

- of the breast: a rare presentation and clinicopathologic comparison with usual ductal carcinoma of the breast. *Pathol Res Pract.*202(6):465-469.
2. **Hennessy BT, Krishnamurthy S, Giordano S, et al. (2005).** Squamous cell carcinoma of the breast. *J Clin Oncol.*23(31):7827-7835.
 3. **Behranwala KA, Nasiri N, Abdullah N, Trott PA, Gui GP (2003).** Squamous cell carcinoma of the breast: clinico-pathologic implications and outcome. *Eur J Surg Oncol.*29(4):386-389.
 4. **Hứa Thị Ngọc Hà, Nguyễn Văn Thái, Bùi Chí Việt, Nguyễn Hữu Hòa, Dương Thị Thủy Vy, Nguyễn Sào Trung, Phan Thanh Hải.** Báo cáo một trường hợp carcinoma tế bào gai ở vú, *Tạp chí Y Dược Học - Trường Đại học Y Dược Huế* (2016), Số đặc biệt, tr: 183-189
 5. **Chen Z, An N, Zhang L, Cui H, Jiang Y, Zhang Y (2022).** Clinicopathological and therapeutic analysis of primary breast squamous cell carcinoma. *Gland Surg.*11(1):125-135.
 6. **Siegelmann-Danieli N, Murphy TJ, Meschter SC, Stein ME, Prichard J (2005).** Primary pure squamous cell carcinoma of the breast. *Clin Breast Cancer.*6(3):270-272.
 7. **Dejager D, Redlich PN, Dayer AM, Davis HL, Komorowski RA (1995).** Primary squamous cell carcinoma of the breast: sensitivity to cisplatinum-based chemotherapy. *J Surg Oncol.*59(3):199-203.
 8. **Ribeiro-Silva A, Luzzatto F, Chang D, Zucoloto S (2001).** Limitations of fine-needle aspiration cytology to diagnose metaplastic carcinoma of the breast. *Pathol Oncol Res.*7(4):298-300.
 9. **Prasad N, Prasad P (1988).** A case of pure primary squamous cell carcinoma of the breast diagnosed by fine needle aspiration biopsy. *Indian J Pathol Microbiol.*31(2):71-72.
 10. **Gupta S, Usha (1982).** Primary squamous cell carcinoma of the breast arising within an abscess. *J Indian Med Assoc.*79(1-2):12-13.
 11. **Cappellani A, Di Vita M, Zanghi A, et al. (2004).** A pure primary squamous cell breast carcinoma presenting as a breast abscess: case report and review of literature. *Ann Ital Chir.*75(2):259-262; discussion 262-253.
 12. **Bouchalova K, Cizkova M, Cwiertka K, Trojanec R, Hajduch M (2009).** Triple negative breast cancer--current status and prospective targeted treatment based on HER1 (EGFR), TOP2A and C-MYC gene assessment. *Biomed Pap Med Fac Univ Palacky Olomouc Czech Repub.*153(1):13-17.
 13. **Aparicio I, Martinez A, Hernandez G, Hardisson D, De Santiago J (2008).** Squamous cell carcinoma of the breast. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.*137(2):222-226.

CHI PHÍ TỰ CHI TRẢ CỦA NGƯỜI BỆNH HIV/AIDS ĐIỀU TRỊ ARV THANH TOÁN BẢO HIỂM Y TẾ TẠI 6 CƠ SỞ Y TẾ TP. HỒ CHÍ MINH NĂM 2020

Vũ Hoàng Anh¹, Nguyễn Văn Hà²

Từ khóa: Chi phí tự chi trả, HIV/AIDS, ARV và bảo hiểm y tế.

SUMMARY OUT-OF-POCKET EXPENSES FOR HIV/AIDS PATIENTS ARV TREATMENT PAYING HEALTH INSURANCE AT 6 HEALTH FACILITIES IN HCMC IN 2020

Treatment with antiretroviral (ARV) drugs should be continued and lifelong for people living with HIV/AIDS. Despite the availability of supportive treatment through health insurance and funding, HIV patients in Vietnam must bear the burden of out-of-pocket costs for opportunistic infections. In 2020, a cross-sectional study was conducted at six health facilities in Ho Chi Minh City with the goal of determining the out-of-pocket costs of ART patients. According to the findings, the average out-of-pocket expense for each patient's HIV/AIDS-related outpatient visits is VND 185,000 per year. The average annual payment for HIV-related inpatient care and treatment is VND 37,000. Patients who use health insurance for ARV/HIV treatment do not have to bear "catastrophic" costs.

