

Hà Nội, ngày 19 tháng 11 năm 2010

**BÁO CÁO TỔNG HỢP
TRẢ LỜI CHẤT VẤN CỦA CÁC ĐẠI BIỂU QUỐC HỘI
(Tại kỳ họp thứ Tám, Quốc hội Khóa XII)**

Kính gửi: Các vị Đại biểu Quốc hội Khóa XII

Tại kỳ họp lần thứ Tám, Quốc hội khoá XII, Bộ Y tế đã nhận được câu hỏi chất vấn của 16 vị Đại biểu Quốc hội (tính đến ngày 20/11/2010). Chúng tôi đã gửi văn bản trả lời tới các vị Đại biểu Quốc hội. Nội dung các Đại biểu chất vấn tập trung chủ yếu vào các nhóm vấn đề như tình trạng quá tải tại các bệnh viện tuyến Trung ương, bệnh viện đa khoa tỉnh và các biện pháp giảm tải, công tác quản lý giá thuốc, vấn đề viện phí và công tác phòng chống dịch bệnh.

Trước hết, Bộ Y tế xin chân thành cảm ơn Quốc hội, cảm ơn các vị Đại biểu Quốc hội đã quan tâm sâu sắc đến những khó khăn, bất cập của Ngành Y tế trong thời gian qua và kịp thời đề ra các chủ trương quan trọng, tạo điều kiện cho Chính phủ ban hành những chính sách thiết thực giúp Ngành Y tế giải quyết phần nào những khó khăn hiện nay. Dưới sự chỉ đạo của Chính phủ, Ngành Y tế đang tiếp tục phối hợp với các Bộ, ngành chức năng tích cực triển khai các văn bản đã được Quốc hội ban hành, đặc biệt là Nghị quyết số 18/2008/NQ-QH12 ngày 03/6/2008 của Quốc hội về đẩy mạnh thực hiện chính sách, pháp luật xã hội hóa để nâng cao chất lượng chăm sóc sức khỏe nhân dân.

Sau đây Bộ Y tế xin trình bày một số vấn đề được nhiều Đại biểu Quốc hội quan tâm:

I. Về tình trạng quá tải tại các bệnh viện tuyến Trung ương, bệnh viện đa khoa tỉnh và các biện pháp giảm tải:

Tình trạng quá tải bệnh viện diễn ra từ nhiều năm trước, phổ biến không chỉ các bệnh viện tuyến Trung ương, mà cả bệnh viện tuyến Tỉnh và bệnh viện đa khoa khu vực. Ngay từ đầu nhiệm kỳ, khi về nhận nhiệm vụ lãnh đạo Ngành Y tế, tôi đã thấy được điều này và đã chỉ đạo các đơn vị tiến hành điều tra, khảo sát thực trạng quá tải bệnh viện. Kết quả điều tra năm 2008 cho thấy ở các bệnh viện khoảng 15 nghìn người phải nằm ghép mỗi ngày. Nguyên nhân:

1. Trong khi dân số tăng nhanh, số bệnh viện tăng không đáng kể. Ví dụ 1 trong những trung tâm lớn như Hà Nội, từ năm 1960 đến nay, xây dựng chỉ được 02 bệnh viện mới là Bệnh viện Nhi do Thụy Điển viện trợ (từ thập kỷ 80), bệnh viện Thanh Nhàn do Hungary viện trợ; các bệnh viện lớn như Bạch Mai, Việt Đức, Saint Paul,... đều có từ thời Pháp.

Tỷ lệ giường bệnh/vạn dân của cả nước tuy có tăng hàng năm nhưng vẫn còn thấp so với sự gia tăng nhu cầu khám chữa bệnh của nhân dân và phân bố không đồng đều giữa các vùng miền, chủ yếu tập trung nhiều ở các đô thị, vùng kinh tế lớn. Tỷ lệ giường bệnh/vạn dân (không tính giường bệnh của các trạm y tế xã) đến cuối năm 2009 là 19,6 giường/vạn dân đạt ở mức trung bình thấp so với các nước trong khu vực. Theo Thống kê của Tổ chức Y tế Thế giới 2009, trung bình số giường bệnh

trên 10.000 dân **toàn cầu là 25**; Khu vực Tây Thái Bình Dương là 33. Một số quốc gia trong khu vực có số giường bệnh trên 10.000 dân cao hơn nhiều so với nước ta, như **Nhật Bản (140), Hàn Quốc (86), Trung Quốc (22), Thái Lan (22)**.

Điều này trước hết thuộc trách nhiệm tham mưu của Ngành Y tế, đồng thời cũng là trách nhiệm của Đảng và Nhà nước đối với công tác chăm sóc sức khỏe nhân dân.

2. Một số chính sách ưu việt của Đảng và Nhà nước về chăm sóc sức khỏe nhân dân trong những năm gần đây như khám chữa bệnh không thu phí đối với người bệnh nghèo, trẻ em dưới 6 tuổi, đối tượng ưu tiên chính sách .v.v. cũng làm tăng nhu cầu khám chữa bệnh; trong những năm qua **đã có hơn 30 triệu thẻ khám chữa bệnh miễn phí** được cấp cho các đối tượng trên. Số lượt người khám chữa bệnh bình quân đã tăng gấp gần 2 lần so với nhóm bình thường.

3. Mạng lưới giao thông, kinh tế phát triển, khiến cho nhu cầu khám chữa bệnh cũng tăng gấp 1,5 lần. Kết quả giám sát của Đại biểu Đỗ Hùng cho thấy người dân ở Hà Tây "ôm" nhiều hơn người dân ở Bắc Kạn, nhưng thực tế là Hà Tây có điều kiện kinh tế phát triển, giao thông thuận lợi, người dân dễ dàng tiếp cận các cơ sở khám chữa bệnh, nên khi ốm là họ đến các cơ sở khám chữa bệnh; trong khi đó Bắc Kạn là tỉnh miền núi, điều kiện giao thông, kinh tế, khó khăn, nên nhiều khi bị ốm khá nặng người dân mới đi khám chữa bệnh.

