

BỘ GIÁO DỤC VÀ ĐÀO TẠO

BỘ Y TẾ

TRƯỜNG ĐẠI HỌC DƯỢC HÀ NỘI

HOÀNG THỊ MINH HIỀN

**HOẠT ĐỘNG CUNG ỨNG THUỐC TẠI
BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ- THỰC TRẠNG
VÀ MỘT SỐ GIẢI PHÁP**

LUẬN ÁN TIẾN SĨ DƯỢC HỌC

CHUYÊN NGÀNH TỔ CHỨC QUẢN LÝ DƯỢC

MÃ SỐ : 62.73.20.01

Người hướng dẫn khoa học: PGS.TS. Nguyễn Thị Thái Hằng

PGS. Phương Đình Thu

HÀ NỘI - 2012

LỜI CAM ĐOAN

Tôi xin cam đoan đây là công trình nghiên cứu khoa học của riêng tôi, các kết quả, số liệu trong luận án là trung thực và chưa được công bố trong các công trình khác

Hà Nội, ngày tháng năm 2012

Hoàng Thị Minh Hiền

MỤC LỤC

ĐẶT VẤN ĐỀ	1
CHƯƠNG 1: TỔNG QUAN	3
1.1. TỔNG QUAN VỀ CUNG ỨNG THUỐC BỆNH VIỆN	3
1.1.1. Chu trình quản lý cung ứng thuốc.....	3
1.1.2. Quản lý lựa chọn thuốc	3
1.1.3. Quản lý mua thuốc.....	5
1.1.4. Quản lý tồn trữ, cấp phát thuốc.....	8
1.1.5. Quản lý sử dụng thuốc	11
1.2. TỔNG QUAN VỀ BỆNH VIỆN, KHOA DƯỢC	13
1.2.1. Tổng quan về bệnh viện	13
1.2.2. Tổng quan về khoa Dược, Hội đồng Thuốc và Điều trị.....	15
1.2.2.1. Vị trí, chức năng nhiệm vụ khoa dược	15
1.2.2.2. Mô hình tổ chức hoạt động của khoa dược bệnh viện.....	16
1.2.2.3. Nhân lực, quản lý của khoa Dược bệnh viện.....	17
1.2.2.4. Cơ sở vật chất	19
1.2.2.5. Kinh phí dành cho mua thuốc.....	21
1.2.2.6. Hội đồng thuốc và điều trị.....	22
1.3. MÔ HÌNH MỘT SỐ KHOA DƯỢC TRÊN THẾ GIỚI	23
1.4. QUẢN LÝ ĐẤU THẦU THUỐC TẠI BỆNH VIỆN CÔNG LẬP	27
CHƯƠNG 2: ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU	30
2.1. ĐỐI TƯỢNG NGHIÊN CỨU	30
2.2.1. Địa điểm nghiên cứu	30
2.2.2. Thời gian nghiên cứu	30
2.3. PHƯƠNG PHÁP, NỘI DUNG NGHIÊN CỨU	31
2.3.1. Phương pháp mô tả hồi cứu	31
2.3.2. Phương pháp nghiên cứu can thiệp không đối chứng	31
2.3.2.1. Ứng dụng một số giải pháp kỹ thuật trong quản lý thuốc độc, gây nghiện, hướng tâm thần trong kê đơn nội, ngoại trú.	31
2.3.2.2. Ứng dụng phương pháp tính điểm có phần mềm hỗ trợ trong quản lí đấu thầu thuốc tại bệnh viện Hữu Nghị.	34
2.3.3. Nội dung nghiên cứu	36
2.4. PHƯƠNG PHÁP PHÂN TÍCH VÀ XỬ LÝ SỐ LIỆU	36
2.4.1. Phần mềm Exel for Windows	36

2.4.2. Phân tích các số liệu liên quan đến cơ cấu tiêu thụ thuốc theo các chỉ số	36
2.4.3. Một số chỉ tiêu đánh giá thực hiện trong đề tài	38
2.4.4. Phương pháp phân tích mức tăng trưởng	39
2.4.5. Phương pháp so sánh, tính tỷ trọng	39
CHƯƠNG 3: KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU	42
3.1. THỰC TRẠNG CUNG ỨNG THUỐC TẠI BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ TỪ NĂM 2004-2010. PHÂN TÍCH NHỮNG ƯU, NHƯỢC BẤT CẬP CHÍNH YẾU TRONG HOẠT ĐỘNG CUNG ỨNG THUỐC TẠI BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ	42
3.1.1. Một số dữ liệu cơ bản cho hoạt động cung ứng thuốc	42
3.1.1.1. Tổ chức, nhân lực khoa Dược và Bệnh viện Hữu nghị	42
3.1.1.2. Chỉ tiêu, công suất sử dụng giường bệnh của Bệnh viện Hữu nghị	48
3.1.1.3. Nghiên cứu mô hình bệnh tật Bệnh viện Hữu nghị giai đoạn 2004-2010	48
3.1.1.4. Tổ chức và hoạt động của HĐT và ĐT	52
3.1.2. Thực hiện chu trình cung ứng thuốc tại bệnh viện Hữu nghị	53
3.1.2.1. Hoạt động lựa chọn thuốc	53
3.1.2.2. Hoạt động mua sắm thuốc	56
3.1.2.3. Hoạt động quản lý cấp phát và tồn trữ thuốc tại khoa Dược Bệnh viện Hữu nghị	66
3.1.2.4. Phân tích hoạt động quản lý sử dụng thuốc tại Bệnh viện Hữu nghị	69
3.1.2.5. Hoạt động của Nhà thuốc bệnh viện	82
3.1.2.6. Kết quả hoạt động của bệnh viện	83
3.1.3 Phân tích những tồn tại bất cập chính yếu trong hoạt động cung ứng thuốc tại Bệnh viện Hữu nghị	83
3.1.3.1 Một số khó khăn tồn tại chính yếu trong hoạt động cung ứng thuốc	83
3.1.3.2 Những khó khăn thách thức trong công tác đấu thầu thuốc	84
3.2 . ÁP DỤNG GIẢI PHÁP CAN THIỆP	85
3.2.1. Ứng dụng một số giải pháp kỹ thuật trong quản lý thuốc độc, gây nghiện, hướng tâm thần trong kê đơn nội ngoại trú	85
3.2.2. Ứng dụng phương pháp tính điểm có phần mềm hỗ trợ trong quản lý đấu thầu cung ứng thuốc tại Bệnh viện Hữu nghị	89
3.2.2.1. Thực trạng hoạt động đấu thầu tại Bệnh viện Hữu nghị từ năm 2005 đến 2007	89
3.2.2.2. Giải pháp ứng dụng tin học trong quản lý đấu thầu thuốc	90
3.2.2.3. Kết quả đạt được sau khi ứng dụng tin học trong quản lý đấu thầu thuốc	99

CHƯƠNG 4: BÀN LUẬN.....	101
4.1. VỀ THỰC TRẠNG CUNG ỨNG THUỐC TẠI BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ	
.....	101
4.1.1. Một số dữ liệu cơ bản cho hoạt động cung ứng thuốc tại Bệnh viện Hữu nghị.....	102
4.1.2. Hoạt động cung ứng thuốc tại Bệnh viện Hữu nghị, phân tích những tồn tại bất cập chính yếu	106
4.2. ỨNG DỤNG MỘT SỐ GIẢI PHÁP KỸ THUẬT TRONG QUẢN LÝ THUỐC ĐỘC, GÂY NGHIỆN, HƯỚNG TÂM THẦN VÀ ĐẤU THẦU CUNG ỨNG THUỐC TẠI BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ	114
4.2.1. Giải pháp kỹ thuật trong quản lý thuốc độc, gây nghiện, hướng tâm thần trong kê đơn nội ngoại trú	114
4.2.2. Ứng dụng phương pháp tính điểm có phần mềm hỗ trợ trong quản lý đấu thầu cung ứng thuốc tại Bệnh viện Hữu nghị	114
4.3. XÂY DỰNG HỆ THỐNG GIẢI PHÁP, ĐỀ XUẤT MÔ HÌNH HOẠT ĐỘNG KHOA DƯỢC.....	115
KẾT LUẬN.....	122
1. THỰC TRẠNG CUNG ỨNG THUỐC TẠI BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ.....	122
1.1. Lựa chọn thuốc	122
1.2. Mua sắm thuốc.....	122
1.3. Cấp phát và tồn trữ.....	122
1.4. Quản lý sử dụng thuốc tại bệnh viện	123
1.5. Những khó khăn thách thức trong công tác dược tại Bệnh viện Hữu nghị	123
2. ỨNG DỤNG GIẢI PHÁP KỸ THUẬT TRONG QUẢN LÝ THUỐC ĐỘC, GÂY NGHIỆN, HƯỚNG TÂM THẦN VÀ PHƯƠNG PHÁP TÍNH ĐIỂM CÓ PHẦN MỀM HỖ TRỢ TRONG QUẢN LÝ ĐẤU THẦU CUNG ỨNG THUỐC TẠI BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ	124
ĐỀ XUẤT.....	125

CÁC CHỮ VIẾT TẮT

ACS : Anticoagulation Service : Tư vấn sử dụng thuốc chống đông;
ATHL: An toàn hợp lý
BHYT: Bảo hiểm y tế
BVSK: Bảo vệ sức khỏe
BV: Bệnh viện
CNNV: Chức năng nhiệm vụ
CPS : Pharmacokinetic Service : Tư vấn về dược động học
DMT: Danh mục thuốc
DMTTY: Danh mục thuốc thiết yếu
DMTCY: Danh mục thuốc chủ yếu
DMTBV: Danh mục thuốc bệnh viện
DS: Dược sỹ
DSDH: Dược sỹ đại học
DSTH: Dược sỹ trung học
ĐTNC: Đối tượng nghiên cứu
FIFO: First in, first out (Nhập trước xuất trước)
FEFO: First expiry first out (Hạn dùng trước xuất trước)
GMP: Good Manufacturing Practice (Thực hành sản xuất thuốc tốt).
GMP EU: Tiêu chuẩn sản xuất thuốc tốt châu Âu
GMP ASIAN: Tiêu chuẩn sản xuất thuốc tốt khối ASIAN
GMP WHO: Tiêu chuẩn sản xuất thuốc tốt của Tổ chức y tế thế giới
GPLH: Giấy phép lưu hành
GPNK: Giấy phép nhập khẩu
GTTT: Giá trị tiêu thụ
HC, VTTH: Hoá chất, vật tư tiêu hao
HĐT & ĐT : Hội đồng Thuốc và Điều trị
HSMT: Hồ sơ mời thầu

HSBA: Hồ sơ bệnh án

KK/KKL: Kê khai/ kê khai lại

KHTH: Kế hoạch tổng hợp.

KHĐT: Kế hoạch đấu thầu

KQĐT: Kết quả đấu thầu

MHBT: Mô hình bệnh tật

4M.I.T: MATERIALS (Nguyên vật liệu, cơ sở vật chất); MEN (Nhân lực, biên chế); Money (Kinh phí); Management (Năng lực quản lý); Information (Thông tin); Time (Thời gian)

P.D.P: Pharmacist. Doctor. Patient (Dược sĩ, Bác sĩ, Bệnh nhân)

PM : Phần mềm

RS : Respiratory Service : Tư vấn sử dụng thuốc hô hấp

SĐK: Số đăng ký

SLTT : Số lượng tiêu thụ.

SWOT: S: Strength.W: Weaknesses. O: Opportunity. T: Threats . (Điểm mạnh, điểm yếu, cơ hội, thách thức).

SMART: Self-Monitoring, Analysis, and Reporting Technology

7.S: Shooting Mark; Strategy; Structure; Staff; Skill; Style; System (Mục tiêu, chiến lược, cơ cấu tổ chức, nhân lực, kỹ năng, phong cách văn hoá, hệ thống đồng bộ).

TD: Tân dược

TCYTTG: Tổ chức y tế thế giới.

TCKT: Tài chính kế toán.

Thuốc điều trị KST, chống NK: Thuốc điều trị ký sinh trùng và chống nhiễm khuẩn

Thuốc điều trị UT& ĐHMD: Thuốc điều trị ung thư và điều hoà miễn dịch.

VNĐ: Việt Nam đồng

DANH MỤC BẢNG

STT	Tên bảng	Trang
1.1	<i>Nguồn nhân lực dược cả nước giai đoạn 2000- 2005</i>	16
1.2	<i>Cơ cấu phân loại về nhóm nghề trong bệnh viện</i>	16
1.3	<i>Trình độ chuyên môn của dược sỹ ở bệnh viện trung ương năm 2005 (28/31 BVTW)</i>	17
1.4	<i>Kinh phí sử dụng thuốc tại các bệnh viện năm 2005-2006</i>	20
1.5	<i>Chi phí của các bệnh viện năm 2008- 2009</i>	20
1.6	<i>Các hình thức đấu thầu cung ứng thuốc</i>	26
2.7	<i>Số lượng lấy mẫu nghiên cứu tại các khoa</i>	32
2.8	<i>Nhóm biến số của phân tích ABC</i>	37
2.9	<i>Nhóm biến số của phân tích VEN các thuốc nhóm A</i>	37
2.10	<i>Nhóm biến số của phân tích cơ cấu tiêu thụ thuốc theo xuất xứ, thuốc biệt dược, generic</i>	38
3. 11	<i>Cơ cấu nhân lực tại bệnh viện Hữu Nghị từ năm 2004-2010</i>	42
3.12	<i>Biên chế nhân lực khoa Dược bệnh viện Hữu Nghị từ năm 2004-2010</i>	43
3.13	<i>Tỷ lệ số cán bộ khoa Dược trên tổng số lượt bệnh nhân đến điều trị nội ngoại trú tại bệnh viện (2004-2010).</i>	44
3.14	<i>So sánh nhân lực dược bệnh viện Hữu Nghị với bệnh viện C Đà Nẵng và bệnh viện E năm 2010</i>	44
3.15	<i>Sự thay đổi số giường bệnh từ năm 2004-2010</i>	47
3.16	<i>Số lượt bệnh nhân điều trị nội trú từ năm 2004- 2010</i>	47
3.17	<i>Số lượt bệnh nhân đến khám ngoại trú từ năm 2004-2010</i>	48
3.18	<i>Mười chương bệnh có tỷ lệ mắc cao nhất tại bệnh viện Hữu Nghị</i>	49
3.19	<i>Số lượng thuốc chủ yếu trong DMT của bệnh viện Hữu Nghị</i>	52
3.20	<i>Kinh phí mua thuốc của bệnh viện Hữu Nghị từ năm 2004-2010.</i>	55
3.21	<i>Tỷ trọng tiền thuốc trong tổng kinh phí bệnh viện.</i>	56
3.22	<i>Giá trị tiền thuốc xuất, nhập, tồn tại kho dược</i>	67
3.23	<i>Cơ cấu tiêu thụ thuốc theo nguồn gốc xuất xứ năm 2008 - 2010</i>	68

3.24	<i>Cơ cấu tiêu thụ thuốc theo phân tích ABC năm 2008 - 2010</i>	69
3.25	<i>Cơ cấu tiêu thụ thuốc nội, ngoại trong nhóm A năm 2008 – 2010</i>	70
3.26	<i>Cơ cấu tiêu thụ thuốc biệt dược, generic trong nhóm A năm 2008 - 2010</i>	61
3.27	<i>Cơ cấu tiêu thụ các thuốc trong nhóm A theo mã ATC năm 2008</i>	72
3.28	<i>Cơ cấu tiêu thụ các thuốc trong nhóm A theo mã ATC năm 2009</i>	73
3.29	<i>Cơ cấu tiêu thụ các thuốc trong nhóm A theo mã ATC năm 2010</i>	74
3.30	<i>Phân tích VEN các thuốc trong nhóm A từ năm 2008 đến 2010</i>	75
3.31	<i>Cơ cấu tiêu thụ của thuốc "N" theo phân tích VEN trong nhóm A năm 2008</i>	75
3.32	<i>Cơ cấu tiêu thụ của thuốc "N" theo phân tích VEN trong nhóm A năm 2009</i>	76
3.33	<i>Cơ cấu tiêu thụ của thuốc "N" theo phân tích VEN trong nhóm A năm 2010</i>	76
3.34	<i>Số ngày điều trị trung bình tại bệnh viện Hữu Nghị</i>	81
3.35	<i>Tình hình bệnh nhân nhập viện, tử vong.</i>	81
3.36	<i>Tỷ lệ sai phạm trong ghi hồ sơ bệnh án trước can thiệp</i>	83
3.37	<i>Sai phạm trong kê đơn thuốc ngoại trú trước can thiệp</i>	84
3.38	<i>Tỷ lệ các sai phạm trước và sau can thiệp trong kê đơn ngoại trú</i>	85
3.39	<i>Tỷ lệ các sai phạm trước và sau can thiệp trong ghi hồ sơ bệnh án.</i>	86
3.40	<i>Tỷ lệ sai phạm về đánh số thứ tự các thuốc độc, nghiện, hướng tâm thần trong hồ sơ bệnh án</i>	86
3.41	<i>Số lượng thuốc và nhà thầu qua các năm</i>	87
3.42	<i>Yêu cầu về tiêu chuẩn kỹ thuật của thuốc trước và sau khi áp dụng phương pháp tính điểm</i>	90
3.43	<i>So sánh trước và sau khi ứng dụng tin học trong quản lý đấu thầu tại bệnh viện Hữu Nghị</i>	97
4.44	<i>So sánh nhân lực dược bệnh viện với định mức theo thông tư 08/2007/TTLT-BYT-BNV[33]</i>	102

DANH MỤC HÌNH, ĐỒ THỊ

STT	Tên hình	Trang
1.1	Mô hình quản lý cung ứng thuốc	3
1.2	Các căn cứ xây dựng danh mục thuốc tại bệnh viện	4
1.3	Hệ thống kho tại khoa Dược bệnh viện Hữu Nghị	8
1.4	Các yếu tố ảnh hưởng đến sử dụng thuốc	10
1.5	Chức năng nhiệm vụ của bệnh viện	13
1.6	Tổ chức bệnh viện Hữu Nghị	14
1.7	Mô hình tổ chức khoa Dược bệnh viện.	15
1.8	Cơ cấu phân loại nhóm nghề trong bệnh viện	17
1.9	Hệ thống kho trong khoa Dược	18
1.10	Thành phần hội đồng Thuốc và Điều trị	22
1.11	Mô hình hoạt động khoa dược theo WHO	23
1.12	Mô hình hoạt động khoa dược bệnh viện Samsung, Hàn Quốc	25
2.13	Sơ đồ tiến trình nghiên cứu can thiệp thử nghiệm	31
2.14	Sơ đồ hoạt động đấu thầu thuốc theo quan điểm quản trị hệ thống	34
2.15	Mô hình thiết kế nghiên cứu	40
3.16	Tỷ lệ phân bố nhân lực khoa Dược bệnh viện năm 2010	43
3.17	Mô hình khoa Dược bệnh viện Hữu Nghị	45
3.18	Số lượt bệnh nhân điều trị nội trú từ năm 2004-2010	48
3.19	Mười chương bệnh có tỷ lệ mắc cao nhất tại bệnh viện Hữu Nghị	50
3.20	Cơ cấu 10 nhóm thuốc chủ yếu trong DMT bệnh viện Hữu Nghị	54
3.21	Kinh phí mua thuốc từ năm 2004-2010	56
3.22	Tỷ trọng tiền thuốc trong tổng kinh phí bệnh viện	57
3.23	Quy trình tổ chức đấu thầu cung ứng thuốc năm 2004-2005	58
3.24	Quy trình tổ chức đấu thầu cung ứng thuốc năm 2006-2007	58
3.25	Quy trình tổ chức đấu thầu cung ứng thuốc năm 2008 đến nay	59
3.26	Quy trình đấu thầu thuốc tại bệnh viện Hữu Nghị	60

3.27	<i>Quy trình cấp phát thuốc tại khoa Dược bệnh viện Hữu Nghị</i>	64
3.28	<i>Quy trình cấp phát thuốc nội trú</i>	65
3.29	<i>Cơ cấu tiêu thụ thuốc nội, ngoại năm 2008 - 2010</i>	68
3.30	<i>Cơ cấu tiêu thụ thuốc nội, ngoại trong nhóm A năm 2008 - 2010</i>	70
3.31	<i>Cơ cấu tiêu thụ thuốc biệt dược, generic trong nhóm A năm 2008 - 2010</i>	71
3.32	<i>Sơ đồ nối mạng quản lý dược bệnh viện Hữu Nghị</i>	78
3.33	<i>Danh mục thuốc và doanh số trung bình của nhà thuốc</i>	80
3.34	<i>Quy trình đấu thầu dựa trên phần mềm</i>	92
3.35	<i>Quy trình đấu thầu thông thường chưa can thiệp tin học</i>	94
3.36	<i>Ứng dụng chương trình tin học hỗ trợ một số bước trong quy trình đấu thầu</i>	94
3.37	<i>Màn hình hỗ trợ lựa chọn thuốc trong đấu thầu tại bệnh viện</i>	96
4.38	<i>Chu trình quản trị hoạt động khoa Dược bệnh viện</i>	99
4.39	<i>Đề xuất mô hình hoạt động khoa dược</i>	117

ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh viện là cơ sở khám chữa bệnh và chăm sóc sức khỏe toàn diện cho người bệnh, là đơn vị khoa học kỹ thuật có nghiệp vụ cao về y tế.

Một trong những nhiệm vụ quan trọng có ảnh hưởng đến chất lượng công tác khám chữa bệnh của bệnh viện là vấn đề cung ứng thuốc đầy đủ và kịp thời, đảm bảo chất lượng của khoa Dược bệnh viện. Tuy nhiên hoạt động cung ứng thuốc chịu ảnh hưởng của rất nhiều yếu tố, cần có sự nghiên cứu đầy đủ các yếu tố này để lựa chọn những phương thức hợp lý trong cung ứng thuốc. [58]

Từ những năm cuối thế kỷ 20 đến nay, với xu hướng phát triển kinh tế, văn hoá, khoa học kỹ thuật và tiềm năng ứng dụng khoa học quản lý tiên tiến, thế giới ngày nay đang bước vào một kỷ nguyên mới mà trong đó nhu cầu được chăm sóc về sức khỏe đã trở nên cao hơn bao giờ hết. Các hoạt động chăm sóc sức khỏe, các dịch vụ y tế ở cả khu vực công lập và dân lập đã song hành cùng với các hoạt động bảo hiểm y tế mang lại cho bệnh nhân những lợi ích ngày càng to lớn ở Việt Nam[38].

Cung ứng thuốc kịp thời, đầy đủ đồng thời đảm bảo sử dụng thuốc hợp lý là nhiệm vụ trọng tâm của khoa Dược mỗi bệnh viện [28],[37], [54], [59]. Nhiệm vụ đó đòi hỏi tổ chức và hoạt động công tác dược bệnh viện phải được đổi mới, tăng cường, trong đó ứng dụng tiến bộ khoa học, công nghệ vào lĩnh vực tổ chức, quản lý và điều hành, triển khai hoạt động như một tất yếu khách quan [43].

Theo báo cáo kết quả công tác khám chữa bệnh năm 2009, 2010 của Cục quản lý khám chữa bệnh, tổng giá trị tiền thuốc sử dụng trong bệnh viện chiếm tỷ trọng 47,9% (năm 2009) và 58,7% (năm 2010) tổng giá trị tiền viện phí hàng năm trong bệnh viện [27], [38]. Những bất cập trong cung ứng, sử dụng thuốc tại các bệnh viện cũng ngày càng gia tăng, chẳng hạn như: thuốc không thiết yếu (không thực sự cần thiết) được sử dụng với tỷ lệ cao, lạm dụng kháng sinh, vitamin ... [38]

Gần đây Bộ Y Tế đã ban hành thông tư quy định tổ chức và hoạt động khoa dược bệnh viện và hướng dẫn sử dụng thuốc trong các cơ sở y tế có giường bệnh. Tuy nhiên, tổ chức và hoạt động khoa dược bệnh viện rất khác nhau giữa các hạng bệnh viện.[21], [22].

Bệnh viện Hữu nghị được thành lập từ ngày 28/3/1958, là một bệnh viện đa khoa hạng I trực thuộc Bộ Y Tế , với quy mô 550 giường, có nhiệm vụ khám chữa

bệnh cho các cán bộ cao cấp, trung cấp của Trung ương, các tỉnh phía Bắc đến Vĩnh Linh . Sau này khi hoà bình thống nhất nước nhà năm 1975, bệnh viện có nhiệm vụ khám chữa bệnh cho các cán bộ từ Thừa Thiên Huế trở ra. Với trọng trách quan trọng đó, công tác khám chữa bệnh và hoạt động cung ứng thuốc tại bệnh viện Hữu Nghị càng cần được quan tâm nghiên cứu nhiều hơn để có thể đạt được kết quả cao nhất.

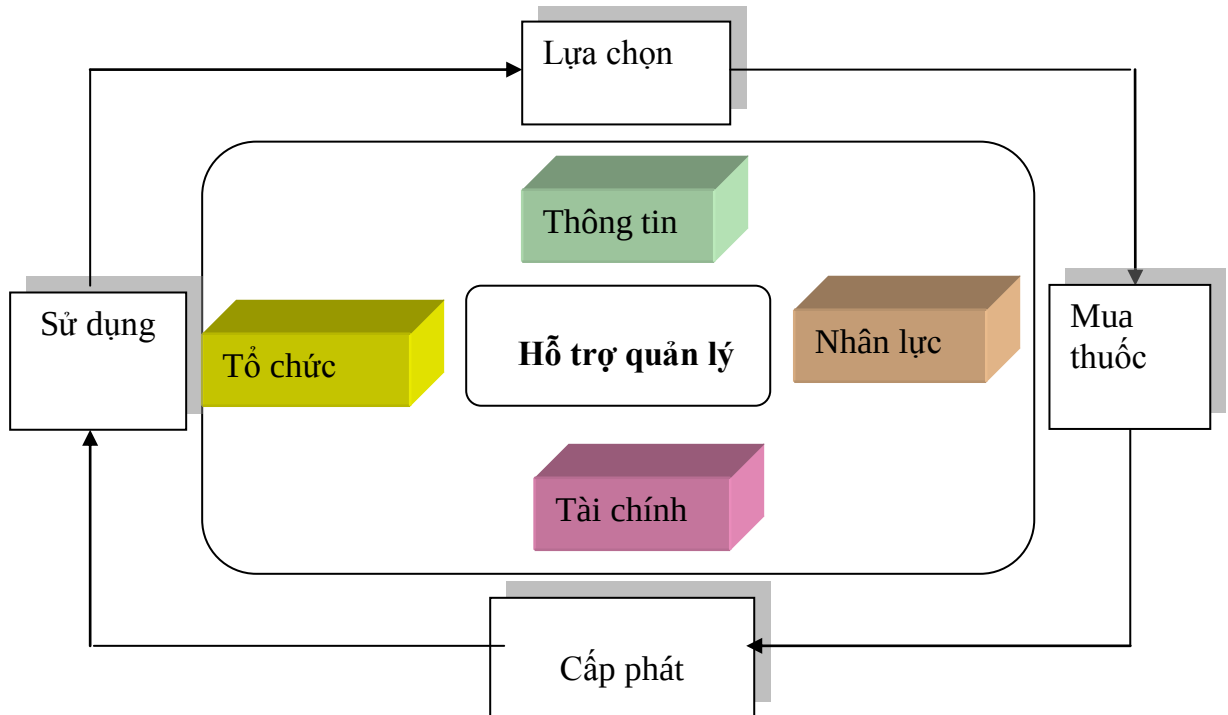
Xuất phát từ yêu cầu thực tế cấp bách trên, dựa trên lý thuyết của khoa học quản lý, từ lý thuyết quản lý y tế theo hệ thống đề tài nghiên cứu: " ***Hoạt động cung ứng thuốc tại Bệnh viện Hữu nghị- Thực trạng và một số giải pháp*** " được tiến hành nhằm các mục tiêu sau:

- 1-Mô tả thực trạng cung ứng thuốc tại Bệnh viện Hữu nghị từ năm 2004- 2010. Phân tích những ưu, nhược, bất cập chính yếu trong hoạt động cung ứng thuốc tại Bệnh viện Hữu nghị.
- 2-Giải pháp kỹ thuật trong việc quản lý thuốc độc, gây nghiện, hướng tâm thần trong kê đơn nội ngoại trú và triển khai hoạt động đấu thầu thuốc tại bệnh viện.
- 3- Từ kết quả nghiên cứu trên đề xuất mô hình hoạt động cho khoa Dược bệnh viện và một số giải pháp nhằm nâng cao chất lượng hoạt động cung ứng thuốc tại Bệnh viện Hữu nghị.

CHƯƠNG 1: TỔNG QUAN

1.1. TỔNG QUAN VỀ CUNG ỨNG THUỐC BỆNH VIỆN

1.1.1. Chu trình quản lý cung ứng thuốc



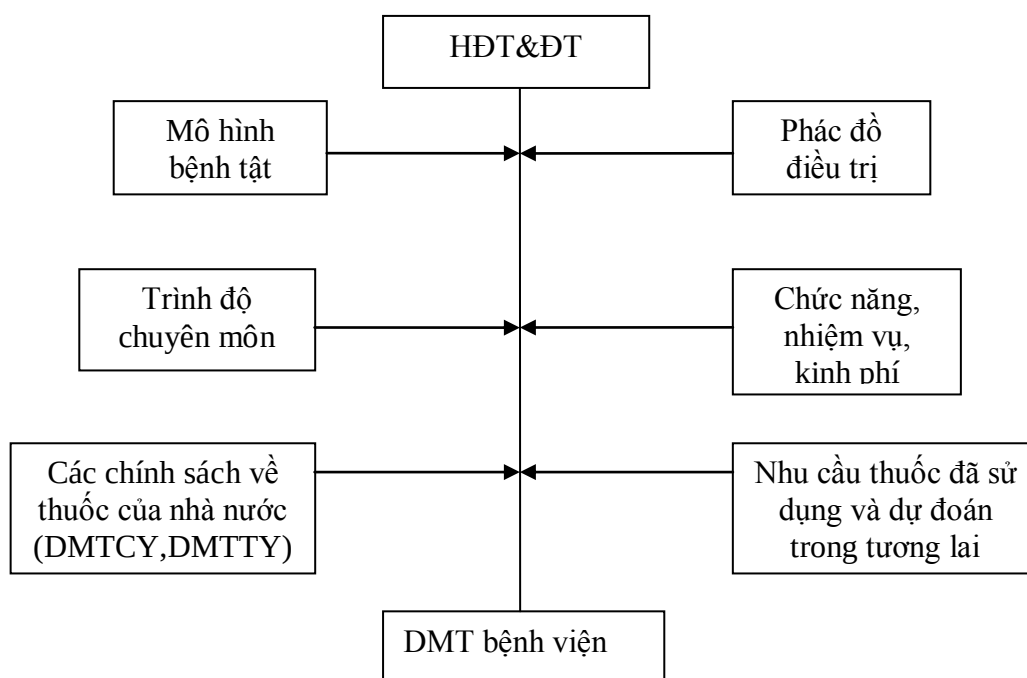
Hình 1.1: Mô hình quản lý cung ứng thuốc[64]

1.1.2. Quản lý lựa chọn thuốc

Lựa chọn thuốc là việc xác định chủng loại và số lượng thuốc để cung ứng. Trong bệnh viện, chủng loại thuốc được thể hiện qua danh mục thuốc (DMT) bệnh viện. Lựa chọn và xây dựng DMT bệnh viện là công việc đầu tiên thuộc quy trình cung ứng thuốc bệnh viện. DMT là cơ sở để đảm bảo cung ứng thuốc chủ động, có kế hoạch cho nhu cầu điều trị hợp lý, an toàn và hiệu quả.

Mỗi bệnh viện tùy theo chức năng nhiệm vụ, cơ sở vật chất, trình độ chuyên môn, vị trí địa lý, mà xây dựng DMT bệnh viện.

Căn cứ để xây dựng DMT bệnh viện



Hình 1.2: Các căn cứ xây dựng danh mục thuốc tại bệnh viện

Căn cứ để xây dựng danh mục thuốc tại các bệnh viện phải dựa vào DMT thiết yếu và DMT chủ yếu do Bộ Y Tế ban hành. .

➤ **Danh mục thuốc thiết yếu** [6] ; [46] :

Là DMT có đủ chủng loại đáp ứng yêu cầu điều trị các bệnh thông thường. Tên thuốc trong danh mục là tên gốc dễ nhớ, dễ biết, dễ lựa chọn, dễ sử dụng, dễ bảo quản, giá cả dễ chấp nhận, thuận tiện cho việc thông tin, việc đào tạo và bồi dưỡng cán bộ và dễ quản lý.

Theo TCYTTG chỉ cần 1 USD thuốc thiết yếu có thể đảm bảo chữa khỏi 80% chứng bệnh thông thường của người dân tại cộng đồng để thực hiện chăm sóc sức khoẻ ban đầu. Như vậy việc cung ứng thuốc thiết yếu với giá cả hợp lý, chất lượng đảm bảo là một yêu cầu cấp thiết và là một trong những nội dung - chính sách quốc gia về thuốc [42].

Hiện nay trên thế giới có hơn 150 nước áp dụng và có DMTTY (chủ yếu các nước đang phát triển). Số lượng tên thuốc trong DMTTY của các nước trung bình khoảng 300 thuốc.

➤ **Danh mục thuốc chủ yếu** [18] [19] ; [20] ; [23] : :

Sử dụng tại các cơ sở khám chữa bệnh là cơ sở pháp lý để các cơ sở khám chữa bệnh lựa chọn, xây dựng DMT cụ thể cho đơn vị mình. Căn cứ vào danh mục

này, đồng thời căn cứ vào mô hình bệnh tật và kinh phí của bệnh viện để lựa chọn cụ thể tên thành phẩm các thuốc có trong danh mục, phục vụ cho công tác khám chữa bệnh. Đối với thuốc tân dược, bệnh viện được phép sử dụng các thuốc phối hợp nếu các thành phần đơn chất của thuốc đó đều có trong danh mục. Khuyến khích sử dụng thuốc của các doanh nghiệp trong nước đạt tiêu chuẩn GMP.

➤ **Mô hình bệnh tật [2] ; [58]:**

Mô hình bệnh tật thuộc bệnh viện là số liệu thống kê về bệnh tật trong khoảng thời gian nhất định. Tùy theo hạng và tuyến bệnh viện mà mô hình bệnh tật bệnh viện có thể thay đổi (do hạng bệnh viện liên quan tới kinh phí, kỹ thuật điều trị, biên chế).

Mô hình bệnh tật của bệnh viện là căn cứ quan trọng giúp bệnh viện không chỉ xây dựng danh mục thuốc phù hợp mà còn làm cơ sở để bệnh viện hoạch định, phát triển toàn diện trong tương lai.

➤ **Hướng dẫn điều trị chuẩn (hướng dẫn thực hành điều trị) [7] [58]:**

Là tài liệu hướng dẫn cho thầy thuốc thực hành những công việc cụ thể và không thể thiếu trong quá trình điều trị. Theo TCYTTG một hướng dẫn thực hành điều trị về thuốc bao gồm đủ 4 thông số: hợp lý, an toàn, hiệu quả, kinh tế.

Hướng dẫn điều trị chuẩn là những công cụ, cách thức để thúc đẩy sử dụng thuốc an toàn hợp lý, cung cấp tiêu chuẩn về điều trị tối ưu dựa trên cơ sở giám sát và đánh giá sử dụng thuốc, biểu hiện sự tập trung trí tuệ của cán bộ chuyên môn của bệnh viện cho những phương án điều trị cụ thể của từng loại bệnh. Vì vậy DMT của bệnh viện cần dựa vào các phác đồ điều trị trong nước, ngoài nước). Không có phác đồ điều trị thì không thể xây dựng danh mục thuốc một cách khoa học.

Kinh phí cho mua thuốc, trình độ chuyên môn, nhu cầu thuốc đã sử dụng là những căn cứ quan trọng trong việc xây dựng DMT của bệnh viện.

1.1.3. Quản lý mua thuốc

➤ **Xác định nhu cầu [2], [64],[73]:**

Xác định số lượng thuốc trong danh mục chính là xác định được nhu cầu để chuẩn bị cho quá trình mua thuốc được chủ động và đảm bảo cung ứng đầy đủ, kịp thời. Bình thường trong hệ thống cung ứng thuốc điều mang tính quyết định về nhu cầu thuốc thường là lượng thuốc tồn trữ và thuốc luân chuyển qua kho. Khi có thay đổi cơ chế cung ứng, thay đổi cách điều trị thì việc xác định nhu cầu sử dụng thuốc là thực sự cần thiết và phải dựa vào một số yếu tố khác ngoài yếu tố lượng thuốc tồn trữ và luân chuyển.

Do nhu cầu thuốc được quyết định và chi phối bởi rất nhiều yếu tố, có ba phương pháp tính toán và ước tính nhu cầu thuốc:

- Thống kê dựa trên mức sử dụng thực tế.
- Dựa trên cơ sở quản lý các dịch vụ y tế.
- Dựa trên mô hình bệnh tật và hướng dẫn thực hành điều trị.

Trong thực tế để xác định nhu cầu thuốc cần kết hợp các phương pháp trên và xem xét, phân tích các yếu tố ảnh hưởng đến nhu cầu thuốc như : bệnh tật, thời tiết, điều kiện kinh tế, sức khỏe, trình độ chuyên môn, phác đồ điều trị, những tiến bộ trong y học và kỹ thuật điều trị mới, giá cả, sự xuất hiện các thuốc mới... Mặt khác phải chú ý phân tích và loại bỏ sai số do nhu cầu thuốc bất hợp lý. Nhu cầu thuốc bất hợp lý là nhu cầu thuốc không phù hợp với kỹ thuật và phương pháp điều trị. Nguyên nhân gây ra có thể do thầy thuốc chẩn đoán sai, do trình độ yếu kém, do chiều lòng bệnh nhân.

Ở Việt Nam cùng với sự phát triển của nền kinh tế- xã hội thì nhu cầu thuốc cho công tác chăm sóc sức khỏe nhân dân ngày một tăng. Tiền thuốc bình quân đầu người tăng từ 0,3 USD năm 1999, đạt 7,6 USD năm 2003 và 8,3 USD năm 2004 [39] . Do nhu cầu về thuốc tăng mạnh trong những năm gần đây nên thị trường thuốc ngày càng thêm sôi động. Số thuốc được cấp số đăng ký cả sản xuất trong nước và nhập khẩu tăng hơn 10.000 mặt hàng.

Bên cạnh việc tăng nhanh về mẫu mã, chủng loại, các nhà sản xuất kinh doanh áp dụng mọi hình thức thông tin, quảng cáo nhằm tiêu thụ thuốc được nhiều hơn, lợi nhuận nhiều hơn, đó cũng là khó khăn cho việc kiểm soát sử dụng thuốc hợp lý, an toàn. Vì vậy việc xây dựng danh mục thuốc và xác định chính xác nhu cầu điều trị hợp lý ở mỗi bệnh viện là rất cần thiết.

Tuy nhiên việc xây dựng danh mục thuốc bệnh viện vẫn còn nhiều vấn đề bất cập. Các bệnh viện lập danh mục thuốc chủ yếu vẫn theo phương pháp thống kê số liệu sử dụng của những năm trước, có bổ sung theo yêu cầu mới. Thuốc đắt tiền, thuốc nhập ngoại, thuốc biệt dược, thuốc không phải thuốc thiết yếu thường chiếm tỷ lệ cao trong danh mục thuốc các bệnh viện, nhất là các bệnh viện lớn. Kinh phí sử dụng thuốc kháng sinh chiếm 32,7% so với các thuốc khác trong bệnh viện [37].

Theo báo cáo của Bộ Y Tế các bệnh viện đều xây dựng danh mục thuốc sử dụng trong bệnh viện căn cứ theo Danh mục thuốc chữa bệnh chủ yếu sử dụng tại các cơ sở khám chữa bệnh ban hành kèm theo quyết định 2003/2005QĐ-BYT ngày 24/1/2005 với 646 thuốc/ hoạt chất lưu hành tại thị trường Việt Nam và danh mục này tiếp tục được sửa đổi, bổ sung với 750 thuốc/ hoạt chất tân dược (chiếm gần 50% hoạt chất lưu hành trên thị trường) theo Quyết định số 05/2008/QĐ-BYT ngày 01/02/2008

tăng 16% số lượng thuốc/ hoạt chất. Đây là danh mục thuốc tương đối đầy đủ và rộng mở nếu so sánh mục nhiều nước trong khu vực và trên thế giới.[12], [43].

Tại bệnh viện Hữu nghị, hàng năm khoa Dược xây dựng kế hoạch mua thuốc căn cứ vào tình hình thực tế sử dụng của năm trước, nhu cầu năm sau theo đề nghị của các khoa phòng trong bệnh viện.

➤ **Chọn phương thức mua [4], [31]:**

Ngay từ năm 1997, chỉ thị 03/BYT-CT ngày 25-2-1997 của Bộ Y Tế về việc chấn chỉnh công tác cung ứng quản lý và sử dụng thuốc tại bệnh viện ghi rõ: “ Việc mua bán thuốc phải thực hiện qua thể thức đấu thầu, chọn thầu, chỉ định thầu công khai theo quy định của nhà nước .

Ngày 27- 7- 2005 Bộ Y Tế và Bộ Tài chính đã ban hành thông tư liên tịch số 20/2005/TTLT-BYT-BTC để hướng dẫn thực hiện đấu thầu cung ứng thuốc trong các cơ sở y tế công lập. Thông tư này áp dụng cho các cơ sở y tế công lập có sử dụng nguồn kinh phí từ ngân sách nhà nước theo quy định để mua thuốc phục vụ nhu cầu khám chữa bệnh và phòng bệnh với tổng kinh phí trong năm từ 200 triệu đồng trở lên đối với cơ sở y tế công lập trung ương.

Sau hai năm thực hiện đấu thầu thuốc tại các cơ sở y tế công lập theo thông tư 20/2005/TTLT-BYT-BTC, ngày 10- 8- 2007, Bộ Y Tế , Bộ Tài chính ban hành thông tư số 10/2007/TTLT-BYT-BTC thay thế cho thông tư 20/2005/TTLT-BYT-BTC. Thông tư số 10/2007 thay đổi một số điều so với thông tư 20/2005 như : áp dụng cho các cơ sở y tế công lập có sử dụng nguồn kinh phí từ ngân sách nhà nước và các nguồn thu hợp pháp khác để mua thuốc theo quy định tại thông tư này và các văn bản pháp luật khác có liên quan(không giới hạn số tiền mua sắm tối thiểu).

Thông tư 10 quy định Bộ trưởng, thủ trưởng cơ quan Bộ, cơ quan thuộc chính phủ và các cơ quan khác ở trung ương, Chủ tịch uỷ ban nhân dân tỉnh, thành phố trực thuộc trung ương chịu trách nhiệm phê duyệt kế hoạch đấu thầu mua thuốc cho các cơ sở y tế công lập thuộc phạm vi quản lý theo quy định hiện hành. Thủ trưởng các cơ sở y tế công lập(thủ trưởng đơn vị) chịu trách nhiệm phê duyệt hồ sơ mời thầu, phê duyệt kết quả lựa chọn nhà thầu cung cấp thuốc của đơn vị.

Thông tư 10 quy định cụ thể các nội dung phải thực hiện bao gồm:

- Lập kế hoạch đấu thầu mua thuốc: căn cứ lập kế hoạch, nội dung của từng gói thầu trong kế hoạch, giá gói thầu, hình thức lựa chọn nhà thầu, thời gian tổ chức đấu thầu, hình thức hợp đồng...
- Trình duyệt kế hoạch và phê duyệt kế hoạch đấu thầu.
- Hồ sơ mời thầu
- Kết quả lựa chọn nhà thầu

1.1.4. Quản lý tồn trữ, cấp phát thuốc

Tồn trữ và bảo quản thuốc [1]; [5];[57]

Tồn trữ bảo quản bao gồm cả quá trình xuất nhập kho, quá trình kiểm tra, kiểm kê, dự trữ và các biện pháp kỹ thuật bảo quản hàng hoá. Thực hiện nghiêm túc quy chế dược về quản lý, bảo quản, kiểm nhập thuốc, theo dõi hạn dùng của thuốc. Tất cả các khoa trong bệnh viện có sử dụng thuốc đều phải thực hiện các quy chế dược. Trách nhiệm của khoa dược là hướng dẫn bác sĩ, y tá thực hiện nghiêm túc các quy chế này và thường xuyên kiểm tra việc thực hiện các quy chế dược tại bệnh viện.

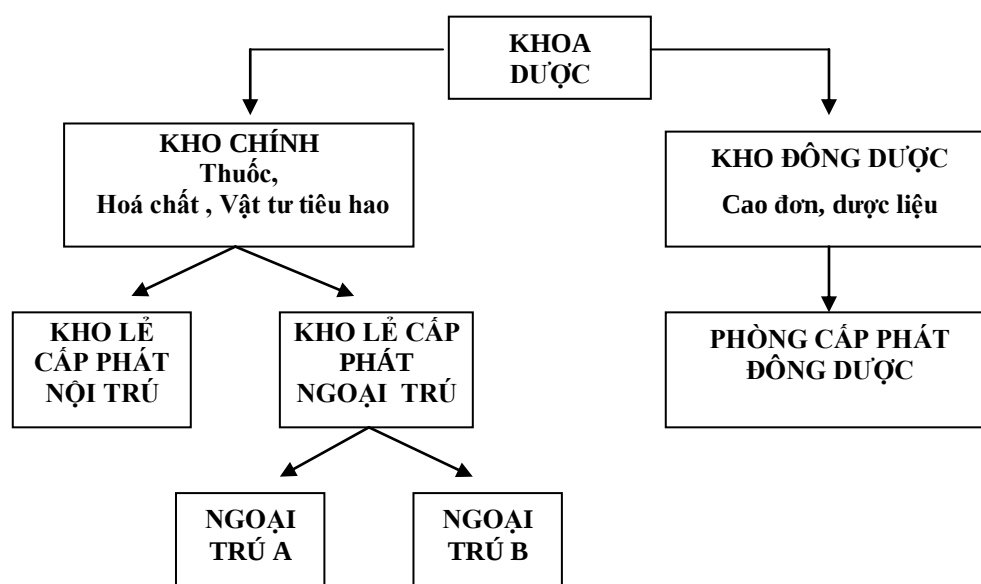
Để đảm bảo chất lượng thuốc trong quy trình tồn trữ đòi hỏi các khoa Dược phải có cơ sở vật chất đáp ứng các yêu cầu về bảo quản thuốc điều trị có quy trình thực hành bảo quản thuốc tốt trong khoa Dược.

Kho thuốc phải được thiết kế đúng quy định.

Đảm bảo thực hiện 5 chống.

Đảm bảo thực hiện các quy chế quản lý đối với thuốc gây nghiện, hướng tâm thần, thuốc độc A - B theo đúng quy chế do Bộ Y Tế ban hành.[5], [22]. Các loại thuốc đều phải đảm bảo được quản lý giám sát đầy đủ về nguồn gốc xuất xứ, số đăng ký lưu hành, lô, hạn dùng, phiếu kiểm nghiệm, chất lượng cảm quan. Bệnh viện Hữu nghị là một bệnh viện đa khoa, do đó số lượng và chủng loại các mặt hàng rất lớn nên muốn giám sát đầy đủ đòi hỏi phải ứng dụng công nghệ thông tin trong quản lý kho thuốc để có thể tra cứu chính xác và kịp thời thông tin các mặt hàng thuốc đã nhập vào khoa Dược.

❖ Hệ thống kho:



Hình1.3: Hệ thống kho tại khoa Dược Bệnh viện Hữu nghị

❖ Hoạt động quản lý nghiệp vụ kho:

Trước khi thuốc nhập vào kho, Hội đồng kiểm nhập có nhiệm vụ kiểm tra, kiểm soát và tiếp nhận thuốc - hóa chất vào kho theo đúng quy định. Phải kiểm tra lô sản xuất, hạn dùng, phiếu kiểm nghiệm của thuốc - hóa chất, đảm bảo thuốc - hóa chất nhập kho đúng chủng loại, quy cách, số lượng, chất lượng.

Thuốc trong kho được sắp xếp như sau:

- Sắp xếp theo độc tính: nghiện, hướng tâm thần, thuốc thường.
- Sắp xếp theo tác dụng dược lý: thuốc gây tê, thuốc gây mê, thuốc chống dị ứng, thuốc chống nhiễm khuẩn, thuốc tim mạch, thuốc tiêu hóa...
- Sắp xếp theo dạng bào chế: thuốc viên, thuốc tiêm...
- Sắp xếp theo đường dùng: thuốc uống, thuốc tiêm, thuốc dùng ngoài...

❖ Quản lý hàng tồn kho:

Xây dựng cơ sở tồn kho hợp lý là bài toán đảm bảo cung ứng kịp thời cho nhu cầu điều trị, đồng thời đảm bảo tính kinh tế. Không để thuốc tồn đọng quá nhiều, quá lâu, ảnh hưởng đến công tác bảo quản và tồn đọng một lượng tiền lớn trong điều kiện kinh phí còn hạn hẹp. Theo một số tài liệu lượng thuốc tồn kho tại kho Dược phải đảm bảo sử dụng khoảng 2 - 3 tháng thuốc của bệnh viện [35].

Công thức ước tính lượng thuốc tồn kho theo hướng dẫn của WHO :[44], [64], [72].

$$S_{\min} = (LT \times C_A) + SS$$

$$S_{\max} = S_{\min} + (PP \times C_A)$$

C_A : Lượng thuốc tiêu thụ hàng tháng(Average Consumption).

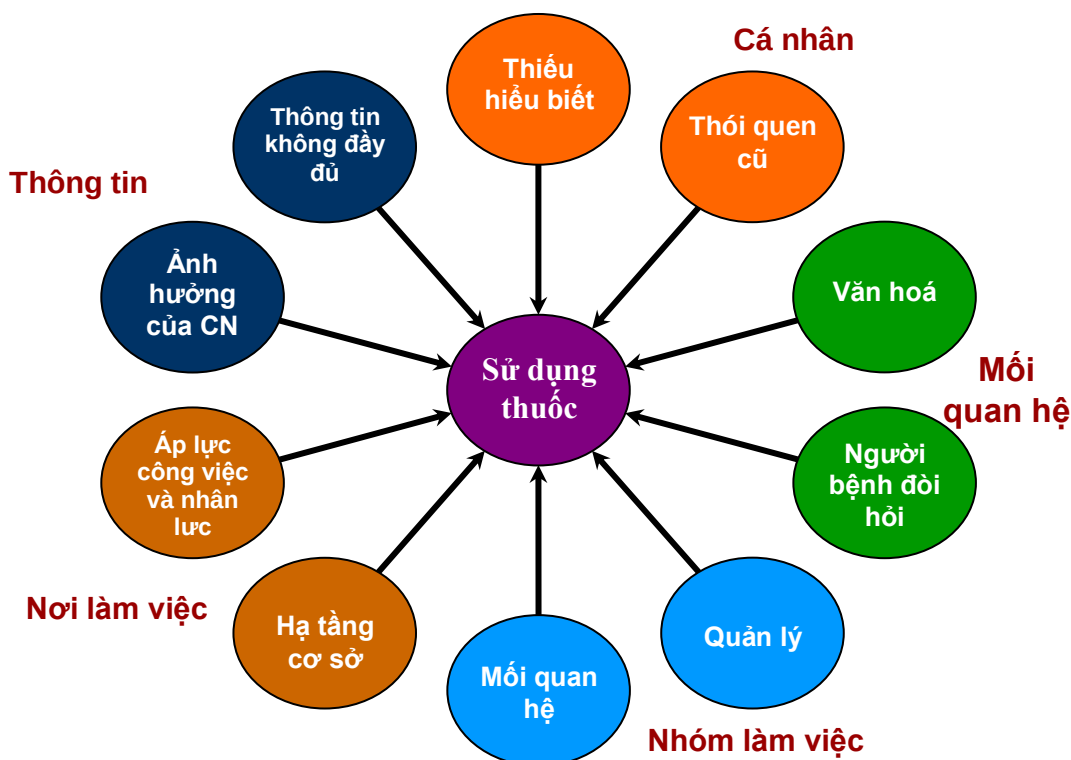
LT: Thời gian thuốc từ nhà cung cấp đến kho thuốc(Supplier Lead Time).

PP: Khoảng thời gian giữa hai lần nhập hàng(Procurement Period).

SS: Lượng tồn kho an toàn.

Hiện tại do dung tích kho, do chưa hoàn thiện phần mềm cho quản lí... nên việc tính toán mức tồn kho còn thủ công, đôi khi gây chậm trễ trong cung ứng.

1.1.5. Quản lý sử dụng thuốc



Hình1.4: Các yếu tố ảnh hưởng đến sử dụng thuốc[58][68]

Việc sử dụng thuốc không hợp lý đã và đang là vấn đề toàn cầu đang quan tâm. Sử dụng thuốc không hợp lý sẽ gây nên những hậu quả về kinh tế xã hội rất nghiêm trọng: Làm tăng đáng kể chi phí cho hoạt động chăm sóc sức khỏe và giảm chất lượng điều trị, tăng nguy cơ xảy ra phản ứng có hại và làm cho bệnh nhân lệ thuộc quá mức vào thuốc.

Bộ Y Tế đã có nhiều văn bản liên quan đến việc quản lý sử dụng thuốc trong bệnh viện. Việc sử dụng thuốc trong bệnh viện phải hợp lý, an toàn, có hiệu quả. Hội đồng thuốc và điều trị có nhiệm vụ giúp Giám đốc bệnh viện trong việc giám sát kê đơn hợp lý, tổ chức theo dõi các phản ứng có hại và các vấn đề liên quan đến thuốc trong bệnh viện, tổ chức thông tin về thuốc. Giám đốc bệnh viện có trách nhiệm chỉ đạo hoạt động của Hội đồng thuốc và điều trị trong việc lựa chọn thuốc và sử dụng thuốc hợp lý, an toàn. [24]

➤ **Một số kỹ thuật phân tích dữ liệu tổng hợp sử dụng thuốc [6], [58] [68].**

Để quản lý sử dụng thuốc một cách hiệu quả cần có các phương pháp phân tích dữ liệu tổng hợp sử dụng thuốc. Hội đồng thuốc và điều trị thông qua các dữ liệu này để quản lý và phát hiện các vấn đề về sử dụng thuốc. Các phương pháp đó bao gồm: Phân tích ABC, phân tích nhóm điều trị, phân tích VEN.

