

BAN KHOA GIÁO TRUNG ƯƠNG (CCSE)

Đề tài nghiên cứu số KHBD (2005)-08:

“Quan điểm và giải pháp cơ bản hỗ trợ người nghèo trong khám chữa bệnh”

**PHÂN TÍCH THỰC TRẠNG CHI PHÍ TRONG ĐIỀU
TRỊ NỘI TRÚ CỦA BỆNH NHÂN NGHÈO 139 TẠI
3 BỆNH VIỆN UNG BƯỚU, NHI, VÀ PHỤ SẢN
TRUNG ƯƠNG**

BÁO CÁO KẾT THÚC DỰ ÁN

Nhóm viết báo cáo

GS. TSKH Phạm Mạnh Hùng (CCSE)

BS. TS. Trần Tuấn (RTCCD)

BS. Lê Tuấn Đống (CCSE)

ThS. Trần Đức Thạch (RTCCD)

Hà Nội, tháng 12/2006

Danh sách thành viên tham gia đề tài

Chủ nhiệm đề tài

1. GS. TSKH. Phạm Mạnh Hùng Phó trưởng Ban Khoa giáo Trung ương

Thư ký đề tài

2. BS. Lê Tuấn Đống Cán bộ Vụ địa phương, BKGTU

Nghiên cứu viên chính

3. BS. TS. Trần Tuấn Giám đốc Trung tâm RTCCD

Thành viên trong nhóm nghiên cứu

4. ThS. Trần Đức Thạch Trưởng phòng tin học và thống kê, Trung tâm RTCCD
5. ThS. Trần Thu Hà Nghiên cứu viên Trung tâm RTCCD, Nghiên cứu sinh hệ tiến sĩ đại học London South Bank University
6. CN. Nguyễn Thị Minh Hậu Trung tâm RTCCD
7. CN. Trần Thị Thuý Trung tâm RTCCD
8. CN. Nguyễn Hà Huệ Chi Trung tâm RTCCD
9. CN. Nguyễn Thục Mai Trung tâm RTCCD
10. CN. Đặng Thị Hải Thơ Trung tâm RTCCD

Với sự ủng hộ và giúp đỡ của

11. BS. Nguyễn Thế Căn Phó giám đốc bệnh viện Ung bướu TW
12. BS. TS. Nguyễn Văn Hình Phó giám đốc bệnh viện Phụ sản TW
13. PGS. TS. Nguyễn Thanh Liêm Giám đốc bệnh viện Nhi TW
14. Đội ngũ cán bộ, y bác sĩ tại 3 bệnh viện: Ung bướu TW, Phụ sản TW và Nhi TW

Cơ quan hợp tác trong thu thập số liệu

Bệnh viện Nhi Trung ương

18/879 La Thành, Đống Đa, Hà Nội

Điện thoại: (04) 834 3700

Bệnh viện Phụ sản Trung ương

43 Tràng Thi, Hoàn Kiếm, Hà Nội

Điện thoại: (04) 775 4082

Bệnh viện Ung bướu Trung ương

43 Quán Sứ, Hoàn Kiếm, Hà Nội

Điện thoại: (04) 824 665

Lời cảm ơn

Nhóm nghiên cứu chân thành cảm ơn sự hợp tác giúp đỡ của Ban Giám đốc và nhân viên các phòng Kế hoạch Tổng hợp, thanh toán viện phí, bảo hiểm y tế của các bệnh viện Nhi Trung ương, Ung bướu Trung ương, và Phụ sản Trung ương đã tạo điều kiện cho đoàn nghiên cứu hoàn thành được kế hoạch đề ra và giúp đỡ chúng tôi trong tham khảo các tài liệu liên quan giúp đánh giá sát thực vấn đề chi tiêu của bệnh nhân trong thời gian nghiên cứu.

Nghiên cứu được hoàn thành phải kể đến sự hợp tác hiệu quả từ phía bệnh nhân và người nhà bệnh nhân trong cung cấp các thông tin cần thiết cho nghiên cứu. Chúng tôi chân thành cảm tạ và chúc sức khoẻ bệnh nhân cùng gia đình.

