

**BỘ GIÁO DỤC VÀ ĐÀO TẠO**

**BỘ Y TẾ**

**TRƯỜNG ĐẠI HỌC DƯỢC HÀ NỘI**



**VŨ THỊ THU HƯƠNG**

**ĐÁNH GIÁ HOẠT ĐỘNG  
CỦA HỘI ĐỒNG THUỐC VÀ ĐIỀU TRỊ  
TRONG XÂY DỰNG VÀ THỰC HIỆN DANH MỤC THUỐC  
TẠI MỘT SỐ BỆNH VIỆN ĐA KHOA**

**LUẬN ÁN TIẾN SĨ DƯỢC HỌC**

**HÀ NỘI - 2012**

**BỘ GIÁO DỤC VÀ ĐÀO TẠO**

**BỘ Y TẾ**

**TRƯỜNG ĐẠI HỌC DƯỢC HÀ NỘI**



**VŨ THỊ THU HƯƠNG**

**ĐÁNH GIÁ HOẠT ĐỘNG  
CỦA HỘI ĐỒNG THUỐC VÀ ĐIỀU TRỊ  
TRONG XÂY DỰNG VÀ THỰC HIỆN DANH MỤC  
THUỐC TẠI MỘT SỐ BỆNH VIỆN ĐA KHOA**

**LUẬN ÁN TIẾN SĨ DƯỢC HỌC**

**CHUYÊN NGÀNH : TỔ CHỨC QUẢN LÝ DƯỢC**

**MÃ SỐ : 62.73.20.01**

**Người hướng dẫn khoa học**

**PGS.TS. Nguyễn Thanh Bình**

**PGS. TS. Đoàn Hữu Nghị**

**HÀ NỘI - 2012**

## **LỜI CAM ĐOAN**

*Tôi xin cam đoan đây là công trình nghiên cứu của riêng tôi. Các số liệu, kết quả trong Luận án là trung thực và chưa từng được ai công bố trong bất kỳ công trình nào khác.*

**Nghiên cứu sinh**

**Vũ Thị Thu Hương**

## LỜI CẢM ƠN

Để hoàn thành Luận án này, tôi đã nhận được sự giúp đỡ tận tình và có hiệu quả của rất nhiều cá nhân và tập thể, của các thầy cô giáo, gia đình, đồng nghiệp và bạn bè.

Trước tiên, tôi xin bày tỏ lòng biết ơn chân thành tới Ban Giám hiệu, Phòng Đào tạo Sau Đại học, các Thầy, các Cô Bộ môn Tổ chức kinh tế Dược của Trường Đại học Dược Hà Nội, Vụ khoa học Đào tạo - Bộ Y Tế đã tạo đã ủng hộ, giúp đỡ và tạo mọi điều kiện thuận lợi để tôi học tập nghiên cứu và hoàn thành luận án.

Tôi xin chân thành cảm ơn Ban giám đốc và khoa Dược của 5 bệnh viện tuyến Trung ương, 14 bệnh viện tuyến tỉnh và 17 bệnh viện tuyến huyện đã hợp tác, tạo điều kiện giúp đỡ tôi trong quá trình triển khai đề tài nghiên cứu tại thực địa

Đặc biệt, tôi xin chân thành cảm ơn: ***PGS.TS Nguyễn Thanh Bình*** - Trưởng phòng Sau Đại học và ***PGS.TS Đoàn Hữu Nghị*** - Giám đốc Bệnh viện E, hai người thầy đã tận tình hướng dẫn, tạo điều kiện, động viên và giúp đỡ tôi trong suốt quá trình nghiên cứu và hoàn thành luận án này.

Tôi xin bày tỏ lòng biết ơn sâu sắc tới bố mẹ, gia đình, các bạn đồng nghiệp và những người thân đã chia sẻ, động viên tôi vượt qua những khó khăn, trở ngại để tôi có yên tâm học tập, vững vàng trong suốt thời gian hoàn thành bản luận án.

Một lần nữa, tôi xin chân thành cảm ơn tất cả những người đã trực tiếp và gián tiếp giúp đỡ và tạo điều kiện để tôi hoàn thành luận án này.

**NCS.Vũ Thị Thu Hương**

**MỤC LỤC**

<b>ĐẶT VẤN ĐỀ.....</b>	<b>4</b>
<b>Chương 1. TỔNG QUAN.....</b>	<b>12</b>
1.1. HỘI ĐỒNG THUỐC VÀ ĐIỀU TRỊ .....	12
1.1.1. Quá trình hình thành và phát triển của HĐT&ĐT .....	12
1.1.2. Chức năng nhiệm vụ của HĐT&ĐT .....	13
1.1.3. Cơ cấu tổ chức của HĐT&ĐT .....	16
1.2. MỘT SỐ CÔNG CỤ ĐÁNH GIÁ HOẠT ĐỘNG CỦA HĐT&ĐT .....	18
1.2.1. Bộ chỉ số đánh giá hoạt động của HĐT&ĐT của WHO .....	18
1.2.2. Bộ chỉ số đánh giá hoạt động của HĐT&ĐT tại Australia.....	19
1.3. VAI TRÒ CỦA HĐT&ĐT TRONG HOẠT ĐỘNG LỰA CHỌN THUỐC .....	22
1.3.1. Nguyên tắc lựa chọn thuốc.....	23
1.3.2. Tiêu chí lựa chọn thuốc .....	24
1.3.3. Xây dựng và thực hiện DMT bệnh viện .....	25
1.4. TỔNG QUAN CÁC TÀI LIỆU VỀ HĐT&ĐT .....	32
1.4.1. Tổng quan các nghiên cứu nước ngoài về HĐT&ĐT .....	32
1.4.2. Nghiên cứu tại Việt Nam .....	39
<b>Chương II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU.....</b>	<b>44</b>
2.1. Đối tượng nghiên cứu .....	44
2.2. Địa điểm nghiên cứu .....	44
2. 3 Phương pháp nghiên cứu.....	45
2.3.1. Thiết kế nghiên cứu .....	45
2.3.2. Mẫu nghiên cứu.....	45
2.3.3 Thu thập số liệu .....	46
2.4. Nội dung và các chỉ số/biến số nghiên cứu.....	47
2.5. Công cụ thu thập thông tin .....	50

2.6. Thời gian thu thập số liệu tại thực địa .....	51
2.7. Sai số và cách khắc phục .....	51
2.8. Xử lý và phân tích số liệu .....	52
2.9. Đạo đức nghiên cứu .....	52
<b>Chương III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU .....</b>	<b>53</b>
3.1. HOẠT ĐỘNG CỦA HĐT&ĐT TRONG XÂY DỰNG DMTBV .....	53
3.1.1. Số khoa lâm sàng và số giường bệnh của các bệnh viện nghiên cứu ...	53
3.1.2. Cơ cấu tổ chức và cách thức hoạt động của HĐT&ĐT .....	54
3.1.3. Hoạt động của HĐT&ĐT trong lựa chọn thuốc bệnh viện .....	60
3.2. ĐÁNH GIÁ DANH MỤC THUỐC ĐÃ ĐƯỢC SỬ DỤNG NĂM 2009 ...	70
3.2.1 Cơ cấu thuốc nội - thuốc ngoại .....	71
3.2.2 Phân tích cơ cấu thuốc đơn thành phần - thuốc đa thành phần.....	72
3.2.3 Phân tích cơ cấu thuốc mang tên generic - biệt dược .....	74
3.2.4 Phân tích cơ cấu các dạng thuốc trong DMT sử dụng năm 2009 .....	75
3.2.5 Phân tích cơ cấu thuốc nằm trong DMTCY của BHYT .....	76
3.2.6 Phân tích cơ cấu tỷ trọng 10 nhóm thuốc có giá trị sử dụng nhiều nhất	77
3.2.7 Phân tích ABC/VEN.....	79
<b>Chương 4: BÀN LUẬN .....</b>	<b>88</b>
4.1. Cơ cấu tổ chức và phương thức hoạt động của HĐT&ĐT.....	88
4.2. Hoạt động lựa chọn xây dựng danh mục thuốc bệnh viện.....	93
<b>KẾT LUẬN VÀ KIẾN NGHỊ.....</b>	<b>113</b>
1. Hoạt động của HĐT&ĐT trong xây dựng danh mục thuốc bệnh viện .....	113
2. Đánh giá việc thực hiện danh mục thuốc bệnh viện .....	113
<b>TÀI LIỆU THAM KHẢO</b>	
<b>PHỤ LỤC</b>	

## DANH MỤC CÁC KÝ HIỆU, CHỮ VIẾT TẮT

ABC		Phân tích ABC
ADR	Adverse Drug Reaction	Phản ứng có hại của thuốc
BYT		Bộ Y Tế
BV		Bệnh viện
BVĐK		Bệnh viện đa khoa
BVĐK TƯ		Bệnh viện đa khoa Trung ương
DDD	Defined Daily Dose	Liều xác định trong ngày
DMT		Danh mục thuốc
DMTBV		Danh mục thuốc bệnh viện
DMTCY		Danh mục thuốc chủ yếu
HĐT&ĐT		Hội đồng thuốc và điều trị
HM-NTT		Nhóm hoc mon – nội tiết tố
NSAID		Nhóm chống viêm ,giảm đau không steroid
PPNC		Phương pháp nghiên cứu
VEN	Vital, Essential, Non- essential	Phân tích tối cần thiết, thiết yếu, không thiết yếu
TB		Trung bình
TP		Thành phần
TƯ		Trung ương
WHO	World Health Organization	Tổ chức Y tế Thế giới

## DANH MỤC BẢNG

Bảng 1.1: Bộ chỉ số đánh giá hoạt động của HĐT&ĐT của WHO.....	18
Bảng 1.2: Bộ chỉ số đánh giá hoạt động của HĐT&ĐT tại Australia.....	19
Bảng 1.3: Các bước xây dựng và thực hiện danh mục thuốc bệnh viện.....	25
Bảng 2.1: Danh sách các địa điểm nghiên cứu đã lựa chọn.....	44
Bảng 2.2: Nội dung, biến số/chỉ số nghiên cứu và kỹ thuật thu thập thông tin..	47
Bảng 3.1: Số khoa lâm sàng và số giường bệnh của các bệnh viện nghiên cứu...	53
Bảng 3.2: Vị trí chủ tịch, phó chủ tịch và thư ký HĐT&ĐT của các BV ....	54
Bảng 3.3: Cơ cấu thành viên HĐT&ĐT .....	55
Bảng 3.4: Cách thức thành lập HĐT&ĐT.....	57
Bảng 3.5: Cách thức triển khai hoạt động của HĐT&ĐT .....	58
Bảng 3.6: Các hoạt động trong lựa chọn thuốc của HĐT&ĐT .....	60
Bảng 3.7: Các hoạt động trong xây dựng danh mục thuốc bệnh viện.....	61
Bảng 3.8: Nội dung phân tích danh mục thuốc đã sử dụng .....	62
Bảng 3.9: Nội dung thẩm định các thuốc đề nghị bổ sung vào DMTBV .....	64
Bảng 3.10. Tiêu chí lựa chọn thuốc trong đấu thầu của các bệnh viện tuyến tỉnh..	67
Bảng 3.11: Cẩm nang danh mục thuốc bệnh viện.....	69
Bảng 3.12: Kết quả phân tích cơ cấu khoản mục thuốc nội - thuốc ngoại..	71
Bảng 3.13: Kết quả phân tích cơ cấu thuốc đơn TP - thuốc đa TP.....	72
Bảng 3.14: Kết quả phân tích cơ cấu thuốc mang tên generic - biệt dược...	74
Bảng 3.15: Kết quả phân tích cơ cấu các dạng thuốc.....	75
Bảng 3.16: Kết quả phân tích cơ cấu thuốc nằm trong DMTCY của BHYT .	76
Bảng 3.17: Kết quả phân tích cơ cấu tỷ trọng 10 nhóm thuốc thuốc sử dụng nhiều nhất .....	77
Bảng 3.18: Kết quả phân tích ABC số lượng khoản mục .....	79
Bảng 3.19: Kết quả phân tích nhóm A của các bệnh viện tuyến Trung ương .....	81
Bảng 3.20: Kết quả phân tích nhóm A của BV tuyến tỉnh.....	84
Bảng 3.21: Kết quả phân tích nhóm A của các bệnh viện tuyến huyện.....	86



## DANH MỤC HÌNH

Hình 1.1: Chu trình quản lý thuốc.....	22
Hình 3.1 : Cơ cấu 10 nhóm thuốc sử dụng nhiều nhất tại các tuyến bệnh viện .....	78
Hình 3.2 : Kết quả phân tích ABC số lượng khoản mục .....	80
Hình 3.3: Kết quả phân tích nhóm A của các bệnh viện tuyến TU.....	82
Hình 3.4: Kết quả phân tích nhóm A của BV tuyến tỉnh.....	84
Hình 3.5: Kết quả phân tích nhóm A của các bệnh viện tuyến huyện .....	87
Hình 4.1. Mối quan hệ giữa HĐT&ĐT và HĐCNK.....	90

## ĐẶT VẤN ĐỀ

Sử dụng thuốc thiếu hiệu quả và bất hợp lý nói chung và trong bệnh viện nói riêng đã và đang là vấn đề bất cập của nhiều quốc gia. Đây cũng là một trong các nguyên nhân chính làm gia tăng chi phí cho người bệnh, giảm chất lượng chăm sóc sức khỏe và uy tín của các cơ sở khám chữa bệnh. Theo một số nghiên cứu, kinh phí mua thuốc chiếm khoảng 30% - 40% ngân sách ngành Y tế của nhiều nước, và phần lớn số tiền đó bị lãng phí do sử dụng thuốc không hợp lý và các hoạt động cung ứng thuốc không hiệu quả [55].

Các nghiên cứu đã cho thấy tình trạng sử dụng thuốc bất hợp lý xảy ra tại nhiều nước trên thế giới. Tại các nước đang phát triển, 30%-60% bệnh nhân sử dụng kháng sinh gấp 2 lần so với tình trạng cần thiết [51] và hơn một nửa số ca viêm đường hô hấp trên điều trị kháng sinh không hợp lý. Tại châu Âu, sự đề kháng của phế cầu với penicillin tỷ lệ thuận với lượng kháng sinh được sử dụng [30].

Tại Việt Nam, với những chính sách mở cửa theo cơ chế thị trường và đa dạng hoá các loại hình cung ứng thuốc, thị trường thuốc ngày càng phong phú cả về số lượng và chủng loại. Theo số liệu của Cục quản lý Dược, hiện có khoảng 22.615 số đăng ký thuốc lưu hành còn hiệu lực, trong đó có 11.923 số đăng ký thuốc nước ngoài với khoảng 1000 hoạt chất và 10.692 số đăng ký thuốc sản xuất trong nước với khoảng 500 hoạt chất [27]. Điều này giúp cho việc cung ứng thuốc nói chung và cung ứng thuốc trong bệnh viện dễ dàng và thuận tiện hơn. Tuy nhiên, nó cũng gây ra nhiều khó khăn, lúng túng trong việc chọn lựa, sử dụng thuốc chữa bệnh không chỉ với các bệnh viện mà ngay cả trong cộng đồng.

Để hạn chế tình trạng trên, Tổ chức Y tế thế giới đã khuyến cáo các quốc gia thành lập Hội đồng thuốc và Điều trị (HĐT&ĐT) tại các bệnh viện.

HĐT&ĐT là hội đồng được thành lập nhằm đảm bảo tăng cường độ an toàn và hiệu quả sử dụng thuốc trong các bệnh viện. Thành viên của HĐT&ĐT bao gồm các chuyên gia trong nhiều lĩnh vực khác nhau nhằm đảm bảo cho người bệnh được hưởng chế độ chăm sóc tốt nhất với chi phí phù hợp thông qua việc xác định xem loại thuốc thiết yếu nào cần phải cung ứng, giá cả và sử dụng hợp lý an toàn [55].

Ngày 4/7/1997, Bộ Y tế Việt Nam đã ban hành Thông tư số 08/BYT-TT hướng dẫn về việc tổ chức, chức năng và nhiệm vụ của Hội đồng thuốc và điều trị ở bệnh viện [17]. Tính đến thời điểm này, HĐT&ĐT đã được tổ chức triển khai, hoạt động trong các bệnh viện công lập trong cả nước gần 15 năm, góp phần không nhỏ vào việc đảm bảo sử dụng thuốc hợp lý an toàn, hiệu quả trong các bệnh viện. Tuy nhiên, thực trạng hoạt động và vai trò của HĐT&ĐT trong các bệnh viện công lập này như thế nào, nó đã phát huy hết vai trò của nó trong sử dụng thuốc hợp lý an toàn nói chung và các hoạt động trong cung ứng thuốc bệnh viện nói riêng hay chưa cho đến nay vẫn còn là câu hỏi chưa có lời giải đáp cụ thể. Chính vì vậy, đề tài “**Đánh giá hoạt động của Hội đồng thuốc và điều trị trong xây dựng và thực hiện danh mục thuốc tại một số bệnh viện đa khoa**” được thực hiện nhằm các mục tiêu như sau:

1. Phân tích hoạt động của Hội đồng thuốc và điều trị trong xây dựng danh mục thuốc tại một số bệnh viện đa khoa cho năm 2009.

2. Đánh giá danh mục thuốc đã được sử dụng năm 2009 tại các bệnh viện nói trên.

Trên cơ sở đó làm rõ những bất cập hiện nay về hoạt động của HĐT&ĐT trong xây dựng danh mục thuốc bệnh viện và đề xuất một số giải pháp nhằm nâng cao vai trò của Hội đồng thuốc và điều trị trong hoạt động cung ứng thuốc bệnh viện nói chung và xây dựng, kiểm tra giám sát danh mục thuốc bệnh viện nói riêng.

# **Chương 1. TỔNG QUAN**

## **1.1. HỘI ĐỒNG THUỐC VÀ ĐIỀU TRỊ**

### **1.1.1. Quá trình hình thành và phát triển của HĐT&ĐT**

Lựa chọn thuốc trong xây dựng DMT điều trị là một trong những nguyên tắc quan trọng trong hoạt động cung ứng thuốc trong bệnh viện, nguyên tắc này lần đầu tiên đã được hình thành từ thế kỷ thứ 18 tại Mỹ [70]. Với sự phát triển mạnh mẽ của thị trường dược phẩm trên thế giới, vào những năm 30 của thế kỷ trước đã có những sự tiến bộ mang tính toàn cầu trong việc thực hiện nguyên tắc trên với việc ra đời và hình thành một Hội đồng chuyên làm nhiệm vụ xây dựng DMT tại các cơ sở điều trị, nó chính là tiền thân của HĐT&ĐT [70].

Quá trình hình thành và phát triển của HĐT&ĐT giữa các nước là rất khác nhau. Các nước Bắc Âu rất coi trọng và phát triển tổ chức này. Tại Thụy Điển, HĐT&ĐT đã được thành lập từ năm 1961, đến năm 1997, chính phủ Thụy Điển quy định mỗi vùng phải có một HĐT&ĐT [66]. Tại Đan Mạch, đến năm 1979, khoảng 90% các bệnh viện đã thành lập HĐT&ĐT [53]. Tại Đức, trong khoảng từ năm 1970 đến năm 1984, hầu hết các bệnh viện đã thành lập HĐT&ĐT [69].

Tại Australia, HĐT&ĐT bệnh viện được thành lập từ các năm 1960. Năm 1996, một điều tra cho thấy 92% các bệnh viện đã có HĐT&ĐT [75].

Năm 1997, Hội nghị quốc tế về tăng cường sử dụng thuốc an toàn hợp lý tại Chaing Mai, Thái Lan đã khẳng định việc thành lập HĐT&ĐT được coi là một giải pháp quan trọng nhằm cải thiện việc sử dụng thuốc trong bệnh viện. Đây cũng là dấu mốc quan trọng để WHO khuyến cáo các nước đang phát triển thành lập HĐT&ĐT.

Năm 1999, HĐT&ĐT đầu tiên được thành lập tại Moldova. Đến năm 2002, Bộ Y tế Moldova quy định thành lập HĐT&ĐT tại các bệnh viện tuyến huyện [38]. Tại Nepal, HĐT&ĐT được thành lập từ năm 2004, đến năm 2008, HĐT&ĐT đã được thành lập tại tất cả các bệnh viện, các viện có giường bệnh, bệnh viện tuyến huyện và các trung tâm chăm sóc sức khỏe ban đầu [65].

Tại Việt Nam, trước sự cần thiết phải có HĐT&ĐT, một nhóm nghiên cứu do Giáo sư Nguyễn Thành Đô phụ trách thí điểm thành lập HĐT&ĐT tại ba bệnh viện: Bệnh viện Phụ sản Hà Nội, Bệnh viện Đa khoa Ninh Bình và Bệnh viện Đa khoa Hà Tây từ tháng 7 năm 1996 đến tháng 3 năm 1997. Qua thí điểm cho thấy mô hình HĐT&ĐT phù hợp với tình hình thực tế tại các bệnh viện tại Việt Nam, hiệu quả điều trị tăng lên rõ rệt và chi phí và tiền thuốc giảm đáng kể. Ngày 4/7/1997, Bộ Y tế ban hành thông tư 08/BYT-TT hướng dẫn việc tổ chức, chức năng nhiệm vụ của Hội đồng thuốc và điều trị ở bệnh viện để thực hiện chỉ thị 03/BYT-CT ngày 25/3/1997 của Bộ trưởng Bộ Y tế về việc chấn chỉnh công tác cung ứng, quản lý và sử dụng thuốc tại bệnh viện [17]. Tính đến năm 2009, tất cả các bệnh viện công lập trên cả nước đã thành lập HĐT&ĐT [21].

Từ năm 2006, thành lập HĐT&ĐT là một trong các tiêu chí được quy định trong chính sách thuốc quốc gia của 76 nước trên thế giới. Trong đó có 37 quốc gia có thu nhập thấp, 32 quốc gia có thu nhập trung bình và 7 quốc gia có thu nhập cao [77].

### **1.1.2. Chức năng nhiệm vụ của HĐT&ĐT**

HĐT&ĐT là một tổ chức được thành lập nhằm đánh giá tác dụng của thuốc trên lâm sàng, phát triển các chính sách quản lý, sử dụng thuốc và quản lý DMT. HĐT&ĐT ra đời nhằm đảm bảo cho người bệnh được hưởng chế độ

chăm sóc tốt nhất với chi phí phù hợp thông qua xác định xem loại thuốc nào cần phải cung ứng, giá cả ra sao và sử dụng như thế nào [55].

Để đạt được mục đích trên, WHO khuyến cáo HĐT&ĐT cần phải đạt được các mục tiêu sau [78]:

Thứ nhất là xây dựng và thực hiện một hệ thống DMT có hiệu quả về mặt điều trị cũng như giá thành trong đó bao gồm các hướng dẫn điều trị thống nhất, một DMT và cẩm nang hướng dẫn DMT.

Thứ hai là đảm bảo chỉ sử dụng các thuốc thoả mãn các tiêu chí về hiệu quả điều trị, độ an toàn, hiệu quả - chi phí và chất lượng.

Thứ ba là đảm bảo an toàn thuốc thông qua công tác theo dõi, đánh giá và trên cơ sở đó ngăn ngừa các phản ứng có hại và sai sót trong điều trị.

Thứ tư là xây dựng và thực hiện những can thiệp để nâng cao thực hành sử dụng thuốc của các thầy thuốc kê đơn, dược sỹ cấp phát và người bệnh.

HĐT&ĐT có nhiều chức năng và các thành viên phải quyết định lựa chọn ưu tiên cho từng chức năng cụ thể. Việc quyết định các vấn đề ưu tiên có thể dựa trên năng lực tại chỗ và cơ cấu của tổ chức. Những chức năng chính của HĐT&ĐT bao gồm [55]:

- Tư vấn cho bác sỹ, dược sỹ và các nhà quản lý tất cả các vấn đề về thuốc, bao gồm chính sách và hướng dẫn có liên quan đến tới lựa chọn thuốc, phân phối và sử dụng thuốc.

- Xây dựng các quy định và quy trình quản lý sử dụng thuốc: bổ sung thuốc mới, sử dụng thuốc nằm ngoài DMTBV, điều tra sử dụng thuốc, hướng dẫn điều trị và can thiệp nhằm nâng cao hiệu quả sử dụng thuốc, sử dụng thuốc tên generic và các thay thế điều trị, xây dựng các văn bản yêu cầu và

hướng dẫn, quy định hoạt động thông tin thuốc của người giới thiệu thuốc và các tài liệu quảng cáo.

- Đánh giá và lựa chọn thuốc cho DMT bệnh viện: dựa trên bằng chứng y học về thuốc đó, trình độ kỹ thuật và chuyên môn của cơ sở điều trị và quy trình đánh giá khách quan.

- Xây dựng các hướng dẫn điều trị chuẩn: HĐT&ĐT có thể tự xây dựng Hướng dẫn điều trị chuẩn (HĐĐTC) từ mô hình bệnh tật của bệnh viện hoặc có thể tiếp nhận có điều chỉnh từ những tài liệu sẵn có từ các nguồn khác nhau để sử dụng trong bệnh viện.

- Điều tra sử dụng thuốc để nhận định các vấn đề và đưa ra các đề xuất phù hợp

Một số vấn đề cần điều tra thường xuyên: mua thuốc, bảo quản và cấp phát thuốc, kê đơn thuốc, quản lý và sử dụng thuốc, giám sát ADR (phản ứng có hại của thuốc), giám sát sai sót chuyên môn và giám sát kháng kháng sinh

Một số phương pháp sử dụng để điều tra sử dụng thuốc bao gồm: phân tích ABC/VEN, phân tích DDD và phân tích các chỉ số sử dụng thuốc.

- Can thiệp hiệu quả để nâng cao thực hành sử dụng thuốc: qua các chương trình đào tạo, các quy định quản lý và điều tiết.

- Xử trí các phản ứng có hại của thuốc: bao gồm giám sát, đánh giá, báo cáo, xác định vấn đề, và ngăn ngừa.

- Xử trí các sai sót trong điều trị: các sai sót có thể xảy ra trong mọi quá trình: kê đơn của bác sỹ, chuẩn bị và cấp phát thuốc của dược sỹ, trong khi thực hiện thuốc của điều dưỡng hay trong khi bệnh nhân uống thuốc. Các sai sót có thể xảy ra với tất cả mọi người đang điều trị do nhiều nguyên nhân nhưng phần lớn do thiếu kiến thức, thiếu tập trung, kỹ năng chưa thành thạo, sai quy trình cấp phát, lỗi do thiếu trách nhiệm. HĐT&ĐT phải đưa ra các cách thức để theo dõi, đánh giá và ngăn chặn các sai sót để không xảy ra.

- Phổ biến thông tin: HĐT&ĐT phải chuyển tải các thông tin về hoạt động, các quyết định và đề xuất tới tất cả những đối tượng thực hiện các quyết định của HĐT&ĐT. Sự chuyển tải đầy đủ thông tin giúp HĐT&ĐT có uy tín.

Tại Việt Nam, Bộ Y tế cũng quy định rõ bốn nhiệm vụ của HĐT&ĐT [17]:

- Xây dựng và trình giám đốc phê duyệt các quy định cơ bản về cung ứng, quản lý và sử dụng thuốc của bệnh viện.

- Xây dựng và trình giám đốc phê duyệt DMT dùng cho bệnh viện.

- Xây dựng và trình giám đốc phê duyệt quy trình cấp phát thuốc và theo dõi dùng thuốc và đồng thời giúp giám đốc kiểm tra việc thực hiện khi quy trình trên được phê duyệt.

- Giúp Giám đốc bệnh viện các hoạt động: Giám sát kê đơn hợp lý; tổ chức theo dõi các phản ứng có hại và các vấn đề liên quan đến thuốc trong bệnh viện; tổ chức thông tin thuốc; tổ chức nghiên cứu khoa học và đào tạo kiến thức về thuốc và thiết lập mối quan hệ hợp tác chặt chẽ giữa dược sỹ, bác sỹ và điều dưỡng.

### **1.1.3. Cơ cấu tổ chức của HĐT&ĐT**

#### **1.1.3.1. Nguyên tắc thành lập HĐT&ĐT**

Nguyên tắc đầu tiên của HĐT&ĐT là đa thành phần phù hợp với điều kiện bệnh viện. HĐT&ĐT cần có sự tham gia của nhiều cán bộ thuộc các chuyên ngành, mức độ kinh nghiệm, kỹ năng và thực hành khác nhau nhằm xử trí những bất đồng giữa các nhà lâm sàng, dược sỹ và các nhà quản lý liên quan đến việc hạn chế kê đơn [78].

Nguyên tắc thứ 2 của HĐT&ĐT là minh bạch và đảm bảo chất lượng dịch vụ. Điều này đặc biệt quan trọng, nhất là với việc đưa ra các quy định, cơ chế lựa chọn và mua thuốc. Những cá nhân có liên quan sẽ không phải chịu



bất cứ hình thức tác động nào từ quảng cáo, khuyến mại hoặc các mối lợi ích mang tính cá nhân.

Nguyên tắc thứ 3 là HĐT&ĐT phải có năng lực kỹ thuật phù hợp với hoạt động. Các thành viên phải có năng lực chuyên môn khác nhau và việc nhóm họp, thảo luận cũng như phân tích những vấn đề sử dụng thuốc là một cách hiệu quả giúp nâng cao năng lực cho các thành viên ở những lĩnh vực không thuộc chuyên môn sâu. Các quyết định mà HĐT&ĐT đưa ra phải dựa trên cơ sở khoa học và bằng chứng cụ thể.

Nguyên tắc cuối cùng là có hỗ trợ tài chính cho hoạt động của HĐT&ĐT. Hỗ trợ về tài chính rất quan trọng vì nếu không được hỗ trợ, HĐT&ĐT sẽ khó thực hiện được các quyết định đã đưa ra. Hỗ trợ này tạo nên thẩm quyền cần thiết cho HĐT&ĐT huy động sự hợp tác giữa các cán Bộ Y tế và duy trì các hoạt động của HĐT&ĐT.

#### **1.1.3.2. Các bước thành lập HĐT&ĐT**

HĐT&ĐT được xây dựng và điều hành thông qua 7 bước [78]:

- Tổ chức hội đồng và lựa chọn thành viên
- Xác định mục đích và chức năng của HĐT&ĐT
- Xác định phương thức hoạt động của HĐT&ĐT
- Ủy nhiệm hoạt động
- Xác định các nguồn cung hỗ trợ tài chính
- Thành lập các ủy ban chuyên trách
- Đánh giá hoạt động của HĐT&ĐT

## 1.2. MỘT SỐ CÔNG CỤ ĐÁNH GIÁ HOẠT ĐỘNG CỦA HĐT&ĐT

### 1.2.1. Bộ chỉ số đánh giá hoạt động của HĐT&ĐT của WHO

WHO đã xây dựng bộ chỉ số đánh giá hoạt động của HĐT&ĐT bao gồm mười chỉ số đánh giá quá trình hoạt động, ba chỉ số đánh giá ảnh hưởng và một chỉ số đánh giá hiệu quả hoạt động của HĐT&ĐT [55].

**Bảng 1.1: Bộ chỉ số đánh giá hoạt động của HĐT&ĐT của WHO**

<p><b>Chỉ số quá trình</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. HĐT&amp;ĐT có văn bản quy định rõ mục đích, mục tiêu, nhiệm vụ và chức năng của từng thành viên không?</li><li>2. HĐT&amp;ĐT có được hỗ trợ về tài chính để hoạt động không?</li><li>3. Tỷ lệ các thành viên tham dự trên 50% các cuộc họp HĐT&amp;ĐT?</li><li>4. Có bao nhiêu cuộc họp HĐT&amp;ĐT đã được tổ chức trong năm trước?</li><li>5. HĐT&amp;ĐT có văn bản quy định việc bổ sung hay loại bỏ thuốc ra khỏi DMT bệnh viện không?</li><li>6. HĐT&amp;ĐT có xây dựng, ban hành và tổ chức thực hiện các hướng dẫn điều trị chuẩn không?</li><li>7. HĐT&amp;ĐT có tổ chức các hoạt động tập huấn về sử dụng thuốc không?</li><li>8. Có bao nhiêu nghiên cứu can thiệp nhằm nâng cao thực hành sử dụng thuốc đã được thực hiện?</li><li>9. Có bao nhiêu điều tra sử dụng thuốc đã được tiến hành?</li><li>10. HĐT&amp;ĐT có xây dựng quy định để kiểm soát vấn đề người giới thiệu thuốc và quảng cáo thuốc tại bệnh viện không?</li></ol>
<p><b>Chỉ số ảnh hưởng</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>11. Lựa chọn thuốc</li></ol>

- Có bao nhiêu thuốc trong DMT bệnh viện?
- Tỷ lệ các thuốc kê đơn nằm trong DMT bệnh viện?
- Có bao nhiêu thuốc kháng sinh trong DMT bệnh viện?

#### 12. Chất lượng kê đơn

- Tỷ lệ bệnh nhân được điều trị phù hợp với hướng dẫn điều trị chuẩn?
- Tỷ lệ các thuốc đã điều trị phù hợp với các tiêu chí đánh giá trong điều tra sử dụng thuốc?

#### 13. An toàn trong dùng thuốc:

- Tỷ lệ tử vong và bệnh tật trong một năm gây ra do phản ứng có hại của thuốc và sai sót trong điều trị?

### **Chỉ số hiệu quả**

#### 14. Hiệu quả về tài chính

- Chỉ chỉ cho các hoạt động của HĐT&ĐT so với các số tiền tiết kiệm được thông qua cải thiện việc sử dụng thuốc và giảm lãng phí.

### **1.2.2. Bộ chỉ số đánh giá hoạt động của HĐT&ĐT tại Australia**

#### **Bảng 1.2: Bộ chỉ số đánh giá hoạt động của HĐT&ĐT tại Australia**

##### **Chỉ số quá trình**

1. HĐT&ĐT quy định rõ về cơ cấu tổ chức, thẩm quyền và trách nhiệm không?
2. Các mục đích, mục tiêu, các điều khoản và kế hoạch chiến lược của HĐT&ĐT có được quy định bằng văn bản không không?
3. HĐT&ĐT có các quy định về:
  - a. Thẩm quyền quyết định việc cung ứng và sử dụng thuốc tại bệnh viện không?