❖ **Phương pháp phân tích ABC**

- **Khái niệm:** Phân tích ABC là phương pháp phân tích tương quan giữa lượng thuốc tiêu thụ hàng năm và chi phí nhằm phân định ra những thuốc nào chiếm tỉ lệ lớn trong ngân sách.

- **Mục đích của phân tích ABC:**

- Cho thấy những thuốc được sử dụng thay thế với lượng lớn mà có chi phí thấp trong danh mục hoặc có sẵn trên thị trường. Thông tin này được sử dụng để:
- Lựa chọn những thuốc thay thế có chi phí điều trị thấp hơn
- Tìm ra những liệu pháp điều trị thay thế
- Thương lượng với nhà cung cấp để mua được thuốc với giá thấp hơn.
- Lượng giá mức độ tiêu thụ thuốc, phản ánh nhu cầu chăm sóc sức khỏe của cộng đồng và từ đó phát hiện những vấn đề chưa hợp lý trong sử dụng thuốc, bằng cách so sánh lượng thuốc tiêu thụ với mô hình bệnh tật.
- Xác định phương thức mua các thuốc không có trong danh mục thuốc thiết yếu của bệnh viện.

❖ **Phân tích nhóm điều trị**

- Phân tích nhóm điều trị giúp:

- Xác định những nhóm điều trị có mức tiêu thụ thuốc cao nhất và chi phí nhiều nhất.
- Trên cơ sở thông tin về tình hình bệnh tật, xác định những vấn đề sử dụng thuốc bất hợp lý.
- Xác định những thuốc đã bị lạm dụng hoặc những thuốc mà mức tiêu thụ không mang tính đại diện cho những ca bệnh cụ thể ví dụ sốt rét và sốt xuất huyết.
- Hội đồng thuốc và điều trị lựa chọn những thuốc có chi phí hiệu quả cao nhất trong các nhóm điều trị và thuốc lựa chọn trong liệu pháp điều trị thay thế.

❖ **Phân tích VEN (Phân tích tối cần, thiết yếu và không thiết yếu).**

Đôi khi nguồn kinh phí không đủ để mua tất cả các loại thuốc như mong muốn. Phân tích VEN là phương pháp phổ biến giúp cho việc lựa chọn những thuốc cần ưu tiên để mua và dự trữ trong bệnh viện.

- Tiêu chuẩn phân loại

- *Các thuốc tối cần (V)*: Gồm các thuốc dùng để cứu sống người bệnh hoặc các thuốc thiết yếu cho các dịch vụ chăm sóc sức khỏe cơ bản.
- *Các thuốc thiết yếu (E)*: Gồm các thuốc dùng để điều trị cho những bệnh nhân nặng nhưng không nhất thiết phải có cho các dịch vụ chăm sóc sức khỏe cơ bản.
- *Các thuốc không cần thiết (N)*: gồm các thuốc dùng để điều trị những bệnh nhẹ, có thể có hoặc không có trong danh mục thiết yếu và không cần thiết phải lưu trữ trong kho.

➤ **Quản lý thực hiện các quy chế Dược** [23] ; [29] :

Việc đảm bảo hiệu lực công tác quản lý và thực hiện các quy chế Dược tại bệnh viện là một trong những nhiệm vụ quan trọng của khoa Dược .

Chỉ thị của Bộ Y Tế số 02/1999/CT-BYT ngày 01/01/1999 và công văn số 50 của Bộ Trưởng số 1054/YT-TTr đến ngày 25/2/2005 đó nêu rõ: “Bệnh viện và các khoa điều trị cần có biện pháp quản lý chặt chẽ việc sử dụng các thuốc gây nghiện, thuốc hướng tâm thần nhằm đảm bảo đến tay người bệnh tránh để thất thoát gây hậu quả xấu”.

Khoa Dược là đơn vị chịu trách nhiệm thực hiện, cụ thể hoá các văn bản và kiểm tra các khoa phòng trong bệnh viện thực hiện quy chế Dược, đặc biệt là các quy định quản lý thuốc độc, gây nghiện, hướng tâm thần, thuốc quản lý đặc biệt.[25], [59]

1.2. TỔNG QUAN VỀ BỆNH VIỆN, KHOA DƯỢC

1.2.1. Tổng quan về bệnh viện

➤ **Định nghĩa:**

Tổ chức y tế thế giới (WHO) định nghĩa: “*Bệnh viện là một bộ phận không thể tách rời của tổ chức xã hội y tế, chức năng của nó là chăm sóc sức khỏe toàn diện cho nhân dân, cả phòng bệnh và chữa bệnh, dịch vụ ngoại trú của bệnh viện phải vươn tới gia đình và môi trường cư trú, bệnh viện còn là trung tâm đào tạo cán Bộ Y Tế và nghiên cứu khoa học*”

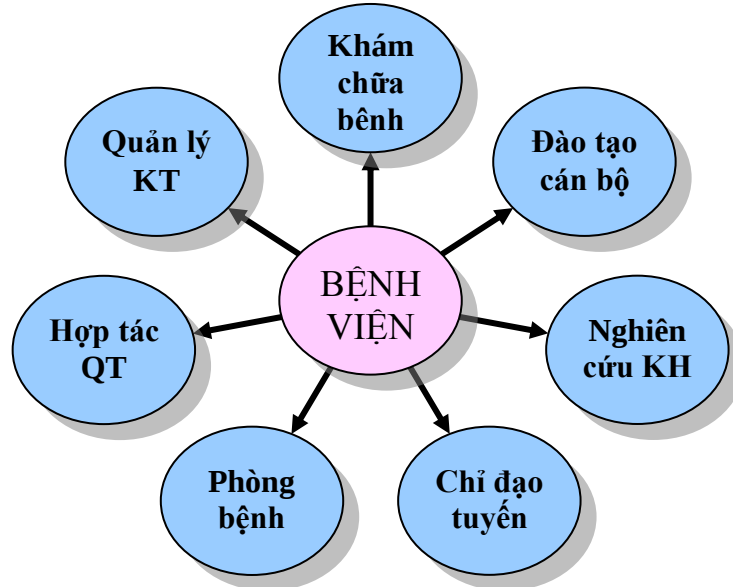
➤ **Phân loại bệnh viện** [5]:

Theo thông tư số 23/2005/TT- BYT, bệnh viện được qui phân thành 2 loại : Bệnh viện đa khoa và bệnh viện chuyên khoa với 5 hạng : hạng I, hạng II, hạng III, hạng IV và hạng đặc biệt căn cứ vào các nhóm tiêu chuẩn sau :

- Vị trí , chức năng và nhiệm vụ.
- Quy mô và nội dung hoạt động
- Cơ cấu lao động và trình độ cán bộ

- Khả năng chuyên môn kỹ thuật, hiệu quả chất lượng công việc
- Cơ sở hạ tầng, trang thiết bị

➤ **Chức năng nhiệm vụ:** Bệnh viện là đơn vị khoa học có nghiệp vụ cao về y tế.



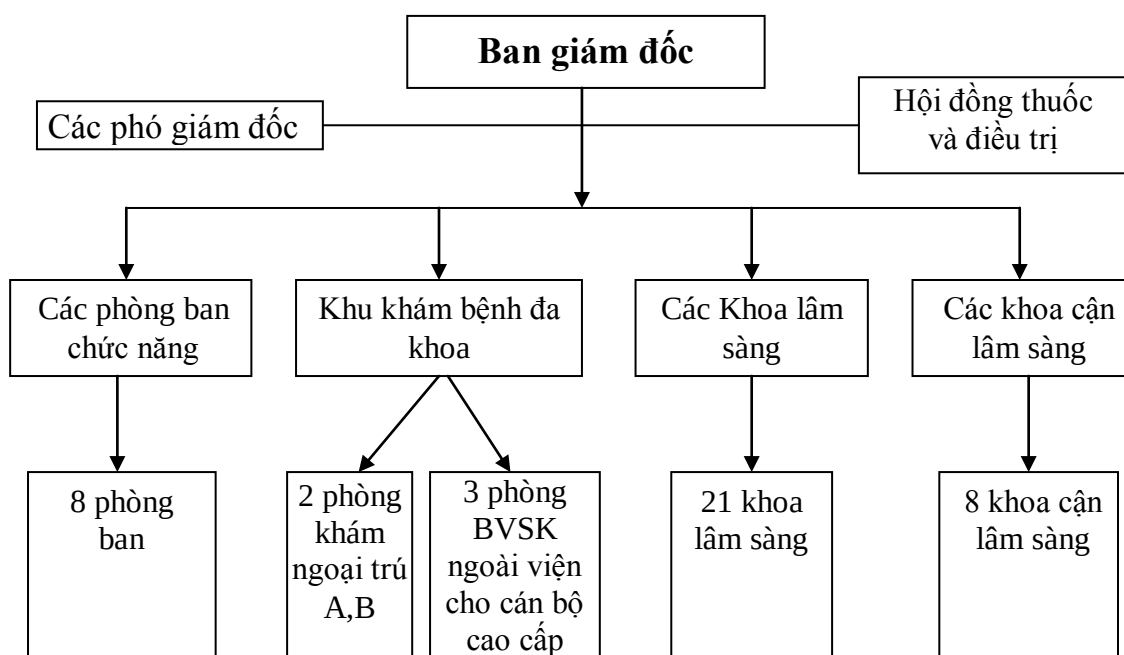
Hình 1.5. Chức năng nhiệm vụ của bệnh viện

Ngoài công tác quan trọng nhất là khám chữa bệnh, chăm sóc sức khỏe cho người bệnh, bệnh viện còn có các chức năng, nhiệm vụ quan trọng khác. Tùy theo từng cấp độ mà mức độ ưu tiên các chức năng nhiệm vụ khác nhau. Đối với một số bệnh viện có đặc thù riêng, có thể thêm, bớt những nhiệm vụ khác nhau, tuy nhiên nhiệm vụ đầu tiên, tối quan trọng của bệnh viện là: khám bệnh và chữa bệnh.

Mỗi bệnh viện đa khoa, chuyên khoa thuộc các hạng khác nhau sẽ có những quy mô tổ chức khác nhau để vừa thống nhất theo quy chế chung, vừa đảm bảo thực hiện đúng, đủ các chức năng, nhiệm vụ của mình.

➤ **Bệnh viện Hữu Nghị :**

Bệnh viện Hữu nghị là bệnh viện đa khoa hạng I trực thuộc Bộ Y Tế được tổ chức theo sơ đồ khái quát sau



Hình 1.6 : Tổ chức bệnh viện Hữu Nghị

1.2.2. Tổng quan về khoa Dược, Hội đồng Thuốc và Điều trị

1.2.2.1. Vị trí, chức năng nhiệm vụ khoa dược

Khoa Dược bệnh viện là một chuyên khoa thuộc sự quản lý, điều hành của giám đốc bệnh viện. Trong bệnh viện, khoa Dược là tổ chức cao nhất đảm nhận mọi công việc về dược không chỉ có tính chất thuần túy của một chuyên khoa, mà còn thêm tính chất của một bộ phận quản lý nhằm góp phần nâng cao hiệu quả và đảm bảo an toàn trong khám chữa bệnh, nhất là trong sử dụng thuốc. Khoa Dược nằm trong khối cận lâm sàng và là nơi thực thi chính sách quốc gia về thuốc. [3], [5], [21].

Chức năng nhiệm vụ khoa Dược bệnh viện:

Khoa dược là khoa chuyên môn chịu sự lãnh đạo trực tiếp của Giám đốc bệnh viện. Khoa dược có chức năng quản lý và tham mưu cho Giám đốc bệnh viện về toàn bộ công tác dược trong bệnh viện nhằm đảm bảo cung cấp đầy đủ kịp thời thuốc có chất lượng và tư vấn, giám sát việc thực hiện sử dụng thuốc an toàn hợp lý. [5]

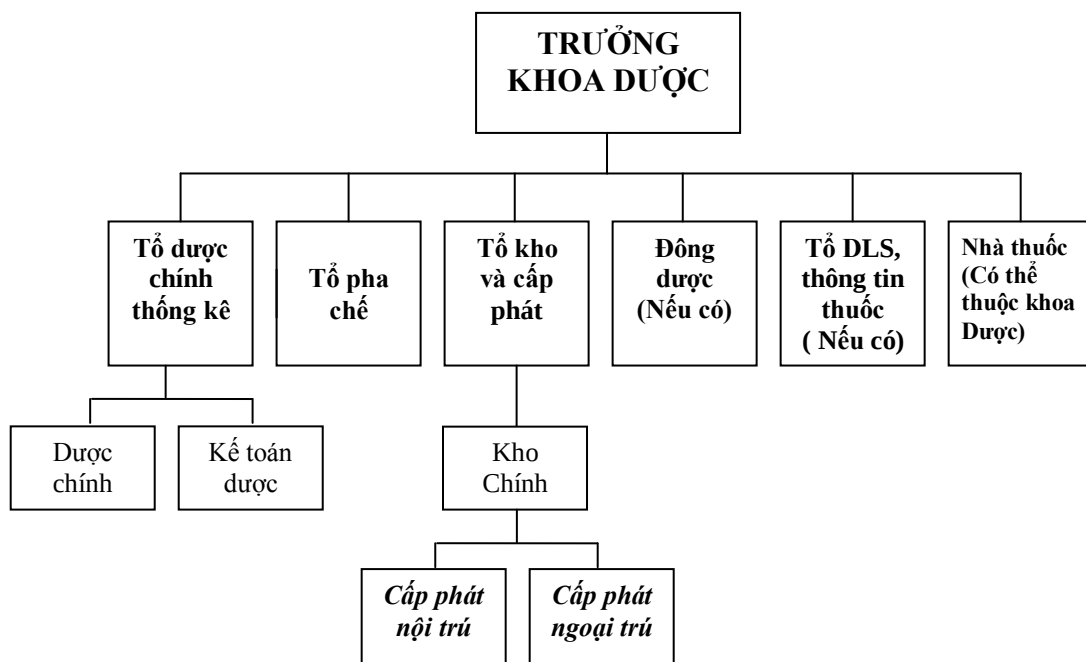
Khoa Dược bệnh viện có các nhiệm vụ [21][28];[54]:

- Lập kế hoạch, cung cấp và bảo đảm số lượng, chất lượng thuốc thông thường và thuốc chuyên khoa, hoá chất, vật dụng y tế tiêu hao: bông, băng, cồn, gạc cho điều trị nội trú và ngoại trú, đáp ứng yêu cầu điều trị hợp lý.
- Pha chế một số thuốc dùng cho bệnh viện

- Kiểm tra, theo dõi việc sử dụng thuốc an toàn, hợp lý trong toàn bệnh viện. Trưởng khoa dược và dược sĩ được uỷ nhiệm có quyền thay thế thuốc có cùng chủng loại.
- Tham gia quản lý kinh phí thuốc, thực hiện tiết kiệm đạt hiệu quả cao trong phục vụ người bệnh.
- Là cơ sở thực hành của các trường đại học y dược, khoa y trong các trường đại học và các trường trung học y tế.
- Tham gia công tác nghiên cứu khoa học, thông tin về thuốc.

1.2.2.2. Mô hình tổ chức hoạt động của khoa dược bệnh viện

Tổ chức khoa dược yêu cầu gọn nhẹ, hợp lý, phát huy được hết khả năng, kiến thức của cán bộ, theo định hướng lâm sàng. Trưởng khoa dược cần bố trí dược sĩ đại học hoặc sau đại học có đào tạo về dược lâm sàng, có trình độ quản lý. Trưởng khoa còn tham gia các hội đồng tư vấn bệnh viện: Phó chủ tịch Hội đồng thuốc và điều trị, uỷ viên hội đồng khoa học của bệnh viện. Hiện nay, mô hình khoa Dược hầu hết các bệnh viện được tổ chức theo cấu trúc trực tuyến - chức năng như sau [3]:[5]; [54]:



Hình 1.7: Mô hình tổ chức khoa Dược bệnh viện

Trong mô hình này, khi một quyết định được chấp nhận, trưởng khoa Dược sẽ ban hành, các bộ phận chức năng chỉ làm nhiệm vụ hướng dẫn phần chuyên môn của mình. Tất cả mục đích để hoàn thành các chức năng, nhiệm vụ của khoa Dược trong bệnh viện.

1.2.2.3. Nhân lực, quản lý của khoa Dược bệnh viện

Cùng với sự mở rộng đào tạo của các trường đại học, trung cấp Dược; sự quan tâm của các cấp, xã hội, những năm gần đây, nguồn nhân lực Dược đã tăng lên đáng kể, phần nào bù đắp sự thiếu hụt nhân lực trong ngành Dược

Chỉ tiêu nguồn nhân lực được nói chung [9], [34]

Bảng 1.1: Nguồn nhân lực dược cả nước giai đoạn 2000- 2005

Năm	Tổng số lao động	Số DS	Tỷ lệ DS %	Tiến sỹ	Thạc sỹ	Chuyên Khoa II	Chuyên Khoa I	Tổng số SDH	Tỷ lệ SDH %	DS ĐH	Tỷ lệ %
2000	175497	2164	1,2	5	9	18	498	530	24,5	1634	75,5
2005	195112	1953	1,0	3	51	8	473	535	27,4	1418	72,6

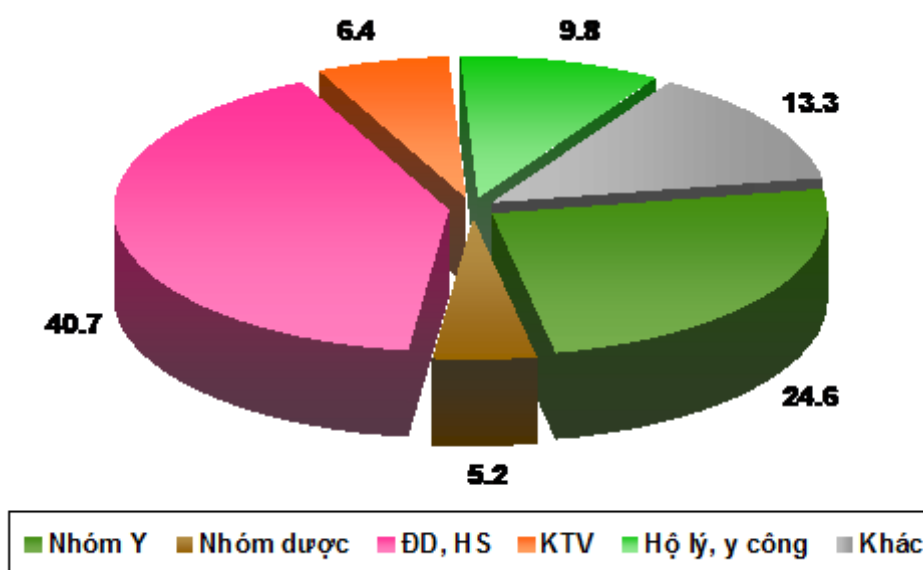
Tuy nhiên, một vấn đề bất cập, Dược sĩ bệnh viện vẫn thiếu, đặc biệt tại các tuyến tỉnh, huyện vùng sâu, vùng xa.

Trong bệnh viện, không chỉ ở khoa Dược, trong bất kì khoa phòng nào thì nhân tố con người là nhân tố tiên quyết quyết định hiệu quả hoạt động. Chỉ tiêu về nhân lực Dược trong các bệnh viện thời gian trước luôn không đáp ứng đủ cho hoạt động Dược của bệnh viện. Ngày nay, tuy đã tăng thêm số lượng và chất lượng nhưng vẫn cần bổ sung và đào tạo thêm [8].

Một số chỉ tiêu về nguồn nhân lực bệnh viện (2006)[34]

Bảng 1.2: Cơ cấu phân loại về nhóm nghề trong bệnh viện

Nhóm nghề	Tổng số	%	Biên chế	%	Hợp đồng	%
Nhóm Y	29.107	24,6	26.157	22,1	2.950	2,5
Nhóm Dược	6.185	5,2	5.166	4,4	1.069	0,9
ĐD, HS	48.080	40,7	39.883	33,8	8.204	6,9
Nhóm KTV	7.559	6,4	6.313	5,9	1.146	1,0
Hộ lý, Y Công	11.619	9,8	6.958	5,9	1.146	1,0
Khác	15.656	13,3	10.034	8,5	5.622	4,7
Tổng số	118.113	100,00	94.416	80,0	23.652	20,0



Hình 1.8: Cơ cấu phân loại nhóm nghề trong bệnh viện.

Theo báo cáo tổng kết của Vụ Điều trị - Bộ Y Tế năm 2006 nhân lực được trong bệnh viện chiếm 5,2 % tổng số biên chế của bệnh viện. Theo các nghiên cứu trước đây nhân lực Dược thường chiếm từ 5-7% so với tổng số biên chế của toàn bệnh viện.

Cơ cấu nhân lực khoa Dược bao gồm: 1 trưởng khoa, 1- 2 phó trưởng khoa, còn lại là các Dược sỹ đại học (DS_{SH}), dược sỹ trung học (DSTH), kế toán thống kê, công nhân dược. Các chức danh công tác được quy định về nhiệm vụ, trách nhiệm trong quy chế bệnh viện năm 1997 là Trưởng khoa Dược, dược sỹ phụ trách kho, dược sỹ pha chế thuốc. Tỷ lệ giữa DSDH/ DSTH và dược tá là 1/5 hoặc 1/6 [4].

Bảng 1.3: Trình độ chuyên môn của dược sỹ ở bệnh viện trung ương năm 2005 (28/31 BVTW)[19]

Trình độ chuyên môn	SL	%	Trình độ chuyên môn	SL	%
PGS(Phó giáo sư)	1	0,6	CKI	42	24 ,4
Tiến sỹ	4	2,3	CKII	0	0
Thạc sỹ	21	12,2	ĐH	104	60, 5
Tổng số	172		100%		

Tùy theo khả năng và tình hình cụ thể của từng bệnh viện thường cần có DSDH ở các bộ phận sau:

- Nghiệp vụ dược
- Kho và cấp phát nội trú, cấp phát ngoại trú.
- Thống kê dược

- Dược lâm sàng, thông tin thuốc
- Pha chế thuốc, kiểm nghiệm, kiểm soát chất lượng thuốc.
- Quản lý hoạt động chuyên môn của Nhà Thuốc bệnh viện

Tuy nhiên, hiện nay số lượng cán bộ Dược nói chung hay Dược sĩ đại học nói riêng chưa phù hợp với công việc, chức năng nhiệm vụ của khoa Dược. Bên cạnh đó sự phân bố đối với các tuyến, các cấp cũng có nhiều bất cập.

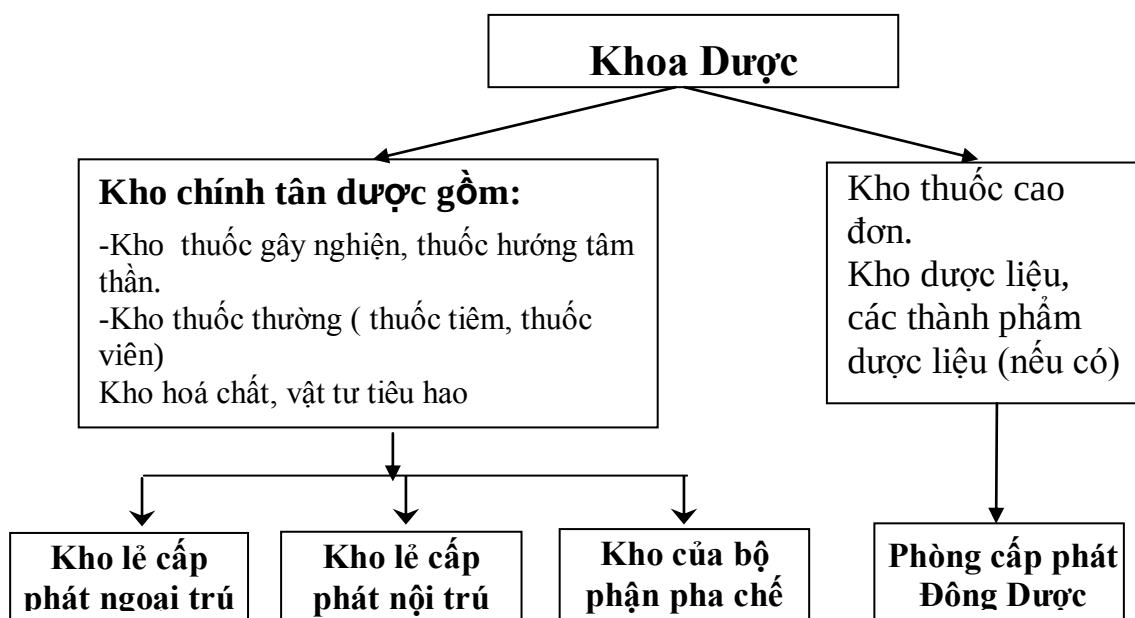
Với các yêu cầu phát triển công tác chăm sóc người bệnh toàn diện, khoa dược tăng cường hoạt động dược lâm sàng, thông tin thuốc, hướng dẫn sử dụng thuốc thì số lượng biên chế và chất lượng nhân lực chưa đảm bảo. Khoa Dược chưa thay đổi về số biên chế qua nhiều năm nhưng nhu cầu về thuốc liên tục phát triển. Các DSDH tại các bệnh viện chưa được đào tạo chuyên sâu về công tác dược bệnh viện như dược lâm sàng, quản lý dược bệnh viện...nên gặp nhiều khó khăn trong phát triển chuyên môn, đây là những vấn đề bức xúc cần giải quyết [43].

1.2.2.4. Cơ sở vật chất

Thông thường các khoa dược hiện nay có các cơ sở như sau:

a. Hệ thống kho bảo quản thuốc

Bao gồm kho chính, các quầy cấp phát lẻ đảm bảo có đầy đủ các trang thiết bị tồn trữ, bảo quản thuốc [1], [48].



Hình 1.9: Hệ thống kho trong khoa Dược

Các kho và quầy cấp phát thuốc phải đảm bảo về cơ sở như vị trí kho cao ráo, thuận lợi cho việc xuất nhập, bảo quản, cấp phát thuốc. Đảm bảo thực hiện 5 chống: Nhầm lẫn, quá hạn, trộm cắp, thâm hoạ, mỗi một, chuột gián.

Thuốc phải bảo quản trong kho có đầy đủ các điều kiện cần thiết, mỗi thuốc có các điều kiện bảo quản khác nhau và phải bảo quản theo đúng các điều kiện bảo quản ghi trên nhãn. Các thuốc gây nghiện, hướng tâm thần bảo quản theo quy chế liên quan. Thuốc sắp xếp trong kho theo nguyên tắc theo dạng dùng (thuốc tiêm, thuốc viên), theo nhóm dược lí, theo vần ABC, theo thứ tự hạn dùng: FIFO... để đảm bảo quản lí chất lượng và số lượng thuốc tốt nhất.

b. Quầy cấp phát thuốc cho bệnh nhân nội trú, ngoại trú

Có diện tích phù hợp để bảo quản thuốc, có nơi ra lẻ, đóng gói thuốc, có chỗ cho người bệnh, nhân viên y tế chờ lĩnh thuốc.

c. Phòng pha chế thuốc đông dược, tân dược

Đảm bảo đủ trang bị pha chế thuốc, đảm bảo vệ sinh.

d. Phòng thống kê, dược chính, dược lâm sàng:

Kiểm tra thực hiện quy chế dược trong bệnh viện: Phụ lục 2.

Có các tài liệu cho công tác thông tin thuốc, nối mạng tìm kiếm thông tin.

Hệ thống quản lý dược bằng tin học: Hiện nay phần lớn các khoa dược mới chỉ nối mạng quản lý tại khoa, hệ thống quản lí thông tin dược nối mạng trong toàn bệnh viện mới đang bước đầu áp dụng tại một số bệnh viện, các yêu cầu cho một phần mềm chuẩn chưa có nên còn nhiều bất cập.

Với những bệnh viện áp dụng phần mềm quản lý toàn viện, bác sỹ kê đơn cho bệnh nhân qua mạng. Đơn thuốc sau khi được duyệt sẽ được chuyển dữ liệu về khoa dược, thuốc tự động trừ trên kho dược khi nhân viên khoa dược hoàn tất các thủ tục cấp phát. Điều này làm giảm sai sót và nhầm lẫn trong quản lý. Thuốc được quản lý chặt chẽ từ khoa dược đến người dùng về số lượng, xuất xứ, lô sản xuất, hạn dùng...

e. Nhà thuốc

Hiện nay theo quy định của Bộ Y Tế Nhà thuốc bệnh viện do Giám đốc bệnh viện chịu trách nhiệm và phần lớn đều giao cho khoa dược quản lí về chuyên môn. Khoa dược chịu trách nhiệm trước giám đốc để nhà thuốc cung ứng thuốc đảm bảo về chất lượng và giá cả hợp lý, tuân thủ các quy định về quản lý . [23]. Theo quy định của Bộ Y Tế , Nhà thuốc bệnh viện tại các thành phố lớn như Hà Nội, thành phố Hồ Chí Minh kể từ 01/01/2009 yêu cầu phải đạt tiêu chuẩn GPP mới được phép hoạt động,

vì vậy các khoa được lại thêm nhiệm vụ đảm bảo cung ứng thuốc tại nhà thuốc bệnh viện.

1.2.2.5. Kinh phí dành cho mua thuốc

Kinh phí dành cho mua thuốc thường từ nguồn ngân sách nhà nước và nguồn thu viện phí. Lượng kinh phí dành cho mua thuốc chiếm tỷ trọng lớn trong tổng kinh phí của bệnh viện.

Theo báo cáo của Vụ Điều trị năm 2005: Tổng số tiền thuốc của 661 bệnh viện (25 bệnh viện trung ương, 162 bệnh viện tỉnh, 445 bệnh viện huyện, 30 bệnh viện ngành) cụ thể như sau [26], [37]:

Nguồn thu cho hoạt động khám chữa bệnh (Vụ Điều Trị)

Bảng 1.4: Kinh phí sử dụng thuốc tại các bệnh viện năm 2005-2006

(Đơn vị: nghìn đồng)

Các khoản chi	2005	2006	Tỷ lệ 2006/2005(%)
Ngân sách nhà nước cấp	3.064.025.761	3.549.521.784	115,8
Tổng tiền mua thuốc trong bệnh viện	2.753.313.162	3.973.035.576	144,1
Tiền thuốc ngoại	1.826.265.091	2.626.635.420	143,8
Tiền thuốc trong nước	921.704.069	1.308.436.209	142,0
Tiền thuốc BHYT	1.381.073.592	2.271.836.679	164,5
Tiền thuốc viện phí	1.327.658.036	1.454.554.357	109,6
Tổng các nguồn thu từ hoạt động KCB	8.947.000.000	11.010.000.000	
Tỷ lệ tiền thuốc/tổng kinh phí(%)	30,77%	36,09%	

Bảng 1.5: Chi phí của các bệnh viện năm 2008- 2009 (đơn vị tỷ đồng)[38]

Các khoản chi	2008	2009	Tỷ lệ 2009/2008(%)
Ngân sách nhà nước cấp	25.269,0	32.012,5	126,7
Tổng tiền viện phí thu được	17.257.176,1	22.525.595,4	130,5
Tổng tiền mua thuốc trong bệnh viện	7.955,0	10.791,3	135,7
Tiền thuốc BHYT	4.572,3	6.574,0	143,8
Tiền thuốc viện phí	2.674,2	3.351,8	125,3
Tỷ lệ tiền thuốc/tổng tiền viện phí (%)	46,1%	47,9%	

Tổng kinh phí hoạt động của các bệnh viện tăng qua các năm. Ngân sách nhà nước tăng không nhiều, tuy nhiên nguồn thu từ viện phí, quỹ BHYT tăng qua các năm. Tiền mua thuốc các bệnh viện tăng cả về số lượng và tỷ trọng so với tổng kinh phí các bệnh viện qua các năm. Đây là một thách thức cho công tác dược khi phải quản lý một lượng lớn kinh phí đúng các quy định và đảm bảo kịp thời cho điều trị.

Thực trạng nguồn ngân sách cấp cho các bệnh viện rất hạn chế trong khi nguồn kinh phí từ BHYT tăng theo mức đóng của người tham gia nhưng cũng rất khó khăn trong khi các dịch vụ y tế liên tục phát triển, danh mục thuốc ngày càng mở rộng, các khoa dược luôn phải cân đối giữa nhu cầu thuốc và khả năng kinh phí của bệnh viện.[18], [19], [20].

Việc thiếu hụt ngân sách dành cho mua thuốc ảnh hưởng trực tiếp đến số lượng và chất lượng thuốc. Yếu tố đầu tiên quyết định đến việc chọn lựa thuốc khi chăm sóc là chất lượng, hiệu quả điều trị, nhưng yếu tố quyết định cuối cùng trong một số trường hợp là giá cả. Do đó kinh phí dành cho mua thuốc là một vấn đề cần được xem xét, cân nhắc và điều chỉnh.

1.2.2.6. Hội đồng thuốc và điều trị

Bộ Y Tế đã ban hành Thông tư số 08/BYT-TT ngày 4/7/1997 hướng dẫn việc tổ chức chức năng nhiệm vụ của Hội đồng thuốc và điều trị của bệnh viện để thực hiện chỉ thị 03/BYT- CT ngày 25/2/1997 của Bộ trưởng Bộ Y Tế về việc chấn chỉnh công tác quản lý và sử dụng thuốc tại bệnh viện.

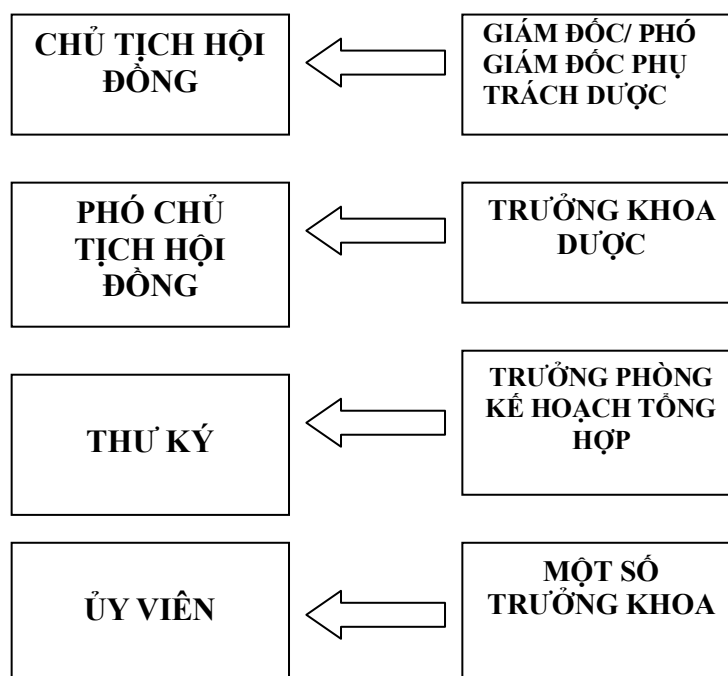
➤ *Nhiệm vụ của hội đồng thuốc và điều trị* [4],[7]

- Xây dựng danh mục thuốc phù hợp với đặc thù bệnh tật và chi phí về thuốc, vật tư tiêu hao điều trị của bệnh viện.
- Giám sát việc thực hiện quy chế chẩn đoán bệnh, làm hồ sơ bệnh án và kê đơn điều trị, quy chế sử dụng thuốc và quy chế công tác khoa Dược.
- Theo dõi hiệu quả của thuốc và các phản ứng có hại (ADR), rút kinh nghiệm các sai sót trong dùng thuốc.
- Tổ chức thông tin thuốc, theo dõi ứng dụng thuốc mới trong điều trị.
- Xây dựng mối quan hệ hợp tác chặt chẽ giữa dược sĩ, bác sĩ và điều dưỡng trong đó dược sĩ là tư vấn, bác sĩ chịu trách nhiệm về chỉ định và điều dưỡng là người thực hiện y lệnh.

Trong thành phần của HĐT & ĐT nhiệm vụ của dược sĩ khoa dược gồm có:

- Dược sĩ khoa dược làm phó chủ tịch hội đồng kiêm uỷ viên thường trực.
- Dược sĩ khoa dược tư vấn cùng bác sĩ điều trị tham gia chọn thuốc điều trị đối với một số bệnh nặng, mạn tính.

- Giới thiệu thuốc mới
- Khoa Dược chịu trách nhiệm thông tin về thuốc, triển khai mạng lưới theo dõi phản ứng có hại của thuốc.



Hình 1.10: Thành phần hội đồng Thuốc và Điều trị

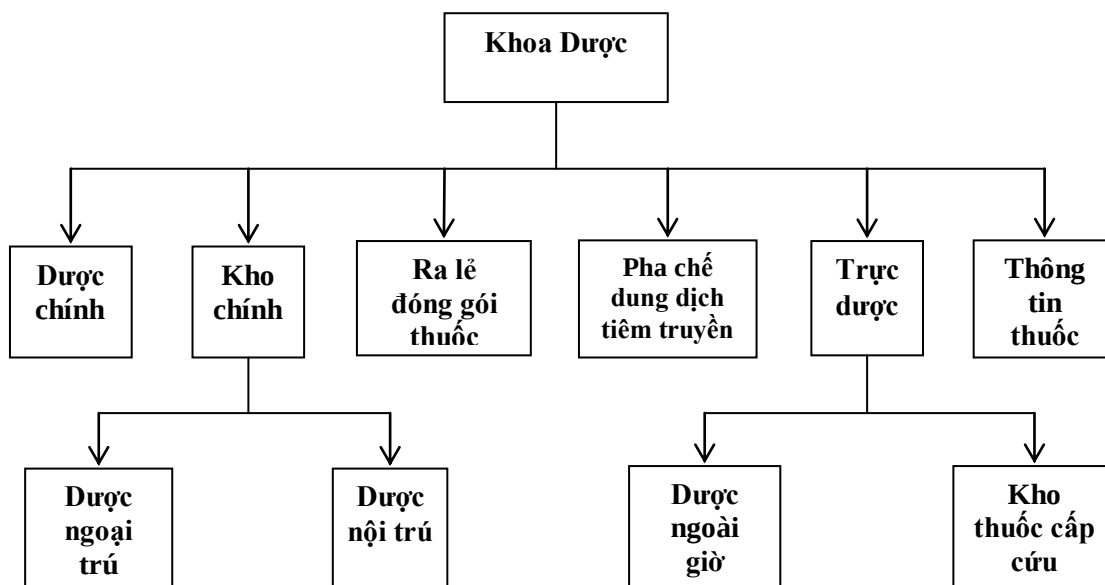
➤ **Hoạt động của hội đồng thuốc và điều trị :**

Tiến hành họp định kỳ một đến hai tháng một lần và những khi cần thiết do giám đốc bệnh viện yêu cầu và chủ tịch hội đồng triệu tập. Phó chủ tịch hội đồng - trưởng khoa Dược chuẩn bị nội dung họp và gửi tài liệu đến các thành viên trong hội đồng trước khi diễn ra cuộc họp. Trên cơ sở đó, hội đồng sẽ thảo luận phân tích các ý kiến đề xuất. ủy viên thường trực tổng hợp trình lên giám đốc bệnh viện phê duyệt và quyết định thực hiện. Sau 3-6-9-12 tháng làm báo cáo sơ kết và tổng kết một lần.

Hoạt động của hội đồng thuốc và điều trị đã bước đầu khẳng định vai trò của khoa Dược bệnh viện trong việc hỗ trợ cho ban giám đốc trong việc tăng cường sử dụng thuốc an toàn, hợp lý và hiệu quả. Tuy nhiên Hội đồng chưa xây dựng những quy định nhằm tăng cường mối quan hệ hợp tác chặt chẽ giữa dược sĩ, bác sĩ và điều dưỡng trong đó dược sĩ là tư vấn, bác sĩ chịu trách nhiệm về chỉ định và điều dưỡng là người thực hiện y lệnh. [54], [57], [72].

1.3. MÔ HÌNH MỘT SỐ KHOA DƯỢC TRÊN THẾ GIỚI

Theo TCYTTG(WHO) và một số bệnh viện ở các nước phát triển, khoa Dược tùy theo quy mô bệnh viện và các dịch vụ cung cấp mà có tổ chức như sau [64], [65]:



Hình 1.11 : Mô hình hoạt động khoa dược theo WHO

- *Dược chính*: Quản lý mua và kiểm kê bằng tin học.
- *Kho chính*.
- *Bộ phận ra lẻ, đóng gói thuốc*.
- *Phòng pha chế dịch truyền phối hợp*.
- *Dược nội trú*: Chịu trách nhiệm cấp phát và quản lý thuốc, hoá chất, vật tư tiêu hao. Hệ thống cấp phát gồm ba hình thức: đảm bảo cung ứng thuốc theo cơ sở. Hệ thống yêu cầu thuốc theo từng người bệnh. Hệ thống chia thuốc theo đơn vị liều.

a. Hệ thống đảm bảo theo cơ sở

Tại các khoa như cấp cứu, phòng mổ thuốc thường được yêu cầu ngay sau khi có chỉ định. Trừ trường hợp có quầy dược vệ tinh, nếu không có thể không thực hiện cấp thuốc cho từng người bệnh mà theo cơ sở. Các thuốc sử dụng tại các chuyên khoa này thường đắt và kiểm soát sử dụng luôn là công việc khó khăn cho khoa dược.

b. Hệ thống yêu cầu thuốc cho từng người bệnh

Gần giống với điều trị ngoại trú. Mỗi đợt điều trị được cấp theo đơn cho mỗi người bệnh. So sánh với kiểu cấp thuốc theo cơ sở thì thuận lợi để dược sỹ có thể xem xét được sự phù hợp của điều trị theo hồ sơ sử dụng thuốc của mỗi người lưu tại khoa dược.

Trách nhiệm của dược sỹ với người bệnh trong kiểm soát sử dụng được tốt hơn. Hệ thống này giảm được số lần cấp thuốc. Ví dụ: Mỗi người bệnh được cấp thuốc cho

một đợt điều trị 3 ngày, nếu tiếp tục điều trị 3 ngày tiếp tục, hộp đựng thuốc cá nhân quay trở lại khoa dược và được cấp tiếp.

c. Hệ thống cấp phát thuốc theo đơn vị liều sử dụng

Hệ thống này giúp cho chăm sóc người bệnh toàn diện hơn, giảm thiểu các sai sót về thuốc. Thuốc được chia thành liều sử dụng, mỗi liều đóng gói riêng, đặt vào trong các ngăn riêng cho mỗi người bệnh. Chi phí cho việc vận chuyển thuốc theo liều sử dụng cao hơn việc đóng gói lớn, nhưng có thể bù lại bằng việc làm giảm những thiếu hụt và dễ dàng đề phòng sự rò rỉ.

Bộ phận dược nội trú đôi khi được chia thành các quầy dược vệ tinh trong bệnh viện. ở những bệnh viện lớn quầy dược vệ tinh rất có ích vì làm giảm thời gian cấp thuốc đến người bệnh, đặc biệt trong hệ thống cấp phát chịu trách nhiệm chia thuốc đến từng bệnh nhân. Quầy dược vệ tinh cũng làm tăng sự hiện diện của dược sỹ ở các khu chăm sóc người bệnh, thuận lợi hơn cho sự tương tác giữa dược sỹ với nhân viên y tế, điều dưỡng và người bệnh, cải thiện cơ bản sự chăm sóc người bệnh.

– ***Dược ngoại trú.***

– ***Đơn vị thông tin thuốc:*** Đảm bảo cung cấp thông tin thuốc cho người bệnh, nhân viên y tế.

– ***Dược ngoài giờ:*** Mặc dù nhu cầu thuốc cần liên tục nhưng một số bệnh viện không có dược trực 24 giờ, nếu cần thuốc ngoài giờ phải điện thoại cho dược sỹ hoặc điều dưỡng có thể cấp thay thế. Nên hạn chế việc cấp thuốc không thực hiện bởi dược sỹ và có sự kiểm tra để đề phòng những sai sót có thể xảy ra.

– ***Kho thuốc cấp cứu:*** Chịu trách nhiệm cấp phát các loại thuốc phục vụ cho cấp cứu ngoài giờ.

➤ ***Mô hình khoa dược bệnh viện trung ương Singapore (SGH) bao gồm [66]::***

❖ ***Dược nội trú:***

- Kiểm soát và cung ứng thuốc theo y lệnh cho người bệnh nội trú
- Các quầy dược vệ tinh phục vụ tại các khu vực nội trú
- Tư vấn chuyên môn cho bệnh nhân về bệnh hen, COPD, bệnh tim mạch, ghép tạng, điều trị thuốc chống đông.
- Cấp phát các đơn thuốc
- Kiểm soát thuốc điều trị
- Giám sát sử dụng kháng sinh theo chương trình

❖ **Dược ngoại trú:**

- Cấp phát thuốc và tư vấn.
- Tư vấn chuyên môn cho bệnh nhân về bệnh hen, COPD, bệnh tim mạch, bệnh đường tiêu hoá...
- Quản lý sử dụng thuốc.
- Dịch vụ chuyển thuốc đến tại nhà.

❖ **Trung tâm huyết học dược** : Chuẩn bị các thuốc điều trị bệnh về máu, pha chế hoá trị liệu ung thư thành liều sử dụng. Cấp phát và tư vấn cho người bệnh nội trú và ngoại trú.

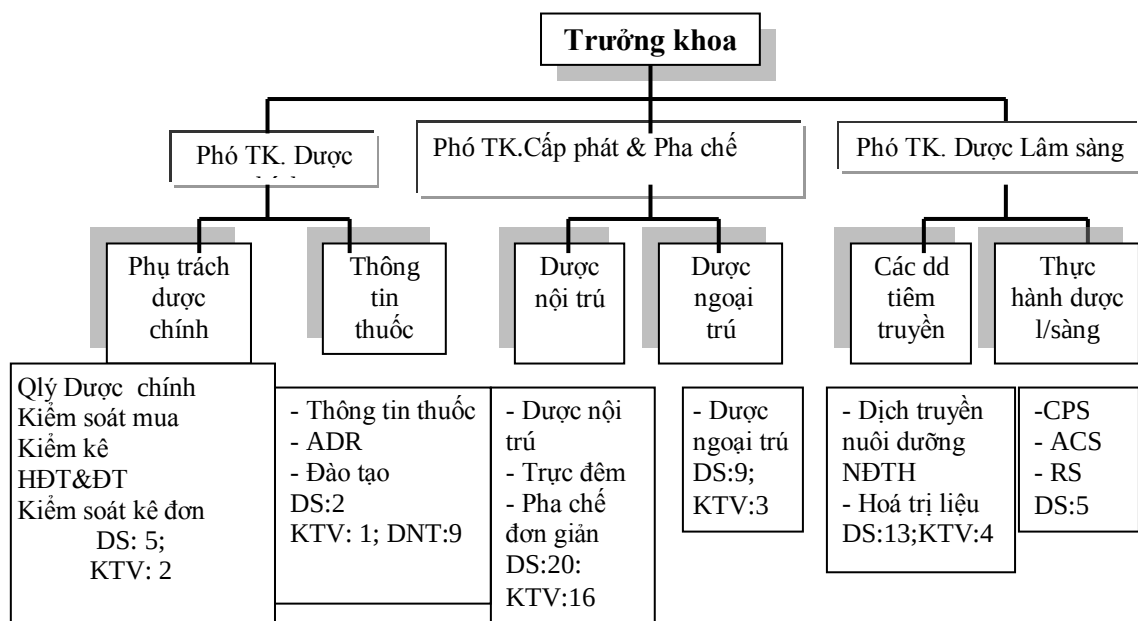
❖ **Trung tâm thông tin thuốc.**

❖ **Quầy thuốc:** cung ứng các thuốc ngoài danh mục, thuốc OTC, thuốc cho khách hàng ở ngoài.

❖ **Phòng pha chế vô trùng:** Pha chế dịch truyền nuôi dưỡng ngoài đường tiêu hoá,...

➤ **Mô hình hoạt động của khoa dược bệnh viện Samsung, Hàn Quốc [67]:**

Là khoa dược tại một bệnh viện đa khoa 1263 giường, nhân lực gồm 59 dược sỹ, 6 dược nội trú, 3 kỹ thuật viên, 26 dược trung học.



CPS : Tư vấn về dược động học

ACS : Tư vấn về thuốc chống đông

RS : Tư vấn về thuốc hô hấp

Hình 1.12: Mô hình hoạt động khoa dược bệnh viện Samsung, Hàn Quốc

Theo mô hình trên tại các nước phát triển, khoa dược có 6 bộ phận chính: Phụ trách dược chính, kiểm kê, cung ứng hàng; thông tin thuốc; dược nội trú; dược ngoại trú; Pha chế các dung dịch tiêm truyền; thực hành dược lâm sàng. [65], [66], [67].

Với mô hình hoạt động như khoa dược bệnh viện Samsung, khoa dược tham gia rất nhiều vào hoạt động sử dụng thuốc an toàn hợp lý cho người bệnh như pha chế một số dịch truyền đặc biệt trong bệnh viện, thông tin thuốc, tư vấn sử dụng thuốc cho bệnh mãn tính, quản lý một số thuốc có khoảng điều trị hẹp...

1.4. QUẢN LÝ ĐẤU THẦU THUỐC TẠI BỆNH VIỆN CÔNG LẬP

➤ *Các hình thức chủ yếu lựa chọn nhà thầu cung ứng thuốc tại bệnh viện* [31]; [40]; [41]

Bảng 1.6: Các hình thức đấu thầu cung ứng thuốc

TT	Hình thức	Áp dụng
1	Đấu thầu rộng rãi	- Được áp dụng tại tất cả các bệnh viện trong mua sắm thuốc thuộc danh mục thuốc chủ yếu.
2	Chỉ định thầu	- Với những trường hợp đặc biệt, thuốc hiếm... được Bộ Y Tế cho phép nhập khẩu không cần Visa (thuốc đặc trị, thiên tai...)
3	Mua sắm trực tiếp	- Áp dụng kết quả đấu thầu được phê duyệt trong vòng 6 tháng để mua thuốc.
4	Chào hàng cạnh tranh	- Đối với gói thầu có giá trị dưới 2 tỷ đồng, các thuốc được phép mua theo quy định đấu thầu bổ sung do nhu cầu điều trị.

➤ *Tồn tại và thách thức trong công tác đấu thầu thuốc tại bệnh viện*[45], [55].

– Đấu thầu riêng lẻ tại từng cơ sở dịch vụ chữa bệnh, không tập trung như ở một số nước dẫn tới khó kiểm soát, vì vậy Bộ Y Tế khuyến khích các sở y tế đấu thầu tập trung để dẫn hướng tới đấu thầu tập trung quốc gia. [50]. Điều đó đòi hỏi phải có một sự chuẩn hóa cao hơn về các chỉ tiêu trong chọn thầu. Đặc biệt khi đấu thầu trên quy mô lớn như vậy, để kiểm soát được lượng thông tin khổng lồ về thuốc và các nhà thầu, Bộ Y Tế cần phải có một chương trình phần mềm giúp tin học hóa rút ngắn công việc thủ công khi thực hiện đấu thầu cũng như giúp chuẩn hóa việc chọn thuốc trong chăm sóc để đảm bảo hiệu quả cao nhất.

– Hạn chế về mặt năng lực quản lý của cán bộ, các văn bản pháp lý trong công tác xây dựng kế hoạch thầu, hồ sơ mời thầu, giá kế hoạch, cũng như tổ chức chấm thầu thể hiện qua kết quả trúng thầu: giá thuốc trúng thầu vẫn có nhiều biến động, thời gian hoàn thiện công tác đấu thầu kéo dài, gây thiếu thuốc.

– Hạn chế về mặt chuyên môn: Các hoạt động đấu thầu, hồ sơ mời thầu chuẩn, tiêu chí lựa chọn thuốc trong xét thầu vẫn chưa có các tài liệu hướng dẫn cụ thể, việc thống nhất lựa chọn thuốc vẫn mang tính cảm tính, đôi khi thiếu chính xác.

– Hạn chế về phương tiện kỹ thuật: Mọi công việc trong hoạt động đấu thầu còn thủ công, thời gian chấm thầu tốn nhiều thời gian, nhân lực làm kết quả thầu chậm chể dẫn tới thiếu thuốc phục vụ cho nhu cầu khám chữa bệnh. Điều này đòi hỏi tin học hóa (xây dựng phần mềm hỗ trợ) nhằm tránh sự thiếu hụt về mặt nhân lực, thời gian.

– Danh mục thuốc đấu thầu theo tên biệt dược và kết quả chấm thầu chịu nhiều tác động xấu của thị trường chi phối .

– Đôi khi, giá thuốc của cùng một mặt hàng thuốc trúng thầu lại chênh lệch rất nhiều giữa các bệnh viện và giữa các khu vực, các miền trong cả nước.[43], [49].

– Giá thuốc trúng thầu của một số loại thuốc cao hơn giá thuốc cùng loại trên thị trường cùng thời điểm. Giá thuốc trúng thầu cao một phần do nguyên nhân như hiện tượng thông đồng giữa các nhà thầu vẫn chưa được kiểm soát chặt chẽ...

– Chưa có mặt bằng chung về giá dược liệu, vacxin nên khó khăn trong công tác quản lý giá thuốc đấu thầu các mặt hàng đó.[43]

– Các bệnh viện có xu hướng chọn thuốc ngoại nhập với chi phí ngày càng cao dù thuốc trong nước đã sản xuất được với cùng hoạt chất, chất lượng tốt, giá thành hợp lý. Một phần do các công ty sản xuất thuốc trong nước chưa quan tâm và đầu tư đúng mức tới hoạt động marketing, xây dựng chiến lược sản phẩm nhằm nâng cao uy tín, thương hiệu thuốc của mình làm giảm lợi thế cạnh tranh khi tham gia đấu thầu.

– Đánh giá tiêu chuẩn kỹ thuật chưa thống nhất, tương đương điều trị gần như chưa thực hiện được dẫn tới vẫn phải lựa chọn những thuốc đã có uy tín trên thế giới dù giá thành rất cao [45],[49],[55],[56]; .