4. Sau 20 năm thực hiện cơ chế quản lý kinh tế theo cơ chế thị trường, chất lượng khám chữa bệnh ở tuyến dưới bị giảm. Cơ sở vật chất của nhiều bệnh viện tuyến huyện đã xuống cấp, trang thiết bị lạc hậu, thiếu thốn. Sự chênh lệch về thu nhập ở các tuyến dẫn đến xu hướng **cán bộ có tay nghề cao, chuyên môn giỏi dịch chuyển từ tuyến dưới lên tuyến trên**, về các đô thị lớn, khu vực có kinh tế-xã hội phát triển. Điều này dẫn đến năng lực cung cấp dịch vụ khám chữa bệnh ở tuyến cơ sở hạn chế, người dân thiếu tin tưởng, nên có những dịch vụ có thể giải quyết ở y tế tuyến xã, huyện, tỉnh, nhưng người dân vẫn vượt cấp chuyển lên tuyến Trung ương. Ví dụ điển hình là 57% trường hợp sinh con ở Bệnh viện Phụ sản Trung ương là đẻ thường- dịch vụ này có thể làm rất tốt ở bệnh viện tuyến huyện, thậm chí trạm y tế xã, nhưng do lo lắng cho sự an toàn người dân đã vượt tuyến lên tuyến trên.

5. Mô hình bệnh tật thay đổi, với sự chuyển dịch từ mô hình bệnh tật với đặc trưng là các bệnh truyền nhiễm từ thập kỷ trước sang mô hình các bệnh không lây nhiễm chiếm đa số (62,5%): tim mạch, tăng huyết áp, ung thư, gut, rối loạn chuyển hoá, đái tháo đường, rối loạn tâm thần, .v.v., với chi phí điều trị cao, quá trình điều trị kéo dài trong suốt cuộc đời cũng là nguyên nhân làm tăng số lượt khám, chữa bệnh của nhân dân. Các khoa nội tim mạch, ung thư, nội thần kinh, thận tiết niệu.v.v. là những khoa thường xuyên quá tải ở các bệnh viện (một số bệnh viện tuyến trung ương công suất sử dụng giường bệnh tới 150 - 200%).

Tất cả các vấn đề trên, tôi đã báo cáo Quốc hội tại kỳ họp thứ Hai. Trong thời gian qua, để giải quyết vấn đề quá tải ở các bệnh viện tuyến trên, Bộ Y tế đã và đang tiến hành đồng thời nhiều giải pháp mang tính chất giải quyết tình thế và các giải pháp cơ bản, dài hạn như:

1. Nâng cao chất lượng điều trị, giảm ngày điều trị trung bình một cách hợp lý

Hội đồng chuyên môn của các Bệnh viện đã xây dựng chỉ tiêu Giảm một cách hợp lý ngày điều trị trung bình cho một bệnh nhân/đợt điều trị. Theo kết quả kiểm tra bệnh viện, trung bình các bệnh viện đa khoa tuyến Trung ương giảm được 0,6 ngày

điều trị cho mỗi bệnh nhân. Tại các bệnh viện tuyến trung ương, hầu hết các bệnh viện đều có cố gắng rút ngắn ngày điều trị một cách hợp lý từ 0,5 - 1 ngày (trung bình 1,1 ngày) tùy theo đặc thù khác nhau của từng bệnh viện. Trong đó giảm mạnh nhất là một số bệnh viện chuyên khoa.

2. Giảm diện tích khu hành chính, tăng diện tích khu điều trị để kê thêm giường bệnh

Hầu hết các bệnh viện đã giảm diện tích dành cho hành chính, sắp xếp khoa, phòng hợp lý, tăng diện tích buồng bệnh trực tiếp phục vụ bệnh nhân (kê thêm giường bệnh) tăng số giường bệnh thực kê. Trong thời gian qua, **đã tăng thêm được 20.000 giường bệnh**, tương đương với việc **xây dựng mới 40 bệnh viện 500 giường**.

3. Chống quá tải từ xa bằng cách nâng cao năng lực cho đội ngũ cán bộ y tế tuyến dưới, thông qua việc:

- Triển khai Đề án luân phiên, luân chuyên cán bộ từ tuyến trên hỗ trợ chuyên môn kỹ thuật các bệnh viện tuyến dưới (Đề án 1816)

Sau hơn 2 năm thực hiện Đề án 1816 đã đạt mục tiêu đề ra là nâng cao chất lượng khám, chữa bệnh của bệnh viện tuyến dưới, đặc biệt là miền núi, vùng sâu, vùng xa thiếu cán bộ y tế, giúp y tế tuyến dưới sử dụng các trang thiết bị y tế hiện đại, chuyển giao công nghệ y học và đào tạo cán bộ tại chỗ nhằm nâng cao tay nghề cho cán bộ y tế tuyến dưới. Đến tháng 11/2010, 65 bệnh viện đã cử cán bộ đi luân phiên tại 61 tỉnh/thành phố (trong đó 34 bệnh viện trực thuộc Bộ). **Tổng số 3.727 lượt cán bộ** được cử đi luân phiên, chuyển giao được **1773 kỹ thuật** theo hình thức cầm tay chỉ việc, trong đó có các kỹ thuật cao như mổ nội soi, mổ tim hở, đặt stan,...; tổ chức được **818 lớp tập huấn** cho **35.586 cán bộ y tế tuyến dưới**. Đã có **383.125 lượt người bệnh** được cán bộ đi luân phiên khám trực tiếp; thực hiện **6.726 ca phẫu thuật**, đặc biệt nhiều ca bệnh hiểm nghèo được các bác sĩ luân phiên cứu sống. **Giảm 30% số bệnh nhân chuyển lên tuyến trên không hợp lý.**