- b. Quá trình thực hiện và đánh giá các quy định về thuốc.
  - c. Cách thức ra quyết định của HĐT&ĐT
  - d. Quy định và quy trình kê khai về lợi ích của các thành viên trong hội đồng?
  - e. Quy định về các cuộc họp định kỳ?
4. HĐT&ĐT có được phân bổ nguồn lực hỗ trợ không?
  5. HĐT&ĐT có các thành viên đại diện các khoa lâm sàng, khoa dược, điều dưỡng và các nhà quản lý để cùng nhau ra quyết định không?
  6. Có văn bản quy định về việc đưa ra quyết định của các thành viên trong HĐT&ĐT không?
  7. Các quyết định của cuộc họp HĐT&ĐT có được ghi thành biên bản và chuyển tới các thành viên không?
  8. HĐT&ĐT có ban hành bản yêu cầu bổ xung thuốc vào danh mục?
  9. HĐT&ĐT giám sát, xem xét và phê chuẩn quy trình chuẩn của các yêu cầu sử dụng các thuốc không nằm trong danh mục trong một số tình huống nhất định không?
  10. DMT có được xem xét hàng năm không?
  11. HĐT&ĐT có xây dựng và thực thi quy định đánh giá và nhận thuốc khuyến mại từ các công ty dược phẩm không?
  12. HĐT&ĐT có xây dựng các quy định hỗ trợ nhằm giúp đỡ các bệnh nhân không có BHYT duy trì phác đồ điều trị của họ không?
  13. HĐT&ĐT có xây dựng quy định nhằm đánh giá các thuốc chưa có đăng ký chỉ định và các thuốc thay thế không?
  14. HĐT&ĐT có hỗ trợ hay phê chuẩn bất kỳ hoạt động nào sau không?
    - a. Cung cấp các tài liệu đào tạo cho các bác sỹ;
    - b. Cung cấp các thông tin khách quan cho bác sỹ,
    - c. Thống kê và phản hồi dữ liệu thông tin cho bác sỹ;

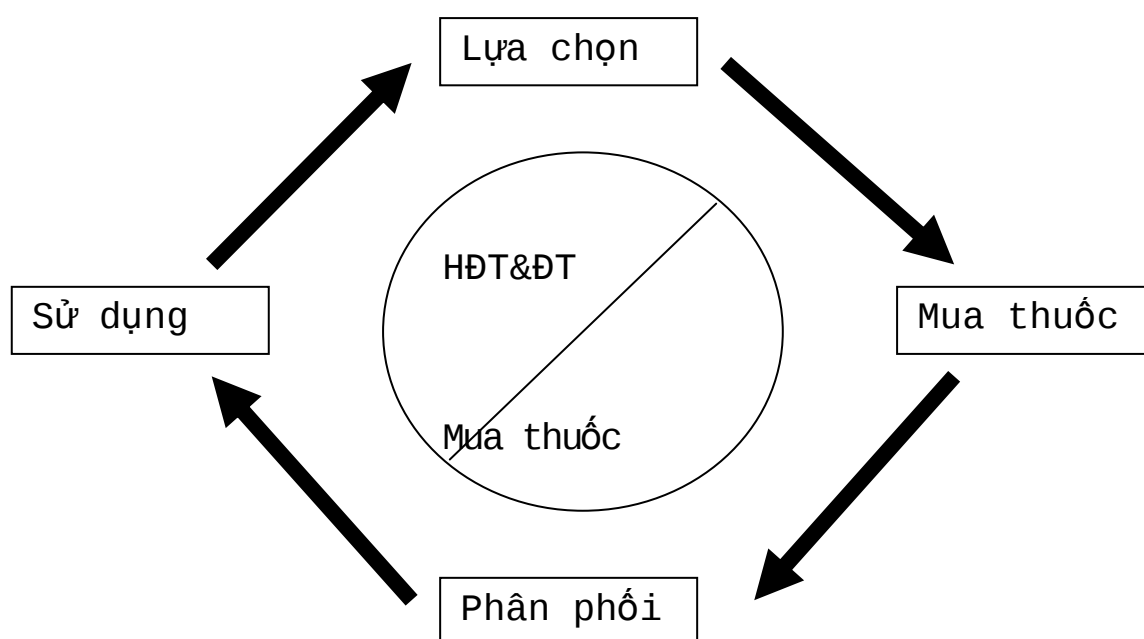
<p>d. Đào tạo hoặc tổ chức hội thảo phương pháp điều trị?</p> <p>15. Tỷ lệ các thành viên tham dự trên 50% các cuộc họp HĐT&amp;ĐT</p> <p>16. Tỷ lệ một số nhóm thuốc: giảm đau, gây mê, kháng sinh Cephalosporin.</p> <p>17. Tỷ lệ Bác sỹ và điều dưỡng nhận được hướng dẫn sử dụng thuốc từ HĐT&amp;ĐT.</p>
<p><b>Chỉ số ảnh hưởng</b></p> <p>18. Tỷ lệ phần trăm các hoạt chất mới được bổ sung vào DMTBV được đánh giá qua: bằng chứng y học về sự an toàn và hiệu quả của thuốc, phân tích về chi phí, đánh giá lâm sàng cần thiết?</p> <p>19. Tỷ lệ phần trăm các quy định về sử dụng thuốc đã thông qua?</p> <p>20. Tỷ trọng các thuốc không có trong danh mục so với tổng giá trị tiền thuốc?</p> <p>21. Tỷ lệ Bác sỹ và điều dưỡng sử dụng các hướng dẫn sử dụng thuốc từ HĐT&amp;ĐT.</p> <p>22. Tỷ lệ cải thiện của việc tuân thủ hướng dẫn sử dụng thuốc cho một tình trạng bệnh nhất định trước và sau can thiệp?</p>
<p><b>Chỉ số hiệu quả</b></p> <p>23. Tình trạng bệnh tật của bệnh viện được cải thiện do phòng tránh được các phản ứng có hại của thuốc và các sai sót trong điều trị.</p>

Bộ chỉ số đánh giá hoạt động HĐT&ĐT của Australia được Hiệp hội dược tại Australia nghiên cứu xây dựng, dựa trên các quy định, các nghiên cứu đã được tiến hành và tư vấn của các chuyên gia về thuốc trong bệnh viện [76]. Nghiên cứu xây dựng 35 chỉ số giả định, trong đó 4 chỉ số đánh giá hiệu quả, 7 chỉ số đánh giá ảnh hưởng và 24 chỉ số đánh giá quá trình. Sau khi bộ chỉ số trên được tiến hành nghiên cứu trên 16 bệnh viện, bộ chỉ số chính thức

được xây dựng gồm 1 chỉ số đánh giá hiệu quả, 6 chỉ số đánh giá ảnh hưởng và 17 chỉ số đánh giá quá trình [76].

### 1.3. VAI TRÒ CỦA HĐT&ĐT TRONG HOẠT ĐỘNG LỰA CHỌN THUỐC

Vai trò của HĐT&ĐT trong chu trình quản lý thuốc được thể hiện theo hình 1.1 [78]:



Hình 1.1: Chu trình quản lý thuốc

Trong chu trình quản lý thuốc ở bệnh viện HĐT&ĐT là tổ chức đứng ra điều phối toàn bộ quá trình cung ứng thuốc. HĐT&ĐT thường không thực hiện chức năng mua sắm mà có vai trò đảm bảo xây dựng hệ thống danh mục và chính sách thuốc, bộ phận mua thuốc thực hiện theo yêu cầu của HĐT&ĐT [78]. DMTBV là cơ sở để đảm bảo cung ứng thuốc chủ động có kế hoạch nhằm phục vụ cho nhu cầu điều trị hợp lý, an toàn, hiệu quả. DMTBV được xây dựng hàng năm theo định kỳ và có thể bổ sung hoặc loại bỏ thuốc trong DMTBV trong các kỳ họp của HĐT&ĐT.

Lựa chọn thuốc là hoạt động đầu tiên và quan trọng nhất trong chu trình quản lý cung ứng thuốc. Đánh giá và lựa chọn thuốc cho DMT bệnh viện là chức năng quan trọng nhất của HĐT&ĐT. Thuốc được lựa chọn phải dựa trên các hướng dẫn hoặc phác đồ điều trị chuẩn đã được xây dựng và áp dụng tại bệnh viện hay cơ sở khám chữa bệnh. Một DMT được xây dựng tốt có thể giúp loại bỏ được các loại thuốc không an toàn và không hiệu quả do đó có thể giảm tỷ lệ mắc bệnh và tỷ lệ tử vong đồng thời giúp giảm số lượng thuốc được mua sắm dẫn đến giảm tổng số tiền chi tiêu cho thuốc, giảm số ngày nằm viện. DMTBV sẽ giúp cung cấp thông tin thuốc tập trung và có trọng tâm, giúp cho chương trình tập huấn giáo dục được diễn ra thường xuyên liên tục. Một DMT được xây dựng tốt sẽ tiết kiệm chi phí và sử dụng hợp lý nguồn tài chính đồng thời cải thiện chất lượng chăm sóc y tế tại bệnh viện [78]. Chính vì vậy, có thể nói rằng việc lựa chọn xây dựng DMT là một bước then chốt và có vai trò quan trọng tiên quyết, ảnh hưởng tới hiệu quả của việc cung ứng thuốc trong bệnh viện nói chung và sử dụng thuốc hợp lý an toàn nói riêng.

### **1.3.1. Nguyên tắc lựa chọn thuốc**

WHO đã xây dựng nguyên tắc lựa chọn thuốc xây dựng DMTBV: Chọn thuốc theo nhu cầu điều trị và theo tình trạng bệnh lý của người bệnh, tránh trùng lặp cả về mặt điều trị cũng như dược chất. Đánh giá lựa chọn thuốc sử dụng các tiêu chí lựa chọn rõ ràng dựa trên các yếu tố về hiệu quả, độ an toàn, chất lượng và chi phí đã được chứng minh, các thông tin dựa trên bằng chứng. DMTBV phải thống nhất với DMT chủ yếu dùng trong bệnh viện và hướng dẫn điều trị. Chỉ cần nhắc đề xuất bổ sung thuốc từ các nhân viên y tế chứ không phải công ty dược và yêu cầu với các đề xuất bổ sung thuốc mới là phải cung cấp đầy đủ bằng chứng đáng tin cậy về hiệu quả điều trị, độ an toàn, hiệu quả - chi phí và người đề xuất không hưởng lợi ích từ việc sử dụng

thuốc đó. Hàng năm cần rà soát mang tính hệ thống đối với tất cả các phân nhóm điều trị để tránh trùng lặp [78].

### **1.3.2. Tiêu chí lựa chọn thuốc**

Việc lựa chọn thuốc phụ thuộc vào nhiều yếu tố như mô hình bệnh tật, trang thiết bị điều trị, kinh nghiệm và trình độ của đội ngũ cán bộ, các nguồn lực tài chính, các yếu tố môi trường, địa lý và di truyền. WHO đã xây dựng một số tiêu chí lựa chọn như sau [78]:

- Chỉ chọn các thuốc có đủ bằng chứng tin cậy về hiệu quả điều trị, độ an toàn thông qua các thử nghiệm lâm sàng và trên thực tế sử dụng rộng rãi tại các cơ sở khám chữa bệnh.

- Thuốc được lựa chọn phải có sẵn ở dạng bào chế đảm bảo sinh khả dụng, cũng như sự ổn định về chất lượng trong điều kiện bảo quản và sử dụng nhất định.

- Khi có hai hay nhiều hơn hai thuốc tương đương nhau về hai tiêu chí trên thì cần phải lựa chọn trên cơ sở đánh giá kỹ lưỡng các yếu tố như hiệu quả điều trị, độ an toàn, giá cả và khả năng cung ứng.

- Khi so sánh chi phí giữa các thuốc cần so sánh tổng chi phí cho toàn bộ quá trình điều trị chứ không phải chỉ tính chi phí theo đơn vị của từng thuốc. Khi mà các thuốc không hoàn toàn giống nhau thì khi chọn cần phải tiến hành phân tích hiệu quả - chi phí.

- Trong một số trường hợp, sự lựa chọn còn phụ thuộc vào một số yếu tố khác như các đặc tính dược động học hoặc cân nhắc những đặc điểm tại địa phương như trang thiết bị bảo quản, hệ thống kho chứa hoặc nhà sản xuất, cung ứng.

- Thuốc thiết yếu nên được bào chế ở dạng đơn chất. Những thuốc ở dạng đa thành phần phải có đủ cơ sở chứng minh liều lượng của từng hoạt



chất đáp ứng nhu cầu điều trị của nhóm đối tượng cụ thể và có lợi thế vượt trội về hiệu quả, độ an toàn hoặc tiện dụng so với thuốc ở dạng đơn chất.

- Thuốc ghi tên generic hoặc tên chung quốc tế, tránh đề cập đến tên biệt dược hoặc nhà sản xuất cụ thể.

### 1.3.3. Xây dựng và thực hiện DMT bệnh viện

Danh mục thuốc bệnh viện là một danh sách các thuốc đã được lựa chọn và phê duyệt để sử dụng trong bệnh viện.

DMTBV phải thống nhất với DMT chủ yếu của Bộ Y tế. Việc thống nhất một cách rõ ràng các tiêu chí chọn lựa khi xây dựng DMT là rất quan trọng và cần phải được thực hiện một cách bài bản nhằm tạo dựng giá trị của DMT cũng như sự tin tưởng của thầy thuốc kê đơn khi sử dụng DMT đó. Tổ chức Y tế thế giới đã xây dựng một quy trình để xây dựng DMT trong bệnh viện bao gồm 4 giai đoạn với 19 bước [32]. HĐT&ĐT thể hiện vai trò rất quan trọng trong từng giai đoạn và từng bước cụ thể trong quy trình này

**Bảng 1.3: Các bước xây dựng và thực hiện danh mục thuốc bệnh viện**

Các giai đoạn	Các bước tiến hành
Quản lý hành chính	Bước 1: Giới thiệu các khái niệm cần thiết để có được sự ủng hộ của Ban giám đốc bệnh viện Bước 2: Thành lập HĐT&ĐT Bước 3: Xây dựng các chính sách và quy trình
Xây dựng danh mục thuốc	Bước 4: Xây dựng hoặc lựa chọn các phác đồ điều trị Bước 5: Thu thập các thông tin để đánh giá lại danh mục thuốc hiện tại Bước 6: Phân tích mô hình bệnh tật và tình hình sử dụng thuốc Bước 7: Đánh giá lại các nhóm thuốc và xây dựng phác thảo

	<p>DMTBV</p> <p>Bước 8: Phê chuẩn danh mục thuốc sử dụng tại bệnh viện</p> <p>Bước 9: Đào tạo cho nhân viên trong bệnh viện về DMTBV: quy định và quá trình xây dựng, quy định bổ sung hoặc loại bỏ thuốc khỏi danh mục, quy định sử dụng thuốc không có trong danh mục và kê đơn thuốc tên generic.</p>
Xây dựng cẩm nang danh mục thuốc	<p>Bước 10: Quyết định xây dựng cẩm nang danh mục thuốc</p> <p>Bước 11: Xây dựng các quy định và các thông tin trong cẩm nang</p> <p>Bước 12: Xây dựng các chuyên luận trong cẩm nang danh mục thuốc</p> <p>Bước 13: Xây dựng các chuyên luận đặc biệt trong cẩm nang</p> <p>Bước 14: Xây dựng các hướng dẫn tra cứu cẩm nang</p> <p>Bước 15: In ấn và phát hành cẩm nang danh mục thuốc</p>
Duy trì danh mục thuốc	<p>Bước 16: Xây dựng các hướng dẫn điều trị chuẩn</p> <p>Bước 17: Thiết kế và tiến hành điều tra sử dụng thuốc</p> <p>Bước 18: Thiết kế và tiến hành theo dõi các phản ứng có hại của thuốc</p> <p>Bước 19: Cập nhật các thuốc trong cẩm nang danh mục thuốc</p>

Trong giai đoạn một, HĐT&ĐT thu thập một số thông tin để giúp Ban giám đốc bệnh viện thấy rõ hiệu quả của việc quản lý tốt DMT và thuyết phục các nhà quản lý bệnh viện đồng ý và ra quyết định về DMT và xem đây là quy định của bệnh viện [32].

Các thông tin HĐT&ĐT cần thu thập bao gồm: tổng giá trị và tỷ trọng tiền thuốc trong năm trước, số lượng các thuốc, các nhóm thuốc đang sử dụng, giá trị và nguyên của thuốc bị huỷ trong năm trước, tên của 10 thuốc sử

dụng nhiều nhất, các phản ứng có hại của thuốc, số lượng các ca tử vong do thuốc, các thuốc bị cấm sử dụng, các thuốc giả, thuốc kém chất lượng.

HĐT&ĐT chịu trách nhiệm xây dựng giám sát mọi quy định và quy trình liên quan đến thuốc tại bệnh viện [72]. Một số quy định nên được HĐTĐT quy định rõ bằng văn bản: quy trình lựa chọn thuốc mới, các thuốc hạn chế sử dụng, sử dụng thuốc ngoài danh mục và kê đơn thuốc mang tên generic.

### **Quy trình lựa chọn một số thuốc mới**

Chỉ có bác sỹ, dược sỹ mới có quyền yêu cầu bổ sung hoặc loại bỏ thuốc, có xác nhận của trưởng khoa phòng lâm sàng. Các đề xuất bổ sung thuốc được chuẩn bị dựa trên các mẫu chính thức đã được xây dựng, sau đó gửi cho thư ký của HĐT&ĐT, nếu đã được điền đầy đủ các thông tin yêu cầu, được chuyển tới đơn vị thông tin thuốc hoặc dược sỹ chịu trách nhiệm về thông tin thuốc. Đơn vị thông tin thuốc tìm kiếm các thông tin để đánh giá thuốc mới được yêu cầu với các thuốc đã có trong DMTBV có cùng chỉ định. Mục tiêu so sánh là chi phí - hiệu quả, độ an toàn và giá.

HĐT&ĐT đánh giá các đề nghị bổ sung thuốc dựa trên các tiêu chí có cơ sở bằng chứng rõ ràng, cụ thể và được tất cả các thành viên HĐT&ĐT thống nhất [55].

Đối với các thuốc đề nghị chưa có trong DMTBV hiện tại, cần đánh giá hiệu quả điều trị, hiệu lực và độ an toàn của thuốc theo các tài liệu đáng tin cậy; chất lượng của thuốc thông qua việc cấp số đăng ký của Bộ Y Tế và hệ thống cung cấp đảm bảo chất lượng về vận chuyển, bảo quản và sản xuất. Các thuốc mới đánh giá dựa trên năng lực, kinh nghiệm lâm sàng cũng như điều kiện trang thiết bị cần cho việc sử dụng thuốc, vai trò của bác sỹ khi theo dõi điều trị và dự tính chi phí của bệnh viện khi thuốc được đưa vào sử dụng và khả năng cung ứng của thuốc [78].

Đối với các thuốc đề nghị mà đã có thuốc có tác dụng tương tự trong danh mục, HĐT&ĐT cần xem xét các yếu tố: Thuốc mới có vượt trội hơn so với thuốc hiện có về mặt hiệu quả điều trị, độ an toàn, tiện dụng không và so sánh tổng chi phí cho một liệu trình điều trị bằng thuốc mới so với các thuốc hiện có. Đối với những thuốc đề nghị để sử dụng cho một số trường hợp nhất định thì không nên đưa các thuốc này vào trong danh mục. Những tình huống như vậy bao gồm: Bệnh nhân không đáp ứng hoặc có những chống chỉ định với các thuốc hiện có hoặc trước đó đã đáp ứng tốt với thuốc không có trong DMTBV và việc thay đổi thuốc có thể gây nguy hại cho người bệnh. HĐT&ĐT thảo luận và biểu quyết ý kiến đề xuất về thuốc mới. Quyết định của HĐT&ĐT được phổ biến tới tất cả nhân viên trong bệnh viện [78].

#### **Thuốc hạn chế sử dụng**

HĐT&ĐT quy định hạn chế sử dụng một số thuốc nhất định trong DMTBV: thuốc kháng sinh thế hệ 3,4 hay một số thuốc hóa trị liệu hoặc độc cho tế bào, thuốc có giá thành cao, thuốc dễ bị sử dụng lạm dụng [78].

#### *Sử dụng thuốc nằm ngoài DMTBV*

HĐT&ĐT quy định mẫu đề nghị sử dụng thuốc ngoài DMTBV. Khoa Dược lưu lại các biên bản đề xuất bao gồm tên bác sỹ đề nghị, tên và số lượng thuốc yêu cầu để theo dõi sự tuân thủ DMTBV và đánh giá sự đáp ứng của DMTBV với MHBT và cân nhắc có bổ sung thuốc vào DMTBV hay không [78].

#### *Sử dụng thuốc mang tên generic*

Thuốc mang tên generic là một thuốc thành phẩm nhằm thay thế một thuốc phát minh được sản xuất không có giấy phép nhượng quyền của công ty phát minh và được đưa ra thị trường sau khi bằng phát minh và các độc quyền đã hết hạn [5].

Việc lựa chọn thuốc thành phẩm theo nguyên tắc sau: ưu tiên lựa chọn thuốc mang tên generic, thuốc đơn chất, thuốc sản xuất trong nước, thuốc của các doanh nghiệp được đạt tiêu chuẩn thực hành tốt sản xuất thuốc [4].

Trong giai đoạn hai, HĐT&ĐT tiến hành lựa chọn các thuốc cho DMT. Các quyết định về lựa chọn thuốc phải dựa trên các bằng chứng y học lâm sàng, đạo đức, luật pháp, quy tắc xã hội, chất lượng cuộc sống, các yếu tố kinh tế nhằm đạt được kết quả tối ưu trong chăm sóc bệnh nhân [72]. Nguyên tắc này được thực hiện tại nhiều quốc gia: Australia [35], Hà lan [61], Canada [57], Mỹ [52]. Đây là bước quan trọng nhất trong quá trình xây dựng DMT vì kết quả của các lựa chọn này ảnh hưởng đến hiệu quả - chi phí của việc điều trị [32]. Để đưa ra một quyết định lựa chọn thuốc tối ưu cần có sẵn các dữ liệu về hiệu quả và chi phí điều trị. Tuy nhiên, các nguồn dữ liệu này thường không đầy đủ, không có sẵn các dữ liệu cần thiết hoặc không phù hợp với các thành viên HĐT&ĐT [37].

Sau khi đã thiết lập được các quy định và quy trình, bước tiếp theo của HĐT&ĐT là xây dựng hoặc lựa chọn các nhóm thuốc cho DMTBV. Trước khi xây dựng danh mục, cần thu thập những dữ liệu cần thiết để phân tích các mô hình sử dụng thuốc hiện có. Các thông tin cần thu thập trước khi xây dựng DMTBV: Tổng giá trị tiền thuốc đã sử dụng trong năm trước, tỷ lệ giá trị tiền thuốc so với tổng chi phí của bệnh viện, số lượng các thuốc, các nhóm thuốc đang sử dụng tại bệnh viện, giá trị của thuốc bị huỷ trong năm, tên của 10 thuốc sử dụng nhiều nhất, các phản ứng có hại của thuốc đã được thu thập, số lượng các ca tử vong do thuốc, các thuốc bị cấm sử dụng, thuốc giả, thuốc kém chất lượng đã được thông tin [72].

Các thông tin trên được trình bày các nhà quản lý cho thấy thấy có thể giảm được các chi phí mua thuốc thông qua quản lý danh mục thuốc và nhấn mạnh về hiệu quả của việc quản lý tốt danh mục thuốc

Một số phương pháp phân tích đánh giá DMTBV mà HĐT&ĐT cần sử dụng để phân tích, đánh giá tình hình sử dụng thuốc trước khi xây dựng DMTBV là phương pháp phân tích ABC/ VEN, phân tích DDD.

Phân tích ABC: Phân tích ABC là phương pháp phân tích tương quan giữa lượng thuốc tiêu thụ hàng năm và chi phí nhằm phân định ra những thuốc nào chiếm tỷ lệ lớn trong ngân sách. Các thuốc loại A (chiếm 10-20% tổng số thuốc ứng với khoảng 70-80% ngân sách), các thuốc loại B (với tỷ lệ sử dụng trung bình) và các thuốc loại C (đại đa số các thuốc có cách sử dụng riêng lẻ ở mức thấp, mà tổng của chúng chỉ chiếm ít hơn 25% tổng ngân sách). Phân tích ABC có thể được dùng để đưa ra sự ưu tiên đối với các thuốc thuộc loại A trong việc đưa ra các quyết định lựa chọn và mua sắm thuốc [78].

Phân tích VEN là một hệ thống xác lập sự ưu tiên trong việc chọn lựa và mua sắm các thuốc được phân loại theo tác động của chúng: các thuốc tối cần thiết, thuốc thiết yếu và không thiết yếu. Thuốc tối cần thiết là các thuốc dùng để cứu sống người bệnh hoặc các thuốc thiết yếu cho các dịch vụ chăm sóc sức khỏe cơ bản. Thuốc thiết yếu là các thuốc dùng để điều trị cho những bệnh nặng nhưng không nhất thiết phải có cho các dịch vụ chăm sóc sức khỏe cơ bản. Thuốc không thiết yếu là các thuốc dùng để điều trị những bệnh nhẹ, có thể có hoặc không có trong DMTBV và không cần thiết phải lưu trữ trong kho [78].

Cả hai phương pháp trên phân tích cung cấp cho HĐT&ĐT các dữ liệu quan trọng để quyết định thuốc nào nên loại khỏi DMT, thuốc nào cần thiết và thuốc nào ít quan trọng hơn.

Phương pháp phân tích này đã được áp dụng tại châu Phi, châu Mỹ la tinh[51], Ấn Độ [54]. Tại Việt nam, nghiên cứu về cung ứng thuốc tại bệnh viện Nhi Trung ương, bệnh viện Lao phổi Trung ương, bệnh viện Hữu Nghị [22], bệnh viện Nhân dân 115 [18] đã sử dụng phương pháp phân tích ABC để đánh giá các bất cập trong quản lý cung ứng thuốc tại bệnh viện.

Phân tích DDD: Phương pháp tính liều xác định trong ngày giúp chuyển đổi, chuẩn hóa các số liệu về số lượng sản phẩm thành ước lượng thô về thuốc được dùng trong điều trị, từ đó xác định sơ bộ số ngày điều trị của một thuốc đã tiêu thụ [78].

Sau khi thu thập các thông tin cần đánh giá lại các nhóm thuốc và xây dựng phác thảo DMTBV. Đây là bước quan trọng nhất trong quá trình xây dựng DMTBV. Các thuốc trong DMTBV đã được đánh giá và lựa chọn phù hợp với MHBT và tài chính của bệnh viện.

Trong giai đoạn ba của quy trình xây dựng DMT, HĐT&ĐT cần xây dựng một cuốn Cẩm nang DMT. Thông tin trong cuốn cẩm nang nhằm giúp cán Bộ Y tế trong bệnh viện, đặc biệt là bác sỹ hiểu được hệ thống DMT và chức năng của HĐT&ĐT [32].

Giai đoạn cuối cùng trong quá trình xây dựng DMT là duy trì DMT. Việc sử dụng thuốc không hợp lý vẫn xảy ra ngay cả khi có một DMT lý tưởng. Hướng dẫn điều trị chuẩn hay phác đồ điều trị là công cụ hiệu quả để tăng cường kê đơn hợp lý [78]. Các điều tra sử dụng thuốc và theo dõi phản ứng có hại của thuốc cũng giúp HĐT&ĐT quản lý DMT và việc sử dụng thuốc trong bệnh viện hiệu quả hơn.

Thông tư 08/BYT-TT ra ngày 4 tháng 7 năm 1997 hướng dẫn xây dựng DMTBV dựa trên: Phác đồ điều trị chuẩn, mô hình bệnh tật, các kiến thức khoa học mới trong điều trị, nhiệm vụ điều trị, nhu cầu thuốc của bệnh viện

đã dùng trong quá khứ và dự liệu trong tương lai và chính sách thuốc của nhà nước, ưu tiên theo thứ tự: Thuốc thiết yếu, thuốc quy định cho BHYT, thuốc sản xuất trong nước có chất lượng đảm bảo, thuốc nhập nội [17].

- Những thuốc có cùng một hoạt chất của nhiều nhà sản xuất hoặc phân phối khác nhau, dưới những tên thương mại khác nhau có tác dụng điều trị tương đương phải được ghi theo tên generic.

- Đối với những thuốc có tác dụng điều trị tương đương nhưng hoạt chất có cấu trúc hóa học khác nhau thì tiêu chuẩn chọn lựa là: Hoạt lực điều trị cao, khoảng giới hạn nồng độ sử dụng rộng, ít các phản ứng không mong muốn, mức độ nghiên cứu thử nghiệm sâu, chất lượng khoa học của các hồ sơ nghiên cứu, tài liệu cung cấp có số liệu đầy đủ, độ sinh khả dụng cao, giá cả thấp, cung ứng thuận tiện, dự trữ dễ dàng, các điều kiện bảo quản tốt và nhà sản xuất có tín nhiệm.

- Danh mục được lựa chọn này từng thời kỳ cần phải loại bỏ những thuốc mà hoạt lực điều trị bị giới hạn.

- DMT cần được thông báo cho tất cả các thầy thuốc kê đơn, các trưởng, phó khoa, các trợ lý, các sinh viên nội trú, y tá, dược sỹ, dược tá trong bệnh viện.

- Các thuốc kê đơn ngoài DMT của khoa, của bệnh viện cần được quy định, tuân thủ một quy trình xét duyệt cụ thể.

## **1.4. TỔNG QUAN CÁC TÀI LIỆU VỀ HĐT&ĐT**

### **1.4.1. Tổng quan các nghiên cứu nước ngoài về HĐT&ĐT**

HĐT&ĐT bao gồm nhiều thành viên với các khả năng chuyên môn khác nhau nhằm đưa ra các quyết định sáng suốt và khách quan liên quan đến vấn đề cung ứng và sử dụng thuốc. Theo hướng dẫn của WHO, các thành viên chính của HĐT&ĐT nên gồm các đại diện của các khoa lâm



sàng, khoa dược, điều dưỡng và cán bộ quản lý của bệnh viện. Các thành viên khác có thể tham gia tùy theo lĩnh vực chuyên môn cụ thể như chuyên gia về thông tin thuốc, chuyên gia về đảm bảo chất lượng hoặc một đại diện cho người tiêu dùng [78].

Một điều tra các HĐT&ĐT tại Đức năm 1995 cho thấy, số lượng các thành viên HĐT&ĐT phụ thuộc quy mô bệnh viện, bệnh viện càng lớn, HĐT&ĐT càng có nhiều thành viên. Hầu hết các HĐT&ĐT tại Đức đều có đại diện tất cả các bác sỹ chuyên khoa trong bệnh viện. Số lượng các bác sỹ lâm sàng từ 5 đến 40, trung bình là 12. Dược sỹ lâm sàng giữ vị trí chủ tịch HĐT&ĐT trong 7,7% các bệnh viện đa khoa và 50% trong các bệnh viện của trường đại học [69].

Tại Anh, kết quả điều tra 150 HĐT&ĐT cho thấy 24% hội đồng chỉ có 1 dược sỹ, 1 bác sỹ, 1 điều dưỡng và 1 cán bộ quản lý, 13% hội đồng không có cán bộ quản lý, 10% hội đồng không có điều dưỡng, 1,6% không có bác sỹ và duy nhất 1 hội đồng không có dược sỹ. Hầu hết thư ký hội đồng là dược sỹ [36].

Tại Hà Lan, các thành viên HĐT&ĐT được hội đồng quản trị của bệnh viện lựa chọn từ 1 đến 3 năm một lần, số lượng từ 3 - 14 người, trung bình là 8. Dược sỹ giữ vị trí thư ký trong 95% hội đồng và giữ vị trí chủ tịch trong 37% hội đồng. Các thành viên trong HĐT&ĐT có thể thay đổi, phụ thuộc các vấn đề cần giải quyết, 87% HĐT&ĐT ở đây có cơ cấu tổ chức cố định, 13% có thay đổi. 79% là HĐT&ĐT của bệnh viện và 21% là HĐT&ĐT của một số trung tâm y tế, bệnh viện tâm thần hay các bệnh viện chuyên khoa nhỏ khác trong vùng. Nhằm giải quyết các vấn đề chuyên sâu của từng bệnh viện, 61% HĐT&ĐT đã thành lập các tiểu ban chuyên môn, bao gồm: kháng sinh, thuốc

chống đông máu, cung ứng thuốc, dinh dưỡng, các thuốc đắt tiền, DMT, xây dựng các phác đồ điều trị chuẩn [44].

Trong hoạt động lựa chọn thuốc, 8% hội đồng có quy trình lựa chọn thuốc đảm bảo chất lượng. Quy trình bao gồm các quy định, hướng dẫn và xác định các thông tin cần thiết, các nguồn thông tin đảm bảo và các tiêu chí lựa chọn thuốc. 42% hội đồng phát hành cẩm nang DMT. Dược sỹ là thành viên có ảnh hưởng lớn nhất đến việc lựa chọn thuốc vì không những họ nắm các thông tin về chi phí của thuốc và thói quen kê đơn của bác sỹ mà họ còn tiếp cận được các nguồn thông tin về thuốc và điều trị, các văn bản hướng dẫn về sử dụng thuốc [44].

Theo một điều tra tại Mỹ năm 1995, số lượng trung bình các thành viên HĐT&ĐT tại Mỹ là 19,3; 91% là theo hình thức bỏ phiếu tín nhiệm. Số bác sỹ trung bình trong hội đồng là 12,3. Mỗi hội đồng có ít nhất 1 dược sỹ, trung bình là 3,2. Thư ký hội đồng là dược sỹ chiếm tỷ lệ 69,5 % và hầu hết dược sỹ là người lên kế hoạch cho các cuộc họp HĐT&ĐT và chịu trách nhiệm theo dõi, giám sát DMT [48].

Điều tra về hoạt động của HĐT&ĐT tại Úc những năm 1980 cho thấy, các thành viên của hội đồng bao gồm trưởng khoa Dược, trưởng các chuyên khoa lâm sàng, dược sỹ và điều dưỡng. Trong một số HĐT&ĐT, thành viên đại diện ban giám đốc bệnh viện được coi là thành viên mặc nhiên của hội đồng. Số lượng các thành viên từ 2 đến 16 người, trong đó, hầu hết chủ tịch hội đồng là bác sỹ [56]. Một điều tra khác năm 1990 cho thấy số lượng và cơ cấu các thành viên của HĐT&ĐT không thay đổi. Tuy nhiên trong hội đồng bắt đầu có thêm các thành viên là bác sỹ đa khoa, dược sỹ cộng đồng và người tiêu dùng [75].

HĐT&ĐT tại Canada có số thành viên trung bình là 11 người, chủ yếu là bác sỹ (trung bình 4,7). Số lượng dược sỹ và điều dưỡng tham gia hội đồng là tương đương nhau (trung bình 2,3 và 2,1). Các thành viên khác trong hội đồng bao gồm đại diện cộng đồng, chuyên gia dinh dưỡng, chuyên gia về đảm bảo chất lượng, cán bộ quản lý [57].

Tại Nepal, thành viên của HĐT&ĐT bao gồm các bác sỹ từ các khoa lâm sàng chính, cán bộ quản lý, dược sỹ và điều dưỡng [65].