Keywords: Out-of-pocket expenses, HIV/AIDS, ARV and health insurance.

TÓM TẮT

Với người bệnh HIV/AIDS, điều trị bằng thuốc kháng retrovirus (ARV) cần liên tục và suốt đời. Mặc dù các chi phí điều trị hỗ trợ thông qua BHYT và nguồn tài trợ, nhưng người bệnh HIV ở Việt Nam vẫn phải chịu gánh nặng về chi phí tự chi trả cho các dịch vụ khám chữa bệnh nhiễm trùng cơ hội. Nghiên cứu mô tả cắt ngang được tiến hành tại 6 cơ sở y tế Thành phố Hồ Chí Minh năm 2020" với mục tiêu xác định chi phí tự chi trả của người bệnh điều trị ARV. Kết quả cho thấy, số tiền tự chi trả trung bình cho các lần khám ngoại trú liên quan đến HIV/AIDS của mỗi người bệnh là 185.000 đồng/năm. Số tiền trung bình được chi trả cho chăm sóc và điều trị người bệnh nội trú liên quan đến HIV mỗi năm là 37.000 đồng. Người bệnh sử dụng BHYT điều trị ARV/HIV không phải chịu chi phí "thảm họa".

¹Trường Đại học Đại Nam

²Phòng Y tế huyện Cần Giờ

Chịu trách nhiệm chính: Vũ Hoàng Anh
Email: anhvh@dainam.edu.vn

Ngày nhận bài: 30.5.2022

Ngày phản biện khoa học: 23.7.2022

Ngày duyệt bài: 29.7.2022

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Cùng với sự tiến bộ trong lĩnh vực dự phòng lây nhiễm HIV, mở rộng điều trị bằng ARV là giải pháp quan trọng nhất để phòng, chống HIV/AIDS. Mặc dù các chi phí điều trị ARV và các xét nghiệm liên quan được cấp miễn phí thông qua bảo hiểm y tế (BHYT) và nguồn tài trợ, nhưng người bệnh HIV ở Việt Nam vẫn phải chịu gánh nặng về chi phí tự chi trả cho các dịch vụ khám chữa bệnh nhiễm trùng cơ hội, hậu quả của việc hệ miễn dịch bị suy yếu [1], [2].

Hiện nay chưa có nhiều nghiên cứu về chi phí điều trị người bệnh HIV/AIDS tại Việt Nam, đồng thời kết quả của những nghiên cứu đã tiến hành không phù hợp với tình hình do chính sách thay đổi về BHYT, do lạm phát và trượt giá qua các năm. Các nghiên cứu tại Việt Nam chủ yếu đề cập đến chi phí từ phía người cung cấp dịch vụ (Chính phủ và nhà tài trợ), chưa đề cập đến chi phí tự chi trả - gánh nặng kinh tế từ phía người bệnh và gia đình khi tham gia chăm sóc, điều trị HIV/AIDS [1], [3].

Tại thành phố (TP.) Hồ Chí Minh, tính đến 5/2019, đã có khoảng 80% người bệnh HIV/AIDS đang được điều trị ARV tại 24 Trung tâm Y tế quận/huyện, tại các bệnh viện tuyến thành phố và các cơ sở thiện nguyện của TP. Số người bệnh HIV/AIDS có thẻ BHYT là 30.779 người, tương đương 85%, trong số này có khoảng 62% có sử dụng BHYT để khám chữa bệnh [4]. Để mô tả bức tranh chi tiết về chi phí tự chi trả của người bệnh HIV/AIDS, chúng tôi tiến hành nghiên cứu "Chi phí tự chi trả của người bệnh HIV/AIDS điều trị ARV thanh toán bảo hiểm y tế tại 6 cơ sở y tế TP. Hồ Chí Minh năm 2020".

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng

Tiêu chuẩn lựa chọn

- Người bệnh HIV/AIDS ≥ 18 tuổi
- Người bệnh HIV/AIDS điều trị ARV ít nhất 6 tháng tại TP. Hồ Chí Minh
- Người bệnh HIV/AIDS đang điều trị ARV từ BHYT.

