

BỘ GIÁO DỤC VÀ ĐÀO TẠO

BỘ Y TẾ

VIỆN VỆ SINH DỊCH TỄ TRUNG ƯƠNG

-----*-----

NGUYỄN THỊ MAI AN

**HIỆU QUẢ VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ ẢNH HƯỞNG
ĐẾN VIỆC ÁP DỤNG QUY TRÌNH CHUYÊN MÔN
TẠI MỘT SỐ BỆNH VIỆN TUYẾN THÀNH PHỐ
CỦA HÀ NỘI, 2014 - 2016**

LUẬN ÁN TIẾN SỸ Y TẾ CÔNG CỘNG

HÀ NỘI - 2017

BỘ GIÁO DỤC VÀ ĐÀO TẠO

BỘ Y TẾ

VIỆN VỆ SINH DỊCH TỄ TRUNG ƯƠNG

-----*-----

NGUYỄN THỊ MAI AN

**HIỆU QUẢ VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ ẢNH HƯỞNG
ĐẾN VIỆC ÁP DỤNG QUY TRÌNH CHUYÊN MÔN
TẠI MỘT SỐ BỆNH VIỆN TUYẾN THÀNH PHỐ
CỦA HÀ NỘI, 2014 - 2016**

Chuyên ngành: Y tế công cộng

Mã số: 9 72 07 01

LUẬN ÁN TIẾN SỸ Y TẾ CÔNG CỘNG

Người hướng dẫn khoa học:

1. PGS.TS. Hoàng Văn Minh

2. GS.TS. Đặng Đức Anh

HÀ NỘI - 2017

LỜI CAM ĐOAN

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

Nghiên cứu sinh

Nguyễn Thị Mai An

LỜI CẢM ƠN

Để hoàn thành luận án này, trước hết tôi xin bày tỏ lòng biết ơn chân thành và sâu sắc nhất tới các thầy hướng dẫn khoa học: PGS. TS. Hoàng Văn Minh và GS. TS. Đặng Đức Anh là những người thầy hướng dẫn trực tiếp, đã tận tình chỉ bảo, truyền đạt kiến thức, sửa chữa chi tiết trong suốt quá trình học tập, thực hiện đề tài nghiên cứu, tạo mọi điều kiện cho sự thành công của luận án.

Tôi xin trân trọng cảm ơn Ban lãnh đạo, Bộ môn Y tế Công cộng, Phòng Đào tạo sau Đại học của Viện Vệ sinh dịch tễ Trung ương, Trường Đại học Y tế công cộng đã luôn quan tâm, giúp đỡ, tạo điều kiện thuận lợi nhất trong suốt quá trình học tập và hoàn thiện luận án.

Tôi xin chân thành cảm ơn Lãnh đạo Vụ Kế hoạch - Tài chính, Cục Quản lý khám, chữa bệnh, Ban Quản lý Dự án “Chương trình Phát triển nguồn nhân lực y tế” - Bộ Y tế, Ban lãnh đạo và đội ngũ y bác sỹ Bệnh viện Thanh Nhàn, Bệnh viện đa khoa Hà Đông và Bệnh viện đa khoa Xanh Pôn đã tạo điều kiện và giúp đỡ tôi trong thời gian nghiên cứu, thu thập số liệu cho luận án.

Tôi xin tri ân tới tất cả các thầy, cô trong các hội đồng đề cương, hội đồng đạo đức, hội đồng khoa học chấm luận án đã hết sức công tâm đóng góp nhiều ý kiến quý báu để tôi có thêm kiến thức và hoàn thiện luận án đạt chất lượng tốt hơn.

Tôi luôn ghi nhớ và biết ơn sâu sắc tới mọi thành viên trong gia đình, những người thân yêu, những bạn bè đồng nghiệp đã luôn động viên chia sẻ về mọi mặt để tôi vượt qua mọi khó khăn trong quá trình nghiên cứu và hoàn thành luận án.

Nghiên cứu sinh

Nguyễn Thị Mai An

MỤC LỤC

LỜI CAM ĐOAN	i
LỜI CẢM ƠN	ii
DANH MỤC CÁC KÝ HIỆU, CÁC CHỮ VIẾT TẮT.....	vi
DANH MỤC CÁC BẢNG.....	vii
DANH MỤC CÁC HÌNH VẼ, BIỂU ĐỒ	ix
ĐẶT VẤN ĐỀ.....	1
MỤC TIÊU NGHIÊN CỨU	3
CHƯƠNG 1: TỔNG QUAN TÀI LIỆU.....	4
1.1. Giới thiệu về quy trình chuyên môn và một số thuật ngữ liên quan	4
1.2. Hiệu quả áp dụng quy trình chuyên môn tại bệnh viện.....	7
1.3. Tổng quan một số yếu tố ảnh hưởng đến áp dụng quy trình chuyên môn ..	14
1.4. Chi phí và các phương pháp tính toán chi phí DVYT.....	23
1.5. Giới thiệu về dự án “Chương trình phát triển nguồn nhân lực y tế”	32
1.6. Khung lý thuyết	34
CHƯƠNG 2: ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU.....	35
2.1. Đối tượng và phương pháp nghiên cứu cho mục tiêu 1	35
2.1.1. <i>Đối tượng nghiên cứu</i>	35
2.1.2. <i>Địa điểm và thời gian nghiên cứu</i>	36
2.1.3. <i>Thiết kế nghiên cứu</i>	37
2.1.4. <i>Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu</i>	37
2.1.5. <i>Biến số, chỉ số nghiên cứu và cách đo lường</i>	40
2.1.6. <i>Công cụ và phương pháp thu thập số liệu</i>	47
2.1.7. <i>Phương pháp phân tích số liệu</i>	48
2.2. Đối tượng và phương pháp nghiên cứu cho mục tiêu 2.	48
2.2.1. <i>Đối tượng nghiên cứu</i>	48
2.2.2. <i>Địa điểm và thời gian nghiên cứu</i>	49
2.2.3. <i>Thiết kế nghiên cứu</i>	49

2.2.4. Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu	49
2.2.5. Các nội dung nghiên cứu định tính.....	49
2.2.6. Công cụ và phương pháp thu thập số liệu	50
2.2.7. Phương pháp phân tích số liệu	50
2.3. Hạn chế, sai số và biện pháp khắc phục	51
2.4. Đạo đức nghiên cứu.....	51
CHƯƠNG 3: KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU	53
3.1. Thông tin chung về 3 bệnh viện và người bệnh trong nghiên cứu.....	53
3.2. Hiệu quả áp dụng quy trình chuyên môn trong cải thiện một số chỉ số chất lượng và hạn chế gia tăng chi phí DVYT (mục tiêu 1).....	57
3.3. Một số yếu tố ảnh hưởng đến việc áp dụng quy trình chuyên môn tại một số bệnh viện tuyến thành phố của Hà Nội, 2014 - 2016 (mục tiêu 2).....	85
CHƯƠNG 4: BÀN LUẬN	99
4.1. Hiệu quả của áp dụng quy trình chuyên môn trong việc cải thiện một số chỉ số chất lượng và hạn chế gia tăng dịch vụ y tế	99
4.2. Một số yếu tố ảnh hưởng đến việc áp dụng quy trình chuyên môn	105
4.3. Hạn chế của nghiên cứu.....	114
KẾT LUẬN	118
KHUYẾN NGHỊ	119
DANH MỤC CÁC CÔNG TRÌNH ĐÃ CÔNG BỐ LIÊN QUAN ĐẾN ĐỀ TÀI LUẬN ÁN	121
TÀI LIỆU THAM KHẢO	122
Phụ lục 1: Phân biệt phương pháp tính toán chi phí từ dưới lên và phương pháp tính chi phí từ trên xuống	129
Phụ lục 2: Phương pháp kết hợp tính toán chi phí từ dưới lên và tính chi phí từ trên xuống	131
Phụ lục 3: Tiêu chí cần có của Quy trình chuyên môn	133
Phụ lục 4: Tóm tắt ưu điểm, nhược điểm, thuận lợi và khó khăn khi áp dụng quy trình chuyên môn.....	135

Phụ lục 5: Danh sách bệnh viện tham gia áp dụng QTCM thuộc Dự án ”Chương trình phát triển nguồn nhân lực y tế”	138
Phụ lục 6: Danh mục bệnh được chọn áp dụng quy trình chuyên môn Dự án ”Phát triển nguồn nhân lực y tế”	141
Phụ lục 7: Bản thông tin và chấp thuận tình nguyện tham gia nghiên cứu.....	144
Phụ lục 8: Các công cụ nghiên cứu, hướng dẫn phỏng vấn sâu.....	149
Phụ lục 9: Tổng hợp kết quả nghiên cứu định tính phân tích một số yếu tố ảnh hưởng đến việc áp dụng quy trình chuyên môn	157
Phụ lục 10: Hồ sơ các quy trình chuyên môn được áp dụng	159

DANH MỤC CÁC KÝ HIỆU, CÁC CHỮ VIẾT TẮT

BHYT	Bảo hiểm Y tế
BS	Bác sỹ
BVĐK	Bệnh viện đa khoa
CN	Cao nhất
COPD	Bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính
DVYT	Dịch vụ y tế
ĐD	Điều dưỡng
ĐLC	Độ lệch chuẩn
ĐTĐ	Đái tháo đường
ICD	International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (Phân loại Quốc tế về bệnh tật)
KCB	Khám chữa bệnh
KLS	Khám lâm sàng
KTV	Kỹ thuật viên
NSNN	Ngân sách nhà nước
NVYT	Nhân viên y tế
PVS	Phòng vấn sâu
QTCM	Quy trình chuyên môn
TCCTE	Tiêu chảy cấp trẻ em
TB	Trung bình
THA	Tăng huyết áp
THB	Trường hợp bệnh
TLN	Thảo luận nhóm
TN	Thấp nhất
TTB	Trang thiết bị
TTL	Tuyển tiên liệt
TV	Trung vị

DANH MỤC CÁC BẢNG

Bảng 3.1: Một số chỉ số hoạt động của 3 bệnh viện	53
Bảng 3.2: Một số chỉ số tài chính của 3 bệnh viện	54
Bảng 3.3: Phân bố người bệnh theo các bệnh được chọn	55
Bảng 3.4: Tuổi của người bệnh trong nghiên cứu	56
Bảng 3.5: Giới tính của người bệnh trong nghiên cứu.....	57
Bảng 3.6: Tỷ lệ % người bệnh được hỏi bệnh đầy đủ	58
Bảng 3.7: Tỷ lệ % người bệnh được khám lâm sàng đầy đủ	58
Bảng 3.8: Tỷ lệ % người bệnh được tư vấn đầy đủ về chế độ dinh dưỡng, nghỉ ngơi, sinh hoạt sau khi ra viện	59
Bảng 3.9: Số ngày nằm viện của người bệnh theo bệnh được chọn	60
Bảng 3.10: Số loại xét nghiệm được chỉ định theo bệnh được chọn	61
Bảng 3.12: Số loại vật tư tiêu hao đã sử dụng theo bệnh được chọn.....	63
Bảng 3.13: Mô hình hồi quy Poisson đa biến về một số yếu tố liên quan đến số ngày điều trị.....	64
Bảng 3.14: Mô hình hồi quy Poisson đa biến về một số yếu tố liên quan đến số loại xét nghiệm.....	65
Bảng 3.15: Mô hình hồi quy Poisson đa biến về một số yếu tố liên quan đến số loại thuốc	67
Bảng 3.16: Mô hình hồi quy Poisson đa biến về một số yếu tố liên quan đến số loại vật tư tiêu hao	68
Bảng 3.17: Chi phí giường bệnh thực chi cho một đợt điều trị theo bệnh.....	69
Bảng 3.19: Chi phí thuốc cho một đợt điều trị theo bệnh	71
Bảng 3.21: Chi phí chẩn đoán hình ảnh cho một đợt điều trị theo bệnh.....	73
Bảng 3.22: Chi phí phẫu thuật, thủ thuật cho một đợt điều trị theo bệnh.....	74
Bảng 3.24: Tổng chi phí cho một đợt điều trị theo bệnh	76
Bảng 3.26: Tổng chi phí do người bệnh đồng chi trả cho một đợt điều trị.....	78

Bảng 3.27: Mô hình hồi quy chuyển dạng logarit đa biến phân tích một số yếu tố liên quan đến tổng chi phí của đợt điều trị (1)	80
Bảng 3.28: Mô hình hồi quy chuyển dạng logarit đa biến phân tích mối liên quan giữa các chi phí thành phần và một số yếu tố với tổng chi phí của đợt điều trị (2)..	82
Bảng 3.29: Tổng hợp kết quả nghiên cứu định tính phân tích một số yếu tố ảnh hưởng đến áp dụng QTCM	158

DANH MỤC CÁC HÌNH VẼ, BIỂU ĐỒ

Hình 1.1. Khung lý thuyết.....	34
Hình 2.1. Sơ đồ chọn mẫu nghiên cứu.....	39
Hình 3.1: Tỷ lệ % các loại chi phí trong tổng chi phí điều trị	79
Hình 3.2: Tỷ lệ % BHYT thanh toán trong tổng chi phí điều trị	80

ĐẶT VẤN ĐỀ

Quy trình chuyên môn khám, chữa bệnh (Gọi tắt là quy trình chuyên môn) được biết đến như một công cụ sử dụng trong quản lý cung ứng dịch vụ y tế và quản lý chất lượng điều trị, có sự phối kết hợp giữa thực hành lâm sàng và tính toán chi phí điều trị. Hiểu một cách đơn giản, quy trình là một công cụ tổng hợp và kết nối hồ sơ bệnh án, biểu mẫu tờ điều trị, phiếu chăm sóc, bảng kiểm, các phiếu xét nghiệm, phiếu khám được sắp xếp theo trình tự thời gian từ khi người bệnh vào viện đến khi ra viện. Quy trình chuyên môn được xây dựng nhằm chuẩn hóa công tác hành chính, chuyên môn cho mỗi loại bệnh, được thiết kế bởi các chuyên gia thuộc lĩnh vực chuyên ngành và được hội đồng y khoa thông qua [4].

Nghiên cứu tại một số quốc gia đã chỉ ra rằng việc áp dụng quy trình chuyên môn vào thực hành lâm sàng giúp tối ưu hóa hiệu quả điều trị thông qua những cải tiến và chuẩn hóa các quy trình, phương pháp, sử dụng các bảng kiểm để giảm thiểu việc ghi chép nhiều loại hồ sơ. Lợi ích rõ ràng nhất là với việc chuẩn hóa quy trình chuyên môn giúp cải thiện chất lượng điều trị vì các bước điều trị được cụ thể hóa và thiết kế riêng cho từng bệnh, chính vì vậy giúp nhân viên y tế hạn chế các sai sót, chồng chéo trong quá trình chăm sóc, giảm biến thiên trong quá trình điều trị [4]. Bên cạnh đó, quy trình chuyên môn cũng giúp giảm số ngày nằm viện và chi phí điều trị cho các bệnh nội khoa như: viêm phổi [68]; các bệnh lý tim mạch... [52]; bệnh lý ngoại khoa như: phẫu thuật u bướu ở đầu và cổ [20] phẫu thuật chỉnh hình đầu gối, háng, khớp [72], [71]; phẫu thuật cắt đại tràng [71]; phẫu thuật đường tiết niệu [27]; phẫu thuật ổ bụng... [26]. Thông tin được chia sẻ khi áp dụng quy trình chuyên môn giúp tăng vai trò, trách nhiệm của mỗi nhân viên y tế, giảm gánh nặng các thủ tục hành chính thông qua việc tích hợp được nhiều loại giấy tờ ghi chép. Công tác quản lý cũng được cải thiện thông qua việc áp dụng quy trình chuyên môn, đặc biệt giúp nhân viên y tế tiên lượng được thời gian và chăm sóc nhóm người bệnh có chung vấn đề sức khỏe [30].

Việc áp dụng quy trình chuyên môn thể hiện sự tiến bộ và hội nhập y tế quốc tế nhưng để áp dụng tại các bệnh viện Việt Nam, cần có những nghiên cứu thí điểm

đưa ra những bằng chứng về hiệu quả áp dụng của quy trình chuyên môn và phân tích những khó khăn, thuận lợi trong quá trình áp dụng. Năm 2010, Bộ Y tế đã tiến hành nghiên cứu “Phương thức chi trả trọn gói theo trường hợp bệnh trên cơ sở áp dụng quy trình chuyên môn cho 4 nhóm bệnh thường gặp: viêm phế quản - phổi người lớn, viêm phế quản-phổi trẻ em, viêm ruột thừa và đẻ thường tại bệnh viện Thanh Nhàn, Sơn Tây, Ba Vì và Hà Tây”, đây là có thể xem là nghiên cứu đầu tiên về quy trình chuyên môn tại Việt Nam. Kết quả cho thấy chất lượng dịch vụ được cải thiện và nguồn lực có thể được sử dụng hiệu quả hơn nếu các bệnh viện được chi trả trọn gói theo trường hợp bệnh, gắn với việc áp dụng quy trình chuyên môn làm công cụ quản lý chất lượng và khống chế gia tăng chi phí dịch vụ [3], [42]. Dựa trên kết quả và kinh nghiệm rút ra của nghiên cứu này, từ tháng 1 năm 2011, Bộ Y tế đã triển khai Dự án: “Chương trình Phát triển nguồn nhân lực y tế” với một trong những cấu phần là xây dựng quy trình chuyên môn cho 26 bệnh có tỷ lệ mắc cao, chiếm tỷ lệ chi phí lớn và áp dụng thử nghiệm tại 34 bệnh viện trên cả nước, trong đó có 03 bệnh viện hạng I tuyển thành phố của Hà Nội.

Như vậy, đến nay ở Việt Nam hiện còn rất ít nghiên cứu về hiệu quả của quy trình chuyên môn trong cải thiện quy trình khám, chữa bệnh; đổi mới phương thức chi trả; cải tiến quy trình hạch toán chi phí; giảm gánh nặng thủ tục hành chính; cải thiện chất lượng điều trị... Đồng thời, thiếu những nghiên cứu phân tích về ưu điểm, nhược điểm, những khó khăn, thuận lợi khi áp quy trình chuyên môn để có cơ sở mở rộng phạm vi áp dụng quy trình chuyên môn tại Việt Nam. Do đó, nghiên cứu **“Hiệu quả và một số yếu tố ảnh hưởng đến việc áp dụng quy trình chuyên môn tại một số bệnh viện tuyển thành phố của Hà Nội, 2014 - 2016”** được triển khai để trả lời các câu hỏi: 1-Những chỉ số chất lượng dịch vụ y tế nào được cải thiện khi áp dụng quy trình chuyên môn?; 2- Áp dụng quy trình chuyên môn có hạn chế gia tăng chi phí tại ba bệnh viện? 3- Quy trình chuyên môn có ưu điểm, nhược điểm gì và tồn tại những thuận lợi và khó khăn gì khi áp dụng tại các bệnh viện?.

MỤC TIÊU NGHIÊN CỨU

1. Đánh giá hiệu quả áp dụng quy trình chuyên môn trong việc cải thiện một số chỉ số chất lượng và hạn chế gia tăng chi phí dịch vụ y tế tại một số bệnh viện tuyến thành phố của Hà Nội, 2014 - 2016.
2. Mô tả một số yếu tố ảnh hưởng đến việc áp dụng quy trình chuyên môn tại một số bệnh viện tuyến thành phố của Hà Nội, 2014 - 2016.

CHƯƠNG 1: TỔNG QUAN TÀI LIỆU

1.1. Giới thiệu về quy trình chuyên môn và một số thuật ngữ liên quan

1.1.1 Quy trình chuyên môn

Quy trình chuyên môn (QTCM) trong nghiên cứu này là cách gọi tắt của “Quy trình chuyên môn khám, chữa bệnh” đã được giới thiệu vào đầu những năm 1990 tại Anh và Mỹ. Năm 1991 - 1992 tại các cơ sở khám chữa bệnh ở vùng Tây Bắc London đã áp dụng thí điểm 12 QTCM. Năm 1994, Hội QTCM Quốc gia gồm các tổ chức áp dụng QTCM được thành lập tại Vương Quốc Anh [73]. Đến năm 2002, cơ sở dữ liệu về QTCM được thiết lập, được sử dụng miễn phí tại thư viện điện tử quốc gia về y khoa và được chia sẻ miễn phí trên khắp Vương quốc Anh và ngày càng được sử dụng trên nhiều quốc gia khắp thế giới như tại Mỹ, Australia, Hà Lan, Bỉ, Canada, Đức, New Zealand [73].

Có nhiều thuật ngữ liên quan QTCM như: Anticipatory recovery Pathways; Integrated Care Pathways; Multidisciplinary pathways of Care; Pathways of Care; Care Maps; Collaborative Care Pathways; Critical Pathways...[60]. Tất cả các thuật ngữ này về bản chất đều đề cập tới các hướng dẫn thực hành lâm sàng, quản lý chi phí điều trị và hướng tới việc cải thiện chất lượng điều trị. QTCM được coi là công cụ ghi chép tổng hợp cả quá trình điều trị người bệnh; là một kế hoạch chăm sóc người bệnh toàn diện, được thiết kế chi tiết các bước cần thiết trong việc chăm sóc nhóm trường hợp bệnh có chẩn đoán tương tự nhau. Mục tiêu QTCM là để liên kết giữa y học dựa vào bằng chứng với thực hành lâm sàng để tối ưu hóa kết quả điều trị và tối đa hóa chất lượng điều trị [52].

Các nghiên cứu trên thế giới sử dụng định nghĩa QTCM phải đạt được ít nhất 3 trong 5 tiêu chí sau: (i) là kế hoạch phối hợp, làm việc nhóm thực hiện chăm sóc và điều trị cho các nhóm bệnh có chẩn đoán tương tự nhau, (ii) vừa là công cụ, vừa là khái niệm lồng ghép các hướng dẫn điều trị, các phác đồ và thực hành lâm sàng theo y học dựa vào bằng chứng; (iii) là hướng dẫn chuyên môn chi tiết cho quá trình điều trị, chăm sóc người bệnh trong đó chỉ rõ kế hoạch, lộ trình, phương thức thực hiện,

bảng kiểm theo dõi cho các hoạt động chuyên môn; (iv) có khung thời gian cho các bước thực hiện kèm theo các chỉ dẫn về tiêu chí cần có; và (v) tiêu chuẩn chăm sóc lâm sàng một đợt điều trị cho một nhóm người bệnh cụ thể. Định nghĩa này đã được nhiều nhà nghiên cứu thống nhất và sử dụng trong nhiều đề tài nghiên cứu [69].

Khái niệm QTCM còn khá mới mẻ tại Việt Nam. Trong nghiên cứu này, QTCM được hiểu theo định nghĩa trong Quyết định số 4068/QĐ-BYT ngày 29/7/2016 của Bộ Y tế về việc Ban hành Hướng dẫn biên soạn Quy trình chuyên môn khám bệnh, chữa bệnh. Theo đó, QTCM là kế hoạch chăm sóc đa chuyên môn để hỗ trợ cho việc áp dụng các Hướng dẫn điều trị và Phác đồ điều trị. Quy trình chuyên môn là công cụ hỗ trợ kiểm định lâm sàng, kiểm soát chi phí thông qua việc tăng cường trao đổi thông tin, xác định rõ các hoạt động cần phải thực hiện, phân công rõ trách nhiệm, tăng cường kiểm tra giám sát và bố trí hợp lý nguồn lực [8]. QTCM cung cấp hướng dẫn chi tiết cho từng bước ra quyết định xử trí (điều trị, can thiệp, chăm sóc...) và tổ chức thực hiện trên những nhóm người bệnh với tình trạng chẩn đoán cụ thể trong khoảng thời gian điều trị nhất định với mục tiêu là cải thiện sự xuyên suốt/ liên tục và phối hợp chăm sóc người bệnh giữa các chuyên khoa và các lĩnh vực lâm sàng khác nhau. Từ đó, người bệnh được thụ hưởng một dịch vụ điều trị có chất lượng, kịp thời và có chi phí đạt hiệu quả cao. Những lợi ích hướng tới khi áp dụng QTCM là: 1- Cải thiện sự phối hợp và giao tiếp giữa các chuyên ngành; 2- Giảm sự trùng lặp trong dịch vụ; 3- Thời gian nằm viện hợp lý; 4- Tăng sự hài lòng và giảm sự phàn nàn của người bệnh; 5 - Giảm sai sót; 6 - Tăng hiệu quả điều trị; 7 - Hỗ trợ trong việc thực hành lâm sàng dựa vào các tiêu chuẩn, hướng dẫn và nghiên cứu; 8 - Cải thiện tinh thần làm việc và sự hài lòng của nhân viên; 9 - Giảm thời gian cho ghi chép; 10 - Phát triển các văn bản đa chuyên ngành; 11 - Đưa ra các tiêu chuẩn phù hợp trong dịch vụ y tế (DVYT) bởi các mục tiêu, can thiệp, điều trị chuyên biệt và cụ thể; 12 - Phát hiện sớm các thay đổi: như các biến chứng, tái phát...; 13 - Cải thiện hệ thống quản lý rủi ro; 14 - Cải tiến liên tục [8].

Theo Quyết định số 4068/QĐ-BYT ngày 29/7/2016 của Bộ Y tế về việc Ban hành Hướng dẫn biên soạn Quy trình chuyên môn khám bệnh, chữa bệnh, có một số căn cứ để lựa chọn ưu tiên khi thiết lập QTCM: 1- Số lượng lớn; 2- Chi phí cao; 3-

Nguy cơ cao; 4 - Khó quản lý, thay đổi nhiều; 5- Các trường hợp khiêu kiện nhiều; 6- Các nhóm bệnh đặc biệt theo chính sách địa phương [8]. Theo hướng dẫn này, QTCM được xây dựng thống nhất theo một định dạng chuẩn cho tất cả các chuyên ngành, cho bệnh lý đơn thuần hoặc phối hợp, ngắn gọn dễ sử dụng và không làm tăng gánh nặng công việc cho nhân viên y tế để bảo đảm tính khả thi trong áp dụng thực tiễn. Tuy nhiên, mỗi bệnh viện/ mỗi tỉnh/ thành/ khu vực đều có những đặc điểm khác nhau/ các phác đồ điều trị không giống nhau, vì vậy QTCM cần “mở” để các bệnh viện có thể cập nhật và điều chỉnh cho phù hợp với thực tế [8].

1.1.2. Hướng dẫn điều trị

Hướng dẫn điều trị là tài liệu khuyến nghị cho các nhân viên y tế (NVYT) các tiêu chí, các quyết định liên quan đến chẩn đoán, xử trí, điều trị, cách chăm sóc người bệnh với một bệnh cảnh bệnh lý nhất định trong một chuyên ngành y học cụ thể [8].

Hướng dẫn điều trị là một tập hợp những bước chẩn đoán, điều trị và chăm sóc nhằm hỗ trợ các cán bộ lâm sàng và người bệnh đưa ra những quyết định về việc chăm sóc y tế phù hợp cho những trường hợp bệnh (THB) cụ thể. Thông thường, một hướng dẫn điều trị điển hình bao gồm bốn yếu tố chính: (i) gồm những số liệu thống kê dịch tễ trong đó có các kết quả lâm sàng, để người đọc hiểu được ý nghĩa của vấn đề sức khỏe đó; (ii) những gợi ý chung về triệu chứng, chẩn đoán phân biệt và cách điều trị; (iii) những gợi ý chi tiết và cụ thể hơn về cách điều trị cho các dạng khác nhau của vấn đề sức khỏe đó; và (iv) những tài liệu tham chiếu làm căn cứ để xây dựng hướng dẫn điều trị.

1.1.3. Phác đồ điều trị

Phác đồ điều trị là tài liệu chi tiết hóa/ cụ thể hóa của Hướng dẫn điều trị. Phác đồ điều trị cung cấp một bộ chuẩn chất lượng tổng hợp các tiêu chí khắt khe gồm chẩn đoán, xử trí, điều trị, cách chăm sóc... phù hợp với điều kiện thực hành lâm sàng tốt nhất trong khoảng chi phí phù hợp của một cơ sở y tế [8].

1.1.4. Quy trình kỹ thuật

Quy trình kỹ thuật là tài liệu hướng dẫn về thực hành chuyên môn kỹ thuật cho từng chuyên ngành, là một chuỗi các hoạt động/ các bước theo trình tự hướng đến hoặc được thực hiện trên một cá nhân với mục tiêu cải thiện sức khỏe, chẩn đoán hay

điều trị một bệnh hoặc một chấn thương. Một tài liệu Quy trình kỹ thuật thường bao gồm các nội dung: Đại cương về kỹ thuật; Chỉ định; Chống chỉ định; Chuẩn bị: người thực hiện, phương tiện, người bệnh, hồ sơ bệnh án; Các bước tiến hành; Theo dõi và xử trí tai biến [8]. Đôi khi QTCM bị nhầm với quy trình kỹ thuật. Trong nội dung của QTCM có yêu cầu sử dụng các thủ thuật còn cách thức thực hiện thủ thuật tuân thủ quy trình kỹ thuật [4].

1.1.5. Quy trình chăm sóc

Quy trình chăm sóc (hay quy trình điều dưỡng) là một loạt các hoạt động/ các bước theo kế hoạch đã được định trước trực tiếp hướng tới một kết quả chăm sóc người bệnh riêng biệt nhằm ngăn ngừa, giảm bớt, hạn chế những khó khăn của người bệnh. Quy trình chăm sóc Điều dưỡng thường bao gồm 4 bước: (1) Nhận định; (2) Yêu cầu (Lập kế hoạch chăm sóc); (3) Thực hiện; (4) Đánh giá [8].

1.1.6. Quy trình thực hành chuẩn

Quy trình thực hành chuẩn (hay quy trình thao tác chuẩn) là văn bản hướng dẫn chỉ rõ cách tiến hành một công việc cụ thể trong công tác quản lý và chuyên môn kỹ thuật nhằm bảo đảm các hoạt động diễn ra một cách thống nhất theo đúng quy định [8].

1.1.7. Nhóm trường hợp bệnh

QTCM được thiết kế và triển khai theo nhóm THB. Một nhóm THB là một nhóm những người bệnh đến với cơ sở dịch vụ hoặc bệnh viện vì những vấn đề sức khỏe tương tự nhau, có yêu cầu cùng loại dịch vụ (khám và điều trị) và có kết quả điều trị tương tự [4].

1.2. Hiệu quả áp dụng quy trình chuyên môn tại bệnh viện

QTCM đã được tiến hành thử nghiệm từ những năm 90 của thế kỷ trước và nhiều tác giả và tổ chức đã tiến hành các nghiên cứu chuyên sâu về hiệu quả áp dụng QTCM tại bệnh viện. Hiệu quả QTCM được đánh giá trên 04 khía cạnh gồm: (i) Cải thiện chất lượng điều trị chuyên môn như giảm số ngày nằm viện nội trú, giảm tai biến/ biến chứng, giảm tỷ lệ tử vong/ nhập viện lại sau 6 tháng điều trị (ii) Cải thiện tính tuân thủ trong quá trình điều trị (iii) Cải thiện công tác hành chính, quản lý bệnh viện và (iv) Hạn chế gia tăng chi phí điều trị [69].

1.2.1. Cải thiện chất lượng điều trị chuyên môn

Giảm số ngày nằm viện nội trú

Số ngày nằm viện nội trú là một trong những yếu tố cơ bản đánh giá tác động của QTCM và đa số các nghiên cứu trên thế giới sử dụng thời gian nằm viện là yếu tố đo lường đầu ra khi áp dụng QTCM. Số ngày nằm viện thường được tính bằng tổng số ngày điều trị tại bệnh viện từ khi nhập viện đến khi ra viện. Tuy nhiên, cũng có nghiên cứu tính từ ngày được phẫu thuật đến ngày ra viện [69]. Tại Việt Nam, theo Thông tư liên Bộ số 14/TTLB ngày 30/9/1995 của Bộ Y tế, Bộ Tài chính, Bộ Lao động - Thương binh và Xã hội và Ban Vật giá Chính phủ quy định cách tính ngày điều trị nội trú, số ngày điều trị nội trú trung bình của THB được tính bằng cách lấy ngày ra viện trừ ngày vào viện. Trường hợp người bệnh vào và ra viện trong cùng ngày thì tính là 1 ngày [1]. Chỉ số này thường được các nghiên cứu trên thế giới sử dụng để phản ánh ý nghĩa về mặt “kinh tế”, tức là về chi phí điều trị [69]. Đối với những bệnh thông thường, ít khi gặp trường hợp tử vong thì số ngày nằm viện giảm, kết hợp cùng với các chỉ số lâm sàng đặc thù cho từng tình trạng bệnh lý, có thể được coi như một chỉ số phản ánh phần nào chất lượng điều trị.

Một nghiên cứu tổng quan hệ thống năm 2010 chỉ ra rằng QTCM có tác động tích cực đến thời gian nằm viện và kết luận trong số 20 nghiên cứu về tác động can thiệp của QTCM có 15 nghiên cứu (chiếm 75%) đánh giá tác động của QTCM đến thời gian nằm viện và 11 nghiên cứu cho thấy thời gian nằm viện giảm từ 1,4 đến 5 ngày điều trị tùy từng nhóm trường hợp bệnh. Tuy nhiên, có 2 nghiên cứu lại chỉ ra kết quả ngược lại: thời gian nằm viện tăng lên khi áp dụng QTCM với điều trị “phục hồi chức năng”. Sau khi xem xét và đánh giá các số liệu thu thập trong các công trình nghiên cứu, nhóm tác giả chỉ ra rằng thời gian nằm viện sẽ bị ảnh hưởng bởi quy định đặc thù riêng của từng bệnh viện và không nhất thiết phản ánh kết quả đầu ra tích cực [69].

Phục hồi chức năng: Falconer (1993) và Sulch 2000 đều báo cáo rằng số ngày nằm viện tăng lên khi kết hợp QTCM. Falconer chỉ ra rằng thời gian nằm viện của nhóm can thiệp là 35,6 ngày so với nhóm đối chứng là 32,3 ngày [69]. Hay Sulch báo cáo thời gian điều trị là 50 ngày đối với nhóm can thiệp so với 45 ngày với nhóm đối

chứng [33]. Trong các nghiên cứu tương tự vào năm 2002, Sulch cũng công bố không có sự khác biệt về sự hài lòng của khách hàng nhưng có sự cải tiến đáng kể về tài liệu trong quá trình điều trị, trong đó có đánh giá dinh dưỡng, sự phối hợp nhóm đa ngành và số trường hợp tử vong [32].

Viêm phổi: Marrie 2000 và Usui 2004 đều chỉ ra rằng thời gian nằm viện và thời gian truyền kháng sinh đường tĩnh mạch giảm đáng kể khi QTCM đã được áp dụng trong việc quản lý người bệnh viêm phổi nội trú. Theo nội dung nghiên cứu của Marie và Usui, thời gian nằm viện và thời gian truyền kháng sinh đường tĩnh mạch đối với nhóm can thiệp giảm từ 1 đến 2 ngày so với nhóm đối chứng. Nghiên cứu cũng kết luận không có sự khác biệt về sự hài lòng của người bệnh giữa nhóm can thiệp và nhóm đối chứng [68].

Nghi ngờ nhồi máu cơ tim: Gomez 1996 và Roberts 1997 đều báo cáo thời gian nằm viện giảm trong nhóm can thiệp áp dụng QTCM [69].

Tại Việt Nam, hiện có rất ít nghiên cứu về hiệu quả của QTCM. Năm 2010, Bộ Y tế đã tiến hành nghiên cứu “Phương thức chi trả trọn gói theo THB” trên cơ sở áp dụng QTCM cho 4 nhóm bệnh thường gặp bao gồm: viêm phế quản - phổi người lớn, viêm phế quản - phổi trẻ em, viêm ruột thừa và đẻ thường tại bệnh viện Thanh Nhàn, Sơn Tây, Ba Vì và Hà Tây”. Đây là nghiên cứu đầu tiên thử nghiệm việc áp dụng QTCM cho một số bệnh thông thường. Các chỉ số được đo lường để đánh giá hiệu quả của QTCM là số ngày nằm viện; chi phí mua thuốc; chi phí xét nghiệm và tổng chi phí cho một đợt điều trị. Kết quả nghiên cứu thử nghiệm cho thấy việc áp dụng QTCM giảm số ngày nằm viện trung bình giảm từ 5 ngày xuống còn 3,8 ngày cho người bệnh mổ ruột thừa và giảm từ 12,4 ngày xuống 8,9 ngày đối với người bệnh mắc viêm phổi. Với bệnh viêm phổi trẻ em, số ngày điều trị trung bình giảm 2,5 ngày (từ 7,3 ngày xuống 4,8 ngày) [3].

Giảm các tai biến/ biến chứng

Các tai biến trong quá trình điều trị có thể bao gồm những rối loạn hoặc nhiễm khuẩn hậu phẫu, chảy máu không kiểm soát, loét do tỳ đè, chứng huyết khối tĩnh mạch, sốc phản vệ khi dùng thuốc, hoặc những chấn thương, ngã hoặc những tai nạn trong quá trình nằm viện. Bên cạnh đó, tùy vào diễn biến bệnh lý của từng bệnh sẽ có

những biến chứng, tai biến khác nhau. Trong tổng số 7 nghiên cứu được đề cập thì có 6 nghiên cứu chỉ ra người bệnh được áp dụng QTCM một cách toàn diện (cho các THB phải phẫu thuật hoặc thực hiện các thủ thuật toàn thân có máy thở) ít có nguy cơ bị chảy máu và nhiễm khuẩn hơn [69]. Kết quả này cho thấy việc áp dụng QTCM có vai trò đảm bảo sự an toàn cho người bệnh.

Giảm tỷ lệ tử vong/ nhập viện lại sau 6 tháng điều trị

Một chỉ số khác thường được dùng để đánh giá kết quả điều trị là tỷ lệ phải nhập viện lại sau 6 tháng điều trị. Một số nghiên cứu trên thế giới có thể xác định thời điểm phải nhập viện lại khác nhau ví dụ nhập viện lại sau 03 tháng, sau 8 tuần hoặc sau 01 tháng tùy thuộc vào tình trạng bệnh lý và nguồn lực để theo dõi người bệnh sau khi ra viện [69]. Một chỉ số khác là người bệnh tử vong tại bệnh viện trong quá trình điều trị hoặc sau 26 tuần điều trị cũng được các nghiên cứu sử dụng để đánh giá hiệu quả điều trị.

Có 02 nghiên cứu đo lường tình trạng tử vong là yếu tố đầu ra của chất lượng điều trị khi áp dụng QTCM. Tuy nhiên, không có nghiên cứu nào cho thấy việc áp dụng QTCM giúp giảm tỷ lệ tử vong một cách có ý nghĩa thống kê. Tương tự, các nghiên cứu đo lường chỉ số phải khám lại sau 6 tháng điều trị cũng cho thấy không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa nhóm áp dụng QTCM và nhóm không áp dụng QTCM [69]. Việc đo lường tình trạng tử vong/ nhập viện lại là khá khó khăn đặc biệt phải theo dõi tình trạng của người bệnh sau khi ra viện. Các nghiên cứu này thường tốn kém và phải đối mặt với các sai số bỏ cuộc của người bệnh. Các yếu tố đầu ra này cần được nghiên cứu thêm khi cơ sở dữ liệu bệnh viện cho QTCM được xây dựng và áp dụng cho đủ cỡ mẫu trong tương lai. Bên cạnh đó, cần xem xét các yếu tố về tiên lượng bệnh cũng như thiết kế của QTCM có phù hợp cho những ca bệnh khó hay không.

1.2.2. Cải thiện tính tuân thủ trong quá trình điều trị

Các nghiên cứu trên thế giới cho thấy việc áp dụng QTCM đều xuất phát từ mục tiêu cải tiến quy trình chăm sóc người bệnh cải thiện chất lượng DVYT bằng việc chuẩn hóa công tác điều trị, chăm sóc người bệnh [69] của đội ngũ NVYT (bác sĩ, điều dưỡng, nữ hộ sinh ...) [69]. Đồng thời, thiết kế dạng bảng kiểm giúp QTCM

cải thiện tính tuân thủ của NVYT đối với các dịch vụ chăm sóc, điều trị vốn hay bị bỏ sót như hỏi bệnh, tư vấn giáo dục sức khỏe, chế độ ăn uống, vận động ... Ngoài ra, QTCM ghi lại những khác biệt trong quá trình chăm sóc và điều trị người bệnh so với phương pháp thông thường. Trên cơ sở phân tích những khác biệt đó, các nhà quản lý/ Ban lãnh đạo bệnh viện có cơ sở cải tiến phương pháp điều trị, quản lý rủi ro và đo lường tiến triển trong quá trình điều trị và kết quả điều trị cho người bệnh [39]; [48]; [58]; [60]; [69].

Áp dụng QTCM tạo ra thuận lợi để ứng dụng công nghệ thông tin vào xây dựng cơ sở dữ liệu bệnh viện và giúp giám sát tính tuân thủ của NVYT như: hồ sơ bệnh án điện tử [65], đơn thuốc điện tử [56] cơ sở dữ liệu hạch toán chi phí cho cơ quan BHYT. Tại Việt Nam, hồ sơ bệnh án điện tử đã được một số bệnh viện áp dụng để cải thiện công tác quản lý, giúp hội chẩn từ xa như bệnh viện đa khoa tỉnh Đồng Nai, bệnh viện quận Thủ Đức – thành phố Hồ Chí Minh [13]. Việc áp dụng bệnh án điện tử kết hợp với hệ thống chẩn đoán y khoa từ QTCM sẽ giúp chuyển tất cả những dữ liệu như: đơn thuốc điện tử, kết quả xét nghiệm, phim chụp X-quang, cộng hưởng từ, kết quả nội soi, kết quả chẩn đoán và phác đồ điều trị,... thành dữ liệu có cấu trúc. Thông tin bệnh án điện tử được lưu trữ tập trung và chuyển trực tiếp cho các bác sỹ thuộc các khoa, phòng liên quan, góp phần hỗ trợ hội chẩn hình ảnh từ xa [14] và cải thiện quá trình giao tiếp của NVYT tại bệnh viện.

1.2.3. Cải thiện công tác hành chính, quản lý bệnh viện

Áp dụng QTCM chính là “Lấy người bệnh làm trung tâm”, đơn giản hóa công tác hành chính, giảm khối lượng công việc ghi chép mà vẫn hỗ trợ kiểm soát việc gia tăng chi phí đồng thời cung cấp bằng chứng cho phát triển chính sách tài chính dịch vụ khám chữa bệnh (KCB). Áp dụng QTCM chính là vận dụng trí tuệ tập thể. Việc các thông tin liên tục được cập nhật sẽ làm giàu kiến thức của những người tham gia. Do trong quy trình, “ai làm việc nấy” nên hạn chế sự chồng chéo công việc, giảm thiểu sự “quên/ bỏ sót” công việc, đồng thời liên tục rà soát cải tiến quy trình và phương pháp làm việc [42].

Áp dụng QTCM cũng giúp quản lý rủi ro hiệu quả hơn vì quá trình điều trị cho mỗi một tình trạng bệnh lý được xây dựng rõ ràng, các yếu tố đầu ra được đo lường

và chuẩn hóa. Nhân viên y tế có thể cải thiện kế hoạch chăm sóc người bệnh từ những đánh giá liên tục, chia sẻ thông tin với đồng nghiệp, hạn chế rủi ro, sai sót. Từ đó, kế hoạch chăm sóc được điều chỉnh kịp thời theo diễn biến của người bệnh. QTCM cũng giúp giảm bớt phần rủi ro tài chính thông qua việc dự báo chính xác số lượng các thủ tục thực hiện cho những ca bệnh tương tự nhau. Điều này rất hữu ích cho cơ quan bảo hiểm. Một khía cạnh khác của quản lý rủi ro là theo dõi sự tái phát. Quy trình này có thể bao gồm các hướng dẫn để đảm bảo tất cả các chuyên gia y tế nhận thức được những rủi ro tiềm ẩn và có hành động thích hợp để ngăn ngừa chúng tái diễn.

1.2.4. Hạn chế gia tăng chi phí điều trị

Tổng chi phí cho một đợt điều trị bao gồm các chi phí về giường bệnh, chi phí cho xét nghiệm, dịch truyền, thuốc, vật tư tiêu hao, công khám có thể được cơ quan bảo hiểm thanh toán một phần. Nếu người bệnh được chỉ định càng nhiều xét nghiệm và thuốc (cả về số lượng và số loại) thì tổng chi phí điều trị sẽ càng tăng. Thực tế, khi giảm số ngày nằm viện điều trị, giảm tai biến, hạn chế các thủ thuật, xét nghiệm không cần thiết, giảm tính biến thiên trong điều trị thì chi phí điều trị sẽ giảm xuống (bảng 1. 1) [22]. Bên cạnh đó, áp dụng QTCM giúp tối ưu hóa quá trình điều trị thông qua việc cắt giảm các bước chông chéo, không cần thiết.

Bảng 1. 1: Hiệu quả về chất lượng điều trị khi áp dụng QTCM cho một số bệnh nội, ngoại khoa trên thế giới [22]

Bệnh	Chỉ số chất lượng và chi phí điều trị	Trước khi áp dụng QTCM	Sau khi áp dụng QTCM
Phẫu thuật chỉnh hình cổ và đầu [20]	Số ngày nằm viện trung bình	4 ngày	2 ngày
	Chi phí điều trị trung bình	\$8.459	\$6.227
Bệnh viêm phổi [68]	Số ngày nằm viện trung bình	9,6 ($\pm 2,1$) ngày	8,2 ($\pm 1,9$) ngày
Phẫu thuật chỉnh hình đầu gối [72]	Số ngày nằm viện trung bình	6,79 ngày	4,16 ngày
Phẫu thuật đường tiết niệu [27]	Số ngày nằm viện trung bình	5,5 ngày	4,9 ngày

Bệnh	Chỉ số chất lượng và chi phí điều trị	Trước khi áp dụng QTCM	Sau khi áp dụng QTCM
Phẫu thuật thoát vị bẹn [69]	Số ngày nằm viện trung bình	3,25 ngày	1,64 ngày
	Trung vị số lần khám trước phẫu thuật	22 lần	7 lần
	Tỷ lệ người bệnh nhiễm trùng vết mổ	3,42%	2,34%
	Tỷ lệ hoàn thành hồ sơ bệnh án	62,39%	95,24%
	Chi phí điều trị trung bình	\$732,94	\$445,52
Phẫu thuật cắt đại tràng [71]	Chi phí điều trị trung bình, trung bình (sd)	\$19.997,35 (±1.244,61)	\$13.908,53 (±1.113,01)
	Số ngày nằm viện trung bình	9,98 (±0,62) ngày	7,71 (±0,37) ngày
Suy tim [52]	Số ngày nằm viện trung bình	10,89 ngày	7,96 ngày
	Tỷ lệ hoàn thành hồ sơ tại phòng cấp cứu	21,71%	26,29%
	Tỷ lệ người bệnh có đánh giá tâm thất trái	44,94%	100%
	Tỷ lệ người bệnh được hướng dẫn sau khi xuất viện (chế độ ăn uống, nghỉ ngơi...)	0%	100%
	Tỷ lệ người bệnh tái nhập viện khẩn cấp trong vòng 31 ngày	6,74%	2,94%
	Tỷ lệ người bệnh nội trú tử vong	17,42%	4,41%
Thay khớp háng [52]	Số ngày nằm viện trung bình	13,07 ngày	12,81 ngày
	Số lần khám trước khi phẫu thuật	32 lần	14 lần

Các nghiên cứu trên thế giới cho thấy, việc áp dụng QTCM giúp giảm chi phí điều trị cho các bệnh nội khoa như: bệnh như viêm phổi [68]; các bệnh về tim mạch [52]; bệnh lý ngoại khoa như: phẫu thuật u bướu ở đầu và cổ[20]; phẫu thuật chỉnh hình đầu gối, háng, khớp [52]; phẫu thuật cắt đại tràng [71]; phẫu thuật đường tiết

niệu [20]; phẫu thuật ổ bụng [26]. Công tác quản lý cũng được cải thiện thông qua việc áp dụng QTCM, đặc biệt giúp nhân viên y tế tiên lượng được thời gian và quy trình giải quyết các người bệnh có chung vấn đề sức khỏe và giúp giảm quá tải bệnh viện [30]. Thông tin được chia sẻ khi áp dụng QTCM giúp tăng vai trò, trách nhiệm của mỗi nhân viên y tế [30], giảm gánh nặng các thủ tục hành chính thông qua việc tích hợp được nhiều loại giấy tờ ghi chép.

Tại Việt Nam, nghiên cứu thử nghiệm áp dụng QTCM tại bệnh viện Thanh Nhàn năm 2012 cho thấy chi phí mua thuốc trong nhóm người bệnh được áp dụng QTCM cho mổ ruột thừa giảm khoảng 2.500.000 đồng so với người bệnh không áp dụng QTCM. Tuy nhiên, tổng chi phí cho một đợt điều trị và chi phí xét nghiệm cho bệnh viêm ruột thừa ở bệnh viện Thanh Nhàn lại không có sự khác biệt trước và sau can thiệp (tổng chi phí khoảng 2.600.000 đồng/người bệnh và chi phí xét nghiệm khoảng 500.000 đồng). Ngược lại, tổng chi phí cho một đợt điều trị và chi phí xét nghiệm cho bệnh viêm phổi người lớn áp dụng QTCM ở bệnh viện Thanh Nhàn giảm lần lượt là 400.000 đồng và 100.000 đồng.

Nghiên cứu không đủ dữ liệu để kết luận có sự thay đổi về chất lượng điều trị trước và sau can thiệp do quá trình thu thập số liệu về chất lượng điều trị chưa được đầy đủ. Hạn chế này xuất phát từ việc nhân viên y tế vẫn sử dụng hồ sơ bệnh án thông thường và chỉ sao chép các chỉ số sang hồ sơ QTCM. Bên cạnh đó, cỡ mẫu của nghiên cứu chưa đủ lớn (từ 10-60 người bệnh/ QTCM) nên chưa đủ lực mẫu để phát hiện sự thay đổi về chi phí điều trị. Tuy nhiên, kết quả nghiên cứu là gợi ý ban đầu về hiệu quả của QTCM cho các nghiên cứu chuyên sâu tiếp theo tại Việt Nam.