Điều tra tại Tây Ban Nha năm 2008 về tổ chức và hoạt động của HĐT&ĐT cho thấy tất cả các bệnh viện đã thành lập HĐT&ĐT. Số thành viên trung bình của hội đồng là 11,84. Số buổi họp trung bình trong một năm là 10,35 buổi. 99,5% bệnh viện đã xây dựng DMTBV, 91% HĐT&ĐT đã có văn bản xác định về sứ mệnh, mục tiêu và chức năng. 95,5% HĐT&ĐT đã xây dựng mẫu đề nghị bổ sung thuốc vào DMTBV, 80,5% hội đồng đã xây dựng quy trình báo cáo đánh giá sử dụng thuốc [59].

Về hoạt động đánh giá và lựa chọn thuốc của HĐT&ĐT tại Tây Ban Nha, kết quả cho thấy: số lượng trung bình các chỉ số đánh giá lựa chọn thuốc tại các bệnh viện là 10,35, trong đó 75,3% BV đánh giá bổ sung thuốc vào DMTBV, 21,4% BV có đánh giá loại bỏ thuốc, 16,2% BV đánh giá tương đương điều trị, 64% đánh giá tình trạng sử dụng, 33% đánh giá về chỉ định điều trị [60].

Theo nghiên cứu của Summers KH, Szeinbach SL, HĐT&ĐT là mối liên hệ chính thức giữa khoa Dược và các chuyên khoa khác trong bệnh viện. HĐT&ĐT chịu trách nhiệm toàn bộ các vấn đề liên quan đến thuốc trong bệnh viện, bao gồm lựa chọn xây dựng DMT và duy trì DMT. Mục tiêu chính của HĐT&ĐT là xác định các thuốc được lựa chọn và các thuốc thay thế dựa

trên sự an toàn, hiệu quả, tối thiểu hoá các lãng phí và tối đa hoá chi phí hiệu quả [68].

DMT được xem như một công cụ để điều tiết chi phí [49]. Với sự tiến bộ của ngành y và công nghệ sinh học, các loại thuốc mới ngày càng trở nên hiệu quả hơn. Tuy nhiên, các tiến bộ trong điều trị cũng kéo theo các chi phí ngày càng cao. Chính vì vậy mà HĐT&ĐT còn đóng vai trò như một người kiểm soát về chi phí, có nhiệm vụ đánh giá hiệu quả chi phí các phương pháp điều trị mới [41].

Một nghiên cứu tại Lexington Kentucky, Mỹ đã chứng minh HĐT&ĐT là một chiến lược quản lý hiệu quả trong việc giảm chi phí và tăng cường chất lượng điều trị. HĐT&ĐT đã xây dựng các quy trình và hướng dẫn điều trị, tổ chức các chương trình đào tạo và bản thông tin thuốc cho nhân viên y tế trong bệnh viện. HĐT&ĐT và hoạt động dược lâm sàng đã giúp tiết kiệm chi phí đáng kể và tăng cường chăm sóc về thuốc tại bệnh viện [67]. Nghiên cứu tại bang Florida cho thấy hầu hết HĐT&ĐT đều sử dụng các dữ liệu đánh giá tính kinh tế khi lựa chọn thuốc [58]. Một nghiên cứu năm 2011 tại Mỹ về quy trình quản lý DMTBV cho kết quả: 94% bệnh viện xây dựng quy trình bổ sung thuốc vào DMTBV, 88% BV tổ chức đánh giá lại DMT, 92% BV xây dựng quy trình sử dụng thuốc nằm ngoài DMTBV, trong đó 88% BV có quy trình theo dõi các thuốc này, 85% BV có đánh giá tính kinh tế khi lựa chọn thuốc. 31% BV có quy định việc đánh giá lựa chọn các thuốc có các chỉ định chưa được đăng ký [31]

Giám sát sử dụng thuốc được xem là chức năng của HĐT&ĐT tại Đức [69]. Tại Hà Lan, HĐT&ĐT của các bệnh viện chịu trách nhiệm một trong năm vấn đề: thứ nhất là DMT bệnh viện; thứ hai là tư vấn xây dựng các chính

sách về thuốc; thứ ba là cung ứng thuốc hiệu quả; thứ tư là đào tạo và thông tin thuốc và thứ năm là điều tra sử dụng thuốc [44].

HĐT&ĐT cũng tư vấn cho các bác sỹ, dược sỹ và các nhà quản lý thông qua việc cung cấp thông tin liên quan đến lựa chọn, phân phối và sử dụng thuốc. HĐT&ĐT đề xuất áp dụng các quy định về đánh giá, lựa chọn và sử dụng thuốc. Nếu không có sẵn, HĐT&ĐT có thể xây dựng hoặc hỗ trợ xây dựng các quy định và hướng dẫn sử dụng thuốc tại bệnh viện [74].

Một trong các chức năng quan trọng nhất của HĐT&ĐT là đảm bảo an toàn trong sử dụng thuốc [74]. Thông tin về độ an toàn của thuốc đóng vai trò quan trọng trong việc lựa chọn thuốc của HĐT&ĐT. Ngoài ra HĐT&ĐT còn có thể giảm thiểu các phản ứng có hại của thuốc và các sai sót trong điều trị thông qua việc giám sát, phân tích và báo cáo [53].

Nghiên cứu tại Thụy Điển năm 2005 về vai trò của HĐT&ĐT cho thấy bác sỹ đóng vai trò quan trọng trong việc sử dụng thuốc an toàn hợp lý [33]. Tuy nhiên năm 2007, các tác giả tiếp tục nghiên cứu nâng cao vai trò của HĐT&ĐT cho thấy mục tiêu của HĐT&ĐT hướng về bệnh nhân hơn và tập trung hơn vào các vấn đề chất lượng [34].

Một nghiên cứu năm 2007 tại Australia về sự ưu tiên trong các quyết định của HĐT&ĐT cũng cho thấy sự an toàn của người bệnh là yếu tố quan trọng nhất. Các yếu tố quan trọng khác bao gồm: đảm bảo thực hành dựa trên bằng chứng (94%), chi phí (93%), đảm bảo thực hành theo các quy định mang tính pháp lý (87%). Nghiên cứu cũng cho thấy quyết định của HĐT&ĐT quan trọng hơn các quyết định khác và được ưu tiên thực hiện hơn [71]. HĐT&ĐT đang có xu hướng tăng cường vai trò trong quản lý kinh tế của các bệnh viện công lập tại Australia [45].

Nghiên cứu tổng quan về HĐT&ĐT từ năm 1997 đến năm 2009 cho thấy HĐT&ĐT đã được thành lập trên 90% tại các bệnh viện của các nước Tây Ban Nha, Canada, Australia. Số thành viên HĐT&ĐT trung bình từ 6 đến 8 người. 89% các hội đồng có thành viên là dược sỹ. 89% HĐT&ĐT đã xây dựng quy trình hoạt động chuẩn. Kết quả của các thử nghiệm lâm sàng và giá thuốc ảnh hưởng tới quyết định của HĐT&ĐT hơn là các phân tích về kinh tế dược [42].

Các nghiên cứu đã cho thấy vai trò của HĐT&ĐT đang có sự thay đổi, từ vai trò là hội đồng xây dựng DMT của thế kỷ trước, đến nay đã có vai trò trong việc quản lý rủi ro và các vấn đề liên quan đến lâm sàng. Quan trọng hơn, các quyết định và chính sách của HĐT&ĐT có thể làm ảnh hưởng đến chất lượng điều trị. Điều đó chứng tỏ HĐT&ĐT là một tổ chức hoạt động hiệu quả.

Nghiên cứu của Cohen MR về tăng cường hiệu quả hoạt động của HĐT&ĐT cho thấy các yếu tố quan trọng tạo nên thành công của HĐT&ĐT bao gồm: chương trình thảo luận và tài liệu được chuẩn bị tốt, các thành viên tích cực và lãnh đạo mạnh mẽ là [39].

Nghiên cứu của Abramowitz PW, Godwin HN cho thấy có nhiều khó khăn cho hoạt động của HĐT&ĐT trong việc tăng cường sử dụng thuốc an toàn, hợp lý. Đó không chỉ là an toàn, hiệu quả mà còn là hiệu quả - chi phí. Các thay đổi trong chăm sóc sức khỏe tác động trực tiếp đến chức năng, nhiệm vụ của HĐT&ĐT. Từ vai trò xây dựng DMTBV đến vai trò liên kết các hội đồng khác trong bệnh viện [29]

Một nghiên cứu về việc thực thi các quyết định của HĐT&ĐT tại Australia cho thấy các yếu tố: thiếu nguồn lực, thiếu sự giám sát, thiếu sự liên kết, vị trí của HĐT&ĐT trong bệnh viện chưa được coi trọng và sự phụ thuộc vào khoa Dược khi đưa ra các quyết định gây khó khăn cho HĐT&ĐT. Mặc

dù nghiên cứu được tiến hành tại Australia nhưng các thách thức trên cũng tương tự tại các nước. Các yếu tố trên ảnh hưởng đến việc thực thi các quyết định hoặc các hướng dẫn của HĐT&ĐT tại các bệnh viện [69].

Nghiên cứu tại Lào về các yếu tố ảnh hưởng đến hoạt động của HĐT&ĐT tại bệnh viện cũng cho thấy việc quá tải trong công việc và cách thức tổ chức các cuộc họp sơ sài là một trong các yếu tố làm giảm hiệu quả hoạt động của HĐT&ĐT [73].

Một nghiên cứu khác cũng cho thấy thách thức của HĐT&ĐT là giải quyết các xung đột về lợi ích của các công ty dược và các thành viên HĐT&ĐT [40].

Nhiều nghiên cứu cho thấy hoạt động của HĐT&ĐT có tác động tích cực đến chăm sóc y tế. Các lợi ích mà HĐT&ĐT mang lại được thể hiện qua các hoạt động cụ thể: lựa chọn các thuốc hiệu quả, an toàn, chất lượng và giá hợp lý cho DMT; xác định các vấn đề về sử dụng thuốc nhằm nâng cao hoạt động sử dụng thuốc, trong đó nhấn mạnh về sử dụng kháng sinh; nâng cao chất lượng chăm sóc bệnh nhân và hiệu quả điều trị; quản lý vấn đề kháng kháng sinh; tăng cường hiểu biết của nhân viên y tế và bệnh nhân; giảm các phản ứng có hại của thuốc và các sai sót trong điều trị; tăng cường quản lý hoạt động mua sắm và bảo quản thuốc, quản lý và kiểm soát chi phí mua thuốc tốt hơn [55].

#### **1.4.2. Nghiên cứu tại Việt Nam**

HĐT&ĐT đã được thành lập tại Việt Nam từ năm 1997 theo hướng dẫn của thông tư số 08/BYT-TT. Theo báo cáo của Cục Quản lý khám chữa bệnh, đến năm 2009, tất cả các bệnh viện công lập trên cả nước đã thành lập HĐT&ĐT [21].

Vai trò của HĐT&ĐT đã dần được khẳng định thông qua các văn bản quy định hoạt động của HĐT&ĐT tại Việt Nam.

Năm 2003, Bộ Y tế ban hành công văn số 10766/YT-ĐT hướng dẫn tổ chức, hoạt động của Đơn vị thông tin thuốc trong bệnh viện quy định một trong những nhiệm vụ của đơn vị thông tin thuốc là tổng hợp các thông tin cho HĐT&ĐT trong hoạt động đánh giá lựa chọn thuốc [3].

Năm 2004, Bộ Y tế ban hành chỉ thị số 05/2004/CT-BYT nhằm chấn chỉnh công tác cung ứng sử dụng thuốc trong bệnh viện đã nêu rõ trách nhiệm của Giám đốc bệnh viện là chỉ đạo hoạt động của HĐT&ĐT trong việc lựa chọn thuốc và sử dụng thuốc hợp lý, an toàn [11].

Cũng để thực hiện chỉ thị số 05, Vụ điều trị (nay là Cục Quản lý Khám chữa bệnh) ban hành công văn số 3483/YT-ĐT hướng dẫn phân tích đơn thuốc và phân tích sử dụng thuốc trong bình bệnh án tại các bệnh viện quy định HĐT&ĐT tổ chức phân tích sử dụng thuốc trong các ca lâm sàng (bình bệnh án) ít nhất mỗi tháng một lần với mục tiêu tăng cường sử dụng thuốc hợp lý. Thành phần tham gia bình bệnh án gồm: Chủ tịch HĐT&ĐT (hoặc người được uỷ quyền) chủ trì; thành viên của HĐT&ĐT; thành viên của khoa vi sinh (nếu liên quan đến sử dụng kháng sinh). Khi bình bệnh án của khoa nào thì các bác sĩ điều trị của khoa đó cùng tham gia. Chủ tịch HĐT&ĐT có thể mời thêm các thành phần khác nếu thấy cần thiết [16].

Nội dung các văn bản cho thấy HĐT&ĐT đóng vai trò quan trọng trong hoạt động lựa chọn và giám sát sử dụng thuốc an toàn, hợp lý. Tuy nhiên, cùng với sự phát triển của nền kinh tế, thị trường dược phẩm cũng phát triển quá nhanh và có nhiều biến động về giá thuốc. Vai trò của HĐT&ĐT được thể hiện ở hoạt động mua sắm thuốc.



Năm 2007, thông tư liên tịch số 10/2007/TTLT-BYT-BTC của liên Bộ Y tế - Bộ Tài chính hướng dẫn thực hiện đấu thầu mua thuốc trong các cơ sở y tế công lập quy định HĐT&ĐT thống nhất về kế hoạch đấu thầu thuốc hàng năm và kế hoạch mua thuốc bổ sung của các cơ sở điều trị trước khi Giám đốc bệnh viện phê duyệt [4, 8].

Năm 2011, Thông tư số 15/2011/TT-BYT quy định về tổ chức và hoạt động của cơ sở bán lẻ thuốc trong bệnh viện quy định HĐT&ĐT chịu trách nhiệm về DMT của nhà thuốc bệnh viện để đáp ứng nhu cầu điều trị [14].

Vấn đề kháng kháng sinh là một mối quan tâm toàn cầu và của ngành y tế Việt Nam. Một trong các giải pháp nhằm giảm sự kháng kháng sinh là tiếp tục củng cố hoạt động của HĐT&ĐT [21].

Cũng trong năm 2011, thông tư số 22/2011/TT-BYT quy định tổ chức và hoạt động của khoa Dược bệnh quy định khoa Dược là đầu mối tổ chức, triển khai hoạt động của HĐT&ĐT và trưởng khoa Dược là phó chủ tịch thường trực HĐT&ĐT, tham mưu cho Chủ tịch HĐT&ĐT về lựa chọn thuốc sử dụng trong bệnh viện. Thông tư cũng hướng dẫn nội dung họp và cách ghi biên bản các cuộc họp HĐT&ĐT [15].

Trong những năm gần đây, có nhiều đề tài nghiên cứu về hoạt động cung ứng thuốc bệnh viện tại các bệnh viện: Hữu nghị Việt Xô, Bạch Mai, Sain Paul, Bệnh viện E, Bệnh viện 108, Bệnh viện 115.... Bên cạnh đó, một số đề tài đã nghiên cứu và phân tích tính thích ứng của DMTBV như: Bệnh viện Kiến An-Hải Phòng, bệnh viện Da Liễu Trung Ương, bệnh viện đa khoa tỉnh Thanh Hóa. Các nghiên cứu đều đề cập đến vai trò của HĐT&ĐT trong hoạt động cung ứng thuốc, nhất là trong hoạt động lựa chọn và giám sát sử dụng thuốc.

Nghiên cứu của Vũ Thị Thu Hương về hoạt động cung ứng thuốc tại bệnh viện E cho thấy HĐT&ĐT đã đánh giá lựa chọn các thuốc bổ sung vào DMTBV

dưới sự tham mưu của khoa Dược và tham gia xây dựng kế hoạch đấu thầu thuốc năm 2006. DMT bệnh viện E đã đáp ứng được nhu cầu điều trị nhưng vẫn còn tình trạng lạm dụng một số thuốc mà hiệu quả điều trị không rõ ràng [28].

Nghiên cứu của Nguyễn Thị Thanh Hương về hoạt động giám sát sử dụng thuốc tại bệnh viện Nhi Nghệ An cho thấy HĐT&ĐT bệnh viện được thành lập tháng 1/2001 với 8 thành viên. Trong đó chủ tịch HĐT&ĐT là Phó giám đốc phụ trách chuyên môn, phó chủ tịch kiêm ủy viên thường trực là Trưởng khoa Dược. HĐT&ĐT họp định kỳ 3 tháng 1 lần và thực hiện các nhiệm vụ: xây dựng DMTBV, giám sát sử dụng thuốc thông qua bình đơn, bình bệnh án. Tuy nhiên theo ý kiến của lãnh đạo Sở Y Tế, hiệu quả hoạt động của HĐT&ĐT chưa cao do nhận thức chưa cao và vẫn còn tình trạng lạm dụng thuốc [24].

Nghiên cứu của Phạm Thị Mận tại bệnh viện Da liễu Trung ương cho thấy HĐT&ĐT bệnh viện có 9 thành viên và tham gia trong mọi hoạt động xây dựng DMTBV: đánh giá các thuốc đề nghị bổ sung vào DMTBV, xây dựng kế hoạch đấu thầu thuốc của bệnh viện, xây dựng các quy định sử dụng thuốc trong bệnh viện và xây dựng cẩm nang DMTBV [25].

Một nghiên cứu về cung ứng thuốc tại Bệnh viện Nhân dân 115 (TPHCM) cho thấy vai trò rất quan trọng của HĐT&ĐT trong hoạt động xây dựng danh mục thuốc và lựa chọn thuốc trong bệnh viện. Chính HĐT&ĐT đã quyết định loại bỏ các thuốc không cần thiết, tác dụng không rõ ràng và đã giúp giảm chi phí sử dụng thuốc của bệnh viện hơn 500 triệu đồng trong vòng 6 tháng [19].

HĐT&ĐT đã được thành lập tại Việt Nam từ năm 1997, vai trò của HĐT&ĐT đã được khẳng định thông qua các văn bản quy định của và được đưa vào làm tiêu chuẩn kiểm tra bệnh viện hàng năm của Bộ Y tế [1]. Bộ Y tế đã tổ chức hội nghị hàng năm để tổng kết hoạt động của HĐT&ĐT từ năm

2003 đến năm 2006. Tuy nhiên nhiều hoạt động của HĐT&ĐT chỉ là hình thức, đặc biệt các bệnh viện tuyến huyện [23]. Theo Cục quản lý khám chữa bệnh, “*nhiều bệnh viện đã làm tốt, tuy nhiên có những bệnh viện chưa thực hiện đầy đủ chức năng của HĐT&ĐT*” [20].

## Chương II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

### 2.1. Đối tượng nghiên cứu

- Hội đồng thuốc và điều trị tại các bệnh viện nghiên cứu, tập trung vào các hoạt động của HĐT&ĐT trong xây dựng danh mục thuốc bệnh viện.

- DMT các bệnh viện đã sử dụng trong năm 2009: số lượng, giá thuốc, tên generic, tên biệt dược, nguồn gốc xuất xứ.

### 2.2. Địa điểm nghiên cứu

**Bảng 2.1: Danh sách các địa điểm nghiên cứu đã lựa chọn**

Tên vùng	Bệnh viện TƯ	Bệnh viện tỉnh	Bệnh viện huyện
Miền núi phía Bắc	Thái Nguyên	Điện Biên Bắc Kạn, Lào Cai	Tuần Giáo (Điện Biên), Chợ Đồn (Bắc Kạn), Simacai (Lào Cai), Định Hóa (Thái Nguyên)
Đồng bằng Sông Hồng	BV E, BV Bạch Mai	Hải Dương, Thanh Nhàn (HN) Ninh Bình, Hải Phòng,	Kim Sơn (Ninh Bình), Kinh Môn (Hải Dương), Hoài Đức (Hà Nội), Thủy Nguyên (Hải Phòng)
Duyên hải miền Trung	BV ĐKTƯ Huế BV C Đà Nẵng	Thanh Hóa, Bình Định	Ngọc Lặc (Thanh Hóa), Phù Mỹ (Bình Định), Phú Vang (Huế), Cẩm Lệ (Đà Nẵng)
Tây Nguyên		Đắk Nông	Gia Nghĩa
Đông Nam Bộ	BV Chợ Rẫy	BVND 115, BVND Gia Định	Thủ Đức, BV quận 1 (TP Hồ Chí Minh)
Đồng bằng Sông Cửu Long	BV ĐKTƯ Cần Thơ	Đồng Tháp, Tiền Giang	Thanh Bình (Đồng Tháp), Bình Thủy (Cần Thơ), Cai Lậy (Tiền Giang)

Nghiên cứu về tổ chức hoạt động của HĐT&ĐT được tiến hành tại 7 BVĐK tuyến Trung ương, 14 bệnh viện tuyến tỉnh đại diện cho 6 vùng trên cả nước. Tại mỗi tỉnh, thành phố chọn 1 bệnh viện huyện/quận, tổng cộng có 18 bệnh viện huyện/quận.

## **2.3 Phương pháp nghiên cứu**

### **2.3.1. Thiết kế nghiên cứu**

Áp dụng thiết kế nghiên cứu mô tả hồi cứu toàn bộ các số liệu về tổ chức, hoạt động của HĐT&ĐT của các BV thuộc mẫu nghiên cứu trong năm 2009:

- Cơ cấu tổ chức và cách thức hoạt động của HĐT&ĐT
- Hoạt động lựa chọn thuốc
- Các số liệu về sử dụng thuốc tại các BV trong năm 2009, bao gồm tên thuốc, hàm lượng, số lượng thuốc, giá thuốc, nguồn gốc xuất xứ của thuốc.

### **2.3.2. Mẫu nghiên cứu**

Mẫu nghiên cứu gồm các BV đa khoa các tuyến: Trung ương, tỉnh/thành phố và huyện trên 6 vùng trong cả nước. Tiêu chí chọn mẫu cụ thể như sau:

- Bệnh viện đa khoa,
- Đã thành lập HĐT&ĐT
- Đồng ý cung cấp số liệu nghiên cứu.

Thực tế khi thu thập số liệu, số liệu về hoạt động của HĐT&ĐT tại bệnh viện huyện Gia Nghĩa, tỉnh Đắk Nông không đầy đủ nên nên số bệnh viện quận/huyện thực tế bao gồm 17 bệnh viện.

### **2.3.3 Thu thập số liệu**

#### **2.3.3.1. Nghiên cứu định lượng**

Xây dựng các biểu mẫu/phiếu điền thông tin, bảng kiểm và bộ câu hỏi cấu trúc sẵn để thu thập thông tin từ cán bộ nhân viên y tế của các bệnh viện thuộc mẫu nghiên cứu nhằm thu thập các thông tin sau:

- Cơ cấu tổ chức HĐT&ĐT
- Cách thức triển khai các hoạt động của HĐT&ĐT
- Số liệu sử dụng thuốc năm 2009: thuốc nội – thuốc ngoại, thuốc mang tên generic – thuốc biệt dược, thuốc dạng uống – thuốc tiêm truyền, thuốc đơn thành phần – thuốc đa thành phần, tỷ trọng các nhóm dược lý trong DMT, thuốc nằm trong DMTCY của BHYT.

#### **2.3.3.2. Nghiên cứu định tính**

Phỏng vấn sâu các đối tượng sau:

- 8 Chủ tịch HĐT&ĐT
- 16 Phó chủ tịch
- 12 Thư ký HĐT&ĐT
- 20 Thành viên HĐT&ĐT

Nội dung phỏng vấn dựa trên các quy định về hoạt động của HĐT&ĐT, mục đích, mục tiêu, các chức năng, nhiệm vụ của HĐT&ĐT nhằm làm rõ cách thức hoạt động và vai trò của HĐT&ĐT trong cung ứng thuốc tại bệnh viện.

## 2.4. Nội dung và các chỉ số/biến số nghiên cứu

**Bảng 2.2: Nội dung, biến số/chỉ số nghiên cứu và kỹ thuật thu thập thông tin**

Nội dung	Chỉ số biến số trong nghiên cứu	PP NC/Kỹ thuật thu thập thông tin
<b>1. Hoạt động của HĐT&amp;ĐT trong xây dựng danh mục thuốc bệnh viện</b>		
1.1. Tổ chức hoạt động của HĐT&ĐT 1.1.1 Cơ cấu tổ chức của HĐT&ĐT	<ul style="list-style-type: none"><li>- Số khoa lâm sàng, số giường bệnh của các bệnh viện nghiên cứu</li><li>- Các vị trí chủ chốt trong HĐT&amp;ĐT: chủ tịch, phó chủ tịch, thư ký HĐT&amp;ĐT</li><li>- Cơ cấu thành viên HĐT&amp;ĐT: bác sỹ, dược sỹ, điều dưỡng, thành viên Ban giám đốc, chuyên khoa vi sinh.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>*Mô tả hồi cứu</li><li>- Phiếu điền thông tin.</li><li>- Bộ câu hỏi cấu trúc sẵn</li><li>- Pho to tài liệu gốc</li></ul>
1.1.2. Cách thức triển khai hoạt động của HĐT&ĐT năm 2009	<ul style="list-style-type: none"><li>- Số cuộc họp năm 2009</li><li>- Tài liệu các cuộc họp có được chuẩn bị trước không?</li><li>- Thời gian gửi tài liệu trước mỗi cuộc họp</li><li>- Thời gian họp trung bình</li><li>- Tỷ lệ thành viên tham gia họp</li><li>- Số biên bản cuộc họp HĐT&amp;ĐT.</li><li>- Số cuộc họp về lựa chọn thuốc</li><li>- Số cuộc họp về giám sát sử dụng thuốc</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>*Mô tả hồi cứu</li><li>- Bộ câu hỏi cấu trúc sẵn</li><li>- Pho to tài liệu gốc</li></ul>

	- Số cuộc họp về mua sắm thuốc	
<p>1.2 Hoạt động lựa chọn thuốc xây dựng DMTBV</p> <p>1.2.1 Phân tích DMT sử dụng năm trước</p>	<p>Nội dung phân tích DMT đã sử dụng tại bệnh viện</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Giá trị tiền thuốc đã sử dụng</li> <li>- Số thuốc trong DMTBV không được sử dụng</li> <li>- Thuốc sử dụng ngoài danh mục</li> <li>- Giá trị và nguyên nhân thuốc bị hủy</li> <li>- Các phản ứng có hại của thuốc</li> <li>- Các thuốc kém chất lượng</li> <li>- Số lượng và giá trị thuốc nội/thuốc ngoại</li> <li>- Số lượng và giá trị thuốc mang tên generic/thuốc biệt dược</li> <li>- Tỷ trọng các nhóm thuốc đã sử dụng</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>*Mô tả hồi cứu</li> <li>- Bộ câu hỏi cấu trúc sẵn</li> <li>- Pho to tài liệu gốc</li> <li>- Phòng vấn chủ tịch/phó chủ tịch/ thư ký HĐT&amp;ĐT</li> </ul>
<p>1.2.2. Thẩm định các thuốc đề nghị bổ sung từ các khoa lâm sàng</p>	<p>Nội dung thẩm định các thuốc đề nghị bổ sung từ các khoa lâm sàng</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Thuốc có trong DMT chủ yếu của BHYT</li> <li>- Thuốc phù hợp với mô hình bệnh tật của bệnh viện</li> <li>- Thuốc đơn thành phần/ đa thành phần</li> <li>- Hiệu quả điều trị, hiệu lực và độ an toàn của thuốc theo đánh giá của các tài liệu đáng tin cậy</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>* Mô tả hồi cứu.</li> <li>- Bộ câu hỏi cấu trúc sẵn.</li> <li>- Pho to tài liệu gốc.</li> </ul>



	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Thuốc mới vượt trội hơn các thuốc hiện có về hiệu quả điều trị, độ an toàn hoặc sự tiện dụng.</li> <li>- So sánh tổng chi phí cho một liệu trình điều trị bằng thuốc mới so với thuốc cũ</li> </ul>	
1.2.3. Lựa chọn thuốc sử dụng tại bệnh viện thông qua đấu thầu mua sắm thuốc	<p>Các tiêu chí lựa chọn thuốc trong đấu thầu</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Chất lượng thuốc</li> <li>- Hiệu quả điều trị</li> <li>- Cung ứng</li> <li>- Thuốc nội/thuốc ngoại</li> <li>- Thuốc mang tên generic/Thuốc biệt dược</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>* Mô tả hồi cứu.</li> <li>- Bộ câu hỏi cấu trúc sẵn.</li> <li>- Pho to tài liệu gốc.</li> </ul>
1.2. 4 Xây dựng cẩm nang DMTBV.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Số bệnh viện xây dựng cẩm nang DMTBV</li> <li>- Số bệnh viện hướng dẫn sử dụng cẩm nang DMT</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>* Mô tả hồi cứu.</li> <li>- Bộ câu hỏi cấu trúc sẵn.</li> <li>- Phiếu điền thông tin.</li> </ul>
<b>2. Phân tích danh mục thuốc sử dụng năm 2009</b>		
2.1 Phân tích cơ cấu danh mục thuốc sử dụng tại	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Số thuốc nằm trong DMT chủ yếu của BHYT</li> <li>- Số lượng thuốc và tỷ trọng thuốc nội</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>* Mô tả hồi cứu.</li> <li>- Phiếu điền thông tin.</li> </ul>

<p>một số bệnh viện năm 2009</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- thuốc ngoại</li> <li>- Số lượng và tỷ trọng thuốc đơn thành phần – thuốc đa thành phần</li> <li>- Số lượng và tỷ trọng thuốc sản xuất trong nước và thuốc nhập khẩu</li> <li>- Số lượng và tỷ trọng thuốc tiêm – thuốc uống</li> <li>- Số lượng và tỷ trọng thuốc mang tên generic và thuốc biệt dược</li> <li>- Số lượng và tỷ trọng thuốc nằm trong DMT chủ yếu của BHYT</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pho to tài liệu gốc.</li> </ul>
<p>2.2 Phân tích ABC DMTBV</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Số lượng và tỷ trọng thuốc nhóm A</li> <li>- Số lượng và tỷ trọng thuốc nhóm B</li> <li>- Số lượng và tỷ trọng thuốc nhóm C</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>* Mô tả hồi cứu.</li> <li>- Phiếu điền thông tin.</li> </ul>
<p><b>2.3 Phân tích nhóm A</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Số lượng và tỷ trọng các nhóm tác dụng dược lý trong nhóm A</li> <li>- Số lượng và tỷ trọng thuốc không thiết yếu trong nhóm A</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>* Mô tả hồi cứu.</li> <li>- Phiếu điền thông tin.</li> <li>- Pho to tài liệu gốc.</li> </ul>

## 2.5. Công cụ thu thập thông tin

### 2.5.1. Bộ câu hỏi điều tra về bệnh viện nghiên cứu

- Thông tin chung về hoạt động chuyên môn, nhân sự, tài chính của bệnh viện. (Mẫu BV 1): Phòng Kế hoạch tổng hợp - Phòng Tài chính kế toán

- Cách thức hoạt động của HĐT&ĐT (Mẫu BV 2) - Chủ tịch/Thư ký HĐT&ĐT

- Cơ cấu tổ chức của HĐT&ĐT (Mẫu BV 3) - Thư ký HĐT&ĐT

- Nội dung các cuộc họp của HĐT&ĐT năm 2010 (Mẫu BV 4) - Thư ký HĐT&ĐT

### **2.5.2. Bộ câu hỏi điều tra hoạt động lựa chọn thuốc**

Thư ký HĐT&ĐT (mẫu BV6)

### **2.5.3. Bộ câu hỏi điều tra hoạt động mua sắm thuốc**

Chủ tịch HĐT&ĐT/ Trưởng khoa Dược (Mẫu BV 7)

## **2.6. Thời gian thu thập số liệu tại thực địa**

Từ tháng 12/2009 hết tháng 10/2010.

## **2.7. Sai số và cách khắc phục**

Khi thu thập thông tin đề tài gặp một số khó khăn sau:

- Một số bệnh viện tuyến huyện: Phú Vang (Huế), Cai Lậy (Tiền Giang) không có đầy đủ số liệu nghiên cứu về tình hình sử dụng thuốc do chưa theo dõi bằng hệ thống công nghệ thông tin.

- Sai số do lỗi của điều tra viên và cán bộ nhập số liệu do ghi hoặc mã hóa số liệu thu được.

Nhằm hạn chế các sai số, các biện pháp đã được thực hiện:

- Thử nghiệm bộ công cụ trước khi tiến hành điều tra

- Tập huấn kỹ cho các điều tra viên, kết hợp với giám sát chặt chẽ trong quá trình điều tra.

- Kiểm tra lại toàn bộ các biểu mẫu thống kê của từng tỉnh. nghiên cứu kỹ các biểu mẫu, số liệu rồi giải thích, hướng dẫn cho các cán bộ nhập số liệu và giám sát, kiểm tra sát sao quá trình nhập số liệu, kiểm tra lại số liệu đã được nhập.

- Giải thích rõ mục đích nghiên cứu cho các đối tượng nghiên cứu. Trong quá trình thu thập số liệu, những địa bàn và cá nhân không sẵn lòng hợp tác ngừng điều tra.

## **2.8. Xử lý và phân tích số liệu**

- Số liệu định lượng được nhập bằng phần mềm Microsoft Excell XP. Các chỉ số nghiên cứu được tính toán theo tỷ lệ % và số trung bình.

- Các test thống kê được sử dụng để so sánh sự khác biệt giữa 2 nhóm và trên hai nhóm là: t-test, F test,  $\chi^2$  test, Fisher's exact test, Kruskal -Wallis- test tùy thuộc vào các chỉ số nghiên cứu là biến định tính hay định lượng, cỡ mẫu nhỏ hoặc lớn, số liệu định lượng có phân bố chuẩn hay không chuẩn, phương sai của quần thể đồng nhất hay không đồng nhất để lựa chọn các test thống kê phù hợp.

- Số liệu định tính được phân tích theo chủ đề.

- Thuốc chủ yếu được phân tích theo quyết định số 05/2008/QĐ-BYT ngày 1/2/2008 của Bộ Y tế.

## **2.9. Đạo đức nghiên cứu**

Nghiên cứu được sự đồng ý và chấp nhận phối hợp nghiên cứu, thu thập số liệu của các bệnh viện trực thuộc Bộ Y tế, Sở Y tế, các Phòng Y tế hoặc Trung tâm Y tế của các tỉnh, thành phố được chọn điều tra.

