

3. **Colin M. Dayan, M.D., Ph.D., and Gilbert H. Daniels, M.D** (1996), "Chronic Autoimmune Thyroid", The NEJM, Volume 335 Number 2.
4. **Elizabeth N. Pearce** (2003), "Thyroiditis", NEJM, 384:2646-55.
5. **Kristien Boelaert** (2010), "Prevalence and Relative Risk of Other Autoimmune Diseases in Subjects with Autoimmune Thyroid Disease", The American Journal of Medicine, 123:183.E1-183.E9.
6. **Hoàng Tiên Hưng, Nguyễn Khoa Diệu Vân** (2009), "Nhận Xét Đặc Điểm Lâm Sàng, Cận Lâm Sàng và Một Số Nguyên Nhân Hay Gặp ở Bệnh Nhân Suy Giáp Tại Tuyển", Luận Văn Thạc Sĩ Y Học, Trường Đại Học Y Hà Nội.
7. **Eranga Himalee Siriweera** (2010), "Profile of Hashimoto's Thyroiditis in Sri Lankans: Is There an Increased Risk of Ancillary Pathologies in Hashimoto's Thyroiditis?", Journal of Thyroid Research.
8. **Anca Staii** (2010), "Hashimoto Thyroiditis Is More Frequency than Expected When Diagnosed by Cytology Which Uncovers a Pre-Clinical State", Thyroid Research.
9. **Phạm Văn Choang** (2000), "Kết quả siêu âm tuyến giáp trong ba năm 1993-1995 tại Bệnh viện Nội tiết", Kỷ yếu toàn văn công trình nghiên cứu khoa học Nội tiết và chuyển hóa, Nhà xuất bản Y học, tr. 23-26.
10. **Livolsi VA** (1994), "The Pathology of Autoimmune Thyroid Disease: A Review", Thyroid, 4:333-9.

NGHIÊN CỨU TÌNH HÌNH CHI PHÍ BỊ TỪ CHỐI THANH TOÁN TRONG KHÁM VÀ ĐIỀU TRỊ BẢO HIỂM Y TẾ VÀ KẾT QUẢ CAN THIỆP TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA MEDIC BÌNH DƯƠNG NĂM 2023 - 2024

Nguyễn Thị Hồng Loan¹, Phạm Văn Linh²
Huỳnh Minh Chín³, Lê Nguyễn Đăng Khoa³

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Tại Việt Nam, thanh toán theo dịch vụ vẫn là phương thức thanh toán chủ yếu được áp dụng chung đối với dịch vụ khám chữa bệnh bảo hiểm y tế. Việc từ chối thanh toán chi phí khám chữa bệnh bảo hiểm y tế ngày càng tăng, gây khó khăn cho các cơ sở khám chữa bệnh. **Mục tiêu nghiên cứu:** 1. Xác định tỷ lệ chi phí bị từ chối thanh toán trong khám và điều trị bảo hiểm y tế tại Bệnh viện Đa khoa Medic Bình Dương năm 2022-2023. 2. Xác định một số nguyên nhân của chi phí bị từ chối thanh toán trong khám và điều trị bảo hiểm y tế. 3. Đánh giá kết quả can thiệp chi phí bị từ chối thanh toán trong khám và điều trị bảo hiểm y tế. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu sử dụng phương pháp mô tả hồi cứu kết hợp can thiệp không nhóm chứng trên tất cả hồ sơ giám định chi phí khám và điều trị của người bệnh. **Kết quả:** Trong giai đoạn từ tháng 4/2022 đến tháng 3/2023, trong 140472 hồ sơ được đề nghị thanh toán bảo hiểm y tế, có 6654 hồ sơ (chiếm tỷ lệ 4,5%) bị từ chối thanh toán. Các lý do hồ sơ bị từ chối thanh toán phổ biến như: chi phí hành chính, chi phí thủ thuật - phẫu thuật. Sau can thiệp, trong giai đoạn từ tháng 7/2023 đến tháng 12/2023, trong 86947 hồ sơ được đề nghị thanh toán bảo hiểm y tế, có 1546 hồ sơ (chiếm tỷ lệ 1,8%) bị từ chối thanh toán. Tỷ lệ hồ sơ từ chối thanh toán giảm có ý nghĩa thống kê sau can thiệp với CSHQ của hình thức

điều trị nội trú là 40,9%, ngoại trú là 62,5%, chung là 60,7% ($p < 0,001$). **Kết luận:** Cần thường xuyên tổ chức tập huấn, đào tạo liên tục về các quy định và hướng dẫn của bảo hiểm y tế để giảm thiểu các lỗi có thể dẫn đến từ chối thanh toán bảo hiểm xã hội.

