



Bài Nghiên cứu

Phân tích chi phí điều trị dọa sinh non tại bệnh viện phụ sản Hà Nội năm 2023

Nguyễn Thị Thanh Hương^{1*}, Đào Thị Bích Ngọc²

¹ Khoa Quản lý và Kinh tế Dược, Trường Đại học Dược Hà Nội, 13-15 Lê Thánh Tông, Cửa Nam, Hà Nội, Việt Nam

² Cao học K26, Trường Đại học Dược Hà Nội 13-15 Lê Thánh Tông, Cửa Nam, Hà Nội, Việt Nam

* Tác giả liên hệ: Nguyễn Thị Thanh Hương, Email: huongnguyenthanh@hup.edu.vn

THÔNG TIN CHUNG

Ngày gửi bài: 15/11/2024

Ngày nhận bản sửa: 10/12/2025

Ngày chấp nhận đăng: 25/12/2025

Từ khóa

Bệnh viện

Chi phí điều trị

Dọa sinh non

Hà Nội

TÓM TẮT

Phân tích cơ cấu chi phí điều trị dọa sinh non của người bệnh nội trú và mối liên quan với đặc điểm người bệnh dọa sinh non tại bệnh viện Phụ sản Hà Nội. Nghiên cứu mô tả cắt ngang chi phí theo đợt điều trị thai dọa sinh non, sử dụng kỹ thuật thu thập số liệu là hồi cứu bệnh án nội trú và phỏng vấn trực tiếp 184 người bệnh điều trị tại bệnh viện Phụ Sản Hà Nội. Trong cơ cấu chi phí điều trị dọa sinh non, chi phí trực tiếp cho y tế là gánh nặng lớn nhất, chiếm tỷ lệ 76,16%. Trong đó, bảo hiểm y tế (BHYT) chi trả trung bình/1 đợt điều trị là 7.604.271 đồng (46,37%). Chi phí phẫu thuật, thủ thuật chiếm tỷ lệ cao nhất trong tổng chi phí trực tiếp y tế (33,64%), tiếp sau là chi phí thuốc (17,78%). Chi phí điều trị trung bình cho một đợt điều trị nội trú dọa sinh non là 16.398.043 đồng. Chi phí điều trị do người bệnh chi trả chiếm 53,63%. Số ngày điều trị và phác đồ điều trị là 2 yếu tố liên quan đến chi phí điều trị dọa sinh non (p -value<0,05).

ABSTRACT

Analyze the cost structure of treatment for threatened preterm labor and the relationship between treatment costs and characteristics of patients at risk of premature birth at Hanoi Obstetrics Hospital. Cross-sectional descriptive study of costs according to treatment sessions for pregnant women threatened with premature birth, using retrospective inpatient medical records and direct patient interviews. In the cost structure of treatment for threatened preterm labor, direct medical costs are the biggest burden, accounting for 76.16%, equivalent to 2,297,990,236 VND. Of which, health insurance pays 678,353,920 VND, accounting for 29.52%. Oxytocin drug group and testing costs are the costs that account for the largest proportion of treatment cost groups with 35.4% and 66.57%, respectively. Total inpatient costs were associated with length of hospital stay and treatment arm (p -value<0.05). The average total cost of treatment for threatened preterm labor is 16,398,043 VND. Costs outside of health insurance coverage are quite large (70.48%). The number of bed days and treatment regimen are related to the cost of treatment.