- Phát triển và nhân rộng mô hình bệnh viện vệ tinh

Mô hình bệnh viện vệ tinh Bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức bước đầu phát huy hiệu quả. Từ thành công của dự án này một số bệnh viện tuyến cuối đang nghiên cứu nhân rộng mô hình bệnh viện vệ tinh, như Bệnh viện Bạch Mai đang triển khai thực hiện Đề án Bệnh viện vệ tinh, Bệnh viện Phụ Sản Trung ương đang xây dựng dự án Bệnh viện vệ tinh tại 10 tỉnh miền Bắc; Bệnh viện Nhi Trung ương đang xây dựng mô hình bệnh viện vệ tinh tại 6 tỉnh,... Triển khai mô hình liên thông giữa bệnh viện công lập với bệnh viện công lập (Bệnh viện Việt Đức và Bệnh viện Thể thao), giữa bệnh viện công lập và bệnh viện tư nhân.

- Tăng cường công tác đào tạo liên tục, và công tác chỉ đạo tuyến

Bộ Y tế đã thành lập 20 Trung tâm đào tạo và chỉ đạo tuyến tại các bệnh viện tuyến Trung ương. Tổ chức phân công lại công tác chỉ đạo tuyến theo các bệnh viện tuyến trung ương và một số bệnh viện hạng I của các bệnh viện tuyến tỉnh.

4. Mở rộng loại hình điều trị ngoại trú và triển khai một số mô hình dịch vụ mới trong khám, chữa bệnh

Hầu hết các bệnh viện đã và đang triển khai các phòng khám điều trị ngoại trú để quản lý một số bệnh mạn tính, tăng huyết áp, đái tháo đường, cường giáp trạng... (Bệnh viện Việt Nam Thụy Điển Uông Bí, Bệnh viện Hữu Nghị, Bệnh viện Thanh Nhàn, Bệnh viện Nội tiết và nhiều bệnh viện khác...). Chỉ định nhập viện hợp lý,

chuyển sang điều trị ngoại trú đối với các bệnh mạn tính trước đây vẫn điều trị nội trú.

Triển khai mô hình bệnh viện ban ngày, bác sỹ gia đình (Bệnh viện Tâm thần Mai Hương), chăm sóc sản phụ tại nhà (Bệnh viện Phụ Sản Trung ương), thay băng cắt chỉ sau phẫu thuật tại nhà (Bệnh viện Hữu Nghị Việt-Đức), Nhờ cách làm này nên đã giải phóng nhanh giường bệnh nội trú. Số lượt người bệnh điều trị ngoại trú năm 2009 trên 13,6 triệu lượt tăng 19,3 % so với năm 2008, tăng đều ở các tuyến bệnh viện.

5. Xây thêm bệnh viện và phát triển nguồn nhân lực, đặc biệt là đào tạo cán bộ y tế cho các vùng miền, nhất là nông thôn, miền núi, vùng sâu, vùng xa

Hiện Bộ Y tế đang phối hợp với các địa phương thực hiện có hiệu quả Đề án "Đầu tư xây dựng, cải tạo, nâng cấp bệnh viện đa khoa huyện và đa khoa khu vực liên huyện sử dụng vốn trái phiếu Chính phủ và các nguồn vốn hợp pháp khác giai đoạn 2008-2010" theo Quyết định số 47/2008/QĐ-TTg ngày 02/4/2008 của Thủ tướng Chính phủ và Đề án "Đầu tư xây dựng, cải tạo, nâng cấp các bệnh viện chuyên khoa lao, tâm thần, ung bướu, chuyên khoa nhi và một số bệnh viện đa khoa tỉnh thuộc vùng miền núi, khó khăn sử dụng vốn trái phiếu Chính phủ và các nguồn vốn hợp pháp khác giai đoạn 2009-2013" theo Quyết định số 930/QĐ-TTg ban hành ngày 30/6/2009 của Thủ tướng Chính phủ. Tuy nhiên, đến tháng 10/2010, **Đề án 47 mới nhận được 65% và Đề án 930 mới nhận được 15% vốn Trái phiếu Chính phủ.** Kính đề nghị cấp tiếp số vốn còn lại để hoàn thành các Đề án.

Về đào tạo cán bộ, trong giai đoạn 2007- 2010, đào tạo sau đại học đã tăng 1,6 lần (tăng từ 3249 người lên 5170 người), đào tạo đại học chính quy tăng 1,7 lần (từ 10.355 người lên 17.000 người); sinh viên cử tuyển là con em đồng bào dân tộc tăng 8 lần (từ 100 người lên 800 người; đào tạo theo yêu cầu tăng từ 1775 người năm 2007 lên 2498 người năm 2010.

Trong khi Ngành Y tế thiếu nhân lực trầm trọng thì việc để cán bộ y tế nghỉ hưu ở độ tuổi 55 đối với nữ và 60 đối với nam là một sự lãng phí lớn. Năm 1960, tuổi thọ bình quân của người dân Việt Nam là 45,4 tuổi; đến nay tuổi thọ bình quân của Việt Nam đã tăng lên 73 tuổi (trong khi đó Thái Lan là 69,3; Phillipine 72,3 và tuổi thọ bình quân ở khu vực Đông Á-Thái Bình Dương là 72,8, Nga là 57 tuổi). Chính vì vậy, đề nghị Quốc hội, Chính phủ cho phép tăng tuổi làm việc của cán bộ nữ lên 60 tuổi và nam 65 tuổi để tận dụng đội ngũ cán bộ giàu kinh nghiệm này.