Từ khóa: bảo hiểm y tế, từ chối thanh toán, nguyên nhân, hiệu quả

SUMMARY

STUDY ON THE SITUATION OF REFUSED PAYMENT COSTS IN HEALTH INSURANCE EXAMINATION AND TREATMENT AND INTERVENTION RESULTS AT MEDIC BINH DUONG GENERAL HOSPITAL 2023 - 2024

Background: In Vietnam, service-based payment remains the primary method used for health insurance examination and treatment services. The increasing refusal of payment for health insurance medical expenses poses challenges for healthcare facilities. **Objectives:** 1) To determine the rate of refused payment costs in health insurance examination and treatment at Medic Binh Duong General Hospital in 2022-2023. 2) To identify some reasons for the refusal of payment costs in health insurance examination and treatment. 3) To evaluate the intervention results regarding refused payment costs in health insurance examination and treatment. **Materials and methods:** The study uses a descriptive retrospective method combined with a non-controlled intervention on all cost verification records of patients' examinations and treatments. **Results:** During the period from April 2022 to March 2023, cost verification for health insurance examination and treatment was conducted on 140,472 records submitted for payment, with 6,654 records (accounting for 4.5%) being refused payment. Common reasons for refusal included: administrative

¹Bệnh viện Đa khoa Medic Bình Dương

²Trường Đại học Quốc tế Hồng Bàng

³Sở Y tế tỉnh Bình Dương

Chịu trách nhiệm chính: Huỳnh Minh Chín

Email: bschinkhnv.bvdt@gmail.com

Ngày nhận bài: 11.4.2024

Ngày phản biện khoa học: 16.5.2024

Ngày duyệt bài: 27.6.2024

costs and procedural/surgical costs. After intervention, from July 2023 to December 2023, among 86,947 records submitted for health insurance payment, 1,546 records (accounting for 1.8%) were refused payment. The rejection rate of claims significantly decreased after the intervention, with the intervention effectiveness index of inpatient treatment forms being 40.9%, outpatient treatment forms being 62.5%, and overall being 60.7% ($p < 0.001$). **Conclusions:** Training and continuous education on health insurance regulations and guidelines are necessary to minimize errors that could lead to the refusal of social insurance payments. **Keywords:** health insurance, payment refusal, causes, effectiveness

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bảo hiểm y tế là hình thức bảo hiểm được áp dụng trong lĩnh vực chăm sóc sức khỏe, không vì mục đích lợi nhuận, do Nhà nước tổ chức thực hiện và các đối tượng có trách nhiệm tham gia theo quy định của Luật Bảo hiểm y tế [69]. Tại Việt Nam, thanh toán theo dịch vụ vẫn là phương thức thanh toán chủ yếu được áp dụng chung đối với dịch vụ y tế nói chung cũng như đối với dịch vụ khám chữa bệnh bảo hiểm y tế nói riêng. Với phương thức này, việc kiểm soát chi phí là vô cùng khó khăn do bản chất của phương thức này là khuyến khích cơ sở cung ứng càng nhiều dịch vụ càng có lợi, nhất là trong bối cảnh các cơ sở y tế đang thực hiện tự chủ như hiện nay. Từ đó dẫn đến xu hướng lạm dụng dịch vụ y tế và gây nên tình trạng lạm chi quỹ bảo hiểm y tế [1]. Năm 2017, quỹ bảo hiểm y tế thu được 80.000 tỷ đồng, nhưng chi tới 85.000 tỷ đồng [2]. Để khắc phục tình trạng trên, BHXH Việt Nam vừa ban hành Quyết định số 3618/QĐ-BHXH về Quy trình giám định bảo hiểm y tế mới [3]. Từ đó, việc từ chối thanh toán chi phí khám chữa bệnh bảo hiểm y tế ngày càng tăng, gây khó khăn cho các cơ sở khám chữa bệnh. Việc từ chối thanh toán chi phí khám chữa bệnh bảo hiểm y tế do nhiều nguyên nhân: do gia tăng giá dịch vụ y tế không đúng quy định, thống kê thanh toán dịch vụ kỹ thuật còn nhiều bất cập, chi định dịch vụ kỹ thuật trùng lặp,...

