



Review Article

Traditional Medicines List Reimbursed
by Health Insurance Authorities with Case Studies
of China, Japan, Korea, and Taiwan

Le Van Truyen*

*Vietnam Association of Functional Food,
14th Floor, Hanoi Intellectual Palace, 1 Ton That Thuyet, Cau Giay, Hanoi, Vietnam*

Received 21 August 2023

Revised 25 August 2023; Accepted 10 September 2023

Abstract: Many Asian countries (China, Vietnam, India, Japan, Korea, Taiwan, Thailand, etc.) have well-developed traditional medicine backgrounds due to their rich historical traditions and favorable natural conditions. In the development process of these nations, folk medicine has played an important role in people's healthcare, especially in the primary healthcare system, due to their availability and suitability for the people's demands with rational expense. WHO recognizes the role of traditional medicine in people's healthcare and encourages its member nations to enhance the role of traditional medicine in their healthcare systems. On that basis, many countries have developed policies to heritage, enhance, and strengthen the use of traditional medicine in medical practice. Among these policies, contents related to inaugurating a list of traditional medicines reimbursed by the Health Insurance Authority play a very important role. This study gives an overview of the experiences and processes in establishing the List of traditional medicines reimbursed by Health Insurance Authorities from China, Japan, South Korea, and Taiwan.

Keywords: Traditional medicine, traditional medicines reimbursed list, health insurance.

* Corresponding author.

E-mail address: levantruyen@gmail.com

<https://doi.org/10.25073/2588-1132/vnumps.4548>

Danh mục thuốc y học cổ truyền bảo hiểm y tế chi trả. Nghiên cứu trường hợp: Trung Quốc, Nhật Bản, Hàn Quốc và Đài Loan

Lê Văn Truyen*

*Hiệp hội Thực phẩm Chức năng Việt Nam,
Tầng 14, Cung trí thức Hà Nội, 1 Tôn Thất Thuyết, Hà Nội, Việt Nam*

Nhận ngày 21 tháng 8 năm 2023

Chỉnh sửa ngày 25 tháng 8 năm 2023; Chấp nhận đăng ngày 10 tháng 9 năm 2023

Tóm tắt: Các nước châu Á (Trung Quốc, Ấn Độ, Việt Nam, Nhật Bản, Hàn Quốc, Đài Loan, Thái Lan,...) có nền y học cổ truyền (YHCT) rất phát triển do có bề dày truyền thống lịch sử và điều kiện thiên nhiên thuận lợi. Trong quá trình phát triển, YHCT đóng vai trò rất quan trọng trong hệ thống chăm sóc sức khỏe nhân dân, đặc biệt trong chăm sóc sức khỏe ban đầu do tính sẵn có, phù hợp với tập quán của người dân và chi phí hợp lý. Điều này cũng đã được Tổ chức Y tế Thế giới (TCYTTG) công nhận và cho rằng cần nâng cao hơn nữa vai trò của YHCT trong hệ thống y tế.

Do có vị trí quan trọng trong hệ thống y tế, nên các nước đều có các chính sách để bảo tồn, phát triển và tăng cường ứng dụng YHCT trong thực tiễn khám chữa bệnh. Trong các chính sách khuyến khích, các nội dung liên quan tới việc thiết lập danh mục các thuốc cổ truyền được hệ thống bảo hiểm y tế (BHYT) chi trả có vai trò quan trọng.

Công trình nghiên cứu này nhằm cung cấp một cái nhìn tổng quan kinh nghiệm của Trung Quốc, Nhật Bản, Hàn Quốc và Đài Loan trong việc xây dựng danh mục thuốc YHCT được Cơ quan BHYT chi trả.

Từ khóa: YHCT, danh mục thuốc YHCT, BHYT chi trả.

1. Chính sách sử dụng thuốc y học cổ truyền

1.1. Chính sách y học cổ truyền giai đoạn 2014-2023 của Tổ chức Y tế Thế giới [1, 2]

Theo đánh giá của TCYTTG, YHCT là một thành phần quan trọng trong nền y tế của nhiều quốc gia, đặc biệt là các quốc gia châu Á (Việt Nam, Trung Quốc, Hàn Quốc, Nhật Bản, Ấn Độ,...) nhưng chưa được đánh giá đúng mức trong hệ thống chăm sóc sức khỏe (CSSK). Nhu cầu về dịch vụ YHCT, bao gồm cả thuốc, ngày

càng gia tăng và YHCT với chất lượng, tính an toàn và hiệu quả đã được chứng minh, đóng góp cho mục tiêu đảm bảo cho mọi người đều được tiếp cận CSSK.

Vì vậy, TCYTTG đã tiến hành đánh giá lại, rà soát và cập nhật Chiến lược YHCT giai đoạn 2002-2005 để xây dựng Chiến lược YHCT giai đoạn 2014-2023.

Chiến lược YHCT giai đoạn 2014-2023 của TCYTTG có hai mục tiêu chính: i) Hỗ trợ các quốc gia thành viên khai thác khả năng đóng góp

* Tác giả liên hệ.

Địa chỉ email: levantruyen@gmail.com

<https://doi.org/10.25073/2588-1132/vnumps.4548>

của YHCT đối với sức khỏe thể chất, tinh thần và nền y tế lấy con người làm trung tâm; và ii) Tăng cường sử dụng YHCT an toàn, có hiệu quả thông qua việc quản lý các sản phẩm YHCT, thực hành YHCT và người hành nghề YHCT.

Hai mục tiêu chính nói trên sẽ được thực hiện thông qua 3 mục tiêu chiến lược: i) Xây dựng cơ sở tri thức và xây dựng chính sách quốc gia; ii) Tăng cường tính an toàn, chất lượng và hiệu quả thông qua công tác quản lý; và iii) Thúc đẩy bao phủ y tế toàn dân bằng cách lồng ghép các dịch vụ YHCT và thực hành tự CSSK vào hệ thống y tế quốc gia.