Tiêu chuẩn loại trừ

- Người bệnh HIV/AIDS không đồng ý tham gia nghiên cứu
- Người bệnh HIV/AIDS không có thẻ BHYT
- Người bệnh HIV/AIDS không giao tiếp được: điếc, người già không minh mẫn.
- Người bệnh HIV/AIDS lấy hộ thuốc cho người khác.

Thời gian nghiên cứu

Từ 01/01/2020 đến 30/4/2020

2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu. Nghiên cứu mô tả cắt ngang

Cỡ mẫu nghiên cứu. Áp dụng công thức tính cỡ mẫu cho 1 giá trị trung bình

$$n = \left[\frac{(z_{\alpha} \times \sigma) / d \right]^2$$

Trong đó: **n:** Cỡ mẫu tối thiểu

z: Hệ số tin cậy = 1,96

σ (the standard deviation): Độ lệch chuẩn từ nghiên cứu trước là 2.200.000 đồng [5]

d (the margin of error): sai số tuyệt đối cho phép là 350.000 đồng.

Cộng thêm 10% để loại trừ các phiếu không hợp lệ và đối tượng từ chối tham gia nghiên cứu, chúng tôi có cỡ mẫu là **168** người.

Phương pháp chọn mẫu. Chọn mẫu thuận tiện. Nhóm nghiên cứu đã trực tại phòng khám, giải thích và mời tất cả những người bệnh đủ tiêu chuẩn tham gia nghiên cứu cho tới khi đủ số lượng phân bổ cho mỗi cơ sở y tế.

Phương pháp thu thập số liệu. Phỏng vấn

Công cụ thu thập số liệu. Nghiên cứu sử dụng bộ công cụ từ một nghiên cứu chi phí tự chi trả trong điều trị ARV của B. John, 2017 đã được tiến hành ở Việt Nam [5]. Tuy nhiên chúng tôi bỏ qua một số câu hỏi về thu nhập, thái độ và kiến thức về BHYT, đồng thời chúng tôi bổ sung một số câu hỏi để xác định chi phí di chuyển và chi phí đồ ăn/đồ uống.

Các khái niệm, tiêu chuẩn trong nghiên cứu

- Chi tiêu: chúng tôi đánh giá chi tiêu hàng năm của cá nhân đối tượng nghiên cứu. Đối với một số câu trả lời, người trả lời không thể phân biệt giữa chi tiêu cá nhân và chi tiêu hộ gia đình thì chúng tôi chia sẻ khoản chi tiêu cá nhân cho người được hỏi bằng cách chia chi tiêu hộ gia đình cho tổng số người trong hộ gia đình đó.

- Chi phí thảm họa: chúng tôi sử dụng định nghĩa của Ngân hàng thế giới (WB), chi phí "thảm họa" xảy ra khi chi phí y tế lớn hơn 40% tổng chi tiêu hộ gia đình.

Phương pháp phân tích số liệu. Số liệu được nhập liệu bằng phần mềm Epidata, phân tích bằng phần mềm SPSS. Thống kê phân tích để tính giá trị tần số, tỷ lệ phần trăm (biến định tính), giá trị trung bình, khoảng tin cậy 95% CI (biến định lượng) của các biến số nghiên cứu.

Vấn đề đạo đức trong nghiên cứu. Nghiên cứu bắt đầu được thực hiện khi đã được thông qua Hội đồng đạo đức trường Đại học Điều dưỡng Nam Định, theo quyết định số 187/2020/HD3.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Đặc điểm đối tượng nghiên cứu

