

THỰC TRẠNG VỀ KHẢ NĂNG TIẾP CẬN VÀ SỬ DỤNG THUỐC THIẾT YẾU CỦA NGƯỜI DÂN TRÊN THẾ GIỚI VÀ VIỆT NAM

DSDH. Nguyễn Thị Yến

Bộ môn Dược – Y học cổ truyền

ĐẶT VẤN ĐỀ

Theo Liên hợp quốc, bao phủ chăm sóc sức khỏe toàn dân có nghĩa là tất cả mọi người dân đều được tiếp cận các dịch vụ y tế cơ bản về nâng cao sức khỏe, dự phòng, điều trị, phục hồi chức năng và các loại thuốc thiết yếu, an toàn, bảo đảm chất lượng, với mức chi phí có thể chi trả được, bảo đảm người sử dụng dịch vụ, đặc biệt là người nghèo và các đối tượng thiệt thòi, không phải đối mặt với khó khăn về tài chính.

Bao phủ CSSK toàn dân hiện đã trở thành mục tiêu cải cách y tế quan trọng của nhiều quốc gia và là một trong những mục tiêu ưu tiên hàng đầu của Tổ chức y tế thế giới. Để thực hiện được mục tiêu này, việc đảm bảo tiếp cận với các loại thuốc và quản lý chi phí thuốc ở mức phù hợp với khả năng chi trả của người dân đóng vai trò hết sức quan trọng.

Thu thập các bằng chứng về tính sẵn có và giá thuốc là bước đầu tiên trong việc cải thiện khả năng tiếp cận các điều trị với giá cả phải chăng. Tháng 5 năm 2003, Tổ chức Y tế thế giới hợp tác với Tổ chức Hành động Sức khỏe Quốc tế phát triển một phương pháp tiêu chuẩn để khảo sát tính sẵn có, giá thuốc, khả năng chi trả và thành phần giá thuốc. Tuy nhiên, để tiến tới bao phủ chăm sóc sức khỏe toàn dân, Việt Nam còn cần nâng cao hiệu quả trong hoạt động y tế, đặc biệt là việc sử dụng thuốc.

Tại Việt Nam, việc kê đơn thuốc không đúng quy chế, kê quá nhiều thuốc trong một đơn, kê đơn với nhiều biệt dược, lạm dụng kháng sinh, Vitamin, thuốc tiêm, kê đơn không phải thuốc thiết yếu mà là thuốc có tính thương mại cao đang có nguy cơ phát triển và khó kiểm soát tại nhiều cơ sở điều trị... Việc kê đơn không đúng dẫn đến điều trị không hiệu quả và không an toàn, bệnh không khỏi hoặc kéo dài, làm cho bệnh nhân lo lắng, chưa kể đến chi phí điều trị cao.

Chuyên đề mong muốn cung cấp một số vấn đề về thực trạng khả năng tiếp cận và sử dụng thuốc thiết yếu trên thế giới và Việt Nam. Từ đó đưa ra kiến nghị, đề xuất nhằm góp phần nâng cao khả năng người dân được tiếp cận các loại thuốc thiết yếu bảo đảm chất lượng, với giá cả hợp lý và gia tăng hiệu quả sử dụng thuốc của các cơ sở y tế.

1. Một số khái niệm và cơ sở lý luận

1.1. Thuốc thiết yếu

Quan niệm về thuốc thiết yếu được WHO đưa ra vào năm 1975 và khuyến nghị các quốc gia xây dựng một đường lối, chính sách về thuốc từ nghiên cứu, sản xuất cho đến phân phối sao cho phù hợp với nhu cầu chăm sóc sức khỏe của nhân dân, luôn sẵn có các thuốc với chất lượng đảm bảo, dạng dùng phù hợp và giá cả hợp lý. Danh mục thuốc thiết yếu được WHO cập nhật 2 năm một lần, gần đây nhất là vào 4/2015 (Danh mục thuốc thiết yếu lần thứ 19).

Theo Luật Dược, thuốc thiết yếu là thuốc đáp ứng nhu cầu chăm sóc sức khỏe của đại đa số nhân dân, được quy định tại danh mục thuốc thiết yếu do Bộ trưởng Bộ Y tế ban hành.

Các thuốc thiết yếu được lựa chọn phải đảm bảo các nguyên tắc sau: (1) có hiệu lực phòng và chữa bệnh cao; (2) an toàn trong điều trị; (3) giá thành điều trị hợp lý; (4) có dạng bào chế (dạng chế phẩm, nồng độ, hàm lượng) dễ sử dụng; (5) phù hợp với trình độ chuyên môn của nhân viên y tế; (6) phù hợp với các phương tiện, trang thiết bị để sử dụng, bảo quản tại các tuyến y tế; (7) có sự ưu tiên nhất định cho các thuốc sản xuất trong nước [1].

