

Cơ cấu sử dụng thuốc và chi phí trực tiếp điều trị bệnh nhân phẫu thuật tăng sinh lành tính tuyến tiền liệt tại Bệnh viện Kiến An, Hải Phòng giai đoạn 2023-2025

DRUG UTILIZATION PATTERN AND DIRECT TREATMENT COSTS OF PATIENTS UNDERGOING SURGERY FOR BENIGN PROSTATIC HYPERPLASIA AT KIEN AN HOSPITAL, HAI PHONG CITY FROM 2023-2025

Nguyễn Văn Quân¹, Hoàng Thùy Linh¹, Trần Thị Hồng Nhung¹

Nguyễn Thị Thơm¹, Nguyễn Thị Chín²

¹ Học viện Y-Dược học cổ truyền Việt Nam

² Bệnh viện Kiến An, Hải Phòng

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả thực trạng cơ cấu sử dụng thuốc và chi phí trực tiếp điều trị bệnh nhân phẫu thuật tăng sinh lành tính tuyến tiền liệt (TSLTTTL) tại Bệnh viện Kiến An, Hải Phòng giai đoạn 2023-2025.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang, hồi cứu trên 231 hồ sơ bệnh án TSLTTTL (ICD-10 N40) phẫu thuật TURP từ 01/01/2023 đến 31/12/2025. Dữ liệu từ bệnh án điện tử, phần mềm quản lý bệnh viện, xử lý bằng Microsoft, Excel sử dụng kiểm định Chi-square.

Kết quả: Tuổi trung bình là $72,4 \pm 8,6$. 63,92% có bệnh mắc kèm (trung bình 2,3 bệnh/người). 110 khoản mục thuốc, tổng chi phí thuốc 733,7 triệu đồng. Nhóm chống nhiễm khuẩn chiếm 78,90% giá trị thuốc; kháng sinh Beta-lactam chiếm 66,64% nhóm. Thuốc generic chiếm 99,23% giá trị ($p < 0,01$), thuốc sản xuất trong nước 79,29% ($p < 0,05$). Tổng chi phí điều trị 5,39 tỷ đồng, trung bình 23,35 triệu/bệnh nhân. Chi phí dịch vụ khác chiếm 44,49% tổng chi phí và hoàn toàn do bệnh nhân tự chi trả. BHYT chỉ chi trả 50,1% tổng chi phí.

Kết luận: Nghiên cứu chứng minh hiệu quả chính sách ưu tiên thuốc generic và thuốc nội, đồng thời chỉ ra gánh nặng chi phí dịch vụ ngoài BHYT. Cần mở rộng phạm vi thanh toán BHYT, tăng cường quản lý kháng sinh và minh bạch hóa các khoản thu dịch vụ.

Từ khóa: Tăng sinh lành tính tuyến tiền liệt, cơ cấu sử dụng thuốc, chi phí trực tiếp, thuốc generic, bảo hiểm y tế.

ABSTRACT

Objective: To describe drug utilization and direct medical costs of surgical treatment for benign prostatic hyperplasia (BPH) at Kien An Hospital, Hai Phong, Vietnam during 2023-2025.

Subjects and methods: A cross-sectional retrospective study on 231 medical records with the diagnosis of BPH (ICD-10 N40), treated with TURP from January 1, 2023 to December 31, 2025. Data were extracted from electronic medical records and hospital management systems, processed with Microsoft, Excel, analyzed using Chi-square test.

Results: The mean age was 72.4 ± 8.6 . 63.92% had comorbidities (the mean was 2.3/patient). 110 drug items, total drug expenditure VND 733.7 million. Anti-infectives accounted for 78.90% of drug costs; Beta-lactams accounted for 66.64% of that group. Generics accounted for 99.23% of drug costs ($p < 0.01$); domestically manufactured drugs 79.29% ($p < 0.05$). Total direct medical costs VND 5.39 billion, mean VND 23.35 million/patient. Other services constituted the largest cost component (44.49%) and were entirely out-of-pocket, health insurance covered only 50.1% of total costs.

Conclusion: The study demonstrates successful implementation of generic and domestic drug policies, while revealing a substantial out-of-pocket burden from non-covered services. Expanding health insurance coverage, strengthening antibiotic stewardship, and enhancing transparency of service charges are urgently needed.

Keywords: Benign prostatic hyperplasia, drug utilization pattern, direct medical costs, generic drugs, health insurance.



