



Phân tích thực trạng:

Sử dụng kháng sinh và kháng kháng sinh ở Việt Nam

Nhóm Nghiên cứu Quốc gia của GARP-Việt Nam

TS. Nguyễn Văn Kính, Chủ tịch

Tháng 10- 2010

Nhóm nghiên cứu quốc gia GARP-Việt Nam (NWG)

TS. BS. Nguyễn Văn Kính. Chủ tịch. Giám đốc Bệnh viện Bệnh Nhiệt đới Trung ương

TS. BS. Lương Ngọc Khuê. Cục trưởng Cục Quản lý khám, chữa bệnh. Bộ Y tế

TS. DS. Trương Quốc Cường. Cục trưởng Cục Quản lý Dược. Bộ Y tế

TS. BS. Lý Ngọc Kính. Cục Quản lý khám, chữa bệnh. Bộ Y tế

ThS. DS. Ngô Thị Bích Hà. Chuyên viên chính. Cục Quản lý khám, chữa bệnh. Bộ Y tế

BS. Hoàng Thanh Mai. Phòng Quản lý thông tin và Quảng cáo. Cục Quản lý Dược. Bộ Y tế

ThS. BS. Nguyễn Hồng Hà. Phó Giám đốc NHTD. Hà Nội

PGS. TS. BS. Nguyễn Vũ Trung. Trưởng khoa xét nghiệm. NHTD
Phó Chủ nhiệm Bộ môn Vi sinh. Đại học Y Hà Nội

PGS. TS. BS. Phạm Văn Ca. Phó Trưởng khoa xét nghiệm. NHTD

PGS. TS. DS. Nguyễn Thị Kim Chúc. Giảng viên chính. Phó Chủ nhiệm Bộ môn Y học Gia đình. Đại học Y Hà Nội

TS. BS. Đoàn Mai Phương. Phó Trưởng khoa Vi sinh. BV Bạch Mai. Hà Nội

TS. BSTY. Nguyễn Quốc Ân. Phó Trưởng phòng Quản lý Thuốc. Cục thú y. Bộ Nông nghiệp và Phát triển Nông thôn

GS. TS. BS. Trần Tịnh Hiền. Phó Giám đốc Nghiên cứu Lâm sàng. Đơn vị Nghiên cứu lâm sàng Đại học Oxford. Thành phố Hồ Chí Minh

BS. Peter Horby. Giám đốc. Đơn vị Nghiên cứu Lâm sàng Đại học Oxford

Cán bộ GARP- Việt Nam

TS. BS. Heiman Wertheim. GARP-Việt Nam giám sát. Chuyên gia vi sinh lâm sàng. Đơn vị Nghiên cứu Lâm sàng Đại học Oxford

ThS. DS. Đỗ Thị Thuý Nga. GARP-Việt Nam. Điều phối viên Quốc gia. Đơn vị Nghiên cứu Lâm sàng Đại học Oxford

Thư ký CDDEP/RFF GARP

TS. BS. Ramanan Laxminarayan. Sáng lập GARP. Chuyên gia cấp cao kiêm giám đốc. Trung tâm Nghiên cứu Biến động Bệnh dịch, Kinh tế và Chính sách. Tổ chức Nguồn lực cho Tương lai

ThS. Hellen Gelband. Điều phối viên chương trình. Trung tâm Nghiên cứu Biến động Bệnh dịch, Kinh tế và Chính sách. Tổ chức Nguồn lực cho Tương lai

Mục lục

Lời nói đầu, TS. Nguyễn Văn Kính	I
Tổng kết.....	III
I. Các chỉ số cơ bản về kinh tế và y tế.....	1
1.1. Giới thiệu.....	1
1.2. Cấu trúc của hệ thống chăm sóc sức khỏe.....	4
1.3. Chống nhiễm khuẩn.....	9
1.4. Gánh nặng bệnh tật.....	11
II. Hệ thống cung ứng và quản lý kháng sinh.....	17
2.1. Cơ cấu lập pháp chi phối sự phân phối, lưu thông kháng sinh.....	17
2.2. Chuỗi cung ứng.....	21
2.3. Sử dụng kháng sinh tại các tuyến cơ sở.....	25
2.4. Sử dụng kháng sinh không hợp lý.....	26
2.5 Cơ chế khuyến khích.....	27
2.6. Các ví dụ về mức sử dụng kháng sinh trên người.....	28
2.7. Chi phí cho kháng sinh tại các bệnh viện.....	31
2.8. Giám sát kháng kháng sinh.....	32
2.9. Kháng sinh sử dụng trên động vật.....	33
III. Đánh giá sơ bộ, đề xuất chính sách và giải pháp can thiệp.....	36
3.1. Đánh giá sơ bộ.....	36
3.2. Phân tích chính sách.....	37
3.3. Các cơ hội nghiên cứu.....	39
Tài liệu tham khảo.....	41

Lời nói đầu

Vấn đề về thực trạng kháng kháng sinh đã mang tính toàn cầu và đặc biệt nổi trội ở các nước đang phát triển với gánh nặng của các bệnh nhiễm khuẩn và những chi phí bắt buộc cho việc thay thế các kháng sinh cũ bằng các kháng sinh mới, đắt tiền. Các bệnh nhiễm khuẩn đường tiêu hoá, đường hô hấp, các bệnh lây truyền qua đường tình dục và nhiễm khuẩn bệnh viện là các nguyên nhân hàng đầu có tỉ lệ mắc và tỉ lệ tử vong cao ở 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 truyền tình trạng kháng kháng sinh của vi khuẩn.

Có thể nói rằng, vi khuẩn càng phơi nhiễm nhiều với kháng sinh thì “sức ép về thuốc” càng lớn- các chủng kháng thuốc càng có nhiều cơ hội để phát triển và lây lan. Mặc dù kháng kháng sinh là vấn đề căn bản thuộc về y tế, trong đó sức ép về thuốc là yếu tố nội tại quan trọng nhất thúc đẩy sự phát triển và gia tăng tình trạng kháng kháng sinh. Tuy nhiên, vấn đề này còn chịu sự chi phối của nhiều lĩnh vực khác bao gồm các yếu tố về sinh thái học, dịch tễ học, văn hoá-xã hội và kinh tế. Người bệnh, các nhà lâm sàng, bác sỹ thú y, các phòng khám tư, bệnh viện và doanh nghiệp dược từ qui mô nhỏ đến lớn đều có rất ít động thái (về mặt kinh tế hoặc các khía cạnh khác) nhằm đánh giá những ảnh hưởng bất lợi của việc sử dụng kháng sinh đối với các đối tượng liên quan hoặc hậu quả của những ảnh hưởng đó đối với thể hệ tương lai. Những hoạt động như tăng cường giám sát, các chiến dịch thông tin đại chúng về mối hiểm họa của tình trạng kháng kháng sinh là một phần cần thiết trong kế hoạch đối phó toàn diện có thể đem lại tác động rất hạn chế. Để đem lại hiệu quả cao, các giải pháp chính sách cần có sự thay đổi về mặt cấu trúc các biện pháp để khuyến khích đối với bệnh nhân, các nhà lâm sàng và các đối tượng khác trong hệ thống chăm sóc sức khỏe, đồng thời các chính sách này phải được vận hành trong mối quan tâm cao nhất của xã hội. Đánh giá các giải pháp chính sách phải bao gồm những hiểu biết của cộng đồng về bệnh nhiễm khuẩn. Trước hết cần nghiên cứu, vạch ra các giải pháp chính sách cụ thể và trọng tâm có thể đem lại các tác động có ý nghĩa đối với tình trạng kháng kháng sinh. Tiếp theo đó, cần phải biến giải pháp chính sách thành hành động.

Kháng kháng sinh không nằm trong danh sách các vấn đề được ưu tiên của mỗi quốc gia cũng như không có được các đề xuất chiến lược nhằm thu hút các mối quan tâm từ chính phủ. Để giải quyết vấn đề một cách đúng đắn, kiểm soát kháng kháng sinh nên tập trung vào một số các biện pháp can thiệp trọng điểm về mặt y tế có khả năng thực sự đem lại hiệu quả kinh tế.

Báo cáo này phân tích, đánh giá một cách chi tiết về tình hình sử dụng kháng sinh và thực trạng kháng kháng sinh tại Việt Nam. Bản báo cáo đã sử dụng các nguồn thông tin thu thập từ các báo cáo GARP-VN Phân tích thực trạng

trong và ngoài nước đồng thời phân tích, tổng hợp cũng như tham khảo ý kiến đóng góp của các chuyên gia trong các lĩnh vực liên quan nhằm xây dựng bản báo cáo phân tích một cách tổng quan và chi tiết. Từ đó đề xuất các giải pháp can thiệp nhằm kiểm soát tình hình sử dụng thuốc không hợp lý và thực trạng kháng kháng sinh như hiện nay tại Việt Nam.

TS. Nguyễn Văn Kính

Chủ tịch. Đại diện Nhóm nghiên cứu Quốc gia. GARP – Việt Nam

Tóm tắt

Hợp tác toàn cầu về kháng kháng sinh (GARP) nhằm hướng tới giải quyết các thách thức của tình trạng kháng kháng sinh bằng cách xây dựng các đề xuất chính sách hành động tại Việt Nam và bốn nước có thu nhập thấp và trung bình như: Trung Quốc, Ấn Độ, Kenya và Nam Phi. GARP sẽ xây dựng các bằng chứng khoa học cho chương trình hành động kháng kháng sinh tại Việt Nam và nhận biết các chính sách có tác động mạnh làm giảm sự phát triển và lây lan tình trạng kháng thuốc.

Kể từ sau đổi mới của nền kinh tế năm 1986, Việt Nam đã có nhiều chuyển biến đáng kể: tăng thu nhập bình quân đầu người, tăng tuổi thọ trung bình, giảm tỉ lệ tử vong ở trẻ em và cải thiện khả năng tiếp cận dịch vụ chăm sóc sức khỏe và thuốc kể cả thuốc kháng sinh. Việc cải thiện khả năng tiếp cận với thuốc kháng sinh đồng thời cũng đem lại một “vị khách không mời mà đến”: kháng kháng sinh. Như bản “Phân tích thực trạng” cho thấy, kháng kháng sinh đã gia tăng, nhưng các cơ hội nhằm bảo tồn giá trị của thuốc kháng sinh và cải thiện triển vọng điều trị đối với bệnh nhân vẫn còn bỏ ngỏ.

Năm 1996, Bộ Y tế đã ban hành chính sách Quốc gia về thuốc, trong đó có nêu rõ chính sách về thuốc kháng sinh như sau: “Thuốc kháng sinh có vai trò rất quan trọng trong điều trị, đặc biệt đối với tình hình bệnh tật của một số nước khí hậu nhiệt đới như nước ta. Do đó, cần phải chấn chỉnh việc kê đơn và sử dụng kháng sinh, kiểm soát tình trạng kháng kháng sinh của một số vi khuẩn gây bệnh thường gặp, đồng thời cải thiện khả năng chuẩn đoán của các phòng xét nghiệm vi sinh lâm sàng.” Chính sách này thậm chí còn phù hợp hơn với tình hình hiện nay, năm 2010.

Vấn đề toàn cầu về kháng kháng sinh

Trên thế giới, nhiều chủng vi khuẩn gây bệnh đã trở nên ngày càng kháng thuốc kháng sinh. Các kháng sinh “thế hệ một” gần như không được lựa chọn trong nhiều trường hợp. Các kháng sinh thế hệ mới đắt tiền, thậm chí cả một số kháng sinh thuộc nhóm “lựa chọn cuối cùng” cũng đang mất dần hiệu lực. Bằng chứng mới đây nhất là sự lây lan của chủng vi khuẩn kháng carbapenem (ndm-1) ở một số quốc gia Châu Âu và Châu Á. Hiệu lực của kháng sinh nên được xem như một loại hàng hóa đặc biệt, cần được bảo vệ và quý trọng, không nên lãng phí vào các trường hợp không cần thiết. Mục tiêu làm thế nào để kháng sinh chỉ được sử dụng cho các trường hợp nhiễm khuẩn là các trường hợp có thể điều trị bằng thuốc kháng sinh, không phải cho các trường hợp sẽ không có lợi từ việc sử dụng kháng sinh.

Kháng kháng sinh ở Việt Nam

- Tình trạng kháng kháng sinh ở Việt Nam đã ở mức độ cao. Trong những năm gần đây, một số nghiên cứu cho thấy:
- Ở Việt Nam, các chủng *Streptococcus pneumoniae* - một trong những nguyên nhân thường gặp nhất gây nhiễm khuẩn hô hấp- kháng penicillin (71.4%) và kháng erythromycin (92.1%) - có tỉ lệ phổ biến cao nhất trong số 11 nước trong mạng lưới giám sát các căn nguyên kháng thuốc Châu Á (ANSORP) năm 2000-2001.
- 75% các chủng pneumococci kháng với ba hoặc trên ba loại kháng sinh.
- 57% *Haemophilus influenzae* (một căn nguyên vi khuẩn phổ biến khác) phân lập từ bệnh nhi ở Hà Nội (2000-2002) kháng với ampicillin. Tỉ lệ tương tự cũng được báo cáo ở Nha Trang.
- Vi khuẩn phân lập từ trẻ bị tiêu chảy có tỉ lệ kháng cao. Đối với hầu hết các trường hợp, bù nước và điện giải là biện pháp xử trí hiệu quả nhất đối với bệnh tiêu chảy, khoảng ¼ số trẻ đã được chỉ định kháng sinh trước khi đưa đến bệnh viện.
- Các vi khuẩn gram âm đa số là kháng kháng sinh (enterobacteriaceae): hơn 25% số chủng phân lập tại một bệnh viện Thành phố Hồ Chí Minh kháng với kháng sinh cephalosporin thế hệ 3, theo nghiên cứu năm 2000-2001. Theo báo cáo của một nghiên cứu khác năm 2009 cho thấy, 42% các chủng vi khuẩn gram âm kháng với ceftazidime, 63% kháng với gentamicin và 74% kháng với acid nalidixic tại cả bệnh viện và trong cộng đồng.
- Xu hướng gia tăng của tình trạng kháng kháng sinh cũng thể hiện rõ rệt. Những năm 1990, tại thành phố Hồ Chí Minh, chỉ có 8% các chủng pneumococcus kháng với penicillin. Đến năm 1999-2000, tỉ lệ này đã tăng lên 56%. Xu hướng tương tự cũng được báo cáo tại các tỉnh phía bắc Việt Nam.

Do tỉ lệ kháng kháng sinh cao, nhiều liệu pháp kháng sinh được khuyến cáo trong các tài liệu hướng dẫn điều trị đã không còn hiệu lực. Do các bệnh nhiễm khuẩn vẫn là các bệnh phổ biến ở Việt Nam, việc tiếp cận với các kháng sinh có hiệu lực giữ vai trò rất quan trọng. Tỉ lệ kháng kháng sinh gia tăng như hiện nay là mối hiểm họa đối với hiệu quả của các liệu pháp điều trị bằng kháng sinh.

Các nguyên nhân dẫn đến tình trạng lạm dụng kháng sinh và kháng kháng sinh

Có thể nói rằng, càng lạm dụng kháng sinh, các chủng vi khuẩn kháng thuốc càng có cơ hội phát triển và lây lan. Kháng sinh bị lạm dụng cả trong cộng đồng-do người dùng tự chẩn đoán và điều trị hoặc theo lời khuyên của người cung cấp dịch vụ y tế- và trong bệnh viện, nơi mà kháng sinh có thể thay thế để kiểm soát nhiễm khuẩn tốt hơn, nơi các kháng sinh phổ rộng được sử dụng thay thế cho các kháng sinh phổ hẹp, và cũng là nơi bệnh nhân thường được cung cấp các loại biệt dược mới, đắt tiền hơn thay vì các thuốc thế hệ cũ.

Các nguyên nhân dẫn đến việc sử dụng kháng sinh không hợp lý vẫn còn chưa rõ, tuy nhiên có thể xác định một số nhân tố quan trọng đối với thực trạng tại Việt Nam. Các nhân tố này được thảo luận dưới đây.

Trong cộng đồng

Chi phí chăm sóc sức khỏe từ tiền túi người bệnh: Việc áp dụng các hình thức chi trả từ người bệnh tại các bệnh viện công lập, mô hình chi trả bằng bảo hiểm y tế, thương mại hóa ngành dược, và bãi bỏ quy định về kinh doanh nhỏ lẻ đối với thuốc đã đem lại nhiều cải thiện đáng kể về chất lượng và khả năng tiếp cận các dịch vụ chăm sóc sức khỏe. Tuy nhiên, các yếu tố này cũng dẫn đến việc tăng tỉ trọng chi phí y tế từ tiền túi người bệnh nhân trong tổng chi phí y tế. Chi phí từ tiền túi người bệnh cao khuyến khích người bệnh mua thuốc – bao gồm cả thuốc kháng sinh – trực tiếp, mà không cần các chẩn đoán phù hợp. Tổng doanh thu thuốc gần như tăng gấp ba về giá trị giữa năm 2001-2008, từ 500 triệu đô la Mỹ lên 1400 triệu đô la Mỹ. Hiện tại không có số liệu thống kê riêng cho thuốc kháng sinh, tuy nhiên đây là nhóm thuốc được sử dụng rộng rãi nhất, và thường không hợp lý.

Mua thuốc không có đơn: Mặc dù đã có quy định về kê đơn và bán thuốc theo đơn, người bệnh vẫn có thể mua thuốc kháng sinh và nhiều loại thuốc khác trực tiếp từ các nhà thuốc và các quầy thuốc bán lẻ. Tự điều trị là tình trạng khá phổ biến, mặc dù tự chẩn đoán thường rất thiếu chính xác. Theo một nghiên cứu cộng đồng năm 2007, 78% kháng sinh được mua tại các nhà thuốc tư nhân mà không cần đơn. Mua thuốc trực tiếp là hình thức tiết kiệm cả về kinh phí và thời gian so với việc đi khám bác sĩ.

Thiếu kiến thức về sử dụng kháng sinh hợp lý: Theo báo cáo của nghiên cứu thực hiện năm 2007 nhằm đánh giá kiến thức về sử dụng kháng sinh ở khu vực nông thôn Việt Nam cho thấy, mặc dù đã có các tài liệu hướng dẫn, kiến thức về sử dụng kháng sinh vẫn còn rất hạn chế và các cán bộ cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe thường cung cấp kháng sinh một cách không cần thiết cho các trường hợp cảm cúm thông thường. Khi kháng sinh được sử dụng, loại, liều dùng, thời gian điều trị thường không tuân thủ theo hướng dẫn.

Tại Bệnh viện

Công tác kiểm soát nhiễm khuẩn còn yếu và tình trạng quá tải: Kiểm soát nhiễm khuẩn tốt là công việc cần thiết nhằm ngăn chặn sự lây lan của vi khuẩn kháng thuốc. Các bệnh viện luôn trong tình trạng quá tải, tình trạng người bệnh phải nằm ghép giường thường xuyên xảy ra. Hơn nữa, việc quản lý rác thải cũng còn nhiều hạn chế.

Thiếu các dịch vụ về vi sinh: Hầu hết các bệnh viện không có phòng xét nghiệm vi sinh. Ngay cả với các phòng xét nghiệm hiện có, cũng không có yêu cầu về việc đánh giá chất lượng. Hơn nữa, thiếu đội ngũ các nhà vi sinh lâm sàng có trình độ nhằm cải thiện chất lượng phòng xét nghiệm. Do đó, các dữ liệu về kháng kháng sinh cũng không thể xem là chính xác đối với Việt Nam.

Thiếu Hội đồng Thuốc và Điều trị hoạt động có hiệu quả: Năm 1997, Bộ Y tế yêu cầu tất cả các bệnh viện thành lập Hội đồng Thuốc và Điều trị nhằm thực hiện các hướng dẫn liên quan đến việc sử dụng thuốc, đưa ra các lời khuyên về liệu pháp kháng sinh hợp lý, xây dựng danh mục thuốc chủ yếu sử dụng trong bệnh viện, thông báo cho các cán bộ y tế địa phương về sử dụng thuốc hợp lý và tổ chức giám sát, báo cáo về kháng thuốc kháng sinh. Hiện nay, hầu hết các bệnh viện tuyến trung ương đều đã có hội đồng này, tuy nhiên ở một số bệnh viện tuyến cơ sở thì vẫn còn thiếu và yếu. Đối với một số bệnh viện tuyến quận/huyện, thành phần hội đồng thường thiếu dược sỹ hoặc chuyên gia vi sinh và nguồn lực cho hội đồng hoạt động.

Trong nông nghiệp

Kháng sinh được sử dụng rộng rãi trong chăn nuôi và nuôi trồng thủy sản với mục đích kích thích tăng trưởng, phòng bệnh và điều trị. Chăn nuôi lợn và gia cầm thường được bổ sung kháng sinh như tetracycline và tylosin. Trong nuôi trồng thủy sản, tôm, cua và cá thường có nồng độ dư lượng kháng sinh nhóm quinolones và sulfonamides gấp vài lần so với các quốc gia khác. Dư lượng kháng sinh cũng thường được phát hiện trong mẫu đất và nước ương con giống, mặc dù hầu hết các trường hợp phát hiện dư lượng của các kháng sinh được phép sử dụng và cũng nằm trong giới hạn cho phép.

Tuy nhiên, vẫn có nhiều trường hợp dư lượng kháng sinh vượt quá giới hạn. Một nghiên cứu giám sát đã cho thấy, thực phẩm, bao gồm thịt và cá, phát hiện nhiễm *Salmonella* đa kháng kháng sinh. *Campylobacter* phân lập từ gà thịt cũng có mức kháng cao: 90% kháng với nalidixic acid, 89% với tetracycline và 82% với ciprofloxacin.

Nghiên cứu của GARP-Việt Nam

Một trong những mục tiêu của GARP-Việt Nam là nhằm bù đắp các thiếu hụt về thông tin. Sau đây là một số nghiên cứu mà nhóm nghiên cứu quốc gia GARP-VN hiện đang triển khai:

1. *Xây dựng một mạng lưới về sử dụng kháng sinh và kháng kháng sinh:* thiết lập các kênh chia sẻ thông tin giữa một số bệnh viện hàng đầu đồng thời hợp tác với Cục Quản lý khám chữa bệnh nhằm xây dựng và công bố các báo cáo định kỳ về sử dụng kháng sinh và kháng kháng sinh.

2. *Nghiên cứu đánh giá gánh nặng của tình trạng kháng kháng sinh*: bằng chứng thuyết phục nhất đối với các nhà hoạch định chính sách là chỉ ra được các tổn thất do kháng kháng sinh gây ra và việc quản lý kháng sinh có thể đem lại hiệu quả kinh tế đồng thời cứu được mạng sống người bệnh. Nghiên cứu sẽ tiến hành đánh giá mức độ kháng hiện tại của một số vi khuẩn thường gặp phân lập từ bệnh phẩm máu và dịch não tủy. Đánh giá gánh nặng của tình trạng kháng thuốc do các căn nguyên này gây ra trên cơ sở so sánh chi phí điều trị bằng kháng sinh cho các trường hợp kháng thuốc và chi phí điều trị kháng sinh “mức tiêu chuẩn” cho các trường hợp chưa kháng thuốc.

3. *Đánh giá cấu trúc các nhân tố tác động về kinh tế*: đối với việc bán kháng sinh trong cộng đồng tại các cơ sở bán lẻ dược phẩm bằng bộ câu hỏi và trực tiếp quan sát việc bán thuốc tại 15 nhà thuốc ở khu vực nội thành và 15 nhà thuốc tại khu vực ngoại thành Hà Nội. Đánh giá tỉ trọng lợi nhuận do thuốc kháng sinh đem lại.