1.2. Thuốc generic và biệt dược gốc

Thuốc generic là thuốc có cùng dược chất, hàm lượng, dạng bào chế với biệt dược gốc và thường được sử dụng thay thế biệt dược gốc.

Biệt dược gốc là thuốc đầu tiên được cấp phép lưu hành trên cơ sở có đầy đủ dữ liệu về chất lượng, an toàn, hiệu quả.

1.3. Tính sẵn có, giá thuốc và khả năng chi trả của người dân

Thu thập các bằng chứng về tính sẵn có và giá thuốc là bước đầu tiên trong việc cải thiện khả năng tiếp cận các điều trị với giá cả phải chăng. Khảo sát về tính sẵn có và giá của thuốc thiết yếu được thực hiện theo phương pháp tiêu chuẩn được hướng dẫn và phát triển bởi Tổ chức Y tế thế giới (WHO) hợp tác với Tổ chức Hành động Sức khỏe Quốc tế (HAI). Các nghiên cứu này được thực hiện với một số thuốc nhất định, theo khuyến cáo của WHO/HAI, số thuốc được chọn không vượt quá 50.

Đối với mỗi thuốc, tính sẵn có được tính là tỷ lệ phần trăm của số cơ sở y tế có thuốc đó trên tổng số cơ sở y tế khảo sát.

Các mức giá thuốc được biểu thị bằng trung vị giá theo đơn vị tiền tệ địa phương hoặc tỷ số trung vị giá (MPR). Tỷ số trung vị giá là tỷ số giữa trung vị giá thuốc địa phương và giá tham chiếu quốc tế (IRP) do Tổ chức Khoa học Quản lý sức khỏe (MSH) thu thập và ban hành. Giá thuốc còn được so sánh với

thu nhập một ngày của người dân để đánh giá khả năng chi trả đối với thuốc. Khả năng chi trả được tính bằng số ngày lao động cần thiết để chi trả cho một liệu trình điều trị các bệnh cấp tính và mạn tính thường gặp.

Theo khuyến cáo của WHO/HAI, tính sẵn có của thuốc được đo lường theo tiêu chí: 0% (không có thuốc), nhỏ hơn 30% (sẵn có mức thấp), 30-49% (sẵn có mức trung bình), 50-80% (sẵn có ở mức tương đối cao), trên 80% (sẵn có ở mức cao). Giá của một loại thuốc ở mức chấp nhận được nếu giá bán lẻ có MPR nhỏ hơn 1,5 ở khu vực công lập và nhỏ hơn 2,5 ở khu vực tư nhân. Về khả năng chi trả, mức chi trả cho thuốc thiết yếu điều trị các bệnh cấp tính (đợt điều trị trong 7 ngày) và mạn tính (đợt điều trị trong 30 ngày) không quá 1,0 ngày công được coi là mức chấp nhận được, nghĩa là người dân có khả năng chi trả.

1.4. Tiếp cận thuốc

Việc đánh giá tiếp cận thuốc của người dân dựa vào tính sẵn có của thuốc tại các cơ sở y tế, giá của thuốc và khả năng chi trả của đại đa số người bệnh với giá cả trung bình. Có thể đánh giá tiếp cận theo các chỉ tiêu nghiên cứu cụ thể ví dụ như:

- Tính sẵn có của mỗi thuốc được tính toán bằng tỷ lệ phần trăm các cơ sở khảo sát mà tại đó thuốc được tìm thấy trong ngày thu thập dữ liệu.
- Tỷ lệ giá trung vị MPR (Median Price Ratio):

$$MPR = \frac{\text{Trung vị giá đơn vị địa phương}}{\text{Giá đơn vị tham khảo quốc tế}}$$

Tỷ lệ này biểu hiện giá thuốc của địa phương lớn hơn hay bé hơn bao nhiêu lần so với giá thuốc tham khảo quốc tế. Ví dụ: $MPR = 2$ nghĩa là giá thuốc địa phương cao gấp 2 lần so với giá tham chiếu quốc tế. Tỷ lệ giá trung vị tạo điều kiện so sánh dữ liệu giữa các quốc gia về giá thuốc. Tỷ lệ giá trung vị MPR chỉ được tính toán cho những thuốc mà dữ liệu về giá được thu thập từ ít nhất 4 cơ sở khảo sát. Tất cả giá thuốc thu thập về sẽ được phần mềm chuyển sang đơn vị tiền tệ USD theo tỷ giá hối đoái ngày đi thu thập số liệu.