ĐẶT VẤN ĐỀ

Tăng sinh lành tính tuyến tiền liệt (TSLTTTL) là bệnh lý tiết niệu phổ biến nhất ở nam giới lớn tuổi, tỷ lệ mắc khoảng 50% ở độ tuổi 51 - 60 và trên 90% ở độ tuổi >80 [1]. Tại Việt Nam, tỷ lệ mắc ở nam giới trên 45 tuổi là 61,2% và tăng dần theo lứa tuổi [2]. Bệnh lành tính nhưng ảnh hưởng nghiêm trọng đến chất lượng cuộc sống, có thể gây biến chứng nặng (bí tiểu cấp, nhiễm khuẩn đường tiết niệu tái diễn, sỏi bàng quang, túi thừa bàng quang, suy thận) và cần can thiệp phẫu thuật [3].

Trên thế giới, gánh nặng kinh tế của TSLTTTL đã được ghi nhận rộng rãi. Tại Hoa Kỳ, chi phí trực tiếp hàng năm vượt quá 4 tỷ USD [4]. Nghiên cứu mô hình Markov tại Iran (2021) cho thấy phẫu thuật tiết kiệm chi phí hơn điều trị nội khoa dài hạn ở nhóm bệnh nhân trẻ tuổi (dưới 65 tuổi) [5]. Tuy nhiên, tại Việt Nam, các nghiên cứu phân tích toàn diện cả cơ cấu sử dụng thuốc và chi phí điều trị TSLTTTL còn rất hạn chế, đặc biệt là các đánh giá định lượng về hiệu quả thực thi chính sách thuốc generic và thuốc nội tại bệnh viện tuyến tỉnh – nơi đảm nhận phần lớn lượt khám chữa bệnh cho người cao tuổi.

Bệnh viện Kiến An (Hải Phòng) là bệnh viện đa khoa hạng I với quy mô 700 giường. Khoa Ngoại Tiết niệu mỗi năm điều trị gần 1.000 ca TSLTTTL. Giai đoạn 2023–2025 chứng kiến nhiều thay đổi chính sách: Thông tư 15/2019/TT-BYT (đấu thầu thuốc), Thông tư 39/2018/TT-BYT (điều chỉnh giá dịch vụ y tế). Tuy nhiên, chưa có nghiên cứu nào đánh giá tác động tổng hợp của các yếu tố này đến thực hành kê đơn và chi phí điều trị tại bệnh viện. Nghiên cứu này nhằm mục tiêu: Thực trạng cơ cấu sử dụng thuốc và chi phí trực tiếp điều trị bệnh nhân phẫu thuật tăng sinh lành tính tuyến tiền liệt tại Bệnh viện Kiến An, Hải Phòng giai đoạn 2023–2025.

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu

Tiêu chuẩn lựa chọn: Bệnh nhân nam được chẩn đoán xác định TSLTTTL (mã ICD-10 N40), được chỉ định và phẫu thuật cắt đốt nội soi qua niệu đạo (TURP), thời gian vào viện và ra viện từ 01/01/2023 đến 31/12/2025, hồ sơ bệnh án và dữ liệu chi phí đầy đủ tại Bệnh viện Kiến An, thành phố Hải Phòng.

Tiêu chuẩn loại trừ: Ung thư tuyến tiền liệt; phẫu thuật đồng thời các bệnh lý ngoại khoa khác; hồ sơ bệnh án thiếu dữ liệu về thuốc hoặc chi phí.

Thời gian và địa điểm nghiên cứu

Thời gian: Từ tháng 9 năm 2025 đến tháng 12 năm 2025.

Địa điểm: Bệnh viện Kiến An, phường Phù Liễn, thành phố Hải Phòng.

Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang, hồi cứu số liệu.

Cỡ mẫu: Chọn toàn bộ 231 bệnh nhân đáp ứng tiêu chuẩn trong thời gian nghiên cứu.

Công cụ nghiên cứu: Số liệu được trích xuất từ ba nguồn độc lập và đối chiếu chéo: (1) Phần mềm quản lý bệnh viện; (2) Bệnh án; (3) Sổ sách lưu trữ tại khoa Dược và phòng Kế hoạch tổng hợp. Phiếu thu thập dữ liệu được thiết kế cấu trúc, mã hóa trước. Việc phân loại thuốc được thực hiện độc lập bởi hai dược sĩ lâm sàng, sử dụng Dược thư Quốc gia Việt Nam và cơ sở dữ liệu trực tuyến của Cục Quản lý Dược.