Nghiên cứu chi tiêu, đặc biệt về chi tiêu xảy ra trong tiến trình đau ốm thường gặp nhiều khó khăn, và dễ bị sai số, do có nhiều yếu tố ảnh hưởng. Chẳng hạn, rất hay xảy ra việc nhiều người tham gia vào chăm sóc bệnh nhân và thực hiện việc chi ở các thời điểm khác nhau, nhưng việc ghi chép chi tiêu hầu như không bao giờ được làm và vì vậy, thông tin chi tiêu khó có cơ hội kiểm tra khách quan. Thêm vào đó, phỏng vấn chi tiêu thường chỉ ở một vài đối tượng, khó tập hợp được đầy đủ mọi người liên quan để có thể kiểm soát mức độ chính xác của thông tin cung cấp theo từng mục chi. Mặc dù đã rất chú ý kiểm soát các yếu tố dẫn đến sai số thông tin chi tiêu, nhóm nghiên cứu chắc chắn chưa thể đáp ứng đúng yêu cầu chất lượng nghiên cứu đề ra. Chúng tôi mong nhận được góp ý từ phía những cá nhân quan tâm để có thể dần nâng cao chất lượng nghiên cứu cho loại đề tài này trong thời gian tới.

Cuối cùng, nhóm viết báo cáo xin nhận về mình các sai sót còn có trong báo cáo này.

Thay mặt nhóm viết báo cáo

GS.TSKH. Phạm Mạnh Hùng

Tóm tắt nghiên cứu

Phân tích thực trạng chi phí trong điều trị nội trú của bệnh nhân nghèo 139 tại 3 bệnh viện Ung Bướu, Nhi và Phụ Sản Trung ương

BÁO CÁO KẾT THÚC DỰ ÁN, THÁNG 11/2006

Tác giả: GS. TSKH Phạm Mạnh Hùng (CCSE)
BS. TS Trần Tuấn (RTCCD)
BS. Lê Tuấn Đống (CCSE)
ThS. Trần Đức Thạch (RTCCD)

Năm 2002, quyết định 139/2002/QĐ-TTg của Thủ tướng chính phủ đưa bảo hiểm y tế (BHYT) đến với người nghèo, giúp người nghèo tiếp cận các dịch vụ chăm sóc y tế. Tuy nhiên, đối mặt với áp lực gia tăng thu phí tại các cơ sở y tế, cả công lập và tư nhân và nhất là từ khi nghị định số 10/2002/NĐ-CP ngày 16/01/2002 của Chính phủ được đưa vào thực hiện, thì vấn đề chính sách 139 phát huy tác dụng đến đâu trong giúp người nghèo giảm gánh nặng chi phí trong điều trị bệnh tật trở thành một câu hỏi thường trực đối với những người quan tâm đến mục tiêu công bằng trong phát triển.

Để trả lời câu hỏi này, Ban Khoa giáo Trung ương đã phê duyệt đề tài nghiên cứu “**Quan điểm và giải pháp cơ bản hỗ trợ người nghèo trong khám chữa bệnh**”. Đề tài do Vụ Khoa giáo địa phương kết hợp với trung tâm Nghiên cứu và Đào tạo Phát triển Cộng đồng (RTCCD) thuộc Liên hiệp các Hội Khoa học và Kỹ thuật Việt Nam phối hợp thực hiện.

Nghiên cứu được thiết kế từ tháng 1/2005 và đưa vào triển khai thu thập thông tin thực địa từ tháng 9/2005 đến hết tháng 3/2006. Mẫu nghiên cứu gồm 170 bệnh nhân chọn theo phương pháp đấu cặp case-control (85 bệnh nhân có thẻ 139, và 85 bệnh nhân không thuộc diện 139) tại 3 bệnh viện: Nhi Trung ương, Ung bướu Trung ương, và Phụ sản Trung ương. Các bệnh nhân được phỏng vấn ngay sau khi hoàn thành thủ tục ra viện về các chi phí xảy ra trong đợt nằm điều trị, phương án đối phó của gia đình với gánh nặng tài chính nằm viện. Ngoài ra còn thu thập ý kiến góp ý của nhân viên quản lý bệnh viện liên quan đến việc triển khai thực hiện chính sách 139 trong khám chữa bệnh (KCB) của bệnh nhân nghèo.

