

HỖ TRỢ SINH SẢN DƯỚI GÓC NHÌN KINH TẾ SỨC KHỎE: CHI PHÍ VÀ KHẢ NĂNG TIẾP CẬN ĐIỀU TRỊ

Nguyễn Thị Phương Dung
Bệnh viện Mỹ Đức Phú Nhuận

DOI: 10.46755/vjog.2019.1.589

Từ khóa: hỗ trợ sinh sản, kinh tế sức khỏe, chi phí điều trị, tiếp cận điều trị vô sinh.

Keywords: assisted reproduction, health economics, cost, access to infertility treatment.

Tóm tắt

Hỗ trợ sinh sản đã trở thành giải pháp điều trị hiệu quả cho bệnh nhân vô sinh hiếm muộn, đáp ứng nhu cầu chăm sóc sức khỏe sinh sản. Bên cạnh hiệu quả điều trị thì chi phí và khả năng tiếp cận điều trị của bệnh nhân là điều cần quan tâm trong bối cảnh nhu cầu điều trị ngày càng gia tăng. Tuy vậy, các đánh giá cũng như nghiên cứu từ góc độ kinh tế trong hỗ trợ sinh sản tại Việt Nam hiện vẫn còn hạn chế. Bài viết này tổng hợp một số dữ liệu liên quan vấn đề kinh tế sức khỏe trong lĩnh vực điều trị vô sinh hiếm muộn, gắn liền với bối cảnh trong và ngoài nước.

Từ khóa: hỗ trợ sinh sản, kinh tế sức khỏe, chi phí điều trị, tiếp cận điều trị vô sinh.

Abstract

ECONOMIC ASPECTS OF ASSISTED REPRODUCTION: COST AND ACCESS TO IVF TREATMENT

Assisted reproduction has become the effective treatment for infertility, which meets the demand for reproductive health care. In addition to clinical efficacy, cost and access to infertility treatment should be considered in case of rising treatment demand. However, there are limited studies of health economics in the field of assisted reproduction in Vietnam. This is a review of economic aspects of infertility treatment in the situation of foreign countries and Vietnam.

Key words: assisted reproduction, health economics, cost, access to infertility treatment.

Tác giả liên hệ (Corresponding author):

Nguyễn Thị Phương Dung,
email: thaonguyen@hosrem.vn

Ngày nhận bài (received): 10/08/2018

Ngày phản biện đánh giá bài báo (revised):
30/08/2019

Ngày bài báo được chấp nhận đăng
(accepted): 01/09/2019

1. Giới thiệu

Khả năng sinh sản là yếu tố quan trọng trong chăm sóc sức khỏe sinh sản. Tổ chức Y tế Thế giới (WHO) đã nhận định tình trạng mất khả năng sinh sản tự nhiên (vô sinh) là một vấn đề sức khỏe cộng đồng toàn cầu.

Theo định nghĩa của WHO và Hội đồng Giám sát các kỹ thuật hỗ trợ sinh sản tại Mỹ (ICMART) thì vô sinh là tình trạng không có thai khi quan hệ tình dục đều đặn mà không áp dụng bất kỳ biện pháp tránh thai nào trong ít nhất một năm[1]. Điều trị hỗ trợ sinh sản (HTSS) hay thụ tinh trong ống nghiệm (IVF - in vitro fertilization) trở thành giải pháp nhân văn mang đến cơ hội làm cha, làm mẹ cho các trường hợp vô sinh hoặc không thể có con theo cách tự nhiên. Theo thời gian, nhu cầu tiếp cận với các biện pháp HTSS (hay điều trị vô sinh) trên toàn thế giới ngày càng tăng, với tần suất vô sinh dao động từ 6% đến 24%. Theo thống kê, 8-18% nam giới và 12% nữ giới cần can thiệp HTSS tại một thời điểm nào đó trong đời[2].

