

# PHÂN TÍCH MỘT SỐ YẾU TỐ ẢNH HƯỞNG ĐẾN KHẢ NĂNG TIẾP CẬN THUỐC THIẾT YẾU TRÊN ĐỊA BÀN THÀNH PHỐ VÀ CÁC HUYỆN THUỘC TỈNH THỪA THIÊN HUẾ

Nguyễn Phước Bích Ngọc, Nguyễn Quang Phú  
Trường Đại học Y Dược - Đại Học Huế

## Tóm tắt:

**Đặt vấn đề:** Thuốc thiết yếu đóng vai trò quan trọng và là một thành tố không thể thiếu trong chương trình chăm sóc sức khoẻ ban đầu cho cộng đồng. Tuy nhiên, khoảng 1/3 dân số thế giới vẫn thiếu sự tiếp cận thường xuyên với các thuốc này. Tính sẵn có và giá thuốc là hai trong số các nhân tố có ảnh hưởng trực tiếp đến chất lượng tiếp cận thuốc thiết yếu. **Mục tiêu:** Phân tích tính sẵn có và giá của thuốc thiết yếu trên địa bàn thành phố và một số huyện thuộc tỉnh Thừa Thiên Huế. **Phương pháp nghiên cứu:** Sử dụng phương pháp nghiên cứu do WHO/HAI đề xuất. **Kết quả:** Đối với khu vực công lập, trung vị tính sẵn có của các thuốc biệt dược gốc và thuốc generic giá thấp nhất lần lượt là 0,0% và 40,0%. Giá trị này lần lượt là 20,0% và 53,3% ở khu vực tư nhân, 0,0% và 50,0% ở khu vực khác. Về giá thuốc, trung vị MPRs (median price ratios) của các thuốc nhóm biệt dược gốc là 9,26 ở khu vực tư nhân, 14,00 ở khu vực khác. Đối với thuốc nhóm generic giá thấp nhất, giá trị này lần lượt là 0,68, 1,88 và 1,53 ở khu vực công lập, tư nhân và khu vực khác. **Kết luận:** Tính sẵn có của các thuốc thiết yếu thuộc nhóm biệt dược gốc thấp hơn so với thuốc nhóm generic. Giá của các thuốc biệt dược gốc đều ở mức cao so với giá tham khảo quốc tế, trong khi đó giá của các thuốc generic là hợp lý. Tính sẵn có của thuốc thiết yếu và trung vị MPRs ở khu vực tư nhân là cao hơn so với khu vực công lập và khu vực khác.

**Từ khóa:** Giá thuốc, phương pháp WHO/HAI, tính sẵn có, thuốc thiết yếu, tỷ số giá trung vị (MPR).

## Abstract

# ANALYSIS OF SOME FACTORS AFFECTING ACCESS TO ESSENTIAL MEDICINES IN THE CITY AND SOME DISTRICTS OF THUA THIEN HUE PROVINCE

Nguyen Phuoc Bich Ngoc, Nguyen Quang Phu  
Hue University of Medicine and Pharmacy

**Background:** Essential medicines play an important role in the primary health care program. At least one third of the world's population has no regular access to these medicines. The availability and price are two of factors affecting access to essential medicines. **Objective:** To analyse the availability and the price of essential medicines in the city and some districts of Thua Thien Hue Province. **Methods:** Using the WHO/HAI methodology. **Results:** The originator brand drugs were less available as compared to the lowest price generics. Median availability of originator brand drugs and lowest price generics were 0.0% and 40.0% in public sector. Similarly, these values were respectively 20.0% and 53.3% in private sector, 0.0% and 50.0% in other sector. The median MPRs of innovator drugs was 9.26 and 14.00 for private and other sector respectively while that of generic equivalent versions was 0.68 for public sector, 1.88 for private sector and 1.54 for other sector. **Conclusion:** The availability of originator products was lower than that of lowest price generics. Although the median price of originator brand drugs was much higher than the international reference prices, generic price was almost reasonable. The availability as well as the median MPRs figure for the private sector was higher than that for the public sector and other sector.

**Keywords:** Medicine prices, availability, essential medicines, WHO/HAI methodology, median price ratio (MPR).

- Địa chỉ liên hệ: Nguyễn Phước Bích Ngọc, email: bichngoc2209@gmail.com  
- Ngày nhận bài: 3/6/2018; Ngày đồng ý đăng: 9/8/2018; Ngày xuất bản: 20/8/2018

## 1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Trong nhiều thập kỷ qua, thuốc thiết yếu đã được Tổ chức Y tế thế giới (WHO) và các quốc gia đặc biệt quan tâm vì vai trò quan trọng và là thành tố không thể thiếu được trong chương trình chăm sóc sức khỏe ban đầu cho cộng đồng. Đó là những thuốc thỏa mãn những nhu cầu chăm sóc sức khỏe ưu tiên trong cộng đồng, luôn cần được đảm bảo sẵn có với số lượng cần thiết, dạng bào chế phù hợp, chất lượng tốt, an toàn và giá cả hợp lý.