* Tác giả liên hệ: Nguyễn Thị Thanh Hương, Email: huongnguyenthanh@hup.edu.vn

<http://doi.org/10.59882/1859-364X/262>

Đặt vấn đề

Dạ sinh non thường xuất hiện ở khoảng 9% phụ nữ mang thai là tình trạng xuất hiện các dấu hiệu chuyển dạ trước tuần thai thứ 37 nhưng cổ tử cung vẫn còn đóng hoặc bắt đầu có dấu hiệu mở [1]. Dạ sinh non là nguyên nhân hàng đầu khiến thai phụ phải nhập viện trong thời kỳ mang thai và dẫn đến 45% ca sinh non. Trẻ sơ sinh non tháng luôn đối mặt với nguy cơ tử vong và bệnh tật cao so với trẻ sinh đủ tháng [2]. Nguy cơ biến chứng ở trẻ sinh non thường gặp như: biến chứng hô hấp ở trẻ 23-24 tuần tuổi là 34,5%, 25-26 tuần tuổi là 20,4%, 27-28 tuần tuổi là 11,8%; biến chứng huyết học ở trẻ 23-24 tuần tuổi là 9,1%, 25-26 tuần tuổi là 14,7%, 27-28 tuần tuổi là 17,6% [3]. Mặc dù dạ sinh non không phải lúc nào cũng gây ra tình trạng sinh non nhưng có thể làm thay đổi quá trình mang thai bình thường và ảnh hưởng đến sự phát triển của trẻ. Trẻ sơ sinh đủ tháng có mẹ từng bị dạ sinh non có thể có nguy cơ cao bị chậm phát triển thai nhi [4]. Gánh nặng kinh tế liên quan đến sinh non của nhóm trẻ sinh năm 2016 tại Hoa Kỳ ước tính là 25,2 tỷ đô la với 17,1 tỷ đô la là chi phí chăm sóc y tế cho những người sinh non, 2,0 tỷ đô la cho chăm sóc khi sinh, 1,3 tỷ đô la cho can thiệp sớm và giáo dục đặc biệt, và 4,8 tỷ đô la cho năng suất lao động bị mất do các khuyết tật liên quan ở người lớn [5]. Chi phí xã hội của sinh non cho thấy cần có các biện pháp can thiệp làm giảm tỷ lệ sinh non, đặc biệt đối với các thai phụ dạ sinh non. Các xét nghiệm chẩn đoán như đo chiều dài cổ tử cung, định tính fibronectin thai nhi âm đạo cổ tử cung và interleukin-6 âm đạo cổ tử cung có độ chính xác cao hơn khi dự đoán sinh non [6]. Phương pháp điều trị bằng thuốc giảm co thắt, kháng sinh và corticosteroid với mục đích kéo dài thời gian mang thai, ngăn ngừa biến chứng cho mẹ và thai nhi, giảm gánh nặng kinh tế và xã hội [7]. Chi phí điều trị dạ sinh non là khá đáng kể. Ở Tây Ban Nha, chi phí nhập viện trung bình để điều trị dạ sinh non cho mỗi thai phụ là khoảng hơn 2500 đô la [8]. Để đánh giá chi phí can thiệp sớm liên quan đến dạ sinh

non tại một bệnh viện chuyên khoa tuyến tỉnh, nghiên cứu được thực hiện với mục tiêu phân tích cơ cấu chi phí điều trị và các yếu tố liên quan đến chi phí điều trị nội trú tại Bệnh viện Phụ Sản Hà Nội.

Nguyên liệu và Phương pháp nghiên cứu

Đối tượng nghiên cứu: Chi phí theo đợt điều trị thai phụ dạ sinh non.

Tiêu chuẩn lựa chọn: Hồ sơ bệnh án của người bệnh điều trị dạ sinh non và nhập viện điều trị có kết quả khỏi bệnh (cắt cơn gò, ngừng ra máu) từ 01/2023-02/2023; người bệnh đang điều trị nội trú, chuẩn bị ra viện để phỏng vấn chi phí trực tiếp ngoài y tế và chi phí gián tiếp, người bệnh đồng ý tham gia phỏng vấn.

Tiêu chuẩn loại trừ: Hồ sơ bệnh án có thông tin đình chỉ thai, thai chết lưu; hồ sơ bệnh án và thông tin trích xuất không đủ dữ liệu.

Thiết kế nghiên cứu: Mô tả cắt ngang, phỏng vấn trực tiếp người bệnh kết hợp với hồi cứu bệnh án nội trú năm 2023.

Kỹ thuật chọn mẫu thuận tiện. Cỡ mẫu: 184

Phương pháp thu thập và xử lý số liệu

Công cụ thu thập số liệu: Phỏng vấn theo Bộ câu hỏi và Thu thập thông tin từ cơ sở dữ liệu “bệnh án điện tử”, “bảng kê chi phí điều trị” tại Bệnh viện Phụ sản Hà Nội và bộ câu hỏi phỏng vấn người bệnh.