## Chương III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

### 3.1. HOẠT ĐỘNG CỦA HĐT&ĐT TRONG XÂY DỰNG DMTBV

#### 3.1.1. Số khoa lâm sàng và số giường bệnh của các bệnh viện nghiên cứu

**Bảng 3.1: Số khoa lâm sàng và số giường bệnh của các bệnh viện nghiên cứu**

Tuyến bệnh viện	Số khoa lâm sàng	Số giường KH	Số giường thực kê
Trung ương (n = 7)	25,8 ± 7,0	878,6 ± 470,7	962,3 ± 457,3
Tỉnh (n=14)	21,4 ± 7,5	704,2 ± 385,6	816,2 ± 394,3
Quận/huyện (n=17)	6,8 ± 3,0	138,2 ± 86,3	154,7 ± 96,6
P < 0,01			

Số khoa lâm sàng TB của các bệnh viện tuyến TU là 25,8 ± 7,0, cao nhất là bệnh viện Chợ Rẫy với 36 khoa, thấp nhất là bệnh viện ĐKTU Cần Thơ với 21 khoa lâm sàng.

Số khoa lâm sàng TB của các BV tuyến tỉnh trung bình là 21,4 ± 7,5, cao nhất là bệnh viện Nhân dân 115 với 31 khoa lâm sàng, ít nhất là BVĐK tỉnh Đắc Nông với 12 khoa.

Số khoa lâm sàng TB của các bệnh viện tuyến huyện là 6,8 ± 3,0, cao nhất là BVĐK huyện Ngọc Lặc, tỉnh Thanh Hóa với 12 khoa, thấp nhất là của bệnh viện quận Bình Thủy, thành phố Cần Thơ với 2 khoa.

Số giường KH của BV tuyến TU là 878,6 ± 470,7, cao nhất là của BV Chợ Rẫy với 1800 giường, thấp nhất của BV C Đà Nẵng với 550 giường. Số giường kế hoạch TB của các bệnh viện tuyến tỉnh là 704,2 ± 385,6, cao nhất là của bệnh viện 115 với 1600 giường, thấp nhất là của BVĐK tỉnh Lào Cai

với 280 giường. Số giường kế hoạch TB của các BV tuyến huyện là  $138,2 \pm 86,3$  giường, cao nhất của BVĐK huyện Ngọc Lặc với 300 giường, thấp nhất là bệnh viện Quận Bình Thủy, thành phố Cần Thơ với 20 giường.

Số giường thực kê cao hơn giường kế hoạch tại tất cả các tuyến bệnh viện và của tuyến TƯ cao hơn tuyến tỉnh và cao hơn tuyến huyện.

### 3.1.2. Cơ cấu tổ chức và cách thức hoạt động của HĐT&ĐT

#### 3.1.2.1. Các vị trí chủ chốt trong HĐT&ĐT của các bệnh viện

**Bảng 3.2: Vị trí chủ tịch, phó chủ tịch và thư ký HĐT&ĐT của các BV**

Thành viên HĐT&ĐT		BVTU'	BV tỉnh	BV huyện	Tỷ lệ %
Chủ tịch	Giám đốc BV	6	10	11	71,1
	Phó giám đốc BV	1	4	6	28,9
Phó chủ tịch	Phó giám đốc BV	4	12	9	62,2
	TK Dược	5	5	8	60,5
Thư ký	TK Dược	1	2	5	21,1
	TP KHTH	6	12	12	78,9

HĐT&ĐT được thành lập 1-2 năm 1 lần. Các thành viên trong hội đồng được Ban giám đốc lựa chọn. Các vị trí chủ chốt trong HĐT&ĐT bao gồm Chủ tịch, Phó chủ tịch và Thư ký HĐT&ĐT. Giám đốc bệnh viện làm Chủ tịch HĐT&ĐT trong 38 bệnh viện, chiếm tỷ lệ 71,1%; Phó giám đốc bệnh viện phụ trách chuyên môn làm Chủ tịch hội đồng tại 11 bệnh viện, chiếm 28,9%. Phó giám đốc bệnh viện làm Phó chủ tịch HĐT&ĐT là chiếm tỷ lệ 62,2%;

Trưởng khoa Dược làm Phó chủ tịch Hội đồng chỉ chiếm tỷ lệ 60,5%. Trong khi đó theo quy định tại Thông tư số 08/BYT-TT và Thông tư số 22/2011/BYT-TT, Phó chủ tịch đồng thời là ủy viên thường trực HĐT&ĐT phải là Trưởng khoa Dược. Một số bệnh viện có từ 2 đến 3 Phó chủ tịch như:

Bệnh viện Bạch Mai, Bệnh viện Chợ Rẫy, Bệnh viện ĐKTU Thái Nguyên, Bệnh viện ĐKTU Cần Thơ.

Trưởng khoa Dược là thư ký HĐT&ĐT tại 8 bệnh viện, chiếm tỷ lệ 21,1%. Trưởng phòng KHTH là thư ký HĐT&ĐT chiếm tỷ lệ 78,9%.

### 3.1.2.2. Cơ cấu thành viên HĐT&ĐT

**Bảng 3.3: Cơ cấu thành viên HĐT&ĐT**

Chỉ số	Tuyên BV	Số lượng TB	Sd	Min	Max	p
Số thành viên HĐT&ĐT	TƯ	15,2	4,0	11	21	< 0,05
	Tỉnh	14,5	4,0	9	24	
	Huyện	10,7	2,9	6	15	
Số TV Ban giám đốc	TƯ	3,8	0,4	3	4	< 0,05
	Tỉnh	2,5	0,5	2	3	
	Huyện	2,3	0,5	2	3	
Số Dược sỹ	TƯ	1,6	0,5	1	2	< 0,05
	Tỉnh	1,3	0,5	1	2	
	Huyện	1	0	1	1	
Số Bác Sỹ	TƯ	5,6	3,6	2	11	< 0,05
	Tỉnh	7,4	3,8	3	16	
	Huyện	4,6	2,7	1	10	
Số TV khoa Vi sinh	TƯ	0,6	0,5	0	1	< 0,05
	Tỉnh	0,1	0,4	0	1	
	Huyện	0	0	0	0	
Số TV phòng KHTH	TƯ	1,0	0	1	1	= 0
	Tỉnh	1,0	0	1	1	
	Huyện	1,0	0	1	1	
Số TV phòng Điều dưỡng	TƯ	1,0	0	1	1	= 0
	Tỉnh	1,0	0	1	1	
	Huyện	1,0	0	1	1	

Thành viên HĐT&ĐT bao gồm các thành viên từ ban giám đốc bệnh viện, các bác sỹ trưởng các khoa lâm sàng và cận lâm sàng, trưởng khoa Dược và trưởng một số phòng chức năng: phòng điều dưỡng, phòng KHTH và phòng TCKT. Số lượng thành viên HĐT&ĐT trung bình của bệnh viện tuyến trung ương, tuyến tỉnh và tuyến huyện tương ứng là 15,2; 14,5 và 10,7. Nhiều nhất là 24 thành viên HĐT&ĐT của BVĐK tỉnh Ninh Bình, thấp nhất là 6 thành viên của bệnh viện đa khoa quận Bình Thủy, thành phố Cần Thơ.

Số thành viên TB từ Ban giám đốc BV tham gia HĐT&ĐT giảm dần từ tuyến TƯ xuống tuyến huyện, trung bình từ 2,3 đến 3,8 thành viên.

Số thành viên là dược sỹ tham gia HĐT&ĐT trung bình của các tuyến BV lần lượt là 1,6; 1,3 và 1, giảm dần từ tuyến TƯ xuống tuyến huyện. Ngoài trưởng khoa Dược là thành viên bắt buộc, chỉ có một số bệnh viện lớn có dược sỹ tham gia: Chợ Rẫy, Bạch Mai, ND Gia Định, ND 115, C Đà Nẵng, Cần Thơ.

Số thành viên là bác sỹ trung bình của các tuyến BV lần lượt là 5,6; 7,4; 4,6, số bác sỹ TB của các BV tuyến tỉnh cao hơn tuyến TƯ. Bác sỹ chuyên khoa Ngoại, Sản, Nhi chiếm tỷ lệ trên 80% trong các hội đồng. Bác sỹ chuyên khoa Tim mạch, Thần kinh và Tiêu hóa chiếm 60% trong HĐT&ĐT bệnh viện tuyến TƯ và 8% đến 16% trong bệnh viện tuyến huyện. Tại bệnh viện tuyến huyện không có các bác sỹ chuyên khoa này. Tuy nhiên, tại các bệnh viện tuyến huyện, các chuyên khoa Tai Mũi Họng, Răng Hàm Mặt, Mắt, Đông y chiếm tỷ lệ từ 28% đến 42%. 100% HĐT&ĐT đều có thành viên phòng Tài chính kế toán, phòng Kế hoạch tổng hợp và phòng Điều dưỡng, tuy nhiên thành viên chuyên khoa Vi sinh mới chỉ có tại HĐT&ĐT một số bệnh viện lớn.



### 3.1.2.3 Cách thức thành lập HĐT&ĐT

**Bảng 3.4: Cách thức thành lập HĐT&ĐT**

Cách thức thành lập HĐT&ĐT	Số bệnh viện		
	Tuyển TW	Tuyển tỉnh	Tuyển huyện
Số HĐT&ĐT căn cứ hoạt động là thông tư số 08/BYT-TT	4/7	2/14	0
Số HĐT&ĐT căn cứ hoạt động là quy chế bệnh viện	3/7	12/14	17/17
Số HĐT&ĐT quy định rõ chức năng nhiệm vụ của các thành viên	2/7	2/14	0

HĐT&ĐT tại các bệnh viện được Ban Giám đốc lựa chọn. Cơ cấu tổ chức HĐT&ĐT tương đối ổn định “*chỉ thay đổi khi có thành viên trong hội đồng nghỉ hưu hoặc chuyển công tác*” (Phó chủ tịch HĐT&ĐT một BVĐK tuyển TU).

Tính đến năm 2009, HĐT&ĐT tại các bệnh viện được quy định tại hai văn bản bản hành năm 1997 là thông tư số 08/BYT-TT và quy chế bệnh viện. Số HĐT&ĐT tại các bệnh viện hoạt động căn cứ theo thông tư số 08/BYT-TT là 6 trong tổng số 38 bệnh viện, trong đó có 4 BV tuyển TU và 2 BV tuyển huyện, 32 bệnh viện áp dụng theo quy chế bệnh viện. Hầu hết các bệnh viện tuyển huyện không biết thông tư số 08/BYT-TT hướng dẫn về cơ cấu tổ chức và chức năng nhiệm vụ của HĐT&ĐT. Theo ý kiến một số chủ tịch HĐT&ĐT bệnh viện tuyển huyện: “*Quy chế bệnh viện của Bộ Y tế quy định các bệnh viện phải thành lập HĐT&ĐT*” và “*không biết về thông tư số 08, không thấy thông tư này trên các tài liệu về văn bản pháp quy của Bộ Y tế*”. Hầu hết HĐT&ĐT các bệnh viện hoạt động độc lập và không quy định rõ chức năng, nhiệm vụ của các thành viên hội đồng nên phần lớn thành viên HĐT&ĐT không biết HĐT&ĐT cần làm gì và đóng vai trò thế nào trong bệnh viện. Hầu hết các ý kiến đều cho rằng: “*chức năng của HĐT&ĐT theo*

quy định là tư vấn cho giám đốc bệnh viện về các vấn đề có liên quan đến thuốc trong bệnh viện”. Tuy nhiên nhiệm vụ cụ thể “không quy định rõ ràng trong quyết định thành lập HĐT&ĐT bệnh viện” (ý kiến một số Phó chủ tịch HĐT&ĐT tuyển tỉnh).

Trong số các bệnh viện nghiên cứu, HĐT&ĐT Bệnh viện Nhân Dân Gia Định có thành lập 7 nhóm chuyên môn: nhóm thường trực HĐT&ĐT, nhóm biên soạn và soạn thảo phác đồ điều trị, nhóm thống kê phân tích, điều tra mô hình bệnh tật, nhóm xây dựng danh mục thuốc, nhóm bình bệnh án, kiểm tra quy chế kê đơn, đánh giá sử dụng thuốc, nhóm cung ứng và cấp phát thuốc, nhóm thông tin thuốc, theo dõi ADR (Xem Phụ lục 1). Mỗi nhóm có từ 3 – 7 người và được phân công nhiệm vụ cụ thể cho từng nhóm.

### 3.1.2.4 Cách thức triển khai hoạt động HĐT&ĐT

**Bảng 3.5: Cách thức triển khai hoạt động của HĐT&ĐT**

Cách thức triển khai hoạt động của HĐT&ĐT	Số bệnh viện tiến hành		
	Tuyển TU	Tuyển tỉnh	Tuyển huyện
Số BV lên kế hoạch các cuộc họp định kỳ trong năm	1/7	0/14	0/17
Số BV chuẩn bị tài liệu trước mỗi cuộc họp	7/7	14/14	6/17
Số BV gửi tài liệu họp HĐT&ĐT cho các thành viên trước mỗi buổi họp	7/7	14/14	6/17
Số cuộc họp trung bình năm 2009	9	6	3
Số cuộc họp bàn về DMTBV	3	2	1
Số cuộc họp bàn về đấu thầu mua sắm thuốc	4	3	2
Số cuộc họp về nội dung khác	2	1	0
Số biên bản cuộc họp trung bình năm 2009	9	6	4

HĐT&ĐT đều tổ chức các cuộc họp để triển khai hoạt động. Hầu hết các bệnh viện không lên kế hoạch cho các cuộc họp định kỳ trong năm, các cuộc họp được thông báo trước 1 - 2 tuần hoặc họp đột xuất theo yêu cầu của công việc. Tuy nhiên chỉ có bệnh viện ĐKTU Thái Nguyên có xây dựng kế hoạch họp định kỳ cho cả một năm : *“HĐT&ĐT xây dựng kế hoạch họp định kỳ từng tháng trong vòng một năm. Mỗi tháng một nội dung liên quan đến nhóm thuốc và nhóm bệnh. Chính vì thế các thành viên HĐT&ĐT đều có sự chuẩn bị nội dung cẩn thận cho mỗi cuộc họp. HĐT&ĐT căn cứ vào kết quả nghiên cứu được báo cáo tại cuộc họp mỗi tháng để đưa ra các khuyến cáo về sử dụng thuốc trong bệnh viện: nên điều trị kháng sinh dự phòng phẫu thuật, làm kháng sinh đồ đối với các bệnh nhân viêm phổi”* (Ý kiến một thành viên HĐT&ĐT)

HĐT&ĐT các bệnh viện tuyến TƯ họp trung bình trong năm 2009 là 9 cuộc. Trong đó số cuộc họp bàn về xây dựng DMTBV là 3, số cuộc họp về đấu thầu, mua sắm thuốc là 4, còn lại là về các nội dung khác. Thư ký HĐT&ĐT các bệnh viện này đều có chuẩn bị tài liệu và phát cho các thành viên trước mỗi cuộc họp và có ghi đầy đủ các biên bản họp.

HĐT&ĐT các bệnh viện tuyến tỉnh cũng có chuẩn bị tài liệu trước mỗi buổi họp nhưng số cuộc họp trung bình là 6 buổi. Trong đó họp về xây dựng DMTBV trong 2 cuộc, họp về đấu thầu mua sắm thuốc trong 3 cuộc. HĐT&ĐT có ghi biên bản các cuộc họp, tuy nhiên, thực tế biên bản được ghi không đầy đủ và nội dung biên bản hầu hết chỉ ghi kết luận cuộc họp mà chưa ghi rõ ý kiến các thành viên hội đồng.

6 trong số 17 bệnh viện tuyến huyện có chuẩn bị tài liệu trước mỗi cuộc họp HĐT&ĐT. Số cuộc họp TB trong năm 2009 là 3 cuộc, trong đó họp bàn về xây dựng DMTBV trung bình là 1 cuộc và họp về mua sắm thuốc trung bình là 2 cuộc. Lí giải nguyên nhân không chuẩn bị tài liệu trước mỗi cuộc họp HĐT&ĐT, thư ký HĐT&ĐT một số bệnh viện tuyến huyện đều cho rằng *“không có kinh phí để chuẩn bị tài liệu và cũng không cần thiết vì hầu hết các cuộc họp chỉ để thống nhất ý kiến mà thôi”*.

Kết quả phỏng vấn thư ký HĐT&ĐT tại một số bệnh viện cho thấy "số cuộc họp thực tế của HĐT&ĐT ít hơn so với thể hiện trên sổ sách" nhưng thư ký của HĐT&ĐT vẫn phải viết thêm vào để đối phó với "kiểm tra chéo cuối năm giữa các bệnh viện". Chính vì vậy "việc ghi biên bản họp HĐT&ĐT là hình thức vì kiểm tra bệnh viện cuối năm có kiểm tra nội dung này".

### 3.1.3. Hoạt động của HĐT&ĐT trong lựa chọn thuốc bệnh viện

**Bảng 3.6: Các hoạt động trong lựa chọn thuốc của HĐT&ĐT**

Các bước lựa chọn thuốc	BVTU'	BV tỉnh	BV huyện
Xây dựng danh mục thuốc bệnh viện	7/7	14/14	6/17
Lựa chọn thuốc qua đấu thầu thuốc	7/7	14/14	17/17
Xây dựng cẩm nang DMTBV	7/7	4/14	2/17

Để lựa chọn thuốc phục vụ điều trị trong BV, hầu hết các BV đều chưa đưa ra một quy trình cụ thể, nhưng có thể tóm tắt hoạt động của HĐT&ĐT trong việc lựa chọn thuốc bao gồm các bước sau: (i) Xây dựng danh mục thuốc, (ii) Lựa chọn thuốc qua đấu thầu và (iii) Xây dựng cẩm nang danh mục thuốc.

Danh mục thuốc bệnh viện (DMTBV) được xây dựng mỗi năm một lần, là cơ sở để các bệnh viện tổ chức đấu thầu mua thuốc hàng năm. HĐT&ĐT chịu trách nhiệm đánh giá và lựa chọn các thuốc vào DMTBV. Hầu hết các BV đều chưa xây dựng quy trình lựa chọn thuốc do "chưa được Bộ Y tế hướng dẫn cụ thể các bước xây dựng mà chỉ đưa ra các căn cứ để lựa chọn thuốc: mô hình bệnh tật, kinh phí, trình độ khoa học kỹ thuật của bệnh viện" (Ý kiến một số Phó chủ tịch HĐT&ĐT).

Có ý kiến cho rằng: "Việc lựa chọn thuốc xây dựng DMTBV ngày càng phức tạp do thị trường thuốc ngày càng phát triển, nhu cầu điều trị của các

bác sỹ thay đổi liên tục. Chính vì thế, để đáp ứng đầy đủ thuốc điều trị hợp lý, an toàn trong bệnh viện là một vấn đề khó khăn cho HĐT&ĐT” (Ý kiến một chủ tịch HĐT&ĐT BV tuyến TU).

### 3.1.3.1 Xây dựng danh mục thuốc bệnh viện

**Bảng 3.7: Các hoạt động trong xây dựng danh mục thuốc bệnh viện**

Các bước trong xây dựng DMTBV	Số bệnh viện tiến hành		
	Tuyến TU	Tuyến tỉnh	Tuyến huyện
Phân tích DMT đã sử dụng	7/7	14/14	17/17
Thẩm định các thuốc bổ sung	7/7	14/14	6/17
Thông qua DMTBV	7/7	14/14	17/17

Để xây dựng DMTBV, HĐT&ĐT các bệnh viện đều phân tích DMTBV đã sử dụng trong năm trước và thông qua DMTBV đã được xây dựng. Tuy nhiên chỉ có các TU, tuyến tỉnh và 6 bệnh viện tuyến huyện thẩm định các thuốc đề nghị bổ sung.

Theo ý kiến một số Phó chủ tịch HĐT&ĐT bệnh viện tuyến huyện, nguyên nhân chính mà HĐT&ĐT một số bệnh viện không thẩm định các thuốc bổ sung do “Các khoa lâm sàng không đề nghị bổ sung thuốc vào DMTBV vì bệnh viện được áp dụng DMT chung của toàn tỉnh nên rất đầy đủ thuốc”. (Ý kiến của một số Phó chủ tịch HĐT&ĐT bệnh viện tuyến huyện)

a, Phân tích danh mục thuốc đã sử dụng

**Bảng 3.8: Nội dung phân tích danh mục thuốc đã sử dụng**

Nội dung phân tích	Số bệnh viện tiến hành		
	Tuyến TU	Tuyến tỉnh	Tuyến huyện
Giá trị tiền thuốc đã sử dụng	7/7	14/14	17/17
Số thuốc trong DMTBV không được sử dụng	7/7	14/14	4/17
Thuốc sử dụng ngoài danh mục	7/7	14/14	6/17
Giá trị và nguyên nhân thuốc bị hủy	4/7	3/14	5/17
Các thuốc kém chất lượng	4/7	3/14	5/17
Các phản ứng có hại của thuốc	4/7	5/14	2/17
Tỷ trọng các nhóm thuốc đã sử dụng	3/7	2/14	0
Số lượng và giá trị thuốc nội/thuốc ngoại	2/7	6/14	6/17
Số lượng và giá trị thuốc mang tên generic/biệt dược	0	2/14	0
Phân tích ABC/VEN	0	1/14	0

Nội dung phân tích DMTBV đã sử dụng được HĐT&ĐT tất cả các bệnh viện quan tâm nhất là giá trị tiền thuốc, số thuốc có trong DMTBV nhưng không được sử dụng và các thuốc sử dụng ngoài DMTBV. Chất lượng của thuốc thông qua giá trị thuốc bị hủy và thuốc kém chất lượng được 12 bệnh viện các tuyến phân tích. Độ an toàn của thuốc thông qua các phản ứng có hại của thuốc được 11 bệnh viện phân tích. Tỷ trọng các nhóm thuốc và tỷ trọng thuốc nội – thuốc ngoại có một số bệnh viện phân tích nhưng không có bệnh viện nào quan tâm đến cơ cấu thuốc mang tên generic/ thuốc biệt dược. Hầu hết các bệnh viện chưa sử dụng phương pháp ABC/VEN để phân tích DMTBV.

Cách thức tổng hợp và phân tích tình hình sử dụng thuốc của các bệnh viện khác nhau. Tuy nhiên hầu hết công việc này được HĐT&ĐT giao cho Trưởng khoa Dược, là thư ký hoặc phó chủ tịch hội đồng đảm nhiệm. Trưởng khoa Dược phân tích DMTBV đã sử dụng trong năm trước và tổng hợp các đề nghị bổ sung từ các khoa lâm sàng để có các dữ liệu báo cáo trong cuộc họp của HĐT&ĐT. HĐT&ĐT đánh giá các thông tin mà Trưởng khoa Dược báo cáo để bổ sung hay loại bỏ các thuốc khỏi DMTBV trước khi xây dựng DMTBV năm sau. Toàn bộ nội dung này được báo cáo trong một cuộc họp HĐT&ĐT để *“các thành viên HĐT&ĐT biết tình hình sử dụng thuốc năm trước”* và *“HĐT&ĐT loại bỏ một số thuốc trong DMTBV nhưng không sử dụng và bổ sung một số thuốc ngoài DMTBV nhưng đã được sử dụng nhiều”* (Ý kiến một số phó chủ tịch HĐT&ĐT)

Một số HĐT&ĐT bệnh viện đã phân công cho các thành viên khác trong HĐT&ĐT tổng hợp và phân tích tình hình sử dụng thuốc cùng Trưởng khoa Dược. Tại bệnh viện ĐKTU Thái Nguyên, HĐT&ĐT phân công cho Trưởng phòng KHTH tổng hợp các thông tin về các sai sót trong sử dụng thuốc thông qua kết quả bình đơn, bình bệnh án để có các điều chỉnh với các thuốc có nhiều sai sót. Tại bệnh viện E, việc phân tích giá trị sử dụng các thuốc được phân công cho Trưởng phòng Tài chính kế toán phối hợp cùng Trưởng khoa Dược để phân tích.

Hầu hết các bệnh viện chưa dùng phương pháp ABC/VEN để phân tích DMT đã sử dụng. Khi phỏng vấn về việc không sử dụng phương pháp này, hầu hết các chủ tịch/phó chủ tịch HĐT&ĐT bệnh viện tuyên tỉnh và tuyên huyên cho rằng : *“không biết phương pháp này”* hoặc *“chưa từng nghe đến phương pháp này”*. Một số Phó chủ tịch bệnh viện tuyên TU *“đã biết phương pháp này qua một số buổi tập huấn của Cục quản lý khám chữa bệnh nhưng chưa áp dụng tại bệnh viện”*. Theo ý kiến của một Phó Chủ tịch BV tuyên TU

“phân tích VEN cho một bệnh viện ĐKTU với hơn 20 khoa lâm sàng là rất khó do chưa có hướng dẫn cụ thể”. Trong các bệnh viện nghiên cứu, chỉ có bệnh viện Nhân Dân 115 đã phân tích ABC/VEN trước khi xây dựng DMTBV năm sau.

b, Thẩm định các thuốc được đề nghị bổ sung vào DMTBV từ các khoa lâm sàng

**Bảng 3.9: Nội dung thẩm định các thuốc đề nghị bổ sung vào DMTBV**

Nội dung thẩm định các thuốc đề nghị bổ sung vào DMTBV		Số bệnh viện tiến hành		
		Tuyển TW	Tuyển tỉnh	Tuyển huyện
Thuốc đề nghị chưa có trong DMTBV	Thuốc có trong DMTCY của BYT	2/7	14/14	6/17
	Hiệu quả điều trị, hiệu lực và độ an toàn của thuốc theo đánh giá của các tài liệu đáng tin cậy	7/7	3/14	0
	Năng lực, kinh nghiệm lâm sàng và điều kiện cơ sở vật chất của BV	2/7	2/14	0
	Khả năng cung ứng	3/7	14/14	6/17
Thuốc đề nghị tương đương với thuốc trong DMTBV	Thuốc mới vượt trội hơn các thuốc hiện có trong DMTBV	7/7	3/14	1/17
	So sánh tổng chi phí cho một liệu trình điều trị bằng thuốc mới so với thuốc cũ	2/7	0	0
	So sánh chi phí – hiệu quả của thuốc mới so với thuốc cũ	2/7	0	0

Trước khi xây dựng DMTBV, HĐT&ĐT tổng hợp các thuốc đề nghị bổ sung vào DMTBV từ các khoa lâm sàng, đánh giá sự cần thiết và hợp lý để quyết định bổ sung vào DMTBV. Hầu hết các bệnh viện chưa xây dựng tiêu



chí đề nghị bổ sung thuốc. Các Trưởng khoa lâm sàng chỉ gửi đề nghị bao gồm tên thuốc, hàm lượng cho Trưởng khoa Dược để tổng hợp, báo cáo HĐT&ĐT. HĐT&ĐT tổ chức họp, đánh giá các thuốc đề nghị để quyết định bổ sung hay loại bỏ thuốc khỏi DMTBV.

Với các thuốc đề nghị bổ sung chưa có trong DMTBV, nội dung thẩm định được HĐT&ĐT các bệnh viện tuyến TU quan tâm nhất là hiệu quả điều trị, hiệu lực và độ an toàn của thuốc và khả năng cung ứng của thuốc đó trên thị trường. Với các thuốc đề nghị tương đương với thuốc đã có trong DMTBV, sự vượt trội hơn các thuốc hiện có về hiệu quả điều trị, độ an toàn hoặc sự tiện dụng được HĐT&ĐT quan tâm. Tuy nhiên, một số thành viên HĐT&ĐT bệnh viện tuyến TU cho rằng: *“rất khó khăn trong việc đánh giá hiệu quả điều trị của thuốc dựa trên bằng chứng y học vì các tài liệu của thuốc không đầy đủ và không cập nhật”*.

Nội dung thẩm định các thuốc đề nghị bổ sung từ các khoa lâm sàng của các bệnh viện tuyến tỉnh tập trung vào các thuốc chưa có trong DMTBV, được BHYT chi trả và khả năng cung ứng của thuốc đó trên thị trường. Đối với các thuốc đề nghị bổ sung tương đương với các thuốc đã có trong DMTBV, một số bệnh viện tuyến tỉnh đã đánh giá ưu điểm vượt trội của thuốc so với các thuốc hiện có trong DMTBV để ra quyết định lựa chọn. Tuy nhiên, một số thành viên HĐT&ĐT thì cho rằng *“các thuốc mới bao giờ cũng vượt trội hơn thuốc cũ”*.

Các bệnh viện tuyến huyện hầu như không tổ chức thẩm định các thuốc đề nghị vào DMTBV. Nguyên nhân chính là *“bệnh viện không tổ chức đấu thầu trực tiếp mà đấu thầu tập trung tại Sở Y tế. Danh mục thuốc của Sở Y tế đã đáp ứng đầy đủ các thuốc của bệnh viện tuyến huyện nên chỉ không cần đề nghị bổ sung thuốc hàng năm nữa”* (Ý kiến một số chủ tịch HĐT&ĐT bệnh viện tuyến huyện).

Hầu hết HĐT&ĐT các bệnh viện chưa so sánh chi phí – hiệu quả và chưa tính chi phí liệu trình điều trị của thuốc của thuốc. Ý kiến về vấn đề này, một số chủ tịch HĐT&ĐT cho biết: *“HĐT&ĐT chưa biết phương pháp tính chi phí – hiệu quả của thuốc”* và *“chưa quan tâm đến tính chi phí của cả một liệu trình điều trị, mới chỉ quan tâm đến giá thuốc”*.

Các bệnh viện thu thập các đề nghị bổ sung thuốc theo nhiều cách khác nhau. Các bệnh viện tuyến TU thu thập theo cách: Trước khi xây dựng DMTBV từ 1 đến 2 tháng, HĐT&ĐT thông báo các khoa phòng lâm sàng rà soát các thuốc đang sử dụng để đề nghị bổ sung hay loại bỏ thuốc. Đề nghị được trưởng khoa ký và gửi cho Trưởng khoa Dược để tổng hợp báo cáo HĐT&ĐT. Một số bệnh viện *“khoa lâm sàng tự rà soát DMTBV đang sử dụng”* nhưng có bệnh viện thì *“HĐT&ĐT giao cho khoa Dược tổng hợp các thuốc mà khoa đã sử dụng trong vòng 1 năm và gửi cho khoa để làm căn cứ đánh giá và đề nghị bổ sung hay loại bỏ thuốc”* (Ý kiến Phó chủ tịch HĐT&ĐT BV ĐKTU Thái Nguyên). Tại bệnh viện Chợ Rẫy *“HĐT&ĐT xây dựng dự thảo DMTBV, sau đó gửi các khoa phòng để rà soát lại và cho ý kiến đóng góp, gửi thư ký HĐT&ĐT theo mẫu quy định”*.

c, Thông qua Danh mục thuốc bệnh viện.

HĐT&ĐT các bệnh viện đều họp thông qua DMVBV. Tuy nhiên, với mỗi tuyến bệnh viện hoạt động này tổ chức một cách khác nhau. Với các bệnh viện tuyến TU và một số bệnh viện tuyến tỉnh tự tổ chức đầu thầu *“Sau khi HĐT&ĐT thống nhất các thuốc bổ sung, loại bỏ khỏi DMTBV, Trưởng khoa Dược (phó chủ tịch/thư ký thường trực hội đồng) tập hợp các ý kiến thành viên HĐT&ĐT để xây dựng DMTBV dự kiến và thông qua HĐT&ĐT để trình Giám đốc bệnh viện phê duyệt”* (Ý kiến một số Phó chủ tịch HĐT&ĐT BV tuyến TU và tuyến tỉnh). Tuy nhiên có bệnh viện thì *“Trưởng khoa Dược xây dựng dự*

thảo DMTBV, phát cho các thành viên HĐT&ĐT để đóng góp ý kiến trước khi họp thông qua” (Ý kiến một Phó chủ tịch HĐT&ĐT bệnh viện tuyến TW).

Các bệnh viện không tổ chức đấu thầu, HĐT&ĐT cũng thông qua DMTBV “để trình Giám đốc bệnh viện phê duyệt và gửi Sở Y tế” (Ý kiến một số Phó chủ tịch HĐT&ĐT)

### 3.1.3.2 Lựa chọn thuốc thông qua mua sắm, đấu thầu thuốc

**Bảng 3.10. Tiêu chí lựa chọn thuốc trong đấu thầu của các bệnh viện tuyến tỉnh**

Tiêu chí đánh giá lựa chọn thuốc trong đấu thầu		Số bệnh viện tiến hành		
Nội dung	Tiêu chí cụ thể	Tuyến TU	Tuyến tỉnh	Tuyến huyện
Tiêu chuẩn sản xuất	- GMP WHO/ASEAN	7/7	14/14	17/17
Nguồn gốc xuất xứ sản phẩm	- Thuốc nhập khẩu - Thuốc sản xuất trong nước	2/7	14/14	17/17
Nguồn gốc xuất xứ nguyên liệu (đối với thuốc sản xuất trong nước)	- Mỹ, EU, Nhật Bản - Hàn Quốc, Australia - Các nước khác	2/7	8/14	3/17
Hiệu quả điều trị	- Thuốc sử dụng ổn định tại BV - Thuốc có trong DMTCY của BHYT	7/7	14/14	17/17
Chất lượng cung ứng	- Uy tín nhà cung ứng - Đúng tiến độ - Đúng số lượng - Thủ tục thanh toán thuận tiện	7/7	14/14	17/17
Giá	- Giá thuốc	7/7	14/14	17/17

Sau khi xây dựng được một DMTBV theo tên hoạt chất, các bệnh viện tiến hành lựa chọn các thuốc sử dụng tại bệnh viện thông qua đấu thầu. Các bệnh viện tuyến TU và 6 trong số 14 bệnh viện tuyến tỉnh/thành phố tổ chức đấu thầu trực tiếp, các bệnh viện còn lại đấu thầu tập trung tại Sở Y tế. Các bệnh viện này căn cứ vào DMT trúng thầu trong toàn tỉnh để lựa chọn các thuốc sử dụng tại bệnh viện

Các bệnh viện đánh giá chất lượng thuốc thông qua các tiêu chí: Tiêu chuẩn sản xuất, nguồn gốc xuất xứ của nguyên liệu. Một số bệnh viện chia gói thuốc thành các gói thuốc nhập khẩu và thuốc sản xuất trong nước khi mời thầu. Đối với các thuốc có nguồn gốc trong nước, một số bệnh viện đánh giá chất lượng thông qua nguồn gốc xuất xứ nguyên liệu làm thuốc.

Hiệu quả điều trị của thuốc đánh giá dựa vào tiêu chí : đã sử dụng ổn định tại bệnh viện và có trong DMTCY của BHYT. Giá thuốc và chất lượng cung ứng là hai tiêu chí quan trọng trong lựa chọn thuốc thông qua đấu thầu. Chất lượng cung ứng được các bệnh viện đánh giá dựa trên uy tín của nhà cung ứng. Đối với các công ty đã và đang cung ứng , chất lượng cung ứng được đánh giá qua tiến độ giao hàng kịp thời, đúng số lượng và thanh toán thuận tiện. Một số bệnh viện tuyến tỉnh và huyện ưu tiên nhà cung cấp trên cùng địa bàn để thuận lợi cho việc gọi hàng và thanh toán.