Biến số	n	Trung bình, %	95% CI
Tuổi	168	36,9	(36,0 - 37,9)
Loại thẻ BHYT (%)			
BHYT hộ gia đình	168	73,7%	(50,6% - 88,4%)
BHYT người nghèo	168	7,3%	(1,4% - 30,3%)
BHYT người cận nghèo	168	1,9%	(0,8% - 4,4%)
BHYT người hưởng chính sách	168	1,0%	(0,3% - 3,7%)
BHYT người dân tộc thiểu số	168	3,9%	(0,5% - 23,7%)
BHYT học sinh/sinh viên	168	NA	NA
BHYT người lao động	168	9,7%	(3,3% - 25,3%)
BHYT nhóm đối tượng khác	168	0,6%	(0,2% - 1,8%)
BHYT tư nhân	168	0,5%	(0,1% - 3,7%)
Khác	168	1,4%	(0,5% - 4,3%)
Giới tính nữ (%)	168	34,6%	(25,2% - 45,3%)
Số người trong gia đình	168	4,1	(4,0 - 4,2)
Thu nhập hàng năm (nghìn đồng)			
Cá nhân	162	74.300	(52.252,8 – 96.346,8)
Hộ gia đình	153	141.510	(98.971,2 – 184.047,6)
Chi tiêu hàng năm (nghìn đồng)			
Cá nhân	168	84.726	(46.812,2 - 122.639,4)

Độ tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu là gần 37 tuổi (36,9 tuổi), và hầu hết là nam giới (65,4%). Về loại thẻ BHYT đối tượng nghiên cứu tham gia, hầu hết người bệnh mua thẻ BHYT theo hộ gia đình (73,7%); 9,7% có thẻ bảo hiểm cho người lao động. Hộ gia đình được định nghĩa là nhóm người cùng ăn uống và sinh hoạt. Mỗi thành viên đều ăn phần lớn các bữa ăn trong một tuần cùng gia đình. Quy mô các hộ gia đình trong nghiên cứu trung bình là 4,1 người.

Thu nhập cá nhân trung bình của đối tượng nghiên cứu là 74,3 triệu đồng mỗi năm, trong khi thu nhập trung bình hộ gia đình là 141,4 triệu đồng mỗi năm. Tổng chi tiêu hàng năm cho cá nhân là 84,7 triệu đồng mỗi năm.

Bảng 2. Sử dụng dịch vụ khám chữa bệnh ngoại trú của bệnh nhân HIV/AIDS

Biến số	n	Trung bình, %	95% CI
Điều trị ngoại trú			
Số lượt khám ngoại trú trong năm qua	168	14,5	(13,9 - 15,2)
Người bệnh phải tự chi trả bất kỳ dịch vụ điều trị ngoại trú nào trong 30 ngày qua (%)	168	22,7%	(11,2% - 40,7%)
Điều trị ngoại trú liên quan đến HIV			
Số lượt khám ngoại trú liên quan đến HIV trong năm qua	168	12,6	(11,7 - 13,5)
Người bệnh tự chi trả cho bất kỳ dịch vụ điều trị ngoại trú liên quan đến HIV nào trong tháng qua (%)	168	13,4%	(5,7%-28,2%)
Chi tiêu cho đi lại và ăn uống (liên quan đến HIV) (%)	168	25,2%	(19,4%-32,1%)

Trung bình số lượt khám ngoại trú của đối tượng nghiên cứu trong 12 tháng qua là 14,5 lượt, trong đó 12,6 lượt là khám bệnh liên quan đến ARV/HIV. Khám và điều trị ngoại trú trong 30 ngày qua của 22,7% đối tượng nghiên cứu là có phát sinh chi phí tự chi trả, trong đó 13,4% là chi phí thanh toán điều trị liên quan đến ARV/HIV. Trong mỗi lần đi khám ngoại trú liên quan đến ARV/HIV, có 25,2% người bệnh bỏ tiền túi để

thanh toán chi phí đi lại và đồ ăn, đồ uống. Để thu thập thông tin về chi phí cho đồ ăn, đồ uống thì chúng tôi đã hỏi người bệnh rằng họ có phải mua bất kỳ đồ ăn/thức uống gì trong thời gian chờ dịch vụ điều trị ARV hay không. Thông tin về chi phí đi lại thì chúng tôi đã hỏi về số tiền vé xe khi đi phương tiện công cộng hoặc tiền gửi xe khi đi phương tiện cá nhân, không bao gồm chi phí bảo trì, xăng dầu... của phương tiện cá nhân.

