Hà Nội	TP HCM
22	Aprovel 150mg/viên	Sanofi	8.099	8.100
23	Augmentin 1,2g/lọ	SmithKline Beecham	42.334	42.308
24	Augmentin 281,25mg/gói	Glaxo	11.098	9.626
25	Augmentin 625mg/viên	SmithKline Beecham	11.016	10.995
26	Bio Taksym 1g/lọ	Bioton	37.118	37.118
27	Carbamazepin 200mg/viên	Danapha	441	435
28	Cefalexin 500mg/viên	Pymepharco	470	470
29	Cefotaxim 1g/lọ	Sanavita	36.001	34.228
30	Cefotaxim 1g/lọ	VCP	13.500	18.200
31	Cefotaxon 1g/lọ	Bidiphar	12.915	9.700
32	Ceftriaxone 1g/lọ	Pan Pharma	70.000	64.453
33	Cefuroxim 50mg/lọ	Bidiphar	27.819	26.250
34	Cefuroxim 50mg/lọ	Rotex	38.500	34.457
35	Cerebrolysin 10ml/ống	Ebewe	83.760	81.706
36	Cerebrolysin 5ml/ống	Ebewe	49.543	49.140
37	Ciprofloxacin 200mg/chai	Bidiphar	15.000	15.225
38	Claforan 1g/lọ	Roussel	49.635	49.635
39	Claminat 25mg/gói	Imexpharm	5.087	5.087
40	Claminat 625mg/viên	Imexpharm	7.000	5.907
41	Coltramyl 4mg/viên	Roussel	3.250	2.621
42	Coveram 10mg/viên	Servier Industries Ltd	6.008	8.465
43	Coversyl 10mg/viên	Servier Industries Ltd	6.788	7.243
44	Coversyl 5mg/viên	Astra Zeneca	4.720	4.396
45	Coversyl 5mg/viên	Servier Industries Ltd	4.885	4.720
46	Coversyl Plus 4mg/viên	Servier Industries Ltd	5.170	5.123

TT	Mặt hàng	Nhà sản xuất	Giá bình quân	
			Hà Nội	TP HCM
47	Coversyl Plus Arginine 5mg/v	Servier Industries Ltd	4.550	4.720
48	Curam 2g/lọ	Sandoz GmbH	34.852	34.255
49	Diamicron Mr 30mg/viên	Servier	2.373	2.393
50	Dorover 4mg/viên	Domesco	2.345	2.345
51	Duxil 30mg/viên	Servier (Tianjin)	3.521	3.683
52	Efferalgan 150mg/lọ	Bristol-Myers Squibb	2.377	2.020
53	Efferalgan 80mg/lọ	Bristol-Myers Squibb	1.765	1.744
54	Erythromycin 500mg/viên	Mekophar	1.121	864
55	Farmorubicin 50mg/lọ	Pfizer	845.300	845.300
56	Fortaaceff 1g/lọ	Pymepharco	15.750	16.500
57	Furosemid 40mg/viên	Mekophar	129	109
58	Ginkgo Biloba 40mg/viên	HD pharma	1.050	1.050
59	Ginkgo Biloba 40mg/viên	Khaphaco	473	473
60	Gliatilin 1g/ống	Italfarmaco	73.279	72.240
61	Glucose 10% 500ml/chai	B.Braun	10.250	10.605
62	Glucose 10% 500ml/chai	Bidiphar	9.135	8.400
63	Glucose 20% 500ml/chai	Bidiphar	11.000	11.000
64	Glucose 5% 500ml/chai	B.Braun	8.933	11.132
65	Glucose 5% 500ml/chai	Bidiphar	6.563	7.395
66	Glucose 5% 500ml/chai	Mekophar	7.390	6.807
67	Hapacol 150mg/lọ	DHG Pharma	1.208	1.208
68	Hapacol 500mg/lọ	DHG Pharma	1.700	1.663
69	Hemax 200mg/ống	Bio Sidus S.A	235.185	235.185
70	Klamenti 25mg/gói	DHG Pharma	6.274	5.282
71	Klamenti 25mg/viên	DHG Pharma	6.500	6.267