CÁC CƠ HỘI NHẪM KIỂM SOÁT KHÁNG KHÁNG SINH

Lựa chọn chính sách	Hành động
Tăng cường công tác quản lý nhà nước về kháng kháng sinh	Xây dựng Kế hoạch Hành động Quốc gia về Kháng Kháng sinh.
Thuốc kháng sinh là thuốc kê đơn	Hiệu lực hóa các qui chế và qui định hiện hành.
Các bệnh viện cần có Hội đồng Thuốc và Điều trị hoạt động có hiệu quả (D&TCs)	Đáp ứng yêu cầu của Hội đồng, xác định chứa năng và tiêu chuẩn của Hội đồng, xây dựng và thẩm tra cơ chế hoạt động. Cung cấp cho Hội đồng các công cụ/hướng dẫn làm thế nào để xây dựng Hướng dẫn Quản lý Kháng sinh tốt cho các bệnh viện. Đồng thời báo cáo cho hội đồng các số liệu cập nhật và đáng tin cậy về tình hình kháng kháng sinh.
Các bệnh viện cần có hội đồng chống nhiễm khuẩn	Cung cấp kinh phí hoạt động cho các hoạt động của hội đồng và nâng cấp cơ sở hạ tầng. Xây dựng các chỉ số chuẩn nhằm giám sát tiến độ như: tỉ lệ nhiễm khuẩn bệnh viện theo từng khoa và sự tuân thủ vệ sinh bàn tay.
Chương trình giám sát kháng kháng sinh quốc gia	Chuẩn hoá dữ liệu bằng cách áp dụng trên toàn quốc các tài liệu hướng dẫn xét nghiệm bao gồm cả kiểm soát chất lượng. Cung cấp kinh phí cho thử nghiệm mức độ kháng kháng sinh, kiểm soát chất lượng, tập huấn và báo cáo. Xây dựng các báo cáo hàng năm về tình hình sử dụng kháng sinh và thực trạng kháng kháng sinh.
Chương trình giám sát về sử dụng kháng sinh tại các bệnh viện	Chuẩn hoá các chỉ số về mức độ sử dụng kháng sinh theo đơn vị quốc tế, ví dụ như liều chỉ định hàng ngày (DDD) trên 100 giường-ngày. Xây dựng các báo cáo hàng năm về sử dụng kháng sinh và kháng kháng sinh trong cùng một bản báo cáo.
Chương trình giảng dạy trong các trường y, dược	Tăng thời lượng chương trình giảng dạy về sử dụng kháng sinh và kháng kháng sinh.
Hướng dẫn điều trị	Đảm bảo tính chính xác và cập nhật của các tài liệu hướng

	điều trị đối với các bệnh nhiễm khuẩn.
Trung tâm cảnh giác Dược	Thu hút sự tham gia của trung tâm cảnh giác Dược vào việc kiểm soát tình trạng kê đơn kháng sinh bất hợp lý.
Chiến lược giáo dục truyền thông cộng đồng	Tăng cường nhận thức và giáo dục cho cộng đồng về sử dụng kháng sinh hợp lý và không hợp lý bằng các chiến dịch liên kết.
Các chương trình tiêm chủng Quốc gia	Đảm bảo tỉ lệ tiêm chủng cao cho các bệnh truyền nhiễm cần điều trị bằng kháng sinh.
Chương trình nâng cao năng lực phòng xét nghiệm vi sinh lâm sàng	Đảm bảo chất lượng các xét nghiệm vi sinh lâm sàng, Xem xét việc xây dựng một trung tâm chuẩn quốc gia về xét nghiệm chẩn đoán vi sinh lâm sàng. Xây dựng mạng lưới nhằm chia sẻ thông tin (dữ liệu, hướng dẫn, ý kiến của các chuyên gia).
Nông nghiệp	Hiệu lực hoá qui chế, qui định hiện hành Xây dựng chương trình giám sát toàn quốc về sử dụng kháng sinh và kháng kháng sinh trên động vật Xây dựng báo cáo hàng năm về tình hình sử dụng kháng sinh và mức độ kháng kháng sinh trên động vật Qui định về thời gian dừng sử dụng thuốc kháng sinh trước khi thu hoạch sản phẩm từ động vật.

Việt Nam có rất nhiều con đường nhằm kiểm soát và đảo chiều tình trạng kháng kháng sinh. Các cơ hội sẽ được phân tích đầy đủ trong báo cáo cuối cùng của GARP-VN, dự kiến hoàn thành vào đầu năm 2011. Một số các lựa chọn chính sách được liệt kê dưới đây. Về lý thuyết, tất cả các lựa chọn này đều có thể khả thi, tuy nhiên một số có triển vọng hơn so với các lựa chọn còn lại. Nhóm nghiên cứu quốc tế sẽ phân tích đánh giá từng lựa chọn bằng cách ước lượng về chi phí, nguồn lực, và các điều kiện thuận lợi về mặt kỹ thuật, khung thời gian thực hiện, và quan trọng hơn cả là tác động mà lựa chọn đó đem lại (ở các mức độ thành công khác nhau) trong bối cảnh cụ thể của Việt Nam. Danh sách được lựa chọn sẽ được đề xuất cho các lựa chọn chính sách có triển vọng nhằm xây dựng hành động.

Bản báo cáo đầu tiên này về phân tích thực trạng kháng kháng sinh ở Việt Nam nhằm chuyển tải vấn đề quan trọng này đến tất cả các đối tác có liên quan, bao gồm chính phủ, dược sỹ, bác sỹ, các cơ sở khám chữa bệnh, ngành dược, và người bệnh. Tất cả chúng ta đều có trách nhiệm phối hợp hành động nhằm duy trì hiệu lực của kháng sinh đồng thời đảm bảo khả năng tiếp cận với các thuốc cứu chữa bệnh ở bất cứ đâu và bất cứ khi nào người bệnh cần.

Thay mặt Nhóm nghiên cứu Quốc gia,

TS. Nguyễn Văn Kính. Chủ tịch

Giám đốc Bệnh viện Bệnh Nhiệt đới Trung ương

Hà Nội, Việt Nam

I. Các chỉ số cơ bản về kinh tế và y tế

1.1. Giới thiệu

Phần I phân tích khái quát về hệ thống chăm sóc sức khỏe của Việt Nam, từ đó phân tích, đánh giá thực trạng kháng kháng sinh trong sự chi phối của bối cảnh tổng thể. Đồng thời, cũng đề cập đến các vấn đề cơ bản của các chính sách quốc gia về y tế, cơ cấu tổ chức hoạt động của hệ thống chăm sóc sức khỏe, cơ hội tiếp cận với các dịch vụ chăm sóc sức khỏe và thuốc chữa bệnh. Các chỉ số về địa lý, y tế cũng như tỉ lệ mắc và tử vong do nguyên nhân các bệnh nhiễm khuẩn cũng được trình bày sơ lược trong phần này.

1.1.1. Sơ lược về địa lý, dân số

Nằm trên bán đảo Đông dương, Việt Nam có biên giới giáp Trung Quốc, Lào và Campuchia, với diện tích khoảng 331.000 km².

Với hơn 88 triệu dân, Việt Nam là nước đứng thứ 13 về dân số trên thế giới, với mật độ dân số xấp xỉ 265 người/km². Dân số tương đối trẻ so với các nước phát triển với tuổi trung bình là 27 tuổi trong khi các nước Châu Âu là 39-41 tuổi. Tốc độ tăng dân số giảm trong vòng 20 năm qua với tỉ lệ trung bình 1,98 trẻ/mẹ (Bảng 1). Xấp xỉ 28% dân số sống tại thành thị với tốc độ đô thị hoá khoảng 3,1% mỗi năm.

Hình 1. Việt Nam



Nguồn: Đơn vị nghiên cứu lâm sàng ĐH Oxford sử dụng phần mềm ArcGIS

Trẻ em Việt Nam được tiếp cận tốt với giáo dục, tỉ lệ biết chữ đạt 90%. Tính đến cuối năm 2005, 81% các hộ gia đình có điện. Mục tiêu của chính phủ là đến năm 2010, 95% hộ gia đình được sử dụng điện¹. Năm 2010, chính phủ hy vọng 85% dân số được sử dụng nước sạch. Tuy nhiên, quá trình triển khai còn khá chậm và không thể đạt mục tiêu 70% năm 2010².

1.1.2. Tình hình phát triển kinh tế và tỉ lệ nghèo

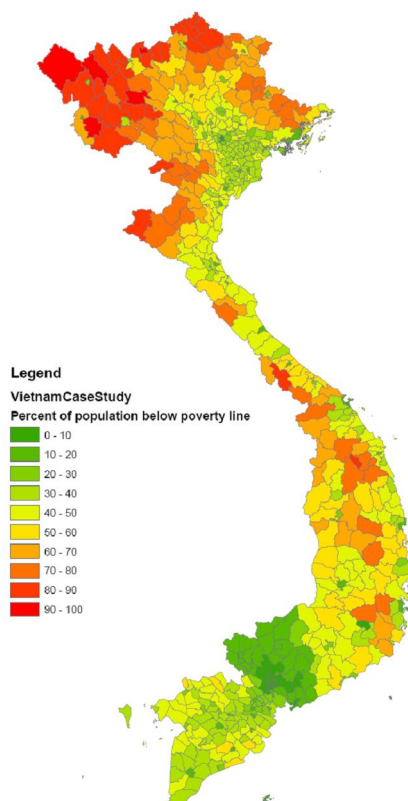
Trong thập kỷ qua, Việt Nam là một trong những nước trên thế giới có sự phát triển đáng kể về kinh tế. Tổng sản phẩm quốc nội GDP bình quân đạt 7,3% mỗi năm trong giai đoạn 1995-2005 và thu nhập bình quân đầu người tăng 6,2% mỗi năm. Việt Nam đã nhanh chóng hồi phục về kinh tế sau tác động bất lợi của 2 đại dịch SARS và cúm gia cầm. Thu nhập bình quân đầu người/năm tăng từ 260 USD trong năm 1995 và đạt mức 835 USD vào năm 2007. Dự tính, đến năm 2010, thu nhập bình quân đầu người/năm đạt 1000 USD và do đó Việt Nam sẽ trở thành nước có mức thu nhập trung bình trên thế giới³.

Việt Nam đang trong quá trình công nghiệp hóa. Giữa giai đoạn 1995-2005, tỉ lệ đóng góp của ngành nông nghiệp vào tổng sản phẩm quốc nội giảm từ 27% xuống còn 21%, trong khi đó, công nghiệp tăng từ 29% lên 41%. Năm 2007, Việt Nam đã chính thức trở thành thành viên của Tổ chức Thương mại Thế giới.

Việt Nam cũng thành công trong chiến dịch xoá đói giảm nghèo. Tỉ lệ hộ nghèo giảm từ 58,1% năm 1993 xuống 22% năm 2007. Tốc độ tăng trưởng kinh tế cao và tốc độ xoá đói giảm nghèo nhanh dẫn đến sự phân cấp trong xã hội. Tỉ lệ các hộ đói nghèo cao nhất ở các vùng

trung du và miền núi phía Bắc và thấp nhất ở Đông nam và các khu đô thị lớn. Tuy nhiên, phân tích về mật độ các hộ nghèo đã chỉ ra rằng, hầu hết dân nghèo không sống ở các khu vực nghèo nhất mà chủ yếu tập trung ở 2 khu vực châu thổ, nơi mà tỉ lệ hộ nghèo ở mức trung bình (Hình 2).

Hình 2. Tình hình phân bố các hộ nghèo ở Việt Nam⁴



Nguồn: Bản đồ đói nghèo và an toàn thực phẩm⁴

Việt Nam đã triển khai lộ trình phát triển một số mục tiêu phát triển thiên niên kỷ (MDGs). 5 trong số 10 mục tiêu MDGs được đề ra cho giai

đoạn đến năm 2015 đã được hoàn thành trong đó kể cả mục tiêu xoá đói giảm nghèo.

1.1.3. Các chỉ số cơ bản về y tế

Tuổi thọ trung bình của Việt Nam khá cao so với các quốc gia đang phát triển, bình quân xấp xỉ 69 tuổi đối với nam và 74 tuổi ở nữ. Tuổi thọ này tương tự ở Brazil và Hy Lạp. Xu hướng bệnh tật và tử vong giảm đối với các nhóm dân số đặc biệt như phụ nữ và trẻ em. Tỷ lệ tử vong ở trẻ giảm từ 53 trên 1000 trẻ đẻ sống năm 1990 xuống còn 22 trong năm 2008⁵. Tỷ lệ mẹ tử vong tương đối thấp với khoảng 150 trên 100.000 trẻ đẻ sống năm 2005, so sánh với một số nước trong khu vực như Campuchia, tỉ lệ này lên tới 540/100.000⁶.

Các chỉ số khác về sức khoẻ ở trẻ cần đề cập gồm có chỉ số về tiêm chủng và dinh dưỡng. Chính phủ Việt Nam tài trợ 88% cho chương trình tiêm chủng mở rộng với các vắc xin trong chương trình. Kết quả là, 90% trẻ được tiêm chủng các vắc xin trong chương trình tiêm chủng mở rộng bao gồm, lao, bạch hầu, ho gà, uốn ván, vắc xin viêm gan B, bại liệt và sởi. Vắc xin *Haemophilus influenzae* B chính thức được triển khai và đưa vào chương trình tiêm chủng mở rộng kể từ năm 2009. Tuy nhiên tỉ lệ tiêm chủng còn thấp ở vùng sâu, vùng xa⁷. Đến nay, vắc xin phòng bệnh do phế cầu vẫn chưa được

đưa vào chương trình tiêm chủng mở rộng mà vẫn đang là sản phẩm thương mại tại Việt Nam.

Dinh dưỡng là một chỉ tiêu sức khỏe quan trọng khác. Một trong các nội dung trọng điểm của MDGs là xoá đói đến nửa đầu năm 2015, chương trình này đã vượt mức chỉ tiêu trước năm 2006. Tương tự như các chỉ tiêu khác, dinh dưỡng vẫn còn là vấn đề khá phổ biến ở vùng sâu, vùng xa và các vùng dân tộc thiểu số nơi mà tỉ lệ các hộ nghèo còn cao và các điều kiện về kinh tế còn rất thiếu thốn. Chính phủ cần quan tâm hơn nữa về công cuộc cải thiện điều kiện sống và tình hình y tế ở vùng sâu, vùng xa.

Bảng 1: Những chỉ số phát triển cơ bản và các chỉ số y tế của Việt Nam

Chỉ số	Năm	Số lượng
Dân số (triệu)	2009	88,6
Tốc độ tăng dân số (%)	2009	1,14
Tốc độ đô thị hoá (%)	2000-2008	3
Tuổi thọ (Nam/Nữ)	2008	69/74
Bình quân GDP (USD)	2008	2.600
Tỉ suất chết sơ sinh (trên 1.000 trẻ đẻ sống)	2008	22,3
Tỉ suất chết mẹ (trên 100.000 trẻ đẻ sống)	2005	150
Tỷ lệ nghèo (% < 1,25\$/ng)	2007	22
Sử dụng nước sạch (%)	2006	92
Điều kiện vệ sinh (%)	2006	65
Tỉ lệ biết chữ ở người lớn (%)	2003-2008	90

Nguồn: Ngân hàng thế giới. CIA Sự kiện thế giới. UNICEF Việt Nam^{6, 8, 9}

1.2. Cấu trúc của hệ thống chăm sóc sức khỏe

1.2.1. Giới thiệu

25 năm trước, hệ thống chăm sóc sức khỏe Việt Nam chỉ được hỗ trợ bởi chính phủ và các cơ sở công lập là đơn vị duy nhất cung cấp các dịch vụ y tế. Vào thời điểm đó, thuốc men rất khan hiếm. Nhằm tạo thêm nhiều cơ hội tiếp cận các dịch vụ chăm sóc sức khỏe, kể từ sau 1986, chính phủ thi hành một số biện pháp như: người bệnh đóng viện phí tại các bệnh viện công, áp dụng mô hình bảo hiểm y tế, hợp pháp hoá ngành công nghiệp dược, bãi bỏ qui định về kinh doanh nhỏ lẻ đối với dược phẩm¹⁰. Điều đó đã góp phần chuyển đổi hệ thống chăm sóc sức khỏe của Việt Nam thành một hệ thống

phối hợp giữa các đơn vị công lập và tư nhân, trong đó hầu hết các loại thuốc đều sẵn có trên thị trường với mức giá tương đối thấp.

1.2.2. Tổ chức và phân bổ các dịch vụ y tế

Hệ thống chăm sóc sức khỏe công lập được chia thành bốn cấp độ từ trung ương đến xã (Xem hình 3). Mỗi cấp độ lại bao gồm một số đơn vị nhỏ chịu trách nhiệm về các lĩnh vực khác nhau trong hệ thống chăm sóc sức khỏe bao gồm: điều trị, phòng bệnh, đào tạo, nghiên cứu và phân phối thuốc.

Hình 3. Hệ thống chăm sóc sức khỏe¹¹

Tuyến	Bộ Y tế	Bộ ngành khác	Cơ sở tư nhân
Trung ương	Bệnh viện tuyến trung ương Các viện vệ sinh dịch tễ Trường Y Trường Dược Cơ sở khám chữa bệnh Doanh nghiệp Dược	BV quân đội BV Bộ công an BV Bộ nông nghiệp BV Bưu điện BV Giao thông-Vận tải	
Tỉnh	Bệnh viện tuyến tỉnh Trường cao đẳng Y Trung tâm vệ sinh phòng dịch		Phòng khám tư Nhà thuốc tư Bệnh viện tư
Quận/ Huyện	Bệnh viện tuyến quận/huyện Trạm vệ sinh phòng dịch		
Xã	Trạm y tế xã Bệnh xá (khu vực)		

Formatted: Font: (Default) Arial, 8.5 pt

Nguồn: Thuận, N.T., Lofgren, C., Lindholm, L. &Chúc, N.T.K. Choice of healthcare provider folloing reform in Vietnam. BMC Health Serv Res 8, 162 (2008).

Cơ sở vật chất

Mặc dù với sự phát triển nhanh chóng của các loại hình chăm sóc sức khoẻ tư nhân, các đơn vị công lập vẫn giữ vai trò quan trọng trong y tế dự phòng, nghiên cứu và đào tạo. Trong tổng số 961 bệnh viện trên toàn quốc, Việt Nam có 41 bệnh viện cấp trung ương, còn lại là các bệnh viện tuyến tỉnh, huyện. Hầu hết các bệnh viện trung ương đều nằm trên địa bàn thủ đô Hà Nội. Tuyến dưới, có 609 bệnh viện tuyến huyện và 10.866 trạm y tế xã¹². Các trạm y tế xã và phòng khám đa khoa khu vực là cơ sở khám chữa bệnh ban đầu và cũng là địa chỉ đầu tiên người bệnh tiếp cận với cơ sở khám chữa bệnh công lập, trừ trường hợp cấp cứu. Các đơn vị này cung cấp các dịch vụ phòng và chữa bệnh cũng như chuyển người bệnh lên tuyến trên trong trường hợp điều kiện cơ sở tuyến dưới không đáp ứng được yêu cầu chẩn đoán và điều trị. Các trạm y tế xã/phường chịu sự quản lý của trung tâm y tế huyện/quận.

Theo thống kê của Bộ Y tế, năm 2008, công suất sử dụng giường bệnh tại các bệnh viện công lập là 128,52% đối với bệnh viện tuyến trung ương và 126,66% đối với các bệnh viện tuyến tỉnh¹². Tỷ lệ này có thể lên đến trên 200% ở một số bệnh viện lớn tuyến trung ương, nhất là trong thời điểm bùng nổ dịch bệnh. Điển hình như, bệnh viện Nhi Đồng I, thành phố Hồ Chí Minh, tỷ lệ này có khi lên tới 285%¹³. Quá

tải công việc là tình trạng khá phổ biến đối với các cán bộ y tế đặc biệt là một số bệnh viện công lập do người bệnh không khám bệnh ở y tế cơ sở. Nghiên cứu cắt ngang, thực hiện tại phòng khám ngoại trú tại 6 bệnh viện ở thành phố Hồ Chí Minh (TPHCM) trên 2.587 phiếu điều tra từ 2001 đến 2006. Kết quả cho thấy, bệnh nhân đến khám ngoại trú tại các bệnh viện chuyên khoa ngày càng tăng và lý do đến khám đa số là những bệnh thông thường (44,0%-85,1%) trong khi đó tuyến y tế cơ sở có thể điều trị được (67,7%). Bệnh nhân đến bệnh viện đa số là vượt tuyến hoặc tự đến (85,5%) dẫn đến tình trạng quá tải bệnh nhân ở các phòng khám ngoại trú tại các bệnh viện tuyến trên, vượt công suất sử dụng giường (107,8%-130,0%) và vượt chỉ tiêu khám chữa bệnh ngoại trú (114,4%-145,0%). Mỗi ngày một bác sỹ có thể khám từ 50-100 bệnh nhân, dẫn đến việc giảm chất lượng của công tác khám chữa bệnh¹⁴.

Ngoài ra, điều kiện xét nghiệm chẩn đoán tại các cơ sở khám chữa bệnh tuyến dưới còn rất hạn chế, hoặc nếu có, người bệnh phải tự chi trả cho chi phí của các xét nghiệm chẩn đoán. Bệnh viện đa khoa có xu hướng đầu tư cho các xét nghiệm chẩn đoán đem lại lợi nhuận cao, các xét nghiệm chẩn đoán bệnh nhiễm khuẩn một mặt đòi hỏi đầu tư trang thiết bị đắt tiền cũng như yêu cầu đối với cơ sở hạ tầng, mặt khác lợi nhuận thu được lại không

cao, do đó thường ít được quan tâm đầu tư so với các xét nghiệm chẩn đoán khác. Sức ép về mặt thời gian và phương tiện chẩn đoán là một trong những lý do dẫn đến việc kê đơn kháng sinh một cách thường xuyên.

Từ khi chuyển đổi sang cơ chế thị trường, gần 80 bệnh viện tư, 30.000 phòng khám tư và 21.600 cơ sở kinh doanh, phân phối được phẩm tư nhân được hình thành. Theo thống kê từ các báo cáo về Cục Quản lý Khám chữa bệnh - Bộ Y tế của 731 bệnh viện năm 2007, công suất sử dụng giường bệnh tại các bệnh viện tư nhân là 67,8% năm 2006 và 74,7% năm 2007. Người bệnh điều trị nội trú tại các bệnh viện tư chiếm tỉ lệ tương đối nhỏ trong tổng số người bệnh điều trị nội trú tại các bệnh viện công lập (chỉ chiếm 1,9% năm 2006 và 2,2% năm 2007)¹⁵.

Nhân lực

Tình trạng thiếu hụt nhân lực trong ngành y tế là khá phổ biến với tỉ lệ khá thấp từ y tá đến bác sĩ, thiếu các chuyên gia và những nhà quản lý có trình độ, tình trạng thiếu hụt này đặc biệt trầm trọng ở vùng sâu và vùng xa (Xem bảng 2)¹⁶. Điển hình như, khu vực châu thổ sông Mekong, tỉ lệ nhân viên y tế có trình độ đại học (bác sĩ-dược sĩ) là 4,3 bác sĩ/10.000 dân và 0,2 dược sĩ/ 10.000 dân¹⁷. Ngược lại, ở các thành phố lớn, con số này cao hơn rõ rệt với 9 bác sĩ/10.000 dân¹⁸. Theo thống kê của

Bộ Y tế năm 2009, Việt Nam mới đạt tỉ lệ 1,5 dược sĩ/10.000 dân. 52% số dược sĩ tốt nghiệp đại học chủ yếu tập trung ở hai thành phố lớn là Hà Nội và thành phố Hồ Chí Minh dẫn đến càng trầm trọng hơn tình trạng thiếu nhân lực dược tuyến cơ sở và vùng sâu, vùng xa¹⁹.

