

Số: 101 /CV-BVTN

Thanh Hóa, ngày 21 tháng 11 năm 2022

V/v: Góp ý kiến dự thảo Thông tư sửa đổi, bổ sung Thông tư số 30/2018/TT-BYT ngày 30/10/2018 của Bộ Y tế.

Kính gửi: Bà Đào Hồng Lan
Ủy viên Ban chấp hành Trung ương Đảng,
Bộ trưởng Bộ Y tế.

Bộ Y tế đã và đang tiến hành xây dựng dự thảo Thông tư ban hành danh mục thuốc và tỷ lệ, điều kiện thanh toán đối với thuốc tân dược thuộc phạm vi được hưởng của người tham gia BHYT thay thế Thông tư 30/2018/TT-BYT, Thông tư 01/2020/TT-BYT và Thông tư 20/2020/TT-BYT của Bộ Y tế.

Thực tế, Thông tư 30/2018/TT-BYT ra đời đã khuyến khích được các cơ sở tuyến dưới (nhất là các bệnh viện tư nhân phân tuyến chuyên môn kỹ thuật của tuyến III, xếp hạng tương đương với bệnh viện hạng III) thực hiện các dịch vụ kỹ thuật của tuyến cao hơn, đặc biệt đối với các dịch vụ kỹ thuật thuộc lĩnh vực Ngoại khoa khi điều trị các trường hợp bệnh nhân nặng như: Chấn thương sọ não, Thay khớp gối, khớp háng, Phẫu thuật cột sống,... góp phần giảm áp lực về tình trạng quá tải đối với bệnh viện tuyến trên, đồng thời người bệnh tiết kiệm được thời gian, chi phí điều trị mà vẫn được hưởng đúng, đủ chính sách BHYT, nhất là thuốc và vật tư y tế trong quá trình điều trị.

Tuy nhiên, theo phản ánh của cơ sở y tế, vấn đề hạn chế, vướng mắc của Thông tư 30/2018/TT-BYT hiện nay là Bộ Y tế (hoặc Sở Y tế các địa phương) chỉ phê duyệt và cho phép các bệnh viện tuyến dưới được làm các kỹ thuật của bệnh viện tuyến trên đối với các bệnh thuộc lĩnh vực Ngoại khoa, còn rất nhiều các bệnh thuộc lĩnh vực Nội khoa hiện nay không có quy định, hướng dẫn nào, và hiện cũng chưa có tiêu chí, cơ sở để Bộ Y tế (hoặc Sở Y tế địa phương) phê duyệt phân loại các mặt bệnh nào thuộc phạm vi điều trị của bệnh viện hạng ba, hạng hai hoặc hạng một. Các bệnh Nội khoa này được điều trị ở đâu phụ thuộc vào năng lực chuyên môn của bệnh viện và khả năng tài chính của người bệnh.

Hiệp hội Bệnh viện tư nhân Việt Nam đã tham gia nhiều lần góp ý dự thảo Thông tư (cả trực tiếp tại Hội nghị, Hội thảo, Tọa đàm và gián tiếp bằng văn bản hành chính), tuy nhiên, đến nay đã hơn một năm, kể từ ngày công bố và lấy ý kiến góp ý lần đầu dự thảo, Bộ Y tế vẫn chưa ban hành được Thông tư thay thế Thông tư 30/2018/TT-BYT, Thông tư 01/2020/TT-BYT và Thông tư 20/2020/TT-BYT. Điều này làm chậm tiến trình xây dựng, hoàn thiện chính sách pháp luật, đáp ứng kịp thời yêu cầu thực tiễn cuộc sống, đặc biệt tiếp tục làm khó cho cơ sở y tế tuyến

dưới khi vẫn phải áp dụng những chính sách pháp luật lỗi thời, hạn chế, kìm hãm sự phát triển.

Từ thực tiễn hoạt động và tiếp thu ý kiến của cơ sở KCB, Hiệp hội xin báo cáo, làm rõ Bộ trưởng vấn đề cần thiết phải bỏ phân thuốc theo hạng bệnh viện như sau.