Bệnh viện đa khoa Medic Bình Dương là bệnh viện tư nhân tuyến 3 nằm trên địa bàn thành phố Thủ Dầu Một. Việc thực hiện chính sách bảo hiểm y tế ở đây được triển khai từ năm 2017 và đã đạt nhiều kết quả đáng khích lệ. Bên cạnh đó, cũng còn nhiều khó khăn và bất cập như chi phí vượt trần, vượt quỹ còn nhiều, từ chối thanh toán còn cao, ảnh hưởng đến hoạt động chung của bệnh viện, nhất là khó khăn về mặt tài chính. Do đó, để giúp các nhà quản lý có cái nhìn tổng quan về tỷ lệ chi phí bị từ chối thanh toán, các nguyên nhân từ chối thanh toán,

từ đó, đề xuất các biện pháp can thiệp để giảm chi phí bị từ chối thanh toán cho bệnh viện. Do đó, chúng tôi tiến hành thực hiện đề tài: "*Nghiên cứu tình hình chi phí bị từ chối thanh toán trong khám và điều trị bảo hiểm y tế và kết quả can thiệp tại Bệnh viện Đa khoa Medic Bình Dương năm 2023 – 2024*" với 3 mục tiêu nghiên cứu:

1. *Xác định tỷ lệ chi phí bị từ chối thanh toán trong khám và điều trị bảo hiểm y tế tại Bệnh viện Đa khoa Medic Bình Dương năm 2022-2023.*

2. *Xác định một số nguyên nhân của chi phí bị từ chối thanh toán trong khám và điều trị bảo hiểm y tế tại Bệnh viện Đa khoa Medic Bình Dương năm 2022-2023.*

3. *Đánh giá kết quả can thiệp chi phí bị từ chối thanh toán trong khám và điều trị bảo hiểm y tế tại Bệnh viện Đa khoa Medic Bình Dương năm 2023-2024.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Hồ sơ giám định BHYT của người bệnh điều trị nội trú và người bệnh điều trị ngoại trú tại Bệnh viện Đa khoa Medic Bình Dương trong 2 giai đoạn: trước can thiệp: 1/4/2022-31/3/2023, sau can thiệp: 01/7/2023-31/12/2023

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu

Mục tiêu 1 và 2: Nghiên cứu mô tả hồi cứu

Mục tiêu 3: Nghiên cứu can thiệp không nhóm chứng

2.2.2. Cỡ mẫu

Mục tiêu 1 và 2: Tất cả hồ sơ được giám định chi phí khám và điều trị của người bệnh điều trị nội trú và người bệnh điều trị ngoại trú có BHYT trong khoảng thời gian từ 1/4/2022-31/3/2023. Thực tế, trong giai đoạn này có 140472 hồ sơ.

Mục tiêu 3: Tất cả hồ sơ được giám định chi phí khám và điều trị của người bệnh điều trị nội trú và người bệnh điều trị ngoại trú có BHYT trong khoảng thời gian từ 01/7/2023-31/12/2023. Thực tế, trong giai đoạn này có 86947 hồ sơ.

2.2.3. *Phương pháp chọn mẫu:* Sử dụng phương pháp chọn mẫu toàn bộ

2.2.4. Nội dung nghiên cứu

Đặc điểm chung: tuổi, giới tính, mức hưởng BHYT, lý do vào viện, kết quả điều trị, tình trạng ra viện.

Chi phí bị từ chối thanh toán: tỷ trọng số tiền bị từ chối thanh toán, tỷ trọng hồ sơ bị từ chối theo loại hình khám chữa bệnh. Nguyên nhân từ chối thanh toán theo nhóm dịch vụ.

Kết quả can thiệp chi phí bị từ chối thanh

toán: can thiệp trên đối tượng: toàn bộ bác sĩ tham gia khám và điều trị bệnh tại bệnh viện trong thời gian nghiên cứu, cán bộ phòng kế hoạch tổng hợp, khoa dược lâm sàng, nhóm hành chánh (Phòng Nhân sự, điều dưỡng hành chánh, nhân viên IT...) trong thời gian 3 tháng trước khi đánh giá sau can thiệp và trong suốt quá trình đánh giá can thiệp. Đánh giá kết quả can thiệp dựa vào hồ sơ bệnh án trong khoảng thời gian từ 1/7/2023-31/12/2023: Xác định lại số lượng hồ sơ bị từ chối và không bị từ chối dựa vào kết quả giám định của BHYT trong khoảng

thời gian từ 1/7/2023-31/12/2023. So sánh tỷ trọng hồ sơ bị từ chối thanh toán, tỷ trọng số tiền bị từ chối thanh toán, tỷ trọng số tiền bị từ chối thanh toán theo nhóm chi phí điều trị trước và sau can thiệp

2.2.5. Phương pháp xử lý và phân tích số liệu. Các chỉ số nghiên cứu được tính toán theo tỷ lệ % đối với biến định tính, trung bình, tổng chi phí đối với các biến định lượng.