1.3. Tổng quan một số yếu tố ảnh hưởng đến việc áp dụng quy trình chuyên môn

Để áp dụng QTCM một cách hiệu quả cần phải triển khai nhiều hoạt động, bên cạnh đó cũng có nhiều yếu tố ảnh hưởng từ khi bắt đầu xây dựng hồ sơ đến lúc triển khai [39]. Bản chất việc áp dụng QTCM là một quá trình thay đổi hành vi/ thói quen cũ, thiết lập hành vi/ thói quen mới thông qua quá trình nâng cao nhận thức, đầu tư thời gian, tạo động lực, nhiệt huyết cho nhóm nhân viên y tế (NVYT) áp dụng QTCM [58]. Tổng quan các nghiên cứu trên thế giới và Việt Nam cho thấy những yếu tố này

bao gồm những yếu tố bên trong thuộc về đặc điểm của QTCM (điểm mạnh, điểm yếu) và những yếu tố bên ngoài (thuận lợi, khó khăn) dưới đây:

1.3.1. Ưu điểm của quy trình chuyên môn

Là thước đo, giúp tiêu chuẩn hóa công tác điều trị

Để trở thành thước đo tiêu chuẩn cho công tác điều trị và chăm sóc người bệnh, một QTCM phải đảm bảo rất nhiều tiêu chí như tính giá trị, chi phí hiệu quả, tính tin cậy, tính đại diện... (Phụ lục 3). Để đạt được các tiêu chí này, quy trình chuyên môn phải được thiết kế hợp lý để giúp giảm thiểu công tác ghi chép và thuận tiện cho NVYT triển khai so với hồ sơ bệnh án thông thường. Đây là một điểm mạnh giúp QTCM dễ dàng được chấp nhận trên thế giới [20]; [21]; [51]. Trong quá trình chăm sóc, điều trị cho người bệnh, NVYT phải ghi chép và hoàn thiện rất nhiều biểu mẫu, giấy tờ, báo cáo. Với hồ sơ bệnh án thông thường, việc ghi chép đôi khi bị trùng lặp và phải điền nhiều lần trên các loại giấy tờ với cùng một nội dung. Với nguyên tắc: “Lấy người bệnh làm trung tâm”, việc thiết kế QTCM phải đảm bảo phù hợp cho nhóm trường hợp bệnh (nhóm người bệnh mắc những bệnh tương tự, có chung chẩn đoán). Việc áp dụng QTCM có thể giúp thay thế cho việc sử dụng nhiều loại giấy tờ như phiếu điều trị, tờ chăm sóc, phiếu khám, tờ xét nghiệm... theo hướng tinh giản số tài liệu, tối thiểu nhất số biểu mẫu, phiếu được dùng song song với QTCM, hướng đến một biểu mẫu duy nhất trong suốt một đợt điều trị. Nhờ vậy, công tác hành chính được giảm thiểu đáng kể và NVYT là đối tượng được hưởng lợi đầu tiên [39]. Do đó, NVYT dễ dàng chấp thuận và thay đổi hành vi/ thói quen ghi chép, giao tiếp trong chăm sóc và điều trị cho người bệnh.

Quy trình chuyên môn được xây dựng với tiêu chí: các hướng dẫn được diễn đạt, trình bày dễ hiểu, dễ điền các thông tin, dễ kiểm tra và không đòi hỏi những quy định/ yêu cầu đặc thù. Vì vậy, việc áp dụng QTCM có thể dễ hơn so với những hướng dẫn phức tạp hoặc quá chung chung. Một số nghiên cứu trên thế giới đã từng đề cập đến cách hiểu khác nhau của NVYT về các thông tin được đưa ra trong các hướng dẫn điều trị làm ảnh hưởng đến việc thực hành [23]. Ví dụ: khi QTCM được xây dựng bởi nhóm chuyên gia là các điều dưỡng thì việc triển khai thực hành chăm sóc người bệnh sẽ tốt hơn, vì điều dưỡng là nhóm NVYT chịu trách nhiệm chính việc chăm sóc người

bệnh tại bệnh viện [23]. Bên cạnh đó, các chỉ dẫn cần phải đủ chi tiết để tránh những hiểu nhầm bởi những nhóm NVYT ít kinh nghiệm nhất. Nhưng nếu chỉ dẫn đầy đủ ở tất cả các mục thì sẽ không tập trung được vào những giải thích quan trọng. Do vậy, điều quan trọng là xác định những mục cần chỉ dẫn và mức độ chỉ dẫn phù hợp để đảm bảo NVYT có thể hiểu và nhớ được nội dung chỉ dẫn trong quá trình áp dụng. Thiết kế QTCM hợp lý sẽ đáp ứng được yêu cầu này.

Phù hợp với từng nhóm trường hợp bệnh

Quy trình chuyên môn được thiết kế phù hợp dựa vào đặc điểm, diễn biến bệnh học và nhu cầu điều trị, chăm sóc cho nhóm trường hợp bệnh nhằm đảm bảo chất lượng và sự an toàn của người bệnh. Đối với các bệnh cấp tính, QTCM chỉ ra khoảng thời gian chính xác của quá trình điều trị [43]. Ví dụ: với bệnh cấp tính như đau ruột thừa, sỏi túi mật thì phẫu thuật ngoại khoa là chỉ định cho 100% các trường hợp mắc bệnh và người bệnh được theo dõi trước, trong và sau phẫu thuật [51]. Ngược lại, với các bệnh mạn tính thường đi kèm các bệnh phối hợp khác thì phác đồ điều trị có thể khác nhau, phụ thuộc vào việc tiên lượng các biến chứng của từng bệnh. Quá trình điều trị các bệnh mạn tính thường liên quan đến nhiều khoa, phòng, như bệnh đái tháo đường phải đề phòng biến chứng về thận, thần kinh, mắt. Do vậy, QTCM cho các bệnh mạn tính cần phải xác định các can thiệp theo từng mốc kết quả đạt được, phải chỉ ra các công việc cần tiến hành tiếp theo, phải linh hoạt thay vì theo dõi tại những thời điểm cố định.

Năm 2000, nghiên cứu của các tác giả McIlvoy, Meyer và Vitaz đã áp dụng QTCM cho chấn thương cột sống - những trường hợp chấn thương mà mức độ đáp ứng với điều trị thường rất khác nhau và khó đoán trước [44]. Kết quả cho thấy việc sắp xếp các bước cần trong hồ sơ QTCM một cách khoa học và phù hợp với đặc điểm bệnh lý sẽ giúp quá trình áp dụng và ghi chép được dễ dàng, không chồng chéo các bước.

Được xây dựng dựa vào bằng chứng

Đảm bảo tính giá trị và phù hợp của QTCM là vấn đề cốt lõi giúp cải thiện các kết quả điều trị cho người bệnh với mức chi phí hiệu quả. Tính giá trị phụ thuộc vào mức độ xây dựng QTCM dựa vào bằng chứng, kết hợp với việc cụ thể hóa người chịu

trách nhiệm và cách thức tiến hành điều trị, chăm sóc người bệnh [40]. Tại Anh, một số QTCM được xây dựng bởi Hội đồng các chuyên gia nên phụ thuộc phần lớn vào kiến thức, kinh nghiệm và ý kiến của Hội đồng chuyên gia mà thiếu sự nghiên cứu, rà soát các bằng chứng từ các tài liệu và các y văn trên thế giới [35]. Vì vậy, nếu không dựa vào bằng chứng thực tế từ hiệu quả điều trị thì tính giá trị của QTCM không được đánh giá cao và có thể có nhiều yếu tố gây nhiễu dẫn đến sai số [25]. Thực tế, trước khi áp dụng, các QTCM được thử nghiệm tại các bệnh viện và thông qua Hội đồng nghiệm thu để đảm bảo tính giá trị, phù hợp với các đặc điểm khác nhau của các bệnh viện. Ngoài ra, QTCM cũng được xây dựng dựa trên nguyên tắc có “độ mở” tương đối (sự linh hoạt) để các bệnh viện có thể cập nhật và điều chỉnh cho phù hợp với thực tế.

Quy trình chuyên môn về bản chất chính là y học dựa vào bằng chứng. Nó cho thấy sự phối hợp giữa nhiều bộ phận trong suốt quá trình người bệnh sử dụng dịch vụ (khám và điều trị) tại cơ sở y tế. QTCM được xây dựng bởi đội ngũ các chuyên gia từ nhiều lĩnh vực (bác sỹ, điều dưỡng, nhà quản lý, kỹ thuật viên, những người giàu kinh nghiệm về lâm sàng...) nên áp dụng QTCM sẽ đem lại những lợi ích như: cải thiện việc chia sẻ thông tin, tăng cường việc trao đổi kinh nghiệm, nâng cao ý thức trách nhiệm của mỗi NVYT, tích hợp được nhiều lĩnh vực trong hệ thống y tế. Bên cạnh đó, QTCM được xây dựng và áp dụng cho một vấn đề sức khỏe cụ thể, với sự đồng thuận của các chuyên gia đầu ngành sẽ giúp nâng cao trình độ cho những NVYT trẻ, chưa có nhiều kinh nghiệm [23]; [29]; [34].

1.3.2. Thuận lợi khi áp dụng quy trình chuyên môn tại bệnh viện

Nằm trong định hướng phát triển của ngành Y tế

Tại Việt Nam, định hướng phát triển của ngành Y tế trong giai đoạn tới là tăng cường chất lượng và cải thiện hiệu suất của DVYT. Theo kiến nghị trong báo cáo chung về tổng quan ngành Y tế năm 2014 [5], một số nhiệm vụ trọng tâm của ngành trong giai đoạn tới là:

- i) Giảm gia tăng biên độ biến thiên của các yếu tố trong quá trình điều trị như: số ngày nằm viện, chi phí điều trị, chi phí bảo dưỡng các trang thiết bị áp dụng công nghệ mới, giá thuốc và số lần xét nghiệm... ảnh hưởng đến quá trình điều

trị, đặc biệt là các ca bệnh như đẻ thường, viêm phổi ở người lớn và mổ ruột thừa.

- ii) Xây dựng tiêu chuẩn hoặc công cụ đánh giá, đo lường mức độ hợp lý về số ngày nằm viện, số xét nghiệm, số thuốc được sử dụng theo chỉ định của bác sỹ. Hạn chế việc lạm dụng các xét nghiệm, đặc biệt là các xét nghiệm sử dụng công nghệ - kỹ thuật mới để tránh gia tăng chi phí điều trị.
- iii) Đẩy mạnh hơn nữa tiến độ mở rộng và bao phủ BHYT, sử dụng quỹ BHYT hợp lý đảm bảo tính bền vững và hiệu quả, cải thiện hệ thống quản lý thông tin, tránh tình trạng lạm dụng quỹ BHYT.

Bên cạnh đó, Luật BHYT được ban hành và có hiệu lực từ tháng 7 năm 2009, mới được sửa đổi, bổ sung một số điều năm 2014 và Đề án đổi mới cơ chế hoạt động và cơ chế tài chính y tế của Ngành Y tế đặt ra yêu cầu nghiên cứu, áp dụng các phương thức chi trả khác nhau để bổ sung và thay thế cho phương thức thanh toán trực tiếp theo dịch vụ. Để đáp ứng yêu cầu đổi mới tài chính DVYT, Bộ Y tế xác định áp dụng phương thức chi trả theo trường hợp bệnh là một lựa chọn phù hợp nhất với DVYT ở Việt Nam. Ngoài ra, việc áp dụng QTCM là một nội dung không thể thiếu trong hợp đồng giữa bên chi trả (BHYT) với các cơ sở cung cấp dịch vụ (cơ sở y tế). Do đó, xây dựng và áp dụng QTCM làm cơ sở hạch toán chi phí theo phương thức chi trả trọn gói theo ca bệnh là giải pháp nằm trong chủ trương của Bộ Y tế để đổi mới phương thức chi trả [3]; [42].

Với những định hướng trên, việc áp dụng QTCM trong chăm sóc và điều trị được coi là bước tiến nền tảng và phù hợp. Trong tương lai, việc thực hiện lộ trình này sẽ nâng tầm quan trọng của QTCM, đặc biệt khi hạch toán chi phí điều trị với cơ quan BHYT.

Mặt khác, để áp dụng đúng chuẩn QTCM, cơ sở vật chất của bệnh viện (vật tư tiêu hao, trang thiết bị y tế, hệ thống công nghệ thông tin quản lý y tế) cần được đầu tư nâng cấp để phục vụ công tác chẩn đoán và điều trị, tránh trường hợp phải chuyển tuyến vì không có phương tiện chẩn đoán, điều trị theo QTCM. Do đó với định hướng phát triển của ngành Y tế, việc áp dụng QTCM sẽ giúp bệnh viện nâng cấp, cải thiện

ơ sở vật chất, nâng cao trình độ cán bộ và đáp ứng kịp thời nhu cầu chăm sóc sức khỏe của người bệnh.

Được các nhà quản lý, Ban giám đốc bệnh viện ủng hộ

Với định hướng phát triển chung của toàn ngành Y tế, các nhà quản lý, Ban giám đốc bệnh viện đều rất quan tâm, ủng hộ việc áp dụng QTCM. Các nghiên cứu trên thế giới đặc biệt quan tâm đến những ảnh hưởng từ thái độ của người đứng đầu cơ sở y tế đối với việc áp dụng QTCM [39]; [58]. Quá trình áp dụng QTCM sẽ thuận lợi hơn khi các nhà quản lý, Ban giám đốc bệnh viện nhận ra những lợi ích của QTCM và dành thời gian để quan tâm, hỗ trợ nhóm NVYT thay đổi dần thói quen sử dụng hồ sơ bệnh án thông thường, chuyển sang hồ sơ QTCM. Quá trình này cần lòng nhiệt huyết và những chỉ đạo sát sao từ phía các nhà quản lý, Ban lãnh đạo trong việc phân bổ thời gian và phân công nội dung công việc cụ thể cho cá nhân, nhóm NVYT chăm sóc và điều trị cho người bệnh.

Tại Việt Nam, hội thảo: “Báo cáo kết quả xây dựng QTCM và hạch toán chi phí theo nhóm trường hợp bệnh” do Bộ Y tế tổ chức tháng 10/2015 được tổ chức để lấy ý kiến của các lãnh đạo bệnh viện về việc áp dụng QTCM. Các ý kiến đều cho rằng việc áp dụng QTCM là cần thiết, giúp người bệnh được chăm sóc đầy đủ, toàn diện, không bỏ sót các thủ tục từ khi vào viện, khám, chẩn đoán, điều trị đến khi ra viện. QTCM giúp giảm thủ tục hành chính, thời gian đi lại, chờ đợi thanh toán chi phí đối với người bệnh, giúp bộ phận tài chính, thu chi viện phí của bệnh viện giảm thời gian ghi chép và số giờ làm việc [6]. Từ những lợi ích trên, các nhà quản lý, Ban lãnh đạo bệnh viện đều ủng hộ việc áp dụng QTCM. Đây là tiền đề góp phần đẩy mạnh việc áp dụng rộng rãi QTCM.

1.3.3. Nhược điểm của quy trình chuyên môn khi áp dụng tại bệnh viện

Phụ thuộc vào nhận thức và trình độ của cán bộ y tế

Việc thực hiện QTCM phụ thuộc rất nhiều vào nhóm/ kíp bác sỹ điều trị, nhóm NVYT phụ trách công tác chăm sóc, thực hiện các thủ thuật điều trị, phẫu thuật. Các nghiên cứu trên thế giới đã chỉ ra 70% các sai sót trong quá trình điều trị xuất phát từ quá trình giao tiếp của kíp phẫu thuật/kíp điều trị và 30% còn lại liên quan đến các yếu tố khác [34]; [53]. Quá trình trao đổi, giao tiếp của nhóm bác sỹ điều trị là một

quá trình phức tạp vì nó liên quan đến các yếu tố đặc thù của ngành y bao gồm: (i) tính khẩn cấp (bệnh cấp cứu cần trao đổi đưa ra quyết định nhanh chóng); (ii) tính phức tạp của thông tin cần trao đổi và (iii) tính nhạy cảm của thông tin. Bên cạnh quá trình giao tiếp giữa các nhóm NVYT, các nghiên cứu trước đó cũng cho thấy hạn chế về nhận thức và thực hành của NVYT là những khó khăn chủ yếu trong quá trình áp dụng QTCM [64]. Các nhóm NVYT đôi khi nhận thức không đầy đủ về tầm quan trọng của việc tuân thủ QTCM. Mặt khác, một số nghiên cứu cũng đề cập đến yếu tố tuổi và kinh nghiệm của NVYT là các yếu tố tiên quyết ảnh hưởng đến việc áp dụng QTCM. Những NVYT trẻ tuổi và ít kinh nghiệm thường có xu hướng để ý và sử dụng các hướng dẫn QTCM hơn những NVYT lớn tuổi và có nhiều kinh nghiệm [39]. Khi NVYT nhận thức được tầm quan trọng, mục đích và những lợi ích của QTCM trong việc đảm bảo an toàn cho người bệnh, cải thiện chất lượng điều trị và giảm thủ tục hành chính thì NVYT sẽ chú ý và tuân thủ QTCM tốt hơn. Những NVYT làm việc theo thói quen và ngại thay đổi cần được tập huấn, giới thiệu về việc áp dụng QTCM để họ làm quen với những thay đổi trong quy trình ghi chép và vượt qua các khó khăn liên quan đến việc phải thường xuyên ước lượng thời gian tiến hành các công việc và đo lường các chi phí điều trị [58]. NVYT sẽ cảm thấy việc áp dụng QTCM dễ dàng hơn sau một thời gian trải nghiệm và làm quen với phương thức ghi chép của QTCM.

Khó đáp ứng với những diễn biến bất thường của người bệnh

Như đã trình bày ở trên, diễn biến sức khỏe của người bệnh đặc biệt liên quan đến biến chứng của những bệnh phối hợp có thể ảnh hưởng đến thành công của việc áp dụng QTCM. Nghiên cứu của Davis và Tylor-Vaisey đã chỉ ra rằng những trường hợp bệnh có mắc thêm các bệnh phối hợp thì khả năng tuân thủ QTCM ít hơn những trường hợp bệnh chỉ điều trị một bệnh [29]. Lý do được đưa ra là QTCM được thiết kế dựa trên các đặc điểm bệnh lý cho một mặt bệnh cụ thể theo số đông người bệnh và thường không đặc thù cho những trường hợp bệnh có diễn biến phức tạp, khó tiên lượng. Điều này có liên quan đến những khó khăn trong chẩn đoán cũng như mức độ phức tạp về tình trạng sức khỏe của người bệnh, đặc biệt là bệnh mạn tính. Vì vậy, một số nghiên cứu nhấn mạnh việc thiết kế QTCM phải chú ý đến những nhu cầu chăm sóc đặc thù cho người bệnh có một số bệnh phối hợp thường đi kèm nhau [49];

[61] và cho phép QTCM có những lựa chọn điều trị khác nhau theo diễn biến của bệnh và quyết định của nhóm bác sỹ điều trị. Do đó QTCM không thể áp dụng được cho tất cả các trường hợp bệnh và không phù hợp để áp dụng cho những người bệnh có nhiều bệnh phối hợp.

Ngoài ra, các yếu tố về tâm lý, thái độ của người bệnh cũng ảnh hưởng đến việc áp dụng QTCM. Ví dụ: người bệnh có thể cảm thấy không tự nhiên hoặc thấy không cần thiết phải tuân thủ những chỉ dẫn, hướng dẫn trong quá trình chăm sóc và điều trị theo QTCM, đặc biệt là những hướng dẫn sau khi ra viện [37]. Vì vậy, để cải thiện việc tuân thủ QTCM, các thông tin về tầm quan trọng, lợi ích của việc tuân thủ QTCM cần được trao đổi cụ thể với người bệnh trước, trong và sau quá trình điều trị [37].

Quy mô và khả năng đáp ứng của các bệnh viện về cơ sở vật chất, trình độ cán bộ, CNTT... không đảm bảo theo yêu cầu của QTCM, cần nguồn lực đầu tư lớn, đồng bộ. Để áp dụng QTCM thành công, các yếu tố đầu vào như: NVYT có trình độ, trang thiết bị y tế đảm bảo chất lượng, giường bệnh, năng lực thực hiện các xét nghiệm, vật tư tiêu hao... phải đáp ứng được thiết kế của QTCM. Tuy nhiên, quy mô và khả năng đáp ứng của các bệnh viện sẽ khác nhau tùy từng tuyến, từng khu vực. Ví dụ: bệnh viện tuyến trung ương khác với bệnh viện tuyến tỉnh/ huyện, bệnh viện đa khoa khác với bệnh viện chuyên khoa. Khả năng đáp ứng các yếu tố trên của các bệnh viện có thể ảnh hưởng đến chất lượng điều trị nói chung và việc áp dụng QTCM nói riêng. Ví dụ: khi người bệnh vào viện phải sử dụng máy CT scanner để chẩn đoán, tuy nhiên máy lại đang hỏng hoặc đang bảo dưỡng không sử dụng được thì bác sỹ sẽ phải dùng các biện pháp khác để chẩn đoán, dẫn đến thời gian điều trị bị kéo dài hoặc người bệnh phải chuyển tuyến [4].

Ứng dụng CNTT là một phần không thể thiếu khi áp dụng QTCM vì phần mềm thu thập các số liệu trong QTCM sẽ tạo cơ sở dữ liệu giúp hạch toán chi phí, theo dõi các chỉ số chất lượng và chi phí điều trị [22]. Việc áp dụng QTCM điện tử [65] hoặc các phần mềm hỗ trợ nhập số liệu đã được triển khai tại nhiều nước trên thế giới như Úc, Nhật Bản, Anh, đem lại hiệu quả đáng khích lệ và ngày càng được quan tâm, mở rộng [46]; [56]. Các nghiên cứu cũng chỉ ra việc áp dụng QTCM với cách

ghi chép sổ sách truyền thống làm hạn chế quá trình trao đổi giữa các nhóm NVYT do đó hồ sơ bệnh án điện tử được các NVYT áp dụng nhiều hơn [34]. Tại Việt Nam, hiện tại các ứng dụng CNTT này chưa được phát triển nhưng trong tương lai, các chỉ số từ QTCM có thể được tích hợp với phần mềm của cơ quan BHYT (đang được sử dụng rộng rãi trong các bệnh viện), từ đó mở rộng phạm vi áp dụng QTCM.

1.3.4. Khó khăn khi áp dụng quy trình chuyên môn tại bệnh viện

Sự khác biệt về văn hóa

Sự khác biệt về văn hóa giữa NVYT và người bệnh ... do sự thiếu hiểu biết về cách tiếp cận, sự thay đổi nhân sự trong quá trình áp dụng QTCM hoặc do bản thân NVYT không ghi chép đầy đủ và thiếu sự phản hồi thông tin kịp thời có thể làm giảm hiệu quả áp dụng QTCM, gây áp lực tâm lý, thiếu thoải mái, tự nhiên khi áp dụng QTCM [64]. Bên cạnh đó, việc thiếu sự chỉ đạo của cấp trên; thiếu động lực khuyến khích; thiếu sự tham gia của người bệnh cũng dẫn đến việc NVYT áp dụng QTCM không đúng cách. Ngoài ra, người bệnh không thể biết để tham gia QTCM do không được thông tin cụ thể và hướng dẫn, giải thích về lợi ích khi áp dụng QTCM trước khi vào viện. Thậm chí một số bệnh viện không muốn thay đổi, không muốn áp dụng một phương pháp mới khi mà cách ghi chép hồ sơ bệnh án truyền thống đã được triển khai hàng chục năm và trở thành thói quen khó thay đổi. Tất cả những điều đó đều cản trở đến việc xây dựng và áp dụng QTCM.

Rào cản về vấn đề pháp lý

Khi áp dụng QTCM, bệnh viện và nhóm NVYT có thể sẽ lo lắng về khả năng bị người bệnh khiếu nại, khiếu kiện. Trong quá trình điều trị, NVYT có thể gặp sai sót hoặc lạm dụng những loại thuốc đắt tiền, thực phẩm chức năng không cần thiết mà dựa vào QTCM các cơ quan chức năng hoặc người bệnh, người nhà người bệnh có thể nhận ra bằng cách rà soát các bước trong QTCM và so sánh với thực tế công tác chăm sóc, điều trị tại bệnh viện có tuân thủ đúng theo QTCM không? Khi những sai sót bị phát hiện, NVYT hoặc bệnh viện có thể phải đối mặt với những khiếu nại và những rắc rối về mặt pháp lý [60]. Trong công tác hạch toán chi phí để thanh toán với cơ quan bảo hiểm, hồ sơ QTCM là tài liệu để đối chiếu với những khoản chi phí cho vật tư tiêu hao, thuốc điều trị, các xét nghiệm được thanh toán. Nếu NVYT không

thực hiện theo chuẩn điều trị mà tự ý sử dụng những dịch vụ không cần thiết, cơ quan bảo hiểm sẽ yêu cầu bệnh viện phải hoàn chi tiền BHYT. Tuy nhiên, nhìn từ khía cạnh tích cực, một số nghiên cứu cho rằng các vấn đề về pháp lý sẽ là động lực giúp NVYT tuân thủ đúng và thực hiện đầy đủ các thủ thuật cũng như hạn chế việc lạm dụng các dịch vụ không cần thiết [64]. Khi QTCM được bệnh viện và tập thể NVYT chấp nhận, thì các vấn đề liên quan đến khiếu nại, kiện tụng không phải là khó khăn chính trong áp dụng QTCM. Tóm lại, việc áp dụng QTCM giúp cho quá trình chăm sóc và điều trị người bệnh được minh bạch hơn, tránh được việc lạm dụng thuốc và các dịch vụ xét nghiệm...

Hiệu quả áp dụng QTCM tại bệnh viện phụ thuộc vào nhiều yếu tố (bao gồm cả các yếu tố nội tại và các yếu tố bên ngoài QTCM) (Phụ lục 4). Các yếu tố nội tại của QTCM chứa đựng trong nó cả những điểm mạnh và điểm yếu. Khi triển khai áp dụng quy trình chuyên môn tại bệnh viện, những thuận lợi từ định hướng chính sách ngành Y tế là động lực thúc đẩy việc áp dụng quy trình chuyên môn. Tuy nhiên, rào cản từ vấn đề pháp lý là một khó khăn cần phải vượt qua trong việc áp dụng quy trình chuyên môn. Tóm lại, so với một số điểm yếu và khó khăn phải vượt qua, việc áp dụng quy trình chuyên môn đem lại nhiều lợi ích hơn. Với ưu điểm giúp tiêu chuẩn hóa công tác chăm sóc và điều trị, cải thiện chất lượng điều trị, quản lý bệnh viện, áp dụng quy trình chuyên môn là cần thiết và cần được nghiên cứu, triển khai áp dụng mở rộng.

1.4. Chi phí và các phương pháp tính toán chi phí DVYT

1.4.1. Chi phí và phân loại chi phí

Chi phí dịch vụ, hay còn gọi là *giá thành*, là toàn bộ chi phí mà cơ sở cung cấp dịch vụ phải bỏ ra để chi trả cho nhân công, vật tư, thiết bị, nhà xưởng, và phí quản lý hành chính để có thể cung cấp được một dịch vụ nào đó [10].

Phân loại chi phí dịch vụ: Chi phí có thể được phân loại như sau [11]:

Chi phí trực tiếp và chi phí gián tiếp: *chi phí trực tiếp* liên quan trực tiếp đến việc cung cấp dịch vụ, thường bao gồm các yếu tố như lương và phụ cấp, thuốc và vật tư tiêu hao. *Chi phí gián tiếp* không thể ấn định trực tiếp vào việc sản xuất hàng hóa hay cung cấp dịch vụ, ví dụ như chi phí bảo dưỡng nhà xưởng, máy móc và chi phí

quản lý chung. Thuật ngữ : “Chi phí gián tiếp” trong kinh tế dùng để chỉ sự mất mát về khả năng sản xuất hay nói cách khác là mất thu nhập do đau ốm, do tác dụng phụ hoặc thời gian sử dụng cho chữa bệnh [11].

Chi phí đầu tư và chi thường xuyên: *Chi phí đầu tư* là những mục chi phí thông thường phải trả một lần, ngay từ khi bắt đầu một dự án hay một can thiệp y tế. Đó thường là các khoản chi phí lớn và có giá trị sử dụng trên một năm. Ví dụ chi phí đầu tư xây dựng cơ bản, mua sắm tài sản cố định: xe cộ, máy móc, TTB khác (cả tiền thuê, kho bãi, thuê phương tiện vận chuyển và chi phí lắp đặt...), chi phí khấu hao tài sản cố định, chi phí đào tạo ban đầu... *Chi phí thường xuyên* là những chi phí xảy ra nhiều lần, lặp đi lặp lại trong một năm hoặc nhiều năm. Ví dụ: chi lương, thưởng, phụ cấp cho cán bộ; chi duy tu bảo dưỡng, sửa chữa TTB; mua phụ tùng, vật tư thay thế, thuốc men ...[10]

Chi phí cố định và chi phí biến đổi: *Chi phí cố định* là những hạng mục chi phí không bị ảnh hưởng bởi những thay đổi về qui mô hoạt động trong năm. Ví dụ: chi phí nhà xưởng văn phòng, tiền điện chiếu sáng vẫn không thay đổi theo số lượng người bệnh đến khám. *Chi phí biến đổi* là những chi phí phụ thuộc trực tiếp vào qui mô sản xuất và cung cấp dịch vụ. Ví dụ: chi phí bông, băng, cùn, gạc sẽ thay đổi tùy thuộc số lượng người bệnh đến khám. Về ngắn hạn, qui mô cung cấp dịch vụ càng lớn, tổng chi phí biến đổi càng lớn. Quy mô cung cấp dịch vụ càng nhỏ, tổng chi phí biến đổi càng nhỏ. Do chi phí cố định không đổi, chi phí trung bình để tạo ra một sản phẩm, trong một qui mô nhất định, phụ thuộc vào chi phí biến đổi.

Chi phí chuẩn bị và chi phí thực hiện: *Chi phí chuẩn bị*, còn có tên khác là *Chi phí thiết lập* là toàn bộ những chi phí được tính toán từ thời điểm quyết định triển khai dự án đến khi dịch vụ/ hàng hóa đầu tiên được cung cấp, ví dụ như: chi phí khấu hao cơ sở vật chất và TTB, chi phí đào tạo ban đầu, truyền thông, quảng cáo... *Chi phí thực hiện*, còn gọi là *chi phí vận hành* được tính toán khi dự án đi vào hoạt động chính thức, trong một khoảng thời gian nhất định (thường là một năm), có thể kể đến như lương, thưởng, chi phí vận hành,...

Tổng chi phí, chi phí trung bình

Tổng chi phí là tổng của tất cả các chi phí để sản xuất ra một mức sản phẩm nhất định. Chi phí trung bình là chi phí cho một sản phẩm/kết quả đầu ra. Chi phí trung bình được tính bằng tổng chi phí chia cho số lượng sản phẩm [9].

Phân biệt chi phí và giá

Giá của dịch vụ là số tiền mà người mua, hoặc người bệnh, phải trả khi họ sử dụng dịch vụ. Giá dịch vụ khám, chữa bệnh thường bao gồm: giá dịch vụ khám bệnh, giá dịch vụ ngày giường điều trị và giá các dịch vụ kỹ thuật liên quan, được tính toán dựa trên các chi phí như chi phí trực tiếp (Chi phí về thuốc, dịch truyền, hóa chất, vật tư tiêu hao, vật tư thay thế, chi phí điện, nước, nhiên liệu, xử lý chất thải, vệ sinh môi trường, chi phí duy tu - bảo dưỡng thiết bị,...), chi phí phụ cấp đặc thù và chi phí tiền lương [10].

Đúng về nguyên tắc, giá chính là chi phí dịch vụ hay còn gọi là viện phí ở Việt Nam hiện nay. Tuy nhiên, trên thực tế, viện phí không thể hiện hết số tiền mà người bệnh phải bỏ ra khi sử dụng dịch vụ vì họ còn phải bỏ thêm nhiều tiền để mua những loại thuốc và dịch vụ không được quy định trong khung viện phí. Ngoài ra, người bệnh còn phải trả một khoản tiền cho các chi phí cá nhân và cho người thân đi chăm nom. Giá của dịch vụ có thể cao hoặc thấp hơn chi phí (giá thành) của dịch vụ đó. Đối với hầu hết các DVYT công ở Việt Nam, giá thấp hơn giá thành của dịch vụ rất nhiều.

Giá của dịch vụ phụ thuộc vào rất nhiều yếu tố như giá thành, độ khan hiếm của dịch vụ đó (quan hệ cung cầu), các chiến lược bán hàng... Trong y tế, nó còn phụ thuộc vào các mục tiêu xã hội mà một đất nước lựa chọn cho ngành Y tế, các quyết định của Nhà nước [15]; [16]; [44]; [45].

Quan điểm chi phí

Quan điểm chi phí đề cập đến người, cơ quan, tổ chức, hệ thống chịu trách nhiệm các khoản chi phí của hàng hóa, dịch vụ, hoạt động (Ai phải chi trả?). Quan điểm chi phí giúp xác định được chi phí nào cần được tính toán. Chúng ta có thể đề cập đến các quan điểm chi phí sau:

- Quan điểm chi phí của người cung cấp DVYT: Bao gồm các chi phí để tạo ra DVYT như lương nhân viên, thuốc, vật tư tiêu hao, khấu hao...
- Quan điểm chi phí của người sử dụng DVYT: Bao gồm các chi phí như tiền khám bệnh, tiền xét nghiệm, tiền thuốc, đi lại, ăn ở...
- Quan điểm chi phí của xã hội: Bao gồm tất cả các khoản chi phí của người cung cấp DVYT, người sử dụng DVYT.

1.4.2. Các phương pháp tính toán chi phí dịch vụ y tế

Phương pháp tính toán chi phí từ trên xuống:

Tính toán chi phí từ trên xuống là phương pháp phổ biến để ước tính chi phí dịch vụ bệnh viện. Theo phương pháp này, các đơn vị phát sinh chi phí của bệnh viện sẽ được xác định. Các đơn vị phát sinh chi phí bao gồm các khoa điều trị trực tiếp (phòng mổ, khoa sản, v.v.), các khoa cận lâm sàng và hỗ trợ (khoa chẩn đoán hình ảnh, xét nghiệm, dược, duy tu sửa chữa, điện nước) và khối hành chính (quản lý, kế toán, kế hoạch). Chi phí lao động của mỗi đơn vị phát sinh chi phí bao gồm chi lương, phụ cấp, tiền thưởng cho tất cả cán bộ của khoa. Chi phí khấu hao nhà cửa hàng năm thường được phân bổ cho các đơn vị phát sinh chi phí, tỷ lệ với diện tích của đơn vị, cộng với chi phí khấu hao TTB (thiết bị xét nghiệm, thiết bị phòng mổ, v.v.). Chi phí gián tiếp (hành chính và vận hành) thường được phân bổ cho các đơn vị phát sinh chi phí, tỷ lệ với chi phí lao động. Thường số liệu có sẵn trong các bệnh viện được sử dụng để phân bổ chi phí của những khoa cận lâm sàng khác nhau (chẩn đoán xét nghiệm, dược). Kết quả ước tính chi phí điều trị của những khoa điều trị trực tiếp được tính bằng cách chia tổng chi phí của từng khoa cho một phương thức đầu ra thích hợp (ví dụ như số ngày nằm điều trị nội trú).

Phương pháp tính chi phí dịch vụ bệnh viện từ trên xuống đã được áp dụng cho cán bộ tài chính - kế toán và nhà quản lý các tổ chức chăm sóc sức khỏe thường xuyên ở một số nước như Úc, Bỉ, Thụy Điển, Anh, và Mỹ [19], [50]. Một phiên bản đặc biệt của phương pháp tính chi phí từ trên xuống, tạm dịch là Phương pháp Chi phí Khối, đã được sử dụng để so sánh chi phí đơn vị chăm sóc đặc biệt giữa các bệnh viện và giữa các quốc gia [17], [50].

Nghiên cứu về chi phí của Mills và cộng sự ở Ma-la-uy [18], Russell và cộng sự ở Xan-lu-xia, và Raymond và cộng sự ở Bê-li-xê [67] đã đưa ra ví dụ về phương pháp tính toán chi phí từ trên xuống, phân bổ chi phí trực tiếp và gián tiếp qua các đơn vị phát sinh chi phí. Tuy nhiên những nghiên cứu này mới chỉ tính được các chi phí tài chính của các bệnh viện nhưng không xác định rõ được các chi phí dịch vụ đã sử dụng. Ở Lào, phương pháp tính toán chi phí từ trên xuống tương tự cũng được đưa ra để ước tính chi phí trung bình cho một số dịch vụ nhất định (như ca mổ loại đặc biệt, ca đẻ thường) thay vì tính chi phí bình quân một ngày điều trị nội trú theo các khoa lâm sàng [41]. Một sáng kiến cải tiến của nghiên cứu này so với các nghiên cứu tương tự là sử dụng chi phí kinh tế thay vì chi phí tài chính, để đo lường chi phí thời gian lao động của cán bộ y tế.

Một nghiên cứu gần đây của Căm-pu-chia [62] cũng sử dụng phương pháp tính toán chi phí từ trên xuống, nhưng chi tiêu cho cán bộ y tế được thu thập qua quan sát trực tiếp và phỏng vấn về tỷ lệ thời gian lao động được dành cho các nhóm điều trị. Tuy nhiên, tất cả những chi phí trực tiếp và gián tiếp khác được phân bổ cho các DVYT chỉ dựa vào các trọng số giả thiết. Cách tiếp cận tính chi phí này cho phép so sánh chi phí bình quân một ngày nằm viện giữa các bệnh viện, nhưng lại không cho phép tính toán tất cả chi phí trực tiếp (ví dụ thuốc và vật tư tiêu hao) được phân bổ cho các người bệnh cụ thể cho từng nhóm bệnh.

Phương pháp phân tích chi phí từ trên xuống sẽ phù hợp cho các dịch vụ sử dụng thường xuyên, tương đồng nhau, nhưng có thể không phù hợp cho một số loại dịch vụ nhất định vì cách tiếp cận này dựa trên giả định rằng các nguồn lực được phân bổ đồng đều giữa các người bệnh [31]. Ưu điểm của phương pháp này là có chi phí thấp hơn và thời gian tiến hành nhanh hơn so với phương pháp tính chi phí từ dưới lên. Mặt khác, trong các trường hợp mà dữ liệu chi tiết về mức độ sử dụng các dịch vụ của người bệnh không đầy đủ thì phương pháp phân tích chi phí từ trên xuống là lựa chọn khả thi nhất. Ngoài ra, so với phương pháp tính chi phí từ dưới lên (Micro costing) thì phương pháp này có thể coi là toàn diện hơn vì nó bao gồm tất cả các chi phí liên quan, chi phí phát sinh [19]; [38].

Nhược điểm của phương pháp tính chi phí từ trên xuống là độ chính xác chưa cao vì không có thông tin chi tiết đầy đủ và đáng tin cậy về mức độ sử dụng dịch vụ của người bệnh, số lượng dịch vụ sử dụng và các chi phí vật tư tiêu hao của từng người bệnh. Kết quả là, chi phí dịch vụ bệnh viện tính bằng phương pháp tính chi phí từ trên xuống có thể ước lượng quá cao (Over - estimate) so với chi phí thực tế của đơn vị nếu nhiều dịch vụ được cung cấp hơn so với dự kiến hoặc thực tế sử dụng. Ngược lại, chi phí có thể bị ước lượng thấp hơn (Under - estimate) so với chi phí thực tế của đơn vị nếu số lượng dịch vụ được cung cấp ít hơn so với dự kiến/ báo cáo [74]. Cách tiếp cận này cũng không cho phép phân tích chi tiết cơ cấu chi phí hoặc phân tích chi phí từ phía người bệnh. Hơn nữa, giả định người bệnh được phân bổ nguồn lực đồng đều thường sẽ khó đạt được trong thực tế. Mặc khác, cách tiếp cận này sử dụng phương pháp hồi cứu số liệu nên thường sẽ không tính được chi phí chuẩn xác do hạn chế về mặt số liệu thống kê, báo cáo [74].

Phương pháp tính toán chi phí từ dưới lên:

Phương pháp tính chi phí từ dưới lên sẽ thu thập các số liệu về mức độ sử dụng dịch vụ ở cấp độ người bệnh/ cá nhân; xác định loại hình dịch vụ được sử dụng (thuốc, dịch truyền, xét nghiệm, vật tư tiêu hao...) và đo lường mức độ phân bổ nguồn lực để tính chi phí cho các dịch vụ cụ thể. Phương pháp này có thể triển khai thu thập số liệu hồi cứu hoặc tiền cứu sử dụng hồ sơ bệnh án, bảng hỏi phỏng vấn người bệnh hoặc các dữ liệu đáng tin cậy khác. Phương pháp này đặc biệt hữu ích khi các số liệu về chi phí không có sẵn [50]. Các nhà nghiên cứu thường xuyên sử dụng phương pháp này và có thể kết hợp với thu thập số liệu sơ cấp trong các thử nghiệm lâm sàng hoặc các nghiên cứu quan sát (Observational studies). Phương pháp này có thể gọi là phương pháp tính chi phí vi mô (Micro - costing) hoặc tính chi phí dựa theo hoạt động (Activity - based costing) và có thể được sử dụng để tính toán chi phí tiêu chuẩn cho mỗi dịch vụ, ví dụ tính toán chi phí bệnh viện ở Canada [28]; [31]. Hiện nay, cách tính chi phí dựa trên hoạt động là một trong những hình thức được sử dụng rộng rãi nhất của phương pháp tính chi phí từ dưới lên. Phương pháp này sẽ “bóc tách” quá trình chăm sóc của người bệnh thành hoạt động rời rạc, cần thiết để cung cấp một dịch vụ cụ thể. Một hoạt động chăm sóc cần sử dụng các nhóm nguồn lực kết

hợp và nhà nghiên cứu sẽ đo lường chi phí cần thiết để cung cấp nguồn lực thực hiện cho từng hoạt động chăm sóc [31].

Hình thức chi tiết và toàn diện nhất về phương pháp tính toán chi phí từ dưới lên là tính ra chi phí trung bình một nhóm bệnh được chẩn đoán. Hệ thống nhóm chẩn đoán liên quan (DRG) được tiến hành đầu tiên ở Mỹ, để tạo ra tỷ lệ thanh toán cho cơ sở cung cấp dịch vụ nội trú do người bệnh thuộc hệ thống Medicare (hệ thống bảo hiểm cho người cao tuổi) sử dụng. Định nghĩa các đầu vào cơ bản (ví dụ: DVYT, vật tư y tế tiêu hao, thuốc, xét nghiệm chẩn đoán...) cần thiết để chẩn đoán và điều trị cho một nhóm bệnh nhất định, ước tính chi phí thời gian và dịch vụ liên quan đến các đầu vào đó, phân bổ các chi phí gián tiếp trung bình được sử dụng để điều trị một ca bệnh [55]. Qua thời gian, chi phí của hàng trăm nhóm chẩn đoán liên quan đã được theo dõi và cập nhật ở Mỹ và một số nước khác. Ví dụ: ở Singapore, hệ thống nhóm chẩn đoán liên quan bao gồm hơn 670 nhóm chẩn đoán khác nhau [36].

Tuy nhiên, hiện nay vẫn có rất ít nước đang phát triển sử dụng hệ thống nhóm chẩn đoán liên quan. Lý do chủ yếu là vì thiếu nguồn lực để thực hiện hạch toán chi phí một cách chi tiết và tạo ra một hệ thống quản lý hồ sơ của các bệnh viện để nối các chi phí đầu vào một cách chính xác với từng người bệnh được chẩn đoán cụ thể. Hầu hết hệ thống kế toán của bệnh viện ở các nước đang phát triển dựa vào chi tiêu và được thiết kế để tính toán xem tổng ngân sách hàng năm được phân bổ trong từng hạng mục như thế nào (lương, vật tư tiêu hao, chi cho phẫu thuật và vốn tài sản cố định).

Một vài nghiên cứu về phương pháp tính toán chi phí từ dưới lên đã được thực hiện thử nghiệm ở các nước đang phát triển. Một nghiên cứu sử dụng phương pháp này đã được thực hiện bởi Pineault và cộng sự để so sánh giữa kết quả lâm sàng và chi phí điều trị giữa những người bệnh được điều trị nội trú và những người bệnh được điều trị ngoại trú cho ba thủ thuật phẫu thuật trong một bệnh viện tại Ca-na-đa [59]. Shepard và cộng sự cũng sử dụng phương pháp tương tự giữa chi phí trực tiếp và gián tiếp của một loại phẫu thuật ở 2 cơ sở y tế ở Cô-lôm-bi-a để so sánh chi phí, chất lượng và hiệu quả của DVYT trong hai cơ sở này [66]. Cả hai nghiên cứu đều

ước tính chi phí của những thủ thuật phẫu thuật khác nhau, nhưng kết quả chỉ giới hạn ở những thủ thuật này.

Lewis đã xây dựng một phương pháp tính toán chi phí từ dưới lên sửa đổi để áp dụng cho tất cả các loại dịch vụ (ngoại trú, nội trú, cấp cứu) mà tính đến cơ cấu bệnh, các định mức lâm sàng, chi phí gián tiếp và khấu hao cơ sở hạ tầng cho một bệnh viện tại nước cộng hoà Đô-mi-ni-ca. Nghiên cứu đã thu thập số liệu chi tiết về: i) tất cả các loại dịch vụ cung cấp và tất cả cán bộ y tế làm tại bệnh viện; ii) các nguồn lực tài chính, bao gồm ngân sách bệnh viện và trị giá hiện vật như thuốc, vật tư tiêu hao v.v.; và iii) tất cả các chi phí đầu vào, bao gồm thuốc, vật tư tiêu hao, thực phẩm, điện, v.v... Chi phí thời gian lao động của cán bộ y tế được đo lường bằng cách quan sát cán bộ bệnh viện, chi phí trực tiếp của tất cả các loại hàng hoá và dịch vụ được sử dụng cho mỗi người bệnh trong mẫu lớn được ghi lại, tính toán và nối với hồ sơ chẩn đoán của từng người bệnh. Chi phí gián tiếp và khấu hao đã được phân bổ hợp lý cho các nhóm nội trú và ngoại trú. Tổng chi phí trung bình của từng ca chẩn đoán được xác định từ tổng thể người bệnh được chọn mẫu cho mỗi bệnh của các khoa ở bệnh viện [47].

Ưu điểm của phương pháp này là tính được chi tiết các dịch vụ sử dụng nên chính xác hơn phương pháp từ trên xuống, phù hợp với các dịch vụ không đồng nhất như chăm sóc tích cực. Phương pháp này dễ tiến hành khi đã có sẵn hệ thống tính viện phí theo phí dịch vụ. Kết quả từ phương pháp tính chi phí này sẽ hữu ích cho hệ thống thanh toán BHYT [57]. Tuy nhiên, nhược điểm của phương pháp này là tốn thời gian và chi phí tiến hành cao, đặc biệt khi phải tính toán các dịch vụ phức tạp và khi các dịch vụ được cung cấp bởi nhiều đơn vị, các đơn vị nhỏ cung cấp dịch vụ phụ trợ. Ngoài ra, số liệu có thể bị nhiễu hoặc không chính xác nếu hệ thống thống kê bệnh viện bị sai lệch hoặc đơn vị tính, giá của từng dịch vụ không có sẵn. Đặc biệt các vấn đề về chất lượng hồ sơ bệnh án, tương thích về hệ thống kế toán tài chính giữa các bệnh viện cần phải lưu ý. Các chi phí chung (chi phí cố định, chi phí thường xuyên) và các chi phí không được đăng ký trong hệ thống (ví dụ phần phụ thu của DVYT) cần phải được xử lý và phân tích riêng. Vì vậy, tính giá trị và khả năng khái

quát (Generalizability) kết quả của nghiên cứu áp dụng phương pháp tính chi phí từ dưới lên cho các đơn vị/ bệnh viện/ vùng miền khác bị hạn chế.

Chi phí và tính khả thi của nghiên cứu ước tính chi phí trung bình theo từng nhóm bệnh sử dụng trong phương pháp tính toán chi phí từ dưới lên cũng như độ chính xác của kết quả ước tính phụ thuộc nhiều vào tính sẵn có của số liệu. Ví dụ: trong nghiên cứu của Lewis số lượng dữ liệu đã phải thu thập ban đầu quá lớn cho nên chi phí để thực hiện lại nghiên cứu đó thậm chí chỉ với một mẫu nhỏ từ các bệnh viện là quá đắt. Mức độ sẵn có và chi tiết của dữ liệu thứ cấp có thể sử dụng để tính chi phí trực tiếp của người bệnh theo nhóm chẩn đoán, cộng với chi phí gián tiếp chung, là yếu tố quyết định tính khả thi, chi phí thực hiện và mức độ chính xác của phương pháp được sử dụng [47].

Phương pháp kết hợp tính chi phí từ trên xuống và từ dưới lên:

Thực tế không có phương pháp tính toán nào là lý tưởng cho bối cảnh của mọi quốc gia, tuy nhiên, tùy vào từng hoàn cảnh và mục đích mà phương pháp này sẽ tối ưu hơn phương pháp khác. Hai phương pháp tính toán chi phí từ trên xuống và từ dưới lên là hai phương pháp được sử dụng phổ biến nhất. Phương thức tính chi phí từ trên xuống có độ chính xác tương đối và hữu ích cho những trường hợp mà nguồn lực đầu tư cho công nghệ y học chiếm tỷ lệ lớn, ngược lại, cách tiếp cận từ dưới lên có độ chính xác hơn trong những trường hợp mà việc cung cấp DVYT dựa trên cơ chế tổ chức phức tạp nhưng cách thức này cũng sẽ tốn kém hơn [55] (Cách phân biệt giữa hai phương pháp được trình bày rõ hơn tại Phụ lục 1).