Mặc dù hiện nay thị trường dược phẩm ngày càng phong phú với nhiều chủng loại thuốc với các dạng bào chế và thành phẩm khác nhau, nhưng theo thống kê của WHO vẫn còn gần 1/3 dân số toàn cầu đang thiếu sự tiếp cận đối với các thuốc thiết yếu, đặc biệt là ở các nước nghèo. Trong những yếu tố ảnh hưởng đến khả năng tiếp cận với thuốc thiết yếu thì tính sẵn có và giá thuốc là những vấn đề được dành nhiều sự quan tâm, bởi nó quyết định việc liệu có đủ, có sẵn thuốc thiết yếu có chất lượng và phù hợp với khả năng chi trả của cộng đồng hay không. Do vậy đề tài **“Phân tích một số yếu tố ảnh hưởng đến khả năng tiếp cận thuốc thiết yếu trên địa bàn thành phố và các huyện thuộc tỉnh Thừa Thiên Huế”** được thực hiện hướng đến các mục tiêu sau:

1. Phân tích tính sẵn có của thuốc thiết yếu trên địa bàn thành phố và một số huyện thuộc tỉnh Thừa Thiên Huế.

2. Phân tích giá của thuốc thiết yếu trên địa bàn thành phố và một số huyện thuộc tỉnh Thừa Thiên Huế.

## 2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

### 2.1. Đối tượng nghiên cứu

Thuốc thiết yếu thuộc danh mục khảo sát được tiến hành điều tra tại các cơ sở y tế và cơ sở bán lẻ thuốc trong mẫu nghiên cứu.

Các cơ sở này được lựa chọn từ danh sách các cơ sở y tế và cơ sở bán lẻ trên địa bàn thành phố Huế, thị xã Hương Trà, huyện Phú Vang theo hướng dẫn của WHO/HAI (Tổ chức Y tế thế giới/Tổ chức Hành động Sức khỏe Quốc tế) [14].

### 2.2. Xây dựng danh mục thuốc khảo sát

Danh mục thuốc khảo sát gồm 3 phần: 11 thuốc cốt lõi toàn cầu (global core list), 10 thuốc cốt lõi khu vực Tây Thái Bình Dương (regional core list) và 20 thuốc khảo sát bổ sung (supplementary list) cho đặc thù tại địa phương.

Việc xây dựng danh mục thuốc khảo sát dựa trên các tiêu chí sau:

(1) có trong danh mục thuốc cốt lõi toàn cầu và thuốc cốt lõi ở khu vực Tây Thái Bình Dương do

WHO, HAI đề xuất (trừ các thuốc thuộc danh mục thuốc bổ sung) [14].

(2) có trong danh mục thuốc thiết yếu lần VI của Việt Nam [3].

(3) có trong danh mục các thuốc đã được Cục Quản lý Dược Việt Nam cấp số đăng ký còn hiệu lực [16].

(4) Điều trị một số bệnh thường gặp ở cộng đồng tại tỉnh Thừa Thiên Huế theo kết quả điều tra thử (khảo sát thử tại nhà thuốc và tham khảo số liệu thống kê tình hình bệnh tật điều trị ngoại trú tại bệnh viện và trung tâm y tế), bao gồm: Nhiễm khuẩn, hen, tiêu chảy, tăng huyết áp, loét dạ dày tá tràng, đái tháo đường.

**2.3. Phương pháp nghiên cứu:** Thiết kế nghiên cứu mô tả cắt ngang không can thiệp.

#### 2.3.1. Phương pháp chọn mẫu

Dựa theo khung mẫu của WHO/HAI hướng dẫn, các địa bàn trong mẫu nghiên cứu được chọn bao gồm thành phố Huế, thị xã Hương Trà và huyện Phú Vang.

Sau khi lựa chọn địa bàn, tiến hành lựa chọn các cơ sở cấp phát hoặc bán lẻ thuốc để thực hiện việc khảo sát.

- **Điểm cấp phát thuốc công lập:** Là các bộ phận cấp phát thuốc ngoại trú của cơ sở y tế công lập phục vụ cho bệnh nhân điều trị ngoại trú.

- **Điểm bán lẻ thuốc tư nhân:** Bao gồm các cơ sở bán lẻ thuốc tư nhân trong cộng đồng, ngoại trừ các cơ sở bán lẻ thuốc của bệnh viện tư nhân hoặc phòng khám tư.

- **Điểm bán lẻ thuốc thuộc hình thức khác:** là các cơ sở bán lẻ thuốc tư nhân nhưng đặt trong phạm vi khu vực cơ sở y tế công lập.

➤ **Lựa chọn các điểm cấp phát thuốc công lập**

Tại mỗi địa bàn, chọn **một bệnh viện công lập trung tâm** vào mẫu nghiên cứu, trong trường hợp có nhiều hơn một bệnh viện trung tâm, chọn bệnh viện lớn nhất trên địa bàn đó. Tiếp đó, dựa trên danh mục các cơ sở y tế công lập (bệnh viện, phòng khám khu vực, trạm y tế xã phường...) đăng ký khám chữa bệnh ban đầu được công bố trên website của Bảo hiểm xã hội Tỉnh Thừa Thiên Huế, chọn ngẫu nhiên ra 4 cơ sở y tế công lập khác cho mỗi địa bàn.

Trong trường hợp trên địa bàn đó, ngoài bệnh viện trung tâm, trong danh sách chỉ có duy nhất một cấp độ cơ sở y tế công lập (ví dụ như chỉ có hình thức các trạm y tế phường xã) thì lựa chọn ngẫu nhiên 4 cơ sở trong danh sách đưa vào nghiên cứu. Trường hợp trong danh sách có hai hoặc nhiều hơn các cấp độ cơ sở y tế công lập, chia danh sách đó thành các nhóm khác nhau dựa vào cấp độ (ví dụ như bệnh viện tuyến huyện, phòng khám khu vực

và trạm y tế xã phường), ở mỗi cấp độ chọn một số lượng bằng nhau các cơ sở (ví dụ chọn hai bệnh viện tuyến huyện và hai trạm y tế xã phường) bằng phương pháp ngẫu nhiên. Nếu có ít hơn hai cơ sở y tế ở mỗi cấp độ thì có thể thay bằng cơ sở y tế ở cấp độ khác (ví dụ một bệnh viện tuyến huyện và ba trạm y tế xã phường).

