

CHI PHÍ ĐIỀU TRỊ BỆNH SUY THẬN MẠN GIAI ĐOẠN CUỐI LỌC MÁU CHU KỲ TẠI BỆNH VIỆN QUẬN THỦ ĐỨC

Nguyễn Hoàng Lan¹, Phù Văn Hưng²

(1) Khoa Y tế công cộng, Trường Đại học Y Dược Huế

(2) Khoa Thận nhân tạo, Bệnh viện Bưu điện Thành phố Hồ Chí Minh

Tóm tắt

Mục tiêu: Tính chi phí y học trực tiếp hàng tháng điều trị bệnh suy thận mạn tính giai đoạn cuối bằng lọc máu chu kỳ và đánh giá gánh nặng tài chính của chi phí lọc máu chu kỳ lên hộ gia đình người bệnh. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang được thực hiện tại Bệnh viện quận Thủ Đức, thành phố Hồ Chí Minh. Thông tin thu thập từ phỏng vấn trực tiếp 100 bệnh nhân đang điều trị lọc máu chu kỳ và hoá đơn chi phí điều trị được dùng để tính chi phí y học trực tiếp hàng tháng để điều trị bệnh theo quan điểm người chi trả. Gánh nặng tài chính do lọc máu được tính bởi tỉ lệ chi phí người bệnh phải chi trả trực tiếp trên tổng thu nhập của hộ gia đình sau khi đã trừ đi khoản chi tiêu cho nhu cầu cần thiết. **Kết quả:** Tổng chi phí trực tiếp y học trung bình hàng tháng là 9.591.443 đồng/người (\$5,377US/người/năm), trong đó chi phí người bệnh phải tự chi trả là 3.192.610 đồng. Khoản chi phí này chiếm 80,5% tổng thu nhập của hộ gia đình cận nghèo sau khi đáp ứng những chi tiêu cho nhu cầu cần thiết và vượt quá 7 lần thu nhập của những hộ gia đình người bệnh nghèo hàng tháng.

Từ khoá: Bệnh thận giai đoạn cuối, lọc máu chu kỳ, chi phí y học trực tiếp, gánh nặng tài chính.

Abstract

THE TREATMENT COST OF END-STAGE RENAL DISEASE WITH HEMODIALYSIS IN THU DUC DISTRICT HOSPITAL

Nguyen Hoang Lan¹, Phu Van Hung²

(1) Faculty of Public Health, Hue University of Medicine and Pharmacy

(2) Hospital of Post and Telecoms, Ho Chi Minh city

Background: Treatment of end-stage renal disease (ESRD) patients resulted in extension of their life expectancy, however they poses a financial burden on patients and their households. The study was conducted at Thu Duc District Hospital with the aim at calculating the monthly medical direct cost of ESRD patients with hemodialysis, and assessing financial burden of the disease treatment on their households. **Method:** A cross-sectional descriptive study. Cost data was collected by interviewing 100 patients dialysed. Financial invoices of patients were used to calculate monthly medical direct costs on the basis of health care payer's perspective. **Results:** The financial burden of the treatment was measured by proportion out-of-pocket payment from total household income remaining after subsistence needs met. The results showed that the monthly average total medical cost was 9,591,443 VND per person (\$5,377US per year per person) in which out of pocket payments of patient was 3,192,610 VND. Out-of-pocket cost was 80.5% of total income remaining after subsistence needs met of the near poor households and exceeded near 7 times of that of the poor households every month.

Keywords: End-stage renal disease, hemodialysis, direct medical costs, out-of-pocket, financial burden

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Suy thận mạn (STM) là hậu quả cuối cùng của các bệnh thận tiết niệu mạn tính, làm giảm dần chức năng thận và cuối cùng dẫn đến suy thận giai đoạn cuối, lúc này hai thận mất chức năng hoàn

toàn đòi hỏi phải điều trị thay thế thận suy. Với sự tiến bộ của y học, hiện nay có nhiều phương pháp điều trị STM giai đoạn cuối đã kéo dài số năm sống cho người bệnh. Tuy nhiên chăm sóc và điều