Bảng 3. Sử dụng dịch vụ khám chữa bệnh nội trú

Biến số	n	Trung bình, %	95% CI
Tỷ lệ người bệnh nhập viện điều trị nội trú trong năm qua (%)	168	16,5%	(13,0%-20,8%)
Tỷ lệ người bệnh nhập viện điều trị nội trú liên quan đến	168	3,0%	(0,9% - 9,6%)

HIV trong năm qua (%)			
Điều trị nội trú			
Số lượt điều trị nội trú trong năm qua	168	0,22	(0,187 - 0,243)
Người bệnh tự chi trả chi phí điều trị nội trú trong năm qua (%)	168	13,9%	(11,3%-17,1%)
Điều trị nội trú liên quan đến HIV			
Số lượt điều trị nội trú liên quan đến HIV trong năm qua	168	0,04	(-0,016-0,093)
Người bệnh tự chi trả chi phí điều trị nội trú liên quan đến HIV/AIDS trong năm qua (%)	168	2,7%	(0,8%-9,1%)
Chi tiêu cho đi lại và ăn uống (liên quan đến HIV) (%)	168	0,5%	(0,0%-4,6%)

Trong 12 tháng trước thời điểm tham gia nghiên cứu, số lượt điều trị nội trú trung bình của người bệnh là 0,22 lượt. Trong số người bệnh điều trị nội trú có 13,9% người bệnh phát sinh chi phí tự chi trả. Tỷ lệ người bệnh nhập viện điều trị nội trú liên quan đến HIV/AIDS là 3%. Trong các lượt nhập viện điều trị nội trú, trung bình có 0,04 lượt người bệnh nhập viện do HIV/AIDS hoặc nhiễm trùng cơ hội. Tỷ lệ người bệnh bỏ tiền túi chi trả chi phí điều trị HIV/AIDS là 2,7%.

Bảng 4. Chi phí tự chi trả của người bệnh HIV/AIDS

Biến số	n	Trung bình hàng năm (nghìn đồng)	95% CI
Sử dụng dịch vụ khám chữa bệnh ngoại trú (tất cả nguyên nhân)			
Trung bình chi phí tự chi trả cho điều trị ngoại trú (bao gồm cả các cơ sở y tế bên ngoài)	167	1.638	(694,0-2.582,7)
Sử dụng dịch vụ khám chữa bệnh ngoại trú liên quan đến HIV			
Trung bình chi phí tự chi trả cho điều trị ngoại trú liên quan đến HIV	168	185	(57,3 - 312,0)
Chi phí tự chi trả cho đi lại và ăn uống (liên quan đến HIV)	167	333	(193,1 - 472,7)
Sử dụng dịch vụ khám chữa bệnh nội trú (tất cả nguyên nhân)			
Trung bình chi phí tự chi trả cho điều trị nội trú	168	163	(-6830,1 - 393,9)
Sử dụng dịch vụ khám chữa bệnh nội trú liên quan đến HIV			
Trung bình chi phí tự chi trả cho điều trị nội trú liên quan đến HIV	168	37	(-5049,6 - 124,0)
Chi phí tự chi trả cho đi lại và ăn uống (liên quan đến HIV)	168	5	(-578,2 - 15,1)

Kết quả nghiên cứu cho thấy, người bệnh điều trị ARV phải tự chi trả 1.638.000 đồng mỗi năm cho dịch vụ khám bệnh ngoại trú. Đối với khoản chi phí tự chi trả cho các lần khám ngoại trú liên quan đến HIV, trung bình mỗi năm người bệnh điều trị ARV phải chi số tiền là 185.000 đồng. Kết quả nghiên cứu cũng cho thấy, trung bình một người bệnh điều trị ARV phải trả 163.000 đồng cho điều trị nội trú trong 12 tháng qua. Khi nhập viện điều trị nội trú liên quan đến HIV, mỗi người bệnh đã thanh toán tiền viện phí trung bình là 37.000 đồng.

Bảng 5. Tỷ lệ chi phí "thảm họa" của người bệnh HIV/AIDS

Biến số	n	%	95%CI
Tỷ lệ chi phí "thảm họa" cho khám chữa bệnh			
>40%	167	1,4%	(0,1% - 2,7%)
>30%	167	1,9%	(0,2% - 3,6%)
>20%	167	3,3%	(1,0% - 5,6%)
Tỷ lệ chi phí "thảm họa" cho khám chữa bệnh liên quan đến HIV/AIDS			
>40%	167	0%	N/A
>30%	167	0%	N/A
>20%	168	0,3%	(-1,0% - 1,7%)
Tỷ lệ chi phí "thảm họa" cho đi lại và ăn uống liên quan đến khám chữa bệnh HIV			