Trên thế giới, có nhiều nghiên cứu đã kết hợp hai cách tiếp cận từ trên xuống và từ dưới lên. Ưu điểm của phương pháp kết hợp này là có thể tránh được nhược điểm của cả hai phương pháp từ trên xuống và từ dưới lên với chi phí rẻ hơn so với cách tiếp cận chỉ sử dụng phương pháp tính chi phí từ dưới lên và độ chính xác cao hơn so với cách tiếp cận chỉ sử dụng phương pháp tính chi phí từ trên xuống. Phương pháp kết hợp cũng sẽ cho phép nhà nghiên cứu tùy chỉnh thiết kế cách đo lường chi phí sao cho phù hợp với mục tiêu nghiên cứu và có thể dựa vào việc đo lường các chi phí trực tiếp từ người bệnh và các dữ liệu sẵn có về chi phí cố định để tính toán chính xác chi phí cho dịch vụ bệnh viện. Nhược điểm của phương pháp kết hợp là có thể

bao gồm nhược điểm của cả hai phương pháp từ trên xuống và từ dưới lên. Do vậy, để chọn được phương pháp hiệu quả nhất, cần xem xét đồng thời các yếu tố như: tính tương thích, tính tổng thể, tính khả thi, tính tương đối, tính biến thiên, tính linh động và khả năng thích ứng. Bên cạnh đó, thiết kế phương pháp tính chi phí cũng phải phù hợp với định hướng nghiên cứu: tính chi phí từ quan điểm của ai (người cung cấp dịch vụ, người bệnh...), mức độ phức tạp của đơn vị cung cấp dịch vụ, vai trò của giá, khung thời gian, mức độ phân bổ các chi phí đầu tư chung, mức độ phức tạp của các chi phí thành phần của hoạt động chăm sóc. Để hài hòa các yếu tố trong quá trình nghiên cứu, tính toán, nhằm thu được kết quả chính xác nhất, với thời gian và chi phí hợp lý nhất, sự kết hợp hai phương pháp tính toán trên đã được sử dụng, trong đó có một phương pháp tính toán là cách tiếp cận chính, phương pháp còn lại bổ trợ để thu thập và hoàn chỉnh thêm các thông tin (Phụ lục 2 nêu rõ hơn về phương pháp kết hợp tính toán chi phí từ dưới lên và tính chi phí từ trên xuống) [70].

Phương thức kết hợp tính chi phí dịch vụ bệnh viện từ trên xuống và từ dưới lên cũng được áp dụng trong một số nghiên cứu về chi phí điều trị tại bệnh viện tuyến tỉnh và huyện ở Việt Nam [45]; [54]; [63].

1.5. Giới thiệu về dự án “Chương trình Phát triển nguồn nhân lực y tế”

Việc xây dựng và áp dụng thử nghiệm 26 QTCM là một nội dung nhằm thực hiện chủ trương của Bộ Y tế về việc “Triển khai chương trình đổi mới, nâng cao năng lực hệ thống quản lý dịch vụ khám chữa bệnh” do dự án “Chương trình Phát triển nguồn nhân lực y tế” hỗ trợ với kinh phí tài trợ của Chính phủ Australia và nguồn vốn vay từ Ngân hàng Phát triển Châu Á (ADB). Dự án có sự tham gia của 34 bệnh viện trên cả nước (phụ lục 5) và thử nghiệm 26 QTCM gồm 11 quy trình nội khoa, 11 quy trình ngoại khoa và 3 quy trình sản khoa (phụ lục 6) [7].

Trong dự án, QTCM được xây dựng dựa trên nguyên tắc làm việc nhóm. Lãnh đạo bệnh viện hoặc điều phối viên sẽ dự kiến hình thành các nhóm làm việc, định hướng, xác định vai trò của nhóm và các thành viên, cung cấp thông tin để nhóm thực hành. Thành viên gồm các bác sỹ điều trị chính, điều dưỡng viên, kỹ thuật viên X-quang, khoa xét nghiệm, dinh dưỡng, chăm sóc, người quản lý, cán bộ làm công tác xã hội (nếu có), phòng cung ứng vật tư, phòng mổ, gây tê, gây mê, dược sỹ...

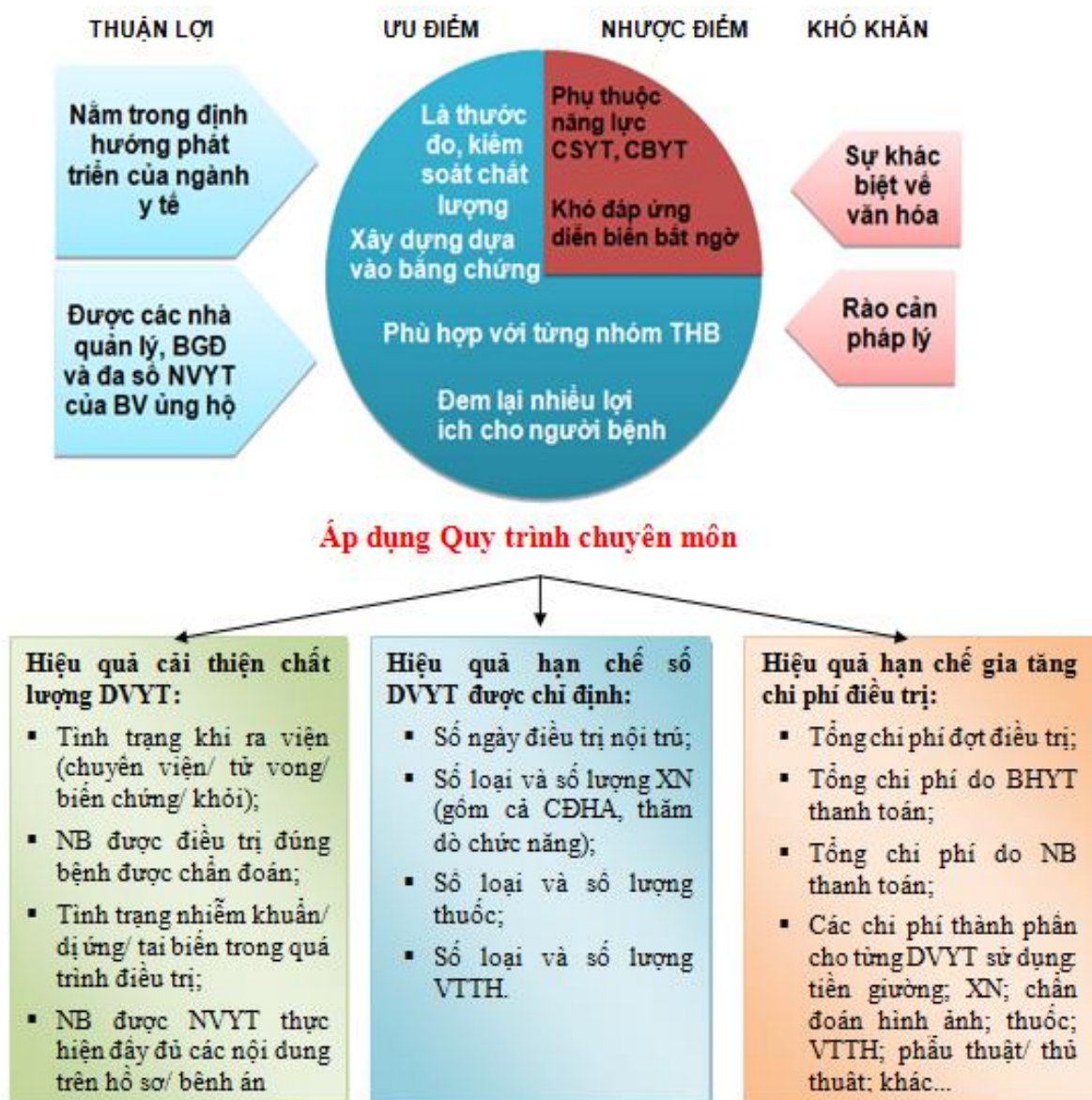
Những người có ảnh hưởng lớn trong bệnh viện và ủng hộ xây dựng và sử dụng QTCM [7].

Thời gian triển khai thử nghiệm QTCM là từ tháng 6/2014 đến tháng 12/2014. Số lượng người bệnh tối thiểu cần đạt được là 30 người bệnh/ QTCM tại một bệnh viện. Sau khi kết thúc giai đoạn thử nghiệm, tổng số người bệnh được áp dụng 26 QTCM là 6.956 người. Kết quả đầu ra của dự án là hoàn thiện 26 QTCM, được cấp có thẩm quyền phê duyệt, được triển khai rộng rãi và là cơ sở để hạch toán chi phí. Các QTCM này đã được Cục Quản lý khám, chữa bệnh thành lập hội đồng thẩm định. Trên cơ sở những bài học kinh nghiệm từ dự án, Bộ Y tế đã ban hành quyết định số 4068/QĐ-BYT ngày 29/7/2016 về Hướng dẫn biên soạn Quy trình chuyên môn khám bệnh, chữa bệnh [7].

Nghiên cứu “*Hiệu quả và một số yếu tố ảnh hưởng đến việc áp dụng quy trình chuyên môn tại một số bệnh viện tuyến thành phố của Hà Nội, 2014 - 2016*” được triển khai dựa trên khung mẫu của dự án. Với nguồn lực của nghiên cứu, nhóm tác giả quyết định chọn toàn bộ 03 bệnh viện hạng 1 tuyến thành phố của Hà Nội trong danh sách 34 bệnh viện tham gia dự án (phụ lục 5) và chọn 06 bệnh được áp dụng QTCM trong tổng số 26 bệnh được chọn trong dự án (phụ lục 6). Thông tin của người bệnh áp dụng QTCM được nhóm nghiên cứu sử dụng từ hồ sơ QTCM do dự án cung cấp. Những thông tin, số liệu còn lại của nghiên cứu do nhóm nghiên cứu chủ động triển khai, độc lập với dự án (Chi tiết về đối tượng, phương pháp chọn mẫu, phương pháp thu thập số liệu được trình bày tại Chương 2).

1.6. Khung lý thuyết

Một số nghiên cứu trên thế giới cho thấy hiệu quả khi áp dụng QTCM trong việc cải thiện chất lượng DVYT, hạn chế DVYT được chỉ định, hạn chế gia tăng chi phí điều trị và chỉ ra những ưu điểm, nhược điểm, thuận lợi, khó khăn khi áp dụng QTCM trên thế giới là 04 nhóm yếu tố ảnh hưởng đến việc hiệu quả áp dụng QTCM [64]. Trên cơ sở đó, nghiên cứu xây dựng khung lý thuyết tại hình 1.1.



Hình 1.1. Khung lý thuyết

CHƯƠNG 2: ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng và phương pháp nghiên cứu cho mục tiêu 1: Đánh giá hiệu quả áp dụng quy trình chuyên môn trong việc cải thiện một số chỉ số chất lượng và hạn chế gia tăng chi phí DVYT tại một số bệnh viện tuyến thành phố của Hà Nội, 2014 - 2016.

2.1.1. Đối tượng nghiên cứu

Đối tượng nghiên cứu là người bệnh điều trị nội trú tại 3 bệnh viện: Bệnh viện đa khoa Hà Đông, Bệnh viện Thanh Nhàn và Bệnh viện đa khoa Xanh - Pôn, được chia 02 nhóm:

- Nhóm áp dụng QTCM: gồm những người bệnh được điều trị tại 3 bệnh viện nghiên cứu vào năm 2014, có áp dụng QTCM thuộc Dự án “Chương trình Phát triển nguồn nhân lực y tế”.
- Nhóm so sánh: gồm những người bệnh được điều trị tại 3 bệnh viện nghiên cứu vào năm 2013 và không áp dụng QTCM.

Người bệnh được chọn vào 2 nhóm trên khi đáp ứng các tiêu chí:

- Được chẩn đoán mắc bệnh chính nằm trong 06 bệnh được lựa chọn: Tiêu chảy cấp trẻ em (TCCTE); U xơ tuyến tiền liệt (TTL); Sỏi túi mật; Bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính các giai đoạn với nhiễm trùng hô hấp dưới cấp (COPD); Tăng huyết áp nguyên phát độ II và III (THA độ II, III); và Đái tháo đường tuýp II (ĐTĐ tuýp II). Ưu tiên các trường hợp là những bệnh đơn thuần, không có các bệnh phối hợp.
- Có sử dụng thẻ Bảo hiểm Y tế.
- Về giới, độ tuổi: đối với bệnh U xơ TTL, 100% đối tượng là nam giới, không giới hạn độ tuổi. Đối với bệnh TCCTE, giới hạn độ tuổi là trẻ dưới 6 tuổi. Đối với các bệnh còn lại, nghiên cứu áp dụng lựa chọn người bệnh theo tỉ lệ nam nữ là 1:1 và không giới hạn độ tuổi.

Tiêu chí loại trừ: Người bệnh không đáp ứng các tiêu chí lựa chọn trên.

Các bệnh viện được nghiên cứu lựa chọn với các tiêu chí:

- Là bệnh viện hạng I, tuyến thành phố của Hà Nội.
- Nằm trong danh sách 34 tham gia Dự án “Chương trình Phát triển nguồn nhân lực y tế” (Phụ lục 5).
- Có cung cấp các dịch vụ khám chữa bệnh nội, ngoại, nhi khoa.
- Bệnh viện có hệ thống thông tin cung cấp số liệu tốt, có đủ cơ sở dữ liệu, báo cáo về chi phí theo hệ thống mã ICD10.
- Bệnh viện đồng ý tham gia và cam kết cung cấp số liệu cho nghiên cứu.

→ Nghiên cứu đã chọn toàn bộ 03 bệnh viện đáp ứng các tiêu chí trên là: Bệnh viện đa khoa Hà Đông, Bệnh viện Thanh Nhàn và Bệnh viện đa khoa Xanh - Pôn.

Các bệnh được nghiên cứu lựa chọn với các tiêu chí:

- Nằm trong danh sách 26 bệnh được chọn để xây dựng và áp dụng thử nghiệm QTCM thuộc Dự án “Chương trình Phát triển nguồn nhân lực y tế” (Phụ lục 6).
- Là bệnh phổ biến, có tỷ lệ mắc cao ở người bệnh khi đến điều trị tại 03 bệnh viện được chọn.
- Bệnh chiếm tỷ lệ chi phí khá lớn trong nguồn thu/ chi của bệnh viện.
- Có tiêu chuẩn chẩn đoán và phác đồ điều trị tương đối rõ ràng.
- Quy trình chuyên môn của bệnh được áp dụng từ nghiệm tại 03 bệnh viện.

→ Nghiên cứu chọn được 06 bệnh gồm:

- 01 bệnh Nhi khoa được áp dụng tại cả 03 bệnh viện là bệnh TCCTE.
- 02 bệnh Ngoại khoa được áp dụng tại 02/03 bệnh viện là bệnh U xơ TTL và bệnh Sỏi túi mật.
- 03 bệnh Nội khoa, mỗi bệnh được áp dụng tại 01/03 bệnh viện là bệnh (COPD); THA độ II, III); và ĐTĐ tuýp II.

2.1.2. Địa điểm và thời gian nghiên cứu

- Địa điểm: 3 bệnh viện: Bệnh viện đa khoa Hà Đông, Bệnh viện Thanh Nhàn và Bệnh viện đa khoa Xanh - Pôn.
- Thời gian nghiên cứu: từ tháng 10/2013 đến tháng 3/2017. Trong đó, nghiên cứu tham gia cùng Dự án “Chương trình Phát triển nguồn nhân lực y tế” tiến

hành áp dụng thử nghiệm QTCM của 06 bệnh được chọn tại 03 bệnh viện từ tháng 9/2013 đến tháng 12/2014. Thời gian thu thập số liệu: từ tháng 11/2015 đến tháng 7/2016.

2.1.3. *Thiết kế nghiên cứu*

Áp dụng nghiên cứu can thiệp không đầy đủ, so sánh 2 nhóm người bệnh có cùng chẩn đoán, được điều trị tại cùng một bệnh viện vào 2 thời điểm khác nhau:

1- Nhóm so sánh, điều trị năm 2013, không áp dụng QTCM, sử dụng bệnh án thông thường; trước thử nghiệm QTCM;

2- Nhóm áp dụng QTCM, điều trị năm 2014, được thử nghiệm QTCM.

2.1.4. *Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu*

Cỡ mẫu: Áp dụng công thức tính cỡ mẫu so sánh 2 giá trị trung bình (so sánh chi phí trung bình của 1 trường hợp bệnh giữa nhóm so sánh và nhóm áp dụng QTCM). Kết quả từ một nghiên cứu thử nghiệm QTCM tại bệnh viện thanh Nhân năm 2010 cho thấy: trong 03 THB nội khoa và ngoại khoa được tính chi phí trước và sau khi áp dụng QTCM là mổ nội soi viêm ruột thừa cấp, viêm phổi trẻ em và viêm phổi người lớn, THB mổ nội soi viêm ruột thừa cấp có sự thay đổi về tổng chi phí điều trị thấp nhất tức sự khác biệt trước và sau áp dụng QTCM thấp nhất (giảm khoảng $50.000đ \pm 150.000đ$), bệnh viêm phổi người lớn và trẻ em có sự thay đổi về chi phí điều trị trước và sau khi áp dụng QTCM là khoảng $650.000đ \pm 260.000đ$). Để có cỡ mẫu đại diện cho các bệnh được chọn, nghiên cứu chọn chi phí trung bình của THB mổ nội soi viêm ruột thừa cấp để tham chiếu trong công thức tính cỡ mẫu.

$$n = \frac{2\sigma^2(z_{1-\alpha/2} + z_{1-\beta})^2}{(\mu_1 - \mu_2)^2}$$

Trong đó:

n: Cỡ mẫu tối thiểu cần chọn của mỗi nhóm

$Z_{1-\alpha/2}$ = 1,96 (tương ứng với $\alpha=5\%$)

$Z_{1-\beta}$ = 0,8 (tương ứng với lực nghiên cứu - power là 80%)

σ : Độ lệch chuẩn của chi phí điều trị (độ lệch chuẩn của chi phí cho một trường hợp mổ nội soi viêm ruột thừa cấp tại bệnh viện Thanh Nhàn năm 2010 là 750.000 đồng) [3].

μ_1 : Chi phí điều trị của người bệnh nhóm so sánh (chi phí cho một trường hợp mổ nội soi viêm ruột thừa cấp trước khi áp dụng QTCM tại bệnh viện Thanh Nhàn năm 2010 là 2.600.000 đồng) [3].

μ_2 : Chi phí mong đợi của người bệnh nhóm áp dụng QTCM (chi phí cho một trường hợp mổ nội soi viêm ruột thừa cấp sau khi áp dụng QTCM tại bệnh viện Thanh Nhàn năm 2010 là 2.400.000 đồng) [3].

→ Cỡ mẫu cần có trong mỗi nhóm (với 06 bệnh được chọn nghiên cứu tại 03 bệnh viện) là $n = 214$. Với cách chọn mẫu nhiều giai đoạn (chọn bệnh viện, chọn bệnh, chọn người bệnh), trong đó giai đoạn chọn người bệnh có sử dụng phương pháp chọn mẫu cụm nên cỡ mẫu tối thiểu được nhân với hiệu lực thiết kế $DE=2$. Do đó, cỡ mẫu cần thu thập tại mỗi nhóm là 428.

Thực tế, với mỗi nhóm, nghiên cứu đã thu thập được thông tin từ 405 hồ sơ của 405 người bệnh (đạt 96,9% cỡ mẫu).

Phương pháp chọn mẫu: Áp dụng phương pháp chọn mẫu nhiều giai đoạn:

- *Giai đoạn 1: Chọn bệnh viện.* Khung mẫu là danh sách 34 bệnh viện tham gia Dự án “Chương trình Phát triển nguồn nhân lực y tế”. Nghiên cứu tiến hành chia thành 3 nhóm bệnh viện theo khu vực: miền Bắc (19 bệnh viện), miền Trung (8 bệnh viện) và miền Nam (7 bệnh viện). Tại nhóm các bệnh viện khu vực miền Bắc, nghiên cứu nhóm thành các nhóm bệnh viện theo phân hạng và tuyến gồm: 01 bệnh viện tuyến Trung ương; 05 bệnh viện tuyến tỉnh/ thành phố, hạng 1; 08 bệnh viện tuyến huyện hạng 2 và 05 bệnh viện tuyến huyện hạng 3. Trong 05 bệnh viện tuyến tỉnh/ thành phố hạng 1, có 03 bệnh viện tại Hà Nội và 02 bệnh viện thuộc tỉnh khác. Do đó, nghiên cứu chọn toàn bộ 03 bệnh viện tuyến thành phố của Hà Nội (BVĐK Xanh Pôn; bệnh viện Thanh Nhàn và BVĐK Hà Đông).
- *Giai đoạn 2: Chọn bệnh áp dụng QTCM.* Dựa trên danh sách 26 bệnh được chọn để xây dựng và áp dụng thử nghiệm QTCM của Dự án “Chương trình Phát triển

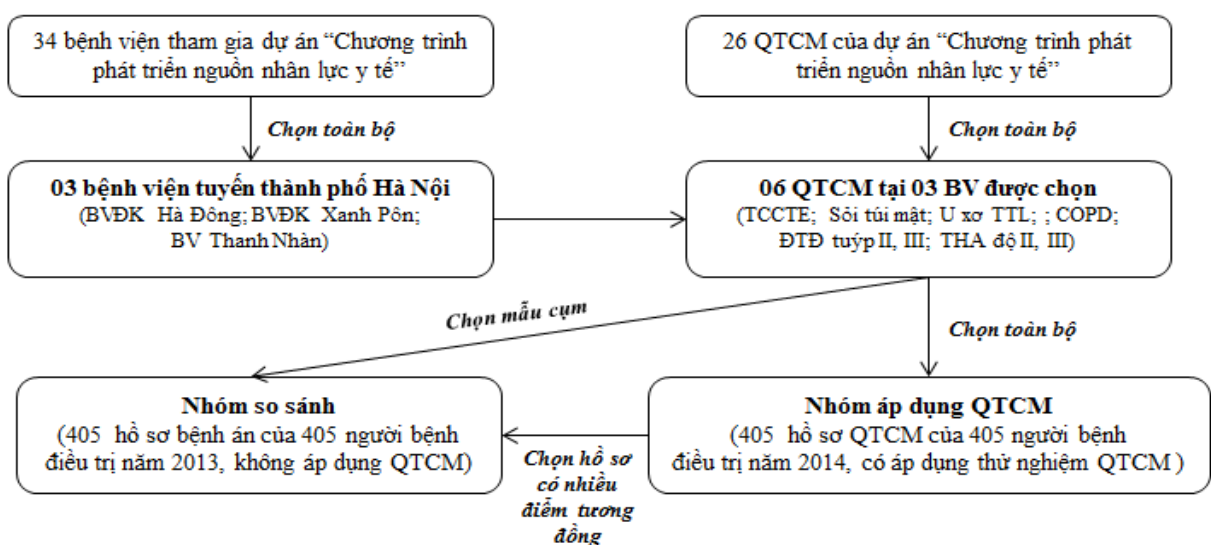
nguồn nhân lực y tế”, nghiên cứu chọn chủ đích 06 bệnh đáp ứng các tiêu chí lựa chọn tại mục 2.1.1 vào nghiên cứu gồm: bệnh TCCTE; bệnh U xơ TTL; bệnh Sỏi túi mật; bệnh COPD; bệnh THA độ II, III và bệnh ĐTD tuýp II.

- *Giai đoạn 3: Chọn người bệnh.*

+ Với nhóm áp dụng QTCM: Nghiên cứu chọn toàn bộ hồ sơ QTCM của toàn bộ người bệnh được áp dụng QTCM trong Dự án “Chương trình Phát triển nguồn nhân lực y tế” đáp ứng các tiêu chí lựa chọn tại mục 2.1.1. Kết quả: nghiên cứu chọn được 405 hồ sơ QTCM của 405 người bệnh, trong đó, số hồ sơ QTCM ít nhất được chọn là 33 hồ sơ/ 01 bệnh/01 bệnh viện.

+ Với nhóm so sánh (không áp dụng QTCM): Để đảm bảo cỡ mẫu nhóm so sánh tương ứng với nhóm áp dụng QTCM thu được, với mỗi bệnh được chọn, nghiên cứu áp dụng phương pháp chọn mẫu cụm để chọn ít nhất 30 hồ sơ bệnh án của người bệnh đáp ứng các tiêu chí lựa chọn tại mục 2.1.1 với khung mẫu là danh sách người bệnh mắc các bệnh được chọn điều trị tại các khoa của bệnh viện. Người bệnh ở nhóm so sánh được chọn tương ứng về loại bệnh và các đặc điểm về tuổi (sự chênh lệch nếu có chỉ dao động trong khoảng ± 3 tuổi), giới và nơi ở của người bệnh. Kết quả: nghiên cứu chọn được 405 hồ sơ bệnh án của 405 người bệnh, số hồ sơ QTCM ít nhất được chọn là 34 hồ sơ/01 bệnh/01 bệnh viện.

Quá trình chọn mẫu được sơ đồ hóa tại Hình 2.1.



Hình 2.1. Sơ đồ chọn mẫu nghiên cứu

2.1.5. *Biến số, chỉ số nghiên cứu và cách đo lường*

Một số nhóm biến chính của nghiên cứu gồm:

- *Các thông tin về người bệnh:* tuổi, giới, khoa chăm sóc và điều trị, bệnh viện điều trị, bệnh đang phải điều trị.

- *Các biến số đánh giá hiệu quả cải thiện một số chỉ số chất lượng DVYT:* tình trạng khi ra viện (chuyển viện/ tử vong/ biến chứng/ khỏi); điều trị đúng bệnh được chẩn đoán; tình trạng nhiễm khuẩn/ dị ứng/ tai biến trong quá trình điều trị; bác sỹ và điều dưỡng thực hiện đầy đủ các nội dung trong các phần trên hồ sơ/ bệnh án gồm: hỏi bệnh, khám lâm sàng; kê đơn thuốc và hướng dẫn sử dụng thuốc khi ra viện; tư vấn về chế độ dinh dưỡng, nghỉ ngơi, sinh hoạt sau khi ra viện. Các biến số này được đánh giá gián tiếp qua sự đầy đủ về các nội dung được ghi chép trên hồ sơ QTCM (nhóm áp dụng QTCM) và hồ sơ bệnh án (nhóm so sánh).

- *Các biến số đánh giá hiệu quả hạn chế số DVYT được chỉ định:* Số ngày điều trị nội trú; số loại xét nghiệm và chẩn đoán hình ảnh, thăm dò chức năng (gọi chung là số loại xét nghiệm); số loại thuốc; số loại vật tư tiêu hao nằm trong danh mục ban hành theo Quyết định số 21/2008/QĐ-BYT ngày 09/6/2008 của Bộ trưởng Bộ Y tế về việc ban hành danh mục vật tư y tế tiêu hao, vật tư y tế thay thế trong KCB.

- *Các biến số đánh giá hiệu quả hạn chế gia tăng chi phí DVYT:* Tổng chi phí đợt điều trị; tổng chi phí do BHYT thanh toán; tổng chi phí do người bệnh thanh toán; các chi phí cho từng DVYT sử dụng gồm: tiền giường; chi phí xét nghiệm; chi phí chẩn đoán hình ảnh; chi phí thuốc; chi phí cho thủ thuật/ phẫu thuật; chi phí vật tư tiêu hao và khác (gồm chi phí cho máu và các chi phí khác không thuộc các loại chi phí trên).

Nghiên cứu áp dụng phương pháp tính chi phí từ dưới lên (hay phương pháp tính toán chi tiết Micro-costing approach) để xác định, định lượng và ước tính chi phí DVYT mà người bệnh sử dụng, các chi phí trực tiếp không cho điều trị (chi phí đi lại, ăn, ở cho người bệnh và người nhà), chi phí gián tiếp (mất khả năng, năng suất lao động) không được đưa vào phần hạch toán chi phí. Khung thời gian tính toán chi phí: Đợt điều trị của người bệnh tính từ khi vào viện đến khi ra viện. Tổng chi phí của đợt điều trị được tính theo công thức sau:

$$M = M_1 + M_2 + M_3 + M_4 + M_5 + M_6$$

Trong đó:

- + M: Tổng chi phí cho đợt điều trị;
- + M_1 = Chi phí giường bệnh (số ngày nằm viện * đơn giá/ ngày);
- + M_2 = Chi phí cho thuốc sử dụng trong thời gian điều trị nội trú;
- + M_3 = Chi phí cho các xét nghiệm sử dụng trong thời gian điều trị;
- + M_4 = Chi phí cho chẩn đoán hình ảnh sử dụng trong thời gian điều trị;
- + M_5 = Chi phí cho phẫu thuật/ thủ thuật;
- + M_6 = Chi phí cho vật tư tiêu hao và các chi phí khác được sử dụng trong thời gian điều trị nội trú.

Đơn giá giường bệnh được tính theo loại giường bệnh mà người bệnh sử dụng trong đợt điều trị. Do tồn tại nhiều đơn giá giường bệnh trong cùng một bệnh viện cũng như giữa các bệnh viện khác nhau nên cùng với việc tính chi phí giường bệnh theo thực tế sử dụng của người bệnh, nghiên cứu đưa ra đơn giá giường bệnh giả định (tính bằng 99.000 đồng theo giá dịch vụ ngày giường bệnh áp dụng cho bệnh viện hạng I (gồm chi phí trực tiếp và phụ cấp thường trực, sẽ áp dụng từ ngày 01/3/2016) quy định tại Thông tư liên tịch số 37/2015/TTLT-BYT-BTC ngày 29/10/2015 của Bộ Y tế - Bộ Tài chính quy định thống nhất giá dịch vụ khám bệnh, chữa Bệnh bảo hiểm Y tế giữa các bệnh viện cùng hạng trên toàn quốc) để so sánh chi phí giường bệnh giữa 2 nhóm áp dụng QTCM và nhóm so sánh.

Đơn giá cho các mục xét nghiệm, chẩn đoán hình ảnh, phẫu thuật và thủ thuật được áp dụng theo giá tại thời điểm nghiên cứu. Giá thuốc và vật tư tiêu hao được lấy theo giá đấu thầu tại thời điểm nghiên cứu của từng bệnh viện.

Ngoài chi phí giường bệnh giả định, các chi phí điều trị còn lại đều được đưa về giá trị năm 2014, hiệu chỉnh theo chỉ số lạm phát của Tổng cục thống kê dành cho các DVYT tại thời điểm nghiên cứu tháng 6/2014. Chỉ số giá DVYT cả nước 6 tháng đầu năm 2014 tăng 0,942% so với cùng kỳ năm trước.

Chi tiết các biến số chính được trình bày trong bảng dưới đây.

Bảng 2.1. Bảng biến số nghiên cứu

STT	Biến số	Định nghĩa, cách đo lường	Loại biến	Nguồn thu thập
I	Một số thông tin về người bệnh			
1	Tuổi	Tuổi tính theo năm sinh dương lịch. Riêng với trẻ em dưới 6 tuổi tính theo tháng sinh dương lịch.	Rời rạc	Hồ sơ QTCM/ bệnh án
2	Giới tính	Giới tính ghi tại hồ sơ 1. Nam 2. Nữ	Nhị phân	Hồ sơ QTCM/ bệnh án
3	Khoa chăm sóc và điều trị	Khoa áp dụng QTCM cho người bệnh	Định danh	Hồ sơ QTCM/ bệnh án
4	Bệnh viện điều trị	Bệnh viện điều trị nội trú : 1- Bệnh viện đa khoa Hà Đông 2- Bệnh viện Thanh Nhàn 3- Bệnh viện đa khoa Xanh Pôn		
5	ICD	Mã ICD cho bệnh áp dụng QTCM đối với người bệnh trong nghiên cứu: K80: Sỏi túi mật A09: Tiêu chảy cấp có mất nước ở trẻ em N40: U xơ tuyến tiền liệt J44: Bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính (COPD) I10: Tăng huyết áp E11: Đái tháo đường tuýp 2	Phân loại	Hồ sơ QTCM/ bệnh án
II	Đánh giá hiệu quả cải thiện một số chỉ số chất lượng			
6	Chuyển khoa	Có/ Không chuyển khoa trong quá trình điều trị 1. Có 2. Không	Nhị phân	Hồ sơ QTCM/ bệnh án
7	Số lần chuyển khoa	Số lần chuyển khoa trong quá trình điều trị có áp dụng QTCM	Rời rạc	Hồ sơ QTCM/ bệnh án

STT	Biến số	Định nghĩa, cách đo lường	Loại biến	Nguồn thu thập
8	Chuyển tuyến	Người bệnh có/ không phải chuyển từ CSYT áp dụng QTCM đến CSYT khác 1. Có 2. Không	Nhị phân	Hồ sơ QTCM/ bệnh án
9	Tuyến chuyển đến	Tuyến người bệnh được chuyển đến (nếu có chuyển tuyến) 1. Tuyến trên 2. Tuyến dưới 3. Khác	Phân loại	Hồ sơ QTCM/ bệnh án
10	Chẩn đoán đầu	Kết quả chẩn đoán ban đầu khi người bệnh vào viện/ chẩn đoán của nơi chuyển đến	Định danh	Hồ sơ QTCM/ bệnh án
11	Bệnh chính	Bệnh chính được chăm sóc và điều trị, áp dụng QTCM	Định danh	Hồ sơ QTCM/ bệnh án
12	Chẩn đoán đúng	Người bệnh được chẩn đoán đúng khi bệnh chính được bác sỹ chỉ định chăm sóc, điều trị trùng với chẩn đoán ban đầu: 1=Có (trùng); 2=Không (khác)	Nhị phân	So sánh kết quả “chẩn đoán đầu” và “bệnh chính”
13	Bệnh kèm theo	Tên bệnh kèm theo (theo mã ICD10)	Định danh	Hồ sơ QTCM/ bệnh án
14	Nhiễm khuẩn sau mổ	Có/ Không dấu hiệu nhiễm trùng vết mổ (sốt, phải dùng kháng sinh), người bệnh có loét tỳ đè.	Nhị phân	Hồ sơ QTCM/ bệnh án
15	Dị ứng/ mẫn cảm	Có/ Không xảy ra dị ứng/ mẫn cảm trong quá trình điều trị.	Nhị phân	Hồ sơ QTCM/ bệnh án
16	Tai biến	Có/ Không xảy ra tai biến trong quá trình điều trị.	Nhị phân	Hồ sơ QTCM/ bệnh án
17	Biến chứng	Có/ Không xảy ra biến chứng trong quá trình điều trị	Nhị phân	Hồ sơ QTCM/ bệnh án
18	Nguyên nhân tai biến hoặc biến chứng	Nguyên nhân xảy ra tai biến hoặc biến chứng trong quá trình điều trị: 1. Do phẫu thuật	Phân loại	Hồ sơ QTCM/ bệnh án

STT	Biến số	Định nghĩa, cách đo lường	Loại biến	Nguồn thu thập
		<ol style="list-style-type: none"> 2. Do gây mê 3. Do nhiễm khuẩn 4. Sốc phản vệ do thuốc 5. Ngã 6. Khác 		
19	Kết quả điều trị	<p>Kết quả điều trị được kết luận tại thời điểm ra viện:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Khỏi/ sức khỏe ổn định 2. Đỡ, giảm 3. Không thay đổi 4. Nặng hơn 5. Tử vong 	Phân loại	Hồ sơ QTCM/ bệnh án
20	Nguyên nhân tử vong	<p>Nguyên nhân chính gây tử vong:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Do bệnh 2. Do tai biến điều trị 3. Khác 	Phân loại	Hồ sơ QTCM/ bệnh án
21	Hỏi bệnh	<p>Bác sỹ có/ không thực hiện việc hỏi bệnh, khai thác các thông tin về quá trình bệnh lý và tiền sử bệnh.</p> <p>Đánh giá bằng sự đầy đủ của các trường thông tin tại các phần: hỏi bệnh; đón tiếp; tiền sử bệnh tật.</p>	Nhi phân	Hồ sơ QTCM/ bệnh án
22	Khám lâm sàng đầy đủ	<p>Đánh giá bằng sự đầy đủ của các trường thông tin tại các phần: khám, hoạt động của bác sỹ:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Bác sỹ có/ không thực hiện việc khám lâm sàng. - Kiểm tra sự đầy đủ thông tin về 05 chức năng sống cơ bản (Mạch, nhiệt độ, huyết áp, nhịp thở, cân nặng). 	Nhi phân	Hồ sơ QTCM/ bệnh án
23	Kê đơn thuốc sau ra viện	Người bệnh có/ không được bác sỹ kê đơn thuốc điều trị.	Nhi phân	Hồ sơ QTCM/ bệnh án
24	Hướng dẫn sử dụng thuốc sau	Người bệnh có/ không được bác sỹ hoặc điều dưỡng hướng dẫn	Nhi phân	Hồ sơ QTCM/ bệnh án

STT	Biến số	Định nghĩa, cách đo lường	Loại biến	Nguồn thu thập
	ra viện	sửa dụng kê đơn thuốc điều trị sau ra viện.		
25	Tư vấn chế độ ăn, nghỉ ngơi, sinh hoạt	Người bệnh có/ không được bác sỹ hoặc điều dưỡng dặn dò về chế độ ăn uống, sinh hoạt, nghỉ ngơi sau ra viện.	Nhị phân	Hồ sơ QTCM/ bệnh án
III	Đánh giá hiệu quả hạn chế số dịch vụ y tế được chỉ định			
26	Ngày vào viện	Ngày, tháng, năm người bệnh được đưa đến bệnh viện	Định danh	Hồ sơ QTCM/ bệnh án
27	Ngày ra viện	Ngày, tháng, năm người bệnh ra khỏi bệnh viện	Định danh	Hồ sơ QTCM/ bệnh án
28	Số ngày điều trị	Số ngày nằm điều trị tại bệnh được tính toán từ các biến “ngày vào viện” và “ngày ra viện”. Trường hợp người bệnh vào và ra viện trong cùng 1 ngày thì tính là 1 ngày.	Rời rạc	Hồ sơ QTCM/ bệnh án
29	Số loại xét nghiệm	Số lượng đếm theo tên các xét nghiệm và chẩn đoán hình ảnh, thăm dò chức năng được bác sỹ chỉ định cho người bệnh gồm các xét nghiệm cận lâm sàng (siêu âm, X-quang, điện tâm đồ, xét nghiệm máu, nước tiểu, CT-Scanner, giải phẫu bệnh); xét nghiệm máu (công thức máu, sinh hóa), xét nghiệm các loại bệnh như HIV, HbsAg....	Rời rạc	Hồ sơ QTCM/ bệnh án và phiếu xét nghiệm kèm theo
30	Số loại thuốc	Số lượng đếm theo tên thuốc (bao gồm cả tên dịch truyền) được bác sỹ chỉ định cho người bệnh.	Rời rạc	Hồ sơ QTCM/ bệnh án và đơn thuốc kèm theo
31	Số loại vật tư tiêu hao:	Số lượng đếm theo tên vật tư tiêu hao được dùng cho đợt điều trị của người bệnh, nằm trong danh mục ban hành theo Quyết định số 21/2008/QĐ-BYT ngày 09/6/2008 của Bộ trưởng Bộ Y tế về việc ban hành danh mục vật tư y tế	Rời rạc	Hồ sơ QTCM/ bệnh án và bảng kê hoá chất, vật tư tiêu hao kèm theo

STT	Biến số	Định nghĩa, cách đo lường	Loại biến	Nguồn thu thập
		tiêu hao, vật tư y tế thay thế trong khám, chữa bệnh, gồm: bông, gạc, găng tay, khẩu trang, mũ, dây truyền, các loại kim tiêm/truyền,...		
IV Đánh giá hiệu quả hạn chế gia tăng chi phí DVYT				
32	Tổng chi phí đợt điều trị	Tổng các chi phí thành phần gồm: tiền giường, chi phí xét nghiệm, chi phí chẩn đoán hình ảnh, chi phí thuốc, chi phí cho thủ thuật/phẫu thuật, chi phí vật tư tiêu hao và khác (gồm chi phí dịch vụ kỹ thuật cao, chi phí cho máu) tính theo mức giá VNĐ tại thời điểm nghiên cứu. Không bao gồm các khoản chi phí phi gián tiếp, chi phí kèm theo (ví dụ chi tiêu cho người nhà đi theo chăm sóc người bệnh) và chi phí thuận lợi mà người bệnh phải chi trả trong thời gian nằm viện.	Liên tục	Các bảng kê chi phí cho một đợt điều trị
33	Tiền giường	Tổng số tiền VNĐ mà người bệnh phải chi trả cho giường bệnh trong đợt điều trị.	Liên tục	Bảng kê chi phí theo số ngày nằm viện
34	Chi phí xét nghiệm	Tổng số tiền VNĐ mà người bệnh phải chi trả cho xét nghiệm gồm xét nghiệm máu, nước tiểu, CT-Scanner, giải phẫu bệnh, công thức máu, sinh hóa máu, nước tiểu, sinh tiết tế bào... trong đợt điều trị.	Liên tục	Bảng kê chi phí theo phiếu xét nghiệm được chỉ định
35	Chi phí chẩn đoán hình ảnh	Tổng số tiền VNĐ mà người bệnh phải chi trả cho chẩn đoán hình ảnh siêu âm, X-quang, điện tâm đồ... trong đợt điều trị.	Liên tục	Bảng kê chi phí theo phiếu chẩn đoán hình ảnh được chỉ định
36	Chi phí thuốc	Tổng số tiền VNĐ mà người bệnh phải chi trả để mua thuốc theo đơn trong đợt điều trị.	Liên tục	Bảng kê chi phí theo đơn thuốc được chỉ định

STT	Biến số	Định nghĩa, cách đo lường	Loại biến	Nguồn thu thập
37	Chi phí phẫu thuật và thủ thuật	Tổng số tiền VNĐ mà người bệnh phải chi trả cho ca phẫu thuật và cho các lần phải sử dụng thủ thuật trong đợt điều trị.	Liên tục	Bảng kê chi phí
38	Chi phí vật tư tiêu hao và khác	Tổng số tiền VNĐ mà người bệnh phải chi trả cho vật tư tiêu hao trực tiếp cho đợt điều trị và các chi phí khác (gồm chi phí cho máu và các chi phí khác không thuộc các loại chi phí trên).	Liên tục	Bảng kê chi phí
39	Chi phí do BHYT thanh toán	Tổng số tiền VNĐ mà BHYT chi trả cho đợt điều trị được hồi cứu từ dữ liệu của BHYT.	Liên tục	Bảng kê chi phí từ dữ liệu BHYT
40	Chi phí do người bệnh thanh toán	Tổng số tiền VNĐ mà người bệnh phải đồng chi trả cho các DVYT không nằm trong danh mục BHYT, và phần kinh phí do BHYT không chi trả 100%.	Liên tục	Các bảng kê chi phí

2.1.6. Công cụ và phương pháp thu thập số liệu

Nghiên cứu sử dụng phương pháp hồi cứu số liệu. Toàn bộ thông tin cần nghiên cứu của người bệnh được trích xuất từ các hồ sơ QTCM năm 2014 (nhóm áp dụng QTCM) và các hồ sơ bệnh án năm 2013 (nhóm so sánh). Bộ công cụ nghiên cứu được thiết kế dựa trên kinh nghiệm của các nghiên cứu viên, tham khảo công cụ của dự án: “Chương trình phát triển nguồn nhân lực y tế” và các tài liệu quốc tế. Bộ công cụ bao gồm biểu mẫu thu thập các số liệu có trong hồ sơ QTCM và biểu mẫu thu thập số liệu phục vụ tính toán chi phí (phụ lục 7 và phụ lục 8).

Nhóm điều tra viên gồm nhóm nghiên cứu và các cán bộ lãnh đạo phụ trách kinh tế, cán bộ phòng tài chính, cán bộ phòng kế hoạch, cán bộ quản lý trang thiết bị... được bệnh viện và các chuyên gia của nghiên cứu lựa chọn. Trước khi thu thập số liệu nhóm điều tra viên được tập huấn, thống nhất về phương pháp thu thập số liệu và điền vào các biểu mẫu có sẵn. Nghiên cứu viên chính trực tiếp rà soát sổ sách

thống kê tài chính và hồ sơ tại các khoa, phòng của các bệnh viện để cùng thu thập và đồng thời giám sát quá trình thu thập số liệu của điều tra viên.

2.1.7. Phương pháp phân tích số liệu

Số liệu được làm sạch và nhập vào máy tính bằng phần mềm Microsoft Excel 2007. Chuyển bộ dữ liệu từ Microsoft Excel 2007 sang Epidata 3.1 để kiểm soát dữ liệu.

Phần mềm SPSS 20.0 được sử dụng để xử lý và phân tích số liệu thu được. Thống kê mô tả được thực hiện đối với các biến số về đặc điểm của người bệnh như tuổi, giới. Các thuật toán thống kê suy luận được sử dụng để so sánh sự khác nhau giữa hai nhóm (nhóm áp dụng QTCM và nhóm so sánh): kiểm định χ^2 (Chi-square) được sử dụng cho với các biến phân loại và kiểm định Mann-Whitney (so sánh trung vị) được sử dụng với biến định lượng liên tục không có phân phối chuẩn.

Trong mối liên quan chính mà nghiên cứu tìm hiểu là “áp dụng QTCM” và “số loại DVYT”; “áp dụng QTCM” và “chi phí điều trị”, để kiểm soát và loại trừ ảnh hưởng của các biến số gây nhiễu/ tác động, nghiên cứu sử dụng mô hình hồi quy Poisson đa biến với các biến phụ thuộc số đếm (số loại DVYT) và mô hình hồi quy chuyển dạng logarit với các biến phụ thuộc định lượng liên tục có phân phối không chuẩn (chi phí điều trị). Mức ý nghĩa thống kê $\alpha=0,05$ được áp dụng trong nghiên cứu.

2.2. Đối tượng và phương pháp nghiên cứu cho mục tiêu 2: Mô tả một số yếu tố ảnh hưởng đến việc áp dụng quy trình chuyên môn tại một số bệnh viện tuyến thành phố của Hà Nội, 2014 - 2016.

2.2.1. Đối tượng nghiên cứu

- Các nhà hoạch định chính sách: Cán bộ Vụ kế hoạch - Tài chính, Cục Quản lý khám, chữa bệnh, Vụ Bảo hiểm Y tế;
- Nhóm chuyên gia tham gia xây dựng QTCM;
- Nhóm cán bộ của dự án “Chương trình phát triển nguồn nhân lực y tế”;
- Đại diện Ban Giám đốc của các bệnh viện tham gia nghiên cứu;
- Nhân viên y tế tham gia triển khai QTCM tại bệnh viện.

Tiêu chuẩn lựa chọn: là người am hiểu về dự án, có thời gian tham gia xây dựng/ theo dõi, giám sát, đánh giá/ thực hiện QTCM muộn nhất từ tháng 6 năm 2014 và đồng ý tham gia phỏng vấn sâu.

Tiêu chuẩn loại trừ: các cán bộ từ chối tham gia nghiên cứu.

2.2.2. Địa điểm và thời gian nghiên cứu

Địa điểm nghiên cứu: Bộ Y tế, Ban quản lý dự án, các bệnh viện được lựa chọn trong mục tiêu 1.

Thời gian: Phần định tính tiến hành từ tháng 10/2015 đến tháng 3/2017. Giai đoạn thu thập số liệu từ tháng 10/2015 đến tháng 7/2016.

2.2.3. Thiết kế nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu cắt ngang với phương pháp nghiên cứu định tính.

2.2.4. Cơ mẫu và phương pháp chọn mẫu

Nghiên cứu tiến hành phỏng vấn sâu (PVS) 03 đại diện các Cục, Vụ có liên quan của Bộ Y tế; 02 đại diện Ban Quản lý dự án “Chương trình Phát triển nguồn nhân lực y tế”; 02 thành viên Hội đồng thẩm định QTCM, Bộ Y tế. Tại 03 bệnh viện được chọn, mỗi bệnh viện tiến hành PVS: 05 cán bộ (01 lãnh đạo, 01 cán bộ phòng kế hoạch, 01 cán bộ phòng tài chính kế toán, 01 bác sỹ và 01 điều dưỡng) và 02 cuộc thảo luận nhóm (TLN) điều dưỡng và bác sỹ (mỗi nhóm có 06 người).

Các đối tượng tham gia PVS được nghiên cứu lựa chọn ngẫu nhiên từ danh sách các cán bộ cán bộ đáp ứng tiêu chí lựa chọn ở trên. Các đối tượng nghiên cứu tham gia TLN được chọn theo phương pháp “hòn tuyết lăn” (Snow ball).

Kết quả, tổng số có 32 đối tượng đã tham gia nghiên cứu.

2.2.5. Các nội dung nghiên cứu định tính

Các cuộc PVS và TLN tập trung vào quan điểm cá nhân của người tham gia phỏng vấn/ thảo luận về việc áp dụng QTCM theo các nội dung phân tích về:

- Ưu điểm: lợi ích khi áp dụng QTCM như cải thiện chất lượng điều trị, giúp giảm quá tải bệnh viện, cải thiện thủ tục hành chính, nâng cao năng lực quản lý tài chính dịch vụ, sự ủng hộ của lãnh đạo bệnh viện.

- Nhược điểm: văn hóa đổ lỗi, xung đột nội bộ, đòi hỏi đủ nguồn lực và thời gian làm quen với quy trình mới, khó đáp ứng với diễn biến tiến triển khác nhau của người bệnh.
- Thuận lợi: các chính sách hỗ trợ đổi mới cơ chế chi trả, thanh toán BHYT theo định suất, tập huấn kỹ thuật từ chuyên gia/ Bộ Y tế, xu hướng toàn cầu khi áp dụng các kỹ thuật công nghệ mới vào điều trị.
- Khó khăn: những khó khăn, thách thức về nguồn nhân lực, đáp ứng của cơ sở vật chất, trang thiết bị, các bất cập trong quá trình thực hiện.
- Bài học kinh nghiệm để phát huy ưu điểm và các yếu tố thuận lợi, đồng thời hạn chế nhược điểm và khắc phục các khó khăn khi áp dụng QTCM.
- Khả năng mở rộng việc áp dụng QTCM cho các bệnh viện khác, cho các mặt bệnh khác.
- Khuyến nghị điều chỉnh nội dung QTCM phù hợp với tình hình thực tiễn.
- Các ý kiến liên quan khác.