1.5. TỔNG QUAN TÓM TẮT CÁC ĐỀ TÀI NGHIÊN CỨU VỀ CUNG ỨNG THUỐC BỆNH VIỆN VÀ KHOA DƯỢC BỆNH VIỆN

Trong những năm gần đây, đã có nhiều đề tài nghiên cứu về hoạt động cung ứng thuốc bệnh viện thực hiện tại Trường Đại học Dược Hà nội dưới cấp độ khoá luận tốt nghiệp, luận văn thạc sỹ... các đề tài đã tập trung nghiên cứu vào bốn nội dung của chu trình cung ứng thuốc như bệnh viện Hữu Nghị, bệnh viện Bạch Mai, bệnh viện E

[48], bệnh viện Trung ương quân đội 108, bệnh viện Huyết học truyền máu Trung ương, các đề tài đã sơ bộ cho thấy trong những năm gần đây, lĩnh vực cung ứng thuốc bệnh viện đã ngày một tốt hơn. Một số đề tài đã nghiên cứu và tiến hành can thiệp một phần hoạt động cung ứng thuốc của bệnh viện như Đỗ Bích Hà : Phân tích, đánh giá hoạt động đấu thầu thông qua khảo sát quy trình và kết quả đấu thầu tại một số bệnh viện giai đoạn 2005- 2007 [45] ; Luận văn của Dương Thuỳ Mai bước đầu ứng dụng tin học hỗ trợ hoạt động đấu thầu thuốc tại bệnh viện [49]...Tuy nhiên còn nhiều vấn đề bất cập cần được các cơ quan chức năng và các bệnh viện, khoa dược cải tiến và hoàn thiện trong những năm tiếp theo.

Bệnh viện Hữu Nghị là một bệnh viện đa khoa hạng 1 tuyến trung ương. Trong những năm gần đây đã có một số đề tài nghiên cứu về hoạt động cung ứng thuốc của bệnh viện, tuy nhiên các đề tài này mới chỉ nghiên cứu một số hoạt động riêng lẻ của chu trình cung ứng thuốc mà chưa nghiên cứu toàn diện về hoạt động cung ứng thuốc, tìm ra những bất cập chính yếu để đề xuất những giải pháp nhằm nâng cao hiệu quả hoạt động cung ứng thuốc. Hoạt động cung ứng thuốc tại bệnh viện Hữu Nghị chịu ảnh hưởng của nhiều yếu tố: nhân lực, cơ sở vật chất, mô hình hoạt động, mô hình bệnh tật...Hoạt động đấu thầu cung ứng thuốc có nhiều bất cập gây chậm trễ cho phục vụ điều trị. Đề tài tập trung mô tả toàn cảnh thực trạng hoạt động cung ứng thuốc tại bệnh viện Hữu Nghị trong những năm gần đây, đồng thời tiến hành một số giải pháp can thiệp trong quản lý thuốc độc, gây nghiện, hướng tâm thần và quản lý đấu thầu thuốc, từ đó đề xuất mô hình hoạt động khoa dược và một số giải pháp nhằm nâng cao hiệu quả hoạt động cung ứng thuốc, góp phần phục vụ công tác chăm sóc sức khỏe cho người bệnh tại bệnh viện Hữu nghị.

CHƯƠNG 2: ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. ĐỐI TƯỢNG NGHIÊN CỨU

Để nghiên cứu hoạt động cung ứng thuốc tại bệnh viện, đề tài đã thu thập số liệu hoạt động của bệnh viện bao gồm các báo cáo tổng kết công tác bệnh viện từ năm 2004-2010: Số lượng bệnh nhân đến khám và điều trị nội, ngoại trú. Các nguồn kinh phí dành cho mua thuốc từ 2004-2010. Danh mục thuốc bệnh viện sử dụng nội, ngoại trú

- Báo cáo tổng kết bệnh viện, tổng kết công tác dược.
- Báo cáo nhập, xuất tồn kho thuốc.
- Thu thập thông tin chi tiết (tên hoạt chất, tên thuốc, hàm lượng, dạng bào chế, đơn vị tính, đơn giá, số lượng, nước sản xuất, nhà sản xuất) của toàn bộ các thuốc được sử dụng tại bệnh viện trong 3 năm 2008-2010 gồm gần 2000 mặt hàng thuốc sử dụng tại bệnh viện. Thông tin chi tiết các thuốc trên được lấy từ phần mềm quản lý nội mạng toàn viện trong đó có quản lý dược từ kho dược đến từng người bệnh.
- Hồ sơ mời thầu, hồ sơ dự thầu thuốc, HC, VTTH, các tài liệu, văn bản liên quan.
- Sổ sách chứng từ thanh quyết toán thuốc của phòng Tài chính kế toán
- Báo cáo thống kê bệnh viện. Báo cáo kiểm tra bệnh viện.
- Phần mềm tin học quản lý thuốc.
- Phần mềm tin học hỗ trợ đấu thầu thuốc.
- Các tài liệu, báo cáo hướng dẫn hoạt động cung ứng quản lý, sử dụng thuốc của Bộ Y Tế , của bệnh viện, HĐT & ĐT.
- Các đề tài nghiên cứu, kỹ yếu của bệnh viện.
- Các thành viên của HĐT & ĐT

2.2. ĐỊA ĐIỂM, THỜI GIAN NGHIÊN CỨU

2.2.1. Địa điểm nghiên cứu

Bệnh viện Hữu Nghị.

2.2.2. Thời gian nghiên cứu

Nghiên cứu các yếu tố ảnh hưởng đến hoạt động cung ứng thuốc từ năm 2004 đến năm 2010. Nghiên cứu hoạt động cung ứng thuốc: Danh mục thuốc (2006-2009), kinh phí mua thuốc (2004-2010), đấu thầu lựa chọn thuốc (2004-2010), phân

tích sử dụng thuốc (2008-2010). Nghiên cứu can thiệp quản lý danh mục thuốc độc, nghiện, hướng tâm thần (2005-2007). Nghiên cứu ứng dụng phần mềm và phương pháp tính điểm trong đấu thầu thuốc (2008-2010).

2.3. PHƯƠNG PHÁP, NỘI DUNG NGHIÊN CỨU

2.3.1. Phương pháp mô tả hồi cứu

Hồi cứu, phân tích hồ sơ, báo cáo tổng kết của Bộ Y Tế , báo cáo của bệnh viện Hữu Nghị về bệnh tật, sổ sách xuất nhập về thuốc, danh mục thuốc của bệnh viện Hữu Nghị .

Các bước tiến hành nghiên cứu (thiết kế nghiên cứu)

Bước 1: Thu thập số liệu về các yếu tố ảnh hưởng đến hoạt động cung ứng thuốc như chức năng, nhiệm vụ, cơ cấu tổ chức bệnh viện, khoa dược, mô hình bệnh tật, số liệu hoạt động chuyên môn; Thu thập số liệu về cung ứng thuốc: danh mục thuốc sử dụng tại bệnh viện: Tên thuốc, nồng độ, hàm lượng, đơn vị tính, nước sản xuất, hãng sản xuất, số lượng sử dụng, đơn giá cho đơn vị đóng gói nhỏ nhất. Quá trình chọn lựa, mua sắm, tồn trữ và cấp phát và quản lý sử dụng thuốc.

Bước 2: Phân tích và xử lý số liệu thu thập: Dùng lược đồ S.W.O.T để phân tích hoạt động cung ứng thuốc; Phân tích về cơ sở vật chất, nhân lực, mô hình hoạt động của khoa dược. Áp dụng phân tích ABC và phân loại VEN thuốc sử dụng trong ba năm 2008-2010 tại bệnh viện. [58], [68], [72].

Bước 3: Đánh giá thực trạng cung ứng thuốc.

2.3.2. Phương pháp nghiên cứu can thiệp không đối chứng

2.3.2.1. Ứng dụng một số giải pháp kỹ thuật trong quản lý thuốc độc, gây nghiện, hướng tâm thần trong kê đơn nội, ngoại trú.

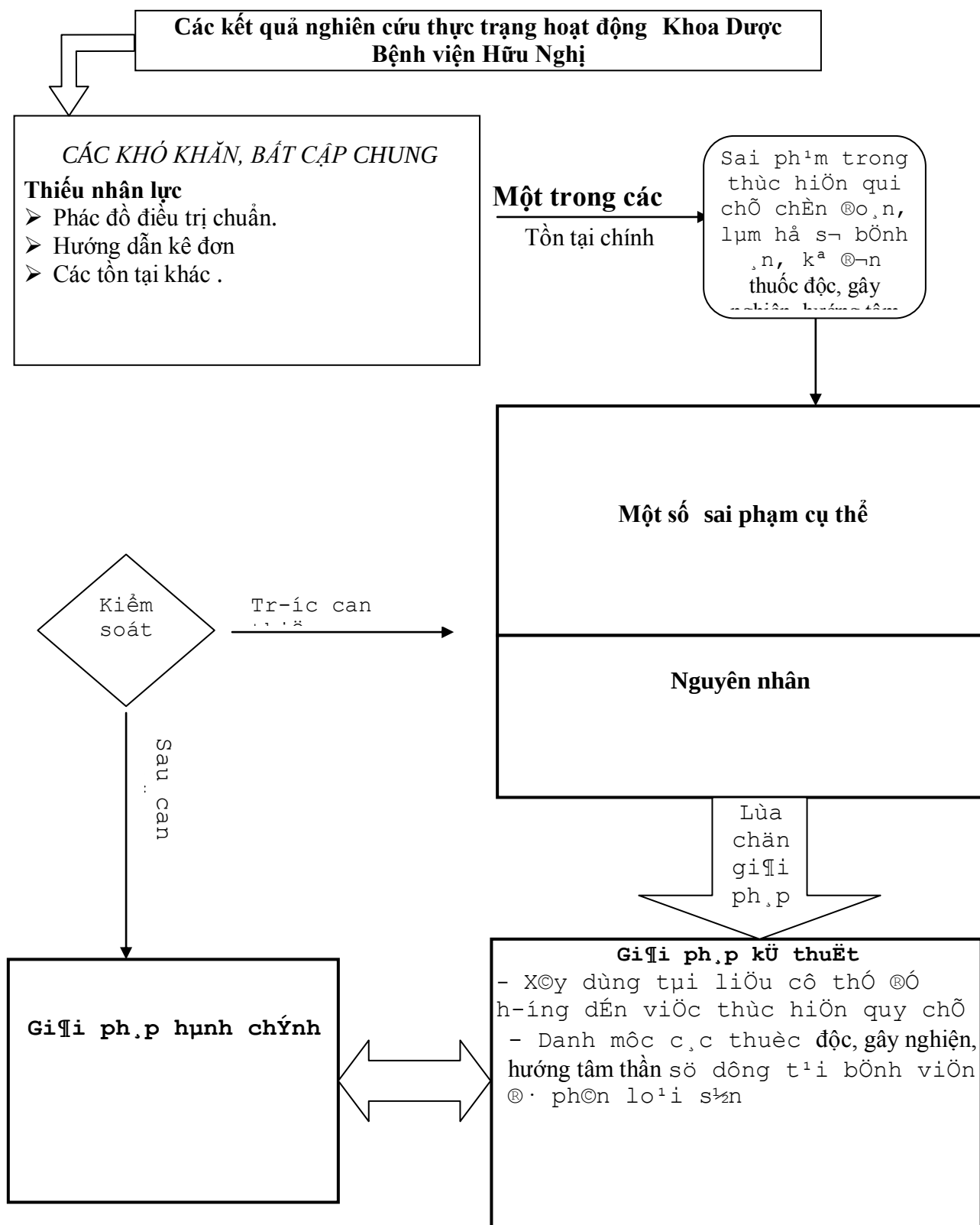
Phương pháp can thiệp được lựa chọn để can thiệp một số giải pháp chuyên môn kỹ thuật: Đó là xây dựng và thực hiện các tài liệu hướng dẫn chuyên môn, trợ giúp bác sĩ việc kê đơn thuốc độc, thuốc gây nghiện và thuốc hướng tâm thần.

Đề tài đã tiến hành nghiên cứu tiền can thiệp và đánh giá sau can thiệp .

Nghiên cứu tiền can thiệp từ: 01/02/05 → 15/04/2005 .

Đánh giá sau can thiệp từ 6/2005 – 12/2007

Tiến hành nghiên cứu can thiệp được mô tả theo hình sau:



Hình 2.13: Sơ đồ tiến trình nghiên cứu can thiệp thử nghiệm

Tiến hành khảo sát thực trạng trước can thiệp đề tài đã tiến hành lấy mẫu nghiên cứu như sau:

Cỡ mẫu nghiên cứu tính theo công thức sau

$$N = \left(\frac{Z_{(1-\alpha/2)}}{d} \right)^2 P.(1-P)$$

N : cỡ mẫu cần cho nghiên cứu

$Z_{(1-\alpha/2)} = 1,96$ (Hệ số tin cậy với mức ý nghĩa $\alpha = 0,05$)

P : 0,5 (cỡ mẫu tối đa)

d : khoảng sai lệch cho phép, không quá 5%

Như vậy số đơn thuốc, bệnh án cần thu thập điều tra là : 390 mẫu

Đối tượng lấy mẫu kiểm soát trước can thiệp: Các bệnh án và đơn thuốc ngoại trú từ 01/02/2005 → 15/04/2005

Bảng 2.7 : Số lượng lấy mẫu nghiên cứu tại các khoa

STT	Nhóm Bệnh	Số mẫu
1.	Đơn thuốc phòng khám ngoại trú	90
2.	HSBA Chuyên khoa tim mạch tuần hoàn	60
3.	HSBA U bướu	60
4.	HSBA nhóm bệnh cơ xương khớp	60
5.	HSBA nhóm bệnh hô hấp	60
6.	HSBA nhóm bệnh về thần kinh giác quan	60

Kiểm soát sau can thiệp: Các bệnh án và đơn thuốc ngoại trú từ 6/2005 → 12/2007 có sử dụng thuốc độc, thuốc gây nghiện và thuốc hướng tâm thần.

Cách tính cỡ mẫu sau can thiệp trong nghiên cứu

Đối với hồ sơ bệnh án

- Để đánh giá sau can thiệp quản lý thuốc gây nghiện, thuốc độc, thuốc hướng tâm thần trong bệnh án thì số mẫu ta sử dụng để nghiên cứu được tính như sau: Theo nghiên cứu trước can thiệp tỷ lệ hồ sơ bệnh án ghi đúng chiếm 13% nên $p = 0.13$
- Kết quả nghiên cứu mong muốn sai khác là 30% so với tỷ lệ đó (độ chính xác tương đối) ở mức độ tin cậy là 95%.Tức là:
- $d = 0.13 \times 0.3 = 0.039$
- $Z_{(1-\alpha/2)} = 1.96$

Do đó
$$n = \frac{1.96^2 \times 0.13 \times (1 - 0.13)}{0.039^2}$$

$$n = 286$$

Như vậy số hồ sơ bệnh án cần dùng để nghiên cứu là 286 hồ sơ. Theo nghiên cứu trước tiến hành can thiệp trên 5 chuyên khoa: tim mạch, u bướu, cơ xương khớp, hô hấp, thần kinh và giác quan nên thực tế chọn mỗi chuyên khoa là 60 hồ sơ nghĩa là cỡ mẫu trong nghiên cứu là 300.

Đối với đơn thuốc

- Đánh giá sau can thiệp quản lý thuốc độc, gây nghiện, hướng tâm thần trong kê đơn ngoại trú: theo nghiên cứu trước, tỷ lệ đơn thuốc ghi đúng là 20% nên $p = 0.2$
- Kết quả nghiên cứu mong muốn sai khác là 30% so với tỷ lệ đó (độ chính xác tương đối) ở mức độ tin cậy là 95%
- $d = 0.2 \times 0.3 = 0.06$
- $Z_{(1-\alpha/2)} = 1.96$

$$n = \frac{1.96^2 \times 0.2 \times (1 - 0.2)}{0.1^2}$$

$n = 171$ (làm tròn đến phần nguyên)

Vậy đề tài chọn cỡ mẫu là 180 đơn thuốc có kê thuốc độc, thuốc gây nghiện và thuốc hướng tâm thần để khảo sát.

Kỹ thuật chọn mẫu

Với đơn thuốc:

Chọn cỡ mẫu là 180 đơn, sử dụng kỹ thuật chọn mẫu chùm như sau

Trong 3 năm (6/2005- 12/2007) chọn ngẫu nhiên 6 tháng (sử dụng bảng số ngẫu nhiên), mỗi tháng chọn 10 ngày (sử dụng bảng số ngẫu nhiên), mỗi ngày chọn 3 đơn thuốc (mỗi ngày đó chọn ra các đơn thuốc độc, nghiện, hướng tâm thần) sau đó rút ngẫu nhiên 3 đơn thuốc).

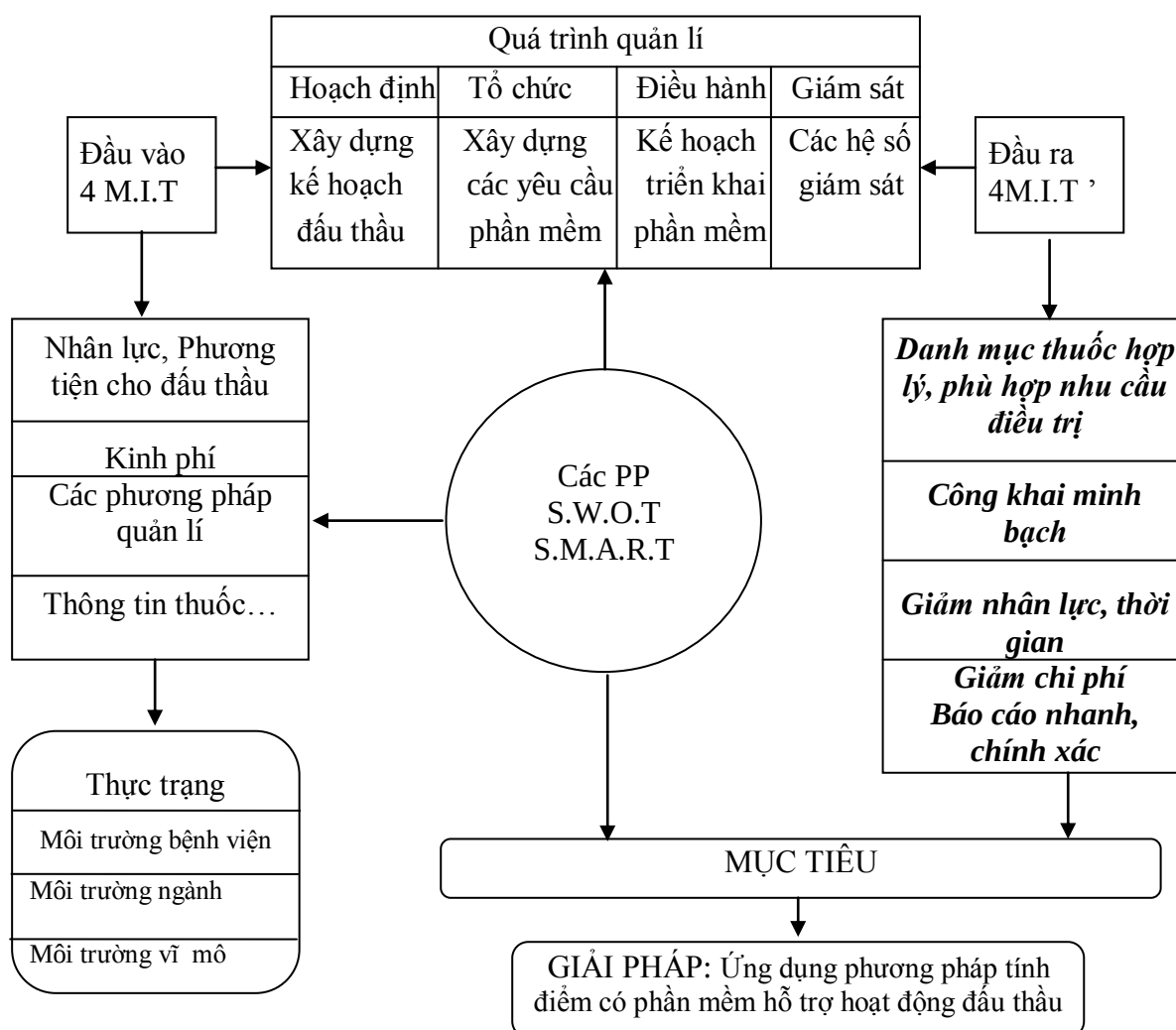
Với hồ sơ bệnh án:

Chọn 60 bệnh án cho mỗi chuyên khoa (Tim mạch, u bướu, cơ xương khớp, hô hấp, thần kinh và giác quan), do đề tài nghiên cứu trong 3 năm 2005 đến 2007 (sử dụng các biện pháp can thiệp từ năm 2005) do đó chọn ngẫu nhiên 60 hồ sơ bệnh án cho mỗi chuyên khoa, sử dụng kỹ thuật chọn mẫu ngẫu nhiên (sử dụng bảng ngẫu nhiên để chọn). Mẫu kiểm tra bệnh án: Phụ lục 7.

2.3.2.2. Ứng dụng phương pháp tính điểm có phần mềm hỗ trợ trong quản lý đấu thầu thuốc tại bệnh viện Hữu Nghị.

- Hệ thống hóa và lựa chọn các chỉ tiêu đánh giá, so sánh giá thuốc trúng thầu

- Phỏng vấn sâu các nhà chuyên môn, các đối tượng có liên quan để xác định các tiêu chí chọn thuốc trúng thầu, tham khảo ý kiến chuyên gia về các yếu tố ảnh hưởng đến giá thuốc trúng thầu
- *Phương pháp phân tích kinh tế*: Phân tích, mô tả quy trình tiến hành công tác đấu thầu. Nghiên cứu các tiêu chí về hồ sơ dự thầu và lựa chọn thuốc cũng như cách cho điểm mỗi tiêu chí trong chấm thầu.
- *Phương pháp mô hình hóa*: Mô hình hóa hoạt động nghiệp vụ theo ngôn ngữ tin học. Sơ đồ hóa các quy trình nghiên cứu, xây dựng chương trình phần mềm hệ hỗ trợ quyết định trong chấm thầu
- *Phương pháp quản trị học S.W.O.T*: Phân tích, đánh giá điểm mạnh, điểm yếu, cơ hội và thách thức trong công tác đấu thầu thuốc tại bệnh viện hiện nay.



Hình 2.14: Sơ đồ giải pháp can thiệp hoạt động đấu thầu thuốc theo quan điểm quản trị hệ thống

➤ **Các phần mềm tin học được sử dụng để phát triển hệ thống**

- Hệ quản trị cơ sở dữ liệu: Microsoft SQL 2000
- Ngôn ngữ lập trình: Microsoft Visual C# 2005
- Hệ điều hành: Windows 2000 / XP / Vista
- .net Framework 2.0
- Crystal Report 2.0

2.3.3. Nội dung nghiên cứu

Đề tài đã tiến hành nghiên cứu thực trạng cung ứng thuốc tại bệnh viện Hữu Nghị với các nội dung:

- Những yếu tố cơ bản liên quan đến hoạt động cung ứng thuốc: Tổ chức, quy mô bệnh viện; số lượng bệnh nhân khám và điều trị hàng năm. Mô hình hoạt động khoa dược, nhân lực, cơ sở vật chất, năng lực quản lí.

- Chu trình cung ứng thuốc tại bệnh viện Hữu nghị: Lựa chọn, mua sắm, cấp phát và tồn trữ, sử dụng: Danh mục thuốc bệnh viện, kinh phí mua thuốc, phương thức mua thuốc, phân tích cơ cấu thuốc sử dụng tại bệnh viện theo các phương pháp phân tích ABC, VEN, nhóm điều trị.

- Thực hiện quy chế quản lý thuốc độc, nghiện, hướng tâm thần trong kê đơn nội ngoại trú tại bệnh viện.

- Quy trình đấu thầu, các tiêu chuẩn lựa chọn thuốc trong đấu thầu. Lựa chọn theo các chỉ tiêu về thuốc trong Chính sách quốc gia về thuốc thiết yếu, theo luật Đấu thầu, thông tư liên tịch số 10/2007/TTLT- BYT- BTC ngày 10/8/2007 Hướng dẫn thực hiện đấu thầu cung ứng thuốc trong các cơ sở y tế công lập [31].[41] .

- Tổng hợp, phân tích các dữ kiện và yếu tố trong quản trị dược, phân tích S.W.O.T:

- Phân tích về nhân lực, biên chế
- Phân tích về kinh phí
- Phân tích về phương tiện vật chất
- Năng lực cơ chế quản lý.
- Mô hình hoạt động khoa dược bệnh viện.

Nhằm nâng cao hiệu quả hoạt động cung ứng thuốc tại bệnh viện.

2.4. PHƯƠNG PHÁP PHÂN TÍCH VÀ XỬ LÝ SỐ LIỆU

2.4.1. Phần mềm Exel for Windows

2.4.2. Phân tích các số liệu liên quan đến cơ cấu tiêu thụ thuốc theo các chỉ số

Đề tài đã thu thập số liệu của gần 2000 loại thuốc sử dụng tại bệnh viện trong 3 năm 2008-2010 để phân tích sử dụng

- *Giá trị tiêu thụ (GTTT)*: là giá trị tiền thuốc được tiêu thụ tính cho từng nhóm, đơn vị tính: Tỷ đồng.
- *Số lượng tiêu thụ (SLTT)*: là số lượng tiêu thụ được tính cho từng nhóm trong đó mỗi thuốc được quy ra đơn vị đóng gói nhỏ nhất (viên, lọ, ống, chai, tuyp). Đơn vị tính: Triệu đơn vị (Triệu ĐV).

a. Cơ cấu tiêu thụ theo xuất xứ:

- Thuốc sản xuất trong nước bao gồm thuốc nội và thuốc liên doanh
- Thuốc nhập khẩu

b. Cơ cấu tiêu thụ thuốc generic- thuốc biệt dược.

c. Phân tích cơ cấu tiêu thụ thuốc theo phương pháp phân tích ABC [58], [68]: Theo 7 bước:

- Bước 1: Liệt kê các sản phẩm
- Bước 2: Điền các thông tin sau cho mỗi sản phẩm
 - Đơn giá của sản phẩm (sử dụng giá cho các thời điểm nhất định nếu sản phẩm có giá thay đổi theo thời gian).
 - Số lượng các sản phẩm.
- Bước 3: Tính số tiền cho mỗi sản phẩm bằng cách nhân đơn giá với số lượng sản phẩm. Tổng số tiền sẽ bằng tổng lượng của lượng tiền cho mỗi sản phẩm.
- Bước 4: Tính giá trị phần trăm của mỗi sản phẩm bằng cách lấy số tiền của mỗi sản phẩm chia cho tổng số tiền.
- Bước 5: Sắp xếp lại các sản phẩm theo thứ tự phần trăm giá trị giảm dần.
- Bước 6: Tính giá trị phần trăm tích lũy của tổng giá trị cho mỗi sản phẩm; bắt đầu với sản phẩm số 1 sau đó cộng với sản phẩm tiếp theo trong danh sách.
- Bước 7: Phân hạng sản phẩm như sau:
 - Hạng A: Gồm những sản phẩm chiếm 75% tổng giá trị tiền
 - Hạng B: Gồm những sản phẩm chiếm 20% tổng giá trị tiền
 - Hạng C: Gồm những sản phẩm chiếm 5 % tổng giá trị tiền

Thông thường, sản phẩm hạng A chiếm 10 - 20% tổng sản phẩm, hạng B chiếm 10 - 20% và 60 - 80% còn lại là hạng C.

Cơ cấu các nhóm tác dụng dược lí trong nhóm A được phân loại theo mã ATC của Tổ chức y tế thế giới - dựa trên danh mục thuốc tân dược theo quyết định 05/2008/QĐ-BYT ngày 01/02/2008 của Bộ trưởng Bộ Y Tế

Cơ cấu các thuốc có giá trị tiêu thụ lớn nhất tại bệnh viện (nhóm A): Thuốc sản xuất trong nước, thuốc nhập khẩu, thuốc generic, thuốc biệt dược, giá trị tiêu thụ, số lượng tiêu thụ....

d. Phân tích VEN các thuốc trong nhóm A:

Tiến hành sử dụng phương pháp phân tích ABC/VEN đối với các thuốc nhóm A [57] [62] để nhận diện vấn đề bất hợp lý trong danh mục thuốc đã sử dụng (năm 2008,2009,2010) từ đó đề xuất các vấn đề cần can thiệp với HĐT &ĐT. Việc phân loại VEN được HĐT&ĐT phân loại thành các nhóm:

- V: thuốc tối cần cho điều trị, thường là những thuốc cấp cứu;
- E: thuốc quan trọng, cần cho điều trị;
- N: thuốc hỗ trợ (trong đó có vitamin), thuốc hiệu quả điều trị, tác dụng phụ chưa rõ ràng.

2.4.3. Một số chỉ tiêu đánh giá thực hiện trong đề tài

Đánh giá dữ liệu tổng hợp sử dụng thuốc

Để quản lý sử dụng thuốc một cách hiệu quả cần dựa vào các phương pháp phân tích dữ liệu tổng hợp sử dụng thuốc. Đánh giá sử dụng thuốc thông qua cơ cấu các nhóm thuốc theo phân tích ABC/VEN, tỷ lệ hợp lý của các nhóm thuốc tối cần và thiết yếu chiếm tỷ lệ cao, ngược lại tỷ lệ của các nhóm thuốc không thiết yếu chiếm tỷ lệ thấp.

Bảng 2.8: Nhóm biến số của phân tích ABC

Biến cụ thể	Loại biến	Chỉ số
A	Định lượng	Tỷ lệ % theo giá trị tiêu thụ nhóm A Tỷ lệ % theo số lượng tiêu thụ nhóm A
B	Định lượng	Tỷ lệ % theo giá trị tiêu thụ nhóm B Tỷ lệ % theo số lượng tiêu thụ nhóm B
C	Định lượng	Tỷ lệ % theo giá trị tiêu thụ nhóm C Tỷ lệ % theo số lượng tiêu thụ nhóm C

Bảng.2.9: Nhóm biến số của phân tích VEN các thuốc trong nhóm A

Biến cụ thể	Loại biến	Chỉ số
AV	Định lượng	Tỷ lệ % theo giá trị tiêu thụ nhómAV Tỷ lệ % theo số lượng tiêu thụ nhómAV
AE	Định lượng	Tỷ lệ % theo giá trị tiêu thụ nhómAE Tỷ lệ % theo số lượng tiêu thụ nhómAE
AN	Định lượng	Tỷ lệ % theo giá trị tiêu thụ nhómAN Tỷ lệ % theo số lượng tiêu thụ nhómAN

Bảng 2.10: Nhóm biến số của phân tích cơ cấu tiêu thụ thuốc theo xuất xứ, thuốc biệt dược- generic

Biến cụ thể	Loại biến	Chỉ số
Thuốc nội	Định lượng	Tỷ lệ % theo giá trị tiêu thụ nhóm thuốc nội Tỷ lệ % theo số lượng tiêu thụ nhóm thuốc nội
Thuốc ngoại	Định lượng	Tỷ lệ % theo giá trị tiêu thụ nhóm thuốc ngoại Tỷ lệ % theo số lượng tiêu thụ nhóm thuốc ngoại
Thuốc biệt dược	Định lượng	Tỷ lệ % theo giá trị tiêu thụ nhóm thuốc biệt dược Tỷ lệ % theo số lượng tiêu thụ nhóm thuốc biệt dược
Thuốc generic	Định lượng	Tỷ lệ % theo giá trị tiêu thụ nhóm thuốc generic Tỷ lệ % theo số lượng tiêu thụ nhóm thuốc generic

Đánh giá hiệu quả trước và sau khi ứng dụng giải pháp can thiệp trong đấu thầu:

- Thời gian xét thầu trước và sau can thiệp
- Số mặt hàng mời thầu và tham dự thầu trước và sau can thiệp
- Số lượng báo cáo kết quả thầu trước và sau can thiệp
- Số tiêu chuẩn được xét chọn bằng phương pháp tính điểm từ đó tính giá đánh giá cho từng mặt hàng.
- Số nhân lực giúp việc cho tổ chuyên gia đấu thầu trước và sau khi can thiệp

2.4.4. Phương pháp phân tích mức tăng trưởng

So sánh định gốc: Lấy chỉ tiêu của một năm nào đó làm số liệu gốc, trên cơ sở đó so sánh tình hình thay đổi số liệu qua từng năm, có thể so sánh bằng giá trị tuyệt đối hoặc giá trị tương đối, song mỗi kiểu so sánh đôi khi có sự chênh lệch. Nếu giá trị của năm gốc nhỏ, so sánh theo giá trị tuyệt đối sẽ thấy tốc độ thay đổi không nhiều, song nếu so sánh bằng giá trị tương đối sẽ thấy sự thay đổi rõ hơn. Khi giá trị của năm gốc lớn thì tình hình sẽ ngược lại. tùy từng trường hợp cụ thể sẽ chọn cách so sánh phù hợp. So sánh định gốc cho ta biết xu hướng thay đổi trong cả giai đoạn của chỉ tiêu nghiên cứu.

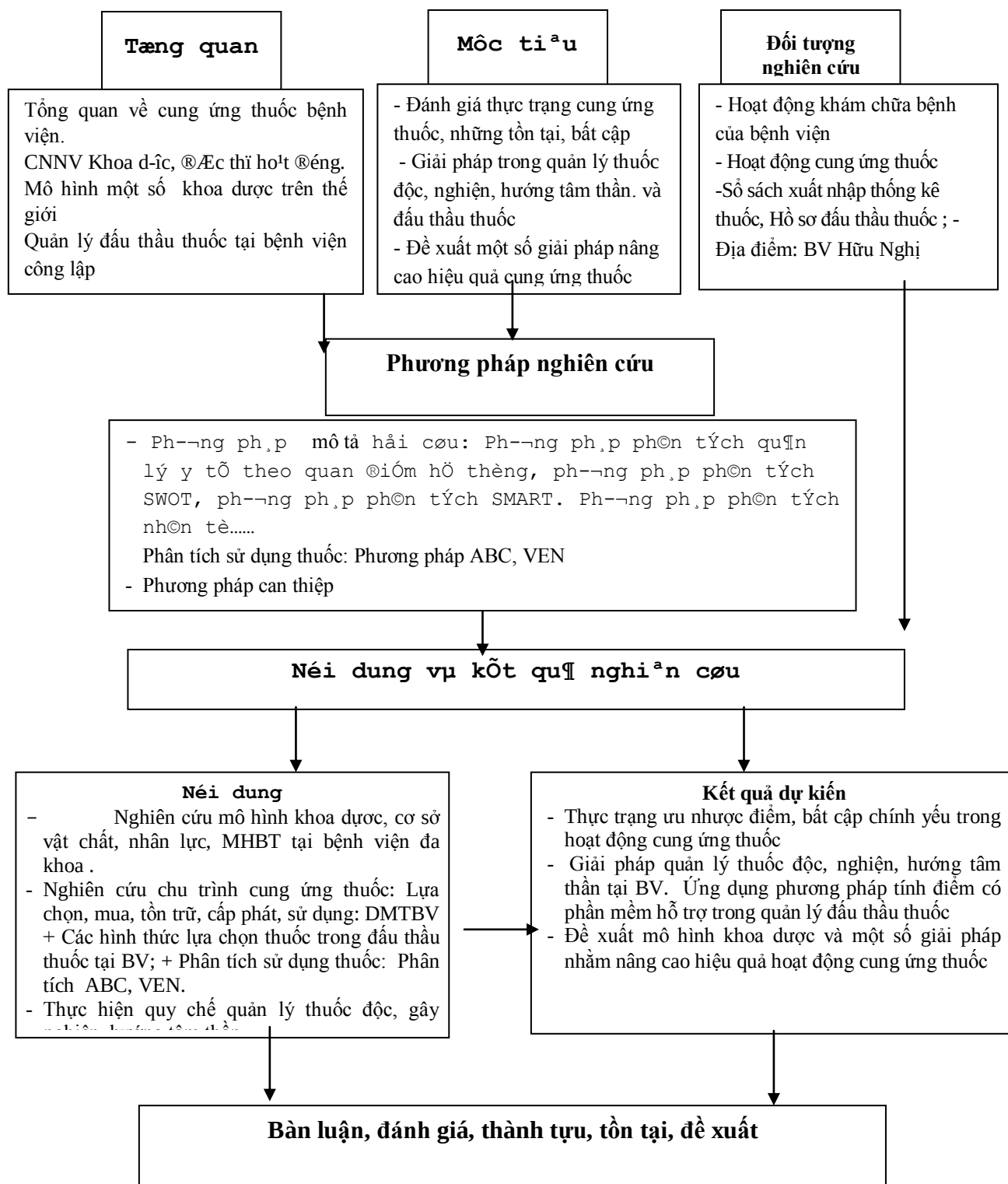
So sánh liên hoàn: Lấy chỉ tiêu của giai đoạn sau, năm sau so sánh với giai đoạn ngay trước hoặc năm ngay trước. Phương pháp này chỉ ra mức độ và xu hướng phát triển của năm sau, giai đoạn sau so với năm trước, giai đoạn trước.

2.4.5. Phương pháp so sánh, tính tỷ trọng

- Quy mô hoạt động, chỉ tiêu nhân lực bệnh viện qua các năm.

- Lượng bệnh nhân nội ngoại trú của bệnh viện.
- Nhân lực khoa dược qua các năm
- So sánh các chỉ tiêu về nhân lực khoa dược của bệnh viện Hữu Nghị với bệnh viện E, bệnh viện C Đà Nẵng.
- Kinh phí mua thuốc, thuốc sử dụng qua các năm
- Lượng thuốc tồn kho qua các năm
- So sánh DMT bệnh viện cung ứng với DMT chủ yếu của Bộ Y Tế về cơ cấu thuốc.
- Số lượng mặt hàng trong danh mục thuốc qua các năm
- So sánh thuốc nội/ngoại
- Thuốc mang tên generic/ biệt dược gốc
- So sánh kết quả đấu thầu thuốc qua các năm

Mô hình thiết kế nghiên cứu



Hình 2.15: Mô hình thiết kế nghiên cứu

CHƯƠNG 3: KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. THỰC TRẠNG CUNG ỨNG THUỐC TẠI BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ TỪ NĂM 2004-2010. PHÂN TÍCH NHỮNG ƯU, NHƯỢC BẤT CẬP CHÍNH YẾU TRONG HOẠT ĐỘNG CUNG ỨNG THUỐC TẠI BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ

3.1.1. Một số dữ liệu cơ bản cho hoạt động cung ứng thuốc

3.1.1.1. Tổ chức, nhân lực khoa Dược và Bệnh viện Hữu nghị

Tổ chức Bệnh viện Hữu nghị là một bệnh viện đa khoa hạng I trực thuộc Bộ Y Tế bao gồm các khoa phòng sau:

– **Bệnh viện có 21 khoa lâm sàng bao gồm :**

Khoa Nội A	Khoa Tim mạch can thiệp
Khoa Hồi sức cấp cứu	Khoa Cơ xương khớp
Khoa Tim mạch	Khoa Ngoại
Khoa Thần kinh	Khoa Gây mê hồi sức
Khoa Tiêu hoá	Khoa Mắt
Khoa truyền nhiễm	Khoa Hô hấp dị ứng
Khoa lọc máu	Khoa Điều trị theo yêu cầu
Khoa Tai mũi họng	Khoa Thận tiết niệu
Khoa Hồi sức cấp cứu	Khoa Răng hàm mặt
Khoa Y học cổ truyền	Khoa khám bệnh theo yêu cầu
Khoa khám bệnh B	

– **8 khoa cận lâm sàng bao gồm:**

Khoa Chẩn đoán hình ảnh	Khoa Kiểm soát nhiễm khuẩn
Khoa Hoá sinh	Khoa Dinh dưỡng
Khoa Dược	Khoa Giải phẫu bệnh
Khoa Huyết học truyền máu	Khoa Vi sinh

– **3 phòng bảo vệ sức khoẻ trung ương.**

– **Các phòng chức năng: 08 phòng**

– **Tổng số giường bệnh: 480 giường kế hoạch trên 558 giường thực kê.**

Năm 2010, Tổng số nhân lực: 707 người. Tổng số lượt người bệnh điều trị nội trú: 15.480 người, tổng số lượt người bệnh khám ngoại trú: 213.401 người.

Bệnh viện Hữu nghị là một bệnh viện đa khoa với nhiều khoa phòng, nhiều chuyên khoa, lĩnh vực chuyên môn khác nhau. Với mỗi chuyên khoa đòi hỏi nhu cầu thuốc có những đặc thù riêng do đó yêu cầu công tác dược rất đa dạng, phức tạp.

➤ ***Cơ cấu nhân lực bệnh viện:***

Nhân lực là yếu tố quan trọng để bệnh viện hoàn thành được chức năng nhiệm vụ được giao, nó liên quan trực tiếp đến chất lượng khám chữa bệnh và sử dụng thuốc của bệnh viện.

Bảng 3.11 : Cơ cấu nhân lực bệnh viện Hữu Nghị từ năm 2004- 2010

STT	Cán bộ	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
1	Sau đại học	110	115	120	134	133	140	136
2	Đại học	232	233	237	239	237	246	248
3	Trung học	297	320	334	344	362	348	379
4	Sơ học	21	24	27	24	25	25	16
5	Cán bộ khác	113	128	108	130	123	126	124
6	Tổng số	663	705	706	735	747	745	767
7	% tăng sau mỗi năm	100	106,3	100,1	104,1	101,6	99,7	102,9
8	%tăng so với năm 2004	100	106,3	106,5	110,9	112,7	112,4	115,7

Nhân lực bệnh viện năm 2010 đã tăng 15,7% so với năm 2004. Tổng biên chế của bệnh viện năm 2010 là 767 người trong đó cán bộ đại học và trên đại học là 248 người chiếm 33%. Tổng số bác sỹ năm 2010 là 187 chiếm tỷ lệ 24,4%.

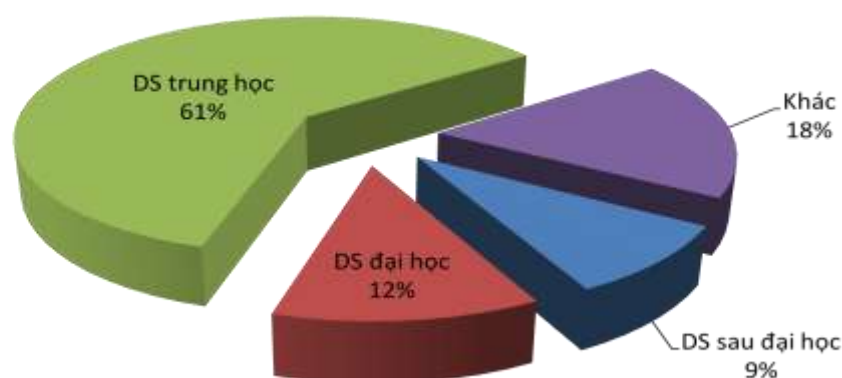
Có sự tăng nhân lực này do bệnh viện mở thêm khoa mới như khoa Gây mê hồi sức, khoa Khám, Điều trị theo yêu cầu, khoa Tim mạch can thiệp, tăng số lượng nhân viên tại một số khoa quá tải bệnh nhân như khoa Khám bệnh B, khoa Chẩn đoán hình ảnh... Như vậy bệnh viện đã quan tâm phát triển về nhân lực trong 10 năm qua.

➤ ***Cơ cấu nhân lực khoa dược Bệnh viện Hữu nghị từ năm 2004-2010***

Hiện nay khoa Dược gồm 1 trưởng khoa, 1 phó trưởng khoa, còn lại là các dược sỹ đại học, dược sỹ trung học và các cán bộ khác . Năm 2007 nhân lực của khoa gồm 34 người chiếm gần 4,6% so với tổng số CBNV của bệnh viện trong đó có 2 thạc sỹ, 1 dược sỹ chuyên khoa I, 4 dược sỹ đại học, 19 dược sỹ trung học.

Bảng 3.12: Biên chế nhân lực khoa Dược Bệnh viện Hữu nghị từ năm 2004- 2010

Năm	DS sau Đại học	DS đại học	DS trung học	Khác	Tổng số	Tỷ lệ khoa dược/tổng bệnh viện (%)	Tổng bv
2004	5	2	17	6	31	4,83	663
2005	5	3	19	5	32	4,54	705
2006	5	3	20	6	34	4,95	686
2007	3	3	19	6	31	4,21	735
2008	3	2	20	6	31	4,15	747
2009	3	4	20	6	33	4,43	745
2010	3	4	20	6	33	4,30	767



Hình 3.16. Tỷ lệ phân bố nhân lực khoa Dược bệnh viện năm 2010

Từ bảng 3.9 nhận thấy số lượng biên chế khoa dược bệnh viện Hữu Nghị không tăng cả về dược sỹ đại học và trung học trong khi lượng bệnh nhân nội ngoại trú tăng. Tỷ trọng nhân lực dược trên tổng số cán bộ viên chức giảm so với các năm trước. Năm 2004 nhân lực dược chiếm 4,83% trong tổng biên chế, đến năm 2010 nhân lực dược chỉ chiếm 4,3% tổng biên chế của bệnh viện. Điều này cho thấy biên chế khoa Dược so với tổng số cán bộ biên chế ở bệnh viện vẫn còn quá thấp [33].

Bảng 3.13. Tỷ lệ số cán bộ khoa Dược trên tổng số lượt bệnh nhân đến điều trị nội ngoại trú tại bệnh viện (2004-2010).

Năm	Tổng số nhân viên khoa Dược	Tổng số lượt người bệnh điều trị nội, ngoại trú	Tỷ lệ CBNV khoa Dược / Tổng lượt người bệnh điều trị nội, ngoại trú	Tổng số lượt người bệnh khám ngoại trú	Tỷ lệ CBNV khoa Dược/ Tổng lượt người bệnh khám ngoại trú
2004	31	9677	1/312	168425	1/5433
2005	32	12841	1/401	187892	1/5871
2006	32	14307	1/447	208295	1/6509
2007	34	13214	1/388,6	210766	1/6199
2008	31	15840	1/510	234155	1/7553
2009	33	17172	1/520	260481	1/7893
2010	33	18474	1/560	213401	1/6467

Từ năm 2004 đến năm 2010, tỷ lệ biên chế khoa dược trên số lượt người bệnh điều trị nội ngoại trú, số lượt khám bệnh đều giảm.

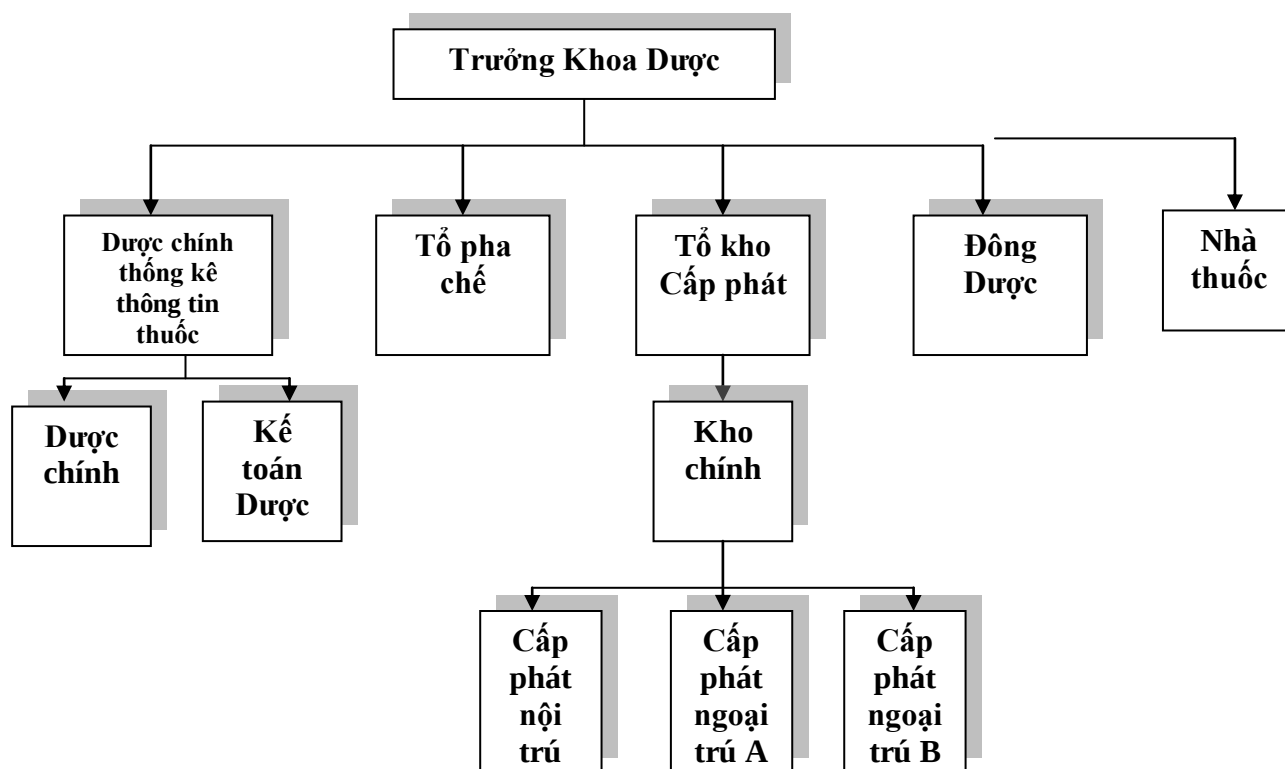
Bảng 3.14: So sánh nhân lực dược Bệnh viện Hữu Nghị với bệnh viện C Đà Nẵng và bệnh viện E năm 2010

Cơ cấu Nhân lực dược/bệnh viện		Tổng số	Sau ĐH	Đại học	Dưới ĐH
Bệnh viện Hữu Nghị	Toàn BV	767	135	88	484
	Khoa dược	33	3	4	25
	Tỷ lệ khoa dược/ toàn BV(%)	4,3	2,20	4,5	5,1
Bệnh viện E	Toàn BV	697	114	119	464
	Khoa dược	23	3	4	16
	Tỷ lệ khoa dược/ toàn BV (%)	3,3	2,6	3,36	3,45
Bệnh viện C Đà Nẵng	Toàn BV	373	57	40	276
	Khoa dược	16	3	1	11
	Tỷ lệ khoa dược/ toàn BV (%)	4,29	5,26	2,5	3,99

So sánh với các bệnh viện C Đà Nẵng, bệnh viện E là hai bệnh viện có mô hình tương tự như bệnh viện Hữu Nghị thì tỷ lệ biên chế khoa dược trên tổng số cán

bộ viên chức bệnh viện: từ 3,3%, 4,29% đến 4,3 % đều ở mức thấp như bệnh viện Hữu Nghị.

➤ **Mô hình hoạt động khoa Dược Bệnh viện Hữu nghị**



Hình 3.17. Mô hình khoa Dược Bệnh viện Hữu nghị

Tổ chức khoa dược bệnh viện Hữu Nghị gồm 1 trưởng khoa phụ trách chung, một phó trưởng khoa phụ trách khối cấp phát, các dược sỹ đại học phụ trách kho, cấp phát nội trú, ngoại trú, đông dược và công tác đầu thầu. Chức năng các bộ phận như sau:

Tổ dược chính, thống kê, thông tin thuốc: Có 1 DSĐH, 2 DS trung học. Có nhiệm vụ thống kê báo cáo theo dõi sử dụng thuốc và cung cấp các báo cáo công tác dược của bệnh viện. Tổ chuyên trách công tác đầu thầu thuốc. Phối hợp với kho chính lập kế hoạch dự trữ cung ứng thuốc. Hướng dẫn và kiểm tra công tác chuyên môn về dược.

Tổ kho, cấp phát: 3 DS ĐH và 11 DSTH. Tổ chức dự trữ, mua thuốc, quản lý, cấp phát, đảm bảo đủ thuốc có chất lượng cho công tác điều trị của bệnh viện. Số lượng mặt hàng phải quản lý và số lượng người bệnh tăng nhanh qua các năm.

Tổ pha chế: Có 1 DSTH. Pha chế một số loại thuốc tân dược đơn giản sử dụng trong bệnh viện.

Tổ đông dược: 1 DS ĐH và 3 DSTH, 2 công nhân dược, 1 thống kê. Chịu trách nhiệm cung ứng, quản lý, cấp phát, pha chế, sắc thuốc đông dược sử dụng tại bệnh viện. Hiện nay khoa Dược Bệnh viện Hữu nghị vẫn đảm bảo quản lý, pha chế thuốc đông dược chứ không thuộc khoa y học cổ truyền như một số bệnh viện khác nên chất lượng dược liệu, thuốc đông dược được quản lý chặt chẽ hơn. Các công thức bào chế đều có quy trình cụ thể và được giám đốc phê duyệt.

Nhà thuốc: Có 2 DSTH và một DSDH kiêm nhiệm. Nhà thuốc chịu trách nhiệm cung cấp thuốc, vật tư tiêu hao, thực phẩm chức năng theo nhu cầu điều trị của người bệnh, một số thuốc ngoài danh mục thuốc bệnh viện. Danh mục thuốc của nhà thuốc được thông qua Ban quản lý nhà thuốc theo quyết định của Giám đốc bệnh viện.

Số dược sỹ đại học tại khoa dược chưa đáp ứng công việc của khoa. Tại mỗi bộ phận chính của khoa dược như dược chính, kho, cấp phát nội trú, ngoại trú, quản lý cung ứng, quản lý nhà thuốc, pha chế đều cần có dược sỹ đại học.

Khoa chưa có dược sỹ chuyên trách làm công tác dược lâm sàng, thông tin thuốc mà các dược sỹ ở các bộ phận kiêm nhiệm thêm công tác này. Thông tin thuốc, hướng dẫn sử dụng thuốc của dược sỹ trong bệnh viện còn rất hạn chế. Các dược sỹ đại học chưa được đào tạo chuyên về dược bệnh viện, các công việc đơn giản như cấp phát, kiểm kê....đã chiếm hết thời gian làm việc.

➤ ***Tình hình trang thiết bị của Bệnh viện Hữu nghị và các kỹ thuật mới được áp dụng tại bệnh viện***

Trang thiết bị phục vụ công tác khám chữa bệnh của bệnh viện Máy mô Phaco, Máy chụp can thiệp mạch máu DSA, máy chụp cộng hưởng từ MRI 1.5T thế hệ mới, máy chụp cắt lớp VCT 64 dãy, máy đo loãng xương, máy mổ nội soi, hệ thống máy xét nghiệm sinh hoá, huyết học hiện đại.....