Trong khu vực công lập, các bệnh viện và trạm y tế xã lần lượt được xếp vào các mức độ 1, 2 và 3 như hướng dẫn của WHO/HAI [14].

Việc phân chia thành 3 mức độ này có ý nghĩa như sau: Một số thuốc trong danh sách khảo sát chỉ có thể có ở các cơ sở thuộc mức độ 2 hoặc 3 thì khi khảo sát ở các cơ sở ở mức độ thấp hơn sẽ không được tính vào.

➤ *Lựa chọn các điểm bán lẻ thuốc tư nhân*

Tại mỗi địa bàn, sau khi lựa chọn được các điểm bán thuốc thuộc khu vực công ở bước trên, ứng với mỗi điểm cấp phát thuốc công lập, lấy ngẫu nhiên 1 cơ sở bán lẻ thuốc tư nhân gần nhất. Nếu có nhiều cơ sở bán lẻ thuốc tư nhân thỏa mãn thì chọn một cơ sở trong danh sách một cách ngẫu nhiên (danh sách các cơ sở bán lẻ thuốc được tham khảo từ số liệu thống kê các cơ sở kinh doanh Dược của Sở Y tế Thừa Thiên Huế).

Khi đi khảo sát nếu không có cơ sở bán lẻ thuốc nào tính trong phạm vi 10 km tính từ cơ sở y tế công lập được lấy làm mốc, có thể thay bằng cơ sở bán lẻ thuốc tư nhân khác thuộc khu vực trung tâm đô thị.

➤ *Lựa chọn các điểm bán lẻ thuốc thuộc hình thức khác*

Đối với cơ sở bán lẻ thuốc thuộc hình thức khác, cụ thể là nhà thuốc tư nhân đặt trong bệnh viện công lập, trên mỗi địa bàn, ứng với mỗi điểm cấp phát thuốc công lập sẽ lựa chọn một cơ sở bán lẻ thuốc gần nhất thuộc hình thức khác. Tuy nhiên trong trường hợp có ít hơn 5 cơ sở như vậy trên một địa bàn thì lựa chọn tất cả các cơ sở đó đưa vào nghiên cứu.

### 2.3.2. Phương pháp thu thập số liệu

Thu thập dữ liệu được tiến hành trong khoảng thời gian từ cuối tháng 09/2017 đến cuối tháng 10/2017.

➤ *Tính sẵn có*

Một thuốc được xác định là sẵn có tại cơ sở khảo sát khi đảm bảo quan sát thấy cơ sở khảo sát có thuốc đúng cả 3 điều kiện: đúng hoạt chất, đúng hàm lượng và đúng dạng bào chế như đã xác định trong phiếu thu thập số liệu.

➤ *Giá thuốc*

Với mỗi thuốc có sẵn ở cơ sở khảo sát, thu thập giá bán ra (giá bán lẻ cho bệnh nhân) do nhà thuốc cung cấp thông tin cho tất cả các thuốc cùng hoạt

chất, dạng bào chế và hàm lượng (tính trên đơn vị đóng gói nhỏ nhất).

Lưu ý rằng, đối với những điểm cấp phát thuốc công lập, đa phần các thuốc được cung ứng cho bệnh nhân ngoại trú có thể BHYT. Vì vậy đối với những trường hợp này, dữ liệu giá được thu thập là giá mua vào từ kết quả đấu thầu của các cơ sở y tế công lập.

Tại mỗi cơ sở khảo sát, ứng với mỗi hoạt chất với dạng bào chế và hàm lượng cụ thể thì chỉ tiêu về giá và tính sẵn có sẽ được nhóm nghiên cứu xác định cho thành phẩm biệt dược gốc và thành phẩm thuốc generic giá thấp nhất tại từng cơ sở.

### 2.3.3. Phương pháp phân tích số liệu

Dữ liệu được nhập vào phần mềm xử lý số liệu WHO/HAI Workbook Part 1 MSH 2013 được cung cấp như là một phần nằm trong phương pháp tiêu chuẩn của WHO/HAI.

➤ *Tính phần trăm sẵn có của thuốc*

Tính sẵn có của mỗi thuốc được tính bằng tỷ lệ phần trăm số cơ sở mà tại đó thuốc được tìm thấy trong ngày thu thập dữ liệu.

Phân loại tính sẵn có theo tiêu chí của WHO/HAI như sau [13]:

- < 30%: tính sẵn có tại ở mức độ thấp
  - 30% - 49%: tính sẵn có ở mức độ trung bình
  - 50% - 80%: tính sẵn có ở mức độ tương đối cao
  - > 80%: tính sẵn có ở mức độ cao
- *Tỷ số 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 số này biểu hiện giá thuốc của địa phương lớn hơn hay bé hơn bao nhiêu lần so với giá thuốc tham khảo quốc tế.

Tỷ số giá trung vị (MPR) chỉ được tính toán cho các thuốc có mặt tại ít nhất 4 cơ sở khảo sát ở mỗi khu vực. Giá đơn vị tham khảo quốc tế là giá tham chiếu MSH năm 2014, tra cứu tại hướng dẫn chỉ số giá thuốc quốc tế [15].

