KHẢO SÁT GIÁ THUỐC CỦA MỘT SỐ THUỐC THIẾT YẾU ĐIỀU TRỊ BỆNH MẠN TÍNH TẠI TỈNH THANH HÓA

PHẠM TRÍ DŨNG, NGUYỄN THỊ HOÀI THU
PHẠM PHƯƠNG LIÊN, PHÙNG THANH HÙNG
Trường Đại học Y tế công cộng

ĐẶT VẤN ĐỀ

Trong bối cảnh toàn cầu hóa hiện nay, sự xuất hiện của nhiều dịch bệnh như đại dịch HIV/AIDS, sự gia tăng các bệnh sốt rét, lao kháng thuốc, sự kháng thuốc kháng sinh và gia tăng đột biến các bệnh mạn tính ở khắp nơi trên thế giới đang làm cho vai trò của thuốc thiết yếu (TTY) trở nên quan trọng hơn bao giờ hết. ở nhiều quốc gia phát triển, tổng chi phí cho thuốc tăng từ 10-18% một năm [13], cao hơn rất nhiều so với chỉ số giá tiêu dùng hoặc tăng trưởng của tổng thu nhập quốc dân.

Yếu tố về giá thuốc là một trong những trở ngại đối với người dân, đặc biệt là dân nghèo trong việc tiếp cận với TTY. Trong một nghiên cứu về giá thuốc tại Malaysia thực hiện năm 2005 [15], kết quả cho thấy ở các khu vực y tế cả tư nhân và nhà nước, tỉ lệ các cơ sở y tế có sẵn TTY là rất thấp khoảng 22-25%. Một nghiên cứu khác về giá thuốc tại Phillippine trong năm 2005 cũng chỉ ra, mức giá của các sản phẩm biệt dược phát minh cao gấp từ 3,3 tới 184 lần so với giá tham khảo quốc tế [5] trong khi các sản phẩm khác cùng hoạt chất có giá cao gấp từ 2,3 tới 26 lần… Nghiên cứu tại Thái Lan năm 2007 cho thấy giá thuốc tại khu vực nhà nước cao gấp 2,6 lần giá tham khảo quốc tế. Trong khi đó, tại khu vực tư nhân giá thuốc cao gấp 3,3 lần so với giá quốc tế [7]. Riêng về thuốc kháng sinh chứa hoạt chất Ciprofloxacin, giá ở khu vực tư nhân cao gấp 7 lần giá tham khảo quốc tế.

Báo cáo của Liên hiệp quốc (UN) tháng 9 năm 2008 dựa trên nghiên cứu thực hiện tại 30 quốc gia đã chỉ ra rằng giá bán lẻ của các TTY vượt trên mức 6 lần so với mức giá tham khảo quốc tế tại khu vực tư, và khoảng 2,5 lần tại khu vực công; bên cạnh đó giá của các thuốc biệt dược có thương hiệu lớn còn cao hơn nữa [8].

Trong khi đó ở Việt Nam, tình hình giá thuốc ngày càng tăng đang ảnh hưởng không nhỏ tới việc tiếp cận thuốc nói chung và TTY nói riêng của người dân. Theo báo cáo thống kê của Bộ Thương Mại năm 2004, có tới 23/309 mặt hàng tăng giá (chiếm 7,4%) và việc tăng giá này ảnh hưởng tới khả năng tiếp cận thuốc của người dân [1].

Năm 2007, Tổ chức Y tế thế giới đã khuyến cáo một phương pháp nghiên cứu nhằm khảo sát giá thuốc của TTY, tuy nhiên ở Việt Nam chưa có nghiên cứu nào áp dụng phương pháp này. Chúng tôi tiến hành nghiên cứu này tại Thanh Hóa nhằm áp dụng phương pháp trên để khảo giá thuốc của một số TTY điều trị một số bệnh mạn tính thường gặp. Kết quả thu được từ nghiên cứu sẽ cung cấp thông tin cho các nhà quản lý làm cơ sở điều chỉnh các chính sách liên quan đến TTY, nhằm tăng cường khả năng tiếp cận thuốc của người dân, góp phần thực hiện tốt "Chính sách quốc gia về thuốc của Việt Nam".