So sánh kết quả trước và sau can thiệp được kiểm định bằng Test thống kê χ^2 , sự khác biệt coi là có ý nghĩa thống kê khi $p < 0,05$.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung của bệnh nhân có bảo hiểm y tế

Bảng 1. Đặc điểm chung của bệnh nhân

Đặc điểm	Nội trú		Ngoại trú		Chung	
	Tần số	Tỷ lệ	Tần số	Tỷ lệ	Tần số	Tỷ lệ
Nhóm tuổi						
≤ 15 tuổi	912	9,0	15691	11,5	16603	11,3
16 – 29 tuổi	946	9,3	19283	14,1	20229	13,7
30 – 59 tuổi	5017	49,5	68956	50,3	73973	50,3
từ 60 tuổi trở lên	3251	32,1	33070	24,1	36321	24,7
Giới tính						
Nam	3716	36,7	56005	40,9	59721	40,6
Nữ	6410	63,3	80995	59,1	87405	59,4
Mức hưởng BHYT						
Mức 1	507	5,0	6160	4,5	6667	4,5
Mức 2	644	6,4	8622	6,3	9266	6,3
Mức 3	878	8,7	7893	5,8	8771	6,0
Mức 4	8032	79,3	113087	82,5	121119	82,3
Mức 5	65	0,6	1238	0,9	1303	0,9
Lý do vào viện						
Đúng tuyến	3980	39,3	53048	38,7	57028	38,8
Cấp cứu	2036	20,1	4552	3,3	6588	4,5
Trái tuyến	1532	15,1	24072	17,6	25604	17,4
Thông tuyến	2578	25,5	55328	40,4	57906	39,4
Kết quả điều trị						
Điều trị khỏi	518	5,1	124628	91,0	125146	85,1
Đỡ hơn	9396	92,8	12280	9,0	21676	14,7
Không thay đổi	196	1,9	82	0,1	278	0,2
Nặng hơn	16	0,2	10	0,0	26	0,0
Tình trạng ra viện						
Ra viện	9450	93,3	135880	99,2	145330	98,8
Chuyển viện	150	1,5	944	0,7	1094	0,7
Xin ra viện	526	5,2	176	0,1	702	0,5
Tổng	10126	6,9	137000	93,1	147126	100,0

Nhận xét: Nghiên cứu được thực hiện trên 147126 hồ sơ bệnh nhân, trong đó chủ yếu bệnh nhân trong nhóm từ 30 – 59 tuổi với 50,3%, nữ giới chiếm 59,4%. Về mức hưởng BHYT có 82,3% bệnh nhân hưởng mức 4. Sau điều trị có 85,1% bệnh nhân được điều trị khỏi với tình trạng là được ra viện với 98,8%.

3.2. Tỷ lệ chi phí bị từ chối thanh toán trong khám và điều trị bảo hiểm y tế

Bảng 2. Tỷ trọng chi phí bị từ chối thanh toán

Hình thức điều trị	Tổng chi phí	Chi phí đề nghị BHYT thanh toán	Chi phí từ chối thanh toán	Tỷ trọng từ chối thanh toán
Nội trú	14.356.470.624	11.948.886.899	75.794.626	0,63

Ngoại trú	36.389.811.526	31.687.136.245	137.421.211	0,43
Tổng	50.746.282.150	43.636.023.144	213.395.837	0,49

Nhận xét: Tổng số tiền bị từ chối thanh toán là 213.395.837 đồng, chiếm 0,49% số tiền đề nghị thanh toán.

Bảng 3. Tỷ lệ hồ sơ bị từ chối thanh toán

Hình thức điều trị	Hồ sơ đề nghị thanh toán	Hồ sơ bị từ chối thanh toán	Tỷ lệ hồ sơ bị từ chối thanh toán
Nội trú	10126	498	4,9
Ngoại trú	137000	6156	4,5
Tổng	147126	6654	4,5

Nhận xét: Tỷ lệ hồ sơ bị từ chối thanh toán là 4,5%, trong đó, nhóm điều trị nội trú là 4,9%, điều trị ngoại trú là 4,5%.