TT	Mặt hàng	Nhà sản xuất	Giá bình quân	
			Hà Nội	TP HCM
72	Losec 40mg/lọ	Astra Zeneca	153.554	153.443
73	Mebendazol 500mg/viên	Mekophar		707
74	Metronidazol 500mg/chai	Bidiphar	9.240	8.613
75	Ofloxacin 200mg/viên	Medipharco	389	499
76	Paracetamol 1g/lọ	Sanavita	40.468	39.900
77	Paracetamol 500mg/lọ	Bidiphar	100	100
78	Paracetamol 500mg/lọ	Medipharco	100	100
79	Paracetamol 500mg/lọ	Mediplantex	116	116
80	Paracetamol 500mg/lọ	Mekophar	167	102
81	Perfalgan 1g/lọ	Bristol-Myers Squibb	41.367	40.614
82	Phezam 400mg/viên	Balkanpharma Dupnitza AD	2.800	2.951
83	Philorpa 500mg/ống	Daewon Pharmaceutical	26.900	30.000
84	Piracetam 1g/ống	Egis	9.674	9.674
85	Ringer 500mg/chai	B.Braun	9.302	9.302
86	Tanganil 500mg/viên	Pierre Fabre	4.029	4.165
87	Tanganil 500mg/ống	Pierre Fabre	12.318	12.358
88	Tatanol 500mg/lọ	Pymepharco	1.027	1.027
89	Tienam 1g/lọ	Merck & Co., Inc - USA	319.785	316.911
90	Tienam 1g/lọ	Merck & Co., Inc - USAPacked	319.779	319.779
91	Tienam 1g/lọ	Merk Sharp & Dohme (MSD)	320.297	322.727
92	Timentin 3,2g/ống	SmithKline Beecham	120.810	120.804

TT	Mặt hàng	Nhà sản xuất	Giá bình quân	
			Hà Nội	TP HCM
93	Unasyn 1,5g/lọ	Pfizer	66.907	66.000
94	Unasyn 375mg/viên	Pfizer	14.800	14.790
95	Vancomycin 500mg/lọ	Bidiphar	54.579	52.502
96	Varucefa 1g/lọ	Shinpoong Daewoo	71.400	77.411
97	Vastarel 35mg/viên	Servier	2.260	2.260
98	Xatral 5mg/viên	Sanofi	6.929	6.845
99	Zinnat 250mg/viên	Glaxo	12.421	12.329
100	Zinnat 500mg/viên	Glaxo	23.108	23.025

Phụ lục 6:**So sánh giá thuốc Tienam 1g/lọ theo khu vực**

Tỉnh	Đơn giá (đồng)	Số lượng (lọ)	Thành tiền (Triệu đồng)	Chênh lệch trong khu vực (Triệu đồng)
Đồng bằng sông Hồng				22.02
Hà Nội	319,779	18,540	5,928.70	-
Hải Phòng	326,174	3,043	992.55	19.46
Ninh Bình	326,174	400	130.47	2.56
Trung du miền núi phía Bắc				16.78
Điện Biên	369,999	170	62.90	8.54
Hòa Bình	388,500	120	46.62	8.25
Thái Nguyên	319,779	200	63.96	-
Bắc Trung bộ và Duyên hải miền trung				189.91
Hà Tĩnh	300,000	600	180.00	-
Nghệ An	319,779	200	63.96	3.96
Thanh Hóa	360,000	250	90.00	15.00
TT Huế	319,779	850	271.81	16.81
Đà Nẵng	346,000	4,659	1,612.01	122.16
Khánh Hòa	326,174	5,000	1,630.87	31.97
Quảng Nam	319,779	200	63.96	-
Quảng Ngãi	319,779	800	255.82	-
Đông Nam Bộ				-
Lâm Đồng	319,779	350	111.92	-
Tp Hồ Chí Minh	319,779	40,220	12,861.51	-
BR Vũng Tàu	319,779	150	47.97	-

Tỉnh	Đơn giá (đồng)	Số lượng (lọ)	Thành tiền (Triệu đồng)	Chênh lệch trong khu vực (Triệu đồng)
Bình Dương	319,779	210	67.15	-
Bình Phước	319,779	3,600	1,151.20	-
Đồng bằng sông Cửu Long				97.15
An Giang	319,779	150	47.97	-
Bạc Liêu	319,779	600	191.87	-
Bến Tre	383,750	1,500	575.63	95.96
Đồng Tháp	319,779	2,050	655.55	-
Kiên Giang	320,000	5,400	1,728.00	1.19
Sóc Trăng	319,779	4,900	1,566.92	
Tổng cộng				326.04

Phụ lục 7:

**So sánh giá cùng một loại thuốc do nhiều hãng sản xuất
trên địa bàn Hà Nội và Thành phố Hồ Chí Minh**

Cơ sở KCB	Cefuroxim 500mg/lọ					
	Pan Pharma, Pháp		Rotex, Germany		Bidiphar, Việt Nam	
	Đơn giá	Tỷ lệ so sánh	Đơn giá	Tỷ lệ so sánh	Đơn giá	Tỷ lệ so sánh
Hà Nội						
Bệnh viện Phụ sản TƯ	48.000	100%				
Bệnh viện Phổi HN	49.500	103%				
Bệnh viện Saint Paul	55.200	115%				
Viện Lao và Bệnh phổi TƯ			36.000	100%		
Bệnh viện Bru Điện			41.000	114%		
Viện Y học hàng không			46.000	128%		
Bệnh viện TMH TW	49.500	103%			26.250	100%
Bệnh viện K					26.250	100%
Bệnh viện Thận HN					27.825	106%
Bệnh viện Lão khoa					27.563	105%
Thành phố Hồ Chí Minh						
BV Nhân Dân Gia Định			32.550	100%		
Bệnh viện An Bình			35.700	110%		
BV Chấn thương chỉnh hình			33.915	104%		
BV Cấp cứu Trưng Vương			33.600	103%		