- Trị giá trung bình của một lần mua thuốc tại cơ sở KCB công lập, cơ sở bán lẻ tư nhân :

$$\text{Trị giá TB} = \frac{\text{Tổng số tiền mua thuốc}}{\text{Tổng số lần mua thuốc (số đơn thuốc)}}$$

- Số ngày công cần chi trả cho thuốc điều trị bệnh mạn tính (đợt 30 ngày) hoặc bệnh cấp tính (đợt 7 ngày) :

$$N = \frac{MPR * U * D * P}{S}$$

MPR : trung vị tỷ lệ giá thuốc

U : Số đơn vị thuốc điều trị trong 1 ngày

D : Số ngày điều trị

P : Giá một đơn vị thuốc tham khảo

S : Số tiền một ngày công

1.5. Sử dụng thuốc hợp lý

Sử dụng thuốc hợp lý nghĩa là đảm bảo cho bệnh nhân được thuốc thích hợp với tình trạng bệnh lý của họ và với liều phù hợp với từng cá thể bệnh (đúng liều, đúng đường dùng và đúng thời gian). Vì vậy, sử dụng thuốc hợp lý bao gồm kê đơn đúng, cấp phát đúng và đảm bảo tuân thủ điều trị của người bệnh.

Bước đầu tiên để giải quyết các vấn đề về sử dụng thuốc chưa hợp lý đó là xác định vấn đề, phân tích và tìm hiểu nguyên nhân của các vấn đề đó. Có bốn phương pháp chính để điều tra nghiên cứu tình hình sử dụng thuốc:

- Phương pháp thu thập số liệu tổng hợp bao gồm các số liệu không liên quan trực tiếp đến từng bệnh nhân cụ thể và có thể thu thập tương đối dễ dàng. Các phân tích ABC, VEN, DDD thường được sử dụng để nhận định những vấn đề lớn trong sử dụng thuốc.

- Phương pháp nghiên cứu các chỉ số về thuốc là phương pháp thu thập số liệu ở từng bệnh nhân nhưng không thường xuyên bao gồm các thông tin cần thiết để đánh giá việc sử dụng thuốc điều trị phù hợp chẩn đoán. Những số liệu này có thể được thu thập bởi những người không trực tiếp kê đơn và được sử dụng để nhận định những vấn đề về sử dụng thuốc, chăm sóc bệnh nhân và đưa ra những biện pháp can thiệp giải quyết vấn đề.

- Phương pháp định tính ví dụ thảo luận nhóm có trọng tâm, phỏng vấn sâu, quan sát và đặt câu hỏi có chọn lọc thường được sử dụng để nhận định nguyên nhân vấn đề

- Phương pháp đánh giá sử dụng thuốc là một hệ thống những đánh giá liên tục về sử dụng thuốc dựa trên các tiêu chuẩn, giúp cho việc đảm bảo sử dụng thuốc hợp lý ở trên từng cá thể người bệnh. Phương pháp này đòi hỏi những phân tích chi tiết ở từng người bệnh cụ thể.

2. Thực trạng về khả năng tiếp cận và sử dụng thuốc trên Thế giới

2.1. Về khả năng tiếp cận thuốc trên thế giới

Một nghiên cứu quốc tế trong khoảng thời gian từ năm 2007 đến năm 2011 cho thấy trung bình chỉ có 51,8% số cơ sở y tế công lập và 68,5% cơ sở y tế tư nhân sẵn có thuốc thiếu yếu [9]. Theo số liệu khảo sát của WHO, tại khu vực công lập, thuốc generic bán cho bệnh nhân có giá dao động từ 1,9 đến 3,7 lần so với giá tham khảo quốc tế còn giá thuốc biệt dược gốc dao động từ 5,3 đến 20,5 lần so với giá tham khảo quốc tế [10].

A.Cameron (2008) và các cộng sự đã tiến hành thu thập các kết quả từ 45 nghiên cứu sử dụng phương pháp nghiên cứu của WHO/HAI tại 36 quốc gia đang phát triển và có thu nhập trung bình về giá thuốc, tính sẵn có và khả năng chi trả. Kết quả cho thấy tại khu vực y tế công lập, tính sẵn có của nhóm 15 thuốc generic thấp, chỉ đạt 9,7% ở Yemen đến 79,2% ở Mongolia. Tính sẵn có ở các khu vực thay đổi từ 29,4% ở Châu Phi đến 54,4% ở Châu Mỹ La Tinh; đối với các cơ sở y tế công lập, thuốc ít sẵn có hơn các cơ sở tư nhân ở tất cả các vùng nghiên cứu. Tại khu vực y tế, thuốc generic sẵn có thấp, từ 50,1% ở Tây Thái Bình Dương đến 75,1% ở Đông Nam Á. Ở các cơ sở công lập, mặc dù giá thuốc thấp hơn so với các cơ sở tư nhân, giá thuốc generic thấp nhất vẫn có thể cao hơn nhiều lần giá tham khảo quốc tế, từ 3,18 lần ở Châu Mỹ La Tinh đến 11,95 lần ở các nước thuộc Tây Thái Bình Dương. Người bệnh phải mua thuốc ở khu vực y tế tư nhân vì khu vực y tế công lập ít thuốc sẵn có, dẫn đến chi phí điều trị cao hơn khả năng chi trả [8].