Biến số, chỉ số nghiên cứu và đánh giá:

Đặc điểm bệnh nhân: Tuổi, số bệnh mắc kèm, phân loại bệnh mắc kèm theo danh mục ICD-10 của Bộ Y tế năm 2019.

Cơ cấu sử dụng thuốc: Phân loại theo nhóm tác dụng dược lý (Thông tư 30/2018/TT-BYT); theo nguồn gốc (sản xuất trong nước - SXTN / nhập khẩu - NK); theo loại (generic / biệt dược gốc - BDG); theo đường dùng (tiêm truyền, uống, khác); theo mục đích (điều trị bệnh chính / bệnh mắc kèm).

Chi phí trực tiếp: 10 khoản mục chi phí trực tiếp y tế theo quy định của Bộ Y tế, nguồn chi trả (BHYT, bệnh nhân tự trả).

Phương pháp phân tích và xử lý số liệu

Xử lý bằng Microsoft Excel 2019. Thống kê mô tả bao gồm tần số, tỷ lệ phần trăm, giá trị trung bình, độ lệch chuẩn, trung vị, giá trị nhỏ nhất và lớn nhất. Sử dụng kiểm định Chi-square (χ^2) để so sánh sự khác biệt về tỷ lệ giữa các nhóm. Ngưỡng ý nghĩa thống kê $\alpha = 0,05$. Để so sánh chi phí giữa hai nhóm có/không bệnh mắc kèm, sử dụng kiểm định t-student.

Đạo đức trong nghiên cứu

Nghiên cứu được Hội đồng Khoa học Bệnh viện Kiến An thông qua và được sự đồng ý của Ban Giám đốc Bệnh viện Kiến An. Toàn bộ dữ liệu cá nhân được mã hóa, bảo mật tuyệt đối, chỉ phục vụ mục đích nghiên cứu khoa học.

KẾT QUẢ

Đặc điểm bệnh nhân và bệnh mắc kèm

Tuổi trung bình của 231 bệnh nhân là $72,4 \pm 8,6$ (dao động 58–96 tuổi). Trong đó, 83 bệnh nhân (36,08%) không có bệnh mắc kèm; 148 bệnh nhân (63,92%) có từ 1 đến 5 bệnh mắc kèm. Tổng số lượt mắc bệnh mắc kèm là 295 lượt, trung bình mỗi bệnh nhân có bệnh mắc kèm mang 2,3 bệnh.



Bảng 1. Phân bố bệnh mắc kèm theo nhóm bệnh

Nhóm bệnh	Số BN (n=231)	Tỷ lệ %	Số lượt mắc	Tỷ lệ %
Tim mạch	74	32,03	86	29,15
Thận – Tiết niệu	63	27,27	95	32,20
Rối loạn nội tiết, chuyển hóa	26	11,27	31	10,51
Tiêu hóa, hô hấp, thần kinh...	68	29,43	83	28,14
Tổng	231	100	295	100

Tim mạch là nhóm bệnh mắc kèm phổ biến nhất (32,04% số bệnh nhân), chủ yếu là tăng huyết áp. Nhóm Thận – Tiết niệu đứng thứ hai về số bệnh nhân (27,27%) nhưng dẫn đầu về số lượt mắc (32,20%).

Cơ cấu sử dụng thuốc

Tổng số 110 khoản mục thuốc được sử dụng, tổng giá trị 733.656.000 đồng. Số thuốc sử dụng trong một đợt điều trị dao động từ 6 đến 23 thuốc; phổ biến nhất là nhóm 10 – 12 thuốc (53,61% bệnh nhân).

Bảng 2. Mười thuốc có số lượng và giá trị sử dụng lớn nhất

TT	Tên thuốc (Nhóm)	Đơn vị	SL	TL %	GT (VNĐ)	GT %
1	Natri Clorid 0,9% 500ml	Chai	5.424	21,76	33.099.000	4,51
2	Ciprofloxacin Polpharma 400mg/200ml	Túi	1.651	6,62	107.235.000	14,62
3	Midaman 1,5g/0,1g (KS Beta-lactam)	Lọ	1.072	4,30	102.345.000	13,95
4	Fotimyd 1000 (KS Beta-lactam)	Lọ	1.869	7,50	100.548.000	13,71
5	Levogolds (KS Quinolon)	Túi	241	0,97	60.150.000	8,20
6–10	(5 thuốc KS Beta-lactam khác)	Lọ	2.579	10,33	153.030.000	20,85
Tổng 10 thuốc			12.836	54,02	556.407.000	75,84

Natri Clorid 0,9% 500ml có số lượng sử dụng lớn nhất (21,76%). Ciprofloxacin Polpharma có giá trị sử dụng cao nhất (14,62%).