Mặc dù tiêu chí lựa chọn thuốc được các bệnh viện và các Sở Y tế xây dựng không khác nhau nhiều nhưng cách đánh giá khác nhau. Một số bệnh viện đánh giá theo hình thức cho điểm: *“Hội đồng đấu thầu căn cứ vào các tiêu chí lựa chọn thuốc đã được HĐT&ĐT xây dựng để tính điểm cho các thuốc tham dự thầu và lựa chọn các thuốc có điểm từ cao đến thấp”*(Ý kiến của một Phó chủ tịch HĐT&ĐT BVTU). Một số bệnh viện đánh giá đạt/không đạt khi lựa chọn.

Một số bệnh viện chia gói thầu theo nguồn gốc xuất xứ sản phẩm, một số bệnh viện mời thầu theo tên hoạt chất. Khi phỏng vấn Phó chủ tịch HĐT&ĐT về sự ưu tiên đối với thuốc sản xuất trong nước, hầu hết các ý kiến cho rằng: “*có ưu tiên đối với các thuốc đã sản xuất được trong nước: một số kháng sinh, dịch truyền, vitamin*”.

HĐT&ĐT các bệnh viện không quy định rõ về việc số lượng biệt dược cho mỗi hoạt chất mà “*thường chọn từ “2-3 thuốc cho mỗi hoạt chất để đảm bảo cung ứng đầy đủ, tránh tình trạng nhà cung ứng bị gián đoạn không cung cấp thuốc*”. Tuy nhiên, có bệnh viện lựa chọn 5-6 biệt dược cho một hoạt chất: “*để đáp ứng với nhu cầu điều trị của nhiều bệnh nhân*” (Ý kiến của một Phó chủ tịch HĐT&ĐT tuyến TU).

### 3.1.3.3 Xây dựng cẩm nang DMTBV

**Bảng 3.11: Cẩm nang danh mục thuốc bệnh viện**

Nội dung hoạt động xây dựng cẩm nang DMTBV		Các bệnh viện thực hiện		
		Tuyến TU	Tuyến tỉnh	Tuyến huyện
Số bệnh viện có xây dựng cẩm nang DMTBV		7/7	5/14	1/17
Số bệnh viện có tổ chức hướng dẫn sử dụng cẩm nang DMTBV cho nhân viên y tế		0	0	0
Nội dung cẩm nang DMTBV	Danh mục tên thuốc, hàm lượng	7/7	5/14	1/17
	Danh mục tên thuốc, hàm lượng, cách dùng	0	1/14	0
	Hướng dẫn sử dụng cẩm nang	3/7	2/14	0
	Các quy định trong sử dụng thuốc trong BV	3/7	2/14	0

Sau khi lựa chọn các thuốc sử dụng tại bệnh viện, một số bệnh viện đã xây dựng cẩm nang DMTBV. Tuy nhiên, các bệnh viện không tổ chức tập

huấn hướng dẫn cách sử dụng cẩm nang DMTBV cho nhân viên y tế trong bệnh viện mà chỉ in ấn và phát đến các khoa phòng và bác sỹ, dược sỹ trong bệnh viện

Nội dung cẩm nang này của hầu hết các bệnh viện chỉ bao gồm tên và hàm lượng thuốc trong DMTBV, được xếp theo alphabet hoặc theo nhóm tác dụng dược lý. Trong các bệnh viện nghiên cứu chỉ có DMT của bệnh viện Nhân dân Gia Định có ghi liều sử dụng và chỉ định của các thuốc. Một số bệnh viện có hướng dẫn tra cứu cẩm nang các quy định về sử dụng thuốc tại bệnh viện.

Hầu hết các bệnh viện tuyến huyện không xây dựng cẩm nang DMTBV. Lí giải vấn đề này, một số Phó chủ tịch HĐT&ĐT BV tuyến huyện cho rằng: *“bệnh viện đã quản lý thuốc bằng hệ thống mạng máy tính toàn bệnh viện, cập nhật DMTBV trên mạng để các bác sỹ nắm được tên thuốc”*. Cũng có ý kiến cho rằng: *“DMTBV gần như không thay đổi nên sau khi lựa chọn thuốc từ danh mục thuốc trúng thầu của Sở tế, chỉ thông báo các thuốc mới cho các bác sỹ”*. Tuy nhiên cũng có ý kiến của một chủ tịch HĐT&ĐT BV tuyến huyện cho rằng: *“Bộ Y tế không quy định và không hướng dẫn xây dựng cẩm nang DMTBV”*.

### **3.2. ĐÁNH GIÁ DANH MỤC THUỐC ĐÃ ĐƯỢC SỬ DỤNG NĂM 2009**

Chất lượng DMT BV là thước đo đánh giá vai trò và hiệu quả hoạt động của HĐT&ĐT bệnh viện trong hoạt động lựa chọn và duy trì danh mục thuốc. Chất lượng DMTBV thể hiện ở các chỉ tiêu: ưu tiên thuốc nội, thuốc mang tên generic, thuốc đơn thành phần và thuốc nằm trong DMT chủ yếu của Bộ Y Tế. Ngoài ra chất lượng DMTBV còn thể hiện ở kết quả phân tích ABC/VEN và tỷ lệ nhóm AN của các bệnh viện.

### 3.2.1 Cơ cấu thuốc nội - thuốc ngoại

**Bảng 3.12: Kết quả phân tích cơ cấu khoản mục thuốc nội - thuốc ngoại**

Tuyến bệnh viện	Thuốc nội				Thuốc ngoại			
	Số khoản mục (%)		Giá trị (%)		Số khoản mục (%)		Giá trị (%)	
	Min	Max	Min	Max	Min	Max	Min	Max
Trung ương	25,5	36,8	12,1	27,9	63,2	74,5	72,0	87,9
Tỉnh	22,6	41,1	13,3	57,1	58,9	77,4	42,9	86,7
Huyện	48,5	55,5	39,3	53,2	44,5	51,5	46,8	60,7
Trung bình	35,6 ± 9,1		34,9 ± 15,4		64,2 ± 9,0		65,1 ± 15,9	
P	p <0,05		p <0,05		p <0,05		p <0,05	

\* Min: Giá trị nhỏ nhất

\*Max: Giá trị lớn nhất

Kết quả phân tích cơ cấu thuốc nội và thuốc ngoại trong DMTBV của các tuyến bệnh viện cho thấy có sự khác biệt về tỷ lệ số lượng và tỷ trọng thuốc nội và thuốc ngoại của các tuyến bệnh viện với  $p < 0,05$ . Tỷ lệ trung bình của thuốc nội khoảng 35% cả về số khoản mục và giá trị. Tuy nhiên tỷ lệ này tại các tuyến bệnh viện khác nhau.

Tại các bệnh viện tuyến TU, số thuốc nội chiếm tỷ lệ từ 25,5% đến 36,8%, thấp nhất là tại bệnh viện ĐKTU Thái Nguyên (25,5%) và cao nhất tại bệnh viện Chợ Rẫy (36,8%). Tuy nhiên giá trị sử dụng thuốc nội tại bệnh viện Chợ Rẫy chỉ chiếm tỷ lệ 12,1% mà thôi. Số thuốc ngoại chiếm tỷ lệ từ 63,2% đến 74,5%, cao nhất tại bệnh viện ĐKTU Thái Nguyên (74,5%), thấp nhất tại bệnh viện Chợ Rẫy (63,2%). Giá trị sử dụng thuốc ngoại tại bệnh viện Chợ Rẫy chiếm tỷ lệ tới 87,9%, cao nhất trong các bệnh viện tuyến TU.

Đối với các bệnh viện tuyến tỉnh, số thuốc nội chiếm tỷ lệ cao nhất là 41,1 (BV ĐK Hải Dương) và thấp nhất là 22,6% (BV Việt Tiệp – Hải Phòng).

Mặc dù vậy giá trị thuốc nội tại BVĐK Hải Dương chỉ chiếm tỷ lệ 13,3%. Tỷ lệ số khoản mục thuốc ngoại nằm trong khoảng từ 59,9% đến 77,4%. Giá trị sử dụng thuốc ngoại tại tuyến BV này chiếm tỷ lệ từ 42,9% đến 86,7%, cao nhất tại BVĐK Hải Hải Dương (86,7%).

Tại các bệnh viện tuyến huyện, số khoản mục thuốc và giá trị sử dụng thuốc nội chiếm tỷ lệ cao hơn tại tuyến tỉnh và tuyến TU. Số thuốc nội chiếm tỷ lệ từ 48,5% đến 55,5%, cao nhất tại bệnh viện huyện Ngọc Lặc – Thanh Hóa (55,5%), thấp nhất tại bệnh viện quận Thanh Bình – Thành phố Cần Thơ (48,5%). Giá trị sử dụng thuốc nội chiếm tỷ lệ từ 39,3% đến 53,2%, cao nhất tại bệnh viện huyện Kim Sơn – Ninh Bình (53,2%), thấp nhất tại bệnh viện huyện Ngọc Lặc (39,3%).

Nhóm thuốc ngoại tập trung vào các thuốc điều trị ung thư, thuốc tác dụng đối với máu, đạm truyền, thuốc kháng sinh tiêm thể hệ mới, thuốc điều trị tim mạch. Các thuốc này chưa sản xuất được tại Việt Nam. Nhóm thuốc sản xuất trong nước tập trung vào các thuốc dạng viên, gói, dịch truyền, thuốc đông dược và một số thuốc kháng sinh nhóm Beta lactam

### 3.2.2 Phân tích cơ cấu thuốc đơn thành phần - thuốc đa thành phần

**Bảng 3.13: Kết quả phân tích cơ cấu thuốc đơn TP - thuốc đa TP**

Tuyến bệnh viện	Thuốc đơn thành phần				Thuốc đa thành phần			
	Số khoản mục (%)		Giá trị (%)		Số khoản mục (%)		Giá trị (%)	
	Min	Max	Min	Max	Min	Max	Min	Max
Trung ương	76,9	89,0	81,2	90,1	11,0	23,1	9,9	18,8
Tỉnh	79,0	96,0	79,3	94,2	4,0	21,0	5,8	20,7
Huyện	85,5	93,0	78,3	86,0	7,0	14,5	14,0	21,7
Trung bình	86,1 ± 6,6		86,8 ± 5,3		13,9 ± 6,2		13,2 ± 5,3	
p	p>0,05		p>0,05		p>0,05		p>0,05	



*\* Min: Giá trị nhỏ nhất*

*\*Max: Giá trị lớn nhất*

Kết quả phân tích cơ cấu thuốc đơn thành phần -thuốc đa thành phần trong DMT của bệnh viện các tuyến cho thấy không có sự khác biệt về tỷ lệ số lượng và tỷ trọng giữa 2 nhóm này giữa các tuyến bệnh viện.

Số khoản mục thuốc và giá trị sử dụng thuốc của đơn thành phần chiếm tỷ lệ trung bình khoảng 86%, thuốc đa thành phần chiếm tỷ lệ khoảng hơn 13%. Tuy nhiên tỷ lệ này giữa các tuyến bệnh viện không giống nhau.

Tại các bệnh viện tuyến TU, số khoản mục thuốc đơn thành phần chiếm tỷ lệ từ 76,9% đến 89,2%; giá trị sử dụng của nhóm này chiếm tỷ lệ từ 81,2% đến 90,1%. Số khoản mục thuốc đa thành phần chiếm tỷ lệ từ 11% đến 23,1%; giá trị sử dụng chiếm tỷ lệ từ 9,9% đến 18,8%, cao nhất tại bệnh viện Chợ Rẫy, thấp nhất tại bệnh viện C Đà Nẵng.

Đối với các bệnh viện tuyến tỉnh, nhóm thuốc đơn thành phần chiếm tỷ lệ từ 79% đến 96%, cao nhất tại BVĐK tỉnh Điện Biên (96%), thấp nhất tại BVĐK tỉnh Ninh Bình (79%). Tuy nhiên giá trị sử dụng thuốc đơn thành phần cao nhất tại BVĐK tỉnh Bắc Kạn (94,2%).

Tại các bệnh viện tuyến huyện, số khoản mục thuốc đơn thành phần chiếm tỷ lệ từ 85,5% đến 93%, cao hơn tại tuyến TU và tuyến tỉnh nhưng giá trị sử dụng chỉ chiếm tỷ lệ từ 78,3% đến 86% thấp hơn hai tuyến bệnh viện trên, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$ .

### 3.2.3 Phân tích cơ cấu thuốc mang tên generic - biệt dược

**Bảng 3.14: Kết quả phân tích cơ cấu thuốc mang tên generic - biệt dược**

Tuyến bệnh viện	Thuốc mang tên generic				Thuốc biệt dược			
	Số khoản mục (%)		Giá trị (%)		Số khoản mục (%)		Giá trị (%)	
	Min	Max	Min	Max	Min	Max	Min	Max
Trung ương	32,6	35,1	21,1	31,2	64,9	67,4	68,8	78,9
Tỉnh	22,4	46,0	12,1	38,1	54,0	77,6	61,9	87,9
Huyện	35,5	47,8	17,8	21,8	52,2	64,5	78,2	82,2
Trung bình	34,3 ± 6,5		22,3 ± 6,5		65,6 ± 6,5		77,6 ± 6,5	
p	p>0,05		p>0,05		p>0,05		p>0,05	

\* *Min: Giá trị nhỏ nhất*

\**Max: Giá trị lớn nhất*

Kết quả phân tích cơ cấu thuốc generic - thuốc biệt dược của các bệnh viện cho thấy không có sự khác biệt cả về tỷ lệ số lượng và tỷ lệ giá trị sử dụng các thuốc này giữa các tuyến BV.

Số khoản mục thuốc generic tại các bệnh viện tuyến TƯ chiếm tỷ lệ từ 32,6% đến 35,1%, cao nhất tại bệnh viện C Đà Nẵng (35,1%), thấp nhất tại bệnh viện E (32,6%). Giá trị sử dụng nhóm thuốc này chiếm tỷ lệ nằm trong khoảng từ 21,1% đến 31,2%, cao nhất tại bệnh viện C Đà Nẵng (31,2%), thấp nhất tại bệnh viện Chợ Rẫy (21,1%).

Tại các bệnh viện tuyến tỉnh, thuốc generic chiếm tỷ lệ từ 22,4% đến 46%, cao nhất tại bệnh viện ĐK Điện Biên (46%), thấp nhất tại bệnh viện Thanh Nhàn -Hà Nội (22,4%). Giá trị sử dụng nhóm thuốc này chiếm tỷ lệ từ 12,1% đến 38,1%, cao nhất tại BVĐK Điện Biên (38,1%), thấp nhất tại bệnh viện Việt Tiệp Hải Phòng (12,1%).

Các bệnh viện tuyến huyện có số thuốc generic chiếm tỷ lệ cao nhất, nằm trong khoảng từ 35,5% (BV huyện Thủ Đức – TP HCM) đến 47,8% (bệnh viện huyện Simacai Lào Cai). Tuy nhiên, giá trị sử dụng thuốc generic của tuyến bệnh viện này chỉ chiếm tỷ lệ từ 17,8% đến 21,8%, thấp hơn tuyến TU và tuyến tỉnh.

Các thuốc generic tập trung vào các nhóm kháng sinh, vitamin dạng đơn chất, dịch truyền được sản xuất trong nước hoặc liên doanh sản xuất trong nước và một số thuốc generic nhập khẩu thuộc nhóm thuốc điều trị ung thư, kháng sinh, tim mạch.

### 3.2.4 Phân tích cơ cấu các dạng thuốc trong DMT sử dụng năm 2009

**Bảng 3.15: Kết quả phân tích cơ cấu các dạng thuốc**

Tuyến BV	Thuốc tiêm truyền				Thuốc uống				Thuốc dạng khác			
	Số khoản mục (%)		Giá trị (%)		Số khoản mục (%)		Giá trị (%)		Số khoản mục (%)		Giá trị (%)	
	Min	Max	Min	Max	Min	Max	Min	Max	Min	Max	Min	Max
T.U	62,6	69,7	61,6	74,7	25,0	30,4	21,1	33,4	2,0	7,0	2,9	8,3
Tỉnh	51,8	72,0	46,1	65,3	20,0	38,0	28,5	50,3	5,0	10,2	2,5	6,4
Huyện	51,7	61,0	44,1	51,2	33,0	40,1	43,6	54,3	6,0	8,2	1,6	5,2
TB	63,2 ± 5,7		57,2 ± 9,1		29,9 ± 5,2		38,3 ± 9,7		6,7 ± 1,9		4,5 ± 1,6	
p	p>0,05		p<0,05		p>0,05		p<0,05		p>0,05		p>0,05	

\* Min: Giá trị nhỏ nhất

\*Max: Giá trị lớn nhất

Kết quả phân tích cơ cấu thuốc các dạng cho thấy có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về tỷ lệ giá trị sử dụng của nhóm thuốc dạng tiêm - truyền, thuốc dạng uống giữa 3 tuyến BV.

Tại các bệnh viện tuyến TU, số khoản mục thuốc tiêm chiếm tỷ lệ từ 62,6% đến 69,7%, cao nhất tại bệnh viện ĐKTU Thái Nguyên (69,7%), thấp nhất tại bệnh viện E (62,6%). Giá trị sử dụng nhóm thuốc tiêm có tỷ lệ cao

nhất tại BVĐK TU Thái Nguyên (74,7%), thấp nhất tại bệnh viện C Đà Nẵng. Bệnh viện E có tỷ lệ số thuốc uống cao nhất (30,4%) nhưng giá trị sử dụng thuốc uống chiếm tỷ lệ cao nhất tại bệnh viện C Đà Nẵng (33,4%).

Tại bệnh viện tuyến tỉnh, bệnh viện ĐK tỉnh Bình Định có tỷ lệ số thuốc tiêm cao nhất (72%) nhưng tỷ lệ về giá trị sử dụng thuốc tiêm cao nhất là bệnh viện ĐK Hải Dương (65,3%). Tỷ lệ số thuốc uống cao nhất tại bệnh viện ĐK tỉnh Lào Cai (38%) và giá trị sử dụng nhóm thuốc này chiếm tỷ lệ cao nhất tại BVĐK tỉnh Điện Biên (50,3%).

Tại các bệnh viện tuyến huyện, số thuốc tiêm chiếm tỷ lệ từ 51,7% đến 61%, cao nhất tại bệnh viện huyện Kinh Môn - Hải Dương (61%), thấp nhất tại bệnh viện huyện Simacai – Lào Cai (51,7%). Giá trị sử dụng nhóm thuốc này chiếm tỷ lệ cao nhất tại bệnh viện huyện Ngọc Lặc – Thanh Hóa (51,2%).

Các thuốc dạng khác (thuốc đặt, thuốc phun mù, thuốc dùng ngoài da) chiếm tỷ lệ thấp trong DMTBV. Số thuốc nhóm này chiếm tỷ lệ trung bình khoảng 6,7% ; giá trị sử dụng chiếm tỷ lệ trung bình khoảng 4,5%.

### 3.2.5 Phân tích cơ cấu thuốc nằm trong DMTCY của BHYT

**Bảng 3.16: Kết quả phân tích cơ cấu thuốc nằm trong DMTCY của BHYT**

Tuyến bệnh viện	Thuốc nằm trong DMTCY				Thuốc không trong DMTCY			
	Số khoản mục (%)		Giá trị (%)		Số khoản mục (%)		Giá trị (%)	
	<i>Min</i>	<i>Max</i>	<i>Min</i>	<i>Max</i>	<i>Min</i>	<i>Max</i>	<i>Min</i>	<i>Max</i>
Trung ương	92,4	97,6	88,2	97,9	2,4	7,6	2,1	11,8
Tỉnh	90,0	96,4	94,6	98,4	3,6	10,0	1,6	5,4
Huyện	91,3	94,5	94,6	98,2	5,5	8,7	1,3	5,4
Trung bình	94,1 ± 2,2		95,9 ± 2,4		5,8 ± 2,2		4,1 ± 2,4	
p	p>0,05		p>0,05		p>0,05		p>0,05	

\* *Min*: Giá trị nhỏ nhất

\* *Max*: Giá trị lớn nhất

Kết quả phân tích cơ cấu thuốc nằm trong DMTCY của BHYT của các bệnh viện cho thấy không có sự khác biệt về tỷ lệ số thuốc và tỷ trọng các thuốc này giữa các tuyến bệnh viện.

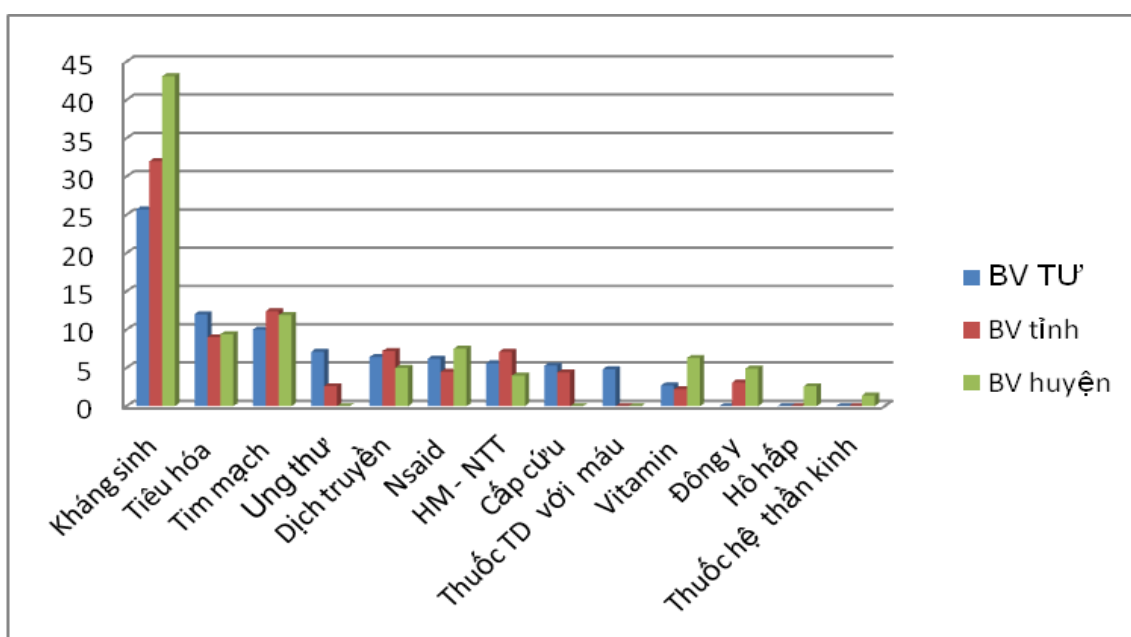
Số thuốc nằm trong DMTCY của BHYT chiếm tỷ lệ trung bình là  $94,1 \pm 2,2$ , cao nhất tại bệnh viện E (97,6%), thấp nhất tại bệnh viện Chợ Rẫy (90%), số thuốc nằm ngoài DMTCY chiếm tỷ lệ trung bình là  $5,8 \pm 2,2$ , cao nhất tại BVĐK tỉnh Điện Biên (10%), thấp nhất tại bệnh viện E (2,4%). Giá trị sử dụng của các thuốc nằm trong DMTCY của BHYT chiếm tỷ lệ trung bình là  $95,9 \pm 2,4$ , cao nhất tại bệnh viện huyện Kim Sơn (98,2%), thấp nhất tại bệnh viện Chợ Rẫy (88,2%).

Kết quả phân tích cho thấy hầu hết các thuốc sử dụng tại các bệnh viện đều nằm trong DMTCY của BHYT. Một số thuốc nằm ngoài DMTCY là thuốc điều trị ung thư và thuốc phối hợp nhiều thành phần.

### 3.2.6 Phân tích cơ cấu tỷ trọng 10 nhóm thuốc có giá trị sử dụng nhiều nhất

**Bảng 3.17: Kết quả phân tích cơ cấu tỷ trọng 10 nhóm thuốc thuốc sử dụng nhiều nhất**

STT	Bệnh viện TU		Bệnh viện tỉnh		BV huyện	
	Nhóm thuốc	Tỷ lệ TB (%)	Nhóm thuốc	Tỷ lệ TB (%)	Nhóm thuốc	Tỷ lệ TB (%)
1	Kháng sinh	25,7	Kháng sinh	32,0	Kháng sinh	43,1
2	Tiêu hóa	12,0	Tim mạch	12,4	Tim mạch	11,9
3	Tim mạch	10,0	Tiêu hóa	9,0	Tiêu hóa	9,4
4	Ung thư	7,1	Dịch truyền	7,2	NSAID	7,5
5	Dịch truyền	6,4	HM - NTT	7,1	Vitamin	6,3
6	NSAID	6,2	NSAID	4,5	Dịch truyền	5,0
7	HM - NTT	5,6	Cấp cứu	4,4	Đông y	4,9
8	Cấp cứu	5,3	Đông y	3,1	HM - NTT	4,0
9	Thuốc TD với máu	4,8	Ung thư	2,6	Hô hấp	2,6
10	Vitamin	2,7	Vitamin	2,2	Thuốc hệ TK	1,4



Hình 3.1 : Cơ cấu 10 nhóm thuốc sử dụng nhiều nhất tại các tuyến bệnh viện

Kết quả phân tích cơ cấu tỷ trọng 10 nhóm tác dụng dược lý sử dụng nhiều nhất năm 2009 tại các bệnh viện cho thấy ba tuyến BV có chung một số nhóm có giá trị sử dụng nhiều nhất: kháng sinh, tim mạch, tiêu hóa, dịch truyền, NSAID, hocmon – nội tiết tố và Vitamin. Một nhóm chỉ có tại bệnh viện tuyến TU' là nhóm thuốc tác dụng với máu. Hai nhóm chỉ có ở các bệnh viện tuyến TU' và tuyến tỉnh là nhóm thuốc điều trị ung thư và nhóm thuốc cấp cứu. Nhóm thuốc đông y chỉ có tại các BV tuyến tỉnh và huyện. Nhóm thuốc về hệ hô hấp và thuốc hệ thần kinh chỉ có tại các bệnh viện tuyến huyện.

Nhóm thuốc kháng sinh có giá trị sử dụng chiếm tỷ lệ cao nhất trong các nhóm thuốc tại cả ba tuyến BV. Trong đó tỷ trọng KS của BV tuyến huyện cao nhất (43,1%) và của BV tuyến TU' thấp nhất (25,7%).

Tại các bệnh viện tuyến TU', nhóm thuốc đường tiêu hóa có giá trị chiếm tỷ lệ cao thứ hai, 12,0%. Tại tuyến tỉnh và tuyến huyện, nhóm thuốc này chiếm tỷ trọng tương ứng là 9,0% và 9,4%, đứng thứ ba trong nhóm.

Nhóm thuốc điều trị tim mạch tại các bệnh viện tuyến TU có giá trị chiếm tỷ lệ 10%, đứng thứ 3. Tại bệnh viện tuyến tỉnh, nhóm thuốc này có tỷ trọng là 12,4%, tại bệnh viện tuyến huyện là 11,9%, đứng thứ hai trong các nhóm thuốc.

Nhóm dịch truyền có giá trị chiếm tỷ lệ từ 5% đến 7,2%, cao nhất tại tuyến tỉnh, thấp nhất tại tuyến huyện. Nhóm NSAID có tỷ lệ từ 4,5% đến 7,5%, cao nhất tại tuyến huyện, thấp nhất tại tuyến tỉnh. Nhóm hocmon – nội tiết tố có tỷ lệ từ 4% đến 7,1%, cao nhất tại tuyến tỉnh, thấp nhất tại tuyến huyện. Nhóm thuốc điều trị ung thư chiếm tỷ trọng 7,1% tại các bệnh viện tuyến TU, nhưng chỉ chiếm 2,6% tại các bệnh viện tuyến tỉnh và không được sử dụng tại các bệnh viện tuyến huyện.

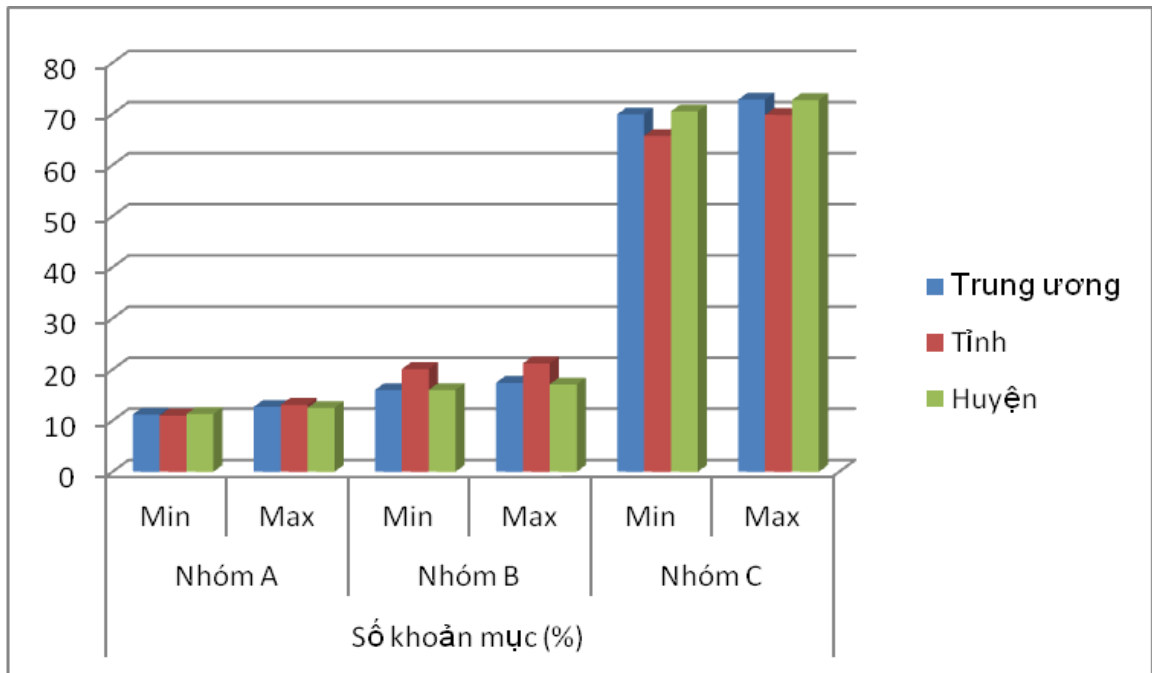
Nhóm Vitamin cũng là một trong 10 nhóm thuốc có giá trị chiếm tỷ lệ cao nhất tại tất cả các tuyến bệnh viện. Giá trị sử dụng của nhóm này chiếm tỷ lệ 2,7% (BV tuyến TU); 2,2% (BV tuyến tỉnh) và 6,3% (BV tuyến huyện). Tại tuyến TU và tuyến tỉnh, giá trị sử dụng của nhóm Vitamin có tỷ lệ đứng thứ 10 nhưng tại tuyến huyện, nhóm này đứng thứ 5 trong 10 nhóm sử dụng nhiều nhất tại các bệnh viện.

### 3.2.7 Phân tích ABC/VEN

#### 3.2.7.1 Phân tích ABC số lượng khoản mục trong các DMTBV năm 2009

**Bảng 3.18: Kết quả phân tích ABC số lượng khoản mục**

Tuyến bệnh viện	Số khoản mục (%)		
	Nhóm A	Nhóm B	Nhóm C
Trung ương	11,2 – 12,7	16,0 – 17,4	69,9 – 72,8
Tỉnh	11,0 - 13,1	20,1 – 21,2	65,7 – 68,9
Huyện	11,3 – 12,5	16,0 – 17,1	70,5 - 72,7
Trung bình	11,7 ± 0,6	18,9 ± 2,0	69,2 ± 2,1



Hình 3.2 : Kết quả phân tích ABC số lượng khoản mục

Kết quả phân tích ABC danh mục thuốc sử dụng năm 2009 cho thấy: số khoản mục thuốc chiếm 70% tổng giá trị sử dụng (nhóm A) của các bệnh viện đều nằm trong khoảng từ 11,0% đến 13,1% tổng số khoản mục thuốc, trung bình là  $11,7\% \pm 0,6$ , như vậy là hợp lý. 20% tổng giá trị sử dụng thuốc (nhóm B) nằm trong khoảng từ 16% đến 21,2% số lượng thuốc (trung bình  $18,9\% \pm 2,0\%$ ) và 10% tổng giá trị sử dụng thuốc (nhóm C) nằm trong khoảng từ 65,7% đến 72,8% số lượng thuốc (trung bình  $69,2\% \pm 2,1\%$ ).

Điều này chứng tỏ rằng các BV đã mua sắm tương đối tập trung vào các thuốc hay được sử dụng nhiều nhất trong điều trị (sử dụng 70% tổng kinh phí để mua sắm 11,2% – 13,1% số khoản mục thuốc). Đây là các thuốc có giá trị và số lượng sử dụng lớn trong bệnh viện. Chính vì thế cần ưu tiên trong mua sắm, đồng thời quản lý chặt chẽ các thuốc thuộc nhóm A này.