2.2.6. Công cụ và phương pháp thu thập số liệu

Bộ công cụ được sử dụng trong nghiên cứu định tính là các hướng dẫn PVS/ TLN cho các đối tượng tham gia nghiên cứu (Phụ lục 8). Bộ công cụ được xây dựng bởi nhóm nghiên cứu dựa trên tổng quan tài liệu và bám sát các nội dung nghiên cứu. Bộ công cụ được thử nghiệm trước khi đưa vào áp dụng chính thức.

Các cuộc PVS và TLN được tiến hành bởi các nghiên cứu viên đến từ Dự án Chương trình phát triển nguồn nhân lực y tế, Trường Đại học Y tế Công cộng và Vụ Kế hoạch - Tài chính, Bộ Y tế. Mỗi cuộc PVS/ TLN kéo dài khoảng 60 phút. Với sự đồng ý của đối tượng nghiên cứu, nội dung PVS/ TLN được ghi chép và ghi âm để tránh bị thiếu sót thông tin. Tác giả trực tiếp tiến hành PVS và điều hành TLN, thư ký là nghiên cứu viên đến từ Dự án Chương trình phát triển nguồn nhân lực y tế. Trong các TLN, người tham gia trả lời được sắp xếp ngồi theo sơ đồ, có đánh số thứ tự và ký hiệu người phát biểu.

2.2.7. Phương pháp phân tích số liệu

Các băng ghi âm PVS/ TLN sau khi được gỡ băng thành các file word, sau đó được rà soát, mã hóa và sử dụng phần mềm NVivo 10 để phân tích theo phương pháp

phân tích nhóm nội dung. Quá trình phân tích số liệu, có sự tham gia của một số nghiên cứu viên của Dự án Chương trình phát triển nguồn nhân lực y tế và Trường Đại học Y tế Công cộng.

2.3. Hạn chế, sai số và biện pháp khắc phục

Việc hồi cứu số liệu từ các hồ sơ QTCM/ bệnh án/ các báo cáo tài chính kế toán của bệnh viện có thể bị ảnh hưởng bởi tính đầy đủ và mức độ chi tiết của hệ thống báo cáo. Để khắc phục hạn chế này và giảm các sai số trong thu thập thông tin từ hồ sơ/ bệnh án/ báo cáo, nhóm nghiên cứu đã thiết kế các bảng kiểm thu thập thông tin một cách chi tiết; điều tra viên được tập huấn trước khi thu thập thông tin chính thức.

Trong nghiên cứu định lượng, cỡ mẫu được nhân với hiệu lực thiết kế $DE = 2$ để khắc phục hạn chế của việc chọn mẫu cụm. Nghiên cứu sử dụng các kiểm định thống kê phi tham số với các biến phụ thuộc là biến định lượng có phân phối không chuẩn góp phần khắc phục sai số trong phân tích số liệu.

Để hạn chế các sai số thông tin trong nghiên cứu định tính, nhóm nghiên cứu thiết kế bộ công cụ hướng dẫn PVS/ TLN với các câu hỏi dễ hiểu, có các câu dẫn đề đối tượng hiểu nội dung câu hỏi. Bên cạnh đó, người PVS và người điều hành TLN cũng được tập huấn để đối phó với các tình huống ngoài dự kiến. Các cuộc PVS/ TLN được đặt lịch hẹn trước phù hợp với thời gian của đối tượng để tránh bị gián đoạn khi đối tượng bị bận việc khác.

2.4. Đạo đức nghiên cứu

Đề cương nghiên cứu được Hội đồng Đạo đức của Viện Vệ sinh dịch tễ Trung ương thông qua.

Các QTCM trong nghiên cứu nằm trong 26 QTCM của dự án “Chương trình phát triển nguồn nhân lực y tế”, đã được xây dựng và thông qua Hội đồng thẩm định của Bộ Y tế thông qua.

Nghiên cứu được sự đồng ý bằng văn bản của Ban Quản lý dự án “Chương trình phát triển nguồn nhân lực y tế” đồng ý cung cấp số liệu và cho phép sử dụng số liệu cho mục đích nghiên cứu.

Các bệnh viện được chọn đều đã đồng ý tham gia nghiên cứu. Để đảm bảo nguyên tắc bảo mật thông tin của các bệnh viện, khi báo cáo kết quả phân tích số liệu, tên các bệnh viện được chuyển thành bệnh viện A, B, C.

Nghiên cứu hồi cứu hồ sơ QTCM của người bệnh điều trị năm 2014 từ dự án: “Chương trình phát triển nguồn nhân lực y tế” do Bộ Y tế triển khai, và hồi cứu bệnh án của người bệnh điều trị năm 2013 tại các bệnh viện được chọn nên không có sự tiếp xúc với người bệnh, do đó không gây ra rủi ro, nguy cơ cho người bệnh.

Các hồ sơ QTCM của người bệnh do Ban Quản lý dự án “Chương trình phát triển nguồn nhân lực y tế” lưu giữ theo quy định của dự án. Các hồ sơ bệnh án của người bệnh nhóm so sánh được các bệnh viện lưu giữ theo quy định. Mọi thông tin nghiên cứu thu thập được từ quá trình hồi cứu hồ sơ/ bệnh án của mỗi người bệnh được nghiên cứu quản lý với mã số riêng. Các bản ghi nhận thông tin từ hồ sơ/ bệnh án của người bệnh được lưu giữ trong tủ có khóa và trong thư mục máy tính có cài đặt mật khẩu, chỉ có nghiên cứu viên chính mới có quyền truy cập. Mọi thông tin cá nhân của người bệnh (gồm: tên, địa chỉ, mã số BHYT) được giữ kín và không đưa vào phân tích.

Nội dung PVS và TLN được ghi âm nhưng chỉ phục vụ cho mục đích nghiên cứu. Việc ghi âm chỉ được thực hiện khi đối tượng tham gia nghiên cứu đồng ý. Nhóm nghiên cứu không thu thập các thông tin cá nhân, các nội dung liên quan đến danh tính cá nhân được đề cập trong nội dung trao đổi được mã hóa khi phân tích. Các bản ghi âm và bản gõ băng được lưu trong thư mục cài đặt mật khẩu và chỉ nghiên cứu viên chính mới có quyền truy cập.

CHƯƠNG 3: KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Thông tin chung về 3 bệnh viện và người bệnh trong nghiên cứu

3.2.1. Thông tin về 3 bệnh viện

Bảng 3.1: Một số chỉ số hoạt động của 3 bệnh viện

Chỉ số hoạt động	Bệnh viện A		Bệnh viện B		Bệnh viện C	
	2013	2014	2013	2014	2013	2014
Số giường bệnh thực kê	570	570	540	540	570	580
Công suất sử dụng giường bệnh (%)	106,9	105,7	150,6	150,6	131,9	129,6
Tổng số NVYT	461	615	956	956	726	694
<i>Trong đó:</i>						
<i>BSCK I, BSCKII và Tiên sỹ</i>	81 (16,2%)	59 (9,6%)	68 (7,1%)	64 (6,7%)	85 (11,7%)	69 (9,9%)
<i>Điều dưỡng</i>	325 (65,1%)	299 (48,6%)	310 (32,4%)	292 (30,5%)	443 (61,0%)	224 (32,3%)
Số lượt người bệnh nội trú	33.084	29.454	38.402	32.820	41.709	44.637
Số lượt người bệnh ngoại trú	252.718	234.675	352.030	351.781	417.153	617.932
Số lượt người bệnh sử dụng BHYT	113.361	128.092	230.559	259.408	277.835	287.688

Bảng 3.1 cho thấy 03 bệnh viện tham gia nghiên cứu đều có trên 500 giường bệnh thực kê và công suất sử dụng giường bệnh trên 100%. Năm 2016, bệnh viện A có 615 NVYT, bệnh viện B có 956 NVYT và bệnh viện C có 694 NVYT. Trong tổng số NVYT của 03 bệnh viện, khoảng 10% là bác sỹ chuyên khoa I, bác sỹ chuyên khoa II và tiên sỹ; 30-60% là điều dưỡng.

Mỗi năm, các bệnh viện tham gia nghiên cứu tiếp đón và điều trị nội trú cho khoảng 30.000 lượt mỗi năm, riêng Bệnh viện C tiếp đón khoảng 40.000 lượt/năm. Số lượt người bệnh khám và điều trị ngoại trú năm 2014 của bệnh viện A là gần

250.000 lượt; bệnh viện B là khoảng 350.000 lượt và bệnh viện C là trên 610.000 lượt. Số lượt người bệnh sử dụng BHYT khi khám/ điều trị tại bệnh viện A khoảng 110.000 lượt/năm; tại bệnh viện B khoảng 230.000 lượt và tại bệnh viện C khoảng 280.000 lượt/năm.

Bảng 3.2: Một số chỉ số tài chính của 3 bệnh viện

Đơn vị tính: tỷ đồng

Thu - Chi	Bệnh viện A		Bệnh viện B		Bệnh viện C	
	2013	2014	2013	2014	2013	2014
Thu từ viện phí	70,9	85,2	128,6	176,3	186,7	229,8
Chi phí vật tư tiêu hao	24,1 (10,5%)	58,1 (20,4%)	118,9 (25,9%)	118,2 (23,8%)	131,2 (30,8%)	187,3 (30,4%)
Chi phí thuốc	17,8 (7,8%)	35,2 (12,4%)	81,7 (17,8%)	74,2 (15,0%)	54,5 (12,8%)	113,5 (18,4%)
Chi phí trang thiết bị và khấu hao tài sản	9,6 (4,2%)	13,5 (4,7%)	20,0 (4,3%)	13,0 (2,6%)	20,8 (4,9%)	21,5 (3,5%)
Chi thường xuyên	177,8 (77,5%)	177,9 (62,5%)	238,5 (52,0%)	290,3 (58,6%)	219,7 (51,5%)	294,2 (47,7%)
Tổng chi các khoản trên	229,3 (100%)	284,8 (100%)	459,2 (100%)	495,5 (100%)	426,3 (100%)	616,4 (100%)

Về tình hình tài chính, bệnh viện C có tổng thu từ viện phí cao nhất với khoảng 187 tỷ đồng năm 2013 và 230 tỷ đồng năm 2014. Các mức chi thường xuyên, chi phí thuốc và vật tư tiêu hao của bệnh viện C cũng cao hơn 02 bệnh viện còn lại. Trong các khoản chi của 03 bệnh viện, chi thường xuyên luôn chiếm tỷ lệ cao nhất (khoảng 40-50%); tiếp đến là chi phí thuốc và vật tư tiêu hao (khoảng 30%), còn lại chi lương cán bộ, khấu hao tài sản, trang thiết bị (Bảng 3.2).

3.2.2. Thông tin về người bệnh được nghiên cứu

Bảng 3.3: Phân bố người bệnh theo các bệnh được chọn

Bệnh		Nhóm áp dụng QTCM				Nhóm so sánh			
		Bệnh viện A	Bệnh viện B	Bệnh viện C	Tổng	Bệnh viện A	Bệnh viện B	Bệnh viện C	Tổng
TCCTE	n	34	34	37	105	34	34	39	107
	%	32,4	32,4	35,2	100	31,8	31,8	36,4	100
U xơ TTL	n	33	-	44	77	43	-	38	81
	%	42,9	-	57,1	100	53,1	-	46,9	100
Sỏi túi mật	n	41	-	48	89	42	-	44	86
	%	46,1	-	53,9	100	48,8	-	51,2	100
COPD	n	-	47	-	47	-	45	-	45
	%	-	100	-	100	-	100	-	100
ĐTĐ tuýp II	n	-	42	-	42	-	44	-	44
	%	-	100	-	100	-	100	-	100
THA độ II, III	n	45	-	-	45	42	-	-	42
	%	100	-	-	100	100	-	-	100
TỔNG		153	123	129	405	161	123	121	405

Ghi chú: -: không áp dụng

Kết quả tại Bảng 3.3 cho thấy có 810 người bệnh tham gia nghiên cứu. Theo QTCM được chọn, số người bệnh phân bố trong nhóm so sánh (405 người) tương đồng với nhóm được áp dụng QTCM (405 người). Có 06 bệnh được chọn để thử nghiệm áp dụng QTCM trong nghiên cứu tại 03 bệnh viện, với mỗi bệnh được chọn, số người bệnh của nhóm áp dụng QTCM và của nhóm so sánh không có sự khác nhau. Trong 06 QTCM được chọn, QTCM cho bệnh tiêu chảy cấp ở trẻ em (TCCTE) là QTCM duy nhất được cả 3 bệnh viện; QTCM cho 02 bệnh ngoại khoa (u xơ tuyến tiền liệt (TTL) và sỏi túi mật) được áp dụng tại 02 bệnh viện (A và C); 03 QTCM còn lại được áp dụng tại 1 bệnh viện: tăng huyết áp nguyên phát độ II và III (THA độ II, III) áp dụng tại bệnh viện A; bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính (COPD) và đái tháo đường tuýp II (ĐTĐ tuýp II) áp dụng tại bệnh viện B.

Bảng 3.4: Tuổi của người bệnh trong nghiên cứu

Bệnh	Nhóm áp dụng QTCM (n1=405)				Nhóm so sánh (n2=405)				p (Mann-Whitney test)
	<i>n</i>	<i>TB</i>	<i>TV</i>	<i>ĐLC</i> (<i>TN-CN</i>)	<i>n</i>	<i>TB</i>	<i>TV</i>	<i>ĐLC</i> (<i>TN-CN</i>)	
TCCTE <i>(tháng tuổi)</i>	105	21,9	24	10,5 (12-48)	107	22,1	24	6,4 (12-48)	0,235
U xơ TTL <i>(năm tuổi)</i>	77	64,9	65	3,0 (57-69)	81	64,4	64	3,7 (51-69)	0,602
Sỏi túi mật <i>(năm tuổi)</i>	89	54,0	54	12,8 (20-69)	86	53,0	55	12,3 (21-69)	0,621
COPD <i>(năm tuổi)</i>	47	63,5	65	4,4 (55-69)	45	63,9	65	3,5 (53-69)	0,887
ĐTĐ tuýp II <i>(năm tuổi)</i>	42	60,1	61	6,7 (41-69)	44	59,7	61,5	7,3 (41-69)	0,873
THA độ II và III <i>(năm tuổi)</i>	45	62,7	63	5,1 (49-69)	42	63,1	64	5,4 (47-69)	0,550

Ghi chú: *TB*: Trung bình; *TV*: Trung vị; *ĐLC*: Độ lệch chuẩn; *TN*: Thấp nhất; *CN*: Cao nhất

Bảng 3.4 cho thấy không có sự khác nhau có ý nghĩa thống kê về độ tuổi giữa 2 nhóm áp dụng QTCM và nhóm so sánh ($p > 0,05$) với tất cả 6 bệnh được chọn. Trong đó, tuổi trung bình của trẻ bị TCCTE trong nghiên cứu là 22 tháng tuổi; tuổi trung bình của người bệnh u xơ TTL là khoảng 65 tuổi; tuổi trung bình của nhóm người bệnh sỏi túi mật là 54 tuổi; với 03 bệnh mạn tính, độ tuổi trung bình của nhóm áp dụng QTCM và nhóm so sánh đều trên 60 tuổi (64 tuổi với bệnh COPD; 61 điểm với bệnh ĐTĐ tuýp II; và 63 tuổi với bệnh THA độ II và III).

Bảng 3.5: Giới tính của người bệnh trong nghiên cứu

Bệnh	Nhóm áp dụng QTCM (n1=405)			Nhóm so sánh (n2=405)			p (χ^2 test)
	n	% nam	% nữ	N	% nam	% nữ	
TCCTE	105	50,5	49,5	107	51,4	48,6	0,893
U xơ TTL	77	100	-	81	100	-	-
Sôi túi mật	89	42,7	57,3	86	43,0	57,0	0,965
COPD	47	74,5	25,5	45	75,6	24,4	0,904
ĐTĐ tuýp II	42	59,5	40,5	44	59,1	40,9	0,967
THA độ II, III	45	42,2	57,8	42	40,5	59,5	0,869

(-) không áp dụng

Về phân bố giới tính, bảng 3.5 cho thấy trong các bệnh được chọn, bệnh u xơ TTL là bệnh đặc thù chỉ có ở nam giới; với bệnh TCCTE, nam giới chiếm khoảng 50 - 51%; với bệnh sỏi túi mật và bệnh THA nguyên phát độ II, III, nam giới chiếm khoảng 40 - 43%; với bệnh ĐTĐ tuýp II, nam giới chiếm gần 60%; với bệnh COPD, đa số người bệnh là nam giới (chiếm khoảng 75 -76%). So sánh sự phân bố về giới tính giữa nhóm áp dụng QTCM và nhóm so sánh, kết quả cho thấy ở cả 6 bệnh đều không có sự khác nhau có ý nghĩa thống kê ($p>0,05$).

3.2. Hiệu quả áp dụng quy trình chuyên môn trong cải thiện một số chỉ số chất lượng và hạn chế gia tăng chi phí DVYT (mục tiêu 1)

3.2.1. Hiệu quả trong cải thiện một số chỉ số chất lượng DVYT

Cải thiện về chăm sóc trong quá trình điều trị:

Kết quả nghiên cứu cho thấy 100% người bệnh tham gia nghiên cứu ở cả hai nhóm đều được điều trị bệnh chính đúng với chẩn đoán ban đầu khi vào viện; 100% người bệnh không phải chuyển tuyến và không có ghi nhận về trường hợp bị dị ứng/ biến chứng hoặc tử vong trong quá trình điều trị; 100% người bệnh khô/ ở tình trạng sức khoẻ ổn định khi ra viện. Trong 175 trường hợp phải phẫu thuật, 100% không bị nhiễm khuẩn sau mổ.

Bảng 3.6: Tỷ lệ % người bệnh được hỏi bệnh đầy đủ

Bệnh	Nhóm áp dụng QTCM (n1=405)			Nhóm so sánh (n2=405)			p (χ^2 test)
	Tổng	Được hỏi bệnh đầy đủ		Tổng	Được hỏi bệnh đầy đủ		
		n	%		n	%	
TCCTE	105	91	86,7	107	10	9,3	<0,001
U xơ TTL	77	75	97,4	81	0	0,0	<0,001
Sỏi túi mật	89	85	95,5	86	2	2,3	<0,001
COPD	47	44	93,6	45	8	17,8	<0,001
ĐTĐ tuýp II	42	37	88,1	44	1	2,3	<0,001
THA độ II, III	45	37	82,2	42	3	7,1	<0,001

Bảng 3.6 cho thấy tỷ lệ người bệnh được hỏi bệnh đầy đủ các nội dung trong nhóm được áp dụng QTCM cao hơn rất nhiều so với nhóm không áp dụng QTCM (nhóm so sánh) ở tất cả các bệnh được chọn (khoảng 90% ở nhóm được áp dụng QTCM so với dưới 20% ở nhóm so sánh). Đặc biệt, với bệnh u xơ TTL, có tới 97,4% người bệnh áp dụng QTCM được hỏi đầy đủ thông tin về bệnh, trong khi đó không một trường hợp nào trong nhóm so sánh được hỏi bệnh đầy đủ. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ($p < 0,001$).

Bảng 3.7: Tỷ lệ % người bệnh được khám lâm sàng đầy đủ

Bệnh	Nhóm áp dụng QTCM (n1=405)			Nhóm so sánh (n2=405)			p (χ^2 test)
	Tổng	KLS Đầy đủ		Tổng	KLS Đầy đủ		
		n	%		n	%	
TCCTE	105	90	85,7	107	8	7,5	<0,001
U xơ TTL	77	71	92,2	81	12	14,8	<0,001
Sỏi túi mật	89	85	95,5	86	8	9,3	<0,001
COPD	47	8	17,0	45	3	6,7	0,126
ĐTĐ tuýp II	42	10	23,8	44	3	6,8	0,028
THA độ II, III	45	37	82,2	42	3	7,1	<0,001

Bảng 3.7 cho thấy kết quả đánh giá qua hồ sơ, người bệnh ở nhóm áp dụng QTCM được khám về các nội dung khám lâm sàng (KLS) và các chỉ số sinh tồn cơ

bản (cân nặng, chiều cao, huyết áp) đầy đủ hơn người bệnh ở nhóm so sánh. Sự khác biệt này thể hiện rõ nhất ở các bệnh tiêu chảy cấp ở trẻ, u xơ tiền liệt tuyến, sỏi túi mật và THA nguyên phát độ II và III ($p < 0,001$) với con số chênh lệch về tỷ lệ khoảng 80%. Riêng với bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính và bệnh ĐTD tuýp II, tỷ lệ người bệnh được khám lâm sàng đầy đủ thấp hơn các bệnh còn lại, khoảng 20-30% người bệnh ở nhóm được áp dụng QTCM và khoảng 7% người bệnh ở nhóm so sánh. Trong đó, khác biệt giữa nhóm so sánh và nhóm được áp dụng QTCM bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

Bảng 3.8: Tỷ lệ % người bệnh được tư vấn đầy đủ về chế độ dinh dưỡng, nghỉ ngơi, sinh hoạt sau khi ra viện

Bệnh	Nhóm áp dụng QTCM (n1=405)			Nhóm so sánh (n2=405)			p (χ^2 test)
	Tổng	Đầy đủ		Tổng	Đầy đủ		
		n	%		n	%	
TCCTE	105	79	75,2	107	8	7,5	<0,001
U xơ TTL	77	75	97,4	81	0	0,0	<0,001
Sỏi túi mật	89	66	74,2	86	1	1,2	<0,001
COPD	47	34	72,3	45	4	8,9	<0,001
ĐTD tuýp II	42	34	81,0	44	8	18,2	<0,001
THA độ II, III	45	37	82,2	42	2	4,8	<0,001

Kết quả cho thấy 100% người bệnh ở cả 2 nhóm đều được kê đơn và hướng dẫn sử dụng thuốc, đồng thời được bác sỹ hoặc điều dưỡng tư vấn, dặn dò về chế độ ăn, nghỉ ngơi, sinh hoạt khi ra viện. Bảng 3.8 cho thấy, người bệnh nhóm áp dụng QTCM được tư vấn, giáo dục sức khỏe đầy đủ hơn nhóm so sánh về nội dung tư vấn, hướng dẫn. Ở tất cả các bệnh được chọn, người bệnh áp dụng QTCM được tư vấn đầy đủ khi ra viện về chế độ ăn, uống, nghỉ ngơi, sinh hoạt đều đạt trên 70%, cao hơn có ý nghĩa thống kê ($p < 0,001$) so với nhóm không áp dụng (dưới 20%).

3.2.2. Hiệu quả hạn chế số DVYT được chỉ định

Số ngày nằm viện:

Bảng 3.9: Số ngày nằm viện của người bệnh theo bệnh được chọn

Bệnh	Nhóm áp dụng QTCM (n1=405)				Nhóm so sánh (n2=405)				p (Mann-Whitney test)
	n	TB	TV	ĐLC (TN-CN)	n	TB	TV	ĐLC (TN-CN)	
TCCTE	105	4,0	4	1,5 (1-8)	107	6,4	6	2,3 (1-12)	<0,001
Bệnh viện A	34	3,9	4	1,5 (1-8)	34	5,2	5	2,7 (1-12)	<0,001
Bệnh viện B	34	4,2	4	1,6 (2-8)	34	6,4	6	1,9 (3-12)	<0,001
Bệnh viện C	37	4,0	4	1,4 (2-8)	39	7,3	7	1,9 (4-12)	<0,001
U xơ TTL	77	10,6	10	3,1 (5-16)	81	13,0	13	2,7 (7-18)	<0,001
Bệnh viện A	33	10,4	10	1,1 (5-15)	43	12,8	13	1,1 (7-17)	<0,001
Bệnh viện C	44	10,7	10	3,2 (6-16)	38	13,3	13	2,8 (7-18)	<0,001
Sỏi túi mật	89	7,7	7	2,6 (3-18)	86	10,2	10	4,1 (3-16)	<0,001
Bệnh viện A	41	7,7	7	2,7 (3-14)	42	9,9	10	3,8 (3-16)	0,009
Bệnh viện C	48	7,7	7	2,6 (3-18)	44	10,5	10	4,3 (5-16)	0,002
COPD	47	9,4	10	2,9 (2-15)	45	10,8	11	3,4 (1-18)	0,027
ĐTĐ tuýp II	42	8,3	8	2,5 (4-15)	44	10,5	10	3,4 (5-16)	0,008
THA độ II, III	45	7,9	8	3,0 (3-14)	42	9,9	10	3,6 (3-16)	0,007

Ghi chú: TB: Trung bình; TV: Trung vị; ĐLC: Độ lệch chuẩn; TN: Thấp nhất; CN: Cao nhất

Bảng 3.9 cho thấy số ngày nằm viện ở nhóm người bệnh áp dụng QTCM thấp hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm so sánh ($p < 0,05$) đối với tất cả 6 bệnh nghiên cứu. Khi áp dụng QTCM, số ngày nằm viện giảm 1 ngày đối với bệnh COPD; giảm 2 ngày đối với các bệnh TCCTE, ĐTĐ tuýp II, THA nguyên phát độ II, III; và giảm nhiều nhất (3 ngày) với 02 bệnh sỏi túi mật và u xơ TTL.

Số loại xét nghiệm được chỉ định:

Bảng 3.10: Số loại xét nghiệm được chỉ định theo bệnh được chọn

Bệnh	Nhóm áp dụng QTCM (n1=405)				Nhóm so sánh (n2=405)				p (Mann-Whitney test)
	Số sử dụng	TB	TV	ĐLC (TN-CN)	Số sử dụng	TB	TV	ĐLC (TN-CN)	
TCCTE	105	5,2	5	1,8 (2-10)	104	7,1	7	1,9 (3-11)	<0,001
Bệnh viện A	34	4,6	5	1,5 (2-7)	32	6,2	6	1,8 (3-10)	<0,001
Bệnh viện B	34	5,5	5	1,7 (3-9)	34	7,7	8	2,0 (4-11)	<0,001
Bệnh viện C	37	5,4	5	2,0 (2-10)	38	7,2	7	1,7 (4-11)	<0,001
U xơ TTL	77	12,8	13	1,3 (10-15)	79	15,1	15	2,1 (11-19)	<0,001
Bệnh viện A	33	12,7	13	0,9 (11-14)	41	15,2	15	2,2 (11-19)	<0,001
Bệnh viện C	44	12,8	13	1,5 (10-15)	38	14,9	15	2,1 (11-18)	<0,001
Sỏi túi mật	89	10,6	11	1,7 (7-14)	86	12,7	13	1,8 (8-15)	<0,001
Bệnh viện A	41	10,5	10	1,5 (8-13)	42	13,0	13	1,2 (11-15)	0,009
Bệnh viện C	48	10,7	11	1,9 (7-14)	43	12,5	13	2,2 (8-15)	0,002
COPD	47	12,7	13	1,4 (10-16)	45	14,1	14	1,5 (12-17)	<0,001
ĐTD tuýp II	42	13,0	13	1,3 (11-16)	13,0	16,1	16	1,4 (14-18)	<0,001
THA độ II, III	45	9,6	9	1,5 (7-12)	42	11,7	12	1,3 (7-14)	<0,001

Ghi chú: TB: Trung bình; TV: Trung vị; ĐLC: Độ lệch chuẩn; TN: Thấp nhất; CN: Cao nhất

Với bệnh TCCTE được áp dụng ở cả 3 bệnh viện, kết quả cho thấy so với nhóm không áp dụng QTCM thì số loại xét nghiệm được chỉ định của nhóm áp dụng QTCM thấp hơn có ý nghĩa thống kê khoảng 2 xét nghiệm ($p < 0,05$). Phân tích riêng tại từng bệnh viện, số loại xét nghiệm của nhóm được áp dụng QTCM ở bệnh viện A giảm 1 loại, bệnh viện B giảm 3 loại, bệnh viện C giảm 2 loại. Với 02 bệnh ngoại khoa (sỏi túi mật và u xơ TTL) tại 02 bệnh viện A và C, người bệnh nhóm áp dụng QTCM có số loại xét nghiệm thấp hơn 2 loại so với nhóm so sánh ($p < 0,05$). Bệnh

COPD tại bệnh viện B có số loại xét nghiệm của nhóm áp dụng QTCM là 13 loại, ít hơn 1 loại so với nhóm so sánh (14 loại). Hai bệnh mạn tính còn lại (ĐTĐ tuýp II và THA nguyên phát độ II, III), nhóm áp dụng QTCM có số loại xét nghiệm ít hơn 3 loại so với nhóm so sánh. Những sự khác nhau này đều có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$ (Bảng 3.10).

Số loại thuốc được chỉ định:

Bảng 3.11: Số loại thuốc được chỉ định theo các bệnh được chọn

Bệnh	Nhóm áp dụng QTCM (n1=405)				Nhóm so sánh (n2=405)				p (Mann-Whitney test)
	Số sử dụng	TB	TV	ĐLC (TN-CN)	Số sử dụng	TB	TV	ĐLC (TN-CN)	
TCCTE	105	4,0	4	1,8 (1-9)	107	5,1	5	1,7 (2-9)	<0,001
Bệnh viện A	34	3,3	3	1,3 (1-6)	34	4,4	4	1,7 (2-8)	0,005
Bệnh viện B	34	4,2	4	1,7 (2-8)	34	5,3	5	1,9 (3-9)	0,017
Bệnh viện C	37	4,4	4	2,0 (1-9)	39	5,4	5	1,5 (3-8)	0,015
U xơ TTL	77	9,6	9	2,8 (4-17)	81	11,5	11	3,1 (6-19)	<0,001
Bệnh viện A	33	8,9	9	2,7 (4-15)	43	11,3	11	3,1 (6-19)	0,008
Bệnh viện C	44	10,1	9	2,8 (5-17)	38	11,7	12	3,2 (6-19)	0,030
Sỏi túi mật	89	9,7	10	2,3 (5-15)	86	11,6	11	3,9 (6-24)	<0,001
Bệnh viện A	41	9,1	9	2,2 (5-13)	42	10,8	10	2,7 (7-17)	0,001
Bệnh viện C	48	10,2	10	2,3 (6-15)	44	12,4	12	4,6 (6-24)	0,021
COPD	47	13,1	13	3,7 (7-23)	45	18,0	17	5,2 (7-28)	<0,001
ĐTĐ tuýp II	42	14,0	14	3,3 (6-20)	44	17,0	17	4,4 (10-26)	0,002
THA độ II, III	45	10,2	10	2,8 (5-16)	42	12,2	12	3,5 (3-19)	0,005

Ghi chú: TB: Trung bình; TV: Trung vị; ĐLC: Độ lệch chuẩn; TN: Thấp nhất; CN: Cao nhất

So sánh số loại thuốc được chỉ định giữa nhóm áp dụng QTCM và nhóm so sánh (không áp dụng QTCM), bảng 3.11 cho thấy số loại thuốc của nhóm áp dụng QTCM đều ít hơn so với nhóm so sánh ở tất cả 06 mặt bệnh được chọn. Trong đó, ít

hơn 01 loại ở 2 bệnh (TTCTE và sỏi túi mật); ít hơn 2 loại với 2 bệnh (u xơ TTL và THA độ II, III); ít hơn 3 loại với bệnh ĐTD tuýp II và 4 loại đối với bệnh COPD. Không có sự khác nhau giữa 3 bệnh viện đều áp dụng QTCM TCCTE về số loại thuốc giữa nhóm áp dụng QTCM và nhóm so sánh (đều giảm 1 loại thuốc). Hai bệnh ngoại khoa được áp dụng tại bệnh viện A và bệnh viện C, kết quả phân tích cho thấy bệnh viện C có khoảng cách về số loại thuốc được chỉ định của nhóm áp dụng QTCM so với nhóm so sánh nhiều hơn 01 loại thuốc so với bệnh viện A.

Số loại vật tư tiêu hao đã sử dụng:

Bảng 3.12: Số loại vật tư tiêu hao đã sử dụng theo bệnh được chọn

Bệnh	Nhóm áp dụng QTCM (n1=405)				Nhóm so sánh (n2=405)				p (Mann-Whitney test)
	Số sử dụng	TB	TV	ĐLC (TN-CN)	Số sử dụng	TB	TV	ĐLC (TN-CN)	
TCCTE	105	8,5	8	1,6 (6-13)	107	10,2	10	2,3 (6-15)	<0,001
Bệnh viện A	34	8,0	8	1,3 (6-10)	34	9,5	10	1,6 (7-13)	<0,001
Bệnh viện B	34	8,7	8	1,5 (6-12)	34	10,7	11	2,4 (7-15)	<0,001
Bệnh viện C	37	8,7	8	2,0 (6-13)	39	10,5	10	2,7 (6-15)	<0,001
U xơ TTL	77	9,5	9	2,6 (5-17)	81	14,9	15	3,9 (7-23)	<0,001
Bệnh viện A	33	9,1	9	2,0 (5-12)	43	14,7	15	3,3 (9-20)	<0,001
Bệnh viện C	44	9,8	9	3,0 (5-17)	38	15,1	15	4,5 (7-23)	<0,001
Sỏi túi mật	89	8,7	9	2,2 (5-13)	86	14,7	15	3,2 (8-20)	<0,001
Bệnh viện A	41	8,6	9	1,9 (5-12)	42	14,4	15	3,5 (8-20)	0,009
Bệnh viện C	48	8,7	9	2,4 (5-13)	44	15,0	15	3,0 (10-20)	0,002
COPD	47	10,6	10	4,3 (2-19)	45	16,2	16	3,3 (10-23)	0,027
ĐTD tuýp II	42	12,4	12	3,0 (7-19)	44	14,8	15	2,9 (10-20)	0,008
THA độ II, III	45	10,2	10	1,9 (8-15)	42	15,5	15	3,5 (9-20)	0,007

Ghi chú:

- TB: Trung bình; TV: Trung vị; ĐLC: Độ lệch chuẩn; TN: Thấp nhất; CN: Cao nhất

- Vật tư tiêu hao nằm trong danh mục ban hành theo Quyết định số 21/2008/QĐ-BYT ngày 09/6/2008 của Bộ trưởng Bộ Y tế về việc ban hành danh mục vật tư y tế tiêu hao, vật tư y tế thay thế trong khám, chữa bệnh. Trong nghiên cứu này, vật tư tiêu hao chủ yếu gồm: bông, gạc, băng tay, khẩu trang, dây truyền, bơm kim tiêm,...

Bảng 3.12 cho thấy số loại vật tư tiêu hao của nhóm được áp dụng QTCM của bệnh TCCTE là 8 loại; của hai bệnh ngoại khoa là 9 loại và của ba bệnh mạn tính là khoảng 10 loại. So với nhóm so sánh, số loại vật tư tiêu hao của nhóm áp dụng QTCM của cả 06 bệnh đều ít hơn có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Trong đó, ít hơn 2 loại với bệnh TTCTE; ít hơn 3 loại với bệnh ĐTD tuýp II; ít hơn 5 loại với bệnh THA độ II, III và ít hơn 6 loại với 3 bệnh còn lại.

Ảnh hưởng của yếu tố tuổi, giới và việc áp dụng QTCM đến số ngày điều trị và số loại DVYT được chỉ định và sử dụng:

Bảng 3.13: Mô hình hồi quy Poisson đa biến về một số yếu tố liên quan đến số ngày điều trị

	Yếu tố	p	OR	95% CI
Bệnh TCCTE - Số ngày điều trị (n=212; $\alpha=1,9$; z= 49,7; p<0,001)				
Áp dụng QTCM	Không áp dụng	<0,001	1,51	1,32 - 1,71
	Có áp dụng*	-	-	-
Giới tính	Nam	0,040	1,13	1,01 - 1,28
	Nữ*	-	-	-
Tuổi	≤18 tháng tuổi	0,267	1,22	0,86 - 1,74
	18-36 tháng tuổi	0,374	1,17	0,83 - 1,66
	>36 tháng tuổi*	-	-	-
Bệnh sỏi túi mật - Số ngày điều trị (n=175; $\alpha= 2,04$; z= 39,38; p<0,001)				
Áp dụng QTCM	Không áp dụng	<0,001	1,31	1,19 - 1,46
	Có áp dụng*	-	-	-
Giới tính	Nam	0,299	1,05	0,96 - 1,17
	Nữ*	-	-	-
Tuổi	≤35 tuổi	0,007	0,75	0,61 - 0,93
	35-55 tuổi	0,843	1,01	0,91 - 1,12
	>55 tuổi*	-	-	-
Bệnh U xơ TTL - Số ngày điều trị (n=158; $\alpha=2,35$; z= 23,42; p<0,001)				
Áp dụng QTCM	Không áp dụng	<0,001	1,23	1,12 - 1,35
	Có áp dụng*	-	-	-
Tuổi	≤60 tuổi	0,083	1,17	0,98 - 1,39
	>60 tuổi*	-	-	-

	Yếu tố	p	OR	95% CI
03 bệnh mạn tính (COPD; ĐTD tuýp II và THA độ II, III) - Số ngày điều trị n=265; $\alpha=2,18$; z= 24,93; p<0,001				
Áp dụng QTCM	Không áp dụng	<0,001	1,21	1,12 - 1,32
	Có áp dụng*	-	-	-
Giới tính	Nam	0,200	0,95	0,88 - 1,03
	Nữ*	-	-	-
Tuổi	≤60 tuổi	0,863	1,01	0,92 - 1,10
	>60 tuổi*	-	-	-

Ghi chú: *: *nhóm so sánh*

Mô hình hồi quy Poisson đa biến về một số yếu tố liên quan đến số ngày điều trị trong một đợt điều trị của 06 bệnh được chọn nghiên cứu tại bảng 3.13 cho thấy: Khả năng phải nằm viện dài ngày của nhóm không áp dụng QTCM cao hơn so với khả năng của nhóm có áp dụng QTCM với cả 6 bệnh. Cụ thể so với khả năng của nhóm có áp dụng QTCM thì nhóm không áp dụng QTCM có khả năng phải nằm viện dài ngày bằng 1,5 lần đối với bệnh TCCTE (OR=1,51; 95%CI = 1,32-1,771); bằng 1,2 lần đối với bệnh u xơ TTL và đối với 03 bệnh mạn tính (OR = 1,2; 95% CI = 1,1 - 1,3); bằng 1,3 lần đối với bệnh sỏi túi mật (OR=1,31; 95%CI = 1,2- 1,5). Giới tính không có mối liên quan có ý nghĩa thống kê với số ngày điều trị của bệnh sỏi túi mật và 03 bệnh mạn tính ($p>0,05$) nhưng với bệnh TCCTE, nhóm nam có khả năng có số ngày nằm viện nhiều hơn nhóm nữ. Sự khác biệt về khả năng phải ngày nằm viện dài ngày giữa các nhóm có độ tuổi khác nhau với các bệnh TCCTE; u xơ TTL và 03 bệnh mạn tính là không có ý nghĩa thống kê. Riêng với bệnh sỏi túi mật, so với nhóm người >55 tuổi, nhóm người ≤35 tuổi có nguy cơ thấp hơn trong việc phải nằm viện dài ngày (OR=0,75; 95%CI= 0,61 - 0,93).

Bảng 3.14: Mô hình hồi quy Poisson đa biến về một số yếu tố liên quan đến số loại xét nghiệm

	Yếu tố	P	OR	95% CI
Bệnh TCCTE - Số loại xét nghiệm (n=209; $\alpha=1,94$; z= 33,4; p<0,001)				
Áp dụng QTCM	Không áp dụng	<0,001	1,37	1,23 - 1,54
	Có áp dụng*	-	-	-
Giới tính	Nam	0,775	1,02	0,91-1,13
	Nữ*	-	-	-
Tuổi	≤18 tháng tuổi	0,084	1,27	0,97-1,67

Yếu tố		P	OR	95% CI
Bệnh TCCTE - Số loại xét nghiệm (n=209; $\alpha=1,94$; $z= 33,4$; $p<0,001$)				
	18-36 tháng tuổi	0,720	1,02	0,90-1,16
	>36 tháng tuổi*	-	-	-
Bệnh sỏi túi mật - Số loại xét nghiệm (n=174; $\alpha= 2,36$; $z= 16,83$; $p = 0,002$)				
Áp dụng QTCM	Không áp dụng	<0,001	1,20	1,09 – 1,31
	Có áp dụng*	-	-	-
Giới tính	Nam	0,979	1,00	0,92 - 1,09
	Nữ*	-	-	-
Tuổi	≤35 tuổi	0,90	0,99	0,84 - 1,17
	35-55 tuổi	0,96	0,99	0,91- 1,09
	>55 tuổi*	-	-	-
Bệnh U xơ TTL - Số loại xét nghiệm (n=156; $\alpha=2,54$; $z= 15,06$; $p = 0,001$)				
Áp dụng QTCM	Không áp dụng	<0,001	1,18	1,08 - 1,28
	Có áp dụng*	-	-	-
Tuổi	≤60 tuổi	0,621	1,04	0,88 - 1,23
	>60 tuổi*	-	-	-
03 bệnh mạn tính (COPD; ĐTĐ tuýp II và THA độ II, III) - Số loại xét nghiệm (n=265; $\alpha=2,42$; $z= 3,13$; $p<0,001$)				
Áp dụng QTCM	Không áp dụng	<0,001	1,20	1,12 - 1,29
	Có áp dụng*	-	-	-
Giới tính	Nam	0,232	1,04	0,97 - 1,12
	Nữ*	-	-	-
Tuổi	≤60 tuổi	0,080	1,07	0,10 - 1,16
	>60 tuổi*	-	-	-

Ghi chú: *: nhóm so sánh

Bảng 3.14 cho thấy áp dụng QTCM ảnh hưởng có ý nghĩa thống kê ($p<0,001$) đến số loại xét nghiệm trong đợt điều trị của cả 6 bệnh theo hướng nhóm so sánh có khả năng sử dụng nhiều loại xét nghiệm cao hơn nhóm áp dụng QTCM từ 1,2 lần (với bệnh sỏi túi mật, u xơ TTL và 03 bệnh mạn tính) đến 1,3 lần (với bệnh TCCTE). Giới tính và tuổi không ảnh hưởng đến số loại xét nghiệm ($p>0,05$).

Bảng 3.15: Mô hình hồi quy Poisson đa biến về một số yếu tố liên quan đến số loại thuốc

Yếu tố		p	OR	95% CI
Bệnh TCCTE - Số loại thuốc (n=212; $\alpha=1,38$; z= 14,7; p<0,001)				
Áp dụng QTCM	Không áp dụng	<0,001	1,28	1,12 - 1,46
	Có áp dụng*	-	-	-
Giới tính	Nam	0,438	1,05	0,93 - 1,19
	Nữ*	-	-	-
Tuổi	≤18 tháng tuổi	0,839	0,97	0,69 - 1,35
	18-36 tháng tuổi	0,851	0,97	0,70 - 1,35
	>36 tháng tuổi*	-	-	-
Bệnh sỏi túi mật - Số loại thuốc (n=175; $\alpha=2,31$; z= 18,14; p = 0,001)				
Áp dụng QTCM	Không áp dụng	<0,001	1,20	1,09 - 1,31
	Có áp dụng*	-	-	-
Giới tính	Nam	0,635	0,98	0,89 - 1,07
	Nữ*	-	-	-
Tuổi	≤35 tuổi	0,188	0,89	0,74 - 1,06
	35-55 tuổi	0,299	0,95	0,86 - 1,05
	>55 tuổi*	-	-	-
Bệnh u xơ TTL - Số loại thuốc (n=158; $\alpha=2,26$; z= 13,36; p=0,001)				
Áp dụng QTCM	Không áp dụng	<0,001	1,20	1,09 - 1,32
	Có áp dụng*	-	-	-
Tuổi	≤60 tuổi	0,820	0,98	0,80 - 1,19
	>60 tuổi*	-	-	-
03 bệnh mạn tính (COPD; ĐTD tuýp II và THA độ II, III) - Số loại thuốc (n=265; $\alpha=2,46$; z= 61,73; p<0,001)				
Áp dụng QTCM	Không áp dụng	<0,001	1,29	1,21 - 1,37
	Có áp dụng*	-	-	-
Giới tính	Nam	0,031	1,08	1,01 - 1,15
	Nữ*	-	-	-
Tuổi	≤60 tuổi	0,138	1,06	0,98 - 1,14
	>60 tuổi*	-	-	-

Ghi chú: *: nhóm so sánh

Kết quả bảng 3.15 cho thấy trong 03 yếu tố được xem xét, việc áp dụng QTCM là yếu tố duy nhất có ảnh hưởng có ý nghĩa thống kê với số loại thuốc ($p<0,001$). Khả năng sử dụng nhiều loại thuốc của nhóm so sánh bằng khoảng 1,2 lần nhóm áp dụng QTCM với cả 6 bệnh. Yếu tố tuổi và giới không có ảnh hưởng có ý nghĩa thống kê đến nguy cơ sử dụng nhiều loại thuốc giữa các nhóm.

Bảng 3.16: Mô hình hồi quy Poisson đa biến về một số yếu tố liên quan đến số loại vật tư tiêu hao

Yếu tố		p	OR	95% CI
Bệnh TCCTE - Số loại vật tư tiêu hao (n=212; $\alpha=2,1$; z= 18,12; p =0,001)				
Áp dụng QTCM	Không áp dụng	<0,001	1,21	1,11 – 1,33
	Có áp dụng*	-	-	-
Giới tính	Nam	0,819	0,99	0,91 – 1,08
	Nữ*	-	-	-
Tuổi	≤18 tháng tuổi	0,586	1,07	0,84 - 1,35
	18-36 tháng tuổi	0,837	1,03	0,81 - 1,29
	>36 tháng tuổi*	-	-	-
Bệnh sỏi túi mật - Số loại vật tư tiêu hao (n=175; $\alpha=139,1$; z= 2,15; p<0,001)				
Áp dụng QTCM	Không áp dụng	<0,001	1,67	1,55 - 1,86
	Có áp dụng*	-	-	-
Giới tính	Nam	0,402	1,04	0,95 - 1,14
	Nữ*	-	-	-
Tuổi	≤35 tuổi	0,996	1,00	0,85 - 1,18
	35-55 tuổi	0,552	0,97	0,89 - 1,07
	>55 tuổi*	-	-	-
Bệnh U xơ TTL Số loại vật tư tiêu hao (n=158; $\alpha=2,24$; z= 97,68; p<0,001)				
Áp dụng QTCM	Không áp dụng	<0,001	1,58	1,44 - 1,73
	Có áp dụng*	-	-	-
Tuổi	≤60 tuổi	0,480	1,07	0,89 - 1,27
	>60 tuổi*	-	-	-
03 bệnh mạn tính - Số loại vật tư tiêu hao (n=265; $\alpha=2,44$; z= 104,7; p<0,001)				
Áp dụng QTCM	Không áp dụng	<0,001	1,41	1,31 - 1,51
	Có áp dụng*	-	-	-
Giới tính	Nam	0,048	0,94	0,87 - 1,00
	Nữ*	-	-	-
Tuổi	≤60 tuổi	0,947	1,00	0,92 - 1,08
	>60 tuổi*	-	-	-

Ghi chú: *: nhóm so sánh

Bảng 3.16 cho thấy với tất cả 06 bệnh được chọn thì nguy cơ phải sử dụng nhiều loại vật tư tiêu hao hơn của nhóm so sánh cao hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm áp dụng QTCM, cụ thể, cao hơn 1,2 lần ở bệnh TCCTE; khoảng 1,6 lần với 02 bệnh ngoại khoa (sỏi túi mật và u xơ TTL) và 1,4 lần với 03 bệnh mạn tính. Yếu tố tuổi không ảnh hưởng đến số loại vật tư tiêu hao sử dụng trong đợt điều trị của cả 6 bệnh

được chọn. Đối với 03 bệnh mạn tính, khả năng sử dụng nhiều loại vật tư tiêu hao của nhóm nam giới thấp hơn có ý nghĩa thống kê 0,94 lần (95% CI: 0,87 - 1) so với nhóm nữ. Đối với các bệnh còn lại không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về nguy cơ sử dụng nhiều loại vật tư tiêu hao hơn giữa các nhóm người bệnh có độ tuổi khác nhau.

3.2.3. Hiệu quả trong hạn chế gia tăng chi phí DVYT

Chi phí giường bệnh:

Bảng 3.17: Chi phí giường bệnh thực chi cho một đợt điều trị theo bệnh

Đơn vị tính: Nghìn đồng (điều chỉnh lạm phát về giá trị năm 2014)

Bệnh	Nhóm áp dụng QTCM (n1=405)				Nhóm so sánh (n2=405)				p (Mann-Whitney test)
	n	TB	TV	ĐLC	n	TB	TV	ĐLC	
TCCTE	105	212,7	216,0	80,0	107	330,2	335,0	103,0	<0,001
Bệnh viện A	34	288,5	295,4	131,5	34	209,8	216,0	80,2	0,002
Bệnh viện B	34	227,7	216,0	86,1	34	364,8	354,5	83,8	<0,001
Bệnh viện C	37	201,4	216,0	73,8	39	336,5	335,0	76,1	<0,001
Sởi túi mật	89	554,4	516,6	200,7	86	613,1	590,9	173,2	0,002
Bệnh viện A	41	563,3	492,0	241,1	42	626,1	590,9	183,9	0,042
Bệnh viện C	48	546,8	516,6	160,7	44	600,7	602,7	163,6	0,031
U xơ TTL	77	827,2	820,0	294,2	81	948,8	945,4	122,0	0,003
Bệnh viện A	33	762,3	820,0	328,1	43	933,8	897,2	126,9	0,027
Bệnh viện C	44	875,9	820,0	259,2	38	965,8	945,4	115,4	0,036
COPD	47	464,6	486,0	146,2	45	573,1	585,0	178,1	0,001
ĐTD tuýp II	42	442,7	410,4	140,5	44	589,1	561,3	190,3	0,002
THA độ II, III	45	383,4	388,8	144,4	42	525,5	531,8	193,1	0,001

Ghi chú: TB: Trung bình; TV: Trung vị; ĐLC: Độ lệch chuẩn.