Bảng 2: Nhân lực ngành y từ năm 2005-2008¹⁶

Phân loại	2005	2008
Cán bộ ngành Y		
Bác sĩ (kể cả TS. ThS)	48.215	56.208
Y sĩ	48.059	49.213
Y tá (ĐH. TH. SH)	49.536	67.081
Nữ hộ sinh (ĐH. TH. SH)	17.610	22.943
KTV Y	8.771	11.586
Lương y	293	882
Số bác sĩ cho 10.000 dân	5,88	6,52
Cán bộ ngành Dược		
Dược sĩ (kể cả TS. ThS)	6.360	10.524
Dược sĩ TH và KTV Dược	10.424	15.748
Dược tá	8.298	9.726
Số dược sĩ cho 10.000 dân	0,78	1,22

Nguồn: Thống kê Y tế 2008 (Bộ Y tế)

Tài chính

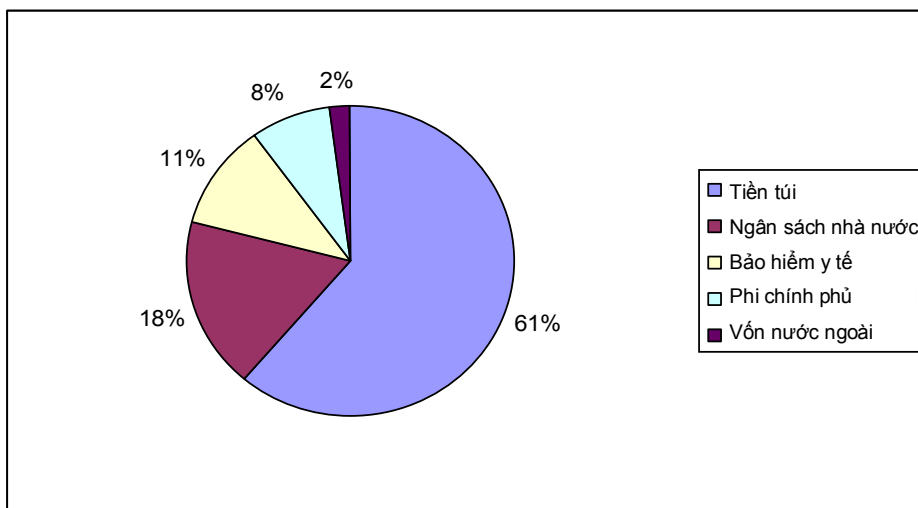
Do có sự chuyển đổi trong nền kinh tế thị trường, hệ thống tài chính y tế cũng có thêm nhiều nguồn lực mới. Hậu quả của những hạn chế về mặt tài chính và nhu cầu cải thiện việc tiếp cận các dịch vụ chăm sóc sức khỏe. Chính phủ đã quyết định thi hành một số biện pháp bao gồm: thu viện phí tại các bệnh viện công

lập, mô hình bảo hiểm y tế, hợp pháp hoá công nghiệp dược và xoá bỏ các qui định đối với kinh doanh dược phẩm nhỏ lẻ¹⁰. Những thay đổi này có thể đem lại những cải thiện đáng kể về chất lượng và sự tiếp cận các dịch vụ y tế tại Việt Nam. Tuy nhiên, đồng thời cũng dẫn đến việc tăng chi phí của người bệnh, họ phải tự chi trả cho các dịch vụ chăm sóc sức khoẻ và chiếm tỉ lệ khá cao trong tổng chi phí về y tế.

Về tổng số, chi phí cho y tế ở Việt Nam, đã tăng và đạt mức xấp xỉ 5-6% tổng sản phẩm quốc nội¹⁵. Con số này tương đối cao so với một số nước trong khu vực như Trung Quốc (4,7%),

và Thái Lan (3,5%)²⁰. Tuy nhiên, chi phí từ các nguồn công lập chỉ chiếm 31% trong tổng số chi phí cho y tế năm 2006 (Hình 4), mức chi phí này tương đối thấp so với các nước có mức thu nhập thấp và trung bình khác, với tỉ lệ xấp xỉ 45%¹⁵. 69% của tổng chi phí y tế được chi trả bởi các nguồn tư nhân, trong đó, 61% là chi phí từ tiền túi bệnh nhân và 8% được hỗ trợ bởi các tổ chức phi chính phủ (Xem hình 4)²¹. Chi phí từ tiền túi cá nhân như vậy là khá cao so với các nước đang phát triển trong khu vực, như Trung Quốc (38,8%) và Malaysia (44,8%)¹⁵.

Hình 4: Cơ cấu chi phí y tế 2006¹⁵.



Nguồn: Bộ Y tế. Tài khoản Y tế quốc gia 2000-2006 (Hà Nội. 2008)

Bảo hiểm y tế

Ngân sách nhà nước cũng được dùng để chi trả chi phí của bảo hiểm y tế đối với các nhóm đối tượng đặc biệt, ví dụ như các đối

tượng người nghèo và người đã nghỉ hưu. Các dịch vụ y tế được miễn phí cho các đối tượng trẻ em dưới 6 tuổi đã được áp dụng kể từ năm 2005. Trong cấu trúc các nguồn chi trả của phí bảo hiểm đối với nhóm bảo hiểm y tế bắt buộc và bảo hiểm y tế tự nguyện cho thấy, nhà nước chi trả phần lớn nhất cho bảo hiểm y tế, chiếm 64,5% trong tổng số ngân sách của bảo hiểm y tế. Cuối năm 2007, xấp xỉ 42% dân số có bảo hiểm y tế (Xem bảng 4). Bảo hiểm y tế là bắt buộc đối với người lao động. Mức đóng bảo hiểm y tế bắt buộc được qui định trị giá 3% mức lương cơ bản, trong đó, 1% được trả bởi người lao động và 2% từ người sử dụng lao động¹⁵. Đối với những người không có thu nhập từ lương, việc đóng bảo hiểm y tế là tự nguyện và mức phí tương đương 3% của mức lương tối thiểu. Bảo hiểm y tế yêu cầu người bệnh đồng chi trả 20% chi phí (trừ trường hợp mức chi

dưới 100.000 VND đối với bệnh nhân ngoại trú và dưới 200.000 VND đối với bệnh nhân nội trú)²². Đối với các dịch vụ kỹ thuật cao, mức chi trả người bệnh được thanh toán từ bảo hiểm không vượt quá 20.000.000 VND¹⁵. Hiện nay, đã có một số bệnh viện tư nhân đăng ký khám bảo hiểm y tế. Chính phủ chi trả 64,5% tổng ngân sách của bảo hiểm y tế¹⁵.

Để được hoàn trả các chi phí cho các dịch vụ chăm sóc sức khoẻ, bệnh nhân phải đến khám bệnh tại cơ sở y tế nơi họ đăng ký khám dịch vụ bảo hiểm y tế. Trong trường hợp người bệnh chuyển viện, cần phải có giấy chuyển viện để được hoàn trả một phần viện phí trong phạm vi từ 30% đến 70% tùy thuộc vào cấp độ bệnh viện. Người bệnh sẽ không được hoàn trả chi phí chăm sóc sức khoẻ từ bảo hiểm y tế nếu người bệnh chuyển viện mà không có giấy phép từ cơ sở y tế tuyến dưới²².

Bảng 3. Số người tham gia bảo hiểm y tế trên toàn quốc, 2005-2007¹⁵

		2005		2007	
		Thành viên	%	Thành viên	%
Bắt buộc	Không nghèo	9.154.308	39,8	11.606.569	31,8
	Nghèo	4.726.324	20,5	15.498.284	42,5
Tự nguyện		9.133.134	39,7	9.379.349	25,7
Tổng số		23.013.766	100	36.484.742	100

1.2.3. Tiếp cận dịch vụ chăm sóc sức khoẻ và thuốc

Việt Nam có một hệ thống trạm y tế rộng khắp cả nước với ít nhất ba nhân viên y tế ở

mỗi cơ sở. Ở các khu vực thuộc vùng sâu, vùng xa, số lượng trạm y tế được phép cao hơn các khu vực khác về mặt mật độ nhằm tiết kiệm thời gian di chuyển vì những vùng này điều kiện cơ sở hạ tầng và phương tiện đi lại còn rất

khó khăn. Hơn nữa, đối tượng người nghèo và đối tượng khám bảo hiểm y tế là hai đối tượng sử dụng loại hình trạm y tế nhiều hơn so với người có điều kiện về kinh tế. Các hộ gia đình có điều kiện tốt hơn về kinh tế sử dụng các dịch vụ chăm sóc sức khỏe nhiều hơn so với các hộ nghèo và do đó mức đóng góp của họ trong tổng chi trả từ tiền túi cũng lớn hơn. Ví dụ như, các hộ có điều kiện về kinh tế dễ dàng tiếp cận với bệnh viện lớn cấp trung ương²³.

Các dịch vụ chăm sóc sức khỏe ngày càng phong phú, do đó việc tìm kiếm và tiếp cận các dịch vụ y tế cũng đã thay đổi rõ rệt: Nhiều cơ sở khám chữa bệnh tư nhân cung cấp cho người bệnh khả năng tiếp cận dịch vụ y tế cũng như chất lượng dịch vụ tốt hơn rất nhiều so với một số cơ sở khám chữa bệnh công lập. Tuy nhiên nhiều người bệnh tự điều trị hoặc tìm đến các hiệu thuốc tư nhân. Tự điều trị là biện pháp rẻ tiền và tiết kiệm thời gian hơn nhiều so với việc đi khám bệnh tại các cơ sở y tế. Một nghiên cứu chỉ ra rằng, chi phí trung bình của hộ gia đình cho một đợt điều trị là 19.616 đ, đối với loại hình chăm sóc sức khỏe tư nhân là 35.206 đ, và với loại hình dịch vụ công lập là 95.795 đ. Điều này giải thích tại sao người bệnh thường có xu hướng lựa chọn phương thức tự điều trị, kết quả là dẫn đến tình trạng sử dụng thuốc không hợp lý ngày càng phổ biến. Theo qui định của qui chế kê đơn và bán thuốc theo đơn, tất cả các kháng sinh đều phải bán theo

đơn nhưng thực tế thì hầu hết các loại kháng sinh đều mua được tại các cửa hàng thuốc mà không cần đơn. Mặc dù các loại thuốc kháng sinh bị cấm bán khi không có đơn thuốc, thực trạng về việc bán thuốc kháng sinh không đơn đã chỉ rõ sự không tuân thủ các qui định được đề ra¹⁰.

1.3. Chống nhiễm khuẩn

Mới đây, Bộ Y tế đã tiến hành việc sửa đổi, bổ sung qui chế đã được ban hành năm 1997 về việc chống nhiễm khuẩn với hỗ trợ về mặt kỹ thuật từ Tổ chức Y tế thế giới. Thông tư “Hướng dẫn triển khai công tác chống nhiễm khuẩn tại các cơ sở khám chữa bệnh” đã được Bộ Y tế thông qua, và có hiệu lực từ tháng 12 năm 2009²⁴. Thông tư này là một nỗ lực của Bộ Y tế nhằm cải thiện khả năng của quốc gia trong công tác chống nhiễm khuẩn và do đó tăng cường công tác bảo vệ an toàn cho người bệnh cũng như cán bộ y tế và người nhà bệnh nhân. Các hướng dẫn này được áp dụng ở cả cơ sở công lập và tư nhân trong đó bao gồm rất nhiều mặt của công tác chống nhiễm khuẩn: vệ sinh bàn tay, khử khuẩn, các cảnh báo chuẩn, cách ly, giám sát nhiễm khuẩn bệnh viện, vệ sinh môi trường, quản lý chất thải, an toàn thực phẩm, giặt là, xử lý tử thi. Một nhóm chỉ đạo triển khai việc thực hiện thông tư theo hướng dẫn đã được thành lập nhằm đảm bảo việc hiểu và thực hiện đúng và đồng bộ trên qui mô toàn quốc về công tác chống nhiễm khuẩn. Điều

đáng chú ý theo Thông tư này đó là, việc giám sát nhiễm khuẩn bệnh viện đã trở thành nhiệm vụ bắt buộc đối với các cơ sở y tế. Hơn nữa, công tác này được hỗ trợ bởi Tổ chức Y tế thế giới trong chương trình: Những thách thức mang tính toàn cầu về an toàn cho người bệnh, năm 2009.

Một nghiên cứu gần đây tại 51 bệnh viện thuộc khu vực Bắc bộ, Việt Nam về công tác kiểm soát nhiễm khuẩn tại bệnh viện năm 2007 và so sánh với kết quả khảo sát năm 2003 đã được thực hiện²⁵. Đã có một số cải thiện đáng kể, với những khác biệt rõ rệt giữa bệnh viện tuyến trung ương và tuyến địa phương. Ở các bệnh viện tuyến địa phương, điều kiện vật chất còn nghèo nàn và hạn chế các cơ hội đào tạo liên tục cho các cán bộ y tế. Hầu hết các bệnh viện tuyến huyện đã có hội đồng chống nhiễm khuẩn trước năm 2007, tuy nhiên nhân lực còn thiếu và do đó hiệu quả hoạt động của hội đồng chưa cao. Hơn nữa, một số hướng dẫn thiếu tính cập nhật do đó đã không còn phù hợp về mặt nội dung²⁵.

Thực trạng của công tác chống nhiễm khuẩn đặc biệt gặp nhiều khó khăn ở hầu hết các bệnh viện ở Việt Nam với cơ sở hạ tầng đã trở nên quá cũ và tình trạng quá tải tại các bệnh viện này. Công suất sử dụng giường bệnh có thể vượt quá 100%, có nghĩa là ít nhất 2 người bệnh phải sử dụng chung một giường. Tình trạng này thường xuyên xảy ra trong các

vụ dịch như tả, sốt xuất huyết, cúm. Hơn nữa, người nhà bệnh nhân cũng cần ở cùng để giúp chăm sóc người bệnh về vệ sinh và ăn uống, dẫn đến tình trạng quá tải càng nghiêm trọng.

Nghiên cứu về thực trạng vệ sinh bàn tay được thực hiện tại 29 khoa lâm sàng bao gồm các khoa Ngoại, Sản, Hồi sức cấp cứu của một bệnh viện trung ương và 8 bệnh viện tuyến tỉnh/TP khu vực phía Bắc²⁶. Kết quả cho thấy số vị trí VSBT/100 giường bệnh rất thấp: 10,3. Tỷ lệ nhân viên y tế nhận thức tốt về vệ sinh bàn tay là 41,2%. Tỷ lệ tuân thủ VSBT tính chung là 13,4%²⁶. Tỷ lệ tuân thủ VSBT ở nhân viên y tế ở bệnh viện trung ương là 17,7% cao hơn so với nhân viên y tế bệnh viện tỉnh/TP: 10,7%²⁶. Một số yếu tố ảnh hưởng đến thực hành VSBT của nhân viên y tế gồm: thiếu phương tiện, không được trang bị cồn khử khuẩn tay, nhân viên y tế nhận thức không tốt về VSBT, mật độ cơ hội cần VSBT/giờ thấp, khối Ngoại khoa, học viên và tỷ lệ NVYT/giường bệnh < 1²⁶. Một nghiên cứu khác tiến hành tại một số bệnh viện khu vực phía Bắc Việt Nam cho thấy phương tiện vệ sinh bàn tay còn thiếu như: nước, xà phòng, hoặc khăn lau dùng một lần²⁷. Chỉ có khoảng 1/3 bệnh viện đạt tiêu chuẩn về số vị trí vệ sinh bàn tay²⁷. Buồng bệnh có bồn rửa tay chỉ đạt chưa đến 40%²⁸.

Việc quản lý chất thải từ bệnh viện cũng là vấn đề đáng chú ý ở Việt Nam. Một dự án về

điều kiện vệ sinh ở bệnh viện và việc quản lý chất thải đã được tiến hành ở 12 bệnh viện khu vực phía Bắc (2006) cho thấy, tình trạng khá phổ biến khi nước thải từ bệnh viện được thải trực tiếp ra đồng ruộng mà không được qua quá trình xử lý²⁹. Một khó khăn nghiêm trọng khác là hầu hết các bệnh viện thiếu nước cho công tác vệ sinh. Các theo dõi khác như: các loại rác thải bệnh viện vứt bừa bãi gần nguồn nước, không có hộp đựng xanh đã qua sử dụng, điều kiện vệ sinh nghèo nàn³⁰. Theo báo cáo mới đây, mỗi ngày, các bệnh viện trong khu vực thành phố Hồ Chí Minh đã thải khoảng 14.000m³ nước không qua xử lý vào các dòng sông và cống sinh hoạt³¹.

1.4. Gánh nặng bệnh tật

Ở những nước mà bệnh truyền nhiễm chiếm một tỷ lệ lớn trong cơ cấu bệnh tật thì việc tiếp cận với thuốc kháng sinh một cách hiệu quả đóng một vai trò rất quan trọng trong việc giảm tỉ lệ mắc và tỉ lệ tử vong do các bệnh nhiễm khuẩn. Do đó, sự gia tăng của tình trạng kháng kháng sinh có thể có ảnh hưởng nghiêm trọng đối với sức khoẻ lẫn kinh tế của người dân ở các nước này. Phần này đánh giá một cách tổng quan gánh nặng bệnh tật ở Việt Nam và các căn nguyên vi khuẩn phổ biến gây nhiễm khuẩn mắc phải ở bệnh viện.

1.4.1. Các chỉ số trên toàn quốc

Tỉ lệ tử vong là một chỉ số y tế quan trọng nhằm đánh giá về tình hình sức khoẻ của người dân và sự phát triển của mỗi quốc gia. Ở Việt Nam, chưa có số liệu mang tính hệ thống và chính xác về tỉ lệ tử vong. Theo thống kê của Bộ Y tế, một số nguyên nhân gây tỉ lệ tử vong cao nhất tại Việt Nam được trình bày trong bảng 5. Một nghiên cứu chỉ ra rằng, bệnh lý tim mạch là nguyên nhân hàng đầu gây tỉ lệ tử vong cao, tiếp đến là nguyên nhân bệnh nhiễm khuẩn. Điều đó chứng tỏ Việt Nam đã có sự phát triển đáng kể về mặt dịch tễ học trong việc phòng và điều trị bệnh nhiễm khuẩn³².

Bảng 4. Một số nguyên nhân gây tỉ lệ tử vong cao nhất tại Việt Nam¹²

Nguyên nhân tử vong	Tỉ lệ (trên 100.000 dân)
Chấn thương sọ não	2,53
Hội chứng suy giảm miễn dịch mắc phải	2,43
Viêm phổi	2,34
Xuất huyết não	1,27
Tai nạn giao thông	1,10
Nhồi máu cơ tim cấp	0,85

Nguồn: Thống kê Y tế 2008 (Bộ Y tế)

1.4.2. Gánh nặng bệnh tật do nguyên nhân vi khuẩn

Các bệnh nhiễm khuẩn vẫn là nguyên nhân chủ yếu gây tỉ lệ mắc và tỉ lệ tử vong cao ở Việt Nam. Hầu hết dữ liệu dựa trên các nghiên cứu của bệnh viện, chưa có dữ liệu chung về tỉ lệ mắc và tử vong ngoài bệnh viện nơi thiếu các điều kiện chẩn

đoán. Những hạn chế về mặt dữ liệu đòi hỏi cần có một sự hiểu biết sâu sắc về tác động và dịch tễ học của các bệnh nhiễm khuẩn phải điều trị bằng kháng sinh.

Gánh nặng của các bệnh truyền nhiễm có thể phòng bệnh bằng vắc xin

Mới đây theo thống kê từ UNICEF cho thấy, *Streptococcus pneumoniae* là nguyên nhân gây ra 50% các ca tử vong do viêm phổi ở trẻ trên toàn thế giới. Giám sát các trường hợp trẻ nhập viện có liên quan đến căn nguyên phế cầu khuẩn tại tỉnh Khánh Hoà, Việt Nam (năm 2005-2006) cho thấy tỉ lệ mắc viêm phổi xâm lấn (IPD) là 48,7/100.000 trẻ³³. 69% các ca trẻ nhập viện vì viêm phổi do phế cầu, và 11% vì viêm màng não do phế cầu³³. Một nghiên cứu khác trên đối tượng bệnh nhân là trẻ dưới 5 tuổi, viêm đường hô hấp cấp tại bệnh viện Saint Paul, Hà Nội (2003), vi khuẩn phân lập được với tỉ lệ cao nhất là *S. pneumoniae* (35,8%)³⁴. Hiện tại chưa có giám sát dựa trên cộng đồng về bệnh viêm phổi xâm lấn và hiện tại vẫn chưa có kế hoạch về việc đưa vắc xin phế cầu vào Việt Nam.

Trước khi triển khai việc đưa vắc xin phối hợp *Hemophilus influenzae* tuýp B (Hib) vào chương trình tiêm chủng mở rộng, theo thống kê, trên thế giới có khoảng 600.000 ca tử vong hàng năm do căn nguyên Hib³⁵. Một vài nghiên cứu

đã được triển khai nhằm đánh giá tình hình nhiễm Hib ở trẻ dưới 5 tuổi ở Việt Nam từ các ca viêm màng não. Trên toàn quốc, mỗi năm có 5.107 ca nhập viện vì viêm phổi do *H. influenzae* ở trẻ dưới 5 tuổi³⁶. Một nghiên cứu khác chỉ ra rằng, Hib là căn nguyên gây tỉ lệ viêm màng não xâm lấn do vi khuẩn ở trẻ dưới 5 tuổi: 22,9 ca trên 100.000 trẻ³³. Nhóm tuổi có tỉ lệ mắc bệnh do Hib cao nhất là trẻ sơ sinh (87,9/100.000 trẻ) và trẻ dưới 2 tuổi (32,9/100.000)³³.

Nghiên cứu dịch tễ học viêm màng não xâm lấn do Hib tại Hà Nội từ 2000-2002, tỉ lệ viêm màng não do Hib ở trẻ ≤ 5 tuổi là 12 ca trên 100.000 trẻ và 26 ca trên 100.000 trẻ ở trẻ dưới 2 tuổi³⁶. Viêm màng não do Hib ở trẻ dưới 2 tuổi chiếm khoảng 88-94% số trường hợp viêm màng não do vi khuẩn ở trẻ dưới 5 tuổi³⁵. Một nghiên cứu khác tiến hành với các bệnh phẩm dịch não tủy thu thập từ bệnh nhân nhập viện vào viện Nhi trung ương từ 2001 đến 2005. Kết quả cho thấy 129/529 (24%) các mẫu bệnh phẩm dịch não tủy (CSF) nuôi cấy dương tính với Hib, trong đó 59,7% (77/129) các chủng đề kháng với amoxicillin³⁷. Một nghiên cứu khác chỉ ra rằng Hib là căn nguyên phổ biến thứ 2 gây ra tỉ lệ mắc bệnh nhiễm khuẩn xâm lấn ở trẻ dưới 5 tuổi: 22,9/100.000. Tỉ lệ mắc Hib được báo cáo trong nghiên cứu này cao hơn tỉ lệ mắc đã được báo cáo trước đó với tỉ lệ từ 12 đến 18/100.000 trong 2 phân

tích khác³³. Việc đưa vắc xin Hib vào chương trình tiêm chủng sẽ giúp giảm tỉ lệ mắc bệnh nhiễm khuẩn xâm lấn ở trẻ.

Trong một thời gian dài, *Salmonella typhi* thường được phân lập từ bệnh phẩm máu của bệnh nhân có triệu chứng sốt. Chương trình tiêm chủng cộng với công tác cải thiện điều kiện vệ sinh đã đem lại những thay đổi đáng kể về mặt dịch tễ học của *S. typhi* ở Việt Nam. Việt Nam đã và đang sử dụng vắc xin chứa Vi polysaccharide để chống lại sốt thương hàn ở các vùng có tỉ lệ mắc cao với đối tượng trẻ từ 3 đến 10 tuổi³⁸.

Viêm màng não

Ở Việt Nam, nguyên nhân gây bệnh viêm màng não vi khuẩn chủ yếu do *H. influenzae* và *S. pneumoniae* như đã được đề cập trên đây. Ở người lớn, yếu tố dịch tễ học có sự khác biệt. Ví dụ, *Streptococcus suis* là nguyên nhân gây viêm màng não do vi khuẩn phổ biến nhất: 26% tất cả các chủng vi khuẩn nuôi cấy³⁹.

S. suis là một vi khuẩn từ lợn truyền nhiễm sang người do tiếp xúc và ăn các sản phẩm từ thịt lợn không đảm bảo an toàn thực phẩm. Căn nguyên vi khuẩn quan trọng khác gồm *S. pneumoniae* (11,1%), *N. meningitidis* (2,4%), *Klebsiella* (2,7%), *E. coli* (1,8%), *S. aureus* (0,7%) và *Haemophilus influenzae* (0,9%)³⁹. Ceftriaxone được sử dụng phổ biến trong điều

trị viêm màng não tại Việt Nam, nghiên cứu đánh giá mức độ kháng kháng sinh đối với kháng sinh này (từ năm 1996 đến năm 2005) cho thấy: Trong số 55 chủng *S. pneumoniae*, 50 (90,9%) chủng nhạy cảm với ceftriaxone và 5 (9,1%) chủng kháng trung gian với kháng sinh này⁴⁰.