>40%	167	0,4%	(-1,0% - 1,8%)
>30%	167	0,5%	(-0,7% - 1,8%)
>20%	168	1,3%	(-0,1% - 2,7%)

Nghiên cứu của chúng tôi sử dụng định nghĩa của Ngân hàng thế giới (WB), chi phí "thảm họa" xảy ra khi chi phí y tế lớn hơn hoặc bằng 40% tổng chi tiêu hộ gia đình. Ngoài ra chúng tôi, đo lường thêm chi phí "thảm họa" ở ngưỡng 30% và 20% như là một phương pháp phân tích độ nhạy.

Tỷ lệ người bệnh phát sinh chi phí "thảm họa" cho chăm sóc sức khỏe do tất cả các nguyên nhân của người bệnh HIV/AIDS là 1,4%. Đối với chi phí khám chữa bệnh liên quan đến HIV, tại điểm cắt chi tiêu dành cho sức khỏe ở ngưỡng lớn hơn 20% tổng chi tiêu của hộ gia đình, tỷ lệ người bệnh phát sinh chi phí "thảm họa" là 0,3%. Khi bao gồm chi phí đi lại và ăn uống trong các lần sử dụng dịch vụ y tế liên quan đến HIV/AIDS thì tỷ lệ chi phí "thảm họa" ở mức 40%, 30% và 20% lần lượt là 0,4%; 0,5% và 1,3%.

IV. BÀN LUẬN

Chi phí tự chi trả cho các lần khám ngoại trú liên quan đến HIV/AIDS là 185.000 đồng mỗi năm (CI 95%: 57.300 - 312.000). Chi phí tự chi trả trung bình cho nhập viện điều trị nội trú liên quan đến HIV là 37.000 đồng mỗi năm.

Tỷ lệ người bệnh có phát sinh khoản chi phí tự chi trả cho dịch vụ y tế ngoại trú tăng từ 3,7% năm 2015 [5] lên 13,4 trong nghiên cứu này. Sự gia tăng này có thể được giải thích bằng thực tế là mẫu nghiên cứu của chúng tôi bao gồm chỉ những người bệnh điều trị ARV thanh toán BHYT, trong đó có các nhóm BHYT cho người nghèo, dân tộc thiểu số hoặc quân đội được chi trả 100% cho các chi phí điều trị ngoại trú của họ.

Từ việc phân loại các đối tượng hưởng BHYT, trong nghiên cứu này chỉ có 12,2% người được hỏi được hưởng miễn phí dịch vụ điều trị ARV. Tuy nhiên cũng chỉ có 13,4% (95% CI: 5,7 - 28,2%) người bệnh phải thanh toán một khoản chi phí cho chăm sóc điều trị ARV ngoại trú. Các cuộc phỏng vấn sâu với cán bộ y tế phụ trách điều trị ARV cho người bệnh thì chúng tôi xác định được có 3 lý do dẫn quan đến tỷ lệ đồng thanh toán thấp này. Lý do đầu tiên là luật BHYT hiện hành quy định rằng nếu tổng số tiền thanh toán cho mỗi lượt khám dưới 200.000VND (15% mức lương cơ bản), các dịch vụ y tế được BHYT chi trả 100% và khi đó người bệnh sẽ không phải thanh toán chi phí y tế gì. Do đó, nhân viên y tế tại phòng khám, tư vấn và điều trị ngoại trú (OPC) thường cố gắng giảm số tiền thanh toán

cho mỗi lần khám dưới 200.000 đồng để người bệnh không phải thanh toán. Lý do thứ hai là nhân viên OPC nắm được tình hình khó khăn của người bệnh điều trị ARV và do đó họ đã cố gắng huy động sự hỗ trợ từ tất cả các nguồn để thanh toán cho số tiền 20% không được bảo hiểm (tài trợ từ Ủy ban Nhân dân TP. và một số nguồn khác). Lý do thứ ba là do hai xét nghiệm đặt tiền: đo tải lượng vi rút và đếm số lượng tế bào CD4, Quỹ Toàn cầu vẫn thanh toán cho các xét nghiệm này cho đến hết tháng 9 năm 2019. Vì vậy chi phí tự chi trả trung bình cho điều trị ARV ngoại trú vẫn còn thấp, ở mức 185.000VND mỗi năm.