Theo khuyến cáo của WHO/HAI, giá của một loại thuốc ở mức chấp nhận được nếu - Giá thuốc bán lẻ tại khu vực công lập có  $MPR \leq 1.5$

- Giá thuốc bán lẻ tại khu vực tư nhân và khu vực khác có  $MPR \leq 2.5$  [13]

## 3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

### 3.1. Tính sẵn có của các thuốc thiết yếu ở khu vực công lập, khu vực tư nhân và khu vực khác.

Trung vị tính sẵn có của thuốc thiết yếu theo từng khu vực công lập, khu vực tư nhân và khu vực khác được thể hiện ở Bảng 3.1 sau:

**Bảng 3.1.** Tính sẵn có của các thuốc thiết yếu ở ba khu vực

Khu vực	Nhóm thuốc	Trung vị (25 <sup>th</sup> – 75 <sup>th</sup> )
Công lập	Thuốc biệt dược gốc	<b>0,0% (0,0%- 6,7%)</b>
	Thuốc generic giá thấp nhất	40,0% (6,7% - 66,7%)
Tư nhân	Thuốc biệt dược gốc	<b>20,0% (0,0% - 40,0%)</b>
	Thuốc generic giá thấp nhất	53,3% (26,7% - 66,7%)
Khác	Thuốc biệt dược gốc	<b>0,0% (0,0% - 25,0%)</b>
	Thuốc generic giá thấp nhất	50,0% (0,0% - 100%)

Đối nhóm thuốc biệt dược gốc, trung vị tính sẵn có các thuốc khảo sát là ở mức thấp, trong đó khu vực công lập và khu vực khác là 0,0%, còn lại khu vực tư nhân là 20,0%.

Đối với nhóm thuốc generic giá thấp nhất, trung vị tính sẵn có các thuốc khảo sát là cao hơn nhiều so với nhóm thuốc biệt dược gốc, từ 40% - 53.3% trong đó khu vực tư nhân là cao nhất (53,3%).

**3.2. Trung vị MPRs của thuốc thiết yếu ở khu vực công lập, tư nhân và khu vực khác.**

**Bảng 3.2.** Trung vị giá trị MPR của các thuốc thiết yếu ở ba khu vực

Khu vực	Nhóm thuốc	Trung vị (25 <sup>th</sup> – 75 <sup>th</sup> )
<b>Công lập</b>	Thuốc biệt dược gốc (n = 0 thuốc)	
	Thuốc generic giá thấp nhất (n = 20 thuốc)	0,68 (0,32 - 1,39)
<b>Tư nhân</b>	Thuốc biệt dược gốc (n=17 thuốc)	<b>9,26 (4,45 - 15,26)</b>
	Thuốc generic giá thấp nhất (n = 32 thuốc)	1,88 (1,03 - 3,73)
<b>Khác</b>	Thuốc biệt dược gốc (n = 2 thuốc)	<b>14,00 (10,89 - 17,10)</b>
	Thuốc generic giá thấp nhất (n = 13 thuốc)	1,53 (1,29 – 2,00)

Đối với nhóm thuốc biệt dược gốc, trung vị MPRs ở tất cả các khu vực đều ở mức cao hơn so với mức chấp nhận được theo khuyến cáo của WHO/HAI (MPR>2,5), trong đó khu vực tư nhân và khu vực khác có trung vị lần lượt là 9,26 và 14,00, còn lại khu vực công lập do số thuốc tìm thấy không đủ điều kiện để tính toán tỷ số giá trung vị (MPR).

Đối với nhóm thuốc generic giá thấp nhất, trung vị MPRs của thuốc thiết yếu ở ba khu vực đều ở mức chấp nhận được theo khuyến cáo của WHO/HAI (MPR < 1,5 ở khu vực công lập và MPR < 2,5 ở khu vực tư nhân và khu vực khác), trong đó khu vực công lập, tư nhân và khu vực khác có trung vị MPRs lần lượt là 0,68, 1,88 và 1,53.

**3.3. Mối liên hệ giữa tính sẵn có và tỷ số giá trung vị (MPR) của từng thuốc thiết yếu trong khu vực công lập và tư nhân.**

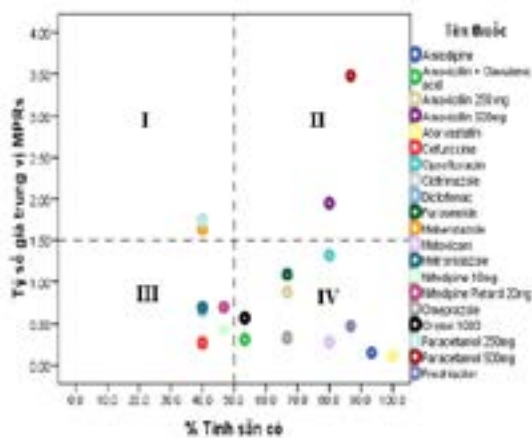
Đề tài tiến hành phân tích tính sẵn có của các thuốc generic giá thấp nhất trong mối liên hệ với tỷ

số giá trung vị (MPR) của các thuốc đó theo biểu đồ một phần tư được tiến hành với 4 phân vùng sau: (I) tính sẵn có < 50% và giá cao; (II) tính sẵn có ≥ 50%, giá cao; (III) tính sẵn có < 50%, giá thấp; (IV) tính sẵn có ≥ 50%, giá thấp. Nếu càng có nhiều thuốc xuất hiện tại vùng IV thì nghĩa là khả năng cộng đồng có thể tiếp cận với thuốc thiết yếu càng cao.

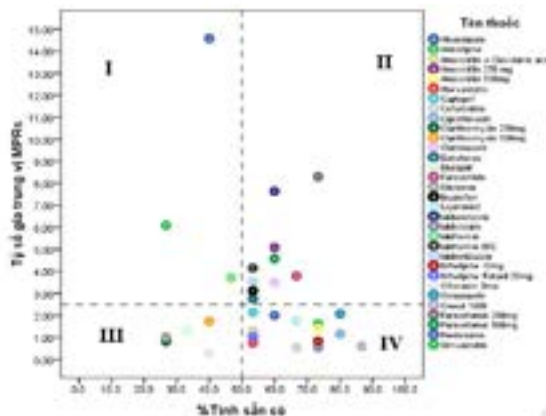
Hình 1 cho thấy tại khu vực công lập, thuốc thiết yếu xuất hiện nhiều nhất ở vùng IV, với 10/20 thuốc có tính sẵn có ≥ 50% và MPR thấp hơn 1,5 (mức giá chấp nhận được).