Nhiễm khuẩn huyết

Phân lập các tác nhân gây nhiễm khuẩn huyết tại một bệnh viện tuyến trung ương: tỉ lệ dương tính là 8% năm 2009⁴¹. Các vi khuẩn thường gặp là: *K. pneumoniae* (18,3%), *E. coli* (17,6%), *Staphylococcus aureus* (11,9%), *Pseudomonas aeruginosa* (5,9%) và *Acinetobacter baumannii* (4,4%). Mức độ kháng kháng sinh lần lượt là: *K. pneumoniae* ESBL (+) 16,2%; *E. coli* ESBL (+) 21,5%; *S. aureus* (MRSA) kháng methicillin 13,6%; *S. aureus* kháng trung gian vancomycin (VISA) và *S. aureus* kháng vancomycin (VRSA) 6,1%⁴². Theo báo cáo của Bệnh viện Bệnh Nhiệt đới Trung ương, các căn nguyên vi khuẩn gây bệnh thường gặp từ 2008 đến 2009 là: *E. coli* (19,3%), *K. pneumoniae* (15,2%), *S. aureus* (13,8%), và *S. suis* (9,7%)⁴³. Tại thành phố Hồ Chí Minh, các căn nguyên vi khuẩn thường phân lập được là: *E. coli*, *S. typhi*, *Klebsiella pneumoniae* và *Streptococcus spp*⁴⁴. Các căn nguyên gây bệnh quan trọng khác nuôi cấy phân lập từ máu ở Việt Nam là: *Burkholderia*

pseudomallei, nguyên nhân gây melioidosis, nấm *Penicillium marneffeii* và *Cryptococcus neoformans* ở bệnh nhân nhiễm HIV.

Viêm đường hô hấp cấp (ARI)

ARI là một trong những nguyên nhân chủ yếu nhất góp phần gây ra gánh nặng về bệnh truyền nhiễm. Viêm phổi là nguyên nhân phổ biến thứ hai gây tử vong. Theo báo cáo từ các trạm y tế xã, ARI là bệnh phổ biến nhất tại các cơ sở này và kháng sinh thường được chỉ định trong điều trị⁴⁵. Một điều tra nghiên cứu đã chỉ ra rằng, sử dụng kháng sinh không đầy đủ trong trường hợp khó thở (một trong những triệu chứng điển hình của viêm phổi), và việc lạm dụng kháng sinh để điều trị cảm lạnh và ho của cán bộ y tế, các bà mẹ và các đối tượng hành nghề y được tư nhân là khá phổ biến¹¹. Các nguyên nhân chính của ARI về bản chất là vi rút như rhinovirus, vi rút RS, influenza, và các căn nguyên khác [số liệu chưa công bố, OUCRU]. Căn nguyên vi khuẩn bao gồm: *S.pneumoniae*, *K. pneumoniae*, *H. influenzae*, *Moraxella catarrhalis*, và *S. aureus*. Đáng chú ý là, *K. pneumoniae* là một nguyên nhân chủ yếu gây viêm phổi mắc phải cộng đồng ở người lớn [Số liệu chưa công bố OUCRU-NHTD].

Bệnh tiêu chảy

Gánh nặng của bệnh tiêu chảy ở Việt Nam đã giảm đáng kể nhờ việc cải thiện điều kiện sống, như sử dụng nước sạch và hệ thống vệ

sinh đảm bảo. Mặc dù vậy, trong năm 2007 vẫn xảy ra vụ dịch tả ở các tỉnh phía Bắc Việt Nam⁴⁶. Nghiên cứu ở Hà Nội từ 3/2001 đến 4/2002, trên 587 trẻ bị tiêu chảy, căn nguyên vi khuẩn gây bệnh phân lập được với tỉ lệ 67,3%, bao gồm: rotavirus (47%), *E. coli* (23%), *Shigella* spp. (5%), và *Bacteroides fragilis* (7%). Không phân lập được *Salmonella* spp hoặc phẩy khuẩn tả⁴⁷. *E. coli* và *Shigella* spp. có mức kháng kháng sinh cao với ampicillin, chloramphenicol, và trimethoprim/ sulfamethoxazole. *E. coli* kháng cao với ampicillin (AMP), chloramphenicol (CHL), và trimethoprim/sulfamethoxazole (SXT), với tỉ lệ kháng tương ứng là 86.4%, 77.2%, và 88.3%. Khoảng 89% các chủng *Shigella* đề kháng với trimethoprim/sulfamethoxazole, 75% kháng ampicillin, và 53.6% kháng chloramphenicol⁴⁷. Trẻ nhập viện với các triệu chứng sốt (43,6%), nôn (53,8%), và mất nước (82,6%). Trước khi nhập viện, 162/587 (27,6%) trẻ đã dùng kháng sinh. Hầu hết các ca tiêu chảy cơ bản từ các hộ gia đình có điều kiện vệ sinh kém⁴⁷.

Bệnh truyền nhiễm qua đường tình dục (STI)

Sau ca nhiễm HIV đầu tiên được báo cáo ở Việt Nam vào năm 1990, con số các ca nhiễm HIV và AIDS đã gia tăng nhanh chóng ở tất cả các tỉnh/thành phố⁴⁸. Tổng số trường hợp nhiễm HIV tính đến cuối năm 2008 là 179.735

người¹². Tình hình nhiễm HIV ở Việt Nam vẫn gia tăng và diễn biến phức tạp, chủ yếu tập trung ở nhóm đối tượng sử dụng ma túy, gái mại dâm và quan hệ tình dục đồng tính ở nam giới⁴⁹. Các nhóm đối tượng khác chiếm khoảng 0,53%⁴⁹. Tính đến nay, cả nước có khoảng 15.007 trường hợp tử vong do AIDS⁴⁹. 63 tỉnh/thành trên toàn quốc đều có người nhiễm HIV, tỉ lệ nhiễm 96% tại 659 quận và hơn 66% ở 10.732 trạm y tế phường/xã⁴⁹. Nhiễm HIV chủ yếu tập trung ở nhóm đối tượng từ 20-39 tuổi chiếm 78,9%, trong đó nam giới chiếm 85,2%⁴⁹. Tỉ lệ nhiễm HIV ở nhóm đối tượng trẻ tuổi và quan hệ tình dục đồng giới ngày càng gia tăng⁴⁹.

Trong một nghiên cứu ở vùng nông thôn Việt Nam, 37% gái mại dâm mắc bệnh truyền nhiễm qua đường tình dục hoặc mắc bệnh viêm đường sinh dục⁵⁰. Các nhiễm khuẩn thường gặp là candidiasis (26%), vi khuẩn âm đạo (11%), tiếp đến là viêm gan B (8,3%), *Chlamydia trachomatis* (4,3%), trùng roi âm đạo (1%), *Neisseria gonorrhoeae* (0,7%), và mụn cóc âm đạo (0,2%)⁵⁰. Không phát hiện trường hợp nào nhiễm HIV và giang mai, 50% các ca STI không có triệu chứng⁵⁰. Yếu tố liên quan đến chlamydia STI là nhóm đối tượng có điều kiện kinh tế cao⁵⁰.

Nhiễm khuẩn bệnh viện

Hiện nay có rất ít số liệu về gánh nặng của nhiễm khuẩn bệnh viện ở Việt Nam. Như đã trình bày ở phần trên, công tác chống nhiễm khuẩn bệnh viện ở Việt Nam gặp nhiều trở ngại do thiếu điều kiện vệ sinh (xà phòng, nước sạch hộp đựng chất thải sắc nhọn, hệ thống quản lý chất thải), vệ sinh bàn tay không đầy đủ, tình trạng quá tải và thiếu nhân lực. Hiện tại, không có số liệu toàn quốc về tỉ lệ mắc và gánh nặng của nhiễm khuẩn bệnh viện ở Việt Nam. Tài liệu hướng dẫn mới của Bộ Y tế yêu cầu tất cả các cơ sở y tế phải ghi lại các số liệu về nhiễm khuẩn bệnh viện trong thời gian sắp tới.

Một số nghiên cứu về nhiễm khuẩn bệnh viện ở Việt Nam, chủ yếu được thực hiện ở bệnh viện Bạch Mai và bệnh viện Chợ Rẫy. Giám sát được tiến hành ở bệnh viện Bạch Mai về hiệu quả điều trị và chi phí cho nhiễm khuẩn bệnh viện do nhiễm khuẩn vết mổ (SSI). Kết quả cho thấy nhiễm khuẩn vết mổ làm tăng chi phí điều trị và tăng thời gian nằm viện. Cụ thể là tăng thời gian nằm viện lên 8,2 ngày, chi phí điều trị khoảng 110 USD⁵¹.

Nghiên cứu ở 36 bệnh viện các tỉnh phía Bắc Việt Nam trong năm 2006-2007 bao gồm 2 bệnh viện trung ương, 17 bệnh viện tuyến tỉnh và 17 bệnh viện tuyến huyện cho thấy 553/7571 (7,8%) bệnh nhân mắc nhiễm trùng bệnh viện (HAIs)²⁷. Căn nguyên gây nhiễm khuẩn bệnh viện thường gặp là: viêm phổi (41,9%), nhiễm khuẩn vết mổ (27,5%), nhiễm

khuẩn tiêu hoá (13,1%). Các vi khuẩn thường gặp là *Pseudomonas aeruginosa* (31,5%), *Acinetobacter baumannii* (23,3%), và *Candida spp* (14,4%). Chủ yếu, HAIs xảy ra ở khoa phẫu thuật²⁷.

Một nghiên cứu cắt ngang ở Bệnh viện Bạch Mai năm 2006 cho thấy, tỉ lệ các trường hợp nhiễm khuẩn bệnh viện tương đối thấp: 5,9%. Có 3 loại nhiễm khuẩn chính: nhiễm khuẩn hô hấp (75%), nhiễm khuẩn tiết niệu (10%) và nhiễm khuẩn tiêu hoá (5%). Căn nguyên chính là *P. aeruginosa* (28,6%), *A. baumannii* (23,8%), *K. pneumoniae* (19%) và *Candida spp* (14,3%)⁵². 48,5% bệnh nhân được điều tra đã sử dụng kháng sinh trước khi chẩn đoán mắc HAIs⁵³. Nghiên cứu khác ở bệnh viện

Chợ Rẫy cũng chỉ ra rằng, căn nguyên thường gây HAIs là trực khuẩn Gram âm bao gồm: *K. pneumoniae* (25%), *P. aeruginosa* (24%), *A. baumani* (18%), và *E. coli* (19%)⁵⁴. HAIs do *S. aureus* không đóng vai trò quan trọng ở Việt Nam.

Một nghiên cứu khác ở khoa cấp cứu hồi sức, khoa phẫu thuật và khoa sản của 3 bệnh viện tỉnh bao gồm Quảng Ninh, Hòa Bình, Điện Biên năm 2004 cho thấy, tỉ lệ mắc nhiễm khuẩn bệnh viện tương đối cao: 17,3%⁵⁵. Tỉ lệ cao nhất ở khoa cấp cứu hồi sức. Nhiễm khuẩn phổ biến nhất là nhiễm khuẩn vết mổ (55%), nhiễm khuẩn tiết niệu (21%) và viêm đường hô hấp dưới (17%)⁵⁵.

II. Hệ thống cung ứng và quản lý kháng sinh

Nội dung phần II trình bày về hệ thống quản lý và phân phối kháng sinh ở Việt Nam, đồng thời cung cấp các thông tin liên quan đến các chính sách qui chế quốc gia liên quan đến sự cung cấp và phân phối thuốc, tầm quan trọng của kháng sinh trong các tài liệu hướng dẫn điều trị, qui định phân bố và thực trạng quản lý dược phẩm.

2.1. Cơ cấu lập pháp chi phối sự phân phối, lưu thông kháng sinh

Một số Vụ, Cục trực thuộc Bộ Y tế có chức năng, nhiệm vụ điều hành các hoạt động của các cơ sở y dược công lập và tư nhân. Cụ thể là, Cục Quản lý Dược giúp Bộ trưởng Bộ Y tế thực hiện chức năng quản lý Nhà nước và thực thi pháp luật, điều hành các hoạt động chuyên môn, nghiệp vụ về lĩnh vực dược và mỹ phẩm trong phạm vi cả nước. Nhiệm vụ: Xây dựng chiến lược, chính sách, quy hoạch, kế hoạch phát triển ngành Dược Việt Nam; Chỉ đạo, hướng dẫn, kiểm tra việc thực hiện các văn bản quy phạm pháp luật, quy chế, chế độ quản lý về dược, mỹ phẩm trong phạm vi cả nước; Chủ trì hoặc phối hợp với các cơ quan liên quan trong việc quản lý thông tin, quảng cáo thuốc, mỹ phẩm; Tổ chức thực hiện và quyết định theo thẩm quyền việc cấp, đình chỉ, thu hồi giấy chứng nhận đạt tiêu chuẩn thực hành tốt về GARP-VN Phân tích thực trạng

lĩnh vực dược, số đăng ký lưu hành thuốc; giấy phép xuất nhập khẩu thuốc và các lĩnh vực quản lý khác có liên quan. Cục Quản lý Khám, chữa bệnh tham mưu giúp Bộ trưởng Bộ Y tế quản lý nhà nước về lĩnh vực khám, chữa bệnh; quản lý bệnh viện; điều dưỡng; phục hồi chức năng; giám định (bao gồm giám định y khoa, giám định y pháp) đối với toàn bộ hệ thống y tế nhà nước, bán công và tư nhân trong phạm vi cả nước; Chỉ đạo, hướng dẫn sử dụng thuốc an toàn, hợp lý, hiệu quả. Chăm sóc và bảo vệ sức khoẻ cán bộ. Chỉ đạo các cơ sở y tế thực hiện khám chữa bệnh, điều dưỡng, phục hồi chức năng cho người bệnh có thể bảo hiểm y tế. Thanh tra Bộ Y tế có chức năng thực hiện thanh tra chuyên ngành y tế trong phạm vi cả nước trong đó bao gồm: Tổ chức thanh tra việc chấp hành những quy định của pháp luật, các quy chế, quy trình chuyên môn, kỹ thuật trong khám chữa bệnh, điều dưỡng, phục hồi chức năng trong phạm vi cả nước bao gồm cả tổ chức và cá nhân nước ngoài tại Việt Nam; Tổ chức thanh tra việc chấp hành những quy định của pháp luật về dược trong phạm vi cả nước bao gồm cả tổ chức và cá nhân nước ngoài tại Việt Nam. Đến năm 2006, cả nước có 230 thanh tra y, với sự hỗ trợ của khoảng 1000 cộng tác viên trong từng khu vực cụ thể và 30 cán bộ ở tuyến trung ương⁵⁶.

Trực thuộc Bộ Nông nghiệp và Phát triển Nông thôn, Cục Thú y giúp Bộ trưởng thực hiện

chức năng quản lý Nhà nước về công tác phòng chống dịch bệnh cho động vật, kiểm dịch và kiểm soát thuốc thú y trong phạm vi cả nước. Ngoài ra, Cục Quản lý Chất lượng Nông lâm Thủy sản giúp Bộ thực hiện chức năng quản lý nhà nước về chất lượng, vệ sinh an toàn thực phẩm đối với nông, lâm, thủy sản trong quá trình sản xuất đến khi thực phẩm được đưa ra thị trường nội địa hoặc xuất khẩu, trong đó phải kể đến chương trình giám sát dư lượng các chất bị hạn chế hoặc cấm sử dụng trong chăn nuôi và nuôi trồng thủy sản, kể cả thuốc kháng sinh.

Năm 1996, Bộ Y tế đã ban hành chính sách Quốc gia về thuốc, trong đó có nêu rõ chính sách về thuốc kháng sinh như sau: “Thuốc kháng sinh có vai trò rất quan trọng trong điều trị, đặc biệt đối với tình hình bệnh tật của một số nước khí hậu nhiệt đới như nước ta. Chấn chỉnh việc kê đơn và sử dụng kháng sinh, xác định tính kháng kháng sinh của một số vi khuẩn gây bệnh, tạo điều kiện để các cơ sở điều trị có khả năng làm kháng sinh đồ. Ngành y tế cùng với Bộ Nông nghiệp và Phát triển Nông thôn ban hành quy định sử dụng kháng sinh cho súc vật nhằm tránh sự gia tăng tính kháng kháng sinh đối với một số vi khuẩn gây bệnh cho người”.

Hiện nay, chỉ có các bệnh viện tuyến trung ương hoặc các bệnh viện lớn tuyến tỉnh có khả năng tiến hành nuôi cấy vi khuẩn, định danh và

xác định mức độ nhạy cảm kháng sinh. Cho đến nay, hầu hết các phòng xét nghiệm vi sinh lâm sàng tại các bệnh viện không đạt tiêu chuẩn để có thể tiến hành và cho kết quả đáng tin cậy của các xét nghiệm vi sinh. Trong chương trình ASTS (Nghiên cứu thử nghiệm nhạy cảm kháng sinh) chất lượng và độ tin cậy của các xét nghiệm vi sinh là một vấn đề. Ví dụ, *Pseudomonas aeruginosa* trong một số báo cáo cho thấy kết quả nhạy cảm với cotrimoxazole, trong khi vi khuẩn này về bản chất đã kháng với các kháng sinh này.

Năm 1997, Bộ Y tế có văn bản yêu cầu các bệnh viện thành lập Hội đồng Thuốc và Điều trị. Thành viên của Hội đồng gồm có bác sỹ lâm sàng, dược sỹ và chuyên gia vi sinh. Một trong những nhiệm vụ của HĐT&ĐT là thực hiện các hướng dẫn của Bộ Y tế về việc sử dụng thuốc, đưa ra các lời khuyên về mặt chuyên môn nhằm giúp cải thiện việc sử dụng thuốc hợp lý, an toàn và hiệu quả. Ngoài ra, Hội đồng còn có nhiệm vụ tham vấn giúp xây dựng danh mục thuốc chủ yếu sử dụng tại đơn vị của họ. Một số loại thuốc kháng sinh nhất định, ví dụ như meropenem, trước khi sử dụng trong điều trị phải tham khảo ý kiến tư vấn của Hội đồng. Một nhiệm vụ khác của Hội đồng là chỉ đạo tuyển cho các cán bộ y tế địa phương về việc sử dụng thuốc hợp lý và tổ chức các hoạt động giám sát và báo cáo về tình trạng kháng kháng sinh kháng sinh. Hiện tại, gần 100% các bệnh viện đã có hội đồng thuốc và điều trị. Các bệnh

viện tuyến huyện tồn tại tình trạng thiếu nhiều nhân lực được có trình độ và các chuyên gia vi sinh. Bộ Y tế đã triển khai nhiều hoạt động nhằm tiếp tục thực hiện chỉ thị 05/2004/CT-BYT về việc chấn chỉnh công tác cung ứng, sử dụng thuốc trong bệnh viện. Cụ thể như sau: Xây dựng hướng dẫn sử dụng thuốc hợp lý, an toàn; Tập huấn tăng cường sử dụng thuốc hợp lý; Kiểm tra hoạt động của Hội đồng thuốc và điều trị; Hoạt động hỗ trợ sử dụng kháng sinh hợp lý; Cung ứng quản lý thuốc; sử dụng thuốc trong bệnh viện; Hoạt động sử dụng thuốc hợp lý trong bệnh viện và tăng cường hoạt động của nhà thuốc bệnh viện⁵⁷. Tuy nhiên, những thành tựu và tác động do Chỉ thị này đem lại chưa được nhận biết rõ ràng.

Trong quy định của Luật Dược được ban hành năm 2005 có ghi rõ: nghiêm cấm: ‘Bán lẻ thuốc kê đơn không có đơn thuốc’; Khi sử dụng thuốc theo đơn thuốc, người sử dụng thuốc phải thực hiện theo đúng hướng dẫn ghi trong đơn thuốc; Khi sử dụng thuốc, nếu cơ thể có những dấu hiệu không bình thường, người sử dụng thuốc cần thông báo ngay cho cơ sở y tế gần nhất, người kê đơn thuốc hoặc người bán lẻ thuốc biết để có biện pháp xử lý kịp thời; Người kê đơn thuốc, chủ cơ sở bán lẻ thuốc có trách nhiệm thông báo với cơ quan y tế có thẩm quyền về những dấu hiệu không bình thường của người sử dụng thuốc. Người kê đơn phải chịu trách nhiệm về đơn thuốc đã kê;

Thuốc kê đơn không được quảng cáo cho công chúng dưới mọi hình thức. Mặc dù vậy, hầu hết các hiệu thuốc vẫn bán thuốc không đơn một cách tự do mà không phải chịu bất kỳ hình phạt nào⁵⁸. Lý do dẫn đến tình trạng này có thể là vì cho đến nay, vẫn chưa có các chế tài cụ thể áp dụng đối với các cơ sở kinh doanh dược phẩm không tuân thủ theo qui định.

Quy chế Kê đơn thuốc trong điều trị ngoại trú (ban hành kèm theo Quyết định số 04/2008/QĐ- BYT ngày 1 tháng 2 năm 2008 của Bộ trưởng Bộ Y tế :“Quy định thuốc phải kê đơn: Theo quy định tại Danh mục thuốc phải kê đơn do Bộ Y tế ban hành”; điều kiện đối với người kê đơn thuốc phải là người có bằng đại học y đang làm việc tại cơ sở khám chữa bệnh hợp pháp hoặc đối với các tỉnh vùng sâu vùng xa. Y sĩ có thể được chỉ định thay thế bác sỹ. Đáng chú ý là, trong qui chế này cũng qui định về việc không được kê đơn theo yêu cầu không hợp lý của người bệnh. Đơn thuốc có giá trị mua thuốc trong thời hạn 05 ngày kể từ ngày kê đơn và được mua tại tất cả các cơ sở bán thuốc hợp pháp trong cả nước.

Quyết định số 11/2007 của Bộ Y tế vừa ban hành về việc “thực hành tốt quản lý nhà thuốc (Good Pharmacy Practice - GPP) đưa ra các nguyên tắc, tiêu chuẩn cơ bản trong thực hành nghề nghiệp tại nhà thuốc của dược sĩ và nhân sự dược trên cơ sở tự nguyện tuân thủ các tiêu chuẩn đạo đức và chuyên môn ở mức cao hơn những yêu cầu pháp lý tối thiểu.

GPP bảo đảm thực hiện các nguyên tắc sau: Đặt lợi ích của người bệnh và sức khoẻ của cộng đồng lên hết; Cung cấp thuốc bảo đảm chất lượng kèm theo thông tin về thuốc, tư vấn thích hợp cho người sử dụng và theo dõi việc sử dụng thuốc của họ; Tham gia vào hoạt động tự điều trị, bao gồm cung cấp thuốc và tư vấn dùng thuốc, tự điều trị triệu chứng của các bệnh đơn giản; Góp phần đẩy mạnh việc kê đơn phù hợp, kinh tế và việc sử dụng thuốc an toàn, hợp lý, có hiệu quả. Theo báo cáo của 37 tỉnh, thành phố (tính đến 31.3.2009) có 5% nhà thuốc đạt nhà thuốc đạt GPP⁵⁹.

Tập trung triển khai với đối tượng các nhà thuốc bệnh viện. Khuyến khích các doanh nghiệp tổ chức chuỗi nhà thuốc đạt GPP với nhiều chính sách ưu đãi như chính sách về thuế, trực tiếp nhập khẩu, cung ứng thuốc cho bệnh viện. Theo dự kiến các nhà thuốc không triển khai thực hiện lộ trình sẽ chỉ được phép bán thuốc OTC.

Nhằm tăng cường hiệu quả trong sử dụng thuốc ở Việt Nam, mới đây Bộ Y tế đã chính thức thành lập Trung tâm Quốc gia về thông tin thuốc quốc gia và theo dõi phản ứng có hại của thuốc (DI&PV). Mục tiêu của trung tâm là nhằm xây dựng một hệ thống DI&PV toàn diện nhằm đảm bảo an toàn thuốc ở Việt Nam. Mục tiêu cụ thể bao gồm, xây dựng một cơ sở dữ liệu thông tin về thuốc kể cả thông tin về cảnh giác Dược; hỗ trợ các cơ quan quản lý nhà nước trong việc đánh giá, thông tin về những nguy cơ và lợi ích

của các loại thuốc trên thị trường; cung cấp tư vấn và phổ biến các thông tin về thuốc, cảnh giác Dược cho các cơ sở y tế, cán bộ y tế và cộng đồng; xây dựng mạng lưới thông tin thuốc và cảnh giác Dược trên toàn quốc và thiết lập mối quan hệ với các trung tâm thông tin thuốc và cảnh giác dược khu vực và trên thế giới. Trung tâm này có thể đóng góp một vai trò quan trọng trong việc tiếp cận các chính sách về thực hành kê đơn trong hệ thống y tế.