Chi phí xảy ra trong quá trình điều trị tại các bệnh viện được chia thành hai nhóm: chi phí trực tiếp liên quan đến công tác điều trị bệnh, và chi phí gián tiếp phục vụ cho tiến trình điều trị bệnh. Kết quả so sánh giữa nhóm bệnh nhân 139 với nhóm bệnh nhân có thẻ BHYT khác (36 bệnh nhân), và giữa nhóm 139 với nhóm hoàn toàn không được miễn giảm gì hay tự túc hoàn toàn (49 bệnh nhân) cho thấy:

1. Chi phí trực tiếp cho KCB (bao gồm các khoản phải thanh toán với bệnh viện, thuốc, xét nghiệm, dụng cụ y tế, quà biếu nhân viên y tế) của bệnh nhân 139 là 132 ngàn đồng (xét theo trung vị), chỉ bằng 1/5 so với nhóm miễn giảm khác (655 ngàn đồng) hoặc 1/20 so với nhóm tự túc hoàn toàn (2.653 ngàn đồng). Mức chi phí trực tiếp cho KCB bằng 0 gặp ở 21 bệnh nhân 139 (25%), và 2 bệnh nhân ở nhóm miễn giảm khác (6%).
2. Trong chi phí trực tiếp, khoản chi được thanh toán theo mức trần của BHYT/quỹ 139 là 0 với nhóm 139 (xét theo trung vị), 248 ngàn đồng với nhóm miễn giảm khác, và 2.208 ngàn đồng với nhóm tự túc. *Như vậy, 2.208 ngàn đồng chính là phần chi phí phản ánh sự hỗ trợ trực tiếp của chính sách 139 với bệnh nhân nghèo.*
3. Bệnh nhân 139 có khoản chi phí trực tiếp vượt khung thanh toán của BHYT và quỹ 139 là 50 ngàn đồng (xét theo trung vị), bằng 1/3 so với nhóm miễn giảm khác (155 ngàn), và xấp xỉ 1/10 so với nhóm tự túc (480 ngàn đồng).
4. Vấn đề quà biếu cho nhân viên y tế trong khám điều trị bệnh gặp ở 13 trường hợp trong nhóm bệnh nhân 139 (15%), với mức biếu tính thành tiền đi từ 10 ngàn tới 1 triệu đồng. Nhóm bệnh nhân miễn giảm khác có 5 trường hợp (14%), đi từ 100 ngàn tới 2,2 triệu đồng, và ở nhóm tự túc là 18 trường hợp (37%), đi từ 10 ngàn tới 2,0 triệu đồng.
5. Cả ba nhóm có mức chi gián tiếp là tương đương nhau: 1,7 triệu với nhóm 139 (trung vị), 1,75 triệu với nhóm miễn giảm khác, và 1,65 triệu với nhóm tự túc.
6. Tổng chi phí (gồm chi phí trực tiếp và chi phí gián tiếp) tính cho một đợt điều trị nội trú 3 tuần của bệnh nhân 139 (2,15 triệu) thấp hơn rất có ý nghĩa thống kê ($P < 0.001$) so với nhóm bệnh nhân miễn giảm khác có cùng thời gian điều trị (3,5 triệu). Nhóm bệnh nhân tự túc có tổng chi phí 4,4 triệu cho đợt điều trị 2 tuần.
7. Tỷ lệ hỗ trợ của quỹ 139 cho bệnh nhân có thể 139 trong điều trị tại bệnh viện trung ương là 51%, tức là, gánh nặng điều trị tại bệnh viện trung ương được giảm đi một nửa cho bệnh nhân nhờ chính sách 139.
8. 100% bệnh nhân của cả ba nhóm đều nhận được hỗ trợ từ các nguồn khác dưới dạng tinh thần hoặc vật chất (tiền, hiện vật, ngày công). Hỗ trợ đến từ họ hàng là phổ biến nhất, và tương tự nhau ở cả ba nhóm. Hỗ trợ trực tiếp bằng tiền gặp ở 83/85 (98%) bệnh nhân 139, 36 (100%) bệnh nhân miễn giảm khác, và 46 (94%) bệnh nhân tự túc, với các mức lần lượt là 600 ngàn đồng ở nhóm bệnh nhân 139 và 500 ngàn đồng ở các nhóm còn lại - so sánh trung vị), trong đó mức hỗ trợ lớn nhất là 9,4 triệu (nhóm 139), 16 triệu (nhóm miễn giảm khác), và 18,1 triệu (nhóm tự túc).