6. Các giải pháp khác: cải cách thủ tục hành chính, tạo điều kiện thuận lợi cho bệnh nhân khi đến khám, chữa bệnh, tăng số phòng khám, tăng ca, tăng giờ làm việc, tăng cường công tác kiểm tra giám sát, hoàn thiện cơ chế, chính sách, quy hoạch mạng lưới khám chữa bệnh,...

Kết quả sau 3 năm thực hiện các giải pháp chống quá tải bệnh viện và chống nằm ghép:

Giảm một cách đáng kể số bệnh nhân phải nằm ghép, từ 15.000 người năm 2007 xuống còn trên 6.000 người năm 2010; tăng 32.132 giường bệnh (32%). Có nhiều bệnh viện trong 2 năm qua cơ bản không còn tình trạng bệnh nhân phải nằm ghép, như Bệnh viện Việt Đức, Bệnh viện Trung ương Huế và Bệnh viện Thanh Nhân-Hà Nội, Bệnh viện Đa khoa các tỉnh: Lâm Đồng, Quảng Ninh, Hậu Giang, Ninh Thuận, Bình Thuận, Lạng Sơn, Điện Biên... Chúng tôi đưa những con số trên để thấy rằng những nỗ lực của Ngành Y tế và các Bộ, ngành, chính quyền địa phương trong việc thực hiện chỉ đạo của Quốc hội và Chính phủ về giảm tình trạng

quá tải bệnh viện đã bước đầu có kết quả. Trong điều kiện cơ sở vật chất của Ngành Y tế còn khó khăn như hiện nay thì kết quả này cũng cần được ghi nhận và khích lệ.

Tình trạng nằm ghép ở các bệnh viện hiện nay chỉ còn ở các bệnh viện tuyến cuối, đầu ngành, các bệnh viện chuyên khoa như tim mạch, ung thư, nhi... Nếu thực hiện thành công Đề án 47, Đề án 930 và các giải pháp trên thì cơ bản sẽ giải quyết được tình trạng nằm ghép ở các bệnh viện tuyến tỉnh và Trung ương.

II. Về công tác quản lý giá thuốc:

Triển khai Luật Dược, từ năm 2006 đến nay, dưới sự chỉ đạo của Chính phủ, Bộ Y tế đã phối hợp chặt chẽ với Bộ Tài chính, Bộ Công thương và các Bộ, ngành liên quan thực hiện các giải pháp nhằm quản lý chặt chẽ thị trường thuốc chữa bệnh. Ở tất cả các khâu từ nhập khẩu, sản xuất, bán buôn, bán lẻ thuốc: doanh nghiệp đều phải kê khai, kê khai lại giá thuốc, niêm yết giá thuốc. Việc mua thuốc của các bệnh viện đều phải thực hiện thông qua đấu thầu thuốc, Nhà thuốc bệnh viện phải thực hiện quy định về thặng số bán lẻ. Đồng thời, Bộ Y tế tích cực phối hợp với các Bộ, ngành chức năng chỉ đạo hệ thống thanh tra, các Sở Y tế tiến hành thanh tra, kiểm tra việc thực hiện các quy định quản lý giá thuốc và xử lý nghiêm các trường hợp vi phạm.

Kết quả: thị trường dược phẩm đã **cung ứng đủ thuốc** có chất lượng cho nhu cầu phòng bệnh, chữa bệnh của nhân dân; **cơ bản được duy trì ổn định**, hầu hết không có hiện tượng tăng giá đột biến kể cả trong thời kỳ khủng hoảng kinh tế. Theo số liệu của Tổng Cục thống kê - Bộ Kế hoạch Đầu tư, chỉ số giá nhóm hàng dược phẩm, y tế trong các năm vừa qua có xu hướng giảm dần; cụ thể năm 2009 và 10 tháng đầu năm 2010 chỉ số CPI của nhóm hàng dược phẩm, y tế chỉ tăng 3,2-3,5% so với CPI trung bình là 8,6% của 11 mặt hàng trọng yếu khác.

Hiện nay (theo điều tra của Tổ công tác liên ngành) có khoảng 95% số lượng thuốc cơ bản, thông thường (tương đương 21.000 mặt hàng thuốc) trong Danh mục đã được quản lý, giá cả ổn định và luôn đảm bảo đủ số lượng đáp ứng nhu cầu điều trị (đây là khu vực thị trường **Hoàn hảo**: đủ số lượng sản xuất, kinh doanh để cạnh tranh công khai, minh bạch, ổn định giá); chỉ có 5% số lượng mặt hàng thuốc, gồm những thuốc mới phát minh, thuốc trong diện bảo hộ, độc quyền (20 năm), thuốc nhập bằng đường xách tay, thuốc hiếm, thường có sự biến động giá, nhưng trong đó thực sự chỉ có khoảng 30 mặt hàng thuốc là có biến động mạnh và thường xuyên. Mặc dù số lượng không nhiều, nhưng sự biến động giá của nhóm thuốc này đôi khi gây nên những bức xúc trong dư luận xã hội và gây khó khăn cho công tác quản lý giá, vì trong đó có nhiều mặt hàng là các thuốc độc quyền của các công ty đa quốc gia. Nhóm này thuộc nhóm thị trường **chưa Hoàn hảo**.

Nhằm tăng cường hiệu quả quản lý, kiểm soát chặt chẽ thị trường dược phẩm và giá thuốc, **Liên Bộ Y tế - Bộ Tài chính - Bộ Công Thương** đã và đang triển khai những giải pháp sau:

- Xem xét việc kê khai, kê khai lại giá thuốc đối với đề nghị điều chỉnh giá thuốc của các doanh nghiệp; công khai giá thuốc của các doanh nghiệp đã được xem xét và có ý kiến xử lý đối với các trường hợp kê khai, kê khai lại không hợp lý.