Cho đến nay, Việt Nam sử dụng 2 danh mục thuốc là danh mục thuốc thiết yếu và danh mục thuốc chủ yếu. Danh mục thuốc thiết yếu là danh mục gồm cơ sở thuốc cần có tại các cơ sở khám chữa bệnh. Danh mục thuốc chủ yếu được xây dựng dựa trên danh mục thuốc thiết yếu và bao gồm các thuốc có thể được Bảo hiểm y tế chi trả. Danh mục này có thể điều chỉnh cho phù hợp với điều kiện của từng bệnh viện. Hiện nay, các bệnh viện sử dụng danh mục thuốc chủ yếu (ban hành năm 2008 với hơn 750 thuốc trong đó có 141 thuốc kháng sinh) được xây dựng dựa trên danh mục thuốc thiết yếu quốc gia. Danh mục này là cơ sở để các cơ sở khám chữa bệnh lựa chọn, đảm bảo nhu cầu điều trị và thanh toán cho các đối tượng người bệnh, bao gồm cả người bệnh có bảo hiểm y tế. Trong danh mục này, có 44 kháng sinh chỉ được sử dụng ở các bệnh viện hạng hai trở lên, 16 loại kháng sinh cần phải được Hội đồng thuốc và điều trị thông qua trước khi kê đơn. Một số loại kháng sinh nên

hạn chế sử dụng bao gồm cephalosporins thế hệ 3, 4 (cefepim, cefoperazon, cefotiam, và ceftriaxone), carbapenems (không kể ertapenem), piptazobactam, netilmicin, azithromycin, fluorquinolones (levofloxacin, lomefloxacin, và moxifloxacin), và vancomycin.

2.2. Chuỗi cung ứng

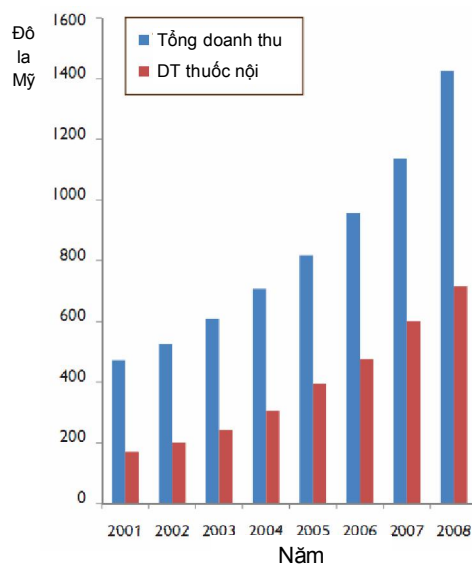
2.2.1. Nhà sản xuất

Hiện nay, có 93 doanh nghiệp trong nước sản xuất dược phẩm. Trong số đó, 53 cơ sở đạt tiêu chuẩn thực hành tốt sản xuất thuốc của Tổ chức Y tế thế giới (GMP – WHO) và 24 cơ sở đạt tiêu chuẩn GMP – ASEAN. Hầu hết các cơ sở sản xuất trong nước về cơ bản chủ yếu nhập bán thành phẩm và đóng gói một số loại thuốc bao gồm cả một số thuốc kháng sinh thông thường như beta-lactams, tetracycline, chloramphenicol và gentamicin, từ bán thành phẩm nhập khẩu. Các nguyên liệu sản xuất chủ yếu nhập khẩu từ Trung Quốc, Singapore và Ấn độ. Một số doanh nghiệp sản xuất nội địa cũng tham gia vào quá trình cung ứng thuốc cho các bệnh viện và các cơ sở bán buôn (được biết đến như một số “chợ thuốc” lớn) hoặc thậm chí các doanh nghiệp này cũng sở hữu các nhà thuốc hoạt động trong lĩnh vực kinh doanh. Có 4 doanh nghiệp dược phẩm lớn chi phối hoạt động sản xuất, nhập khẩu, cung ứng thuốc và chiếm lĩnh thị trường. Các doanh nghiệp này trước đây là doanh nghiệp có 100% vốn nhà nước, hiện nay đã trở thành các công ty cổ phần với vốn nhà

nước chiếm khoảng 46,5% tổng số vốn điều lệ, nhân viên của doanh nghiệp giữ 38,1% và thành phần ngoài doanh nghiệp giữ 15,4%⁶⁰.

Số liệu năm 2008 cho thấy, sản phẩm thuốc nội địa chiếm 50,2% trong tổng số tất cả các thuốc trên thị trường Việt Nam (Nguồn: Bộ Y tế). Tổng giá trị thuốc sản xuất trong nước năm 2008 là 715.435 triệu đô la Mỹ, tăng đáng kể so với năm 2007 (600.630 triệu đô la Mỹ USD, xem hình 1, số liệu từ Bộ Y tế). Các cán bộ y tế cũng được khuyến khích sử dụng các thuốc sản xuất trong nước nếu có thể.

Hình 5. Doanh thu của thuốc sản xuất trong nước và thuốc nói chung tại Việt Nam (triệu đô la Mỹ) từ 2001 đến 2008⁶¹.



Nguồn: Cục Quản lý Dược (Bộ Y tế)

2.2.2. Nhà phân phối

Kênh phân phối dược phẩm trên thị trường Việt Nam được chia làm 2 thị phần: điều trị (37%) và thương mại (63%)⁶². Đấu thầu và bán thuốc qua hệ thống bệnh viện thuộc về kênh điều trị, trong khi việc kinh doanh qua hệ thống nhà thuốc được hiểu là kênh thương mại. Lợi nhuận trong kênh điều trị thấp hơn kênh thương mại do giá thuốc trong bệnh viện thường thấp hơn giá thị trường.

Hơn 370 doanh nghiệp nước ngoài và 93 doanh nghiệp sản xuất trong nước cung ứng thuốc kháng sinh cho thị trường thuốc Việt Nam qua một hệ thống phân phối phức tạp, trong đó riêng doanh số của một vài công ty phân phối nước ngoài đã chiếm gần 50% thị trường. Trong hệ thống cung ứng thuốc ở Việt Nam có khoảng 800 công ty phân phối dược phẩm và 39.016 đại lý (nhà thuốc, hiệu thuốc, quầy thuốc) năm 2008⁶³. Quản lý giá và chất lượng thuốc trong chuỗi cung ứng còn rất yếu. Ví dụ, kháng sinh phải qua rất nhiều khâu trung gian mới đến được tay người bệnh dẫn đến tình trạng tăng giá thuốc giả tạo.

Mặc dù tập trung chủ yếu tại TP. Hồ Chí Minh và Hà Nội, các cửa hàng bán buôn và công ty trách nhiệm hữu hạn chi phối khá lớn vào các khu vực phân phối thuốc trên toàn quốc. Các doanh nghiệp này có ưu thế là rất linh hoạt tìm nguồn hàng cung ứng, giao nhận hàng và thanh toán.

2.2.3. Bệnh viện

Tất cả các bệnh viện đều có nhà thuốc chịu trách nhiệm việc cung ứng và phân phối thuốc trong đó bao gồm thuốc kháng sinh cho các đối tượng bệnh nhân nội trú và ngoại trú có đơn thuốc. Mỗi năm khoa dược bệnh viện dự trù danh mục và số lượng thuốc thiết yếu sử dụng cho một năm, tổ chức đấu thầu cho các công ty phân phối dược phẩm. Các tiêu chuẩn để lựa chọn nhà phân phối chủ yếu dựa trên giá cả, chất lượng thuốc, uy tín của công ty phân phối và lợi ích bệnh viện nhận được. Theo kết quả thanh tra mới đây của Cục Quản lý Dược tại 6 nhà thuốc bệnh viện và 8 nhà thuốc khu vực gần bệnh viện cho thấy, gần 98% các loại thuốc tại nhà thuốc bệnh viện được bán với giá thấp hơn so với các nhà thuốc ngoài bệnh viện⁵⁸. Tuy nhiên, một số nghiên cứu khác lại chứng minh kết quả ngược lại, giá thuốc tại nhà thuốc trong bệnh viện đắt hơn giá bán lẻ bên ngoài. Báo cáo mới đây của Tổ chức y tế thế giới về giá thuốc tại Việt Nam cũng nhận định rằng, giá thuốc tại khu vực công lập cao hơn so với khu vực tư nhân⁶⁴.

2.2.4. Hiệu thuốc

Đây là địa chỉ đầu tiên người bệnh tìm đến khi đau ốm với mục tiêu tiết kiệm thời gian và chi phí. Hiện nay, trên thị trường Việt Nam có hơn 39.000 hiệu thuốc. Hầu hết các thuốc được bán không có đơn thuốc kèm theo⁶⁵.

Người bệnh mô tả triệu chứng bệnh, và người bán thuốc với kiến thức hạn chế về y, dược, sẽ đưa ra các hướng dẫn lựa chọn. Sau thời gian 5 năm thực hành tại cơ sở Dược, dược sỹ có quyền xin cấp giấy phép hành nghề Dược tư nhân, và phải có mặt tại cơ sở kinh doanh dược mà họ đứng tên, tuy nhiên tình trạng các dược sỹ cho thuê bằng là khá phổ biến trong khi vẫn làm việc toàn bộ thời gian ở cơ sở khác. Hầu hết bệnh nhân mua thuốc kháng sinh điều trị trong một thời gian ngắn, khoảng 3 ngày. Kháng sinh thường được bán kèm với vitamin, thuốc hạ sốt và một số thuốc nhóm steroids [Số liệu chưa công bố OUCRU-HMU].

2.2.5. Giá thuốc ở các cấp khác nhau trong kênh phân phối

Một khảo sát nhỏ tại chợ thuốc Hà Nội và một số nhà thuốc tại địa bàn xung quanh bệnh viện Bạch Mai cho thấy, giá thuốc kháng sinh bán lẻ thường cao hơn giá bán buôn khoảng 15-20% (Xem bảng 5). Giá thuốc trong bệnh viện thường thấp hơn giá thuốc bán buôn khoảng 15-20% do giá thuốc trong bệnh viện là giá thuốc trúng thầu, đã được ấn định vào đầu năm, khi các hợp đồng đấu thầu được ký kết. Trong khi đó, giá thuốc bán buôn có thể tăng do cơ chế thị trường. Giá thuốc trong bệnh viện chỉ áp dụng cho bệnh nhân nội trú. Đối với bệnh nhân ngoại trú, có thể mua thuốc từ nhà thuốc bệnh viện, với giá bán lẻ được qui định

bởi Bộ Y tế (Xem bảng 6)⁶⁶. Hiện chưa có số liệu đáng tin cậy về tổng chi phí cho kháng sinh trên toàn quốc ở Việt Nam. Ở các cơ sở công lập, kháng sinh chiếm khoảng 40-50% tổng chi phí cho thuốc nói chung. Trong số 100 dược phẩm có doanh thu cao nhất tại thị trường Việt Nam năm 2002, 21 thuốc là kháng sinh, chiếm 29% tổng giá trị⁶⁷. Do đó lợi nhuận từ kháng sinh đem lại chiếm tỷ trọng khá lớn trong tổng số lợi nhuận mà cơ sở kinh doanh thu được⁶⁸.

2.2.6 Kiểm soát giá thuốc

Cục Quản lý Dược phối hợp với Bộ Tài chính chịu trách nhiệm thi hành và thiết lập hệ thống kiểm soát giá thuốc. Hội đồng này cần hoạch định các hoạt động và tổ chức hợp định kỳ. Cục Quản lý Dược còn thiếu bằng chứng đầy đủ để thiết lập hệ thống giá thuốc. Tổ chức y tế thế giới hỗ trợ trong việc thu thập dữ liệu và tiến hành các nghiên cứu giám sát về giá thuốc cũng như các cấu thành của giá thuốc.

Cơ chế hiện tại vẫn chưa đạt được các mục tiêu mong muốn vì giá thuốc ở Việt Nam vẫn cao hơn giá thuốc thế giới⁶⁴. Hiện tại, Cục Quản lý dược thu thập giá CIF của tất cả các thuốc nhập khẩu và yêu cầu các nhà sản xuất công bố giá bán buôn trước khi cấp số đăng ký. Tuy nhiên, không có giới hạn trần đối với giá bán buôn. Chính phủ cũng không có biện pháp nào để thương lượng về giá bán buôn. Thậm chí có so sánh giá CIF với giá bán buôn thì giá bán

buôn vẫn được phép cao hơn giá CIF. Các bệnh viện được yêu cầu mua thuốc qua quá trình

Năm

Bảng 5: Giá của một số kháng sinh ở các cấp độ khác nhau

Kháng sinh	Công ty	Đơn vị	Bệnh viện	Giá bán buôn (USD)	Giá bán lẻ (USD)
Augmentin 625mg (Amoxicillin + Acid Clavulanic)	GSK-England	viên	0,58	0,79	0,89
Unasyn (Ampicillin+Sulbactam)	Pfizer-Italy	lọ	3,56	4,26	4,96
Cefalexine 500mg	Traphaco-Vietnam	viên	0,025	0,035	0,042
Cefaclor 125mg	Mekofarm-America	viên	0,36	0,48	0,55
Cefuroxim 750mg	Rotex-Germany	lọ	2,43	2,81	3,24
Ciprofloxacin 500mg	Bayer-Germany	viên	0,67	0,76	0,89

Nguồn: khảo sát tại chợ thuốc Ngọc Khánh, Hà Nội và một số hiệu thuốc xung quanh bệnh viện Bạch Mai.

đấu thầu theo giá bán buôn. Giá bán buôn đã cao, kết hợp với việc các nhà thầu đẩy giá cao đến mức tối đa dẫn đến giá thuốc cao tại khu vực công lập. Giá bán lẻ được thị trường qui định, tuy nhiên thị trường có xu hướng bán thuốc biệt dược hơn là thuốc gốc giá rẻ⁶⁴. Với các chính sách hiện nay, các nhà cung cấp dễ dàng điều chỉnh tăng giá và chính phủ không thể kiểm soát. Một số quốc gia có cơ chế kiểm soát giá cả chặt chẽ hơn, với chính sách thuốc gốc mạnh mẽ, phối hợp với hệ thống mua bán hợp lý nhằm hạ giá thành của thuốc.

Bảng 6. Giá thuốc bán lẻ và nhà nước qui định mức giá thặng dư cho nhà thuốc bệnh viện

STT	Giá gốc/Đơn vị (USD)	Thặng dư tối đa (%)
1	≤ 0,054	20
2	0,054-0,27	15
3	0,27-5,41	10
4	5,41-54,05	7
5	>54,05	5

Nguồn: Qui định về tổ chức và hoạt động của Nhà thuốc bệnh viện (Ban hành kèm theo Quyết định số: 24/2008/QĐ-BYT, ngày 11/7/2008 của Bộ trưởng Bộ Y tế)

2.2.7. Thuốc giả

Một số kháng sinh giả thường gặp ở thị trường Việt Nam gồm có: ampicillin, Amoxicillin, chloramphenicol, erythromycin and tetracycline⁶⁹. Hầu hết các loại thuốc này được bán tại các cơ sở kinh doanh không có giấy phép. Các báo cáo về thuốc bị thu hồi cho thấy trong 5 năm trở lại đây số lượng thuốc bị thu hồi giảm đáng kể, và có thể sẽ tiếp tục giảm trong thời gian sắp tới, khi mà lộ trình GPP được triển khai với tất cả các cơ sở kinh doanh được phẩm hợp pháp. người dân sẽ không phải mua thuốc từ các cơ sở không đăng ký cấp giấy phép kinh doanh⁶⁹. Theo Bộ Y tế, năm 2008, 25

lô thuốc kháng sinh trong tổng số 94 thuốc bị thu hồi do không đạt tiêu chuẩn về chất lượng⁷⁰.

Năm 2008, có sự gia tăng tỉ lệ thuốc giả được phát hiện do tăng cường hoạt động giám sát và sự phối hợp giữa các ban ngành (Bảng 7)⁷¹.

Bảng 7. Thuốc giả được phát hiện qua các năm⁷¹

Năm	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Tỉ lệ (%)	0.06	0.05	0.03	0.06	0.06	0.09	0.13	0.17	0.21

Nguồn: Cục Quản lý Dược – Bộ Y tế Việt Nam⁷¹

2.3. Sử dụng kháng sinh tại các tuyến cơ sở

Với sự hỗ trợ của Tổ chức Y tế Thế giới WHO và UNICEF, Bộ Y tế đã xây dựng các hướng dẫn điều trị đối với các bệnh thường gặp ở trẻ bao gồm bệnh viêm đường hô hấp cấp (ARIs), viêm màng não, tiêu chảy, cúm, viêm phổi mắc phải ở cộng đồng, và tiêu chảy do ly trực khuẩn⁷². Hướng dẫn điều trị các bệnh nhiễm khuẩn thường gặp (Bộ y tế, 2006) bao gồm các hướng dẫn cụ thể về liệu pháp kháng sinh (tên, liều, thời gian điều trị) dựa trên cấp độ của cơ sở khám chữa bệnh, triệu chứng, tình trạng bệnh, cân nặng và lứa tuổi, và lựa chọn theo căn nguyên gây bệnh⁷³. Đồng thời, hướng dẫn cũng đưa ra những khuyến cáo về việc giám sát độc tính của thuốc trên bệnh nhân (ví dụ theo dõi độc tính trên thận với kháng sinh nhóm aminoglycosides).

Tại cộng đồng, hướng dẫn của Bộ Y tế khuyến cáo dùng penicillin hoặc amoxicillin cho trường hợp viêm phổi chưa rõ nguyên

nhân. Amoxicillin phối hợp axit clavulanic hoặc kháng sinh cephalosporin thế hệ 2, 3 có thể dùng thay thế. Đối với trường hợp nghi viêm phổi không điển hình, kháng sinh nhóm macrolide có thể được lựa chọn bổ sung trong liệu pháp điều trị. Với tình trạng kháng kháng sinh hiện tại của *S. pneumoniae* và *H. influenzae*, khuyến cáo sử dụng penicillin hoặc amoxicillin có thể không hiệu quả⁷⁴. Thực tế, ampicillin hoặc cephalexin (cephalosporin thế hệ 1) thường được chỉ định ở trạm y tế xã. Tại các tuyến bệnh viện, bệnh nhân mắc viêm phổi cộng đồng được chỉ định amoxicillin (đơn hoặc phối hợp với axit clavulanic) hoặc cephalosporin thế hệ 2, 3 và một kháng sinh nhóm macrolide.

Đối với viêm màng não, hướng dẫn khuyến cáo dùng kháng sinh đường tiêm với lựa chọn ban đầu là ceftriaxon. Chỉ định phụ thuộc vào đối tượng trẻ em hoặc người lớn và căn nguyên gây bệnh. Đáng chú ý là, một căn nguyên quan trọng gây viêm màng não ở người lớn thường

gặp ở Việt Nam, *Streptococcus suis*, không được đề cập trong hướng dẫn. Hơn nữa, hướng dẫn cũng khuyến cáo dùng penicillin đường tĩnh mạch đối với viêm màng não do phế cầu, mặc dù trên thực tế mức độ kháng với kháng sinh này tương đối cao. Trovafloxacin cũng được khuyến cáo sử dụng trong điều trị viêm màng não trong khi thuốc này đã bị cấm sử dụng trong nhiều năm do độc tính cao với gan. Đối với lý trực khuẩn gây tiêu chảy có lẫn máu ở trẻ, hướng dẫn khuyến cáo bổ sung nước và điện giải phối hợp với amoxicillin hoặc cotrimoxazole. Đối với người lớn, khuyến cáo dùng ORS phối hợp với một kháng sinh nhóm fluorquinolone (ví dụ ciprofloxacin). Hơn nữa, các bệnh viện tuyến dưới không được phép chỉ định kháng sinh cho các bệnh nhân nghi viêm màng não vi khuẩn. Đơn vị có nhiệm vụ thực hiện việc chuyển bệnh nhân lên tuyến trên để chẩn đoán và điều trị⁷³.

Hướng dẫn xử lý lồng ghép các bệnh thường gặp ở trẻ (Bộ Y tế, 2006) chủ yếu hướng dẫn các bà mẹ chăm sóc trẻ tại nhà hoặc đưa trẻ đến trung tâm y tế trong trường hợp bệnh nặng. Trong tài liệu này, khái quát đánh giá, phân loại và điều trị bệnh thường gặp ở trẻ bao gồm viêm phổi và tiêu chảy. Hướng dẫn khuyến cáo dùng cotrimoxazole, amoxicillin, hoặc erythromycin đối với các trường hợp viêm đường hô hấp nặng. Đồng cũng khuyến cáo không sử dụng kháng sinh trong trường

hợp trẻ ho hoặc cảm lạnh không có triệu chứng viêm phổi. Trẻ có dấu hiệu tiên lượng bệnh nặng, phải được tiêm bắp một liều chloramphenicol và sau đó đưa trẻ đi bệnh viện.

Một nghiên cứu được tiến hành năm 2007 nhằm đánh giá kiến thức sử dụng kháng sinh ở khu vực nông thôn Việt Nam cho thấy mặc dù có các tài liệu hướng dẫn điều trị, một nghiên cứu cộng đồng tại khu vực nông thôn Việt Nam cho thấy, kiến thức về sử dụng kháng sinh không tuân thủ theo các hướng dẫn này dẫn đến tình trạng xử lý viêm đường hô hấp cấp không hợp lý của các cán bộ y tế⁷⁴. Kháng sinh thường được chỉ định để điều trị cảm lạnh và ho thông thường. Ngoài ra, liều dùng và quá trình điều trị cũng thường không tuân thủ theo hướng dẫn⁷⁵.

2.4. Sử dụng kháng sinh không hợp lý

Trong chương trình đào tạo tại các trường Y, dược, thời lượng giảng dạy về kháng sinh, kháng kháng sinh và cách kê đơn chiếm tỉ lệ rất nhỏ. Một nghiên cứu dựa trên cộng đồng được tiến hành năm 2003 báo cáo rằng, 78% kháng sinh được mua tại các nhà thuốc tư nhân mà không có đơn⁶⁷, 67% tham khảo tư vấn dược sỹ trước khi sử dụng và 11% tự quyết định về việc dùng thuốc; chỉ có 27% nhân viên dược có kiến thức đúng về kháng sinh và kháng kháng sinh.

Đã có các qui chế về việc cấm bán thuốc kháng sinh không có đơn, tuy nhiên các qui chế này đến nay vẫn chưa có hiệu lực.

Đối với trẻ bệnh, các bà mẹ thường tự kê đơn, 82% trẻ có ít nhất một triệu chứng viêm đường hô hấp cấp (ARI) đã được điều trị với kháng sinh. Năm 1999 kháng sinh được sử dụng phổ biến nhất bao gồm: ampicillin hoặc amoxicillin (86%), penicillin (12%), erythromycin (5%), tetracyclin (4%) và streptomycin (2%). Kháng sinh được dùng khoảng 3 ngày, quá ngắn cho điều trị viêm phổi do vi khuẩn với thời gian điều trị tối thiểu được khuyến cáo là 5 ngày. Năm 2007, xu hướng sử dụng kháng sinh đã thay đổi, cephalosporins đường uống được dùng phổ biến đối với các bệnh có triệu chứng nặng. Các kháng sinh thường dùng là: ampicillin hoặc amoxicillin (49%), cephalosporin thế hệ 1, đường uống (27%), cotrimoxazol (11%), macolides (3%), loại khác (2%)⁷⁶.

Cũng giống như một số nước khác, một trong những nguyên nhân của tình trạng sử dụng kháng sinh không hợp lý là do đề nghị của bệnh nhân, áp lực về thời gian thăm khám, thiếu kiến thức, thiếu khả năng chẩn đoán, lợi nhuận kinh tế đối với người kê đơn [Nguồn: Báo cáo hội thảo khoa học lần thứ nhất của GARP]. Một thách thức lớn là xác định và thay đổi cấu trúc khuyến khích đối với việc kê đơn không hợp lý. Hơn nữa, chi phí mà người bệnh

phải tự chi trả chiếm tỉ trọng lớn trong tổng chi phí y tế, do đó người dân có xu hướng tìm kiếm cách thức rẻ nhất cho việc chăm sóc sức khoẻ.