Để thực hiện Mục tiêu chiến lược 3, TCYTTG cho rằng: quy định về bao phủ BHYT cho các sản phẩm, thực hành và người hành nghề YHCT sẽ làm giảm áp lực đối với hệ thống y tế và giảm bớt chi phí y tế. Vì vậy, các quốc gia thành viên của TCYTTG cần: “xem xét cách lồng ghép YHCT vào các hệ thống y tế và kế hoạch bao phủ y tế toàn dân một cách toàn diện hơn”.

Để thực hiện Định hướng chiến lược 1: “Tận dụng đóng góp tiềm năng của YHCT để cải thiện dịch vụ y tế và tình trạng sức khỏe”, TCYTTG đã đề xuất 4 hành động chiến lược cho các Quốc gia thành viên:

i) Công nhận YHCT là một nguồn lực đóng góp cải thiện dịch vụ CSSK ban đầu và YHCT phù hợp với mục tiêu cải thiện tình trạng sức khỏe;

ii) Nghiên cứu lồng ghép YHCT vào hệ thống dịch vụ y tế quốc gia trên cơ sở năng lực, ưu tiên, pháp chế có liên quan và tình hình của quốc gia, và dựa vào bằng chứng về an toàn, chất lượng và hiệu quả;

iii) Khuyến khích phát triển các cơ sở y tế phù hợp cung ứng dịch vụ y tế công cộng YHCT bằng cách đảm bảo những yếu tố chủ yếu của hệ thống y tế cho việc lồng ghép;

iv) Đảm bảo xem xét công bằng đối với các loại hình YHCT an toàn và hiệu quả trong bao phủ BHYT hiện hành và các phương thức thanh toán BHYT của Quốc gia.

Để thực hiện Mục tiêu chiến lược 3 “Thúc đẩy bao phủ y tế toàn dân bằng cách lồng ghép các dịch vụ YHCT và thực hành tự CSSK vào hệ thống y tế quốc gia”, TCYTTG nhận định rằng: “đã có nhiều bằng chứng cho thấy khi YHCT

được đưa vào các kế hoạch bao phủ y tế toàn dân sẽ làm giảm áp lực đối với hệ thống y tế và giảm chi phí”, và vì vậy “các Quốc gia thành viên cần xem xét cách lồng ghép YHCT vào các hệ thống và kế hoạch bao phủ y tế toàn dân một cách toàn diện hơn”.

1.2. Chính sách quốc gia y học cổ truyền của Việt Nam

Ngày 03 tháng 11 năm 2003, Thủ tướng Chính phủ Việt Nam đã ban hành Quyết định Số 222/2003/QĐ-TTG về việc phê duyệt “Chính sách Quốc gia về YHCT đến năm 2010” [3]. Chính sách đó xác định mục tiêu chung là nhằm “Kế thừa, bảo tồn và phát triển y dược học cổ truyền, kết hợp với y dược học hiện đại trong chăm sóc và bảo vệ sức khỏe nhân dân; xây dựng nền Y Dược Việt Nam hiện đại, khoa học, dân tộc và đại chúng”.

Trong 4 mục tiêu cụ thể của Chính sách Quốc gia YHCT có 2 mục tiêu liên quan đến khám chữa bệnh bằng YHCT và sử dụng thuốc YHCT:

i) Chỉ tiêu khám chữa bệnh bằng YHCT hàng năm: tuyến trung ương bằng 10%, tuyến tỉnh bằng 20%, tuyến huyện bằng 25% và tuyến xã bằng 40% số người được khám và điều trị;

ii) Chỉ tiêu sử dụng thuốc YHCT ở các tuyến: 30% số thuốc được sản xuất, lưu hành trong nước là thuốc YHCT; chỉ tiêu sử dụng thuốc YHCT ở tuyến trung ương là 10%, tuyến tỉnh là 20%, tuyến huyện bằng 25% và tuyến xã bằng 40%.

Có thể nói, với hệ thống văn bản pháp quy hiện hành và các hướng dẫn của TCYTTG, việc xây dựng và tiếp tục cải tiến danh mục thuốc YHCT thuộc phạm vi thanh toán của Quỹ BHYT là yêu cầu cấp bách để thực hiện tốt hai mục tiêu i) và ii) trong bốn mục tiêu cụ thể của Chính sách Quốc gia YHCT do Thủ tướng Chính phủ ban hành năm 2003.

2. Danh mục thuốc y học cổ truyền của Trung Quốc, Nhật Bản, Hàn Quốc và Đài Loan

2.1. Trung Quốc

Là một quốc gia có nền YHCT thuộc nhóm hàng đầu thế giới, Chính phủ Trung Quốc có

chính sách rất rõ ràng về xác định vị trí của YHCT Trung Quốc trong chính sách bảo vệ sức khoẻ nhân dân.

Trong nghiên cứu năm 2016 về “Chính sách thuốc Trung Quốc” của Elias Mossialos và cộng sự [4], các tác giả cho thấy thuốc YHCT chiếm khoảng 30% tổng chi phí thuốc của Trung Quốc. Trong danh mục thuốc thiết yếu của Trung Quốc, thuốc YHCT chiếm 39%, còn trong danh mục thuốc BHYT chi trả, thuốc YHCT chiếm tỷ lệ 46%.

Danh mục thuốc BHYT thanh toán được Bộ Nhân lực và An sinh Xã hội phối hợp với các Bộ, Ngành liên quan soạn thảo. Danh mục thuốc BHYT gồm 3 phần: thuốc tân dược, thuốc YHCT và thuốc phiện (*duyệt thảo*), được chia thành hai Bảng: “*Positive List*” gồm thuốc tân dược và thuốc thành phẩm YHCT được BHYT thanh toán, “*Negative List*” gồm thuốc phiện duyệt thảo không được Quỹ BHYT thanh toán. Các chế phẩm sau đây không được đưa vào “*Negative List*”: Chế phẩm bổ sung dinh dưỡng (*nutritional supplements*), quả sấy khô (*dried fruits*), động vật và phủ tạng động vật, các chế phẩm rượu thuốc cổ truyền, chế phẩm nước quả, viên sủi để uống, sản phẩm máu (*blood products*) và chế phẩm protein (*trừ các chế phẩm cấp cứu hồi sức*) [5].