I. Các quy định pháp luật và của Bộ Y tế

Từ khi Luật Bảo hiểm y tế có hiệu lực cho đến nay, việc thanh toán các thuốc hóa dược, sinh phẩm, thuốc phóng xạ và chất đánh dấu thuộc phạm vi được hưởng BHYT chủ yếu được thực hiện theo 3 Thông tư, cụ thể như sau:

- Thông tư số 40/2014/TT-BYT ngày 17/11/2014 của Bộ Y tế hướng dẫn thực hiện danh mục thuốc tân dược thuộc phạm vi thanh toán của quỹ BHYT.

- Thông tư số 30/2018/TT-BYT ngày 30/10/2018 của Bộ Y tế về danh mục và tỷ lệ, điều kiện thanh toán đối với thuốc hóa dược, sinh phẩm, thuốc phóng xạ và chất đánh dấu thuộc phạm vi được hưởng của người tham gia BHYT.

- Thông tư 01/2020/TT-BYT ngày 16/01/2020 của Bộ Y tế sửa đổi, bổ sung Thông tư 30/2018 đối với thuốc hóa dược, sinh phẩm, thuốc phóng xạ và chất đánh dấu thuộc phạm vi được hưởng của người tham gia bảo hiểm y tế.

Theo kết cấu Phụ lục của các thông tư nêu trên có nội dung thuốc sử dụng theo hạng bệnh viện, được thể hiện tại cột 4,5,6,7. Cụ thể như sau:

- Bệnh viện hạng đặc biệt và hạng I sử dụng các thuốc quy định tại cột 4;
- Bệnh viện hạng II sử dụng các thuốc quy định tại cột 5;
- Bệnh viện hạng III và hạng IV, bao gồm cả phòng khám đa khoa thuộc bệnh viện đa khoa hoặc trung tâm y tế quận, huyện, thị xã, thành phố sử dụng các thuốc quy định tại cột 6;
- Cơ sở khám bệnh, chữa bệnh là trạm y tế xã, phường, thị trấn, y tế cơ quan và tương đương sử dụng các thuốc quy định tại cột 7;

Theo cách phân thuốc theo hạng bệnh viện nêu trên, một số loại thuốc kháng sinh khá thông dụng như: Ceftriaxon, Levofloxacin/Imipenem... là loại phổ biến trong điều trị viêm phổi, nhiễm trùng máu. Tuy nhiên, thực tế là ngay cả khi có kết quả cấy khuẩn, các thuốc đó đúng phác đồ, đúng dược thư quốc gia và đúng với hướng dẫn sử dụng của nhà sản xuất ... cũng không được sử dụng ở các Bệnh viện hạng III (tuyến huyện). Vậy nếu khi đang điều trị mà cần đến các loại thuốc trên thì bệnh viện và bác sĩ không biết phải làm như thế nào?.

Trên thực tế, thuốc là dùng để điều trị "**Bệnh**", việc sử dụng thuốc gì dựa vào tình trạng của người bệnh chứ không phụ thuộc vào hạng bệnh viện, do đó gắn thuốc với dịch vụ kỹ thuật và hạng bệnh viện là chưa phù hợp.

Mặt khác, theo các quy định hiện nay, Bộ y tế mới ban hành hướng dẫn quy định thanh toán BHYT đối với dịch vụ phẫu thuật bao gồm thuốc vật tư ... chung

cho tất cả các bệnh viện, không phân biệt hạng 1, hạng 2, hay hạng 3 và được cơ quan BHYT thanh toán, tuy nhiên thuốc điều trị bệnh không phải phẫu thuật (ví dụ các bệnh lý nội khoa) thì lại phải theo hạng bệnh viện, mặc dù danh mục đó đã được cấp thẩm quyền phê duyệt nhưng không được sử dụng vì cơ quan BHYT không thanh toán, điều đó dẫn đến bệnh viện trung ương, bệnh viện tỉnh được sử dụng thuốc tốt vì hạng cao, hệ lụy quá tải bệnh viện tuyến trên, tốn kém cho người bệnh phải đi xa, tuyến dưới không thu hút được nhân lực.