Trong khoảng thời gian từ tháng 10/2004 đến 1/2005, sáu cuộc khảo sát đã được tiến hành đồng thời trên 5 bang của Ấn Độ để đánh giá tính sẵn có và giá một số thuốc thiết yếu ($n = 21-28$). Với mỗi thuốc dữ liệu được thu thập cho biệt dược gốc, biệt dược bán chạy nhất và biệt dược có giá thấp nhất. Giá thuốc được so sánh với giá tham khảo quốc tế. Kết quả thu được là giá thuốc trong khu vực công bằng 0,27 - 0,48 lần giá tham chiếu quốc tế. Tuy nhiên, tính sẵn có của các thuốc này đều thấp, dao động từ 0 đến 30 phần trăm. Giá trung bình của các loại thuốc trong khu vực tư nhân là nhỏ hơn hai lần giá tham chiếu quốc tế, mặc dù một vài biệt dược gốc đắt hơn. Hầu hết các thuốc bán chạy nhất cũng là các thuốc có giá thấp nhất.

Một số nghiên cứu đã được tiến hành tại các nước trong khu vực và lân cận Việt Nam. Tháng 10/2004 tại Malaysia đã tiến hành một cuộc khảo sát về giá và tính sẵn có của 47 thuốc ở 20 cơ sở y tế công lập và 32 cơ sở tư nhân. (43,8%) và ở khu vực công lập là cực kỳ thấp (25%). Tỷ số giá trung vị MPR của các thuốc được tìm thấy ở khu vực tư nhân rất cao so với giá tham khảo quốc tế ($MPRs=6,57$).

Tại Thái Lan 2006, Cục Quản lý Dược và Thực phẩm, Bộ Y tế đã tiến hành nghiên cứu về giá thuốc, tính sẵn có và khả năng chi trả tại Bangkok và 3 vùng khác trên cả nước. Nghiên cứu được thực hiện với 43 thuốc, tại 20 cơ sở công lập và 21 cơ sở tư nhân. Kết quả nghiên cứu tại khu vực công lập tính sẵn có của biệt dược phát minh là 10%, thuốc generic giá thấp nhất là 75%; tại khu vực tư nhân tính sẵn có của các loại thuốc này đều là 28,6%. Tỷ số giá trung vị MPR của các thuốc được tìm thấy ở khu vực công lập và khu vực tư nhân cao hơn giá tham khảo quốc tế. Trung vị MPRs ở khu vực công lập và khu vực tư nhân lần lượt là 2,55 và 3,31.

Nghiên cứu năm 2012 tại tỉnh Thiểm Tây, Trung Quốc được thực hiện trên 10 khu vực với 49 thuốc, 120 cơ sở công lập và 120 cơ sở tư nhân. Kết quả cho thấy thuốc không sẵn có ở cả hai khu vực y tế. Tại khu vực công lập, mức độ sẵn có của thuốc biệt dược phát minh và thuốc generic là 7,1% và 20,0%. Tại khu vực tư nhân, hai tỷ lệ này lần lượt là 12,6% và 29,2%. Tại khu vực công lập, giá thuốc biệt dược phát minh và thuốc generic giá thấp nhất cao hơn giá tham khảo quốc tế lần lượt là 8,89 và 1,49 lần. Tại khu vực tư nhân, lần lượt là 10,72 và 1,86 lần. Đối với khả năng chi trả, để điều trị bệnh tăng huyết áp theo phác đồ tiêu chuẩn, một người lao động phổ thông mất từ 0,1 đến 4,7 ngày công nếu dùng thuốc generic; 0,7 đến 4,7 ngày công nếu dùng biệt dược phát minh. Cá biệt nếu dùng biệt dược phát minh của Omeprazol điều trị viêm loét dạ dày mất 11,5 ngày công, được đánh giá là không có khả năng chi trả.

2.2. Về tình hình sử dụng thuốc trên thế giới

Hiện nay, vấn đề gây chú ý nhất trong việc sử dụng thuốc trên thế giới là việc thầy thuốc kê đơn không hợp lý, không an toàn, còn bệnh nhân thì không tuân thủ theo chỉ định của bác sỹ, tình trạng thầy thuốc kê đơn thiếu thông tin khá phổ biến, lạm dụng thuốc, phối hợp thuốc không đúng, không ghi đủ liều lượng, dạng thuốc. Tình trạng kê đơn quá nhiều thuốc cho một bệnh nhân, lạm dụng kháng sinh, thuốc tiêm, kê đơn kháng sinh cho bệnh nhân không nhiễm trùng vẫn còn diễn ra. Tuy nhiên, vẫn còn hơn 1/3 dân số thế giới thiếu tiếp cận với những thuốc thiết yếu.

Theo báo cáo WHO năm 2011 về sử dụng thuốc cho thấy: Ở các nước đang phát triển và chuyển tiếp, ít hơn 40% bệnh nhân trong khu vực công và 30% bệnh nhân trong khu vực tư nhân được điều trị phù hợp với hướng dẫn điều trị chuẩn. Thuốc kháng sinh được kê đơn sai mục đích và sử dụng quá mức ở tất cả các vùng.

