

# NGHIÊN CỨU CHI PHÍ ĐIỀU TRỊ NỘI TRÚ CỦA BA BỆNH THƯỜNG GẶP TẠI BỆNH VIỆN C ĐÀ NẴNG, NĂM 2010-2011

NGUYỄN HỮU QUỐC NGUYÊN

## TÓM TẮT

Nghiên cứu được thực hiện nhằm cung cấp những thông tin ban đầu về chi phí điều trị nội trú của 3 bệnh thường gặp tại Bệnh viện C Đà Nẵng, với mục tiêu cụ thể: (1) Xác định chi phí điều trị nội trú của 3 bệnh thường gặp tại Bệnh viện C Đà Nẵng, năm 2010-2011; (2) Phân tích chi phí điều trị nội trú giữa nhóm người bệnh có và không bảo hiểm y tế của 3 bệnh thường gặp.

Thiết kế nghiên cứu cắt ngang có phân tích, định lượng hồi cứu 289 hồ sơ bệnh án trong tổng số 4142 bệnh án của người bệnh điều trị nội trú, năm 2010-2011, kết hợp định tính phỏng vấn sâu một số cán bộ y tế.

Chi phí trung bình 1 đợt điều trị nội trú bệnh rối loạn tuần hoàn não 610.416 đồng; tăng huyết áp 611.622 đồng, viêm phế quản cấp 1.036.939 đồng.

Số ngày điều trị trung bình của người bệnh bảo hiểm y tế cao hơn người bệnh không bảo hiểm y tế. Chi phí thuốc của người bệnh bảo hiểm y tế cao hơn người bệnh không bảo hiểm y tế.

**Từ khóa:** Bệnh viện C Đà Nẵng, điều trị nội trú

## SUMMARY

The study was conducted to provide initial information on the cost of inpatient treatment in a number of common diseases in Da Nang C Hospital, with specific objectives: (1) Determine the cost of inpatient treatment of 3 common disease Da Nang C Hospital, in 2010-2011; (2) inpatient cost analysis between the groups of patients with and without health insurance of three common diseases.

Cross-sectional research design in quantitative analysis combined quantitative, retrospective study 289 medical records of patients hospitalized in 2010-2011 and in-depth interviews a some health workers. The average cost of one inpatient treatment: cerebral circulatory disorders was 610.416 VND; hypertension was 611.622 VND, acute bronchitis was 1.036.939 VND.

Most of the average number of days of treatment the patient's health insurance higher than patients without health insurance. Drug cost of health insurance is higher than patients without health insurance.

**Keywords:** Da Nang C Hospital, inpatient

## ĐẶT VẤN ĐỀ

Chi phí điều trị tại các bệnh viện tăng cao nhanh, luôn là vấn đề được xã hội quan tâm đặc biệt, từ các nhà hoạch định chính sách đến người sử dụng dịch

vụ. Trong 3 năm gần đây tại Bệnh viện C Đà Nẵng chi phí điều trị cho tất cả các trường hợp bệnh tăng nhanh từ 1,4 triệu đồng (năm 2008) lên 2 triệu đồng (năm 2010) [1]. Nhằm theo dõi, kiểm soát và giảm chi phí điều trị một cách phù hợp cho từng loại bệnh mà vẫn đảm bảo hiệu quả khám chữa bệnh cho người bệnh. Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu "Nghiên cứu chi phí điều trị nội trú của 3 bệnh thường gặp tại Bệnh viện C Đà Nẵng, năm 2010-2011" nhằm cung cấp bằng chứng hữu ích để các nhà quản lý Bệnh viện có thêm cơ sở khoa học để lập kế hoạch quản lý, kiểm soát chi phí điều trị, đồng thời vẫn đảm bảo nâng cao chất lượng khám chữa bệnh.

## PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

### 1. Một số nguyên tắc và góc độ tính toán chi phí:

Trong y tế, chi phí được phân chia thành 4 nhóm: (1) chi phí trực tiếp dành cho điều trị, (2) chi phí gián tiếp dành cho điều trị, (3) chi phí trực tiếp không dành cho điều trị, (4) chi phí gián tiếp không dành cho điều trị [3], [5]. Trong phạm vi nghiên cứu này, nhóm nghiên cứu chỉ tính đến chi phí trực tiếp dành cho điều trị. Để cung cấp thông tin cho các nhà cung cấp dịch vụ y tế về tình hình chi trả trực tiếp cho điều trị của người bệnh do cơ quan Bảo hiểm y tế (BHYT) chi trả hay do người bệnh trực tiếp cho Bệnh viện, cụ thể là chi phí cho các dịch vụ người bệnh sử dụng trong quá trình điều trị tại bệnh viện, đó là: chi phí thuốc, giường bệnh, xét nghiệm, chẩn đoán hình ảnh, phẫu thuật thủ thuật, vật tư tiêu hao (được thể hiện trong tờ phiếu thanh toán ra viện của người bệnh) [4].