- Địa chỉ liên hệ: Nguyễn Hoàng Lan, email: hoanglan@ytc@gmail.com

- Ngày nhận bài: 7/5/2016; Ngày đồng ý đăng: 12/9/2016; Ngày xuất bản: 20/9/2016

trị bệnh STM giai đoạn cuối tốn kém do cần sự chăm sóc và điều trị toàn diện. Suy thận mạn do đó dần trở thành gánh nặng trong nhiều gia đình và xã hội. Tại Châu Âu, theo El Nahas và Bello chỉ phí cho lọc máu chiếm khoảng 2% tổng ngân sách y tế cho khoảng chưa đến 0,1% dân số cần điều trị [12]. Ở Mỹ theo báo cáo của hệ thống dữ liệu bệnh thận Medicare đã chi 12.700 USD cho mỗi người bệnh STM giai đoạn cuối trong năm 2010 [10]. Một nghiên cứu của Goeree ở Canada cho biết bình quân xã hội tốn khoảng 88.585 đô la Canada cho mỗi bệnh nhân STM cần lọc máu trong năm 1995 [14]. Ở Nhật theo Masahiro Kaminota, năm 1996 chi phí lọc máu nội trú và ngoại trú cho mỗi bệnh nhân lần lượt 9073,6 và 5380,3 ngàn Yen/năm [13]. Theo số liệu thống kê, hiện ở Việt Nam có khoảng 6 triệu người bị bệnh thận mạn chiếm 6,73% dân số. Trong đó, có khoảng 800.000 bệnh nhân ở tình trạng suy thận mạn giai đoạn cuối cần điều trị thay thế nhưng chỉ có 10% bệnh nhân được điều trị lọc máu [1]. Nghiên cứu được thực hiện với mục tiêu:

1. Tính chi phí trực tiếp trung bình điều trị hàng tháng của bệnh suy thận mạn giai đoạn cuối lọc máu chu kỳ tại bệnh viện quận Thủ Đức trên quan điểm người chi trả dịch vụ, và 2. Đánh giá gánh nặng tài chính do điều trị lọc máu chu kỳ ở các hộ gia đình người bệnh, trên cơ sở đó có thể đưa ra được những giải pháp hỗ trợ hiệu quả cho nhóm bệnh nhân này.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Bệnh nhân được chẩn đoán xác định suy thận mạn giai đoạn cuối vào lọc máu chu kỳ tại Bệnh viện quận Thủ Đức từ tháng 06/2014 đến tháng 4/2015, đáp ứng các tiêu chuẩn sau: từ 18 tuổi trở lên, đang lọc máu chu kỳ, tỉnh táo, tiếp xúc tốt và đồng ý tham gia nghiên cứu. Nghiên cứu không bao gồm các đối tượng có một trong những đặc điểm sau: được chẩn đoán suy thận cấp hoặc đợt cấp của suy thận mạn, sa sút trí tuệ, không có khả năng giao tiếp hoặc không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.2. Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang. Chi phí điều trị trong 1 tháng từ ngày nhập viện được thu thập từ hoá đơn tài chính bệnh viện và phỏng vấn trực tiếp người bệnh dựa trên bộ câu hỏi có cấu trúc. Ở nghiên cứu này chỉ ước tính chi phí trực tiếp y học dựa trên quan điểm người chi trả dịch vụ y tế, vì thế khoản chi trả từ người bệnh và cơ quan bảo hiểm y tế (trường hợp người bệnh có tham gia vào BHYT) đều được đưa vào tính toán.

2.3. Cỡ mẫu: Mẫu toàn thể, tổng cộng có 100 người bệnh đáp ứng tiêu chuẩn nghiên cứu đồng ý tham gia phỏng vấn.

2.4. Nguồn thông tin

- Tất cả bệnh nhân được phỏng vấn trực tiếp dựa vào bộ câu hỏi có cấu trúc để cung cấp những thông tin về đặc điểm nhân khẩu học, kinh tế xã hội của cá nhân, tham gia bảo hiểm y tế, bệnh kèm theo, thời gian chạy thận nhân tạo và những chi phí điều trị tự mua ngoài hoá đơn bệnh viện. Kinh tế gia đình được phân theo hộ nghèo, cận nghèo và bình thường dựa theo Quyết định của Ủy ban nhân dân thành phố Hồ Chí Minh về chuẩn hộ nghèo và cận nghèo giai đoạn 2014 - 2015 [7].

- Hoá đơn tài chính bệnh viện bao gồm những chi phí điều trị trong một tháng.