Từ những lý do nêu trên, có thể thấy việc phân bổ thuốc theo hạng bệnh viện và gắn với dịch vụ kỹ thuật không có tính khoa học và chưa phù hợp với thực tiễn hiện nay.

II. Những hệ lụy tác động xã hội của việc phân thuốc sử dụng theo hạng bệnh viện.

Sử dụng thuốc theo hạng bệnh viện và gắn với dịch vụ kỹ thuật gây tác động lớn tới cơ sở y tế, người bệnh và sự an toàn tài chính của quỹ BHYT, cụ thể:

1. Đối với người bệnh:

Người bệnh không quan tâm và cũng không biết mình đang điều trị ở bệnh viện hạng bao nhiêu. Điều người bệnh quan tâm nhất là tình trạng bệnh, người bệnh đang được sử dụng thuốc gì và có khỏi bệnh hay không?

Nếu người bệnh bị bệnh nặng, đang điều trị tại bệnh viện hạng thấp, cần phải sử dụng thuốc của bệnh viện hạng cao hơn, chỉ vì lý do đó mà họ hoặc phải chuyển tuyến trong khi điều kiện sức khỏe và tài chính không cho phép, hoặc buộc phải chấp nhận “tự túc” thuốc vượt hạng. Đây quả là một bài toán khó, nhiều người bệnh không thể vượt qua được, đành chấp nhận “chờ chết” hoặc phải bỏ tiền túi ra trả cho những loại thuốc thuộc phạm vi thanh toán của BHYT, việc này khiến người bệnh mất tiền oan.

Điều này còn tạo ra sự mất công bằng và vô lý khác, đó là: Cùng bệnh như nhau nhưng nếu người không mua BHYT thì điều trị ở đâu cũng được còn người mua BHYT thì phải chuyển vì tuyến dưới không có thuốc.

Mặt khác, cùng là bác sỹ cùng có trình độ tương đương nhưng khi làm việc ở Bệnh viện hạng III thì không được sử dụng các loại thuốc bị hạn chế, ngược lại nếu làm việc ở Bệnh viện hạng II thì lại được sử dụng thuốc đó. Việc làm việc ở đâu còn do tổ chức phân công chứ không phải cứ trình độ kém thì làm việc ở Bệnh viện huyện, trình độ cao hơn thì làm việc ở Bệnh viện tỉnh.

2. Đối với cơ sở y tế, Bệnh viện:

Việc sử dụng thuốc theo hạng bệnh viện khiến cơ sở y tế không còn động lực để nâng cao năng lực chuyên môn. Bởi các bệnh nhân nặng, cần sử dụng phối hợp nhiều thuốc nhưng danh mục thuốc trong BHYT không cho phép. Nhân viên y tế càng không thể vi phạm quyền lợi chính đáng của bệnh nhân, khi người bệnh bỏ tiền ra để mua BHYT thì họ phải được hưởng những quyền lợi trong phạm vi

pháp luật cho phép. Đây cũng là trách nhiệm điều trị của bệnh viện và của thầy thuốc. Bệnh viện không thể bắt buộc bệnh nhân nặng phải chuyển tuyến trên khi họ không thể chuyển được vì nhiều lý do khác nhau, ví dụ như: không đủ tài chính, không có điều kiện chăm sóc, phục vụ, tình trạng bệnh nặng không thể di chuyển.

Bệnh viện cũng không thể để bệnh nhân chết dần chết mòn trong khi bệnh viện tuyến dưới có đầy đủ các điều kiện để điều trị chỉ vì lý do bệnh viện tuyến dưới không được phép sử dụng các thuốc quy định chỉ có ở bệnh viện hạng cao hơn. Bệnh viện càng không thể bắt bệnh nhân nặng phải bỏ tiền túi ra để chi trả khi các thuốc họ cần sử dụng nằm trong danh mục thuốc thuộc phạm vi thanh toán, chi trả của BHYT.