Mục tiêu nghiên cứu:

Khảo sát giá thuốc của một số thuốc thiết yếu điều trị bệnh mạn tính tại tỉnh Thanh Hóa.

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Phương pháp nghiên cứu: Phương pháp mô tả cắt ngang. áp dụng phương pháp tiếp cận của WHO/ HAI (Health Action International) [12].

Địa điểm, thời gian nghiên cứu:

Địa điểm: Tỉnh Thanh Hóa.

Thời gian: 1-12/2009

Đối tượng nghiên cứu: Các nhà thuốc tư nhân đang hoạt động trên địa bàn nghiên cứu.

Mẫu nghiên cứu: Nhằm mục đích so sánh giá thuốc của TTY tại hai địa bàn "thành thị" và "nông thôn" tại tỉnh Thanh Hóa, chúng tôi lựa chọn có chủ đích địa bàn nghiên cứu như sau:

Khu vực thành thị: Thành phố Thanh Hóa

Khu vực nông thôn: chọn 5 huyện đại diện cho các vùng đồng bằng; vùng ven biển; vùng núi và trung du bao gồm các huyện: Hoằng Hóa; Cẩm Thủy; Ngọc Lặc; Đông Sơn; Bỉm Sơn.

Số nhà thuốc tại mỗi huyện như sau:

Khu vực thành phố Thanh Hóa: 124 nhà thuốc.

Khu vực nông thôn: 141 nhà thuốc bao gồm:

Huyện Hoằng Hóa: 39 nhà thuốc

Huyện Cẩm Thủy: 18 nhà thuốc

Huyện Ngọc Lặc: 23 nhà thuốc

Huyện Đông Sơn: 29 nhà thuốc

Huyện Bỉm Sơn: 32 nhà thuốc

Sau khi thu thập thông tin về mô hình bệnh tật tại tỉnh Thanh Hóa, chúng tôi đã lựa chọn 5 bệnh mạn tính hay gặp tại tỉnh trong năm 2009 và khảo sát các TTY nhằm điều trị các bệnh này. 5 bệnh được lựa chọn là: tăng huyết áp, đái tháo đường, viêm xoang mạn tính, viêm khớp mạn và viêm loét dạ dày.

Danh mục thuốc trong nghiên cứu này được lựa chọn từ danh mục 30 thuốc thiết yếu do WHO, HAI khuyến cáo áp dụng cho các nghiên cứu về TTY tại các quốc gia khác nhau [12].

Tuy nhiên, tùy theo điều kiện cụ thể của các quốc gia, khi tiến hành nghiên cứu về TTY cần xây dựng danh mục phù hợp. Vì vậy, trên cơ sở danh mục của WHO, HAI chúng tôi đã chọn 17 thuốc dựa trên các tiêu chí sau:

Phù hợp với gánh nặng bệnh tật và chính sách hỗ trợ thuốc ở Việt Nam.

Có trong danh mục TTY của Việt Nam để đưa vào nghiên cứu.

Được sử dụng trong điều trị 5 bệnh mạn tính đã chọn.

Mỗi loại thuốc trong danh mục TTY bao gồm nhiều tên sản phẩm khác nhau. Theo khuyến cáo của WHO, HAI, mỗi loại thuốc cần khảo sát 2 loại sản phẩm sau:

Biệt dược phát minh - sản phẩm do hãng phát minh sản xuất (*Innovator Brand, IB*).

Sản phẩm có giá thấp nhất xuất hiện tại các nhà thuốc (*Lowest Price Product, LPP*).

Phương pháp thu thập số liệu: Sử dụng bảng kiểm thiết kế sẵn để thu thập thông tin giá thuốc tại các nhà thuốc tư nhân.

Phương pháp quản lý, xử lý số liệu: Các phiếu sau khi làm sạch được tiến hành mã hóa và nhập số liệu, phân tích bằng phần mềm Workbook 2007 của WHO/HAI.

KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN

Nhóm nghiên cứu đã thu thập giá bán lẻ của các thuốc trong danh mục thuốc được đưa vào nghiên cứu tại các nhà thuốc tư nhân trên địa bàn nghiên cứu, sau đó so sánh với giá tham khảo quốc tế. Giá thuốc tham khảo quốc tế do tổ chức MSH (Management Science for Health) ban hành. Giá thuốc tham khảo của MSH là giá bán buôn toàn cầu, hoặc là giá đấu thầu của nhiều nhà cung cấp. Để tính độ chênh lệch giá mỗi thuốc so với giá tham khảo quốc tế, chúng tôi sử dụng chỉ số trung vị tỷ lệ giá thuốc MPR (median price ratio): nếu MPR của một loại thuốc bằng 3 có nghĩa là giá thuốc này tại địa phương cao gấp 3 lần so với giá tham khảo. Theo khuyến cáo của WHO/ HAI, giá của một loại thuốc có MPR nhỏ hơn 2 được coi là có thể chấp nhận được.

$$\text{Trung vị tỷ lệ giá thuốc MPR} = \frac{\text{Trung vị giá thuốc của 1 sản phẩm (MP)}}{\text{Giá tham khảo quốc tế}}$$

MP được tính như sau:

Ví dụ: Hoạt chất Amoxicillin có biệt dược phát minh là Amoxil

Giá thuốc của Amoxil tại các nhà thuốc khác nhau là: P_{A1}, P_{A2}, … $P_{An.}$

Giá tham khảo quốc tế của hoạt chất Amoxicillin là MSH_A

Trung vị giá thuốc của Amoxil:

Trung vị giá thuốc MP_A = Trung vị (P_{A1}, P_{A2}, … P_{An})

Trung vị tỷ lệ giá thuốc của Amoxil MPR_A là:

$$MPR = \frac{MP_A}{MSH_A}$$

Kết quả nghiên cứu về trung vị tỷ lệ giá của các thuốc trong danh mục thuốc nghiên cứu được thể hiện ở bảng sau:

1. Giá biệt dược phát minh.

Bảng 1: Trung vị tỷ lệ giá bán lẻ của các biệt dược phát minh

STT	Tên thuốc	Thành thị	Nông thôn
1	Ceftriaxone	9,5	
2	Ciprofloxacin	26	
3	Amlodipine	5,7	
4	Atenolol	13,6	
5	Enalapril	16,6	
6	Gliclazide	2,8	
7	Metformin	4,3	4,3
8	Beclometasone	2,7	
9	Salbutamol	2,2	2.2
10	Diclofenac	33,9	24,7
11	Ranitidine	11,2	
12	Omeprazole	12,2	

Ghi chú: Tại khu vực thành thị: có 12 biệt dược phát minh xuất hiện trên thị trường; tại khu vực nông thôn chỉ có 3 biệt dược phát minh xuất hiện trên thị trường.

Kết quả bảng 1 cho thấy tất cả biệt dược phát minh ở 2 khu vực đều có giá trị MPR lớn hơn 2, tức là có giá cao hơn trên 2 lần so với giá tham khảo quốc tế.

Đặc biệt, ở khu vực thành thị, trong số 12 biệt dược phát minh có 7 biệt dược có giá cao hơn giá tham khảo quốc tế tới trên 10 lần như: Ciprofloxacin (*26 lần*), Atenolol (*13,6 lần*), Enalapril (*16,6 lần*), Diclofenac (*33,9 lần*), Ranitidine (*11,2 lần*) và Omeprazole (*12,2 lần*). Tại khu vực nông thôn, biệt dược phát minh của Diclofenac có giá cao hơn giá tham khảo quốc tế 24,7 lần.

2. Giá của sản phẩm có giá thấp nhất.

Bảng 2: Trung vị tỷ lệ giá bán lẻ của các sản phẩm có giá thấp nhất

STT	Tên hoạt chất	Thành thị (MPR)	Nông thôn (MPR)	Mức chênh lệch MPR giữa thành thị và nông thôn (lần)
1	Amoxicilin	0,8	0,8	1
2	Ceftriaxone	0,9	0,9	1
3	Ciprofloxacin	0,8	0,8	1
4	Amlodipine	1,2	1,3	0,9
5	Atorvastatin	0,15	0,3	0,5
6	Atenolol	3,1	3,1	1
7	Captopril	1,8	2	0,9
8	Enalapril	8,1	8,5	1
9	Glibenclamide	21,9	20,5	1,1
10	Gliclazide	2,7	2	1,4
11	Metformin	4,3	4,3	1
12	Beclometasone	2,7	2,8	1
13	Salbutamol	1,3	1,4	0,9
14	Diclofenac	1,2	1,2	1
15	Ibuprofen	3,9	3,5	1,1
16	Ranitidine	3,6	0,7	5,1
17	Omeprazole	0,6	0,9	0,7