2.5. Phân tích chi phí

- Chi phí điều trị là chi phí các dịch vụ y tế mà người bệnh sử dụng trong quá trình lọc máu như thuốc, máu và các chế phẩm của máu, dịch chuyển, vật tư y tế tiêu hao, xét nghiệm, chẩn đoán hình ảnh, thủ thuật, phẫu thuật.

- Chi phí bệnh nhân tự chi trả là khoản tiền bệnh nhân phải đóng cho bệnh viện khi lọc máu chu kỳ, đối với bệnh nhân có BHYT đó là khoản đồng chi trả hoặc/và số tiền mà bệnh nhân phải đóng thêm cho một lần lọc máu để mua thêm thuốc và vật tư y tế tiêu hao không có trong BHYT. Đối với người bệnh không có BHYT, chi phí này bệnh nhân phải đóng 100%.

- Nghiên cứu không bao gồm những chi phí trực tiếp không liên quan đến y học và chi phí gián tiếp.

- Chi phí điều trị được phân tích theo các đặc điểm nhân và so sánh giữa các nhóm bệnh nhân theo các đặc điểm nhóm tuổi, tham gia bảo hiểm y tế, bệnh kèm theo, thời gian chạy thận. Bởi vì dữ liệu chi phí không phân bố chuẩn (test Shapiro-Wilk, p-values <0,05) nên sử dụng các test Mann-Whitney hay Kruskal Wallis để so sánh các phân bố giữa hai hay nhiều nhóm. Kết quả có ý nghĩa thống kê khi giá trị $p \leq 0,05$.

- Gánh nặng tài chính chi phí điều trị lọc máu chu kỳ được ước tính bằng tỉ lệ chi phí bệnh nhân tự chi trả trong bình hàng tháng và tổng thu nhập hộ gia đình hàng tháng trừ đi chi tiêu cho những nhu cầu cần thiết của hộ gia đình trong tháng đó. Chi tiêu cho những nhu cầu cần thiết sử dụng chuẩn nghèo chung của Chính phủ giai đoạn 2011-2015 được cập nhật theo chỉ số giá tiêu dùng năm 2014 cho khu vực thành thị là 750.000 đồng/người/tháng [5].

3. KẾT QUẢ

3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Bảng 1. Đặc điểm về nhân khẩu học của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm cá nhân		Số lượng (n=100)	Tỉ lệ (%)
Giới tính	Nam	56	56,0
	Nữ	44	44,0
Dân tộc	Kinh	97	97,0
	Dân tộc thiểu số	3	3,0
Nhóm tuổi Trung bình (SD): 49,6 (16) Min: 21; Max: 85	<40 tuổi	31	31,0
	40-49 tuổi	18	18,0
	50-59 tuổi	26	26,0
	≥60 tuổi	25	25,0
Nghề nghiệp	Có thu nhập ổn định	26	26,0
	Không có thu nhập ổn định	12	12,0
	Không có thu nhập	62	62,0

Nhận xét: Số bệnh nhân lọc máu chu kỳ trong nghiên cứu có nam nhiều hơn nữ (56% và 44%); hầu hết là dân tộc kinh (97%), độ tuổi từ 50 trở lên chiếm chủ yếu (51%). Đa số người bệnh không có thu nhập (62%).

Bảng 2. Đặc điểm bệnh tật và tham gia bảo hiểm y tế của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm		Số lượng (n=100)	Tỉ lệ (%)
Số năm lọc máu	Dưới 1 năm	10	10,0
	Từ 1 năm trở lên	90	90,0
Bệnh kèm theo	Không có	7	7,0
	1 bệnh	36	36,0
	2 bệnh trở lên	57	57,0
Tham gia BHYT	Có	97	97,0
	Không	3	3,0

Nhận xét: Đa số bệnh nhân đã được lọc máu trên 1 năm (90%) và có 2 bệnh kèm theo, chiếm 57%. Hầu hết bệnh nhân đều tham gia BHYT chiếm 97%.

Bảng 3. Tình hình kinh tế hộ gia đình người bệnh

Nhóm thu nhập	Số hộ	Tỉ lệ (%)	Thu nhập/người/tháng (đồng)		
			Trung bình	SD	Trung vị
Nghèo	49	49,0	887.585	301.789	1.000.000
Cận nghèo	12	12,0	1.625.000	97.312	1.666.667
Bình thường	39	39,0	3.070.228	1.334.004	2.500.000
Chung	100	100	1.827.306	1.333.752	1.500.000

Nhận xét: Thu nhập bình quân ở các hộ gia đình người bệnh là 1.827.306 đồng/người. Đa số người bệnh thuộc hộ gia đình được xếp loại nghèo và cận nghèo chiếm 61%.