Kể từ khi cải cách BHYT năm 1998, Trung Quốc đã nhiều lần công bố danh mục thuốc BHYT chi trả: danh mục thuốc quốc gia BHYT cơ bản (*State Basic Medical Insurance Drug Formulary, 2000 version*), Danh mục Quốc gia Thuốc BHYT và Bảo hiểm Tai nạn Lao Động (*State Basic Medical Insurance and Work Injury Insurance Drug Formulary, 2004 version*) và Danh mục thuốc BHYT, Bảo hiểm Thương tật Lao Động và Bảo hiểm Bà mẹ (*State Basic Medical Insurance, Work Injury Insurance, and Maternity Insurance Drug Formulary, 2008 version*). Mỗi lần ban hành Danh mục mới, số lượng thuốc trong danh mục đều tăng. Danh mục năm 2000 bao gồm 725 thuốc tân dược và 415 thuốc thành phẩm YHCT. Trong Danh mục 2009 có 1.164 thuốc tân dược và 987 thành phẩm thuốc YHCT. Điều này phản ánh những tiến bộ trong y học và dược học, khả năng chi trả ngày

càng cao của Quỹ BHYT, việc mở rộng phạm vi chi trả và sự phát triển của công nghiệp dược Trung Quốc cả về tân dược và Trung dược.

Tháng 2 năm 2017, Bộ Nhân lực và An sinh xã hội Trung Quốc đã công bố danh mục Quốc gia thuốc BHYT chi trả (*NRDL: National Reimbursed Drug List*) gồm 2.535 thuốc trong đó có 1.297 thuốc tân dược và 1.238 thuốc YHCT. So với danh mục ban hành lần trước (2009), danh mục 2017 tăng thêm 300 thuốc (15,4%) trong đó có 208 thuốc tân dược và 256 thuốc thành phẩm YHCT [6-8].

Mục tiêu của việc ban hành danh mục 2017 gồm:

i) Làm cho người dân tiếp cận và có sẵn những thuốc thiết yếu đáp ứng nhu cầu cấp bách nhất CSSK nhân dân;

ii) Góp phần đổi mới và phát triển Công nghiệp Dược Trung Quốc.

Danh mục thuốc BHYT năm 2017 (xem Phụ lục I) gồm có 4 phần:

Phần I: các vấn đề chung.

Phần 2: thuốc tân dược (*Western Medicines*) bao gồm cả hóa dược (*Chemical drugs*) và thuốc sinh học (*Biomedicines*).

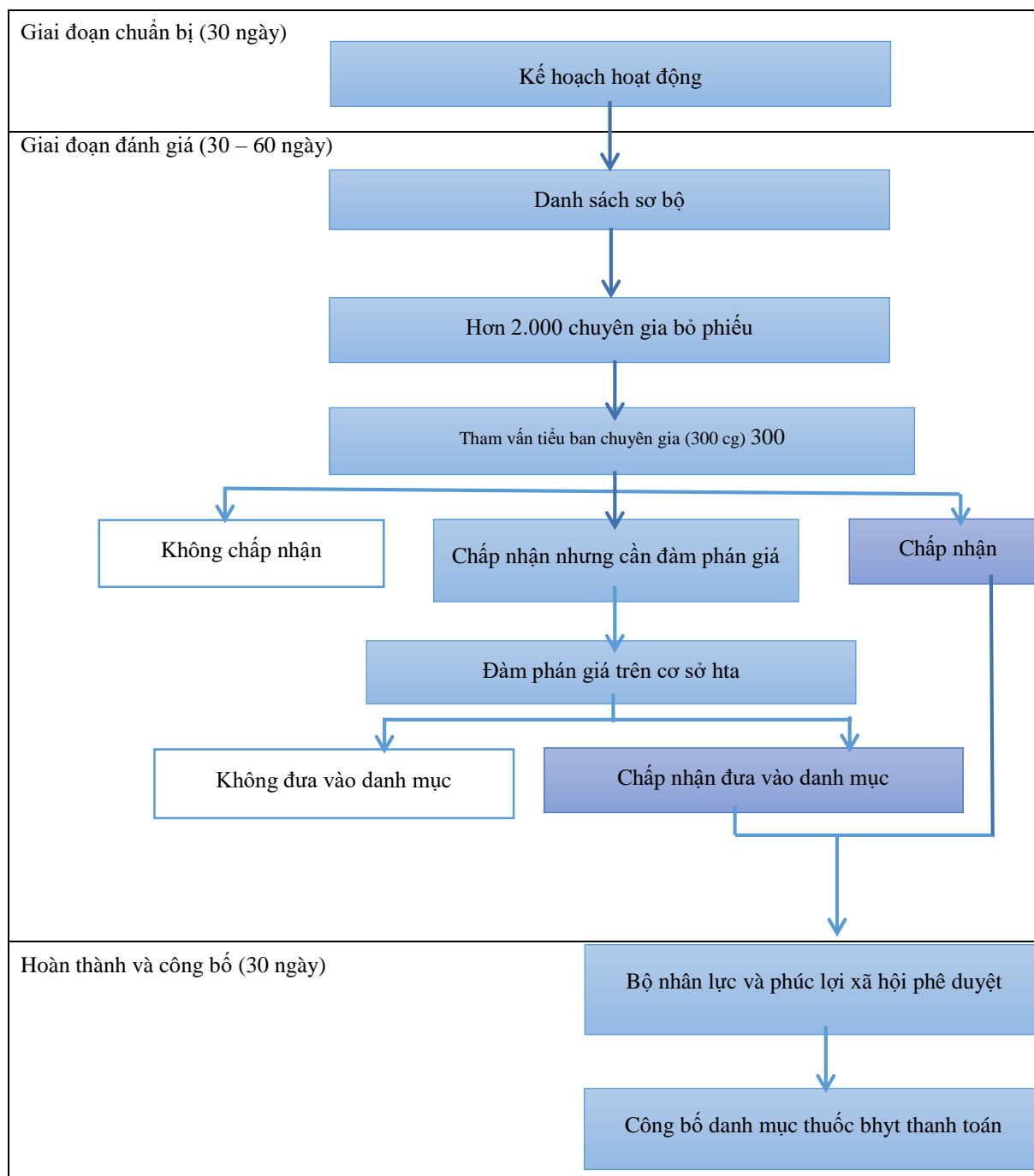
Phần 3: thành phẩm Trung dược (*Patent Chinese Medicines*) bao gồm cả thuốc Trung dược và thuốc của các dân tộc ít người (*Ethnic Medicines*).