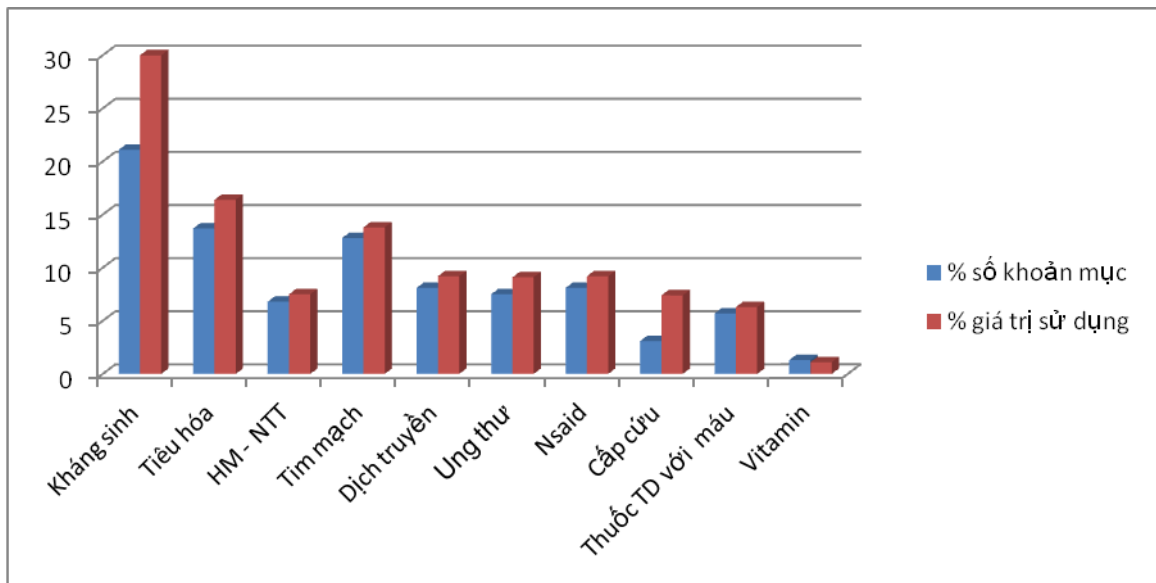
**3.2.7.2 Phân tích cơ cấu 10 nhóm sử dụng nhiều nhất trong nhóm A  
a, Bệnh viện Tuyến Trung ương**

**Bảng 3.19: Kết quả phân tích nhóm A của các bệnh viện tuyến  
Trung ương**

Nhóm thuốc	Số khoản mục			Giá trị		
	<i>Min</i>	<i>Max</i>	<i>Trung bình</i>	<i>Min</i>	<i>Max</i>	<i>Trung bình</i>
Kháng sinh	24,4	30,4	27,1 ± 3,0	25,7	35,7	30,0 ± 5,1
Tiêu hóa	11,4	16,7	13,7 ± 2,7	12,2	21,3	16,4 ± 4,5
HM - NTT	2,5	15,0	6,8 ± 7,0	2,2	17,5	7,5 ± 8,6
Tim mạch	12,4	13,3	12,8 ± 0,4	8,8	16,9	13,8 ± 4,3
Dịch truyền	2,5	11,9	8,1 ± 4,9	4,9	16,7	9,2 ± 6,4
Ung thư	5,0	11,4	7,5 ± 3,3	4,9	14,6	9,1 ± 4,9
NSAID	7,3	8,9	8,1 ± 1,1	6,9	11,6	9,2 ± 3,3
Cấp cứu	2,1	4,0	3,1 ± 0,9	2,7	11,3	7,4 ± 4,3
Thuốc TD với máu	3,3	7,6	5,7 ± 2,1	2,7	10,9	6,3 ± 4,1
Vitamin	0,6	2,1	1,3 ± 0,7	0,4	1,5	1,1 ± 0,6

\* *Min: Giá trị nhỏ nhất*

\* *Max: Giá trị cao nhất*



Hình 3.3: Kết quả phân tích nhóm A của các bệnh viện tuyến TU

Kết quả phân tích cơ cấu 10 nhóm thuốc sử dụng nhiều nhất trong nhóm A cho thấy: Nhóm kháng sinh chiếm tỷ lệ cao nhất cả về số khoản mục và giá trị sử dụng. Trong đó, Bệnh viện Chợ Rẫy chiếm tỷ lệ thấp nhất về số khoản mục thuốc (23,4%) nhưng chiếm tỷ lệ cao nhất về giá trị sử dụng (35,7%). số thuốc kháng sinh trong nhóm A có tỷ lệ cao nhất tại bệnh viện E (30,4%). Bệnh viện ĐKTU Thái Nguyên có giá trị sử dụng kháng sinh thấp nhất (25,7%).

Tuy nhiên, khi phân tích các hoạt chất trong nhóm A có sự trùng lặp nhiều biệt dược cho cùng 1 hoạt chất. Ví dụ: nhóm thuốc KS trong nhóm A của BV Chợ Rẫy (xem Phụ lục 2) cho thấy: Hoạt chất chiếm tỷ trọng cao nhất trong nhóm kháng sinh là Prepenem 1g, dạng thuốc tiêm, với 5 thuốc, chiếm 10,6% về số lượng và 21,4 về giá trị sử dụng. Hoạt chất Cefoperazone 1g, dạng thuốc tiêm với 9 thuốc, chiếm 19,1% về số lượng, 19,2% về giá trị. Hoạt chất Ceftazidim 1g, dạng thuốc tiêm với 6 thuốc, chiếm 12,8% về số lượng, 13,9% về giá trị. Nhóm thuốc kháng sinh trong nhóm A của bệnh viện ĐKTU Thái Nguyên (Xem phụ lục 3) gồm có 7 hoạt chất, 6 trong số 7 hoạt chất có từ 2 – 3 biệt dược và 5 trong số 7 hoạt chất thuộc nhóm Beta - lactam, trong đó

hoạt chất Cefotaxim 1g, dạng thuốc tiêm gồm 3 biệt dược, chiếm tỷ trọng lớn nhất (27,7%).

Nhóm thuốc đường tiêu hóa có số thuốc chiếm tỷ lệ trung bình là  $13,7 \pm 2,7$ , cao nhất là bệnh viện ĐKTU Thái Nguyên (16,7%), thấp nhất là bệnh viện ĐKTU Cần Thơ (11,4%). Tỷ lệ giá trị sử dụng trung bình là  $16,4 \pm 4,5$ , cao nhất tại bệnh viện Chợ Rẫy (21,3%), thấp nhất tại bệnh viện C Đà Nẵng (12,2%). Tuy nhiên trong nhóm này các thuốc hỗ trợ điều trị chiếm tỷ lệ cao. Ví dụ: nhóm thuốc Tiêu hóa trong nhóm A của bệnh viện Chợ Rẫy ( Xem phụ lục 4) thuốc gồm L-ornithine L-aspartate 500mg, dạng thuốc tiêm, có tác dụng hỗ trợ điều trị bệnh gan bao gồm 3 thuốc trong nhóm A với giá trị sử dụng là 21 tỷ, chiếm tỷ trọng 25,3% trong nhóm thuốc Tiêu hóa.

Nhóm thuốc cấp cứu có số khoản mục chiếm tỷ lệ từ 2,1% đến 4,0% và giá trị sử dụng chiếm tỷ lệ từ 2,7% đến 11,3%. Bệnh viện Việt Tiệp Hải Phòng có giá trị sử dụng nhóm thuốc này chiếm tỷ lệ cao nhất (11,3%). Tuy nhiên, giá trị sử dụng các thuốc nằm phần lớn tại một số hoạt chất: Choline alfoscerate, Glutathion.

Các nhóm tác dụng trên phù hợp với mô hình bệnh tật của bệnh viện. Tuy nhiên kết quả phân tích cơ cấu nhóm A cho thấy nhóm Vitamin cũng nằm trong nhóm này. Số khoản mục nhóm Vitamin trung bình trong nhóm A là 1,3%, cao nhất tại BVĐK TU Cần Thơ (2,1%), thấp nhất tại bệnh viện E (0,6%). Giá trị sử dụng nhóm Vitamin chiếm tỷ lệ TB là 1,1%, thấp nhất tại bệnh viện C Đà Nẵng (0,4%), cao nhất tại bệnh viện ĐKTU Thái Nguyên (1,5%). Kết quả này cho thấy có chưa hợp lý trong sử dụng Vitamin tại các bệnh viện.

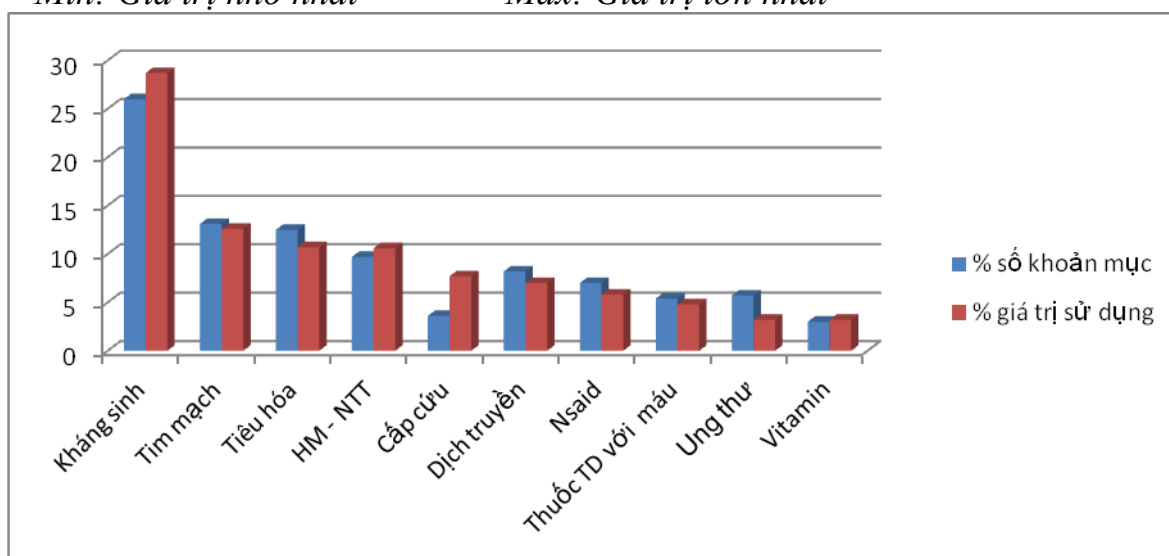
**b, Bệnh viện tuyến tỉnh**

**Bảng 3.20: Kết quả phân tích nhóm A của BV tuyến tỉnh**

Nhóm thuốc	Số khoản mục			Giá trị		
	Min	Max	Trung bình	Min	Max	Trung bình
Kháng sinh	20,8	30,4	26,0 ± 3,4	22,4	35,3	28,7 ± 4,8
Tim mạch	9,1	16,7	13,1 ± 2,4	6,4	15,8	12,6 ± 3,8
Tiêu hóa	7,3	18,8	12,5 ± 4,5	4,3	17,6	10,7 ± 5,3
HM - NTT	2,5	15,0	9,7 ± 4,8	2,2	17,5	10,6 ± 5,8
Cấp cứu	2,8	5,6	3,6 ± 1,3	2,2	14,2	7,7 ± 5,2
Dịch truyền	2,5	11,1	8,2 ± 3,0	4,9	9,2	7,0 ± 1,7
NSAID	5,6	9,1	7,0 ± 1,8	2,3	8,7	5,8 ± 2,7
Thuốc TD với máu	1,8	8,3	5,4 ± 2,4	2,7	7,0	4,8 ± 1,8
Ung thư	2,8	8,7	5,7 ± 2,4	0,8	8,0	4,0 ± 3,1
Vitamin	1,3	4,2	3 ± 1,2	1,5	5,5	3,2 ± 1,6

\* Min: Giá trị nhỏ nhất

\*Max: Giá trị lớn nhất



**Hình 3.4: Kết quả phân tích nhóm A của BV tuyến tỉnh**

Kết quả phân tích cơ cấu 10 nhóm thuốc sử dụng nhiều nhất trong nhóm A tại các bệnh viện tuyến tỉnh cho thấy: Nhóm kháng sinh chiếm tỷ lệ cao

nhất cả về số khoản mục và giá trị sử dụng. Số khoản mục thuốc chiếm tỷ lệ trung bình là  $26,0\% \pm 3,4\%$ , cao nhất là BVĐK tỉnh Bình Định ( $30,4\%$ ), thấp nhất là bệnh viện Thanh Nhàn – Hà Nội ( $20,8\%$ ). Tỷ lệ về giá trị sử dụng kháng sinh trung bình là  $28,7\% \pm 4,8\%$ , cao nhất là BVĐK tỉnh Điện Biên ( $35,3\%$ ), thấp nhất là BVĐK tỉnh Thanh Hóa ( $22,4\%$ ). Cũng tương tự các bệnh viện tuyến TU, trong nhóm kháng sinh của các bệnh viện tuyến tỉnh cũng có sự trùng lặp nhiều biệt dược cho 1 hoạt chất. Ví dụ: hoạt chất Cefotaxime 1g, dạng thuốc tiêm trong nhóm A của BVĐK tỉnh Điện Biên có 3 biệt dược, chiếm tỷ lệ  $9,2\%$  trong nhóm A.

Nhóm thuốc tiêu hóa có giá trị sử dụng chiếm tỷ lệ cao thứ ba trong các nhóm thuốc thuộc nhóm A tại các bệnh viện nghiên cứu, trong đó cao nhất tại BVĐK tỉnh Thanh Hóa ( $17,6\%$ ). Tuy nhiên, kết quả phân tích các thuốc nhóm tiêu hóa tại bệnh viện này cho thấy 3 thuốc chiếm tỷ trọng lớn đều là các thuốc hỗ trợ điều trị trong các bệnh gan mật (Arginin tidiacicate, L-Ornithin-L- Aspartat) (Xem Phụ lục 4). Cũng tương tự như BVĐK tỉnh Thanh Hóa, tại BV Thanh Nhàn, nhóm thuốc tác dụng hỗ trợ (thuốc dạng đông dược: Cao Actiso+Cao biển súc + bột bìm bìm biếc, thuốc có hoạt chất L-ornithin L-aspartat) chiếm tỷ lệ cao (Xem phụ lục 5)

Nhóm thuốc hóc môn – nội tiết tố có tỷ lệ sử dụng cao tại nhiều bệnh viện đa khoa tuyến tỉnh. Tỷ lệ về giá trị sử dụng cao nhất tại bệnh viện Thanh Nhàn ( $17,4\%$ ) (Xem phụ lục 5)

Nhóm thuốc cấp cứu, chống độc có số lượng khoản mục thuốc chiếm tỷ lệ không cao ( $3,6\% \pm 1,3\%$ ), tuy nhiên giá trị sử dụng chiếm tỷ lệ cao thứ năm trong nhóm A, tỷ lệ trung bình là  $7,7\% \pm 5,2\%$ , cao nhất tại BVĐK tỉnh Hải Dương ( $14,2\%$ ). Nhóm thuốc này tập trung vào 2 thuốc: Pomulin

(Glutathion) và Gliatilin (Choline alfoscerate) (Xem Phụ lục 6). Một số bệnh viện tỉnh không có nhóm thuốc này trong nhóm A: BVĐK tỉnh Lào Cai, BVĐK tỉnh Điện Biên, BVĐK tỉnh Bắc Kạn.

Tương tự như nhóm A của các bệnh viện ĐKTU, hầu hết nhóm nhóm A của các bệnh viện tuyến tỉnh đều có nhóm Vitamin. Tỷ lệ số Vitamin cao nhất tại bệnh viện Thanh Nhân (4,2%) nhưng tỷ lệ về giá trị sử dụng cao nhất tại BVĐK Thanh Hóa (5,5%).

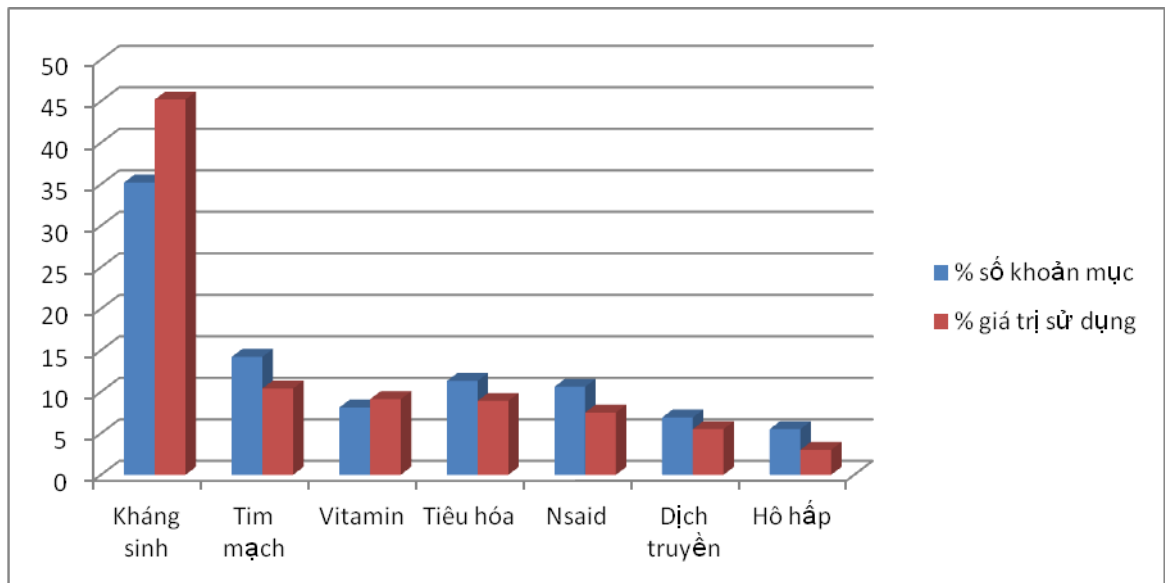
c, bệnh viện tuyến huyện

**Bảng 3.21: Kết quả phân tích nhóm A của các bệnh viện tuyến huyện**

Nhóm thuốc	Số khoản mục			Giá trị		
	<i>Min</i>	<i>Max</i>	<i>Trung bình</i>	<i>Min</i>	<i>Max</i>	<i>Trung bình</i>
Kháng sinh	31,7	38,5	35,2 ± 3,4	38,2	58,5	45,2 ± 11,5
Tim mạch	12,7	15,4	14,2 ± 1,3	6,3	17,9	10,4 ± 6,4
Vitamin	6,8	9,8	8,1 ± 1,5	7,5	11,0	9,1 ± 1,7
Tiêu hóa	7,3	15,4	11,3 ± 4,0	4,6	13,2	8,9 ± 4,3
NSAID	7,3	13,2	10,6 ± 3,0	6,4	9,0	7,5 ± 1,3
Dịch truyền	3,8	9,8	6,9 ± 3,0	2,5	7,2	5,5 ± 2,6
Hô hấp	4,3	7,7	5,5 ± 1,9	2,1	4,2	3,0 ± 1,0

\* *Min*: Giá trị nhỏ nhất

\* *Max*: Giá trị lớn nhất



Hình 3.5: Kết quả phân tích nhóm A của các bệnh viện tuyến huyện

Kết quả phân tích cơ cấu nhóm A tại các bệnh viện tuyến huyện cho thấy: nhóm kháng sinh chiếm tỷ lệ cao nhất trong nhóm A của tất cả các bệnh viện tuyến huyện. Số khoản mục thuốc kháng sinh chiếm tỷ lệ từ 31,7% đến 38,5%. Giá trị sử dụng của nhóm này chiếm tỷ lệ từ 38,2% đến 58,5%.

Nhóm thuốc tim mạch được sử dụng nhiều thứ hai trong nhóm A của các BV tuyến huyện, với số lượng thuốc chiếm tỷ lệ từ 12,7% đến 15,4% và giá trị sử dụng thuốc chiếm tỷ lệ từ 6,3% đến 17,9%.

Các nhóm thuốc Tiêu hóa, Dịch truyền, NSAID có số lượng thuốc chiếm tỷ lệ từ 3,8% đến 15,4% và giá trị sử dụng chiếm tỷ lệ từ 4,6% đến 13,2%.

Đặc biệt, trong nhóm A của các bệnh viện tuyến huyện, nhóm Vitamin có giá trị sử dụng chiếm tỷ lệ cao thứ 3. Số lượng thuốc Vitamin trong danh mục thuốc chiếm tỷ lệ từ 6,8% đến 9,8%, giá trị sử dụng của nhóm này chiếm tỷ lệ từ 7,5% đến 11%.

## **Chương 4: BÀN LUẬN**

### **4.1. Cơ cấu tổ chức và phương thức hoạt động của HĐT&ĐT**

Về mặt hình thức, tất cả bệnh viện thuộc mẫu nghiên cứu đều đã thành lập HĐT&ĐT. Trong đó, thành viên trong HĐT&ĐT bao gồm ban giám đốc bệnh viện, các bác sĩ trưởng các khoa lâm sàng và cận lâm sàng, trưởng khoa Dược và trưởng một số phòng chức năng như: phòng điều dưỡng, phòng KHTH và phòng TCKT. Tùy thuộc vào số khoa lâm sàng và số giường bệnh của BV, số lượng thành viên HĐT&ĐT trung bình có thể dao động từ 10,7 đến 15,5. Tuy nhiên, số lượng thành viên HĐT&ĐT của các BV lớn hơn một số nước trên thế giới, chẳng hạn: số lượng các thành viên HĐT&ĐT tại Ireland từ 2-12 người [43], trung bình là 7 [43], tại Hà Lan, số lượng từ 3 - 14 người, trung bình là 8 [75], tại Canada có số thành viên trung bình là 11 người [56], tại Đức số lượng các thành viên từ 5 đến 40, trung bình là 12 [69]. Số lượng thành viên đông thuận lợi về mặt chuyên môn, giảm áp lực công việc cho các thành viên và thuận lợi cho việc thực thi các quyết định [39].

Nhìn chung, cơ cấu thành viên HĐT&ĐT tại các bệnh viện đã tuân thủ theo hướng dẫn tại Thông tư số 08 về hướng dẫn tổ chức, chức năng, nhiệm vụ của HĐT&ĐT bệnh viện của Bộ Y tế [6] và về cơ bản, nó cũng phù hợp theo các khuyến cáo của của WHO: HĐT&ĐT bao gồm các thành viên đại diện các khoa lâm sàng, khoa Dược, điều dưỡng, vi sinh, phòng kế hoạch tổng hợp và đại diện lãnh đạo bệnh viện [78].

Hầu hết các BV, Giám đốc bệnh viện làm Chủ tịch HĐT&ĐT chiếm tỷ lệ 71,1% chủ yếu là các BV tuyến Trung ương; Phó giám đốc bệnh viện phụ trách chuyên môn làm Chủ tịch hội đồng chiếm tỷ lệ 28,9%, chủ yếu là ở các BV tuyến tỉnh. Phần lớn vị trí Phó chủ tịch HĐT&ĐT do Phó giám đốc bệnh viện đảm nhận, chiếm tỷ lệ 62,2%, chủ yếu các BV tuyến TU và tuyến tỉnh; Trưởng khoa Dược đảm nhận vị trí Phó chủ tịch HĐT&ĐT chiếm tỷ lệ 60,5%; vị trí thư



ký hội đồng HĐT&ĐT phần lớn do Trưởng phòng KHTH đảm nhận, chiếm tỷ lệ 78,9%, Trưởng khoa Dược đảm nhận vị trí này chiếm tỷ lệ 21,1%.

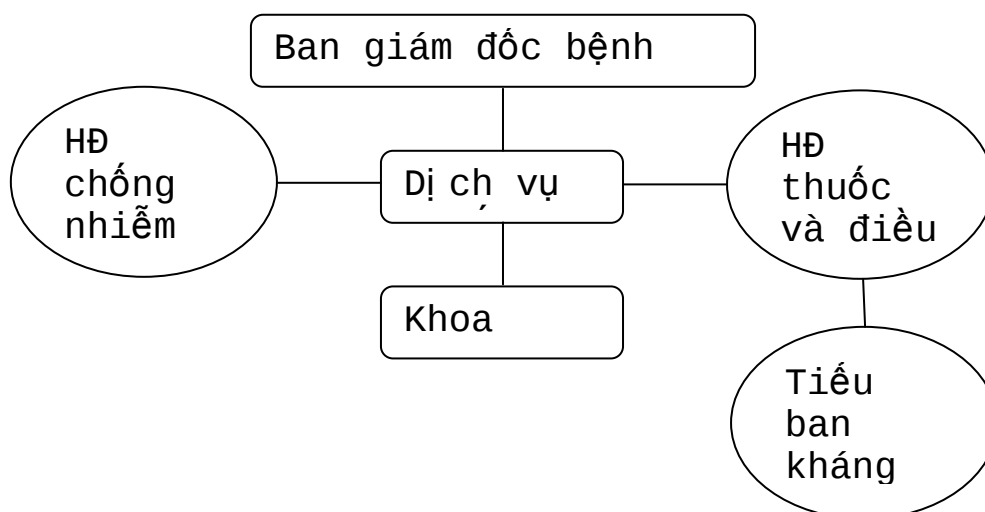
Các vị trí quan trọng trong HĐT&ĐT theo khuyến cáo của WHO là chủ tịch và thư ký HĐT&ĐT [78]. Kinh nghiệm thực tế tại Việt Nam cho thấy, thành công và hiệu quả hoạt động của HĐT&ĐT phụ thuộc nhiều vào vai trò của Chủ tịch và Thư ký hội đồng. Đây là hai thành viên có tầm quan trọng đặc biệt tới hiệu quả hoạt động của HĐT&ĐT vì “*Trưởng khoa Dược là người chịu trách nhiệm lên kế hoạch họp và chuẩn bị tài liệu cho các cuộc họp của HĐT&ĐT*” (Ý kiến của một số chủ tịch HĐT&ĐT) và “*Chủ tịch HĐT&ĐT là người quyết định cách thức làm việc của hội đồng*” (ý kiến của một số thành viên HĐT&ĐT). Chính vì thế, chủ tịch và thư ký HĐT&ĐT phải dành thời gian nhất định để thực hiện các chức năng của HĐT&ĐT và nội dung này cần làm rõ trong bản yêu cầu công việc của hai vị trí này [76]. Theo Hiệp hội dược sỹ Mỹ dược sỹ Trưởng khoa Dược nên là thư ký hội đồng [72]. Tại Mỹ, thư ký hội đồng là dược sỹ Trưởng khoa Dược chiếm tỷ lệ tới 69,5 % và hầu hết dược sỹ là người lên kế hoạch cho các cuộc họp HĐT&ĐT và chịu trách nhiệm theo dõi, giám sát DMT [72]. Tại Hà Lan, dược sỹ giữ vị trí thư ký trong 95% hội đồng và giữ vị trí chủ tịch trong 37% hội đồng [39].

Theo hướng dẫn của Bộ Y tế tại Thông tư số 08 và Thông tư số 22, Chủ tịch HĐT&ĐT là Giám đốc bệnh viện hoặc Phó giám đốc phụ trách chuyên môn; Trưởng khoa Dược là phó chủ tịch, ủy viên thường trực của HĐT&ĐT, là đầu mối triển khai các hoạt động của HĐT&ĐT [6], là người chịu trách nhiệm lên kế hoạch và chuẩn bị tài liệu cho các cuộc họp HĐT&ĐT [15]. HĐT&ĐT tại hầu hết các bệnh viện đã bố trí các vị trí chủ chốt theo hướng dẫn của Bộ Y tế và của WHO. Tuy nhiên, hầu hết các bệnh viện mới ban hành quyết định thành lập chứ không có bản phân công công việc cụ thể cho các thành viên HĐT&ĐT. Thực tế, hầu hết các hoạt động đều liên quan đến lựa

chọn thuốc đều do Trưởng khoa Dược chuẩn bị, Hội đồng chỉ họp một phiên để thông qua. Chính vì vậy, nhiều ý kiến cho rằng “*Hoạt động của HĐT&ĐT chỉ là hình thức, chủ yếu là khoa Dược làm*”.

HĐT&ĐT tại một số bệnh viện tuyến TU và tuyến tỉnh đã có thành viên từ chuyên khoa vi sinh tham gia, nếu các thành viên này phát huy được vai trò của mình sẽ tư vấn cho HĐT&ĐT về vấn đề kháng thuốc, đặc biệt là kháng sinh. Theo WHO, sự tham gia của chuyên khoa vi sinh trong HĐT&ĐT góp phần làm giảm lạm dụng thuốc kháng sinh và kháng kháng sinh trong bệnh viện [78]. Chính vì vậy, các bệnh viện tuyến TU và tuyến tỉnh nên bổ sung bác sĩ chuyên khoa vi sinh trong HĐT&ĐT.

Mặt khác, theo quy định của Bộ Y tế các bệnh viện đều phải thành lập Hội đồng chống nhiễm khuẩn [2]. Tuy nhiên, việc phối hợp hoạt động của Hội đồng này với HĐT&ĐT chưa rõ ràng: “*Hội đồng chống nhiễm khuẩn hoạt động độc lập với HĐT&ĐT. Các hoạt động của hội đồng này do khoa Chống nhiễm khuẩn của bệnh viện tiến hành và báo cáo với Giám đốc bệnh viện*” (Ý kiến của đa số Phó chủ tịch HĐT&ĐT). Theo hướng dẫn của WHO, hội đồng chống nhiễm khuẩn nên hoạt động theo tư vấn của HĐT&ĐT. Tổ chức của hai hội đồng này trong bệnh viện được thể hiện như sau [55]:



Hình 4.1. Mối quan hệ giữa HĐT&ĐT và HĐCNK

Mặc dù, các bệnh viện đều đã ban hành quyết định thành lập HĐT&ĐT, tuy nhiên, nhưng hầu hết HĐT&ĐT các bệnh viện chưa làm rõ chức năng, nhiệm vụ của từng thành viên trong Hội đồng. Hơn nữa, phần lớn HĐT&ĐT hoạt động dựa quy định tại quy chế bệnh viện [12], văn bản này không hướng dẫn cụ thể cách thức thực hiện nhiệm vụ của HĐT&ĐT nên các thành viên HĐT&ĐT không biết rõ cần phải làm thế nào để thực hiện các nhiệm vụ của mình. Trong các bệnh viện nghiên cứu, chỉ có Bệnh viện Nhân Dân Gia Định là có quy định rõ nhiệm vụ cụ thể của từng nhóm thành viên: nhóm dược lâm sàng – thông tin thuốc, nhóm lựa chọn thuốc, nhóm đấu thầu mua sắm thuốc, nhóm chịu trách nhiệm về các quy định trong sử dụng thuốc tại bệnh viện, nhóm xây dựng hướng dẫn điều trị tại bệnh viện. Các nhóm này phối hợp với nhau cùng thực hiện nhiệm vụ của HĐT&ĐT, chẳng hạn trong việc đánh giá bổ sung một thuốc vào DMTBV : *“Khi khoa lâm sàng đề nghị bổ sung thuốc mới, nhóm thông tin thuốc tìm kiếm và tổng hợp các thông tin và các bằng chứng y học về độ an toàn của thuốc báo cáo HĐT&ĐT để làm cơ sở ra quyết định lựa chọn”* (Ý kiến một thành viên HĐT&ĐT)

HĐT&ĐT bệnh viện đa khoa TỰ Thái Nguyên đã thành lập nhóm thông tin thuốc và dược lâm sàng, hoạt động dưới sự chỉ đạo của HĐT&ĐT. HĐT&ĐT xây dựng kế hoạch họp định kỳ từng tháng với nội dung về nhóm thuốc và nhóm bệnh cụ thể: *“nội dung họp tháng 1 là về thuốc kháng sinh, nhóm TTT&DLS phải chuẩn bị nội dung về các thuốc kháng sinh và các vấn đề tồn tại trong cách sử dụng nhóm này tại bệnh viện. Một số thành viên HĐT&ĐT thuộc chuyên khoa nội, ngoại phải tiến hành các nghiên cứu về sử dụng thuốc kháng sinh trong chuyên khoa của mình để chuẩn bị báo cáo trong cuộc họp HĐT&ĐT”* (Ý kiến của một thành viên HĐT&ĐT bệnh viện).

Hầu hết các BV không xây dựng kế hoạch hoạt động và kế hoạch họp định kỳ mà chỉ họp giải quyết công việc đột xuất, sự vụ: *“HĐT&ĐT chỉ họp*

*để chuẩn bị công tác đấu thầu hoặc khi việc sử dụng thuốc trong bệnh viện có vấn đề nên kế hoạch họp được sắp xếp theo tuần hoặc thông báo đột xuất”* (Ý kiến đa số chủ tịch HĐT&ĐT). Số cuộc họp trung bình của các tuyến bệnh viện TƯ, tỉnh, huyện tương ứng là 9, 6 và 4 cuộc, trong đó số cuộc họp có nội dung xây dựng DMTBV tương ứng tại các tuyến BV là 3, 2 và 1 cuộc. HĐT&ĐT triển khai công việc thông qua các cuộc họp. Để công việc trôi chảy và đạt hiệu quả cao cần sự phối hợp và chuẩn bị thật kỹ từ mỗi thành viên hội đồng. Nhiệm vụ xây dựng DMTBV là nhiệm vụ quan trọng nhất của HĐT&ĐT mà chỉ được triển khai với số cuộc họp ít ỏi, mang tính sự vụ và thụ động của hầu hết các HĐT&ĐT liệu có đạt hiệu quả cao? Theo quy định của Bộ Y tế tại thông tư số 08, HĐT&ĐT tổ chức họp định kỳ mỗi tháng một lần và họp đột xuất khi có yêu cầu của chủ tịch hội đồng [6]. Các bệnh viện đã tổ chức họp nhưng chưa tuân thủ đầy đủ theo quy định của Bộ Y tế. Nguyên nhân của việc này *“một phần do HĐT&ĐT không có kế hoạch họp định kỳ cho mỗi tháng, một phần do bệnh viện chưa thấy được vai trò của HĐT&ĐT trong bệnh viện nên chưa triển khai mạnh hoạt động này”* (ý kiến của một số Phó chủ tịch HĐT&ĐT)

Các cuộc họp HĐT&ĐT đều có tổ chức ghi biên bản, tuy nhiên *“nội dung không đầy đủ, không tuân theo một biểu mẫu nào và mang tính hình thức, chủ yếu để đối phó với công tác kiểm tra chéo cuối năm”*. Một trong các lý do là Thông tư số 08/BYT-TT chưa có quy định cụ thể về biểu mẫu, nội dung biên bản họp HĐT&ĐT[6]. Để khắc phục vấn đề này, tại Thông tư số 22/2011/TT-BYT ra ngày 10 tháng 6 năm 2011 quy định tổ chức và hoạt động của khoa Dược bệnh viện, BHYT đã quy định rất rõ các biểu mẫu ghi biên bản của HĐT&ĐT bao gồm 4 phần: Hành chính, báo cáo của thường trực hội đồng về các hoạt động trong tháng và kế hoạch tháng tới, thảo luận và đề xuất của các thành viên hội đồng và kết luận của chủ tọa [39].

HĐT&ĐT các bệnh viện đã họp và ghi biên bản các cuộc họp nhưng các ý kiến thống nhất của HĐT&ĐT chưa được văn bản hóa để thành các quy định trong sử dụng thuốc tại các bệnh viện. Một điều tra về quy trình quản lý danh mục thuốc tại Mỹ năm 2011 cho thấy, hầu hết các quy định đều được ban hành dưới dạng văn bản: 94% bệnh viện quy định bổ sung thuốc, 88% bệnh viện quy định đánh giá danh mục thuốc, 92% bệnh viện quy định sử dụng thuốc ngoài danh mục [32]. Theo WHO, HĐT&ĐT cần thống nhất các quy định và quy trình sử dụng thuốc thông qua các cuộc họp và các quyết định của HĐT&ĐT cần được thể chế hóa dưới dạng văn bản và gửi tới các thành viên và cá nhân có liên quan để thực hiện. Các văn bản vừa là tài liệu hướng dẫn thống nhất trong bệnh viện, vừa là căn cứ để giám sát hoạt động sử dụng thuốc tại các khoa phòng trong bệnh viện. Việc nhân rộng ảnh hưởng của HĐT&ĐT cũng như vai trò xây dựng văn bản và đưa ra các quyết định để xử trí các vấn đề có liên quan tới sử dụng thuốc sẽ thuyết phục nhân viên y tế [78].