Trong khi đó hình 2 cũng cho thấy trong khu vực tư nhân, thuốc thiết yếu xuất hiện cao nhất tại vùng IV, với 14/32 thuốc có tính sẵn có ≥ 50% và MPR thấp hơn 2,5 (mức giá chấp nhận được).

Tuy nhiên, ở khu vực tư nhân, vùng II lại có đến 10/32 thuốc có tính sẵn có ≥ 50% nhưng MPR cao hơn 2,5. Tỷ số này cao hơn khu vực công lập (2/20 thuốc rơi vào vùng II).



**Hình 1.** Tính sẵn có và tỷ số giá trung vị của các thuốc tìm thấy tại khu vực công lập



**Hình 2.** Tính sẵn có và tỷ số giá trung vị của các thuốc tìm thấy tại khu vực tư nhân

#### 4. BÀN LUẬN

##### 4.1. Phân tích tính sẵn có của các thuốc thiết yếu trên địa bàn thành phố và một số huyện thuộc tỉnh Thừa Thiên Huế

Tính sẵn có của các thuốc nhóm biệt dược gốc là ở mức thấp, với giá trị trung vị lần lượt là 20%, 0,0%, và 0,0% ở khu vực tư nhân, công lập và khu vực khác. Kết quả này tương đương với kết quả nghiên cứu tại tỉnh Đồng Tháp (4,1% ở khu vực công lập và 10,4% ở khu vực tư nhân) [1] và tỉnh Lào Cai (4,4% ở khu vực công lập và 15,9% ở khu vực tư nhân) [5], tuy nhiên lại thấp hơn rõ rệt so với nghiên cứu của Nguyễn Tuấn Anh và cộng sự (2009), tính sẵn có của thuốc biệt dược gốc ở mức trung bình (từ 19,6%-34,7%) [12]. Tương tự, đối với nhóm thuốc generic giá thấp nhất, trung vị tính sẵn có dao động từ mức trung bình tới tương đối cao (khu vực tư nhân là 53,3%, công lập là 40% và khu vực khác là 50%). Kết quả này tương tự với kết quả nghiên cứu tại tỉnh Đồng Tháp (2011) với tính sẵn có ở các khu vực trong khoảng từ 40,0 – 50,4% [1].

Có thể thấy tính sẵn có của thuốc biệt dược gốc luôn thấp hơn so với thuốc generic ở tất cả các khu vực khảo sát. Đây là điều khá dễ lý giải, vì thuốc generic được sản xuất sau khi thuốc biệt dược gốc hết hạn bảo hộ độc quyền nên thường là những thuốc có giá rẻ, phù hợp với mức chi trả của người dân tại cộng đồng và được phân phối cạnh tranh bởi nhiều nhà cung cấp khác nhau. Ngoài ra, tại các cơ sở công lập, việc cung ứng thuốc cho các cơ sở khám chữa bệnh được thực hiện thông qua hoạt động đấu thầu, chủ yếu là đấu thầu rộng rãi. Đặc biệt là đối với các trung tâm y tế tuyến huyện chịu sự quản lý của Sở Y tế Thừa Thiên Huế thì sẽ tổ chức mua thuốc tập trung tại Sở. Trong quá trình đấu thầu thì các cơ sở

này sẽ ưu tiên cho các thuốc trong gói generic theo đúng hướng dẫn của Luật đấu thầu và các thông tư hướng dẫn kèm theo. Trung bình thuốc generic thường chiếm hơn 70% số thuốc trúng thầu ở nhiều cơ sở y tế tuyến huyện.

Tính sẵn có của thuốc thiết yếu ở khu vực công lập là ở mức thấp hơn so với khu vực tư nhân và khu vực khác. Có thể giải thích vấn đề này là do thời điểm thu thập số liệu của đề tài là vào khoảng cuối tháng 9 đến hết tháng 10, đây là giai đoạn gần cuối thầu thuốc của năm nên một số thuốc mặc dù có trong danh mục thuốc trúng thầu của cơ sở nhưng tại thời điểm khảo sát thì không thấy sẵn có ở bộ phận cấp phát ngoại trú. Tính sẵn có của thuốc ở khu vực tư nhân cao hơn công lập, một phần nguyên nhân là do sự linh hoạt cao trong quá trình mua thuốc ở khu vực này cũng như áp lực về tính toán nhu cầu thuốc là thấp hơn. Bên cạnh đó, các cơ sở bán lẻ tư nhân lại không bị ràng buộc về số lượng thuốc kế hoạch trong danh mục trúng thầu cho cả một năm và cả ngân sách phân bổ cho thuốc do nguồn vốn kinh doanh tại cơ sở bán lẻ xoay vòng khá nhanh.

##### 4.2. Phân tích giá của thuốc thiết yếu trên địa bàn thành phố và một số huyện thuộc tỉnh Thừa Thiên Huế

Đối với nhóm thuốc biệt dược gốc, tính chung trong khu vực tư nhân, trung vị MPRs là 9,26, cao hơn so với nghiên cứu ở tại tỉnh Quảng Bình (năm 2015) với giá trị này là 2,73 [6] và tỉnh Đồng Tháp (năm 2011) là 6,35 [1]. Tuy nhiên so với nghiên cứu của Nguyễn Tuấn Anh và cộng sự (2009) và nghiên cứu tại Lào Cai (2015), thì kết quả của đề tài là thấp hơn (trung vị MPRs lần lượt là 44,61 và 23,53) [5],[12]. Đối chiếu với kết quả thu được từ nghiên cứu ở một số quốc gia khác trên thế giới, giá trị

trung vị MPRs của nhóm thuốc biệt dược gốc ở khu vực tư nhân trong nghiên cứu của đề tài là cao hơn, như nghiên cứu tại Ai Cập (2013) cho chỉ số trung vị MPRs là 3,71 [8] và tại Delhi thuộc Ấn Độ (năm 2011) là 4,71 [11].

