

PHÂN TÍCH CHI PHÍ BẢO HIỂM Y TẾ ĐIỀU TRỊ NỘI TRÚ TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA HUYỆN THỌ XUÂN, TỈNH THANH HÓA GIAI ĐOẠN 2019 - 2021

Trịnh Quý Đôn¹, Nguyễn Thị Bình An¹, Trương Việt Dũng¹

TÓM TẮT

Mục tiêu nghiên cứu: Phân tích chi phí và tính công bằng của bảo hiểm y tế trong điều trị nội trú tại Bệnh viện đa khoa huyện Thọ Xuân, tỉnh Thanh Hóa giai đoạn 2019 – 2021. **Phương pháp nghiên cứu:** mô tả (hồi cứu). **Kết quả:** Trung bình hiệu chỉnh mức chi /ngày cho thấy giữa các nhóm thẻ bảo hiểm y tế có sự khác nhau không đáng kể, mức chênh giữa nhóm chi cao nhất và thấp nhất từ 1,15 lần khá ổn định giữa các năm. Không có sự phân biệt giữa nam và nữ về mức chi trung bình hiệu chỉnh cho một trường hợp ốm vì rối loạn các chức năng tiền đình, viêm phổi và viêm tiết niệu. **Kết luận:** không có sự phân biệt trong chi phí thanh toán của bảo hiểm y tế. Các Bệnh viện nên quan tâm sử dụng hiệu quả nguồn kinh phí hiện có, trong đó chủ yếu là nguồn từ bảo hiểm y tế.

Từ khóa: bảo hiểm y tế, công bằng, chi phí.

SUMMARY

ANALYSIS OF THE COST OF IN PATIENT HEALTH INSURANCE TREATMENT AT THO XUAN GENERAL HOSPITAL, THANH HOA PROVINCE FOR 2019 - 2021

Research objective: Analyze the cost and equity of health insurance in inpatient treatment at Tho Xuan District General Hospital, Thanh Hoa province in the period of 2019 - 2021. **Methods:** description (retrospective). **Results:** The adjusted average of expenditure/day shows that there is no significant difference between groups of health insurance cards, the difference between the highest and lowest spending groups from 1.15 times is quite stable between years. There was no distinction between men and women in terms of adjusted mean expenditure for one case of illness due to vestibular dysfunction, pneumonia and urinary tract infection. **Conclusion:** there is no distinction in the cost of health insurance payments. Hospitals should pay attention to the effective use of existing funds, mainly from health insurance.

Keywords: health insurance, equity, cost.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bảo hiểm y tế (BHYT) là chính sách chăm sóc sức khỏe nhân dân quan trọng trong hệ thống an sinh xã hội của quốc gia. Bảo hiểm y tế

do nhà nước tổ chức, hoạt động không vì lợi nhuận, nhằm mục đích huy động sự đóng góp của cộng đồng, chia sẻ rủi ro bệnh tật [3] và giảm gánh nặng tài chính cho mọi người khi ốm đau, bệnh tật, tai nạn... thực hiện công bằng và nhân văn trong lĩnh vực bảo vệ chăm sóc sức khỏe của người dân. Bảo hiểm y tế đảm bảo công bằng y tế theo chiều ngang (horizontal equity) về quyền lợi bằng cách đảm bảo rằng các dịch vụ giống nhau được cung cấp cho những người có cùng nhu cầu, hay cụ thể hơn là những người giống nhau được chữa khỏi những căn bệnh giống nhau.

Những nghiên cứu (NC) trước đây về BHYT, hầu hết tập trung theo hướng: Thứ nhất là tác động hỗ trợ các cộng đồng nghèo, giảm chi phí thảm họa (catastrophic expenditure) và nghèo hóa[1],[4]; Thứ hai là phân tích sự tác động của BHYT lên cung cấp dịch vụ KCB cho từng bệnh mà khi mắc tác động mạnh lên kinh tế hộ gia đình[7]; Thứ ba là nghiên cứu tác động của các phương thức thanh toán BHYT lên quyền lợi của người bệnh (NB), lên bình ổn quỹ BHYT và khả năng quản lý BHYT của các bệnh viện[8] và thứ tư là phân tích chi phí của hộ gia đình và bệnh viện trong khám chữa bệnh[5].