Ngay tại Mỹ, tình trạng lạm dụng kháng sinh xảy ra đối với nhiều loại bệnh, trên nhiều đối tượng bệnh nhân. Nghiên cứu chỉ ra rằng, đối với bệnh nhân viêm họng khi đến thăm khám bác sỹ, tỷ lệ đơn kháng sinh vẫn duy trì ở mức 60% số lần thăm khám trong giai đoạn 1997 – 2010 . Trong khi đó, tác giả cũng nhận định, đối với các trường hợp bệnh nhân viêm họng này có thể tự khỏi bằng cách nghỉ ngơi và uống nhiều nước.

Tại một số quốc gia như Pakistan, Ghana, Uzbekistan, có trên 60% bệnh nhân được sử dụng thuốc tiêm trong khi tỷ lệ trung bình của thế giới chỉ là 23%. WHO đang cảnh báo về tác hại của việc tiêm thuốc: có tới 90% số ca là không cần thiết. Thực trạng đó đã tạo ra 15 tỷ lượt tiêm hàng năm trên toàn cầu và 50% số đó được tiêm bằng kim chưa tiệt trùng. WHO cũng ước tính rằng mỗi năm có khoảng 4,7 triệu ca nhiễm virus viêm gan B và C và 160.000 ca nhiễm HIV có liên quan đến kê đơn sử dụng thuốc tiêm.

Việc điều trị nhiều thuốc làm tần suất ADR tăng lên theo cấp số nhân với số lượng thuốc có trong 1 lần điều trị. Tại Mỹ, một đánh giá trên nghiên cứu của Lazarou cho thấy năm 2004 có 2,2 triệu phản ứng có hại của thuốc đã xảy ra ở những người đang điều trị trong bệnh viện (6,7%) và gây ra 106.000 ca tử vong.

Theo một nghiên cứu đánh giá việc kê đơn thuốc tại bệnh viện Dessie Referral ở Dessi, Ethiopia năm 2013: với 362 đơn thuốc khảo sát, số thuốc trung bình trên một đơn thuốc là 1,8 phù hợp với tiêu chuẩn của WHO (1,6 – 1,8). Tỷ lệ phần trăm thuốc nằm trong Danh mục thuốc thiết yếu của quốc gia là 91,7%, thấp hơn so với giá trị tiêu chuẩn của WHO là 100%. Tỷ lệ phần trăm đơn có kê kháng sinh là 52,8%, cao hơn so với giá trị khuyến cáo của WHO (20,0% - 26,8%). Tỷ lệ phần trăm đơn thuốc có kê vitamin là 31%, cao hơn so với giá trị khuyến cáo của WHO (13,4% - 24,1%). Các kháng sinh được kê đơn nhiều nhất là Amoxycilin (22,2%) và Ampicilin (21,3%). Qua các chỉ số nghiên cứu cho thấy độ lệch giữa thực hành với khuyến cáo của WHO. Vì vậy, cần thiết có một chương trình giáo dục y tế để hợp lý việc kê đơn.

Nghiên cứu về tương tác thuốc của Toivo và cộng sự năm 2015, sử dụng hệ thống giám sát online, khảo sát trên 276 891 đơn ngoại trú được lấy tại nhà thuốc cộng đồng cho tỉ lệ tương tác thuốc – thuốc tiềm ẩn trong đơn ngoại trú là 10,8%, trong đó tỉ lệ tương tác thuốc – thuốc có ý nghĩa lâm sàng là 7,5%.

Về mặt tương tác thuốc trong đơn ngoại trú, trong một nghiên cứu cắt ngang tại Thụy Điển năm 1999 của Merlo và cộng sự tiến hành trên 962 013 đơn ngoại trú cho thấy có 13,6% đơn thuốc chứa ít nhất một tương tác thuốc tiềm ẩn. Số lượng tương tác thuốc tiềm ẩn tăng theo tuổi của BN và số lượng thuốc kê trong đơn, cũng như có sự khác biệt giữa nam và nữ.

Một tổng quan hệ thống từ năm 1997 đến năm 2013 tại Iran cũng cho thấy tương tác thuốc là phổ biến trong đơn ngoại trú (8,5%, khoảng tứ phân vị: 8,4 – 10,1), trong đó các yếu tố liên quan đến sự gia tăng nguy cơ gặp tương tác thuốc tiềm ẩn gồm các yếu tố đến từ bác sĩ và BN. Các yếu tố đến từ bác sĩ gồm giới tính, tuổi, chuyên khoa, số đơn thuốc kê trong một tháng. Các yếu tố đến từ BN gồm giới tính, tuổi, bệnh lý, độ dài thời gian nằm viện, khoa phòng và thuốc được dùng.