Đối với khu vực khác, các thuốc biệt dược gốc nhất có giá bán cao gấp nhiều lần giá tham chiếu MSH (trung vị MPRs là 14,00), tuy nhiên vẫn thấp hơn nhiều so với nghiên cứu của Nguyễn Tuấn Anh và cộng sự với giá trị này là 38,88 [12].

Các thuốc nhóm generic giá thấp nhất nhìn chung được bán với giá xấp xỉ giá tham chiếu quốc tế (khu vực công lập gấp 0,68 lần, khu vực tư nhân gấp 1,88 lần và khu vực khác 1,53 lần giá tham chiếu MSH). So với một số nghiên cứu khác tại Việt Nam và trên thế giới thì trung vị của giá trị MPRs khảo sát trong đề tài vẫn là thấp hơn.

Như đối với tỉnh Đồng Tháp, giá trị này ở khu vực công lập và tư nhân lần lượt là 1,31 và 2,01 [1]; tại tỉnh Lào Cai là 1,84 và 1,54 [5]; tại nghiên cứu chung ở năm khu vực Hà Nội, Hải Phòng, Đà Nẵng, Đắk Lắk, thành phố Hồ Chí Minh lần lượt là 11,41 và 8,3 [12].

Đối với một số quốc gia khác trên thế giới như Sudan thì trung vị MPRs của các thuốc generic giá thấp nhất ở khu vực công lập và tư nhân lần lượt là 2,98 và 2,90 [9] hay Haiti là 4,77 và 7,25 [10]. Kết quả này khá tương đồng với một trong những báo cáo đánh giá của JARH năm 2013 là “Giá thuốc generic ở Việt Nam không cao hơn nhiều so với mức trung bình trên thế giới” [2].

Khu vực công lập có trung vị MPRs thấp hơn so với khu vực tư nhân và khu vực khác. Điều này có được là nhờ vào các giải pháp kiểm soát giá thuốc thông qua quy định về mua thuốc bằng hình thức đấu thầu rộng rãi tại các cơ sở y tế công lập, với giá trúng thầu không được vượt giá kế hoạch. Trong đó, giá kế hoạch được xây dựng trên cơ sở tham khảo và không cao hơn giá trúng thầu của thuốc đó đã được Cục quản lý Dược công bố trong vòng 12 tháng tính đến thời điểm lập kế hoạch đấu thầu.

Theo các tài liệu của WHO, những yếu tố ảnh hưởng đến khả năng tiếp cận thuốc thiết yếu trong cộng đồng có thể được quy về 4 nhóm: tính tiếp cận về mặt địa lý, tính sẵn có của thuốc, giá thuốc và khả năng chi trả, tính chấp nhận được. Trong đó, yếu tố về giá thuốc và tính sẵn có tạo ra những tác động rõ nét đến việc tiếp cận thuốc thiết yếu [7].

Kết quả nghiên cứu của đề tài cho thấy rằng, ở cả khu vực công lập, khu vực tư nhân và khu vực khác, khoảng hơn 50% các thuốc generic khảo sát đều rơi

vào vùng IV – là vùng có mức giá chấp nhận được và tính sẵn có tương đối cao. Kết quả này khá tương đồng với nghiên cứu của Nguyễn Thanh Bình và cộng sự thực hiện tại tỉnh Đồng Tháp năm 2011 [1].

Đây là một dấu hiệu tích cực đối với hoạt động cung ứng thuốc thiết yếu trên địa bàn, phản ánh những nỗ lực của hệ thống cung ứng thuốc và cơ quan quản lý về Dược trong việc đảm bảo đủ thuốc có chất lượng với giá cả phù hợp, phấn đấu thực hiện tốt các mục tiêu đã đề ra trong chính sách quốc gia về thuốc cũng như trong chiến lược phát triển ngành Dược giai đoạn đến năm 2020 và tầm nhìn đến năm 2030 [4].

Tuy nhiên có thể thấy cả giá trị tính sẵn có và tỷ số giá trung vị (MPRs) của thuốc thiết yếu ở khu vực tư nhân đều cao hơn so với khu vực công lập. Điều này đồng nghĩa với việc nếu khu vực công lập không đảm bảo sẵn có thuốc thiết yếu cho bệnh nhân thì bệnh nhân sẽ phải mua các thuốc này ở nhà thuốc bên ngoài nhưng lại phải tự chi trả với mức giá cao hơn. Do đó sẽ thiệt thòi cho quyền lợi của bệnh nhân cũng như làm hạn chế khả năng tiếp cận thuốc thiết yếu.

## 5. KẾT LUẬN

### 5.1. Tính sẵn có của thuốc thiết yếu trên địa bàn thành phố và một số huyện thuộc tỉnh Thừa Thiên Huế

Đối với khu vực công lập, tính sẵn có của thuốc biệt dược gốc và thuốc generic giá thấp nhất ở mức thấp, trong đó trung vị tính sẵn có lần lượt là 0,0% và 40,0%.

Đối với khu vực tư nhân, trung vị tính sẵn có của thuốc biệt dược gốc và thuốc generic giá thấp nhất lần lượt là 20,0% và 53,3%, còn đối với khu vực khác là 0,0% và 50,0%. Giá trị này là cao hơn so với khu vực công lập, đặc biệt là ở nhóm thuốc generic.