3.3. Nguyên nhân của chi phí bị từ chối thanh toán trong khám và điều trị bảo hiểm y tế

Bảng 4. Nguyên nhân bị từ chối thanh toán theo nhóm dịch vụ

Hình thức	Nội trú		Ngoại trú		Chung	
	Chi phí	Tỷ trọng	Chi phí	Tỷ trọng	Chi phí	Tỷ trọng
Xét nghiệm	334.590,0	0,0028	6.312.479,6	0,0198	6.647.069,6	0,0153
Chẩn đoán hình ảnh	293.530,0	0,0024	4.740.105,1	0,0148	5.033.635,1	0,0116
Thuốc	10.642,2	0,0001	13.352.552,0	0,0418	13.363.194,2	0,0307
Thủ thuật, phẫu thuật	73.333.577,2	0,6095	157.865,6	0,0005	73.491.442,8	0,1688
Công khám	0,0	0,0000	8.079.588,9	0,0253	8.079.588,9	0,0186
Giường bệnh	1.236.726,9	0,0103	0,0	0,0000	1.236.726,9	0,0028
Hành chính	765.560,0	0,0064	104.778.619,7	0,3279	105.544.180,0	0,2424
Tổng	75.794.626,3	0,63	137.421.210,9	0,43	213.395.837,5	0,49

Nhận xét: Nguyên nhân hành chính chiếm tỷ trọng cao nhất trong hình thức điều trị ngoại trú (0,3279%). Ở bệnh nhân điều trị nội trú, phẫu thuật, thủ thuật là nguyên nhân chiếm tỷ trọng cao nhất (0,6095%).

3.4. Kết quả can thiệp chi phí bị từ chối thanh toán trong khám và điều trị bảo hiểm y tế

Bảng 5. Thay đổi tỷ trọng chi phí bị từ chối thanh toán ở bệnh nhân

Hình thức	Thời gian	Tổng chi phí	Chi phí đề nghị BHYT thanh toán	Chi phí từ chối thanh toán	Tỷ trọng từ chối
Nội trú	Trước CT	14.356.470.624	11.948.886.899	75.794.626	0,63
	Sau CT	9.363.749.577	7.769.717.949	14.873.452	0,19
Ngoại trú	Trước CT	36.389.811.526	31.687.136.245	137.421.211	0,43
	Sau CT	20.468.898.458	17.949.903.379	32.569.498	0,18
Chung	Trước CT	50.746.282.150	43.636.023.144	213.395.837	0,49
	Sau CT	29.832.648.035	25.719.621.328	47.442.951	0,18

Nhận xét: Sau can thiệp, tỷ trọng chi phí từ chối thanh toán ở nội trú, ngoại trú và chung giảm so với trước can thiệp, với tỷ trọng chi phí từ chối lần lượt là 0,19%, 0,18%, 0,18%.

Bảng 6. Thay đổi tỷ lệ hồ sơ bị từ chối thanh toán

Hình thức		Từ chối		Không từ chối		Tổng hồ sơ	CSHQ	p
		Số hồ sơ	Tỷ lệ	Số hồ sơ	Tỷ lệ			
Nội trú	Trước CT	498	4,9	9628	95,1	10126	40,9	<0,001
	Sau CT	193	2,9	6452	97,1	6645		
Ngoại trú	Trước CT	6156	4,5	130844	95,5	137000	62,5	<0,001
	Sau CT	1353	1,7	78949	98,3	80302		
Chung	Trước CT	6654	4,5	140472	95,5	147126	60,7	<0,001
	Sau CT	1546	1,8	85401	98,2	86947		

Nhận xét: Tỷ lệ hồ sơ từ chối thanh toán giảm có ý nghĩa thống kê sau can thiệp với CSHQ của hình thức điều trị nội trú là 40,9%, ngoại trú là 62,5%, chung là 60,7% (p<0,001).