Phụ lục 8:**So sánh chênh lệch tiền thuốc theo giá trúng thầu từng tỉnh***Đơn vị: tỷ đồng*

Tên tỉnh	Tiền thuốc theo giá trúng thầu	Tỷ lệ với giá so sánh	Tiền thuốc theo giá so sánh	Chênh lệch tăng	Chênh lệch giảm
Đồng Bằng Sông Hồng					
Bắc Ninh	103,09	1,18	87,52	15,58	
Hà Nam	42,87	1,02	42,24	0,63	
Hải Phòng	280,22	1,03	272,33	7,90	
Nam Định	127,81	1,08	117,91	9,90	
Ninh Bình	106,58	1,06	100,36	6,22	
Thái Bình	205,31	1,10	86,47	18,83	
Vĩnh Phúc	126,52	1,24	102,44	24,07	
Hải Dương	137,55	1,22	112,93	24,62	
Hà Nội	2.021,41	1,00	2.021,41		
Trung du và miền núi phía Bắc					
Bắc Giang	198,34	1,05	189,08	9,26	
Bắc Cạn	48,73	1,49	32,77	15,96	
Cao Bằng	112,65	1,31	86,26	26,40	
Điện Biên	77,79	1,32	59,16	18,63	
Hà Giang	140,10	1,31	106,62	33,48	
Lạng Sơn	80,01	1,04	76,64	3,37	
Lào Cai	110,27	1,20	92,12	18,15	
Phú Thọ	155,31	1,47	105,44	49,87	
Thái Nguyên	188,46	1,07	176,30	12,16	
Tuyên Quang	155,23	1,13	136,89	18,34	

Tên tỉnh	Tiền thuốc theo giá trúng thầu	Tỷ lệ với giá so sánh	Tiền thuốc theo giá so sánh	Chênh lệch tăng	Chênh lệch giảm
Hoà Bình	88,27	1,13	78,32	9,95	
Lai Châu	45,59	1,31	34,94	10,66	
Sơn La	87,53	1,11	79,07	8,46	
Yên Bái	129,96	1,37	95,07	34,89	
Bắc Trung bộ & Duyên hải miền Trung					
Hà Tĩnh	100,76	1,05	95,69	5,07	
Nghệ An	356,35	0,68	525,60		169,24
Thanh Hoá	416,69	1,01	414,62	2,07	
TT Huế	250,06	0,93	267,73		17,67
Quảng Trị	48,44	1,05	46,31	2,13	
Bình Định	140,75	1,05	134,43	6,32	
Bình Thuận	119,62	1,03	116,59	3,03	
Đà Nẵng	235,61	1,07	219,58	16,03	
Khánh Hoà	118,79	1,00	119,02	-	0,24
Quảng Nam	157,17	1,00	156,70	0,47	
Quảng Ngãi	84,57	1,04	81,40	3,17	
Ninh Thuận	27,09	0,97	28,04		0,95
Tây Nguyên					
Đắk Lắk	167,32	1,14	147,29	20,03	
Gia Lai	122,75	1,07	114,30	8,46	
Lâm Đồng	85,48	0,98	87,04		1,57
Đông Nam Bộ					
TP HCM	2.541,20	1,00	2.541,20		
BR VTàu	142,98	1,11	128,81	14,17	
Bình Dương	208,44	1,12	186,61	21,83	
Bình Phước	45,70	1,05	43,56	2,13	
Tây Ninh	58,73	1,01	58,21	0,52	
Đồng bằng Sông Cửu Long					
Kiên Giang	168,98	0,96	175,66		6,67

Tên tỉnh	Tiền thuốc theo giá trúng thầu	Tỷ lệ với giá so sánh	Tiền thuốc theo giá so sánh	Chênh lệch tăng	Chênh lệch giảm
Tiền Giang	146,85	0,95	154,09		7,24
Trà Vinh	103,96	1,00	104,38		0,42
Vĩnh Long	114,50	1,14	100,88	13,62	
An Giang	246,85	0,99	248,84		1,99
Bến Tre	132,92	1,19	111,98	20,94	
Đồng Tháp	182,32	0,98	186,42		4,10
Đồng bằng Sông Cửu Long					
Long An	138,07	1,01	136,57	1,50	
Bạc Liêu	40,24	1,02	39,41	0,83	
Bạc Liêu	11,99	1,02	11,75	0,25	
Sóc Trăng	66,45	0,98	67,87		1,43
Tổng cộng	11.551,24		11.242,84	519,93	211,52