Kết quả bảng trên cho thấy sự phân bố giá của các sản phẩm có giá thấp nhất ở 2 khu vực rất đa dạng:

Tại 2 khu vực, có 5 sản phẩm có giá thấp hơn giá tham khảo quốc tế (MPR<1). Đó là các sản phẩm của Amoxicilin; Ceftriaxone; Ciprofloxacin; Omeprazole và Atorvastatin. So với các nước khác trong khu vực, giá của các sản phẩm này tại Thanh Hóa – Việt Nam thấp hơn đáng kể:

Amoxicillin tại Thanh Hóa có MPR = 0,8 tức giá chỉ bằng 0,8 lần giá tham khảo quốc tế. Trong khi đó tại Malaysia giá của sản phẩn này cao gấp 1,33 lần giá tham khảo quốc tế [15] và tại Indonesia chỉ số MPR của sản phẩm này là 1,82 [4].

Tương tự, Ciprofloxacin tại Thanh Hóa MPR = 0,8 trong khi tại giá tại Thái Lan cao hơn nhiều lần (MPR = 7) [7]. Tại Indonesia, MPR của sản phẩm này là 7,8 [4].

Sản phẩm Omeprazole, tại Thanh Hóa chỉ số MPR = 0,6 ở khu vực thành thị và 0,9 ở khu vực nông thôn; thấp hơn so với giá tại Indonesia (MPR = 1,7), Malaysia (MPR = 2,5) và Thái Lan (MPR =2,9).

4 sản phẩm có giá cao hơn giá tham khảo quốc tế nhưng ở mức chấp nhận được (1<MPR<2): Amlodipine; Captopril; Salbutamol, Diclofenac. So với các nước trong khu vực giá của các sản phẩm này thấp hơn nhiều lần. Giá Amlodipin tại Indonesia cao gấp 49 lần giá tham khảo quốc tế. Tại Malaysia, MPR của Captopril là 7,4. Diclofenac tại Indonesia có MPR bằng 6,7, tại Malaysia MPA của sản phẩm này là 10,3.

Những sản phẩm còn lại có giá cao hơn giá tham khảo quốc tế trên 2 lần. Đặc biệt là sản phẩm của hoạt chất Glibenclamide có giá cao hơn giá tham khảo quốc tế tới 21,9 lần ở khu vực thành thị và 20,5 lần tại khu vực nông thôn.

Đáng lưu ý là hai sản phẩm điều trị bệnh đái tháo đường, một bệnh khá phổ biến tại địa bàn Thanh Hóa, có giá cao hơn một cách đáng kể so với các nước trong khu vực.

Metformin: tại Thanh Hóa có MPR = 4,3; cao hơn so với giá tại Indonesia (MPR = 2,6), Thái Lan (MPR = 1,53), Malaysia (MPR = 1,47).

Glibenclamide: Tại Thanh Hóa MPR bằng 21,9, cao hơn nhiều so với giá của sản phẩm này tại Indonesia (MPR = 5,7) và Thái Lan (MPR = 6,8).

Kết quả so sánh giá của các sản phẩm thuốc giữa hai khu vực thành thị và nông thôn tại bảng 2 cho thấy: hầu hết các sản phẩm có mức giá chênh lệnh không đáng kể giữa hai khu vực. Đáng lưu ý chỉ có sản phẩm Ranitidine, giá tại khu vực thành thị lại gấp 5,1 lần giá tại khu vực nông thôn. Qua tìm hiểu cho thấy, tại thị trường thành phố Thanh Hóa, hoạt chất Ranitidine có số lượng sản phẩm phong phú hơn so với khu vực nông thôn. Tại khu vực nông thôn chỉ xuất hiện sản phẩm *Cinitidine* Ranitidine của ấn Độ có giá thành rẻ.