Trên cơ sở dữ liệu (CSDL) sẵn có tại bệnh viện về thanh toán các khoản chi BHYT cho người bệnh, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với mục tiêu sau: *Phân tích chi phí và tính công bằng của BHYT trong điều trị nội trú tại Bệnh viện đa khoa huyện Thọ Xuân, tỉnh Thanh Hóa giai đoạn 2019 – 2021.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng, thời gian, địa điểm nghiên cứu

2.1.1. Đối tượng nghiên cứu. Cơ sở dữ liệu chi phí KCB Bảo hiểm y tế điều trị nội trú tại Bệnh viện Đa khoa huyện Thọ Xuân, tỉnh Thanh Hóa từ năm 2019 đến 2021.

2.1.2. Địa điểm nghiên cứu. Nghiên cứu được tiến hành tại Bệnh viện đa khoa huyện Thọ Xuân, tỉnh Thanh Hóa

2.1.3. Thời gian nghiên cứu. Nghiên cứu được thực hiện từ tháng 06/2022 đến tháng 12/2022.

Thời gian lấy số liệu hồi cứu trong 3 năm

¹Trường Đại học Thăng Long

Chịu trách nhiệm chính: Trịnh Quý Đôn

Email: trinquydon@gmail.com

Ngày nhận bài: 3.3.2023

Ngày phản biện khoa học: 21.4.2023

Ngày duyệt bài: 8.5.2023

2019, 2020 và 2021

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu. Nghiên cứu mô tả (hồi cứu) - Phân tích kinh tế y tế dựa trên phân tích số liệu thứ cấp.

2.2.2. Cỡ mẫu và kỹ thuật chọn mẫu.

Nghiên cứu sử dụng phương pháp nghiên cứu mô tả hồi cứu. Nguồn thông tin là số liệu thứ cấp từ cơ sở dữ liệu (CSDL) sẵn có.

Chọn toàn bộ bộ CSDL thanh toán BHYT của người bệnh điều trị nội trú tại Bệnh viện đa khoa huyện Thọ Xuân, tỉnh Thanh Hóa trong 3 năm 2019, 2020 và 2021

2.3. Nguồn số liệu phân tích. Cơ sở dữ

liệu thanh toán bảo hiểm y tế tại bệnh viện được Phòng tài chính của Bệnh viện cung cấp. Đây là nguồn số liệu không mang tính "riêng tư" và sử dụng để báo cáo hàng năm. Đây cũng là CSDL thống nhất sử dụng trong các bệnh viện toàn quốc.

2.4. Phân tích và xử lý số liệu: Sử dụng phần mềm SPSS.20

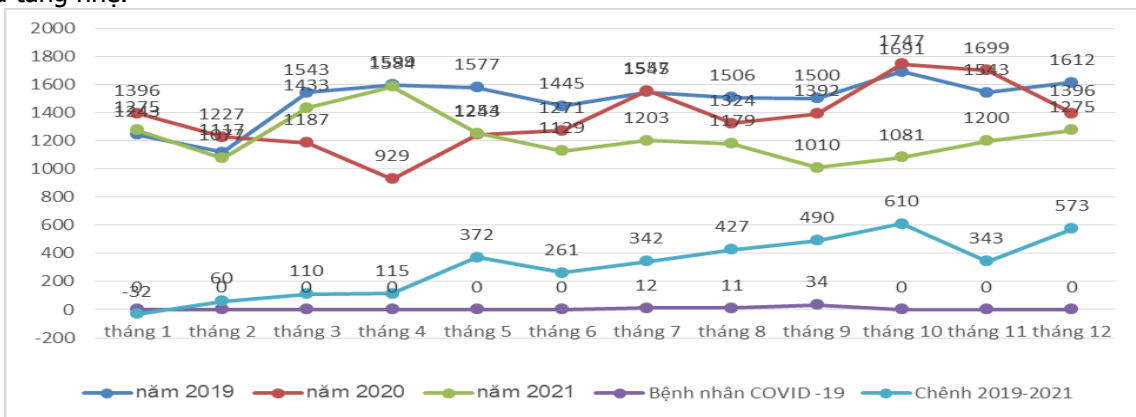
III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Qua phân tích trong 3 năm từ 2019 – 2022 có 49.263 lượt NB điều trị nội trú BHYT tại bệnh viện đa khoa huyện Thọ Xuân ra viện được Bệnh viện thanh quyết toán với cơ quan Bảo hiểm xã hội tỉnh và thanh toán với người bệnh