Việc sử dụng dịch vụ khám và điều trị nội trú đã giảm so với năm 2015. Tỷ lệ người bệnh nhập viện và điều trị nội trú có liên quan đến HIV chỉ là 3% so với 5% được báo cáo trong nghiên cứu năm 2015. Số tiền trung bình người bệnh phải thanh toán cho chăm sóc và điều trị nội trú liên quan đến HIV/AIDS mỗi năm chỉ có 37.000 đồng so với 214.000 đồng mỗi người bệnh năm 2015 [5].

Hiện nay do chi phí đồng chi trả thấp cũng như chi phí tự chi trả không đáng kể, nên quá trình điều trị ARV chưa tạo ra gánh nặng tài chính lớn cho cá nhân cũng như hộ gia đình người bệnh HIV/AIDS. Người bệnh ngoài được thanh toán điều trị ARV khi sử dụng BHYT thì vẫn được miễn phí một số xét nghiệm trong giai đoạn chuyển tiếp từ Quỹ Toàn cầu (đo tải lượng vi rút và đếm số lượng tế bào CD4). Kết quả phân tích cho thấy không có người bệnh nào phải chịu chi phí "thảm họa" (mức > 40%), cao hơn mức 5% trong nghiên cứu năm 2012 tại Việt Nam[5]. Sự suy giảm tỷ lệ người bệnh phải gánh chịu chi phí "thảm họa" có thể do tăng số lượng người bệnh đăng ký tham gia BHYT, tỷ lệ người bệnh tham gia BHYT năm 2012 chỉ có 32% [5]. Khi bao gồm thêm vào chi phí đi lại và ăn uống (có liên quan đến HIV) thì có 0,4% người bệnh phát sinh chi phí "thảm họa". Tuy nhiên dựa trên kịch bản không còn nguồn tài trợ, người bệnh đi khám và điều trị ARV phải trả tiền cho tất cả các xét nghiệm, khi đó tỷ lệ phát sinh chi phí "thảm họa" (mức > 40%) tăng lên 0,9%, nếu bao gồm thêm chi phí đi lại và ăn uống thì tỷ lệ này tăng lên 1,6%.

V. KẾT LUẬN

Tỷ lệ người bệnh phát sinh chi phí tự chi trả cho chăm sóc và điều trị người bệnh ngoại trú là 13,4%. Số tiền tự chi trả trung bình cho các

lần khám ngoại trú liên quan đến HIV/AIDS của mỗi người bệnh là 185.000 đồng.

Tỷ lệ người bệnh nhập viện điều trị nội trú liên quan đến HIV/AIDS là 3%. Số tiền trung bình được chi trả cho chăm sóc và điều trị người bệnh nội trú liên quan đến HIV mỗi năm là 37.000 đồng.

Người bệnh sử dụng BHYT điều trị ARV/HIV được bảo hiểm chi trả 80 – 100%, bên cạnh đó chi phí tự chi trả liên quan đến HIV ở mức thấp cho nên không có người bệnh nào phải chịu chi phí “thảm họa”. Khi bao gồm thêm vào chi phí đi lại và ăn uống (có liên quan đến HIV) chỉ có 0,4% người bệnh phải chịu chi phí “thảm họa”.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Cường, T.T.**, Chi phí điều trị bệnh nhân HIV/AIDS ngoại trú của phòng khám LIFE-GAP tại bệnh viện Bạch Mai năm 2012, Đại học Y tế công cộng Hà Nội: Hà Nội.
2. **Abt Associates Việt Nam**, Sử dụng các dịch vụ chăm sóc và điều trị người nhiễm HIV ở Việt Nam. 2012.
3. **Huân, T.Q. và L.V. Anh**, Nghiên cứu những chi phí điều trị và chăm sóc y tế cho người nhiễm HIV/AIDS tại một số cơ sở y tế Việt Nam năm 2003. 2006, Đại học Y tế công cộng Hà Nội.
4. **Thảo, N.T.T.**, Tình hình khám chữa bệnh và thanh quyết toán thuốc ARV từ nguồn BHYT tại TP. HCM. 1997: TP. Hồ Chí Minh.
5. **Johns, B., et al.**, The importance of assessing out-of-pocket payments when the financing of antiretroviral therapy is transitioned to domestic funding: findings from Vietnam. Trop Med Int Health, 2017. **22**(7): p. 908-916.