- **Đảm bảo nguồn cung ứng thuốc** thông qua việc cấp giấy phép nhập khẩu thuốc chưa có số đăng ký, các thuốc hiếm cần thiết cho nhu cầu điều trị; rút ngắn thời gian cấp số đăng ký lưu hành thuốc; thực hiện việc nhập khẩu song song đối với một số thuốc biệt dược có giá cao trên thị trường của các công ty đa quốc gia (thực sự là tăng cường sự cạnh tranh lành mạnh, công khai, minh bạch để ổn định giá).

- **Triển khai Kế hoạch dự trữ lưu thông thuốc quốc gia** theo Quyết định số 110/2005/QĐ-TTg của Thủ tướng Chính phủ nhằm đáp ứng mục tiêu bình ổn thị trường thuốc chữa bệnh, đồng thời bảo đảm nguồn cung cấp thuốc quan trọng phục vụ nhu cầu khám chữa bệnh cho nhân dân.

- **Phối hợp với các Bộ, ngành**, đơn vị chức năng đề xuất **sửa đổi** một số văn bản, quy định pháp luật về quản lý giá thuốc, đấu thầu thuốc, như **Thông tư liên tịch số 10/2007/TTLT-BYT-BTC** quy định về **đấu thầu thuốc**, **Thông tư liên tịch số 11/2007/TTLT-BYT-BTC-BCT** về quản lý giá thuốc, **quy định về khuyến mại** trong kinh doanh thuốc tại Nghị định số 37/2006/NĐ-CP và Nghị định số 68/2009/NĐ-CP của Chính phủ và triển khai áp dụng thí điểm quy định về thặng số bán buôn đối với thuốc do Ngân sách nhà nước, Quỹ Bảo hiểm y tế chi trả, qua đó quản lý chặt chẽ hơn nữa về giá thuốc, hạn chế các tầng nấc trung gian, buôn bán lòng vòng.

Đối với việc quản lý giá thuốc tại các nhà thuốc bệnh viện: Bộ Y tế đang hoàn thiện dự thảo văn bản thay thế Quyết định 24/2008/QĐ-BYT quy định về quản lý đối với nhà thuốc bệnh viện nhằm tăng cường hiệu quả hoạt động của mô hình này, theo hướng: giảm tỷ lệ lợi nhuận bán lẻ tối đa. Ngoài ra, đối với các bệnh viện, viện có giường bệnh trực thuộc Bộ Y tế, Bệnh viện tuyến tỉnh, Quyết định này sẽ quy định cụ thể trách nhiệm của giám đốc bệnh viện phải tổ chức nhà thuốc bệnh viện như một bộ phận của khoa dược bệnh viện và chịu trách nhiệm về toàn bộ hoạt động của nhà thuốc bệnh viện.

- Trình Thủ tướng Chính phủ cho phép bổ sung biện pháp quản lý giá thuốc bằng lợi nhuận bán buôn tối đa cho phép đối với các thuốc do ngân sách nhà nước, quỹ bảo hiểm y tế chi trả, qua đó sẽ khống chế mức giá bán trong khung giá phù hợp và sẽ kiểm soát được tình trạng nâng giá thuốc bất hợp lý.

- Trong thời gian xây dựng và sửa đổi các văn bản trên, Bộ Y tế đã chỉ đạo ban hành các văn bản triển khai Nghị quyết số 30/NQ-CP ngày 8/8/2010 và Nghị quyết số 18/NQ-CP ngày 6/4/2010 nhằm chỉ đạo các Sở Y tế, các đơn vị sản xuất kinh doanh, các bệnh viện triển khai ngay một số giải pháp nhằm tăng cường công tác quản lý cung ứng, sử dụng và giá thuốc, đặc biệt giá thuốc trong các cơ sở khám chữa bệnh. Nội dung các văn bản này tập trung vào: (i) **chấn chỉnh công tác đấu thầu mua thuốc** (trong việc xây dựng giá kế hoạch, ký hợp đồng mua thuốc sau khi trúng thầu...); (ii) tăng cường hoạt động của **Hội đồng thuốc và điều trị** trong việc lựa chọn thuốc, công tác bình bệnh án, tăng cường kiểm tra giám sát để đảm bảo sử dụng thuốc hợp lý, an toàn, hiệu quả; (iii) **chấn chỉnh tổ chức, quản lý hoạt động của nhà thuốc bệnh viện**; (iv) tăng cường giám sát, thực hiện quy định việc **kê đơn thuốc theo tên generic** (hoặc tên hoạt chất); và (v) tăng cường triển khai việc **thanh tra, kiểm tra** việc thực hiện các quy định về quản lý giá thuốc và xử lý nghiêm các vi phạm.

Về công nghiệp dược:

Công nghiệp dược Việt Nam hiện ở mức "Công nghiệp dược nội địa sản xuất đa số thành phẩm từ nguyên liệu nhập", theo phân loại của Tổ chức phát triển công nghiệp của Liên hiệp quốc. Thực tế, ngành công nghiệp dược Việt Nam đã tăng trưởng nhanh chóng trong 10 năm qua, sản lượng thuốc tăng gấp 5 lần trong giai đoạn 2001-2009; tỷ lệ thuốc sản xuất trong nước đáp ứng nhu cầu thuốc cũng tăng từ 32% năm 2001 lên khoảng 50% năm 2009, nhờ đó giảm tỷ lệ thuốc nhập khẩu xuống còn 50% năm 2009. Hiện nay công nghiệp bảo chế dược phẩm Việt Nam phải

nhập 90% nguyên liệu để sản xuất. Đây là tình hình chung của nhiều nước trên thế giới, như Hoa Kỳ nhập khẩu trên 90% nguyên liệu, chủ yếu từ Ấn Độ và Trung Quốc, châu Âu nhập khẩu trên 70% nguyên liệu, Thái Lan là nước sản xuất được 63% thành phẩm cũng nhập 95% nguyên liệu.