**2. Thiết kế nghiên cứu:** Mô tả cắt ngang, định lượng kết hợp định tính.

### 3. Thời gian và địa điểm nghiên cứu:

Thời gian từ tháng 2/2012 đến tháng 8/2012

Địa điểm: Bệnh viện C Đà Nẵng.

**4. Đối tượng nghiên cứu:** Hồi cứu toàn bộ 289 bệnh án của 3 bệnh thường gặp tại Bệnh viện C Đà Nẵng, năm 2010-2011, đáp ứng các tiêu chí lựa chọn trong nghiên cứu: hồ sơ bệnh án ghi một bệnh chính, không có bệnh kèm, không có biến chứng, không can thiệp ngoại khoa, không ghi bỏ viện hay trốn viện.

**5. Quản lý và phân tích số liệu:** Số liệu được nhập bằng phần mềm Excel 2007, sau đó được tổng hợp, làm sạch và phân tích bằng phần mềm SPSS 16.0. Mô tả tần suất, min, max, tỷ lệ cho biến phân loại. So sánh trung vị của 2 nhóm sử dụng kiểm phi tham số; số liệu định tính được phân tích theo nội dung.

## KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN

### 1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu và chi phí trung bình một đợt điều trị nội trú của 3 bệnh

#### 1.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu:

Trong tổng số 289 đối tượng nghiên cứu: Nam giới (35,6%) chiếm tỷ lệ cao hơn nữ giới (64,4%); Nhóm tuổi chủ yếu từ 46 tuổi trở lên (88,6%), nhóm tuổi 16-45 (11,4%). Người bệnh BHYT 59,2%, người bệnh không có BHYT 40,8%;

#### 1.2. Chỉ số liên quan đến 1 đợt điều trị nội trú của 3 bệnh:

Bảng 1. Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu theo độ tuổi và số ngày nằm viện trung bình 1 đợt điều trị nội trú

	Tuổi		Ngày nằm viện	
	Mean	±SD	Mean	±SD
Rối loạn tuần hoàn não	57,8	14,2	8,6	3,8
Tăng huyết áp	65,1	13,9	7,9	3,6
Viêm phế quản cấp	62,6	15,2	8,5	3,1

Kết quả bảng 1 cho thấy: Tuổi trung bình của người bệnh và ngày điều trị cao hơn hay thấp hơn phản ánh một phần nào đó tính chất của bệnh.

#### 1.3. Chi phí trung bình 1 đợt điều trị nội trú của 3 bệnh:

Bảng 2. Tóm tắt thông tin chi phí điều trị nội trú trung bình của 3 bệnh- ĐVT: VNĐ.

	Rối loạn tuần hoàn não	Tăng huyết áp	VPQ cấp
Chi phí trung bình/1 ngày điều trị	77.792	84.915	132.186
Chi phí thấp nhất/1 đợt điều trị	120.944	132.341	291.070
Chi phí trung bình/1 đợt điều trị	610.416	611.622	1.036.939
Chi phí cao nhất/1 đợt điều trị	1.637.587	1.547.993	2.506.576

Kết quả bảng 2 cho thấy mặc dù có thể giải thích được một phần tùy theo mức độ tính chất của bệnh mà chi phí điều trị giữa các bệnh có sự dao động lớn - nhỏ khác nhau. Nhưng cũng không thể giải thích được mức chênh lệch trong cùng một chẩn đoán bao nhiêu là phù hợp và điều này cũng đặt ra câu hỏi cho các nhà quản lý, mức chi phí chênh lệch trên cùng một bệnh như vậy còn có thể giảm được không?. Đây cũng là những gợi ý để các nhà quản lý nên tăng cường công tác giám sát, theo dõi sự tuân thủ và chỉ định hợp lý của các bác sĩ theo phác đồ điều trị và hoàn thiện hơn, cập nhật việc xây dựng phác đồ điều trị về chuyên môn theo từng bệnh tại Bệnh viện.