Cách thức thu thập số liệu: Sử dụng Bộ câu hỏi phỏng vấn trực tiếp người bệnh dạ sinh non kết thúc điều trị nội trú tại bệnh viện trong thời gian nghiên cứu thu thập thông tin về chi phí trực tiếp ngoài y tế và chi phí gián tiếp. Thông tin về chi phí trực tiếp của mỗi người bệnh được thu thập theo biểu mẫu bằng cách hỏi cứu qua bệnh án điện tử và bảng kê chi phí điều trị nội trú của người bệnh. 184 hồ sơ bệnh án của người bệnh được lựa chọn từ phần mềm quản lý bệnh viện, tiến hành trích xuất bảng kê chi phí điều trị của người bệnh từ bệnh án điện tử. Dữ liệu về chi phí trực tiếp ngoài y tế (đi lại, ăn uống, thuê người chăm sóc, thuê chỗ ở cho người chăm

sóc) và chi phí gián tiếp (nghỉ làm của người bệnh, nghỉ làm của người chăm sóc, thuê người làm hộ) được thu thập bằng cách phỏng vấn người bệnh dọa sinh non kết thúc điều trị nội trú tại bệnh viện trong thời gian nghiên cứu theo bộ câu hỏi có sẵn.

Phương pháp xử lý và phân tích số liệu

Phương pháp xử lý: Số liệu được thu thập từ mẫu phiếu thu thập số liệu được nhập vào phần mềm Microsoft Excel 2016 để lưu trữ và xử lý. Số liệu được rà soát trong quá trình nhập từ bản ghi tay và phần mềm máy tính. Các biến dạng số được kiểm tra chính xác giá trị, lỗi ở một vài giá trị số tiền đánh sai hoặc thừa số 0 ở phần tiền thì được chỉnh sửa lại cho đúng với giá trị chi phí. Số liệu về chi phí được tính dựa trên chi phí cho 1 thai kì của người bệnh điều trị nội trú. Sau đó, dữ liệu được đưa vào phần mềm SPSS để phân tích số liệu.

Phân tích số liệu: Sử dụng phương pháp thống kê mô tả (phương pháp tỷ trọng) và thống kê phân tích với biến phụ thuộc là tổng chi phí điều trị (bao gồm chi phí trực tiếp cho y tế, chi phí trực tiếp ngoài y tế, chi phí gián tiếp), hệ số beta, hệ số p-value. Sử dụng kiểm định Spearman và Kruskal wallis để so sánh sự khác biệt về chi phí giữa các nhóm.

Đạo đức nghiên cứu: Nghiên cứu được phê duyệt bởi Hội đồng đề cương Trường Đại học Dược Hà Nội. Mọi thông tin cá nhân của người bệnh được bảo mật theo quy định, các kết quả nghiên cứu chỉ phục vụ cho mục đích nghiên cứu. Người phỏng vấn được giải thích rõ về mục đích của nghiên cứu để người phỏng vấn tự nguyện trả lời.

Kết quả nghiên cứu và bàn luận

Kết quả nghiên cứu

Đặc điểm người bệnh trong mẫu nghiên cứu

Đặc điểm người bệnh dọa sinh non trong nhóm nghiên cứu: chủ yếu có thời gian nằm viện/đợt điều trị dưới 10 ngày; tỷ lệ có 2 bệnh mắc kèm là 57,1%; phác đồ nicardipin chiếm