Việt Nam đã đạt được một số tiến bộ nhất định trong công nghiệp sản xuất nguyên liệu hóa dược, công nghiệp bào chế thuốc, sản xuất vắc-xin, sinh phẩm (sản xuất được hầu hết các loại vắc-xin phục vụ Chương trình Tiêm chủng mở rộng), công nghiệp sản xuất thuốc từ dược liệu.

III. Vấn đề viện phí:

Tại Kỳ họp thứ Hai của Quốc hội Khóa XII, Bộ Y tế đã trình bày với Quốc hội về dự thảo về chính sách viện phí mới, trong đó nhấn mạnh đến quan điểm: Nhà nước không nên bao cấp chi phí khám chữa bệnh tràn lan cho mọi đối tượng, mà chỉ nên hỗ trợ hoặc bao cấp toàn bộ đối với **những người thuộc diện chính sách xã hội, người nghèo, hưu trí, cận nghèo, trẻ em dưới sáu tuổi, đồng bào dân tộc thiểu số và một số đối tượng có hoàn cảnh đặc biệt khó khăn**; những người có khả năng chi trả phải chi trả đầy đủ hơn.

Nghị quyết số 46-NQ/TW ngày 23/02/2005 của Bộ Chính trị về công tác bảo vệ, chăm sóc và nâng cao sức khỏe nhân dân trong tình hình mới đã nêu rõ: "**Đổi mới và hoàn thiện chính sách tài chính y tế theo hướng tăng nhanh tỷ trọng các nguồn tài chính công (bao gồm ngân sách nhà nước, bảo hiểm y tế),... Xây dựng và thực hiện chính sách viện phí phù hợp trên cơ sở tính đúng, tính đủ các chi phí trực tiếp phục vụ bệnh nhân. Nhà nước có chính sách trợ giúp đối với những người có thu nhập thấp và có hoàn cảnh đặc biệt khó khăn. Công khai minh bạch việc thu, chi viện phí cho người dân biết.**";

Thực hiện chủ trương của Bộ Chính trị, Quốc hội và chỉ đạo của Chính phủ, Thủ tướng Chính phủ, trong hơn một năm qua, Bộ Y tế đã tích cực phối hợp với Bộ Tài chính, và các Bộ, ngành liên quan nghiên cứu, xây dựng và đề xuất phương án điều chỉnh giá dịch vụ y tế như sau:

1. Nguyên tắc xây dựng mức điều chỉnh giá dịch vụ y tế:

Nguyên tắc xây dựng mức điều chỉnh giá dịch vụ y tế là "**Tính đúng, tính đủ chi phí dịch vụ y tế**"; phần nào được Nhà nước đầu tư và đã chi (ví dụ như chi đầu tư xây dựng cơ sở vật chất, chi tiền lương cho cán bộ y tế,...) thì không được tính vào giá dịch vụ y tế, phần nào Nhà nước không đầu tư (gồm những khoản chi trực tiếp cho người bệnh như thuốc, vật tư tiêu hao, hóa chất, dịch truyền,...) thì huy động sự đóng góp của người bệnh thông qua bảo hiểm y tế và đóng góp trực tiếp của người dân. Điều này có nghĩa là: **chỉ tính các chi phí trực tiếp để bệnh viện mua thuốc, vật tư tiêu hao, hóa chất, dịch truyền,... nhằm thực hiện dịch vụ cho người bệnh, không lợi nhuận.**

2. Nội dung điều chỉnh giá dịch vụ y tế:

Việc điều chỉnh giá dịch vụ y tế lần này tập trung vào điều chỉnh khung giá đã được ban hành năm 1995 của khoảng **350 dịch vụ/3000 dịch vụ (chiếm 12%)** hiện đang được các bệnh viện thực hiện.

Cách tính mức điều chỉnh lần này vẫn kế thừa nguyên tắc đã quy định tại Nghị định số 95/CP ngày 27/8/1995 của Chính phủ là thu một phần viện phí, cụ thể chi tính tiền thuốc, dịch truyền, máu, vật tư, hóa chất, tiền điện, nước, nhiên liệu, chi phí duy tu, bảo dưỡng thiết bị trực tiếp phục vụ người bệnh và các chi phí hành chính trực tiếp phục vụ cho việc chẩn đoán, điều trị và thực hiện các dịch vụ, kỹ thuật y tế.

Các khoản đã được ngân sách Nhà nước đầu tư thì không tính vào giá dịch vụ và không thu phí, nên giá dịch vụ y tế được điều chỉnh lần này không bao gồm các khoản chi cho khấu hao tài sản cố định, tiền lương của cán bộ y tế, chi phí đào tạo, nghiên cứu khoa học, đầu tư xây dựng cơ sở hạ tầng và trang thiết bị y tế. Như vậy, điều chỉnh giá dịch vụ y tế lần này không gồm những khoản chi phí mà Nhà nước đã đầu tư, mà chỉ bao gồm các chi phí cho những khoản không được Nhà nước đầu tư, cần huy động sự đóng góp của người dân, và đặc biệt là không vì mục đích lợi nhuận hoặc tăng thu nhập cho cán bộ y tế.