Ở một góc độ nào đó, các bệnh viện chưa thực sự quan tâm đến vai trò của HĐT&ĐT, nó thể hiện bởi *“kinh phí hỗ trợ cho HĐT&ĐT còn hạn chế, đặc biệt là các bệnh viện tuyến huyện và tuyến tỉnh”*. Thậm chí một số HĐT&ĐT *“không có kinh phí để tổ chức in ấn”*. Đây cũng là một trong các nguyên nhân dẫn đến các khó khăn khi triển khai công việc và thực hiện các quyết định mà HĐT&ĐT đưa ra. Việc hỗ trợ tài chính cho HĐT&ĐT hoạt động là rất cần thiết nhằm huy động sự hợp tác giữa các cán bộ y tế [78].

HĐT&ĐT đã được thành lập tại các bệnh viện, tuy nhiên hoạt động của hội đồng còn mang tính hình thức chưa thể hiện rõ vai trò của mình.

#### **4.2. Hoạt động lựa chọn xây dựng danh mục thuốc bệnh viện**

Hoạt động lựa chọn thuốc của các bệnh viện chưa được quy trình hóa, tuy nhiên hầu hết các bệnh viện đều thực hiện theo 3 nhóm hoạt động để lựa chọn thuốc điều trị: (i) xây dựng danh mục thuốc bệnh viện; (ii) Lựa chọn

thuốc phục vụ cho việc mua sắm/đấu thầu; (iii) Xây dựng cẩm nang danh mục thuốc bệnh viện. Tuy vậy, mỗi hoạt động này đều chưa xây dựng được các tiêu chí cần thiết và phù hợp.

Hoạt động xây dựng DMTBV bao gồm ba giai đoạn. Giai đoạn 1: HĐT&ĐT phân tích DMTBV đã sử dụng trong năm trước để xác định những ưu điểm và nhược điểm nhằm rút kinh nghiệm chuẩn bị xây dựng DMTBV năm sau; giai đoạn 2: HĐT&ĐT tổ chức thẩm định các thuốc đề nghị bổ sung từ các khoa lâm sàng để lựa chọn, bổ sung các thuốc vào DMTBV và giai đoạn 3: HĐT&ĐT thông qua DMTBV đã được lựa chọn.

Hoạt động phân tích thông tin về tình hình sử dụng thuốc năm trước, hầu hết được các HĐT&ĐT giao cho Trưởng khoa Dược với vai trò là Phó chủ tịch hoặc Thư ký HĐT&ĐT tiến hành và báo cáo HĐT&ĐT. Tuy nhiên, hầu hết các bệnh viện chỉ tập trung quan tâm đến kinh phí sử dụng thuốc và số thuốc sử dụng ngoài kế hoạch năm trước: thuốc có trong DMTBV nhưng không được sử dụng và thuốc sử dụng ngoài DMTBV. Các thông tin về chất lượng thuốc và độ an toàn của thuốc chỉ được một số bệnh viện phân tích.

Khi phân tích tình hình sử dụng thuốc, HĐT&ĐT các bệnh viện chưa thực sự quan tâm đến các yêu cầu đã được BHYT quy định tại quyết định số 05/2004/QĐ-BYT về Về việc ban hành Danh mục thuốc chữa bệnh chủ yếu sử dụng tại các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh như: ưu tiên thuốc nội, thuốc generic, thuốc đơn chất [10]. Chính vì vậy, hầu hết các BV không quan tâm đến các tiêu chí như: Giá trị sử dụng thuốc nội/thuốc ngoại, giải trí thuốc mang tên gốc/biệt dược... Điều này chứng tỏ rằng, mối quan tâm nhất của HĐT&ĐT là kinh phí sử dụng thuốc và các thuốc sử dụng ngoài kế hoạch đã đặt ra năm trước. Các nội dung về chất lượng và độ an toàn của thuốc chưa được HĐT&ĐT nhiều bệnh viện quan tâm. Đây là một trong các nguyên nhân

mà HĐT&ĐT không loại trừ được các thuốc hỏng, thuốc kém chất lượng hay thuốc có xảy ra các phản ứng có hại ra khỏi DMTBV năm sau.

Đặc biệt đáng lưu ý, hầu hết HĐT&ĐT của các bệnh viện chưa hiểu hoặc chưa biết sử dụng phương pháp ABC/VEN, một trong những công cụ rất hữu hiệu, để đánh giá tính hợp lý và làm rõ những bất cập Danh mục thuốc đã sử dụng tại bệnh viện. Trên cơ sở đó để HĐT&ĐT đưa ra các biện pháp can thiệp nhằm nâng cao chất lượng DMT năm sau [78]. Lý giải về vấn đề này, hầu hết các thành viên của HĐT&ĐT của các BV đều nói rằng “*không biết*” hoặc “*Chưa biết*” hay “*đã nghe nói qua nhưng chưa biết áp dụng*” phương pháp ABC/VEN này. Trên thực tế, một số thành viên HĐT&ĐT “*đã được tập huấn về phương pháp ABC/VEN qua khóa học của Bộ Y tế nhưng chưa có quy định bắt buộc áp dụng phương pháp này tại bệnh viện nên chưa tiến hành*” (Ý kiến một số Phó chủ tịch HĐT&ĐT BV tuyến TU)

Việc HĐT&ĐT các bệnh viện chưa biết vận dụng phương pháp ABC/VEN để phân tích DMTBV đã sử dụng, cho nên không thể xác định được mức độ ưu tiên trong mua sắm thuốc và đánh giá được tình trạng lạm dụng các thuốc không cần thiết tại bệnh viện.

Khi xây dựng DMT phục vụ cho việc mua sắm, HĐT&ĐT cần phải xác định được thuốc nào là loại tối cần thiết (V) thuốc nào là cần thiết (E) và thuốc nào không cần thiết, có kinh phí thì mua không có thì hạn chế (N). Việc phân loại này sẽ giúp cho BV tập trung được nguồn kinh phí, vốn đã rất hạn hẹp thường chỉ để tập trung mua những thuốc thực sự cần thiết phục vụ cho nhu cầu điều trị, tránh được lạm dụng, lãng phí thuốc không cần thiết [78].

Chính vì HĐT&ĐT các bệnh viện chưa tiến hành phân tích VEN để xác định các thuốc tối cần và cần thiết để ưu tiên trong việc mua sắm, cho nên các thuốc tiêu thụ nhiều nhất chiếm 70% tổng giá trị tiêu thụ vẫn có nhiều thuốc

không thực sự cần thiết (N) như: vitamin, thuốc có tính chất điều trị hỗ trợ... nằm trong nhóm này. Cụ thể: Giá trị sử dụng nhóm vitamin trong nhóm A của các BV tuyến TU chiếm tỷ lệ từ 0,4 - 1,5%, tại tuyến tỉnh từ 4,2% - 5,5% trong 70% tổng giá trị sử dụng. Đặc biệt, tại các bệnh viện tuyến huyện, tỷ lệ này lên tới 9,1% đến 11%. Ngoài nhóm Vitamin, một số thuốc có tác dụng hỗ trợ điều trị, thuộc nhóm N, cũng chiếm tỷ lệ đáng kể trong nhóm A của một số bệnh viện. Ví dụ: Hoạt chất L-ornithine L-aspartate, có tác dụng hỗ trợ điều trị bệnh gan của BV Chợ Rẫy có giá trị sử dụng là 25,3 tỷ đồng, chiếm tỷ trọng 25,3% trong nhóm thuốc tiêu hóa. Thuốc cao Actiso + cao biển súc + bột bìm bìm biếc, một thuốc cũng có tác dụng hỗ trợ điều trị bệnh gan, của BV Thanh Nhân chiếm tỷ trọng 2,2% giá trị sử dụng thuốc nhóm A.

Kết quả trên cho thấy sự chưa hợp lý trong lựa chọn và sử dụng thuốc tại các bệnh viện. Nguyên nhân việc lạm dụng thuốc các thuốc không cần thiết phần lớn do trình độ chuyên môn và ý thức của người kê đơn. Tuy nhiên, sự lãng phí này có thể được giảm bớt nếu có sự định hướng, kiểm soát và điều chỉnh kịp thời của HĐT&ĐT bệnh viện [78]. Cụ thể, một nghiên cứu dưới sự giúp đỡ của Trường đại học Dược Hà Nội, triển khai tại Bệnh viện Nhân dân 115 đã áp dụng phương pháp phân tích ABC/VEN trong đánh giá DMT đã được sử dụng trong BV cho thấy thuốc số thuốc không thực sự cần thiết chiếm tỷ lệ 32,9% trên tổng số thuốc sử dụng tại BV và giá trị nhóm này chiếm 10,7% giá trị sử dụng thuốc của BV Từ bất hợp lý này, HĐT&ĐT đã can thiệp và loại được 167 thuốc không thực sự cần thiết ra khỏi DMTBV năm sau [18].

Việc sử dụng phương pháp phân tích ABC/VEN không những được áp dụng để xác định các thuốc cần ưu tiên trong mua sắm mà còn rất hiệu quả trong việc so sánh số mua thực tế và số mua theo kế hoạch. Một nghiên cứu tại quốc gia Mỹ La tinh cho thấy: kế hoạch ngân sách đấu thầu mua 97 thuốc



với giá trị dự kiến là 2,5 triệu USD. Phân tích ABC của đợt đấu thầu thực tế đã chỉ ra rằng 124 thuốc đã được mua với tổng chi phí thực tế 3,36 triệu USD. Trong 124 thuốc đã được mua có 61 thuốc không có trong kế hoạch mua, và 34 thuốc có trong kế hoạch nhưng không được mua. Chi phí của thuốc ngoài kế hoạch là 1,17 triệu USD. Chính vì sự bất hợp lý giữa kế hoạch và thực tế trong mua sắm nên nhà quản lý cấp cao yêu cầu bộ phận phụ trách mua sắm phải cải cách qui trình và xác định nhu cầu mua sát với thực tế [51].

Một trong các lí do phương pháp này chưa được HĐT&ĐT các bệnh viện áp dụng rộng rãi do phần lớn các thành viên HĐT&ĐT chưa biết phương pháp này. Bộ Y tế cũng đã tổ chức một số buổi tập huấn về HĐT&ĐT, trong đó có phương pháp phân tích ABC/VEN cho các cán bộ y tế nhưng hiện tại cũng không có các văn bản quy định việc áp dụng phương pháp này tại bệnh viện.

Mặc dù Quyết định số 05/2004/QĐ-BYT ban hành Danh mục thuốc chữa bệnh chủ yếu sử dụng tại các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh đã quy định về việc lựa chọn thuốc thành phẩm theo nguyên tắc: ưu tiên lựa chọn thuốc generic, thuốc đơn chất, thuốc sản xuất trong nước, thuốc của các doanh nghiệp dược đạt tiêu chuẩn thực hành tốt sản xuất thuốc [10] nhưng khi đánh giá DMT đã thực hiện HĐT&ĐT các bệnh viện chưa thực sự quan tâm và không kiểm soát việc thực hiện các quy định này của Bộ Y tế khi đánh giá DMT đã sử dụng trong BV. Chính vì thế HĐT&ĐT không có các dữ liệu cần thiết để điều chỉnh các thuốc trong DMTBV năm tới. Nếu HĐT&ĐT quan tâm đến các tiêu chí này, sẽ giúp Ban lãnh đạo bệnh viện và các bác sỹ lâm sàng có một cái nhìn tổng quát về việc lựa chọn và sử dụng thuốc tiết kiệm một cách hợp lý thông qua việc lựa chọn và sử dụng thuốc sản xuất trong nước, thuốc generic. Ngoài ra, số liệu về tỷ trọng một số nhóm thuốc dễ bị lạm dụng còn giúp các nhà quản lý kiểm soát việc sử dụng thuốc an toàn, hợp lý và hiệu quả - chi phí tại bệnh viện [32]. Chính vì vậy, tại Thông tư số

22/2011/TT-BYT về tổ chức và hoạt động của khoa Dược và trong nội dung kiểm tra bệnh viện hàng năm, Bộ Y tế đã yêu cầu các báo cáo công tác tình hình sử dụng thuốc bao gồm các nội dung về kinh phí sử dụng thuốc, giá trị và tỷ trọng thuốc nội/ thuốc ngoại và các nhóm thuốc kháng sinh, vitamin, dịch truyền, corticoid [15]. Dựa vào các số liệu phân tích này, HĐT&ĐT tư vấn cho các nhà quản lý các chiến lược trong việc lựa chọn và quản lý sử dụng thuốc trong bệnh viện để nâng cao hiệu quả, an toàn, hợp lý và tiết kiệm trong sử dụng thuốc [32].

Việc xây dựng DMTBV hàng năm thực chất là việc đánh giá lại DMTBV đang thực hiện tại bệnh viện và thẩm định các thuốc đề nghị bổ sung vào DMTBV [55]. Nội dung thẩm định được HĐT&ĐT các bệnh viện tuyến TƯ quan tâm nhất là hiệu quả điều trị, hiệu lực và độ an toàn của thuốc và khả năng cung ứng của thuốc đó trên thị trường. Với các thuốc đề nghị tương đương với thuốc đã có trong DMTBV, sự vượt trội hơn các thuốc hiện có về hiệu quả điều trị, độ an toàn hoặc sự tiện dụng được HĐT&ĐT quan tâm.

Theo WHO, đối với các thuốc đề nghị mà đã có thuốc có tác dụng tương tự trong danh mục, HĐT&ĐT cần xem xét các yếu tố: Thuốc mới có vượt trội hơn so với thuốc hiện có về mặt hiệu quả điều trị, độ an toàn, tiện dụng và so sánh tổng chi phí cho một liệu trình điều trị bằng thuốc mới so với các thuốc hiện có. Đối với các thuốc đề nghị chưa có trong DMTBV hiện tại, cần đánh giá dựa trên: Hiệu quả điều trị, hiệu lực của thuốc và độ an toàn của thuốc theo đánh giá của các tài liệu đáng tin cậy, chất lượng của thuốc và hệ thống cung cấp đảm bảo chất lượng, năng lực, kinh nghiệm lâm sàng cũng như điều kiện trang thiết bị cần cho việc sử dụng thuốc, chi phí dự kiến của bệnh viện khi thuốc được đưa vào và khả năng cung ứng của thuốc [78].

Tuy nhiên, khi thẩm định các thuốc đề nghị bổ sung HĐT&ĐT các bệnh viện tuyến TU mới chỉ quan tâm đến hiệu quả điều trị của thuốc thông qua các tài liệu nghiên cứu chứ chưa quan tâm đến chất lượng thuốc và điều kiện cơ sở vật chất và kinh nghiệm lâm sàng. Với các thuốc đề nghị tương đương với thuốc đã có trong DMTBV, HĐT&ĐT chỉ quan tâm tới tính vượt trội của thuốc so với các thuốc đang có nhưng chưa tính tổng chi phí điều trị của thuốc để so sánh với các thuốc đang có trong DMTBV.

Các BVĐK tuyến TU là các bệnh viện tuyến cuối, phải điều trị nhiều bệnh nặng từ tuyến dưới chuyển đến. Các bệnh viện tuyến này luôn phải sẵn sàng điều trị các bệnh lạ hoặc các bệnh mà tuyến dưới không điều trị được. Chính vì thế, ngoài trình độ chuyên môn của các bác sỹ và điều kiện cơ sở vật chất phải tiến bộ hơn các bệnh viện tuyến dưới, các thuốc điều trị tại các bệnh viện tuyến TU đòi hỏi không những chất lượng mà còn là các thuốc thế hệ mới, đa dạng và tác dụng điều trị vượt trội để giải quyết tình trạng bệnh tật trên. Để đánh giá một cách toàn diện và khách quan một thuốc khi lựa chọn vào DMTBV, HĐT&ĐT cần có đầy đủ các dữ liệu đáng tin cậy. Tuy nhiên, hiện nay tại các bệnh viện nguồn thông tin thuốc “*không đầy đủ và không cập nhật*”, hầu hết là nguồn thông tin cấp 3 nên việc lựa chọn thuốc vào DMTBV rất khó khăn cho HĐT&ĐT. Hơn nữa, để có được các thông tin đáng tin cậy và cập nhật về hiệu quả điều trị của thuốc cần có sự hỗ trợ về kinh phí, phương tiện và thời gian cho các thành viên chuyên trách. Tuy nhiên, hiện tại hầu hết các bệnh viện chưa tiến hành được việc này. Mặc dù hiện nay, các bệnh viện đã thành lập Đơn vị thông tin thuốc với một trong các nhiệm vụ là cung cấp thông tin về thuốc cho HĐT&ĐT [3] nhưng hoạt động của đơn vị này tương đối độc lập với HĐT&ĐT: “*Đơn vị thông tin thuốc trực thuộc khoa Dược và nhiệm vụ chính là thông tin cho các bác sỹ về các thay đổi về thuốc trong BV: thuốc hết, thuốc mới, các quy định về sử dụng thuốc của BHYT và của*

*bệnh viện*” (Ý kiến một số Trưởng khoa Dược). Chính vì thế, “Đơn vị thông tin thuốc không hỗ trợ được nhiều cho HĐT&ĐT trong việc đánh giá lựa chọn thuốc vào DMTBV” (ý kiến chủ tịch HĐT&ĐT một BVĐK tuyến TU)

Nội dung thẩm định các thuốc đề nghị bổ sung từ các khoa lâm sàng của các bệnh viện tuyến tỉnh tập trung vào các thuốc mới và thuốc được BHYT chi trả. Một số bệnh viện đã đánh giá ưu điểm vượt trội của thuốc so với các thuốc hiện có trong DMTBV để ra quyết định lựa chọn. Các bệnh viện tuyến huyện không đánh giá các thuốc đề nghị bổ sung vào DMTBV vì “*danh mục thuốc của Sở Y tế đã đầy đủ các thuốc cho bệnh viện tuyến huyện*”.

Nội dung thẩm định các thuốc bổ sung vào DMTBV của các bệnh viện tuyến tỉnh chỉ quan tâm đến thuốc mới theo nhu cầu điều trị của các bác sỹ chứ chưa thực sự quan tâm đến hiệu quả điều trị, độ an toàn của thuốc, mặc dù trong điều kiện để bổ sung một thuốc vào danh mục có các tiêu chí này. Lý giải về vấn đề này, các thành viên HĐT&ĐT cho rằng “*thông tin liên quan đến hiệu quả điều trị, độ an toàn không có, hoặc nếu có thì chủ yếu là từ người giới thiệu thuốc của các hãng thuốc, mà nhu cầu cần thì cứ phải dùng thôi*” (Một số thành viên HĐT&ĐT BV đa khoa tỉnh).

Cũng như tại các bệnh viện tuyến TW, vấn đề thông tin thuốc là một trở ngại đối với các bệnh viện tuyến tỉnh, nhất là các tỉnh miền núi như Điện Biên, Bắc Kạn, Lào Cai. Một số bệnh viện đã quan tâm đến sự vượt trội của thuốc khi đánh giá các thuốc đề nghị bổ sung. Tuy nhiên, tiêu chí này mới đưa ra mà không có minh chứng bằng các tài liệu nghiên cứu khách quan về hiệu quả điều trị hay chi phí cho quá trình điều trị của thuốc mà “*chủ yếu thông qua tài liệu của nhà sản xuất hoặc người giới thiệu thuốc của hãng*” (Một số Trưởng khoa dược - thư ký HĐT&ĐT).

Mô hình bệnh tật của mỗi bệnh viện là tương đối ổn định, một danh mục thuốc của bệnh viện phù hợp sẽ phản ánh được mô hình bệnh tật của bệnh viện thông qua cơ cấu danh mục thuốc đã sử dụng, nên việc lựa chọn thuốc xây dựng DMTBV hàng năm thực chất là rà soát, phân tích các thuốc đang sử dụng tại bệnh viện và đánh giá các thuốc đề nghị bổ sung vào DMTBV năm tới nhằm lựa chọn các thuốc bổ sung và loại bỏ các thuốc không còn phù hợp [55]. HĐT&ĐT chịu trách nhiệm về tất cả các vấn đề liên quan đến sử dụng thuốc trong bệnh viện, bao gồm xây dựng và duy trì danh mục thuốc, bao gồm biên soạn và liên tục cập nhật các thuốc trong danh mục. Nhiệm vụ quan trọng của HĐT&ĐT là xác định các thuốc để thay thế, dựa trên hiệu quả và độ an toàn của thuốc, giảm thiểu các lãng phí trong điều trị và tối đa hoá hiệu quả chi phí [55]. Thực tế đây là một việc làm không đơn giản đối với các bệnh viện, kể cả các bệnh viện tuyến TU do cả các nguyên nhân chủ quan và khách quan. Nguyên nhân chủ quan do cách thức tổ chức và làm việc của HĐT&ĐT: hoạt động mang tính hình thức, nguồn thông tin nghèo nàn, không cập nhật, dược sỹ thông tin thuốc chưa thực sự tham gia HĐT&ĐT, đơn vị thông tin thuốc không hỗ trợ HĐT&ĐT trong việc tổng hợp và cung cấp thông tin trong lựa chọn thuốc. Nguyên nhân khách quan: do Bộ Y tế chưa xây dựng quy trình lựa chọn thuốc tại các bệnh viện. Mặc dù Trung tâm thông tin thuốc Quốc gia đã đi vào hoạt động nhưng chưa thật sự là kênh thông tin đối với các bệnh viện nên chưa hỗ trợ được các bệnh viện trong việc tìm kiếm và cung cấp các bằng chứng y học trong lựa chọn thuốc. HĐT&ĐT tại Việt Nam không có hỗ trợ về kinh phí hoạt động nên cũng là một khó khăn để hoạt động.

HĐT&ĐT các bệnh viện chưa đánh giá tổng chi phí điều trị bệnh khi lựa chọn thuốc. Đây là một trong những điều kiện quan trọng để lựa chọn thuốc vào danh mục hay lựa chọn phác đồ điều trị. Tại Australia, việc đánh giá tổng chi phí và chi phí - hiệu quả là bắt buộc khi đưa ra quyết định lựa chọn thuốc.

Trong khi đó, danh tiếng của hãng sản xuất hay nước sản xuất không quan trọng khi lựa chọn thuốc [62]. Có lẽ do các thuốc khi được lưu hành tại Australia đã được đảm bảo về tiêu chuẩn chất lượng nên các tiêu chí này không quan trọng. Chất lượng DMT BV là thước đo đánh giá vai trò và hiệu quả hoạt động của HĐT&ĐT bệnh viện.

Chất lượng của DMTBV thể hiện qua sự đảm bảo hiệu quả, độ an toàn, tính sẵn có, chi phí - hiệu quả trong sử dụng thuốc. Các quyết định về lựa chọn thuốc phải dựa trên các bằng chứng y học lâm sàng, đạo đức, luật pháp, quy tắc xã hội, chất lượng cuộc sống, các yếu tố kinh tế nhằm đạt được kết quả tối ưu trong chăm sóc bệnh nhân [32]. Đây là bước quan trọng nhất trong quá trình xây dựng danh mục thuốc vì kết quả của các lựa chọn này ảnh hưởng đến hiệu quả - chi phí của việc điều trị.

Để đưa ra một quyết định lựa chọn thuốc tối ưu cần có sẵn các dữ liệu về hiệu quả và chi phí điều trị. Tuy nhiên, các nguồn dữ liệu này thường không đầy đủ, không có sẵn các dữ liệu cần thiết hoặc không phù hợp với các thành viên HĐTĐT [52]. Một nghiên cứu tại Hà Lan năm 1997 về lựa chọn thuốc thông qua một mô hình đánh giá khách quan các tiêu chí và các yếu tố tác động đến lựa chọn thuốc bằng phương pháp tính điểm trên một phần mềm các dữ liệu được cập nhật liên tục [50]. Tại Mỹ, mặc dù việc xây dựng DMTBV đã xuất hiện từ thế kỷ thứ 19 nhưng cho đến nay, lựa chọn thuốc vẫn được cho là một việc phức tạp. Năm 2011, các thành viên hội đồng xây dựng danh mục thuốc đã xây dựng một bộ công cụ hướng dẫn cách đánh giá lựa chọn thuốc vào DMTBV. Bộ công cụ bao gồm 48 câu hỏi liên quan đến bằng chứng về sự cần thiết, hiệu quả, độ an toàn, sự thuận tiện khi sử dụng, chi phí điều trị và quá trình đánh giá để đưa ra quyết định lựa chọn một cách đầy đủ, rõ ràng và hiệu quả nhất. Hiệu quả điều trị của thuốc được đánh giá dựa trên chất lượng và của nghiên cứu: cách thiết kế nghiên cứu, các đối tượng tham

gia nghiên cứu, nguồn kinh phí hỗ trợ nghiên cứu và hiệu quả được đánh giá dựa trên sự thay đổi của các chỉ số sinh hóa chứ không phải kết quả lâm sàng (tỷ lệ tử vong, chất lượng cuộc sống...). Yếu tố chi phí được đánh giá dựa trên giá thuốc, chi phí các thuốc và vật tư đi theo khi điều trị và chi phí tiết kiệm được khi sử dụng thuốc này thay cho các thuốc đang có trong DMTBV. Công cụ đánh giá này còn quan tâm đến khả năng lạm dụng của thuốc: hoạt động quảng cáo của các hãng dược phẩm trực tiếp đến bệnh nhân, thuốc có chỉ định không rõ ràng hoặc quá rộng rãi, thuốc có thành phần gây nghiện hoặc đã có thuốc tương tự bị lạm dụng [64].

Sau khi HĐT&ĐT lựa chọn được một danh mục các hoạt chất, cần lựa chọn các thuốc sử dụng tại bệnh viện thông qua hoạt động đấu thầu mua sắm thuốc. HĐT&ĐT bệnh viện tuyến TU<sup>1</sup> lựa chọn thuốc dựa trên các tiêu chí: Giá thuốc, điều kiện cung ứng và bảo quản dễ dàng, chất lượng thuốc được đánh giá thông qua tiêu chuẩn sản xuất, nguồn gốc xuất xứ và uy tín nhà sản xuất hoặc cung ứng.

Các bệnh viện tuyến tỉnh đánh giá chất lượng thuốc thông qua các tiêu chí như các bệnh viện tuyến TU<sup>1</sup>. Hiệu quả điều trị của thuốc đánh giá dựa vào tiêu chí : đã sử dụng ổn định tại bệnh viện và có trong DMTCY của BHYT. Giá thuốc và chất lượng cung ứng là hai tiêu chí quan trọng trong lựa chọn thuốc thông qua đấu thầu. Chất lượng cung ứng được các bệnh viện đánh giá dựa trên việc giao hàng kịp thời, đúng tiến độ, thanh toán thuận tiện. Một số bệnh viện tuyến tỉnh và huyện ưu tiên nhà cung cấp trên cùng địa bàn để thuận lợi cho việc gọi hàng và thanh toán.

Các bệnh viện tỉnh và tuyến huyện có vẻ quan tâm tới thuốc sản xuất trong nước hơn các bệnh viện tuyến TU<sup>1</sup>. Một số bệnh viện chia gói thuốc thành các gói thuốc nhập khẩu và thuốc sản xuất trong nước hoặc chia gói

thầu tên generic và tên biệt dược khi mời thầu. Đối với các thuốc có nguồn gốc trong nước, một số bệnh viện chia thành hai nhóm: nhóm thuốc sản xuất trong nước và nhóm thuốc liên doanh với hãng dược phẩm nước ngoài và sản xuất trong nước. Tuy nhiên không có bệnh viện nào đặt tiêu chí ưu tiên thuốc sản xuất trong nước hoặc thuốc mang tên generic khi lựa chọn thuốc.

Thuốc là một hàng hóa đặc biệt, luôn phải đảm bảo cung ứng đầy đủ kịp thời cho các hoạt động điều trị trong bệnh viện. Với sự phát triển của khoa học kỹ thuật như hiện nay, các thuốc mới và các phương pháp điều trị mới liên tục xuất hiện, kéo theo các chi phí điều trị ngày càng cao. Hoạt động mua sắm thuốc đang là một vấn đề khó khăn không những của các bệnh viện mà còn là của Bộ Y tế. Theo quy định tại thông tư liên tịch số 10/2007/TTLT-BYT-BTC ngày 10/8/2007 của liên Bộ Y tế - Bộ Tài Chính hướng dẫn thực hiện đấu thầu mua thuốc trong các cơ sở y tế công lập, HĐT&ĐT chịu trách nhiệm về kế hoạch mua thuốc hàng năm của bệnh viện và mua thuốc bổ sung trong cả năm nếu có phát sinh [7]. Do thị trường thuốc ngày càng phong phú và các thủ tục đấu thầu thuốc thay đổi liên tục nên để đảm bảo cung ứng đủ thuốc trong bệnh viện mất nhiều thời gian và ngày càng phức tạp. Hơn nữa, giá thuốc trên thị trường liên tục biến động, trong khi đó các bệnh viện hoặc các tỉnh thực hiện áp giá đấu thầu trong một năm nên nhiều thuốc, hoá chất, vật tư tiêu hao bị ngừng cung cấp khi hợp đồng cung ứng vẫn còn hiệu lực. Chính vì thế, việc đáp ứng nhu cầu điều trị tại bệnh viện theo đúng quy định về đấu thầu là vấn đề đòi hỏi HĐT&ĐT phải dành nhiều thời gian để giải quyết các vấn đề mua sắm thuốc.

Để lựa chọn được các thuốc phù hợp, đòi hỏi HĐT&ĐT phải phân tích kỹ tình hình sử dụng thuốc năm trước để xây dựng kế hoạch mua thuốc năm sau. Tuy nhiên, với cách thức thu thập thông tin và phân tích danh mục thuốc của các HĐT&ĐT hiện nay không thể xác định các thuốc cần ưu tiên mua



sắm và loại bỏ các thuốc không cần thiết trong danh mục. Với sự phát triển của thị trường dược phẩm như hiện nay, các tiêu chí lựa chọn không rõ ràng, mang tính hình thức rất khó khăn cho các bệnh viện khi lựa chọn thuốc. Với cách thức lựa chọn thuốc chủ yếu dựa vào DMT của năm trước, có bổ sung thêm một vài loại nhưng không phân tích, đánh giá một cách khoa học các bệnh viện có thể lựa chọn một danh mục thuốc tương đối ổn định qua các năm nhưng không loại trừ được các bất cập tồn tại trong danh mục thuốc. Với sự phát triển không ngừng của các nghiên cứu khoa học nói chung và của ngành Dược nói riêng, danh mục thuốc không còn là danh sách các thuốc đang có trong kho. DMTBV không những cần đánh giá tính an toàn, hiệu quả và chi phí và còn cần xem xét các chi phí gián tiếp khi lựa chọn [63].

Kết quả nghiên cứu cho thấy HĐT&ĐT tại các bệnh viện đã tiến hành các bước lựa chọn thuốc. Tuy nhiên, do các yếu tố chủ quan (chưa phân tích kỹ tình hình sử dụng thuốc năm trước, chưa đánh giá đầy đủ các thông tin thu thập) và các yếu tố khách quan (nguồn thông tin không đầy đủ và không cập nhật, không được hỗ trợ kinh phí hoạt động) nên hoạt động này chưa đạt hiệu quả cao. DMTBV được lựa chọn đã đáp ứng được nhu cầu điều trị nhưng chưa là công cụ giúp định hướng và điều tiết chi phí trong điều trị.

Kết quả phân tích danh mục thuốc tiêu thụ của các bệnh viện năm 2009 của các BVĐK các tuyến về cơ cấu thuốc nội - thuốc ngoại cho thấy bệnh viện tuyến TU và tuyến tỉnh giá trị sử dụng thuốc nội thấp hơn các bệnh viện tuyến huyện. Tại các bệnh viện tuyến TU: tỷ lệ số thuốc nội thấp nhất là 25,5% tại bệnh viện ĐKTU Thái Nguyên, cao nhất là 36,8% tại bệnh viện Chợ Rẫy. Tuy nhiên tỷ lệ giá trị sử dụng thuốc nội tại bệnh viện Chợ Rẫy là 12,1% , Tại các bệnh viện tuyến tỉnh, tỷ lệ số thuốc nội cao nhất là 41,1 tại bệnh viện ĐK Hải Dương nhưng giá trị thuốc nội của bệnh viện này là 13,3%

.Tỷ lệ số thuốc nội tại tuyến huyện nằm trong khoảng từ 48,5% đến 55,5% và giá trị sử dụng từ 39,3% đến 53,2%.

Kết quả này có thể giải thích do tại các bệnh viện tuyến TU, tuyến tỉnh, mức độ bệnh tật của bệnh nhân nặng hơn các bệnh viện tuyến huyện nên cần các thuốc có chất lượng và hiệu quả điều trị cao. Hơn nữa, một số thuốc chưa sản xuất được ở Việt Nam: thuốc điều trị ung thư, dịch truyền đậm, thuốc tim mạch, thuốc kháng sinh thế hệ mới, mà các bệnh viện cần sử dụng, cập nhật các phương pháp điều trị mới, hiệu quả hơn. Mặc dù HĐT&ĐT các bệnh viện khi lựa chọn thuốc sử dụng tại bệnh viện có đưa ra các tiêu chí về nguồn gốc xuất xứ của thuốc nhưng dường như ngành công nghiệp sản xuất dược phẩm trong nước chưa theo kịp các tiên bộ trong điều trị nên chưa đáp ứng được nhu cầu điều trị của các bệnh viện tuyến TU.

Kết quả phân tích thuốc đơn thành phần và thuốc đa thành phần cho thấy: Tỷ lệ trung bình số thuốc và giá trị sử dụng thuốc của đơn thành phần khoảng 86%, của thuốc đa thành phần khoảng hơn 13%. Tuy nhiên tỷ lệ này giữa các tuyến bệnh viện không giống nhau. Tỷ lệ số thuốc đơn thành phần tại các bệnh viện tuyến huyện cao hơn tại các bệnh viện tuyến TU. Các thuốc đa thành phần tập trung vào một số thuốc thuộc nhóm kháng sinh, tim mạch, vitamin, đái tháo đường, thuốc mắt và thuốc dùng ngoài da. Tuy nhiên hầu hết các thuốc đa thành phần là các thuốc có trong DMTCY của Bộ Y Tế. Kết quả phân tích cho thấy mặc dù không xây dựng tiêu chí lựa chọn thuốc đơn thành phần hay đa thành phần nhưng HĐT&ĐT bệnh viện đã cân nhắc lựa chọn các thuốc đã được chứng minh về hiệu quả điều trị và độ an toàn để sử dụng tại bệnh viện. Hiện nay, nhiều hãng dược phẩm nghiên cứu kết hợp 2-3 hoạt chất trong cùng một thuốc nhằm tăng hiệu quả điều trị hoặc tạo sự khác biệt trên thị trường dược phẩm hoặc thuận lợi hơn trong điều trị nên gây khó khăn cho các bệnh viện khi đánh giá lựa chọn thuốc.