2.5 Cơ chế khuyến khích

Như báo cáo của Cục Quản lý Khám Chữa bệnh năm 2009, chi phí cho kháng sinh chiếm trên 30% tổng chi phí của bệnh viện cho thuốc và hoá chất. Một phần lớn kinh phí được chi cho cephalosporins thế hệ 3 (ceftriaxone, cefoperazone), quinolones (levofloxacin) và carbapenem (imipenem). Bảng 8 liệt kê một số lợi ích vật chất được sử dụng nhằm kích lệ việc kê đơn và sử dụng thuốc kháng sinh từ các báo cáo được trình bày tại hội thảo năm 2009 [Nguồn: Báo cáo hội thảo khoa học lần thứ nhất của GARP]. Ở bệnh viện tuyến dưới, đặc biệt đối với bệnh nhân khám bảo hiểm y tế, các kháng sinh rẻ thường được lựa chọn ví dụ như amoxicillin. Trong khi đó, ở các phòng khám tư nhân, bác sỹ thường có xu hướng chọn các kháng sinh mạnh như cephalexin, zinnat, hoặc augmentin. Hơn nữa, các công ty dược phẩm thúc đẩy việc tiêu thụ sản phẩm bằng các chính sách khuyến khích bác sỹ kê đơn.

Bảng 8. Khuyến khích cho việc sử dụng kháng sinh

Phân loại	Khuyến khích
Bác sỹ ở cơ sở công lập	Chia sẻ giá thuốc, tham gia hội thảo, quà tặng Thoả mãn mong đợi của bệnh nhân Có thể tiết kiệm thời

	gian
Bác sỹ ở cơ sở tư nhân	Chia sẻ giá thuốc Thoả mãn mong đợi của bệnh nhân
Phòng khám tư	Hỗ trợ về cơ sở vật chất, ví dụ như điều hoà nhiệt độ như, TV, vv,
Bệnh viện	Chia sẻ giá trị hợp đồng đấu thầu thuốc, hỗ trợ về cơ sở vật chất
Nhà thuốc/Hiệu thuốc	Các chương trình khuyến mại, giảm giá Chia sẻ lợi nhuận dựa trên chính sách giá
Bệnh nhân	Mong muốn được chỉ định thuốc mạnh như kháng sinh “Cần tác vô áy náy”, vì không đủ khả năng chẩn đoán xác định căn nguyên vi khuẩn gây bệnh Tự điều trị rẻ hơn và thuận tiện hơn là đi khám bác sỹ

2.6. Các ví dụ về mức sử dụng kháng sinh trên người

IMS là một tổ chức thương mại nghiên cứu về thị trường dược phẩm Việt Nam theo 2 kênh chính: nhà thuốc bán lẻ và nhà thuốc bệnh viện. Số liệu của nhà thuốc bán lẻ sử dụng ở đây được thống kê từ 439 nhà thuốc không bao gồm các cơ sở bán buôn. Số liệu về nhà thuốc bệnh viện được thống kê từ 62 bệnh viện trong khu vực 5 thành phố: Hà Nội, thành phố Hồ Chí Minh, Hải Phòng, Đà Nẵng và Cần Thơ. Số liệu về doanh thu trong vòng 1 năm: từ đầu quý 4 năm 2008 đến hết quý 3 năm 2009.

Con số thống kê cho thấy, các kháng sinh có doanh thu cao tương tự như nhau giữa nhà

thuốc bán lẻ và bệnh viện (Hình 1). Cephalosporins uống (J01D01) là kháng sinh phổ biến nhất ở cả 2 cơ sở y tế nói trên, tiếp đến là penicillins phổ rộng (J01C01), macrolides và fluoroquinolones. Sự khác biệt đáng kể giữa nhà thuốc và bệnh viện là các kháng sinh tiêm chủ yếu được dùng ở bệnh viện hơn là bán lẻ ở nhà thuốc. Do đó, các kháng sinh aminoglycosides và carbapenems tiêm thường được dùng chủ yếu ở bệnh viện, hiếm khi bán ở nhà thuốc bán lẻ. Các kháng sinh thế hệ cũ như chloramphenicol chủ yếu được bán ở hiệu thuốc bán lẻ và ít dùng ở bệnh viện. Doanh số của polymyxins (ví dụ colistin) rất thấp vì những thuốc này chưa được đăng ký ở Việt Nam trong điều trị các căn nguyên nhiễm trùng kháng kháng sinh, mặc dù vậy, các kháng sinh này vẫn được liệt kê trong danh mục thuốc chủ yếu sử dụng trong bệnh viện.

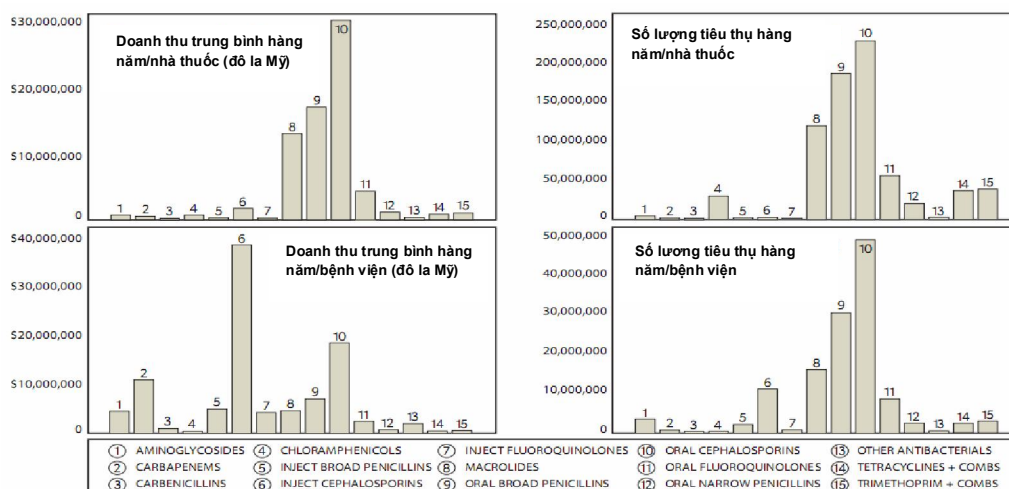
Số liệu tương tự tại Mỹ cho thấy, kháng sinh tiêm cũng có chiếm tỉ trọng lớn trong kinh phí điều trị. Cephalosporins tiêm có doanh thu cao nhất trong bệnh viện, tiếp theo là carbapenems. Ở hiệu thuốc bán lẻ, các kháng sinh cephalosporins tiêm cũng trở nên ngày càng quan trọng.

Một nghiên cứu thí điểm tại NHTD (2008-2009) đánh giá mức độ sử dụng kháng sinh thông qua liều xác định hàng ngày trên 100 giường-ngày (DDD/100 giường-ngày). Số liệu của khoa Dược cho thấy, có 44 loại kháng sinh

được sử dụng [số liệu chưa công bố NHTD]. Các kháng sinh có giá trị DDD /100 giường-ngày cao nhất trong năm 2009 lần lượt là levofloxacin (104,73), ceftriaxone (85,93), doxycyclin (62,58), ampicillin (±sulbactam) (tương ứng là 48,86 và 45,36), azithromycine (42,59), imipenem (22,58), cefoperazone (22,14) và streptomycine (21,9). Mức tiêu thụ của levofloxacin là cao nhất tiếp theo là ceftriaxone, azithromycin và doxycyclin (Xem hình). 7 kháng sinh có mức tiêu thụ cao nhất tăng gần gấp đôi trong năm 2009 so với số liệu

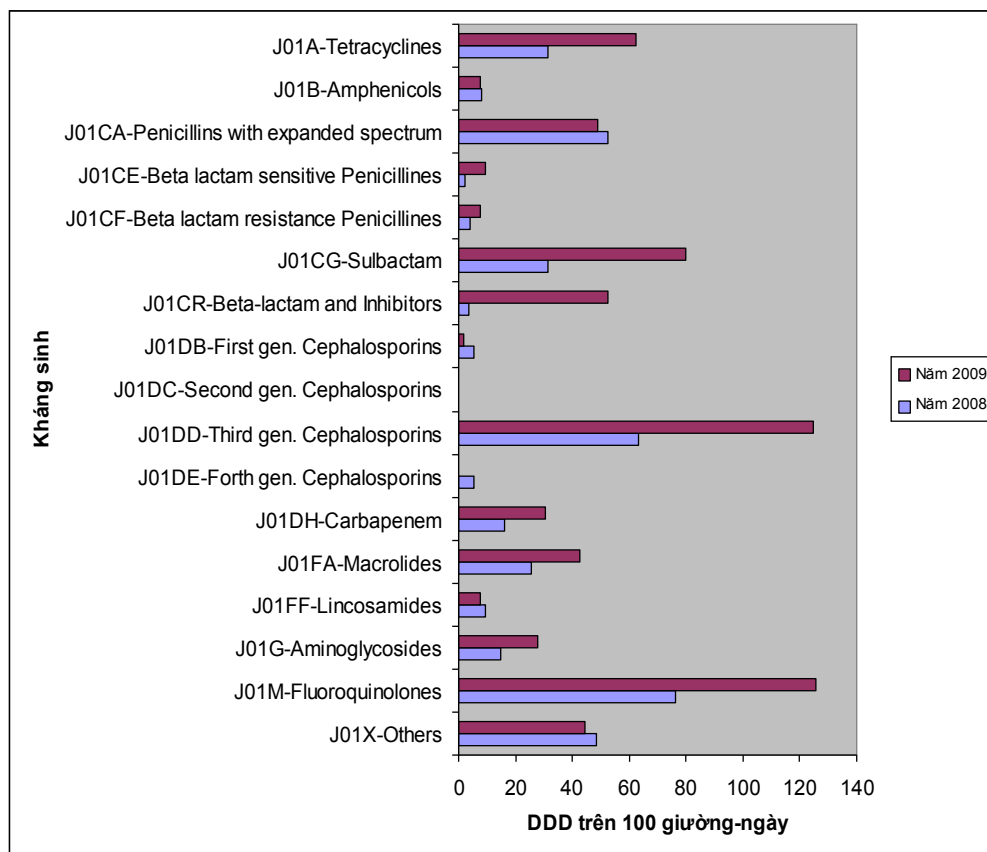
năm 2008. Ví dụ, fluoroquinolones tăng từ 76,5 DDD/100 giường-ngày đến 125,6 và cephalosporins thế hệ 3 từ 63,4 đến 124,5 DDD/100 giường-ngày. Đáng chú ý là, meropenem tăng khoảng 8 lần năm 2009 (7,8 DDD/100 giường-ngày) so với năm 2008 (0,9/100 giường-ngày). Các kháng sinh thế hệ cũ như amphenicols và cephalosporins thế hệ 1 hoặc 2, ít được sử dụng trong điều trị (Xem hình 3). Hình 4 chỉ ra kháng sinh sử dụng nhiều nhất vào các tháng 6, 7 và 11 năm 2009.

Hình 6. Số liệu về doanh thu của kháng sinh tại Việt Nam.



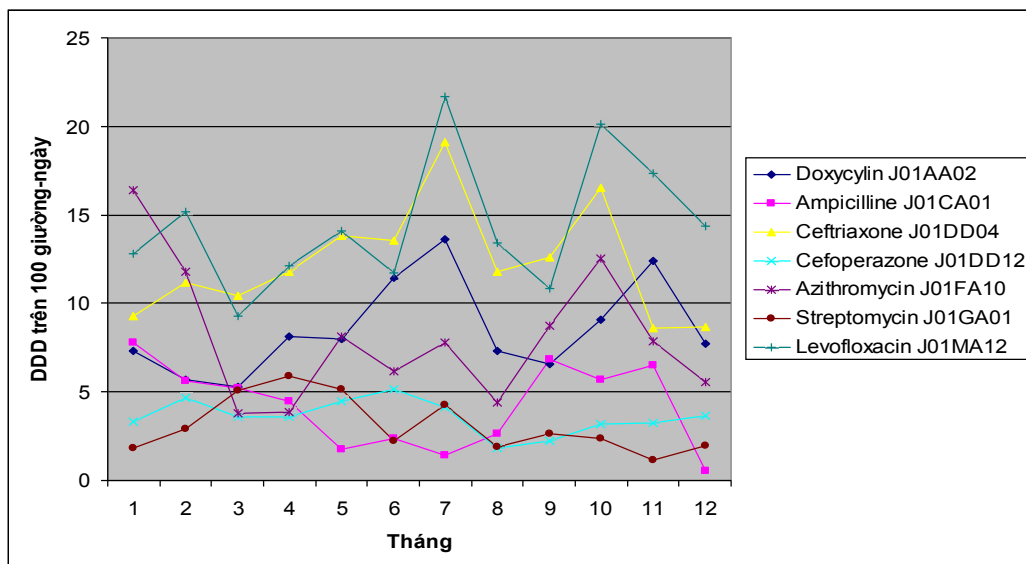
Số lượng trung bình thuốc kháng sinh được bán của nhà thuốc tư (trên) và bệnh viện (dưới). Doanh thu trung bình hàng năm tính theo đô la Mỹ từ kháng sinh của nhà thuốc tư (trên) và bệnh viện (dưới).

Hình 7: DDD trên 100 giường ngày của các loại kháng sinh năm 2008-2009



Chú ý: Kháng sinh khác bao gồm Vancomycin, Fosfomycin, Rifampicin, Metronidazole, Tinidazole.

Hình 8: DDD trên 100 giường-ngày theo tháng của 7 loại kháng sinh có mức tiêu thụ cao nhất năm 2009



2.7. Chi phí cho kháng sinh tại các bệnh viện

Bộ Y tế thu thập các báo cáo về tình hình sử dụng thuốc tại bệnh viện. Theo thống kê từ các báo cáo này, kháng sinh chiếm khoảng 36% tổng chi phí cho thuốc và hoá chất (khoảng giới hạn từ 3% đến 89%, xem bảng 9). Trong số 100 bệnh viện chọn ngẫu nhiên, bệnh viện tuyến trung ương (12%) chi khoảng 26% (giới hạn 10-45%) cho thuốc kháng sinh trong tổng kinh phí cho thuốc nói chung. Bệnh viện tâm thần có mức chi phí cho kháng sinh thấp nhất (3%). Tỷ lệ cao nhất được báo cáo tại bệnh viện nhi thành phố Hồ Chí Minh (89%). Bệnh viện bệnh nhiệt đới trung ương, bệnh viện đầu ngành về bệnh truyền nhiễm, chi 35% cho

thuốc kháng sinh. Trong số 4 nhóm bệnh viện, thì bệnh viện đa khoa tuyến tỉnh/thành phố có mức chi trung bình cho kháng sinh là cao nhất (43%)⁷⁷.

Bảng 9. Chi phí bệnh viện cho kháng sinh năm 2009 (số liệu: Bộ Y tế)

Phân loại bệnh viện	Số lượng bệnh viện	Kháng sinh / Tổng chi phí cho thuốc (%)	Trung bình (%)
Bệnh viện đa khoa tuyến trung ương	12	10-45	26
Bệnh viện chuyên khoa	21	5-89	28

tuyến trung ương			
Bệnh viện đa khoa tuyến tỉnh	52	6-88	43
Bệnh viện chuyên khoa tuyến tỉnh	15	3-66	34

Nguồn: Bộ Y tế

2.8. Giám sát kháng kháng sinh

Hiện nay, Việt Nam chưa có chương trình giám sát quốc gia về kháng kháng sinh ở qui mô toàn quốc. Cơ quan hợp tác phát triển quốc tế Thụy Điển (SIDA) và Bộ Y tế phối hợp hỗ trợ chương trình giám sát kháng kháng sinh trong vòng hơn 10 năm tính đến năm 2006, được biết đến với tên gọi Chương trình giám sát mức độ nhạy cảm với kháng sinh (ASTS). Các bệnh viện trọng điểm trên toàn quốc tham gia vào chương trình này đã xây dựng được các báo cáo hàng năm. Tuy nhiên, tác động của các báo cáo này, cũng như thành tựu của toàn bộ chương trình vẫn chưa được đánh giá một cách toàn diện và rõ ràng. Đến nay, có 8 bệnh viện tiếp tục đăng tải dữ liệu WHO-NET lên trung tâm dữ liệu do Khoa vi sinh Bệnh viện Bạch Mai- là một trong những bệnh viện đa khoa đầu ngành tuyến trung ương. Mới đây, Bộ Y tế cũng mới xây dựng chương trình giám sát kháng kháng sinh mới nhằm thu thập các báo cáo về tình hình sử dụng thuốc cũng như kháng kháng sinh từ 20 bệnh viện khác nhau có các phòng xét nghiệm vi sinh lâm sàng.

Dưới đây là một số báo cáo về kháng kháng sinh đã được công bố, thông tin tham khảo xem thêm phần phụ lục A.

Streptococcus pneumoniae

Mức độ kháng penicillin của *S. pneumoniae* tăng đáng kể. Một nghiên cứu ở TP Hồ Chí Minh cho thấy, trong 10 năm, tỉ lệ các chủng pneumococcus kháng penicillin phân lập từ máu và dịch não tủy tăng từ 8% (1993-1995) lên 56% (giai đoạn 1999-2002)⁷⁸. Năm 2000-2001, Việt Nam có tỉ lệ kháng penicillin cao nhất trong 11 nước khu vực Châu Á (71.4%)⁷⁹. Mức độ kháng penicillin của trẻ ở thành thị cao gấp 22 lần so với trẻ ở nông thôn⁸⁰. Trong chương trình nghiên cứu quốc gia về kháng kháng sinh (ANSORP), Việt Nam có mức độ kháng cao với penicillin (71,4%) và erythromycin (92,1%)⁷⁹. Hơn nữa, 75% phế cầu khuẩn kháng với ít nhất 3 loại kháng sinh trở lên. Hầu hết các chủng phế cầu vẫn nhạy cảm với ceftriaxon⁴⁴.

Haemophilus influenzae

Hib phân lập từ trẻ viêm màng não mũ ở Hà Nội (2000-2002) cho thấy 57% các chủng sinh men β -lactamase dẫn đến kháng ampicillin⁸¹. Mức độ kháng tương tự cũng được ghi nhận ở trẻ viêm đường hô hấp trên ở Nha Trang⁸².

Enterobacteriaceae

Theo báo cáo của Bệnh viện chấn thương chỉnh hình thành phố Hồ Chí Minh (2004) cho thấy, trong số các chủng Gram âm phân lập được, 14,7% sinh ESBL. Trong số các chủng sinh ESBL, 70% kháng gentamicin và 72,5% kháng ciprofloxacin⁸³. Tình trạng kháng cephalosporins phổ rộng là khá phổ biến trong số các chủng *E. coli*, *K. pneumoniae* và *Proteus mirabilis* từ 2000-2001 ở thành phố Hồ Chí Minh: hơn 25% kháng với cephalosporins thế hệ 3 và 16% kháng với cefoperazone⁸⁴. Một nghiên cứu khác cũng ở thành phố Hồ Chí Minh cho thấy 42% các chủng Enterobacteriaceae kháng ceftazidime, 63% kháng với gentamicin và 74% kháng axit nalidixic. Tỷ lệ kháng cao cũng được ghi nhận ở người khỏe mạnh trong cộng đồng⁸⁵.

Shigella

Tỷ lệ kháng cao cũng được ghi nhận, cụ thể là: trimethoprim-sulfamethoxazole (81%), tetracycline (74%), ampicillin (53%), ciprofloxacin (10%), và ceftriaxone (5%)⁸⁶. Hơn 75% các chủng đa kháng kháng sinh⁸⁷. Một nghiên cứu khác tại khu vực phía Nam Việt Nam (2006-2008) chỉ ra rằng 15,3% kháng ceftriaxone⁸⁸.

Salmonella typhi

Ở Việt Nam, tỷ lệ các chủng *S. typhi* đa kháng kháng sinh vẫn chiếm tỷ lệ tương đối cao với khoảng 50% năm 2004. Mức độ kháng axit nalidixic tăng rõ rệt trong vòng 12 năm, từ 4% lên 97% năm 2005⁸⁹. Một báo cáo khác cho thấy hơn 80% các chủng *S. typhi* phân lập được kháng với kháng sinh axit nalidixic⁹⁰.

2.9. Kháng sinh sử dụng trên động vật

2.9.1. Xu hướng sử dụng

Một lượng lớn dược phẩm được sử dụng trên động vật bao gồm kháng sinh, vitamin và các thuốc diệt ký sinh trùng. Trong đó, kháng sinh chiếm phần lớn nhất (70% trong tổng số thuốc) được sử dụng trên động vật⁹¹. 77% các thuốc dùng cho động vật là thuốc sản xuất trong nước và 23% là thuốc nhập khẩu. Chưa có số liệu chính thức về lượng kháng sinh sử dụng trong nuôi trồng thủy sản, tuy nhiên việc sử dụng ngày càng rộng rãi trong lĩnh vực này cũng được nhận thức rõ ràng. Theo báo cáo từ chính phủ Hà Lan có khoảng 700 g kháng sinh được sử dụng trên mỗi tấn cá trong nuôi trồng thủy sản ở Việt Nam, cao gấp 7 lần so với các quốc gia khác [Báo cáo từ Cục Quản lý Thực phẩm, Hà Lan, 2009, mã VWA/BuR/2009/13186]. Có 11 nhóm kháng sinh được sử dụng trong nuôi trồng thủy sản trong đó bao gồm cả các loại kháng sinh được sử dụng trong điều trị bệnh nhiễm khuẩn trên

người. Các kháng sinh được sử dụng gồm: β -lactams, aminoglycosides, macrolides, tetracycline, (fluoro)quinolones, Phenicol, polymyxins (colistin), pleuromutilins, lincosamides, sulfamides, diaminopyrimidine (trimethoprim)⁹¹.

Giám sát cả hai lĩnh vực chăn nuôi và nuôi trồng thủy sản cho thấy, tất cả các trang trại chăn nuôi đều sử dụng kháng sinh. Các kháng sinh được sử dụng là: tylosin (16%), amoxicillin (12%), gentamicin (9%), enrofloxacin (7%), penicillin (6%), lincomycin (6%), tiamulin (6%), colistin (5%), streptomycin (5%), norfloxacin (5%), tetracyclin (4%), ampicillin (4%) và florphenicol (3%). Theo báo cáo của Bộ Nông nghiệp, tình hình sử dụng kháng sinh trong chăn nuôi chưa hợp lý. Việc lựa chọn kháng sinh và liều dùng được quyết định chủ yếu dựa trên kinh nghiệm của chủ hộ (44%), 33% theo hướng dẫn của bác sĩ thú y, 17% theo hướng dẫn của nhà sản xuất. Các chủ hộ chăn nuôi không tuân thủ theo qui chế về việc ngừng sử dụng kháng sinh trước khi thu hoạch sản phẩm từ động vật⁹².

Giám sát tình hình sử dụng kháng sinh tại 30 trại lợn thịt và 30 trại nuôi gà thịt trên địa bàn tỉnh Hưng Yên và Hà Tây cho thấy 60% mẫu lợn thịt và 70% mẫu gà thịt nhiễm tetracyclins hoặc tylosins⁹¹. Một số mẫu vượt quá nồng độ cho phép. Giám sát ở 55 trang trại

nuôi lợn thịt ở tỉnh Đồng Nai và Bình Dương cho thấy tình trạng nhiễm kháng sinh khá phổ biến: 52% nhiễm tylosin, 41% nhiễm tetracycline, 7% nhiễm oxytetracycline và 2% nhiễm chlortetracyclin. Một số mẫu cũng vượt quá ngưỡng giới hạn cho phép⁹¹.

Quinolone và sulfonamide được sử dụng rộng rãi trong nuôi trồng thủy sản. Theo báo cáo hàng năm của Cục Quản lý Chất lượng Nông lâm Thủy sản cho thấy, dư lượng của một số kháng sinh hạn chế sử dụng được phát hiện trong nuôi trồng thủy sản: quinolone và sulfonamide. Hầu hết các mẫu phát hiện dư lượng đều nằm trong giới hạn cho phép. Tuy nhiên, có một số mẫu thủy sản phát hiện quinolone vượt quá giới hạn cho phép 18 lần⁹². Các kháng sinh bị cấm sử dụng trong nuôi trồng thủy sản ít bị phát hiện dư lượng, điều đó chứng tỏ, các qui định về xuất khẩu đã tạo ra những khuyến khích đáng kể trong việc sử dụng kháng sinh. Tuy nhiên, chloramphenicol vẫn phát hiện được sử dụng trong nuôi trồng thủy sản. Một nghiên cứu cho thấy, tỉ lệ cao của các mẫu nước ương nhiễm chloramphenicol, chứng tỏ kháng sinh này vẫn được sử dụng mặc dù đã bị cấm sử dụng trên động vật⁹¹. Xem phụ lục C (Bảng 12).