Bảng 3.1. Đặc điểm 10 bệnh chính theo ICD trong 3 năm 2019-2022

Bệnh/nhóm bệnh	ICD10	Năm			Chênh 2021-2019 (%)
		2019	2020	2021	
Rối loạn chức năng tiền đình	H81.9	528	405	391	-137(-25,9)
Tăng huyết áp	I15.9	306	191	145	-161 (-52,6)
Suy tim	I50.9	346	241	145	-201 (-58,0)
Viêm phổi	J18.9	1077	837	668	-409 (-39,9)
Viêm phế quản	J20.9	319	282	334	+15 (+4,7)
Rối loạn cơ quan tiêu hóa	K93.8*	406	383	225	-181 (-44,6)
Các biến đổi xác định khác của thận và niệu quản	N28.8	310	260	238	-72 (-23,2)
Đẻ thường	O80.8	1383	1022	984	-399(-28,8)
Mổ lấy thai	O82.8	464	522	485	+21 (+4,5)
Sốt, không đặc hiệu	R50.9	669	320	99	-570 (-85,2)
Chung 10 bệnh		5808	4463	3476	-2332(-40,1%)
Ngoài 10 bệnh		12113	12216	11187	-926 (-7,6%)
Tổng số		17921	16679	14663	-3254(-18,2%)

Nhận xét: Trong nhóm 10 bệnh thường gặp, 8/10 bệnh đều giảm số NB; nhóm bệnh sốt không đặc hiệu (R50.9) giảm nhiều nhất 570 ca, giảm 85,2%, tiếp đến là bệnh suy tim (I50.9) có mức giảm vào năm 2021 so với trước dịch – 2019, nhiều nhất 201 ca, giảm 58,0%, các bệnh khác trong nhóm Top10 cũng giảm từ 20 đến 50%. Bệnh Viêm phế quản (J20.9) và mổ lấy thai (O82.8) không giảm mà tăng nhẹ.



Biểu đồ 3.1. Số bệnh nhập viện theo các tháng trong 3 năm

Nhận xét: Ngoại trừ tháng 1/2021, số trường hợp nhập viện bắt đầu giảm từ tháng 2/2021 sau đó càng giảm nhiều hơn. Tháng 7 đến 9 có ca bệnh COVID19, số giảm nhiều nhất vào tháng 10 và tháng 12.

Bảng 3.2. Trung bình chi/người bệnh theo nhóm 10 bệnh (top10) (tổng chi)

Nhóm 10 bệnh thường gặp		Trung bình chi phí (đồng)		
		M	95%CI	
			Cận dưới	Cận trên
2019	10 bệnh	2299709	2255215	2344203
	Ngoài 10 bệnh	2252425	2535451	2615682
	Chung	2486164	2455398	2516930
p (M)		= 0,000		
2020	10 bệnh	2577028	2513282	2640774
	Ngoài 10 bệnh	2701151	2660397	2741906
	Chung	2667938	2633552	2702324
p (M)		= 0,000		
2021	10 bệnh	3014058	2927588	3100527
	Ngoài 10 bệnh	2951360	2898922	3003798
	Chung	2966223	2921273	3011173
P (M)		= 0,000		

Nhận xét: Qua các năm, mức chi trung bình một trường hợp cho nhóm 10 bệnh thường gặp nhất có xu hướng tăng và cao hơn với nhóm các bệnh ngoài 10 bệnh trong các năm 2019 và 2021 (p<0,001).

Bảng 3.3. Trung bình chi/ ngày của các nhóm BHYT (phân tích hiệp biến - ANCOVA với giới, nhóm tuổi và nhóm chuyên khoa) năm 2019

Nhóm thẻ BHYT	M (đồng) Hiệu chỉnh	Mức chi bình quân/Ngày 95%CI		P (ANCOVA) F test
		Cận dưới	Cận trên	
2019		Số lượng		
(1) Do người lao động và người sử dụng lao động đóng	1693	553961	535668	572254
(2) Do tổ chức bảo hiểm xã hội đóng	1696	547004	528998	565011
(3) Do ngân sách nhà nước đóng	8947	466643	458737	474548
(4) Do ngân sách nhà nước hỗ trợ mức đóng	3504	497452	484940	509963
(5) Nhóm tham gia BHYT theo hộ gia đình	2081	538805	522489	555121
Chung	17.921	So sánh cặp cho thấy nhóm (1) và (2) cao hơn các nhóm còn lại (p<0,05)		

Bảng 3.4. Trung bình chi/ ngày của các nhóm BHYT (phân tích hiệp biến - ANCOVA với giới, nhóm tuổi và nhóm chuyên khoa) năm 2020