Bảng 1: Đặc điểm người bệnh dọa sinh non trong mẫu nghiên cứu

TT	Đặc điểm người bệnh	Số người bệnh	Tỷ lệ (%)
1	Thời gian nằm viện (TB±SD)	9,19 ± 14,36	
1.1	Dưới 10 ngày	138	75,0
1.2	Từ 10 đến 19 ngày	25	13,5
1.3	Từ 20 đến 29 ngày	11	6,0
1.4	Từ 30 đến 59 ngày	4	2,2
1.5	Trên 60 ngày	6	3,3
2	Bệnh mắc kèm		
2.1	Có 1 bệnh mắc kèm	69	37,5
2.2	Có ≥ 2 bệnh mắc kèm	115	62,5
3	Phác đồ điều trị		
3.1	Nicardipin	164	89,1
3.2	Nicardipin+ Atosiban	17	9,2
3.3	Nicardipin+ Salbutamol	3	1,6
4	Tiền căn sinh non		
4.1	Không có tiền căn sinh non	156	84,8
4.2	Có tiền căn sinh non	28	15,2
5	Số thai		
5.1	Đa thai	20	10,9
5.2	Đơn thai	164	89,1
6	Chiều dài cổ tử cung		
6.1	< 25mm	13	7,1
6.2	≥ 25 mm	171	92,9

89,1%; người bệnh dọa sinh non không có tiền căn sinh non là 84,8%; đơn thai (89,1%); chiều dài cổ tử cung ≥ 25 mm chiếm 92,9%.

Cơ cấu chi phí điều trị dọa sinh non/đợt điều trị theo nguồn chi trả

Tỷ lệ chi phí điều trị (bao gồm cả chi phí trực tiếp và chi phí gián tiếp) dọa sinh non do người bệnh chi trả chiếm tỷ lệ cao 53,63% (tương ứng trung bình 9,97 triệu đồng/đợt điều trị) là gánh nặng kinh tế đối với người bệnh.

Cơ cấu chi phí điều trị dọa sinh non/đợt điều trị theo loại chi phí

Tổng chi phí 1 đợt điều trị sinh non trung bình là 16.398.043 (95%CI: 13.540.812- 19.150.491) đồng, trong đó chi phí trực tiếp cho y tế là gánh nặng lớn nhất (chiếm tỷ lệ 76,16%) trong tổng chi phí điều trị dọa sinh non, chi phí trực tiếp ngoài y tế chiếm 14,35% và chi phí gián tiếp chiếm tỷ lệ thấp nhất là 9,49%.

Bảng 2. Cơ cấu chi phí điều trị bệnh dọa sinh non theo nguồn chi trả)

Đơn vị tính: VNĐ

TT	Nguồn chi trả	Chi phí điều trị				
		Trung bình (95%CI)	Trung vị	Q1	Q3	Tỷ lệ (%)
1	Quỹ BHYT	7.604.271 (6.130.116 – 9.078.426)	4.002.221	2.504.662	8.469.067	46,37
2	Người bệnh chi trả	8.793.772 (7.258.991 – 10.328.553)	5.835.375	3.663.574	9.971.966	53,63
	Tổng chi phí	16.398.043 (13.572.911 – 19.223.175)	10.266.315	6.690.505	17.753.301	100

Bảng 3. Cơ cấu chi phí điều trị dọa sinh non/đợt điều trị

Đơn vị tính: VNĐ

TT	Loại chi phí	Trung bình (95% CI)	Trung vị	Q1	Q3	Tỷ lệ%
1	Chi phí trực tiếp cho y tế	12.489.077 (10.243.747 – 14.734.408)	7.611.797	4.822.638	13.366.544	76,16
2	Chi phí trực tiếp ngoài y tế	2.353.486 (1.933.892 – 2.668.297)	1.469.500	845.583	2.713.850	14,35
3	Chi phí gián tiếp	1.555.480 (1.176.532 – 1.934.428)	707.292	0	2.068.750	9,49
	Tổng chi phí	16.398.043 (13.540.812 – 19.150.491)	10.266.310	6.690.505	17.753.301	100,0

Cơ cấu chi phí trực tiếp cho y tế điều trị dọa sinh non

Có 4 loại chi phí chiếm tỷ lệ cao trong tổng chi phí trực tiếp cho y tế điều trị dọa sinh non gồm: chi phí phẫu thuật, thủ thuật (trung bình là 4.201.759 đồng tương ứng 33,64%); chi phí thuốc (trung bình là 2.221.036 đồng tương ứng 17,78%); chi phí xét nghiệm (trung bình là 2.097.309 đồng tương ứng 16,79%); chi phí giường bệnh (trung bình là 1.874.042 đồng tương ứng 15,01%).