3.2. Chi phí lọc máu trung bình hàng tháng**Bảng 3.** Chi phí lọc máu trung bình hàng tháng theo loại chi phí và theo đối tượng chi trả

Đơn vị: đồng

Chi phí	n	Trung bình	SD	Trung vị	Tối thiểu	Tối đa
Phẫu thuật – thủ thuật	100	5.109.661	1.674.174	5.445.000	1.485.000	12.255.000
Thuốc	100	3.895.145	2.220.311	3.539.491	1.600	18.901.658
Vật tư tiêu hao	100	92.166	294.447	11.140	3.342	2.528.000
Chi phí bệnh kèm theo	97	476.651	316.980	385.000	276.000	2.158.000
Chẩn đoán hình ảnh	8	68.765	55.231	39.500	11.122	150.000
Chi phí khác	85	25.709	23.468	22.000	11.000	180.400
Tổng chi phí	100	9.591.443	3.355.044	9.418.425	3.034.019	29.883.150
Bảo hiểm chi trả	97	6.596.734	2.548.297	6.363.535	671.837	21.300.858
Người bệnh trả	100	3.192.610	1.830.541	3.021.473	608.912	12.969.100
- Có BHYT	97	2.981.505	1.268.096	2.985.384	608.912	8.582.292
- Không có BHYT	3	10.018.343	4.078.473	11.721.600	5.364.330	12.969.100

Nhận xét: Tổng chi phí bình quân mỗi bệnh nhân lọc máu chu kỳ trong một tháng là 9.591.443 đồng, trong đó chi phí trung bình cho phẫu thuật – thủ thuật cao nhất 5.109.661 đồng/người; tiếp theo là chi phí cho thuốc trung bình là 3.895.145 đồng/người. Có 98 bệnh nhân cần xét nghiệm, chi phí trung bình 476.651 đồng/người. Chỉ có 8 bệnh nhân được chỉ định chẩn đoán hình ảnh với chi phí

bình quân 68.765 đồng/người. Chi phí bình quân BHYT chi trả cho những người bệnh có tham gia BHYT là 6.596.734 đồng/người. Tổng chi phí bình quân bệnh nhân phải tự chi trả là 3.192.610 đồng/người. Trong đó bình quân người bệnh có BHYT chỉ trả 2.981.505 đồng/người, trong khi những người bệnh không có BHYT phải tự chi trả đến 10.018.343 đồng/người.

Bảng 4. Tổng chi phí lọc máu trung bình theo các đặc điểm người bệnh

Đơn vị: đồng

Đặc điểm		Trung bình	SD	Trung vị	Giá trị p
Giới	Nam	9.623.016	3.863.353	9.244.344	0,994
	Nữ	9.551.260	2.611.899	9.570.167	
Tuổi	< 40 tuổi	9.510.019	2.968.277	10.063.495	0,505
	40-49 tuổi	9.834.513	1.491.424	9.749.633	
	50-59 tuổi	9.890.832	4.739.659	9.201.625	
	≥ 60 tuổi	9.206.035	3.184.075	8.193.504	
Thời gian chạy thận	< 1 năm	8.822.469	4.402.751	8.193.202	0,307
	≥ 1 năm	9.676.885	3.238.372	9.582.050	
Bệnh kèm theo	Không	7.378.178	1.979.687	8.009.435	0,030
	1 bệnh	9.570.799	4.245.415	9.289.628	
	≥ 2 bệnh	9.876.285	2.742.219	9.763.151	

Nhận xét: Những người bệnh có bệnh kèm theo càng nhiều, tổng chi phí điều trị càng tăng lên, tổng

chi phí lọc máu trung bình là 7.378.178 đồng/người; 9.570.799 đồng/người; 9.876.285 đồng/người tương

ứng với không có bệnh kèm, có 1 bệnh kèm và 2 bệnh kèm, theo thứ tự ($p < 0,05$). Tổng chi phí bình quân

giữa các nhóm bệnh nhân nam nữ, nhóm tuổi và thời gian chạy thận không khác nhau có ý nghĩa thống kê.