Nhóm thẻ BHYT	M (đồng) Hiệu chỉnh	Mức chi bình quân/Ngày 95%CI		P (ANCOVA) F test
		Cận dưới	Cận trên	
2020		Số lượng		
(1) Do người lao động và người sử dụng lao động đóng	1.510	562885	544705	581065
(2) Do tổ chức bảo hiểm xã hội đóng	1.537	461843	443192	480495
(3) Do ngân sách nhà nước đóng	8.192	480948	473172	488723
(4) Do ngân sách nhà nước hỗ trợ mức đóng	3.862	518298	507104	529419
(5) Nhóm tham gia BHYT theo hộ gia đình	1.578	548364	530817	565911
Chung	16.679	So sánh cặp cho thấy nhóm (2) thấp hơn tất cả các nhóm (p<0,05) và nhóm (3) thấp hơn nhóm (4) và (5) (p<0,05), nhóm (1) cao nhất.		

Bảng 3.5. Trung bình chi/ ngày của các nhóm BHYT (phân tích hiệp biến - ANCOVA với giới, nhóm tuổi và nhóm chuyên khoa) năm 2021

Nhóm thẻ BHYT	M (đồng) Hiệu chỉnh	Mức chi bình quân/Ngày 95%CI		P (ANCOVA) F test
		Cận dưới	Cận trên	

2021	Số lượng				
(1) Do người lao động và người sử dụng lao động đóng	1.625	582009	560545	603473	0,000
(2) Do tổ chức bảo hiểm xã hội đóng	1.388	598050	575305	620795	
(3) Do ngân sách nhà nước đóng	6.589	518510	507956	529064	
(4) Do ngân sách nhà nước hỗ trợ mức đóng	3.120	550280	535107	565453	
(5) Nhóm tham gia BHYT theo hộ gia đình	1.941	606432	587176	625688	
Chung	1.4663	So sánh cặp cho thấy nhóm nhóm (1) thấp hơn so với các nhóm (3) và (4) ($p < 0,05$) nhóm (2) thấp hơn nhóm (1) và (5) ($p < 0,05$), nhóm (5) cao nhất.			

Bảng 3.6. Mức chi trung bình /trường hợp theo giới của 3 bệnh – Năm 2021 (phân tích -ANCOVA với hiệp biến tuổi, ngày nằm viện và nhóm thẻ BHYT)

Giới và Bệnh	Trung bình chi phí (triệu đồng)		
	M	95% CI	
Hội chứng rối loạn tiền đình (H81.9)		Cận dưới	Cận trên
Nam	2,23	2,13	2,34
Nữ	2,12	2,06	2,18
p(ANCOVA)*	0,072		
Viêm phổi (J18.9)			
Nam	4,20	3,90	4,50
Nữ	4,40	4,03	4,76
p(ANCOVA)*	0,410		
Các biến đổi xác định khác của thận và niệu quản (N28.8)			
Nam	1,25	1,07	1,43
Nữ	1,41	1,16	1,66
p(ANCOVA)*	0,310		
Chung (tất cả các bệnh)			
Nam	3,0	2,94	3,05
Nữ	2,93	2,88	2,98
p(ANCOVA)*	0,070		

*F test

Nhận xét: Sau khi phân tích với 3 hiệp biến tuổi, số ngày điều trị và nhóm BHYT, không nhận thấy có sự khác biệt về mức chi với cả ba bệnh, nam và nữ ($p > 0,05$).

IV. BÀN LUẬN

4.1. Nhóm bệnh trong 3 năm qua. Dưới tác động của dịch, năm 2021 số lượng người bệnh nhập viện điều trị nội trú giảm rất rõ: 14663 trường hợp so với 17921 trường hợp vào năm 2019, giảm 18,2% so với năm 2019; nhóm 10 bệnh hay gặp nhất, từ 32,4% năm 2019 xuống chỉ còn 23,7% vào năm 2021. Có thể nói dịch COVID-19 ảnh hưởng mạnh nhất đối với nhóm 10 bệnh này.