KẾT QUẢ PHẪU THUẬT NỘI SOI HOÀN TOÀN CẮT DẠ DÀY BÀN PHẦN CỰC DƯỚI, NẠO VẾT HẠCH D2, NỐI DẠ DÀY - HỒNG TRÀNG TRÊN QUAI Y ĐIỀU TRỊ UNG THƯ BIỂU MÔ DẠ DÀY TẠI BỆNH VIỆN ĐẠI HỌC Y HÀ NỘI

Nguyễn Hoàng¹, Đỗ Đức Minh²

TÓM TẮT

Mục tiêu nghiên cứu: Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả sớm phẫu thuật nội soi cắt bán phần cực dưới kèm nối dạ dày hồng tràng kiểu chữ Y điều trị ung thư biểu mô của dạ dày từ tháng 08/ 2020 đến tháng 07/ 2021 tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả tiến cứu trên 39 bệnh nhân (BN) ung thư biểu mô dạ dày được phẫu thuật nội soi hoàn toàn cắt bán phần cực dưới, nạo vét hạch D2, nối dạ dày-hồng tràng trên quai Y. **Kết quả và bàn luận:** Tuổi trung bình $61 \pm 9,9$. Tỷ lệ Nam/Nữ = 1,93. Lý do vào viện hay gặp do đau bụng (77,3%) và xuất huyết tiêu hóa (18,2%), mệt mỏi và gầy sút cân (4,6%). Thời gian phẫu thuật trung bình $209,4 \pm 41,1$ phút. Tồn thương u ở vị trí hang vị (30 BN) chiếm 68,2%, môn vị 4BN, bờ cong nhỏ 8BN, thân vị và bờ cong lớn có 2 BN. Tỷ lệ sinh thiết thiết diện cắt không còn tế bào ung thư đạt 100%. Thời gian nằm viện trung bình $9,27 \pm 3,65$ ngày. Không có tai biến trong mổ cũng như chuyển mổ mở. Có 4 BN gặp biến chứng viêm tụy độ A sau mổ (chiếm 10,3%), tất cả đều khỏi bằng điều trị nội khoa. Có 1 BN có chảy máu miệng nối sau mổ, được

điều trị bảo tồn. Không có tử vong. **Kết luận:** Phẫu thuật nội soi hoàn toàn cắt bán phần cực dưới, nạo vét hạch D2, nối dạ dày hồng tràng kiểu chữ Y là phương pháp an toàn, hiệu quả trong điều trị ung thư biểu mô dạ dày.

Từ khóa: Ung thư biểu mô dạ dày, phẫu thuật nội soi, Roux-en-Y.

SUMMARY

TOTAL LAPAROSCOPIC DISTAL GASTRECTOMY WITH D2 LYMPHADENECTOMY FOLLOWED BY INTRACORPOREAL ROUX-EN Y RECONSTRUCTION

Objectives: To describe the clinical, paraclinical and early results of total laparoscopic distal gastrectomy with D2 lymphadenectomy followed by intracorporeal Roux en Y reconstruction for carcinoma of the stomach from August 2021 to July 2022 at Hanoi Medical University Hospital. **Methods:** A prospective descriptive study on 44 patients with gastric carcinoma who underwent total laparoscopic distal gastrectomy with D2 lymphadenectomy followed by intracorporeal Roux en Y reconstruction. **Results and discussion:** Mean age. Ratio Female/Male = 1,93. The most common reasons for admission were abdominal pain (77,3%) and gastrointestinal bleeding (18,2%). The average surgical time was $209,4 \pm 41,1$ minutes. 30 patients had tumor in the antrum (68,2%), 4 patients had pylorus tumor, 8 patients had tumor in the small curvature, 2 patients had tumor in the body and greater curvature. The rate of cross-sectional biopsies without cancer cells was 100%. The

¹Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

²Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Hoàng

Email: drhoangnt29@gmail.com

Ngày nhận bài: 31.5.2022

Ngày phản biện khoa học: 22.7.2022

Ngày duyệt bài: 29.7.2022