Phân tích đặc điểm của người bệnh liên quan đến tổng chi phí điều trị dọa sinh non

Chi phí giữa các nhóm tuổi thai phụ, tuổi thai nhi, khu vực sống, nghề nghiệp, trình độ học vấn, mức hưởng BHYT, bệnh mắc kèm, chiều dài cổ tử cung, đa thai, tiền căn sinh non khác nhau không có ý nghĩa thống kê ($p>0,05$). Có 2 yếu tố liên quan đến tổng chi phí gồm: số ngày nằm viện và phác đồ điều trị ($p<0,05$).

Bàn luận

Mẫu nghiên cứu của đề tài có độ tuổi trung bình là $30,83 \pm 5,51$ tuổi, phần lớn người bệnh thuộc nhóm 25-29 tuổi và 30-34 tuổi chiếm

31,7% và 31,2%. Nghiên cứu được thực hiện trên 184 đợt điều trị ghi nhận, trong đó chi phí trực tiếp cho y tế chiếm 76,16%, còn lại là chi phí trực tiếp ngoài y tế và chi phí gián tiếp lần lượt là 14,35% và 9,49%. Chi phí trung bình cho một đợt điều trị nội trú là 16.398.043 đồng/ đợt điều trị, trong đó, chi phí trực tiếp cho y tế, chi phí trực tiếp ngoài y tế, chi phí gián tiếp với chi phí trung bình theo đợt điều trị nội trú lần lượt là 12.489.077 đồng, 2.353.486 đồng, 1.555.480 đồng. Nghiên cứu của Lucovnik và cộng sự (2013) tại Hoa Kỳ cho thấy tổng chi phí nằm viện để điều trị dọa sinh non cho 30 người bệnh có chiều dài cổ tử cung từ 3 cm trở lên là 1.018.589 đô la vào năm 2010 [10]. Theo Coloma và cộng sự (2018), chi phí nhập viện trung bình để điều trị dọa sinh non cho mỗi thai phụ Tây Ban Nha là 2.597 đô la trong giai đoạn từ 2009 đến 2014 [8]. Dọa sinh non là bệnh cấp tính dẫn đến sinh non hay tử vong trên cả thai phụ và thai nhi nên mục tiêu đề ra là vừa kết hợp dự phòng giảm các yếu tố nguy cơ, vừa kiểm soát điều trị triệu chứng và nguyên nhân. Người bệnh cần tuân thủ điều trị về lối sống, sinh hoạt

Bảng 4. Cơ cấu chi phí trực tiếp cho y tế điều trị dọa sinh non

Đơn vị tính: VNĐ

TT	Loại chi phí	Trung bình (95%CI)	Trung vị	Q1	Q3	Tỷ lệ (%)
1	Chi phí phẫu thuật, thủ thuật	4.201.759 (3.047.240 – 5.356.278)	2.440.000	495.000	4.271.250	33,64
2	Chi phí thuốc	2.221.036 (1.512.943 – 2.929.129)	580.770	130.366	1.502.250	17,78
3	Chi phí xét nghiệm	2.097.309 (1.921.072 – 2.273.545)	1.880.000	1.350.000	2.598.925	16,79
4	Chi phí giường bệnh	1.874.042 (1.448.620 – 2.299.465)	814.400	610.800	1.883.300	15,01
5	Chi phí chẩn đoán hình ảnh	1.053.103 (919.488 –)1.186.718	780.000	517.925	1.330.000	8,43
6	Chi phí dịch vụ chất lượng cao	299.728 (253.335 – 346.121)	250.000	0	500.000	2,40
7	Chi phí khám bệnh	280.598 (237.780 – 323.415)	250.000	73.700	400.550	2,25
8	Chi phí chẩn đoán trước sinh	181.685 (56.311 – 307.058)	150.000	0	50.000	1,45
9	Chi phí vật tư y tế	170.127 (113.211 – 227.043)	78.570	2.730	170.788	1,36
10	Chi phí khác	109.691 (68.382 – 150.999)	7.700	7.700	77.700	0,88
	Tổng chi phí	12.489.077 (10.228.841 – 14.749.314)	9.977.200	4.822.638	13.366.543	100