Các kháng sinh Beta-lactam chiếm 5 trong số 10 thuốc hàng đầu.

Phân loại theo nhóm tác dụng dược lý:

Bảng 3. Phân bố thuốc theo nhóm tác dụng dược lý (Thông tư 30/2018/TT-BYT)

Nhóm TDDL	SKM	Tỷ lệ %	GTSD (VNĐ)	Tỷ lệ %
Chống nhiễm khuẩn	23	20,91	578.250.000	78,90
Dung dịch điện giải	5	4,55	43.725.000	5,97
Thuốc đường tiết niệu	3	2,73	33.600.000	4,58
Giảm đau, hạ sốt, CVKS	11	10,00	23.400.000	3,19
Tim mạch	16	14,55	5.190.000	0,71
Các nhóm khác (15 nhóm)	52	47,26	49.491.000	6,65
Tổng	110	100	733.656.000	100

Nhóm chống nhiễm khuẩn chiếm ưu thế tuyệt đối về giá trị (78,90%).

Phân tích sâu cho thấy kháng sinh Beta-lactam chiếm 14/23 khoản mục (60,87%), 66,64% giá trị nhóm và 71,02% số lượng nhóm; chủ yếu là Cephalosporin thế hệ 3 (Cefotiam, Cefoperazon...).

Fotimyd 1000 (Cefotiam) được sử dụng nhiều nhất. Nhóm dung dịch điện giải đứng thứ hai về giá trị (5,97%), chủ yếu là Natri Clorid 0,9%. Nhóm thuốc điều trị bệnh đường tiết niệu chiếm 4,58% giá trị, chủ yếu là các thuốc điều trị triệu chứng TSLTTTL như Alfuzosin, Tamsulosin.



Phân loại theo biệt dược gốc và generic:

Bảng 4. Phân bố thuốc theo biệt dược, nguồn gốc, đường dùng và mục đích điều trị

Tiêu chí	Phân nhóm	SKM	Tỷ lệ % SKM	GTSD (VNĐ)	Tỷ lệ % GTSD	p
Biệt dược	Generic	104	94,55	728.000.000	99,23	<0,01
	Biệt dược gốc	6	5,45	5.656.000	0,77	
Nguồn gốc	SX trong nước	62	56,36	581.800.000	79,29	<0,05
	Nhập khẩu	48	43,64	151.856.000	20,71	
Đường dùng	Tiêm, tiêm truyền	67	60,91	685.700.000	93,47	<0,01
	Uống	40	36,36	42.400.000	5,78	
	Khác	3	2,73	5.556.000	0,75	
Mục đích	Điều trị chính	33	30,00	660.300.000	90,00	<0,01
	Điều trị kèm	77	70,00	73.356.000	10,00	

Thuốc generic chiếm ưu thế tuyệt đối cả về số lượng và giá trị (99,23%), khác biệt rất có ý nghĩa thống kê ($p < 0,01$). Thuốc sản xuất trong nước chiếm gần 80% giá trị sử dụng (79,29%), khác biệt có ý nghĩa thống kê về giá trị ($p < 0,05$). Đường tiêm truyền chiếm hơn 93% giá trị thuốc, đặc trưng của phẫu thuật TURP. Thuốc điều trị bệnh chính chỉ chiếm 30% số khoản mục nhưng chiếm tới 90% giá trị -

khẳng định chi phí tập trung vào can thiệp điều trị chính.

Chi phí trực tiếp điều trị

Tổng chi phí trực tiếp điều trị cho 231 bệnh nhân là 5.392.619.000 đồng. Chi phí trung bình mỗi bệnh nhân là 23.349.000 $\pm$ 5.820.000 đồng (trung vị: 22.909.000; thấp nhất: 10.170.000; cao nhất: 35.427.000). Số ngày điều trị trung bình: 14,0 $\pm$ 3,8 ngày (dao động 6-26 ngày).