3. Độ dao động về giá của các sản phẩm thuốc

Để làm rõ tính đa dạng của sự phân bố giá thuốc, nhóm nghiên cứu đã tiến hành phân tích độ dao động về giá của các sản phẩm có cùng hoạt chất bằng cách so sánh độ chênh lệch giữa giá của sản phẩm có giá cao nhất và sản phẩm có giá thấp nhất. Kết quả được thể hiện cụ thể ở bảng sau:

Bảng 3: Sự dao động về giá của các sản phẩm tại 2 khu vực

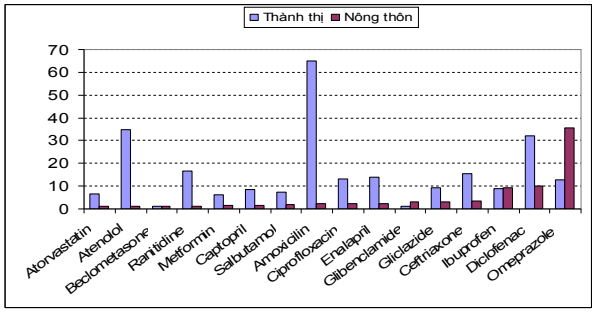
STT	Tên hoạt chất	Độ chênh lệch về giá Min – Max tại khu vực thành thị (lần)	Độ chênh lệch về giá Min – Max tại khu vực nông thôn (lần)
1	Amoxicilin	65	2,2
2	Ceftriaxone	15,5	3,3
3	Ciprofloxacin	13,3	2,5
4	Amlodipine	6,3	4,3
5	Atorvastatin	6,5	1
6	Atenolol	35	1
7	Captopril	8,4	1,5
8	Enalapril	14	2,5
9	Glibenclamide	1	3
10	Gliclazide	9,2	3
11	Metformin	6,3	1,4
12	Beclometasone	1	1
13	Salbutamol	7,4	2,1
14	Diclofenac	32	10
15	Ibuprofen	8,8	9,4
16	Ranitidine	16,7	1
17	Omeprazole	12,9	35,7

Bảng 3 cho thấy: Một số hoạt chất có độ dao động về giá giữa các sản phẩm tương đối lớn:

Tại khu vực thành thị: độ chênh lệch về giá của các sản phẩm cùng hoạt chất Amoxicillin là 65 lần. Tương tự đối với các hoạt chất Ceftriaxone là 15 lần, Ciprofloxacin 13,3 lần, Atenolol 35 lần, Omeprazole 12 lần, Ranitidine 16,7 lần…

Ở khu vực nông thôn, độ dao động về giá các sản phẩm cùng hoạt chất của Omeprazole 35,7 lần, Diclofenac là 10 lần, Ibuprofen 9,4 lần,..

Kết quả so sánh độ dao động về giá thuốc giữa hai khu vực được thể hiện ở hình 1:



Hình1: So sánh độ dao động giá thuốc của các hoạt chất tại 2 khu vực

Hình 1 cho thấy tại khu vực thành thị độ dao động về giá cao hơn nhiều so với khu vực nông thôn. Điển hình như độ chênh giữa 2 mức giá cao nhất và thấp nhất của các sản phẩm cùng hoạt chất Amoxicillin là tại khu vực thành thị là 65 lần. Trong khi đó tại nông thôn, độ chênh này chỉ có 2,2 lần. Tương tự các sản phẩm có cùng hoạt chất Ceftriaxone độ chênh lệch về giá ở thành thị là 15,5 lần, ở nông thôn là 3,3 lần; Ciprofloxacin (13, 3 và 2.5), Atenolol (35 và 1),… Điều này được giải thích do chủng loại các mặt hàng thuốc tại khu vực thành thị phong phú hơn nhiều so với khu vực nông thôn.

KẾT LUẬN

Biệt dược phát minh của 12 hoạt chất bán trên thị trường Thanh Hóa đều có giá cao hơn giá tham khảo quốc tế trên 2 lần

Giá của 9 trong 17 hoạt chất nghiên cứu ở mức có thể chấp nhận được; đặc biệt 5 hoạt chất Amoxicillin, Ceftriaxone, Ciproloxacin, Omeprazole và Atorvastatin có giá thấp hơn giá tham khảo quốc tế.