3.3. Đánh giá gánh nặng tài chính điều trị bệnh thận giai đoạn cuối

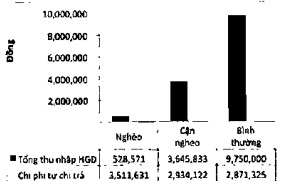
Bảng 5. Chi phí bệnh nhân tự chi trả theo nhóm thu nhập

Đơn vị: đồng

Nhóm thu nhập	Chi phí lọc máu bình quân/tháng/người bệnh			Giá trị p
	Trung bình	SD	Trung vị	
Nghèo	3.511.631	2.340.910	3.201.484	0,588
Cận nghèo	2.934.122	957.935	2.642.647	
Bình thường	2.871.325	1.133.179	3.046.235	

Nhận xét: Chi phí tự chi trả cho lọc máu chu kỳ bình quân đầu người/tháng giảm dần từ nhóm

nghèo đến nhóm thu nhập bình thường. Tuy nhiên sự khác nhau không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).



Biểu đồ 1. Gánh nặng chi phí điều trị lọc máu chu kỳ theo nhóm thu nhập

Nhận xét: Biểu đồ 1 cho thấy ở nhóm bệnh nhân nghèo, bình quân chi phí tự chi trả cho LMCK mỗi tháng lớn gấp 7 lần tổng thu nhập hộ gia đình sau khi đã trừ đi chi tiêu cho những nhu cầu thiết yếu hàng tháng. Đối với nhóm cận nghèo và nhóm bình thường, chi phí này chiếm 80,5% và 29,4% tổng thu nhập hộ gia đình còn lại hàng tháng, theo thứ tự.

4. BÀN LUẬN

4.1. Chi phí trực tiếp điều trị suy thận mạn tính giai đoạn cuối

Nghiên cứu của chúng tôi ước tính chi phí trực tiếp y học trong một tháng ở 100 người bệnh có điều trị LMCK tại bệnh viện. Bảng 3 cho biết tổng chi phí trực tiếp y học lọc máu chu kỳ ở mỗi bệnh nhân là 9.591.443 đồng/tháng, tương đương 115.097.316 đồng/năm (5.377 USD). Kết quả này cao hơn kết quả của Nguyễn Chánh Bảo Sơn và cộng sự (2010), theo tác giả này chi phí trực tiếp y học trung bình cho điều trị suy thận mạn giai đoạn cuối bằng phương pháp LMCK là $98.875.360 \pm 12.298.340$ VND/bệnh nhân/năm, tương ứng 4494 ± 559 USD/năm [4]. Sự khác biệt này có thể được giải thích do đối tượng nghiên cứu của tác giả là trẻ em và sự chênh lệch

giá các yếu tố đầu vào của năm 2014 so với năm 2010. Tuy nhiên chi phí LMCK ở bệnh nhân suy thận mạn giai đoạn cuối ở các nghiên cứu Việt Nam thấp hơn nhiều so với các nước trên thế giới, tổng chi phí trực tiếp điều trị lọc máu chu kỳ năm 2010 ở Saudi Arabia là 37.598 USD/người/năm vào [15] và 38.686 USD/người ở Samoa, một quần đảo thuộc Thái Bình Dương [8]. Chi phí này cao hơn rất nhiều ở Mỹ, theo Ariel Berger và cộng sự (2009), chi phí trung bình chăm sóc y học trực tiếp của một bệnh nhân LMCK là 140.633 USD/năm (\$81,752-\$211,574) [9]. Không tính đến sự khác nhau về kỹ thuật lọc máu ở các quốc gia, sự chênh lệch về chi phí còn bởi các thành phần chi phí đưa vào tính toán và chi phí đơn vị của các thành phần chi phí. Ở nghiên cứu chúng tôi, chi phí điều trị nội trú y học trực tiếp được ước tính, chi phí này chủ yếu dựa vào giá viện phí được qui định bởi chính phủ cho các bệnh viện công lập, theo đó chi phí cho cán bộ y tế và chi phí bảo trì, khấu hao trang thiết bị không được bao gồm trong ước tính. Trong khi đó những loại chi phí này, đặc biệt là chi phí nhân lực chiếm phần lớn trong tổng chi phí lọc máu ở các nghiên cứu của các nước, nghiên cứu của Khalid ở Saudi Arabia, chi phí cho