Danh mục các kỹ thuật mới về lâm sàng, cận lâm sàng, chẩn đoán hình ảnh được triển khai ở bệnh viện (2004-2010): Phụ lục: 3

Bệnh viện đã triển khai nhiều kỹ thuật mới để nâng cao chất lượng chẩn đoán điều trị cho người bệnh do đó đòi hỏi khoa dược cũng phải đáp ứng kịp thời các nhu cầu về dược cho các kỹ thuật mới bao gồm cung ứng, quản lý, hướng dẫn sử dụng. Đây là những thách thức cho khoa dược bệnh viện.

Trang thiết bị của khoa Dược Bệnh viện Hữu nghị: Khoa dược bệnh viện Hữu nghị đã được trang bị các điều kiện cơ bản để bảo quản thuốc : Hệ thống nhà kho thuốc tân dược, kho thuốc đông dược, dược liệu, kho hoá chất, các quầy cấp phát nội trú, ngoại trú, các trang bị bảo quản, pha chế thuốc như: điều hoà, máy hút ẩm, giá, kệ,

tủ thuốc chuyên dụng, tủ lạnh, máy pha chế thuốc mỡ, nồi cất nước, tủ sấy, cân phân tích điện tử. Khoa được trang bị khoảng 20 máy tính để phục vụ nổi mạng quản lí. Hệ thống máy tính nổi mạng quản lí được toàn bệnh viện.

3.1.1.2. Chỉ tiêu, công suất sử dụng giường bệnh của Bệnh viện Hữu nghị

Chỉ tiêu giường bệnh và mô hình bệnh tật thể hiện qui mô và chức năng của mỗi bệnh viện, là một trong những cơ sở chính cho việc tính toán nhu cầu thuốc, lập kế hoạch dự trữ và cung ứng thuốc. Từ năm 2004-2010, số giường sử dụng của bệnh viện đều tăng nhằm đáp ứng nhu cầu điều trị, thể hiện ở bảng và hình sau:

Bảng 3.15: Sự thay đổi số giường bệnh từ năm 2004-2010

Năm	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Số giường kế hoạch	410	410	410	410	410	480	480
Số giường thực kê	435	445	450	455	557	557	558
Tỷ lệ tăng so với 2004 (%)	100	102,3	103,4	104,6	128	128	128,3

Nhận xét :

Từ năm 2004 đến năm 2010 số giường bệnh kế hoạch và thực kê đều tăng. Năm 2009 số giường kế hoạch của bệnh viện đã được Bộ Y Tế phê duyệt tăng từ 400 lên 480 giường, số giường thực kê năm 2010 đã tăng 128,3% so với năm 2004. Đây là yếu tố ảnh hưởng đến chi phí sử dụng thuốc của bệnh viện.

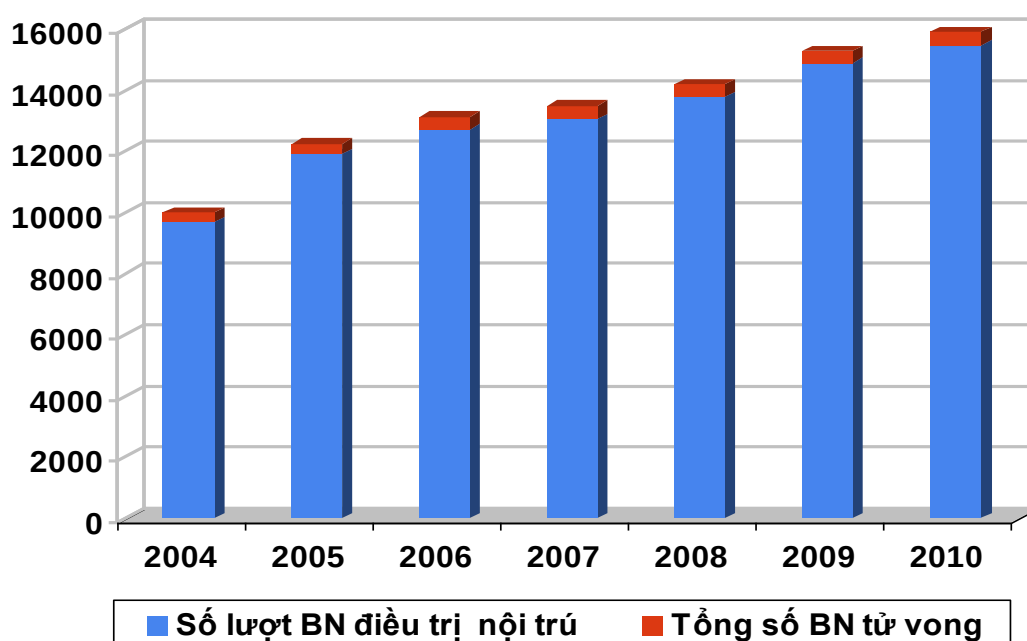
3.1.1.3. Nghiên cứu mô hình bệnh tật Bệnh viện Hữu nghị giai đoạn 2004-2010

Bệnh viện Hữu nghị quản lí khoảng 60.000 thẻ BHYT cho các cán bộ trung cao cấp của Đảng và nhà nước từ Huế trở ra theo quy định. Ngoài ra kể từ cuối năm 2005 bệnh viện đã được Bộ Y Tế cho phép thành lập hai khoa mới là khoa Khám bệnh theo yêu cầu và khoa Điều trị theo yêu cầu.

➤ *Tình hình bệnh nhân điều trị nội trú*

Bảng 3.16: Số lượt bệnh nhân điều trị nội trú từ năm 2004- 2010

Nội dung	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Số lượt bệnh nhân điều trị nội trú	9677	11911	12725	13056	13778	14894	15480
Tỷ lệ tăng so với năm 2004 (%)	100	123,08	131,49	134,81	142,37	153,91	159,97
Tổng số bệnh nhân tử vong	325	356	397	439	418	389	426
Tổng số ngày điều trị	152698	176531	191775	169903	174677	180425	178849
Ngày điều trị trung bình	15,5	15,3	15,0	14,8	12,37	11,74	11,55



Hình 3.18: Số lượt bệnh nhân điều trị nội trú từ năm 2004-2010

Nhận xét :

Số bệnh nhân điều trị nội trú cũng tăng nhanh từ năm 2004-2010. Số lượt bệnh nhân tham gia điều trị nội trú năm 2010 tăng **117,1% so với năm 2004**.

Từ năm 2004 đến 2010, số ngày điều trị trung bình giảm, do bệnh viện đưa ra tiêu chí điều trị dứt điểm hiệu quả để giảm số ngày điều trị, một phần thúc đẩy điều trị tích cực có lợi cho bệnh nhân, một phần nhằm nâng cao công suất sử dụng giường bệnh để có thể tăng quỹ kinh phí đầu tư cho chất lượng phục vụ, thuốc được tốt hơn.

➤ **Tình hình bệnh nhân đến khám ngoại trú**

Bảng 3.17 : Số lượt bệnh nhân đến khám ngoại trú từ năm 2004-2010

Năm	Số lượt khám ngoại trú	Trung bình số lượt khám/1 ngày	Tỷ lệ tăng so với năm trước (%)	Tỷ lệ tăng so với năm 2004 (%)
2004	168425	646	100	100
2005	187892	720	111.5	111,5
2006	208295	801	111.25	123,7
2007	210766	810	101.1	125,1
2008	234155	900	111.1	139,0
2009	260481	1001	111.3	154,7
2010	213401	821	81,9	126,7

Nhận xét :

Số lượt bệnh nhân đến khám năm 2010 đã tăng lên tới **126,7 % so với năm 2004**. Đây là một áp lực đối với bệnh viện về cơ sở vật chất, nhân lực, kinh phí để đáp ứng nhu cầu của người bệnh.

100% bệnh nhân tham gia khám ngoại trú có BHYT, tuy nhiên nguồn kinh phí BHYT còn rất hạn chế trong khi người bệnh đa phần là cao tuổi, mắc nhiều bệnh, dùng nhiều thuốc. Bệnh viện cũng như khoa Dược luôn gặp nhiều khó khăn để đảm bảo đủ thuốc điều trị thiết yếu đảm bảo chất lượng với giá cả hợp lí.

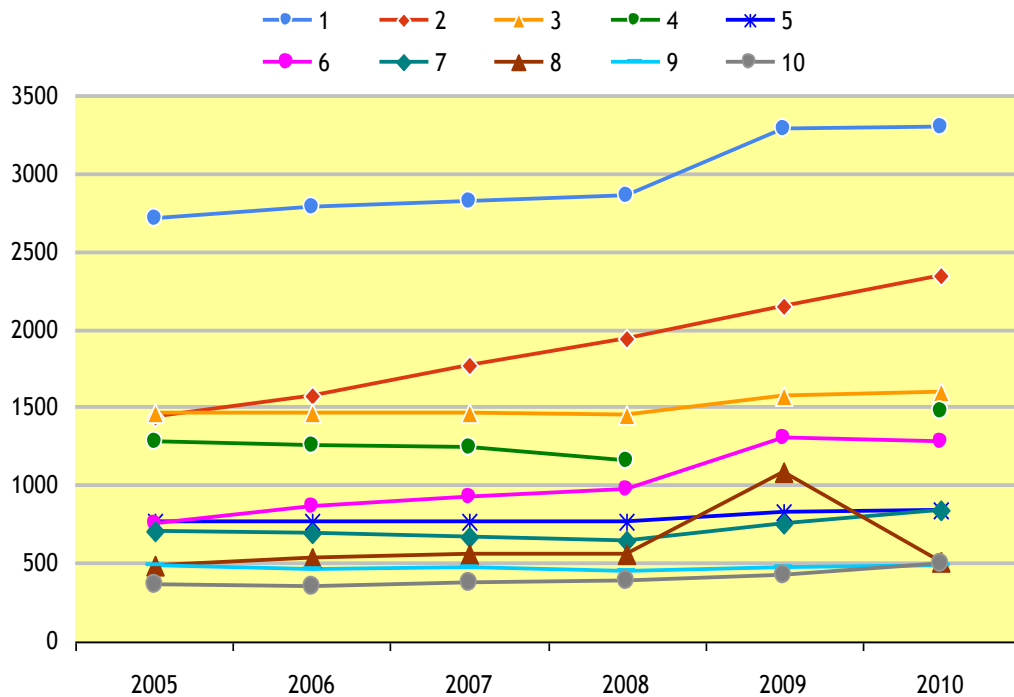
➤ **Mô hình bệnh tật tại Bệnh viện Hữu nghị từ năm 2004 đến năm 2010**

Tổng hợp báo cáo tình hình bệnh tật tại bệnh viện Hữu Nghị từ năm 2004 đến năm 2010 cho thấy mô hình bệnh tật tại bệnh viện Hữu Nghị bao gồm 16 chương bệnh (theo mã ICD 10), trong đó mười chương bệnh có tỷ lệ mắc cao nhất là:

Bảng 3.18: Mười chương bệnh có tỷ lệ mắc cao nhất tại Bệnh viện Hữu nghị

STT	TÊN CHƯƠNG BỆNH	TỶ LỆ %
1	Bệnh hệ tuần hoàn	24,61
2	Khối u	13,70
3	Bệnh của hệ hô hấp	12,12
4	Bệnh của hệ tiêu hóa	9,84
5	Bệnh của hệ tiết niệu, sinh dục	6,72
6	Bệnh mắt và phần phụ của mắt	6,34
7	Bệnh của hệ xương khớp và các mô liên kết	5,55
8	Bệnh nhiễm trùng và ký sinh trùng	5,01
9	Bệnh hệ thần kinh	3,77
10	Chấn thương, ngộ độc và một số hậu quả khác do nguyên nhân bên ngoài	2,96
	Tổng số	90,62

Mười bệnh có tỷ lệ mắc cao nhất chiếm 90,62% tổng số bệnh nhân, các bệnh khác chỉ chiếm 9,38% số bệnh nhân. Mô hình bệnh tật tại Bệnh viện Hữu nghị mang đặc trưng của bệnh viện đa khoa với đối tượng phục vụ chủ yếu là người cao tuổi [46].



Hình 3.19: Mười chương bệnh có tỷ lệ mắc cao nhất tại Bệnh viện Hữu nghị

Ghi chú: Tên mười chương bệnh có tỷ lệ mắc cao nhất theo biểu đồ :

1. Bệnh hệ tuần hoàn
2. Khối u
3. Bệnh của hệ hô hấp
4. Bệnh của hệ tiêu hóa
5. Bệnh của hệ tiết niệu, sinh dục
6. Bệnh mắt và phần phụ của mắt
7. Bệnh của hệ xương khớp và các mô liên kết
8. Bệnh nhiễm trùng và ký sinh trùng
9. Bệnh hệ thần kinh
10. Chấn thương, ngộ độc và một số hậu quả khác do nguyên nhân bên ngoài

Với mô hình bệnh tật tập trung vào mười chương bệnh như hệ tuần hoàn, khối u, hệ hô hấp, hệ tiêu hóa....như trên đều nằm trong nhóm bệnh điều trị lâu dài và có chi phí cao. Mô hình bệnh tật sẽ ảnh hưởng quyết định đến danh mục thuốc sử dụng trong bệnh viện.

3.1.1.4. Tổ chức và hoạt động của HĐT và ĐT

Thành phần của HĐT và ĐT Bệnh viện Hữu nghị : Gồm 15 thành viên. Chủ tịch HĐT & ĐT là phó giám đốc phụ trách chuyên môn, phó chủ tịch hội đồng là trưởng khoa dược, thư ký hội đồng là trưởng phòng KHTH, các thành viên còn lại là một số trưởng khoa trong bệnh viện.

Chức năng và nhiệm vụ : Xây dựng kế hoạch thực hiện chính sách quốc gia về thuốc.

Kết quả hoạt động :

- Xây dựng danh mục thuốc của bệnh viện : Từ năm 2004 đến nay hàng năm bệnh viện đều xây dựng danh mục thuốc sử dụng tại bệnh viện, các hướng dẫn sử dụng danh mục thuốc do HĐT & ĐT đề xuất và được giám đốc bệnh viện phê duyệt.

- Xây dựng kế hoạch, nhu cầu thuốc, hoá chất, VTTTH sử dụng trong bệnh viện : Vào tháng 9, tháng 10 hàng năm HĐT & ĐT chuẩn bị xây dựng kế hoạch nhu cầu thuốc cho năm sau.

- Tham gia tư vấn cho giám đốc xây dựng các quy định : Quy định về cung ứng, đấu thầu thuốc. Quy định về cấp phát, giao nhận, lĩnh thuốc, quản lý, kiểm tra, kiểm soát thuốc tại các khoa phòng trong bệnh viện. Quy định về quản lý thuốc độc, thuốc gây nghiện, thuốc hướng tâm thần..

- Tư vấn xây dựng tiêu chuẩn lựa chọn thuốc, hoá chất trong đấu thầu

- Bình bệnh án, phân tích đơn thuốc, theo dõi ADR

- Tư vấn cho giám đốc xây dựng định mức sử dụng thuốc cho các khoa điều trị.

- Hoạt động xây dựng phác đồ điều trị tại BVHN : HĐT & ĐT bệnh viện có chức năng tư vấn thường xuyên cho giám đốc về cung ứng, sử dụng thuốc an toàn, hợp lý và hiệu quả; cụ thể hoá các phác đồ điều trị phù hợp với điều kiện bệnh viện, thực hiện tốt "chính sách quốc gia về thuốc" trong bệnh viện. Như vậy việc xây dựng và cụ thể hoá các phác đồ điều trị của bệnh viện là một nhiệm vụ quan trọng của hội đồng thuốc và điều trị và cũng là cơ sở cho việc xây dựng DMT của bệnh viện. Tuy nhiên ở Bệnh viện Hữu nghị từ trước tới nay chỉ có một số phác đồ điều trị dùng trong cấp cứu, còn quá trình điều trị bệnh tật thì chủ yếu dựa vào ***hướng dẫn thực hành điều trị*** của Bộ Y Tế , các tài liệu, thông tin y học và kinh nghiệm của các thầy thuốc

3.1.2. Thực hiện chu trình cung ứng thuốc tại bệnh viện Hữu nghị

3.1.2.1. Hoạt động lựa chọn thuốc

Tại Bệnh viện Hữu nghị danh mục thuốc được xây dựng một năm một lần và được xây dựng theo tên hoạt chất, mỗi hoạt chất sẽ bao gồm các biệt dược đi kèm. Một hoạt chất có thể có một hay nhiều biệt dược. Danh mục thuốc bệnh viện bao gồm những thuốc trong danh mục thuốc chủ yếu do Bộ Y Tế ban hành và một số thuốc ngoài danh mục nhưng bệnh viện vẫn có nhu cầu như các thuốc điều trị ung thư ngoài danh mục. Danh mục thuốc Bệnh viện Hữu nghị về cấu trúc gồm 4 phần:

- Phần tân dược gồm 11 cột: STT(1), Tên thuốc (2), Tên biệt dược (3), hàm lượng (4), dạng dùng (5), đơn vị tính (6), nước sản xuất (7), ngoại trú (8), duyệt (9), đơn giá (10), ghi chú (11).
- Phần thuốc do khoa dược tự pha chế
- Phần thuốc y học cổ truyền
- Phần thuốc ngoài danh mục nếu bệnh nhân có nhu cầu khoa dược vẫn đảm bảo cung ứng nhưng người bệnh tự chi trả hoặc theo quy định của BHYT.

Nhận xét: hoạt động xây dựng DMTBV đã làm thường xuyên, việc xây dựng DMTBV chủ yếu căn cứ vào danh mục thuốc chủ yếu của Bộ Y Tế và danh mục thuốc đã sử dụng năm trước, chưa chú trọng xây dựng phác đồ điều trị nên còn thiếu căn cứ khoa học.

➤ Tỷ lệ thuốc chủ yếu trong danh mục thuốc bệnh viện

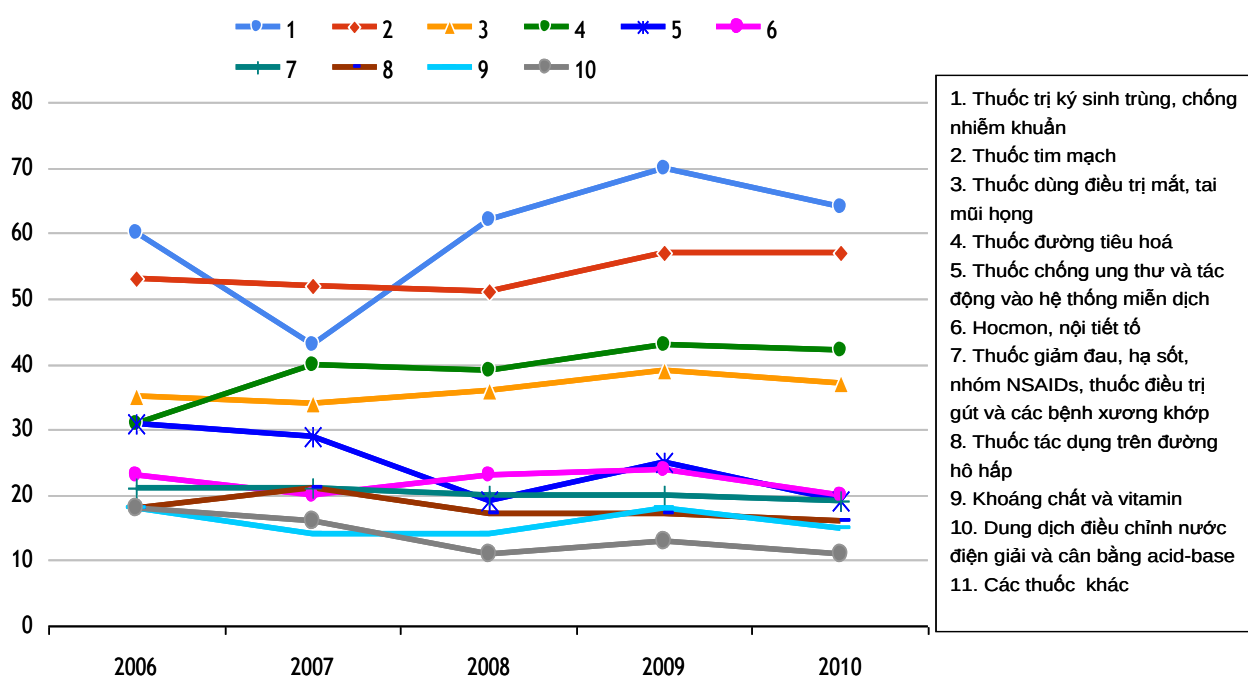
Từ năm 2005 đến nay, DMTBV đó được xây dựng hàng năm. DMTBV được sắp xếp theo nhóm tác dụng dược lý và theo danh mục thuốc chủ yếu của Bộ Y Tế . DMTBV hàng năm đều có bổ sung, điều chỉnh theo yêu cầu thực tế.

Bảng 3.19: Số lượng thuốc chủ yếu trong DMT của Bệnh viện Hữu nghị

Số TT	Nhóm thuốc	Năm 2006		Năm 2007		Năm 2008		Năm 2009		Năm 2010	
		Số hoạt chất	Tỷ trọng %	Số hoạt chất	Tỷ trọng %	Số hoạt chất	Tỷ trọng %	Số hoạt chất	Tỷ trọng %	Số hoạt chất	Tỷ trọng %
1	Thuốc gây tê, mê	18	4,4	21	5,3	17	4,3	17	3,8	16	3.9
2	Thuốc giảm đau, hạ sốt, nhóm chống viêm không steroid, thuốc điều trị gút và các bệnh xương khớp	15	3,7	16	4	14	3,5	17	3,8	19	4.6
3	Thuốc chống dị ứng và dùng trong các trường hợp quá mẫn	7	1,7	7	1,76	9	2,3	11	2,4	9	2.2
4	Thuốc cấp cứu và chống độc	7	1,7	7	1,76	6	1,5	5	1,1	5	1.2

Số TT	Nhóm thuốc	Năm 2006		Năm 2007		Năm 2008		Năm 2009		Năm 2010	
		Số hoạt chất	Tỷ trọng %	Số hoạt chất	Tỷ trọng %	Số hoạt chất	Tỷ trọng %	Số hoạt chất	Tỷ trọng %	Số hoạt chất	Tỷ trọng %
5	Thuốc hướng tâm thần	13	3,2	16	4	15	3,8	20	4,4	17	4.1
6	Thuốc trị ký sinh trùng, chống nhiễm khuẩn	60	14,7	43	10,8	62	15,6	70	15,5	64	15.5
7	Thuốc điều trị đau nửa đầu	0	0	0	0	1	0,25	2	0,4	3	0.7
8	Thuốc chống ung thư và tác động vào hệ thống miễn dịch	31	7,6	40	10	39	9,8	43	9,5	42	10.2
9	Thuốc hỗ trợ trong điều trị bệnh đường tiết niệu	2	0,5	2	0,5	2	0,5	3	0,66	3	0.7
10	Thuốc chống parkinson	3	0,7	3	0,75	3	0,75	3	0,66	3	0.7
11	Thuốc tác dụng đối với máu	7	1,7	9	2,26	10	2,5	13	2,9	12	2.9
12	Máu, chế phẩm máu - dung dịch cao phân tử	0	0	2	0,5	3	0,75	3	0,66	2	0.5
13	Thuốc tim mạch	53	13	52	13	51	12,8	57	12,6	57	13.8
14	Thuốc điều trị bệnh da liễu	15	3,7	16	4	8	2	11	2,4	8	1.9
15	Thuốc dùng chẩn đoán	7	1,7	11	2,76	9	2,3	11	2,4	11	2.7
16	Thuốc diệt khuẩn	6	1,5	6	1,5	5	1,3	5	1,1	3	0.7
17	Thuốc lợi tiểu	3	0,7	3	0,75	3	0,75	3	0,66	3	0.7
18	Thuốc đường tiêu hoá	35	8,5	34	8,5	36	9	39	8,6	37	9.0
19	Hocmon, nội tiết tố	23	5,6	20	5	23	5,8	24	5,3	20	4.8
20	Huyết thanh và globulin miễn dịch	1	0,24	1	0,25	1	0,25	1	0,22	1	0.2
21	Thuốc giãn cơ và tăng trương lực cơ	8	1,9	4	1	9	2,3	10	2,2	7	1.7
22	Thuốc dùng điều trị mắt, tai mũi họng	31	7,6	29	7,3	19	4,8	25	5,53	19	4.6
23	Thuốc có tác dụng thúc đẻ, cầm máu sau đẻ và chống đẻ non	0	0	0	0	0	0	0	0		0.0

Số TT	Nhóm thuốc	Năm 2006		Năm 2007		Năm 2008		Năm 2009		Năm 2010	
		Số hoạt chất	Tỷ trọng %	Số hoạt chất	Tỷ trọng %	Số hoạt chất	Tỷ trọng %	Số hoạt chất	Tỷ trọng %	Số hoạt chất	Tỷ trọng %
24	Dung dịch thẩm phân phúc mạc	0	0	0	0	0	0	0	0		0.0
25	Thuốc tác dụng trên đường hô hấp	18	4,4	14	3,5	14	3,5	18	4	15	3.6
26	Dung dịch điều chỉnh nước điện giải và cân bằng acid-base	18	4,4	16	4	11	2,8	13	2,9	11	2.7
27	Khoáng chất và vitamin	21	5,1	21	5,3	20	5,02	20	4,4	19	4.6
28	Thuốc khác	7	1,7	5	1,25	8	2	8	1,8	7	1.7
	Tổng số hoạt chất trong danh mục	409	100	398	100	398	100	452	100	413	100
	Tổng số khoản mục thuốc trong danh mục	556		583		627		768		735	



Hình 3.20: Cơ cấu 10 nhóm thuốc chủ yếu trong DMT Bệnh viện Hữu nghị

Danh mục thuốc Bệnh viện Hữu nghị bao gồm 26 nhóm thuốc (trừ hai nhóm thuốc cho sản khoa và thẩm phân phúc mạc). Những nhóm thuốc có số lượng mặt hàng chiếm tỷ trọng cao trong danh mục năm 2010 là các nhóm thuốc trị kí sinh trùng và chống nhiễm khuẩn: 15,5:%, thuốc tim mạch: 13,8%, thuốc chống ung thư và tác động vào hệ thống miễn dịch : 10,2%, thuốc đường tiêu hoá: 9,0%; hocmon nội tiết tố: 4,8%; thuốc chống viêm, hạ sốt, giảm đau: 4,6%; thuốc mắt, tai mũi họng: 4,6%; thuốc hô hấp: 3,6%...Số khoản mục thuốc trong danh mục thuốc bệnh viện năm 2006 là 556 khoản, đến năm 2010 tăng lên là 735 khoản.

DMTBV Hữu nghị đa dạng cả về các nhóm dược lí, số hoạt chất trong mỗi nhóm và số biệt dược cho mỗi hoạt chất để đáp ứng nhu cầu điều trị của bệnh viện đa khoa. Số lượng hoạt chất trong DMTBV năm 2008 chiếm tỷ lệ 61,4%, năm 2010 chiếm tỷ lệ 55,06 % so với danh mục thuốc chủ yếu do Bộ Y Tế ban hành (DMTCY do Bộ Y Tế ban hành theo quyết định số 03/2005/ QĐ-BYT ngày 24 /01/2005 có 648 hoạt chất; DMTCY do Bộ Y Tế ban hành theo quyết định số 05/ 2008 / QĐ-BYT ngày 01/02/2008 có 750 hoạt chất) [18]; [19] .

Để xác định nhu cầu thuốc sau khi có danh mục thuốc HĐT & ĐT căn cứ vào số lượng sử dụng của năm trước, đề xuất của các khoa phòng, tình hình bệnh tật, khả năng kinh phí xây dựng nhu cầu cho năm tiếp theo. Việc xác định nhu cầu thuốc tại bệnh viện chưa có những đánh giá như các phân tích về sử dụng thuốc như phân tích ABC, phân tích VEN... để có các can thiệp trong sử dụng thuốc tại bệnh viện.

3.1.2.2. Hoạt động mua sắm thuốc

➤ *Nguồn kinh phí cho cung ứng thuốc của Bệnh viện Hữu nghị*

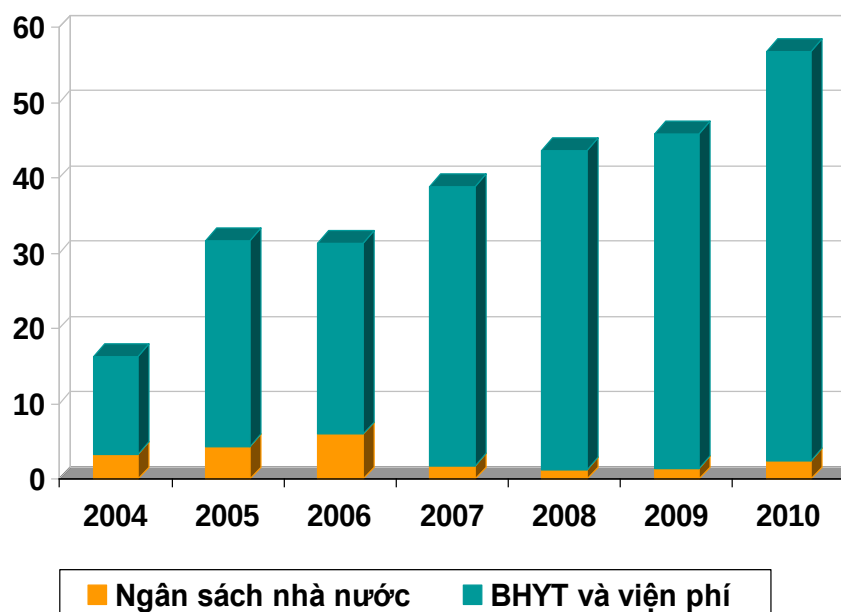
Kinh phí mua thuốc BV Hữu Nghị chủ yếu từ ba nguồn: Ngân sách nhà nước, bảo hiểm y tế và viện phí.

Bảng 3.20 : Kinh phí mua thuốc của Bệnh viện Hữu nghị từ năm 2004-2010.

(Đơn vị: nghìn VNĐ)

Kinh phí thuốc/ Năm	Tổng tiền mua thuốc	Ngân sách nhà nước	BHYT và viện phí
2004	16.301.117	3.299.376	13.001.741
2005	32.229.340	4.382.391	27.396.948
2006	31.432.594	5.983.341	25.449.253
2007	38.828.053	1.773.297	37.054.756
2008	45.683.817	1.287.596	42.366.868
2009	52.459.578	1.526.504	44.396.221
2010	56.791.923	2.410.270	54.381.653

Tỷ đồng



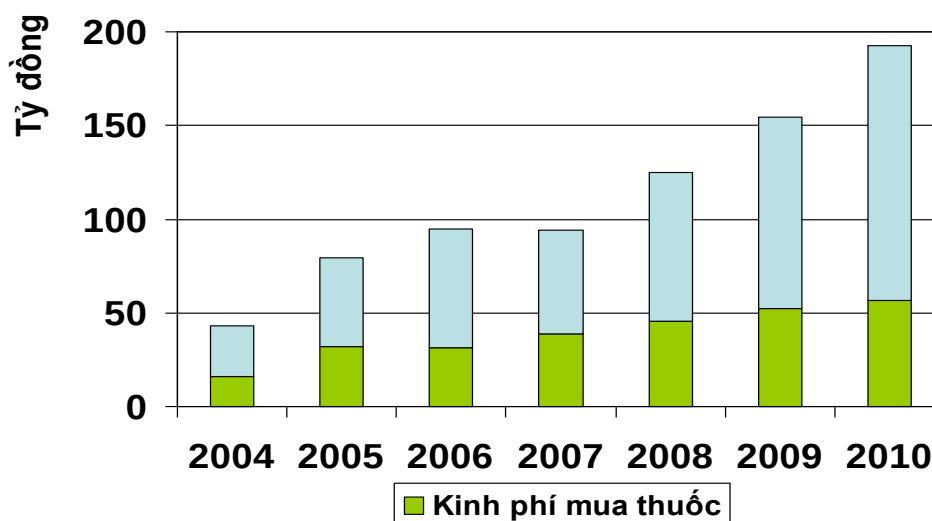
Hình 3.21: Kinh phí mua thuốc từ năm 2004-2010

Giá trị tiền thuốc sử dụng tại bệnh viện Hữu Nghị đều tăng qua các năm trong đó bệnh viện đã tăng được kinh phí từ nguồn BHYT và viện phí, giảm được nguồn chi từ ngân sách của bệnh viện.

Bảng 3.21: Tỷ trọng tiền thuốc trong tổng kinh phí bệnh viện.

(ĐV: Nghìn đồng)

Nguồn/ Năm	Tổng kinh phí	Tổng tiền mua thuốc	Tỷ lệ tiền thuốc trong tổng kinh phí%	Tỷ lệ tăng so với năm 2004 %
2004	43.300.411	16.301.117	37,6	100
2005	79.540.108	32.229.340	40,5	197,7
2006	94.524.648	31.432.594	33,3	192,8
2007	94.309.996	38.828.053	41,2	238,2
2008	125.203.415	45.683.817	36,5	280,2
2009	154.573.719	52.459.578	33,9	321,8
2010	192.877.134	56.791.923	29,4	348,4



Hình 3.22: Tỷ trọng tiền thuốc trong tổng kinh phí bệnh viện

Qua các năm, tiền thuốc sử dụng trong bệnh viện chiếm tỷ trọng cao nhất năm 2007: 41,2% , thấp nhất năm 2010: 29,4% trong tổng kinh phí trong bệnh viện. Năm 2010, giá trị tiền thuốc đã tăng 348% so với năm 2004.

Quỹ BHYT giao cho Bệnh viện Hữu nghị là hình thức khoán định xuất, do vậy bệnh viện rất khó khăn trong việc phải đảm bảo hoạt động nhưng không được vượt quỹ.

Phương thức mua sắm thuốc tại Bệnh viện Hữu nghị

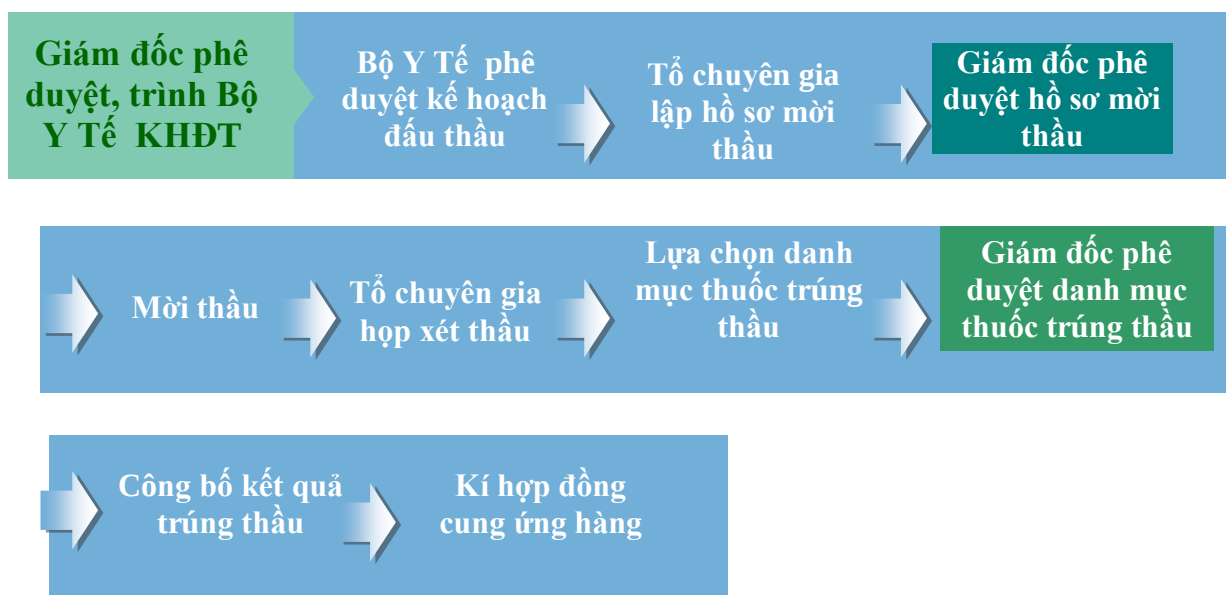
Tại Bệnh viện Hữu nghị từ năm 2000 đến 2005, bệnh viện mua thuốc theo phương thức đấu thầu hạn chế. Từ năm 2006 bệnh viện đã mua thuốc theo hình thức đấu thầu rộng rãi theo quy định của thông tư 20/2005/TTLT-BYT-BTC.

Ngày 10- 8- 2007, Bộ Y Tế , Bộ Tài Chính đã ban hành thông tư số 10/2007/TTLT-BYT-BTC thay thế cho thông tư 20/2005/TTLT-BYT-BTC. Bệnh viện đã tuân thủ theo thông tư mới này trong công tác đấu thầu thuốc tại bệnh viện. Thông tư số 10/2007 thay đổi một số điều so với thông tư 20/2005 như : áp dụng cho các cơ sở y tế công lập có sử dụng nguồn kinh phí từ ngân sách nhà nước và các nguồn thu hợp pháp khác để mua thuốc theo quy định tại thông tư này và các văn bản pháp luật khác có liên quan (không giới hạn số tiền mua sắm tối thiểu). [31]

Thông tư 10 quy định Bộ trưởng, thủ trưởng cơ quan Bộ, cơ quan thuộc chính phủ và các cơ quan khác ở trung ương, Chủ tịch uỷ ban nhân dân tỉnh, thành phố trực thuộc trung ương chịu trách nhiệm phê duyệt kế hoạch đấu thầu mua thuốc cho các cơ sở y tế công lập thuộc phạm vi quản lý theo quy định hiện hành. Thủ trưởng các cơ sở y tế công lập (thủ trưởng đơn vị) chịu trách nhiệm phê duyệt hồ sơ mời thầu, phê duyệt kết quả lựa chọn nhà thầu cung cấp thuốc của đơn vị.

Sau đây là quy trình mua sắm thuốc qua các năm tại Bệnh viện Hữu nghị tuân theo các quy định của Bộ Y Tế :

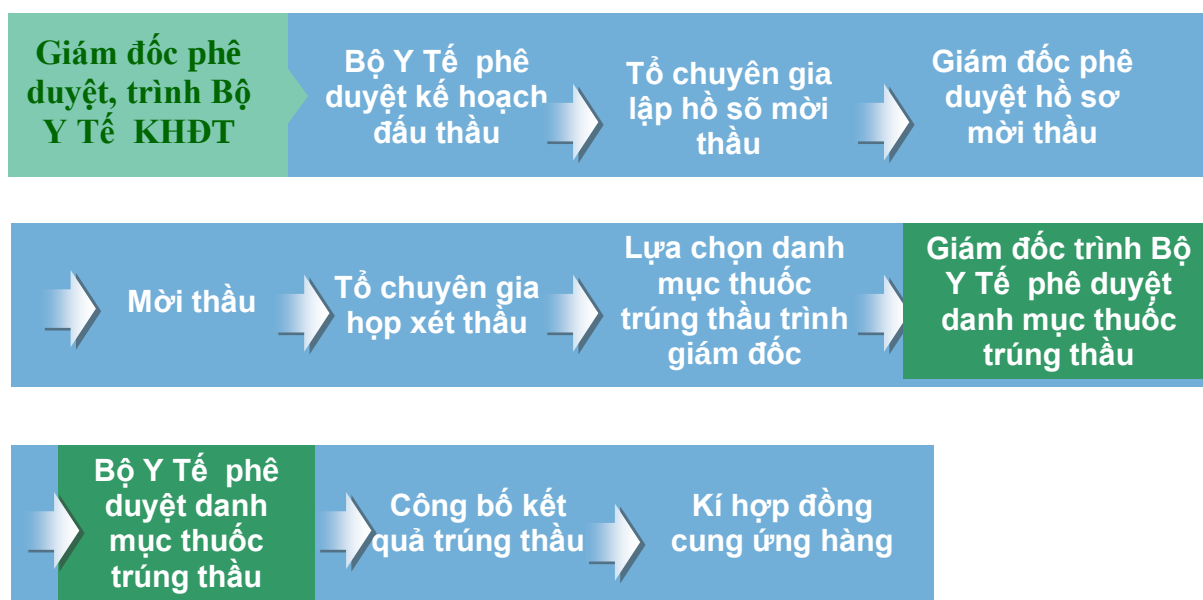
Năm 2004- 2005 :



Hình 3.23 : Quy trình tổ chức đấu thầu cung ứng thuốc năm 2004-2005

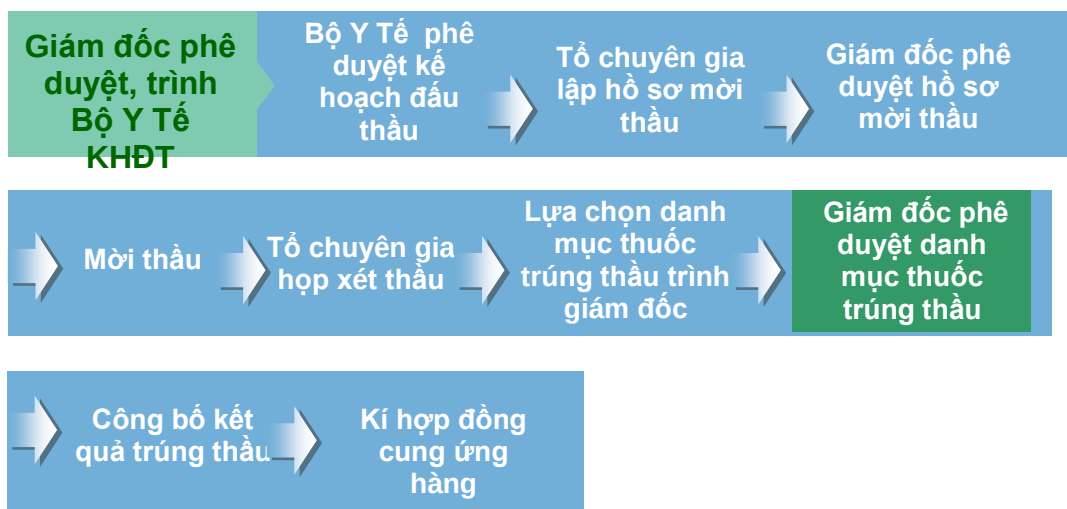
Trong quy trình trên, Bộ Y Tế phê duyệt kế hoạch đấu thầu, Giám đốc bệnh viện chịu trách nhiệm phê duyệt HSMT và kết quả đấu thầu.

Năm 2006-2007



Hình 3.24 : Quy trình tổ chức đấu thầu cung ứng thuốc năm 2006-2007

Năm 2008 đến nay :

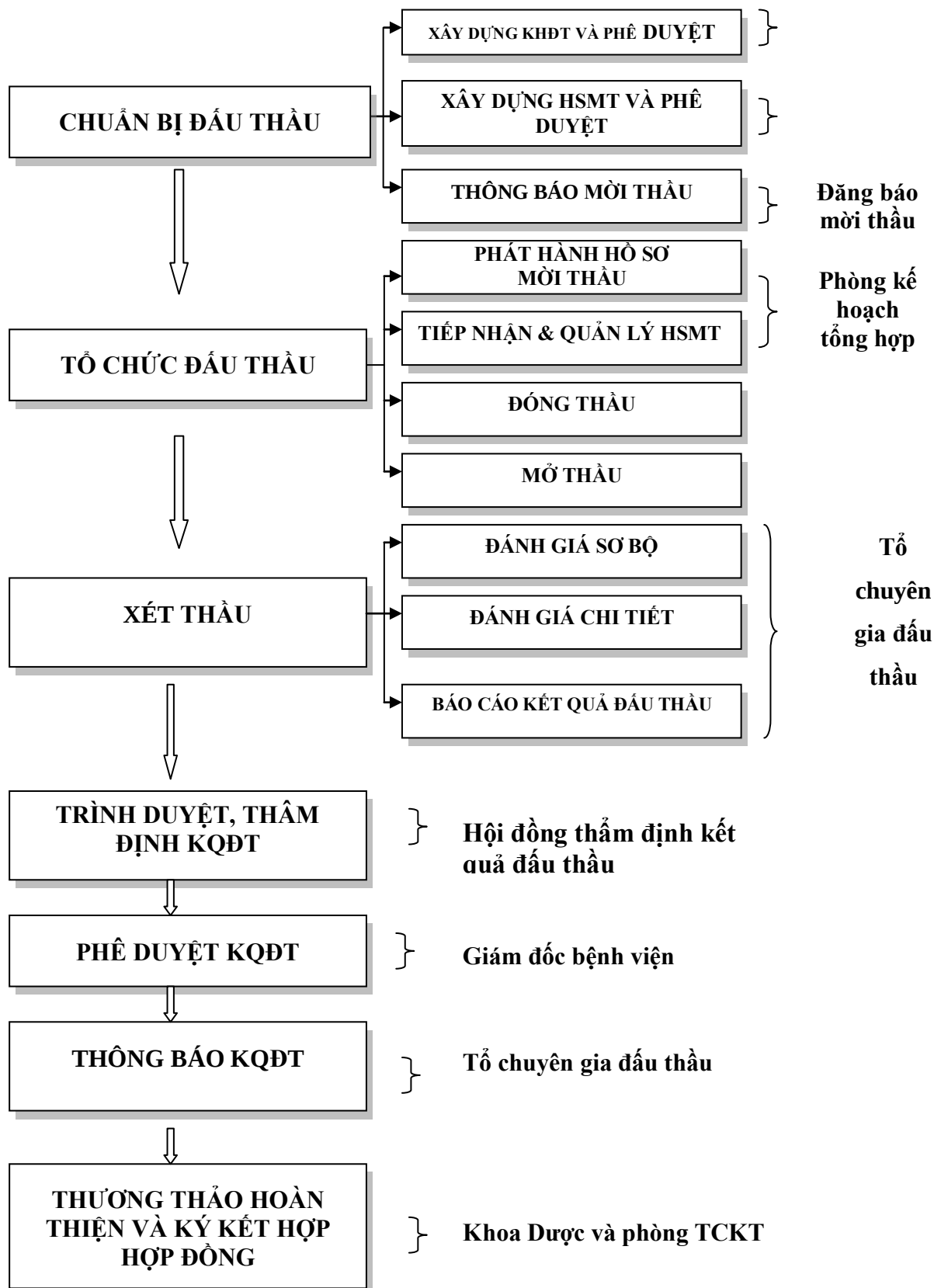


Hình 3.25 : Quy trình tổ chức đấu thầu cung ứng thuốc năm 2008 đến nay

Theo TTLT 10, việc phê duyệt kế hoạch đấu thầu thuộc Bộ Y Tế , Giám đốc bệnh viện chịu trách nhiệm phê duyệt HSMT và kết quả đấu thầu.

Như vậy trong một thời gian ngắn từ năm 2005 đến 2008, quy trình mua sắm thuốc tại bệnh viện liên tục thay đổi theo những quy định của Bộ Y Tế . Các mẫu hồ sơ trình phê duyệt kế hoạch đấu thầu, hồ sơ mời thầu, mẫu báo cáo kết quả thầu cũng liên tục được điều chỉnh hàng năm. Đây là công việc chiếm nhiều thời gian, nhân lực, chi phí của các khoa dược bệnh viện.

➤ *Quy trình đấu thầu thuốc*



Hình 3.26. Quy trình đấu thầu thuốc tại Bệnh viện Hữu nghị

❖ **Xây dựng kế hoạch đấu thầu:**

Khoa Dược và phòng TCKT, KHTH xây dựng Kế hoạch đấu thầu để trình lên HĐT và ĐT. Công việc cụ thể như sau:

- Tổng hợp danh mục đấu thầu dựa trên danh mục thuốc bệnh viện và đề xuất của các khoa phòng : Tên thuốc, nồng độ, hàm lượng, đơn vị tính, dạng bào chế.
- Tổng hợp số lượng thuốc sử dụng dựa vào số lượng thuốc sử dụng của năm trước, xu hướng tăng giảm của từng loại thuốc cộng thêm cơ sở dự trữ (khoảng 2 đến 3 tháng) cho cả năm.
- Xây dựng giá kế hoạch: dựa vào giá của các loại thuốc trúng thầu năm trước tại bệnh viện, giá thuốc do các công ty thông báo, giá thầu các bệnh viện khác,...). Việc xây dựng giá kế hoạch có bất cập là chủ yếu Bộ Y Tế chỉ chấp nhận giá trúng thầu năm trước của các bệnh viện nhưng giá cả thị trường liên tục có biến động do những biến động về kinh tế nên đã nhiều trường hợp giá chào thầu cao hơn giá kế hoạch, bệnh viện không chọn được thuốc trúng thầu.
- Sau đó khoa dược trình lên HĐT & ĐT. Sau khi HĐT & ĐT nhất trí, kế hoạch đấu thầu sẽ được trình lên giám đốc bệnh viện kí trình lên Bộ Y Tế phê duyệt.
- Việc phê duyệt kế hoạch đấu thầu tại Bộ Y Tế thường kéo dài do các thủ tục hành chính gây chậm trễ dẫn đến thiếu thuốc tại bệnh viện.

❖ **Lựa chọn nhà cung ứng:**

Sau khi lựa chọn phương thức mua, việc tổ chức đấu thầu để lựa chọn nhà cung ứng. Phân tích đánh giá các nhà cung ứng, xem xét đánh giá các mặt như năng lực tài chính, năng lực kinh doanh, uy tín thương hiệu của nhà cung ứng [32].

Bên cạnh đó, nhà cung ứng phải đảm bảo các yêu cầu về kỹ thuật (tên thuốc, hàm lượng, dạng bào chế, quy cách đóng gói, tiêu chuẩn chất lượng, nước sản xuất, hạn dùng, giá), biện pháp cung ứng, tiến độ cung ứng, thời hạn thực hiện hợp đồng. Mục tiêu cuối cùng là lựa chọn được nhà cung ứng tin cậy.

❖ **Các tiêu chí đánh giá hồ sơ dự thầu cung ứng thuốc**

Đánh giá sơ bộ hồ sơ dự thầu (đánh giá tư cách pháp nhân của nhà thầu): 9 tiêu chí (Phụ lục 4)

Đánh giá chi tiết hồ sơ dự thầu: 8 tiêu chí, đánh giá theo phương pháp đạt-không đạt (Phụ lục 5)

Sau khi xét thầu, danh mục trúng thầu được trình lên hội đồng thẩm định, sau đó được giám đốc bệnh viện phê duyệt. Tổ chuyên gia đấu thầu sẽ làm bản thông báo kết quả đấu thầu và khoa Dược phối hợp phòng tài chính kế toán sẽ hoàn thiện công việc thương thảo và ký kết hợp đồng.

Công tác đấu thầu cung ứng thuốc tại bệnh viện Hữu Nghị hiện đang là một công việc khó khăn. Với số lượng danh mục thuốc mời thầu, số lượng nhà thầu, hồ sơ tài liệu, các báo cáo giải trình, báo cáo kết quả tăng rất nhanh qua các năm thì việc quản lý công tác đấu thầu là một công việc nặng nề, dễ nhầm lẫn, sai sót. Đấu thầu thuốc là một công việc chiếm nhiều thời gian, nhân lực của khoa dược.

Các văn bản trong hoạt động này còn nhiều bất cập, chưa có những tiêu chí cụ thể, rõ ràng trong xét thầu. Hồ sơ mời thầu thuốc chuẩn chưa được Bộ Y Tế ban hành. Quy trình, các yêu cầu phê duyệt kế hoạch đấu thầu điều chỉnh liên tục. Cần sớm có những giải pháp để khắc phục tình trạng này.

❖ Thương thảo và ký kết hợp đồng:

Sau khi công bố kết quả trúng thầu đã được phê duyệt, hai bên thương thảo hoàn thiện hợp đồng và tiến hành ký kết hợp đồng mua bán. Hợp đồng cung ứng thuốc tuân thủ theo mẫu hợp đồng của Luật đấu thầu và Nghị định hướng dẫn thi hành Luật Đấu thầu và lựa chọn nhà thầu theo Luật Xây dựng. [40], [41]

Tuy nhiên theo quy định tại Thông tư 10 bệnh viện phải kí hợp đồng trọn gói cung ứng thuốc với các nhà thầu dẫn đến số lượng thuốc mua không thay đổi được trong khi nhu cầu điều trị luôn có biến động. Do nhiều nguyên nhân, có loại thuốc sử dụng rất ít, có loại thuốc số lượng sử dụng vượt kế hoạch, khoa Dược gặp rất nhiều khó khăn trong đảm bảo cung ứng. [31]. Trong các năm 2008,2009,2010 bệnh viện phải tổ chức thêm một lần đấu thầu bổ sung để mua sắm các mặt hàng còn thiếu.

❖ Đặt hàng:

Khoa Dược Bệnh viện Hữu nghị áp dụng hình thức đặt hàng hàng tháng. Căn cứ vào số lượng xuất nhập tồn, kho dược lên kế hoạch đặt hàng cho tháng sau. Việc đặt hàng hàng tháng sẽ tránh được hiện tượng thiếu thuốc, giảm diện tích kho bảo quản thuốc, cho phép đáp ứng nhanh với các sự thay đổi nhưng đòi hỏi sự phối hợp, kiểm soát giữa các khâu chặt chẽ, số lần xuất nhập thuốc phải tăng lên, dễ xảy ra sai sót. Bên đặt hàng phải giám sát đơn đặt hàng về số lượng thuốc, chủng loại, xuất xứ, hạn dùng, chất lượng, giá cả, tiến độ giao hàng như đã quy định trong hợp đồng đã ký.

❖ Nhận thuốc và kiểm nhận:

Ký kết hợp đồng đã quy định rõ địa điểm giao hàng. Tại Bệnh viện Hữu nghị, các công ty cung ứng giao hàng đến tận kho thuốc của khoa dược bệnh viện. Khi tiến hành nhận thuốc phải đối chiếu hoá đơn, phiếu báo lô với thực tế về tên thuốc, hàm lượng, số lượng, quy cách đóng gói, nơi sản xuất, số lô sản xuất, hạn dùng. Phần lớn các đơn vị đã đảm bảo cung ứng theo hợp đồng.

Tuy nhiên trong những trường hợp phát sinh các nhu cầu do chậm phê duyệt kết quả thầu, do những biến động trên thị trường có một số đơn vị không đảm bảo cung ứng gây đứt hàng, thiếu thuốc.

❖ **Thanh toán:**

Bệnh viện thanh toán theo đúng số lượng đã mua và đúng giá đã trúng thầu. Phương thức thanh toán tại bệnh viện Hữu Nghị chủ yếu bằng chuyển khoản qua ngân hàng theo hợp đồng kinh tế, một số ít bằng tiền mặt hoặc séc.