7 sản phẩm có giá cao hơn giá tham khảo quốc tế khoảng 3 lần, trong đó sản phẩm của Glibenclamide có độ chênh lệch về giá so với giá tham khảo quốc tế cao nhất (21,9 lần).

Hầu hết các sản phẩm thuốc giữa hai khu vực thành thị và nông thôn có mức giá chênh lệnh không đáng kể; chỉ có sản phẩm Ranitidine, giá tại khu vực thành thị lại gấp 5,1 lần giá tại khu vực nông thôn.

So với các nước trong khu vực như Thái Lan, Indonesia, Phillippine, Malaysia; giá của các sản phẩm thuốc tại Thanh Hóa – Việt Nam thấp hơn. Duy nhất có 2 sản phẩm điều trị đái tháo đường là Metformin và Glibenclamide, giá tại thị trường thuốc Thanh Hóa cao hơn đáng kể so với các nước nói trên.

SUMMARY

In Viet Nam, there has not been any research applying the approach recommended by World Health Organization to conduct survey on price of essential medicines. This study was implemented using WHO/HAI method aiming at studying on retails price of some essential medicines used for treatment of chronic diseases.

Method: Cross-sectional, descriptive survey using the approach recommended by WHO/ HAI (Health Action International).

Sample: for the purpose of comparing price of essentail medicines between “urban area” and “rural area” in Thanh Hoa province, 124 pharmacies of Thanh Hoa city representing for urban area and 141 pharmacies of rural area (including 5 districts Hoang Hoa, Cam Thuy, Ngoc Lac, Dong Son, Bim Son) were selected. List of medicines in this study were selected from a list of 30 essential medicine recommended by WHO/HAI which are used to treat 5 common choronic diseases of Thanh Hoa province include hypertension, diabetes, chronic sinusitis, chronic arthritis and stomach ulcers.

Results: Prices of all Innovator brand products of 12 medicines sold in the market are over 2 times compare to MSH international reference price. Medicine prices are varied: 5 medicines have price lower than MSH price including Amoxicillin, Ceftriaxone, Ciprofloxacin, Omeprazole, and Atorvastatin. 4 medicines have price more than MSH price but in acceptable level. 7 medicines have price about 3 times more than recommended MSH price, especially price of Gibenclamide is 21.9 times more than MSH price. There is no significant difference of medicine prices between rural area and urban area; there is only specific case of Ranitidine with price in urban area is 5.1 times higher than those in rural area. Almost prices of medicines in Thanh Hoa province are lower than those in some ASEAN countries such as Thailand, Indonesia, Phillipines and Malaysia; exception for prices of Metformin and Glibenclamide – medicines used to treat diabetes, are higher than other countries.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2007), “*Thanh tra Bộ Y tế, Báo cáo kết quả thanh tra giá thuốc*”, Hà Nội.

2. Sở Y tế Thanh Hóa, “*Báo cáo tổng kết năm 2008*”.

3. Trường Đại học Dược Hà Nội (2006), “*Giáo trình Kinh tế Dược*”.

4. ASIH EKA PUTRI (2005), “*The prices people have to pay for medicines in Indonesia”,* p: 18-27.

5. Dennis B. Batanga (2005), “*The prices people have to pay for medicines in the Philippines*”, p: 23- 29.

6. MSH/WHO (2007), “*Management Sciences for Health/World Health Organization. International Drug Price Indicator Guide: Cambridge, MA USA, 2007 edition*”. http://erc.msh.org. Ngày truy cập: tháng 1 năm 2009.

7. Phisanulok (2007), “*Medicine pricing, availability and affordability in Thailand*”, p: 32-41.

8. United Nation report (2008), “*Highlights lack of access to essential medicines, WHO/HAI methodology recognised by UN as standard to measure medicine prices and availability*”. http://haiweb.org/medicineprices/. Ngày truy cập: tháng 1 năm 2009.

9. WHO (2002), “*The Selection of Essential medicines - WHO policy perspective on Medicines, June 2002, Geneva*”, Bulletin of The World Health Organization, p1.

10. WHO (2004), “*Equitable access to essential medicines: a framework for collective action, March 2004, Geneva*”, Bulletin of The World Health Organization, p2-3.