

Chi phí hoạt động của mô hình lồng ghép phòng khám điều trị ARV và methadone tại thành phố Hồ Chí Minh

Lê Thị Ngọc Diệp, Nguyễn Thị Thúy Nga, Tiêu Thị Thu Vân

Nghiên cứu mô tả chi phí hoạt động của phòng khám ngoại trú điều trị ARV và điều trị nghiện các chất dạng thuốc phiện bằng Methadone tại quận Bình Thạnh và Quận 6 trong hai giai đoạn trước và sau lồng ghép (2013 và 2014), và sự thay đổi chi phí hoạt động và chi phí cố định (gồm chi phí nhân sự và chi phí hành chính) của từng phòng khám giữa hai giai đoạn. Thiết kế nghiên cứu mô tả cắt ngang kết hợp hồi cứu sổ sách. Kết quả phân tích chi phí 6 tháng trước và sau lồng ghép tại hai phòng khám cho thấy, chi phí hoạt động và chi phí cố định giảm đáng kể sau lồng ghép trong khi số bệnh nhân được điều trị tăng hoặc giữ nguyên. Kết quả này bước đầu chứng minh mô hình lồng ghép tiết kiệm các chi phí cố định tại hai phòng khám.

Từ khóa: ARV, Methadone, chi phí, HIV/AIDS, lồng ghép.

Operating costs of the integrated ARV/ Methadone clinics in Ho Chi Minh city

Le Thi Ngoc Diep, Nguyen Thi Thuy Nga, Tieu Thi Thu Van

The study describes the operating costs of ARV and Methadone maintenance treatment (MMT) outpatient clinics in Binh Thanh District and District 6 before and after integration (2013 and 2014), the differences in operating costs and fixed costs (including staffing and administrative costs) between the two phases. This study used retrospective, cross-sectional design based on existing records. Results from cost analysis of 6-month period, before and after integration, in the two clinics show that operating costs and fixed costs decrease significantly after integration while the number of patients increases or remains unchanged. Those results initially determine that the integration of ARV and MMT services saves fixed costs at the two clinics.

Key words: ARV, methadone, cost, HIV/AIDS, integration.

Tác giả:

Ủy ban phòng chống AIDS TP.HCM

1. Đặt vấn đề

Dịch HIV tại thành phố Hồ Chí Minh vẫn tập trung trong các nhóm nguy cơ cao, đặc biệt là nhóm nghiện chích ma túy (NCMT) với tỷ lệ nhiễm lên đến 18.2% [1]. Số bệnh nhân điều trị thuốc kháng HIV (ARV) đến cuối năm 2014 là 23.590, chiếm 26,6% số bệnh nhân cả nước [2]. Số bệnh nhân điều trị nghiện các chất dạng thuốc phiện bằng Methadone (MMT) là 2.048, chiếm 7,2% số bệnh nhân đang điều trị trên cả nước [3]. Nhu cầu điều trị ARV và Methadone trong số người nhiễm HIV tại thành phố vẫn đang tăng lên đòi hỏi phải tiếp tục mở rộng các dịch vụ cung cấp ARV và Methadone. Trong khi đó, từ năm 2012, nguồn viện trợ nước ngoài – nguồn lực chủ yếu để triển khai các hoạt động cung cấp dịch vụ - vốn chiếm tỷ trọng hơn 90% nguồn kinh phí chương trình phòng, chống HIV/AIDS của thành phố bắt đầu giảm mạnh. Ngân sách Nhà nước mặc dù được tăng dần qua các năm nhưng vẫn chưa bù đắp được sự thiếu hụt gây ra do sự cắt giảm tài trợ của các tổ chức quốc tế [4]. Từ năm 2013, việc lồng ghép phòng khám ngoại trú điều trị ARV và cơ sở điều trị methadone thành một phòng khám ngoại trú cung cấp đồng thời dịch vụ điều trị ARV cho bệnh nhân HIV/AIDS và điều trị nghiện các chất dạng thuốc phiện bằng chất thay thế Methadone được thực hiện tại quận 6, Bình Thạnh và đã hoàn tất vào giữa năm 2014.