Hiện nay, cả nước có hơn 700 bệnh viện công lập tuyến huyện thuộc hạng III và hơn 300 bệnh viện tư nhân cũng được xếp tương đương hạng III và hơn 80% người bệnh đang được điều trị tại các bệnh viện hạng III trở xuống, số bệnh nhân này là đối tượng chịu sự ảnh hưởng của việc sử dụng thuốc theo hạng bệnh viện. Có rất nhiều loại thuốc thiết yếu nhưng lại thuộc hạng II, tức là phải từ Bệnh viện tỉnh trở lên mới được sử dụng. Khi gặp tình huống bệnh nặng cần sử dụng thuốc tốt, phù hợp lại không trong danh mục được sử dụng tại Bệnh viện hạng III thì bệnh viện buộc phải lựa chọn một trong ba phương án:

- + Chuyển tuyến (*Khi không cần thiết hoặc không chuyển được*)
- + Yêu cầu người bệnh bỏ tiền túi ra tự mua trong khi loại thuốc đó thuộc phạm vi chi trả của BHYT.
- + Cho bệnh nhân ra viện khi chưa khỏi bệnh.

3. Đối với bác sỹ:

Bác sỹ đành chấp nhận “bó tay” vì trước mỗi bệnh nhân cụ thể, căn cứ vào tình hình thực tế lâm sàng, các kết quả cận lâm sàng, bác sỹ sẽ sử dụng thuốc dựa trên ba căn cứ:

- Thứ nhất: Phác đồ điều trị do Bộ Y tế ban hành.
- Thứ hai: Tài liệu hướng dẫn sử dụng của nhà sản xuất hoặc nhập khẩu (*Tài liệu này cũng đã được Bộ Y tế phê chuẩn*)
- Thứ ba: Dược thư quốc gia do Bộ Y tế ban hành.

Ngoài căn cứ ba tài liệu khoa học nêu trên, nếu quy định thuốc theo hạng bệnh viện thì khi điều trị cho bệnh nhân, các bác sỹ còn phải kiểm tra, đối chiếu quy định trong Thông tư xem loại thuốc đó có nằm trong phạm vi của bệnh viện hạng mình đang làm việc nữa hay không. Trường hợp thuốc đó của hạng cao hơn thì hoặc chuyển bệnh nhân hoặc để bệnh nhân tự bỏ tiền túi ra mua hoặc phải chấp nhận để bệnh nhân có hậu quả xấu.

Một số quan điểm lo ngại nếu cho các bệnh viện tuyến dưới dùng thuốc đắt tiền, thuốc thế hệ mới ... sẽ gây ra tình trạng lạm dụng, nhờn thuốc, kháng kháng

sinh...do trình độ các bác sỹ tuyến dưới còn hạn chế. Nhận định như vậy là không đúng, bởi lẽ:

- *Thứ nhất:* Việc dùng thuốc gì, bệnh gì, dùng lúc nào, liều dùng bao nhiêu đã được Bộ Y tế quy định, ban hành phác đồ chuẩn/dược thư quốc gia và tờ hướng dẫn sử dụng của nhà sản xuất nhà nhập khẩu và được Bộ Y tế kiểm chuẩn, cấp phép. Nếu trình độ thấp, cầu thả, thiếu đạo đức dẫn đến sử dụng sai, lạm dụng thì không phải chỉ ở riêng tuyến huyện hạng III, vấn đề này thuộc trách nhiệm của cơ quan quản lý nhà nước giải quyết và bằng nhiều chế tài xử lý chứ không thể hạn chế sử dụng thuốc. Nếu dùng công cụ này là theo lối mòn "**Khó quản lý thì cấm**".

- *Thứ hai:* Hiện nay, cơ quan BHYT đã có giám định viên, phần mềm cảnh báo lạm dụng, phần mềm cảnh báo tự động tương tác hoặc chống chỉ định. Tất cả các trường hợp dùng không phù hợp giám định viên sẽ rất dễ nhận biết và xử lý kịp thời.

- *Thứ ba:* Số thuốc thuộc loại hạn chế và chỉ cho phép sử dụng ở bệnh viện hạng II không nhiều (khoảng hơn 100 loại) nhưng lại là những loại thuốc thiết yếu, với số lượng đó cơ quan quản lý nhà nước hoàn toàn có thể giám sát được.