### 5.2. Giá của thuốc thiết yếu trên địa bàn thành phố và một số huyện thuộc tỉnh Thừa Thiên Huế

Nếu như nhóm thuốc biệt dược gốc có trung vị MPRs khá cao, 9,26 ở khu vực tư nhân và 14,00 ở khu vực khác, thì nhóm thuốc generic giá thấp nhất lại có chênh lệch giá không quá cao so với giá tham khảo quốc tế (trung vị MPR là 0,68 ở khu vực công lập, 1,88 ở khu vực tư nhân và 1,53 ở khu vực khác).

Phần lớn các thuốc thiết yếu đều thuộc nhóm vừa có tính sẵn có cao và ở mức giá chấp nhận được. Điều này sẽ góp phần thúc đẩy khả năng tiếp cận của người dân đối với các thuốc thiết yếu và đảm bảo nhu cầu sử dụng thuốc của cộng đồng.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Thanh Bình (2013), Tính sẵn có, giá thuốc và khả năng chi trả của người dân đối với thuốc thiết yếu tại tỉnh Đồng Tháp năm 2011, Tạp chí Nghiên cứu dược & thông tin thuốc. số 3, tr. 82-87.
2. Bộ Y tế (2013), Hướng tới bao phủ chăm sóc sức khỏe toàn dân, Báo cáo chung tổng quan ngành y tế năm 2014, Hà Nội.
3. Bộ Y tế (2013), Ban hành danh mục thuốc thiết yếu tân dược lần thứ VI, Thông tư số 45/2013/TT-BYT, ngày 26 tháng 12 năm 2013.
4. Chính phủ, Chiến lược quốc gia phát triển ngành Dược Việt Nam giai đoạn đến năm 2020 và tầm nhìn đến năm 2030, Quyết định số 68/QĐ – TTG ban hành ngày 10/1/2014.
5. Đoàn Anh Dũng (2016), Đánh giá khả năng tiếp cận và sử dụng thuốc tại một số cơ sở y tế trên địa bàn tỉnh Lào Cai năm 2015, Luận văn thạc sĩ Dược học, Trường Đại học Dược Hà Nội
6. Trương Tỷ Muội (2016), Đánh giá tính sẵn có và giá của một số thuốc thiết yếu ở tỉnh Quảng Bình năm 2015, Luận văn thạc sĩ Dược học, Trường Đại học Dược Hà Nội.
7. Management Sciences for Health (2011), MDS-3: Managing Access to Medicines and Other Health Technologies. Arlington, VA: Management Sciences for Health.
8. Ministry of Health Egypt (2008), Prices and affordability of medicines to treat non-communicable diseases.
9. Mohammed Yusuf Ahmed Musa (2013), Medicines prices, Availability and Affordability in Sudan, <http://haiweb.org/wp-content/uploads/2015/07/Sudan-Report-Pricing-Surveys.pdf>
10. Ministry Public Health and Population of Haiti, WHO (2011), Medicine Prices, Availability and Affordability Survey Haiti.
11. Kotwani et al (2006), Prices and availability of common medicines at six sites in India using a standard methodology, India J Med Res 125, p.645 – 654.
12. Rosemary Knight, Anh Tuan Nguyen, Andrea Mant, Quang Minh Cao, Martin Auton (2009), Medicine prices, availability, and affordability in Viet Nam, Southern Med Review.2(2),tr. 2-9.
13. World Health Organization, Regional Office for the Eastern Mediterranean (2006), Price, availability and affordability: An international comparison of chronic disease medicines, <http://www.who.int/iris/handle/10665/116493>
14. WHO/Health Action International (2008), Measuring medicine prices, availability, affordability and price component, 2nd edition, Switzerland.
15. WHO/Health Action International (HAI), International Reference Price - Undertaking a survey, <http://haiweb.org/medicinesprices/manual/intrefprice.html>, accessed on 10/4/2016.
16. <http://vinapharm.com.vn/index.php/news/280/Huong-dan-Tra-cuu-thong-tin-so-dang-ký-Thuoc.html>.

**PHỤ LỤC: TÍNH SẴN CÓ VÀ GIÁ TRỊ MPR CỦA TỪNG THUỐC THIẾT YẾU ĐƯỢC KHẢO SÁT**

STT	Hoạt chất	Hàm lượng, dạng bào chế	Tỷ số giá trung vị (MPR)															
			Thuốc biệt dược gốc				Thuốc generic giá thấp nhất				Thuốc biệt dược gốc				Thuốc generic giá thấp nhất			
			Công lập	Tư nhân	Khác	Công lập	Tư nhân	Khác	Công lập	Tư nhân	Khác	Công lập	Tư nhân	Khác	Công lập	Tư nhân	Khác	
1	Albendazole	Viên nén / nang, 200 mg	0.0	40.0	0.0	6.7	40.0	25.0	-	39.76	-	-	-	14.58	-	-		
2	Amlodipine	Viên nén/ nang, 5 mg	6.7	46.7	0.0	93.3	73.3	100.0	-	12.94	-	0.15	1.62	1.29	-	-		
3	Amoxicillin	Viên nén/ nang, 500 mg	0.0	6.7	0.0	80.0	73.3	100.0	-	-	-	1.95	1.41	1.41	-	-		
4	Amoxicillin + Clavulanic acid	Viên nén/ nang, 500 mg+125 mg	6.7	40.0	0.0	53.3	53.3	100.0	-	3.17	-	0.31	1.31	1.64	-	-		
5	Amoxicillin	Bột pha hỗn dịch, 250 mg	0.0	33.3	50.0	66.7	60.0	50.0	-	15.26	-	0.88	5.09	-	-	-		
6	Atenolol	Viên nén/ nang, 50 mg	0.0	13.3	0.0	0.0	20.0	0.0	-	-	-	-	-	-	-	-		
7	Atorvastatin	Viên nén/ nang, 20 mg	0.0	13.3	0.0	100.0	53.3	25.0	-	-	-	0.11	0.75	-	-	-		
8	Captopril	Viên nén/ nang, 25 mg	0.0	0.0	0.0	20.0	53.3	50.0	-	-	-	-	2.14	-	-	-		
9	Carbamazepin	Viên nén/ nang, 200 mg	6.7	33.3	0.0	6.7	0.0	0.0	-	9.26	-	-	-	-	-	-		
10	Ceftriaxone	Bột pha tiêm, 1g/liều	33.3	13.3	0.0	33.3	6.7	0.0	-	-	-	-	-	-	-	-		
11	Cefuroxime	Viên nén / nang, 500mg	6.7	40.0	25.0	40.0	66.7	100.0	-	3.09	-	0.27	0.54	0.82	-	-		
12	Ciprofloxacin	Viên nén/ nang, 500 mg	6.7	26.7	25.0	80.0	80.0	100.0	-	15.79	-	1.32	1.16	1.53	-	-		
13	Clarithromycin	Viên nén/nang, 250 mg	0.0	6.7	0.0	6.7	26.7	0.0	-	-	-	-	0.82	-	-	-		