Nghiên cứu này nhằm đưa ra những số liệu về chi phí hoạt động của các chương trình điều trị ARV và Methadone tại hai phòng khám Quận 6 và Bình Thạnh, trước và sau lồng ghép, từ đó góp phần cung cấp thông tin cho việc lập kế hoạch các can thiệp và chiến lược phù hợp trong thời gian tới, góp phần duy trì và nâng cao chất lượng chăm sóc, điều trị cho bệnh nhân HIV/AIDS.

Nghiên cứu nhằm mục đích mô tả chi phí của phòng khám điều trị ART và MMT trước và sau lồng ghép tại TTYT quận 6 và Bình Thạnh tại TP.HCM để bước đầu so sánh chi phí của phòng khám qua hai giai đoạn, từ đó có thể đưa ra những khuyến nghị có tính thực tiễn về việc mở rộng mô hình.

2. Phương pháp nghiên cứu

Bối cảnh nghiên cứu

Trước khi triển khai lồng ghép, hoạt động chăm

sóc điều trị ARV và Methadone được triển khai tại hai phòng khám hoàn toàn độc lập với nhau về chương trình, kinh phí và nhân sự. Kinh phí tài trợ cho hai chương trình hoạt động tại Quận 6 từ hai nguồn khác nhau (MDM, FHI 360), trong khi đó ở Bình Thạnh, hai phòng khám Methadone và ARV đều được FHI 360 tài trợ. Từ tháng 10/2013, Quận 6 và Bình Thạnh tiến hành lồng ghép hai phòng khám điều trị ARV và Methadone thành một phòng khám chung.

Phương pháp nghiên cứu

Nghiên cứu sử dụng phương pháp mô tả cắt ngang kết hợp hồi cứu dữ liệu trước và sau lồng ghép, tương ứng với hai giai đoạn, từ tháng 4-9/2013 và tháng 7-12/2014 tại phòng khám ngoại trú điều trị ARV và Methadone Quận 6 và Quận Bình Thạnh tại TP.HCM.

Chi phí được thu thập và phân tích tại nghiên cứu này bao gồm tất cả những chi phí bằng tiền của phòng khám, được chia thành 2 nhóm: 1) Chi phí biến đổi bao gồm: i) chi phí dịch vụ trực tiếp (thuốc, xét nghiệm); ii) chi phí dịch vụ gián tiếp (viện phí, chi phí đưa bệnh nhân đi cai nghiện, học nghề, mai táng, quà cho bệnh nhân, vật tư tiêu hao khác) và 2) Chi phí cố định, gồm: iii) chi phí nhân sự (gồm lương, bảo hiểm, tiền công làm ngoài giờ, tiền thưởng) và iv) chi phí hành chính (điện, nước, điện thoại, nước uống, văn phòng phẩm, đi lại, tập huấn, hội họp,...).

Tại thời điểm của nghiên cứu, thuốc ARV, Methadone, xét nghiệm CD4 và sinh phẩm xét nghiệm heroin cho bệnh nhân đang được cung ứng miễn phí bởi các tổ chức khác, cũng như một số chi phí do bệnh nhân tự chi trả nên không bao gồm trong khung phân tích chi phí của nghiên cứu. Các chi phí cơ hội (opportunity costs), chi phí vô hình (invisible costs) cũng không phải là đối tượng của nghiên cứu này.

Phân tích số liệu

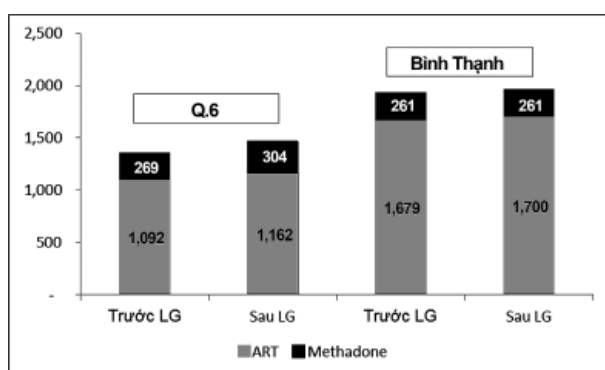
Số liệu sau khi thu thập được phân tích bằng phần mềm Excel để tính ra chi phí hoạt động và chi phí cố định của phòng khám theo các tiêu chí khác nhau. Từ đó so sánh các chỉ tiêu này của hai mô hình trước và sau lồng ghép tại mỗi phòng khám.