Phần 4: dược liệu để pha chế thuốc sắc (*Herbal pieces: thuốc phiện*).

Trung Quốc quy định quỹ BHYT không thanh toán chi trả khi cơ sở khám chữa bệnh kê đơn và “bóc” thuốc phiện để chế thang thuốc sắc (*decoction*) cho bệnh nhân.

Các thuốc trong danh mục được thanh toán (*Positive list*) được chia thành hai Nhóm (*Nhóm A và Nhóm B*) căn cứ trên một số phương diện như: đặc điểm của thuốc, cấp quản lý cho phép, tỷ lệ chi trả và những hạn chế sử dụng. Thuốc thuộc Nhóm A là những thuốc được sử dụng rộng rãi, hiệu quả cao và giá thấp. Thuốc thuộc Nhóm B là sản phẩm thay thế, tùy chọn (*optional drugs*), có hiệu quả tốt nhưng giá cao hơn và do đó phải áp dụng phương thức đồng chi trả (*co-payment*).

Bảng 1. Quy trình xem xét và phê duyệt thuốc đưa vào danh mục BHYT chi trả Bộ Nhân lực và An sinh Xã hội Trung Quốc, 2017



Sở Nhân lực và An sinh Xã hội các tỉnh (kể cả các khu tự trị, thành phố) không được phép sửa đổi các thuốc có trong Nhóm A, có thể sửa

đổi danh mục các thuốc trong Nhóm B nhưng phải tuân thủ nghiêm ngặt các quy định và hướng dẫn hiện hành. Việc sửa đổi thuốc trong Nhóm B

phải lấy ý kiến chuyên gia, minh bạch, công khai, không thiên vị, phòng ngừa và kiểm soát nguy cơ tham nhũng. Các địa phương không được thay đổi quá 15% danh mục thuốc thuộc Nhóm A và phải gửi Biên bản lên Bộ Nhân lực và An sinh Xã hội.

Danh mục thuốc thành phẩm Trung dược (*patent chinese medicines*) gồm 1.238 thuốc, chia thành Nhóm A và Nhóm B. Trong Nhóm A có 120 thuốc. Cấu trúc Danh mục gồm 5 cột: Mã phân loại (*drug classification code*), Phân loại (*classification*), Số thứ tự (*numbering*), Tên thuốc (*drug name*) và Ghi chú (*remark*).

Danh mục các dược liệu (*thuốc phiến*) không được Quỹ BHYT chi trả (*Negative List*) kể cả khi sử dụng riêng rẽ hay phối hợp, gồm có 29 vị thuốc khi dùng riêng hoặc phối hợp như: Hồng sâm Hàn Quốc, Bạch sâm, Đông trùng hạ thảo, Saffron (*nghe tây*), Cá ngựa, Sừng tê giác, Ngưu hoàng, San hô, Mã não, Sâm Hoa Kỳ, Gạc hươu, nai,... và một số vị thuốc như: xương, gân, đuôi,... động vật. Danh mục dược liệu không được Quỹ BHYT chi trả khi dùng đơn độc gồm 67 vị thuốc kể cả là dược liệu thô và đã bào chế/chế biến (*raw medicines and processed medicines*).

Về phương pháp xây dựng danh mục, các thuốc thành phẩm tân dược và YHCT (Trung dược) được lựa chọn theo quy trình chặt chẽ (Bảng 1). Số chuyên gia tham gia vào quá trình quyết định chọn lựa thuốc đưa vào danh mục lên đến 300 người gồm bác sỹ, dược sỹ, nhà khoa học, nhà kinh tế và các nhà quản lý Quỹ BHYT.

Về giá thuốc, các thuốc thuộc Nhóm A chủ yếu là các thuốc hết quyền sở hữu trí tuệ (*thuốc generic*) nên không đàm phán giá (*non-negotiable*), mà xác định giá thông qua đấu thầu. Các thuốc thuộc Nhóm A cũng không thể đưa ra khỏi Danh mục vì đó là những thuốc thiết yếu cơ bản sử dụng cho ít nhất là 90% dân số Trung Quốc. Các thuốc thuộc Nhóm B là những thuốc sáng chế (*patented drugs*) hoặc mới vừa hết bằng sáng chế, rất đắt tiền vì vậy cần đàm phán về giá. Thực tế, quá trình đàm phán giá các thuốc thuộc Nhóm B đã góp phần giảm được từ 50% đến 70% giá thuốc.

Nghiên cứu của Fang Zhang và cộng sự [9] năm 2013 đã chỉ rõ 8 yếu tố ảnh hưởng đến quá trình chọn các thuốc YHCT/Trung dược để đưa vào danh mục thuốc BHYT chi trả là:

i) Tác dụng của thuốc YHCT đối với các bệnh không chữa được và các bệnh mạn tính (*incurable and chronic diseases*);

ii) Sự chấp nhận sử dụng thuốc YHCT trong các thầy thuốc điều trị và người bệnh của Trung Quốc;

iii) Sự sẵn có của thuốc YHCT;

iv) Thuốc YHCT có ưu thế trong đánh giá chi phí – hiệu quả (*cost – effectiveness evaluation*);

v) Tác dụng rõ rệt của thuốc YHCT đối với các vấn đề về sức khỏe liên quan đến chất lượng cuộc sống (*health - related quality of life: HR-QOL*);

vi) Tác dụng toàn diện của thuốc YHCT đối với sức khỏe, nâng cao thể trạng và tinh thần của người bệnh;

vii) Giảm nhẹ chi phí về thuốc so với thuốc tân dược;

viii) Thuốc YHCT nhìn chung là an toàn.