nhân lực chiếm đến 50,6% trong tổng chi phí trực tiếp điều trị LMCK, chi phí khấu hao và bảo trì trang thiết bị y tế chiếm 5,6%. Điều này có nghĩa là loại trừ các chi phí này có thể làm giảm trên 56% tổng chi phí trực tiếp LMCK tại bệnh viện [15]. Theo một thống kê ở Việt Nam, kể thêm khoản hỗ trợ của nhà nước cho chi phí cán bộ y tế và khấu hao trang thiết bị sẽ làm tăng tổng chi phí của các dịch vụ y tế công lên 30-40% [2]. Khác với các nghiên cứu ở các nước, chi phí thủ thuật và thuốc chiếm tỉ lệ đáng kể trong tổng chi phí LMCK nội trú ở bệnh viện Thủ Đức với 53% và 40,6%, theo thứ tự. Chi phí cao cho thuốc và vật tư ngoại nhập sử dụng trong các thủ thuật đã làm tăng tổng chi phí không chỉ ở LMCK mà còn ở điều trị một số bệnh mạn tính khác, báo cáo của Bộ Y tế cho biết chi tiền thuốc chiếm tỷ trọng lớn trong tổng chi y tế. Tiền thuốc bình quân đầu người tăng từ 22 USD từ năm 2010 lên 31,2 USD vào năm 2013[3]. Nghiên cứu cho thấy những bệnh nhân có bệnh kèm theo càng nhiều, chi phí cho điều trị hàng tháng càng cao, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê (Bảng 3). Điều đáng lưu ý là tuổi bệnh nhân STM giai đoạn cuối cần điều trị lọc máu ở nghiên cứu của chúng tôi nói riêng và ở Việt Nam nói chung trẻ hơn các nước khác, ở Chile là 58 ± 18 tuổi [17], tại Canada là 60 ± 23 tuổi [11] nhưng đến 93% số bệnh nhân đều có tối thiểu một bệnh kèm theo (Bảng 1 & 2). Việc kiểm soát và phòng ngừa cho bệnh nhân trong giai đoạn đầu của bệnh thận ở nước ta còn hạn chế, phần lớn bệnh nhân thường chỉ đi khám bệnh khi đã có vấn đề sức khỏe chứ không đi khám sức khỏe định kỳ, vì thế suy thận thường chỉ được phát hiện khi đã thành suy thận mạn giai đoạn cuối và làm tăng số bệnh kèm theo. Nhiều nghiên cứu trên thế giới đã cho thấy phát hiện sớm STM và áp dụng các biện pháp kiểm soát chức năng thận tốt có thể kéo dài tuổi thọ người bệnh và giảm chi phí liên quan đến điều trị bệnh thận giai đoạn cuối [16].

4.2. Gánh nặng tài chính của suy thận mạn tính giai đoạn cuối có điều trị lọc máu chu kỳ

Điều trị STM giai đoạn cuối bằng lọc máu chu kỳ đã kéo dài tuổi thọ của người bệnh, tuy nhiên đã tạo ra gánh nặng tài chính lên các hộ gia đình của họ. Vấn đề này có thể được giải thích bởi hai lý do: thứ nhất, đây là một bệnh mạn tính mà chi phí điều trị không phải tính theo mỗi lần điều trị mà cho cả hàng đời còn lại của họ, thứ hai đa số bệnh nhân STM giai đoạn cuối không thể đủ sức khỏe để có thể tạo ra thu nhập như người bình thường, thậm chí không thể lao động kiếm thu nhập được, trong 100 bệnh nhân ở nghiên cứu chúng tôi có đến 62 người bệnh không có thu nhập, và 12 người có thu nhập không ổn định (Bảng 1). Thu nhập bình quân