3. Kết quả

3.1 Số bệnh nhân ART và Methadone

Nghiên cứu thu thập số liệu bệnh nhân nhận dịch vụ của phòng khám trong hai giai đoạn để xem xét việc có hay không sự tác động của số lượng bệnh nhân lên chi phí hoạt động khi so sánh chi phí hoạt động của phòng khám. Do số bệnh nhân có sự biến động hàng tháng nên để so sánh, nhóm nghiên cứu lấy số bệnh nhân bình quân của cả giai đoạn để tính số bệnh nhân của giai đoạn tương ứng.

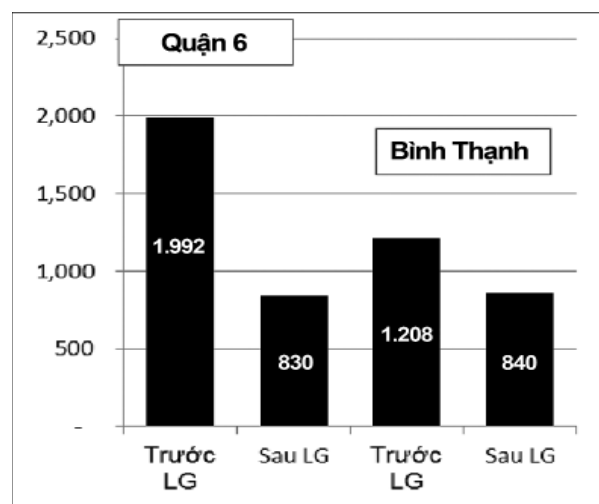
Biểu đồ 1 tóm tắt số lượng bệnh nhân ARV và Methadone đã điều trị tại Bình Thạnh và quận 6 trong hai giai đoạn. Theo đó, số bệnh nhân ARV tăng từ 1.092 lên 1.162 và bệnh nhân Methadone tăng từ 269 lên 304 tại Bình Thạnh, BN ARV tăng từ 1.679 lên 1.700 tại quận 6. Riêng số bệnh nhân MMT tại phòng khám quận 6 giữ nguyên là 261 bệnh nhân trước và sau lồng ghép.



Biểu đồ 1. Số bệnh nhân ARV và Methadone

3.2 Chi phí hoạt động của phòng khám

Giữa hai giai đoạn trước và sau lồng ghép có sự khác nhau về các loại chi phí của phòng khám.



Biểu đồ 2. Chi phí hoạt động

Trước lồng ghép, ngoài các chi phí cho hoạt động điều trị cơ bản (khám, chữa bệnh, chi phí đi lại cho bệnh nhân, tập huấn cho bệnh nhân về tuân thủ điều trị) còn có nhiều chi phí cho các hoạt động hỗ trợ bệnh nhân (viện phí, sữa, dinh dưỡng, xét nghiệm...) thì sau lồng ghép, phòng khám chủ yếu chỉ triển khai những hoạt động điều trị cơ bản.

Sau lồng ghép, chi phí hoạt động giảm mạnh tại 2 quận. Tại quận 6, chi phí hoạt động giảm từ 1.992 triệu đồng xuống còn 830 triệu đồng, tương đương giảm 58%. Tại Bình Thạnh, chi phí hoạt động giảm từ 1.208 triệu đồng xuống còn 840 triệu đồng, tương đương giảm 30%.

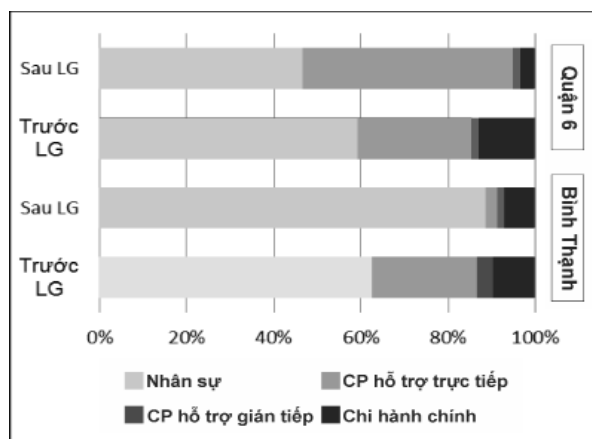
3.3 Cơ cấu chi phí

Kết quả phân tích cho thấy, chiếm tỷ trọng cao nhất trong tổng chi phí hoạt động của các phòng khám ARV và Methadone cả trước và sau lồng ghép là chi phí nhân sự, với mức thấp nhất là 46% (Bình Thạnh, trước lồng ghép) và cao nhất là 89% (Quận 6, sau lồng ghép). Việc tỷ trọng chi phí nhân sự tăng đột biến tại quận 6 (từ 56% lên 89%) sau lồng ghép mặc dù chi phí nhân sự giảm (từ 1.097 triệu xuống còn 739 triệu đồng) là kết quả trực tiếp của việc cắt giảm các mục chi khác (chi dịch vụ trực tiếp, chi dịch vụ gián tiếp, chi hành chính).