và dùng thuốc theo chỉ định của bác sĩ. Người bệnh cần sử dụng thuốc đúng, đủ liều và kịp thời để kiểm soát tình trạng chảy máu, cơn gò tử cung, giảm tỷ lệ sinh non và các tai biến sản khoa. Tổng chi phí thuốc được cấp phát là 374.181.87 đồng. Trong đó, nhóm thuốc đối kháng thụ thể oxytocin chiếm tỷ lệ lớn nhất là 35,4% cơ cấu thuốc, dịch truyền, tiếp theo là nhóm thuốc chẹn kênh Canxi được đánh giá là thuốc giảm gò tử cung hiệu quả chiếm tỷ lệ 29,66%. Chi phí cận lâm sàng được phân chia thành chi phí xét nghiệm và chi phí chẩn đoán hình ảnh với tổng chi phí là 579.675.700 đồng với tổng 3997 lượt sử dụng. Trong đó chi phí xét nghiệm chiếm tỷ trọng cao hơn là 66,57% tương ứng với 385.904.800 đồng, chi phí chẩn đoán hình ảnh chiếm tỷ trọng thấp hơn là 33,43% tương ứng với 193.770.900 đồng. Dọa sinh non còn dẫn đến gánh nặng về chi phí xã hội. Nghiên cứu ở Tây Ban Nha cho thấy dọa sinh non dẫn đến 17,545 ngày nghỉ ốm với chi phí xã hội dao động từ 235.170,81 euro đến 903.483,30 euro, tùy thuộc vào nghề nghiệp của người bệnh và cơ

cấu hoàn trả bảo hiểm tương ứng [8]. Kết quả phân tích hồi quy đơn biến các nhóm cho thấy, biến số về thời gian nằm viện và phác đồ điều trị có liên quan có ý nghĩa thống kê đến tổng chi phí điều trị dọa sinh non. Kết quả phân tích hồi quy đa biến cho biết hệ số tác động của từng biến và liên quan làm gia tăng chi phí của mỗi biến so với đặc tính nền của phân tích. Nghiên cứu đã hoàn thành mục tiêu chỉ ra cơ cấu các chi phí điều trị bệnh dọa sinh non trên đối tượng người bệnh nội trú cũng như cơ cấu chi tiết các khoản mục, dịch vụ. Nghiên cứu sử dụng thiết kế nghiên cứu mô tả cắt ngang nên không xác định mối quan hệ nhân quả của bệnh dọa sinh non và các yếu tố nguy cơ của nó.

Phương pháp thu thập dữ liệu về chi phí trực tiếp ngoài y tế và chi phí gián tiếp bằng Bộ câu hỏi phỏng vấn sẽ không tránh khỏi sai số nhớ lại, tuy nhiên đây cũng là phương pháp được chấp nhận trong các nghiên cứu về xác định loại chi phí này, đó cũng là hạn chế chung của các nghiên cứu về phân tích chi phí điều trị nói chung. Ngoài ra, đối với các nghiên cứu khảo

Bảng 5. Mối liên quan giữa đặc điểm người bệnh và tổng chi phí điều trị dọa sinh non