Bảng 3.17 cho thấy chi phí giường bệnh thực chi cho một đợt điều trị của người bệnh ở nhóm áp dụng QTCM thấp hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm so sánh ở tất cả các bệnh được chọn nghiên cứu ($p < 0,05$). Cụ thể so với nhóm so sánh, nhóm áp dụng QTCM có chi phí giường bệnh thấp hơn 119 nghìn đồng với bệnh TCCTE (khoảng cách này tại bệnh viện B nhiều nhất: 138,5 nghìn đồng; tại bệnh viện A thấp nhất: 79,4 nghìn đồng); 74,3 nghìn đồng với bệnh sỏi túi mật (tại bệnh viện A: 98,9 nghìn đồng, tại bệnh viện C: 86,1 nghìn đồng); 125 nghìn đồng với bệnh u xơ

TTL (tại bệnh viện A: 77,2 nghìn đồng; tại bệnh viện C: 125,4 nghìn đồng); 99 nghìn đồng với bệnh COPD; 150,9 nghìn đồng với bệnh ĐTD tuýp II và 143 nghìn đồng với bệnh THA độ II, III.

Bảng 3.18: Chi phí giường bệnh khi áp dụng giá ngày/giường giả định cho một đợt điều trị theo bệnh

Đơn vị tính: Nghìn đồng (điều chỉnh lạm phát về giá trị năm 2014)

Bệnh	Nhóm áp dụng QTCM (n1=405)				Nhóm so sánh (n2=405)				p (Mann-Whitney test)
	n	TB	TV	ĐLC	n	TB	TV	ĐLC	
TCCTE	105	399,8	396,0	145,9	107	601,4	594,0	193,6	<0,001
Bệnh viện A	34	387,3	396,0	149,0	34	483,4	495,0	220,4	0,047
Bệnh viện B	34	416,4	396,0	157,5	34	608,6	594,0	136,0	<0,001
Bệnh viện C	37	396,0	396,0	134,0	39	698,1	693,0	155,6	<0,001
Sỏi túi mật	89	765,3	693,0	261,0	86	1.010,7	990,0	403,8	<0,001
Bệnh viện A	41	765,4	693,0	271,1	42	978,2	990,0	378,8	<0,010
Bệnh viện C	48	765,2	693,0	254,9	44	1.041,8	990,0	428,3	0,001
U xơ TTL	77	1.046,6	990,0	309,5	81	1.291,9	1.287,0	265,6	<0,001
Bệnh viện A	33	1.032,0	990,0	309,2	43	1.268,6	1.287,0	260,4	0,001
Bệnh viện C	44	1.057,5	990,0	312,9	38	1.318,3	1.287,0	272,4	<0,001
COPD	47	933,1	990,0	291,7	45	1.064,8	1.089,0	337,8	0,027
ĐTD tuýp II	42	822,6	792,0	244,9	44	1.037,3	990,0	337,2	0,008
THA độ II, III	45	781,0	792,0	294,2	42	978,2	990,0	359,4	0,007

Ghi chú: TB: Trung bình; TV: Trung vị; ĐLC: Độ lệch chuẩn.

Với giá ngày/ giường giả định là 99 nghìn đồng/ ngày/ giường, bảng 3.18 cho thấy nhóm áp dụng QTCM có chi phí cho giường bệnh giả định thấp hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm so sánh ở tất cả 6 bệnh được chọn ($p < 0,05$). Trong đó, với bệnh TCCTE, ĐTD tuýp II và THA nguyên phát độ II, III, chi phí giường bệnh của nhóm áp dụng QTCM thấp hơn 198 nghìn đồng (khoảng 2 ngày điều trị); với 2 bệnh ngoại khoa là 297 nghìn đồng (khoảng 3 ngày điều trị) và với bệnh COPD là 99 nghìn đồng (khoảng 1 ngày điều trị). Với 02 bệnh ngoại khoa được chọn, tại 2 bệnh viện A và C

đều không có sự khác nhau về khoảng cách chi phí giường bệnh giả định giữa nhóm áp dụng QTCM và nhóm so sánh. Riêng với bệnh TCCTE, tại 3 bệnh viện áp dụng, khoảng cách này lớn nhất ở bệnh viện C (297 nghìn đồng) và thấp nhất tại bệnh viện A (99 nghìn đồng).

Chi phí thuốc:

Bảng 3.19: Chi phí thuốc cho một đợt điều trị theo bệnh

Đơn vị tính: Nghìn đồng (điều chỉnh lạm phát về giá trị năm 2014)

Bệnh	Nhóm áp dụng QTCM (n1=405)				Nhóm so sánh (n2=405)				p (Mann-Whitney test)
	n	TB	TV	ĐLC	n	TB	TV	ĐLC	
TCCTE	105	399,8	396,0	145,9	107	601,4	594,0	193,6	<0,001
Bệnh viện A	34	316,9	300,0	164,0	34	580,9	500,0	389,7	0,002
Bệnh viện B	34	410,7	368,1	202,6	34	578,2	546,6	206,0	0,001
Bệnh viện C	37	415,9	405,0	245,6	39	646,9	607,5	233,8	<0,001
Sỏi túi mật	89	1.748,0	1.492,3	913,1	86	2.235,1	1.890,5	1.069,6	<0,001
Bệnh viện A	41	1.680,9	1.466,7	867,7	42	2.137,4	1.957,2	884,7	0,015
Bệnh viện C	48	1.805,3	1.494,8	955,6	44	2.328,4	1.876,0	1.223,4	0,028
U xơ TTL	77	1.795,3	1.853,3	759,9	81	2.338,3	2.246,6	985,6	<0,001
Bệnh viện A	33	1.857,8	1.927,1	743,4	43	2.315,0	2.168,4	995,2	0,028
Bệnh viện C	44	1.748,5	1.781,3	777,3	38	2.364,7	2.462,5	987,3	0,004
COPD	47	1.205,1	1.039,6	496,6	45	1.455,9	1.258,0	592,8	0,003
ĐTĐ tuýp II	42	579,5	503,6	345,9	44	741,8	671,6	386,9	0,016
THA độ II, III	45	1.024,5	1.003,4	541,5	42	1.275,0	1.453,2	587,9	0,034

Ghi chú: TB: Trung bình; TV: Trung vị; ĐLC: Độ lệch chuẩn.

Bảng 3.19 cho thấy nhóm áp dụng QTCM ở cả 6 bệnh được chọn đều có chi phí thuốc cho một đợt điều trị thấp hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm so sánh ($p < 0,05$). Khoảng chênh lệch chi phí thuốc cụ thể với bệnh TCCTE là 198 nghìn đồng (tại bệnh viện A và C là khoảng 200 nghìn đồng; tại bệnh viện B là 178,5 nghìn đồng); với 02 bệnh ngoại khoa là khoảng gần 400 nghìn đồng (khoảng cách thấp nhất tại bệnh viện A với bệnh u xơ TTL: 241,3 nghìn đồng; khoảng cách lớn nhất là 681,2 nghìn đồng với bệnh u xơ TTL tại bệnh viện C); với bệnh COPD là 218,4 nghìn

đồng; ĐTD tuýp II là 168 nghìn đồng và với bệnh THA nguyên phát độ II, III là gần 450 nghìn đồng.

Chi phí xét nghiệm:

Bảng 3.20: Chi phí xét nghiệm cho một đợt điều trị theo bệnh

Đơn vị tính: Nghìn đồng (điều chỉnh lạm phát về giá trị năm 2014)

Bệnh	Nhóm áp dụng QTCM (n1=405)				Nhóm so sánh (n2=405)				p (Mann-Whitney test)
	n	TB	TV	ĐLC	n	TB	TV	ĐLC	
TCCTE	105	173,0	171,0	53,8	104	227,0	220,0	80,4	<0,001
Bệnh viện A	34	180,0	186,0	44,7	32	222,0	221,0	67,7	0,006
Bệnh viện B	34	172,0	168,0	57,0	34	228,0	224,0	97,5	0,023
Bệnh viện C	37	167,0	164,0	58,8	38	231,0	212,0	75,1	<0,001
Sỏi túi mật	89	433,4	426,3	92,3	85	585,1	546,5	192,9	<0,001
Bệnh viện A	41	443,8	452,1	80,6	42	587,9	539,0	156,5	<0,001
Bệnh viện C	48	424,6	404,1	101,3	43	582,4	590,4	224,7	<0,001
U xơ TTL	77	627,0	573,3	216,8	79	766,8	718,9	225,5	<0,001
Bệnh viện A	33	561,7	478,9	210,4	41	717,6	721,2	207,6	0,002
Bệnh viện C	44	676,0	603,7	210,7	38	819,8	714,3	234,6	0,002
COPD	47	407,3	415,6	137,1	45	548,6	464,7	221,3	0,006
ĐTD tuýp II	42	578,2	563,8	159,4	44	659,7	673,0	156,8	0,018
THA độ II, III	45	467,9	420,6	150,3	42	569,0	534,3	152,1	0,001

Ghi chú: TB: Trung bình; TV: Trung vị; ĐLC: Độ lệch chuẩn.

Kết quả cho thấy với cả 6 bệnh, chi phí xét nghiệm của nhóm áp dụng QTCM thấp hơn có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$) so với nhóm so sánh. Theo đó, khi áp dụng QTCM, chi phí xét nghiệm cho một đợt điều trị giảm khoảng 49 nghìn đồng với bệnh TCCTE và bệnh COPD; giảm 120,2 nghìn đồng với bệnh sỏi túi mật; giảm 145,6 nghìn đồng với bệnh u xơ TTL; giảm khoảng 110 nghìn đồng với bệnh ĐTD tuýp 2 và THA độ II, III (Bảng 3.20). So sánh sự giảm chi phí xét nghiệm giữa các bệnh viện khác nhau cùng áp dụng một QTCM cho thấy: ở bệnh TCCTE, bệnh viện B giảm nhiều nhất với 56 nghìn đồng, tiếp đến là bệnh viện C với 48 nghìn đồng, thấp nhất là bệnh viện A với 35 nghìn đồng); ở bệnh sỏi túi mật, bệnh viện C giảm nhiều hơn

bệnh viện A (186,3 nghìn đồng và 86,9 nghìn đồng); với bệnh u xơ TTL, bệnh viện A giảm nhiều hơn bệnh viện C (242,3 nghìn đồng và 110,6 nghìn đồng).

Chi phí chẩn đoán hình ảnh:

Bảng 3.21: Chi phí chẩn đoán hình ảnh cho một đợt điều trị theo bệnh

Đơn vị tính: Nghìn đồng (điều chỉnh lạm phát về giá trị năm 2014)

Bệnh	Nhóm áp dụng QTCM (n1=405)				Nhóm so sánh (n2=405)				p (Mann-Whitney test)
	n	TB	TV	ĐLC	n	TB	TV	ĐLC	
TCCTE	105	55,3	55,8	16,1	107	72,6	72,2	21,5	<0,001
Bệnh viện A	34	49,3	44,2	15,5	34	66,0	60,2	23,2	<0,001
Bệnh viện B	34	56,6	56,5	16,9	34	74,2	72,2	17,4	<0,001
Bệnh viện C	37	59,7	65,9	14,5	39	77,2	74,2	22,2	<0,001
Sỏi túi mật	89	196,6	176,4	67,8	86	266,3	275,7	89,8	<0,001
Bệnh viện A	41	194,8	176,4	69,0	42	272,4	275,7	105,5	0,001
Bệnh viện C	48	198,1	177,6	67,5	44	260,5	275,7	72,6	<0,001
U xơ TTL	77	153,8	132,0	68,1	81	199,8	170,7	93,9	<0,001
Bệnh viện A	33	154,6	132,0	62,8	43	197,0	177,2	85,2	0,019
Bệnh viện C	44	153,1	130,0	72,6	38	202,9	167,2	104,0	0,004
COPD	47	199,6	210,0	58,1	45	249,4	252,7	72,6	0,001
ĐTĐ tuýp II	42	191,3	179,3	50,5	42	244,8	240,1	73,9	0,007
THA độ II, III	45	235,8	248,3	79,1	42	295,0	298,6	108,4	0,012

Ghi chú: TB: Trung bình; TV: Trung vị; ĐLC: Độ lệch chuẩn.

Bảng 3.21 cho thấy chi phí chẩn đoán hình ảnh của nhóm áp dụng QTCM thấp hơn có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$) so với nhóm so sánh. Cụ thể thấp hơn 16,4 nghìn đồng với bệnh TCCTE; 99,3 nghìn đồng với bệnh sỏi túi mật; 38,7 nghìn đồng với bệnh u xơ TTL; 42,7 nghìn đồng với bệnh COPD; 60,8 nghìn đồng với bệnh ĐTĐ tuýp II và 50,3 nghìn đồng với bệnh THA nguyên phát độ II, III. Hiệu quả giảm chi phí chẩn đoán hình ảnh cho một đợt điều trị khi áp dụng QTCM khác nhau giữa các bệnh viện. Cùng áp dụng QTCM bệnh TCCTE, bệnh viện A có chi phí chẩn đoán hình ảnh của nhóm áp dụng QTCM giảm 16 nghìn đồng so với nhóm so sánh, chỉ số này tại bệnh viện B là 15,7 nghìn đồng và tại bệnh viện C là thấp nhất với 8,3 nghìn đồng. Với bệnh sỏi túi mật, khoảng cách chi phí chẩn đoán hình ảnh giữa nhóm áp dụng QTCM và nhóm so sánh ở cả bệnh viện A và bệnh viện C đều khoảng 99 nghìn

đồng. Với bệnh u xơ TTL, bệnh viện A có hiệu chi phí chẩn đoán hình ảnh giữa nhóm áp dụng QTCM và nhóm so sánh là 45,2 nghìn đồng, cao hơn tại bệnh viện C (37,2 nghìn đồng).

Chi phí phẫu thuật, thủ thuật:

Bảng 3.22: Chi phí phẫu thuật, thủ thuật cho một đợt điều trị theo bệnh

Đơn vị tính: Nghìn đồng (điều chỉnh lạm phát về giá trị năm 2014)

Bệnh	Nhóm áp dụng QTCM (n1=405)				Nhóm so sánh (n2=405)				p (Mann-Whitney test)
	n	TB	TV	ĐLC	n	TB	TV	ĐLC	
TCCTE	0	-	-	-	0	-	-	-	-
Sỏi túi mật	89	1.422,2	1.543,1	247,6	86	1.621,1	1.620,7	212,8	<0,001
Bệnh viện A	41	1.402,1	1.316,3	323,4	42	1.607,5	1.638,8	274,7	0,009
Bệnh viện C	48	1.439,4	1.547,7	158,5	44	1.634,0	1.615,0	131,2	<0,001
U xơ TTL	77	1.343,8	1.274,5	208,5	81	1.464,5	1.513,0	210,6	<0,001
Bệnh viện A	33	1.324,0	1.260,0	233,3	43	1.458,9	1.458,2	256,0	0,023
Bệnh viện C	44	1.358,6	1.299,8	189,3	38	1.470,7	1.513,0	146,2	<0,001
COPD	47	158,9	137,0	62,3	45	207,5	190,4	68,4	<0,001
ĐTĐ tuýp II	42	113,2	104,0	23,9	44	129,6	120,0	20,3	<0,001
THA độ II, III	45	111,6	100,8	36,7	42	153,7	161,1	47,7	<0,001

Ghi chú: TB: Trung bình; TV: Trung vị; ĐLC: Độ lệch chuẩn; (-): Không áp dụng

Bảng 3.22 cho thấy trong số 212 trường hợp TCCTE tham gia nghiên cứu, không có trường hợp nào phải sử dụng thủ thuật/ phẫu thuật; với 5 bệnh còn lại 100% các trường hợp phải sử dụng thủ thuật hoặc phẫu thuật. Chi phí phẫu thuật/ thủ thuật của nhóm áp dụng QTCM thấp hơn có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$) so với nhóm so sánh của cả 5 bệnh. Cụ thể thấp hơn 77,6 nghìn đồng với bệnh sỏi túi mật (322,5 nghìn đồng/ 01 trường hợp tại bệnh viện A; 67,3 nghìn đồng/ 01 trường hợp tại bệnh viện C); giảm 238,5 nghìn đồng với bệnh u xơ TTL (tại bệnh viện A là 198,2 nghìn đồng; tại bệnh viện C là 213,3 nghìn đồng); 53,4 nghìn đồng với bệnh COPD; 16 nghìn đồng với bệnh ĐTĐ tuýp II và 60,3 nghìn đồng với bệnh THA nguyên phát độ II, III.

Chi phí vật tư tiêu hao và khác:**Bảng 3.23: Chi phí vật tư tiêu hao và khác cho một đợt điều trị theo bệnh***Đơn vị tính: Nghìn đồng (điều chỉnh lạm phát về giá trị năm 2014)*

Bệnh	Nhóm áp dụng QTCM (n1=405)				Nhóm so sánh (n2=405)				p (Mann-Whitney test)
	n	TB	TV	ĐLC	n	TB	TV	ĐLC	
TCCTE	105	304,0	282,9	91,2	107	367,2	382,6	99,2	<0,001
Bệnh viện A	34	302,5	281,2	107,3	34	375,7	415,1	110,0	0,009
Bệnh viện B	34	302,6	284,6	73,9	34	362,2	387,4	97,5	0,010
Bệnh viện C	37	306,6	284,9	92,0	39	364,0	330,6	92,7	0,009
Sỏi túi mật	89	650,6	642,9	196,1	86	780,7	755,3	237,1	<0,001
Bệnh viện A	41	658,8	626,6	209,7	42	775,2	733,8	258,0	0,040
Bệnh viện C	48	643,5	659,5	185,7	44	785,9	777,2	218,2	0,002
U xơ TTL	77	684,2	648,6	205,5	81	805,4	742,7	211,5	0,002
Bệnh viện A	33	671,1	648,6	204,7	43	779,4	718,9	208,5	0,039
Bệnh viện C	44	694,0	640,2	207,9	38	834,9	783,1	213,8	0,007
COPD	47	306,5	304,1	123,1	45	364,2	351,8	131,7	0,040
ĐTĐ tuýp II	42	234,9	233,9	68,9	44	327,2	338,7	80,7	<0,001
THA độ II, III	45	291,5	279,6	96,1	42	382,4	348,4	117,1	<0,001

Ghi chú: TB: Trung bình; TV: Trung vị; ĐLC: Độ lệch chuẩn.

Bảng 3.23 cho thấy nhóm áp dụng QTCM của cả 6 bệnh được chọn đều có chi phí vật tư tiêu hao và khác thấp hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm so sánh ($p < 0,05$). Khoảng cách chi phí này khác nhau giữa các bệnh được chọn và khác nhau giữa các bệnh viện. Với bệnh TCCTE, chi phí vật tư tiêu hao và chi khác của nhóm áp dụng QTCM thấp hơn nhóm so sánh khoảng 99,8 nghìn đồng (giảm nhiều nhất tại bệnh viện A: 133,9 nghìn đồng; thấp nhất là bệnh viện C: 45,7 nghìn đồng). Với bệnh sỏi túi mật, khoảng cách chi phí này là 112,3 nghìn đồng (ở cả 2 bệnh viện đều giảm khoảng 110/01 trường hợp bệnh). Với bệnh u xơ TTL, nhóm áp dụng QTCM có chi phí vật tư tiêu hao và khác là 648,6 nghìn đồng, thấp hơn 94,1 nghìn đồng/01 trường hợp ở nhóm so sánh (khoảng cách này tại bệnh viện A là 70,3 nghìn đồng và tại bệnh viện C là 142,9 nghìn đồng). Trong 3 bệnh mạn tính được chọn nghiên cứu, ĐTĐ tuýp II là bệnh có chi phí vật tư tiêu hao và khác ở nhóm áp dụng QTCM giảm nhiều

nhất so với nhóm so sánh với 104,8 nghìn đồng/ 01 trường hợp; chỉ số này là 47,6 nghìn đồng/01 trường hợp COPD (thấp nhất) và 68,8 nghìn đồng/ 01 trường hợp THA độ II, III.

Tổng chi phí cho cả đợt điều trị:

Bảng 3.24: Tổng chi phí cho một đợt điều trị theo bệnh

Đơn vị tính: Nghìn đồng (điều chỉnh lạm phát về giá trị năm 2014)

Bệnh	Nhóm áp dụng QTCM (n1=405)				Nhóm so sánh (n2=405)				p (Mann-Whitney test)
	n	TB	TV	ĐLC	n	TB	TV	ĐLC	
TCCTE	105	1.126,8	1.076,5	361,3	107	1.594,7	1.562,4	453,4	<0,001
Bệnh viện A	34	1.058,5	1.051,2	326,5	34	1.519,6	1.486,5	609,4	0,001
Bệnh viện B	34	1.169,4	1.078,5	344,7	34	1.607,2	1.581,1	344,2	<0,001
Bệnh viện C	37	1.150,4	1.134,6	404,7	39	1.649,2	1.601,5	373,8	<0,001
Sỏi túi mật	89	5.005,2	4.714,8	1.238,0	86	6.094,6	5.795,9	1.558,9	<0,001
Bệnh viện A	41	4.943,7	4.564,5	1.286,0	42	6.006,6	5.850,6	1.416,6	<0,001
Bệnh viện C	48	5.057,7	4.804,0	1.206,7	44	6.178,7	5.720,4	1.695,7	0,001
U xơ TTL	77	5.431,3	5.411,6	1.260,8	81	6.504,6	6.441,5	1.241,4	<0,001
Bệnh viện A	33	5.331,6	5.441,8	1.179,9	43	6.368,4	6.291,3	1.343,7	0,001
Bệnh viện C	44	5.506,1	5.261,9	1.326,8	38	6.658,9	6.822,9	1.112,0	<0,001
COPD	47	2.742,1	2.733,4	687,9	45	3.398,7	3.288,0	840,3	<0,001
ĐTĐ tuýp II	42	2.149,3	2.002,9	547,6	44	2.692,2	2.747,5	665,5	<0,001
THA độ II, III	45	2.514,8	2.490,4	704,8	42	3.200,6	3.177,9	904,2	<0,001

Ghi chú: TB: Trung bình; TV: Trung vị; ĐLC: Độ lệch chuẩn.

Bảng 3.24 cho thấy tổng chi phí cho một đợt điều trị của 6 bệnh được chọn đều thấp hơn có ý nghĩa thống kê ($p < 0,001$) khi áp dụng QTCM. Tổng chi phí điều trị TCCTE ở nhóm áp dụng QTCM là 1.076.500 đồng thấp hơn 486.000 đồng so với nhóm so sánh. Khoảng cách này ở bệnh viện A và bệnh viện C là tương đương nhau (khoảng 450 nghìn đồng), ở bệnh viện B là 502 nghìn đồng. Tổng chi phí điều trị cho 01 trường hợp sỏi túi mật ở nhóm áp dụng QTCM là 4.714.800 đồng, thấp hơn 1.081.100 đồng/ 01 trường hợp so với nhóm so sánh. Khoảng cách này ở bệnh viện A là 1.286.000 đồng, cao hơn bệnh viện C (916.400 đồng). Tổng chi phí điều trị cho một đợt điều trị u xơ TTL của nhóm áp dụng QTCM là 5.411.600 nghìn đồng, thấp hơn 1.029.900 đồng so với nhóm so sánh. Với 3 bệnh mạn tính, tổng chi phí điều trị

bệnh COPD là 2.733.400 đồng ở nhóm áp dụng QTCM, thấp hơn 554.600 đồng so với nhóm so sánh. Với bệnh ĐTD tuýp II, tổng chi phí cho đợt điều trị của nhóm áp dụng QTCM là 2.002.900 đồng, thấp hơn 744.700 đồng so với nhóm so sánh. Khoảng cách này giữa 2 nhóm (áp dụng QTCM và nhóm so sánh) với bệnh THA nguyên phát độ II, III là 687.500 đồng ($p < 0,001$).

Tổng chi phí do BHYT chi trả và người bệnh đồng chi trả cho cả đợt điều trị:

Bảng 3.25: Tổng chi phí do BHYT chi trả cho một đợt điều trị theo bệnh

Đơn vị tính: Nghìn đồng (điều chỉnh lạm phát về giá trị năm 2014)

Bệnh	Nhóm áp dụng QTCM (n1=405)				Nhóm so sánh (n2=405)				p (Mann-Whitney test)
	n	TB	TV	ĐLC	n	TB	TV	ĐLC	
TCCTE	105	1.109,0	1.054,1	359,6	107	1.565,3	1.531,1	450,8	<0,001
Bệnh viện A	34	1.040,5	1.030,7	325,3	34	1.492,1	1.458,7	608,1	0,001
Bệnh viện B	34	1.151,6	1.062,2	343,4	34	1.577,0	1.546,8	339,4	<0,001
Bệnh viện C	37	1.132,8	1.111,1	402,2	39	1.619,1	1.586,0	371,1	<0,001
Sỏi túi mật	89	4.787,9	4.631,5	1.392,5	86	5.811,8	5.695,7	1.816,6	<0,001
Bệnh viện A	41	4.741,4	4.217,4	1.413,5	42	5.634,9	5.760,0	1.791,9	0,024
Bệnh viện C	48	4.827,7	4.751,3	1.388,0	44	5.980,7	5.625,0	1.844,4	0,001
U xơ TTL	77	5.177,5	5.181,8	1.443,3	81	6.043,3	6.270,7	1.650,1	0,001
Bệnh viện A	33	5.006,3	5.335,3	1.452,0	43	5.710,8	6.084,8	1.865,4	0,083
Bệnh viện C	44	5.305,9	5.140,2	1.439,9	38	6.419,6	6.639,2	1.289,7	<0,001
COPD	47	2.602,0	2.641,1	758,9	45	3.145,7	3.103,3	1.027,9	0,008
ĐTD tuýp II	42	2.016,9	1.927,1	595,9	44	2.483,7	2.655,3	798,8	0,004
THA độ II, III	45	2.369,8	2.293,8	751,3	42	2.938,3	3.096,8	1.073,9	0,013

Ghi chú: TB: Trung bình; TV: Trung vị; ĐLC: Độ lệch chuẩn.

Bảng 3.25 cho thấy tổng chi phí do BHYT chi trả cho một đợt điều trị của cả 6 bệnh được chọn nghiên cứu đều thấp hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm so sánh ($p < 0,001$). Khoảng cách này nhiều nhất ở 2 bệnh ngoại khoa (với bệnh sỏi túi mật là 1.064.200 đồng; với bệnh u xơ TTL là 1.088.900 đồng); tiếp theo là với bệnh THA nguyên phát độ II, III là 802,9 nghìn đồng; bệnh ĐTD tuýp II là 728,2 nghìn đồng; và cuối cùng là bệnh TCCTE (477 nghìn đồng). Khoảng chênh lệch về chi phí do BHYT chi trả cho đợt điều trị của nhóm áp dụng QTCM so với nhóm so sánh tương đối bằng

nhau giữa 3 bệnh viện cùng áp dụng QTCM bệnh TCCTE (từ 428 nghìn đồng đến 475 nghìn đồng). Với bệnh sỏi túi mật, bệnh viện A có sự chênh lệch lớn hơn bệnh viện B về khoảng cách chi phí do BHYT chi trả cho trường hợp bệnh giữa 2 nhóm. Ngược lại với bệnh u xơ TTL, bệnh viện B có khoảng cách chi phí do BHYT chi trả giữa 2 nhóm lớn hơn bệnh viện A, và tại bệnh viện A khoảng cách chi phí giữa 2 nhóm không có ý nghĩa thống kê ($p=0,083$).

Bảng 3.26: Tổng chi phí do người bệnh đồng chi trả cho một đợt điều trị

Đơn vị tính: Nghìn đồng (điều chỉnh lạm phát về giá trị năm 2014)

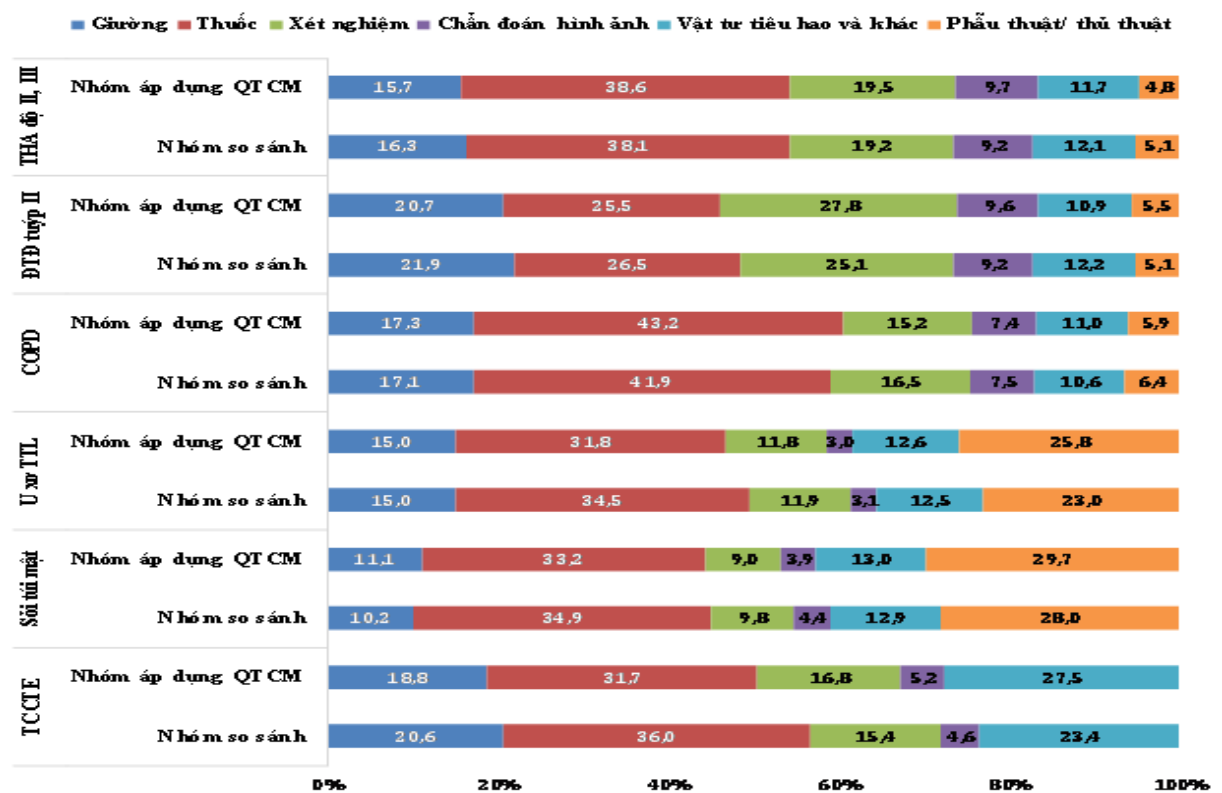
Bệnh	Nhóm áp dụng QTCM (n1=405)				Nhóm so sánh (n2=405)				p (Mann-Whitney test)
	n	TB	TV	ĐLC	n	TB	TV	ĐLC	
TCCTE	105	17,8	27,4	5,5	107	29,3	29,3	8,9	<0,001
Bệnh viện A	34	17,9	18,0	4,8	34	27,4	28,2	8,1	<0,001
Bệnh viện B	34	17,8	16,5	5,5	34	30,2	27,9	10,2	<0,001
Bệnh viện C	37	17,6	17,5	6,1	39	30,2	29,8	8,3	<0,001
Sỏi túi mật	89	217,2	68,2	316,7	86	282,8	93,3	470,0	<0,001
Bệnh viện A	41	202,3	68,4	307,6	42	371,7	92,2	548,7	0,024
Bệnh viện C	48	230,0	68,0	327,1	44	197,9	93,3	366,8	0,001
U xơ TTL	77	253,8	86,1	347,2	81	461,3	104,7	693,8	0,001
Bệnh viện A	33	325,2	79,9	395,4	43	657,6	107,0	792,4	0,011
Bệnh viện C	44	200,2	87,3	299,8	38	239,2	96,6	482,0	0,044
COPD	47	140,1	65,5	154,6	45	253,0	90,4	307,5	0,001
ĐTĐ tuýp II	42	132,5	82,6	107,8	44	208,5	101,1	212,8	0,001
THA độ II, III	45	145,0	72,6	145,1	42	262,2	102,8	288,3	<0,001

Ghi chú: TB: Trung bình; TV: Trung vị; ĐLC: Độ lệch chuẩn.

Bảng 3.26 cho thấy chi phí do người bệnh đồng chi trả ở nhóm áp dụng QTCM giảm có ý nghĩa thống kê so với nhóm so sánh ($p<0,05$). Với bệnh TCCTE, khi áp dụng QTCM, chi phí người bệnh đồng chi trả ít hơn khoảng 12 nghìn đồng so với nhóm không áp dụng QTCM. Con số này khoảng 25 nghìn đồng đối với bệnh sỏi túi mật và COPD; khoảng 19 nghìn đồng đối với trường hợp u xơ TTL và ĐTĐ tuýp II; và khoảng 30 nghìn đồng đối với mỗi trường hợp THA độ II, III.

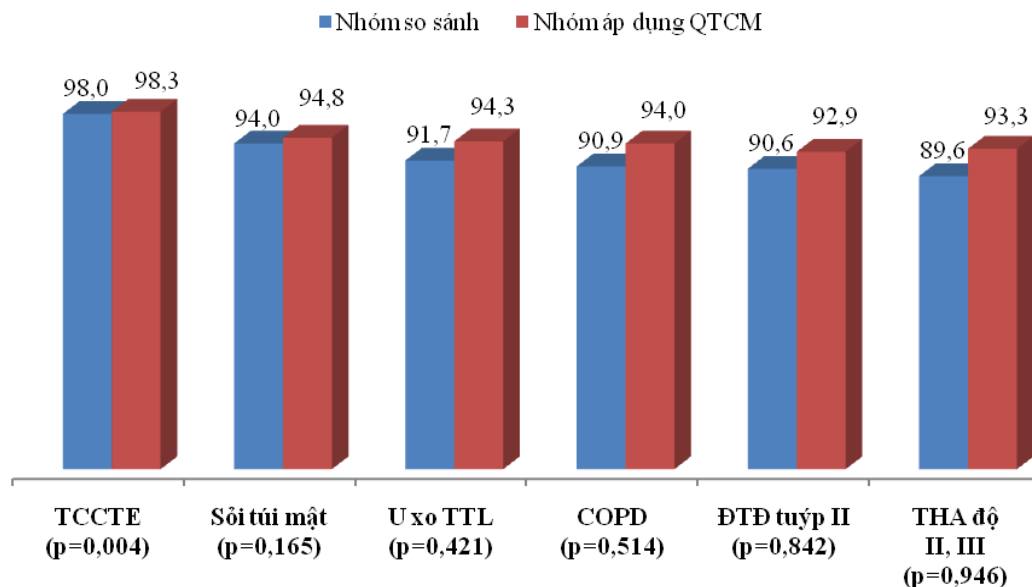
Tỷ lệ các chi phí thành phần trong tổng chi phí của đợt điều trị:

Hình 3.1 cho thấy chi phí cho thuốc và chi phí xét nghiệm luôn là 02 loại chi phí chiếm tỷ lệ lớn trong tổng chi phí của cả đợt điều trị ở cả 2 nhóm: Với bệnh TCCTE, chi phí thuốc chiếm tỷ lệ nhiều nhất với khoảng 30% đến 35%, tiếp đến là chi phí vật tư tiêu hao và khác (chiếm khoảng 25%), thứ ba là chi phí giường bệnh (khoảng 20%). Tỷ lệ của 3 loại chi phí này ở nhóm áp dụng QTCM so với nhóm so sánh có sự khác nhau có ý nghĩa thống kê ($p < 0,001$). Với 02 bệnh ngoại khoa, 3 loại chi phí chiếm tỷ lệ nhiều nhất là: chi phí thuốc (30% đến 35%); chi phí phẫu thuật/ thủ thuật (25% đến 30%) và chi phí giường bệnh (10% đến 15%). So sánh giữa 2 nhóm áp dụng QTCM và nhóm so sánh, tỷ lệ chi phí giường bệnh và chi phí chẩn đoán hình ảnh thay đổi có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Với 03 bệnh mạn tính, chi phí thuốc chiếm tỷ lệ trung bình cao nhất (25,5% đến 41,9%), tiếp đến là chi phí xét nghiệm và chi phí giường bệnh (chiếm khoảng 15% đến 25% mỗi loại). Có sự thay đổi có ý nghĩa thống kê ($p < 0,001$) về tỷ lệ chi phí vật tư tiêu hao và khác giữa 2 nhóm áp dụng QTCM và nhóm so sánh ở bệnh ĐTD tuýp II.



Hình 3.1: Tỷ lệ % các loại chi phí trong tổng chi phí điều trị

Tỷ lệ chi phí do BHYT chi trả trong tổng chi phí của cả đợt điều trị của người bệnh được thể hiện tại hình 3.2. Kết quả cho thấy tỷ lệ % chi phí do BHYT chi trả cao nhất với bệnh TCCTE (trung bình khoảng 98%), tiếp đến là 02 bệnh ngoại khoa (khoảng 92% đến 95%) và cuối cùng là nhóm 03 bệnh mạn tính (khoảng 89,6% đến 94%). So sánh tỷ lệ % BHYT chi trả trong tổng chi phí cả đợt điều trị giữa 2 nhóm áp dụng QTCM và nhóm so sánh, kết quả cho thấy chỉ riêng với bệnh TCCTE nhóm áp dụng QTCM có tỷ lệ BHYT chi trả cao hơn có ý nghĩa thống kê (khoảng 0,3%) so với nhóm so sánh. Còn với cả 5 bệnh còn lại, so với nhóm so sánh thì nhóm áp dụng QTCM có tỷ lệ BHYT chi trả cao hơn từ 0,8% đến 3,7%. Tuy nhiên, sự khác nhau này không có ý nghĩa thống kê ($p>0,05$).



Hình 3.2: Tỷ lệ % BHYT thanh toán trong tổng chi phí điều trị

Mối liên quan giữa một số yếu tố và tổng chi phí DVYT

Bảng 3.27: Mô hình hồi quy chuyển dạng logarit đa biến phân tích một số yếu tố liên quan đến tổng chi phí của đợt điều trị (1)

Biến phụ thuộc	Biến độc lập	β	p
Log (Tổng chi phí điều trị TCCTE)	Áp dụng QTCM (0= không; 1= có)	-0,154	<0,001
	Tháng tuổi	-0,0001	0,412
	Giới tính (1=nam; 2=nữ)	-0,053	0,005
n=212; $\alpha=6,283$; $R=0,516$; $R^2=0,267$; $F = 25,192$; $p<0,001$			

Biến phụ thuộc	Biến độc lập	β	p
Log (Tổng chi phí điều trị sỏi túi mật)	Áp dụng QTCM (0= không; 1= có)	-0,085	<0,001
	Tuổi	0,001	0,030
	Giới tính (1=nam; 2=nữ)	-0,0001	0,981
	n=175; $\alpha=6,694$; $R=0,398$; $R^2=0,158$; $F = 10,708$; $p<0,001$		
Log (Tổng chi phí điều trị u xơ TTL)	Áp dụng QTCM (0= không; 1= có)	-0,082	<0,001
	Tuổi	-0,0009	0,965
	n=158; $\alpha=6,811$; $R=0,402$; $R^2=0,162$; $F = 14,959$; $p<0,001$		
Log (Tổng chi phí điều trị COPD)	Áp dụng QTCM (0= không; 1= có)	-0,095	<0,001
	Tuổi	-0,002	0,475
	Giới tính (1=nam; 2=nữ)	0,010	0,706
	n= 92; $\alpha=6,636$; $R=0,418$; $R^2=0,175$; $F =6,211$; $p=0,001$		
Log (Tổng chi phí điều trị ĐTD tuýp II)	Áp dụng QTCM (0= không; 1= có)	-0,097	<0,001
	Tuổi	-0,001	0,401
	Giới tính (1=nam; 2=nữ)	0,039	0,100
	n= 86; $\alpha=6,681$; $R=0,459$; $R^2=0,210$; $F = 7,276$; $p<0,001$		
Log (Tổng chi phí điều trị THA độ II và III)	Áp dụng QTCM (0= không; 1= có)	-0,102	<0,001
	Tuổi	-0,001	0,675
	Giới tính (1=nam; 2=nữ)	0,028	0,323
	n=87; $\alpha=6,512$; $R=0,390$; $R^2=0,152$; $F = 4,957$; $p=0,003$		

Ghi chú: α : Hệ số chặn (Hằng số); β : Độ dốc (Hệ số hồi quy); R : Hệ số tương quan.

Bảng 3.27 trình bày kết quả phân tích hồi quy tuyến tính mối liên quan giữa các yếu tố độc lập gồm tuổi, giới, việc áp dụng QTCM và tổng chi phí cho một đợt điều trị của người bệnh (mô hình 1). Do tổng chi phí cho đợt điều trị của người bệnh có phân phối không chuẩn nên được chuyển dạng logarit để đưa về dạng phân phối tương đối chuẩn. Kết quả cho thấy các mô hình xây dựng được đều phù hợp với $p<0,05$ và việc áp dụng QTCM là yếu tố duy nhất có mối liên quan nghịch với tổng chi phí của đợt điều trị ở cả 6 bệnh được chọn với $p<0,001$.

Với tổng chi phí cho đợt điều trị bệnh TCCTE, ngoài việc áp dụng QTCM có mối liên quan nghịch và có ý nghĩa thống kê, giới tính cũng có mối liên quan có ý nghĩa thống kê với tổng chi phí điều trị theo hướng nhóm nữ có tổng chi phí điều trị

thấp hơn nhóm nam ($p=0,005$). Phương trình thể hiện mối liên quan có dạng: **Log (tổng chi phí điều trị TCCTE) = 6,283 - 0,154*áp dụng quy QTCM - 0,0001*tháng tuổi - 0,053*giới tính nữ.**

Với bệnh sỏi túi mật, giới tính không có mối liên quan có ý nghĩa thống kê ($p>0,05$) với tổng chi phí điều trị của người bệnh. Việc áp dụng QTCM và tuổi là hai yếu tố có mối liên quan có ý nghĩa thống kê với tổng chi phí điều trị. Phương trình liên quan có dạng: **Log (Tổng chi phí điều trị sỏi túi mật) = 6,694 - 0,085*Áp dụng QTCM + 0,001* tuổi - 0,001*giới tính nữ.**

Đối với 4 bệnh còn lại (u xơ TTL, ĐTD tuýp II, COPD và THA nguyên phát độ II, III), yếu tố áp dụng QTCM có mối liên quan nghịch và có ý nghĩa thống kê với tổng chi phí điều trị. Các yếu tố tuổi và giới không có liên quan có ý nghĩa thống kê với tổng chi phí điều trị của người bệnh ($p>0,05$).

Bảng 3.28: Mô hình hồi quy chuyển dạng logarit đa biến phân tích mối liên quan giữa các chi phí thành phần và một số yếu tố với tổng chi phí của đợt điều trị (2)

Biến phụ thuộc	Biến độc lập	β	p
Log (Tổng chi phí điều trị TCCTE)	Áp dụng QTCM (0= không; 1= có)	0,006	0,745
	Tháng tuổi	0,009	0,539
	Giới tính (1=nam; 2=nữ)	0,004	0,807
	Chi phí giường bệnh	0,371	<0,001
	Chi phí xét nghiệm	0,137	<0,001
	Chi phí thuốc	0,494	<0,001
	Chi phí chẩn đoán hình ảnh	-0,094	<0,001
	Chi phí vật tư tiêu hao và khác	0,261	<0,001
	n=212; $\alpha=5,657$; R=0,978; R²=0,956; p<0,001		
Log (Tổng chi phí điều trị sỏi túi mật)	Áp dụng QTCM (0= không; 1= có)	0,001	0,968
	Tuổi	0,005	0,652
	Giới tính (1=nam; 2=nữ)	-0,010	0,336
	Chi phí giường bệnh	0,143	<0,001
	Chi phí xét nghiệm	0,102	<0,001
	Chi phí thuốc	0,661	<0,001
	Chi phí chẩn đoán hình ảnh	0,065	0,004
	Chi phí phẫu thuật/ thủ thuật	0,188	<0,001

Biến phụ thuộc	Biến độc lập	β	p
Log (Tổng chi phí điều trị u xơ TTL)	Chi phí vật tư tiêu hao và khác	0,138	<0,001
	n=174; $\alpha=6,297$; R=0,992; R²=0,984; p<0,001		
	Áp dụng QTCM (0= không; 1= có)	-0,010	0,397
	Tuổi	0,013	0,190
	Chi phí giường bệnh	0,229	<0,001
	Chi phí xét nghiệm	0,158	<0,001
	Chi phí thuốc	0,628	<0,001
	Chi phí chẩn đoán hình ảnh	0,062	<0,001
	Chi phí phẫu thuật/ thủ thuật	0,165	<0,001
	Chi phí vật tư tiêu hao và khác	0,165	<0,001
n=156; $\alpha=6,281$; R=0,993; R²=0,987; p<0,001			
Log (Tổng chi phí điều trị COPD)	Áp dụng QTCM (0= không; 1= có)	-0,010	0,642
	Tuổi	-0,023	0,179
	Giới tính (1=nam; 2=nữ)	0,003	0,842
	Chi phí giường bệnh	0,427	0,006
	Chi phí xét nghiệm	0,223	<0,001
	Chi phí thuốc	0,628	<0,001
	Chi phí chẩn đoán hình ảnh	-0,113	0,466
	Chi phí phẫu thuật/ thủ thuật	0,139	<0,001
	Chi phí vật tư tiêu hao và khác	0,150	<0,001
	n= 92; $\alpha=6,085$; R=0,988; R²=0,977; p<0,001		
Log (Tổng chi phí điều trị ĐTD tuýp II)	Áp dụng QTCM (0= không; 1= có)	<0,0001	0,991
	Tuổi	-0,002	0,935
	Giới tính (1=nam; 2=nữ)	0,012	0,539
	Chi phí giường bệnh	0,271	<0,001
	Chi phí xét nghiệm	0,254	<0,001
	Chi phí thuốc	0,484	<0,001
	Chi phí chẩn đoán hình ảnh	0,062	0,071
	Chi phí phẫu thuật/ thủ thuật	0,034	0,080
	Chi phí vật tư tiêu hao và khác	0,213	<0,001
	n= 86; $\alpha=5,942$; R=0,989 ; R²=0,978; p<0,001		
Log (Tổng chi phí điều trị)	Áp dụng QTCM (0= không; 1= có)	0,016	0,474
	Tuổi	-0,014	0,444

Biến phụ thuộc	Biến độc lập	β	p
THA độ II và III)	Giới tính (1=nam; 2=nữ)	0,011	0,555
	Chi phí giường bệnh	0,147	0,116
	Chi phí xét nghiệm	0,191	<0,001
	Chi phí thuốc	0,658	<0,001
	Chi phí chẩn đoán hình ảnh	0,149	0,084
	Chi phí phẫu thuật/ thủ thuật	0,056	0,008
	Chi phí vật tư tiêu hao và khác	0,146	<0,001
n=87; $\alpha=5,999$; R=0,989; R²=0,978; p<0,001			

Ghi chú: α : Hệ số chặn (Hằng số); β : Độ dốc (Hệ số hồi quy); R: Hệ số tương quan.

Bảng 3.28 trình bày mô hình hồi quy tuyến tính đa biến (mô hình 2) phân tích mối liên quan giữa các yếu tố với tổng chi phí cho một đợt điều trị, trong đó ngoài các yếu tố độc lập đã đưa vào mô hình 1 như tuổi, giới, việc áp dụng QTCM (bảng 3.27), có thêm các chi phí thành phần được đưa vào mô hình. Kết quả cho thấy các mô hình xây dựng được đều phù hợp với $p < 0,05$. Với tác động của các chi phí thành phần trong mô hình thì yếu tố áp dụng QTCM không còn có mối liên quan có ý nghĩa thống kê với tổng chi phí của cả đợt điều trị ở cả 6 bệnh ($p > 0,05$). Mô hình cho thấy mối liên quan thuận có ý nghĩa thống kê giữa các chi phí thành phần và tổng chi phí cho đợt điều trị ($p < 0,05$). Trong các phương trình hồi quy xây dựng được đối với tổng chi phí điều trị của cả 6 bệnh, chi phí thuốc là chi phí có hệ số hồi quy cao nhất trong số các chi phí thành phần có liên quan đến tổng chi phí điều trị. Cụ thể các phương trình hồi quy tuyến tính đa biến xây dựng được như sau:

$$1) \text{Log (tổng chi phí điều trị TCCTE)} = 5,657 + 0,006 * \text{áp dụng quy QTCM} - 0,009 * \text{tháng tuổi} - 0,004 * \text{giới tính nữ} + 0,371 * \text{chi phí giường bệnh} + 0,137 * \text{chi phí xét nghiệm} + 0,494 * \text{chi phí thuốc} - 0,094 * \text{chi phí chẩn đoán hình ảnh} + 0,261 * \text{chi phí vật tư tiêu hao và khác}.$$

$$2) \text{Log (tổng chi phí điều trị sỏi túi mật)} = 6,297 + 0,001 * \text{áp dụng quy QTCM} + 0,005 * \text{tuổi} - 0,010 * \text{giới tính nữ} + 0,143 * \text{chi phí giường bệnh} + 0,102 * \text{chi phí xét nghiệm} + 0,661 * \text{chi phí thuốc} + 0,065 * \text{chi phí chẩn đoán hình ảnh} + 0,188 * \text{chi phí phẫu thuật/ thủ thuật} + 0,138 * \text{chi phí vật tư tiêu hao và khác}.$$

- 3) **Log (tổng chi phí điều trị u xơ TTL)** = 6,281 - 0,010*áp dụng quy QTCM + 0,013*tuổi + 0,229*chi phí giường bệnh + 0,158*chi phí xét nghiệm + 0,628*chi phí thuốc + 0,062*chi phí chẩn đoán hình ảnh + 0,165*chi phí phẫu thuật/ thủ thuật + 0,165*chi phí vật tư tiêu hao và khác.
- 4) **Log (tổng chi phí điều trị COPD)** = 6,085 - 0,010*áp dụng quy QTCM - 0,023*tuổi + 0,003*giới tính nữ + 0,427*chi phí giường bệnh + 0,223*chi phí xét nghiệm + 0,628*chi phí thuốc - 0,113*chi phí chẩn đoán hình ảnh + 0,139*chi phí phẫu thuật/ thủ thuật + 0,150*chi phí vật tư tiêu hao và khác.
- 5) **Log (tổng chi phí điều trị ĐTD tuýp II)** = 5,942 - 0,002*tuổi + 0,012*giới tính nữ + 0,271*chi phí giường bệnh + 0,254*chi phí xét nghiệm + 0,484 * chi phí thuốc + 0,062*chi phí chẩn đoán hình ảnh + 0,034 * chi phí phẫu thuật/ thủ thuật + 0,213 * chi phí vật tư tiêu hao và khác.
- 6) **Log (tổng chi phí điều trị THA độ II, III)** = 5,999 + 0,016*áp dụng quy QTCM - 0,014*tuổi + 0,011*giới tính nữ + 0,147*chi phí giường bệnh + 0,191*chi phí xét nghiệm + 0,658*chi phí thuốc + 0,149*chi phí chẩn đoán hình ảnh + 0,056*chi phí phẫu thuật/ thủ thuật + 0,146*chi phí vật tư tiêu hao và khác.