2.2. Nhật Bản

Thuốc YHCT (*Kampo*) của Nhật Bản có nguồn gốc từ lâu đời, khoảng trên 2.000 năm. Từ khi có Luật Y tế Nhật Bản năm 1874, YHCT Nhật Bản gần như bị Y học Phương Tây thay thế. Tuy nhiên từ thập niên 60' thế kỷ trước, vị trí của YHCT Nhật Bản đã được xác định trở lại [10].

YHCT Nhật Bản gồm: Kampo, ấn huyệt, châm cứu và xoa bóp (*massage*) kể cả ấn huyệt bằng ngón tay (*shiatsu*), các sản phẩm bổ sung dinh dưỡng (*dietary supplements*), thuốc chống lão hóa (*anti-aging medicines*), các sản phẩm liên quan đến môi trường (*thực phẩm chức năng tẩy độc cơ thể*),... Thống kê cho thấy 65,6% người Nhật sử dụng sản phẩm bổ sung. Theo Suzuki (2004), Chính phủ Nhật Bản công nhận vai trò hợp pháp của YHCT Nhật Bản mặc dù vấn đề tiêu chuẩn hóa và huấn luyện, đào tạo chưa được quan tâm đúng mức.

Ngay từ năm 1967, Bộ Y tế và Phúc lợi Xã hội Nhật Bản đã quyết định đưa Kampo vào danh mục thuốc được BHYT Nhật Bản chi trả [9]. Số thuốc Kampo trong danh mục thuốc được quỹ BHYT chi trả ngày càng tăng: 82 thuốc (1976) và hiện nay là 148 thuốc. Dược điển Nhật Bản lần in thứ 14 ghi 165 dược liệu được sử dụng để bào chế Kampo. Những dược liệu có tần suất sử dụng cao nhất để bào chế Kampo là: Cam thảo (*Glycyrrhizae Radix*) có trong thành phần 94/128 công thức Kampo, Gừng (*Zingiberis Rhizoma*) có trong thành phần 51/128 Kampo và sau đó là Mẫu đơn (*Paeoniae Radix, Chinese peony root*) có trong 44/128 Kampo.

Năm 1987, Chính phủ Nhật Bản quyết định các nhà máy dược phẩm sản xuất Kampo phải đáp ứng yêu cầu GMP WHO, do đó chất lượng Kampo được nâng cao rõ rệt.

Năm 2.000, Cơ quan BHYT Nhật Bản thanh toán toàn bộ các dịch vụ YHCT như: châm cứu, ấn huyệt, xoa bóp và 147 công thức thuốc Kampo và 192 dược liệu (WHO, 2001). Về thuốc, Cơ quan BHYT Nhật Bản chấp nhận đưa vào Danh mục thuốc: chế phẩm Kampo (*Kampo preparation formulae*), nguyên liệu dược thảo (*crude drugs*) bao gồm cả bột dược thảo (*powdered crude drugs*) và cao chiết công thức Kampo (*Kampo formulation extracts*) thường được sản xuất dưới dạng bột hoặc cốm.

2.3. Hàn Quốc

Ở Hàn Quốc, cũng như các nước trong khu vực Bắc Á, YHCT được sử dụng khá phổ biến, nhưng Hàn Quốc là một nước đặc biệt đã tập trung hiện đại hóa và phát triển nền YDHCT.

Cơ quan Quốc gia BHYT (NHI: *National Health Insurance*) của Hàn Quốc chi trả hầu hết các dịch vụ YHCT gồm: chữa bệnh ngoại trú, nội trú, chẩn đoán, điều trị bằng thuốc,... do đó tỷ lệ sử dụng YHCT tăng lên nhanh chóng. Năm 1990, có 1,6 triệu lượt bệnh nhân sử dụng YHCT, đến 2010 đã tăng lên 91,1 triệu lượt.

Năm 1984, Bộ Y tế và Xã hội Hàn Quốc đã tiến hành một dự án thử nghiệm 2 năm theo đó Cơ quan BHYT Hàn Quốc chi trả thuốc và dịch vụ YHCT cho 26 Bệnh viện YHCT ở thành phố

Cheongji và quận Cheongwon bao gồm dịch vụ khám bệnh ngoại trú, châm cứu, day ấn huyệt, giác hơi (*cupping*) và sử dụng thuốc YHCT. Năm 1984, BHYT Hàn Quốc chi trả cho 98 vị thuốc được sử dụng trong 26 bài thuốc (*formulae*) được phê duyệt. Tuy vậy, thuốc cổ truyền và dịch vụ YHCT chỉ chiếm khoảng 3,9% chi phí BHYT Hàn Quốc năm 2013 [11].

Nhìn chung, việc sử dụng các thuốc cốm/bột YHCT an toàn hơn dùng dược liệu thô vì các chế phẩm thuốc cốm/bột được các Công ty dược phẩm chế biến và sản xuất theo tiêu chuẩn và chất lượng được kiểm soát, tuy nhiên dạng thuốc thang (*thuốc phiến: crude medicines package*) để sắc trước khi sử dụng vẫn được dùng tuy càng ngày càng giảm.

Có hai lý do để dạng thuốc thang ít được dùng:

i) Giá các thang thuốc vẫn cao. Trong Dự án thí điểm năm 1984, bình quân giá sử dụng thuốc thang khoảng 1 US\$/ngày điều trị;

ii) Về mặt chất lượng thuốc, rất khó quản lý chất lượng thuốc thang, vì vậy Cơ quan BHYT NHI vẫn ưu tiên sử dụng các chế phẩm YHCT.

Mặt khác, việc cung ứng thuốc YHCT dưới dạng thuốc thang là nguồn thu nhập của thầy thuốc/bác sĩ YHCT vừa kê đơn vừa “bóc” (bán) thuốc. Cơ quan BHYT Hàn Quốc NHI muốn tách biệt việc kê đơn, điều trị với việc bán thuốc.