3.4 Chi phí cố định

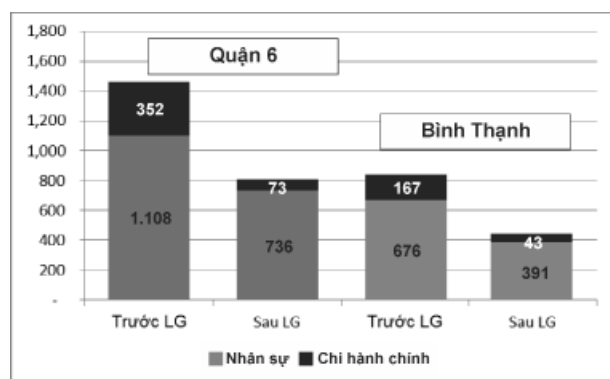
Chi phí cố định để duy trì hoạt động của phòng khám giảm sau khi lồng ghép.

Tại phòng khám lồng ghép quận 6, chi phí cố định giảm từ 1.460 xuống còn 809 triệu đồng, tương ứng 44,5%. Tại Bình Thạnh, chi phí cố định giảm từ 843 xuống còn 434 triệu đồng, tương ứng giảm 48,5%.



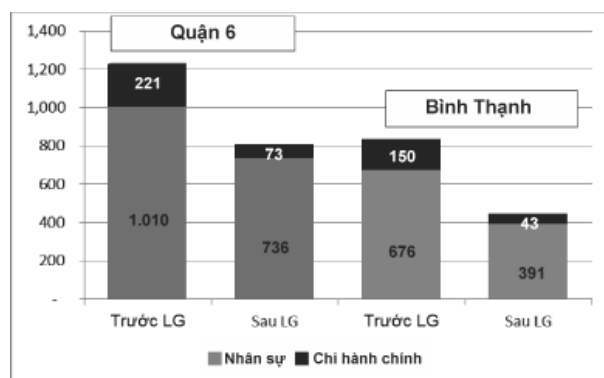
Biểu đồ 3. Chi phí hoạt động theo cơ cấu chi phí

Xét riêng chi phí nhân sự và chi phí hành chính, các chi phí này đều giảm so với giai đoạn trước lồng ghép. Tại quận 6, chi phí nhân sự giảm từ 1.108 xuống còn 736 triệu đồng (giảm 34%), chi phí hành chính giảm từ 352 xuống còn 73 triệu đồng (giảm 79%). Tại Bình Thạnh, chi phí nhân sự giảm từ 676 xuống còn 391 triệu đồng (42%), chi phí hành chính giảm từ 167 xuống còn 43 triệu đồng (74%).



Biểu đồ 4. Chi phí cố định

Để có thể so sánh chi phí cố định của phòng khám giữa hai giai đoạn trên cơ sở các loại chi phí tương đồng, nghiên cứu đã loại bỏ những loại chi phí khác nhau giữa hai giai đoạn. Bao gồm: chi phí hoạt động của xe đồng hành (nhân viên xe đồng hành, chi phí vận hành xe, vật tư y tế, thông tin nhóm bệnh nhân (Quận 6, trước lồng ghép), và chi phí nhóm hỗ trợ chăm sóc tại nhà (Bình Thạnh, trước lồng ghép).



Biểu đồ 5. Chi phí cố định chi cho các loại chi phí tương tự

So sánh chi phí cố định cũng như xét riêng chi phí nhân sự và chi phí hành chính, các chi phí này đều giảm

sau khi lồng ghép. Tại Phòng khám quận 6, chi phí nhân sự giảm từ 1.010 triệu xuống còn 736 triệu (giảm 27%), chi phí hành chính giảm từ 221 xuống 73 triệu (giảm 67%). Tại Bình Thạnh, chi phí nhân sự giảm từ 676 xuống 391 triệu (giảm 42%), và chi phí hành chính giảm từ 150 xuống còn 43 triệu (giảm 71%).