Hiện nay do kinh phí hạn hẹp, do có nhiều thủ tục rườm rà, đặc biệt do thủ tục đấu thầu kéo dài dẫn đến bệnh viện chậm thanh toán công nợ, các công ty không giao hàng gây thiếu thuốc cho người bệnh. Việc quản lý thanh toán cũng là một vấn đề khó khăn ảnh hưởng đến cung ứng thuốc của bệnh viện.

❖ **Nguồn cung ứng thuốc tại BVHN**

Nguồn cung ứng thuốc, hoá chất, VTTH tại bệnh viện chủ yếu thông qua đấu thầu rộng rãi, trừ một số trường hợp các dự án, chương trình, thuốc viện trợ... Các nhà thầu tham gia đấu thầu tại bệnh viện là các công ty cổ phần, công ty TNHH một thành viên, công ty TNHH...

Do đấu thầu rộng rãi nên số lượng các công ty tham dự ngày càng tăng. Năm 2010 có 136 công ty tham dự. Số lượng công ty lớn cũng làm tăng khối lượng công việc trong đấu thầu, làm hợp đồng, kiểm soát đặt hàng, thanh toán và những yếu tố nguy cơ.

Một số thuốc không có trong thầu bệnh viện mua theo hình thức báo giá, Giám đốc bệnh viện quyết định mua sắm dưới 100 triệu sau khi có đề xuất của HĐT & ĐT. Nguồn cung ứng thuốc cơ bản được kiểm soát về nguồn gốc, xuất xứ qua đấu thầu nên thuốc có chất lượng ổn định, an toàn cho người sử dụng.

❖ **Tình hình pha chế sản xuất thuốc tại BVHN**

– Pha chế đông dược:

- Đối tượng phục vụ : Khoa Đông Y, Khoa Nội A. Bệnh nhân ngoại trú
- Bộ phận Đông dược có nhiệm vụ bào chế 224 vị thuốc, sau đó tiến hành sắc theo đơn của bác sĩ. Ngoài ra bộ phận đông dược còn bào chế một số thuốc

bột sau : Bột Khung chỉ, Bột lục nhất, Lục quân tán, Vị thông tán, Đan chi tiêu giao tán, Độc hoạt kí sinh hoàn, Bổ tâm an thần.

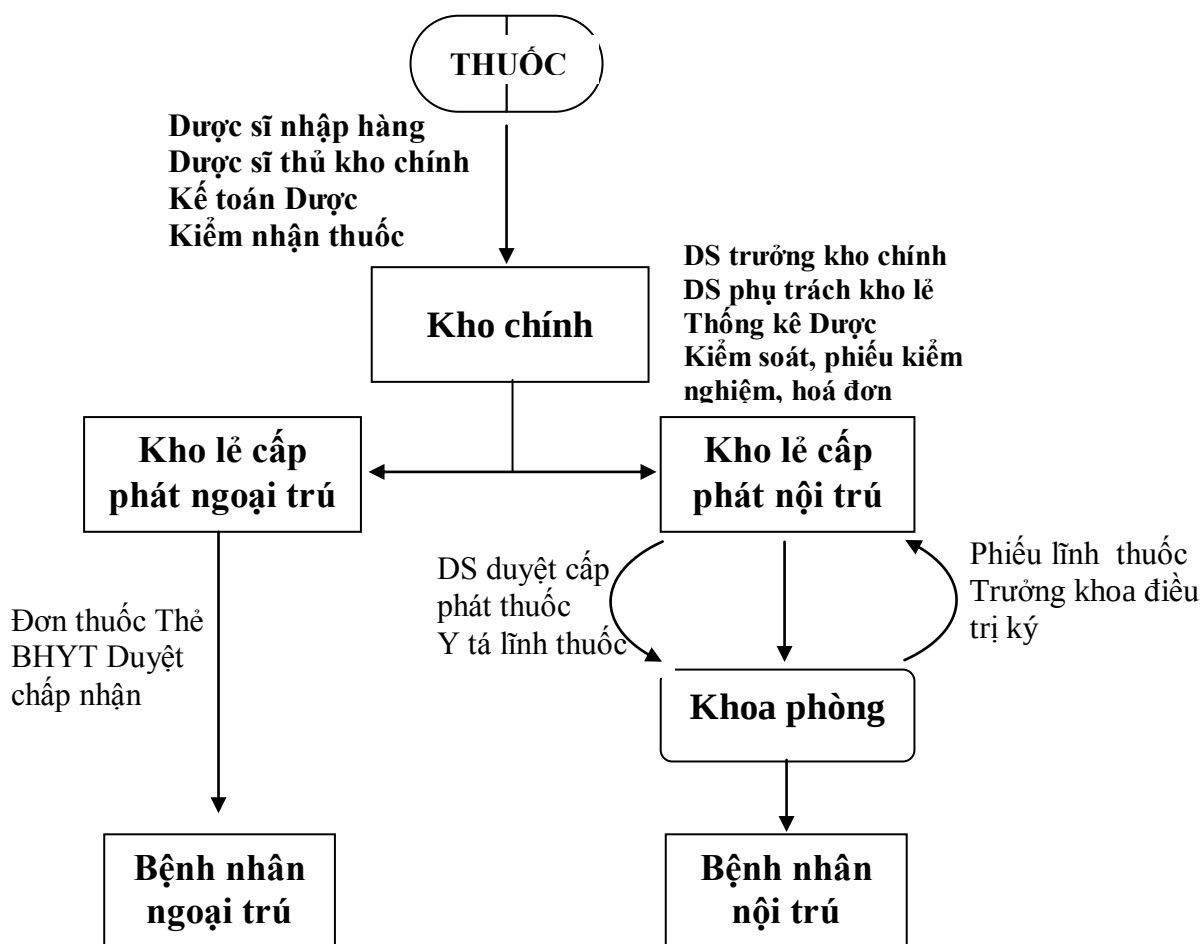
– Pha chế tân dược :

- Số lượng sản phẩm tân dược tự pha chế trong bệnh viện là rất hạn chế (21 loại) cả về mặt số lượng lẫn chủng loại, do điều kiện pha chế trong bệnh viện khá hạn chế. Trang thiết bị pha chế đơn giản. 100% các thuốc khoa dược pha chế đều có qui trình hướng dẫn chi tiết, được giám đốc bệnh viện phê duyệt. (Phụ lục 6).
- Chưa có đơn vị pha chế hoá trị liệu mặc dù thuốc điều trị ung thư chiếm tỷ trọng lớn trong các nhóm thuốc sử dụng tại bệnh viện.

3.1.2.3. Hoạt động quản lý cấp phát và tồn trữ thuốc tại khoa Dược Bệnh viện Hữu nghị.

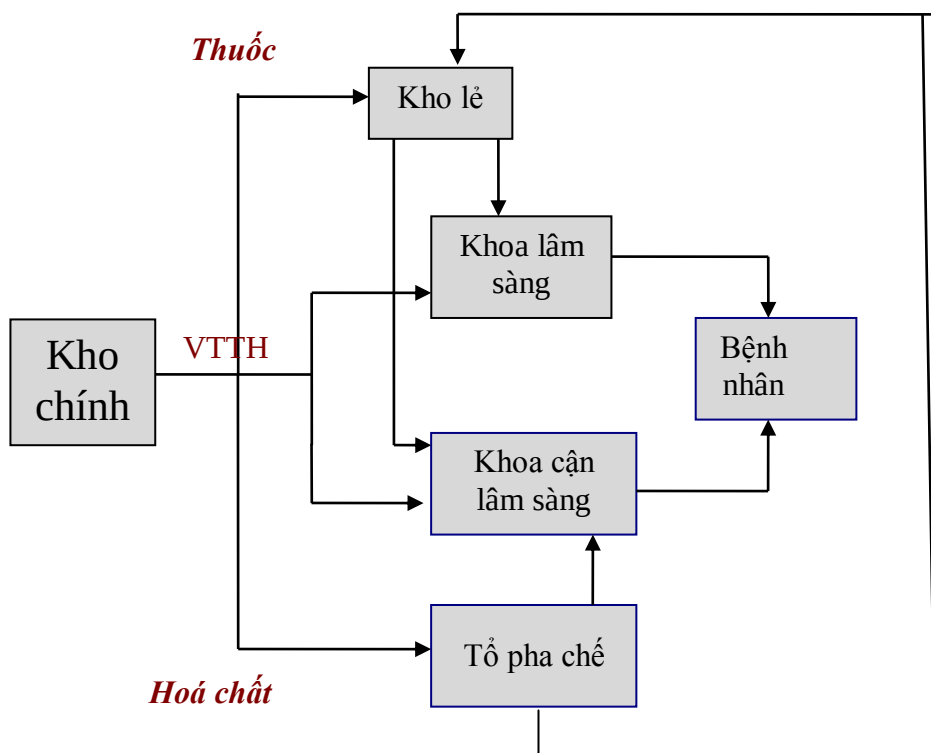
➤ Hoạt động cấp phát thuốc

Sau khi thuốc mua về được nhập vào kho chính và kho chính sẽ xuất thuốc cho các kho lẻ. Riêng thuốc đông dược thì nhập thẳng về kho đông dược và cấp phát riêng. Các kho lẻ đánh phiếu lĩnh thuốc từ kho chính trên mạng. Sau khi trưởng khoa dược duyệt, thuốc được chấp nhận trừ trên máy và xuất về kho lẻ.



Hình 3.27. Quy trình cấp phát thuốc tại khoa Dược Bệnh viện Hữu nghị

❖ Cấp phát thuốc nội trú



Hình 3.28: Quy trình cấp phát thuốc nội trú

Tại Bệnh viện Hữu nghị, bác sỹ khoa lâm sàng chỉ định thuốc cho người bệnh vào hồ sơ bệnh án, điều dưỡng cập nhật thuốc vào mạng theo từng bệnh nhân, in phiếu lĩnh thuốc, trưởng khoa điều trị ký duyệt và chuyển xuống khoa dược. Dược sỹ khoa dược kiểm soát, ký duyệt và chấp nhận đơn trên máy. Các phiếu lĩnh thuốc phải được trưởng khoa dược hoặc dược sỹ được uỷ quyền ký duyệt.

Phòng cấp phát thuốc nội trú cấp phát thuốc theo phiếu lĩnh thuốc của các khoa phòng 1- 2 ngày một lần. Thuốc lĩnh về khoa điều trị, điều dưỡng nhập vào kho trên máy rồi tiến hành xuất thuốc cho từng người bệnh. Lượng thuốc đã sử dụng sẽ được tính vào chi phí cho người bệnh. Trung bình một ngày khoa dược cấp phát cho khoảng 400- 500 bệnh nhân nội trú, việc nối mạng quản lý toàn viện đã giúp kiểm soát thuốc sử dụng đến từng người bệnh, lượng thuốc tồn tại khoa điều trị. Quản lý hạn dùng, lô sản xuất của các thuốc nhập vào bệnh viện

Đối với các khoa đòi hỏi điều trị nhanh, chủng loại thuốc ổn định, khoa dược cấp cho các khoa này một số cơ sở thuốc ổn định, sau khi sử dụng, khoa lĩnh bù lại cho đủ cơ sở. Mô hình này áp dụng cho các khoa như: Cấp cứu, Gây mê hồi sức, Thận lọc máu, Can thiệp tim mạch.

❖ **Cấp phát thuốc ngoại trú:**

Việc cấp phát thuốc cho bệnh nhân ngoại trú đòi hỏi chính xác, hướng dẫn sử dụng rõ ràng, giảm thời gian chờ đợi cho người bệnh, giám sát đơn chặt chẽ. Tại khoa khám bệnh ngoại trú, sau khi khám bệnh, bác sỹ kê đơn cho người bệnh. Đơn thuốc sau khi được xác nhận BHYT và thanh toán chi phí sẽ chuyển đến khoa dược. Dược sỹ kiểm soát, chấp nhận đơn trên máy và cấp thuốc cho người bệnh. Thuốc sẽ tự trừ trên kho dược.

Bệnh viện Hữu nghị đã ứng dụng công nghệ thông tin trong kê đơn - cấp thuốc điều trị ngoại trú, giúp tăng cường giám sát sử dụng thuốc, giảm sai sót do chữ viết khó đọc, người bệnh dễ kiểm soát và sử dụng, bệnh nhân không phải đi lại thay đổi thuốc vì bác sỹ sẽ kê các loại thuốc đang có tại khoa Dược thông qua mạng.

Trung bình một ngày số người bệnh tới lĩnh thuốc ngoại trú ở khoa dược từ 700 đến 800 lượt, vì vậy việc ứng dụng nối mạng quản lý đảm bảo người bệnh được cấp phát nhanh, chính xác, hướng dẫn sử dụng thuốc trên đơn rõ ràng. Khoa dược dễ dàng kiểm soát được đơn thuốc đã phát, thuốc trùng, thuốc kê sai liều.

➤ **Quản lý tồn trữ**

❖ **Cơ sở vật chất**

Khoa dược Bệnh viện Hữu nghị có các kho: Kho chính thuốc tân dược, hoá chất, vật tư tiêu hao, kho hoá chất độc, cháy, nổ; kho lẻ cấp phát nội trú, kho lẻ cấp phát ngoại trú A; kho lẻ cấp phát ngoại trú B; kho thuốc trực, kho dược liệu, kho thuốc cao đơn đông dược.

Các kho được thiết kế ở vị trí cao ráo, an toàn, đảm bảo 5 chống. Kho có các trang bị bảo quản thuốc như tủ thuốc, giá kệ, tủ lạnh, điều hoà nhiệt độ, máy hút ẩm, quạt trần, quạt thông gió. Trang thiết bị vận chuyển: xe vận chuyển thuốc chuyên dụng. Trang bị văn phòng, phòng chống cháy nổ, dụng cụ vệ sinh kho. Máy tính nối mạng quản lý thuốc.

Hạn chế: cơ sở vật chất của kho còn chật chội, hệ thống điều hoà cũ, hay hỏng. Chưa có tủ lạnh chuyên dụng kiểm soát nhiệt độ cho bảo quản các thuốc đặc biệt. Kho thuốc chưa đạt GSP.

Thuốc trong kho được sắp xếp theo vần ABC theo phân nhóm dược lý, thuốc tiêm riêng, thuốc viên riêng. Các tủ thuốc đều có danh mục thuốc dán ở ngoài, dễ thấy, dễ lấy, rất thuận lợi cho việc cấp phát, kiểm kê kho, tránh nhầm lẫn.

Hệ thống máy tính nối mạng toàn viện giúp cho kho quản lý số liệu thuốc xuất nhập tồn một cách chính xác và nhanh chóng.

Từ kho chính thuốc được chuyển xuống các kho lẻ. Mỗi kho có danh mục riêng theo quy định trong danh mục thuốc của bệnh viện (thuốc cấp ngoại trú, nội trú..). Cơ sở các kho của khoa dược hiện nay còn cách xa nhau, không thuận tiện cho vận chuyển, bảo quản thuốc.

Các kho chính, cấp phát nội trú, ngoại trú đều có dược sỹ đại học phụ trách.

❖ **Mức độ tồn kho dự trữ tại kho dược**

Bảng 3.22: Giá trị tiền thuốc xuất, nhập, tồn tại kho dược

(đơn vị : VNĐ)

Năm	Tổng tiền mua thuốc	Tổng tiền thuốc sử dụng	Tổng tiền thuốc tồn kho	Bình quân sử dụng một tháng	Tháng dự trữ sử dụng
2006	31.432.594.996	31.890.628.403	5.789.190.432	2.657.552.366	2,17
2007	38.828.053.286	33.537.970.157	11.079.273.561	2.794.830.846	3,96
2008	45.683.817.618	45.344.563.338	6.318.272.991	3.778.713.611,5	1,67
2009	52.459.578.453	50.273.267.319	8.504.584.125	4.189.438.943	2,03
2010	56.791.923.000	58.323.055.157	6.973.451.968	4.860.254.596	1,43

Lượng thuốc tồn kho tại khoa dược trong khoảng 1,4 đến 3, 9 tháng thuốc sử dụng bình quân. Thường số lượng này tăng vào cuối năm do khoa dược phải gọi tăng hàng để chờ phê duyệt kết quả thầu vào đầu năm sau hay bị chậm và các công ty hay có biến động giá vào đầu năm. Tuy nhiên năm 2010 do kết quả thầu còn hiệu lực đến tháng 4 nên khoa dược không phải gọi thêm hàng để dự trữ, giảm số lượng tồn kho.

3.1.2.4. Phân tích hoạt động quản lý sử dụng thuốc tại Bệnh viện Hữu nghị

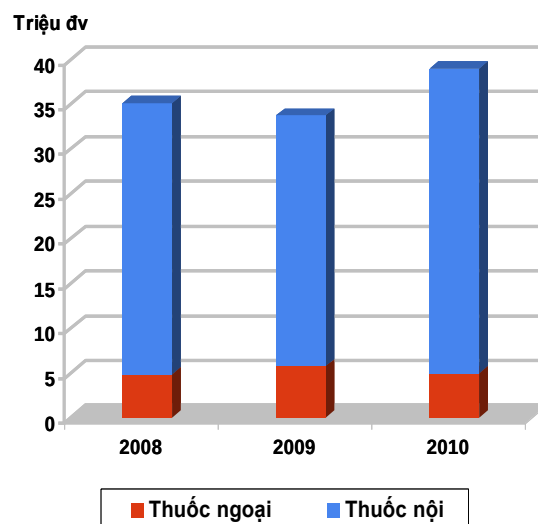
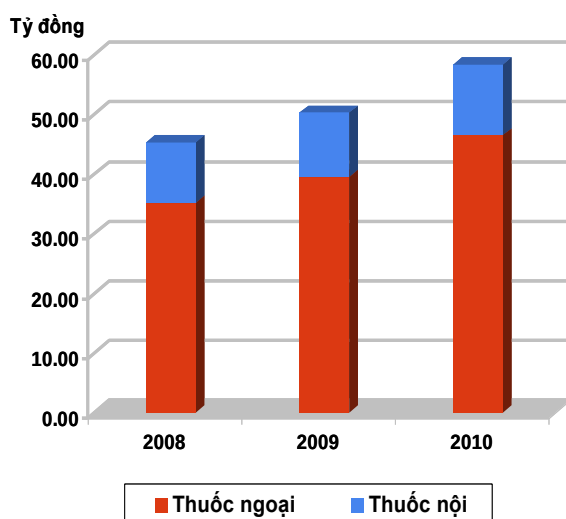
Giám sát thực hiện danh mục thuốc: DMT được kiểm tra chặt chẽ qua các khâu khoa dược khi nhập thuốc đối chiếu với kết quả đấu thầu đã được phê duyệt, TCKT kiểm tra hoá đơn và thanh toán, bác sỹ kê đơn, BHYT quyết toán với người bệnh.

Thực hiện các quy chế quản lý dược: Khoa dược đã xây dựng danh mục các thuốc gây nghiện, hướng tâm thần, các thuốc quản lý đặc biệt sử dụng trong bệnh viện và thường xuyên kiểm tra các khoa phòng thực hiện.

➤ **Phân tích cơ cấu thuốc nội, ngoại đã sử dụng tại Bệnh viện Hữu nghị từ năm 2008- 2010**

Bảng 3.23: Cơ cấu tiêu thụ thuốc theo nguồn gốc xuất xứ năm 2008 - 2010

Năm	Nhóm thuốc	GTTT		KLTT	
		Thành tiền (VNĐ)	Tỷ lệ (%)	Số ĐV	Tỷ lệ (%)
2008	Thuốc ngoại	35.202.256.323,32	77,63	4.852.432	13,8
	Thuốc nội	10.142.307.014,87	22,37	30.288.723	86,2
	Tổng	45.344.563.338,19	100	35.141.155	100
2009	Thuốc ngoại	39.464.153.729,65	78,5	5.746.765	17,03
	Thuốc nội	10.809.113.590,25	21,5	28.005.362	82,97
	Tổng	50.273.267.319,90	100	33.752.127	100
2010	Thuốc ngoại	46.451.778.421,22	79,65	4.951.556	12,7
	Thuốc nội	11.871.276.736,24	20,35	34.018.091	87,3
	Tổng	58.323.055.157,46	100	38.969.647	100



Hình 3.29 . Cơ cấu tiêu thụ thuốc nội, ngoại năm 2008 - 2010

Nhận xét :

Thuốc nội chiếm tỷ lệ từ 20,35% đến 22,37% giá trị tiêu thụ trong tổng giá trị kinh phí mua thuốc. Khối lượng tiêu thụ thuốc nội chiếm tỷ lệ 82,97% đến 87,3% trong tổng khối lượng tiêu thụ tại bệnh viện.

- **Sử dụng phương pháp phân tích ABC để phân tích cơ cấu tiêu thụ thuốc tại Bệnh viện Hữu nghị trong 3 năm 2008 đến 2010**

Bảng 3.24: Cơ cấu tiêu thụ thuốc theo phân tích ABC năm 2008 - 2010

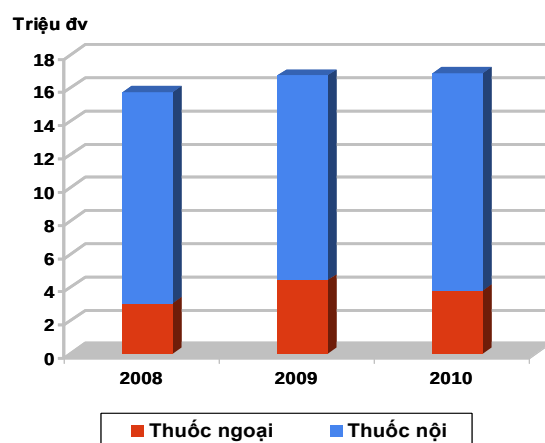
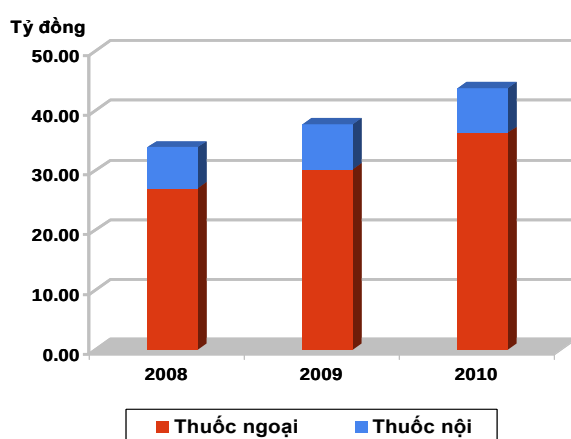
Năm	Nhóm thuốc	GTTT		KLTT	
		Thành tiền(VNĐ)	Tỷ lệ (%)	Số ĐV	Tỷ lệ (%)
2008	A	33.919.472.252,67	75	15.769.783	44,87
	B	9.139.301.182,76	20	15.763.967	44,86
	C	2.285.789.902,76	05	3.607.405	10,27
2009	A	37.749.066.468,34	75	16.768.169	49,68
	B	10.007.366.677,93	20	13.697.352	40,58
	C	2.516.834.173,63	05	3.286.606	9,74
2010	A	43.814.681.065,45	75	16.886.060	43,33
	B	11.589.596.101,15	20	17.481.329	44,86
	C	2.918.777.990,86	05	4.602.258	11,81

Trong ba năm nhóm thuốc A chiếm 75% tổng giá trị tiêu thụ . Khối lượng tiêu thụ chiếm từ 43,33% đến 49,68%.

- ***Phân tích cơ cấu tiêu thụ các nhóm thuốc trong nhóm A từ năm 2008 đến 2010***
❖ ***Cơ cấu tiêu thụ thuốc nội, ngoại trong nhóm A từ năm 2008 đến năm 2010***

Bảng 3.25: Cơ cấu tiêu thụ thuốc nội, ngoại trong nhóm A năm 2008 – 2010

Năm	Nhóm thuốc	GTTT		KLTT	
		Thành tiền(VNĐ)	Tỷ lệ (%)	Số ĐV	Tỷ lệ (%)
2008	Thuốc ngoại	26.994.471.012,56	79,6	3.065.504	19,4
	Thuốc nội	6.925.001.240,11	20,4	12.704.279	80,6
	Tổng	33.919.472.252,67	100	15.769.783	100
2009	Thuốc ngoại	30.172.037.961,57	79,93	4.432.069	26,43
	Thuốc nội	7.577.028.506,77	20,07	12.336.100	73,57
	Tổng	37.749.066.468,34	100	16.768.169	100
2010	Thuốc ngoại	36.334.768.270,90	82,92	3.812.866	22,57
	Thuốc nội	7.479.912.794,55	17,08	13.073.194	77,40
	Tổng	43.814.681.065,45	100	16.886.060	100



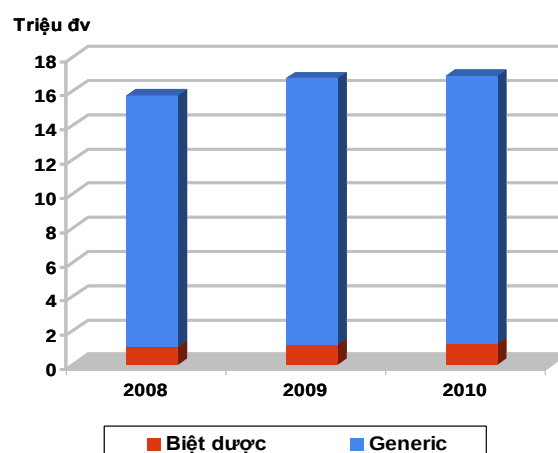
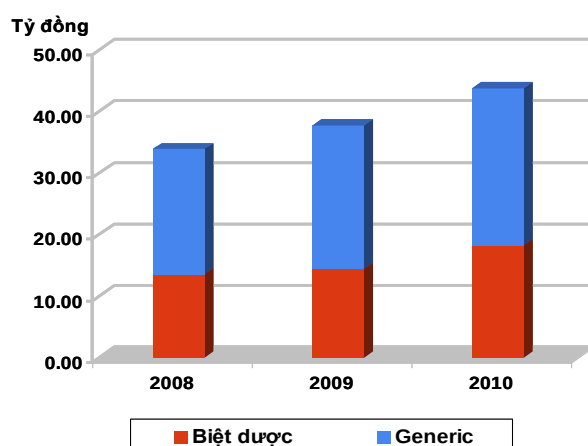
Hình 3.30: Cơ cấu tiêu thụ thuốc nội, ngoại trong nhóm A năm 2008 - 2010

Nhận xét : Trong nhóm A, thuốc ngoại chiếm tỷ lệ 79,6%; 79,93%; 82,92% tổng giá trị tiêu thụ, tuy nhiên thuốc nội lại chiếm 80,6%; 73,57%; 77,40% tổng khối lượng tiêu thụ.

❖ **Cơ cấu tiêu thụ thuốc biệt dược, generic trong nhóm A từ năm 2008 đến năm 2010**

Bảng 3.26: Cơ cấu tiêu thụ thuốc biệt dược, generic trong nhóm A năm 2008 -2010

Năm	Nhóm thuốc	GTTT		KLTT	
		Thành tiền(VNĐ)	Tỷ lệ (%)	Số ĐV	Tỷ lệ (%)
2008	Biệt dược	13.567.768.080,42	40	1.051.283	6,66
	Generic	20.351.704.172,25	60	14.718.500	93,34
	Tổng	33.919.472.252,67	100	15.769.783	100
2009	Biệt dược	14.470.179.971,06	38,33	1.191.583	7,1
	Generic	23.278.886.497,28	61,67	15.576.586	92,9
	Tổng	37.749.066.468,34	100	16.768.169	100
2010	Biệt dược	18.310.532.729,29	41,79	1.239.815	7,34
	Generic	25.504.148.336,16	58,21	15.646.245	92,66
	Tổng	43.814.681.065,45	100	16.886.060	100



Hình 3.31: Cơ cấu tiêu thụ thuốc biệt dược, generic trong nhóm A năm 2008 - 2010

Nhận xét : Từ năm 2008-2010, trong nhóm A thuốc biệt dược gốc chiếm tỷ lệ 40%, 38,33 %, 41,79 % tổng giá trị tiêu thụ; khối lượng tiêu thụ chiếm 6,66%, 7,1% , 7,34%. Nhóm generic có khối lượng tiêu thụ trên 90%.

❖ Cơ cấu tiêu thụ các nhóm thuốc trong nhóm A theo mã ATC (Giải phẫu, điều trị, hoá học) từ năm 2008 đến 2010

Bảng 3.27: Cơ cấu tiêu thụ các thuốc trong nhóm A theo mã ATC năm 2008

Mã ATC	Nhóm thuốc	GTTT		KLTT	
		Thành tiền (VNĐ)	Tỷ lệ (%)	Số ĐV	Tỷ lệ (%)
J	Thuốc điều trị KST, chống NK	7.605.460.197,25	22,42	1.029.065	6,52
L	Thuốc điều trị UT& ĐHMD	5.042.919.533,55	14,87	63.918	0,4
C	Thuốc tim mạch	4.751.538.464,27	14,00	5.085.682	32,25
A	Thuốc đường tiêu hoá	4.504.467.054,57	13,28	6.053.293	38,38
N	Thuốc giải độc và dùng trong các trường hợp ngộ độc	3.402.306.920,46	10,03	1.523.885	9,67
B	Thuốc tác dụng đối với máu	2.931.247.889,49	8,64	765.083	4,8
V	Thuốc khác	2.641.550.542,26	7,79	23.330	0,15
M	Thuốc giảm đau, hạ sốt, chống viêm	1.835.277.689,18	5,41	1.175.911	7,46
H	Hormon và các thuốc tác động vào hệ thống nội tiết	1.007.569.023,65	2,97	16.856	0,1
G	Thuốc điều trị đường tiết niệu	197.134.939,00	0,58	32.760	0,2
	Tổng	33.919.472.252,67	100	15.769.783	100

Trong nhóm A, các thuốc chiếm tỷ trọng cao lần lượt là: Thuốc điều trị ký sinh trùng, chống nhiễm khuẩn (22,4%), thuốc điều trị ung thư và điều hoà miễn dịch (14,87%), thuốc tim mạch (14%), thuốc đường tiêu hoá và chuyển hoá, thuốc giải độc và dùng trong các trường hợp ngộ độc, thuốc tác dụng đối với máu, thuốc khác, thuốc

giảm đau hạ sốt chống viêm, hormone và các thuốc tác động vào hệ thống nội tiết, thuốc điều trị đường tiết niệu.

Bảng 3.28: Cơ cấu tiêu thụ các thuốc trong nhóm A theo mã ATC năm 2009

Mã ATC	Nhóm thuốc	GTTT		KLTT	
		Thành tiền (VNĐ)	Tỷ lệ (%)	Số ĐV	Tỷ lệ (%)
J	Thuốc điều trị KST, chống NK	8.714.575.641,67	23,08	1.050.055	6,26
C	Thuốc tim mạch	6.351.144.243,44	16,82	5.784.114	34,49
L	Thuốc điều trị UT& ĐHMD	6.148.164.387,42	16,28	95.870	0,57
A	Thuốc đường tiêu hoá	4.861.938.562,30	12,87	5.852.188	34,90
V	Thuốc khác	3.417.446.187,17	9,05	45.818	0,27
N	Thuốc giải độc và dùng trong các trường hợp ngộ độc	3.347.997.864,02	8,86	1.779.198	10,61
B	Thuốc tác dụng đối với máu	2.029.795.440,75	5,37	841.801	5,02
M	Thuốc giảm đau, hạ sốt, chống viêm	1.452.613.892,62	3,84	1.232.985	7,35
H	Hormon và các thuốc tác động vào hệ thống nội tiết	860.779.880,94	2,28	18.980	0,11
R	Thuốc hô hấp	375.900.000	0,99	35.800	0,21
G	Thuốc điều trị đường tiết niệu	188.710.368	0,49	31.360	0,18
Tổng		37.749.066.468,34	100	16.768.169	100

Trong nhóm thuốc A, các thuốc chiếm tỷ trọng cao lần lượt là: Thuốc điều trị ký sinh trùng, chống nhiễm khuẩn (23,8%), thuốc tim mạch (16,82%), thuốc điều trị ung thư và điều hoà miễn dịch(16,28%), thuốc đường tiêu hoá và chuyển hoá, thuốc khác, thuốc giải độc và dùng trong các trường hợp ngộ độc , thuốc tác dụng đối với

máu, thuốc giảm đau hạ sốt chống viêm, hormone và các thuốc tác động vào hệ thống nội tiết, thuốc hô hấp, thuốc điều trị đường tiết niệu.

Bảng 3.29: Cơ cấu tiêu thụ các thuốc trong nhóm A theo mã ATC năm 2010

Mã ATC	Nhóm thuốc	GTTT		KLTT	
		Thành tiền (VNĐ)	Tỷ lệ (%)	Số ĐV	Tỷ lệ (%)
J	Thuốc điều trị KST, chống NK	9.702.018.476,74	22,14	902.546	5,34
L	Thuốc điều trị UT&ĐHMD	8.696.272.922,26	19,85	81.438	0,48
C	Thuốc tim mạch	7.266.571.954,36	16,58	6.146.146	36,40
A	Thuốc đường tiêu hoá	5.970.278.641,80	13,63	4.080.358	24,16
N	Thuốc giải độc và dùng trong các trường hợp ngộ độc	4.157.391.287,65	9,49	2.812.793	16,66
B	Thuốc tác dụng đối với máu	2.858.681.589,33	6,68	1.039.804	6,16
M	Thuốc giảm đau, hạ sốt, chống viêm	1.835.405.510,40	4,19	1.734.427	10,27
V	Thuốc khác	1.663.867.027,58	3,80	14.606	0,09
H	Hormon và các thuốc tác động vào hệ thống nội tiết	1.180.887.084,72	2,70	16.542	0,10
R	Thuốc hô hấp	294.000.000,00	0,67	28.000	0,17
G	Thuốc điều trị đường tiết niệu	189.306.570,60	0,43	29.400	0,17
	Tổng	43.814.681.065,45	100	16.886.060	100

Trong nhóm thuốc A, các thuốc chiếm tỷ trọng cao nhất là thuốc điều trị ký sinh trùng, chống nhiễm khuẩn (22,14%), thuốc điều trị ung thư và điều hoà miễn dịch (19,85%), thuốc tim mạch (16,58%), tiếp theo đến thuốc đường tiêu hoá và chuyển hoá, thuốc giải độc và dùng trong các trường hợp ngộ độc, thuốc tác dụng đối với máu, thuốc giảm đau hạ sốt chống viêm, thuốc khác, hormon và các thuốc tác động vào hệ thống nội tiết, thuốc hô hấp, thuốc điều trị đường tiết niệu.

➤ **Phân tích cơ cấu tiêu thụ thuốc trong nhóm A theo phân tích VEN từ năm 2008 đến 2010**

Bảng 3.30: Phân tích VEN các thuốc trong nhóm A từ năm 2008 đến 2010

Năm	Nhóm thuốc theo VEN	Số thuốc trong danh mục	Tỷ lệ %
2008	V	4	4,7
	E	76	89,4
	N	5	5,9
	Tổng	85	100
2009	V	4	4
	E	90	90
	N	6	6
	Tổng	100	100
2010	V	3	3,2
	E	87	92,5
	N	4	4,3
	Tổng	94	100

Số thuốc trong nhóm A được phân loại nhóm V,E chiếm tỷ lệ trên 90%, nhóm N chiếm tỷ lệ 4% - 5,9%.

Bảng 3. 31: Cơ cấu tiêu thụ của thuốc "N" theo phân tích VEN trong nhóm A năm 2008

STT	Tên thuốc	GTTT		KLTT	
		Thành tiền (VNĐ)	Tỷ lệ trong nhóm A (%)	Số ĐV	Tỷ lệ trong nhóm A (%)
1	Alphachymotrypsine	234.675.000	0,69	745.000	4,72
2	Ginkgo Biloba* 40mg	545.611.500	1,6	173.210	1,1
3	Glucosamine 250mg (VN)	281904000	0,83	671.200	4,26
4	Raubasine+Almitrine	253.254.507.7	0,75	88.830	0,56
5	Vitamin E 100 UI	304636500	0,9	2.545.000	16,14
	Tổng	1,620,081,507.66	4,77	4,223,240.00	26,78

Có 5 thuốc trong nhóm A được phân loại N (không thiết yếu). Danh mục các thuốc trong nhóm N bao gồm :Glucosamine 250mg , Glucosamine 250mg, Ginkgo Biloba 40mg, Alphachymotrypsine, Vitamin E 100 UI. Nhóm thuốc N chiếm tỷ lệ 26,78 % về khối lượng tiêu thụ nhưng chỉ chiếm 4,77 % giá trị tiêu thụ trong nhóm A

Bảng 3.32: Cơ cấu tiêu thụ của thuốc "N" theo phân tích VEN trong nhóm A năm 2009

STT	Tên thuốc	GTTT		KLTT	
		Thành tiền (VNĐ)	Tỷ lệ trong nhóm A (%)	Số ĐV	Tỷ lệ trong nhóm A (%)
1	Alphachymotrypsine	254.214.450	0,67	807,030.00	4,8
2	Ginkgo Biloba 40mg	317741594.2	0,84	91,727.00	0,55
3	Glucosamine 250mg (VN)	311.977.575	0,83	761,850.00	4,5
4	Glucosamine 250mg (Ytalia)	167.055.210	0,44	63,135.00	0,38
5	Raubasine+Almitrine	317072795.1	0,84	92,820.00	0,55
6	Vitamin C 100mg	156.891.000	0,42	2,410,000.00	14,4
	Tổng	1,524,952,624.3	4,03	4,226,562.00	25,21

Có 6 thuốc trong nhóm A được phân loại N (không thiết yếu). Danh mục các thuốc trong nhóm N bao gồm :Vitamin C 100mg, Glucosamine 250mg , Glucosamine 250mg, Ginkgo Biloba 40mg, Alphachymotrypsine, Vitamin E 100 UI, Raubasine + Almitrine (Duxil)

Nhóm thuốc N chiếm tỷ lệ 25,21 % về khối lượng tiêu thụ nhưng chỉ chiếm 4,03 % giá trị tiêu thụ trong nhóm A.

Bảng 3. 33: Cơ cấu tiêu thụ của thuốc "N" theo phân tích VEN trong nhóm A năm 2010

STT	Tên thuốc	GTTT		KLTT	
		Thành tiền (VNĐ)	Tỷ lệ (%)	Số ĐV	Tỷ lệ (%)
1	Alphachymotrypsine	316.965.600	0.54	1,006,240.00	5,95
2	Ginkgo Biloba* 40mg	306.539.752	0.52	88,493.00	0,52
3	Glucosamine 250mg	385.745.068,8	0.66	1,065,600.00	6,31
4	Raubasine+Almitrine	362.819.520	0.62	100,800.00	0,60
	Tổng	1,372,069,940.80	2,34	2,261,133.00	13,38

Có 4 thuốc trong nhóm A được phân loại N (không thiết yếu). Danh mục các thuốc trong nhóm N bao gồm: Glucosamine 250mg, Ginkgo Biloba 40mg, Alphachymotrypsine, Raubasine + Almitrine (Duxil).

Nhóm thuốc N chiếm tỷ lệ 13,38 % về khối lượng tiêu thụ nhưng chỉ chiếm 2,34 % giá trị tiêu thụ trong nhóm A

Số thuốc nhóm N chiếm tỷ lệ lớn về khối lượng tiêu thụ (13- 27%) nhưng tỷ lệ thấp về giá trị tiêu thụ (2-5%). Sau khi có số liệu phân tích cơ cấu tiêu thụ thuốc nội, ngoại, phân tích ABC, cơ cấu các thuốc theo phân tích VEN trong nhóm A, đây sẽ là cơ sở để khoa dược, HĐT & ĐT lựa chọn những thuốc thay thế có chi phí điều trị thấp hơn, tìm ra những liệu pháp điều trị thay thế, thương lượng với nhà cung cấp để mua được thuốc với giá thấp hơn.

➤ ***Hoạt động thông tin thuốc- dược lâm sàng:***

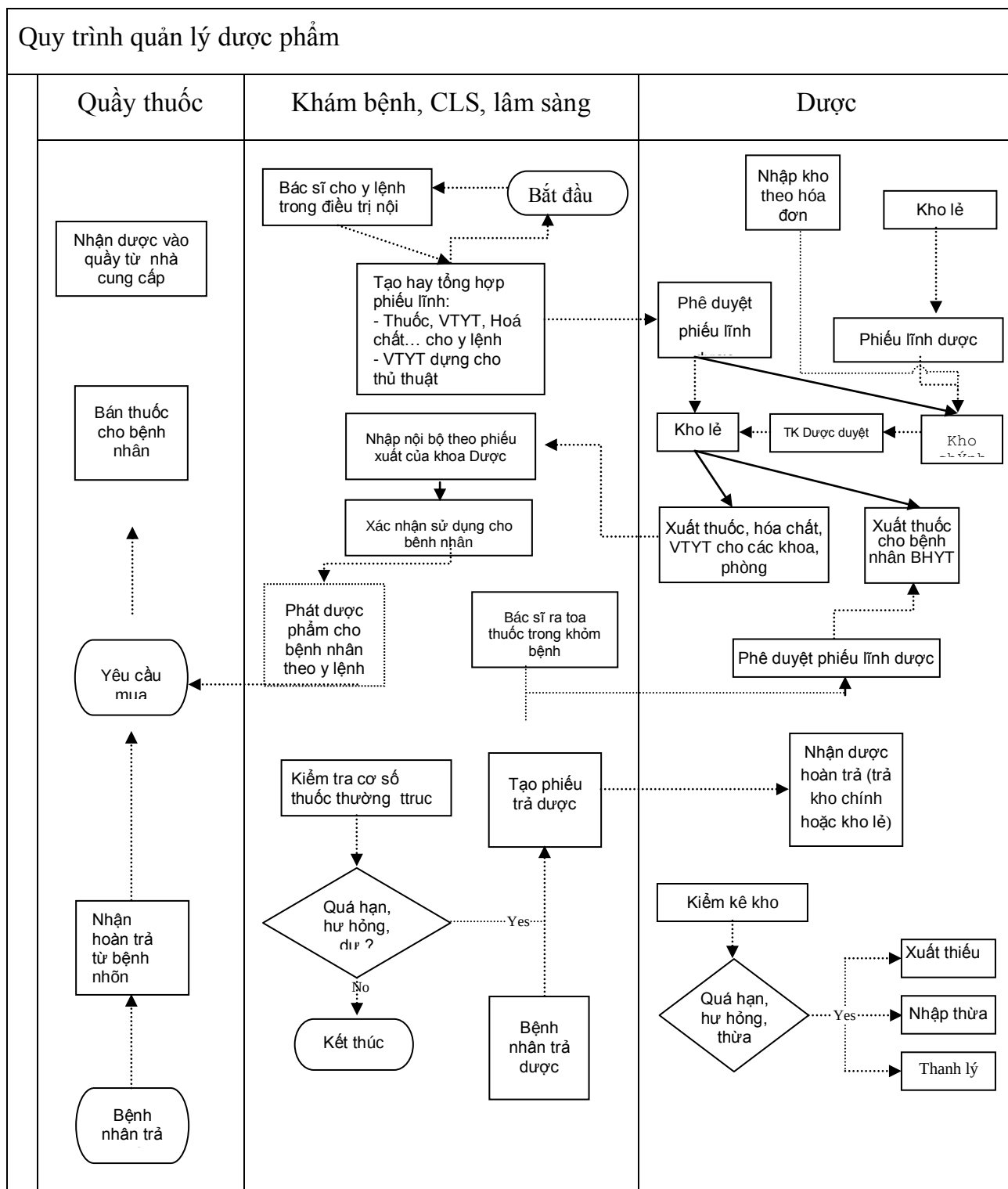
Khoa dược chưa có tổ dược lâm sàng riêng mà do các dược sỹ các bộ phận kiêm nhiệm. Các dược sỹ tham gia bình bệnh án với HĐT & ĐT hàng tháng. Giám sát kê đơn qua duyệt đơn ngoại trú khi cấp phát.

Thông tin thuốc được thông báo tại giao ban bệnh viện, gửi thông tin cho các khoa bằng văn bản, trả lời qua điện thoại.

Khoa dược lựa chọn các nhóm thuốc có lượng sử dụng cao để tập trung tìm thông tin, tổ chức trao đổi với các bác sỹ trong các buổi sinh hoạt chuyên môn, góp phần tăng cường sử dụng thuốc an toàn hợp lý như các thuốc kháng sinh, thuốc điều trị ung thư.

➤ ***Công nghệ thông tin trong quản lý sử dụng thuốc***

Bệnh viện Hữu nghị là một trong những bệnh viện đa khoa tuyến trung ương đầu tiên ứng dụng công nghệ thông tin quản lý toàn viện. Từ cuối năm 2008, bệnh viện bắt đầu nối mạng quản lý toàn viện áp dụng kê đơn điện tử. Một trong những mục tiêu trọng tâm của ứng dụng công nghệ thông tin là quản lý sử dụng thuốc trong bệnh viện. Sơ đồ quản lý sử dụng thuốc như sau:



Hình 3.32: Sơ đồ nối mạng quản lý dược bệnh viện Hữu Nghị

Việc ứng dụng công nghệ thông tin trong quản lý sử dụng thuốc mang lại những hiệu quả rất lớn tại bệnh viện, tuy nhiên cũng còn một số khó khăn còn tồn tại:

Hiệu quả :

- Đối với kê đơn :
 - Có thể hồi cứu số liệu, tiền sử bệnh nhân theo mã bệnh nhân
 - Hồi cứu các thuốc bệnh nhân đã được kê đơn lần trước.
 - Bác sĩ có thể có biết số lượng thuốc hiện còn trong kho để lựa chọn kê đơn
 - Tiền thuốc mỗi đơn được tính ngay khi kê → giúp bác sĩ dễ dàng kiểm soát giá trị đơn thuốc phù hợp với khả năng chi trả của BHYT và người bệnh.
- Đối với quản lý thuốc
 - Dễ dàng thống kê số lượng sử dụng và số liệu xuất nhập tồn trong các kho sau mỗi ngày để nắm còn hay hết và đáp ứng kịp thời
 - Duyệt đơn trực tiếp trên máy trước khi duyệt thuốc → có thể dễ dàng phát hiện sai phạm và thực hiện can thiệp trực tiếp .
 - Quản lý thuốc sử dụng đến từng bệnh nhân tại các khoa. Số liệu thuốc sử dụng thống nhất giữa khoa dược, tài chính và các khoa phòng và được cập nhật liên tục, rất thuận lợi cho công tác quản lý. Khoa dược nắm được lô, hạn dùng của các thuốc nhập kho, những thuốc còn hạn dùng dưới 6 tháng, dưới 3 tháng để điều chỉnh việc nhập, xuất hàng.
- Các thông tin sau sẽ được mạng tự cập nhật trong quá trình duyệt đơn trên máy
 - Thẻ kho : Số lượng thuốc đã phát cụ thể cho mỗi bệnh nhân sử dụng
 - Báo cáo xuất thuốc đi các kho
 - Báo cáo xuất thuốc cho khoa phòng
 - Báo cáo sử dụng thuốc
 - Báo cáo tổng hợp nhập xuất thuốc
 - Danh sách các phiếu nhập kho
 - Tổng hợp xuất nhập tồn các kho
 - Bảng kê đơn thuốc
 - Danh mục thuốc, hóa chất
 - Biên bản kiểm nhập, phiếu nhập kho

Khó khăn

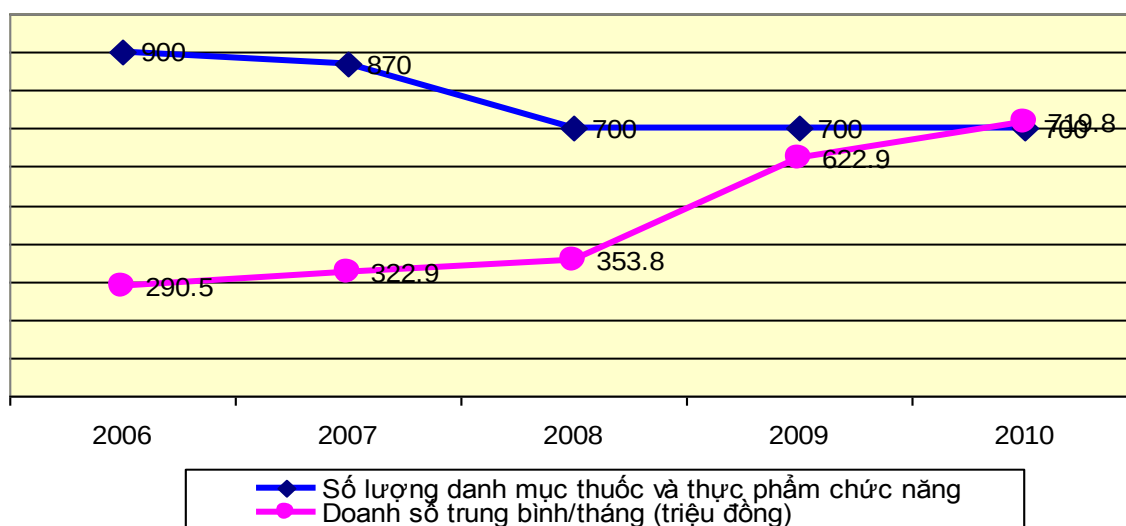
- Về nhân lực :
 - Việc triển khai nối mạng quản lý đòi hỏi thêm nhiều nhân lực khoa Dược như : duyệt đơn, nhập số liệu.

- Trình độ về công nghệ thông tin của bệnh viện không đồng đều, nhiều cán bộ trình độ rất hạn chế → khó khăn trong sử dụng và quản lý công việc.
- Công nghệ:
 - Chương trình nối mạng quản lý còn gặp một số trục trặc cần phải tiếp tục hoàn chỉnh trong quá trình sử dụng.
 - Một số quy trình làm việc trong bệnh viện chưa phù hợp trong quản lý, cần phải điều chỉnh.

3.1.2.5. Hoạt động của Nhà thuốc bệnh viện.

Trước năm 2006, Nhà thuốc bệnh viện do cơ sở bên ngoài vào kinh doanh nên tình hình quản lý còn lộn xộn trong quá trình cung ứng thuốc. Từ năm 2006, khoa Dược chính thức nhận nhiệm vụ tổ chức và quản lý Nhà thuốc bệnh viện. Phụ trách Nhà thuốc là dược sỹ đại học phó trưởng khoa dược. Nhân lực cho Nhà thuốc gồm 1 dược sỹ đại học kiêm nhiệm phụ trách, 2 dược sỹ trung học và 1 kế toán kiêm nhiệm. Nhà thuốc bệnh viện chịu trách nhiệm cung ứng thuốc cho người bệnh ngoại trú và một số thuốc cho khoa Điều trị theo yêu cầu.

Nhà thuốc của bệnh viện đã đạt tiêu chuẩn GPP từ năm 2008.



Hình 3.33 : Danh mục thuốc và doanh số trung bình của nhà thuốc

Số lượng danh mục thuốc tại Nhà thuốc giảm đi qua các năm nhưng doanh thu tăng rõ rệt. Nhà thuốc đã cung ứng thuốc đảm bảo chất lượng, có nguồn gốc xuất xứ, giá cả hợp lý và hỗ trợ cho khoa dược trong công tác cung ứng thuốc cho người bệnh, đặc biệt là người bệnh ngoại trú. Nhà thuốc đã chấp hành đúng các quy định chức năng, nhiệm vụ của nhà thuốc bệnh viện.

3.1.2.6. Kết quả hoạt động của bệnh viện

Số ngày điều trị trung bình cho một đợt điều trị, tỷ lệ bệnh nhân nhập viện, tử vong tại Bệnh viện Hữu nghị từ năm 2004 đến năm 2010

Bảng 3. 34 : Số ngày điều trị trung bình tại bệnh viện Hữu Nghị

Năm	Số ngày điều trị trung bình/đợt điều trị	Tỷ lệ so với 2004(%)
2004	15,5	100
2005	15,3	98,7
2006	15,0	96,8
2007	14,8	95,5
2008	12,37	79,8
2009	11,74	75,7
2010	11,55	74,5

Bảng 3.35 : Tình hình bệnh nhân nhập viện, tử vong.

Năm	Số bệnh nhân nhập viện	Tỷ lệ so với năm 2004(%)	Số BN tử vong	Tỷ lệ BN tử vong/ BN nhập viện (%)
2004	9677	100	325	3,36
2005	11911	123,1	356	2,99
2006	12725	131,5	397	3,12
2007	13056	134,9	439	3,36
2008	13778	142,4	418	3,03
2009	14894	153,9	389	2,61
2010	15480	160	426	2,75

Kết quả hoạt động chuyên môn của bệnh viện, trong đó có công tác cung ứng và sử dụng thuốc đã có những hiệu quả rõ rệt.

3.1.3 Phân tích những tồn tại bất cập chính yếu trong hoạt động cung ứng thuốc tại Bệnh viện Hữu nghị

3.1.3.1 Một số khó khăn tồn tại chính yếu trong hoạt động cung ứng thuốc

Mô hình khoa dược : Mô hình hoạt động còn chưa phù hợp do còn thiếu nhân lực : Chưa có tổ dược lâm sàng, thông tin thuốc. Khoa chưa tổ chức được phòng pha chế tập trung hoá trị liệu.

Nhân lực : nhân lực khoa Dược qua 10 năm không tăng cả về dược sỹ đại học và trung học trong khi lượng bệnh nhân nội ngoại trú tăng . Chưa có nhân lực chuyên về dược lâm sàng và quản lý dược bệnh viện.

Cơ sở vật chất : Các phòng cấp phát thuốc còn chật chội và hệ thống điều hoà còn chưa đảm bảo các tiêu chuẩn thực hành bảo quản thuốc tốt. Chưa có bộ phận pha chế dịch truyền phối hợp như hoá trị liệu.

Kinh phí : Do cơ chế chi trả của BHYT theo hình thức khoán định xuất trong khi danh mục thuốc, các kỹ thuật mới luôn phát triển, khoa Dược luôn gặp nhiều khó khăn trong cung ứng thuốc do thiếu kinh phí.