IV. BÀN LUẬN

4.1. Tỷ lệ chi phí bị từ chối thanh toán

trong khám và điều trị bảo hiểm y tế. Từ chối thanh toán chi phí KCB BHYT là loại bỏ các khoản chi phí sai chế độ, sai mục đích, sai quy định ra khỏi báo cáo quyết toán đề nghị thanh toán chi phí BHYT của các cơ sở y tế. Nghiên cứu của chúng tôi thực hiện khảo sát trên 147126 hồ

sơ bệnh nhân khám và điều trị nội và ngoại trú có BHYT tại bệnh viện đa khoa Medic Bình Dương. Trong thời gian từ tháng 4/2022 đến tháng 3/2023 có 4,5% hồ sơ bị từ chối thanh toán. Về chi phí, chi phí yêu cầu bảo hiểm y tế thanh toán là 43.636.023.144 đồng, bị từ chối là 213.395.837 đồng, chiếm tỷ trọng 0,49%. Trong đó ở hình thức điều trị nội trú, có 4,9% hồ sơ bị từ chối thanh toán, với số tiền bị từ chối là 75.794.626 đồng trong 11.948.886.899 đồng đề nghị BHYT thanh toán, chiếm tỷ trọng 0,63%. Ở hình thức điều trị ngoại trú, có 0,43% hồ sơ bị từ chối thanh toán, với số tiền bị từ chối là 137.421.211 đồng trong 31.687.136.245 đồng đề nghị BHYT thanh toán, chiếm tỷ trọng 0,43%. Cơ sở bệnh viện đa khoa Medic Bình Dương là cơ sở tự chủ tài chính, việc từ chối thanh toán có thể dẫn đến mất cân đối thu chi [4], [5].

Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Nguyễn Thị Giàu có 5,05% hồ sơ bị từ chối thanh toán với tỷ trọng số tiền bị từ chối là 0,94%, trong đó ở nhóm điều trị ngoại trú là chiếm tỷ lệ 5,07% với tỷ trọng số tiền bị từ chối là 1,63%, nội trú là 0,67% [6]. Trong nghiên cứu của Hồ Tấn Thịnh, tại các bệnh viện công lập tỉnh Sóc Trăng, mỗi năm chi phí từ chối thanh toán khoảng 8,2 tỷ đồng, chiếm tỷ trọng từ 1,5 đến 1,6% chi phí thanh toán [7].

4.2. Nguyên nhân của chi phí bị từ chối thanh toán trong khám và điều trị bảo hiểm y tế. Ở hình thức điều trị nội trú, chi phí thủ thuật, phẫu thuật là nguyên nhân bị từ chối thanh toán chiếm tỷ trọng cao nhất với 0,6095%, kể đến là nguyên nhân chi phí giường bệnh chiếm tỷ trọng 0,0103%.

Ở hình thức điều trị ngoại trú, chi phí hành chính là nguyên nhân bị từ chối thanh toán chiếm tỷ trọng cao nhất với 0,3279%, kể đến là nguyên nhân chi phí thuốc với tỷ trọng 0,0418%.

Về chung của cả 2 hình thức điều trị, chi phí hành chính nguyên nhân bị từ chối thanh toán chiếm tỷ trọng cao nhất với 0,2424%, kể đến là nguyên nhân chi phí thủ thuật, phẫu thuật chiếm tỷ trọng 0,1688%. Theo nghiên cứu của Nguyễn Thị Giàu, chi phí thuốc bị từ chối thanh toán chiếm tỷ trọng nhiều nhất, kể đến là giường bệnh và công khám [6]. Nghiên cứu của chúng tôi cũng tương đồng với nghiên cứu của Hồ Tấn Thịnh với cơ cấu chi phí từ chối thanh toán tại các cơ sở khám chữa bệnh trong tỉnh Sóc Trăng, được chia thành 9 nhóm chi phí: đứng đầu là chi phí phẫu thuật, thủ thuật (33%); thuốc (18%); lỗi hành chánh (18%); Giường bệnh (15%); Xét nghiệm (8%); Chẩn đoán hình ảnh (6%); công khám bệnh (2%); VTYT (1%); một phần rất nhỏ

là chi phí vận chuyển [7].

4.3. Kết quả can thiệp chi phí bị từ chối thanh toán trong khám và điều trị bảo hiểm y tế. Sau can thiệp, tỷ trọng chi phí từ chối thanh toán ở nội trú, ngoại trú và chung giảm so với trước can thiệp, với tỷ trọng chi phí từ chối lần lượt là 0,19% (14.873.452 đồng trong 7.769.717.949 đồng), 0,18% (32.569.498 đồng trong 17.949.903.379 đồng), 0,18% (47.442.951 đồng trong 25.719.621.328 đồng). Tỷ lệ hồ sơ bị từ chối thanh toán sau can thiệp ở hình thức điều trị nội trú là 2,9%, ngoại trú là 1,7%, cả 2 hình thức là 1,8%. Tỷ lệ hồ sơ từ chối thanh toán giảm có ý nghĩa thống kê sau can thiệp với CSHQ của hình thức điều trị nội trú là 40,9%, ngoại trú là 62,5%, chung là 60,7% ($p < 0,001$). Kết quả của Nguyễn Thị Giàu cũng cho thấy số hồ sơ bệnh án bị từ chối giảm và chi phí khám, điều trị giảm sau can thiệp [6]. Qua đây cho thấy được hiệu quả của các chương trình tập huấn, cập nhật cho nhân viên y tế về các quy định, thông tư liên quan đến BHYT trong cải thiện tình hình BHYT từ chối thanh toán.