3. Thực trạng về khả năng tiếp cận và sử dụng thuốc tại Việt Nam

3.1. Về khả năng tiếp cận thuốc tại Việt Nam

Năm 1985, Bộ Y tế đã ban hành *Danh mục thuốc thiết yếu lần thứ I*. Danh mục này sau đó đã được cập nhật, điều chỉnh và ban hành vào các năm 1989, 1995, 1999 và 2005 [3]. Tháng 12/2013, Danh mục thuốc thiết yếu tân được lần thứ VI được ban hành.

Tại Việt Nam trong những năm qua, về cơ bản hệ thống y tế đã đáp ứng được nhu cầu thuốc thiết yếu và vaccin cho công tác phòng bệnh và chữa bệnh cho nhân dân. Các cơ sở y tế đều bảo đảm có đủ thuốc phù hợp với phân tuyến kỹ thuật, không để xảy ra tình trạng thiếu thuốc ở cộng đồng [3].

Nghiên cứu đánh giá thực hiện chính sách quốc gia về thuốc năm 2005 cho thấy hầu hết các loại thuốc thiết yếu đều có sẵn tại các cơ sở y tế các tuyến. Trong số 35 loại thuốc thiết yếu trong danh mục được lựa chọn để khảo sát, số thuốc trung bình có sẵn tại các quầy thuốc là 26,0 (đạt 74,3%); TYT là 22,4 (đạt 64,0%); quầy thuốc bệnh viện là 26,6 (đạt 76,0%) và ở các nhà thuốc tư là 28,5 (đạt 81,4%)[3].

Theo kết quả khảo sát năm 2010 với 30 thuốc được lựa chọn, tính sẵn có của thuốc thiết yếu tại cơ sở y tế công lập là 55,9%; nhà thuốc bệnh viện là 56,4% và nhà thuốc tư nhân là 55,3%. Tính sẵn có của thuốc thiết yếu giảm dần từ bệnh viện tuyến trung ương (71,7%); bệnh viện tỉnh, thành phố (68,1%) đến bệnh viện huyện (58,8%) và thấp nhất ở TYT xã (28,3%) [7].

Tính sẵn có của thuốc nói chung và thuốc thiết yếu nói riêng tại các trạm y tế xã vẫn chưa đáp ứng được cho nhu cầu CSSK. Số thuốc tại các TYT xã không nhiều, trung bình ở 110 TYT xã là $70,6 \pm 26,2$ thuốc, trong đó số thuốc thiết yếu là $34,0 \pm 12,1$ loại, chiếm 49% [6].

Về giá thuốc, một số nghiên cứu cho thấy giá thuốc ở Việt Nam cao hơn so với giá tham khảo quốc tế. Kết quả khảo sát năm 2010 cho thấy giá thuốc bán lẻ đến tay bệnh nhân cao gấp 12,1 lần so với giá tham khảo quốc tế đối với biệt dược của nhà phát minh và cao gấp 1,4 lần đối với thuốc generic có giá thấp nhất [7].

Số liệu của Tổng cục Thống kê cho thấy sau một thời gian tăng cao, chỉ số tăng giá nhóm hàng dược phẩm những gần đây đã từng bước được kiềm chế. Trong nhiều năm trở lại đây, mức tăng giá của nhóm hàng dược phẩm luôn thấp hơn mức tăng giá hàng tiêu dùng nói chung. Năm 2012, hàng dược phẩm tăng giá 5,27% trong khi giá hàng tiêu dùng nói chung tăng 6,81% [3]. Không như đối với thuốc gốc, giá thuốc generic ở Việt Nam không cao hơn nhiều so với mức trung bình trên thế giới. Một khảo sát năm 2012 trên 36 mặt hàng thuốc có cùng tên thương mại, cùng hoạt chất, cùng nồng độ và hàm lượng cho thấy 25 mặt hàng thuốc ở Thái Lan và 23 mặt hàng thuốc ở Trung Quốc có giá trúng thầu cao hơn ở Việt Nam từ 1,03 lần đến 6,64 lần [5].

3.2. Về tình hình sử dụng thuốc tại Việt Nam

Cùng với sự phát triển của nền kinh tế, chất lượng sống của người dân đang ngày được cải thiện làm tăng nhu cầu chăm sóc sức khỏe, kéo theo làm tăng nhu cầu sử dụng thuốc ở nước ta. Theo báo cáo của Cục Quản lý Dược, tiền thuốc

bình quân đầu người tại Việt Nam tăng lên nhanh chóng trong các năm gần đây. Năm 2005, tiền thuốc bình quân đầu người là 9,85 USD/năm, đến năm 2014, tiền thuốc bình quân đầu người đã tăng lên mức 33 USD/năm. Chi phí thuốc khám chữa bệnh ở nước ta chiếm tới 60%, thậm chí ở một số bệnh viện chiếm tới 70 – 80%, con số này quá cao so với khuyến cáo của WHO từ 25 – 30% [4].