Bảng 5. Chi phí trực tiếp điều trị theo khoản mục và nguồn chi trả

Khoản mục	Tổng CP (VNĐ)	Tỷ lệ %	BHYT chi trả (VNĐ)	BN tự trả (VNĐ)	Tỷ lệ BHYT chi trả/mục (%)
Dịch vụ khác*	2.399.000.000	44,49	0	2.399.000.000	0
Phẫu thuật/thủ thuật	1.030.000.000	19,10	963.000.000	67.000.000	93,55
Giường nằm	779.000.000	14,45	733.000.000	46.000.000	94,08
Thuốc, dịch truyền	733.656.000	13,60	674.000.000	59.656.000	91,93
Xét nghiệm	284.000.000	5,27	225.000.000	59.000.000	79,27
Chẩn đoán hình ảnh	86.800.000	1,61	76.600.000	10.200.000	88,30
Các khoản còn lại**	80.163.000	1,48	52.600.000	27.563.000	65,71
Tổng	5.392.619.000	100	2.702.200.000	2.690.419.000	50,10

(*Gồm: chênh lệch phẫu thuật/CDHA theo Thông tư 39/2018/TT-BYT [11]; phòng dịch vụ theo yêu cầu; vòng tay nhận dạng bệnh nhân; vật tư tiêu hao ngoài danh mục BHYT; các dịch vụ tiện ích khác. **Gồm: Vật tư y tế, thăm dò chức năng, khám bệnh, máu/chế phẩm máu).

BHYT chi trả 50,1% tổng chi phí, bệnh nhân tự chi trả 49,9% ($p > 0,05$). Chi phí dịch vụ khác là khoản mục lớn nhất (44,49%) và hoàn toàn do bệnh nhân tự chi trả. Các khoản điều trị chính (phẫu thuật, giường nằm, thuốc) được BHYT chi trả với tỷ lệ rất cao ($> 91\%$).

So sánh chi phí giữa nhóm có bệnh mắc kèm và không có bệnh mắc kèm

Chi phí điều trị trung bình ở nhóm không có bệnh mắc kèm (83 bệnh nhân) là 20,4 $\pm$ 4,5 triệu đồng; nhóm có bệnh mắc kèm (148 bệnh nhân) là 24,8 $\pm$ 6,1 triệu đồng. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Chênh lệch chủ yếu đến từ chi phí thuốc (tăng 32%) và xét nghiệm (tăng 41%) do phải xử lý các bệnh lý nền như tăng huyết áp, đái tháo đường, suy thận mạn.

BÀN LUẬN

Đặc điểm bệnh nhân: Gánh nặng bệnh tật kép

Tuổi trung bình (72,4) và tỷ lệ bệnh mắc kèm (63,92%) tương đồng với các nghiên cứu trong nước [2] và quốc tế [6]. Nhóm bệnh Thận – Tiết niệu tuy đứng thứ hai về số bệnh nhân (27,27%) nhưng dẫn đầu về số lượt mắc (32,20%). Phát hiện này phản ánh gánh nặng kép: bệnh nhân TSLTTTL không chỉ mắc các bệnh nền (tăng huyết áp – 32,04%) mà còn chịu các biến chứng ngay từ chính bệnh lý (nhiễm khuẩn tiết niệu, bí tiểu, sỏi bàng quang). Điều này giải thích tỷ lệ sử dụng kháng sinh cao (78,9%) và đặt ra yêu cầu bắt buộc về phối hợp điều trị đa bệnh, cảnh giác tương tác thuốc giữa nhóm ức chế α -adrenergic và thuốc hạ áp [7].

Cơ cấu sử dụng thuốc: Ba bằng chứng mang tính bước ngoặt trong sử dụng thuốc

Thứ nhất, tỷ lệ thuốc generic đạt 99,23% giá trị – cao nhất từng được ghi nhận tại Việt Nam, vượt xa 89,9% năm 2019 [8]. Theo nghiên cứu của Hà Quang Tuấn (2019) tại



chính Bệnh viện Kiến An, tỷ lệ thuốc generic về giá trị chỉ đạt 89,9%. Đây là minh chứng thuyết phục cho hiệu quả của Thông tư 15/2019/TT-BYT (dấu đầu) và Thông tư 21/2013/TT-BYT (ưu tiên generic). Quan trọng hơn, nó phản ánh sự thay đổi căn bản trong hành vi kê đơn: tâm lý "sính ngoại, sính đắt" được thay thế bằng tư duy "hiệu quả – an toàn – kinh tế". Bệnh viện Kiến An xứng đáng là mô hình điểm quốc gia về sử dụng thuốc generic hợp lý.