Tuy vậy, NHI vẫn mở rộng danh mục thuốc YHCT được thanh toán lên 56 thuốc vào năm 1990.

Việc sử dụng thuốc YHCT trong BHYT ở Hàn Quốc đang phải đối mặt với các thách thức sau:

i) Thầy thuốc không quan tâm kê đơn các thuốc YHCT do bất tiện khi sử dụng;

ii) Thầy thuốc không tin tưởng vào chất lượng thuốc YHCT;

iii) Chất lượng thuốc YHCT có xu hướng giảm vì giá thuốc do BHYT xác định không thay đổi trong suốt 20 năm nhưng thị trường dược liệu có nhiều biến động về giá.

Các thầy thuốc Hàn Quốc khuyến nghị nên áp dụng mô hình của Nhật Bản trong sử dụng thuốc YHCT, nâng việc sử dụng các thành phẩm YHCT lên đến 140 thuốc.

Một trong những chính sách quan trọng được đề ra trong kế hoạch “Phát triển YHCT Hàn Quốc lần thứ ba 2016-2020” là mở rộng phạm vi thanh toán của Quỹ BHYT Quốc gia đối với thuốc cổ truyền Hàn Quốc. Chính sách này khuyến khích các nhà khoa học tiến hành mạnh mẽ hơn các nghiên cứu quốc tế so sánh và nghiên cứu bằng chứng y học (*evidence-based medicine studies*) để chứng minh an toàn và hiệu lực của thuốc cổ truyền Hàn Quốc [12].

2.4. Đài Loan

Cơ quan BHYT Quốc gia Đài Loan thanh toán thuốc và dịch vụ y tế cho hầu hết người dân từ 1995. Một năm sau đó, thuốc cổ truyền được đưa vào danh mục thuốc được thanh toán. Đến 2014, BHYT đã bao phủ gần 100% người dân Đài Loan.

Ở Đài Loan các dịch vụ YHCT được BHYT thanh toán gồm: các chế phẩm thuốc cổ truyền, châm cứu, ấn huyệt. Về thuốc, có 337 công thức thuốc cổ truyền và hơn 500 chế phẩm cho từng dược thảo riêng rẽ được đưa vào danh mục thuốc BHYT Đài Loan thanh toán.

Các dịch vụ YHCT chiếm khoảng 3,1% chi phí dịch vụ y tế được cung ứng trong năm 2011 [13, 14].

Danh mục thuốc YHCT được BHYT thanh toán của Đài Loan có thể tìm thấy trên đường dẫn sau đây của Cơ quan BHYT Đài Loan: https://www.nhi.gov.tw/Content_List.aspx?n=A068D27CBF677629&topn=3FC7D09599D25979 [15].

3. Bàn luận

i) Do có nền YHCT từ hàng ngàn năm, các nước châu Á ngày càng tăng cường sử dụng YHCT trong hệ thống BHYT bao gồm việc sử dụng các kỹ thuật/dịch vụ YHCT và thuốc YHCT. Cũng như ở Việt Nam, Cơ quan BHYT các nước Trung Quốc, Nhật Bản, Hàn Quốc và Đài Loan là những nước rất coi trọng YHCT và ngay từ đầu đã đưa thuốc cổ truyền và các dịch vụ YHCT vào phạm vi thanh toán;

ii) Các thuốc YHCT được đưa vào danh mục thuốc BHYT chi trả ở các nước khảo sát trong chuyên khảo này thường dưới các dạng sau đây:

- Chế phẩm cổ truyền sản xuất ở quy mô công nghiệp (*Trung dược của Trung Quốc, Kampo của Nhật Bản*);

- Bột chiết xuất từng dược liệu riêng rẽ (*Hàn Quốc, Đài Loan*). Ở Việt Nam một số xí nghiệp dược đã sản xuất dạng này dưới tên gọi “Cốm đơn của Vị thuốc”;

- Các chế phẩm theo công thức (*formulae*) được phối chế từ các bột chiết xuất dược thảo/dược liệu (*Nhật Bản, Đài Loan, Hàn Quốc*);

- Dược liệu (*thuốc phiến*) dùng để bốc thang thuốc (*không được đưa vào danh mục thuốc cổ truyền được BHYT chi trả ở Trung Quốc*).

iii) Trung Quốc và Đài Loan là những nước có danh mục thuốc YHCT phong phú nhất trong danh mục thuốc được quỹ BHYT chi trả;

iv) Cấu trúc danh mục thuốc YHCT được Quỹ BHYT chi trả của các nước khá khác nhau. Danh mục thuốc YHCT của Trung Quốc chủ yếu là các thuốc thành phẩm YHCT được sản xuất ở quy mô công nghiệp. Lý do có thể là:

- Trung Quốc có nền công nghiệp trung dược sản xuất thành phẩm YHCT khá phát triển, chất lượng thuốc bảo đảm.

- Một trong 2 mục tiêu quan trọng khi lập danh mục thuốc BHYT chi trả là việc xây dựng danh mục phải nhằm thúc đẩy công nghiệp dược Trung Quốc phát triển.