Bảng 3. Cơ cấu chi phí điều trị nội trú trung bình của 3 bệnh:

	Rối loạn tuần hoàn não	Tăng huyết áp	VPQ cấp
Chi phí thuốc (Mean, %)	229.978 30,7%	119.298 17,7%	677.729 59%
Chi phí giường bệnh (Mean, %)	170.819 22,8%	195.512 29,1%	156.180 13,6%
Chi phí xét nghiệm (Mean, %)	195.186 26%	285.662 42,3%	140.459 12,2%
CP chẩn đoán hình ảnh (Mean, %)	50.625 6,8%	48.500 7,2%	44.300 3,9%
Chi phí thủ thuật (Mean, %)	80.000 10,7%	10.000 1,5%	90.000 7,8%
Chi phí vật tư tiêu hao (Mean, %)	22.958 3,1%	15.959 2,4%	39.996 3,5%

Kết quả bảng 3 cho thấy chi phí thuốc chiếm tỷ lệ cao hơn, thấp hơn rất khác nhau theo từng bệnh. Để tăng cường sử dụng thuốc hợp lý, bác sĩ, dược sĩ lâm sàng của Bệnh viện cần dựa vào các hướng dẫn điều trị chuẩn được cập nhật. Tuy nhiên, hiện nay vẫn chưa có các tài liệu chuẩn và cập nhật; điều này cho thấy, Bệnh viện cần tăng cường hơn nữa vai trò của Hội đồng Thuốc và điều trị.

Chi phí xét nghiệm ở bệnh tăng huyết áp chiếm tỷ lệ cao nhất trong tổng chi phí điều trị của bệnh; đây là bệnh mãn tính và dễ gây nhiều biến chứng nặng nên được chỉ định nhiều xét nghiệm dẫn đến chi phí xét nghiệm cao. Tuy nhiên, nếu bệnh này được quản lý tốt theo chương trình quản lý bệnh mạn tính ngoại trú thì sẽ hạn chế được chi phí điều trị nội trú.

Đứng trên phương diện nhà quản lý, ngoài hiệu quả chuyên môn, chúng ta cần xem xét hiệu quả kinh tế, nhất là trong điều kiện chúng ta đang thực hiện Nghị định 43/CP/2006 tự chủ trong bệnh viện. Chúng ta cần tìm những giải pháp nhằm giảm chi phí điều trị cho người bệnh và gia đình của họ, bảo tồn quỹ BHYT, đồng thời đảm bảo đủ kinh phí cho hoạt động của bệnh viện.

#### 1. So sánh chi phí trung bình một đợt điều trị nội trú giữa người bệnh có và không có BHYT

Kết quả so sánh cho thấy hầu hết ngày điều trị trung bình của người bệnh BHYT cao gần gấp đôi ngày điều trị trung bình của đối tượng không BHYT (có ý nghĩa thống kê, với  $p < 0,05$ ). Điều này, được lý giải đối tượng không có BHYT họ phải tự chi trả chi phí cho điều trị, hơn nữa những ngày nằm viện họ không hề được hưởng một khoản trợ cấp nào, không những thế họ còn không có thu nhập do không đi làm được. Phải chăng, vì các lý do đó mà người bệnh không có BHYT yêu cầu được về sớm khi bệnh qua

cơ cấp tính, để giảm được bớt đi phần nào đó chi phí nằm viện. Còn đối với những người bệnh có BHYT, người đứng ra chi trả phí KCB là cơ quan BHYT, người bệnh có BHYT lại đa số là cán bộ công nhân viên, cán bộ hưu trí, đối tượng chính sách, họ được hưởng chế độ nằm viện, bởi vậy có lẽ họ ít "vội" ra viện hơn đối tượng không có BHYT về cả thời gian nằm viện và chi phí điều trị; kết quả này phù hợp với hầu hết các nghiên cứu về chi phí điều trị nội trú tại Việt Nam.

Kết quả so sánh về nhóm thuốc, kết quả cho thấy hầu hết các nhóm thuốc điều trị chính của người bệnh BHYT cao hơn người bệnh không BHYT (có ý nghĩa thống kê, với  $p < 0,05$ ); được giải thích chi phí thuốc điều trị bệnh chính ở người bệnh BHYT cao hơn do ngày nằm điều trị của người bệnh BHYT dài hơn người bệnh không BHYT; tuy nhiên một số nhóm thuốc khác và vật tư tiêu hao của một số người bệnh không BHYT lại cao hơn (có ý nghĩa thống kê, với  $p < 0,05$ ). Câu hỏi, được đặt ra có thể do các nguyên nhân là: người bệnh không có BHYT yêu cầu các bác sĩ cho thêm thuốc bổ, thuốc hỗ trợ điều trị dẫn đến chi phí của nhóm này cao hơn so với chi phí của người có BHYT?, hay là do cơ chế thanh toán khác nhau dẫn đến chi phí điều trị khác nhau? (có thể có do tăng thu cho bệnh viện hay không?), hay là do mức khoán quỹ BHYT thanh toán thấp gây vượt khoán quỹ định suất tại Bệnh viện nên Bệnh viện phải điều chỉnh?; tất cả những nguyên nhân trên đều gây tăng hoặc giảm chi phí và phần nào đó gây ảnh hưởng đến quyền lợi của người bệnh.