Thứ hai, thuốc sản xuất trong nước chiếm 79,29% giá trị – tăng 126% so với 35,05% năm 2019 [8], vượt xa mục tiêu Đề án "Người Việt Nam ưu tiên dùng thuốc Việt Nam" (60% đến 2025).

Thứ ba, kháng sinh chiếm 78,9% giá trị thuốc. Nguyên nhân tỷ lệ kháng sinh cao bao gồm: bệnh nhân lớn tuổi (trung bình 72,4), tỷ lệ bệnh mắc kèm cao (63,92%), thời gian đặt sonde niệu đạo kéo dài (trung bình 5-7 ngày), thủ thuật xâm lấn TURP, và thói quen sử dụng kháng sinh phổ rộng dự phòng của bác sĩ lâm sàng. Điểm tích cực: Fotimyd 1000 (Cefotiam) được sử dụng nhiều nhất với giá 53.800 đồng/lọ, rẻ hơn đáng kể so với Ciprofloxacin Polpharma (65.000 đồng/túi). Điểm trần trở: Tỷ lệ này vượt khuyến cáo của Hội Tiết niệu - Thận học Việt Nam (50-60% [3]), phản ánh nguy cơ kháng kháng sinh và dự phòng nhiễm khuẩn chưa tối ưu.

Bốn tiêu chí phân loại thuốc (Bảng 4) cho thấy: đường tiêm truyền chiếm 93,47% giá trị (đặc thù TURP), thuốc điều trị bệnh chính chỉ 30% số khoản mục nhưng chiếm 90% giá trị – khẳng định chi phí tập trung vào can thiệp điều trị chính, có ý nghĩa quan trọng trong ưu tiên nguồn lực và đàm phán giá với nhà cung cấp.

Chi phí điều trị: "Nút thắt" chính sách và gánh nặng tài chính vô hình

Chi phí dịch vụ khác chiếm 44,49% tổng chi phí và hoàn toàn do bệnh nhân tự chi trả. Hệ quả: BHYT chỉ chi trả 50,1% tổng chi phí - ngang bằng với mức tự trả, thấp hơn đáng kể so với mục tiêu bao phủ toàn dân (80%). Theo Thông tư 39/2018/TT-BYT [11] cho phép thu chênh lệch giữa giá thực tế và mức thanh toán BHYT. Khoản chênh lệch phẫu thuật TURP tại Bệnh viện Kiến An dao động 1,5-2,5 triệu đồng/ca, chiếm 6-10% tổng chi phí. Bên cạnh đó, khoảng trống danh mục BHYT: Nhiều thuốc, vật tư tiêu hao và dịch vụ tiện ích (vòng tay nhận dạng, vật tư ngoài danh mục) chưa được thanh toán, buộc người bệnh tự chi trả hoàn toàn.

Nghiên cứu của Nguyễn Thế Bình và cộng sự (2020) về phẫu thuật tim mạch cũng ghi nhận chi phí thuốc chiếm tỷ trọng lớn [9]. Tương tự, Võ Văn Thắng và Hồ Thanh Phong (2011) chỉ ra gánh nặng tự chi trả ngoài BHYT [10]. Tại Thái Lan, Quỹ BHYT toàn dân (UCS) chi trả toàn bộ dịch vụ y tế cơ bản, không thu thêm bất kỳ khoản chênh lệch nào [12]. Mô hình này cho thấy tính khả thi của việc xóa bỏ

hoàn toàn khoản thu chênh lệch nếu có điều chỉnh chính sách phù hợp.

Mặt khác, bệnh nhân TSLTTTL có tuổi trung bình 72,4 - phần lớn thu nhập từ lương hưu hoặc trợ cấp xã hội. Khoản tự chi trả gần 50% tổng chi phí (tương đương 11,3 triệu đồng/BN) là rào cản tài chính cần điều chỉnh trong chính sách BHYT.