Tuy nhiên, tình hình kê đơn và sử dụng thuốc ở Việt Nam cũng không nằm ngoài khuynh hướng chung của thế giới, đó là tình trạng: kê quá nhiều thuốc trong một đơn, lạm dụng kháng sinh, thuốc tiêm, vitamin, lạm dụng thuốc biệt dược.... Điều này dẫn đến mức độ kháng kháng sinh ở Việt Nam ngày càng tăng lên và trở thành một vấn đề cực kỳ nghiêm trọng. Theo thông báo của WHO: Việt Nam là một trong những nước có tình hình kháng kháng sinh cao nhất thế giới [2].

Tại bệnh viện Bạch Mai, tỷ lệ sử dụng kết hợp kháng sinh trong điều trị ngoại trú tương đối phổ biến (45,9% đối với đơn KBHYT và 37,67% đối với đơn BHYT) và chủ yếu là kết hợp 2 kháng sinh. Kết quả nghiên cứu tại bệnh viện Đà Nẵng có 36,5% đơn ngoại trú có kê kháng sinh, tại BVĐK Vĩnh Phúc là 59,5%. Việc kê đơn kháng sinh không dựa vào kháng sinh đồ đã tạo ra thói quen kê thuốc kháng sinh phổ rộng, phối hợp nhiều kháng sinh cho một bệnh nhân. Thực tế cho thấy có đến 34,5% bệnh nhân nhiễm trùng sử dụng nhiều hơn một kháng sinh trong một đợt điều trị.

Tại Hà Nội, điều tra năm 2010 ở 37 điểm bán thuốc ở 4 quận và 5 huyện cho thấy số người đi mua kháng sinh chiếm 27% tổng số người đi mua thuốc. Số người tự quyết định mua thuốc chiếm tỷ lệ cao, ngay cả với các kháng sinh cũng chỉ có 19% là có đơn của y bác sỹ. Một điều tra tại các hộ gia đình ở Hà Nội thấy 16% thường tự dùng kháng sinh chữa bệnh, trong đó có tới 85% là dùng kháng sinh không hợp lý.

Trong kê đơn, việc lạm dụng vitamin và thuốc bổ còn xảy ra phổ biến. Qua nghiên cứu của Phạm Trí Dũng tại 10 tỉnh/thành phố năm 2002 nhận thấy nhu cầu sử dụng vitamin ở cộng đồng là rất lớn, dao động từ 45,9% đến 74,9% số người đang dùng thuốc được chọn ngẫu nhiên đã mua vitamin. Các vitamin được kê nhiều nhất là vitamin C(46,6%), B1(18,7%), vitamin kết hợp (17,3%). Vitamin luôn có sẵn tại các điểm bán lẻ thuốc. Tại một điểm bán lẻ thuốc, trung bình chế phẩm vitamin chiếm 13,4% tổng danh mục thuốc bán lẻ.

Về việc sử dụng thuốc tiêm, kết quả nghiên cứu tại bệnh viện Bạch Mai cho thấy: tỷ lệ sử dụng thuốc tiêm trong điều trị ngoại trú là 10,7%, thấp hơn nhiều so với tỷ lệ trong điều trị nội trú (84%). Một số viện và khoa lâm sàng trong bệnh viện còn sử dụng thuốc tiêm với tỷ lệ khá cao (Khoa Cơ Xương Khớp 27%).

Theo nghiên cứu của Dương Hồng Hải tại Phòng Quân y – Bộ Tổng tham mưu – Cơ quan Bộ quốc phòng năm 2005, số thuốc trung bình trong một đơn ngoại trú là 3,9, đơn nội trú là 5,3, số đơn thuốc kê chưa đúng thuốc là 21,3%, số đơn thuốc kê chưa đúng liều là 7%.

Tại Việt Nam, tuy có nhiều nghiên cứu về tương tác thuốc trên đơn ngoại trú được thực hiện, song kết quả có sự khác biệt lớn giữa các nghiên cứu do sự khác nhau về điều kiện nghiên cứu cũng như thiết kế nghiên cứu. Nghiên cứu của Nguyễn Thanh Sơn (2011) cho kết quả tỉ lệ đơn thuốc xuất hiện tương tác thuốc là 17,8%, trung bình có 0,25 tương tác thuốc trên 1 đơn, trong đó tỉ lệ tương tác thuốc có ý nghĩa lâm sàng là 2,9%. Một nghiên cứu khác của Hoàng Vân Hà (2011) khảo sát tương tác thuốc bất lợi trên 6737 đơn ngoại trú chỉ phát hiện 4 đơn thuốc có tương tác thuốc nằm trong danh sách tương tác thuốc cần chú ý đã được xây dựng tại bệnh viện, với tần suất xuất hiện tương tác thuốc trên tổng số đơn là 0,059%, trong đó mỗi đơn chỉ có 1 tương tác thuốc.