9. Một đợt điều trị tại bệnh viện trung ương, dù có hỗ trợ của chính sách 139, vẫn khiến bệnh nhân tốn một chi phí cao gấp 3,7 lần mức chi bình quân trong 1 tháng của cả gia đình. Có tới 75% hộ gia đình bệnh nhân 139 phải vay tiền trong đợt nằm điều trị này. Tỷ lệ này ở hai nhóm còn lại là 52% và 51%. Nguồn cho vay chủ yếu là họ hàng, tiếp đến ngân hàng, sau cùng là hàng xóm, bạn bè. Vai trò của các hội đoàn hầu như không có.
10. Số tiền vay ở mức 3 triệu (trung vị) với nhóm 139 và tự túc, 7 triệu với nhóm miễn giảm khác. Mức vay ở nhóm 139 thấp nhất là 300 ngàn, cao nhất là 23 triệu đồng. Với nhóm miễn giảm khác, mức này đi từ 500 ngàn (thấp nhất) tới 35 triệu (cao nhất). Nhóm tự túc phải vay từ 1,7 triệu (thấp nhất) tới 21 triệu (cao nhất).
11. Có tới 64% hộ gia đình bệnh nhân 139 phải cắt giảm chi tiêu sau đợt KCB. Con số này ở nhóm miễn giảm khác là 53%, và tự túc là 47%. Khoản cắt giảm đầu tiên là chi phí ăn uống, tiếp đến là may mặc. Số có bán tài sản để có tiền đi điều trị gặp ở 54% nhóm bệnh nhân 139, và xấp xỉ 27% ở các nhóm còn lại. Tài sản bán phổ biến nhất là thóc và sản phẩm nông nghiệp.
12. Sau 3 năm thực hiện, chính sách đã dần thống nhất về các thủ tục thanh quyết toán. Việc chuyển qua mua BHYT cho người nghèo từ tháng 1/2006, tức là bệnh viện sẽ thanh quyết toán trực tiếp với BHYT, đã giải quyết được các vấn đề nảy sinh trước đây về quy trình thanh quyết toán giữa bệnh viện nơi tiếp nhận bệnh nhân điều trị và cơ sở quản lý quỹ 139 của các tỉnh. Việc mua BHYT đưa chính sách hỗ trợ người nghèo có BHYT đi vào lộ trình chung về BHYT toàn dân.

Từ các kết quả trên, nhóm nghiên cứu đưa ra các kết luận chính sau:

1. Chính sách 139 có tác dụng hỗ trợ đối tượng của chính sách này giảm được 51% tổng gánh nặng chi phí tính cho một đợt nằm viện tại tuyến trung ương, tương đương với 2,208 triệu đồng.
2. Hỗ trợ khác từ mối quan hệ cá nhân và gia đình giúp bệnh nhân giảm thêm 14% tổng gánh nặng chi phí nằm viện. 35% còn lại do bệnh nhân tự chi trả.
3. Hỗ trợ từ các hội, tổ chức đoàn thể, tổ chức từ thiện, tổ chức phi chính phủ là không đáng kể.
4. Chi tiêu gián tiếp (chi phí đi lại, ăn uống, chi phí cho người đi theo chăm sóc,...) chiếm phần đáng kể đối với bệnh nhân 139, tương đương 1,7 triệu đồng cho một đợt nằm viện.
5. Chi phí điều trị trực tiếp phần vượt ngoài khung thanh toán của BHYT/quỹ 139 có khác biệt giữa nhóm 139, nhóm miễn giảm khác, và nhóm tự túc. Tuy nhiên, nghiên cứu này

chưa thể kết luận liệu sự khác biệt chi tiêu đó có dẫn đến khác biệt về chất lượng điều trị giữa các nhóm.