3.3. Một số yếu tố ảnh hưởng đến việc áp dụng quy trình chuyên môn tại một số bệnh viện tuyến thành phố của Hà Nội, 2014 - 2016 (mục tiêu 2)

Nghiên cứu tìm hiểu về một số yếu tố ảnh hưởng đến việc áp dụng QTCM tại 3 bệnh viện tuyến thành phố của Hà Nội qua phân tích những ưu điểm, nhược điểm, thuận lợi và khó khăn khi áp dụng QTCM tại các bệnh viện nghiên cứu, với phương pháp PVS và TLN các đối tượng liên quan là các cán bộ có tham gia vào quá trình thí điểm QTCM tại bệnh viện.

3.3.1. Ưu điểm

Thiết kế phù hợp thuận tiện cho công tác ghi chép, rút ngắn thời gian hành chính, đồng thời dễ dàng theo dõi, đánh giá hoạt động của NVYT:

Tất cả các đối tượng tham gia nghiên cứu đều cho rằng việc áp dụng QTCM giúp cho việc ghi chép vì thiết kế của QTCM thuận lợi, đơn giản, chi tiết và đầy đủ theo từng bước chăm sóc và điều trị. NVYT chỉ cần đánh dấu vào ô cần tiến hành, rút ngắn được thời gian và nội dung ghi chép, hồ sơ dễ đọc và theo dõi hơn.

“...Việc ghi chép theo QTCM dễ dàng và đỡ tốn thời gian hơn hồ sơ bệnh án truyền thống vì đã có form (biểu mẫu) sẵn, chúng tôi chỉ việc tick (đánh dấu) vào từng ô và không phải viết quá nhiều. Nhất là các bác sỹ ngoại khoa chữ vốn rất khó đọc thì QTCM với thiết kế thân thiện đã giúp ích rất nhiều...” (3_nữ ĐD_PV_06).

Quy trình chuyên môn được thiết kế phù hợp cho bệnh thường gặp, tạo thuận lợi trong xử trí khi có nhiều người mắc cùng một bệnh. Đồng thời, QTCM được thiết kế chi tiết phù hợp với kiến thức chuyên môn trong điều trị, xử trí cụ thể cho 01 trường hợp bệnh giúp các cán bộ trẻ dễ theo dõi, thực hiện và qua đó nâng cao năng lực chuyên môn.

“... Những người bệnh mổ chủ động xử lý rất giống nhau, gần như toàn bộ người bệnh đây là từ lúc vào đến lúc ra giống nhau hết toàn bộ. Do đó QTCM có đặc điểm dễ ghi chép, từ lúc vào đến ra kể cả khâu thanh toán, thuốc cũng giống, khâu chăm sóc đều giống hệt, khoảng 90% là giống nhau... trừ một số các bệnh đặc biệt ví dụ như các bệnh về tiền sản giật hay rau non hoặc các bệnh khác chiếm tỉ lệ ít thôi...” (1_nam BS_TLN_02)

“...Nếu một bệnh án hoàn hảo được 10 điểm thì tôi cho rằng hồ sơ QTCM được khoảng 8 điểm còn hồ sơ bệnh án truyền thống được 6 điểm thôi. Lý do là QTCM cụ thể các bước và phù hợp với bệnh, giúp các cán bộ y tế trẻ vừa dễ theo dõi, thực hiện vừa được nâng cao chuyên môn ...” (2_nam BS_TLN_01).

Đảm bảo chất lượng điều trị:

Đa số các ý kiến đều cho rằng nếu áp dụng đúng QTCM sẽ giúp kiểm soát các bước quá trình chăm sóc, điều trị cho người bệnh, qua đó góp phần cải thiện, đảm bảo

chất lượng điều trị. Do QTCM được thiết kế phù hợp với đặc điểm, diễn biến bệnh học và nhu cầu điều trị, chăm sóc cho từng nhóm THB nên người bệnh được cung cấp đầy đủ dịch vụ, tránh phải sử dụng các dịch vụ xét nghiệm, chẩn đoán cận lâm sàng không cần thiết và hạn chế các sai sót nhằm lẫn chuyên môn của NVYT. Ngoài ra, QTCM như một bảng kiểm, theo đó người bệnh được theo dõi mọi diễn biến trong quá trình điều trị nên chất lượng điều trị được đảm bảo.

“...QTCM mang tính quy chuẩn trong chẩn đoán và điều trị, giúp các nhà quản lý kiểm soát về chuyên môn. Bác sỹ, điều dưỡng làm đủ các bước của quy trình, cung cấp đủ các dịch vụ cần thiết, đảm bảo an toàn cho người bệnh...” (3_nữ LD_06).

“...QTCM giúp cho bác sỹ, điều dưỡng có thể khám, điều trị và chăm sóc cho người bệnh theo quy trình, tránh bỏ sót các bước. Bác sỹ cũng không bỏ sót triệu chứng, xét nghiệm, nắm được tình trạng người bệnh...” (1_nam BS_01).

“...Về cấu trúc của quy trình thì nó rất là chi tiết, chi tiết từ lúc khám vào cho đến lúc xử trí và chăm sóc và đến quá trình ra viện rất chi tiết, đặc biệt là qua trình theo dõi, nhất là đối với người bệnh mổ để, quá trình theo dõi rất là sát sao, chia rõ ràng từng cụ thể một, từng khoảng thời gian nào đánh dấu tích vào đấy thì đảm bảo khâu chăm sóc rất là an toàn rất chặt chẽ...” (1_nam BS_TLN_02).

Cải tiến công tác quản lý bệnh viện:

Kết quả cho thấy đa số các ý kiến thu được đều cho rằng việc áp dụng QTCM giúp cải tiến công tác quản lý, dễ dàng giám sát việc tuân thủ quy trình kỹ thuật của NVYT và việc kê đơn của bác sỹ.

“...QTCM giúp công tác quản lý, kiểm tra, giám sát tuân thủ quy chế hồ sơ bệnh án, kê đơn và kiểm soát chi phí, tăng cường chất lượng bệnh viện, tăng cường công tác quản lý bệnh viện...” (2_Nữ LD_PV_01)

Tăng làm việc nhóm:

Kết quả cho thấy đa số cán bộ tham gia nghiên cứu đồng ý rằng “tăng làm việc nhóm” là ảnh hưởng tích cực của việc áp dụng QTCM. Do QTCM được thiết kế có

các phân/ nội dung đòi hỏi điều dưỡng và bác sỹ cũng như các bộ phận liên quan khác cùng tham gia thực hiện.

“... Khi xây dựng chúng tôi đã có thiết kế để tăng trao đổi giữa bác sỹ và y tá, giữa kíp này với kíp khác, có cả mục giữa người bệnh và thầy thuốc nữa. Tức là mình sử dụng thuốc gì thì người bệnh có mục để xác nhận vào đấy, cũng rất khách quan...”
(1_nam BS_TLN_02).

“... Trước tiên là giữa buổi sáng mình đi buồng là mình đã nắm được cái thực trạng chung như thế nào rồi thì cả hai bên cùng phối hợp ghi cho giống nhau, nhờ đi buồng mình sẽ ghi cùng với bác sỹ, bác sỹ ghi nhận định luôn từ lúc buổi sáng mình đi buồng...” (1_nữ ĐD_TLN_02).

Giảm số ngày nằm viện:

Số ngày nằm viện được tính bằng tổng số ngày điều trị tại bệnh viện từ khi vào viện đến khi ra viện. Khi được hỏi về số ngày nằm viện của những người bệnh áp dụng QTCM, đa số các ý kiến nhận xét tại một trong ba bệnh viện cho rằng số ngày nằm viện của nhóm người bệnh áp dụng QTCM bệnh ngoại khoa có giảm khoảng 1-2 ngày. Hiệu quả này có thể coi là một ưu điểm của QTCM.

“...Các người bệnh ngoại khoa khi áp dụng QTCM thường được ra viện sớm 1-2 ngày do các thủ tục vào viện, ra viện thuận lợi. Người bệnh không phải mất nhiều thời gian vòng đi vòng lại vì quy trình đã rõ ràng và tất cả đã được nêu đầy đủ các bước trong QTCM...” (3_nữ ĐD_PV_06).

Tuy nhiên, với hai bệnh viện còn lại thì tất cả các cán bộ được hỏi đều cho rằng so với hồ sơ bệnh án thông thường đang thực hiện thì QTCM không tạo ra sự thay đổi về số ngày nằm viện. Nhưng cũng không có ý kiến nào cho rằng QTCM làm tăng số ngày nằm viện.

“... Không có sự khác biệt về số ngày nằm viện khi áp dụng QTCM so với các người bệnh áp dụng hồ sơ bệnh án thông thường...”(01_nam BS_TLN_02).

Tiết kiệm vật tư tiêu hao và giảm chỉ định các DVYT không cần thiết:

Về hiệu quả của việc áp dụng QTCM trong giảm vật tư tiêu hao của một đợt điều trị, có một số cán bộ được hỏi cho rằng khi áp dụng QTCM, số vật tư tiêu hao cần dùng được định mức, giới hạn cụ thể cho cùng nhóm THB nên tiết kiệm hơn.

“... Thay băng thì mình cũng sẽ tiết kiệm được bông gạc hơn....về vật tư tiêu hao bệnh viện có định mức hết rồi nhưng định mức thường để rộng hơn và khi áp dụng đúng theo QTCM thì cũng tiết kiệm hơn..... (1_nữ DD_TLN_02.)

“... Thực ra đích đến sẽ là tuân thủ quy trình và làm thế nào để trong cái chi trả mình sẽ chuẩn theo cái định mức đấy chứ không bị lạm dụng hay cũng không bị thiếu hụt (5_nữ QL_PVS_03)

Nhiều ý kiến cho rằng nếu áp dụng đúng và nghiêm túc theo hướng dẫn thì việc áp dụng QTCM sẽ hạn chế được việc lạm dụng chỉ định các dịch vụ không cần thiết do QTCM được coi như một khung chuẩn hóa các DVYT cần thiết cho một đợt điều trị đối với cùng THB.

“... Mình mà không giám sát được người ta tuân thủ hay không thì nó sẽ xảy ra mấy trường hợp. Một là người ta sẽ làm dịch vụ nó bị nhiều lên, tức là người ta lạm dụng, nói chung không phải chỉ có sử dụng thuốc không mà rất nhiều DVYT nói chung. QTCM giải quyết được vấn đề này do đã chuẩn hóa rồi và nhà quản lý cũng dễ giám sát...”(5_nữ QL_PVS_03).

“....Nếu thực hiện đủ quy trình nhưng mà trả theo phí dịch vụ, chắc chắn là tốt bởi vì tôi không lạm dụng, tôi đã có quy trình rồi. Cái nào cần chụp CT scanner tôi mới chụp. Không cần chụp là tôi không chụp. Cái này cần phải làm điện tim và cái này cần phải làm xét nghiệm, bảo hiểm cũng không vặn được tôi là tại sao anh không thanh toán cho tôi?....” (5_nữ QL_PVS_04).

Giảm chi phí điều trị:

Đa số các ý kiến cho rằng về lý thuyết áp dụng QTCM có thể giúp giảm số lượng dịch vụ không cần thiết, giảm vật tư tiêu hao, giảm số ngày nằm viện... qua đó góp phần giảm chi phí điều trị. Tuy vậy, trong nghiên cứu này, việc QTCM chỉ được áp dụng thử nghiệm trong thời gian ngắn và chưa áp dụng để làm căn cứ thanh toán chính thức nên đa số các ý kiến đều chưa đưa ra nhận xét khẳng định rõ ràng về việc giảm chi phí điều trị khi áp dụng QTCM.

“...Nếu nói về kinh tế thì cái phần đó mình mới xây dựng QTCM mình chưa áp dụng vào để thanh toán nên mọi người cũng chưa biết được là thanh toán sẽ nhiều hay ít cho nên chỉ có thể nói rằng đánh giá khả năng là sẽ giảm do giảm số lượng, số loại dịch vụ thôi chứ cũng chưa thể có đánh giá cụ thể...” (2_nữ LD_TLN_01).

“...Vì trong Dự án có câu là: “xây dựng 20 quy trình chuyên môn trên các cái bệnh phổ biến thường gặp và hạch toán chi phí cho 20 quy trình chuyên môn đó, trong đó có ít nhất 3-4 quy trình liên quan đến phụ nữ và trẻ em” và sau đó, khi đã áp giá cho nó thì thực hiện chi trả trọn gói theo trường hợp bệnh tại 6 bệnh viện thí điểm. Và sau khi thực hiện thí điểm, mới trình lên các cấp có thẩm quyền để ra Quyết định một phương thức chi trả mới là trọn gói theo trường hợp bệnh. Cho nên, Dự án chưa đi được đến cái cuối cùng...” (5_nữ QL_PVS_04).

3.3.2. Nhược điểm

Không áp dụng được cho người bệnh mắc bệnh phối hợp:

Với lý do là QTCM được thiết kế dựa trên các đặc điểm bệnh lý cho một THB cụ thể theo số đông người bệnh và thường không đặc thù cho những trường hợp bệnh có diễn biến phức tạp, khó tiên lượng nên tất cả các cán bộ tham gia phỏng vấn đều nhấn mạnh tiêu chí lựa chọn người bệnh tham gia áp dụng QTCM không áp dụng cho người bệnh có nhiều bệnh phối hợp.

“...Bệnh viện chúng tôi ban đầu lựa chọn áp dụng QTCM cho người bệnh có chấn thương sọ não kín. Tuy nhiên, khi triển khai thì người bệnh thường có những tổn thương thực thể khác và phải quay lại hồ sơ bệnh án thông thường hoặc làm song song hai bệnh án ...” (2_nam BS_PV_01).

“...Tham gia vào quá trình xây dựng và triển khai QTCM sản khoa là mô đề lần 1, chúng tôi thấy việc áp dụng rất thành công vì các bước chăm sóc và điều trị cho sản phụ mô đề khá tương tự nhau và sau 3-5 ngày có thể ra viện. Tuy nhiên, với những trường hợp có diễn biến bất thường như chảy máu... chúng tôi lại phải chép sang một bệnh án truyền thống...” (1_nữ BS_PV_02).

Phụ thuộc vào nhân thức, trình độ và thói quen của NVYT:

Kết quả nghiên cứu cho thấy việc thực hiện QTCM phụ thuộc rất nhiều vào nhóm/ kíp bác sỹ điều trị, nhóm NVYT phụ trách công tác chăm sóc, thực hiện các thủ thuật điều trị, phẫu thuật. Các nhóm NVYT đôi khi nhận thức không đầy đủ về tầm quan trọng của việc tuân thủ QTCM.

“... Nếu anh áp dụng đúng, nghiêm túc thì nâng cao chất lượng khám chữa bệnh, nhưng ngược trở lại, nếu anh lơ mơ thì khéo mà người bệnh còn thiệt hại hơn, bởi vì anh không làm thật, mà không ai tích được, kiểm tra được xem họ làm thật hay không làm thật... QTCM của mình chỉ tích có hoặc không, cái này rất cần sự tự giác của NVYT...” (1_nữ KH_TLN_02).

“... Với lượng người bệnh vắng thì có thể mình áp dụng chuẩn hơn còn lượng người bệnh mà đông thì nhiều khi có khi bỏ bước, bỏ qua cái bước đấy... Thường thì bước cuối mà tư vấn thì nhiều khi mọi người thường bỏ qua....”(1_nữ ĐD_TLN_02).

“... Cái khó khăn là nhân viên trong khoa cũng chưa được tiếp xúc, chưa được giới thiệu và cũng chưa hiểu biết nhiều về quy trình này... NVYT cần phải được tập huấn để làm quen....” (1_nam BS_TLN_02)

“... Cái mà khó khăn chính, đây là vấn đề mới cho nên tiếp cận cũng không phải dễ, không phải nhiều người am hiểu được lĩnh vực này....” (5_nam QL_PVS_03)

Thói quen dùng bệnh án truyền thống và tâm lý ngại thay đổi cũng ảnh hưởng đến việc áp dụng QTCM đặc biệt trong giai đoạn đầu khi NVYT phải làm quen với cách ghi chép mới. Do đó, đa số các ý kiến đều đồng ý phải có thời gian để NVYT làm quen với QTCM.

“... Mọi người đã quen áp dụng cái quy trình cũ rồi giờ thay đổi theo một quy trình chuẩn thì nó hơi khó khăn... Ví dụ như nhiều người đã làm quen với việc cũ rồi thì họ không thích những cái mới...” (1_nữ ĐD_TLN_02).

“...Lĩnh vực này quá mới ở Việt Nam nên nhiều khi người ta đặt ra câu hỏi: “Bây giờ phác đồ điều trị có nhiều rồi, quy trình kỹ thuật cũng nhiều rồi, hướng dẫn điều trị cũng có rồi. Bao nhiêu thứ đã có rồi thì lại còn có thêm cái từ QTCM nữa thì nó là cái gì?”. Nhưng mình phải hiểu nó là tích hợp cả 3 cái đấy nghĩa là từng bước từng bước anh phải làm như thế nào; phác đồ điều trị bao gồm những phương pháp điều trị như thế nào, thuốc men ra làm sao; nó phải còn lồng ghép quy trình chăm sóc của điều dưỡng nữa cơ. Tất cả 3 cái đấy ghép lại như 3 cái vòng tròn này nó mới thành quy trình chuyên môn. Vì thế phải có thời gian để làm quen, để thay đổi nhận thức của NVYT...” (5_nữ QL_PVS_04).

“...Cách ghi chép mới của QTCM cần thời gian để ghi chép thành thực, thông thường mất khoảng 10 lượt ghi chép ban đầu thì mới quen tay được...” (1_nữ ĐD_PV_09).

3.3.3. Thuận lợi

Nằm trong định hướng phát triển của ngành Y tế:

Luật BHYT được ban hành và có hiệu lực từ tháng 7 năm 2009, mới được sửa đổi, bổ sung một số điều năm 2014 và Đề án đổi mới cơ chế hoạt động và cơ chế tài chính y tế của Ngành Y tế đặt ra yêu cầu nghiên cứu, áp dụng các phương thức chi trả khác nhau để bổ sung và thay thế cho phương thức thanh toán trực tiếp theo dịch vụ. Để đáp ứng yêu cầu đổi mới tài chính DVYT, Bộ Y tế xác định áp dụng phương thức chi trả theo THB là một lựa chọn phù hợp nhất với DVYT ở Việt Nam. Xây dựng và áp dụng QTCM làm cơ sở hạch toán chi phí theo phương thức chi trả trọn gói theo ca bệnh là giải pháp để đổi mới phương thức chi trả. Các ý kiến đều cho rằng đây là yếu tố thúc đẩy việc áp dụng QTCM và cần có cơ chế để khuyến khích các bệnh viện thực hiện.

“...Bộ Y tế đưa ra QTCM cũng theo xu hướng của thế giới thôi và phù hợp với định hướng đổi mới cơ chế hoạt động và cơ chế tài chính y tế của Bộ, đặc biệt khi có luật BHYT mới phải thay đổi phương thức chi trả cho phù hợp” (5_nữ QL_PVS_03).

“... Nếu áp dụng hạch toán chi phí trọn gói theo THB thì bắt buộc bệnh viện phải áp dụng QTCM. Và để khuyến khích các bệnh viện, cần có cơ chế thưởng phạt rõ ràng.

Ví dụ: nếu bệnh viện điều trị cho người bệnh ra viện sớm và chi phí thấp hơn so với chi phí trọn gói được bảo hiểm chi trả thì phần chênh lệch có thể thưởng cho bệnh viện thì sẽ có động lực cải thiện chất lượng điều trị...” (1_nữ KH_TLN_02).

Các nhà quản lý, ban giám đốc bệnh viện ủng hộ:

Với định hướng phát triển chung của toàn ngành Y tế, đa số các nhà quản lý, thành viên Ban giám đốc bệnh viện tham gia nghiên cứu đều rất quan tâm và ủng hộ việc áp dụng QTCM. Các ý kiến đều cho rằng việc áp dụng QTCM là cần thiết, giúp người bệnh được chăm sóc đầy đủ, toàn diện, không bỏ sót các thủ tục từ khi vào viện, khám, chẩn đoán, điều trị đến khi ra viện.

“...Áp dụng QTCM đem lại nhiều lợi ích, là 1 trong 4 phương thức thanh toán chi phí dịch vụ được sử dụng trên thế giới hiện nay. Ban lãnh đạo bệnh viện đều rất ủng hộ vì khi áp dụng sẽ buộc nhân viên phải làm đầy đủ quy trình nhờ đó nâng cao chất lượng phục vụ người bệnh...” (3_nam LD_PV_12).

Nhân viên y tế chấp thuận và tích cực tham gia:

Kết quả nghiên cứu cho thấy có ý kiến cho rằng việc áp dụng QTCM tạo cơ hội để nâng cao năng lực cán bộ cho bệnh viện và nâng cao năng lực chuyên môn, kỹ thuật cho chính NVYT tham gia triển khai áp dụng QTCM. Do đó, đa số các NVYT đều chấp thuận, ủng hộ và hợp tác khi áp dụng QTCM.

“...Tất cả những thành viên của Bệnh viện được lựa chọn tham gia xây dựng QTCM và áp dụng QTCM đều được tham gia tập huấn ngay từ ban đầu để làm sao QTCM đi sát thực tế, và khi đưa ra nó áp dụng được và không gây khó khăn cho các bác sỹ cũng như điều dưỡng khi thực hiện... Như vậy nhóm này có thuận lợi thảo luận với các chuyên gia đầu ngành và đồng nghiệp, được củng cố kiến thức chuyên môn. Họ rất hào hứng, tích cực khi áp dụng QTCM...” (3_nữ KH_TLN_06).

3.3.4. Khó khăn

Hệ thống bệnh viện chưa đồng bộ, còn nhiều khoảng cách giữa các tuyến:

Để thúc đẩy các bệnh viện áp dụng QTCM, các bệnh viện đều đề xuất phải đưa yêu cầu áp dụng QTCM vào bộ tiêu chí bệnh viện (83 tiêu chí) và tiến hành đấu thầu thuốc tập trung thì bệnh viện mới có cơ sở áp dụng QTCM một cách toàn diện. Các ý kiến cũng cho rằng do hệ thống bệnh viện của nước ta chưa đồng bộ, còn nhiều

khoảng cách giữa các tuyến nên rất khó để áp dụng đồng bộ và tích hợp QTCM với điều kiện sẵn có của các bệnh viện.

“...Hiện tại phân kê đơn thuốc ở mỗi bệnh viện là khác nhau tùy vào chủng loại thuốc trong kho dược. Để đồng bộ thì cần đấu thầu thuốc tập trung để công tác kê đơn thuốc theo QTCM được đồng bộ...” (1_nữ KH_TLN_02).

“...Chúng ta chưa đồng bộ thì áp dụng một cái chuẩn là rất khó, chỉ áp dụng được cho các bệnh viện tuyến cao còn bệnh viện tuyến thấp họ sẽ gặp khó khăn. Ví dụ trong mổ đẻ, mổ phẫu thuật lấy thai, thì trong QTCM yêu cầu bắt buộc là phải có bác sĩ chuyên khoa sơ sinh, với bệnh viện chúng tôi rất đơn giản chúng tôi có hẳn một Khoa Nhi rất lớn, nhưng ở bệnh viện tuyến huyện, hiện nay họ vẫn đang mổ nhưng họ làm gì có bác sĩ chuyên khoa sơ sinh vậy thì khi mà mổ đẻ gặp phải những trường hợp khó khăn xảy ra người bệnh tử vong, không có bác sĩ sơ sinh thì giải quyết làm sao?... Đây là cái vô cùng khó khăn...” (1_nữ KH_TLN_02).

Rào cản từ các vấn đề pháp lý:

Kết quả nghiên cứu cho thấy có một số ý kiến cho rằng bệnh viện và nhóm NVYT lo lắng và gặp áp lực vì QTCM có thể sẽ làm tăng khả năng người bệnh phàn nàn về cung ứng dịch vụ của bệnh viện, về cách chăm sóc, thái độ của NVYT khi người bệnh không hiểu rõ các vấn đề chuyên môn và chỉ căn cứ trên các bước, nội dung của QTCM.

“...Tôi nghĩ không nên phát cho người bệnh bảng kiểm theo QTCM vì sẽ tạo áp lực cho NVYT. Nếu người bệnh không hiểu được cụ thể các vấn đề chuyên môn, họ sẽ can thiệp và có thể gây khó khăn trong quá trình điều trị...” (2_nam BS_PV_10).

“... Tuy nhiên, có một vài trường hợp chẳng hạn thì anh này mổ theo đúng QTCM 5 ngày ra viện nhưng anh ta chỉ nằm trong 3 ngày thôi, anh ta thấy anh ta ổn và nhất quyết đòi ra viện mà mình vẫn bắt nằm 5 ngày, lúc đó anh ta lại nghĩ và phàn nàn rằng bệnh viện cố tình kéo dài...” (2_nữ BS_TLN_01).

Một số ý kiến cũng đề cập đến tính pháp lý của QTCM và cho rằng áp dụng QTCM để hướng đến “công bằng, hiệu quả, chất lượng và phát triển” nên nó có giá trị pháp lý riêng khi được Hội đồng khoa học của bệnh viện thông qua, theo đó khi có

sự cố y khoa, QTCM sẽ trở thành căn cứ cho hội đồng chuyên môn xác định nguyên nhân là từ phía NVYT hay do tình trạng sức khoẻ của người bệnh.

“... Một khi anh đã thực hiện theo quy trình thì anh phải thực hiện đầy đủ. Anh không thực hiện đầy đủ mà nó xảy ra vấn đề gì thì một là anh phải chịu trách nhiệm, hai là người bệnh mà thắc mắc thì anh phải giải thích. Đây là đương nhiên bởi vì để thực hiện tới cái gọi là công bằng, hiệu quả, chất lượng, phát triển...” (5_nữ QL_PVS_04).

“...Cái quy trình này không phải là cái mới, nó chỉ là cái tích hợp của tất cả những cái hướng dẫn rồi cái quy trình kỹ thuật, quy trình chăm sóc và được Hội đồng Khoa học thông qua thì về pháp lý thì Hội đồng khoa học của bệnh viện hoàn toàn có một cái giá trị pháp lý riêng...” (5_nam QL_PVS_03).

Tuy nhiên, ngược lại, cũng có quan điểm cho rằng QTCM chưa có tính pháp lý và không thể thay thế cho hồ sơ bệnh án hiện nay.

“... Suy cho cùng, không gì có thể thay thế hồ sơ bệnh án hiện nay có tính chất pháp lý mà Bộ Y tế đang quy định, kể cả bệnh án điện tử và QTCM thì bây giờ cũng chưa có tính chất pháp lý...” (5_nữ QL_PVS_04).

Khó khăn trong hạch toán chi phí theo THB, thanh toán BHYT

Khó khăn được chỉ ra trong nhiều ý kiến đó là các vấn đề liên quan đến việc tính toán chi phí và thanh toán BHYT. Đa số các ý kiến đều cho rằng đây là thách thức lớn và rất khó tìm ra hướng giải quyết tại thời điểm hiện tại khi chưa có căn cứ tính toán chi phí hợp lý phù hợp với biến động về giá trị tiền tệ, chưa có sự đồng bộ về cơ sở hạ tầng, trang thiết bị giữa các tuyến, chưa có sự thống nhất giữa hệ thống y tế và cơ quan bảo hiểm.

“...Nếu như mà căn cứ vào QTCM của Bộ đã ban hành, chúng tôi xây dựng chi phí đúng theo quy trình của Bộ là chuẩn nhất rồi, nhưng thực tế thì các bệnh viện, ở đây chúng tôi là hạng 1 còn đỡ, các bệnh viện hạng 2, hạng 3, các bệnh viện huyện, khi họ chưa đủ trang thiết bị thì họ xoay sở như thế nào với cái việc thực hiện QTCM. Ví dụ: Trong phẫu thuật sỏi túi mật, trong QTCM Bộ Y tế có nói là chụp CT scanner, đối với chúng tôi thì nó quá đơn giản vì chúng tôi có máy, nhưng đối với các bệnh viện

tuyển huyện không có máy, họ xây dựng QTCM ra làm sao, nếu họ xây dựng là có chụp CT scanner để Giám đốc bệnh viện phê duyệt, thực chất họ lại không có, bây giờ họ làm thế nào cho người bệnh, thì chỉ có cách họ không đủ tiêu chuẩn thì họ phải chuyển tuyển. Nếu giả sử như người ta không đưa chụp CT vào QTCM, chỉ làm siêu âm và vẫn mổ thì nó lại liên quan đến thanh toán BHYT. Trong quy trình anh không đưa chụp CT vào, nhưng một số trường hợp khó anh bắt buộc phải chụp CT scanner thì lúc này thanh toán BHYT họ bảo “đây các anh xây dựng quy trình làm gì có mà anh lại đưa vào thanh toán, vậy thì các anh lại đang lạm dụng xét nghiệm”... (1_nữ KH_TLN_02).

“...Trong cái khung của Bộ Y tế đưa ra trong quá trình hạch toán để tính giá thì nó chưa có cấu thành để xây dựng các cái giá và lệ phí trong QTCM. Ví dụ như về tư vấn hoặc là kê đơn thuốc cho người bệnh ... có trong QTCM hết nhưng trong cấu thành giá của Bộ Y tế chưa có. Vì vậy khi áp giá vào thì nó rất là bất cập...” (1_nam BS_TLN_02).

“...Cái áp giá thì nó rất khó, giống như cái Thông tư 04, Bộ Y tế xây dựng áp giá vật tư, xét nghiệm vào 2011, đến lúc ban hành là 2012 và đến bây giờ thì nó đi tận đâu rồi.... Cái chi trả trọn gói cũng thế, xây dựng chi trả trọn gói từ 2009 – 2010 thế nhưng giá cả hiện nay cũng đã có nhiều thay đổi...” (2_nữ LD_TLN_01).

Cá biệt có 01 cán bộ cho rằng nếu chưa thống nhất được cách hạch toán chi phí và thanh toán BHYT thì khi áp dụng QTCM có thể sẽ dẫn tới sự gia tăng chi phí điều trị vì khi xây dựng QTCM, các bệnh viện sẽ phải tính đúng, tính đủ chi phí trung bình cho một THB nên đối với các trường hợp người bệnh được tiên lượng mức độ nhẹ sẽ phải trả chi phí tương đương với người bệnh có tiên lượng mức độ nặng hơn, như vậy họ bị tăng chi phí điều trị.

“... Nếu logic thì tôi nghĩ sẽ tăng hơn. Bởi vì sao, hiện nay theo bệnh án cổ điển, các bác sĩ, điều dưỡng đang rất trung thực trong cách làm việc và ghi chép của mình... Nhưng khi áp dụng QTCM đã có sẵn rồi, bắt ông phải làm, người bệnh này nhẹ chưa chắc đã làm nhưng vẫn phải tích, nhưng người bệnh này nặng quá mức thì lại không chọn cái QTCM này được. Chắc chắn QTCM này phải xây dựng ở mức cao nhất và

sẽ có người bệnh nhẹ hơn bởi vì Bộ Y tế xây dựng QTCM cũng có các bệnh viện tham gia, những người làm trực tiếp xây dựng thì không đại gì mà người ta xây dựng để người ta bị thiếu... người ta sẽ phải xây dựng ở mức là mức cao một chút thì những người bệnh nặng mới có cái điều trị. Như vậy trong số người bệnh đó, sẽ có những người bệnh vừa đủ, vừa bằng nhưng có những người bệnh nhẹ sẽ nhiều hơn chi phí thật...” (1_nữ KH_TLN_02).

Yêu cầu đầu tư cho bệnh viện:

Để áp dụng QTCM thành công, các yếu tố đầu vào như: ứng dụng hệ thống CNTT, NVYT có trình độ, trang thiết bị y tế đảm bảo chất lượng, giường bệnh, năng lực thực hiện các xét nghiệm, vật tư tiêu hao... phải đáp ứng được thiết kế của QTCM. Kết quả phỏng vấn cho thấy khả năng đáp ứng các yếu tố trên của các bệnh viện có thể ảnh hưởng đến hiệu quả áp dụng QTCM và khác nhau tùy từng tuyến, từng khu vực. Đây là một khó khăn, thách thức trong bối cảnh nguồn lực đầu tư cho bệnh viện còn hạn hẹp.

“...Khi người bệnh vào viện mà trong QTCM yêu cầu phải sử dụng máy CT scanner để chẩn đoán, tuy nhiên máy lại đang hỏng hoặc đang bảo dưỡng không sử dụng được thì bác sỹ sẽ phải dùng các biện pháp khác để chẩn đoán, dẫn đến thời gian điều trị bị kéo dài hoặc người bệnh phải chuyển tuyến...” (1_nam BS_PV_10).

Ứng dụng CNTT là một phần không thể thiếu khi áp dụng QTCM vì phần mềm thu thập các số liệu trong QTCM sẽ tạo cơ sở dữ liệu giúp hạch toán chi phí, theo dõi các chỉ số chất lượng và chi phí điều trị. Đây là một trong những nội dung mà đa số các ý kiến cho rằng cần phải sớm đầu tư cho bệnh viện trước khi áp dụng QTCM.

“...Hiện tại QTCM mới được áp dụng thử nghiệm và đang trong giai đoạn hoàn thiện để áp dụng rộng rãi... Để triển khai thành công, cần xây dựng phần mềm và hệ thống CNTT đồng bộ với cơ quan BHYT kết hợp với bệnh án điện tử, đơn thuốc điện tử để thuận tiện trong công tác thanh toán chi phí...” (3_nam LĐ_PV_14).

“... Tới ưu nhất là tích hợp QTCM với bệnh án điện tử thì khi đó nó đòi hỏi cái hạ tầng của công nghệ thông tin và trình độ của công nghệ thông tin ở mức cao. Thế còn

nếu chưa tích hợp được thì vẫn triển khai được nhưng mà cái mức áp dụng nó sẽ hạn chế hơn...” (5_nam QL_PVS_03).

Tiến bộ nhanh chóng của khoa học kỹ thuật đòi hỏi QTCM cần thay đổi linh hoạt cho phù hợp

Một thách thức, khó khăn khác được một số cán bộ tham gia nghiên cứu đề cập đến là sự tiến bộ nhanh chóng của khoa học kỹ thuật trong mọi lĩnh vực trong đó có y khoa, đòi hỏi QTCM ngay từ khi xây dựng đã phải có tính linh hoạt để phù hợp với thực tế khi áp dụng, nếu không sẽ trở thành lạc hậu khi áp dụng.

“... Ví dụ viêm ruột thừa cấp, chúng ta đang xây dựng một cái quy trình mổ mở nhưng hiện nay như bệnh viện tôi hầu như không áp dụng mổ mở nữa mà mổ nội soi rồi, vậy thì nó đã có sự thay đổi về phác đồ điều trị, thay đổi về quy trình kỹ thuật. Thế thì quy trình mà đã được Bộ Y tế phê duyệt lại không áp dụng được. Vì thời điểm mà chúng ta xây dựng quy trình thì nó đã lâu rồi, khoảng 3 năm nay rồi, so với bây giờ thì nó đã tiến bộ hơn...” (1_nữ KH_TLN_02).

“... Bản chất của QTCM là kiểm soát chi phí bởi vì khi anh đã thực hiện đúng được quy trình từng bước, từng phác đồ điều trị.... Nhưng thực ra trên thế giới, người ta đã áp dụng nhiều mà cho đến bây giờ, nó vẫn chưa được thống nhất lắm về hình thức vì khoa học kỹ thuật cũng luôn thay đổi...” (5_nữ QL_PVS_04).

Các quan điểm, ý kiến về điểm mạnh, điểm yếu, thuận lợi và khó khăn của các đối tượng tham gia nghiên cứu được tổng kê tóm tắt tại Phụ lục 9.

CHƯƠNG 4:

BÀN LUẬN

4.1. Hiệu quả của áp dụng quy trình chuyên môn trong việc cải thiện một số chỉ số chất lượng và hạn chế gia tăng chi phí dịch vụ y tế

Cải thiện mức độ đầy đủ các nội dung chăm sóc, điều trị:

Đánh giá gián tiếp từ những nội dung và tính đầy đủ của các thông tin được ghi trên hồ sơ QTCM và hồ sơ bệnh án của 2 nhóm áp dụng QTCM và nhóm so sánh, kết quả nghiên cứu định lượng cho thấy áp dụng QTCM có hiệu quả rõ rệt trong cải thiện mức độ đầy đủ các nội dung chăm sóc người bệnh trong quá trình điều trị như nội dung hỏi bệnh, nội dung dặn dò, tư vấn, giáo dục sức khỏe về chế độ ăn, uống, nghỉ ngơi, sinh hoạt của bác sỹ và điều dưỡng đối với người bệnh và các mục khám lâm sàng được thực hiện đầy đủ hơn. Hiệu quả này có ý nghĩa thống kê với tất cả 06 bệnh được chọn và như nhau ở các bệnh viện áp dụng QTCM. Kết quả này tương tự như kết quả từ các nghiên cứu trên thế giới [39], [48], [58], [60], [69]. Kết quả này được giải thích bởi kết quả định tính: đa số cán bộ được phỏng vấn đều đồng ý rằng do được thiết kế dưới dạng bảng kiểm nên QTCM có ưu điểm là dễ dàng theo dõi và dễ ghi chép nên các NVYT (gồm cả bác sỹ và điều dưỡng viên) đều dễ dàng tuân thủ các nội dung thường bị bỏ sót khi dùng bệnh án thông thường như hỏi bệnh, tư vấn, dặn dò chế độ ăn uống, nghỉ ngơi khi người bệnh được ra viện. Theo đó người bệnh được theo dõi mọi diễn biến trong quá trình điều trị, kiểm soát các DVYT không cần thiết nên chất lượng điều trị được đảm bảo và người bệnh nhận được các nội dung chăm sóc, điều trị đầy đủ hơn. Tuy vậy, đây có thể là ước lượng thừa về hiệu quả của QTCM do phụ thuộc vào sự trung thực của NVYT, có thể NVYT không thực hiện đầy đủ các nội dung yêu cầu nhưng vẫn báo cáo và đánh dấu ghi nhận trên hồ sơ là có thực hiện.

Giảm số ngày nằm viện:

Số ngày nằm viện trung bình ở nhóm người bệnh áp dụng QTCM thấp hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm so sánh từ 1 ngày (bệnh COPD) đến 3 ngày (sỏi túi mật và u xơ TTL). Kết quả này phù hợp với nhận xét trong một nghiên cứu tổng quan hệ

thống năm 2010 rằng thời gian nằm viện giảm từ 1,4 đến 5 ngày tùy từng nhóm trường hợp bệnh [69]. Khoảng cách về số ngày nằm viện giảm được khác nhau tùy thuộc vào trường hợp bệnh, có thể giải thích do mỗi trường hợp bệnh có đặc thù riêng về mức độ tiến triển của bệnh trong quá trình điều trị.

So với số ngày nằm viện theo hạch toán chung tại các bệnh viện áp dụng các QTCM tương tự trong dự án: “Chương trình Phát triển nguồn nhân lực y tế”, số ngày nằm viện trung bình của nhóm áp dụng QTCM ở 3 bệnh viện thấp hơn số ngày nằm viện theo hạch toán của dự án ở bệnh sỏi túi mật (7,7 ngày so với 9,6 ngày) và bệnh ĐTD tuýp II (8,3 ngày so với 8,7 ngày); và cao hơn ở bệnh TCCTE (4,0 ngày so với 3,6 ngày); bệnh u xơ TTL (10,6 ngày so với 9,8 ngày); bệnh COPD (9,4 ngày so với 8,9 ngày); bệnh THA độ II, III (7,9 ngày so với 6,8 ngày) [7]. Sự khác nhau này có thể do sự khác nhau về tình trạng sức khỏe của người bệnh. Tuy nhiên có thể thấy sự khác nhau này không nhiều chỉ khoảng 0,5 đến 1 ngày, cho thấy cách áp dụng và hiệu quả QTCM giữa các bệnh viện không khác nhau nhiều.

Giảm số loại các xét nghiệm, số loại thuốc và số loại vật tư tiêu hao:

Với cả 06 bệnh được chọn, nhóm áp dụng QTCM đều có số loại xét nghiệm thấp hơn nhóm so sánh. Hiệu quả giảm các dịch vụ không cần thiết bao gồm xét nghiệm cũng được chỉ ra trong kết quả nghiên cứu thử nghiệm tại bệnh viện Thanh Nhàn và bệnh viện huyện Ba Vì năm 2010 [3]. Khi xem xét hồ sơ/ bệnh án, chúng tôi thấy rằng các xét nghiệm được giảm bớt khi áp dụng QTCM chủ yếu là các xét nghiệm chuyên sâu sử dụng để chẩn đoán/ tiên lượng các bệnh kèm theo hoặc biến chứng có thể có của bệnh chính đang được điều trị. Ví dụ với bệnh ĐTD tuýp II, nhóm so sánh thường có các chỉ định soi đáy mắt, xét nghiệm đông máu, siêu âm Doppler mạch, chụp MSCT mạch máu... trong khi đó ở nhóm áp dụng QTCM, những xét nghiệm, thăm dò này chỉ được chỉ định cho người bệnh có dấu hiệu/ bị nghi ngờ có biến chứng về mắt, mạch máu,....

Nghiên cứu này cho thấy có sự thấp hơn có ý nghĩa thống kê giữa nhóm áp dụng QTCM so với nhóm so sánh về số loại thuốc: thấp hơn từ 1 loại (TCCTE, sỏi túi mật) đến 4 loại thuốc (COPD); về số loại vật tư tiêu hao: thấp hơn từ 2 loại (TCCTE) đến 6 loại (u xơ TTL, sỏi túi mật, COPD). Một số nghiên cứu trên thế giới đã chứng

minh việc áp dụng QTCM giúp giảm các DVYT không cần thiết trong đó có thuốc, vật tư tiêu hao [69]. Số loại vật tư tiêu hao giảm được khi áp dụng QTCM nhiều hơn mức độ giảm về số loại thuốc, số loại xét nghiệm. Sự khác biệt này có thể do khi số ngày nằm viện giảm thì số vật tư tiêu hao trung bình trong ngày giảm, thêm vào đó là số loại xét nghiệm giảm có thể cũng khiến số vật tư tiêu hao để thực hiện xét nghiệm đó giảm.

Kết quả hồi quy Poisson đa biến về một số yếu tố liên quan đến số ngày điều trị và số loại DVYT đã sử dụng cho thấy việc áp dụng QTCM là yếu tố duy nhất có mối liên quan có ý nghĩa thống kê với số ngày điều trị và số loại DVYT đã sử dụng ở tất cả các bệnh được chọn. Các yếu tố tuổi, giới ít ảnh hưởng đến số ngày điều trị và số loại DVYT. Kết quả này phản ánh việc lựa chọn ghép cặp, phân bố tương đối đồng đều về đặc điểm tuổi, giới giữa nhóm áp dụng QTCM và nhóm so sánh, đảm bảo tương đối yêu cầu của thiết kế nghiên cứu can thiệp.

Kết quả nghiên cứu cho thấy với bệnh sỏi túi mật, so với nhóm người >55 tuổi, nhóm người ≤ 35 tuổi có nguy cơ thấp hơn trong việc phải nằm viện dài ngày (OR=0,75; p=0,007). Kết quả này phù hợp với thực tế, tuổi cao có thể là yếu tố làm tăng mức độ nặng của bệnh, có thể ảnh hưởng đến sự đáp ứng với phương pháp điều trị,... do đó số ngày điều trị dài hơn.

Với bệnh TCCTE, kết quả cho thấy hiệu quả giảm số loại xét nghiệm khi áp dụng QTCM khác nhau giữa các bệnh viện: tại bệnh viện A giảm 1 loại; bệnh viện B giảm 3 loại và bệnh viện C giảm 2 loại. Tuy nhiên, khi xem xét kỹ hơn kết quả nghiên cứu, chúng tôi nhận thấy không có sự khác nhau về trung bình số loại xét nghiệm của nhóm áp dụng QTCM giữa các bệnh viện. Sự khác nhau về hiệu quả giảm số loại xét nghiệm giữa các bệnh viện cùng áp dụng QTCM là do có khác nhau về số loại xét nghiệm ở nhóm so sánh tại các bệnh viện.

Ngoài ra, chúng tôi cho rằng sự không đồng bộ về cơ sở hạ tầng, trang thiết bị, trình độ của NVYT, đặc điểm của người bệnh, bệnh được chọn áp dụng QTCM giữa các bệnh viện có thể là lý do góp phần dẫn đến sự khác biệt về hiệu quả của áp dụng QTCM trong giảm số loại dịch vụ như xét nghiệm, thuốc, vật tư tiêu hao trong nghiên cứu này. Mặt khác, sự khác nhau giữa các bệnh viện về hiệu quả khi áp dụng QTCM

có thể do cách thức áp dụng QTCM khác nhau. Tuy nhiên, kết quả tổng thể vẫn cho thấy việc áp dụng QTCM có hiệu quả nhất định trong việc kiểm soát, hạn chế việc gia tăng các dịch vụ không cần thiết, qua đó cải thiện chất lượng dịch vụ cung cấp cho người bệnh như các nghiên cứu trên thế giới đã chỉ ra.

Hiệu quả giảm số ngày nằm viện, số loại DVYT (xét nghiệm, thuốc, vật tư tiêu hao) tại thời điểm nghiên cứu có thể chưa nhiều nhưng trong tương lai khi áp dụng QTCM thì việc tính đúng, tính đủ các dịch vụ là tất yếu và sự gia tăng các dịch vụ không cần thiết sẽ được kiểm soát.

Hiệu quả hạn chế gia tăng chi phí dịch vụ y tế:

Kết quả nghiên cứu cho thấy việc áp dụng quy trình chuyên môn tác động theo hướng giảm, theo đó nhóm áp dụng QTCM có chi phí thấp hơn so với nhóm so sánh. Chiều hướng này cũng được chỉ ra trong các nghiên cứu thử nghiệm QTCM ở Việt Nam năm 2010 [3] và được đa số các nghiên cứu trên thế giới trước đó chứng minh [20], [52], [69].

Trong nghiên cứu có sự khác nhau về hiệu quả giảm tổng chi phí điều trị giữa các bệnh khác nhau (thấp nhất là bệnh TCCTE, nhiều nhất là bệnh u xơ TTL). Kết quả này phản ánh thực tế số lượng và số loại các DVYT sử dụng khác nhau giữa các trường hợp bệnh, bên cạnh đó DVYT sử dụng có nằm trong danh mục được BHYT hay không cũng tạo nên sự khác nhau về hiệu quả chi phí khi áp dụng QTCM. Tuy vậy, kết quả nghiên cứu cho thấy, khi áp dụng cùng QTCM, khoảng cách về số loại và chi phí cho DVYT giữa các bệnh viện khác nhau là không nhiều. Điều này cho thấy, việc áp dụng QTCM giúp chuẩn hoá và kiểm soát các DVYT được sử dụng, đảm bảo người bệnh được cung cấp DVYT một cách “Công bằng, Hiệu quả, Chất lượng và Phát triển”.

So với tổng chi phí trung bình thực tế cho một đợt điều trị của người bệnh theo kết quả từ dự án: “Chương trình Phát triển nguồn nhân lực y tế” triển khai tại 34 bệnh viện, tổng chi phí điều trị của người bệnh áp dụng QTCM ở 3 bệnh viện tương đồng với bệnh COPD (khoảng 2,7 triệu đồng); thấp hơn đối với bệnh sỏi túi mật (5,0 triệu đồng so với 6,7 triệu đồng); bệnh u xơ TTL (5,4 triệu đồng so với 9,1 triệu đồng); bệnh ĐTĐ tuýp II (2,1 triệu đồng so với 2,7 triệu đồng); và cao hơn đối với bệnh

TCCTE (1,1 triệu đồng so với 704 nghìn đồng); bệnh THA độ II, III (2,5 triệu đồng so với 1,6 triệu đồng) [7]. Sự khác nhau giữa cách hạch toán chi phí của dự án và của nghiên cứu: dự án hạch toán đầy đủ theo trường hợp bệnh, còn nghiên cứu áp dụng phương pháp tính toán chi phí từ dưới lên nên chi phí điều trị của người bệnh áp dụng QTCM trong nghiên cứu thấp hơn. Sự khác nhau về mức độ trầm trọng của bệnh, sự đáp ứng với phác đồ điều trị... của người bệnh dẫn đến sự khác nhau về số lượng, số loại DVYT phải sử dụng mặc dù cùng áp dụng QTCM, cùng với sự khác nhau về giá dịch vụ giữa 03 bệnh viện trong nghiên cứu so với 34 bệnh viện trong dự án có thể khiến chi phí điều trị của người bệnh áp dụng QTCM trong nghiên cứu cao hơn không nhiều so với dự án.