14	Clarithromycin	Viên nén/nang, 500 mg	6.7	0.0	0.0	20.0	40.0	25.0	-	-	-	1.73	-
15	Clotrimazole	Kem bôi, 1%	0.0	20.0	50.0	40.0	60.0	50.0	-	-	-	1.75	3.50
16	Diazepam	Viên nén/nang, 5 mg	0.0	0.0	0.0	6.7	6.7	0.0	-	-	-	-	-
17	Diclofenac	Viên nén/nang, 50 mg	6.7	60.0	25.0	40.0	53.3	25.0	-	41.25	-	0.66	2.75
18	Enalapril	Viên nén/nang, 10 mg	0.0	0.0	0.0	6.7	33.3	0.0	-	-	-	1.31	-
19	Fluoxetine	Viên nén/nang, 25 mg	0.0	0.0	0.0	0.0	6.7	0.0	-	-	-	-	-
20	Furosemide	Viên nén/nang, 40 mg	0.0	0.0	0.0	66.7	66.7	100.0	-	-	-	1.09	3.79
21	Gliclazide	Viên nén/nang, 80 mg	66.7	33.3	25.0	66.7	26.7	0.0	-	2.28	-	-	1.03
22	Ibuprofen	Viên nén/nang, 400 mg	0.0	13.3	0.0	0.0	53.3	50.0	-	-	-	3.12	-
23	Loperamid	Viên nén/nang, 2 mg	0.0	33.3	0.0	0.0	66.7	100.0	-	10.56	-	1.76	1.76
24	Mebendazole	Viên nén/nang, 500 mg	0.0	86.7	100.0	40.0	60.0	25.0	-	19.65	20.2	1.63	7.64
25	Meloxicam	Viên nén/nang, 7.5 mg	6.7	60.0	75.0	80.0	73.3	100.0	-	11.06	-	0.28	0.55
26	Metformin	Viên nén/nang, 500 mg	0.0	40.0	25.0	0.0	46.7	0.0	-	4.45	-	3.71	-
27	Metformin	Viên nén/nang, 850 mg	0.0	40.0	50.0	100.0	53.3	50.0	-	8.3	-	-	4.15
28	Metronidazole	Viên nén/nang, 250 mg	6.7	20.0	25.0	40.0	53.3	75.0	-	-	-	0.70	3.55
29	Nifedipine	Viên nén/nang, 10 mg	6.7	40.0	50.0	46.7	73.3	25.0	-	4.58	-	0.43	0.83
30	Nifedipine Retard	Viên nén/nang, 20 mg	6.7	13.3	25.0	46.7	53.3	100.0	-	-	-	0.70	1.03
													1.10

31	Ofloxacin Drop	Dung dịch nhỏ mắt, tại, 0.3%	6.7	20.0	25.0	13.3	40.0	0.0	-	-	-	0.27	-
32	Omeprazole	Viên nén/ nang, 20 mg	0.0	20.0	0.0	66.7	80.0	100.0	-	-	0.33	2.07	1.34
33	Oresol 1000	Bột pha dung dịch	0.0	0.0	0.0	53.3	86.7	75.0	-	-	0.57	0.60	-
34	Paracetamol	Viên nén/ nang, 500 mg	0.0	86.7	100.0	86.7	60.0	100.0	-	9.17	7.79	3.48	4.58 2.52
35	Paracetamol	Bột pha dung dịch, 250 mg	0.0	0.0	25.0	40.0	73.3	100.0	-	-	1.74	8.30	8.30
36	Prednisolon	Viên nén/ nang, 5 mg	0.0	0.0	0.0	86.7	60.0	100.0	-	-	0.47	2.00	2.00
37	Propranolol HCL	Viên nén/ nang, 40 mg	6.7	0.0	0.0	13.3	13.3	50.0	-	-	-	-	-
38	Ranitidine	Viên nén/ nang, 150 mg	0.0	0.0	0.0	0.0	20.0	0.0	-	-	-	-	-
39	Salbutamol	Khí dung, 100 mcg/ dose	0.0	66.7	75.0	0.0	6.7	0.0	-	1.89	-	-	-
40	Simvastatin	Viên nén/ nang, 20 mg	0.0	0.0	0.0	66.7	26.7	0.0	-	-	-	6.09	-
41	Sodium Valproate	Viên nén/ nang, 200 mg	0.0	20.0	0.0	0.0	0.0	0.0	-	-	-	-	-