Bốn khuyến nghị sau được đưa ra:

1. Chính sách 139 thực sự giúp người nghèo giảm gánh nặng điều trị bệnh, do vậy đảm bảo tất cả người nghèo đều tiếp cận được chính sách 139 cần được xem là một chiến lược của công tác giảm nghèo.
2. Mua BHYT cho người nghèo và quản lý tiến trình hỗ trợ bệnh nhân nghèo trong KCB theo quy trình của BHYT là một hướng đi đúng.
3. Tiếp tục nghiên cứu giảm bớt gánh nặng chi phí KCB cho bệnh nhân nghèo theo hướng:
 - a. Nghiên cứu nâng mục tiêu hỗ trợ của chính sách 139 từ mức giúp người nghèo giảm được 51% gánh nặng chi phí điều trị (tương đương 2,21 triệu đồng/đợt điều trị 20 ngày) lên mức giảm 70 đến 75% tổng chi phí điều trị cho bệnh nhân nghèo trong thời gian tới (xấp xỉ 3 triệu đồng).
 - b. Nghiên cứu các yếu tố làm giảm mức chi trực tiếp nằm ngoài khung trần của BHYT/quỹ 139 hoặc tạo ra mức hỗ trợ thanh toán cho khoản chi phí gián tiếp (đi lại, ăn của bệnh nhân) cho bệnh nhân nghèo trong đợt điều trị.
 - c. Thúc đẩy sự phát triển của các tổ chức dân sự hỗ trợ người nghèo chi phí gián tiếp trong điều trị (chi phí đi lại, ăn, ở).
4. Thực hiện nghiên cứu đánh giá ảnh hưởng của chi phí điều trị trực tiếp nằm ngoài khung trần của BHYT/quỹ 139 lên chất lượng điều trị bệnh nhân.

Mục lục

Tóm tắt nghiên cứu	5
Phần 1- Đặt vấn đề	12
1.1. Tổng quan	12
1.2. Chính sách 139 - hỗ trợ người nghèo trong KCB.....	13
1.3. Giới thiệu về đề tài cấp bộ mã số KHBĐ (2005) - 08	13
Phần 2- Khung lý thuyết nghiên cứu	14
2.1. Mối tương quan giữa bệnh viện, quỹ KCB và người nghèo	14
2.2. Chi phí điều trị tại bệnh viện công và vai trò 139	14
Phần 3- Mục tiêu nghiên cứu	17
3.1. Mục tiêu chung	17
3.2. Mục tiêu cụ thể.....	17
Phần 4- Thiết kế nghiên cứu	18
4.1. Nghiên cứu về lượng	18
4.1.1. <i>Thiết kế mẫu nghiên cứu</i>	18
4.1.2. <i>Thông tin thu thập</i>	19
4.2. Nghiên cứu về chất.....	19
4.3. Tổ chức thu thập số liệu	20
4.4. Quản trị và phân tích số liệu	20
4.5. Định nghĩa các thuật ngữ sử dụng trong điều tra	21
Phần 5- Kết quả nghiên cứu	23
5.1. Đặc điểm mẫu điều tra	23
5.2. Đặc điểm mẫu điều tra xét theo một số yếu tố khác	24
5.3. Chi phí điều trị nội trú tại các bệnh viện tuyến trung ương của các nhóm đối tượng và các hình thức hỗ trợ.....	26
5.3.1. Chi phí điều trị nội trú tại bệnh viện tuyến trung ương	26
5.3.1.1. Chi phí trực tiếp cho điều trị	28
5.3.1.2. Chi phí gián tiếp cho điều trị	29
5.3.1.3. Tổng chi phí cho đợt điều trị và vai trò hỗ trợ của 139.....	29
5.3.2. Hỗ trợ từ các nguồn khác	30
5.3.3. Gánh nặng chi phí điều trị đối với kinh tế gia đình bệnh nhân	32
5.4. Phương thức đối phó của người bệnh và gia đình khi điều trị nội trú và sự thay đổi mức sống của gia đình	33
5.4.1. Vay.....	33
5.4.2. Cắt giảm chi tiêu hàng ngày.....	35