Kết quả nghiên cứu cho thấy sự giảm rõ rệt của các chi phí thành phần (chi phí giường bệnh, chi phí xét nghiệm, chi phí thuốc, chi phí chẩn đoán hình ảnh, chi phí phẫu thuật/ thủ thuật, chi phí cho vật tư tiêu hao) khi áp dụng QTCM. Tuy nhiên, có những chi phí giảm tương ứng với sự giảm về số ngày điều trị, số loại DVYT đã sử dụng, song cũng có trường hợp, số loại DVYT giảm không nhiều nhưng chi phí giảm đáng kể, ngược lại số loại dịch vụ giảm nhiều nhưng chi phí giảm không nhiều và mức độ giảm khác nhau giữa các bệnh. Điều này phù hợp thực tế là do đặc thù các bệnh khác nhau thì số loại DVYT sử dụng khác nhau; cùng loại DVYT, cùng loại bệnh nhưng với thể trạng người bệnh khác nhau thì số lượng DVYT phải sử dụng khác nhau, do đó dẫn đến chi phí cho DVYT đó khác nhau. Mặt khác, nghiên cứu của chúng tôi đang dừng lại ở việc thống kê số loại DVYT, chưa tìm hiểu sâu hơn về số lượng, tên và giá của loại DVYT đó vì 01 loại thuốc trong điều trị bệnh TCCTE có giá thấp hơn 01 loại thuốc trong điều trị COPD hay các bệnh khác. Ảnh hưởng do yếu tố giá DVYT cũng giải thích cho kết quả với 02 bệnh ngoại khoa, dù chỉ giảm 2 loại xét nghiệm nhưng chi phí xét nghiệm giảm khoảng 120.000 VNĐ đến 145.600 VNĐ; trong khi đó cũng với 2 bệnh này, số loại vật tư tiêu hao giảm tới 06 loại nhưng chi phí cho vật tư tiêu hao và khác chi giảm từ 94.100 VNĐ đến 112.300 VNĐ.

Kết quả nghiên cứu về chi phí giường bệnh thực chi cho đợt điều trị của người bệnh, giữa các bệnh viện khác nhau, với cùng số ngày điều trị nhưng chi phí giường bệnh khác nhau. Kết quả này phản ánh thực tế hiện nay tại Việt Nam đang tồn tại

nhiều giá ngày/ giường trong cùng một bệnh viện, và tồn tại nhiều mức giá cho cùng loại giường với cùng đặc điểm về thiết bị và điều kiện kèm theo như nhau nhưng có mức giá khác nhau giữa các bệnh viện khác nhau. Do đó, giá giường bệnh giả định đã được đưa vào phân tích như một mức giá cố định, không chịu tác động từ lựa chọn giường dịch vụ, các thiết bị kèm theo của người bệnh. Kết quả phân tích giá giường giả định đã cho thấy mối quan hệ thuận QTCM làm giảm số ngày điều trị dẫn đến giảm chi phí giường bệnh.

Phân tích tỷ lệ các chi phí thành phần cho một đợt điều trị đối với 06 bệnh được chọn áp dụng QTCM, kết quả cho thấy chi phí thuốc là chi phí chiếm tỷ lệ cao nhất trong tổng chi phí các DVYT sử dụng trong đợt điều trị ở cả nhóm áp dụng QTCM và nhóm so sánh, đặc biệt là nhóm bệnh mạn tính; tiếp đến là chi phí xét nghiệm; riêng đối với các bệnh ngoại khoa, chi phí cho phẫu thuật/ thủ thuật là chi phí chiếm tỷ lệ lớn tiếp theo sau chi phí cho thuốc. Kết quả này phù hợp với thực tế quá trình điều trị của từng loại bệnh: nhóm bệnh mạn tính sử dụng thuốc là chủ yếu trong suốt cả quá trình điều trị tại viện hay tại cộng đồng; xét nghiệm là dịch vụ cơ bản và gần như bắt buộc đối với người bệnh để xác định căn nguyên; đối với nhóm bệnh ngoại khoa phẫu thuật/ thủ thuật là chi phí thiết yếu, thuốc được dùng để hỗ trợ quá trình điều trị và chống nhiễm khuẩn vết mổ. Kết quả nghiên cứu cũng cho thấy khi áp dụng QTCM, tỷ lệ các chi phí trên ở nhóm có áp dụng QTCM đều giảm có ý nghĩa so với nhóm so sánh, mặc dù thứ tự tỷ lệ ít thay đổi. Điều này phù hợp với hiệu quả giảm có ý nghĩa thống kê về các chi phí thành phần sử dụng trong đợt điều trị của người bệnh. Mặc dù không nằm trong mục tiêu chính của nghiên cứu nhưng kết quả so sánh tỷ lệ các chi phí trong tổng chi phí các DVYT có ý nghĩa trong việc hoạch định chính sách. Kết quả này có thể là căn cứ để lựa chọn ưu tiên các dịch vụ cần cải thiện, kiểm soát chi phí.

Tổng chi phí người bệnh đồng chi trả cho đợt điều trị khi áp dụng QTCM giảm không nhiều so với nhóm so sánh (dưới 30.000 VNĐ). Có thể vì người bệnh tham gia nghiên cứu có sử dụng BHYT, các DVYT được chỉ định cho người bệnh chủ yếu nằm trong danh mục được BHYT chi trả và người bệnh không có các bệnh kèm theo, không có biến chứng/ tiến triển xấu để phải sử dụng các dịch vụ kỹ thuật cao. Điều

này được minh chứng qua % BHYT chi trả với các bệnh được nghiên cứu cao (từ 89,6% đến 98,3%). Tuy không có ý nghĩa thống kê nhưng nghiên cứu cho thấy tỷ lệ BHYT chi trả của nhóm áp dụng QTCM cao hơn từ 0,8% đến 3,7% so với nhóm so sánh. Điều này phản ánh một mặt tích cực của việc áp dụng QTCM là tăng số DVYT được chỉ định trong danh mục BHYT chi trả.

Tìm hiểu mối liên quan giữa một số yếu tố và chi phí DVYT của người bệnh tham gia nghiên cứu, kết quả cho thấy việc áp dụng quy trình chuyên môn góp phần làm giảm tổng chi phí của đợt điều trị nhiều hơn so với các yếu tố cá nhân (tuổi, giới) của người bệnh. Kết quả này phù hợp với kết quả giảm của đa số các loại chi phí thành phần ở nhóm áp dụng QTCM so với nhóm so sánh.

4.2. Một số yếu tố ảnh hưởng đến việc áp dụng quy trình chuyên môn

Việc áp dụng QTCM có hiệu quả hay không phụ thuộc vào nhiều yếu tố mà trong nghiên cứu này phân kết quả định lượng mới chỉ tập trung phân tích theo từng loại bệnh được nghiên cứu và chưa chỉ ra hết được các yếu tố khác. Kết quả nghiên cứu định tính đã bổ sung, làm rõ hơn các yếu tố có thể ảnh hưởng đến hiệu quả áp dụng QTCM. Đó là các yếu tố thuộc nội tại của QTCM (ưu điểm và nhược điểm), là các yếu tố bên ngoài tác động theo hướng tích cực (tạo điều kiện thuận lợi) hoặc cản trở (gây khó khăn) đối với việc áp dụng QTCM. Những ưu điểm, nhược điểm, thuận lợi và khó khăn được đa số cán bộ tham gia nghiên cứu đồng ý và phù hợp với các tài liệu, nghiên cứu đã có trên thế giới phân tích về QTCM.

Về ưu điểm của QTCM:

“Thuận tiện cho công tác ghi chép, rút ngắn thời gian hành chính” là ưu điểm được 26/32 ý kiến đồng ý. Một số nghiên cứu cho rằng đây là ưu điểm giúp QTCM dễ dàng được chấp nhận tại các bệnh viện [20], [21], [44]. Do thiết kế của QTCM đơn giản, theo dạng bảng kiểm nên NVYT chỉ cần đánh dấu vào ô cần tiến hành, rút ngắn được thời gian hành chính. Với tình trạng quá tải công việc ở nhiều bệnh viện hiện nay, việc tiết kiệm được thời gian, hạn chế việc ghi chép là mong muốn của nhiều NVYT. Từ việc tiết kiệm được thời gian hoàn thành các thủ tục hành chính nên thời gian nằm viện của người bệnh cũng được rút ngắn. Với thiết kế dưới dạng bảng kiểm, QTCM cũng có ưu điểm giúp các nhà quản lý dễ dàng theo dõi, đánh giá hoạt động

của NVYT, nhưng thực tế để đánh giá hoạt động của NVYT không thể chỉ dựa vào QTCM vì chất lượng đánh giá phụ thuộc vào nhận thức, tính trung thực của người sử dụng bảng kiểm (ở đây là phụ thuộc vào tính trung thực của NVYT trong ghi chép hồ sơ QTCM).

QTCM được xây dựng với tiêu chí các hướng dẫn được diễn đạt dễ hiểu, dễ điền thông tin, dễ kiểm tra và không đòi hỏi những quy định, yêu cầu đặc thù. Do đó với trường hợp bệnh cụ thể, QTCM là phù hợp và giúp các cán bộ trẻ dễ theo dõi, thực hiện, qua đó nâng cao năng lực chuyên môn. Ưu điểm này có được là do quá trình xây dựng QTCM cho trường hợp bệnh luôn có sự tham gia của các nhóm liên quan như nhóm chuyên gia chuyên môn sâu về bệnh, nhóm bác sỹ, nhóm ĐDV... Tuy nhiên, ưu điểm này luôn đi kèm với nhược điểm là không phù hợp áp dụng cho các bệnh phức tạp, có nhiều bệnh kèm theo (nghiên cứu sẽ bàn luận kỹ hơn về nhược điểm của QTCM ở phần sau).

Ưu điểm về đảm bảo chất lượng điều trị, cải tiến công tác quản lý, dễ giám sát việc tuân thủ quy trình kỹ thuật của NVYT và việc kê đơn của bác sỹ được đa số các ý kiến đề cập đến chính là do QTCM được thiết kế như một bảng kiểm, theo đó người bệnh được theo dõi mọi diễn biến trong quá trình điều trị, kiểm soát các DVYT không cần thiết nên chất lượng điều trị được đảm bảo. Ưu điểm này được minh chứng bằng các kết quả nghiên cứu định lượng về hiệu quả giảm biến chứng/ tai biến, giảm tử vong/ nhập viện lại [69] và việc các nội dung trong chăm sóc như hỏi bệnh, tư vấn, dặn dò người bệnh được đầy đủ hơn khi áp dụng QTCM.

Kết quả cho thấy áp dụng QTCM giúp cải tiến công tác quản lý bệnh viện, các nhà quản lý dễ dàng giám sát việc tuân thủ quy trình kỹ thuật của NVYT và việc kê đơn của bác sỹ. Ưu điểm này có được là do QTCM là ghi chép lại các bước chăm sóc đã được thực hiện trong một đợt điều trị theo dạng bảng kiểm, có những khoảng trống ghi lại những khác biệt trong quá trình chăm sóc và điều trị người bệnh so với phương pháp thông thường nên đối với các cán bộ làm công tác quản lý bệnh viện, đa số họ thấy rằng họ dễ dàng theo dõi và quản lý được về thực hành của NVYT trong chăm sóc và điều trị cho người bệnh. Tuy nhiên để công tác quản lý bệnh viện dựa

trên việc áp dụng QTCM thực sự có hiệu quả, các nhà quản lý cần kiểm soát được tính trung thực trong ghi chép trong hồ sơ QTCM của NVYT.

“Tăng làm việc nhóm” là ưu điểm khác cũng được đa số cán bộ đề cập đến. Do QTCM được thiết kế có các phân/ nội dung đòi hỏi điều dưỡng và bác sỹ cũng như các bộ phận liên quan khác cùng tham gia thực hiện nên tăng sự trao đổi, chia sẻ kinh nghiệm giữa các nhóm NVYT trong cùng kíp trực hoặc giữa các kíp trực khác nhau nhưng cùng tham gia chăm sóc và điều trị cho người bệnh. Điều này cũng giúp NVYT trẻ, chưa có nhiều kinh nghiệm có được thuận lợi để nâng cao trình độ chuyên môn. Một số nghiên cứu cũng cho thấy ưu điểm này [23], [29], [34].

Đa số các nghiên cứu trên thế giới, nghiên cứu áp dụng thử nghiệm QTCM năm 2010 tại Việt Nam và kết quả phần nghiên cứu định lượng của nghiên cứu này đều cho thấy số ngày nằm viện giảm khi áp dụng QTCM [3], [20], [27], [52], [68], [69], [71], [72]. Tuy nhiên, khi được hỏi về số ngày nằm viện của những người bệnh áp dụng QTCM, ý kiến tại 2/3 bệnh viện tham gia nghiên cứu đều cho rằng so với hồ sơ bệnh án thông thường đang thực hiện thì QTCM không tạo ra sự thay đổi về số ngày nằm viện nhưng cũng không có ý kiến nào cho rằng QTCM làm tăng số ngày nằm viện. Điều này có thể giải thích bởi một số lý do như: thời gian áp dụng thử nghiệm QTCM tại bệnh viện ngắn nên chưa thể đánh giá hiệu quả thực sự về thời gian điều trị; người trả lời giữ quan điểm trung lập, không đưa ra đánh giá do chưa có đủ thông tin, cơ sở để kết luận vì ngoài yếu tố quy trình chăm sóc và chất lượng các DVYT ảnh hưởng đến số ngày nằm viện thì có nhiều yếu tố khác cũng có thể ảnh hưởng đến số ngày nằm viện như đặc điểm cá nhân, tình trạng bệnh, đáp ứng của cơ thể người bệnh với quá trình điều trị (để tránh tình trạng này, nghiên cứu đã đưa ra tiêu chí lựa chọn người bệnh ở nhóm so sánh tương đối giống nhau về các đặc điểm cá nhân và bệnh so với người bệnh ở nhóm áp dụng QTCM, mặc dù vậy vẫn không thể loại bỏ hoàn toàn lý do này).

Một ưu điểm khác được đề cập đến cũng liên quan đến hiệu quả của QTCM trong việc giảm về vật tư tiêu hao, DVYT không cần thiết và chi phí điều trị. Các nhận xét được đưa ra theo hai hướng trái chiều. Một nhóm cán bộ cho rằng khi áp dụng QTCM, số vật tư tiêu hao, DVYT được thực hiện theo định mức có sẵn nên tiết

kiệm hơn và làm giảm chi phí. Một nhóm cán bộ khác thì không thấy sự khác biệt về vật tư tiêu hao, số DVYT khi áp dụng QTCM vì theo họ bản chất các bệnh là như nhau, với cùng người bệnh thì việc áp dụng QTCM hay bệnh án thông thường thì số lượng vật tư tiêu hao, DVYT sử dụng không đổi nên không thay đổi về chi phí, thậm chí nếu tính đúng, tính đủ thì chi phí có thể tăng. Hai hướng nhận xét đều phù hợp với thời điểm nghiên cứu ở Việt Nam chưa có quy định cụ thể về cách hạch toán chi phí điều trị. Kết quả định lượng trong nghiên cứu và các nghiên cứu cũng cho thấy trên thế giới cũng tồn tại 02 hướng nhận xét này, trong đó phần nhiều theo hướng nhận xét rằng QTCM có hiệu quả trong giảm vật tư tiêu hao và các DVYT không cần thiết [69].

Về nhược điểm của QTCM:

Thiết kế phù hợp cho một THB vừa là ưu điểm vừa là nhược điểm của QTCM. Vì chỉ phù hợp cho một THB đơn thuần nên trong thiết kế của QTCM tồn tại các điểm yếu như gây khó khăn, lúng túng cho NVYT trong cách ghi chép, theo dõi khi người bệnh có biến chứng bất thường hoặc khi người bệnh có kèm thêm các bệnh khác. Nhược điểm này cũng được chỉ ra trong các nghiên cứu trước đây [17], [29], [33]. Vì bản chất QTCM là y học dựa vào bằng chứng nên rất khó để xây dựng QTCM cho bệnh có diễn biến phức tạp, khó tiên lượng hoặc có nhiều bệnh kèm theo. Nghiên cứu của Davis và Tylor-Vaisey đã chỉ ra rằng những trường hợp bệnh có mắc thêm các bệnh phối hợp thì khả năng tuân thủ QTCM ít hơn những trường hợp bệnh chỉ điều trị một bệnh [29]. Một số nghiên cứu cũng nhấn mạnh điều này có liên quan đến những khó khăn trong chẩn đoán cũng như mức độ phức tạp về tình trạng sức khỏe của người bệnh, phải chú ý đến những nhu cầu chăm sóc đặc thù cho người bệnh có một số bệnh phối hợp thường đi kèm nhau [49]; [61] đòi hỏi QTCM có những lựa chọn điều trị khác nhau theo diễn biến của bệnh và quyết định của nhóm bác sỹ điều trị. Do đó rất khó để xây dựng được QTCM phù hợp cho tất cả các trường hợp bệnh hoặc cho những người bệnh có nhiều bệnh phối hợp.

Do nhóm NVYT là đối tượng trực tiếp triển khai áp dụng và sử dụng QTCM thường xuyên (đặc biệt là điều dưỡng và bác sỹ) nên hiệu quả việc áp dụng phụ thuộc vào nhận thức, trình độ và thói quen của NVYT. Điều này trở thành nhược điểm của

QTCM vì khi NVYT không nhận thức đầy đủ về tầm quan trọng của việc tuân thủ QTCM, NVYT sẽ triển khai QTCM một cách hình thức và không cẩn thận, không chi tiết trong việc ghi chép về quá trình chăm sóc và điều trị cho người bệnh. Bên cạnh đó “thói quen dùng bệnh án truyền thống và tâm lý ngại thay đổi” là đặc điểm rất khó thay đổi của NVYT và ảnh hưởng đến việc áp dụng QTCM, đặc biệt trong giai đoạn đầu khi NVYT phải làm quen với cách ghi chép mới. Nhược điểm này cũng đã được chỉ ra trong các nghiên cứu [24], [34], [38], [53] và đòi hỏi cần thiết phải tiến hành tập huấn, hướng dẫn cho nhóm NVYT nói riêng và các bên liên quan nói chung để đảm bảo các nhóm này có nhận thức và thái độ đúng trong triển khai QTCM. Bên cạnh đó, với mục đích của các nhà quản lý sử dụng QTCM như một căn cứ để giám sát, đánh giá việc tuân thủ quy trình kỹ thuật của NVYT và việc kê đơn của bác sỹ thì sự trung thực trong ghi chép hồ sơ QTCM của NVYT là vấn đề quan trọng nhưng rất khó kiểm soát và phụ thuộc rất nhiều vào nhận thức, ý thức, “y đức” của NVYT.

Về thuận lợi khi áp dụng QTCM:

Nằm trong định hướng phát triển của ngành Y tế và được các nhà quản lý, Ban giám đốc bệnh viện ủng hộ là yếu tố thúc đẩy việc áp dụng QTCM, đã được chỉ ra trong các nghiên cứu trước đây [39], [60]. Với chủ trương đổi mới về cơ chế tài chính DVYT của Bộ Y tế thì việc xây dựng và áp dụng QTCM để làm cơ sở hạch toán chi phí theo phương thức chi trả trọn gói theo THB là giải pháp để đổi mới phương thức chi trả phù hợp ở Việt Nam. Đối với các bệnh viện, từ những lợi ích có được khi áp dụng QTCM đa số Ban lãnh đạo các bệnh viện đều ủng hộ. Hai yếu tố này có thể có tác động đến nhau, vì nằm trong định hướng phát triển của ngành nên các nhà quản lý, Ban giám đốc dễ dàng ủng hộ và áp dụng. Ngược lại, với sự ủng hộ của các nhà quản lý và Ban giám đốc bệnh viện, định hướng phát triển của ngành sẽ được triển khai hiệu quả bằng những biện pháp phù hợp với sự tham gia của bệnh viện và có tính duy trì.

Một số ít ý kiến cho rằng áp dụng QTCM tạo cơ hội nâng cao năng lực cán bộ cho bệnh viện và chính NVYT của bệnh viện có cơ hội được tập huấn, nâng cao năng lực chuyên môn, kỹ thuật. Do đó, NVYT đều hào hứng, tích cực tham gia và hợp tác

trong quá trình thử nghiệm áp dụng QTCM tại bệnh viện. Trong các nghiên cứu đã có, yếu tố này không được coi là cơ hội mà là hiệu quả của việc áp dụng QTCM [14], [42]. Tuy nhiên, trong nghiên cứu này, tác giả nhận thấy đây cũng là yếu tố thuận lợi thúc đẩy việc áp dụng QTCM vì khi các đối tượng liên quan trong đó có NVYT trực tiếp sử dụng QTCM đều tích cực tham gia, ủng hộ và hợp tác trong quá trình áp dụng QTCM thì chất lượng thông tin ghi chép hồ sơ QTCM được đảm bảo về tính chính xác và có độ tin cậy cao hơn, các bước áp dụng QTCM được thực hiện theo đúng trình tự hơn, qua đó QTCM sẽ thực sự hiệu quả.

Về khó khăn khi áp dụng QTCM:

Khó khăn được đa số các cán bộ tham gia nghiên cứu đặt ra khi áp dụng QTCM đó là QTCM chưa được tích hợp đồng bộ vào hệ thống bệnh viện hay nói cách khác hệ thống bệnh viện của nước ta còn chưa đồng bộ trong cùng tuyến và giữa các tuyến cũng tồn tại nhiều khoảng cách nên rất khó để áp dụng cùng QTCM cho cùng THB. Tiếp theo là khó khăn do tồn tại những rào cản về pháp lý, đây là yếu tố được nhiều nghiên cứu đề cập đến, theo đó việc áp dụng QTCM có thể làm tăng khả năng NVYT và bệnh viện phải đối mặt với những thách thức, khiếu nại, khiếu kiện từ người bệnh [38]. Trong nghiên cứu, một số ý kiến cho rằng áp dụng QTCM để hướng đến “công bằng, hiệu quả, chất lượng và phát triển” nên nó có giá trị pháp lý khi được Hội đồng khoa học của bệnh viện thông qua, theo đó khi có sự cố y khoa, QTCM sẽ trở thành căn cứ cho hội đồng chuyên môn xác định nguyên nhân là từ phía NVYT hay do tình trạng sức khỏe của người bệnh. Điều này đòi hỏi Hội đồng khoa học của bệnh viện phải xem xét rất kỹ trước khi thông qua QTCM.

Khó khăn từ sự khác biệt về văn hóa giữa NVYT và người bệnh được chỉ ra trong nghiên cứu của tác giả HR. Waters và cộng sự [38] không được chỉ ra trong nghiên cứu này. Có thể vì giữa người bệnh và NVYT tại các bệnh viện tham gia nghiên cứu khi áp dụng QTCM chưa xảy ra vấn đề gì. Mặt khác tâm lý trong điều trị của hầu hết người bệnh là bị động và luôn làm theo chỉ định của bác sỹ và hướng dẫn của điều dưỡng. Tâm lý ngại thay đổi của NVYT được đa số các ý kiến cho rằng đó là nhược điểm của QTCM (phụ thuộc vào nhận thức, trình độ và thói quen của NVYT).

Trong nghiên cứu, nhiều ý kiến cho rằng khó khăn trong hạch toán chi phí theo trường hợp bệnh, thanh toán BHYT là yếu tố ảnh hưởng đến việc áp dụng QTCM tại các bệnh viện vì đây là vấn đề liên quan trực tiếp đến một nguồn kinh phí hoạt động của bệnh viện đó là BHYT. Thống nhất về cách hạch toán chi phí giữa bệnh viện và cơ quan BHYT là thách thức lớn và là bài toán khó tìm ra hướng giải quyết tại thời điểm hiện tại vì các bên liên quan chưa có căn cứ tính toán chi phí hợp lý, phù hợp với biến động về giá trị tiền tệ, chưa có sự đồng bộ về cơ sở hạ tầng, trang thiết bị giữa các tuyến... Điều này dễ hiểu bởi hiện tại chưa tìm được phương thức hạch toán chi phí DVYT và giá viện phí phù hợp có thể dung hòa quyền lợi và trách nhiệm giữa các bên liên quan và các nhóm lợi ích trong hoạt động chăm sóc và bảo vệ sức khỏe người dân nói chung. Cụ thể: Các bệnh viện là nhà cung cấp DVYT thực hiện các quy định về tự chủ, tự chịu trách nhiệm và dưới xu hướng xã hội hóa, họ có xu hướng đưa ra được mức giá viện phí cao để đảm bảo đủ để bù vào các chi phí mà bệnh viện bỏ ra và có dư kinh phí để tái đầu tư phát triển. Cơ quan BHYT, với chính sách BHYT toàn dân, là bên chi trả một phần giá viện phí do bệnh viện đưa ra đối với một đợt điều trị, họ có một số quỹ nhất định, họ luôn muốn hướng đến việc phải chi trả ít nhất để không xảy ra hiện tượng “vỡ hoặc bội chi quỹ bảo hiểm”. Trong khi đó người bệnh, là nhóm sử dụng DVYT, họ luôn muốn được sử dụng DVYT có chất lượng tốt nhất nhưng cũng muốn phải chi trả ít nhất. Còn nhà quản lý, hoạch định chính sách luôn muốn hướng đến sự “công bằng” và xu hướng chung của thế giới là hướng đến “tính đúng, tính đủ”. Thêm vào đó là hệ thống y tế ở Việt Nam được đầu tư phát triển không đồng bộ từ nhiều năm nay nên rất khó để tính toán, ước lượng, hạch toán các chi phí phù hợp để áp dụng chung trong toàn hệ thống. Mặc dù vậy, theo kỳ vọng, khi các bên liên quan đều công nhận để áp dụng QTCM thì QTCM có thể được coi là một công cụ để hạch toán chi phí và cơ sở thanh toán BHYT.

Kết quả nghiên cứu cho thấy khả năng đáp ứng còn hạn chế và khác nhau tùy từng bệnh viện, từng tuyến, từng khu vực về các yếu tố đầu vào như: NVYT có trình độ, trang thiết bị y tế đảm bảo chất lượng, giường bệnh, năng lực thực hiện các xét nghiệm, vật tư tiêu hao, năng lực ứng dụng CNTT.... là một trong những thách thức được đặt ra khi áp dụng QTCM. Thách thức này đã được chỉ ra trong nghiên cứu [3],

[49]. Đây là một trong những thách thức mà muốn khắc phục đòi hỏi cả về thời gian, tiền bạc và hệ thống cơ chế chính sách để đồng bộ hoá hoặc kéo gần khoảng cách giữa các tuyến.

Một yếu tố khó khăn khác ảnh hưởng đến việc áp dụng QTCM tại bệnh viện ít được chỉ ra trong các nghiên cứu trước đó nhưng lại được đặt ra trong nghiên cứu này là QTCM cần có tính linh hoạt để phù hợp với sự tiến bộ của khoa học kỹ thuật. Những vấn đề việc đồng bộ hóa QTCM với hệ thống bệnh viện hay thiết kế QTCM linh hoạt và phù hợp hơn với sự tiến bộ của khoa học là các yếu tố khó khăn mới, xuất phát từ khoảng cách về trình độ khoa học kỹ thuật trong mọi lĩnh vực trong đó có y khoa của Việt Nam so với các nước khác trên thế giới và từ sự phát triển và đầu tư không đồng bộ cho hệ thống y tế các tuyến. Khó khăn này đòi hỏi trong quá trình áp dụng QTCM, bệnh viện cần thường xuyên cập nhật những thay đổi, tiến bộ của về phác đồ điều trị, thay đổi về quy trình kỹ thuật để có những chỉnh sửa, bổ sung để QTCM phù hợp và hoàn thiện hơn.

Từ việc phân tích một số yếu tố ảnh hưởng đến việc áp dụng QTCM tại bệnh viện, có một số bài học kinh nghiệm và đề xuất đã được các đối tượng nghiên cứu đưa ra để phát huy ưu điểm, hạn chế nhược điểm, tận dụng các thuận lợi và khắc phục những khó khăn trong quá trình triển khai để áp dụng hiệu quả QTCM.

Đa số các ý kiến cho rằng để có thể triển khai hiệu quả và thực tế QTCM tại các bệnh viện ở Việt Nam cần có sự phối hợp và hợp tác của tất cả các bên liên quan. Những bên tham gia cần được tập huấn và giải thích rõ về ý nghĩa của việc áp dụng QTCM.

“...Để áp dụng QTCM tốt nhất thì thứ nhất là cũng phải được sự phối hợp của tất cả các điều dưỡng và thứ hai là được hỗ trợ từ cấp trên...” (1_nữ DD_TLN_02).

“... Đề nghị phải có sự tham gia của các Hội chuyên ngành trong xây dựng QTCM và phải có hỗ trợ về cơ sở hạ tầng, nhân lực của dự án...” (2_nữ LD_TLN_01).

“... Cần tập huấn và hướng dẫn thực hiện QTCM cho tất cả các bên liên quan...” (2_nữ DD_TLN_01).

Đề xuất trên là những hoạt động cần thiết không chỉ với việc triển khai áp dụng QTCM mà với bất kỳ một quy định, quy trình mới, và không những chỉ cần

thiết ở giai đoạn bắt đầu triển khai mà cần được duy trì để đảm bảo tính bền vững của việc áp dụng QTCM. Biện pháp này sẽ có tính khả thi và hiệu quả cao hơn với sự hỗ trợ của hệ thống quy định, văn bản hướng dẫn của Bộ Y tế và các cơ quan liên quan.

Có ý kiến đề xuất cần xây dựng QTCM phù hợp hơn có thể chỉ áp dụng QTCM cho các THB đơn thuần và xây dựng hướng dẫn thực hiện QTCM phù hợp hơn với trình độ người bệnh, người nhà người bệnh.

“Chỉ nên thu hẹp một số bệnh lý đơn thuần, ít cái đi kèm theo. Ví dụ: u xơ tiền liệt tuyến, đừng làm cái đó mà trên khoa chỉ làm bệnh lý về sỏi tiết niệu chẳng hạn, thì ít những cái kèm theo, như thế thuận lợi hơn ...” (3_nam BS_TLN_06).

“... Không phải cái gì cũng phát cho người bệnh bởi người bệnh cũng không đủ trình độ chuyên môn kỹ thuật để đọc hết từ đầu đến cuối. Họ sẽ chỉ đọc và giám sát cái phần nào mà gia đình người bệnh có quyền để tham gia vào quyết định điều trị thế thôi ...” (5_nữ QL_PVS_03).

Ý kiến này xuất phát từ thực tế áp dụng thử nghiệm QTCM, đối với những trường hợp bệnh phức tạp, có nhiều bệnh kèm theo và nhiều diễn biến bất thường trong quá trình chăm sóc và điều trị. Do khi QTCM chưa được thiết kế hợp với những tiến triển bất thường của bệnh khiến NVYT lúng túng và khiến QTCM lúc này trở thành hình thức. Vấn đề này cũng được các nghiên cứu đề cập đến [60], [74]. Tuy nhiên, việc xây dựng QTCM phù hợp cũng là một thách thức đối với các bệnh viện. Do đó, giải pháp khả thi có thể là xây dựng QTCM cho các THB thông thường, đơn thuần và ít các bệnh kèm theo.

Một đề xuất khác được đưa ra là cần phát triển hệ thống CNTT hiện đại, xây dựng và áp dụng đồng thời bệnh án điện tử, chữ ký điện tử với việc áp dụng QTCM.

“... QTCM cộng với bệnh án điện tử, 2 cái link với nhau. Chính máy tính chấm điểm bác sỹ điều trị người bệnh này, làm bệnh án cho người bệnh này, đã đầy đủ các bước chưa, có thiếu bước nào, có sai bước nào và máy sẽ nhắc nhở.... 2 cái link với nhau thì cứ cái nọ vào cái kia và tự nó kéo sang, mình làm cái bệnh án, cái kia cũng kiểm tra được...” (3_nam LD_TLN_06).

“... Sử dụng bệnh án điện tử, chữ ký điện tử, thế là rất đỡ. Vì được sử dụng bệnh án điện tử thì phần mềm của bệnh viện sẵn sàng đẩy toàn bộ kết quả xét nghiệm về khoa

phòng thì lại rất nhanh. Và thứ 2 là thực hiện được chữ ký điện tử thì càng giảm nhanh thời gian chờ đợi của người bệnh...” (3_nữ KH_TLN_06).

Đề xuất này phù hợp với sự phát triển về ứng dụng khoa học kỹ thuật và CNTT. Theo các nghiên cứu trên thế giới, áp dụng QTCM tạo ra thuận lợi để ứng dụng CNTT vào xây dựng cơ sở dữ liệu bệnh viện và giúp giám sát tính tuân thủ của NVYT như: hồ sơ bệnh án điện tử [65], đơn thuốc điện tử [56]. Tại Việt Nam, hồ sơ bệnh án điện tử đã được một số bệnh viện áp dụng để cải thiện công tác quản lý, giúp hội chẩn từ xa như bệnh viện đa khoa tỉnh Đồng Nai, bệnh viện quận Thủ Đức – thành phố Hồ Chí Minh [13]. Việc áp dụng bệnh án điện tử kết hợp với hệ thống chẩn đoán y khoa từ QTCM giúp chuyển tất cả những dữ liệu rời rạc trong quá trình nhập viện và điều trị tại viện của người bệnh thành những dữ liệu có cấu trúc, dễ lưu trữ, dễ trích xuất và có thể chuyển trực tiếp cho các bác sỹ thuộc các khoa, phòng liên quan, góp phần hỗ trợ hội chẩn hình ảnh từ xa và cải thiện quá trình giao tiếp của NVYT tại bệnh viện [14]. Tuy nhiên để thực hiện được đòi hỏi phải có sự đầu tư đồng bộ về hệ thống CNTT, xây dựng các phần mềm tích hợp giữa QTCM, bệnh án điện tử, chữ ký điện tử và cũng cần lộ trình thực hiện nhưng có thể thực hiện trong tương lai gần khi mà Bộ Y tế ban hành Quyết định số 4068/QĐ-BYT ngày 29/7/2016 về việc Ban hành Hướng dẫn biên soạn Quy trình chuyên môn khám bệnh, chữa bệnh [8]. Và đặc biệt khi hiện nay, cả thế giới và Việt Nam đang trong cuộc cách mạng công nghiệp 4.0 với trí thông minh nhân tạo, internet kết nối vạn vật, điện toán đám mây... thì việc kết nối giữa QTCM và bệnh án điện tử, chữ ký điện tử là hoàn toàn khả thi.

4.3. Hạn chế của nghiên cứu

Sự cải thiện về một số chỉ số phản ánh chất lượng DVYT như được điều trị bệnh chính đúng với chẩn đoán ban đầu khi vào viện; không phải chuyển tuyến; không có biểu hiện nhiễm trùng, dị ứng hoặc biến chứng hoặc tử vong khi áp dụng QTCM chưa được minh chứng trong nghiên cứu do 100% người bệnh tham gia nghiên cứu đều được điều trị bệnh chính đúng với chẩn đoán ban đầu khi vào viện; không phải chuyển tuyến; không có biểu hiện nhiễm trùng, dị ứng hoặc biến chứng hoặc tử vong. Kết quả này nằm trong dự đoán của nhóm nghiên cứu, vì thực tế khi áp dụng thử nghiệm QTCM tại các bệnh viện, tính ngẫu nhiên trong lựa chọn người

bệnh tham gia nghiên cứu có thể bị ảnh hưởng do bệnh viện chỉ chọn áp dụng QTCM trên những người bệnh có tình trạng bệnh ở mức độ vừa và nhẹ, có đáp ứng tốt với quá trình điều trị và không có các bệnh khác kèm theo để bệnh viện dễ dàng theo dõi và thu thập thông tin.

Trong 06 QTCM được áp dụng thử nghiệm, chỉ có QTCM bệnh TCCTE được áp dụng thử nghiệm ở cả 3 bệnh viện, 05 QTCM còn lại không được áp dụng ở cả 3 bệnh viện (QTCM về sỏi túi mật và u xơ TTL chỉ được áp dụng tại 2 bệnh viện A và C; QTCM về ĐTD tuýp II và COPD chỉ được áp dụng tại bệnh viện B; QTCM về THA nguyên phát độ II và III chỉ được áp dụng tại bệnh viện A). Do đó, những phân tích sâu theo từng bệnh viện trong nghiên cứu còn hạn chế. Hơn nữa so sánh giữa các bệnh viện cũng không phải là hướng phân tích mà chúng tôi muốn đề cập vì vấn đề này không nằm trong mục tiêu nghiên cứu và thực tế mỗi bệnh viện đều có đặc thù riêng về cách thức quản lý, tổ chức hoạt động,... nên việc so sánh giữa các bệnh viện chỉ mang tính tương đối.

Nghiên cứu đã thu thập được số liệu về số lượng các DVYT (số lượng thuốc, số lượng xét nghiệm, số lượng vật tư tiêu hao) đã sử dụng trong đợt điều trị của người bệnh nhưng do số liệu thu thập được không thống nhất và rất khó thống nhất về cùng một đơn vị tính nên nghiên cứu không đưa vào phân tích để phản ánh hiệu quả giảm số lượng các DVYT khi áp dụng QTCM tại bệnh viện. Tuy nhiên, chúng tôi thấy rằng kết quả nghiên cứu chứng minh hiệu quả giảm chi phí DVYT khi áp dụng QTCM cũng phản ánh hiệu quả giảm số lượng các DVYT đã sử dụng khi áp dụng QTCM.

Nghiên cứu không thu thập được đầy đủ các số liệu về một số chi phí như chi phí khấu hao trang thiết bị, khấu hao nhà cửa, chi phí cho NVYT, chi phí quản lý hành chính... nên chưa đưa ra được các ước tính chi phí cho các bệnh được áp dụng QTCM theo phương pháp từ trên xuống hoặc phương pháp kết hợp. Bên cạnh đó, đối với DVYT tại Việt Nam hiện nay thì “chi phí” và “viện phí” gần tương đương nhau do được trợ giá và chưa tính đúng, tính đủ; và tại thời điểm nghiên cứu, chưa có quy định cụ thể và thống nhất về cách hạch toán chi phí cho các bệnh viện. Do đó nghiên cứu chưa có bằng chứng để đề xuất các lựa chọn về áp dụng mức chi trả viện phí trọn gói theo QTCM cho từng nhóm bệnh.

Trong nghiên cứu các chỉ số về chất lượng điều trị chỉ được đánh giá gián tiếp qua sự đầy đủ của thông tin được ghi chép trên hồ sơ QTCM (nhóm áp dụng QTCM) và hồ sơ bệnh án (nhóm so sánh) nên có thể chưa phản ánh chính xác chất lượng DVYT mà người bệnh đã nhận được. Do đó để đánh giá chất lượng điều trị khi áp dụng QTCM cần có thêm các nghiên cứu sâu hơn, sử dụng phương pháp quan sát, đánh giá trực tiếp về thực hành của NVYT và theo dõi dọc sự tiến triển của người bệnh trong quá trình nằm viện.

Do không nằm trong mục tiêu nghiên cứu nên chỉ số về mức độ hài lòng của người bệnh chưa được đề cập trong nghiên cứu, tuy nhiên chỉ số này nên được nghiên cứu sâu hơn vì đây là một chỉ số quan trọng phản ánh chất lượng DVYT, là mục đích cuối cùng mà các bệnh viện hướng đến đó là sự hài lòng của người bệnh.

Nghiên cứu giả thực nghiệm áp dụng QTCM có thể dẫn đến sai số là ước tính thừa (over-estimate) hiệu quả của QTCM do nhóm so sánh (đối chứng) không cùng thời điểm, can thiệp không trên cùng một người bệnh. Để hạn chế sai số này, nghiên cứu đã kiểm soát chặt chẽ quá trình chọn đối tượng vào nhóm so sánh, chọn đối tượng ở nhóm áp dụng QTCM trước từ đó mới đối chiếu, lựa chọn đối tượng vào nhóm so sánh sao cho có nhiều điểm tương đồng nhất đối với nhóm áp dụng QTCM. Mặc dù vậy, nghiên cứu không thể khắc phục được hoàn toàn hạn chế này.

Nghiên cứu áp dụng phương pháp tính chi phí từ dưới lên, do vậy, các hạn chế của phương pháp này trở thành hạn chế của nghiên cứu như: chi phí điều trị chưa bao gồm các chi phí cố định như: lương cho cán bộ y bác sỹ, chi phí khấu hao tài sản, chi phí thường xuyên. Bên cạnh đó, phương pháp này cũng bị ảnh hưởng bởi đơn giá tính các dịch vụ không đồng nhất giữa các bệnh viện, giữa hai thời điểm nghiên cứu. Để khắc phục một phần nào hạn chế này, các chi phí điều trị của người bệnh được hiệu chỉnh theo chỉ số lạm phát để đưa về cùng một thời điểm là năm 2014 (năm điều trị của nhóm áp dụng QTCM).

Mặc dù đã cố gắng chọn toàn bộ nhóm người bệnh áp dụng QTCM thuộc dự án “Chương trình phát triển nguồn nhân lực y tế” nhưng ở mỗi bệnh được chọn áp dụng QTCM chỉ có dưới 50 người bệnh, do đó cỡ mẫu nghiên cứu ở mỗi nhóm không nhiều. Bên cạnh đó, các bệnh viện được chọn đều trên địa bàn thành phố Hà Nội nên

tính đại diện bị hạn chế. Do đó, cần cân nhắc khi áp dụng kết quả nghiên cứu trên các địa bàn khác, cho các bệnh khác.

Với chủ đề nghiên cứu còn mới ở Việt Nam nên nghiên cứu chưa tìm được nhiều tài liệu tham khảo trong nước để phân bàn luận, so sánh được phong phú và toàn diện hơn.

Mặc dù còn một số hạn chế nêu trên nhưng với phương pháp nghiên cứu khoa học và phù hợp, nhóm tác giả cho rằng kết quả nghiên cứu có độ tin cậy và tính giá trị nhất định trong việc cung cấp những minh chứng về hiệu quả áp dụng QTCM trong cải thiện một số chỉ số chất lượng và hạn chế gia tăng chi phí điều trị của người bệnh; cung cấp những thông tin về yếu tố ảnh hưởng đến việc áp dụng các QTCM tại bệnh viện để từ đó giúp các nhà quản lý, các nhà hoạch định chính sách y tế ra những quyết định, chính sách y tế phù hợp.

KẾT LUẬN

1. Áp dụng quy trình chuyên môn giúp cải thiện một số chỉ số chất lượng và hạn chế gia tăng chi phí dịch vụ y tế.

- Cải thiện mức độ đầy đủ các nội dung chăm sóc trong quá trình điều trị: Nội dung các mục hỏi bệnh; khám lâm sàng; dặn dò, tư vấn, giáo dục sức khỏe về chế độ ăn, uống, nghỉ ngơi, sinh hoạt của bác sỹ và điều dưỡng đối với nhóm áp dụng quy trình chuyên môn đầy đủ hơn nhóm so sánh ($p < 0,001$).

- Số ngày nằm viện và số loại dịch vụ y tế (xét nghiệm, thuốc, vật tư tiêu hao) trong đợt điều trị của nhóm áp dụng quy trình chuyên môn ít hơn so với nhóm so sánh ($p < 0,05$): Ít hơn từ 1 đến 3 ngày nằm viện; Ít hơn từ 1 đến 3 loại xét nghiệm; Ít hơn từ 1 đến 4 loại thuốc; Ít hơn từ 2 đến 6 loại vật tư tiêu hao.

- Chi phí dịch vụ y tế giảm khi áp dụng quy trình chuyên môn ($p < 0,05$): Tổng chi phí điều trị giảm khoảng từ 480.000 đồng (tiêu chảy cấp trẻ em) đến 1.082.000 đồng (sỏi túi mật); Tổng chi phí do bảo hiểm y tế chi trả giảm khoảng 462.200 đồng (bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính) đến 1.088.900 đồng (u xơ tuyến tiền liệt); Tổng chi phí do người bệnh đồng chi trả giảm từ 11.900 đồng (tiêu chảy cấp trẻ) đến 30.200 đồng (tăng huyết áp độ II, III); Chi phí thành phần đều giảm khi áp dụng quy trình chuyên môn ($p < 0,05$) từ 16.000 đồng (chi phí thủ thuật của bệnh đái tháo đường tuýp II) đến 449.800 đồng (chi phí thuốc của bệnh tăng huyết áp nguyên phát độ II, III).

2. Một số yếu tố ảnh hưởng đến việc áp dụng quy trình chuyên môn:

- Ưu điểm: thuận tiện cho công tác ghi chép, rút ngắn thời gian hành chính; cải tiến công tác quản lý bệnh viện; giảm số ngày nằm viện; giảm chi định dịch vụ không cần thiết ...

- Nhược điểm: không áp dụng cho bệnh phổi hợp; phụ thuộc nhận thức, trình độ và thói quen của nhân viên y tế.

- Thuận lợi: nằm trong định hướng của ngành Y tế; Các nhà quản lý/ Ban giám đốc bệnh viện ủng hộ...

- Khó khăn: các vấn đề pháp lý; khó khăn trong hạch toán chi phí; tiến bộ nhanh chóng của khoa học kỹ thuật đòi hỏi quy trình chuyên môn cần thay đổi linh hoạt cho phù hợp...

KHUYẾN NGHỊ

Dựa trên các kết quả thu được, nghiên cứu có một số khuyến nghị như sau:

❖ **Khuyến nghị về việc áp dụng mở rộng quy trình chuyên môn cho các bệnh đơn thuần khác:**

- Cần mở rộng phạm vi áp dụng quy trình chuyên môn. Các bệnh viện cần chủ động trong việc thực hiện hướng dẫn của Bộ Y tế để xây dựng các quy trình chuyên môn phù hợp.
- Lộ trình áp dụng nên tiến hành theo từng giai đoạn, theo phân tuyến của hệ thống y tế (các bệnh viện tuyến trên áp dụng trước, tuyến dưới áp dụng sau).
- Để áp dụng hiệu quả quy trình chuyên môn tại các cơ sở y tế, cần triển khai các hoạt động sau:
 - + Tập huấn cho các bên liên quan, đặc biệt là NVYT về QTCM nhằm chuẩn hoá và thống nhất khái niệm, nâng cao nhận thức về lợi ích của QTCM, nâng cao nhận thức về vai trò của các bên liên quan trong xây dựng và áp dụng QTCM. Bên cạnh đó, các khóa tập huấn về áp dụng QTCM, thu thập số liệu, sử dụng ICD 10, ICD9-CM cho các bệnh viện cần được duy trì để thống nhất và nâng cao chất lượng khám, chẩn đoán điều trị tại bệnh viện.
 - + Cần đầu tư nâng cấp và đồng bộ hệ thống công nghệ thông tin để đảm bảo xây dựng được cơ sở dữ liệu điện tử, phần mềm nhập các biến số từ QTCM, kết nối đồng bộ với cơ quan BHYT... để đáp ứng các yêu cầu cho việc triển khai QTCM.
 - + Cần xây dựng và ban hành các cơ chế chính sách, quy định hỗ trợ việc áp dụng QTCM như quy định rõ vai trò, tính chất pháp lý của QTCM (đặc biệt khi có khiếu nại, khiếu kiện); có quy định thưởng - phạt phù hợp trong quá trình áp dụng QTCM; có cơ chế phối hợp được thống nhất với các cơ quan BHYT trong thanh toán chi phí khi áp dụng QTCM.

❖ **Kiến nghị cho các nghiên cứu tiếp theo:**

- Cần tiến hành thêm các nghiên cứu với thiết kế so sánh trước - sau can thiệp, đặc biệt các nghiên cứu ghép cặp hoặc đánh giá trước - sau trên người bệnh có

cùng đội ngũ NVYT chăm sóc trong cùng khoảng thời gian,... để đánh giá hiệu quả của QTCM khi áp dụng ở Việt Nam nhằm cung cấp thêm bằng chứng cho quá trình hoạch định chính sách về hạch toán chi phí và tiêu chuẩn hóa các DVYT công tại các bệnh viện.

- Cần tiến hành thêm các nghiên cứu phân tích chi phí DVYT công tại các bệnh viện. Trong đó, các nghiên cứu cần căn cứ vào các yếu tố: quan điểm tính chi phí; khung thời gian; nguồn lực, mức độ phức tạp của đơn vị cung cấp DVYT và các chi phí thành phần của hoạt động chăm sóc để lựa chọn phương pháp tính chi phí DVYT phù hợp.

❖ **Khuyến nghị về chính sách đổi mới phương pháp tính chi phí DVYT:**

Qua quá trình nghiên cứu, từ những vấn đề gặp phải trong quá trình thu thập số liệu liên quan đến chi phí, tác giả cho rằng với tình hình thực tế của hệ thống y tế Việt Nam, cần sớm xây dựng các quy định và hướng dẫn thống nhất về cách tính toán chi phí (có thể xây dựng trên cơ sở có thể áp dụng linh hoạt phương pháp kết hợp tính toán chi phí từ trên xuống và từ dưới lên) để phục vụ cho công tác lập kế hoạch, quản lý và hoạch định chính sách y tế nói chung và chính sách tài chính y tế nói riêng.