Số NB giảm ở năm 2021 so với 2019, thuộc nhóm 10 bệnh thường gặp là 40,1% nhiều hơn

hơn so với nhóm ngoài 10 bệnh thường gặp (7,6%). Trong nhóm 10 bệnh thường gặp đều giảm số NB, nhóm các bệnh sốt, không đặc hiệu có mức giảm vào năm 2021 so với trước dịch năm 2019, cao nhất (85,2%), tiếp đến là nhóm các bệnh suy tim giảm (58%) và tăng huyết áp giảm 52,6%. Bệnh Viêm phế quản (J20.9) và mổ lấy thai (O82.8) không giảm mà tăng nhẹ. Có thể thấy ngay khi dịch xảy ra, số lượng NB và cơ cấu bệnh tật thay đổi rất mạnh, ảnh hưởng nhiều đối với nhóm 10 bệnh có tỷ lệ mắc cao nhất (top 10) so với các bệnh còn lại.

Nguyên nhân số lượng NB giảm do: lo ngại bệnh viện trở thành nơi lây nhiễm bệnh COVID-19, tâm lý NB sợ đến bệnh viện, giảm sử dụng các dịch vụ chăm sóc sức khỏe thiết yếu ảnh hưởng không nhỏ đến mô hình, cơ cấu bệnh tật, làm đảo lộn hoạt động khám, chữa bệnh của bệnh viện [5].

4.2. Phân tích chi phí và tính công bằng của bảo hiểm trong khám chữa bệnh

Để tìm hiểu thêm về mức chi giữa hai nhóm bệnh: 10 bệnh thường gặp nhất và ngoài 10 bệnh thường gặp nhất. Kết quả trong cho thấy: mức chi trung bình một trường hợp ở nhóm 10 bệnh thường gặp nhất dao động từ 2,399 triệu đến 3,014 triệu đồng, cho nhóm ngoài 10 bệnh khá ổn định qua các năm, dao động từ 2,252 triệu đến 2,951 triệu đồng.

Qua các năm, mức chi trung bình một trường hợp cho nhóm 10 bệnh thường gặp nhất có xu hướng tăng và chênh lệch so với nhóm các bệnh ngoài 10 bệnh là rất nhỏ ($p < 0,001$).

Trong nghiên cứu này chúng tôi tiến hành so sánh các mức chi trung bình/ngày bằng cách tính số trung bình hiệu chỉnh qua phân tích hiệp biến (ANCOVA), đây là một phép thống kê phân tích cho một biến phụ thuộc là biến định lượng với việc kiểm soát yếu tố nhiễu là các biến độc lập biến định lượng (tuổi) và biến định tính khác (giới và nhóm chuyên khoa).

Kết quả nghiên cứu cho thấy: Mức thanh

toán cho một ngày điều trị trung bình sau khi đã hiệu chỉnh theo nhóm tuổi, giới và nhóm khoa qua các năm dao động từ 461 nghìn đến 606 nghìn đồng /ngày. Mức dao động này là không qua lớn. Nhận xét chung ngoại trừ nhóm (2) trong từng năm, các nhóm thẻ BHYT có mức thanh toán trung bình/ngày giường khác nhau không nhiều nhưng do mẫu rất lớn nên có ý nghĩa thống kê ($p < 0,01$).

Nhóm (1) mức được thanh toán tăng dần qua các năm, từ 553 nghìn (năm 2019) lên 582 nghìn đồng/ngày vào năm 2021. Nhóm (2) có mức được thanh toán chung thấp hơn các nhóm khác và xu hướng giảm dần từ 1533 ngàn đồng/ngày vào năm 2019 xuống 641,6 ngàn đồng/ngày vào năm 2020.

Nhóm (3) mức thanh toán có xu hướng tăng dần từ 466 nghìn (năm 2019) đến 518 nghìn đồng/ngày (năm 2021). Nhóm (4) mức thanh toán có xu hướng tăng dần từ 497 nghìn (năm 2019) đến 550 nghìn đồng/ngày (năm 2021). Nhóm (5) mức thanh toán có xu hướng tăng dần từ 538 nghìn (năm 2019) đến 606 nghìn đồng/ngày (năm 2021). Mức thanh toán nhìn chung tăng là hợp lý do các chi phí y tế tăng, nhưng nhóm (2) lại nhóm được BHXH cấp thẻ có phải do không phải trả phí nên phân biệt trong chi khám chữa bệnh là điều cần lưu ý.