Trong khi đó Hàn Quốc và Đài Loan quan tâm đến các “bột chiết xuất dược liệu đơn thành phần” (*Cốm đơn của Vị thuốc*) dùng để phối chế các công thức (*formulae*) thuốc cổ truyền. Hai quốc gia này khuyến khích sử dụng công nghệ chiết xuất từng dược liệu và dùng các bột chiết xuất để phối chế các công thức thuốc cổ truyền thay vì dùng thuốc phiến để bốc thuốc thang.

v) Điều thú vị là Trung Quốc không khuyến khích sử dụng thuốc phiến/thuốc thang trong hệ thống BHYT. Vì vậy, danh mục dược liệu thô và đã được bào chế/chế biến được xếp vào Negative List (*có thể sử dụng nhưng BHYT không chi trả*). Đây là điều ngành Y tế và Bảo hiểm Xã hội Việt Nam cần nghiên cứu, lý giải khi xây dựng danh

mục thuốc YHCT thuộc phạm vi thanh toán của Quỹ BHYT ở Việt Nam;

vi) Về tỷ lệ giá trị các thuốc YHCT (bao gồm chế phẩm YHCT và vị thuốc, dược liệu) được

thanh toán so với tổng số giá trị thuốc BHYT chi trả ở Việt Nam, trong ba năm 2016 -2018 có thể thấy trong Bảng 2 [16]:

Bảng 2. Tỷ lệ các loại thuốc YHCT được BHYT chi trả

Năm	Chế phẩm YHCT %	Vị thuốc/dược liệu %	Tổng tỷ lệ %	Ghi chú
2016	7,04	2,56	9,6	Tỷ lệ % so với tổng chi phí thuốc BHYT chi trả
2017	10,4	12,4	22,8	
2018	10,8	11,8	22,6	

(Nguồn: Bảo hiểm Xã hội Việt Nam, 2019).

Từ Bảng 2 có thể rút ra các nhận xét sau đây:

- Tỷ lệ thuốc YHCT (bao gồm các chế phẩm, dược liệu và vị thuốc YHCT) sử dụng ở Việt Nam và được BHYT chi trả là khá cao so với một số nước trong khu vực như Hàn Quốc: 3,9% (kể cả thuốc và kỹ thuật YHCT, năm 2013), Đài Loan 3,1% (kể cả thuốc và kỹ thuật YHCT, năm 2011).

- So với Trung Quốc chỉ thanh toán các chế phẩm YHCT thuộc “Positive List” và Hàn Quốc, Nhật Bản (không sử dụng các vị thuốc YHCT dưới dạng thô mà chỉ dùng các chế phẩm chiết xuất) việc Việt Nam sử dụng dược liệu/vị thuốc cổ truyền dưới dạng thô (thuốc sống) để bào chế, chế biến thành thuốc chín sau đó để làm thuốc thang dẫn đến một số vấn đề phức tạp trong quy trình thanh toán:

a) Chất lượng dược liệu/vị thuốc không đồng đều (phụ thuộc nguồn cung ứng), không được tiêu chuẩn hóa hoặc thiếu tiêu chuẩn hóa, gây khó khăn trong quá trình đầu thầu và sử dụng;

b) Khó xác định và quy định chính xác các chi phí phát sinh trong quá trình bào chế hoặc chế biến từ thuốc sống sang thuốc chín (hư hao, chi phí kiểm nghiệm trước và sau bào chế/chế biến, chi phí phụ liệu, công chế biến, các chi phí khác: điện, nước, bao bì, ...) ở từng cơ sở y tế;

c) Khó giám sát thực tế quá trình sử dụng và kiểm soát lạm dụng (cơ sở điều trị cấp thuốc thang để bệnh nhân tự sắc uống, ...).

vii) Hiện nay, để phục vụ nhu cầu phát triển sản xuất thành phẩm đông dược, thảo dược cho

công nghiệp dược phẩm và thực phẩm chức năng ở nước ta, nhiều Công ty Dược phẩm đã đầu tư xây dựng các dây chuyền hiện đại chiết xuất dược liệu dưới dạng bán thành phẩm như cao lỏng, cao đặc hoặc bột sấy phun/sấy tầng sôi (spray drying/fluid bed drying powder/Cốm đơn của Vị thuốc) như các nhà máy của Công ty VCP, Bệnh viện Pharma thành phố Hồ Chí Minh, Công ty Cổ phần MERAP, Công ty Cổ phần Dược liệu Việt Nam, ... Công ty VCP đã có quy trình chiết xuất và Tiêu chuẩn chất lượng cho hơn 100 sản phẩm “Cốm đơn của Vị thuốc” cho hơn 100 vị thuốc bắc và thuốc nam.

Cần có chủ trương, chính sách cụ thể của Bộ Y tế khuyến khích các doanh nghiệp này tham gia cung cấp bột chiết xuất dược liệu tiêu chuẩn hóa (cốm đơn của vị thuốc) cung cấp cho các nhà máy dược phẩm và bệnh viện YHCT phục vụ việc kê đơn, pha chế, sản xuất thuốc YHCT, tăng cường sử dụng có hiệu quả YHCT trong hệ thống BHYT.

Việc chuyển sử dụng dược liệu thô/dược liệu đã chế biến sang sử dụng bột chiết xuất sấy phun/sấy tầng sôi trong kê đơn YHCT là một xu hướng tiến bộ nhưng ngoài đầu tư trang thiết bị, cần có sự đầu tư về nghiên cứu quy trình chiết xuất (để chiết được toàn bộ hoạt chất/chất có tác dụng điều trị), về nghiên cứu tiêu chuẩn hóa thành phẩm/bán thành phẩm, về công tác cấp phép (cấp số đăng ký) và chủ trương tăng cường sử dụng thay thế cho việc sử dụng dược liệu thô, ... Các nước phát triển trong khu vực châu Á

đã chính thức cho phép sử dụng các chế phẩm này từ 2-3 thập kỷ trước, ví dụ Nhật Bản, Hàn Quốc, Đài Loan và Trung Quốc. Hoạt động nghiên cứu khoa học cũng đã được tiến hành mạnh mẽ nhằm so sánh và xác định an toàn và hiệu quả các dạng thuốc này so với phương pháp sử dụng thuốc phiến, thuốc thang (*crude medicines package*), thuốc sắc (*decoction*) [17, 18].

Trung Quốc và Đài Loan đã có rất nhiều thành tựu trong công tác tiêu chuẩn hóa dược liệu dùng trong YHCT thông qua xây dựng các Dược điển. Ví dụ, Đài Loan đã xây dựng Dược điển Thuốc YHCT lần xuất bản thứ 2, gồm 256 chuyên luận dược liệu thô (*crude drugs*) và 200 chuyên luận thành phẩm (*formulae drugs*) [19].