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

1. Nguyễn Thị Mai An, Hoàng Văn Minh, Đặng Đức Anh (2016), “Một số yếu tố tác động đến việc áp dụng quy trình chuyên môn khám chữa bệnh tại 03 bệnh viện tuyến tỉnh ở miền bắc Việt Nam”, *Tạp chí Y học Dự phòng*, Số 13 (186); tr. 110-118.
2. Nguyễn Thị Mai An, Đặng Đức Anh, Hoàng Văn Minh (2017), “Hiệu quả áp dụng quy trình chuyên môn trong việc cải thiện một số chỉ số chất lượng DVYT tại ba bệnh viện đa khoa tuyến tỉnh ở miền Bắc Việt Nam”, *Tạp chí Y học Dự phòng*, Số 6 (27); tr. 188-196.
3. Nguyễn Thị Mai An, Hoàng Văn Minh, Đặng Đức Anh (2017), “Hiệu quả áp dụng quy trình chuyên môn trong việc hạn chế gia tăng chi phí điều trị tại ba bệnh viện tuyến tỉnh miền Bắc Việt Nam”, *Tạp chí Y học Dự phòng*, Số 6 (27); tr. 197 - 205.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

a/ Tiếng Việt

1. Ban Vật giá Chính phủ, Bộ Lao động - Thương binh và Xã hội và các cộng sự (1995), Thông tư liên tịch số 14/TTLB ngày 30 tháng 9 năm 1995 của Ban Vật giá Chính phủ - Bộ Lao động - Thương binh và Xã hội - Bộ Tài chính - Bộ Y tế về việc Hướng dẫn thực hiện việc thu một phần viện phí.
2. Bộ Y tế (2004), *Quản lý Bệnh viện (Tài liệu tập huấn cho nhân viên y tế của 9 bệnh viện tỉnh do Ngân hàng Tái thiết Đức - KFW tài trợ)*, Dự án Nâng cấp 9 bệnh viện tỉnh do Ngân hàng Tái thiết Đức - KFW tài trợ, Hà Nội.
3. Bộ Y tế (2010), *Thí điểm phương thức chi trả trọn gói theo trường hợp bệnh cho một số nhóm trường hợp bệnh thường gặp tại Bệnh viện Thanh Nhân và Bệnh viện Huyện Ba Vì, Hà Nội*.
4. Bộ Y tế (2012), *Hướng dẫn Xây dựng quy trình chuyên môn tại các cơ sở khám chữa bệnh*, Chương trình Phát triển nguồn nhân lực y tế - Bộ Y tế.
5. Bộ Y tế (2014), *Báo cáo chung tổng quan ngành y tế JAHR*, Hà Nội.
6. Bộ Y tế (2015), Tài liệu hội thảo "Báo cáo kết quả xây dựng QTCM và hoạch toán chi phí theo nhóm trường hợp bệnh".
7. Bộ Y tế (2016), *Báo cáo kết quả dự án: "Chương trình phát triển nguồn nhân lực y tế"*.
8. Bộ Y tế (2016), Quyết định số 4068/QĐ-BYT ngày 29 tháng 7 năm 2016 của Bộ Y tế về việc Ban hành Hướng dẫn biên soạn Quy trình chuyên môn khám bệnh, chữa bệnh.
9. Đại học Y Hà Nội (2005), "Chi phí và phân tích chi phí trong chăm sóc sức khỏe - Bài giảng kinh tế y tế", *Tài liệu đào tạo chuyên ngành Tổ chức y tế - Y tế công cộng*, NXB Y học, Hà Nội.
10. Đại học Y Hà Nội (2008), *Bài giảng kinh tế Y tế - Phân tích chi phí*, Hà Nội, 65-69.
11. Đại học Y Hà Nội (2010), *Bài giảng Tài chính Y tế*, Bộ môn Kinh tế Y tế, Hà Nội.

12. Khoa Y tế Công cộng - Đại học Y Hà Nội (2005), *Kinh tế y tế và bảo hiểm y tế (sách dùng cho sinh viên hệ bác sĩ đa khoa)- Bộ môn Kinh tế Y tế*, NXB Y học, Hà Nội.
13. Nguyễn Văn Phi, Trần Văn Lăng et al. (2011), *Nghiên cứu giải pháp xây dựng bệnh án điện tử hỗ trợ chẩn đoán y khoa*.
14. Nguyễn Hoàng Phương, Nguyễn Mai Anh và Hoàng Hải Anh (2008), *Hồ sơ bệnh án điện tử*, Trung tâm tin học, Bộ Y tế, NXB Y học, Hà Nội.
15. Tổng cục thống kê và Bộ Y tế (2003), *Báo cáo kết quả điều tra y tế quốc gia 2001-2002*, Hà Nội.
16. LN Trung (1997), *Nghiên cứu chính sách thu hồi viện phí Chương trình hợp tác y tế Việt Nam-Thụy Điển*.

b/ Tiếng Anh

17. Csomos A., Janecsko M. and Edbrooke D. (2005), "Comparative costing analysis of intensive care services between Hungary and United Kingdom", *Intensive Care Med*, 31 (9), p. 1280-1283.
18. Mills A., Njoloma J. and Chisimbi S. (1989), *The role of the hospital in the district health sector: the pattern of resource allocation and unit costs in a sample of Malawian districts*, Washington, DC.
19. Street A. and Dawson D. (2002), "Costing Hospital Activity: The Experience with HealthCare Resource Groups in England", *The European Journal of Health Economics*, 3 (1), p. 3-9.
20. Chen A. Y., Callender D. et al. (2000), "The impact of clinical pathways on the practice of head and neck oncologic surgery: The university of texas m. d. anderson cancer center experience", *Archives of Otolaryngology-Head & Neck Surgery*, 126 (3), p. 322-326.
21. Cadavid-Puentes Adriana M., Gonzalez-Avendano John S. et al. (2013), "Impact of a clinical pathway for relieving severe post-operative pain at a university hospital in south america", *Journal of Anesthesiology and Clinical Science*, 2 (1).

22. Rajesh Aggarwal, Mytton Oliver T. et al. (2010), "Technology as applied to patient safety: an overview ", *Quality and Safety in Health Care*, 19 (Suppl 2 i3-i8).
23. Francke Anneke L., Smit Marieke C. et al. (2008), "Factors influencing the implementation of clinical guidelines for health care professionals: A systematic meta-review", *BMC Medical Informatics and Decision Making*, 8 (1), p. 1-11.
24. Satya Audimoolam, Maya Nair et al. (2005), *The Role of Clinical Pathways in Improving Patient Outcomes*.
25. Mulrow C. D. (1994), "Systematic Reviews: Rationale for systematic reviews", *BMJ*, 309 (6954), p. 597-599.
26. Jonathan Carter, Rebecca Szabo et al. (2010), "Fast track surgery: A clinical audit", *Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 50 (2), p. 159-163.
27. Phei Lang Chang, Ta Min Wang et al. (1999), "Effects of implementation of 18 clinical pathways on costs and quality of care among patients undergoing urological surgery", *The Journal of Urology*, 161 (6), p. 1858-1862.
28. Phibbs Ciaran S, Bhandari Aman et al. (2003), "Estimating the costs of VA ambulatory care", *Med Care Res Rev*, 60 (3 Suppl), p. 54S-73S.
29. Davis D. A. and Taylor-Vaisey A. (1997), "Translating guidelines into practice: a systematic review of theoretic concepts, practical experience and research evidence in the adoption of clinical practice guidelines", *Canadian Medical Association Journal*, 157 (4), p. 408-416.
30. Kitchiner D., Davidson C. and Bundred P. (1996), "Integrated care pathways: effective tools for continuous evaluation of clinical practice", *J Eval Clin Pract*, 2 (1), p. 65-9.
31. Negrini D., Kettle A. et al. (2004), "The cost of a hospital ward in Europe: is there a methodology available to accurately measure the costs?", *J Health Organ Manag*, 18 (2-3), p. 195-206.

32. Sulch D., Melbourn A. et al. (2002), "Integrated care pathways and quality of life on a stroke rehabilitation unit", *Stroke: a journal of cerebral circulation*, 33 (6), p. 1600-1604.
33. Sulch D., Perez I. et al. (2000), "Randomized controlled trial of integrated (managed) care pathway for stroke rehabilitation", *Stroke: a journal of cerebral circulation*, 31 (8), p. 1929-34.
34. Svin Deneckere, Martin Euwema and các cộng sự. (2012), "Care pathways lead to better teamwork: Results of a systematic review", *Social Science & Medicine*, 75 (2), p. 264-268.
35. Antman E. M., Lau J. et al. (1992), "A comparison of results of meta-analyses of randomized control trials and recommendations of clinical experts. Treatments for myocardial infarction", *JAMA*, 268 (2), p. 240-248.
36. Lim EK. (2016), *Casemix in Singapore – 5 Years* truy cập ngày trang web www.annals.edu.sg/pdf200411/v33n5p660.pdf.
37. Saillour-Glenisson F. and Michel P. (2003), "Individual and collective facilitators of and barriers to the use of clinical practice guidelines by physicians: a literature review", *Revue d'Epidemiologie et de Sante Publique*, 51 (1 Pt 1), p. 65-80.
38. Waters H. R. and Hussey P. (2004), "Pricing health services for purchasers--a review of methods and experiences", *Health Policy*, 70 (2), p. 175-184.
39. Davies J., Freemantle N. et al. (1994), *Implementing clinical practice guidelines: Can guidelines be used to improve clinical practice?*
40. Grimshaw J. and Russell I. (1993), "Achieving health gain through clinical guidelines. I: Developing scientifically valid guidelines", *Quality in Health Care*, 2 (4), p. 243-248.
41. Knowles J. (2002), *Design for a hospital cost recovery study in Oudomxay Province*, ADB, Prepared for ADB/MOH, TA 3478 LAO/Capacity Building for Primary Health Care Vientiane.
42. Dušan Keber, Pieter Degeling et al. (2010), *Hospital payments based on costed care pathways*, Ministry of Health, Vietnam.

43. Levknecht L., Schriefer J. et al. (1997), "Combining case management, pathways, and report cards for secondary cardiac prevention", *The Joint Commission Journal on Quality Improvement*, 23 (3), p. 162-174.
44. McIlvoy L., Meyer K. and Vitaz T. (2000), "Use of an acute spinal cord injury clinical pathway", *Critical care nursing clinics of North America*, 12 (4), p. 521-530.
45. Lieu DH, Long NH et al. (2005), Study on treatment costs for selected disease groups at provincial general hospitals, Ministry of Health, Hanoi, Vietnam.
46. Dawson Linda L., Virginia Plummer et al. (2010), *Building a system for managing clinical pathways using digital pens*.
47. Lewis M. A., La Forgia G. M. and Sulvetta M. B. (1996), "Measuring public hospital costs: empirical evidence from the Dominican Republic", *Social Science & Medicine* 43 (2), p. 221-34.
48. Cabana M. D., Rand C. S. et al. (1999), "Why don't physicians follow clinical practice guidelines? A framework for improvement", *JAMA*, 282 (15), p. 1458-1465.
49. Tinetti M. E., Bogardus S. T. Jr and Agostini J. V. (2004), "Potential pitfalls of disease-specific guidelines for patients with multiple conditions", *The New England Journal of Medicine*, 351 (27), p. 2870-2874.
50. Jegers M., Edbrooke D. L. et al. (2002), "Definitions and methods of cost assessment: an intensivist's guide. ESICM section on health research and outcome working group on cost effectiveness", *Intensive Care Med*, 28 (6), p. 680-685.
51. Muller M. K., Dedes K. J. et al. (2009), "Impact of clinical pathways in surgery", *Langenbecks Arch Surg*, 394 (1), p. 31-39.
52. Panella M., Marchisio S. and Di Stanislao F. (2003), "Reducing clinical variations with clinical pathways: do pathways work?", *International Journal for Quality in Health Care*, 15 (6), p. 509-521.
53. Smith M., Higgs J. and Ellis E. (2008), "Factors influencing clinical decision making", *Clinical reasoning in the health professions*, 3 89-100.

54. Mediconsult Vietnam (2007), *Cost of health care services in 8 KFW hospitals*, Reserach report, Hanoi.
55. Zsolt Mogyorosy and Peter Smith (2005), "The main methodological issues in costing health care services: A literature review", *The University of York*,
56. Gooch P. and Roudsari A. (2011), "Computerization of workflows, guidelines, and care pathways: a review of implementation challenges for process-oriented health information systems", *Journal of the American Medical Informatics Association*, 18 (6), p. 738-748.
57. Muennig P. (2002), *Designing and Conducting Cost-Effectiveness Analyses in Medicine and Health Care*.
58. Bjurling-Sjöberg Petronella, Wadensten Barbro et al. (2015), "Factors affecting the implementation process of clinical pathways: a mixed method study within the context of Swedish intensive care", *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 21 (2), p. 255-261.
59. Pineault R., Contandriopoulos A. P. et al. (1985), "Randomized clinical trial of one-day surgery. Patient satisfaction, clinical outcomes, and costs", *Med Care*, 23 (2), p. 171-182.
60. Audimoolam S., Nair M. et al. (2005), "The role of clinical pathways in improving patient outcomes", *Retrieved*, 18 (2007).
61. Durso S. C. (2006), "Using clinical guidelines designed for older adults with diabetes mellitus and complex health status", *JAMA*, 295 (16), p. 1935-1940.
62. Fabricant S. (2002), *Cost analysis of essential health services in Cambodia*, MOH/WHO Health Sector Reform Phase III Project Phnom Penh.
63. Flessa S. and Nghiem Tran Dung (2004), "Costing of services of Vietnamese hospitals: identifying costs in one central, two provincial and two district hospitals using a standard methodology", *The International journal of health planning and management*, 19 (1), p. 63-77.
64. Woolf S. H., Grol R. et al. (1999), "Clinical guidelines: potential benefits, limitations, and harms of clinical guidelines", *BMJ*, 318 (7182), p. 527-530.

65. Wakamiya S. and Yamauchi K. (2009), "What are the standard functions of electronic clinical pathways?", *International Journal of Medical Informatics*, 78 (8), p. 543-550.
66. Donald Shepard, Julia Walsh et al. (1993), "Cost-effectiveness of ambulatory surgery in Cali, Colombia ", *Health Policy and Planning*, 8 (2), p. 136-142.
67. Raymond SU., Lewis B. et al. (1986), *Financing and Costs of Health Services in Belize*, HCFALAC Research Reports, New York: SUNY, Stony Brook.
68. Marrie T. J., Lau C. Y. et al. (2000), "A controlled trial of a critical pathway for treatment of community-acquired pneumonia", *JAMA*, 283 (6), p. 749-755.
69. Rotter T., Kinsman L. et al. (2010), "Clinical pathways: effects on professional practice, patient outcomes, length of stay and hospital costs", *Cochrane Database Syst Rev*, (3), p. CD006632.
70. The Joint Learning Network for Universal Health Coverage, *Costing of Health Services for Provider Payment*, at website www.jointlearningnetwork.org.
71. Pritts Timothy A., Nussbaum Michael S. et al. (1999), "Implementation of a Clinical Pathway Decreases Length of Stay and Cost for Bowel Resection", *Annals of Surgery*, 230 (5), p. 728-728.
72. Healy William L., Iorio Richard et al. (2002), "Impact of Cost Reduction Programs on Short-Term Patient Outcome and Hospital Cost of Total Knee Arthroplasty", *The Journal of Bone & Joint Surgery*, 84 (3), p. 348-353.
73. Stephen Wonderlich and Robert Jones (2007), *Key topics in healthcare management: understanding the big picture*, Radcliffe Publishing.
74. Lievens Y., Van den Bogaert W. and Kesteloot K. (2003), "Activity-based costing: a practical model for cost calculation in radiotherapy", *Int J Radiat Oncol Biol Phys*, 57 (2), p. 522-35.

PHỤ LỤC 1:
PHÂN BIỆT PHƯƠNG PHÁP TÍNH TOÁN
CHI PHÍ TỪ DƯỚI LÊN VÀ PHƯƠNG PHÁP
TÍNH CHI PHÍ TỪ TRÊN XUỐNG

PHỤ LỤC 1:
PHÂN BIỆT PHƯƠNG PHÁP TÍNH TOÁN CHI PHÍ TỪ DƯỚI LÊN VÀ
PHƯƠNG PHÁP TÍNH CHI PHÍ TỪ TRÊN XUỐNG

Hạng mục chi	Phương pháp từ dưới lên	Phương pháp từ trên xuống
<i>Nhân lực</i> (VD: thời gian làm việc)	<ul style="list-style-type: none"> - Thời gian dành cho từng dịch vụ/người bệnh sẽ được tính toán trực tiếp - Chi phí của thời gian dành cho dịch vụ/người bệnh sẽ được xác định 	<ul style="list-style-type: none"> - Thời gian được đo lường tại khoa hay phòng (vd: số lượng nhân viên hoặc lượng thời gian tương đương) và tổng chi phí được tính toán - Chi phí trung bình của các lần xuất viện, thời gian nằm viện hay thăm khám đều được tính toán
<i>Vật tư</i> (VD: thuốc và các vật tư chung khác)	<ul style="list-style-type: none"> - Vật tư được sử dụng ở từng dịch vụ hoặc từng người bệnh sẽ được tính toán - Chi phí của vật tư sử dụng bởi từng dịch vụ hoặc người bệnh được xác định 	<ul style="list-style-type: none"> - Tổng vật tư được sử dụng ở từng dịch vụ hoặc từng người bệnh được tính toán - Chi phí trung bình của các lần xuất viện, thời gian nằm viện hay thăm khám đều được tính toán
<i>Tổng chi phí</i> (VD: thời gian quản lý nhân lực, các vật dụng khác)	<ul style="list-style-type: none"> - Tổng chi phí sử dụng cho từng dịch vụ hoặc người bệnh thường được ước tính bằng tỉ trọng dịch vụ đã sử dụng, chi phí nằm viện hoặc biên độ tăng giá. 	<ul style="list-style-type: none"> - Tổng phí trung bình dùng cho khoa/phòng được tính toán và định giá, và các chi phí liên quan được phân bổ cho các đợt xuất viện, nằm viện hoặc thăm khám.

(Nguồn: *JLN Costing of health services for provider payment*) [70]

PHỤ LỤC 2:
PHƯƠNG PHÁP KẾT HỢP TÍNH TOÁN
CHI PHÍ TỪ DƯỚI LÊN VÀ TÍNH CHI PHÍ
TỪ TRÊN XUỐNG

PHỤ LỤC 2:
PHƯƠNG PHÁP KẾT HỢP TÍNH TOÁN CHI PHÍ TỪ DƯỚI LÊN VÀ
TÍNH CHI PHÍ TỪ TRÊN XUỐNG

Phương pháp tính toán chính	Từ trên xuống (Top-down)	Từ dưới lên (Bottom-up)
<i>Phương pháp hỗ trợ</i>	<i>Từ dưới lên (Bottom-up)</i>	<i>Từ trên xuống (Top-down)</i>
<p>Phương pháp hỗ trợ được áp dụng như thế nào?</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Xác nhận hoặc "kiểm tra tại chỗ" chi phí đơn vị của một tập hợp các dịch vụ hoặc các mục chi phí để xác định xem kết quả chi phí đơn vị của cả hai phương pháp này tương đối giống nhau. - Tạo thống kê phân bổ dựa trên các phép đo trực tiếp các nguồn lực, sử dụng để cung cấp phương tiện khách quan hơn về phân bổ chi phí cho các khoa/ phòng. (Ví dụ: Áp dụng khảo sát thời gian nhân viên hoặc các nghiên cứu về chuyển dịch thời gian để ước tính thời gian làm việc của các nhân viên khác nhau trong từng bộ phận, để phân bổ một số hạng mục chi phí gián tiếp như đồng phục hoặc văn phòng phẩm) - Bổ sung dữ liệu còn thiếu. 	<ul style="list-style-type: none"> - Sử dụng dữ liệu từ tài khoản của cơ sở y tế/ khoa/ phòng và báo cáo tài chính hoặc hệ thống thuế quan quốc gia để phân bổ từ trên xuống tổng chi phí.

(Nguồn: *JLN Costing of health services for provider payment*)[70]

PHỤ LỤC 3:
TIÊU CHÍ CẦN CÓ CỦA QUY TRÌNH
CHUYÊN MÔN

PHỤ LỤC 3:
TIÊU CHÍ CẦN CÓ CỦA QUY TRÌNH CHUYÊN MÔN

Các tiêu chí	Ý nghĩa
Tính giá trị	Các bằng chứng sẵn có được phiên giải chính xác khi áp dụng QTCM giúp cải thiện công tác điều trị, phù hợp với thực tế.
Chi phí hiệu quả	Khi áp dụng QTCM, chi phí điều trị được giảm về mức chấp nhận được.
Có thể lặp đi lặp lại	Cho phép QTCM được áp dụng lặp đi lặp lại và đem lại kết quả tương tự với những nhóm bệnh có cùng chẩn đoán.
Tính tin cậy	Các nhóm NVYT khác nhau áp dụng QTCM trong điều trị đều đem lại kết quả tương tự.
Tính đại diện	Các nhóm lợi ích (bao gồm cả người bệnh) được tham gia/đóng góp ý kiến vào quá trình xây dựng QTCM.
Tính ứng dụng chuyên môn	Nhóm người bệnh đích được xác định dựa vào các chẩn đoán theo bằng chứng khoa học.
Tính linh hoạt trong điều trị	QTCM xác định các trường hợp ngoại lệ và xem xét những nhu cầu đặc thù của người bệnh trước khi ra quyết định.
Tính rõ ràng	QTCM phải sử dụng các khái niệm chính xác, từ ngữ rõ nghĩa và hình thức trình bày phải thân thiện với người dùng.
Tài liệu hướng dẫn tỉ mỉ	QTCM phải có phần ghi thông tin chi tiết về tiền sử người bệnh, kết nối các giả định/chẩn đoán với các đề xuất phương pháp điều trị dựa vào bằng chứng sẵn có.
Rà soát và cập nhật	QTCM phải thể hiện rõ lịch làm việc để dễ dàng rà soát và cập nhật.

Nguồn: Davies J, et al (1994), *Implementing clinical practice guidelines: Can guidelines be used to improve clinical practice?*. [39]

PHỤ LỤC 4:
TÓM TẮT ƯU ĐIỂM, NHƯỢC ĐIỂM,
THUẬN LỢI VÀ KHÓ KHĂN KHI ÁP DỤNG
QUY TRÌNH CHUYÊN MÔN

PHỤ LỤC 4:
TÓM TẮT ƯU ĐIỂM, NHƯỢC ĐIỂM, THUẬN LỢI VÀ KHÓ KHĂN
KHI ÁP DỤNG QUY TRÌNH CHUYÊN MÔN

Ưu điểm	Nhược điểm
<ol style="list-style-type: none"> 1. Là kết hợp của y học dựa vào bằng chứng và thực hành lâm sàng, tăng cường phối hợp đa ngành, làm việc theo nhóm và tuân thủ kế hoạch điều trị. 2. Cung cấp các tiêu chuẩn rõ ràng và cụ thể cho việc điều trị, giúp giảm những tai biến/biến chứng trong chăm sóc người bệnh (bằng cách tiêu chuẩn hóa các bước chăm sóc). 3. Nâng cao năng lực quản lý, giảm gánh nặng các thủ tục hành chính bằng cách hình thành một hồ sơ thống nhất. 4. Hỗ trợ quá trình triển khai đánh giá lâm sàng trong thực hành điều trị, giúp quản lý rủi ro lâm sàng, giúp chia sẻ thông tin, tăng cường giao tiếp, trao đổi giữa các khoa phòng điều trị khác nhau. 5. Giúp giảm chi phí bằng cách rút ngắn thời gian nằm viện, dễ dàng xác định những tiến triển không mong đợi để có can thiệp thích hợp 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Cần phân bổ thời gian và nguồn lực phù hợp để NVYT làm quen với QTCM. 2. Khó khăn khi áp dụng tại các cơ sở y tế hạn chế về công nghệ kỹ thuật mới, CNTT. 3. Khó đáp ứng với những tình huống thay đổi bất thường của người bệnh, đặc biệt với những bệnh mạn tính, thường có nhiều bệnh phối hợp. 4. Phụ thuộc vào nhận thức, sự hiểu biết và cách tiếp cận khi áp dụng QTCM tại mỗi bệnh viện. Do đó khi áp dụng QTCM cần điều chỉnh cho phù hợp với thực tế bệnh viện.

Thuận lợi	Khó khăn
<ol style="list-style-type: none"> 1. Phù hợp định hướng của ngành Y tế. 2. Được sự ủng hộ của lãnh đạo và sự hỗ trợ, tập huấn của các chuyên gia đầu ngành. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Sự khác biệt về văn hóa vùng miền, xung đột nội bộ, sự khác biệt trong giao tiếp, văn hóa đổ lỗi, không muốn/ngại thay đổi, thiếu cam kết và định hướng chiến lược là các yếu tố khó khăn trong áp dụng QTCM tại bệnh viện. 2. Tăng nguy cơ kiện tụng đối với bệnh viện và NVYT nếu người bệnh không được cung cấp thông tin đầy đủ và kịp thời.

Nguồn: S. H. Woolf, R. Grol, A. Hutchinson, M. Eccles, và J. Grimshaw (1999), *Clinical guidelines: potential benefits, limitations, and harms of clinical guidelines*, BMJ, số 318(7182), tr. 527-30. [64]

PHỤ LỤC 5:
DANH SÁCH BỆNH VIỆN THAM GIA ÁP DỤNG
QTCM THUỘC DỰ ÁN “CHƯƠNG TRÌNH
PHÁT TRIỂN NGUỒN NHÂN LỰC Y TẾ”

PHỤ LỤC 5:
DANH SÁCH CÁC BỆNH VIỆN THAM GIA ÁP DỤNG QTCM
THUỘC DỰ ÁN “CHƯƠNG TRÌNH PHÁT TRIỂN NGUỒN NHÂN LỰC Y TẾ”

	Tên Bệnh viện	Hạng	Tuyến	Số bệnh ngoại khoa	Số bệnh nội khoa	Số bệnh sản khoa
	Miền Bắc					
1.	Bệnh viện Bạch Mai	TƯ	TƯ	1	5	1
2.	Bệnh viện đa khoa tỉnh Ninh Bình	1	Tỉnh	2	4	0
3.	Bệnh viện đa khoa Hà Đông	1	Tỉnh/ Thành phố	2	3	1
4.	Bệnh viện tỉnh Sơn La	1	Tỉnh	2	2	2
5.	Bệnh viện đa khoa Xanh Pôn	1	Tỉnh/ Thành phố	5	1	0
6.	Bệnh viện Thanh Nhàn	1	Tỉnh/ Thành phố	2	3	1
7.	Bệnh viện đa khoa Sơn Tây	2	Huyện	1	4	1
8.	Bệnh viện Đông Anh	2	Huyện	1	3	2
9.	Bệnh viện huyện Chương Mỹ	3	Huyện	1	4	1
10.	Bệnh viện huyện Vân Đình – Hà Nội	2	Huyện	1	3	1
11.	Bệnh viện huyện Thường Tín – Hà Nội	2	Huyện	0	3	1
12.	Bệnh viện huyện Thanh Oai – Hà Nội	3	Huyện	1	4	1
13.	Bệnh viện huyện Ba Vì - Hà Nội	2	Huyện	0	5	1
14.	Bệnh viện huyện Sóc Sơn - Hà Nội	3	Huyện	0	5	1
15.	Bệnh viện huyện Phú Xuyên – Hà Nội	3	Huyện	0	4	1
16.	Bệnh viện huyện Quốc Oai – Hà Nội	3	Huyện	1	4	0
17.	Bệnh viện đa khoa Phúc Thọ – Hà Nội	2	Huyện	1	4	1
18.	Bệnh viện Thạch Thất – Hà Nội	2	Huyện	0	5	1

	Tên Bệnh viện	Hạng	Tuyến	Số bệnh ngoại khoa	Số bệnh nội khoa	Số bệnh sản khoa
19.	Bệnh viện huyện Thanh Trì – Hà Nội	2	Huyện	0	5	1
	Miền Trung					
20.	Bệnh viện trung ương Huế	TƯ	TƯ	2	4	1
21.	Bệnh viện đa khoa Quảng Nam	1	Tỉnh	4	2	1
22.	Bệnh viện đa khoa tỉnh Quảng Trị	1	Tỉnh	4	2	1
23.	Bệnh viện đa khoa Vĩnh Linh	2	Huyện	0	5	1
24.	Bệnh viện đa khoa khu vực Triệu Hải	2	Huyện	2	3	1
25.	Trung tâm Y tế Tiên Phước	3	Huyện	0	5	1
26.	Trung tâm Y tế Thăng Bình	3	Huyện	0	5	1
27.	Trung tâm Y tế Duy Xuyên	3	Huyện	0	6	1
	Miền Nam					
28.	Bệnh viện Nhân dân Gia Định	1	Tỉnh	4	2	1
29.	Bệnh viện đa khoa tỉnh Long An	2	Tỉnh	3	2	0
30.	Bệnh viện đa khoa huyện Thới Lai, tỉnh Cần Thơ	3	Huyện	6	0	1
31.	Bệnh viện Thốt Nốt, Cần Thơ	2	Huyện	1	4	1
32.	Bệnh viện quận Thủ Đức, Hồ Chí Minh	2	Quận	2	3	1
33.	Bệnh viện đa khoa tỉnh Khánh Hòa	1	Tỉnh	2	3	1
34.	Trung tâm Y tế Diên Khánh, tỉnh Khánh Hòa	3	Huyện	0	5	1

PHỤ LỤC 6:
DANH MỤC BỆNH ĐƯỢC CHỌN
ÁP DỤNG QUY TRÌNH CHUYÊN MÔN
DỰ ÁN “CHƯƠNG TRÌNH PHÁT TRIỂN
NGUỒN NHÂN LỰC Y TẾ”

PHỤ LỤC 6:
DANH MỤC BỆNH ĐƯỢC CHỌN ÁP DỤNG QUY TRÌNH CHUYÊN MÔN
DỰ ÁN “CHƯƠNG TRÌNH PHÁT TRIỂN NGUỒN NHÂN LỰC Y TẾ”

STT	Thuộc nhóm ICD10	Nhóm trường hợp bệnh	Số NB thử nghiệm
Quy trình Ngoại khoa (11 QTCM)			
1.	D24	U lành tuyến vú	30
2.	K25-28	Thủng dạ dày do loét	0
3.	I84	Trĩ có can thiệp ngoại khoa	90
4.	K80	Sỏi túi mật	280
5.	S52	Gãy 2 xương cẳng tay	30
6.	K40	Thoát vị bẹn	210
7.	S82	Gãy 1/3 giữa 2 xương cẳng chân	60
8.	N40	U xơ tuyến tiền liệt (ghi theo mã ICD là Tăng sản tuyến tiền liệt)	160
9.	I63	Chấn thương sọ não	90
10.	H25	Phẫu thuật đục thủy tinh thể bằng phương pháp PHACO	285
11.	J35	Cắt amidan mãn tính	197
Quy trình nội khoa (11 QTCM)			
12.	J44	COPD- bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính (các giai đoạn)	672
13.	I10	Tăng huyết áp nguyên phát độ II và III	1143
14.	E11	Đái tháo đường typ II	650
15.	I20	Cơn đau thắt ngực ổn định	173
16.	J45	Hen phế quản (các giai đoạn)	383
17.	I50	Suy tim mạn tính (giai đoạn II – III)	323
18.	K85	Viêm tụy cấp (điều trị nội khoa)	0
19.	G04-G05	Viêm màng não mủ	30
20.	A91	Sốt xuất huyết	225

STT	Thuộc nhóm ICD10	Nhóm trường hợp bệnh	Số NB thử nghiệm
21.	D34	Basedow, Biểu cổ đơn thuần	0
22.	A09	Tiêu chảy cấp	722
Qui trình Sản khoa (4 QTCM)			
23.	D25	U xơ tử cung	60
24.	N83	U nang buồng trứng	0
25.	O82	Mổ lấy thai một thai (lần 1 và lần 2 trở lên)	1143
26.	O00	Chửa ngoài tử cung	0

PHỤ LỤC 7:
BẢN THÔNG TIN VÀ CHẤP THUẬN
TÌNH NGUYỆN THAM GIA NGHIÊN CỨU

BẢN THÔNG TIN VÀ CHẤP THUẬN THAM GIA
NGHIÊN CỨU HIỆU QUẢ VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ ẢNH HƯỞNG ĐẾN VIỆC
ÁP DỤNG QUY TRÌNH CHUYÊN MÔN TẠI MỘT SỐ BỆNH VIỆN
TUYÊN THÀNH PHỐ CỦA HÀ NỘI, 2014-2016

I. THÔNG TIN VỀ NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu nhằm mục đích gì?

Chúng tôi là nhóm nghiên cứu về “Nghiên cứu hiệu quả và một số yếu tố ảnh hưởng đến việc áp dụng Quy trình chuyên môn tại một số bệnh viện tuyến thành phố của Hà Nội, 2014-2016”. Đây là nghiên cứu do Bộ Y tế chủ trì, là một sản phẩm của dự án: “Chương trình Phát triển nguồn nhân lực y tế” nhằm xây dựng quy trình chuyên môn cho một số bệnh có tỷ lệ cao, chiếm tỷ lệ chi phí lớn và áp dụng thử nghiệm tại một số bệnh viện. Các QTCM sau khi được hội đồng Bộ Y tế thông qua sẽ có thể được áp dụng trên phạm vi toàn quốc. Để có cơ sở triển khai mở rộng đề án trong tương lai, việc đánh giá hiệu quả của QTCM đóng vai trò rất quan trọng. Nghiên cứu này nhằm mô tả một số yếu tố ảnh hưởng đến việc áp dụng quy trình chuyên môn (QTCM) đối với công tác quản lý bệnh viện tại các cơ sở y tế, thuận lợi, khó khăn và các bài học kinh nghiệm trong quá trình triển khai xây dựng, áp dụng QTCM. Kết quả từ nghiên cứu này sẽ cung cấp thông tin cho Bộ Y tế trong việc xây dựng kế hoạch và cung cấp các bằng chứng khoa học phục vụ công tác lập kế hoạch, quản lý và hoạch định chính sách tài chính y tế tại Việt Nam.

Nghiên cứu được tiến hành như thế nào?

Chúng tôi xin mời ông/ bà tham gia một cuộc nói chuyện kéo dài khoảng 60 phút với nội dung xoay quanh một số yếu tố ảnh hưởng đến việc áp dụng QTCM, thuận lợi, khó khăn. Nếu ông/ bà biết những cán bộ y tế muốn tham gia phỏng vấn sâu và muốn chia sẻ về việc áp dụng QTCM, xin vui lòng giới thiệu với chúng tôi để sắp xếp thời gian phỏng vấn. Nghiên cứu khuyến khích người tham gia PVS nói lên ý kiến của mình một cách công tâm, khách quan, trung thực đối với việc áp dụng QTCM.

Nội dung cuộc phỏng vấn sẽ được ghi âm để đảm bảo cho việc lưu trữ các thông tin

đầy đủ. Toàn bộ các thông tin các ông/ bà cung cấp sẽ chỉ được dùng cho mục đích nghiên cứu, danh tính của ông/ bà sẽ không được tiết lộ. Thời gian tiến hành phỏng vấn sâu từ tháng 10/2015 đến tháng 7/2016.

Tiêu chí lựa chọn là gì?

Tiêu chí lựa chọn cán bộ tham gia phỏng vấn phải là người am hiểu về đề án xây dựng quy trình chuyên môn và trực tiếp chịu trách nhiệm triển khai tại các bệnh viện. NCS sẽ tiếp cận đối tượng phỏng vấn sâu theo phương pháp bóng tuyết (snow-ball). Từ danh sách các cán bộ đạt tiêu chí trên, NCS sẽ lựa chọn người phỏng vấn một cách ngẫu nhiên. Mỗi bệnh viện tiến hành phỏng vấn sâu các cán bộ lãnh đạo chịu trách nhiệm điều phối áp dụng QTCM, nhân viên y tế trực tiếp triển khai... Tại tuyến trung ương, nghiên cứu sẽ phỏng vấn các cán bộ, đại diện Vụ/ Cục trực tiếp triển khai dự án “Chương trình Phát triển nguồn nhân lực y tế”. Tổng số đối tượng được phỏng vấn là 22 người.

Tiêu chí loại trừ là những người từ chối tham gia phỏng vấn sâu.

Liệu có những nguy cơ nào khi tham gia nghiên cứu?

Đối với người tham gia phỏng vấn sâu: Các cán bộ thuộc các ban ngành tham gia phỏng vấn đều được thông báo về mục đích của nghiên cứu và họ đã đồng ý tự nguyện tham gia phỏng vấn. Nội dung phỏng vấn được ghi âm nhưng chỉ phục vụ cho mục đích nghiên cứu. Đối tượng nghiên cứu có thể bị ảnh hưởng nếu nội dung cuộc phỏng vấn sâu bị lộ. Tuy nhiên, khả năng này là rất thấp vì nhóm nghiên cứu không thu thập các thông tin cá nhân, các nội dung liên quan đến danh tính cá nhân được đề cập trong cuộc trao đổi sẽ được mã hóa khi phân tích.

Đối với nghiên cứu viên/ cán bộ thu thập số liệu: hầu như không có yếu tố nguy cơ khi tham gia triển khai nghiên cứu trừ những rủi ro khó xảy ra như tai nạn trong quá trình di chuyển, ốm đau trong quá trình thực địa.

Những lợi ích có thể có đối với người tham gia?

Ông/bà có thể không được hưởng lợi ích trực tiếp từ nghiên cứu nhưng những thông tin ông/bà cung cấp sẽ giúp cải thiện công tác chăm sóc, điều trị và giúp cơ quan quản lý nhà nước hoạch định chính sách. Ông/ bà cũng sẽ được nhận **200.000VND**

bằng tiền mặt cho thời gian, chi phí đi lại tham gia nghiên cứu, bù đắp cho việc mất thu nhập (nếu có). Khoản kinh phí này được chi trả sau khi ông/ bà ký giấy đồng ý tham gia phỏng vấn và vẫn có quyền dừng phỏng vấn tại bất cứ thời điểm nào.

Tự nguyện và bảo mật

Trong quá trình phỏng vấn, ông/ bà có quyền từ chối không trả lời bất kỳ câu hỏi nào, có quyền dừng cuộc phỏng vấn tại bất kỳ thời điểm nào mà không cần đưa ra lý do. Việc tham gia cuộc phỏng vấn này là hoàn toàn tự nguyện và không ảnh hưởng đến công việc, vị trí công tác hiện tại của ông/ bà. Các thông tin về danh tính sẽ được mã hóa và không được tiết lộ.

Các tài liệu, bản ghi và file ghi âm được lưu giữ trong thư mục có mật khẩu, chỉ nghiên cứu viên chính có quyền đăng nhập và xử lý số liệu. Các mẫu phiếu được lưu giữ trong tủ có khóa.

Thông tin liên hệ

ThS. Nguyễn Thị Mai An, Email: maian_moh@yahoo.com, Điện thoại: 0903247248

II. CHẤP THUẬN THAM GIA NGHIÊN CỨU

- Tôi đã đọc và hiểu thông tin trên đây, đã có thuận lợi xem xét và đặt câu hỏi về thông tin liên quan đến nội dung trong nghiên cứu này.
- Tôi đã nói chuyện trực tiếp với nghiên cứu viên và được trả lời thỏa đáng tất cả các câu hỏi.
- Tôi nhận một bản sao của Bản Thông tin cho đối tượng nghiên cứu và chấp thuận tham gia nghiên cứu này.
- Tôi tự nguyện đồng ý tham gia.

Chữ ký của người tham gia:

Họ tên _____ Chữ ký _____

Ngày tháng năm _____

Chữ ký của người làm chứng hoặc người đại diện hợp pháp (nếu áp dụng):

Họ tên _____ Chữ ký _____

Ngày tháng năm _____

Chữ ký của Nghiên cứu viên/người lấy chấp thuận:

Tôi, người ký tên dưới đây, xác nhận rằng người bệnh/ người tình nguyện tham gia nghiên cứu ký bản chấp thuận đã đọc toàn bộ bản thông tin trên đây, các thông tin này đã được giải thích cặn kẽ cho Ông/ Bà và Ông/ Bà đã hiểu rõ bản chất, các nguy cơ và lợi ích của việc Ông/ Bà tham gia vào nghiên cứu này.

Họ tên _____ Chữ ký _____

Ngày tháng năm _____

PHỤ LỤC 8:
CÁC CÔNG CỤ NGHIÊN CỨU,
HƯỚNG DẪN PHÒNG VẤN SÂU

**Mẫu 1: PHÂN CHIA KHOA PHÒNG VÀ THỐNG KÊ SẢN PHẨM
THỰC HIỆN ĐƯỢC THEO KHOA/ PHÒNG**

(Thống kê sản phẩm theo ĐƠN VỊ PHÁT SINH CHI PHÍ)

MS	Tên khoa	Số giường		Số sản phẩm đã thực hiện
		Kế hoạch	Thực kê	
Các khoa lâm sàng				
1	Phòng khám/ khoa khám bệnh			(TS lần khám bệnh)
2				
3				
4				
...				
...				
25	Phòng mổ			Số phẫu thuật
				Chia theo từng loại PT:
MS	Tên khoa	Số tiêu bản		Số chẩn đoán/ xét nghiệm đã thực hiện
		Kế hoạch	Thực hiện	
Các khoa chẩn đoán hình ảnh và xét nghiệm				
1				
2				
3				
...				
...				
Khối hành chính và các khoa cận lâm sàng khác				
Tổng cộng khối hành chính và các khoa cận lâm sàng khác (tổng số ngày-giường điều trị nội trú toàn bệnh viện) :				

**Mẫu 2: PHIẾU THU THẬP THÔNG TIN, DỮ LIỆU
VỀ NGƯỜI BỆNH TRÊN CƠ SỞ TỔNG HỢP THÔNG TIN RA VIỆN**

Tên bệnh viện:

Bệnh viện thuộc tuyến:

Hạng bệnh viện

STT	Các trường số liệu cần thu thập
1	STT
2	Khoa điều trị
3	Số liệu thuộc (Quý/năm)
4	Họ và tên
5	Mã thẻ BHYT (nếu có)
6	Tuổi (trẻ em < 2 tuổi ghi số tháng)
7	Cân nặng (với trẻ <12 tháng tuổi)
8	Giới
9	Mã ca bệnh (theo ICD)
10	Tên bệnh (theo ICD-10)
11	Chẩn đoán bệnh kèm (nếu có)
12	Biến chứng (nếu có)
13	Thủ thuật chính theo ICD9-CM)
14	Ngày vào viện
15	Ngày ra viện
16	Số ngày ĐT
17	Tình trạng lúc ra viện (khỏi-chuyên tuyến-tử vong)
18	Chi phí vật tư tiêu hao
19	Chi phí thuốc
20	Chi phí máu và dịch truyền
21	Tiền giường
22	Tổng CP cho đợt điều trị
23	Phần do BHXH chi trả

Mẫu 3: HƯỚNG DẪN PHÒNG VẤN SÂU/ THẢO LUẬN NHÓM

I. Giới thiệu

Xin ông/ bà có thể giới thiệu ngắn gọn về bản thân và công việc (chức vụ, thời gian làm việc, công việc được phụ trách, kinh nghiệm tham gia xây dựng và thử nghiệm quy trình chuyên môn tại bệnh viện)?

II. Gợi ý nội dung phỏng vấn

Lợi ích/ Ưu điểm của QTCM (Strengths)

- a. Ông/ bà có thể cho biết sự cần thiết của việc triển khai xây dựng và thử nghiệm QTCM? Áp dụng QTCM đem lại lợi ích gì đối với công tác điều trị, quản lý bệnh viện và việc sử dụng các DVYT (xét nghiệm, thuốc điều trị)?

- b. Theo ý kiến của ông/ bà, những đối tượng nào được hưởng lợi từ việc áp dụng QTCM (nhân viên y tế, người bệnh, cơ quan bảo hiểm)? Họ được hưởng lợi như thế nào?

- c. Việc áp dụng QTCM tại bệnh viện có những thuận lợi gì (sự ủng hộ của lãnh đạo bệnh viện, Bộ Y tế...)?

Nhược điểm (Weaknesses)

d. Theo ông/ bà, để áp dụng được QTCM, các bệnh viện phải đáp ứng những yêu cầu gì (cơ sở vật chất, nhân lực, thời gian, kinh phí...)?

e. Bản thân QTCM có những nhược điểm/ điểm yếu gì so với quy trình hồ sơ bệnh án thông thường? Nếu tính thang điểm 10 là một quy trình điều trị hoàn hảo thì ông bà cho bao nhiêu điểm khi áp dụng QTCM và bao nhiêu điểm cho quy trình thông thường hiện hành?

f. Những yếu tố nào ảnh hưởng đến việc áp dụng QTCM (yếu tố về thể chế của bệnh viện, văn hóa vùng miền, trình độ nhân viên y tế, cơ sở vật chất)?

g. Việc triển khai áp dụng QTCM có những bất cập gì (quy trình khám, chẩn đoán, điều trị, chăm sóc người bệnh, thanh toán BHYT...)?

- Khi triển khai QTCM, ông/ bà có gặp trường hợp nào mà người bệnh/ người nhà người bệnh phàn nàn/ khiếu nại về quy trình mới? Tại sao?
- Việc áp dụng QTCM có ảnh hưởng như thế nào đến công tác tài chính – hành chính tại bệnh viện?

Khó khăn/ Thách thức (Threats)

1. Theo Ông/ bà, việc áp dụng QTCM có những thách thức gì (khả năng kiên tụng/ xung đột nội bộ/ thanh toán viện phí trọn gói) trong quá trình điều trị?
-
-
-
-

Khuyến nghị

- m. Ông/ bà có thể chia sẻ những bài học kinh nghiệm để phát huy các yếu tố thúc đẩy và hạn chế các khó khăn khi áp dụng QTCM?
-
-
-
-

- n. Ông/ bà có thể đưa ra một số khuyến nghị điều chỉnh nội dung QTCM cho phù hợp với tình hình thực tiễn khi áp dụng mở rộng trong tương lai? Ông bà có thể gợi ý nên áp dụng QTCM cho những mặt bệnh nào tiếp theo?
-
-
-
-

Kết luận:

Cám ơn ông/ bà về những chia sẻ ở trên, tôi xin được tóm tắt lại những nội dung chúng ta đã trao đổi. Việc áp dụng QTCM, theo ông bà:

Các yếu tố ảnh hưởng	Ý kiến của người được phỏng vấn
Điểm mạnh Cải thiện chất lượng điều trị Cải thiện quản lý bệnh viện Giảm biến thiên Giảm chi phí điều trị	
Điểm yếu Thời gian Nguồn lực Trình độ nhân viên Các yếu tố ảnh hưởng/ khó khăn	
Thuận lợi	
Khó khăn	

Xin cảm ơn ông/ bà rất nhiều về những thông tin mà ông/bà đã chia sẻ!

PHỤ LỤC 9:
TỔNG HỢP KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU
ĐỊNH TÍNH PHÂN TÍCH MỘT SỐ YẾU TỐ
ẢNH HƯỞNG ĐẾN VIỆC ÁP DỤNG
QUY TRÌNH CHUYÊN MÔN

PHỤ LỤC 9:**TỔNG HỢP KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU ĐỊNH TÍNH PHÂN TÍCH MỘT SỐ YẾU TỐ ẢNH HƯỞNG ĐẾN VIỆC ÁP DỤNG QUY TRÌNH CHUYÊN MÔN****Bảng 3.29: Tổng hợp kết quả nghiên cứu định tính phân tích một số yếu tố ảnh hưởng đến áp dụng QTCM**

	Phân tích ưu điểm, nhược điểm, thuận lợi và khó khăn	Nhóm điều dưỡng, bác sỹ điều trị (N= 15)	Nhóm lãnh đạo Khoa, Phòng, Bệnh viện (N=10)	Nhóm lãnh đạo Vụ, Cục (Bộ Y tế) (N=7)
Ưu điểm	Thuận tiện, dễ ghi chép	Đồng ý (11/15)	Đồng ý (8/10)	Đồng ý (7/7)
	Đảm bảo chất lượng điều trị, cung cấp đủ dịch vụ cho người bệnh	Đồng ý (15/15)	Đồng ý (10/10)	Đồng ý (7/7)
	Cải thiện công tác quản lý bệnh viện	Đồng ý (10/15)	Đồng ý (8/10)	Đồng ý (7/7)
	Tăng làm việc nhóm	Đồng ý (10/15)	Đồng ý (8/10)	Đồng ý (7/7)
	Giảm số ngày nằm viện	Đồng ý (4/15)	Đồng ý (2/10)	Đồng ý (7/7)
	Tiết kiệm vật tư tiêu hao và giảm chỉ định các dịch vụ không cần thiết	Đồng ý (11/15)	Đồng ý (8/10)	Không ý kiến
	Giảm chi phí điều trị	Đồng ý (4/15)	Đồng ý (2/10)	Đồng ý (7/7)
Nhược điểm	Không áp dụng được cho người bệnh mắc bệnh phối hợp, phức tạp	Đồng ý (15/15)	Đồng ý (9/10)	Đồng ý (7/7)
	Phụ thuộc vào nhận thức và trình độ của nhân viên y tế	Đồng ý (12/15)	Đồng ý (7/10)	Đồng ý (5/7)
	Yêu cầu đầu tư cho hệ thống bệnh viện	Đồng ý (3/15)	Đồng ý (8/10)	Đồng ý (6/7)
	Không giảm bớt khối lượng ghi chép nếu phải đi kèm song song với bệnh án truyền thống	Đồng ý (10/15)	Đồng ý (8/10)	Đồng ý (5/7)
Thuận lợi	Nằm trong định hướng phát triển của ngành y tế	Đồng ý (5/15)	Đồng ý (10/10)	Đồng ý (7/7)
	Được các nhà quản lý, Ban giám đốc bệnh viện ủng hộ	Đồng ý (15/15)	Đồng ý (10/10)	Đồng ý (7/7)

	Phân tích ưu điểm, nhược điểm, thuận lợi và khó khăn	Nhóm điều dưỡng, bác sỹ điều trị (N= 15)	Nhóm lãnh đạo Khoa, Phòng, Bệnh viện (N=10)	Nhóm lãnh đạo Vụ, Cục (Bộ Y tế) (N=7)
	Nhân viên y tế chấp thuận và tích cực tham gia	Đồng ý (10/15)	Đồng ý (8/10)	Đồng ý (5/7)
Khó khăn	QTCM chưa được tích hợp đồng bộ vào hệ thống bệnh viện	Đồng ý (5/15)	Đồng ý (7/10)	Đồng ý (5/7)
	Rào cản từ các vấn đề pháp lý của QTCM	Đồng ý (3/15)	Đồng ý (7/10)	Đồng ý (2/7)
	Khó khăn trong hạch toán chi phí theo THB, thanh toán BHYT	Đồng ý (12/15)	Đồng ý (8/10)	Đồng ý (7/7)
	Yêu cầu đầu tư cho bệnh viện	Đồng ý (7/15)	Đồng ý (8/10)	Đồng ý (5/7)
	Khoa học kỹ thuật thay đổi nhanh chóng đòi hỏi QTCM cần thay đổi linh hoạt để phù hợp	Đồng ý (3/15)	Đồng ý (5/10)	Đồng ý (3/7)

**PHỤ LỤC 10:
HỒ SƠ CÁC QTCM ĐƯỢC ÁP DỤNG**