Năng lực quản lý : Các dược sỹ còn chưa được đào tạo chuyên về quản lý dược bệnh viện. Các quy trình quản lý chưa được xây dựng đồng bộ. Khoa đã xây dựng được một số quy trình kiểm tra, phân công trách nhiệm, cần tiếp tục hoàn chỉnh thêm. (Phụ lục 1, phụ lục 2). Phần mềm quản lý bệnh viện còn tiếp tục bổ sung các tính năng quản lý. Còn khó khăn trong thực hiện các quy chế quản lý dược: quy chế quản lý thuốc gây nghiện, hướng tâm thần, thuốc quản lý đặc biệt.

Danh mục thuốc : Việc quản lý cung ứng một danh mục thuốc lớn trong bệnh viện là một công việc nặng nề đòi hỏi khoa dược phải có cơ sở bảo quản đảm bảo, phần mềm quản lý tồn kho, quản lý mua, các quy trình làm việc chuẩn, các dược sỹ hiểu biết về nhiều lĩnh vực chuyên môn. Danh mục thuốc nên xem xét để rút ngắn, loại bỏ những thuốc kém hiệu quả [58].

Các văn bản quản lý còn chậm điều chỉnh như các văn bản về hoạt động đấu thầu thuốc, quy trình phê duyệt kế hoạch đấu thầu chậm, nhiều thủ tục rườm rà, giá kế hoạch không phù hợp, phê duyệt theo hình thức họp đồng tròn gói gây nhiều khó khăn cho hoạt động cung ứng thuốc do số lượng thuốc sử dụng nhiều biến động.

3.1.3.2 Những khó khăn thách thức trong công tác đấu thầu thuốc

Từ năm 2002 bệnh viện đã tổ chức đấu thầu cung ứng thuốc. Tuy nhiên từ năm 2006, sau khi có thông tư 20 –TTLT- BYT-BTC về hướng dẫn đấu thầu cung ứng thuốc trong các cơ sở y tế công lập, công tác đấu thầu thuốc tại Bệnh viện Hữu nghị đã tuân thủ các quy định về đấu thầu do nhà nước ban hành, góp phần kiểm soát giá thuốc, tạo sự khách quan, minh bạch trong cung ứng thuốc cho bệnh viện. Tuy nhiên công tác đấu thầu cung ứng thuốc tại bệnh viện vẫn còn rất nhiều khó khăn, tồn tại.

Trong việc xây dựng kế hoạch đấu thầu, Bệnh viện Hữu nghị gặp khó khăn trong việc xây dựng giá kế hoạch do biến động giá trên thị trường. Việc phê duyệt kế hoạch đấu thầu thường kéo dài, gây chậm trễ cho quá trình đấu thầu.

Số lượng các mặt hàng trong danh mục mời thầu, các mặt hàng tham dự đấu thầu, số lượng các nhà thầu càng ngày càng tăng qua các năm, mỗi mặt hàng phải đánh giá nhiều tiêu chuẩn. Các tiêu chuẩn chưa được cụ thể hoá bằng điểm, do đó công việc đấu thầu ngày càng trở nên nặng nề. Việc tiến hành xét chọn bằng thủ công tốn nhiều thời gian và nhân lực, dễ xảy ra nhầm lẫn, sai sót. (Phụ lục 4,5 : tiêu chí xét thầu).

Khối lượng công việc trong đấu thầu rất lớn, phải kiểm soát nhiều loại văn bản, tài liệu khiến thời gian đấu thầu kéo dài, đòi hỏi tiêu tốn nhân lực trong điều kiện nhân lực được ở bệnh viện luôn thiếu.

3.2 . ÁP DỤNG GIẢI PHÁP CAN THIỆP

3.2.1. Ứng dụng một số giải pháp kỹ thuật trong quản lý thuốc độc, gây nghiện, hướng tâm thần trong kê đơn nội ngoại trú

Đảm bảo hiệu lực công tác quản lý và thực hiện các quy chế Dược tại bệnh viện là một trong những nhiệm vụ quan trọng của khoa Dược. Luật Dược cũng đã quy định rõ những thuốc phải kiểm soát đặc biệt. [5], [21], [52].

Chỉ thị của Bộ Y Tế số 02/1999/CT-BYT ngày 01/01/1999 và Chỉ thị của Bộ trưởng Bộ Y Tế về việc chấn chỉnh công tác cung ứng, quản lý sử dụng thuốc trong bệnh viện số 05/2004/CT- BYT đã nêu rõ: “Bệnh viện và các khoa điều trị cần có biện pháp quản lý chặt chẽ việc sử dụng các thuốc gây nghiện, thuốc hướng tâm thần nhằm đảm bảo đến tay người bệnh tránh để thất thoát gây hậu quả xấu [23], [24].

Xuất phát từ những lý do trên, đề tài đã tiến hành khảo sát tình hình thực hiện quản lý thuốc độc, nghiện, hướng tâm thần trong kê đơn ngoại trú và ghi hồ sơ bệnh án tại bệnh viện từ 1/2/2005 đến 15/4/2005 để đánh giá và tiến hành giải pháp can thiệp.

➤ Kết quả khảo sát trước can thiệp.

❖ Ghi hồ sơ bệnh án.

Bảng 3.36: Tỷ lệ sai phạm trong ghi hồ sơ bệnh án trước can thiệp

Chuyên khoa	Cỡ mẫu	Số hồ sơ sai phạm	Tỷ lệ sai phạm (%)
Tim mạch	60	53	88,3
U bướu	60	43	71,7
Cơ xương khớp	60	55	90,0
Hô hấp	60	55	91,7
Thần kinh	60	54	90,0
Tổng	240	261	87,0

Tỷ lệ sai phạm trong việc thực hiện quy chế là đáng báo động (87%) . đặc biệt hay gặp với một số thuốc như Diazepam viên 5mg (87%), Corticoid (Dexamethansone viên 4mg, Tobradex nhỏ mắt), morphin viên 30mg; tramadon viên 100mg, phenobarbital viên 100mg; zolpidem (stilnox) viên 10mg; ephedrine ống 10mg/ml. Tỷ lệ này cho thấy các bác sĩ không nắm rõ danh mục thuốc thuộc diện quản lý . Điều này có thể dẫn tới việc lạm dụng thuốc gây nghiện, hướng tâm thần, thuốc độc.

❖ **Ghi đơn thuốc ngoại trú.**

Bảng 3.37 : Sai phạm trong kê đơn thuốc ngoại trú trước can thiệp.

STT	Nội dung	Số đơn	Tỷ lệ%
1	Tổng số đơn thuốc ngoại trú	90	100
2	Tổng số đơn có sai phạm	72	80,0
3	Sai phạm trong cách ghi số lượng thuốc	48	53,3
4	Vi phạm ngày kê đơn tối đa cho phép	52	57,7

Các thuốc thường bị kê đơn quá số ngày quy định cho phép là NITROMINT (glyceryl trinitrat)- viên 2.6 mg, GLYBURID viên 5mg, DIAZEPAM- viên 5mg. [7]

➤ **Tiến trình thực hiện nghiên cứu can thiệp**

Với kết quả trên, Có thể rút ra kết luận rằng việc thực hiện quy chế quản lý thuốc vẫn chưa được giải quyết triệt để. Vì vậy cần thiết phải có một giải pháp can thiệp tức thời.

❖ **Giải pháp chuyên môn :**

Dựa vào nghiên cứu trên và căn cứ các văn bản của Bộ Y Tế về quản lý các thuốc độc, gây nghiện, hướng tâm thần, đề tài đã xây dựng một tài liệu hướng dẫn “ *Danh mục thuốc gây nghiện, thuốc hướng tâm thần, thuốc độc bảng A,B sử dụng tại Bệnh viện Hữu nghị -2005*” với các nội dung sau :

- Phần 1 Trích các quy định quản lý thuốc gây nghiện, thuốc hướng tâm thần và thuốc độc bảng A,B: Các hướng dẫn cụ thể cách ghi đơn, mẫu đơn cho thuốc thường và thuốc gây nghiện
- Phần 2: Danh mục thuốc bị quản lý: Gồm trên 100 thuốc tân dược đã được phân loại từ danh mục thuốc bệnh viện 6 tháng đầu năm 2005
- Phần 3 : Các văn bản pháp quy liên quan dùng để xây dựng tài liệu

Các thuốc trong danh mục được viết theo tên generic với hàm lượng và dạng bào chế tương ứng, một số có tên biệt dược. Danh mục được sửa đổi 6 tháng một lần

theo danh mục thuốc được dấu thầu dùng trong bệnh viện.[10], [11], [12], [13], [14], [15]

❖ **Giải pháp hành chính:**

- Báo cáo, đệ trình ban giám đốc, Chủ tịch HĐT & ĐT phê duyệt
- Công bố kết quả sai phạm đáng báo động. Giới thiệu hướng dẫn tài liệu hỗ trợ việc thực thi các quy chế. Tiến hành áp dụng cho toàn bệnh viện .
- Xây dựng chế tài xử phạt theo quy định của Bộ Y Tế và của bệnh viện.

➤ **Kết quả sau can thiệp**

Đề tài tiến hành các giải pháp can thiệp nhằm cải thiện các sai phạm trong công tác quản lý kê đơn và làm hồ sơ bệnh án đặc biệt đối với thuốc độc, gây nghiện, hướng tâm thần trong các năm tiếp theo (2005, 2006, 2007) và tiến hành đánh giá các kết quả đạt được.

❖ **Quy định về ghi đơn thuốc:**

Bảng 3.38. Tỷ lệ các sai phạm trước và sau can thiệp trong kê đơn ngoại trú

STT	Sai phạm	Giai đoạn	Tỷ lệ %
1	Sai quy định về ghi số lượng thuốc độc, nghiện, hướng tâm thần	Trước can thiệp	53,3
		Sau can thiệp	0
2	Sai quy định về số ngày kê đơn thuốc độc, nghiện, hướng tâm thần	Trước can thiệp	57,7
		Sau can thiệp	23,9
3	Tổng sai phạm	Trước can thiệp	80
		Sau can thiệp	23,9

Trong 180 đơn khảo sát số đơn sai phạm là 43 đơn chiếm tỷ lệ 23.9%.

Sau các biện pháp can thiệp 100% các đơn thuốc được kiểm tra đều ghi đúng quy định về số lượng thuốc độc nghiện hướng tâm thần, các sai phạm chủ yếu là kê quá ngày quy định cho phép, đặc biệt các lỗi sai phạm này hầu hết rơi vào các đơn viết tay- các đơn được kê cho bệnh nhân ra viện.

Các đơn nay còn bị mắc một số lỗi không ghi đầy đủ thời gian dùng thuốc, đường dùng, một số ít thiếu liều dùng. Đối với các đơn ở phòng khám do đã áp dụng kê đơn điện tử nên số sai phạm giảm hẳn. Tuy nhiên vẫn còn tình trạng kê sai số ngày quy định sử dụng thuốc độc, gây nghiện và hướng tâm thần.

❖ **Quy định ghi hồ sơ bệnh án**

Theo quy chế bệnh viện đã quy định “Chỉ định dùng thuốc hàng ngày, tên thuốc ghi rõ ràng đúng danh pháp quy định, thuốc độc A- B, thuốc gây nghiện, hướng tâm thần, kháng sinh phải được đánh số thứ tự để theo dõi”. [17]

Bảng 3.39. Tỷ lệ các sai phạm trước và sau can thiệp trong ghi hồ sơ bệnh án.

Chuyên khoa		Tim mạch	U bướu	Hô hấp	Cơ xương khớp	Thần kinh giác quan	Tổng số
Số HSBA khảo sát		60	60	60	60	60	300
Các bệnh án sai phạm	Trước can thiệp	53	43	55	55	54	260
	Sau can thiệp	42	22	33	47	42	186
Tỷ lệ sai phạm (%)	Trước can thiệp	88,3	71,7	91,7	91,7	90	86,7
	Sau can thiệp	70	36,7	55	78,3	70	62

Tỷ lệ sai phạm trong ghi hồ sơ bệnh án sau can thiệp giảm từ 86,7% xuống còn 62% trong đó lỗi sai phạm chủ yếu do chưa đánh số thứ tự ngày sử dụng các thuốc độc, thuốc gây nghiện, thuốc hướng tâm thần để theo dõi trong bệnh án chiếm tỷ lệ cao.

Bảng 3.40. Tỷ lệ sai phạm về đánh số thứ tự các thuốc độc, nghiện, hướng tâm thần trong hồ sơ bệnh án

Chuyên khoa	Tim mạch	U bướu	Hô hấp	Cơ xương khớp	Thần kinh giác quan
Số HSBA khảo sát	60	60	60	60	60
Số HSBA có thuốc không đánh số thứ tự theo quy định	9	9	7	24	23
Tỷ lệ sai phạm (%)	15	15	11,7	40	38,3

Thực trạng ghi sai trong bệnh án đã được cải thiện một cách đáng kể xong thực tế vấn đề này chưa được giải quyết một cách triệt để mặc dù đã có các can thiệp bằng chuyên môn và hành chính. Cần tiếp tục các giải pháp can thiệp, kiểm tra, giám sát chặt chẽ hơn và bệnh viện có thể áp dụng làm bệnh án điện tử khi nối mạng để giảm các sai sót tồn tại.

Kết luận: Biện pháp can thiệp đã góp phần giảm tỷ lệ số đơn thuốc, hồ sơ bệnh án sai quy định quản lý thuốc độc, nghiện, hướng tâm thần tại bệnh viện, giúp các nhân viên y tế dễ dàng tuân thủ các quy định. Kể từ năm 2008, Bộ Y Tế đã bỏ danh mục

thuốc độc phải quản lý, tuy nhiên theo Luật Dược và theo Thông tư 22 /2011/TT-BYT, Thông tư số 23 /2011/TT-BYT vẫn có các thuốc phải quản lý đặc biệt trong sử dụng như thuốc gây nghiện, hướng tâm thần, kháng sinh, corticoid, thuốc điều trị lao, thuốc phải hội chẩn.[21], [23], [52].

3.2.2. Ứng dụng phương pháp tính điểm có phần mềm hỗ trợ trong quản lý đấu thầu cung ứng thuốc tại Bệnh viện Hữu nghị

Trước những khó khăn trong hoạt động đấu thầu, đề tài đã đề xuất xây dựng và áp dụng chương trình hỗ trợ hoạt động đấu thầu tại bệnh viện, minh bạch hoá hoạt động đấu thầu, giảm thời gian và công sức và hạn chế sai sót.

3.2.2.1. Thực trạng hoạt động đấu thầu tại Bệnh viện Hữu nghị từ năm 2005 đến 2007

Hiện nay, việc tiến hành xét thầu thuốc vẫn là xét trên từng mặt hàng cụ thể. Vì thế để đánh giá được hết công việc chấm thầu cần xem xét tới biến động của danh mục thuốc phục vụ cho nhu cầu điều trị và số lượng nhà thầu qua các năm :

Bảng 3.41 : Số lượng thuốc và nhà thầu qua các năm

Số lượng thuốc và nhà thầu	2005		2006		2007
	Quý I+II	Quý III+IV	Quý I+II	Quý III+IV	
Số lượng hoạt chất trong danh mục	400	400	490	490	520
Số lượng khoản mục thuốc trong danh mục mời thầu	510	579	592	593	736
Số lượng sản phẩm tham dự thầu	795	850	1258	1503	1595
Số nhà thầu tham dự	30	40	45	50	55

Nhận xét:

Số lượng hoạt chất và số thuốc trong danh mục mời thầu tăng nhanh qua mỗi năm. Bên cạnh đó, số lượng các mặt hàng tham dự thầu, số lượng nhà thầu tăng mạnh từ quý 1, 2 năm 2006 sang quý 3,4 năm 2006 và 2007 làm cho việc xét thầu theo từng mặt hàng sẽ là một công việc khổng lồ.

Việc quản lý thông tin cũng như thẩm tra các nhà thầu cũng trở nên khó khăn hơn, đòi hỏi phải có những biện pháp quản lý hiệu quả được triển khai.

Khó khăn, tồn tại : Khảo sát hoạt động đấu thầu thuốc tại Bệnh viện Hữu nghị cho thấy rất nhiều những công đoạn làm thủ công trong quá trình chuẩn bị, thực hiện

thầu trong khi khối lượng công việc ngày càng tăng. Những công việc thủ công đó không chỉ khiến hao tổn về thời gian và nhân lực mà còn gây nhầm lẫn, sai sót và khó khăn trong quá trình quản lý kết quả thầu sau này. Do chưa xây dựng hệ thống điểm cụ thể nên việc lựa chọn thuộc trúng thầu chưa rõ ràng, chủ yếu theo các tiêu chí ưu tiên và theo kinh nghiệm, dễ dẫn đến sai sót. Chính vì vậy đề tài đã cùng nhóm nghiên cứu tiến hành xây dựng hệ thống điểm có ứng dụng tin học có thể giúp hỗ trợ loại bỏ các công tác thủ công trong quy trình hoạt động đấu thầu, minh bạch hoá công tác đấu thầu.

3.2.2.2. Giải pháp ứng dụng tin học trong quản lý đấu thầu thuộc

➤ Mục tiêu đặt ra khi xây dựng chương trình

- Xây dựng các chỉ tiêu đánh giá phù hợp để nâng cao hiệu quả và tính khả thi trong hoạt động quản lý.
- Bước đầu ứng dụng phương pháp tính điểm có phần mềm hỗ trợ để lựa chọn thuộc trong đấu thầu: xác định chi phí trên cùng một mặt bằng về kỹ thuật, tài chính, thương mại để so sánh, xếp hạng các hồ sơ dự thầu.
- Tối ưu hóa công khai minh bạch công việc chấm thầu
- Rút ngắn thời gian đấu thầu --> tiết kiệm nhân lực, vật lực, tăng hiệu quả
- Số hóa các số liệu thu được --> khả thi hóa việc sử dụng, giám sát lượng số liệu, dữ liệu không lỗi, tránh tình trạng bỏ sót nhà thầu tốt
- Đảm bảo lợi ích & thuận lợi cho người sử dụng khi triển khai
- Đảm bảo tính khả thi: Chi phí/ Hiệu quả.
- Ngôn ngữ tin học lựa chọn xây dựng chương trình: Tính bảo mật, Khả năng cập nhật, gửi thông tin trực tuyến
- Tối ưu hóa giao diện và quy trình hoạt động cho người sử dụng

➤ Nghiên cứu phân tích quy trình hoạt động chấm thầu để xây dựng mô hình tin học hóa

Trong quá trình đấu thầu thuộc có sự liên quan của 3 đối tượng: Hội đồng thầu, nhà thầu cùng với sự giám sát cơ quan quản lý chức năng. Từ năm 2008, bệnh viện được phép phê duyệt hồ sơ mời thầu và kết quả thầu. Bộ Y Tế chịu trách nhiệm phê duyệt kế hoạch đấu thầu cho các bệnh viện trung ương trực thuộc Bộ.

Bất cập: điều này khiến cho việc quản lý gặp nhiều khó khăn vì với lượng hồ sơ công kênh lên tới hàng trăm loại thuốc không dễ dàng để quản lý kiểm soát được tất cả. Việc lựa chọn thuốc trúng thầu chưa rõ ràng, chủ yếu theo các tiêu chí ưu tiên và theo kinh nghiệm, dễ dẫn đến sai sót.

Đề tài đã tham khảo các quy định về đấu thầu, luật dược, thông tư hướng dẫn đấu thầu cung ứng thuốcvà các tiêu chí chấm thầu của các đơn vị để xây dựng bảng điểm cho các tiêu chuẩn xét thầu và sử dụng bảng điểm trên để xét thầu cho gói thầu thuốc theo tên generic năm 2010. [31], [53], [56].

Chương trình cũng giúp cho tổ chuyên gia đấu thầu xác định được chi phí trên cùng một mặt bằng về kỹ thuật, tài chính, thương mại để so sánh, xếp hạng các hồ sơ dự thầu. Từ đó lựa chọn được các mặt hàng có giá đánh giá thấp nhất.

Bảng 3.42. Yêu cầu về tiêu chuẩn kỹ thuật của thuốc trước và sau khi áp dụng phương pháp tính điểm

STT	Các tiêu chí	Phương pháp cũ	Phương pháp tính điểm	
		Yêu cầu trước khi tính điểm	Yêu cầu khi áp dụng tính điểm	Mức điểm
1	Tính pháp lý	Có SĐK hoặc GPNK do cơ quan có thẩm quyền cấp (với thuốc nhập khẩu)/ GPLH (với thuốc sản xuất trong nước): + Có + Không	Có SĐK (visa) hoặc GPNK do cơ quan có thẩm quyền cấp (với thuốc nhập khẩu)/ GPLH (với thuốc sản xuất trong nước) : + Có + Không	5 điểm 5 điểm 0 điểm
2	Nước sản xuất.	Thuốc sản xuất trong nước đạt tiêu chuẩn GMP Thuốc sản xuất tại Châu Âu, Nhật, Úc, Mỹ. Thuốc sản xuất tại Châu Á, liên doanh.	Nhóm 1: Các nước Châu Âu và một số nước: Mỹ, Canada, Argentina, Nhật, Singapo, Úc. Nhóm 2: Việt Nam và các nước Châu Á (trừ Trung Quốc, Ấn Độ) và các quốc gia khác không thuộc nhóm 1. Nhóm 3: Trung Quốc, Ấn Độ, Banglades, Pakistan.	30 điểm 20 điểm 10 điểm
3	Uy tín, tiêu chuẩn của nhà sản xuất	Uy tín của nhà sản xuất Tiêu chuẩn GMP- EU, GMP – WHO, GMP – ASEAN.	Thuốc SX đạt tiêu chuẩn GMP –WHO Thuốc SX đạt tiêu chuẩn GMP –ASIAN Không đạt tiêu chuẩn GMP	20 điểm 10 điểm 0 điểm
4	Hiệu quả lâm sàng	Uy tín về chất lượng thực tế sử dụng, đó sử dụng có hiệu quả tốt và an toàn tại các bệnh viện trong cả nước.	Đã từng sử dụng ổn định tại bệnh viện Chưa từng sử dụng.	10 điểm 0 điểm
5	Uy tín của công ty phân phối.	Cung ứng thuốc đúng và đủ, kịp thời. Giải quyết sự cố ngay khi có vấn đề. Đã giao dịch và có uy tín với bệnh viện.	Đã bán hàng trên 3 năm trên toàn quốc. Đã bán hàng 2 – 3 năm trên toàn quốc. Đã bán hàng 1-2 năm trên toàn quốc. Đã bán hàng dưới 1 năm trên toàn quốc Chưa từng bán hàng trên toàn quốc.	5 điểm 4 điểm 3 điểm 2 điểm 0 điểm

STT	Các tiêu chí	Phương pháp cũ	Phương pháp tính điểm	
6	Hạn sử dụng của thuốc	Đối với những thuốc có hạn dùng từ 3 năm trở lên, khi giao hàng phải còn ít nhất 18 tháng Đối với những thuốc có hạn dùng từ 2 năm trở lên, khi giao hàng phải còn ít nhất 12 tháng.	Còn hạn sử dụng trên 12 tháng.. Còn hạn sử dụng dưới 12 tháng.	10 điểm 0 điểm
7	Tương đương sinh học	Ưu tiên các thuốc có chứng minh tương đương sinh học.	Điểm thưởng: Đối với mặt hàng thuốc có tương đương sinh học, được cộng thêm 10 điểm	+ 10 điểm (nếu có)
8	Tiêu chuẩn kho bảo quản.	Không có yêu cầu	Kho đạt GSP Không đạt GSP	10 điểm 0 điểm
9	Thời gian thanh toán (có cam kết)	Không có yêu cầu	Trả chậm trên 3 tháng. Trả chậm trong 2 – 3 tháng. Trả chậm trong 1 – 2 tháng. Trả chậm dưới 1 tháng	5 điểm 4 điểm 3 điểm 0 điểm
10	Giá KK/KKL	Không có yêu cầu	Có bản KK/KKL giá thuốc còn hiệu lực. Không có bản KK/KKL giá thuốc.	5 điểm 0 điểm
11	Giá	Giá hợp lý, ổn định. Phù hợp với khả năng kinh phí của bệnh viện.	Chọn giá đánh giá thấp nhất: Giá đánh giá = Giá tham dự thầu/Tổng điểm kỹ thuật tương ứng	

Việc áp dụng phương pháp tính điểm rất cần thiết cho công việc chọn thầu, tuy nhiên cũng đòi hỏi nhiều nhân lực và thời gian cho việc tính toán và dễ sai sót, gây sai lệch kết quả xét thầu.

[illegible]

Phương pháp tính điểm có phần mềm hỗ trợ đã được áp dụng trong xét thầu thuốc theo tên generic, đây là gói thầu có nhiều nhà thầu và nhiều mặt hàng thuốc tham dự nhất. Phần mềm đã giúp giảm chi phí, thời gian, nhân lực và nâng cao tính minh bạch trong quá trình đấu thầu.

Trước khi đi vào phân tích, thiết kế và phát triển mô hình hệ hỗ trợ quyết định dùng trong đấu thầu tại Bệnh viện Hữu nghị, việc xem xét các qui trình được sử dụng trong đấu thầu thuốc được thực hiện bằng tay đã làm từ trước đó là điều cần thiết.

94

Hệ hỗ trợ quyết định là chương trình được thiết lập với các bước can thiệp tác động nhằm loại bỏ tất cả các công đoạn mang tính thủ công, điều đó sẽ giúp loại bỏ không chỉ các nhầm lẫn mà tránh được cả việc bỏ sót có thể gây thiệt hại cho các nhà thầu và ảnh hưởng tới uy tín bệnh viện

Để tin học hóa toàn bộ qui trình đấu thầu sẽ tốn rất nhiều thời gian, công sức thậm chí là bất khả thi. Hệ hỗ trợ quyết định sử dụng trong đấu thầu tại Bệnh viện Hữu nghị tin học hóa những bước sau trong qui trình đấu thầu (có thể chỉ là một phần trong một bước): Chuẩn bị đấu thầu, cung cấp hồ sơ, làm hồ sơ thầu, chấm thầu, báo cáo phê duyệt.

➤ ***Xây dựng và triển khai chương trình:*** Chương trình đấu thầu gồm có 2 phần:

❖ **Dành cho bệnh viện (Hội đồng thầu):**

- Tạo phiên thầu mới: Danh mục: tên hoạt chất, dạng bào chế, hàm lượng, tên gốc. Số lượng dự kiến. Giá kế hoạch.
- Nhập bảng điểm cho các tiêu chí kỹ thuật theo hồ sơ mời thầu từ đó tính ra giá đánh giá cho từng mặt hàng
- In báo cáo về thông tin dự thảo danh mục thầu để tính cơ quan quản lý phê duyệt
- Xuất danh mục mời thầu để lập hồ sơ gửi các nhà thầu
- Nhập thông tin về nhà thầu và thông tin về thuốc tham gia dự thầu vào chương trình. Tự động tính điểm các tiêu chuẩn kỹ thuật của từng mặt hàng theo các thông tin trong hồ sơ chào thầu của các nhà thầu. Tính giá đánh giá cho các mặt hàng đáp ứng tiêu chuẩn kỹ thuật giúp quá trình chấm thầu công bằng, minh bạch, nhanh chóng, hạn chế sai sót.
- Quản lý kết quả chấm thầu cũng như toàn bộ dữ liệu và quá trình chấm thầu
- In báo cáo trình cơ quan quản lý kết quả thầu

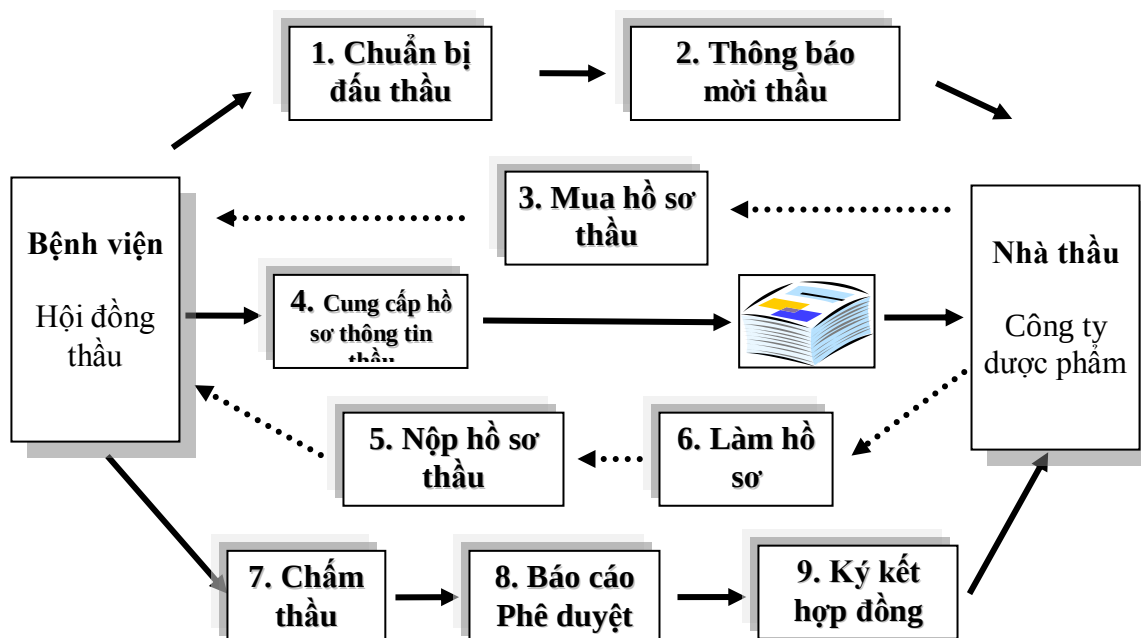
❖ **Dành cho nhà thầu (Công ty dược phẩm)**

- Nhập thông tin về bản thân nhà thầu
- Nhập thông tin về các thuốc tham gia dự thầu theo mẫu quy định.
- Xuất file gửi cho các bệnh viện

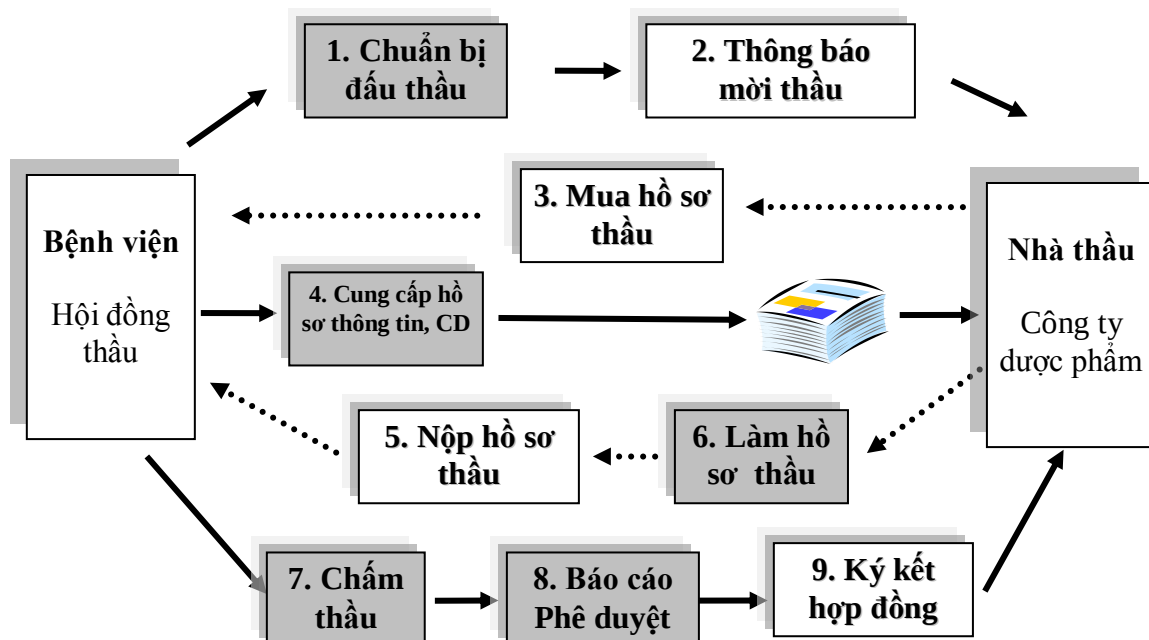
Chương trình đã hỗ trợ được các giai đoạn:

1. Chuẩn bị đấu thầu: Lập danh mục, biểu giá
2. Cung cấp hồ sơ cho nhà thầu: dạng văn bản và dạng phần mềm để nhà thầu nhập dữ liệu về thuốc của mình
3. Làm hồ sơ thầu: giúp nhà thầu trong quá trình làm hồ sơ thầu, chuẩn hóa về dữ liệu: tên thuốc, số lượng v.v..

4. Chấm thầu. Tính điểm cho từng mặt hàng tham dự thầu. tính giá đánh giá.
5. Tổng kết, thống kê dữ liệu kết quả thuộc trúng thầu để lập báo cáo xin phê duyệt



Hình 3.35: Quy trình đấu thầu thông thường chưa can thiệp tin học



Hình 3.36: Ứng dụng chương trình tin học hỗ trợ một số bước trong quy trình đấu thầu (Các ô in đậm đã được tin học hỗ trợ)

Chuẩn bị đấu thầu, cung cấp hồ sơ và làm hồ sơ thầu:

Thực hiện bởi: Hội đồng thầu và các nhà thầu

Trước đây, hội đồng thầu Bệnh viện Hữu nghị lập danh sách thuốc mời thầu sử dụng phần mềm Excel rồi in ra và gửi kèm vào hồ sơ mời thầu. Các nhà thầu sau khi nhận được danh sách thuốc mời thầu sẽ lựa chọn ra các loại thuốc muốn tham gia đấu thầu, đánh máy lại các tên thuốc và thông tin đi kèm, in ra và nộp cho bệnh viện. Như vậy, có thể thấy, công sức dành cho việc đánh máy, in ấn và chi phí trong bước cung cấp hồ sơ đấu thầu là tốn kém, nhàm chán, và lặp đi lặp lại

Hệ hỗ trợ quyết định giải quyết được vấn đề này bằng cách sau: Bệnh viện Hữu nghị chỉ nhập dữ liệu vào chương trình hỗ trợ đấu thầu một lần duy nhất sau đó kết xuất ra một file dữ liệu.

Nhà thầu nhận hồ sơ mời thầu kèm theo một đĩa CD-ROM có chứa file dữ liệu nói trên, sau đó mở ra và chỉ sử dụng thao tác đơn giản là đánh dấu kiểm tra vào các thuốc họ muốn tham gia dự thầu, họ cũng phải làm thêm thao tác nhập các thông tin về tư cách pháp nhân dành cho từng loại thuốc trên các bảng biểu chuẩn mà chương trình cung cấp cho, sau đó từng nhà thầu đúc đĩa CD gửi lại cho bệnh viện.

Có thể nhận thấy, bằng việc sử dụng hệ hỗ trợ quyết định trong đấu thầu thuốc, quá trình gỡ lại các thông tin được loại bỏ hoàn toàn.

➤ *Chấm thầu:*

Điều phức tạp trong việc sử dụng hệ thống chấm thầu thuốc bằng tay nằm ở chỗ, rất nhiều nhà thầu cung cấp cùng một loại thuốc tại các mức giá khác nhau.

Như vậy, đối với một loại thuốc có tên trong danh mục chào thầu, các thành viên của hội đồng thầu sẽ phải thu thập tất cả hồ sơ tham gia dự thầu của tất cả các nhà thầu cung cấp loại thuốc đó. Sau đó, họ phải lật đến trang hồ sơ có ghi loại thuốc đó và sử dụng biện pháp thủ công như là dùng bút phủ các màu sắc khác nhau để đánh dấu vào dữ liệu về thuốc cần chấm thầu.

Quá trình này diễn ra rất chậm và dễ gặp sai sót cũng như tốn khá nhiều và công sức. Mặt khác để tính điểm và giá đánh giá của các mặt hàng tham dự thầu đòi hỏi thực hiện rất nhiều phép tính, dễ nhầm lẫn gây sai lệch kết quả thầu.

Đối với hệ thống chấm thầu sử dụng công nghệ hỗ trợ quyết định yêu cầu đặt ra là các hạng mục dữ liệu được sắp xếp và bố trí một cách hợp lý trên giao diện người sử dụng sao cho các dữ liệu về cùng một loại thuốc được cung cấp bởi các nhà thầu

khác nhau tại các mức giá khác nhau được đặt sát nhau về mặt vật lý và thể hiện ngay ra trên màn hình.

Một công việc quan trọng nữa là căn cứ vào các tiêu chí kỹ thuật của hồ sơ chào thầu, hệ hỗ trợ tự động tính điểm, từ đó tính ra giá đánh giá cho từng mặt hàng thuốc. Hội đồng thầu có thể dễ dàng so sánh giữa các thuốc tương đương để xác định xem thuốc nào sẽ được lựa chọn.

Chương trình trợ giúp chọn thầu - [Thông tin chọn thầu]

Quản Lý | Hiện Thị | Chấm Thầu | Báo Cáo | Cửa sổ | Trợ Giúp

Dược chất và hàm lượng : Amoxillin 500 mg **Số lượng dự kiến :** 950000

Đơn vị : viên **Giá kế hoạch :** 2100.00

☐ Sắp xếp theo giá ☐ Sắp xếp theo điểm ☒ Sắp xếp theo giá đánh giá

Màu đỏ chỉ thị những thuốc thắng thầu

Đã sử dụng tại BV	Tên nhà thầu	Biệt dược	Giá có VAT	Nước SX	Hãng SX	Có bản KKL	Đạt GSP	Tiêu chuẩn GMP	Điểm	Giá đánh giá
☒	68. Mekophar	Amoxicillin ...	635,42	Việt Nam	Mekophar	Có	Có	Đạt tiêu chuẩn GMP-WHO	90	706,00
☐	72. Minh Dân	Amoxicillin 500...	588,00	Việt Nam	Công ty CPDP Min...	Có	Có	Đạt tiêu chuẩn GMP-WHO	75	784,00
☐	10. Pharbaco	Amoxicillin 500...	690,00	Việt Nam	Cty CPDP TƯ I - P...	Có	Có	Đạt tiêu chuẩn GMP-WHO	75	920,00
☐	38. CPC - TW1	Amoxillin 500 mg	714,00	Việt Nam	Phabarco	Có	Có	Đạt tiêu chuẩn GMP-WHO	75	952,00
☐	21. Hapharco	Ozirmox	670,00	Việt Nam	Cty CP DP Hà tây	Không	Có	Đạt tiêu chuẩn GMP-WHO	69	971,00
☐	02. Dược mỹ p...	Amoxillin	875,70	Việt Nam	CTy CPDPTW1	Có	Có	Đạt tiêu chuẩn GMP-WHO	73	1.200,00
☐	43. Bình Định	Amoxillin 500 mg	1.008,00	Việt Nam	Bidiphar 1	Có	Có	Đạt tiêu chuẩn GMP-WHO	74	1.362,00
☐	59. Thuận Gia	Servamox	1.320,00	Việt Nam	Sandoz GmbH	Có	Có	Đạt tiêu chuẩn GMP-WHO	75	1.760,00
☐	32. Hoàng Đức	Ospamox 500mg	1.470,00	Việt Nam	Sandoz những qu...	Có	Không	Đạt tiêu chuẩn GMP-WHO	65	2.262,00

Hình 3. 37 : Màn hình hỗ trợ lựa chọn thuốc trong đấu thầu tại bệnh viện

➤ **Báo cáo xin phê duyệt:**

Hội đồng thầu lựa chọn thuốc trúng thầu chỉ bằng một thao tác click chuột, hạng mục dữ liệu này ngay lập tức được đưa vào cơ sở dữ liệu những thuốc trúng thầu. Có thể có một danh sách tạm thời các nhà thầu cung cấp một loại thuốc nào đó (một vài nhà thầu) được lựa chọn trong giai đoạn này.

Các thuốc trúng thầu một lần nữa được rà soát lại xem các hồ sơ về tư cách pháp nhân kèm theo thuốc trong hồ sơ (cả trên giấy và khai báo trong chương trình) đã đúng hay chưa, nếu phát hiện sai sót về phần khai báo hồ sơ hoặc hồ sơ không hợp lệ thì nhà thầu đó sẽ bị loại. Danh sách các nhà thầu lọt vào đến vòng cuối cùng này sẽ được đem ra thảo luận và xin ý kiến của các thành viên hội đồng chấm thầu.

Như vậy có thể thấy rõ ràng ở đây là hệ hỗ trợ quyết định chỉ giúp hội đồng thầu so sánh, lựa chọn và đưa ra một danh sách bao gồm các nhà thầu cung cấp các loại thuốc thỏa mãn một số tiêu chí ở mức cao nhất của bệnh viện. Việc quyết định

xem nhà thầu nào được chọn vẫn phải nhờ vào yếu tố con người. Cuối cùng một bản báo cáo về danh mục các thuốc trúng thầu được in ra để trình lãnh đạo phê duyệt.

➤ ***Triển khai thực hiện thử nghiệm:***

Chương trình đó được cài đặt và thực hiện tại Bệnh viện Hữu nghị trong hoạt động đấu thầu thuốc sử dụng cho năm 2008 và được chỉnh sửa và nâng cấp trong các năm sau cho phù hợp hơn cho cả nhà thầu và bệnh viện. Năm 2010 bắt đầu ứng dụng phương pháp tính điểm vào chọn thầu.

Quá trình tiến hành thực nghiệm tại bệnh viện gồm các bước:

- Cài đặt, hướng dẫn sử dụng tại khoa dược bệnh viện
- Khoa dược bệnh viện Hữu Nghị tiến hành xây dựng danh mục → Xuất file cho các nhà thầu
- Tiến hành khởi tạo đĩa cài đặt trên máy cho các nhà thầu
- Hướng dẫn điền thông tin đối với các nhà thầu sau khi bán hồ sơ thầu
- Nhập thông tin các nhà thầu cung cấp vào chương trình sau khi mở thầu
- Tiến hành chấm thầu và báo cáo kết quả

3.2.2.3. Kết quả đạt được sau khi ứng dụng tin học trong quản lý đấu thầu thuốc

Bảng 3.43: So sánh trước và sau khi ứng dụng tin học trong quản lý đấu thầu tại Bệnh viện Hữu nghị

STT	Tiêu chuẩn	Trước can thiệp	Sau can thiệp	Tỷ lệ trước/sau can thiệp (%)
1	Số mặt hàng mời thầu	970	1380	+142,2
2	Số nhà thầu tham dự thầu	83	135	+162,7
3	Số tiêu chuẩn xét thầu cho một thuốc	7	11	+157,1
4	Phương pháp đánh giá HSDT	Đạt/không đạt	Thang điểm; giá đánh giá	
5	Thời gian xét thầu	33 ngày	15 ngày	- 45,5
6	Số loại báo cáo	8	16	+200
7	Số nhân lực giúp việc tổ chuyên gia	4	2	- 50
8	Số nhà thầu không đảm bảo tiến độ giao hàng	16	6	
9	Tỷ lệ % nhà thầu không đảm bảo tiến độ	19,28	4,4	- 15,4

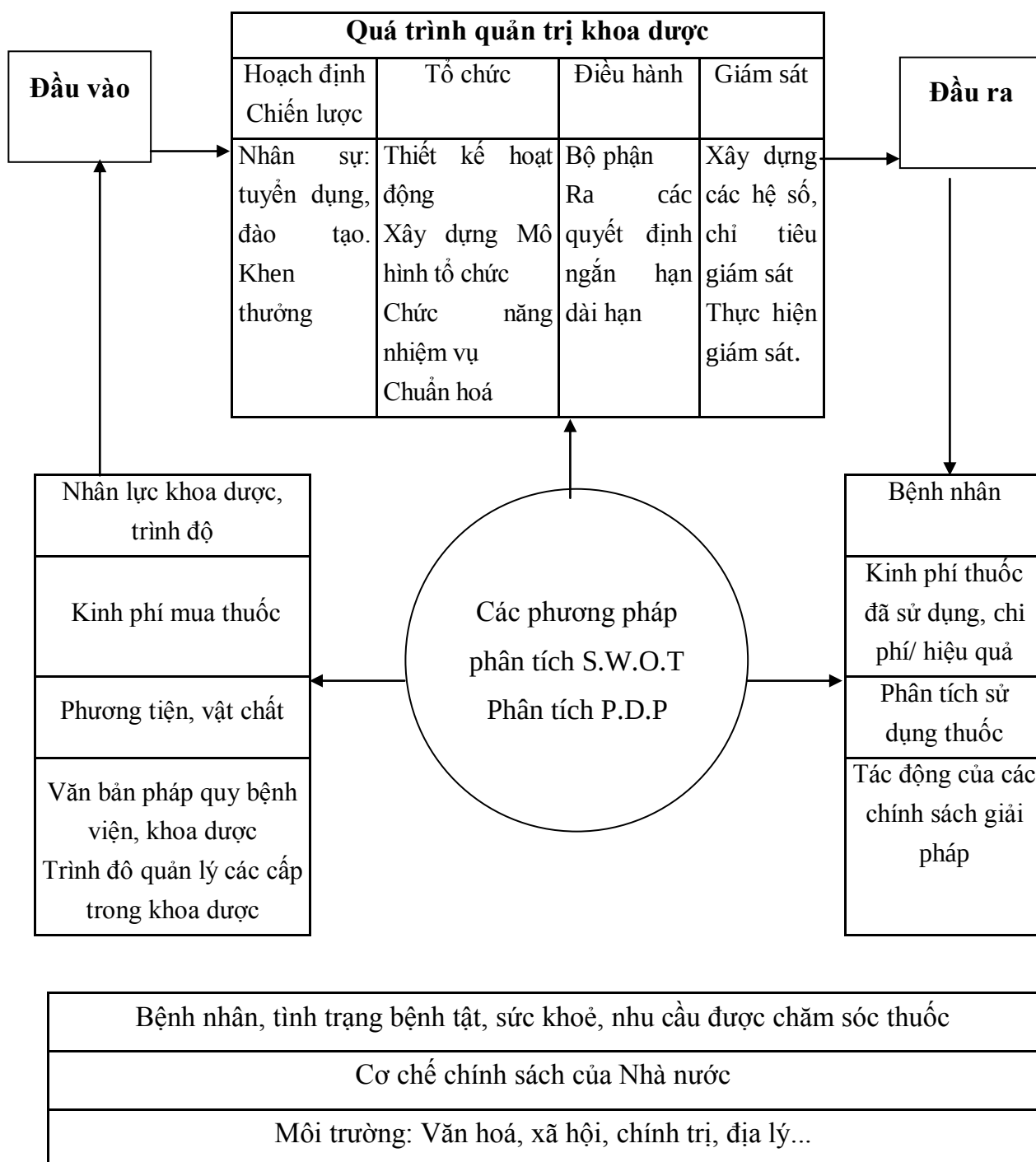
So sánh trước và sau can thiệp, phương pháp tính điểm có phần mềm hỗ trợ trong hoạt động đấu thầu thuốc đã mang lại hiệu quả: minh bạch việc lựa chọn thuốc, giảm thời gian, nhân lực, lựa chọn được nhà thầu cung ứng đảm bảo cho bệnh viện.

➤ ***Chương trình đã thực hiện được các mục tiêu đề ra ban đầu như:***

- Xây dựng được 11 tiêu chuẩn đánh giá hồ sơ thầu và tiêu chuẩn kỹ thuật của thuốc đó được tính điểm từ đó tính giá đánh giá để xét thầu.
- Thân thiện với người sử dụng, dễ dàng trong chuẩn bị hồ sơ thầu như lập danh mục, (tên thuốc, hàm lượng, bào chế, đóng gói) cùng số lượng và giá dự kiến
- Nhận và nạp được thông tin về thuốc tham gia đấu thầu của tất cả trên 100 nhà thầu với khoảng hơn 1000 mặt hàng thuốc mời thầu.
- Tính điểm và giá đánh giá cho từng mặt hàng theo các tiêu chuẩn xét chọn thầu khách quan, minh bạch.
- Cho phép tiến hành đấu thầu trên từng thành phẩm: cụ thể rõ ràng các tiêu chí theo yêu cầu với tất cả các nhà thầu.
- Hoàn thành chính xác các báo cáo cho bệnh viện và các nhà thầu. Giúp quản lý được kết quả thầu theo tất cả các yêu cầu do Bộ Y Tế đưa ra: danh mục thuốc trúng thầu, danh mục các nhà thầu trúng thầu, danh mục các thuốc vượt giá kế hoạch danh mục các thuốc không có đơn vị tham gia thầu.
- Rút ngắn thời gian, giảm số nhân lực chuẩn bị, nhập số liệu, làm báo cáo kết quả thầu.

CHƯƠNG 4: BÀN LUẬN

4.1. VỀ THỰC TRẠNG CUNG ỨNG THUỐC TẠI BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ



Hình 4.38 : Chu trình quản trị hoạt động khoa Dược bệnh viện

4.1.1. Một số dữ liệu cơ bản cho hoạt động cung ứng thuốc tại Bệnh viện Hữu nghị

➤ ***Tổ chức, nhân lực và hoạt động của bệnh viện và khoa dược :***

Bệnh viện Hữu nghị là một bệnh viện đa khoa hạng I trực thuộc Bộ Y Tế , có nhiệm vụ khám chữa bệnh cho các cán bộ cao cấp, trung cấp của Trung ương, các tỉnh phía Bắc đến Vĩnh Linh. Sau này khi hoà bình thống nhất nước nhà năm 1975, bệnh viện có nhiệm vụ khám chữa bệnh cho các cán bộ từ Thừa Thiên Huế trở ra. Bệnh viện còn chịu trách nhiệm chăm sóc sức khoẻ cho các đoàn công tác, hội nghị của Đảng và nhà nước. Ngoài ra từ năm 2005 bệnh viện đã có thêm khoa Khám và Điều trị tự nguyện, khám chữa bệnh cho đối tượng có thẻ BHYT, người bệnh tự nguyện.

Mô hình hoạt động khoa Dược Bệnh viện Hữu nghị gồm có các bộ phận : Tổ dược chính, thống kê ; tổ pha chế ; tổ kho, cấp phát ; tổ đông dược. Mô hình này đã hoàn thành hoạt động cung ứng thuốc bệnh viện trong thời gian qua, tuy nhiên để công tác dược bệnh viện hiệu quả hơn, mô hình khoa dược cần điều chỉnh. Theo tài liệu của TCYTTG, theo mô hình khoa dược các nước phát triển, khoa dược cần có thêm các bộ phận dược lâm sàng giám sát sử dụng thuốc trong bệnh viện, pha chế hoá trị liệu, dịch truyền nuôi dưỡng ngoài đường tiêu hoá. [64], [65], [67].

Theo thông tư số 22 /2011/TT-BYT quy định tổ chức và hoạt động khoa dược, khoa dược bao gồm các bộ phận : Nghiệp vụ dược; Kho và cấp phát; Thống kê dược; Dược lâm sàng, thông tin thuốc; Pha chế thuốc, kiểm nghiệm, kiểm soát chất lượng thuốc; Quản lý hoạt động chuyên môn của nhà thuốc bệnh viện. Việc cần sớm bổ sung thêm bộ phận dược lâm sàng, thông tin thuốc và bộ phận pha chế một số thuốc chuyên khoa là rất cần thiết. Các bộ phận này giúp cho công tác cung ứng thuốc bệnh viện có chất lượng, hiệu quả, đặc biệt trong vấn đề quản lý sử dụng thuốc tại bệnh viện đa khoa có nhiều phức tạp. [21], [64], [66], [67]. Khoa đã xây dựng được một số quy trình kiểm tra, phân công trách nhiệm, cần tiếp tục hoàn chỉnh thêm. (Phụ lục 1, phụ lục 2).

➤ ***Cơ sở vật chất khoa dược:***

Khoa Dược bệnh viện được bố trí ở vị trí trung tâm của bệnh viện. Các trang thiết bị tại khoa tương đối đầy đủ. Hệ thống kho tồn trữ bảo quản thuốc đạt các tiêu chuẩn cơ bản.

Hệ thống nhà kho thuốc tân dược, kho thuốc đông dược, dược liệu, kho hoá chất, các quầy cấp phát nội trú, ngoại trú, các trang bị bảo quản, pha chế thuốc như: điều hoà, máy hút ẩm, giá, kệ, tủ thuốc chuyên dụng, tủ lạnh, máy pha chế thuốc mỡ, nồi cất nước, tủ sấy, cân phân tích điện tử. Khoa được trang bị khoảng 20 máy tính để phục vụ nối mạng quản lí.

Các phòng cấp phát thuốc còn chật chội và hệ thống điều hoà còn chưa đảm bảo. Bệnh viện đã triển khai hệ thống quản lí tin học nối mạng toàn viện mang lại những hiệu quả to lớn trong công tác quản lí bệnh viện, đặc biệt trong quản lí dược. Phần mềm kê đơn điện tử đã giảm sai sót trong kê đơn thuốc, bệnh nhân dễ dàng tuân thủ điều trị do chữ viết rõ ràng, hướng dẫn sử dụng đầy đủ. Tuy nhiên phần mềm còn thiếu một số tính năng sẽ phải tiếp tục nâng cấp như quản lý thuốc tồn kho, quản lý mua theo các chỉ số hiện đại [55], cảnh báo tương tác thuốc, kê trùng thuốc...

➤ **Tình hình nhân lực**

Cán bộ nhân viên của bệnh viện có xu hướng tăng dần qua các năm. Tổng biên chế của bệnh viện năm 2010 là 767 người trong đó cán bộ đại học và trên đại học là 248 người chiếm 32,3%. Số lượng cán bộ công nhân viên trong bệnh viện từ năm 2004 đến năm 2010 đã tăng 15,7 %.

Có sự tăng nhân lực này do bệnh viện mở thêm khoa mới như khoa Gây mê hồi sức, khoa Khám, Điều trị theo yêu cầu, khoa Tim mạch can thiệp, tăng số lượng nhân viên tại một số khoa quá tải bệnh nhân như khoa Khám bệnh B, khoa Chẩn đoán hình ảnh... Như vậy bệnh viện đã quan tâm phát triển về nhân lực trong 10 năm qua.

Tỷ lệ bác sĩ trên tổng biên chế là 24,4%. Tỷ lệ bác sĩ dược sĩ và cán bộ có trình độ đại học trở lên chiếm 33% tổng số cán bộ công nhân viên, trong đó tỷ lệ cán bộ sau đại học chiếm 56,07%, điều đó cho thấy bệnh viện luôn quan tâm đào tạo nâng cao chất lượng cán bộ.