2.9.2. Lý do/khuyến khích đối với việc sử dụng kháng sinh trong nông nghiệp

Trong nông nghiệp, kháng sinh được sử dụng rộng rãi với mục đích kích thích tăng trưởng, hoặc phòng bệnh và điều trị. Kháng sinh được sử dụng với mục đích kích thích tăng trưởng theo khuyến cáo của FDA. Theo Cục thú y quốc gia (NOAH, 2001), kháng sinh được sử dụng với mục đích kích thích tăng trưởng “nhằm giúp động vật tiêu hoá thức ăn dễ dàng, giúp phát triển khỏe mạnh”⁹³. Thức ăn chăn nuôi lợn và gà thịt được bổ sung kháng sinh tetracycline và tylosin⁹¹. Tôm, cua và cá cũng phơi nhiễm với quinolone và sulfonamide⁹².

Trong nông nghiệp, chăn nuôi và nuôi trồng thủy sản đang ngày càng trở thành một ngành công nghiệp quan trọng ở Việt Nam và kháng sinh được sử dụng rộng rãi. Từ khi Việt Nam gia nhập Tổ chức thương mại thế giới, các qui định về sử dụng kháng sinh trên động vật cũng chặt chẽ hơn và một số kháng sinh bị cấm sử dụng. Tuy nhiên, giám sát dư lượng kháng sinh ở thịt và cá đã cho thấy những vi phạm trong việc tuân thủ qui chế về sử dụng kháng sinh. Các trang trại bị phát hiện dư lượng của kháng sinh cấm vượt quá giới hạn cho phép sẽ bị cấm thu hoạch, chế biến và xuất khẩu sản phẩm cho đến khi không phát hiện vi phạm. Bảng 10 trình bày các biện pháp khuyến khích việc sử dụng kháng sinh trong nông nghiệp.

Bảng 10: Các khuyến khích đối với việc sử dụng kháng sinh trong nông nghiệp

Khuyến khích	
Sử dụng	Không sử dụng
- Kích thích tăng trưởng (tăng sản lượng)	- Áp dụng các biện pháp thay thế để tăng sản lượng
- Cải thiện chất lượng sản phẩm	- Giảm áp lực về kháng kháng sinh đối với cả người và động vật
- Tăng kim ngạch xuất khẩu	- Tuân thủ các qui định của thị trường Mỹ và Châu Âu
- Kiểm soát bệnh dịch	- Không phải giám sát dư lượng kháng sinh
- Tiết kiệm về mặt kinh tế	- Quan tâm về sức khỏe

2.9.3. Kháng kháng sinh trong công nghiệp thực phẩm

Các bệnh liên quan đến thực phẩm là một trong những nguyên nhân quan trọng dẫn đến tỉ lệ mắc và tử vong trên thế giới. Thức ăn nhiễm vi khuẩn kháng kháng sinh có thể là mối hiểm họa lớn đối với sức khỏe cộng đồng. Trong một nghiên cứu khảo sát mức độ phổ biến của thịt nhiễm *Salmonella* spp và *E. coli* tại các chợ khu vực thành phố Hồ Chí Minh (2004) cho thấy tỉ lệ nhiễm khá cao (*Salmonella* spp: 60,8% sản phẩm thịt và 18,0% mẫu cá và hơn 90% tất cả các mẫu thực phẩm nhiễm *E. coli*. Khoảng 50% các chủng *Salmonella* và 84% *E. coli* phân lập được là kháng với ít nhất một kháng sinh, và *Salmonella* đa kháng kháng sinh cũng được phân lập ở tất cả các mẫu^{94, 95}. Một nghiên cứu ở Bắc Ninh cho thấy tất cả các chủng campylobacter phân lập từ gà thịt kháng với cephalothin, axit nalidixic (89,9%),

tetracyclin (88,6%) và ciprofloxacin (82,3%)⁹⁶.
Mức độ kháng của *Salmonella* từ thức ăn tại
khu vực đồng bằng Nam bộ, Việt Nam được

điều tra tính kháng kháng sinh với 10 loại
kháng sinh, 21,3% kháng kháng sinh⁹⁷.

III. Đánh giá sơ bộ, đề xuất chính sách và giải pháp can thiệp

3.1. Đánh giá sơ bộ

Từ khi Việt Nam chuyển sang nền kinh tế thị trường, thị trường dược phẩm đã trở nên phong phú và sẵn có đồng nghĩa với việc tăng cơ hội tiếp cận thuốc qua hệ thống nhà thuốc. Khả năng và cơ hội tiếp cận với kháng sinh góp phần tăng hiệu quả điều trị bệnh nhiễm khuẩn đồng thời cũng dẫn đến gia tăng tình trạng sử dụng thuốc không hợp lý. Kiến thức giới hạn của người dùng, người bán và dược sỹ về giá trị và nguy cơ của kháng sinh là một phần của vấn đề, tuy nhiên có những khuyến khích về tài chính đối với việc bán kháng sinh và lợi ích gián tiếp trong việc sử dụng kháng sinh là gánh nặng đối với xã hội. Thậm chí trong lĩnh vực chăm sóc sức khoẻ, những hạn chế về kiến thức trong việc sử dụng kháng sinh trong điều trị, về khả năng chẩn đoán phòng xét nghiệm để xác định căn nguyên gây bệnh và các khuyến khích đối với việc kê đơn dẫn đến sự gia tăng tình trạng sử dụng kháng sinh không hợp lý. Hiện nay đã có các qui định về kiểm soát sử dụng kháng sinh tuy nhiên sự tuân thủ các qui chế này vẫn còn chưa hiệu lực do chưa có các chế tài cụ thể.

Tình trạng phổ biến của vi khuẩn kháng kháng sinh ở Việt Nam đã ở mức độ báo động.

Đó là kết quả của việc sử dụng kháng sinh bừa bãi trong cộng đồng. Mặt khác, việc sử dụng kháng sinh trên động vật cũng ngày càng rộng rãi, là một trong những nguyên nhân quan trọng vẫn chưa bị phát hiện về vai trò của nó đối với tình trạng kháng kháng sinh của các căn nguyên gây bệnh trên người. Hậu quả tất yếu của tình trạng kháng kháng sinh gia tăng là nhiều kháng sinh vẫn được khuyến cáo sử dụng trong các tài liệu hướng dẫn điều trị nhưng thực tế không còn hiệu quả trên lâm sàng. Mặc dù đã có nhiều nỗ lực trong vấn đề về kháng kháng sinh, thực trạng này vẫn gây ra những ảnh hưởng tiêu cực về y tế và kinh tế quốc gia.

Bảng 11. Thách thức và cơ hội trong kiểm soát kháng kháng sinh

Cơ hội	Thách thức
Cộng đồng Thịnh vượng hơn Truyền thông tốt hơn (internet và điện thoại di động được sử dụng rộng rãi) Yêu cầu cao hơn đối với việc chăm sóc sức khoẻ	Cộng đồng Thuận tiện hơn khi đến hiệu thuốc Kiến thức nghèo nàn Cơ hội tiếp cận thông tin còn hạn chế
Hệ thống Dược Thay đổi thời lượng giảng dạy về kháng sinh và kháng kháng sinh trong các trường chuyên ngành Triển khai GPP Trung tâm cảnh giác dược	Hệ thống dược Khuyến khích đối với cung ứng Kiến thức hạn chế Cơ hội tiếp cận thông tin còn hạn chế Thời lượng giảng dạy về kháng sinh và kháng kháng sinh trong trường quá hạn chế
Hệ thống y tế Tăng giờ giảng trong	Hệ thống y tế Khuyến khích đối với

trường	người kê đơn
Tăng khả năng chẩn đoán	Kinh phí cho giám sát rất hạn chế
Triển khai chống nhiễm khuẩn	Năng lực chẩn đoán yếu
Sẵn sàng cải tiến	Kiểm thức hạn chế
Chương trình tăng cường năng lực phòng thí nghiệm	Cơ hội tiếp cận thông tin hạn chế
	Các hướng dẫn không cập nhật
	Thời lượng giảng dạy về kháng sinh và kháng kháng sinh trong trường quá hạn chế

3.2. Phân tích chính sách

Sự cần thiết của các chính sách liên quan đến việc sử dụng kháng sinh được các nhà lãnh đạo và hoạch định chính sách trong lĩnh vực y tế nhận thức một cách rõ ràng, và thực tế đã có rất nhiều điều luật và chính sách được ban hành nhằm giảm thiểu việc sử dụng kháng sinh không hợp lý (Xem bảng 12). Tuy nhiên, thực tế cho thấy việc thực hiện các điều luật và qui định vẫn chưa thực sự đem lại hiệu quả. Việc người dân tự do mua thuốc kháng sinh khi đau ốm là tình trạng khá phổ biến, tỷ lệ sử dụng kháng sinh trong bệnh viện cao và tình trạng kháng kháng sinh ngày càng gia tăng rõ rệt. Mặc dù đã có không ít các chính sách được ban hành, thực trạng kháng kháng sinh ở Việt Nam vẫn ngày càng nghiêm trọng.

Phần lớn các đề xuất chính sách hướng tới việc ban hành các qui chế, trong khi đó thị trường y, dược luôn tìm cách bãi bỏ hiệu lực của các qui chế này. Quan trọng là cần phải xác

định được rào cản nào dẫn đến sự kém hiệu lực của các qui chế liên quan đến việc cải thiện tình hình sử dụng kháng sinh và chống nhiễm khuẩn (ví dụ như, thiếu hụt về kinh phí, thiếu nhân lực và các khuyến khích về mặt tài chính). Đồng thời, tiên lượng hậu quả của việc hiệu lực hoá các chính sách này sẽ có thể dẫn đến những bất lợi về mặt lợi nhuận đối với các cơ sở y được cũng như cơ hội tiếp cận các dịch vụ chăm sóc sức khoẻ. Nắm bắt được điều này sẽ có thể cải thiện việc thi hành các chính sách một cách hiệu quả. Hơn nữa, cần nhận định rõ qui mô áp dụng trọng điểm của các qui chế, nếu không các mục tiêu sẽ bị phân tán và kém khả thi.

Một trong những nguyên nhân dẫn đến sự thiếu hiệu quả của các qui chế có thể là do việc bãi bỏ các qui chế của các cơ sở chăm sóc sức khoẻ, dẫn đến việc làm mất hiệu lực của các qui chế đối với việc kiểm soát tình hình sử dụng kháng sinh. Bên cạnh đó, chi phí từ tiền túi bệnh nhân đóng một phần lớn trong tổng chi phí y tế có thể là nguyên nhân dẫn đến tăng nhu cầu của người bệnh đối với các dịch vụ chăm sóc sức khoẻ và suy giảm quyền hạn của nhà nước đối với thị trường y, dược. Các chính sách giảm chi phí từ tiền túi bệnh nhân qua hệ thống bảo hiểm y tế có thể giảm vai trò của khách hàng đối với thị trường y, dược và do đó có thể tăng cường vai trò của nhà nước.

Ngoài các pháp chế trực tiếp đã tồn tại, các công cụ chính sách khác có thể đem lại hiệu

quả. Những biện pháp điều chỉnh một cách mềm dẻo và linh hoạt có thể đem lại hiệu quả, ví dụ như: khuyến khích cơ chế thị trường tự điều hoà phối hợp với các quy tắc thực hành. Các công cụ kinh tế, ví dụ như chính sách trợ cấp về thuốc, đã và đang được áp dụng rộng rãi nhằm cải thiện chính sách giá và các ưu đãi của thuốc, tạo thuận lợi đối với người tiêu dùng, đồng thời không gây ra những cản trở về mặt thị trường đối với các mặt hàng dược phẩm đó, ví dụ như, áp thuế đối với đa số các kháng sinh phổ rộng, ngược lại, chính sách trợ cấp chỉ áp dụng đối với một số lượng giới hạn các kháng sinh cụ thể.

Hệ thống thông tin, giáo dục và các bằng chứng điển hình cũng có thể là công cụ hữu hiệu giúp đem lại những thay đổi về mặt quan

điểm. Các phương pháp quảng cáo đã từng đem lại những thay đổi trong thái độ của các đối tượng cung cấp dịch vụ y tế. Ảnh hưởng từ phía các nhà lãnh đạo và các chuyên gia trong lĩnh vực y, dược cũng có thể đem lại thay đổi nhờ vào các bằng chứng điển hình trong thực tiễn. Chú trọng hơn nữa việc ghi nhãn các sản phẩm thuốc bắt buộc bán theo đơn có thể sẽ đem lại những hiệu quả tiềm năng đối với các cá nhân và toàn xã hội về việc sử dụng kháng sinh không hợp lý.

Tất cả các đề xuất về chính sách này cần được xem xét hết sức cẩn thận về tính khả thi, khả năng cũng như những tác động bất lợi mà các chính sách này có thể đem lại. Đó sẽ là đề tài nghiên cứu trong giai đoạn tiếp theo trong chương trình hoạt động của GARP-Việt Nam.

Bảng 12. Danh sách các chính sách hiện có liên quan đến việc sử dụng kháng sinh và thực trạng kháng kháng sinh tại Việt Nam và những đề xuất

Luật/Chính sách	Đề xuất
Thuốc kháng sinh là thuốc kê đơn	Hiệu lực hoá qui chế
Thành lập Hội đồng Thuốc và điều trị tại tất cả các bệnh viện từ tuyến trung ương đến cơ sở	Cung cấp cho hội đồng các công cụ/quyền chỉ đạo nhằm xây dựng các hướng dẫn kiểm soát kháng sinh hiệu quả tại các bệnh viện. Đồng thời báo cáo cho hội đồng các số liệu cập nhật và đáng tin cậy về tình hình kháng kháng sinh,
Thành lập Hội đồng chống nhiễm khuẩn tại tất cả các bệnh viện từ tuyến trung ương đến cơ sở	Cung cấp kinh phí hoạt động cho các hoạt động của hội đồng và nâng cấp cơ sở hạ tầng. Xây dựng các chỉ số chuẩn nhằm giám sát tiến độ như: tỉ lệ nhiễm khuẩn bệnh viện theo từng khoa và sự tuân thủ vệ sinh bàn tay,
Chương trình giám sát kháng kháng sinh quốc gia	Chuẩn hoá dữ liệu bằng cách áp dụng trên toàn quốc các tài liệu hướng dẫn xét nghiệm bao gồm cả kiểm soát chất lượng. Cung cấp kinh phí cho thử nghiệm mức độ kháng kháng sinh, kiểm soát chất lượng, tập huấn và báo cáo. Xây dựng các báo cáo hàng năm về tình hình sử dụng kháng sinh và thực trạng kháng kháng sinh.
Chương trình giám sát về sử dụng kháng sinh tại các bệnh viện	Chuẩn hoá các chỉ số về mức độ sử dụng kháng sinh theo đơn vị quốc tế, ví dụ như liều chỉ định hàng ngày (DDD) trên 100 giường-ngày. Xây dựng các báo cáo hàng năm về sử

	dụng kháng sinh và kháng kháng sinh trong cùng một bản báo cáo.
Chương trình giảng dạy trong các trường y, dược Hướng dẫn điều trị	Tăng thời lượng chương trình giảng dạy về sử dụng kháng sinh và kháng kháng sinh, Đảm bảo tính chính xác và cập nhật của các tài liệu hướng dẫn điều trị đối với các bệnh nhiễm khuẩn.
Trung tâm cảnh giác Dược	Thu hút sự tham gia của trung tâm cảnh giác Dược vào việc kiểm soát tình trạng kê đơn kháng sinh bất hợp lý.
Chương trình nâng cao năng lực phòng xét nghiệm vi sinh lâm sàng	Đảm bảo chất lượng các xét nghiệm vi sinh lâm sàng. Xem xét việc xây dựng một trung tâm chuẩn quốc gia về xét nghiệm chẩn đoán vi sinh lâm sàng. Xây dựng mạng lưới nhằm chia sẻ thông tin (dữ liệu, hướng dẫn, ý kiến của các chuyên gia).
Nông nghiệp: Qui chế về việc ngừng sử dụng kháng sinh trước khi thu hoạch sản phẩm từ động vật	Hiệu lực hoá qui chế. Xây dựng chương trình giám sát toàn quốc về sử dụng kháng sinh và kháng kháng sinh trên động vật Xây dựng báo cáo hàng năm về tình hình sử dụng kháng sinh và mức độ kháng kháng sinh trên động vật

3.3. Các cơ hội nghiên cứu

Đã có các dữ liệu đầy đủ để có thể kết luận về mức độ đáng báo động của tình hình sử dụng kháng sinh và thực trạng kháng kháng sinh. Tuy nhiên, các thông tin hiện có không được so sánh và tuyên truyền rộng rãi. Cần phải có tiếng nói đủ mạnh ủng hộ cho chiến dịch đối phó với tình trạng sử dụng kháng sinh không hợp lý hiện nay. Thiếu các dữ liệu về gánh nặng y tế và kinh tế dẫn đến chưa đủ khả năng thuyết phục các nhà hoạch định chính sách. Cần xác định rõ cơ chế khuyến khích cho việc kê đơn kháng sinh sẽ góp phần hỗ trợ thiết kế các can thiệp một cách hiệu quả.

Dựa trên bản phân tích thực trạng và những thiếu hụt về thông tin quan trọng đã được xác định, 3 nghiên cứu được đề xuất như sau:

1. Xây dựng mạng lưới thông tin về việc sử dụng kháng sinh và tình hình kháng kháng sinh: thiết lập các kênh chia sẻ thông tin giữa một số bệnh viện tiêu biểu như Bệnh viện Bạch Mai, Bệnh viện Bệnh Nhiệt đới Trung ương, Bệnh viện Nhiệt đới TP Hồ Chí Minh và Bệnh viện Chợ Rẫy. Cùng với sự hợp tác của Trung tâm Quốc gia về Thông tin thuốc và theo dõi phản ứng có hại của thuốc, mạng thông tin sẽ xây dựng và công bố các báo cáo định kỳ về sử dụng kháng sinh và tình hình kháng kháng sinh. Hơn nữa, các hướng dẫn cập nhật cũng như các tài liệu liên quan sẽ được lưu hành rộng rãi trên mạng nội bộ.
2. Nghiên cứu về gánh nặng của kháng kháng sinh: để xác định được các đặc điểm cơ bản của các căn nguyên gây

bệnh thường gặp tại một số bệnh viện tiêu biểu và đánh giá gánh nặng của kháng kháng sinh. Cần thuyết phục các nhà hoạch định chính sách để chỉ ra những tổn thất về kinh tế và y tế mà vấn đề kháng kháng sinh gây ra, đồng thời việc quản lý kháng sinh và kiểm soát kháng kháng sinh có thể giúp giảm thiểu những tổn thất này. Do đó, nghiên cứu đánh giá gánh nặng của kháng kháng sinh là hết sức cần thiết ở Việt Nam.

Nghiên cứu đề xuất: Đánh giá mức độ kháng kháng sinh của 5 căn nguyên vi khuẩn thường gặp nhất từ các bệnh phẩm: máu, dịch não tủy, và dịch hô hấp, đồng thời đánh giá mức độ phù hợp của các hướng dẫn điều trị. Đánh giá sự khác biệt về giá của các thuốc có thể sử dụng theo hướng dẫn điều trị và chi phí các thuốc thay thế dùng trong điều trị đối với bệnh nhân kháng kháng sinh.

3. Cấu trúc khuyến khích về kinh tế, can thiệp dựa trên cộng đồng, tại các hiệu thuốc bán lẻ có cung ứng thuốc kháng sinh. Để thành công trong việc thay đổi thói quen của người bán thuốc, trước tiên phải hiểu cấu trúc khuyến khích. Lợi nhuận mang lại từ kháng sinh chiếm tỉ lệ cao, do đó nếu các đối tượng kinh doanh dược phẩm tư nhân thực hiện việc bán kháng sinh một cách hợp lý

thì sẽ giảm đáng kể lợi nhuận thu được.

Làm thế nào để có thể tạo ra thay đổi?

Nghiên cứu đề xuất: đánh giá doanh thu do kháng sinh mang lại tại một số hiệu thuốc. Tổ chức các cuộc thảo luận nhóm với dược sỹ, nhân viên bán thuốc để tìm ra nguyên nhân thúc đẩy việc bán kháng sinh ngoài yếu tố lợi nhuận. Đánh giá cấu trúc khuyến khích, kiến thức họ có thể cần hỗ trợ để tạo ra thay đổi.

Các thiếu hụt khác được liệt kê dưới đây. Ngân sách hiện có không đủ để tiến hành các nghiên cứu giúp bù đắp các thiếu hụt.

1. Lượng lớn kháng sinh sử dụng ở Việt Nam không phải trên người mà có thể là trên động vật. Cần có những thông tin đáng tin cậy để xây dựng chính sách.

Nghiên cứu đề xuất: đánh giá thực trạng sử dụng kháng sinh tại các trang trại chăn nuôi: lợn, gà và nuôi trồng thủy sản cá/tôm, mối liên quan đến kháng kháng sinh trên người và sản phẩm tiêu thụ trên thị trường.

2. Thời lượng chương trình giảng dạy về kháng sinh cho bác sỹ và dược sỹ trong trường còn rất thiếu hụt.

Nghiên cứu đề xuất: Đánh giá chương trình đào tạo cho bác sỹ/dược sỹ về kháng sinh, số giờ, nội dung. So sánh với các nước khác, bác sỹ và dược sỹ thực sự hiểu về kháng sinh như thế nào.

3. Bệnh nhân-đối tượng quan trọng nhất trong việc sử dụng kháng sinh: có thực sự muốn dùng kháng sinh không?, nếu có, tại sao muốn dùng kháng sinh, hiểu biết về kháng sinh. Xác định rõ nghĩa

của triệu chứng “Viêm”. Cần thông tin gì để thuyết phục người bệnh không dùng kháng sinh?

Nghiên cứu đề xuất: khảo sát cộng đồng và thảo luận trọng tâm nhóm.

Tài liệu tham khảo

1. Vietnam and Energy: Improving Rural Electricity Power Service Quality (<http://go.worldbank.org/OORRQJ9RH0>). (2010).
2. ADB Helps 350,000 people in central region access to clean water and sanitation (<http://www.rwssp.org.vn/EN/?Tabid=KMN1A1&ID=59&CID=64&IDN=569>). (2010).
3. Vietnam-country overview (<http://siteresources.worldbank.org/INTVIETNAM/Resources/VietnamCountryOverview.pdf>). (2008).
4. Minot, N. Spatial patterns of poverty in Vietnam and their implications for policy.
5. Viet Nam and the MDGs (<http://www.undp.org.vn/mdgs/viet-nam-and-the-mdgs/?languageId=4>).
6. Maternal Mortality in 2005 (Estimates developed by WHO, UNICEF, UNFPA and The World Bank, http://www.who.int/whosis/mme_2005.pdf). (2005).
7. Minh Thang, N., Bhushan, I., Bloom, E. & Bonu, S. Child immunization in Vietnam: situation and barriers to coverage. *J Biosoc Sci* **39**, 41-58 (2007).
8. *CIA Factbook* (<https://www.cia.gov/library/publications/the-world-factbook/geos/vm.html>).
9. Development Progress in Vietnam (The World Bank: <http://web.worldbank.org/WBSITE/EXTERNAL/COUNTRIES/EASTASIAPACIFICEXT/VIETNAMEXTN/0,,contentMDK:22539306~pagePK:1497618~piPK:217854~theSitePK:387565,00.html>).
10. Thuan, N.T., Lofgren, C., Lindholm, L. & Chuc, N.T. Choice of healthcare provider following reform in Vietnam. *BMC Health Serv Res* **8**, 162 (2008).
11. Hoa, N.Q., Ohman, A., Lundborg, C.S. & Chuc, N.T. Drug use and health-seeking behavior for childhood illness in Vietnam--a qualitative study. *Health Policy* **82**, 320-329 (2007).
12. Health Statistics Yearbook 2008 (Ministry of Health). (2009).
13. Annual Report of Hospital's activities (Medical Services Administration-Ministry of Health). (2009).
14. Cu, N.V. A study to find out the causes of patients that not go to their local medical stations *Journal of Medicine Ho Chi Minh city* **14**, 213-216 (2010 (<http://tcyh.yds.edu.vn/2010/Chuyen%20de%20KHCB/NGHI%C3%8AN%20C%E1%BB%A8U%20T%C3%8CM%20NGUY%C3%8AN%20NH%C3%82N%20B%E1%BB%86NH%20H%C3%82N.htm>)).
15. Joint Annual Health Review 2008: Health financing in Vietnam (Ministry of Health, Health Partnership Group). (2008).
16. Health Statistic Yearbook (Ministry of Health). (2008).
17. Health care workforce: increase number help increase quality? (http://www.ykhoanet.com/thoisu/nhanlucyte/080612_ykhoanet_nhanlucnganhyte.htm). (2008).
18. "Chảy máu chất xám nhân lực ngành y tế" (<http://www.tinmoi.vn/ldquoChay-mau-chat-xamrdquo-nguon-nhan-luc-y-te-0413612.html>). (2010).
19. Potential pharmaceutical industry (<http://www.hieuhoc.com/tiemnangnghenghiep/chitiet/tiem-nang-nganh-duoc-2009-12-16>). (2009).
20. Phuong, N.K. Review of Financing of Health-care, including Health Promotion. Promoting Sustainable Strategies to Improve Access to Health Care in the Asian and Pacific Region. (2008).
21. Nguyen, K.P. Review of Financing of Health-care, including Health Promotion. Promoting Sustainable Strategies to Improve Access to Health Care in the Asian and Pacific Region. (2008).