4. Bàn luận

Trên thế giới và Việt Nam, các nghiên cứu đã cho thấy lồng ghép các dịch vụ điều trị ARV với các dịch vụ chăm sóc và hỗ trợ khác cho bệnh nhân HIV (điều trị Methadone, tâm thần, rối loạn lạm dụng chất thay thế, kế hoạch hóa gia đình, ...) là một biện pháp mang tính hiệu quả về mặt chi phí và có tác động đáng kể đến việc cải thiện chất lượng dịch vụ [5, 6, 7]. Trong bối cảnh nguồn lực bị hạn chế, đây là một biện pháp để nâng cao hiệu quả can thiệp thông qua việc cắt giảm chi phí và cải thiện năng suất lao động về phía nhà cung cấp dịch vụ [8].

Chi phí hoạt động của phòng khám giảm sau khi lồng ghép mặc dù số bệnh nhân ARV và MMT tăng hoặc giữ nguyên do nhiều nguyên nhân khác nhau. Sự thay đổi trong chính sách tài trợ dẫn đến thay đổi trong cơ cấu chi phí. Trước lồng ghép, kinh phí dự án chi cho nhiều mục chi hỗ trợ bệnh nhân (viện phí, sữa, dinh dưỡng, toàn bộ chi phí xét nghiệm...). Sau khi lồng ghép, nhà tài trợ chỉ hỗ trợ phòng khám các chi phí điều trị cơ bản (nhân sự, chi hành chính và một phần chi phí xét nghiệm). Chi phí thuốc, vật tư y tế, một số xét nghiệm do bệnh nhân tự chi trả hoặc nhận hiện vật trực tiếp từ các nguồn khác.

Sau khi lồng ghép, chi phí cố định giảm chủ yếu do giảm chi phí nhân sự. Trong khi các định mức chi cho nhân sự vẫn giữ nguyên thì số lượng nhân sự được giảm bớt thông qua việc lồng ghép các vị trí (điều dưỡng, tư vấn viên, nhân viên hành chính, phát thuốc) tại phòng khám. Bên cạnh tác động tích cực đến chi phí, việc giảm bớt nhân sự này có ảnh hưởng như thế nào đến người lao động và chất lượng dịch vụ của phòng khám là một vấn đề đáng lưu ý đối với các nhà quản lý.

Cơ cấu chi phí hoạt động của phòng khám theo nguồn vốn có sự thay đổi theo hướng nguồn kinh phí tài trợ giảm mạnh trong khi nguồn kinh phí nhà nước tăng (Chương trình mục tiêu quốc gia và Ngân sách nhà nước) phản ánh xu hướng dịch chuyển tích cực của nguồn vốn cho hoạt động phòng chống AIDS tại thành phố Hồ Chí Minh. Đây được xem là bằng chứng cho hiệu quả của lồng ghép dịch vụ.

Đây là nghiên cứu dựa trên số liệu thứ cấp (số liệu tài chính của các phòng khám) nên một số chi phí không được tính đến, bao gồm những chi phí bằng hiện vật, chi phí mặt bằng, khấu hao tài sản, chi phí của bệnh nhân và gia đình bệnh nhân, và các chi phí cơ hội, chi phí vô hình khác. Ngoài ra, khung thời gian đánh giá chưa đủ dài để ghi nhận những biến động về chi phí có thể xảy ra.

Do đó, các nghiên cứu trong tương lai cần tính đến các chi phí này và mở rộng khung phân tích từ góc độ phân tích chi phí của nhà cung cấp dịch vụ đến bao gồm cả các chi phí của bệnh nhân và gia đình họ và đặt trong mối quan hệ chặt chẽ với việc đánh giá đầu ra của chương trình can thiệp, cũng như có khung thời gian nghiên cứu đủ dài để giải quyết những hạn chế nói trên. Từ đó có thể đánh giá đầy đủ hơn về chi phí-hiệu quả của mô hình phòng khám lồng ghép.