- *Thứ tư:* Nếu tiếp tục bán khoán, mang nặng tư tưởng bệnh viện hạng 3 tuyến huyện kém năng lực chuyên môn mà hạn chế việc sử dụng thuốc thì vô tình đang tiếp tục hạn chế năng lực phát triển chuyên môn, không đúng với tinh thần hạn chế tuyến dưới chuyển lên tuyến trên.

4. Đối với Quỹ BHYT:

Gây lãng phí nguồn quỹ vì khi chuyển bệnh nhân lên tuyến trên thì hầu hết các Bệnh viện tuyến trên đều cho bệnh nhân làm lại các dịch vụ cận lâm sàng, xét nghiệm từ đầu.

5. Trái với chủ trương của chính Bộ Y tế:

Khoản 4 Điều 4 Thông tư 43/2013/TT-BYT ngày 11/12/2013 của Bộ Y tế nêu rõ:

"4. Khuyến khích cơ sở khám bệnh chữa bệnh phát triển năng lực chuyên môn kỹ thuật, thực hiện các kỹ thuật của tuyến trên. Cơ sở khám bệnh chữa bệnh tuyến trên hạn chế thực hiện các kỹ thuật mà cơ sở khám bệnh chữa bệnh tuyến dưới đã thực hiện được"

Chủ trương của Đảng, Nhà nước, Bộ Y tế là khuyến khích phát triển tuyến dưới, giảm tải tuyến trên và giảm phiền hà cho người bệnh nhưng việc hạn chế tuyến dưới sử dụng thuốc tuyến trên đang vô tình đi ngược lại chủ trương trên.

6. Lựa chọn phương án sử dụng thuốc

Ban Soạn thảo dự thảo 2 phương án sử dụng thuốc, trong đó phương án 2 sử dụng thuốc theo phân hạng bệnh viện và cơ sở khám bệnh, chữa bệnh nếu cần sử dụng thì phải đề nghị cơ quan có thẩm quyền phê duyệt.

Phương án này cũng không khả thi, bởi lẽ:

- *Thứ nhất:* Điều này không cần thiết vì việc dùng thuốc gì, sử dụng như thế nào cho hiệu quả đã có quy định, cơ sở khoa học rõ ràng và đã được Bộ Y tế hướng dẫn. Nên để bác sỹ có quyền lựa chọn và chịu trách nhiệm theo khoa học và đạo đức trong quá trình KCB.

- *Thứ hai:* Nếu các Bệnh viện đề nghị phê duyệt trước khi sử dụng thì dựa trên cơ sở nào để đề xuất, vì các Bệnh viện không thể biết trước sẽ có bao nhiêu bệnh nhân và các bệnh nhân đó mắc bệnh gì trong tương lai để đề xuất. Tương tự như vậy cơ quan phê duyệt cũng hoàn toàn tùy nghi, cảm tính vì cũng không có cơ sở dữ liệu nào để mà phê duyệt.

- *Thứ ba:* Vì cả hai bên đề xuất và phê duyệt đều rất tùy nghi, dự đoán, cảm tính nên chắc chắn điều này sẽ tạo ra cơ chế xin - cho, hậu quả cuối cùng là bác sỹ, bệnh vineje và người bệnh sẽ phải chịu hậu quả.

7. Đề xuất kiến nghị

Trên cơ sở những phân tích nêu trên, Hiệp hội đề nghị Bộ trưởng quan tâm xem xét, chỉ đạo Ban Soạn thảo nghiên cứu lựa chọn phương án 1, là bỏ việc sử dụng thuốc theo phân hạng bệnh viện.

Trân trọng cảm ơn Bộ trưởng!

Nơi nhận:

- Như kính gửi;
- UBTW MTTQ VN (để b/c);
- Vụ BHYT – Bộ Y tế;
- Lưu VP.

**TM. BAN CHẤP HÀNH
CHỦ TỊCH**



GS. TS. Nguyễn Văn Đệ
Ủy viên UBTW MTTQ Việt Nam