Qua phân tích so sánh các phương thức thanh toán khác nhau cho ta thấy ảnh hưởng của các cơ chế chi trả khác nhau, một bên là phục vụ theo nhu cầu chữa bệnh nhưng có sự chi phối của BHYT; một bên là phục vụ theo nhu cầu khám chữa bệnh không có sự chi phối của BHYT, nhưng lại có sự tác động của yêu cầu và sự chi trả viện phí từ túi tiền của người bệnh. Để có sự thống nhất về phương thức thanh toán, đảm bảo công bằng trong khám chữa bệnh cho tất cả người bệnh, cần phải đẩy nhanh tiến độ bảo phủ BHYT toàn dân.

Bệnh viện cần xây dựng các giải pháp tăng cường kiểm soát chi phí y tế, đặc biệt là chi phí cho dịch vụ bệnh viện, giảm thiểu tình trạng lạm dụng dịch vụ y tế, dịch vụ kỹ thuật cao, dịch vụ được đầu tư từ nguồn xã hội hoá [2]. Chúng tôi cũng hy vọng rằng kết quả nghiên cứu này, sẽ góp một phần để các nhà quản lý của BVGDN có kế hoạch quản lý chi

phí điều trị của người bệnh nội trú tốt hơn và cũng hy vọng nghiên cứu sẽ là tiền đề cho các nghiên cứu khác với quy mô sâu và rộng hơn.

Mặc dù nghiên cứu mới chỉ dừng lại ở việc phân tích một phần chi phí điều trị ở 3 bệnh thường gặp, được thể hiện trên hồ sơ bệnh án, mà chưa đi sâu vào phân tích và tính tổng chi phí thực tế. Tuy nhiên nghiên cứu đã cung cấp thêm bằng chứng cho công tác quản lý, theo dõi, giám sát, lập kế hoạch, đặc biệt trong bối cảnh BVGDN thực hiện tự chủ tài chính theo Nghị định 43/CP.

## **KẾT LUẬN**

### **1. Chi phí trung bình 1 đợt điều trị nội trú:**

Chi phí trung bình 1 đợt điều trị nội trú của 6 bệnh thường gặp tại Bệnh viện C Đà Nẵng, năm 2010-2011: rối loạn tuần hoàn não 610.416 đồng; tăng huyết áp: 611.622 đồng; viêm phế quản cấp 1.036.939 đồng.

Chi phí thuốc, xét nghiệm chiếm tỷ lệ cao nhất trong tổng chi phí điều trị.

### **2. So sánh chi phí điều trị giữa người bệnh có và không có BHYT::**

Ngày điều trị của người bệnh bảo hiểm y tế cao hơn ngày điều trị của người bệnh không bảo hiểm y tế.

Hầu hết chi phí thuốc của người bệnh bảo hiểm y tế cao hơn ngày điều trị của người bệnh không bảo hiểm y tế.

## **TÀI LIỆU THAM KHẢO**

1. Bệnh viện C Đà Nẵng (2011), *Báo cáo tổng kết các hoạt động tại Bệnh viện C Đà Nẵng, năm 2011*, Đà Nẵng.
2. Bộ Y tế và Nhóm Đối tác Y tế (2010), *Báo cáo chung tổng quan ngành Y tế năm 2010: Hệ thống y tế Việt Nam trước thềm kế hoạch 5 năm 2011-2015*, Hà Nội.
3. Nguyễn Thị Kim Chúc (2007), "Phân tích chi phí", *Kinh tế Y tế và Bảo hiểm Y tế*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.
4. Liên Bộ Y tế - Tài chính - LĐTĐBXH - Ban Vật giá Chính phủ (1995), Thông tư số 14/TTLB ngày 30 tháng 9 năm 1995 của Liên Bộ Y tế - Tài chính - LĐTĐBXH - Ban Vật giá Chính phủ: Hướng dẫn thực hiện việc thu một phần viện phí, Bộ Y tế.
5. Vũ Xuân Phú (2008), *Kinh tế Y tế: Giáo trình đào tạo cử nhân y tế công cộng*, Nhà Xuất bản Y học, Hà Nội.