Đơn vị tính: VNĐ

TT	Đặc điểm	Số lượng	Trung vị	Q1*	Q3*	Beta	p
1	Tuổi thai phụ (tuổi)						
1.1	< 25	25	7.411.993	5.139.108	11.081.362	-	-
1.2	25 - 29	59	10.059.873	6.597.323	15.872.082	-554.081	0,719
1.3	30 - 34	58	11.089.956	7.655.136	18.043.115	251.299	0,807
1.4	35 - 39	30	8.744.313	5.765.840	20.741.328	775.812	0,425
1.5	≥ 40	12	18.153.145	13.406.492	31.125.043	1.822.797	0,131
2	Tuổi thai nhi (tuần)						
2.1	22 - <28	45	10.059.873	6.841.457	14.209.638	575.894	0,173
2.2	28 - <32	77	10.784.389	6.212.442	18.898.739	-	-
2.3	32 - < 37	62	9.652.933	7.154.089	15.806.318	168.594	0,868
3	Khu vực sinh sống						
3.1	Nội thành	46	10.879.239	7.862.080	14.856.754	-	-
3.2	Ngoại thành	138	9.882.211	6.469.301	18.499.653	-889.726	0,592
4	Nghề nghiệp						
4.1	Cán bộ viên chức	25	8.355.164	5.229.896	14.497.228	-1.314.608	0,754
4.2	Công nhân	21	7.404.348	4.349.778	12.489.262	-4.113.398	0,156
4.3	Kinh doanh	33	11.416.843	7.066.860	19.800.134	1.885.490	0,130
4.4	Lao động tự do	55	13.436.978	7.760.379	23.204.896	-	-
4.5	Nhân viên văn phòng	42	9.734.714	6.798.639	16.459.237	-402.092	0,481
4.6	Sinh viên	8	7.093.398	4.944.900	10.449.938	-1.275.305	0,204
5	Trình độ học vấn						
5.1	Tiểu học	8	15.455.263	7.371.302	20.270.731	-60.697	0,986
5.2	Trung học cơ sở	33	9.494.564	6.431.022	15.654.390	-675.597	0,588
5.3	Trung học phổ thông	31	13.406.492	8.726.380	21.046.143	-90.890	0,925
5.4	Cao đẳng	37	9.042.464	6.769.368	17.453.474	291.174	0,407
5.5	Đại học	61	9.919.418	6.599.948	18.098.130	-	-
5.6	Sau đại học	14	8.640.857	5.404.276	14.002.666	-1.088.366	0,159
6	Thời gian nằm viện (ngày)						
6.1	< 10	138	8.353.846	5.832.343	12.389.891	-	-
6.2	10 - 19	25	21.046.143	13.845.286	25.532.445	3.807.338	0,068
6.3	20 - 29	11	35.113.006	31.378.371	42.240.933	6.951.435	0,000
6.4	30 - 59	4	33.749.573	28.081.824	43.101.265	4.918.395	0,045
6.5	≥ 60	6	88.179.783	73.197.641	135.333.307	16.759.500	0,000
7	Bệnh mắc kèm						
7.1	Có 1 bệnh mắc kèm	69	11.416.843	6.280.826	20.741.328	3.846.131	0,194
7.2	Có ≥ 2 bệnh mắc kèm	115	9.897.300	6.670.185	14.705.312	-	-
8	Chiều dài cổ tử cung						
8.1	Cổ tử cung <25 mm	13	13.210.088	9.811.302	23.204.896	9.416.003	0,092
8.2	Cổ tử cung ≥ 25 mm	171	9.897.300	6.670.185	14.705.312	-	-
9	Số thai						
9.1	Đa thai	20	9.573.220	6.788.975	24.564.614	4.031.171	0,079
9.2	Đơn thai	164	10.499.205	6.683.732	17.614.360	-	-
10	Tiền căn sinh non						
10.1	Có tiền căn sinh non	28	10.993.869	7.127.866	18.278.850	-1.356.684	0,308
10.2	Không có tiền căn sinh non	156	7.968.517	4.930.158	13.823.308	-	-
11	Phác đồ điều trị						
11.1	Nicardipin	169	13.845.286	8.855.731	23.845.452	4.820.090	0,103
11.2	Nicardipin + atosiban	17	35.113.006	23.105.574	48.885.345	17.475.400	0,000
11.3	Nicardipin + salbutamol	3	11.914.545	10.300.800	12.855.335	-	-

Ghi chú: Q1 (khoảng tứ phân vị 1); Q3 (khoảng tứ phân vị 3)

sát chi phí trực tiếp ngoài y tế và chi phí gián tiếp thông qua phỏng vấn người bệnh đồng ý trả lời cũng sẽ hạn chế về tính đại diện của kỹ thuật chọn mẫu, tuy nhiên đây cũng là cách duy nhất để thu thập thông tin về chi phí gián tiếp và chi phí trực tiếp ngoài y tế.