Khảo sát tình hình nhân lực khoa dược từ năm 2004-2010 nhận thấy số lượng biên chế khoa dược không tăng cả về dược sĩ đại học và trung học trong khi lượng bệnh nhân nội ngoại trú tăng (năm 2010 bệnh nhân nội trú tăng 159,97%, bệnh nhân ngoại trú tăng 126,7% so với năm 2004). Tỷ trọng nhân lực dược trên tổng số cán bộ viên chức giảm so với các năm trước: Năm 2004 nhân lực dược chiếm 4,83% trong tổng biên chế, đến năm 2010 nhân lực dược chỉ chiếm 4,3% tổng biên chế của bệnh viện.

**Bảng 4. 44: So sánh nhân lực dược bệnh viện với định mức theo thông tư
08/2007/TTLT-BYT-BNV[33]**

	Số DS ĐH	Số DSTH	Số Bác sỹ	DS ĐH/BS	DS ĐH/ DSTH
BV HN	7	20	187	1/26,7	1/2,86
BV E	5	13	133	1/26,6	1/2,4
BVC ĐN	3	12	87	1/29	1/4
TT08				1/8-1/15	1/2-1/2,5

Chữ viết tắt: BVHN: Bệnh viện Hữu Nghị, BV E: Bệnh viện E, BVC ĐN: Bệnh viện C Đà Nẵng

Tại bệnh viện Hữu Nghị năm 2010 tỷ lệ DS ĐH/ BS là: **1/26,7**; Khoa dược có tỷ lệ DS ĐH/ DSTH là 1/2,86 . Tỷ lệ dược sỹ/ tổng số cán bộ viên chức bệnh viện là 4,3 % vẫn ở mức thấp. Số lượng dược sỹ sau đại học giảm do mới tuyển thêm, chưa đủ thời gian đào tạo.

Theo báo cáo của Vụ Điều trị năm 2006, kết quả kiểm tra 687 bệnh viện, tỷ lệ dược sỹ đại học ở mức thấp, cứ 26 bác sỹ có 1 dược sỹ đại học [37]. So sánh với nhân lực dược tại bệnh viện C Đà Nẵng và bệnh viện E và theo các đề tài nghiên cứu trước đây, số lượng nhân lực dược tại các bệnh viện đều ở mức thấp về số lượng và chất lượng trong khi chức năng nhiệm vụ của khoa dược đã có nhiều thay đổi. Theo quy định khoa Dược Bệnh viện Hữu nghị cần phải có từ 12 đến 23 DSDH để đảm bảo công việc [33]. Nhân lực các khoa dược hiện nay chủ yếu là dược sỹ trung học, công việc chính vẫn là cấp phát, pha chế đơn giản. Các công tác về quản lý, thông tin thuốc, dược lâm sàng còn hạn chế.

Hiện nay số cán bộ nhân viên của khoa còn rất thiếu mà thực tế khối lượng công việc nhiều đặc biệt trong quá trình mua sắm thuốc (công tác đấu thầu), thông tin thuốc, dược lâm sàng đòi hỏi nguồn nhân lực trình độ cao. Do vậy chính sách nhân lực dược tại các bệnh viện công lập cần có sự thay đổi, khoa Dược cũng cần có kế hoạch phát triển đội ngũ nhân sự để đáp ứng những nhiệm vụ mới.

➤ **Hoạt động khám chữa bệnh của bệnh viện:**

❖ **Quy mô giường bệnh:**

Bệnh viện Hữu nghị là một bệnh viện đa khoa hạng 1 với biên chế Bộ Y Tế cho bệnh viện là 480 giường bệnh nhưng thực tế bệnh viện luôn hoạt động với số giường thực tế là 570 giường và công suất sử dụng trên 100% và có xu hướng tăng. Lượng bệnh nhân khám và lĩnh thuốc ngoại trú thường xuyên tại bệnh viện rất lớn do đối tượng bệnh nhân đều là cán bộ, có BHYT và đều là người cao tuổi. Công suất sử dụng giường bệnh, tổng số lượt bệnh nhân đến khám và điều trị tại bệnh viện tăng qua các năm. Bệnh viện đang phấn đấu trở thành bệnh viện đa khoa hiện đại hoàn chỉnh với quy mô 600 giường bệnh trong giai đoạn sắp tới.

❖ Trang thiết bị, các kỹ thuật mới của bệnh viện:

Bệnh viện được đầu tư nhiều trang bị máy móc hiện đại để nâng cao chất lượng trong chẩn đoán và điều trị như máy chụp cắt lớp vi tính VCT 64 dãy, máy cộng hưởng từ 1.5T, máy mổ nội soi, máy chụp can thiệp mạch máu DSA, hệ thống máy xét nghiệm sinh hoá, huyết học hiện đại..., nhiều kỹ thuật mới đã được triển khai tại bệnh viện, bởi vậy kinh phí sử dụng để mua thuốc, hoá chất hàng năm đều tăng.

❖ Mô hình bệnh tật của Bệnh viện Hữu nghị :

Khảo sát tình hình bệnh tật tại Bệnh viện Hữu nghị từ năm 2004-2010 nhận thấy mô hình bệnh tật tại Bệnh viện Hữu nghị là MHBT của một bệnh viện đa khoa với đối tượng phục vụ chủ yếu là người cao tuổi bao gồm 16 chương bệnh theo phân loại quốc tế ICD-10. Mười chương bệnh mắc cao nhất chiếm tỷ lệ 90,62% trong MHBT của bệnh viện là: Bệnh hệ tuần hoàn, Khô u, Bệnh của hệ hô hấp, Bệnh của hệ tiêu hóa, Bệnh của hệ tiết niệu, sinh dục, Bệnh mắt và phần phụ của mắt, Bệnh nhiễm trùng và ký sinh trùng, Bệnh hệ thần kinh, Chấn thương, ngộ độc và một số hậu quả khác do nguyên nhân bên ngoài. So với MHBT chung của Việt Nam thì 10 chương bệnh này chiếm tỷ lệ: 77,16% [32]. Như vậy MHBT của bệnh viện Hữu Nghị phản ánh MHBT chung của Việt Nam.

Với mô hình bệnh tật tập trung vào mười chương bệnh như hệ tuần hoàn, khối u, hệ hô hấp, hệ tiêu hoá....như trên đều nằm trong nhóm bệnh điều trị lâu dài và làm tăng chi phí thuốc. Mô hình bệnh tật sẽ ảnh hưởng quyết định đến danh mục thuốc sử dụng trong bệnh viện.

❖ **Hoạt động của Hội đồng Thuốc và Điều trị :**

Hội đồng Thuốc và Điều trị tại bệnh viện đã được thành lập từ năm 1999. HĐT & ĐT đã họp khoảng 6 lần trong một năm. HĐT và ĐT đã tư vấn cho giám đốc xây dựng được các quy trình, quy định trong công tác cung ứng, cấp phát, quản lý thuốc cũng như thực hiện, kiểm tra các quy chế chuyên môn. Tư vấn cho tổ chuyên gia

đầu thầu xây dựng tiêu chuẩn lựa chọn thuốc trong đầu thầu. Xây dựng DMTBV hàng năm. Hoạt động bình bệnh án tại các khoa phòng một lần /tháng đã tìm ra một số vấn đề còn chưa hợp lý trong sử dụng thuốc nhắc nhở các khoa phòng.

Tồn tại: HĐT & ĐT tổ chức họp còn ít, chưa phân công công việc rõ ràng, chưa xây dựng phác đồ điều trị tại bệnh viện. Một số vấn đề như lạm dụng kháng sinh, dịch truyền còn thiếu những giải pháp khắc phục cụ thể.[4], [58]

Mối quan hệ P-D-P (Dược sỹ- Bác sỹ- Bệnh nhân) trong sử dụng thuốc tại bệnh viện:

Dược sỹ: Chịu trách nhiệm thu thập và đưa ra thông tin về thuốc, nghiên cứu mới, tương tác thuốc, tình hình sử dụng thuốc khi bác sỹ có nhu cầu về cách sử dụng để bác sỹ lựa chọn thuốc phù hợp cho người bệnh. Dược sỹ tư vấn cho bác sỹ về cách sử dụng một số loại thuốc trong một số trường hợp đặc biệt.

Bác sỹ: Thu nhận, yêu cầu được thông tin từ dược sỹ, qua đó xử lý thông tin cho phù hợp với từng bệnh nhân để đảm bảo bệnh nhân được sử dụng đúng thuốc, đúng bệnh, đúng người bệnh với chi phí thấp nhất.

Bệnh nhân: Nhận thông tin về thuốc từ bác sỹ, điều dưỡng, dược sỹ. Bệnh nhân phải tuân thủ theo sự hướng dẫn của bác sỹ, điều dưỡng, dược sỹ trong sử dụng thuốc hiệu quả và an toàn. Trong quá trình sử dụng, thông tin sẽ quay trở lại với dược sỹ, bác sỹ về đáp ứng thuốc, tác dụng không mong muốn, tương tác thuốc... theo chu trình trên.

Tại Bệnh viện Hữu nghị và các bệnh viện đa khoa công lập, với lượng bệnh nhân luôn quá tải, bệnh nhân chủ yếu nhận thông tin thuốc từ bác sỹ qua sự trao đổi khi kê đơn ngoại trú, từ điều dưỡng khi hướng dẫn dùng thuốc với bệnh nhân nội trú nên vai trò của dược sỹ còn rất mờ nhạt. Dược sỹ tiếp xúc với bệnh nhân quá ít, kiến thức dược lâm sàng còn yếu, không đủ để hướng dẫn người bệnh. Mối quan hệ dược sỹ với bệnh nhân duy nhất ở các quầy phát thuốc ngoại trú BHYT, nhưng vì số lượng bệnh nhân quá đông nên dược sỹ không thể hướng dẫn cụ thể cho từng bệnh nhân. Hoạt động của dược sỹ lâm sàng bao gồm sử dụng thuốc trong điều trị cho cả bệnh nhân nội và ngoại trú đã được chẩn đoán bệnh và có phác đồ điều trị, hướng dẫn bệnh nhân những vấn đề liên quan đến thuốc. [47]. Mối quan hệ dược sỹ- bác sỹ, dược sỹ- bệnh nhân tại bệnh viện còn rất mờ nhạt.

4.1.2. Hoạt động cung ứng thuốc tại Bệnh viện Hữu nghị, phân tích những tồn tại bất cập chính yếu

➤ **Hoạt động lựa chọn thuốc:**

Danh mục thuốc Bệnh viện Hữu nghị bao gồm 26 nhóm thuốc chỉ trừ hai nhóm thuốc cho sản khoa và thẩm phân phúc mạc là hai nhóm không có trong MHBT của bệnh viện, trong đó các nhóm thuốc có tỷ trọng cao là thuốc trị kí sinh trùng và chống nhiễm khuẩn, thuốc tim mạch, thuốc chống ung thư và tác động vào hệ thống miễn dịch, thuốc đường tiêu hoá... Số khoản mục thuốc trong danh mục thuốc bệnh viện năm 2006 là 556 khoản, đến năm 2010 tăng lên là 768 khoản.

Như vậy DMTBV Hữu nghị đa dạng cả về các nhóm dược lí, số hoạt chất trong mỗi nhóm và số biệt dược cho mỗi hoạt chất để đáp ứng nhu cầu điều trị của bệnh viện đa khoa đồng thời vẫn có những nhóm thuốc chiếm tỷ trọng cao do mô hình bệnh tật của bệnh viện.

Danh mục thuốc bệnh viện tuân thủ danh mục thuốc chủ yếu của Bộ Y Tế ban hành do đây là bệnh viện công lập và đối tượng bệnh nhân có thẻ BHYT. Số lượng hoạt chất trong DMTBV năm 2007 chiếm tỷ lệ 61,4%, năm 2009 chiếm tỷ lệ 60,3% so với danh mục thuốc chủ yếu do Bộ Y Tế ban hành (DMTCY do Bộ Y Tế ban hành theo quyết định số 03/2005/ QĐ-BYT ngày 24 /01/2005 có 648 hoạt chất; DMTCY do Bộ Y Tế ban hành theo quyết định số 05/ 2008 / QĐ-BYT ngày 01/02/2008 có 750 hoạt chất), DMTCY do Bộ Y Tế ban hành theo quyết định số 31/ 2011/QĐ-BYT ngày 11/7/2011 có 900 hoạt chất) [18]; [19]; [20].

Với số lượng hoạt chất và biệt dược ngày càng tăng trong danh mục thì có ưu điểm là đáp ứng được nhu cầu đa dạng của điều trị nhưng cũng gây ra nhiều khó khăn trong quản lí.

Việc quản lí cung ứng một danh mục thuốc lớn trong bệnh viện là một công việc nặng nề đòi hỏi khoa dược phải có cơ sở bảo quản đảm bảo, phần mềm quản lý tồn kho, quản lý mua, các quy trình làm việc chuẩn, các dược sĩ hiểu biết về nhiều lĩnh vực chuyên môn. Danh mục thuốc nên xem xét để rút ngắn, loại bỏ những thuốc kém hiệu quả [58], [63].

Khó khăn trong việc dự trù kế hoạch cung ứng, đôi khi dẫn đến thừa hoặc thiếu thuốc. Thầy thuốc khó khăn trong việc lựa chọn, nhiều tác động từ người bệnh, các công ty dược.. ảnh hưởng đến sử dụng thuốc an toàn hợp lí. Đây là những khó khăn đối với các khoa dược Bệnh viện Hữu nghị.

Tồn tại: Việc xây dựng DMTBV hàng năm chủ yếu vẫn dựa vào sử dụng của năm trước, DMTCY của Bộ Y Tế và kinh nghiệm của các bác sỹ, chưa có những đánh giá cụ thể, số lượng hoạt chất đa dạng với nhiều biệt dược được sử dụng trong bệnh viện sẽ làm cho công tác cung ứng, quản lý thuốc của khoa được gặp nhiều thách thức, dễ nảy sinh nhiều vấn đề phức tạp.[72]

➤ **Hoạt động mua sắm thuốc:**

Hàng năm vào tháng 10 các khoa phòng gửi dự trù thuốc, hoá chất của khoa phòng mình tới khoa dược. Khoa dược tổng hợp căn cứ vào DMTBV, DMTCY, số lượng xuất nhập tồn của năm trước, các trang thiết bị kỹ thuật mới, định mức kinh phí để lập kế hoạch trình HĐT & ĐT. Sau khi HĐT & ĐT thống nhất sẽ trình giám đốc bệnh viện. Giám đốc bệnh viện kí để trình lên Bộ Y Tế phê duyệt.

Thời gian chờ phê duyệt thường kéo dài 2 đến 3 tháng. Sau khi Bộ Y Tế phê duyệt, bệnh viện tổ chức đấu thầu rộng rãi theo quy định. Quá trình phê duyệt, tổ chức đấu thầu mất quá nhiều thời gian, nhân lực, tốn phí gây chậm trễ cho công tác cung ứng thuốc của bệnh viện. Giá thuốc biến động do thị trường nên nhiều trường hợp bệnh viện không mua được thuốc vì giá chào thầu cao hơn giá kế hoạch được phê duyệt. Rất nhiều bất cập trong công tác đấu thầu thuốc chưa giải quyết được.[31]; [38], [55].

➤ **Kinh phí của bệnh viện:**

Giá trị tiền thuốc sử dụng tại Bệnh viện Hữu nghị đều tăng qua các năm trong đó bệnh viện đã tăng được kinh phí từ nguồn BHYT và viện phí, giảm được nguồn chi từ ngân sách của bệnh viện.

Qua các năm, tiền thuốc sử dụng trong bệnh viện chiếm tỷ trọng cao nhất năm 2007: 41,2% , thấp nhất năm 2010: 29,4% trong tổng kinh phí trong bệnh viện. Năm 2010, giá trị tiền thuốc đã tăng 348% so với năm 2004.

Nguồn kinh phí từ BHYT cấp cho bệnh viện là nguồn chính cho hoạt động của bệnh viện bao gồm cả tiền mua thuốc. Việc bệnh viện triển khai nhiều kỹ thuật mới, nhiều loại thuốc mới được bổ sung vào danh mục với chi phí cao, giá cả biến động nhiều làm tăng nhu cầu về kinh phí thuốc, hoá chất trong khi BHYT thực hiện chi trả theo hình thức khoán định suất do đó nếu bị vượt quỹ khoán bệnh viện sẽ rất khó khăn và thường bị thiếu kinh phí để hoạt động.

Khoa dược cũng luôn bị áp lực trong việc đáp ứng nhu cầu ngày càng tăng của điều trị trong khi kinh phí không đảm bảo. Các thủ tục tài chính phức tạp nên chậm chi

trả cho các công ty dẫn đến các công ty gây khó khăn trong cung ứng hàng, bệnh viện bị thiếu thuốc.

Phương thức cung ứng thuốc tại Bệnh viện Hữu nghị chủ yếu theo hình thức đấu thầu rộng rãi một lần trong năm. Với những thuốc không có đơn vị tham gia thầu hoặc mua sắm đột xuất thì áp dụng các hình thức mua sắm trực tiếp, chào hàng cạnh tranh...

Việc mua sắm theo hình thức đấu thầu rộng rãi mang lại nhiều lợi ích: Chuẩn hoá quy trình mua sắm, công khai minh bạch, bệnh viện có nhiều sự lựa chọn, giá thuốc ổn định trong cả năm. Tuy nhiên cũng còn nhiều bất cập như quá trình mua sắm nhiều thủ tục, kéo dài, tốn nhiều thời gian, nhân lực, chi phí. Các tiêu chuẩn đánh giá còn chưa thống nhất, giá cả chênh lệch giữa các cơ sở khó kiểm soát. Chậm trễ trong quá trình hoàn tất các thủ tục gây thiếu thuốc cho điều trị. Việc kí kết hợp đồng theo hình thức trọn gói cũng chưa phù hợp vì số lượng thuốc dự trù kế hoạch thường không thật ổn định dẫn đến thuốc thừa, thuốc thiếu. Bệnh viện hàng năm phải tổ chức đấu thầu bổ sung để đáp ứng nhu cầu điều trị. [45], [49], [55].

➤ ***Tình hình pha chế và sản xuất thuốc:***

Bệnh viện hiện tại chỉ còn pha chế một số thuốc đông dược, thuốc dùng ngoài sử dụng trong bệnh viện. Các thuốc pha chế đều có quy trình pha chế và được giám đốc phê duyệt.

Với mô hình bệnh tật của bệnh viện có chương bệnh khối u đứng thứ 2 trong số 10 chương bệnh chiếm tỷ lệ cao nhất thì rất cần quan tâm đến quản lý sử dụng thuốc điều trị ung thư. Một số thuốc sử dụng cho bệnh nhân phải nuôi dưỡng ngoài đường tiêu hoá cũng cần được pha chế tại bệnh viện.

Hiện tại khoa dược chưa đáp ứng được việc pha chế hoá chất điều trị ung thư cho từng người bệnh mà vẫn để các khoa lâm sàng tự pha. Điều này không đảm bảo an toàn trong sử dụng thuốc. Bệnh viện cần có bộ phận chuyên pha chế hoá trị liệu ung thư tập trung, pha chế một số thuốc nuôi dưỡng đường tĩnh mạch để đảm bảo hiệu quả điều trị cho người bệnh, an toàn cho nhân viên và tiết kiệm chi phí. [64]; [65]; [66],[67].

➤ ***Cấp phát tồn trữ và quản lý sử dụng thuốc tại bệnh viện:***

Lượng thuốc tồn kho tại khoa dược trong khoảng 2 đến 3 tháng thuốc sử dụng bình quân. Thường số lượng này tăng vào cuối năm do khoa dược phải gọi tăng hàng

để chờ phê duyệt kết quả thầu vào đầu năm sau hay bị chậm và các công ty hay có biến động giá vào đầu năm

Trung bình một ngày khoa được cấp phát cho khoảng 700-800 lượt bệnh nhân ngoại trú và 400- 500 bệnh nhân nội trú. Trước đây bệnh viện chưa có phần mềm nối mạng toàn viện, công tác quản lý gặp rất nhiều khó khăn. Các bác sỹ không nắm được các thuốc đang có tại khoa được để kê đơn. Mỗi phòng, ban sử dụng những phần mềm riêng lẻ, không kết nối được gây lãng phí nguồn lực để chuyển đổi dữ liệu gây sai số trong quản lý rất lớn. Công tác quản lý được cũng trong tình trạng như vậy.

Hiện tại số bệnh viện đa khoa tại Việt nam đã nối mạng quản lý toàn viện mới chỉ có một số ít. Tại Bệnh viện Hữu nghị với số lượng bệnh nhân nội ngoại trú đông, mô hình bệnh tật đa dạng, nhiều hoạt động mang tính đặc thù việc ứng dụng công nghệ thông tin gặp rất nhiều khó khăn nhưng đã bắt đầu triển khai từ tháng 12/2008 và đã mang lại nhiều lợi ích trong quản lý chung trong đó có kê đơn điện tử, quản lý sử dụng thuốc .[61]; [62]

❖ Đối với kê đơn :

- Có thể hồi cứu số liệu, tiền sử dùng thuốc theo mã bệnh nhân
- Hồi cứu các thuốc bệnh nhân đã được kê đơn lần trước.
- Bác sỹ có thể biết chủng loại và số lượng thuốc hiện còn trong kho để kê đơn.
- Tiền thuốc mỗi đơn được tính ngay khi kê → giúp bác sỹ dễ dàng kiểm soát giá trị đơn thuốc phù hợp với khả năng chi trả của BHYT và người bệnh.

❖ Đối với quản lý thuốc

- Dễ dàng thống kê số lượng sử dụng và số liệu xuất nhập tồn trong các kho sau mỗi ngày để nắm còn hay hết và đáp ứng kịp thời
- Duyệt đơn trực tiếp trên máy trước khi duyệt thuốc → có thể dễ dàng phát hiện sai phạm và thực hiện can thiệp trực tiếp .
- Quản lý thuốc sử dụng đến từng bệnh nhân tại các khoa. Số liệu thuốc sử dụng thống nhất giữa khoa dược, tài chính và các khoa phòng và được cập nhật liên tục, rất thuận lợi cho công tác quản lý. Khoa dược quản lý được lô, hạn dùng của các thuốc nhập kho, những thuốc còn hạn dùng dưới 6 tháng, dưới 3 tháng để điều chỉnh việc nhập, xuất hàng.

❖ Các thông tin sau sẽ được mạng tự cập nhật trong quá trình duyệt đơn trên máy.

Các báo cáo sẽ được in tự động khi có yêu cầu

- Thẻ kho : Số lượng thuốc đã phát cụ thể cho mỗi bệnh nhân sử dụng

- Báo cáo xuất thuốc đi các kho
- Báo cáo xuất thuốc cho khoa phòng
- Báo cáo sử dụng thuốc
- Báo cáo tổng hợp nhập xuất thuốc
- Danh sách các phiếu nhập kho
- Tổng hợp xuất nhập tồn các kho
- Bảng kê đơn thuốc
- Danh mục thuốc, hóa chất
- Biên bản kiểm nhập, phiếu nhập kho.

Khó khăn

Về nhân lực: Việc triển khai nối mạng quản lý đòi hỏi thêm nhiều nhân lực khoa Dược như : duyệt đơn, nhập số liệu. Khoa dược là đơn vị đi đầu trong việc triển khai ứng dụng tin học tại bệnh viện: Đề xuất các yêu cầu xây dựng phần mềm, các mẫu báo cáo, nhập dữ liệu, triển khai thử nghiệm trong khi vẫn phải quản lý song song trên phần mềm cũ.

Xây dựng cơ sở tồn kho hợp lí: Hiện nay khoa dược chưa xây dựng phần mềm quản lý tồn kho, quản lý mua thuốc nên công việc còn nhiều khó khăn.

Việc ứng dụng phần mềm đòi hỏi phải có đầu tư nâng cấp phần mềm, phần cứng trong quá trình sử dụng tuy nhiên bệnh viện lại khó khăn về kinh phí nên chưa đáp ứng được.

Phân tích số liệu sử dụng thuốc tại bệnh viện qua ba năm 2008-2010 về cơ cấu thuốc sử dụng tại bệnh viện:

❖ So sánh cơ cấu thuốc theo nguồn gốc xuất xứ

Thuốc nội chiếm tỷ lệ từ 20,35% đến 22,37% giá trị tiêu thụ trong tổng giá trị kinh phí mua thuốc. Khối lượng tiêu thụ thuốc nội chiếm tỷ lệ 82,97 đến 87,3 trong tổng khối lượng tiêu thụ tại bệnh viện.

Như vậy tuy thuốc nội có tỷ trọng về giá trị thấp nhưng khối lượng tiêu thụ lại chiếm tới 87,3% . Đây là minh chứng cho việc chi phí và hiệu quả của thuốc nội trong điều trị hiện nay. Với số lượng bệnh nhân ngày càng tăng cao, đa bệnh tật, nguồn kinh phí còn hạn hẹp thì bệnh viện đã tăng cường lựa chọn các mặt hàng thuốc sản xuất trong nước đảm bảo chất lượng nhưng giá thành hợp lý ở những loại thuốc có lượng

dùng lớn nên đã giảm được kinh phí, mang lại lợi ích cho người bệnh và nền công nghiệp dược trong nước.[50].

❖ Phân tích ABC thuốc sử dụng trong ba năm :

Nhóm thuốc A trong 3 năm 2008 đến 2010 đều chiếm 75% tổng giá trị tiêu thụ và chiếm 43,3% đến 49,68% khối lượng tiêu thụ.

Nhóm B và C có giá trị tiêu thụ chiếm 25% giá trị tiêu thụ và khối lượng tiêu thụ gần 50%. Như vậy có thể thấy các sản phẩm nhóm A được tiêu thụ với số lượng khá lớn, các thuốc tại nhóm A có giá thành không quá cao.

Trong nhóm A, thuốc ngoại chiếm tỷ lệ 79,6%; 79,93%; 82,92% tổng giá trị tiêu thụ, tuy nhiên thuốc nội lại chiếm 80,6%; 73,57%; 77,40% tổng khối lượng tiêu thụ. Như vậy các thuốc nội sử dụng trong bệnh viện có giá thấp và tập trung ở những thuốc có số lượng sử dụng lớn.

Trong ba năm thuốc biệt dược gốc nhóm A chiếm tỷ lệ từ 40%, 38,33% và 41,79% tổng giá trị tiêu thụ trong khi khối lượng tiêu thụ chiếm 6,66%; 7,15%; 7,34%.

Nhóm generic chiếm từ 58,1%, 60%, 61,7% giá trị tiêu thụ nhưng khối lượng tiêu thụ chiếm trên 90%. Như vậy đa số các thuốc nhóm A bệnh viện đã sử dụng thuốc generic thay thế các biệt dược gốc, trừ những trường hợp chưa có thuốc generic, các trường hợp đặc biệt và có duyệt ban giám đốc. Hội đồng Thuốc và Điều trị đã giám sát để giảm việc sử dụng các thuốc biệt dược đắt tiền, tuân thủ các hướng dẫn của Bộ Y Tế .[43]; [50].

Cơ cấu tiêu thụ các thuốc nhóm A theo mã ATC tập trung vào các nhóm chiếm tỷ trọng cao lần lượt là: thuốc điều trị ký sinh trùng, chống nhiễm khuẩn (22,14%; 23,08%; 22,42), thuốc điều trị ung thư và điều hoà miễn dịch (19,85%; 16,28%; 14,87%), thuốc tim mạch (16,58%; 16,82%; 14%), sau đó là các nhóm thuốc đường tiêu hoá và chuyển hoá, thuốc giải độc và dùng trong các trường hợp ngộ độc, thuốc tác dụng đối với máu, thuốc giảm đau hạ sốt chống viêm, hormon và các thuốc tác động vào hệ thống nội tiết, thuốc hô hấp, thuốc điều trị đường tiết niệu. Đây là những thuốc điều trị các bệnh có tỷ trọng cao trong mô hình bệnh tật của bệnh viện và các bệnh mạn tính, chi phí cao. Tuy nhiên với chi phí thuốc điều trị ký sinh trùng,

chống nhiễm khuẩn cao nhất trong khi trong mô hình bệnh tật bệnh nhiễm trùng và ký sinh trùng đứng thứ tám trong các bệnh mắc cao nhất thì cần đánh giá vấn đề sử dụng kháng sinh tại bệnh viện.

Các phân tích trên sẽ là căn cứ đề xuất với HĐT và ĐT xây dựng, thực hiện và đánh giá các chiến lược can thiệp sử dụng thuốc. [58]; [72].

❖ **Phân tích VEN thuốc sử dụng trong ba năm thuộc nhóm A**

Các thành viên HĐT & ĐT đã tiến hành phân tích VEN các thuốc trong nhóm A trong ba năm 2008-2010. Các thuốc nhóm A được các thành viên phân tích nằm trong nhóm V và E chiếm tỷ trọng cao về số loại thuốc. Nhóm N chỉ chiếm tỷ lệ nhỏ (5- 7% số loại thuốc). Trong ba năm các thuốc nhóm N chiếm tỷ trọng 4,77%, 4,03% và 2,34% giá trị tiêu thụ, khối lượng tiêu thụ chiếm 13- 27% trong nhóm A. Các thuốc N trong nhóm A là các thuốc sau: Vitamin C viên 100mg, Glucosamine viên 250mg , Glucosamine gói 1500mg, Ginkgo Biloba viên 40mg, Alphachymotrypsine viên 21Microkatal, Vitamin E 100 UI, Raubasine + Almitrine (Duxil). Các thuốc trên chiếm tỷ trọng số lượng tiêu thụ cao, giá trị tiêu thụ lớn trong khi tác dụng không rõ rệt. Sau khi có các số liệu về chủng loại, giá trị tiêu thụ, số lượng tiêu thụ của các thuốc không thiết yếu, đề tài sẽ đề xuất HĐT & ĐT can thiệp trong sử dụng thuốc như thông tin cho các bác sỹ về tác dụng của các thuốc, giám sát hạn chế kê đơn, giảm ngân sách cho các thuốc nhóm N; tăng ngân sách cho các thuốc nhóm V và E giúp sử dụng hiệu quả nguồn kinh phí hạn hẹp của bệnh viện [68].[70]; [73];

➤ **Nhà thuốc bệnh viện.**

Nhà thuốc bệnh viện là nguồn cung ứng thuốc cho các đối tượng là bệnh nhân tự nguyện, bệnh nhân ngoại trú đến khám và điều trị tại bệnh viện. Được thành lập từ năm 2006, do khoa Dược quản lý về chuyên môn.

Kinh phí của Nhà thuốc do bệnh viện tự thu chi và cân đối. Hoạt động của nhà thuốc do Ban quản lý Nhà thuốc điều hành và chịu trách nhiệm trước Giám đốc. Nhà thuốc đã đáp ứng được một phần nhu cầu thuốc cho điều trị của bệnh nhân, luôn sẵn sàng phục vụ khi bệnh nhân có nhu cầu, hỗ trợ cho khoa Dược trong cung ứng thuốc, thực hiện nghiêm túc các quy định về quản lý nhà thuốc bệnh viện.[21], [23]

4.2. ỨNG DỤNG MỘT SỐ GIẢI PHÁP KỸ THUẬT TRONG QUẢN LÝ THUỐC ĐỘC, GÂY NGHIỆN, HƯỚNG TÂM THẦN VÀ ĐẤU THẦU CUNG ỨNG THUỐC TẠI BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ

4.2.1. Giải pháp kỹ thuật trong quản lý thuốc độc, gây nghiện, hướng tâm thần trong kê đơn nội ngoại trú

Giải pháp can thiệp đã góp phần giảm tỷ lệ số đơn thuốc, hồ sơ bệnh án sai quy định quản lý thuốc độc, gây nghiện, hướng tâm thần tại bệnh viện, giúp các nhân viên y tế dễ dàng tuân thủ các quy định. Kể từ năm 2008, Bộ Y Tế đã bỏ danh mục thuốc độc phải quản lý, tuy nhiên theo Luật Dược và theo Thông tư 22 /2011/TT-BYT, Thông tư số 23 /2011/TT-BYT vẫn có các thuốc phải quản lý đặc biệt trong sử dụng như thuốc gây nghiện, hướng tâm thần, kháng sinh, corticoid, thuốc điều trị lao, thuốc phải hội chẩn... Vì vậy việc áp dụng giải pháp quản lý này vẫn có lợi ích giúp cho khoa Dược kiểm soát thực hiện các quy định chuyên môn dược, đảm bảo việc sử dụng thuốc an toàn hợp lý trong bệnh viện.[21], [23], [52].

4.2.2. Ứng dụng phương pháp tính điểm có phần mềm hỗ trợ trong quản lý đấu thầu cung ứng thuốc tại Bệnh viện Hữu nghị .

Công tác đấu thầu cung ứng thuốc được thực hiện hàng năm tại các bệnh viện mang lại hiệu quả trong lựa chọn các mặt hàng thuốc sử dụng tại bệnh viện có hiệu quả với giá hợp lý.[43], [55]. Tuy nhiên tại các bệnh viện đa khoa, đây cũng là công việc rất nặng nề đòi hỏi nhiều thời gian, nhân lực, chi phí.

Với số lượng thuốc trong danh mục sử dụng, số lượng các nhà thầu ngày càng tăng qua các năm, số lượng báo cáo ngày càng nhiều, ứng dụng phương pháp tính điểm và phần mềm trong quản lý đấu thầu cung ứng thuốc, hoá chất, vật tư tiêu hao tại Bệnh viện Hữu nghị đã mang lại các kết quả sau:

- Xây dựng được 11 tiêu chuẩn đánh giá hồ sơ thầu và tiêu chuẩn kỹ thuật của thuốc đã được tính điểm từ đó tính giá đánh giá để xét thầu.
- Thân thiện với người sử dụng, dễ dàng trong chuẩn bị hồ sơ như lập danh mục, (tên thuốc, hàm lượng, bào chế, đóng gói) cùng số lượng và giá dự kiến
- Nhận và nhập được thông tin về thuốc tham gia đấu thầu của hơn 100 nhà thầu với khoảng hơn 2000 mặt hàng thuốc tham dự thầu.
- Tính điểm và giá đánh giá cho từng mặt hàng theo các tiêu chuẩn xét chọn thầu khách quan, minh bạch
- Cho phép tiến hành đấu thầu trên từng thành phẩm: cụ thể rõ ràng các tiêu chí theo yêu cầu với tất cả các nhà thầu.

- Hoàn thành chính xác các báo cáo cho bệnh viện và các nhà thầu, giúp quản lý được kết quả thầu theo các yêu cầu do Bộ Y Tế yêu cầu: danh mục thuốc trúng thầu, danh mục các nhà thầu trúng thầu, danh mục các thuốc vượt giá kế hoạch, danh mục các thuốc không có đơn vị tham gia thầu.
- Rút ngắn thời gian, giảm số nhân lực chuẩn bị và chấm thầu.
- Đề tài sẽ đề xuất tiếp tục hoàn thiện cách tính điểm cho việc xét thầu thuốc và xây dựng thêm các yêu cầu để phân mềm đáp ứng tốt hơn cho công tác đấu thầu và sẽ tiến tới tổ chức đấu thầu qua mạng.

Với các kết quả đã đạt được khi ứng dụng phương pháp tính điểm có phần mềm hỗ trợ trong hoạt động đấu thầu cung ứng thuốc tại Bệnh viện Hữu nghị đã mang lại hiệu quả rõ rệt: công khai minh bạch trong việc xét thầu, giảm thời gian, nhân lực, chi phí, So sánh trước và sau can thiệp, phương pháp tính điểm có phần mềm hỗ trợ trong hoạt động đấu thầu thuốc đã mang lại hiệu quả: minh bạch việc lựa chọn thuốc, giảm thời gian, nhân lực, lựa chọn được nhà thầu cung ứng đảm bảo cho bệnh viện, đạt được những tiêu chí theo các văn bản quy định. [31], [40],[41],[53].

4.3. XÂY DỰNG HỆ THỐNG GIẢI PHÁP, ĐỀ XUẤT MÔ HÌNH HOẠT ĐỘNG KHOA DƯỢC

Ma trận S.W.O.T được lựa chọn nhằm thiết lập và đánh giá chính xác các điểm mạnh, điểm yếu cũng như cơ hội và đe dọa để từ đó có thể đề ra các phương án khả thi nhất, hay nhằm hạn chế những yếu tố nguy cơ có thể xảy đến.

Đề tài sử dụng ma trận S.O.W.T trong phân tích các nhân tố tác động đến hoạt động cung ứng thuốc của khoa Dược.

Ứng dụng ma trận S.O.W.T phân tích những nhân tố ảnh hưởng tới hoạt động cung ứng thuốc của khoa dược Bệnh viện Hữu nghị	Cơ hội: O	Nguy cơ, đe dọa: T
	1.Bộ Y Tế đã ban hành danh mục thuốc thiết yếu, chủ yếu, các quy chế khoa dược, quy chế kê đơn, thông tin quảng cáo. Thông tư hướng dẫn tổ chức đấu thầu cung ứng thuốc tại bệnh viện đang được hoàn chỉnh.	1.Nguy cơ chảy máu chất xám: Nhiều bệnh viện tư nhân mới mở lôi kéo nhân lực của các bệnh viện công. 2. Danh mục thuốc bệnh viện liên tục mở rộng trong khi cơ sở, nhân lực không thay đổi. Nhóm thuốc điều trị ung thư, kháng sinh

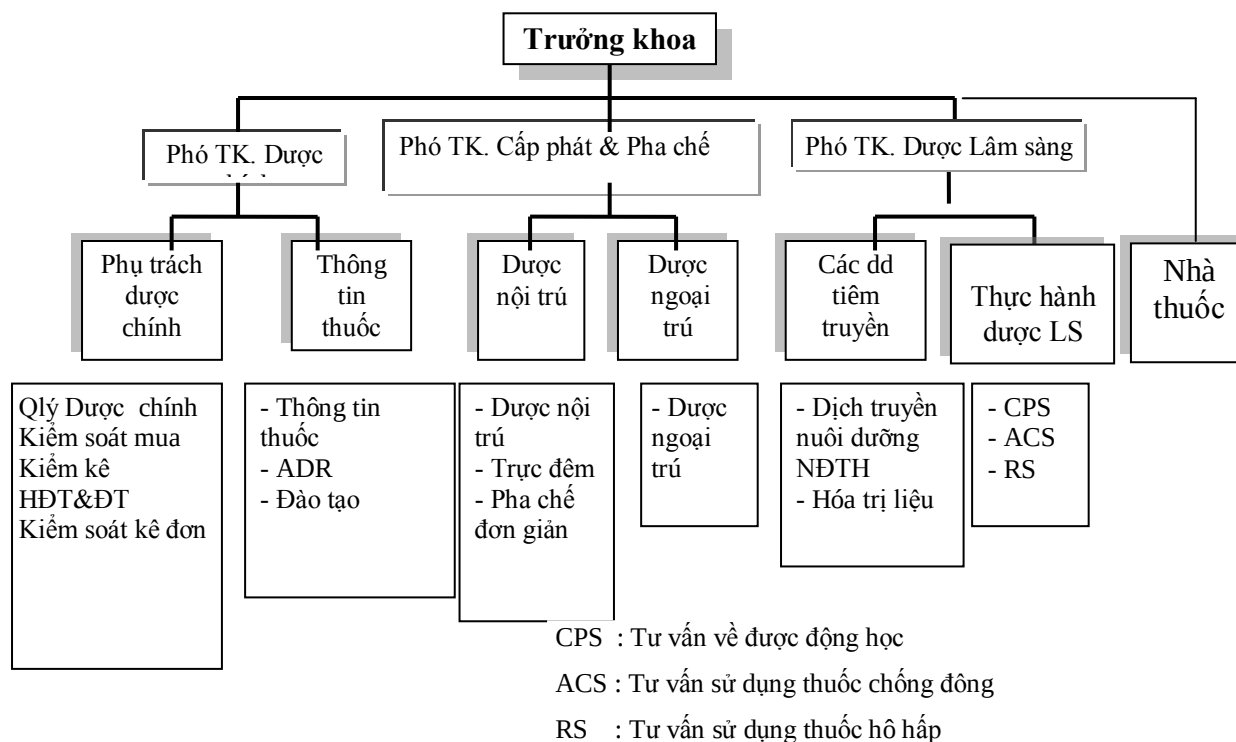
	2. Nguồn cung cấp thuốc phong phú. Bệnh viện có nhiều sự lựa chọn trong đấu thầu, có cơ hội mua được thuốc tốt, giá hợp lí. 3. Bệnh viện đẩy mạnh phát triển về kỹ thuật đòi hỏi công tác Dược cũng phải đáp ứng những yêu cầu cao hơn. 4. Thông tin Dược phong phú về quản lí, khoa học, công nghệ, dược lâm sàng, thông tin thuốc. 5. Các dược sĩ được tạo điều kiện tham dự các hội nghị, hội thảo về dược .	chiếm tỷ trọng cao trong tổng kinh phí thuốc. 3. Kinh phí về thuốc hạn hẹp nên ảnh hưởng đến cung ứng thuốc. 4. Giá thuốc vẫn còn cao do tình trạng độc quyền, biến động giá chung gây ảnh hưởng đến giá thuốc cung ứng cho bệnh viện. 5. Thói quen thích dùng biệt dược đắt tiền, không tin tưởng chất lượng thuốc nội của bác sĩ. 6. Đối tượng bệnh nhân cao tuổi đa bệnh, đa thuốc.
Điểm mạnh: S 1.Đội ngũ cán bộ,nhân viên có tư cách đạo đức tốt, nhiệt tình hết lòng vì người bệnh, có đội ngũ DS ĐH trẻ chịu khó học hỏi, phát triển chuyên môn , tuân thủ mục tiêu định hướng lãnh đạo đề ra. Khoa đã xây dựng được một số quy trình kiểm tra, phân công trách nhiệm.. (Phụ lục 1,2).	Các giải pháp- SO 1.Xây dựng các qui trình chuẩn cho công việc cấp phát, kiểm nhập. Xây dựng các chỉ số đánh giá giám sát hiệu quả hoạt động dược căn cứ theo các văn bản của Bộ và công việc thực tế. S1,O1. 2. Xây dựng kế hoạch đào tạo phát triển chuyên môn	Các giải pháp: ST 1.Tăng cường giám sát kê đơn, bình bệnh án, sử dụng thuốc an toàn, hợp lí. S1, S6, T2, T5. 2. Tăng cường đầu tư bảo quản, quản lí chất lượng thuốc. S3, S4, T2. 3. Cử dược sĩ đi lâm sàng thường xuyên cùng với bác sĩ giám sát sử dụng thuốc.S1,T2,T3.

2.Hoạt động cung ứng thuốc có hiệu quả, đảm bảo kịp thời cho điều trị. 3. Bệnh viện đã nổi mạng quản lí toàn viện, rất hiệu quả cho quản lí thuốc, vật tư tiêu hao. 4.Được cấp trên ủng hộ, quan tâm, đầu tư kinh phí về kho bảo quản, nổi mạng quản lí thuốc toàn viện 5. Có mối liên hệ chặt chẽ với trường ĐH Dược để đào tạo lại cho các dược sĩ của khoa. 6. Hợp tác tốt với các khoa lâm sàng để hỗ trợ việc sử dụng thuốc an toàn hợp lí	cho các dược sĩ về quản lí dược bệnh viện, dược lâm sàng.S1,S5, O3, O4, O5. 3.Tiếp tục hoàn thiện các yêu cầu trong nổi mạng quản lí thuốc tại bệnh viện: Nổi mạng tra cứu tương tác chéo, tra cứu thông tin thuốc, quản lí tồn kho, dự trữ thuốc.S3, S4, O1, O3.	4. Tập trung phân tích, đánh giá sử dụng thuốc theo các phân tích ABC, VEN..để tìm các vấn đề cần can thiệp trong sử dụng thuốc tại bệnh viện.T2,T3, T6, S1,S3, S5. 5.Xây dựng DMT BV hợp lí. Rút ngắn DMT với những thuốc đã giảm hiệu quả điều trị. Không nên để có quá nhiều thuốc trong DMT, gây khó khăn cho công tác cung ứng thuốc tại bệnh viện. T2, T3, T5,S2,S3.
Điểm yếu:W 1. Thiếu Dược sĩ ở mọi trình độ, nhất là dược sĩ lâm sàng. Chế độ lương, môi trường làm việc chưa hợp lí để thu hút chất xám. 2. Các dược sĩ ít được đào tạo chuyên sâu về bệnh viện 3. Mô hình tổ chức chưa hợp lí, còn thiếu tổ dược lâm sàng, bộ phận pha chế thuốc	Các giải pháp: WO 1.Tuyển chọn, đào tạo nguồn nhân lực, cử cán bộ đi học để nâng cao trình độ chuyên môn, đặc biệt là DLS.W1,W2,O1. 2. Điều chỉnh lại mô hình tổ chức hoạt động khoa dược theo quy định mới. Cần học tập mô hình khoa	Các giải pháp:WT 1. Chính sách nhân lực dược tại các bệnh viện công lập cần có sự thay đổi để đáp ứng những nhiệm vụ mới. W1, T1. 2. Trang bị các phương tiện làm việc, hệ thống tài liệu, tra cứu thông tin thuốc;Tăng cường công tác

điều trị ung thư. . 4. Cơ sở vật chất còn chật chội. Kho thuốc chưa đạt GSP. Một số trang bị chuyên dụng còn thiếu như máy ra lẻ thuốc, tủ quầy bảo quản cấp phát thuốc... 5. Hoạt động của HĐT & ĐT chưa rõ ràng, cụ thể, chưa xây dựng những phác đồ điều trị tại bệnh viện. 6. Sử dụng thuốc chưa thật sự đảm bảo an toàn, hiệu quả, một số thuốc không thiết yếu (N) vẫn chiếm tỷ trọng cao. 7. Công tác đấu thầu thuốc nhiều thủ tục hành chính, tốn nhiều thời gian, nhân lực và chi phí, ảnh hưởng đến cung ứng thuốc cho người bệnh. 8. Số lượng bệnh nhân tăng nhanh qua các năm. Áp lực làm việc cao.	được tại các nước phát triển. W3, W4, O3, O4. 3. Khai thác triệt để các nguồn kinh phí, quản lý sử dụng kinh phí đúng quy định, hợp lý, tránh lãng phí. W8, O2, O3 4. Ứng dụng tin học quản lý đấu thầu thuốc để giảm thời gian, nhân lực và minh bạch hoạt động đấu thầu thuốc. W7, O1. 5. Đề xuất đào tạo nhân lực, trang bị để xây dựng đơn vị pha chế hoá trị liệu tập trung tại bệnh viện, đảm bảo an toàn cho người bệnh và nhân viên, giảm chi phí điều trị. W3, W4, O1, O4. 6. Nâng cao chất lượng hoạt động của HĐT & ĐT, xây dựng DMT bệnh viện hợp lý. Xây dựng phác đồ điều trị tại bệnh viện. W5, W6, O1, O3.	thông tin, tư vấn về sử dụng thuốc hợp lý, an toàn, hiệu quả. W2, W6, T2. 4. Xây dựng tốt mối quan hệ Dược sỹ- Bác sỹ- Bệnh nhân(PDP). W5, T5. 5. Khoa dược tổ chức các buổi thông tin thuốc để trao đổi với các bác sỹ về các thuốc sử dụng nhiều tại bệnh viện. W6, T2. 6. BHXH cần điều chỉnh chính sách về chi trả BHYT để giảm khó khăn cho các cơ sở y tế và người bệnh được hưởng dịch vụ chăm sóc tốt hơn. W8, T3, T6.
---	---	---

➤ **Đề xuất mô hình hoạt động khoa Dược trong thời gian tới:**

Căn cứ theo quy chế hoạt động khoa dược mới ban hành và tham khảo các mô hình hoạt động các khoa dược bệnh viện trên thế giới, đề tài đề xuất mô hình hoạt động khoa dược trong thời gian tới:



Hình 4.39: Đề xuất mô hình hoạt động khoa Dược

Khoa dược sẽ bao gồm các bộ phận chính sau:

1. *Nghệp vụ dược*: Quản lý dược chính, kiểm soát mua, kiểm kê, HĐT & ĐT, kiểm soát kê đơn. thông tin thuốc. Báo cáo ADR. Đào tạo
2. *Kho và cấp phát nội ngoại trú*: Cấp phát thuốc cho bệnh nhân nội trú và ngoại trú. Trực phát thuốc cấp cứu.
3. *Dược lâm sàng* : Giám sát sử dụng thuốc. Hướng dẫn sử dụng thuốc điều trị bệnh mạn tính như bệnh hô hấp, bệnh nội tiết, tim mạch, tiêu hoá. Giám sát thuốc có khoảng điều trị hẹp: Thuốc chống co giật, thuốc kháng sinh aminoglycosid, thuốc chống đông, digoxin, theophylin...
4. *Pha chế thuốc*, pha chế hoá trị liệu, dịch truyền nuôi dưỡng ngoài đường tiêu hoá, kiểm nghiệm, kiểm soát chất lượng thuốc.
5. *Quản lý hoạt động chuyên môn của Nhà thuốc bệnh viện.*

Hệ thống giải pháp

❖ Nhân lực

1. Tăng cường nhân lực dược cho khoa dược. Xây dựng kế hoạch đào tạo phát triển chuyên môn cho các dược sỹ về quản lý dược bệnh viện, dược lâm sàng.
2. Xây dựng tốt mối quan hệ Dược sỹ- Bác sỹ- Bệnh nhân(PDP). Cử dược sỹ đi lâm sàng thường xuyên cùng với bác sỹ giám sát sử dụng thuốc.
3. Thành lập và tăng cường hoạt động tổ theo dõi tác dụng có hại của thuốc (ADR).
4. Khoa dược tổ chức các buổi thông tin thuốc để trao đổi với các bác sỹ về các thuốc sử dụng nhiều tại bệnh viện.
5. Tăng cường giám sát kê đơn, bệnh án, sử dụng thuốc an toàn, hợp lý.

❖ Phương tiện vật chất

6. Đề xuất trang bị để xây dựng đơn vị pha chế hoá trị liệu tập trung tại bệnh viện, đảm bảo an toàn cho người bệnh và nhân viên, giảm chi phí điều trị, bảo vệ môi trường.
7. Đề nghị trang bị, nâng cấp cơ sở vật chất, kho đảm bảo GSP, trang thiết bị bảo quản vận chuyển thuốc. Tổ chức pha chế, kiểm soát theo đúng quy định.
8. Trang bị các phương tiện làm việc, hệ thống tài liệu, tra cứu thông tin thuốc.

❖ Năng lực quản lý:

9. Điều chỉnh lại mô hình tổ chức hoạt động khoa dược theo quy định mới. Cần học tập mô hình khoa dược tại các nước phát triển.
10. Xây dựng các qui trình chuẩn cho công việc cấp phát, kiểm nhập.
11. Xây dựng các chỉ số đánh giá giám sát hiệu quả hoạt động dược căn cứ theo các văn bản của Bộ và công việc thực tế.
12. Tiếp tục hoàn thiện các yêu cầu trong nội mạng quản lý thuốc tại bệnh viện. Nội mạng tra cứu tương tác chéo, tra cứu thông tin thuốc, quản lý tồn kho, dự trữ thuốc.
13. Xây dựng DMT BV hợp lý. Rút ngắn DMT với những thuốc đã giảm hiệu quả điều trị. Không nên để có quá nhiều thuốc trong DMT, gây khó khăn cho công tác cung ứng thuốc tại bệnh viện. [57].
14. Ứng dụng tin học quản lý đấu thầu thuốc để giảm thời gian, nhân lực và minh bạch hoạt động đấu thầu thuốc.
15. Tổ chức thực hiện nghiêm túc các quy chế, quy định về dược và tăng cường công tác kiểm tra, kiểm soát việc thực hiện.

16. Tăng cường công tác thông tin, tư vấn về sử dụng thuốc hợp lý, an toàn, hiệu quả.
17. Định kỳ hàng năm sử dụng các công cụ phân tích sử dụng thuốc như phân tích ABC, phân tích VEN, đánh giá sử dụng thuốc tại bệnh viện. Căn cứ trên các đánh giá, HĐT & ĐT định hướng can thiệp các vấn đề chưa hợp lý như giảm chi phí các thuốc nhóm N, tăng cường sử dụng các thuốc generic, thuốc sản xuất trong nước đảm bảo chất lượng, giảm chi phí điều trị.
18. Phân công công việc, quy định trách nhiệm rõ ràng, có quy định thời gian kiểm tra, báo cáo.
19. Tăng cường đầu tư bảo quản, quản lý chất lượng thuốc. Xây dựng cơ sở tồn kho hợp lý.

❖ **Kinh phí**

20. Khai thác triệt để các nguồn kinh phí, quản lý sử dụng kinh phí đúng quy định, hợp lý, tránh lãng phí.
21. Có chính sách chi trả phù hợp cho người bệnh cao tuổi mắc bệnh mạn tính.

❖ **Chính sách**

22. Nâng cao chất lượng hoạt động của HĐT & ĐT, phân công trách nhiệm cụ thể cho từng thành viên. HĐT & ĐT cần xây dựng chương trình hoạt động cụ thể cho từng giai đoạn. Xây dựng phác đồ điều trị cho bệnh viện.
23. BHXH cần điều chỉnh chính sách về chi trả BHYT để giảm khó khăn cho các cơ sở y tế và người bệnh được hưởng dịch vụ chăm sóc tốt hơn.
24. Chính sách nhân lực được tại các bệnh viện công lập cần có sự thay đổi để đáp ứng những nhiệm vụ mới.
25. Xây dựng một số cơ chế chính sách để nâng cao tỷ lệ sử dụng thuốc nội, thuốc generic trong bệnh viện và tiến tới các thuốc trong nước đều được đánh giá tương đương sinh học để thầy thuốc và người bệnh tin tưởng sử dụng.

KẾT LUẬN

1. THỰC TRẠNG CUNG ỨNG THUỐC TẠI BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ

1.1. Lựa chọn thuốc

DMTBV Hữu Nghị đa dạng cả về các nhóm dược lý, số hoạt chất trong mỗi nhóm và số biệt dược cho mỗi hoạt chất để đáp ứng nhu cầu điều trị của bệnh viện đa khoa.

Quản lý cung ứng một danh mục thuốc lớn trong bệnh viện đòi hỏi khoa dược phải có cơ sở quản lý đảm bảo, các quy trình làm việc chuẩn, các dược sỹ được đào tạo chuyên về dược bệnh viện đây là những khó khăn đối với khoa dược bệnh viện. Bệnh viện cần xây dựng phác đồ điều trị để làm căn cứ trong xây dựng danh mục thuốc sử dụng thuốc tại bệnh viện. Danh mục thuốc nên xem xét để rút ngắn, loại bỏ những thuốc kém hiệu quả.