So với khung giá dịch vụ y tế được ban hành kèm theo Thông tư Liên Bộ số 14/TTLB ngày 30 tháng 9 năm 1995 của Liên Bộ Y tế-Bộ Tài chính-Bộ Lao động, Thương binh và Xã hội, Ban Vật giá Chính phủ hướng dẫn thực hiện việc thu một phần viện phí, thì chỉ có khoảng 220 dịch vụ y tế có mức điều chỉnh tăng tối đa khoảng 2,5 lần so với mức giá năm 1995; khoảng 60 dịch vụ dự kiến tăng tối đa khoảng 2,5 - 5 lần so với mức giá năm 1995 và **khoảng 70 dịch vụ y tế** sử dụng nhiều thuốc, vật tư, hóa chất,... có mức tăng tối đa **khoảng 7-10 lần** so với mức quy định tại Thông tư liên Bộ số 14, ví dụ tiền khám bệnh tăng từ 3000 đồng lên 30000 đồng/lần khám (10 lần).

Giá dịch vụ khám bệnh và chi phí ngày giường điều trị được quy định tại Thông tư liên Bộ là quá thấp và không phù hợp với thực tế, nên cần phải điều chỉnh. Ví dụ tiền khám bệnh theo **Thông tư 14 chỉ từ 500 đồng đến 3000 đồng một lần khám**, hoặc **tiền giường điều trị chỉ từ 4000 đồng đến 18000 đồng/ngày/giường**. Với mức giá này, bệnh viện không đủ trang trải chi phí tối thiểu để phục vụ người bệnh. Mức giá đề xuất được điều chỉnh là **10000-30000 đồng/lần khám** tùy từng chuyên khoa ở bệnh viện tuyến tỉnh trở lên; tuyến xã, huyện, xã chỉ khoảng **8000-15000 đồng/lần khám**; mức điều chỉnh chi phí ngày giường điều trị từ **15000 đồng đến tối đa là 150000 đồng/giường/ngày**, tùy theo loại bệnh viện và chuyên khoa.

3. Về tác động của điều chỉnh giá dịch vụ y tế đối với đời sống dân cư:

Việc điều chỉnh giá dịch vụ y tế lần này không ảnh hưởng nhiều đến đời sống và mức thu nhập của các tầng lớp nhân dân vì những lý do sau đây:

- Theo thống kê, trong số viện phí mà người bệnh và quỹ bảo hiểm y tế thanh toán cho các bệnh viện hiện nay, có tới 60% là chi phí tiền thuốc, máu, dịch truyền, 10% là vật tư thay thế mà người bệnh trực tiếp sử dụng, khoảng 30% là chi phí cho các dịch vụ kỹ thuật y tế như khám bệnh, ngày giường điều trị, và các xét nghiệm phục vụ chẩn đoán bệnh. Việc điều chỉnh giá dịch vụ y tế lần này chỉ tác động tới 30% chi phí khám chữa bệnh hiện nay, và **chỉ có 12% dịch vụ kỹ thuật y tế được điều chỉnh giá dịch vụ**.

- Hiện nay có khoảng 53 triệu người có thẻ bảo hiểm y tế; theo quy định, Bảo hiểm y tế chi trả tới 95% chi phí khám chữa bệnh cho người có thẻ bảo hiểm y tế. Đặc biệt, một số đối tượng, như trẻ em dưới 6 tuổi, người có công với cách mạng, người già, (khoảng 15 triệu người) .., được bảo hiểm y tế chi trả 100% phí khám chữa bệnh.

- Những **người nghèo, đồng bào dân tộc thiểu số** sống tại vùng kinh tế xã hội khó khăn và đặc biệt khó khăn (**khoảng 14,7 triệu người**), theo Luật Bảo hiểm y tế, đã được Nhà nước cấp miễn phí thẻ bảo hiểm y tế. Khi đi khám chữa bệnh, họ chỉ phải đóng 5% chi phí khám chữa bệnh, 95% còn lại được quỹ bảo hiểm y tế chi trả. Điều này hoàn toàn phù hợp với chủ trương của Đảng được nêu tại Nghị quyết số

46-NQ/TW: bảo vệ và chăm sóc sức khỏe là bổn phận của mỗi người, mỗi gia đình và cộng đồng.

IV. Công tác phòng chống dịch bệnh

Thời gian tới công tác phòng chống dịch bệnh tại Việt Nam phải đương đầu với rất nhiều khó khăn thách thức như: Thiên tai, thảm họa và biến đổi khí hậu đã làm gia tăng nguy cơ mắc các bệnh truyền nhiễm qua đường tiêu hóa và bệnh do véc tơ truyền (sốt xuất huyết, sốt rét,); Tốc độ đô thị hóa nhanh cùng với khả năng cung cấp nước sạch còn nhiều hạn chế là nguyên nhân thuận lợi lưu hành tác nhân gây bệnh và bùng phát dịch; Hệ thống giám sát và đáp ứng bệnh truyền nhiễm chưa hoàn chỉnh về các mặt, thiếu nhân lực và trang thiết bị, trong khi nhu cầu giám sát và kiểm soát, ngăn chặn các bệnh truyền nhiễm đòi hỏi ngày càng cấp thiết và tính phức tạp cao; - Đội ngũ cán bộ làm công tác giám sát và phòng chống bệnh truyền nhiễm, đội cơ động chống dịch còn thiếu về số lượng, chất lượng chưa cao, chưa được trang bị, số cán bộ được đào tạo giám sát và phòng chống bệnh truyền nhiễm còn ít... Vấn đề toàn cầu hóa và hội nhập kinh tế quốc tế vừa đem lại những thuận lợi, đồng thời đặt nước ta trước nguy cơ bị xâm nhập của các bệnh dịch nguy hiểm mang tính toàn cầu.

Nhằm đối phó với các nguy cơ đồng thời từng bước củng cố hệ thống y tế dự phòng, Bộ Y tế đã và đang phối hợp với các Bộ, ngành, chính quyền địa phương triển khai một số giải pháp sau:

- Tăng cường sự lãnh đạo của các cấp ủy đảng, nâng cao trách nhiệm của các cấp chính quyền trong việc chỉ đạo, đôn đốc, theo dõi kiểm tra công tác y tế dự phòng.