Nghiên cứu đã cho thấy tỷ lệ chi phí từ phía người bệnh chiếm đến 70,48% tổng chi phí điều trị dọa sinh non là gánh nặng kinh tế với người bệnh và gia đình, cần nghiên cứu chính sách hỗ trợ tài chính cho người bệnh có nguy cơ sinh non trong các nghiên cứu trong tương lai.

Kết luận

Chi phí điều trị trung bình cho một đợt điều trị nội trú dọa sinh non là 16.398.043 đồng. Trong đó, chi phí trực tiếp cho y tế chiếm tỷ lệ cao nhất và chi phí gián tiếp chiếm tỷ lệ thấp nhất. Chi phí do người bệnh chi trả của BHYT chiếm 53,63%. Có 2 yếu tố liên quan đến tổng chi phí gồm: số ngày nằm viện và phác đồ điều trị.

Cần có biện pháp cung cấp thông tin phòng nguy cơ sinh non cho phụ nữ ở độ tuổi sinh đẻ nhằm giảm nguy cơ sinh non, giảm số ngày nằm viện để giảm gánh nặng kinh tế cho gia đình người bệnh.

Lời cảm ơn

Để hoàn thành nghiên cứu này, chúng tôi trân trọng cảm ơn đến Ban giám đốc bệnh viện Phụ sản Hà Nội, các phòng chức năng (Phòng Tài chính kế toán, Phòng Công nghệ thông tin, Khoa Dược, Khoa Khám bệnh) đã tạo điều kiện giúp đỡ, hỗ trợ nhóm nghiên cứu trong quá trình thu thập số liệu và phỏng vấn người bệnh đến khám và điều trị tại bệnh viện. Cảm ơn 184 sản phụ đã đồng ý trả lời câu hỏi phỏng vấn của chúng tôi.

Xung đột lợi ích

Chúng tôi cam kết không có bất kỳ xung đột lợi ích nào trong kết quả nghiên cứu này và mọi thông tin cá nhân của người bệnh được bảo mật đúng quy định.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Paules C, Lisonkova S, Joseph KS, et al. Threatened preterm labor is a risk factor for impaired cognitive development in early childhood. *Am J Obstet Gynecol*. 2017;216(2):157.e1-157.e7.
2. Goldenberg RL, Culhane JF, Iams JD, Romero R. Epidemiology and causes of preterm birth. *Lancet*. 2008;371(9606):75-84.
3. Manuck TA, Rice MM, Bailit JL, et al. Preterm neonatal morbidity and mortality by gestational age: a contemporary cohort. *Am J Obstet Gynecol*. 2016;215(1):103.e1-103.e14.
4. Campbell MK, Zonneveld L, Buetow S, et al. Determinants of small for gestational age birth at term. *Paediatr Perinat Epidemiol*. 2012;26(6):525-533.
5. Waitzman NJ, Jalali A, Grosse SD. Preterm birth lifetime costs in the United States in 2016: an update. *Semin Perinatol*. 2021;45(3):151390.
6. Desplanches T, Cojean N, Touzet S, et al. Cost-effectiveness of diagnostic tests for threatened preterm labor in singleton pregnancy in France. *Cost Eff Resour Alloc*. 2018;16(1):21.
7. Hwang HS, Kim JH, Park CW, et al. Practice patterns in the management of threatened preterm labor in Korea: a multicenter retrospective study. *Obstet Gynecol Sci*. 2015;58(3):203-209.
8. Coloma M, Sepúlveda-Martínez A, Rodríguez A, et al. Economic consequences of over-diagnosis of threatened preterm labor. *Int J Gynaecol Obstet*. 2018;141(2):200-205.
9. World Health Organization. Preterm birth rate per 100 live births [Internet]. Geneva: WHO; 2023 [cited 2024 Sep 25]. Available from: <https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/preterm-birth-rate-per-100-live-births>.
10. Lucovnik M, Chambliss LR, Garfield RE. Costs of unnecessary admissions and treatments for threatened preterm labor. *Am J Obstet Gynecol*. 2013;209(3):217.e1-217.e3.