đầu người của hộ gia đình trong nhóm nghiên cứu là 1.827.306 đồng/tháng, thấp hơn nhiều so với báo cáo thu nhập bình quân đầu người của thành phố Hồ Chí Minh năm 2014 hơn 9 triệu đồng/tháng (5131 USD/người/năm) [6]. Kết quả này phù hợp với đa số hộ gia đình của người bệnh được xếp loại hộ gia đình nghèo và cận nghèo [7]. Trong khi đó, chi phí bình quân bệnh nhân trị chi trả để điều trị lọc máu chu kỳ hàng tháng chiếm một tỉ lệ đáng kể so với tổng thu nhập của hộ gia đình sau khi đã đáp ứng những nhu cầu cơ bản. Với nhóm bệnh nhân không thuộc nhóm nghèo và cận nghèo, chi phí này chiếm 29,4%, với bệnh nhân thuộc nhóm cận nghèo khoản chi để điều trị bệnh chiếm 80,5% tổng thu nhập còn lại hàng tháng. Theo Tổ chức Y tế thế giới, chỉ tiêu cho y tế được xem là thâm hoa khi khoản chi này chiếm từ 40% trở lên trong tổng thu nhập của hộ gia đình sau khi đã trừ đi những khoản chi cho nhu cầu cơ bản của hộ gia đình [18]. Khoản chi phí lớn và kéo dài theo thời gian để điều trị bệnh sẽ nhanh chóng vượt quá khả năng chi trả của hộ gia đình đẩy họ rơi vào cảnh đói nghèo. Thực vậy, đối với nhóm nghèo chi phí điều trị bệnh đã vượt quá khả năng chi trả của hộ gia đình, cao hơn gần gấp 7 lần tổng thu nhập sau khi đã trừ đi những chi tiêu cơ bản của họ (Biểu đồ 1). Ngay cả những người bệnh có tham gia BHYT, khoản chi này cũng cao gấp 5,6 lần tổng thu nhập còn lại của hộ gia đình. Khoản đồng chi trả 80% của BHYT đối với nhóm bệnh nhân này đã không làm giảm được tác động nặng nề của bệnh lên kinh tế hộ gia đình. Sự tăng lương, nợ nần khiến nhiều hộ gia đình phải cắt giảm những nhu cầu cần thiết như thức ăn, áo quần hoặc trẻ em phải bỏ học do không có khả năng trả học phí hoặc bệnh nhân phải bỏ điều trị chấp nhận cái chết. Đối nghèo là yếu tố làm hạn chế sự tiếp cận của người bệnh đến các cơ sở y tế để được áp dụng các biện pháp kiểm soát chức năng thận sớm do đó STM thường được phát hiện ở giai đoạn muộn, bệnh kèm theo nhiều, làm tăng chi phí điều trị và làm ảnh hưởng đến thu nhập của bản thân người bệnh và hộ gia đình. Chi phí cao và kéo dài không chỉ làm kinh tế hộ gia đình càng kiệt quệ mà còn có thể làm gián đoạn quá trình điều trị bệnh. Đây thực sự là bẫy nghèo đói. Để có thể hạn chế vấn đề này, chính phủ cần có những chính sách như giảm khoản đồng chi trả hoặc hỗ trợ kinh phí điều trị cho những nhóm bệnh nhân nghèo mắc bệnh STM giai đoạn cuối cần điều trị lọc máu nói riêng và các bệnh mạn tính khác nói chung khi chi phí điều trị vượt quá khả năng chi trả của họ.

Một hạn chế ở nghiên cứu cần bàn luận là thu nhập bình quân của hộ gia đình được thu thập dựa vào kết quả phỏng vấn người bệnh có thể thấp hơn

số thực tế do khó khăn khi tính thu nhập ở những hộ gia đình có nguồn thu không ổn định và đặc điểm người dân thường kê khai thu nhập ít hơn họ có. Điều này có thể làm tăng tỉ lệ chi tiêu cho điều trị bệnh trong tổng số thu nhập còn lại hộ gia đình, tuy nhiên chúng tôi sử dụng chuẩn nghèo chung áp dụng cho vùng thành thị để tính chi tiêu cho những nhu cầu cần thiết của hộ gia đình, chuẩn này thấp hơn nhiều chuẩn nghèo của thành phố Hồ Chí Minh năm 2014 (750.000 đồng vs 1.333.333 đồng), vì thế sai số khi đánh giá gánh nặng chi phí điều trị tìm được từ nghiên cứu không quá lớn.

5. KẾT LUẬN

Tổng chi phí trực tiếp y học lọc máu chu kỳ ở mỗi bệnh nhân suy thận mạn giai đoạn cuối là 9.591.443 đồng/tháng, tương đương 115.097.316 đồng/năm (5377 USD).