4. Khuyến nghị

i) Cũng như ở các nước được khảo sát, việc đưa các thuốc YHCT vào danh mục thuốc được BHYT chi trả của Việt Nam là hết sức đúng đắn, cần tiếp tục nghiên cứu hoàn thiện mạnh mẽ trên cơ sở thực tế của Việt Nam và tham khảo kinh nghiệm tốt của các nước trong khu vực, đặc biệt là của Trung Quốc;

ii) Hiện nay, ngoài việc bào chế/sản xuất các thuốc YHCT theo các dạng truyền thống (*thuốc phiến, hoàn cứng, hoàn mềm, thuốc bột, thuốc nước, ...*) các xí nghiệp/công ty dược trong nước đã sản xuất ở quy mô công nghiệp các thuốc từ dược liệu và thuốc YHCT dưới các dạng bào chế hiện đại: viên nén, viên bao, nang cứng, nang mềm, thuốc mỡ, ... Các chế phẩm này đã được tiêu chuẩn hóa, có quy trình sản xuất chặt chẽ, đã được Bộ Y tế cấp số đăng ký sản xuất và lưu hành. Một số chế phẩm bước đầu đã được đánh giá hiệu lực/tác dụng điều trị theo Hướng dẫn đánh giá tác dụng thuốc YHCT của Bộ Y tế. Vì vậy, cần nghiên cứu tăng cường đưa các chế phẩm này vào danh mục thuốc YHCT được BHYT chi trả;

iii) Ngoài các thuốc YHCT được sản xuất và lưu hành, cần nghiên cứu từng bước đưa vào danh mục thuốc YHCT được BHYT chi trả dạng “Cốm đơn của Vị thuốc” được cơ quan quản lý

YDHCT cấp Số đăng ký thay thế cho việc sử dụng vị thuốc/dược liệu thô hiện nay rất khó quản lý chất lượng và quy trình bào chế/chế biến ở từng đơn vị có sử dụng thuốc cổ truyền;

iv) Về phân loại các nhóm thuốc trong danh mục thuốc YHCT được BHYT thanh toán, nên tham khảo Bảng phân loại theo các nhóm bệnh của y lý Trung Quốc (*Xem Phụ lục I*). Mặt khác cũng nên tham khảo hướng dẫn phân loại bệnh theo YHCT được Tổ chức Y tế Thế giới đưa vào Bảng phân loại ICD 11 ban hành năm 2019 và có hiệu lực từ 2022.

Tài liệu tham khảo

- [1] WHO Strategy for Traditional Medicines 2013-2024 (in Vietnamese).
- [2] WHO, Legal Status of Traditional Medicines and Complementary/Alternative Medicine: A Worldwide Review, Geneva, 2001.
- [3] Prime Minister, Vietnam National Policy on Traditional Medicine to the Year 2010.
- [4] E. Mossialos, Y. Ge, J. Hu, L. Wang, Pharmaceutical Policy in China: Challenges and Opportunities for Reform, London School of Economics and Political Sciences and Development Research Center of the State Council of China, WHO, 2016.
- [5] S. Ngorsuraches, W. Meng, B. Y. Kim, Drug Reimbursement Decision-Making in Thailand, China, and South Korea, Vol. 15, Iss. 1, 2012, pp. S120-S125, <https://doi.org/10.1016/j.jval.2011.11.002>.
- [6] China Ministry of Human Resources and Social Security, Notice of Ministry of Human Resources and Social Security on Printing and Distributing the National Basic Medical Insurance, Work Injury and Maternity Insurance Drug List (2017 Edition), 21-02-2017.
- [7] Ostello-Medical-Infographic_China-National-Drug-Reimbursement-List- 2017.pdf.
- [8] Goldman Sachs, Equity Research, China Healthcare: New National Reimbursement Drug List released, 23 February 2017.
- [9] F. Zhang, J. M. Xie, Y. Y. Zhang, L. L. Kong, S. C. Li, What Is Important During the Selection of Traditional Chinese Medicine in Health Care Reimbursement or Insurance System? Critical Issues of Assessment from the Perspective of TCM

- Practitioners, Value in Health, Regional, Vol. 2, Iss. 1, 2013, pp. 141-146.
- [10] K. Katayama et al., Prescription of Kampo drugs in the Japan Healthcare Insurance Program, Evidence-Based Complementary and Alternative Program, Vol. 2013, Article ID 576973, <http://dx.doi.org/10.1155/2013/576973>.
- [11] Byungmook Lim: Korean Medicine Coverage in the National Health Insurance in Korea: Present Situation and Critical Issues.
- [12] Background Statistics Reimbursement – The King’s Fund, <http://www.kingsfund.org.uk/sites/files/kf/Japan.pdf> (accessed on: July 1st, 2023).
- [13] WHO, SNU Health, OECD Korea Policy Center, Fourth Meeting on Access to Medicines under Universal Health Coverage in the Asia Pacific Region, 26-27, Sept. 2017, Seoul, Republic of Korea.
- [14] C. W. Huang, Utilization Patterns of Traditional Medicine in Taiwan and South Korea by Using National Health Insurance Data in 2011, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6307865> (accessed on: July 1st, 2023).
- [15] Taiwan National Health Insurance, Handbook of Taiwan’s National Health Insurance 2018-2019, 2018.
- [16] Vietnam Social Security, Status of Western and Traditional Drug Use in 2016-2018 (in Vietnamese).
- [17] R. Qiu, X. Zhang, C. Zhao, M. Li, H. Shang, Comparison of the Efficacy of Dispensing Granules with Traditional Decoction: A Systematic Review and Meta – Analysis, *Ann. Transl. Med.*, Vol. 6, No. 3, 2018, pp. 38.
- [18] L. Ruixin, S. Junhan, Z. Lu, G. Xiaojie, L. Xuelin, New Ideas of the Reform of Traditional Chinese Medicine Decoction and the Research of Dispensing Granule of Chinese Medicine, *China Journal of Chinese Medicine*, Vol. 24, No. 2, 2014.
- [19] Taiwan Ministry of Health, Taiwan Herbal Pharmacopeia, 2nd Edition, English Version, 2016.