V. KẾT LUẬN

Trong giai đoạn từ tháng 4/2022 đến tháng 3/2023, trong 140472 hồ sơ được đề nghị thanh toán bảo hiểm y tế, có 6654 hồ sơ (chiếm tỷ lệ 4,5%) bị từ chối thanh toán. Các lý do hồ sơ bị từ chối thanh toán phổ biến như: chi phí hành chính, chi phí thủ thuật - phẫu thuật. Sau can thiệp, trong giai đoạn từ tháng 7/2023 đến tháng 12/2023, trong 86947 hồ sơ được đề nghị thanh toán bảo hiểm y tế, có 1546 hồ sơ (chiếm tỷ lệ 1,8%) bị từ chối thanh toán. Tỷ lệ hồ sơ từ chối thanh toán giảm có ý nghĩa thống kê sau can thiệp với CSHQ của hình thức điều trị nội trú là 40,9%, ngoại trú là 62,5%, chung là 60,7% ($p < 0,001$).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Bộ Y tế và Nhóm đối tác y tế,** Báo cáo chung Tổng quan ngành y tế năm 2013 - Hướng tới bao phủ chăm sóc sức khỏe toàn dân. 2013.
- Ban kinh tế Trung ương và Bảo hiểm xã hội Việt Nam,** Hội thảo "Bảo hiểm y tế toàn dân tại Việt Nam - thực trạng và giải pháp bền vững". 2016.
- Bảo Hiểm Xã Hội Việt Nam,** Quyết định 3618/QĐ-BHXH về ban hành quy trình giám định bảo hiểm y tế. 2022.
- Jia, L., et al.,** Payment methods for healthcare providers working in outpatient healthcare settings. *Cochrane Database Syst Rev*, 2021. **1**(1): p. Cd011865.
- Sood, N., et al.,** Geographic Variation in Medicare Fee-for-Service Health Care Expenditures Before and After the Passage of the Affordable Care Act. *JAMA Health Forum*, 2021. **2**(12): p. e214122.

NGHIÊN CỨU ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ X QUANG Ở BỆNH NHÂN GỠ KÍN 1/3 GIỮA XƯƠNG ĐÒN TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TRUNG ƯƠNG CẦN THƠ

Nguyễn Tuấn Cảnh¹, Hoàng Ngọc Cẩm¹

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Gãy xương đòn là gãy xương thường gặp nhất ở vùng vai và chi trên, đánh giá các đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và phân tích, rút kinh nghiệm, từ đó có thể lựa chọn các phương pháp điều trị hiệu quả. **Mục tiêu:** (1) Khảo sát đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng ở bệnh nhân gãy kín 1/3 xương đòn được điều trị tại Bệnh viện Đa khoa Trung Ương Cần Thơ từ tháng 01 năm 2023 đến hết tháng 12 năm 2023. (2) Khảo sát đặc điểm X quang ở bệnh nhân gãy kín 1/3 giữa xương đòn được điều trị tại Bệnh viện Đa khoa Trung Ương Cần Thơ từ tháng 01 năm 2023 đến hết tháng 12 năm 2023. **Phương pháp nghiên cứu:** Hồi cứu mô tả trên 59 bệnh nhân gãy kín 1/3 giữa xương đòn tại Bệnh viện Đa khoa Trung Ương Cần Thơ từ ngày 01/01/2023 đến 31/12/2023. **Kết quả:** Nhóm bệnh nhân gãy xương đòn chủ yếu là nam giới (81,4%), trong độ tuổi lao động 30 - 60 tuổi (69,5%), làm nghề nông dân/công nhân và nguyên nhân phổ biến nhất là tai nạn giao thông (84,7%). Cơ chế chấn thương ngã chống tay chiếm 69,5% và ngã đập vai chiếm 30,5%. Có 98,3% có triệu chứng sưng đau, 39% trường hợp sờ thấy xương gồ lên dưới da, 32,2% ngấn vai, 11,9% tay xệ và 10% ấn đau chói, có lạo xạo xương. Kiểu di lệch sang bên là kiểu di lệch phổ biến nhất, chiếm 55,94% các trường hợp. Tiếp theo là gập góc với 30,5% trường hợp. Di lệch xa và chồng ngắn đều chiếm khoảng 6,78% trường hợp. Về kiểu gãy, Gãy ngang (A3) là loại gãy phổ biến nhất, chiếm 49,15% trường hợp. **Kết luận:** Bệnh nhân gãy xương đòn thường trẻ tuổi, do nguyên nhân tai nạn giao thông, có thể kèm theo các tổn thương phối hợp và gãy ngang là thường gặp. **Từ khóa:** gãy 1/3 giữa xương đòn, lâm sàng, x quang