Chi phí này chiếm 80,5% và vượt quá gần gấp 7 lần tổng thu nhập sau khi đã đáp ứng nhu cầu cơ bản của của hộ gia đình bệnh nhân thuộc nhóm cận nghèo và nhóm nghèo, theo thứ tự. Cần có những chính sách hỗ trợ về chi phí điều trị để có thể giúp những bệnh nhân này tiếp tục liệu trình điều trị kéo dài tuổi thọ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Hải Âu (2015), Khoảng 6 triệu người Việt Nam mắc bệnh suy thận mạn", Báo Giao thông online, website <http://www.baogiaothong.vn/khoang-6-trieu-nguoi-viet-nam-mac-benh-suy-than-man-d102491.html>, ngày 16/4/2015. Download ngày 22/12/2015
2. Bộ Y tế (2006). Báo cáo những hoạt động chăm sóc sức khỏe năm 2006. Hội nghị tổng kết hoạt động bệnh viện ở Việt Nam, Hà Nội. Vụ Điều trị, Bộ Y tế.
3. Bộ Y tế (2015). Báo cáo chung tổng quan ngành y tế năm 2014. Tăng cường dự phòng và kiểm soát bệnh không lây nhiễm. Nhà xuất bản Y học. Hà Nội tháng 3 năm 2015.
4. Nguyễn Chánh Bảo Sơn, và cộng sự (2010), "Chi phí trung bình điều trị bệnh thận giai đoạn cuối ở trẻ em tại bệnh viện Nhi Đồng 2, Tp Hồ Chí Minh (2009 - 2010)", *Tạp chí Y học thành phố Hồ Chí Minh*, 14 (Phụ bản số 4), tr. 1 - 9.
5. Tổng cục thống kê Việt Nam (2015). Y tế, văn hoá, thể thao và mức sống dân cư. Trật tự, an toàn xã hội và môi trường. Trang 731.
6. Tuổi trẻ online (2014). Thu nhập bình quân đầu người thành phố Hồ Chí Minh năm 2014. Website: <http://tuoitre.vn/tin/kinh-te/20141228/tp-hcm-thu-nhap-binh-quan-dau-nguoi-5131-usd/691494.html>, ngày 28/12/2014. Download ngày 26/12/2015
7. Ủy ban nhân dân thành phố Hồ Chí Minh (2014), Quyết định số 03/2014/QĐ-UBND ngày 14/01/2014 ban hành chuẩn hộ nghèo và hộ cận nghèo thành phố áp dụng cho giai đoạn 2014 - 2015
8. Ian Anderson, et al (2012). *The economic costs of non-communicable diseases in the Pacific Islands*. A rapid Stocktake of the situation in Samoa, Tonga and Vanuatu. Final report November 2012.
9. Ariel Berger, et al (2009). "Cost Comparison of Peritoneal Dialysis Versus Hemodialysis in End-Stage

- Renal Disease", *Am J Manag Care*; 15(8): 509-518
10. Amanda A. Honeycutt, et al. (2013), "Medical costs of CKD in the medicare population", *J Am Soc Nephrol* 24: 1478-1483
11. Manns B J., Mendelssohn D.C., Taub K.J. (2007), "The economics of end-stage renal disease care in Canada incentives and impact on delivery of care", *International journal of health care finance and economics*, 7(2-3), pp. 149-169
12. Sennfalt K., Magnusson M., Cericsson P. (2002), "Comparison of hemodialysis and peritoneal dialysis—a cost-utility analysis", *Peritoneal Dialysis International*, 22(1), pp 39-47.
13. Kaminota M. (2001), "Cost-effectiveness analysis of dialysis and kidney transplants in Japan", *The Keio journal of medicine*, 50(2), pp. 100-108
14. Goeree R, et al. (1995), "Cost analysis of dialysis treatment for end-stage renal disease (ESRD)", *Clin invest Med* 18 (6): 455-64
15. Khalid Al Saran, Alaa Sabry (2012). "The Cost of Hemodialysis in a Large Hemodialysis Center", *Saudi J Kidney Dis Transpl*; 23(1):78-82
16. Patrick S. Tucker, et al. (2014), "The Increasing Financial Impact of Chronic Kidney Disease in Australia", *International Journal of Nephrology*, Volume 2014, Hindawi Publishing Corporation.
17. Guerra-Guerrero V., Sanhueza-Alvarado O., Cáceres-Espina M. (2012), "Quality of life in people with chronic hemodialysis: association with sociodemographic, medical-clinical and laboratory variables", *Revista latino-americana de enfermagem*, 20(5), pp. 838-846.
18. Ke xu, et al. (2005), Designing health financing systems to reduce catastrophic health expenditure. Technical Briefs for Policy-Makers. Number 2-2005. WHO, Geneva.