So sánh từng cặp (Pairwise Comparisons) nhận thấy: Năm 2019 thấy nhóm (1) và (2) cao hơn các nhóm còn lại ($p < 0,05$). Năm 2020 thấy nhóm (2) thấp hơn tất cả các nhóm ($p < 0,05$) và nhóm (3) thấp hơn nhóm (4) và (5) ($p < 0,05$), nhóm (1) cao nhất. Năm 2021 thấy nhóm (1) thấp hơn so với các nhóm (3) và (4) ($p < 0,05$) nhóm (2) thấp hơn nhóm (1) và (5) ($p < 0,05$), nhóm (5) cao nhất.

Nhìn chung, khi hiệu chỉnh trung bình mức chi /ngày theo tuổi, giới và nhóm khoa (phân tích hiệp biến – ANCOVA) vẫn cho thấy giữa các nhóm thẻ BHYT khác nhau có sự khác nhau khá rõ, mức chênh giữa nhóm chi cao nhất và thấp nhất từ 1,16 lần. Nhóm (1) là nhóm có mức chi cao nhất 2 trong 3 năm. Nhóm (3) là nhóm có mức chi thấp nhất 2 trong 3 năm.

Để làm rõ hơn nhận định trên, chúng tôi tiến hành phân tích sâu cho 3 bệnh: Rối loạn chức năng tiền đình, bệnh viêm phổi và Các biến đổi khác xác định ở thận và niệu quản (3 trong 10 bệnh thường gặp nhất). Chúng tôi nhận thấy: không còn sự khác biệt về mức chi với cả ba bệnh ($p > 0,05$).

Qua 3 trường hợp bệnh cho thấy khá rõ là đối với các nhóm thẻ khác nhau sau khi loại trừ

ảnh hưởng của các yếu tố nhiễu như giới, tuổi và số ngày điều trị các nhóm thẻ BHYT khác nhau mức chi khác nhau mức chênh lệch từ 1,1 lần đến 2 lần. Nhóm thẻ do tổ chức bảo hiểm xã hội đóng có mức chi thấp hơn so với hầu hết các nhóm khác ở cả 3 năm.

Như vậy, nghiên cứu của chúng tôi không cho thấy sự phân biệt về bảo hiểm giữa các đối tượng khám, chữa bệnh. Kết quả này khác so với một số NC khác (có sự khác biệt giữa nam và nữ) [2],[6].

V. KẾT LUẬN

Trung bình hiệu chỉnh mức chi /ngày cho thấy giữa các nhóm thẻ bảo hiểm y tế có sự khác nhau không đáng kể, mức chênh giữa nhóm chi cao nhất và thấp nhất từ 1,15 lần khá ổn định giữa các năm. Không có sự phân biệt trong chi trả của bảo hiểm y tế.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Chính phủ. Nghị định Số: 146/2018/NĐ-CP** về Quy định chi tiết và hướng dẫn biện pháp thi hành một số điều của Luật bảo hiểm y tế.
2. **Andoh-Adjei, F. X., et al.** (2016), "A narrative synthesis of illustrative evidence on effects of capitation payment for primary care: lessons for Ghana and other low/middle-income countries", *Ghana Med J.* 50(4), pp. 207-219.
3. **Agyei-Baffour, et al.** (2013), "Knowledge, perceptions and expectations of capitation payment system in a health insurance setting: a repeated survey of clients and health providers in Kumasi, Ghana", *BMC Public Health.* 13(1), p. 1220.
4. **Agustina R, Dartanto T, Sitompul R, Susiloretni KA, EL Suparmi A, et al** (2019). Universal health coverage in Indonesia: concept, progress, and challenges. *Lancet*, 393(10166); pp.75–102.
5. **Baum A, Schwartz MD.** Admissions to Veterans Affairs hospitals for emergency conditions during the COVID-19 pandemic. *JAMA.* 2020; 324(1); pp.96-99.
6. **Husnayain A, Ekadinata N, Sulistiawan D, Su ECY.** (2020) Multimorbidity patterns of chronic diseases among indonesians: insights from indonesian national health insurance (INHI) sample data. *Int J Environ Res Public Health.* 2020;17; pp.1–12
7. **Mohammed Khaled Al-Hanawi, Martin Limbikani Mwale, and Ameerah M. N. Quattan** (2021). Health Insurance and Out-Of-Pocket Expenditure on Health and Medicine: Heterogeneities along Income. *Front Pharmacol.* 2021; 12; pp. 1-14.
8. **Sumaiyah D, Donela B, Susan C and Crick L** (2020). The impact of social, national and community-based health insurance on health care utilization for mental, neurological and substance-use disorders in low- and middle-income countries: a systematic review. *Health Econ Review.* Apr 24;10(1); pp.1-23.