SUMMARY

STUDY ON CLINICAL AND X RAY CHARACTERISTICS IN PATIENTS WITH MIDDLE 1/3 FRACTURES OF THE CLAVICLE AT CAN THO CENTRAL GENERAL HOSPITAL

Background: Clavicle fractures are the most common fractures in the shoulder and upper limbs. Evaluate the clinical and paraclinical characteristics and analyze and learn from them to choose effective treatment methods. **Objectives:** Survey clinical and x-ray characteristics in patients with closed middle 1/3 clavicle fractures treated at Can Tho Central General Hospital from January 2023 to the end of December 2023. **Research method:** Retrospective description

¹Trường Đại học Võ Trường Toản

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Tuấn Cảnh

Email: ntcanh@vttu.edu.vn

Ngày nhận bài: 9.4.2024

Ngày phản biện khoa học: 13.5.2024

Ngày duyệt bài: 27.6.2024

of 59 patients with closed middle 1/3 clavicle fractures at Can Tho Central General Hospital from January 1, 2023 to December 31 /2023. **Results:** The group of patients with clavicle fractures is mainly men (81.4%), in the working age group 30 - 60 years old (69.5%), working as farmers/workers and the cause is common. The most common is traffic accidents (84.7%). The mechanism of injury is 69.5% of falls on hands and 30.5% of falls on shoulders. 98.3% had symptoms of swelling and pain, 39% of cases had bulging bones under the skin, 32.2% had shortened shoulders, 11.9% had drooping arms, and 10% had sharp pain and bone crunching. Lateral displacement is the most common type of displacement, accounting for 55.94% of cases. This is followed by angulation in 30.5% of cases. Distal displacement and short overlap both account for about 6.78% of cases. Regarding fracture type, Transverse Fracture (A3) is the most common fracture type, accounting for 49.15% of cases. **Conclusion:** Clavicle fusion surgery with screws is quite good clinically and radiologically, with high success rate, short hospital stay and few complications. This is an effective treatment option for clavicle fractures. **Keywords:** fracture of middle 1/3 of clavicle, clinical characteristic, x-ray

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Gãy xương đòn là gãy xương thường gặp nhất ở vùng vai và chi trên, chiếm 5% trong gãy xương nói chung, khoảng 10% tổng số các gãy xương ở chi trên, 35% trong tổng số gãy xương vai và xảy ra ở mọi lứa tuổi [1]. Gãy 1/3 giữa xương đòn là thể điển hình thường gặp nhất, có đặc điểm: Di lệch nhiều, dễ chẩn đoán, đường gãy có thể ngang, chéo hay có mảnh thứ 3, các di lệch thường gặp: chồng ngắn, sang bên: đầu gần bị kéo lên uren do cơ ức đòn chũm, đầu xa bị kéo xuống dưới do các cơ ngực, delta, dưới đòn và trọng lực cánh tay. Nguyên nhân thường gặp chủ yếu do tai nạn giao thông, trong đó cơ chế chấn thương gián tiếp là chính, khi ngã đập vai hoặc chống tay xuống nền cứng. Ở Việt Nam gãy xương đòn có xu hướng ngày càng nhiều do sự gia tăng các phương tiện giao thông cơ giới [2]. Nguyễn Hồng Trường và cộng sự (2023) 100% bệnh nhân gãy xương đòn đến viện có các dấu hiệu đau chói, sưng nề tại ổ gãy và hạn chế vận động khớp vai cùng bên tổn thương, tổn thương phổi hợp chiếm 33,3%, hình ảnh x quang gãy xương đòn theo phân loại AO thì gãy kiểu C là hay gặp nhất chiếm 44,4% [3] Để đánh giá các đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và phân tích, rút kinh nghiệm, từ đó có thể lựa chọn các phương pháp điều trị hiệu quả chúng tôi chọn đề