Mặc dù sử dụng thuốc mang tên generic được nhiều nước coi là cách thức giúp giảm chi phí điều trị [78] nhưng HĐT&ĐT không phân tích cơ cấu sử dụng và cũng không xây dựng tiêu chí lựa chọn nhóm thuốc này. Tỷ lệ số thuốc generic từ 32,6% đến 35,1% (BV tuyến TU), từ 22,4% đến 46% (BV tuyến tỉnh) và từ 35,5% đến 47,8% (BV tuyến huyện). Trong khi đó, tỷ lệ về giá trị sử dụng nhóm thuốc này từ 21,1% đến 31,2% tại BV tuyến TU, từ 12,1% đến 38,1% tại BV tuyến tỉnh và 17,8% đến 21,8% tại các BV tuyến huyện. Kết quả phân tích cho thấy: Mặc dù tỷ lệ thuốc mang tên generic tại các bệnh viện tuyến huyện cao hơn tuyến TU và tuyến tỉnh nhưng tỷ lệ về giá trị sử dụng nhóm thuốc này lại thấp hơn. Các thuốc này tập trung vào các nhóm kháng sinh, vitamin dạng đơn chất, dịch truyền được sản xuất trong nước hoặc liên doanh sản xuất trong nước. Một số thuốc nhập khẩu nhóm thuốc điều trị ung thư, kháng sinh, tim mạch. Một số thuốc trong nhóm này đã có chứng minh tương đương sinh học nhưng phần lớn chưa chứng minh tương đương điều trị. Đây là một trong những khó khăn của HĐT&ĐT khi lựa chọn thuốc sử dụng tại BV. Theo quy định của Bộ Y Tế, các thuốc generic đường tiêm và đường khí dung không cần thử tương đương sinh học khi đăng ký thuốc [5]. Điều này chứng tỏ HĐT&ĐT nên lựa chọn các thuốc mang tên generic dạng này để sử dụng tại bệnh viện, giúp giảm chi phí sử dụng thuốc.

Với sự lan truyền các bệnh qua đường tiêm truyền, Bộ Y tế và WHO đã có nhiều khuyến cáo nhằm đảm bảo an toàn trong tiêm truyền. Một trong các giải pháp là chỉ sử dụng thuốc tiêm khi cần thiết [13]. Khi phân tích DMT sử dụng cũng như lựa chọn thuốc, HĐT&ĐT không quan tâm đến dạng bào chế các thuốc. Chính vì thế, tỷ lệ và tỷ trọng các thuốc dạng tiêm, truyền cao hơn các thuốc dạng uống tại tất cả các tuyến BV, cao nhất tại các BV tuyến TU. Tỷ lệ giá trị sử dụng thuốc tiêm tại các bệnh viện tuyến TU từ 61,6% đến 74,7%, tại các bệnh viện tuyến tỉnh từ 46,1% đến 65,3% và tại tuyến huyện

từ 41,1% đến 51,2%. Đối với các BV tuyến TU và tuyến tỉnh, là nơi điều trị nhiều bệnh nhân nặng nên việc sử dụng các thuốc dạng tiêm, truyền sẽ hiệu quả hơn các thuốc dạng uống. Tuy nhiên, tại các BV tuyến quận, huyện, các bệnh nhân điều trị nội trú là các bệnh nhẹ, chủ yếu là khám bệnh. Tuy nhiên, với tỷ lệ và tỷ trọng thuốc tiêm, truyền gần 50% chứng tỏ có sự lạm dụng nhóm thuốc này tại các BV tuyến quận huyện. Việc lạm dụng các thuốc tiêm truyền là một trong các nguy cơ gây ra nhiều rủi ro do tiêm, phơi nhiễm các bệnh HIV, viêm gan B cho cả nhân viên y tế và người bệnh.

Kết quả phân tích cũng cho thấy 97% các thuốc sử dụng tại BV nằm trong DMTCY của BHYT. Điều này cho thấy HĐT&ĐT đã lựa chọn các thuốc dựa trên DMTCY của BHYT và DMTCY đã đáp ứng được nhu cầu điều trị của các tuyến BV.

Nhóm thuốc kháng khuẩn có tỷ trọng lớn nhất tại tất cả các tuyến bệnh viện, trung bình là 32,5%, cao nhất tại tuyến huyện với 43,1%, thấp nhất tại tuyến TÝ với 25,7%. Kết quả này phù hợp với MHBT của Việt Nam về tỷ lệ các bệnh nhiễm trùng. Tuy nhiên kết quả phân tích cũng cho thấy sự bất hợp lý trong cách lựa chọn và sử dụng thuốc kháng sinh tại các bệnh viện: 47 thuốc kháng sinh trong nhóm A của bệnh viện Chợ Rẫy chiếm tỷ lệ 35,7% về giá trị sử dụng trong nhóm A. Trong đó hoạt chất Prepenem có 5 biệt dược, chiếm tỷ trọng 21,4%; hoạt chất Cefoperazone có 9 biệt dược, chiếm tỷ trọng 19,2%; hoạt chất Ceftazidime có 6 biệt dược, chiếm tỷ trọng 13,9%; hoạt chất Imipenem có 5 biệt dược chiếm 6,6%. Trong khi đó, HĐT&ĐT bệnh viện lựa chọn thuốc không dựa trên phác đồ điều trị của bệnh viện mà dựa chủ yếu trên nhu cầu điều trị của các bác sỹ. Điều này dễ dẫn đến việc lạm dụng thuốc kháng sinh trong điều trị tại bệnh viện nếu không có giám sát chặt chẽ và xây dựng các phác đồ điều trị trong bệnh viện. Tại hội nghị tư vấn xây dựng kế hoạch hành động chống kháng thuốc diễn ra sáng 26/10/2011, Cục Quản lý

Khám chữa bệnh đã cho biết vấn đề kháng thuốc đang gây ra một hậu quả và gánh nặng nghiêm trọng khi nó sẽ tạo ra sự khan hiếm, thiếu hụt các thuốc kháng khuẩn mới, đặc biệt ở bệnh nhân bị nhiễm trùng do vi khuẩn đa kháng. Trong những năm qua, các bệnh lây nhiễm tại Việt Nam có xu hướng giảm dần. Hiện ước tính bệnh này chỉ chiếm 25% tổng số bệnh tật tại Việt Nam, song nhu cầu và thực trạng sử dụng kháng sinh lại không hề giảm và ngày càng gia tăng [20]. Các bệnh nhiễm khuẩn đường tiêu hóa, đường hô hấp, các bệnh lây truyền qua đường tình dục và nhiễm khuẩn bệnh viện là các nguyên nhân hàng đầu gây tỷ lệ mắc và tỷ lệ tử vong cao ở cả Việt Nam và các nước đang phát triển. Việc kiểm soát các loại bệnh này đã và đang chịu sự tác động bất lợi của sự phát triển và lan rộng tình trạng kháng thuốc. Thực tế tại Việt Nam cho thấy, hầu hết các bệnh viện đang phải đối mặt với tốc độ lan rộng các vi khuẩn kháng với nhiều loại kháng sinh [9].

Tỷ lệ các thuốc nhóm tim mạch và hormone nội tiết tố tại các bệnh viện cũng chiếm tỷ lệ cao ở tất cả các bệnh viện các tuyến. Điều này là hợp lý do theo quy định của Luật BHXH, các bệnh mãn tính như tiểu đường và huyết áp được cấp thuốc hàng tháng [26]. Hơn nữa xã hội ngày càng phát triển, tỷ lệ mắc các bệnh này càng cao nên các nhóm thuốc này chiếm tỷ lệ lớn. Tuy nhiên, với quy định về cấp thuốc BHYT mở cho bệnh nhân và các cơ sở điều trị như thế càng phải có giám sát chặt chẽ về mặt chuyên môn để tránh lạm dụng thuốc và các tiêu cực như rút ruột BHYT tại một số cơ sở điều trị trên cả nước trong thời gian vừa qua.

Các thuốc nhóm tiêu hóa chiếm tỷ lệ cao tại tất cả các bệnh viện. Tuy nhiên, trong nhóm thuốc điều trị tiêu hóa của các bệnh viện, thuốc hỗ trợ điều trị bệnh gan mật chiếm tỷ lệ quá lớn. Kết quả này cho thấy cần lựa chọn, định hướng điều trị và giám sát chặt chẽ việc sử dụng nhóm thuốc này tại bệnh viện.

Nhóm thuốc cấp cứu và giải độc của các bệnh viện chiếm tỷ lệ lớn tại

các bệnh viện tuyến TU và tuyến tỉnh. Tuy nhiên, giá trị sử dụng của nhóm này lại tập trung vào một số thuốc giá thành cao, hiệu quả trong điều trị cấp cứu không rõ ràng: Cholin alfoscerat, Glutathion. Điều này cho thấy sự chưa hợp lý trong lựa chọn và sử dụng thuốc.

Sự lạm dụng các thuốc nhóm này đã được Bộ Y tế xem xét. Chính vì thế trong Thông tư số 31/2011/TT-BYT về hướng dẫn DMT chủ yếu của Bộ Y tế được quỹ BHYT thanh toán đã yêu cầu phải hội chẩn khi sử dụng các thuốc có hoạt chất Cholin alfoscerat và chỉ thanh toán BHYT nếu thuốc được dùng đúng chỉ định đã đăng ký [4]

Kết quả phân tích cho thấy thuốc điều trị ung thư chiếm tỷ lệ cao tại các bệnh viện tuyến TU. Tại bệnh viện Chợ Rẫy, nhóm thuốc ung thư chiếm tỷ lệ 10% giá trị sử dụng của toàn bệnh viện. Năm 2009, hầu hết các thuốc ung thư chưa được BHYT chi trả 100% mà chỉ được chi trả 50%. Tại các bệnh viện chưa xây dựng quy trình và phòng pha chế thuốc ung thư. Đây là một nguyên nhân làm tăng kinh phí sử dụng thuốc tại các bệnh viện.

Mặc dù Bộ Y tế yêu cầu các bệnh viện báo cáo số liệu sử dụng thuốc 6 tháng một lần về các nội dung này nhưng HĐT&ĐT không căn cứ vào các số liệu này khi xây dựng DMTBV năm sau. Chính vì thế mặc dù DMTBV được xây dựng hàng năm, đáp ứng được nhu cầu điều trị nhưng chưa phải là công cụ giúp định hướng và điều tiết chi phí trong điều trị. Điều này có thể giải thích do các phương pháp phân tích DMT này chưa được đào tạo cho các cán Bộ Y tế nên khi phân tích các thông tin phục vụ cho xây dựng DMTBV. HĐT&ĐT mới chỉ quan tâm được đến số lượng và giá trị cung ứng thuốc chứ chưa quan tâm đến chất lượng cung ứng.

Danh mục thuốc có nhiều ý nghĩa, phụ thuộc vào quan điểm của mỗi người. Với dược sỹ, DMTBV được xem như một danh sách các sản phẩm dược được phẩm đã được chứng minh về tác dụng dược lý và liên tục thay

đôi, là một bản công cụ mang tính hành chính giúp xác định loại thuốc cần mua. Với bác sỹ, DMTBV được xem như một công cụ của các nhà quản lý, dược sỹ và HĐT&ĐT đối với việc kê đơn thuốc. Với y tá, DMTBV được xem như danh sách các thuốc đang có sẵn trong kho và với các nhà quản lý xây dựng DMTBV là một phương pháp giúp hạn chế chi phí và sử dụng thuốc đạt mục tiêu về kinh tế. Với các công ty dược phẩm, danh mục thuốc được xem là một cách hạn chế và có khả năng vô hiệu hóa các hoạt động xúc tiến kinh doanh thuốc tại các bệnh viện [46]. Chính vì thế, để xây dựng một DMTBV an toàn, hiệu quả và hợp lý và đạt được thống nhất giữa các bên liên quan là một bước quan trọng hướng tới chăm sóc sức khỏe một cách tối ưu [47].

DMT bao gồm các thuốc an toàn, hợp lý, hiệu quả nhất về chi phí và sẵn có với chất lượng đảm bảo đáp ứng được các nhu cầu về chăm sóc y tế của đông đảo người bệnh [78]. DMTBV là danh mục những thuốc cần thiết thoả mãn nhu cầu khám bệnh, chữa bệnh và thực hiện y học dự phòng của bệnh viện phù hợp với MHBT, kỹ thuật điều trị và bảo quản, khả năng tài chính của từng bệnh viện và khả năng chi trả của người bệnh. Những loại thuốc này trong một phạm vi thời gian, không gian, trình độ xã hội, khoa học kỹ thuật nhất định luôn có sẵn bất cứ lúc nào với số lượng cần thiết, chất lượng tốt, dạng bào chế thích hợp, giá cả hợp lý. DMTBV là cơ sở để đảm bảo cung ứng thuốc chủ động có kế hoạch nhằm phục vụ cho nhu cầu điều trị hợp lý, an toàn, hiệu quả.

Kết quả sử dụng thuốc được thể hiện qua các danh mục thuốc sử dụng cho thấy rõ nhất vai trò và hiệu quả của HĐT&ĐT trong hoạt động cung ứng thuốc tại các bệnh viện. Kết quả phân tích cho thấy DMTBV đã đáp ứng nhu cầu điều trị của các bác sỹ. Tuy nhiên, do chưa có chu trình lựa chọn thuốc xây dựng DMTBV nên trong DMTBV của nhiều bệnh viện vẫn còn nhiều thuốc không cần thiết, thuốc không được sử dụng. Hơn nữa, hầu hết các bệnh

viện chưa xây dựng phác đồ điều trị tại bệnh viện nên việc lựa chọn thuốc của HĐT&ĐT nhằm đáp ứng nhu cầu điều trị của các bác sỹ.

Sau khi lựa chọn được các thuốc sử dụng tại bệnh viện thông qua đấu thầu mua sắm thuốc, HĐT&ĐT một số bệnh viện đã xây dựng cẩm nang DMTBV và phân phát đến các bác sỹ và khoa phòng trong bệnh viện. Tuy nhiên, nội dung cẩm nang còn nghèo nàn, dưới dạng thông tin tên các thuốc có trong DMTBV. Một số bệnh viện quản lý thuốc bằng hệ thống mạng trong toàn bệnh viện đã mặc nhiên quy định danh mục các thuốc có trên mạng là DMTBV. Theo WHO, cẩm nang DMTBV là một tài liệu tổng hợp các thông tin quan trọng về thuốc có trong DMTBV, là nguồn thông tin đáng tin cậy cho nhân viên y tế. Để thuận tiện cho việc sử dụng, DMTBV nên in dưới dạng cẩm nang bỏ túi, thường xuyên cập nhật và xây dựng một cách minh bạch với sự tham gia góp ý rộng rãi [78].

Bộ Y tế đã ban hành thông tư số 08/BYT-TT về hướng dẫn tổ chức, chức năng, nhiệm vụ của HĐT&ĐT từ năm 1997 [6] và năm 2005 Cục Quản lý Khám chữa bệnh đã ban hành sách “Cẩm nang thực hành HĐT&ĐT” dịch theo tài liệu của WHO với các hướng dẫn cụ thể cho hoạt động của HĐT&ĐT. Cho đến nay, HĐT&ĐT đã là một trong các tiêu chí để đánh giá thi đua hàng năm của các bệnh viện [1] và yêu cầu bắt buộc trong hoạt động đấu thầu thuốc tại các cơ sở y tế công lập [7]. Vai trò của HĐT&ĐT đã được các nhà quản lý bệnh viện nhìn nhận. Tuy nhiên, với các kết quả nghiên cứu trên cho thấy mặc dù đã hoạt động được 15 năm nhưng tầm ảnh hưởng của HĐT&ĐT đối với hoạt động cung ứng thuốc tại bệnh viện chưa nhiều. Nhiều hoạt động vẫn mang tính hình thức, thể hiện ở danh mục thuốc bệnh viện, là kết quả lựa chọn và giám sát sử dụng của HĐT&ĐT.



## **KẾT LUẬN VÀ KIẾN NGHỊ**

**Từ các kết quả thu được ở trên, đề tài đưa ra một số kết luận như sau:**

### **1. Hoạt động của HĐT&ĐT trong xây dựng danh mục thuốc bệnh viện**

HĐT&ĐT đã thành lập tại tất cả các bệnh viện công lập. Cơ cấu tổ chức của hội đồng theo hướng dẫn của Bộ Y tế và khuyến cáo của WHO nhưng hoạt động của HĐT&ĐT thiếu kế hoạch cụ thể và mang tính hình thức, thể hiện ở nội dung các cuộc họp sơ sài và không thực hiện đầy đủ các chức năng, nhiệm vụ đã được quy định.

HĐT&ĐT chưa biết cách sử dụng các phương pháp khoa học như: ABC/VEN để phân tích và đánh giá DMT đã sử dụng trong BV để làm cơ sở cho việc xây dựng DMT năm sau, các tiêu chí đánh giá lựa chọn thuốc chưa cụ thể, mang tính hình thức, chưa đáp ứng được các yêu cầu chuyên môn.

### **2. Đánh giá việc thực hiện danh mục thuốc bệnh viện**

Danh mục thuốc sử dụng tại các bệnh viện về cơ bản đã đáp ứng được yêu cầu điều trị của từng bệnh viện. Tuy nhiên, tình trạng lạm dụng thuốc, đặc biệt là các thuốc không thực sự cần thiết như: vitamin, thuốc hỗ trợ điều trị... vẫn còn rất phổ biến trong BV ở các tuyến, đặc biệt là các BV tuyến huyện và tuyến tỉnh.

Các BV chưa thực sự quan tâm đến việc sử dụng thuốc sản xuất trong nước, thuốc mang tên gốc, nên giá trị thuốc sản xuất trong nước chỉ chiếm 35% giá trị sử dụng, thuốc mang tên gốc chỉ chiếm tỷ lệ 22,3% .

**Từ các kết luận trên của đề tài, chúng tôi đưa ra một số kiến nghị sau:**

1. Bộ Y Tế cần có văn bản quy định rõ cách thức hoạt động của HĐT&ĐT và thường xuyên tổ chức các lớp tập huấn cho các thành viên HĐT&ĐT về cách thức hoạt động, có tiến hành kiểm tra và giám sát.

2. Bộ Y tế cần tổ chức các lớp tập huấn đào tạo cho HĐT&ĐT của các bệnh viện phương pháp phân tích ABC/VEN và quy định bắt buộc HĐT&ĐT phải sử dụng phương pháp ABC/VEN trong đánh giá DMT đã sử dụng năm trước, lựa chọn thuốc trước và trong khi xây dựng DMTBV.

3. HĐT&ĐT của các bệnh viện cần xây dựng quy trình lựa chọn thuốc một cách cụ thể, phân công nhiệm vụ rõ ràng cho từng thành viên HĐT&ĐT trong việc thực hiện các bước của quy trình.

## DANH MỤC CÁC BÀI BÁO ĐÃ CÔNG BỐ CÓ LIÊN QUAN ĐẾN LUẬN ÁN

1. **Vũ Thị Thu Hương, Nguyễn Thanh Bình, Nguyễn Trung Nghĩa (2011), "Vai trò của HĐT&ĐT trong hoạt động cung ứng thuốc bệnh viện", *Tạp chí Dược học*, số 3/2011, Tr 2-4.**
2. **Vũ Thị Thu Hương, Nguyễn Thanh Bình, Nguyễn Trung Nghĩa (2011), "Các chỉ số đánh giá hoạt động của Hội đồng thuốc và điều trị", *Tạp chí Dược học*, số 6/2011, Tr 2-6.**
3. **Vũ Thị Thu Hương, Nguyễn Thanh Bình, Nguyễn Trung Nghĩa (2011), "Vai trò của HĐT&ĐT trong hoạt động lựa chọn xây dựng danh mục thuốc bệnh viện", *Tạp chí Dược học*, số 8/2011, Tr 7-9.**
4. **Vũ Thị Thu Hương, Nguyễn Thanh Bình, "Đánh giá hoạt động xây dựng danh mục thuốc của Bệnh viện E năm 2009", *Tạp chí Dược học*, số 12/2011, Tr 7-11.**
5. **Vũ Thị Thu Hương, Nguyễn Thanh Bình, "Khảo sát tổ chức hoạt động của HĐT&ĐT tại một số bệnh viện đa khoa", *Tạp chí Y học thực hành*, số 12/2011, Tr 130 - 134.**

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y Tế, *Quyết định số 2866 /QĐ – BYT quy định về kiểm tra bệnh viện năm 2009*. 2009.
2. Bộ Y Tế, *Thông tư số 18/2009/TT-BYT Hướng dẫn tổ chức thực hiện công tác kiểm soát nhiễm khuẩn trong các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh*. 2009.
3. Bộ Y Tế, *Công văn số 10766/YT-ĐTr hướng dẫn tổ chức, hoạt động của Đơn vị thông tin thuốc trong bệnh viện*. 2003.
4. Bộ Y Tế, *Thông tư số 31/2011/TT-BYT hướng dẫn thực hiện danh mục thuốc chủ yếu của Bộ Y Tế được quỹ BHYT chi trả*. 2011.
5. Bộ Y Tế (2007), "Thông tư số 08/2010/TT-BYT ngày 26 tháng 4 năm 2010 Hướng dẫn báo cáo số liệu nghiên cứu sinh khả dụng/ tương đương sinh học trong đăng ký thuốc.", pp.
6. Bộ Y Tế, *Thông tư số 08/BYT-TT về hướng dẫn tổ chức, chức năng, nhiệm vụ của Hội đồng thuốc điều trị ở bệnh viện*. 1997.
7. Bộ Y Tế, et al., *Thông tư liên tịch số 10/2007/TTLT-BYT-BTC của liên Bộ Y tế - Bộ Tài chính hướng dẫn thực hiện đấu thầu mua thuốc trong các cơ sở y tế công lập*. 2007.
8. Bộ Y Tế Bộ Tài Chính (2007), "Thông tư liên tịch số 10/2007/TTLT-BYT-BTC của liên Bộ Y tế - Bộ Tài chính hướng dẫn thực hiện đấu thầu mua thuốc trong các cơ sở y tế công lập.", pp.
9. Bộ Y Tế (2011), *Tài liệu hội nghị tư vấn xây dựng kế hoạch hành động chống kháng thuốc* pp.
10. Bộ Y Tế, *Quyết định số 05/2008/QĐ-BYT về Về việc ban hành Danh mục thuốc chữa bệnh chủ yếu sử dụng tại các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh*. 2008.
11. Bộ Y Tế, *Chỉ thị số 05/2004/CT-BYT về việc chấn chỉnh công tác cung ứng sử dụng thuốc trong bệnh viện*, Bộ Y Tế, Editor. 2004.

12. Bộ Y Tế, *Quyết định số 1895/1997/QĐ-BYT về việc ban hành Quy chế bệnh viện*. 1997: Bộ Y Tế. p. 60.
13. Bộ Y Tế, et al., *Tài liệu đào tạo liên tục về tiêm an toàn*. 2010.
14. Bộ Y Tế, *Thông tư số 15/2011/TT-BYT quy định về tổ chức và hoạt động của cơ sở bán lẻ thuốc trong bệnh viện*. 2011.
15. Bộ Y Tế, *Thông tư số 22/2011/TT-BYT Quy định tổ chức và hoạt động của khoa Dược bệnh viện*. 2011: Bộ Y Tế.
16. Bộ Y Tế, *Công văn số 3483/YT-ĐTr hướng dẫn thực hiện Chỉ thị số 05/2004/CT-BYT của Bộ trưởng Bộ Y tế*. 2004.
17. Bộ Y Tế, *Thông tư số 08/BYT-TT về hướng dẫn tổ chức, chức năng, nhiệm vụ của Hội đồng thuốc điều trị ở bệnh viện*,. 1997: Bộ Y Tế.
18. Huỳnh Hiền Trung (2012), Nghiên cứu một số giải pháp nâng cao chất lượng cung ứng thuốc tại Bệnh viện Nhân dân 115, Luận án tiến sỹ., Trường Đại học Dược Hà Nội.
19. Huỳnh Hiền Trung, et al. (2009), "Sử dụng phân tích ABC/VEN đánh giá hiệu quả can thiệp cung ứng thuốc tại Bệnh viện Nhân dân 115", *Tạp chí dược học*, 11, pp. 12.
20. Lương Ngọc Khuê, *Phòng và hạn chế kháng thuốc - Cách gì*. 2011: Sức khỏe và đời sống, 59(<http://vho.vn/wap/?module=1&id=17398>).
21. Lương Ngọc Khuê, *Báo cáo tổng quan tình hình quản lý và sử dụng thuốc trong các cơ sở khám chữa bệnh*, . 2010: Cục quản lý khám chữa bệnh Việt Nam
22. Nguyễn Hằng Nga (2009), Phân tích cơ cấu tiêu thụ thuốc tại một số bệnh viện trong năm 2008, Đại học Dược Hà Nội.
23. Nguyễn Thị Phương Châm (2008), *Vai trò của Hội đồng thuốc và điều trị trong sử dụng thuốc hợp lý an toàn*, Hội nghị tổng kết công tác Dược năm 2008 của Bộ Y Tế,pp.

24. Nguyễn Thị Thanh Hương (2010), Nghiên cứu việc quản lý sử dụng kháng sinh trong điều trị viêm phổi ở trẻ em dưới 5 tuổi tại bệnh viện Nhi Nghệ An, , Trường Đại học Dược, Hà Nội.
25. Phạm Thị Mận (2010), Phân tích hoạt động xây dựng danh mục thuốc tại Bệnh viện Da liễu Trung ương năm 2009, Trường Đại học dược Hà Nội.
26. Quốc hội (2008), "Luật số: 25/2008/QH12 quy định về Bảo hiểm y tế", pp.
27. Trương Quốc Cường (2010), *Tổng quan về cung ứng thuốc thiết yếu của Việt Nam*, Hội nghị tăng cường khả năng tiếp cận thuốc thiết yếu tại Việt Nam., Bộ y tế,pp.
28. Vũ Thị Thu Hương (2007), Đánh giá hoạt động cung ứng thuốc tại bệnh viện E trong hai năm 2005 – 2006, Trường Đại học Dược Hà Nội.
29. Abramowitz PW Godwin HN, Latiolais CJ, McDougal TR, Miller WA, Ravin RL (1985), "Developing an effective P&T Committee, Part I", *Hosp Formul*, 20(7):(7), pp. 827-8, 837, 841-3 passim.
30. Albrich W. C., et al. (2004), "Antibiotic selection pressure and resistance in *Streptococcus pneumoniae* and *Streptococcus pyogenes*", *Emerg Infect Dis*, 10(3), pp. 514-7.
31. Anagnostis E., et al. (2011), "A national survey on hospital formulary management processes", *J Pharm Pract*, 24(4), pp. 409-16.
32. Anthony Savelli, et al. (1996), *Manual For The Development And Maintenance Of Hospital Drug Formularies*, Management Sciences for Health, pp.
33. Björkman IK Bernsten CB, Schmidt IK, Holmström I (2005;), "The role of drug and therapeutics committees," *Int J Health Care Qual Assur Inc Leadersh Health Serv.*, 18(4-5)(235-48. ), pp.
34. Björkman IK Schmidt IK, Holmström I, Bernsten CB (2007), "Developing the role of the drug and therapeutics committees: perceptions of chairs", *Int J Health Care Qual Assur.* 2007;20(2-3):161-78, pp.

35. Bochner F, et al. (1996), "Approaches to rationing drugs in hospitals. An Australian perspective", *Pharmacoeconomics*, 10, pp. 467-474.
36. Brown A, et al. (1975), "Hospital pharmacy committees in England: their structure, function and development.", *BMJ* 1(5953), pp. 323 - 6.
37. Campion E. Quinn MD, MHA, Anthony Barisano, Pharm D (1999), "Understanding, creating, and working with formulary systems, " *The American journal of managed care*, 5(10), pp. 1311-1317
38. Cebotarenco N Veltman K, Tchebotarenco S, Shetinina S, *Drug and Therapeutics Committees in Moldova*. 2004, Second International Conference on improving Use of Medicine.
39. Cohen M. R., et al. (1984), "Improving pharmacy and therapeutics committee operations", *Am J Hosp Pharm*, 41(9), pp. 1767-77.
40. Cooke D. H., et al. (1990), "Challenges of a P & T Committee in a community teaching hospital", *Hosp Formul*, 25(8), pp. 878-82, 886.
41. Crump B. J., et al. (1995), "Transferring the costs of expensive treatments from secondary to primary care", *BMJ*, 310(6978), pp. 509-12.
42. Durán-García E Santos-Ramos B, Puigventos-Latorre F, Ortega A, (011 Jun;), "Literature review on the structure and operation of Pharmacy and Therapeutics Committees, " *Int J Clin Pharm*. 2, 33(3):475-83. Epub 2011 Mar 18., pp.
43. Ferrando M. C., et al. (1986), "A survey of drug and therapeutics committees operating in Ireland", *J Clin Hosp Pharm*, 11(2), pp. 131-40.
44. Fijn R., et al. (1999), "Drug and Therapeutics (D & T) committees in Dutch hospitals: a nation-wide survey of structure, activities, and drug selection procedures", *Br J Clin Pharmacol*, 48(2), pp. 239-46.
45. Gallego G. (2011), "Hospital drug and therapeutics committees in Australia: is there a role for economic evaluation at the institutional level?", *Int J Clin Pharm*, 33(6), pp. 895-7.

46. Grissinger M (2008), "The Truth about Hospital Formularies, Part 1", *Pharmacy and Therapeutics*, 33(8), pp. 441.
47. Grissinger M (2008), "The Truth about Hospital Formularies, Part 2", *Pharmacy and Therapeutics*, 33(9), pp. 504-510.
48. Heemink I Melero-Montes M, Tabit E, Waning B, Laing R (1999), "Review of the functioning of P&T committees in Boston-area hospitals - Part 1", *New Jersey: Quadrant Healthcom Inc*, pp.
49. Hochla P. K., et al. (1992), "Pharmacy and Therapeutics committee. Cost-containment considerations", *Arch Intern Med*, 152(9), pp. 1773-5.
50. Janknegt R., et al. (1997), "The System of Objectified Judgement Analysis (SOJA). A tool in rational drug selection for formulary inclusion", *Drugs*, 53(4), pp. 550-62.
51. Jonathan et al (1997), *Managing Drug Supply*, Management Sciences for Health., pp.
52. Kessler JM (1997), "Decision analysis in the formulary process. .", *Am J Health Syst Pharm*, 15(54), pp. 1-8.
53. Lipman A. G., et al. (1987), "Editors' roundtable: Current formulas for P & T Committee success (Part 1)", *Hosp Formul*, 22(3), pp. 288-98.
54. Lt Col R Gupta\*, et al. (2007), "ABC and VED Analysis in Medical Stores Inventory Control", *MJAFI*, 63(4), pp.
55. Management Sciences for Health, *Drug and Therapeutics Committee Training Course*. 2007 World Health Organization.
56. Miller B Plumridge R (1983), "Drug and Therapeutics Committees in Australian hospitals: An assessment of effectiveness. ", *Aust J Hosp Pharm*, 13(2):61-4, pp.
57. Mittmann N., et al. (2009), "A survey of Pharmacy and Therapeutic committees across Canada: scope and responsibilities", *Can J Clin Pharmacol*, 16(1), pp. e171-7.



58. Odedina F. T., et al. (2002), "Use of pharmacoeconomic data in making hospital formulary decisions", *Am J Health Syst Pharm*, 59(15), pp. 1441-4.
59. Puigventos F., et al. (2010), "Structure and procedures of the pharmacy and therapeutic committees in Spanish hospitals", *Pharm World Sci*, 32(6), pp. 767-75.
60. Puigventos Latorre F., et al. (2011), "Variability in activity and results from drug assessments by pharmacy and therapeutics committees in Spanish hospitals", *Farm Hosp*, 35(6), pp. 305-14.
61. Quigley M. A., et al. (1981), "A survey of selective administration procedures in formulary maintenance", *Hosp Pharm*, 15(7), pp. 371-4, 378-80.
62. Robertson J, et al. (2004), *A Pilot Study Examining Criteria Used to Select Drugs for Hospital, Provincial and National Formularies*, Second International Conference on Improving Use of Medicine, Chiang Mai - Thai Lan, pp.
63. Sanchez L. A. (1996), "Pharmacoeconomics and formulary decision making", *Pharmacoeconomics*, 9 Suppl 1, pp. 16-25.
64. Schiff G. D., et al. (2012), "A prescription for improving drug formulary decision making", *PLoS Med*, 9(5), pp. e1001220.
65. Shankar P. R., et al. (2009), "Establishing and strengthening a medicine and therapeutics committee in a medical college in Nepal: initial experiences", *Pharm World Sci*, 31(2), pp. 241-5.
66. Sjoqvist F Bregman U, Dahl M, Gustafsson L, Hensjo L (2002), "Drug and Therapeutics Committees: A Swedish Experience", *WHO Drug Info*, 16(3), pp. 207–213.
67. Snapp J., et al. (2002), "Creating a hospice pharmacy and therapeutics committee", *Am J Hosp Palliat Care*, 19(2), pp. 129-34.

68. Summers K. H., et al. (1993), "Formularies: the role of pharmacy-and-therapeutics (P&T) committees", *Clin Ther*, 15(2), pp. 433-41; discussion 432.
69. Tan E. L., et al. (2007), "Prioritising drug and therapeutics committee (DTC) decisions: a national survey", *Pharm World Sci*, 29(2), pp. 90-6.
70. Tan Ee Lyn (2005), *Drug and Therapeutics Committees: Studies in Australian hospitals*, pp.
71. Tan EL Day RO, Brien JA, (2007 Apr), "Prioritising drug and therapeutics committee (HDT&DT) decisions: a national survey", *Pharm World Sci.*, 29(2):90-6. Epub 2006 Dec 23, pp.
72. Tyler L. S., et al. (2008), "ASHP guidelines on the pharmacy and therapeutics committee and the formulary system", *Am J Health Syst Pharm*, 65(13), pp. 1272-83.
73. Vang C., et al. (2006), "Improving the performance of Drug and Therapeutics Committees in hospitals--a quasi-experimental study in Laos", *Eur J Clin Pharmacol*, 62(1), pp. 57-63.
74. Wade W Spruill W, Taylor A, Longe R, Hawkins D. "The expanding role of pharmacy and therapeutics committees - The 1990s and beyond", 10, pp. 123-6.
75. Weekes L. M., et al. (1996), "Drug and Therapeutics Committees in Australia: expected and actual performance", *Br J Clin Pharmacol*, 42(5), pp. 551-7.
76. Weekes L. M., et al. (1998), "Indicators for drug and therapeutics committees", *Br J Clin Pharmacol*, 45(4), pp. 393-8.
77. WHO (2007), *Database on Drug Use in Primary Health Care in Developing Countries 2001-2006*, World Health Organization, pp.
78. WHO (2004), *Drug and Therapeutics Committee Practical*, World Health Organization, pp.