5.4.3. Bán tài sản	36
5.5. Tiến trình thực hiện BHYT, miễn giảm viện phí đối với người nghèo 139 điều trị nội trú tại các bệnh viện trung ương	37
5.5.1. Tiến trình thực hiện chính sách 139 tại các bệnh viện tuyến trung ương.....	37
5.5.2. Thủ tục miễn giảm viện phí cho bệnh nhân nghèo tại các bệnh viện tuyến trung ương	37
5.5.3. Quy trình thanh quyết toán của bệnh viện với quỹ 139 tại các tỉnh.....	38
5.5.4. Mua BHYT hay cấp phát thẻ 139 - thuận lợi và khó khăn của từng hình thức	40
5.5.5. Lợi ích của chính sách 139 đem lại cho bệnh nhân và các bệnh viện tuyến trung ương	40
5.5.6. Thái độ phục vụ của đội ngũ cán bộ y tế đối với bệnh nhân nghèo	42
Phần 6- Thảo luận	43
6.1. Điểm mạnh và điểm yếu của nghiên cứu	43
6.2. Chi phí của nhóm bệnh nhân 139 và các nhóm bệnh nhân khác	45
6.3. Hỗ trợ từ các nguồn khác	46
6.4. Bẫy nghèo trong chi phí điều trị.....	46
Phần 7- Kết luận và Khuyến nghị.....	47
7.1. Kết luận.....	47
7.2. Khuyến nghị.....	47
Tài liệu tham khảo.....	49

Mục lục bảng

Bảng 1. Phân bố số đối tượng điều tra trong nghiên cứu case-control về chi phí y tế trong điều trị nội trú tại 3 bệnh viện trung ương	23
Bảng 2. Số lượng đối tượng điều tra phân theo hình thức thanh toán viện phí	23
Bảng 3. Đặc điểm cơ bản của bệnh nhân được điều tra	24
Bảng 4. Phân bố số ngày nằm viện của bệnh nhân	25
Bảng 5. Đặc điểm kinh tế và xã hội hộ gia đình bệnh nhân được điều tra.....	25
Bảng 6. Gánh nặng bệnh tật của hộ gia đình bệnh nhân được điều tra.....	26
Bảng 7. Phân bố chi phí của bệnh nhân nghiên cứu theo loại hình chi tiêu và nhóm bệnh nhân xét theo hình thức thanh toán.....	27
Bảng 8. Tổng chi phí cho đợt điều trị phân bố theo nhóm bệnh nhân	30
Bảng 9. Phân bố bệnh nhân theo nguồn hỗ trợ và dạng hỗ trợ trong đợt điều trị này.....	30
Bảng 10. Phân bố số tiền hỗ trợ nhận được theo nhóm bệnh nhân và nguồn hỗ trợ.....	31

Bảng 11. Trung bình tỷ suất tổng chi phí của đợt điều trị tính trên bình quân tổng chi tiêu/tháng của chính hộ gia đình bệnh nhân	32
Bảng 12. Phân bố số bệnh nhân phải vay để thanh toán chi phí điều trị.....	33
Bảng 13. Phân bố tổng tiền vay cho điều trị bệnh theo nhóm bệnh nhân.....	34
Bảng 14. Phân bố tổng tiền vay theo các mức vay ở các nhóm bệnh nhân.....	34
Bảng 15. Phân bố số hộ gia đình phải cắt giảm chi tiêu và khoản cắt giảm thực tế theo nhóm bệnh nhân.....	36
Bảng 16. Phân bố số hộ gia đình phải bán tài sản trong đợt điều trị này.....	36
Bảng 17. Chi phí miễn giảm cho người nghèo của các bệnh viện tuyến TU (2001-2004).....	41

Mục lục hình và đồ thị

Hình 1- Mối quan hệ giữa “3 thành phần” trong hỗ trợ viện phí cho người nghèo	14
Hình 2 - Mô hình lý thuyết chi phí trong một đợt nằm viện công.....	15
Đồ thị 1. Phân bố chi phí trực tiếp, chi phí gián tiếp, và tổng chi phí theo các nhóm bệnh nhân 139, miễn giảm khác, và tự túc hoàn toàn.....	29
Đồ thị 2. Phân bố số bệnh nhân theo mức vay tính trên tổng chi phí bệnh nhân bỏ ra tổng đợt điều trị này.....	35

Các phụ lục

Phụ lục 1- Kết quả so sánh chi tiêu theo một số chi tiết khác	50
Phụ lục 2- Hướng dẫn thu thập số liệu định lượng tại các bệnh viện tuyến trung ương	54
Phụ lục 3- Hướng dẫn thu thập số liệu định tính tại các bệnh viện tuyến trung ương	56
Phụ lục 4- Phân bố số bệnh nhân 139 và nhóm đối chứng theo địa phương	58
Phụ lục 5- Bảng hỏi sử dụng trong nghiên cứu.....	59