1.2. Mua sắm thuốc

Phương thức cung ứng thuốc tại bệnh viện Hữu Nghị theo hình thức đấu thầu rộng rãi một lần trong năm. Do đấu thầu rộng rãi nên số lượng các công ty tham dự ngày càng tăng. Việc mua sắm theo hình thức đấu thầu rộng rãi mang lại nhiều lợi ích: Chuẩn hoá quy trình mua sắm, công khai minh bạch, bệnh viện có nhiều sự lựa chọn, giá thuốc ổn định trong cả năm.

Tuy nhiên cũng còn nhiều bất cập như quá trình mua sắm nhiều thủ tục, kéo dài, tốn nhiều thời gian, nhân lực, chi phí. Hình thức kí hợp đồng trọn gói cũng chưa phù hợp do số lượng thuốc sử dụng trong năm có nhiều biến động. Cần sử dụng các phương pháp phân tích sử dụng thuốc để can thiệp trong xây dựng kế hoạch cung ứng thuốc tại bệnh viện.

Bệnh viện hiện tại chỉ còn pha chế một số thuốc đông dược, thuốc dùng ngoài sử dụng trong bệnh viện. Với mô hình bệnh tật của bệnh viện có chương bệnh khối u đứng thứ 2 trong số 10 chương bệnh chiếm tỷ lệ cao nhất, thuốc điều trị ung thư chiếm tỷ trọng cao (nhóm A) thì rất cần quan tâm đến pha chế thuốc điều trị ung thư tại bệnh viện.

1.3. Cấp phát và tồn trữ

Khoa dược bệnh viện đảm bảo cấp phát thuốc cho bệnh nhân nội ngoại trú tại bệnh viện. Số lượng bệnh nhân tăng nhanh, đặc biệt là bệnh nhân ngoại trú làm cho khối lượng công việc rất lớn. Từ năm 2008, bệnh viện Hữu Nghị đã ứng dụng công nghệ thông tin nối mạng toàn viện, kê đơn điện tử mang lại lợi ích cho người bệnh, tăng cường quản lý thuốc và bệnh tật tại bệnh viện.

Lượng thuốc tồn kho tại khoa dược trong khoảng 2 đến 3 tháng thuốc sử dụng bình quân. Hệ thống kho, các phòng cấp phát chưa đảm bảo đạt GSP theo quy định.

Khoa dược cần đề xuất xây dựng phần mềm quản lý tồn kho giúp cho cung ứng thuốc được kịp thời.

1.4. Quản lý sử dụng thuốc tại bệnh viện

Áp dụng các phương pháp phân tích cơ cấu sử dụng thuốc theo nguồn gốc xuất xứ, thuốc generic, thuốc biệt dược, phân tích ABC, phân tích VEN các thuốc sử dụng tại bệnh viện Hữu Nghị từ năm 2008-2010 cho thấy: Cơ cấu thuốc nội chiếm tỷ lệ từ 20,35% đến 22,37% giá trị tiêu thụ trong tổng giá trị kinh phí mua thuốc. Khối lượng tiêu thụ thuốc nội chiếm tỷ lệ 82,97% đến 87,3% trong tổng khối lượng tiêu thụ tại bệnh viện.

Trong nhóm A, thuốc biệt dược gốc chiếm tỷ lệ 40%, 38,33% và 41,79% tổng giá trị tiêu thụ trong khi khối lượng tiêu thụ chiếm 6,66%; 7,15%; 7,34%. Thuốc generic chiếm từ 58,1%, 60%, 61,7% giá trị tiêu thụ nhưng khối lượng tiêu thụ chiếm trên 90%. Phân tích VEN các thuốc trong nhóm A, trong ba năm các thuốc nhóm N chiếm tỷ trọng 4,77%, 4,03% và 2,34% giá trị tiêu thụ, khối lượng tiêu thụ chiếm tỷ lệ từ 13- 27%. Các phân tích trên sẽ là căn cứ đề xuất với HĐQT và ĐT xây dựng, thực hiện và đánh giá các chiến lược can thiệp sử dụng thuốc.

1.5. Những khó khăn thách thức trong công tác dược tại Bệnh viện Hữu nghị

Nhân lực khoa dược từ năm 2004-2010 không tăng cả về dược sỹ đại học và trung học. Tỷ trọng nhân lực dược trên tổng số cán bộ viên chức giảm so với các năm trước: Năm 2004 nhân lực dược chiếm 4,83% trong tổng biên chế, đến năm 2010 nhân lực dược chỉ chiếm 4,3% tổng biên chế của bệnh viện. Năm 2010 tỷ lệ DS ĐH/ BS là: **1/26,7**; Khoa dược có tỷ lệ DS ĐH/ DSTH là 1/2,86. Khó khăn về nhân lực dược là nhân tố ảnh hưởng lớn đến hoạt động cung ứng thuốc bệnh viện. Theo quy định khoa dược bệnh viện Hữu Nghị cần phải có từ 12 đến 23 DS ĐH để đảm bảo công việc.

Khoa dược chưa có những bộ phận giám sát sử dụng thuốc trong bệnh viện, chưa có dược sỹ chuyên dược lâm sàng. Mô hình hoạt động cần thay có thêm bộ phận dược lâm sàng, pha chế hoá trị liệu.

Hệ thống kho tồn trữ bảo quản thuốc đạt các tiêu chuẩn cơ bản. Các phòng cấp phát thuốc còn chật chội và hệ thống điều hoà còn chưa đảm bảo các tiêu chuẩn thực hành bảo quản thuốc tốt. Chưa có các trang bị cho đơn vị thông tin thuốc.

Mô hình bệnh tật tại Bệnh viện Hữu nghị là đặc thù của một bệnh viện đa khoa với đối tượng phục vụ chủ yếu là người cao tuổi. Với mô hình bệnh tật tập trung vào mười chương bệnh như hệ tuần hoàn, khối u, hệ hô hấp, hệ tiêu hoá...như trên đều nằm trong nhóm bệnh điều trị lâu dài và làm tăng chi phí dành cho thuốc.

Nguồn kinh phí từ BHYT cấp cho bệnh viện là nguồn chính cho hoạt động của bệnh viện. Tiền thuốc sử dụng trong bệnh viện chiếm tỷ trọng cao nhất năm 2007: 41,2%, thấp nhất năm 2010: 29,4% trong tổng kinh phí trong bệnh viện. Việc bệnh viện triển khai nhiều kỹ thuật mới, nhiều loại thuốc mới được bổ sung vào danh mục với chi phí cao, giá cả biến động nhiều làm tăng nhu cầu về kinh phí thuốc, hoá chất. Khoa dược cũng luôn bị áp lực trong việc đáp ứng nhu cầu ngày càng tăng của điều trị trong khi kinh phí từ nguồn BHYT, ngân sách còn hạn hẹp.

2. ỨNG DỤNG GIẢI PHÁP KỸ THUẬT TRONG QUẢN LÝ THUỐC ĐỘC, GÂY NGHIỆN, HƯỚNG TÂM THẦN VÀ PHƯƠNG PHÁP TÍNH ĐIỂM CÓ PHẦN MỀM HỖ TRỢ TRONG QUẢN LÝ ĐẤU THẦU CUNG ỨNG THUỐC TẠI BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ

Giải pháp kỹ thuật trong quản lý thuốc độc, gây nghiện, hướng tâm thần đã góp phần giảm tỷ lệ số đơn thuốc, hồ sơ bệnh án sai quy định quản lý thuốc độc, nghiện, hướng tâm thần tại bệnh viện. Giải pháp này cần tiếp tục áp dụng cho các thuốc phải quản lý đặc biệt theo các quy định hiện hành.

Ứng dụng tin học và phương pháp tính điểm trong đấu thầu thuốc đã mang lại hiệu quả giúp cho việc xét thầu khách quan, minh bạch, giảm thời gian và nhân lực cho công tác đấu thầu. Hiện nay phương pháp này đã được Viện Tim Hà Nội, bệnh viện K, bệnh viện đa khoa trung ương Thái Nguyên tham khảo và áp dụng.

ĐỀ XUẤT

1. Chính sách nhân lực được tại các bệnh viện cần có sự thay đổi để đáp ứng những nhiệm vụ mới. Tăng cường nhân lực được cho khoa được. Xây dựng kế hoạch đào tạo phát triển chuyên môn cho các dược sỹ về quản lí dược bệnh viện, dược lâm sàng.
2. Công tác đấu thầu thuốc còn nhiều bất cập cần bổ sung các văn bản tháo gỡ. Ứng dụng phương pháp tính điểm có phần mềm hỗ trợ đã mang lại hiệu quả rõ rệt trong đấu thầu, có thể áp dụng cho các bệnh viện tương đương.
3. Đề nghị trang bị, nâng cấp cơ sở vật chất, kho đảm bảo GSP, trang thiết bị bảo quản vận chuyển thuốc. Tổ chức pha chế kiểm soát, kiểm nghiệm theo đúng quy định. Trang bị các phương tiện làm việc, hệ thống tài liệu, tra cứu thông tin thuốc.
4. Nâng cao chất lượng hoạt động của HĐT & ĐT, phân công trách nhiệm cụ thể cho từng thành viên. HĐT & ĐT cần xây dựng chương trình hoạt động cụ thể cho từng giai đoạn.
5. Bảo hiểm xã hội cần điều chỉnh chính sách về chi trả Bảo hiểm y tế để giảm khó khăn cho các cơ sở y tế và người bệnh được hưởng dịch vụ chăm sóc tốt hơn.
6. Điều chỉnh lại mô hình hoạt động khoa dược. Bổ sung thêm bộ phận dược lâm sàng và pha chế hoá trị liệu là hai bộ phận cần thiết hiện nay còn thiếu.

DANH MỤC CÁC CÔNG TRÌNH ĐÃ CÔNG BỐ LIÊN QUAN ĐẾN ĐỀ TÀI

1. **PhD.Dr Nguyen Thi Thai Hang, MP.Hoang Thi Minh Hien, Duong Thuy Mai (2005),** *A solution to manage controlled-drugs in Huu Nghi hospital.* Pharma Indochina IV Pharmacy in cooperation for development and intergration. Tr 147.
2. **Hoàng Thị Minh Hiền, Nguyễn Thị Thái Hằng, Dương Thùy Mai (2010),** *Khảo sát hoạt động đấu thầu thuốc tại Bệnh viện Hữu nghị giai đoạn 2005-2007.* Tạp chí Dược học số 410 tháng 6/2010.Tr.6-10.
3. **Hoàng Thị Minh Hiền, Nguyễn Thị Thái Hằng, Phương Đình Thu, Nguyễn Thị Thu Hương, Bùi Đức Trung (2011),** *Bước đầu ứng dụng phương pháp tính điểm có phần mềm hỗ trợ trong đấu thầu thuốc tại Bệnh viện Hữu nghị.* Tạp chí Dược học số 428 tháng 12/2011; Tr 47-51.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

Tiếng Việt

1. **Bộ môn Quản lý và Kinh tế dược** (2003), *Quản lý tồn trữ thuốc* Giáo trình Kinh tế dược, tr. 232-265, Trường Đại học Dược Hà Nội
2. **Bộ môn Quản lý và Kinh tế dược** (2003), *Nhu cầu thuốc-Các phương pháp xác định nhu cầu thuốc*, Giáo trình Kinh tế dược, tr 203- 217, Trường Đại học Dược Hà Nội
3. **Bộ môn Quản lý và Kinh tế dược** (2003), *Công tác dược bệnh viện*, Giáo trình Kinh tế dược, tr 290-302, Trường Đại học Dược Hà Nội
4. **Bộ Y Tế** (1997), *Thông tư số 08/BYT- TT Hướng dẫn việc tổ chức, chức năng, nhiệm vụ của Hội đồng thuốc và điều trị ở Bệnh viện để thực hiện chỉ thị 03/BYT-CT ngày 25/2/1997 của Bộ trưởng Bộ Y Tế về việc chấn chỉnh công tác cung ứng, quản lý, sử dụng thuốc tại bệnh viện*
5. **Bộ Y Tế** (2001), *Quy chế bệnh viện*, nhà xuất bản Y học, Hà Nội
6. **Bộ Y Tế** (1999), *Danh mục thuốc thiết yếu tân dược lần thứ IV*, ban hành kèm theo quyết định số 2285/1999/QĐ- BYT ngày 28/7/1999.
7. **Bộ Y Tế - Ban t- vên số đông thuộc kh,ng sinh** (1997), *Xây dựng mô hình Hội đồng thuốc và điều trị tại bệnh viện*, Hoạt động DPCA- Chương trình hợp tác y tế Việt Nam – Thụy Điển.
8. **Bộ Y Tế** (2003), *Báo cáo tổng kết công tác dược năm 2003 và triển khai công tác năm 2004*.
9. **Bộ Y Tế** (2004), *Quy hoạch phát triển hệ thốn đào tạo nhân lực y tế đến năm 2020*
10. **Bộ Y Tế** (1999), *Quyết định số 2033/1999/QĐ-BYT ngày 09/7/1999 của Bộ trưởng Bộ Y Tế về việc ban hành quy chế quản lý thuốc gây nghiện, danh mục thuốc gây nghiện và danh mục thuốc gây nghiện ở dạng phối hợp*.
11. **Bộ Y Tế** (2002), *Quyết định số 1442/2002/QĐ-BYT ngày 25/4/2002 của Bộ trưởng Bộ Y Tế về việc sửa đổi bổ sung một số điều của quy chế quản lý thuốc gây nghiện, ban hành kèm theo Quyết định số 2033/1999/QĐ-BYT ngày 09/7/1999 .*

12. **Bộ Y Tế** (1999), *Quyết định số 2032/1999/QĐ-BYT ngày 09/7/1999 của Bộ trưởng Bộ Y Tế về việc ban hành quy chế quản lý thuốc độc, danh mục thuốc độc, danh mục thuốc giảm độc.*
13. **Bộ Y Tế** (2001), *Quyết định số 3046/2001/QĐ-BYT ngày 12/7/2001 của Bộ trưởng Bộ Y Tế về việc bổ sung danh mục thuốc độc, danh mục thuốc giảm độc ban hành kèm theo Quyết định số 2032/1999/QĐ-BYT ngày 09/7/1999.*
14. **Bộ Y Tế** (2001), *Quyết định số 3047/2001/QĐ-BYT ngày 12/7/2001 của Bộ trưởng Bộ Y Tế về việc ban hành quy chế quản lý thuốc hướng tâm thần, danh mục thuốc hướng tâm thần, tiền chất dùng làm thuốc.*
15. **Bộ Y Tế** (2004), *Quyết định số 71/2004/QĐ-BYT ngày 09/1/2004 của Bộ trưởng Bộ Y Tế về việc bổ sung một số chất vào danh mục thuốc hướng tâm thần, tiền chất dùng làm thuốc ban hành kèm theo Quyết định số 3047/2001/QĐ-BYT ngày 12/7/2001 của Bộ trưởng Bộ Y Tế .*
16. **Bộ Y Tế** (2005), *Công văn số 1054/YT-TTr ngày 17/2/2005 của Bộ Y Tế về việc tăng cường quản lý thuốc gây nghiện, thuốc hướng tâm thần.*
17. **Bộ Y Tế** (1997), *Quyết định số 1895/1997/QĐ-BYT ngày 19/9/1997 của Bộ trưởng Bộ Y Tế về việc ban hành quy chế bệnh viện(Quy chế làm hồ sơ bệnh án) .*
18. **Bộ Y Tế** (2005), *Ban hành danh mục thuốc chữa bệnh chủ yếu sử dụng tại cơ sở khám chữa bệnh. Quyết định 03/2005/QĐ-BYT ngày 24/1/2005.*
19. **Bộ Y Tế** (2008), *Ban hành danh mục thuốc chữa bệnh chủ yếu sử dụng tại cơ sở khám chữa bệnh. Quyết định 05/2008/QĐ-BYT ngày 1/2/2008.*
20. **Bộ Y Tế** (2011), *Ban hành và hướng dẫn thực hiện danh mục thuốc chủ yếu được sử dụng tại các cơ sở khám, chữa bệnh được quỹ bảo hiểm y tế thanh toán. Thông tư số 31/2011/TT-BYT ngày 11/07/2011. 14A*
21. **Bộ Y Tế** (2011), *Quy định tổ chức và hoạt động của khoa dược bệnh viện. Thông tư số 22/2011/TT-BYT ngày 10/6/2011.*
22. **Bộ Y Tế** (2011). *Hướng dẫn sử dụng thuốc trong các cơ sở y tế có giường bệnh. Thông tư 23/2011/TT-BYT ngày 10/06/2011.*

23. **Bộ Y Tế** (2004), *Chỉ thị của Bộ trưởng Bộ Y Tế về việc chấn chỉnh công tác cung ứng, quản lý, sử dụng thuốc trong bệnh viện*, chỉ thị số 05/2004/CT- BYT ngày 16/4/2004.
24. **Bộ Y Tế** (2004), *Công văn của vụ điều trị - Bộ Y Tế về việc hướng dẫn thực hiện chỉ thị số 05/2004/CT –BYT của Bộ trưởng Bộ Y Tế*, số 3483/YT- ĐTr ngày 19/5/2004.
25. **Bộ Y Tế** (2008), *Phương hướng chủ đạo của công tác thanh tra dược để góp phần bình ổn thị trường dược phẩm Việt Nam*. Báo cáo Hội nghị ngành Dược 25/4/2008.
26. **Bộ Y Tế** (2006,2007), *Báo cáo tổng kết công tác dược và triển khai kế hoạch năm 2005, 2006*.
27. **Bộ Y Tế** (2011). *Báo cáo kết quả công tác khám, chữa bệnh năm 2010 và trọng tâm 2011*.
28. **Bộ Y Tế** (2001), *Công tác dược bệnh viện*, nhà xuất bản Y học, Hà Nội
29. **Bộ Y Tế** (2004), *Kết quả hoạt động công tác thanh tra Dược năm 2004- Phương hướng hoạt động 2005*, Công văn 772/YT- TT ngày 31/12/2004.
30. **Bộ Y Tế** (2005), *Tài liệu tập huấn sử dụng thuốc hợp lý trong điều trị tài liệu dùng cho đào tạo liên tục bác sĩ*, tr 98- 104, Hà Nội
31. **Bộ Y Tế - Bộ Tài Chính** (2007), *Hướng dẫn thực hiện đấu thầu cung ứng thuốc trong các cơ sở y tế công lập*, thông tư liên tịch số 10/2007/TTLT- BYT- BTC ngày 10/8/2007.
32. **Bộ Y Tế** (2005), *Niên giám thống kê y tế*. Tr. 161-162
33. **Bộ Y Tế - Bộ Nội vụ** (2007); *Hướng dẫn định mức biên chế sự nghiệp trong các cơ sở y tế nhà nước*; Thông tư liên tịch số 08/ TTLT- BYT-BNV ngày 5/6/2007.

34. **Bộ Y Tế - Vụ Khoa học và Đào tạo** (2006), *Báo cáo phân tích và đề xuất lựa chọn chính sách phát triển nguồn nhân lực y tế góp phần đổi mới, hoàn thiện hệ thống y tế Việt Nam theo hướng công bằng, hiệu quả và phát triển*. Tr 34-36.
35. **Bộ Y Tế - Vụ Điều trị** (2005), *Hội nghị tăng cường sử dụng thuốc hợp lý trong bệnh viện*, tr 1 - 18, Hà Nội
36. **Bộ Y Tế - Vụ Điều trị** (2006), *Báo cáo hội nghị Quản lý Dược bệnh viện 2006*.
37. **Bộ Y Tế - Vụ Điều trị** (2007), *Báo cáo đánh giá công tác khám chữa bệnh năm 2006 và triển khai kế hoạch năm 2007*, Hội nghị tổng kết công tác chữa bệnh năm 2006 và triển khai kế hoạch hoạt động năm 2007 - Hà Nội 1/2007 tr 5- 28.
38. **Bộ Y Tế - Cục Quản lý khám, chữa bệnh** (2010); *Báo cáo kết quả công tác khám, chữa bệnh 2009 thực hiện chỉ thị 06, thực hiện đề án 1816 và định hướng kế hoạch hoạt động 2010*; Hội nghị tổng kết công tác chữa bệnh năm 2009 và triển khai kế hoạch hoạt động năm 2010 – Huế 1/2010.
39. **Nguyễn Thị Kim Chúc, Trần Khánh Toàn, Nguyễn Quỳnh Hoa, Nguyễn Thị Phương Hoa** (2005), *Đánh giá tình hình thực hiện Chính sách quốc gia về thuốc ở Việt Nam từ năm 1996- 2004*, Chương trình hợp tác y tế Việt Nam – Thụy Điển.
40. **Chính phủ**(1999), *Quy chế đấu thầu*, nghị định số 88/1999/NĐ- CP ngày 1/9/1999.
41. **Chính phủ**(2006), *Hướng dẫn luật đấu thầu*, nghị định số 111/2006/NĐ- CP ngày 29/9/2006.
42. **Chính phủ** (2004), *Quản lý giá thuốc phòng, chữa bệnh cho người*, nghị định số 120/2004/NĐ- CP ngày 12/5/2004.
43. **Trương Quốc Cường** (2008), *Kiến toàn công tác quản lý nhà nước về Dược trong bối cảnh hội nhập khu vực và quốc tế*. Báo cáo Hội nghị ngành.

44. **Phạm Trí Dũng** (2005), *Chương trình tập huấn quản lý sử dụng thuốc tại bệnh viện Nhi Nghệ An*, tr 11- 17.
45. **Đỗ Bích Hà** (2008), *Phân tích , đánh giá hoạt động đấu thầu thông qua khảo sát quy trình và kết quả đấu thầu tại một số bệnh viện giai đoạn 2005-2007*, luận văn tốt nghiệp Dược sĩ, Hà Nội
46. **Nguyễn Thị Thái Hằng** (2001), *Thuốc thiết yếu, chính sách quốc gia về thuốc thiết yếu*, Bài giảng Dược xã hội học – Trường Đại học Dược Hà Nội.
47. **Hoàng Thị Kim Huyền** (2011). *Chăm sóc dược*. tr. 11-31, Nhà xuất bản Y học.
48. **Vũ Thị Thu Hương** (2006), *Đánh giá hoạt động cung ứng thuốc tại Bệnh viện E năm 2005- 2006*, Luận văn Thạc sĩ Dược học, trường Đại học Dược Hà Nội, Hà Nội.
49. **Dương Thùy Mai** (2008), *Phân tích, đánh giá hoạt động đấu thầu thuốc ở một số bệnh viện giai đoạn 2006, 2007 và bước đầu áp dụng tin học hỗ trợ hoạt động đấu thầu tại bệnh viện*. Luận văn Thạc sĩ Dược học, trường Đại học Dược Hà Nội, Hà Nội.
50. **Cao Minh Quang** (2008), *Phát triển công nghiệp dược các giải pháp quân bình cung cầu ổn định thị trường dược phẩm Việt Nam*, Báo cáo Hội nghị ngành
51. **Cao Minh Quang** (2006), *Cơ hội và thách thức của ngành dược Việt Nam trước thêm hội nhập WTO*, Hội nghị ngày 19/6/2006.48A
52. **Quốc hội** (2005), *Luật dược*, số 34/2005/QH11 ngày 14/6/2005.
53. **Quốc hội** (2005), *Luật đấu thầu*, số 61/2005/QH11 ngày 29/11/2005
54. **Phương Đình Thu** (1997), *Quản lý dược bệnh viện – Quản lý bệnh viện*, Trường Cán bộ Quản lý Y tế - Nhà xuất bản Y học.
55. **Sở Y tế Cần Thơ** (2008), *Công tác đấu thầu cung ứng thuốc trong bệnh viện*. Báo cáo Hội nghị ngành.

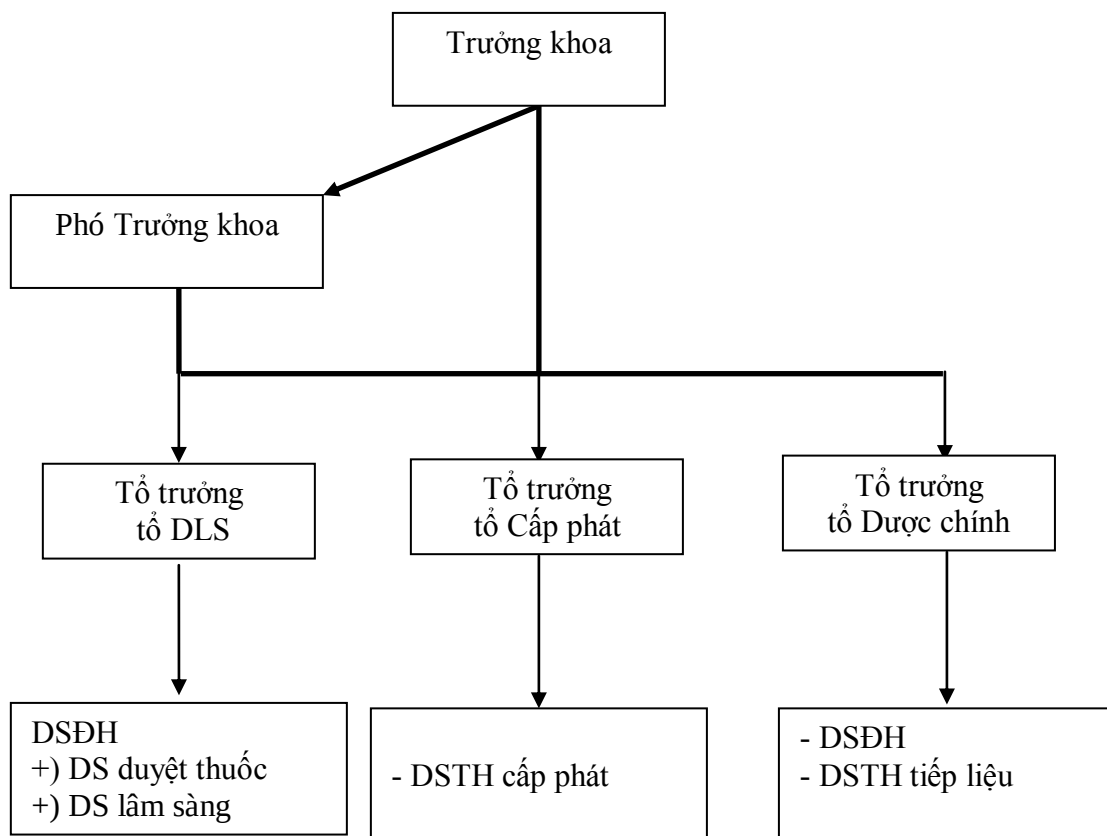
56. **Hà Văn Thúy** (2004), *Nghiên cứu mô hình cung ứng thuốc thiết yếu bằng nguồn vốn hỗ trợ phát triển chính thức tại Việt Nam*, Luận án Tiến sĩ Dược học, Trường Đại học Quân y, Hà Nội.
57. **Trường Đại học Y tế công cộng** (2001), *Quản lý dược bệnh viện*, Nhà xuất bản Y học
58. **Tổ chức Y tế Thế giới** (2004), *Hội đồng thuốc và điều trị - Cẩm nang hướng dẫn thực hành*, Hoạt động DPCA- Chương trình hợp tác Y tế Việt Nam – Thụy Điển.
59. **Vụ Điều trị** (2004), *Bước đầu đánh giá thực hiện chỉ thị 05/2004/CT-BYT về việc chấn chỉnh công tác dược bệnh viện*, Hội nghị đánh giá thực hiện chỉ thị 05/2004/CT- BHYT về việc chấn chỉnh thực hiện công tác dược bệnh viện.

Tiếng Anh

60. **Anthony, S.P. and E. al.** (1996). *Manual for the development and maintenance of Hospital drug formularie*.
61. **Boylan, L.S.** (2008). *e-Prescribing System*
62. **Donyai, P., et al.** (2008). *The effects of electronic prescribing on the quality of prescribing*. Br J Clin Pharmacol, 2008. **65**(2): p. 230-7.
63. **Feely, J., et al.** (1990). *Hospital formularies: need for continuous intervention*. BMJ, 1990. **300**(6716): p. 28-30.
64. **Jonathan D. Quick, Jame R. Rankin et al** (1997), *Managing Drug Supply*, Second edition, Kumarian Press, USA: 117-595.
65. **Pharmaceutical Society of Singapore** (2007), *Visit to Teishin Hospital Pharmacy Dept., Tokyo*.
66. **Singapore General Hospital**, (2011), *Pharmacy Department* Outram Road, Singapore 169608.
67. **Samsung Medical Centre**.(2003) *Division of Pharmaceutical Services*.

68. **WHO** (1993), How to investigate drug use in health facilities, *Selected drug use indicators*, Action Programme on Essential Drugs Geneva Switzerland.
69. **WHO** (2000), *Progress in Essential Drug and Medicine Policy 1998- 1999*, *Health technologand Pharmaceuticals Cluster*, WHO/EDM/2000.2.
70. **WHO** (2003), *Drug and committees - a practical guide*, *Managing the Tender Process*, Management Sciences for Health.
71. **WHO** (2006), *Developing pharmacy practice a focus on patient care*, Handbook 2006 edition.
72. **WHO** (2004). *Management of drug at health central level*, Training manual, Brazzavile 2004.
73. **WHO** (1999), *Operational principles for good pharmaceutical procurement*, Geneva 1999.

PHỤ LỤC 1 : MÔ HÌNH QUẢN LÝ HOẠT ĐỘNG KHOA DƯỢC



PHỤ LỤC 2 : TIÊU CHUẨN GIÁM SÁT KIỂM TRA HOẠT ĐỘNG DƯỢC BỆNH VIỆN

1. TIÊU CHUẨN KIỂM TRA KHO VÀ CÁC QUẦY CẤP PHÁT

Nội dung	Đạt	Không đạt	Ghi chú
I. KIỂM TRA VỀ KHO, QUẦY THUỐC			
1.1. Tổ chức và nhân sự			
Có sơ đồ tổ chức kho.			
Kho thuốc có đầy đủ nhân viên có trình độ phù hợp với công việc được giao.			
Có văn bản qui định chức năng nhiệm vụ của các bộ phận, từng cán bộ làm việc tại kho.			
1.2. Nhà kho và trang thiết bị			
Kiểm tra về sắp xếp, bố trí thuốc trong kho: Khu vực nhập thuốc Khu vực bảo quản thuốc Khu vực ra lẻ thuốc Khu vực cấp phát thuốc Khu vực thuốc chờ xử lý, thuốc chờ hủy Khu vực bảo quản thuốc gây nghiện, hướng tâm thần			
Có khóa chắc chắn và đóng kín khi cần thiết			
Nhà kho có các thiết bị phù hợp để đảm bảo các điều kiện bảo quản: Điều hoà không khí Quạt thông gió Xe chở hàng Nhiệt kế Âm kế			

Có các trang thiết bị phù hợp với yêu cầu bảo quản đặc biệt: Bảo quản mát (8-15 độ C). Bảo quản lạnh (2-8 độ C). Bảo quản đông lạnh (>-10 độ C). Có các khu vực riêng để bảo quản các chất yêu cầu đặc biệt.			
Có các phương tiện phòng chống cháy nổ			
Có bảng nội quy ra vào kho và các biện pháp cần thiết để hạn chế việc ra vào kho.			
1.3. Vệ sinh và an toàn			
Kho đảm bảo sạch sẽ			
Có kế hoạch định kỳ vệ sinh nhà kho			
Nơi rửa tay, phun vệ sinh được bố trí cách ly với khu vực tiếp nhận, bảo quản, xử lý thuốc và được thông gió tốt.			
Không được phép hút thuốc, ăn uống, nấu nướng hoặc mang thuốc/đồ dùng cá nhân vào kho.			
1.4. Bảo quản thuốc			
Sắp xếp thuốc hợp lý (dễ thấy, dễ lấy), theo nguyên tắc FIFO, FEFO			
Thuốc chờ loại bỏ được dán nhãn rõ ràng và được biệt trữ đúng quy cách.			
Kho có tiến hành kiểm tra, đánh giá định kỳ hoặc đột xuất để xác định chất lượng hàng hoá bảo quản trong kho. Số lô và hạn dụng của hàng hoá được kiểm tra thường xuyên để đảm bảo nguyên tắc “nhập trước xuất trước” và để phát hiện hàng gần hết hạn dùng.			
Thuốc trong kho được để trên giá kệ cách xa sàn, nền nhà.			
Có khu vực riêng để bảo quản nhãn thuốc và các bao bì đã in ấn.			
Có danh mục hoạt chất kém bền vững.			

Các thuốc gây nghiện, thuốc hướng tâm thần được bảo quản riêng theo đúng các quy định hiện hành.			
Các điều kiện về nhiệt độ, độ ẩm được kiểm soát, theo dõi liên tục và được ghi chép lại đầy đủ.			
1.5. Quy trình nhập thuốc			
Có quy trình nhập thuốc.			
Việc nhập thuốc được thực hiện theo đúng quy trình.			
Biên bản kiểm nhập			
1.6. Thuốc trả về			
Có khu vực bảo quản riêng.			
Thuốc trả về không đạt chất lượng hoặc an toàn cho người sử dụng được huỷ theo quy định.			
Thuốc do bệnh nhân trả lại được để ở khu vực riêng chờ xử lý.			
1.7. Vận chuyển thuốc			
Các điều kiện bảo quản đặc biệt phải được đảm bảo trong quá trình vận chuyển thuốc.			
Việc vận chuyển thuốc gây nghiện, thuốc hướng tâm thần tuân thủ đúng các quy định hiện hành.			
1.8. Hồ sơ tài liệu			
Có các quy trình, sổ theo dõi được soạn thảo bằng văn bản cho việc: - Nhập thuốc - Bảo quản - Cấp phát - Kiểm kê - Tiếp nhận và xử lý hàng trả về - Vệ sinh và bảo trì kho tàng, trang thiết bị - Theo dõi, ghi chép các điều kiện bảo quản			
Hồ sơ nhập, cấp phát thuốc gây nghiện, thuốc hướng tâm thần tuân theo các quy định hiện hành.			

Tất cả các hồ sơ, tài liệu liên quan được lưu trữ đầy đủ và an toàn. (Việc lưu trữ tài liệu về quy chế bảo quản các thuốc gây nghiện, HTT).			
II. KIỂM TRA VỀ CÔNG TÁC CẤP PHÁT THUỐC			
2.1. Danh mục thuốc đầy đủ, đảm bảo đáp ứng nhu cầu điều trị			
2.2. Quy trình cấp phát thuốc cho khoa phòng, BN ngoại trú			
Có quy trình cấp phát thuốc. Việc cấp phát thuốc có được thực hiện theo đúng quy trình.			
Nguyên tắc nhập trước - xuất trước (FIFO) hoặc hết hạn dùng trước xuất trước (FEFO) được tuân thủ nghiêm ngặt.			
2.3. Cấp phát thuốc gây nghiện, hướng tâm thần theo đúng quy định hiện hành.			
III. KIỂM TRA VỀ CÔNG TÁC THỐNG KÊ, KIỂM KÊ			
3.1. Quy trình kiểm kê tại kho thuốc			
Có quy định về kiểm kê định kỳ và kiểm kê cuối năm			
Có quy trình kiểm kê.			
Việc kiểm kê thực hiện theo đúng quy định.			
Các sai lệch, thất thoát được điều tra nguyên nhân và biện pháp khắc phục.			
3.2. Kiểm kê đột xuất:			
Số lượng thuốc thực tế phải phù hợp với số liệu trên máy tính			
Số lượng thuốc tồn phải phù hợp với nhu cầu cấp phát			
Khi có sai lệch phải có nguyên nhân và có giải trình cụ thể			

2. TIÊU CHUẨN KIỂM TRA PHÒNG PHA CHẾ

Nội dung	Đạt	Không đạt	Ghi chú
1. Tổ chức và nhân sự			
Có sơ đồ tổ chức phòng pha chế.			
Phòng pha chế có đầy đủ nhân viên có trình độ phù hợp với công việc được giao.			
Có văn bản qui định chức năng nhiệm vụ của các bộ phận, từng cán bộ làm việc tại phòng pha chế.			
2. Cơ sở và trang thiết bị			
Có đầy đủ phương tiện, trang thiết bị pha chế thuốc.			
Có khu vực bảo quản nguyên liệu đúng quy định.			
Có khu vực bảo quản thuốc thành phẩm riêng biệt.			
Có phương tiện bảo hộ lao động.			
3. Vệ sinh và an toàn			
Phòng pha chế đảm bảo sạch sẽ.			
Có kế hoạch định kỳ vệ sinh phòng.			
Nơi rửa tay, phòng vệ sinh được bố trí cách ly với khu vực pha chế, bảo quản thuốc và được thông gió tốt.			
Không được phép hút thuốc, ăn uống, nấu nướng hoặc mang thuốc cá nhân vào phòng pha chế.			
4. Có quy trình pha chế			
Có công thức pha chế được ban lãnh đạo phê duyệt.			
Có quy trình pha chế chuẩn.			
Việc pha chế thuốc thực hiện theo đúng công thức và đúng quy trình.			
5. Hồ sơ tài liệu			

Có các hồ sơ tài liệu liên quan đến pha chế thuốc. Sổ công thức pha chế Quy trình pha chế Sổ ghi chép pha chế các loại thuốc đã pha theo ngày (sổ pha chế thuốc gây nghiện, hướng tâm thần theo đúng quy chế).			
Tất cả các hồ sơ, tài liệu liên quan được lưu trữ đầy đủ và an toàn.(Tài liệu về quy chế pha chế, các thuốc gây nghiện, hướng tâm thần; quy chế quản lí chất lượng)			
6. Kiểm tra về công tác kiểm kê			
6.1. Quy trình kiểm kê			
Có quy định về kiểm kê định kỳ và kiểm kê cuối năm			
Có quy trình kiểm kê.			
Việc kiểm kê thực hiện theo đúng quy định.			
Các sai lệch, thất thoát được điều tra nguyên nhân và biện pháp khắc phục.			
6.2. Kiểm kê đột xuất:			
Số lượng thực tế phải phù hợp với số liệu trên máy tính			
Số lượng tồn phải phù hợp với nhu cầu pha chế và cấp phát			
Khi có sai lệch phải có nguyên nhân và giải trình cụ thể			

3. TIÊU CHUẨN KIỂM TRA TỦ THUỐC TRỰC

Nội dung	Đạt	Không đạt	Ghi chú
1. Cơ sở thuốc			
Có danh mục thuốc tủ trực.			
Cơ sở thuốc đảm bảo việc cấp cứu hồi sức, theo dõi, chăm sóc và phục vụ người bệnh cấp cứu.			
Danh mục thuốc thường xuyên được cập nhật phù hợp			

với danh mục thuốc bệnh viện và nhu cầu điều trị.			
2. Sắp xếp bảo quản thuốc			
Sắp xếp thuốc hợp lý (dễ nhìn, dễ thấy, dễ lấy), theo nguyên tắc FIFO, FEFO			
Tủ trực có được tiến hành kiểm tra, đánh giá định kỳ hoặc đột xuất để xác định chất lượng thuốc bảo quản trong tủ. Số lô và hạn dùng của thuốc được kiểm tra thường xuyên để đảm bảo nguyên tắc “nhập trước xuất trước” và để phát hiện thuốc gần hết hạn dùng.			
Có khóa an toàn, chống trộm cắp.			
Có cơ sở vật chất phù hợp để bảo quản thuốc đặc biệt (Thuốc gây nghiện, hướng tâm thần, thuốc cần bảo quản lạnh...)			
3. Sổ bàn giao thuốc			
Có sổ bàn giao thuốc ghi chép đầy đủ, rõ ràng			
Đối chiếu sổ bàn giao thuốc phải phù hợp với thực tế			

4. TIÊU CHUẨN KIỂM TRA NHÀ THUỐC

Nội dung	Đạt	Không đạt	Ghi chú
1. Tổ chức và nhân sự			
Có sơ đồ tổ chức nhà thuốc.			
Nhà thuốc có đầy đủ nhân viên có tñnh độ phù hợp với công việc được giao.			
Có văn bản qui định chức năng nhiệm vụ của từng cán bộ làm việc tại nhà thuốc.			
2. Cơ sở vật chất và trang thiết bị			
Kiểm tra về sắp xếp, bố trí thuốc: Khu vực nhập thuốc Khu vực bảo quản thuốc Khu vực ra lẻ thuốc Khu vực bán và trưng bày thuốc			
Có khóa chắc chắn và đóng kín khi cần thiết			
Nhà thuốc có các thiết bị phù hợp để đảm bảo các điều kiện bảo quản: Điều hoà không khí Quạt thông gió Nhiệt kế Ẩm kế			
Có các trang thiết bị phù hợp với yêu cầu bảo quản đặc biệt: Bảo quản mát (8-15 độ C). Bảo quản lạnh (2-8 độ C). Bảo quản đông lạnh (>-10 độ C). Có các khu vực riêng để bảo quản các chất yêu cầu đặc biệt.			
Có các phương tiện phòng chống cháy nổ			
Có bảng nội quy ra vào nhà thuốc và các biện pháp cần thiết để hạn chế việc ra vào nhà thuốc.			
3. Vệ sinh và an toàn			
Nhà thuốc đảm bảo sạch sẽ			

Có kế hoạch định kỳ vệ sinh nhà thuốc			
Có nơi rửa tay, rửa dụng cụ			
Không được phép hút thuốc, ăn uống, nấu nướng hoặc mang thuốc/đồ dùng cá nhân vào nhà thuốc.			

4. Quản lý và bảo quản thuốc

Sắp xếp thuốc hợp lý (dễ nhìn, dễ thấy, dễ lấy), theo nguyên tắc FIFO, FEFO			
Kho có tiến hành kiểm tra, đánh giá định kỳ hoặc đột xuất để xác định chất lượng hàng hoá bảo quản trong kho. Số lô và hạn dùng của hàng hoá được kiểm tra thường xuyên để đảm bảo nguyên tắc “nhập trước xuất trước” và để phát hiện hàng gần hết hạn dùng.			
Nhà thuốc không được có các loại thuốc: Thuốc không được lưu hành Thuốc không rõ nguồn gốc xuất xứ. Thuốc gây nghiện (trừ nhà thuốc được phép bán) Thuốc hướng tâm thần (đối với cơ sở không được duyệt mua) Thuốc bị đình chỉ và thu hồi			
Thuốc trong kho được để trên giá kệ cách xa sàn, nền nhà.			
Có khu vực riêng cho “Thuốc kê đơn”			
Mỹ phẩm, thực phẩm chức năng, dụng cụ y tế để khu vực riêng, không ảnh hưởng đến thuốc.			
Có khu vực riêng để bảo quản nhãn thuốc và bao bì			
Các điều kiện về nhiệt độ, độ ẩm được kiểm soát, theo dõi liên tục và được ghi chép lại đầy đủ.			
Kiểm kê tại nhà thuốc Có quy định về kiểm kê định kỳ và kiểm kê cuối năm Có quy trình kiểm kê Việc kiểm kê thực hiện theo đúng quy định Các sai lệch, thất thoát được điều tra nguyên nhân và biện pháp khắc phục			

5. Quy trình nhập thuốc

Có quy trình nhập thuốc.			
Việc nhập thuốc được thực hiện theo đúng quy t�nh.			
Khi nhập thuốc, nhân viên nhà thuốc phải kiểm tra: Hạn dùng của thuốc Thuốc còn nguyên vẹn trong bao bì gốc của nhà sản xuất Các thông tin trên nhãn thuốc, kiểm soát chất lượng bằng cảm quan.			
Biên bản kiểm nhập			
6 Hồ sơ sổ sách và tài liệu chuyên môn			
6.1. Tài liệu hướng dẫn sử dụng thuốc:			
Có tài liệu hướng dẫn sử dụng thuốc Có các quy chế chuyên môn hiện hành			
6.2. Hồ sơ sổ sách liên quan đến hoạt động kinh doanh thuốc			
Có hồ sơ các nhà cung ứng thuốc: Bản sao giấy chứng nhận đủ điều kiện hành nghề. Có danh mục các mặt hàng cung ứng. Hóa đơn hợp pháp Tất cả thuốc mua vào phải đảm bảo là thuốc được lưu hành hợp pháp (có số đăng ký, hoặc số GPNK) Theo dõi số lô, hạn dùng thuốc và các vấn đề liên quan: Theo dõi bằng máy tính Theo dõi bằng sổ Lưu trữ hồ sơ sổ sách ít nhất 1 năm kể từ khi thuốc hết hạn dùng.			
6.3. Xây dựng các quy trình thao tác chuẩn (SOP)			
Các hoạt động chuyên môn tại cơ sở được mô tả và quy định dưới dạng văn bản để mọi người trong cơ sở có thể đọc và áp dụng			
Có đủ các quy trình cơ bản theo yêu cầu: Quy trình mua thuốc và kiểm soát chất lượng Quy trình bán thuốc theo đơn			

Quy trình bán thuốc không kê đơn Quy trình bảo quản và theo dõi chất lượng Quy trình giải quyết với thuốc bị khiếu nại hoặc thu hồi.			
Các quy trình thao tác chuẩn liên quan đến các hoạt động chuyên môn của cơ sở do người phụ trách chuyên môn phê duyệt và kí ban hành.			
Nhân viên bán thuốc áp dụng thực hiện đầy đủ các quy định.			
7. Thực hiện các quy chế chuyên môn – Thực hành nghề nghiệp.			
Thực hiện việc niêm yết giá thuốc và bán theo giá niêm yết.			
Nhân viên bán thuốc có đủ trình độ chuyên môn phù hợp để bán các thuốc kê đơn trong đơn thuốc			
Nhân viên bán thuốc có thái độ hòa nhã, lịch sự khi tiếp xúc với khách hàng.			
Khi bán thuốc, nhân viên có tư vấn và thông báo cho người mua: Lựa chọn thuốc phù hợp Cách dùng thuốc Các thông tin về thuốc, tác dụng phụ, tương tác thuốc... Những trường hợp cần sự chẩn đoán của thầy thuốc mới dùng thuốc. Những trường hợp không cần sử dụng thuốc.			
Nguyên tắc nhập trước - xuất trước (FIFO) hoặc hết hạn dùng trước xuất trước (FEFO) được tuân thủ nghiêm ngặt.			

PHỤ LỤC 3: DANH MỤC CÁC KỸ THUẬT MỚI TRIỂN KHAI TẠI BỆNH VIỆN:

- ❖ Phẫu thuật nội soi túi mật, ruột thừa, sỏi niệu quản, u nang buồng trứng, u nang gan, thận, cắt hạch giao cảm ngực.
- ❖ Gây tê tủy sống kết hợp gây tê ngoài màng cứng liên tục để giảm đau sau mổ.
- ❖ Soi dạ dày sinh thiết, soi đại tràng sinh thiết, cắt Polyp nội soi.
- ❖ Lấy dị vật nội soi, lấy sỏi, giun OMC qua chụp mật tụy ngược dòng.
- ❖ Đốt khối u gan bằng sóng cao tần. Tiêm cồn tuyệt đối điều trị u gan. Tiêm hóa chất màng bụng, chọc hút tế bào gan dưới siêu âm.
- ❖ Điều trị thay thế thận liên tục hoặc ngắt quãng
- ❖ Kỹ thuật ứng dụng CO₂ trong điều trị, kỹ thuật can thiệp mạch vành, kỹ thuật cấy ghép răng, kỹ thuật đo nhĩ lượng, đo thính lực.
- ❖ Truyền steroid liều cao trong điều trị bệnh lý thần kinh học mắt, màng bồ đào, tổn thương mắt do tuyến giáp
- ❖ Siêu âm trong cấp cứu: Nhồi máu cơ tim, tràn dịch màng phổi
- ❖ Nội soi phế quản trong chuẩn đoán điều trị
- ❖ Đo thính lực trong chuẩn đoán nghe kém của người già, đo nhĩ lượng trong chẩn đoán viêm tai thanh dịch.
- ❖ Kỹ thuật cắt lớp vi tính 64 lớp ứng dụng CT tim mạch, sọ não, hệ thống động mạch chủ, nội soi đại tràng, cắt lớp vi tính tưới máu.
- ❖ Kỹ thuật chụp mạch huỳnh quang và Laser quang đông trong chẩn đoán và điều trị bệnh võng mạc.
- ❖ Định lượng NH₃ trong huyết tương bằng phương pháp Enzym soi quang kế, định lượng Catcholamin, Ure bằng phương pháp Elisa, Cretinin bằng phương pháp động học.
- ❖ Hệ thống nối mạng quản lý tin học toàn viện, phần mềm quản lý kết nối chẩn đoán hình ảnh PACS.

PHỤ LỤC 4: CÁC TIÊU CHÍ ĐÁNH GIÁ HỒ SƠ DỰ THẦU

T T	Tiêu chí	Cụ thể
1	<i>Đơn dự thầu</i>	<i>(theo mẫu đính kèm) có dấu, chữ ký hợp lệ</i>
2	Quyết định thành lập doanh nghiệp (đối với doanh nghiệp nhà nước) hoặc giấy phép thành lập doanh nghiệp đối với doanh nghiệp tư nhân.	<i>Bản chụp có công chứng nhà nước.</i>
3	Bản sao giấy chứng nhận hành nghề được theo quy định Bộ Y Tế .	<i>Các bản sao chấp nhận là bản chụp có đóng dấu nhà thầu.</i>
4	Bản sao giấy phép lưu hành sản phẩm ở Việt Nam có hiệu lực	<i>Các bản sao chấp nhận là bản chụp có đóng dấu nhà thầu. Đối với giấy phép lưu hành thuốc tại Việt Nam các nhà thầu phải sắp xếp thứ tự theo danh mục thuốc dự thầu.</i>
5	Giấy cam kết của nhà thầu đảm bảo chất lượng thuốc	- <i>Phải đảm bảo tiêu chuẩn đăng ký với Cục quản lý dược Việt Nam.</i> - <i>Giấy phép lưu hành thuốc ở VN do Cục quản lý dược Việt Nam cấp</i> - <i>Đối với thuốc nhập khẩu phải có giấy phép lưu hành ở nước sản xuất.</i> - <i>Hạn sử dụng: Theo qui định của Luật dược và Nghị định 79/2006/NĐ-CP ngày 9/8/2006 của Chính phủ hướng dẫn thi hành Luật dược.</i>
6	Danh mục dự thầu đã điền đầy đủ những thông tin theo yêu cầu khi dự thầu	<i>Các nhà thầu có thể sử dụng danh mục kèm theo hồ sơ mời thầu để điền thông tin hoặc theo danh mục mới theo thứ tự các mặt hàng của danh mục trong hồ sơ thầu, các dữ liệu khi điền vào các mục phải đánh máy, không viết tay. Đĩa CD kèm theo đã chứa danh mục thuốc mời thầu, các đơn vị căn cứ vào khả năng</i>

		<i>của mình để điền những thông tin theo yêu cầu. Nội dung danh mục thuốc dự thầu trong đĩa CD và trong hồ sơ phải giống nhau, nếu có sự khác biệt thì danh mục dự thầu trong hồ sơ sẽ là điều kiện để xem xét.</i>
7	Giấy chứng nhận được uỷ quyền phân phối	<i>Giấy uỷ quyền phân phối nếu là mặt hàng phân phối độc quyền. Các hợp đồng hoặc hoá đơn đã cung ứng thuốc cho các bệnh viện Trung ương trực thuộc Bộ Y Tế (nếu có).</i>
8	Chứng nhận năng lực tài chính của nhà thầu	<i>Các báo cáo tài chính</i>
9	Bảo lãnh dự thầu	<i>Theo quy định</i>

Phụ lục 5: Các tiêu chí đánh giá chi tiết hồ sơ dự thầu

TT	Tiêu chí	Cụ thể
1	Số đăng ký, giấy phép nhập khẩu	<i>Có hiệu lực</i>
2	Tiêu chuẩn GMP, tiêu chuẩn lưu hành.	<i>GMP-WHO > GMP- ASEAN Tiêu chuẩn được điển Anh, Mỹ, VN...</i>
3	Xuất xứ: hãng sản xuất và nước sản xuất	<i>Ưu tiên thuốc sản xuất trong nước tại các đơn vị đạt tiêu chuẩn GMP Thuốc nước ngoài Châu Âu> châu Mỹ> Châu á</i>
4	Tên thuốc, hàm lượng, dạng bào chế, quy cách đóng gói, hạn sử dụng.	<i>Đúng hồ sơ cho phép lưu hành</i>
5	Hiệu quả điều trị, hiệu lực và độ an toàn của thuốc	<i>Hiệu quả điều trị trên lâm sàng, ổn định, thuốc có chứng minh tương đương sinh học</i>
6	Giá	<i>Giá cả phù hợp</i>
7	Khả năng thích ứng của thuốc phù hợp với điều kiện của bệnh viện.	<i>Phù hợp với đặc thù sử dụng tại bệnh viện</i>
8	Uy tín	<i>Nhà sản xuất, nhà cung ứng có uy tín, khả năng cung ứng, khả năng thực hiện hợp đồng</i>

Phụ lục 6 : Danh mục các thuốc pha chế trong bệnh viện

STT	Tên thuốc, hàm lượng	Dạng thuốc
	Mỡ Whitfield 20mg	lọ
	Mỡ Trĩ 20mg	lọ
	Mỡ Salicilic 10 % 20g	lọ
	Bột Talc100g	gói
	DD Kalichlorid 3% 500ml	chai
	Natribicacbonat 2g	gói
	Magiesulfat 5g	gói
	Glycerinborat 3%	lọ
	DD Dalibour 250ml	lọ
	Cồn BIS 30ml	lọ
	Cồn Boric 3% 10ml	lọ
	Ephedrin 3% 10ml	lọ
	ASA 30ml	lọ
	DD Jazish 250ml	lọ
	DD Chloralhydrat 10% 60ml	lọ
	Cồn 70	chai
	Cồn 90	chai
	Cồn Iod 5%, 1%, 0,05%	chai
	DD Oxy già 3%	Chai
	DD Lugol 1%	Chai
	Dung dịch sát khuẩn Focmalin	chai

Phụ lục 7: Mẫu kiểm tra bệnh án

Chuyên khoa	Stt	Mã bệnh nhân (Tên BN)	Tên họ tên chất (Hàm Lượng)	Biệt Được	Phân loại	Các sai phạm				
						Đánh số thứ tự	Đường dùng	Liều dùng	Thời gian dùng	Khác