Xét đến việc các chi phí cố định như nhân sự và hành chính trong giai đoạn nghiên cứu đã được thu thập, kết quả nghiên cứu này cho thấy việc lồng ghép dịch vụ điều trị ARV và Methadone đã tiết kiệm được các chi phí này cho phòng khám. Để đánh giá việc lồng ghép hoạt động có giúp tiết kiệm tổng chi phí để vận hành phòng khám (bao gồm chi phí bằng tiền của phòng khám, chi phí do các tổ chức khác và bệnh nhân chi trả) hay không cần có thêm các nghiên cứu đầy đủ hơn về chi phí cũng như các nghiên cứu, đánh giá về chất lượng chương trình.

Trên cơ sở chất lượng chương trình được duy trì, thông qua số bệnh nhân được điều trị không giảm và chất lượng dịch vụ được đảm bảo, kết quả nghiên cứu này cung cấp những bằng chứng bước đầu để thành phố HCM xem xét việc mở rộng lồng ghép dịch vụ ARV và Methadone ra các phòng khám ngoại trú điều trị bệnh nhân HIV khác trong thành phố.

Tài liệu tham khảo

Tài liệu tiếng Việt

1. Cục Phòng, chống HIV/AIDS (2014) “Báo cáo công tác phòng chống HIV/AIDS đến 30/9/2014”

[http://www.vaac.gov.vn/PortletBlank.aspx/79F02C221767461589E7D1C300EDEB95/View/Tinh-hinh-dich-so-lieu_HIVAIDS/1911389BC68F4C09A68B908C223D22CE/5743.viePortal?print=Cap_nhap_tinh_hinh_dich_den_3092014\\$62274](http://www.vaac.gov.vn/PortletBlank.aspx/79F02C221767461589E7D1C300EDEB95/View/Tinh-hinh-dich-so-lieu_HIVAIDS/1911389BC68F4C09A68B908C223D22CE/5743.viePortal?print=Cap_nhap_tinh_hinh_dich_den_3092014$62274)

2. Cục Phòng, chống HIV/AIDS (2014) “Cập nhập tình hình điều trị bệnh nhân HIV/AIDS trên toàn quốc năm 2014”.

http://www.vaac.gov.vn/Desktop.aspx/Cac-hoat-dong-chuyen-mon/Tinh-hinh-dich-so-lieu_HIVAIDS/Cap_nhap_tinh_hinh_dieu_tri_benh_nhan_HIVAIDS_tren_toan_quoc_nam_2014/

3. Cục Phòng, chống HIV/AIDS (2015) “Cập nhật tình hình thực hiện chỉ tiêu điều trị nghiện các chất dạng thuốc phiện bằng Methadone (MMT) (đến ngày 30/4/2015)”

[http://vaac.gov.vn/Desktop.aspx/Cac-hoat-dong-chuyen-mon/Tinh-hinh-dich-so-lieu-HIVAIDS/Cap_nhap_tinh_hinh_thuc_hien_chi_tieu_dieu_tri_nghien_cac_chat_dang_thuoc_phiện_bằng_Methadone_\(MMT\)_đến_ngày_30_4_2015](http://vaac.gov.vn/Desktop.aspx/Cac-hoat-dong-chuyen-mon/Tinh-hinh-dich-so-lieu-HIVAIDS/Cap_nhap_tinh_hinh_thuc_hien_chi_tieu_dieu_tri_nghien_cac_chat_dang_thuoc_phiện_bằng_Methadone_(MMT)_đến_ngày_30_4_2015)

[hinh_thuc_hien_chi_tieu_dieu_tri_nghien_cac_chat_dang_thuoc_phiện_bằng_Methadone_MMT/](#)

4. Ủy ban Phòng chống AIDS thành phố Hồ Chí Minh (2014) “Kế hoạch thực hiện Đề án “Đảm bảo tài chính cho các hoạt động phòng, chống HIV/AIDS tại thành phố Hồ Chí Minh giai đoạn 2014-2020”.

Tài liệu tiếng Anh

5. Daniel Grossman et al (2014) “Expanding integration of family planning into HIV care and treatment: lessons and best practices”.

6. Marcia R. Weaver et al (2009) “Cost-effectiveness Analysis of Integrated Care for People with HIV, Chronic Mental Illness and Substance Abuse Disorders”.

7. Trần Xuân Bách và cộng sự (2012) “Cost-effectiveness of integrating methadone maintenance and antiretroviral treatment for HIV-positive drug users in Vietnam’s injection-driven HIV epidemics”.

8. WHO (2008) “Integrated Health Services – What and Why”.