Theo nghiên cứu của Nguyễn Thị Thu tại bệnh viện Nội tiết TW năm 2014, có tới 34% số đơn có tương tác thuốc. Kết quả này cho thấy cứ khoảng 3 đơn khảo sát thì có 1 đơn có tương tác thuốc, trong đó chiếm chủ yếu là các tương tác thuốc ở mức độ trung bình (86,2%). Có 6,8% tương tác thuốc là tương tác ở mức độ nặng, có thể gây nguy hiểm tới tính mạng người bệnh nếu sử dụng các thuốc này cùng nhau.

KẾT LUẬN

Chuyên đề đã cung cấp một số vấn đề về thực trạng khả năng tiếp cận và sử dụng thuốc thiết yếu trên thế giới và Việt Nam. Để góp phần nâng cao khả năng người dân được tiếp cận các loại thuốc thiết yếu bảo đảm chất lượng, với giá cả hợp lý và gia tăng hiệu quả sử dụng thuốc của các cơ sở y tế.

KIẾN NGHỊ

Cần có những biện pháp sau:

- Nghiên cứu nâng cao tính sẵn có của các thuốc thiết yếu, đặc biệt là các thuốc phù hợp với mô hình bệnh tật của địa phương.
- Tăng cường kiểm tra hoạt động kê đơn ngoại trú theo đúng quy chế.
- Nâng cao hoạt động tư vấn, hướng dẫn sử dụng thuốc khi cấp phát (hoặc bán thuốc).
- Tăng cường giám sát hoạt động của các cơ sở bán lẻ thuốc tư nhân, đặc biệt là hoạt động bán thuốc kê đơn.
- Tăng cường công tác tuyên truyền, hướng dẫn người mua tự kiểm soát tại cơ sở bán lẻ thuốc khi mua thuốc (dựa vào bảng giá tại cơ sở bán lẻ thuốc, giá in trên bao bì, hạn dùng,...).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1]. Bộ môn Quản lý và Kinh tế Dược (2008), *Dược xã hội học*, Trường Đại học Dược Hà Nội, tr.76 -109.
- [2]. Bộ Y tế (2005), *Sử dụng thuốc hợp lý trong chăm sóc sức khỏe người bệnh*.
- [3]. Bộ Y tế (2013), *Báo cáo chung tổng quan ngành y tế năm 2013, Hướng tới bao phủ chăm sóc sức khỏe toàn dân*, Hà Nội
- [4]. Bộ Y tế (2015), *Báo cáo tổng kết công tác y tế năm 2014, một số nhiệm vụ và giải pháp trọng tâm năm 2015, giai đoạn 2016-2020*.
- [5]. Cục Quản lý Dược (2013), *Báo cáo kết quả thực hiện năm 2012 và kế hoạch năm 2013*, Hà Nội.
- [6]. Trần Thị Thoa (2010), "Nghiên cứu thực trạng và tính công bằng trong tiếp cận và sử dụng thuốc, thuốc thiết yếu tại một số trạm y tế xã thuộc 24 tỉnh", *Tạp chí Nghiên cứu y học*. 70, tr. 73 - 79.
- [7]. Viện Chiến lược và Chính sách Y tế V (2011), *Đánh giá thực hiện chính sách thuốc quốc gia về thuốc giai đoạn 1996-2010*, Hà Nội.
- [8]. A. Cameron và cộng sự (2008), *Medicines Price, availability, and affordability in 36 developing and middle-income countries: a secondary analysis*.
- [9]. United Nations (2012), *Millennium Development Goal 8: The Global Partnership for Development: Making Rhetoric a Reality*, New York.
- [10].WHO (2011), *Medicines prices, availability and affordability, World Medicine Situation 2011*, Geneva.

DANH MỤC CÁC CHỮ VIẾT TẮT

Chữ viết tắt	Viết đầy đủ	Giải thích
ADR	Adverse Drug Reaction	Phản ứng có hại của thuốc
BD	Biệt Dược	
BHYT	Bảo hiểm y tế	
BN	Bệnh nhân	
BV	Bệnh viện	
BVĐK	Bệnh viện đa khoa	
BYT	Bộ Y tế	
CSSK	Chăm sóc sức khỏe	
HAI	Health Action International	Tổ chức Hành động Sức khỏe Quốc tế
HDSD	Hướng dẫn sử dụng	
INN	International Nonproprietary Name	Tên chung quốc tế
KCB	Khám chữa bệnh	
KBHYT	Khám bảo hiểm y tế	
KS	Kháng sinh	
LPG	Lowest-Priced Generic	Thuốc generic giá thấp nhất
MPR	Median Price Ratio	Tỷ lệ giá trung vị
TTBN	Thông tin bệnh nhân	
TYT	Trạm y tế	
TTT	Tương tác thuốc	
TW	Trung ương	
OB	Originator brand	Biệt dược gốc
WHO	World Health Organization	Tổ chức Y tế thế giới