- Xây dựng, sửa đổi, bổ sung để hoàn chỉnh hệ thống văn bản quy phạm pháp luật về y tế dự phòng.

- Đầu tư phát triển khoa học kỹ thuật và công nghệ hiện đại cho y tế dự phòng. Đẩy mạnh các hoạt động giám sát để phát hiện sớm các dịch bệnh mới phát sinh, tổ chức dập dịch kịp thời. Củng cố, hiện đại hóa hệ thống báo cáo, giám sát, quản lý số liệu, thống kê, dự báo dịch bệnh. Củng cấp trang thiết bị giám sát và phát hiện sớm dịch bệnh cho Trung tâm Y tế dự phòng tuyến huyện, tuyến tỉnh.

- Duy trì thường xuyên các hoạt động phòng, chống dịch để giảm tỷ lệ mắc và tử vong do các bệnh truyền nhiễm gây dịch.

- Tiếp tục ưu tiên thực hiện nhiệm vụ đào tạo bác sĩ y học dự phòng, đồng thời chú trọng thực hiện việc đào tạo lại và bồi dưỡng về chuyên môn kỹ thuật cho cán bộ làm công tác y tế dự phòng.

- Hoàn chỉnh quy hoạch, hỗ trợ phát triển hệ thống y tế dự phòng tuyến tỉnh, tuyến huyện. Tăng cường hoạt động y tế dự phòng tuyến cơ sở.

- Thực hiện Nghị quyết 18/2008/NQ-QH12 của Quốc hội, tiếp tục đầu tư từ ngân sách nhà nước cho công tác y tế dự phòng phù hợp với tốc độ phát triển kinh tế xã hội của đất nước. Tăng cường huy động các nguồn tài chính hợp pháp khác.

- Tăng cường hợp tác quốc tế toàn diện về y tế dự phòng.

V. Công tác phòng chống HIV/AIDS:

Trong thời gian qua, được sự quan tâm của Quốc hội, sự chỉ đạo sát sao của Chính phủ, đặc biệt là của Phó Thủ tướng Trương Vĩnh Trọng, Chủ tịch Ủy ban 50, công tác phòng chống HIV/AIDS đã thu được những kết quả to lớn. Số trường hợp nhiễm mới HIV đã giảm được 21.228 trường hợp; ước tính trong 5 năm qua đã dự phòng được gần 100.000 trường hợp không bị nhiễm HIV, số trường hợp tử vong đã

giảm xuống còn khoảng 18.000 trường hợp. Nhờ kiểm soát và khống chế được tốc độ lây nhiễm HIV, nên tỷ lệ nhiễm HIV trong cộng đồng dân cư hiện nay là 0,26%, hoàn thành xuất sắc mục tiêu chiến lược quốc gia phòng chống HIV/AIDS và mục tiêu thiên niên kỷ của Liên hiệp quốc.

Trong thời gian tới, Việt Nam sẽ tập trung vào 4 nội dung trọng tâm nhằm đạt mục tiêu mà Việt Nam đã ký cam kết: "**Ngăn chặn và bắt đầu đẩy lùi sự lây lan của HIV/AIDS vào năm 2015**":

1. Tăng cường công tác thông tin, giáo dục, truyền thông thay đổi hành vi.
2. Đẩy mạnh Chương trình can thiệp giảm tác hại, can thiệp giảm tác hại dự phòng lây nhiễm HIV, mở rộng chương trình điều trị nghiện các chất thuốc phiện bằng thuốc thay thế Methadone.
3. Chương trình chăm sóc và điều trị bệnh nhân HIV/AIDS bằng thuốc ARV, dự phòng lây nhiễm từ mẹ sang con.
4. Tăng cường hợp tác quốc tế trong lĩnh vực phòng chống HIV/AIDS.

Đánh giá thành tựu mà Việt Nam đạt được trong công tác phòng chống HIV/AIDS thời gian qua, Ngài Tổng thư ký Liên hiệp quốc Ban Ki Moon đã nhận định: "**Việt Nam đã đẩy mạnh ứng phó với HIV một cách đáng kể trong những năm gần đây và đã đạt được những bước tiến ấn tượng. Việt Nam là điểm sáng trong công cuộc phòng chống HIV/AIDS**". Trong chuyến thăm Việt Nam mới đây, Cựu Tổng thống Bill Clinton, Chủ tịch Quỹ Phòng chống AIDS Clinton, cũng đánh giá cao nỗ lực của Việt Nam trong việc triển khai các hoạt động phòng chống HIV/AIDS, đặc biệt là điều trị cho trẻ em bị HIV: "Việt Nam đã sử dụng nguồn viện trợ đúng mục tiêu, đúng đối tượng và hiệu quả".

Trên đây là phân báo cáo tổng hợp của Bộ Y tế về các chất vấn của Đại biểu Quốc hội. Bộ Y tế nhận thức sâu sắc trách nhiệm của mình trước các vấn đề mà Đại biểu Quốc hội đã nêu. Bộ Y tế đang phối hợp với các Bộ, ngành chức năng đề xuất với Quốc hội, Chính phủ những giải pháp cho mỗi vấn đề đã được trình bày ở trên để thực hiện tốt hơn./.

Nơi nhận:

- Văn phòng Quốc hội (650 bản để gửi các vị Đại biểu Quốc hội);
- Thủ tướng Chính phủ;
- Các Phó Thủ tướng Chính phủ;
- Đoàn Thư ký kỳ họp;
- Văn phòng Chính phủ (5 bản);
- Lãnh đạo Bộ Y tế;
- Lưu: VT, VPB1;

BỘ TRƯỞNG



Nguyễn Quốc Triệu