KẾT LUẬN

Nghiên cứu trên 231 bệnh nhân phẫu thuật TSLTTTL tại Bệnh viện Kiến An giai đoạn 2023–2025 rút ra ba kết luận chính:

Cơ cấu sử dụng thuốc đạt chuẩn vàng: Thuốc generic đạt 99,23% giá trị, thuốc sản xuất trong nước đạt 79,29% giá trị - cao nhất từng được ghi nhận tại Việt Nam, khẳng định hiệu quả vượt trội của chính sách ưu tiên thuốc generic và thuốc nội.

Nhóm kháng sinh chiếm tỷ lệ áp đảo (78,9% giá trị thuốc), trong đó Cephalosporin thế hệ 3 được ưu tiên sử dụng. Chi phí điều trị trung bình mỗi bệnh nhân là 23,35 triệu đồng. BHYT chi trả 50,1% tổng chi phí.

Bắt cập chính sách: Chi phí dịch vụ khác (chênh lệch viện phí, dịch vụ theo yêu cầu) chiếm 44,49% tổng chi phí và hoàn toàn do bệnh nhân tự chi trả - đây là gánh nặng tài chính lớn và là thách thức nghiêm trọng về công bằng tài chính y tế.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Berry SJ, Coffey DS, Walsh PC, Ewing LL.** The development of human benign prostatic hyperplasia with age. *J Urol*, 1984, 132(3), pp.474-479, doi:10.1016/s0022-5347(17)49698-4
2. **Trần Đức Thọ, Đỗ Thị Khánh Hỷ.** Tình hình u phì đại tuyến tiền liệt ở người Việt Nam. *Tạp chí Y học Việt Nam*, 2008, 352(2), tr.145-150.
3. **Hội Tiết niệu - Thận học Việt Nam.** Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị tăng sinh lành tính tuyến tiền liệt, Hà Nội, Nhà xuất bản Y học, 2019, tr.15-32.
4. **Wei JT, Calhoun E, Jacobsen SJ.** Urologic diseases in America project: benign prostatic hyperplasia. *J Urol*, 2005, 173(4), pp.1256-1261, doi:10.1097/01.ju.0000155709.37840.fe
5. **Khedmati J, Soleymani F, Moosivand A, et al.** Economic evaluation for benign prostatic hyperplasia in Iran: Surgical treatment or dutasteride. *Iran J Pharm Res*, 2021, 20(1), pp.206-216, doi:10.22037/ijpr.2020.113884.14546.
6. **Pientka L, van Lighem J, Hahn E, et al.** Comorbidities and perioperative complications among patients with surgically treated benign



prostatic hyperplasia. *Urology*, 1991, 38(1), pp.43-48, doi:10.1016/s0090-4295(91)80011-p.

7. **Weinberger MH, Fawzy A.** Doxazosin in elderly patients with hypertension. *Int J Clin Pract*, 2000, 54(3), pp.181-189. PMID:10829362.
8. **Hà Quang Tuấn.** *Phân tích danh mục thuốc sử dụng tại Bệnh viện Kiến An thành phố Hải Phòng năm 2019*, Luận văn Dược sĩ chuyên khoa cấp II, Trường Đại học Dược Hà Nội, 2019.
9. **Nguyễn Thế Bình, Nguyễn Quỳnh Anh, Lê Ngọc Thành và Cs.** Nghiên cứu chi phí điều trị nội trú của người bệnh phẫu thuật vá thông liên thất tại Trung tâm Tim mạch Bệnh viện E năm 2012. *Tạp chí Phẫu thuật Tim mạch và Lồng ngực Việt Nam*, 2020, 31(4), tr.3-12, doi:10.47972/vjcts.v31i4.382.
10. **Võ Văn Thắng, Hồ Thanh Phong.** Nghiên cứu chi phí điều trị nội trú của người bệnh có bảo hiểm y tế tại khoa Ngoại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Đồng Nai. *Tạp chí Y học thực hành*, 2011, 764(6), tr.45-49.
11. **Bộ Y tế.** Quy định thống nhất giá dịch vụ khám bệnh, chữa bệnh trong phạm vi thanh toán của quỹ bảo hiểm y tế, Thông tư 39/2018/TT-BYT ngày 30/11/2018, Hà Nội, 2018.
12. **Patcharanarumol W, Tangcharoensathien V, Suwanwela W, et al.** The healthcare system in Thailand: a comparative analysis. *Health Systems & Reform*, 2019, 5(2), pp.111-121, doi:10.1080/23288604.2019.1584043.