22. Nghị định sửa đổi, bổ sung một số điều của Điều lệ Bảo hiểm y tế ban hành kèm theo Nghị định số 63/2005/NĐ-CP ngày 16/5/2005 của Chính phủ.
23. Adam, S.J. Vietnam's Health Care System: A Macroeconomic Perspective. (2005).
24. Circular No 18/2008/TT-BYT: regulation on infection control in healthcare institutions (MoH). (2009).
25. Ohara, H., Hung, N.V. & Thu, T.A. Fact-finding survey of nosocomial infection control in hospitals in Vietnam and application to training programs. *J Infect Chemother* **15**, 384-389 (2009).
26. Hung, N.V. A cross-sectional study on equipment for knowledge and practice of health care workers on hand hygiene at home hospitals in the north of Vietnam, 2005. *Journal of clinical medicine* (2008).
27. Nguyen V. Hung; T.A.T., L.T.T.T., Nguyen T. Nga, Vu V. Giang, Nguyen V. Ha, Pham L. Tuan, Tran Quy. Prevalence of and relative factors for nosocomial infections in some hospitals in the north of Vietnam, 2006-2007. *Journal of clinical medicine* **6** (2008).
28. Evaluation of comprehensive preventive practice in some health facilities (WHO and Bach Mai hospital). (2004).
29. Health Care Waste Management in Bac Giang Province-Vietnam 2006-2008.
30. Hospital waste water ends up in the rice fields (<http://www.dhigroup.com/News/2008/06/13/HospitalWasteWaterEndsUpInTheRiceFields.aspx>). (2008).
31. New technologies for hospital wastewater treatment (National Center of Science and Technology Information). (2007).
32. Huong, D.L., Minh, H.V. & Byass, P. Applying verbal autopsy to determine cause of death in rural Vietnam. *Scand J Public Health Suppl* **62**, 19-25 (2003).
33. Anh, D.D. et al. Surveillance of pneumococcal-associated disease among hospitalized children in Khanh Hoa Province, Vietnam. *Clin Infect Dis* **48 Suppl 2**, S57-64 (2009).
34. Anh, D.D. The infection rate of H. Influenzae, S. pneumoniae and respiratory viruses in patients under 5 years old with acute respiratory infection. *Journal of Preventive Medicine* **14**, 14-22 (2004).
35. Phan L. T. Huong, D.D.A., Vu T.T.Huong, Ngo T.Thi, Tran Q.Canh, Mayumi Matsuoka, Kazunari Kamachi, Tsutomu Yamazaki, Yoshichika Arakawa, Tsuguo Sasaki. Genetic and Phenotypic Characterization of Haemophilus influenzae Type b Isolated from Children with Meningitis and Their Family Members in Vietnam. . *Journal of Infectious Diseases* **59**, 111-116 (2006).
36. Anh, D.D. et al. Haemophilus influenzae type B meningitis among children in Hanoi, Vietnam: epidemiologic patterns and estimates of H. Influenzae type B disease burden. *Am J Trop Med Hyg* **74**, 509-515 (2006).
37. Phan L. T. Huong, D.D.A., Vu T.T.Huong, Ngo T.Thi, Tran Q.Canh, Tsuguo Sasaki. Haemophilus influenzae Type b: Molecular Biological Characteristics, Familial Contagious Source. . *Journal of Preventive Medicine* **15** (2005).
38. Ochiai, L. "Typhoid Vaccines: Current availability, programmatic issues, costs and vaccine pipeline" (Meeting on Typhoid Vaccination in the Asia-Pacific Region). (2009).
39. Mai, N.T.H. et al. Streptococcus suis Meningitis in Adults in Vietnam. *Clinical Infectious Diseases* **46**, 659-667 (2008).
40. Nguyen, T.H. et al. Dexamethasone in Vietnamese adolescents and adults with bacterial meningitis. *N Engl J Med* **357**, 2431-2440 (2007).
41. Phuong, D.M. The feature of pathogens causing bacteremia in Bach Mai hospital-2008 *Journal of clinical medicine* **48**, 32-38 (2010).
42. Phuong, D.M. Quality issues in resistance testing and data in Vietnam (Presentation in the 1st GARP's workshop). (2009).

43. Report positive blood culture results National Hospital of Tropical Diseases, 2008-2009.
44. Diep, T.S. Antibiotic resistance in Hospital Tropical Disease (Presentation in the 1st GARP's workshop). (2009).
45. Hoa, N.Q. et al. Antibiotics and paediatric acute respiratory infections in rural Vietnam: health-care providers' knowledge, practical competence and reported practice. *Trop Med Int Health* **14**, 546-555 (2009).
46. Nguyen, B.M. et al. Cholera outbreaks caused by an altered *Vibrio cholerae* O1 El Tor biotype strain producing classical cholera toxin B in Vietnam in 2007 to 2008. *J Clin Microbiol* **47**, 1568-1571 (2009).
47. Vu Nguyen, T., Le Van, P., Le Huy, C., Nguyen Gia, K. & Weintraub, A. Etiology and epidemiology of diarrhea in children in Hanoi, Vietnam. *Int J Infect Dis* **10**, 298-308 (2006).
48. South East Asia HIV & AIDS Statistics (<http://www.avert.org/aids-hiv-south-east-asia.htm>).
49. The third country report on following up the implementation to the declaration of commitment on HIV and AIDS. (2008).
50. Lan, P.T. et al. Reproductive tract infections including sexually transmitted infections: a population-based study of women of reproductive age in a rural district of Vietnam. *Sex Transm Infect* **84**, 126-132 (2008).
51. Nguyen V. Hung, T.A.T., Nguyen Q. Anh. Clinical and economic outcomes of surgical site infections in Bach Mai hospital. *Journal of clinical medicine* **6**, 79-83 (2008).
52. Nguyen V. Hung; T.A.T., L.T.T.T., Nguyen T. Nga, Vu V. Giang, Nguyen V. Ha, Pham L. Tuan, Tran Quy. Prevalence of and relative factors for nosocomial infections in some hospitals in the north of Vietnam, 2006-2007. *Tạp chí y học Lâm sàng* (2008)
53. Truong A. Thu, N.V.H. Prevalence of nosocomial infections and its relative factors in Bach Mai hospital in 2006. *Journal of clinical medicine* **6**, 51-56 (2006).
54. Le Thi Anh Thu, V.T.C.M., Nguyen Phuc Tien, Dang Thi Van Trang. Resistance evaluation of pathogens causing HAIs. *Journal of practice medicine* **594**, 19-23 (2008.).
55. Vu V. Giang, T.A.T., Nguyen V. Hung. Prevalence of Nosocomial Infection in the General Dien Bien, Hoa Binh and Quang Ninh hospital in 2005. *Journal of clinical medicine* **6**, 46-50 (2008).
56. Vietnam Health Information System Review and Assessment (Ministry of Health). (2006).
57. Chỉ thị của bộ trưởng Bộ Y tế về việc chấn chỉnh công tác cung ứng, sử dụng thuốc trong bệnh viện (Instruction No 05/2004/CT-BYT, Ministry of Health). (2004).
58. Chuc, N.T.K. Joint Annual Health Review, Chapter 5.1: Drugs, vaccines, blood and blood derived (Draft report). (2010).
59. Mai, H.T. Regulation of antibiotic registration and antibiotic monitoring in Vietnam (Presentation in the 1st GARP's workshop). (2009).
60. State share in joint-stock companies (<http://vietbao.vn>).
61. Total and domestic made drug sales in Vietnam (Drug Administration of Vietnam-Ministry of Health).
62. Vinh, N.T. Vietnam Pharmaceutical Industry-Investment strategy (Presentation: <http://www.slideshare.net/vinhfc/vietnam-pharmaceutical-industry-and-investment-strategy-presentation>). (2008).
63. Hung, N.X. FIP Global Pharmacy Workforce Report 2009. 69-74 (2009).
64. Medicine prices: Make people seeker and poorer (WHO).
65. Vietnam Pharmaceuticals & Healthcare Report Q3 2009. (2009).
66. Regulation about organization and operation of Hospital's pharmacies (Ministry of Health). (2008).
67. Larsson, M. Antibiotic use and resistance: Assessing and improving utilisation and provision of antibiotics and other drugs in Vietnam. *PhD Thesis* (2003).

68. Larsson, M. Antibiotic use and resistance: Assessing and improving utilisation and provision of antibiotics and other drugs in Vietnam. (2003).
69. Vietnam second in Southeast Asia in counterfeit drugs (<http://english.vietnamnet.vn/social/2008/09/804985>). *Vietnamnet* (2008).
70. Cuong, T.Q. Overview of the Vietnam pharmaceutical sector in 2008 operations of foreign enterprises in Vietnam, state management orientation in the sector in 2009 (Presentation). (2009).
71. Cuong, T.Q. Overview of the Vietnam Pharmaceutical sector in 2008 operations of foreign enterprises in Vietnam, state management orientation in the sector in 2009 (Ministry of Health, Drug Administration of Vietnam). (2009).
72. Handbook of Integrated Management for common childhood illness (Ministry of Health). (2006).
73. Treatment Guideline (Ministry of Health). (2006).
74. Hoa, N.Q. et al. Decreased *Streptococcus pneumoniae* susceptibility to oral antibiotics among children in rural Vietnam: a community study. *BMC Infect Dis* **10**, 85 (2010).
75. Larsson M, K.G., Chuc NTK, Karlsson I, Lager F, Hanh HD, Tomson G and Falkenberg T. Antibiotic medication and bacterial resistance to antibiotic: a survey of children in a Vietnamese community. *J Trop Med Int Health*. **5**, 711-721 (2000).
76. Hoa, N.Q. et al. Unnecessary antibiotic use for mild acute respiratory infections in 28-day follow-up of 823 children under five in rural Vietnam. *Journal of Antimicrobial Chemotherapy* (2007).
77. Annual Report of Hospital's Pharmacy Department (Ministry of Health). (2009).
78. Parry, C.M. et al. Emergence in Vietnam of *Streptococcus pneumoniae* resistant to multiple antimicrobial agents as a result of dissemination of the multiresistant Spain(23F)-1 clone. *Antimicrob Agents Chemother* **46**, 3512-3517 (2002).
79. Song, J.H. et al. High prevalence of antimicrobial resistance among clinical *Streptococcus pneumoniae* isolates in Asia (an ANSORP study). *Antimicrob Agents Chemother* **48**, 2101-2107 (2004).
80. Parry, C.M. et al. Nasal carriage in Vietnamese children of *Streptococcus pneumoniae* resistant to multiple antimicrobial agents. *Antimicrob Agents Chemother* **44**, 484-488 (2000).
81. Phan, L.T. et al. Genetic and phenotypic characterization of *Haemophilus influenzae* type b isolated from children with meningitis and their family members in Vietnam. *Jpn J Infect Dis* **59**, 111-116 (2006).
82. Gotoh, K. et al. Prevalence of *Haemophilus influenzae* with resistant genes isolated from young children with acute lower respiratory tract infections in Nha Trang, Vietnam. *J Infect Chemother* **14**, 349-353 (2008).
83. Jones, S.L., Nguyen, V.K., Nguyen, T.M. & Athan, E. Prevalence of multiresistant Gram-negative organisms in a surgical hospital in Ho Chi Minh City, Vietnam. *Trop Med Int Health* **11**, 1725-1730 (2006).
84. Cao, V. et al. Distribution of extended-spectrum beta-lactamases in clinical isolates of Enterobacteriaceae in Vietnam. *Antimicrob Agents Chemother* **46**, 3739-3743 (2002).
85. Le, T.M. et al. High prevalence of plasmid-mediated quinolone resistance determinants in commensal members of the Enterobacteriaceae in Ho Chi Minh City, Vietnam. *J Med Microbiol* **58**, 1585-1592 (2009).
86. Kuo, C.Y. et al. Antimicrobial susceptibility of *Shigella* isolates in eight Asian countries, 2001-2004. *J Microbiol Immunol Infect* **41**, 107-111 (2008).
87. Nguyen, T.V., Le, P.V., Le, C.H. & Weintraub, A. Antibiotic resistance in diarrheagenic *Escherichia coli* and *Shigella* strains isolated from children in Hanoi, Vietnam. *Antimicrob Agents Chemother* **49**, 816-819 (2005).

88. Vinh, H. et al. Rapid emergence of third generation cephalosporin resistant *Shigella* spp. in Southern Vietnam. *J Med Microbiol* **58**, 281-283 (2009).
89. Chau, T.T. et al. Antimicrobial drug resistance of *Salmonella enterica* serovar typhi in asia and molecular mechanism of reduced susceptibility to the fluoroquinolones. *Antimicrob Agents Chemother* **51**, 4315-4323 (2007).
90. Le, T.A. et al. Clonal expansion and microevolution of quinolone-resistant *Salmonella enterica* serotype typhi in Vietnam from 1996 to 2004. *J Clin Microbiol* **45**, 3485-3492 (2007).
91. An, N.Q. Report of antibiotic use in animal in Vietnam (Presentation in the 1st GARP's workshop). (2009).
92. Monthly Report of Antibiotic Residue in Aquaculture (National Agro-Forestry-Fisheries Quality Assurance Department). <http://www.nafiqad.gov.vn/d-chuong-trinh-giam-sat/a-du-luong/>. (2009).
93. Hughes, P. & Heritage, J. Antibiotic Growth-Promoters in Food Animals (http://www.fao.org/DOCREP/ARTICLE/AGRIPPA/555_EN.HTM). (2002).
94. Van, T.T., Moutafis, G., Tran, L.T. & Coloe, P.J. Antibiotic resistance in food-borne bacterial contaminants in Vietnam. *Appl Environ Microbiol* **73**, 7906-7911 (2007).
95. Van, T.T., Moutafis, G., Istivan, T., Tran, L.T. & Coloe, P.J. Detection of *Salmonella* spp. in retail raw food samples from Vietnam and characterization of their antibiotic resistance. *Appl Environ Microbiol* **73**, 6885-6890 (2007).
96. Huong, L.Q., Hanh, T.T., Ngoc, P.T. & Giang, T.T.H. Antibiotic resistance of *Campylobacter* spp. from chicken carcass in Bac Ninh province (unpublished).
97. Ogasawara, N. et al. Antimicrobial susceptibilities of *Salmonella* from domestic animals, food and human in the Mekong Delta, Vietnam. *J Vet Med Sci* **70**, 1159-1164 (2008).

Danh sách các bảng

Bảng 1: Những chỉ số phát triển cơ bản và các chỉ số y tế của Việt Nam

Bảng 2: Nhân lực ngành y từ năm 2005-2008

Bảng 3. Số người tham gia bảo hiểm y tế trên toàn quốc, 2005-2007

Bảng 4. Một số nguyên nhân gây tỉ lệ tử vong cao nhất tại Việt Nam

Bảng 5: Giá của một số kháng sinh ở các cấp độ khác nhau

Bảng 6. Giá thuốc bán lẻ và nhà nước qui định mức giá thặng dư cho nhà thuốc bệnh viện

Bảng 7. Thuốc giả được phát hiện qua các năm

Bảng 8. Khuyến khích cho việc sử dụng kháng sinh

Bảng 9. Chi phí bệnh viện cho kháng sinh năm 2009 (số liệu: Bộ Y tế)

Bảng 10: Các khuyến khích đối với việc sử dụng kháng sinh trong nông nghiệp

Bảng 11. Thách thức và cơ hội trong kiểm soát kháng kháng sinh

Bảng 12. Danh sách các chính sách hiện có liên quan đến việc sử dụng kháng sinh và thực trạng kháng kháng sinh tại Việt Nam và những đề xuất

Bảng 13. Tỉ lệ *E. coli* và *K. pneumoniae* sinh ESBL ở một số bệnh viện

Bảng 14. Mức độ kháng Carbapenem của *P. aeruginosa* và *A. baumannii* ở 6 bệnh viện năm 2008

Bảng 15. Giá trị MIC đối với Vancomycin của *Staphylococcus aureus* phân lập ở Bạch Mai và Chợ Rẫy năm 2008

Bảng 16: Dư lượng kháng sinh trong nuôi trồng thủy sản

Danh sách các hình

Hình 1. Việt Nam

Hình 2. Tình hình phân bố các hộ nghèo ở Việt Nam

Hình 3. Hệ thống chăm sóc sức khỏe

Hình 4: Cơ cấu chi phí y tế 2006

Hình 5. Doanh thu của thuốc sản xuất trong nước và thuốc nói chung tại Việt Nam (triệu đô la Mỹ) từ 2001 đến 2008

Hình 6. Số liệu về doanh thu của kháng sinh tại Việt Nam

Hình 7: DDD trên 100 giường ngày của các loại kháng sinh năm 2008-2009

Hình 8: DDD trên 100 giường-ngày theo tháng của 7 loại kháng sinh có mức tiêu thụ cao nhất năm 2009

Phụ lục A

Số liệu về kháng kháng sinh ở Việt Nam: bệnh viện

Khảo sát 4 căn nguyên thường gặp thuộc nhóm vi khuẩn Gram âm ở cả bệnh viện đa khoa và chuyên khoa tuyến trung ương bao gồm *E. coli*, *K. pneumonia*, *P. aeruginosa* và *A. baumannii* cho thấy tình trạng kháng kháng sinh ngày càng gia tăng. Mức độ sinh ESBL ở các chủng *E. coli* và *K. pneumonia* năm 2005 là khoảng 34% đối với cả 2 loại căn nguyên này. Ở bệnh viện Bạch Mai, tỉ lệ *K. pneumonia* và *E. coli* tăng từ 20% năm 2005 đến 34% năm 2008, và từ 18% năm 2005 đến 42% năm 2008, tương ứng với 2 loại vi khuẩn (Xem bảng 13)⁴².

Bảng 13. Tỉ lệ *E. coli* và *K. pneumoniae* sinh ESBL ở một số bệnh viện

	K.pneumoniae	E. coli
ASTS program - MOH (2004)	23,7 (n = 485)	7,7 (n = 548)
Bệnh viện Chợ Rẫy (2005)	61,7 (87/141)	51,6 (145/281)
Bệnh viện Việt Đức (2005)	39,3 (55/140)	34,2 (66/193)
Bệnh viện Bình Định (2005)	19,6 (29/148)	36,2 (51/141)
Bệnh viện Việt Tiệp (2005)	25,7 (09/35)	36,1 (22/61)
Bệnh viện Bạch Mai (2005)	20,1 (37/184)	18,5 (28/151)

Bệnh viện Bạch Mai (2006)	28,7 (99/347)	21,5 (77/359)
Bệnh viện Bạch Mai (2007)	32,5 (105/323)	41,2 (136/330)
Bệnh viện Bạch Mai (2008)	33,6 (85/253)	42,2 (97/231)

Nguồn: Báo cáo hội thảo khoa học lần thứ nhất GARP-Việt Nam⁴²

Hai căn nguyên gây nhiễm khuẩn bệnh viện thường gặp là: *P. aeruginosa* và *A. baumannii*, được đánh giá mức độ kháng carbapenem năm 2008. 20% các chủng *P. aeruginosa* và gần 50% các chủng *A. baumannii* kháng carbapenem (Xem bảng 14)⁴².

Bảng 14. Mức độ kháng Carbapenem của *P. aeruginosa* và *A. baumannii* ở 6 bệnh viện năm 2008

	P.aeruginosa (%)	A.baumannii (%)
Meropenem	18	46,2
Imipenem	25	47,1

Nguồn: Báo cáo hội thảo khoa học lần thứ nhất GARP-Việt Nam⁴²

Để đánh giá tính phổ biến của các chủng *S. aureus* một trong những căn nguyên Gram-dương giảm nhạy cảm với vancomycin trong số các chủng kháng methicillin *S. aureus* (MRSA) và *S. aureus* nhạy cảm methicillin (MSSA) ở Việt Nam. 200 chủng phân lập từ lâm sàng MSSA và MRSA thu thập từ 2 bệnh viện trung ương năm 2008 được thử nghiệm xác định giá trị MIC của Vancomycin. Kết quả cho thấy đã bắt đầu nổi lên tính kháng trung gian và/hoặc

kháng vancomycin của các chủng *S. aureus* ở cả 2 nhóm MSSR và MRSA với tỉ lệ 3% của MSSA và 5% của MRSA (Xem bảng 15)⁴².

Số liệu ASTS

Chương trình ASTS về giám sát tính kháng kháng sinh của một số căn nguyên thường gặp phân lập từ bệnh nhân nội trú và ngoại trú từ

22 bệnh viện trên toàn quốc từ năm 1988 đến 2004 bao gồm *S. aureus*, *E. coli*, *Salmonella*, *Shigella*, *Enterobacteriaceae*, *S. pyogenes*, *S. pneumoniae*, *H. influenzae*, *Enterococcus*, *Klebsiella pneumoniae*, *P. aeruginosa* và *A. baumannii*. Vì tính thiếu chắc chắn của số liệu nên các tỉ lệ kháng kháng sinh không được đề cập trong bản báo cáo này.

Bảng 15. Giá trị MIC đối với Vancomycin của *Staphylococcus aureus* phân lập ở Bạch Mai và Chợ Rẫy năm 2008

	Chủng	N	Mean	SD	Geometric mean	% VSSA (MIC ≤ 2mg/L)
Tổng số	<i>S. aureus</i>	200	1,63	0,41	1,57	96%
	MSSA	100	1,55	0,44	1,47	97%
	MRSA	100	1,72	0,36	1,67	95%
BV Bạch Mai	<i>S. aureus</i>	100	1,47	0,43	1,39	100%
	MSSA	57	1,34	0,42	1,27	100%
	MRSA	42	1,63	0,39	1,57	100%
BV Chợ Rẫy	<i>S. aureus</i>	100	1,80	0,32	1,77	92%
	MSSA	43	1,81	0,31	1,79	93%
	MRSA	57	1,78	0,33	1,75	91%

Nguồn: Báo cáo hội thảo khoa học lần thứ nhất GARP-Việt Nam⁴²

Chú ý: MSSA: *S. aureus* nhạy cảm Methicillin ; MRSA: *S. aureus* kháng Methicillin

Phụ lục B

Bảng 16: Dư lượng kháng sinh trong nuôi trồng thủy sản

		2007		2008		2009	
		Sản phẩm (%)	Nước (%)	Sản phẩm (%)	Nước (%)	Sản phẩm (%)	Nước (%)
Kháng sinh cấm	Chloramphenicol	0,9000	19	0,5	14,430	Không có số liệu	2 mẫu
	Semicarbazide	0,7000		0,4		0,002	
	Malachite Green	0,3000		0,3		no data	
	Tetracyclin	0,0038		0,000		no data	
Kháng sinh giới hạn sử dụng	Sulfonamide	0,0035 (vượt quá giới hạn: 0,0017)		1,460		Không có số liệu	
	Quinolone	0,1250		0,120		0,011	
	Enrofloxacin /Ciprofloxacin	0,1163 (vượt quá giới hạn: 0,007)		0,094		0,09 (vượt quá giới hạn: 0,009)	
	Trimethoprim	0,0004		1,850		Không có số liệu	

Nguồn: Báo cáo hội thảo khoa học lần thứ nhất GARP-Việt Nam⁹¹