Thực tế, điều trị HTSS là một quá trình không những tốn hao chi phí mà còn có tác động đến sức khỏe tinh thần của bệnh nhân và đời sống kinh tế xã hội của cả cộng đồng, đặc biệt là ở các quốc gia đang phát triển như Việt Nam. Vì vậy, việc nhìn nhận công tác điều trị HTSS dưới góc độ kinh tế vô cùng cần thiết nhằm cung cấp thêm dữ liệu cho công tác tư vấn của nhân viên y tế, cũng như xây dựng chính sách liên quan đến lĩnh vực HTSS. Tại Việt Nam hiện nay, đánh giá tác động của chi phí đến khả năng tiếp cận điều trị HTSS vẫn còn khá mới mẻ và cần được quan tâm. Bài viết này nhằm tổng hợp dữ liệu có liên quan đến vấn đề này từ một số quốc gia trên thế giới và liên hệ với tình hình trong nước, làm cơ sở định hướng cho nghiên cứu sâu hơn trong tương lai.

2. Xu hướng gia tăng nhu cầu điều trị hỗ trợ sinh sản

Từ thành công đầu tiên của IVF vào năm 1978 (sự ra đời của Louise Brown tại Anh) đến cuối năm 2013, ước tính có hơn 5 triệu trẻ ra đời từ IVF trên toàn thế giới. Tại các nước có hệ thống y tế công phát triển, khoảng 2-3% trẻ sinh mỗi năm là kết quả của điều trị IVF, con số này thậm chí còn tăng đến 5% tại Đan Mạch và Bỉ[3]. Nhu cầu điều trị HTSS gia tăng phản ánh xu hướng sinh con muộn và các tác động liên quan đến tuổi, sự gia tăng của béo phì và các bệnh lây truyền qua đường tình dục cũng như nhận thức, thành công và sự chấp nhận của cộng đồng đối với các kỹ thuật HTSS[4].

Tại Việt Nam, điều trị HTSS áp dụng thành công đầu tiên vào năm 1997 tại Bệnh viện Từ Dũ. Trải qua 20 năm phát triển, cả nước hiện có khoảng 30 trung tâm HTSS và vẫn còn đang gia tăng nhanh chóng theo thống kê của Hội Nội tiết sinh sản và Vô sinh TPHCM. Theo ước tính, hiện có hơn 40.000 trẻ sinh ra từ IVF tại Việt Nam. Mỗi năm, cả nước thực hiện gần 20.000 chu kỳ điều trị IVF. Đồng thời, nhờ tỉ lệ thành công và uy tín chuyên môn ngày càng cao, Việt Nam đã thu hút không ít bệnh nhân từ nước ngoài đến điều trị, với con số ước tính khoảng 1.000 chu kỳ mỗi năm.

3. Vai trò của kinh tế sức khỏe trong hỗ trợ sinh sản

Mặc dù nhu cầu điều trị IVF gia tăng trên phạm vi toàn cầu, việc ứng dụng nền tảng kinh tế học trong hướng dẫn thực hành lâm sàng cũng như công tác xây dựng chính sách y tế liên quan, đặc biệt là ở các quốc gia đang phát triển như Việt Nam vẫn còn hạn chế. Đặc biệt, sự can thiệp của kinh tế học sức khỏe cũng như việc xây dựng chính sách trong HTSS có nhiều đặc thù khác biệt so với các hướng điều trị khác trong lĩnh vực chăm sóc sức khỏe. Khác biệt này xuất phát từ việc HTSS giúp tạo nên mầm sống mới, con người mới trong khi các can thiệp điều trị khác giúp cứu người, gia tăng hoặc cải thiện chất lượng cuộc sống. Hơn nữa, HTSS có liên quan đến đạo lý, đạo đức và tín ngưỡng nên khó đo lường và đánh giá bởi các phương pháp kinh tế. Tuy nhiên, nền tảng kinh tế trong HTSS đặc biệt quan trọng chính vì sự gia tăng nhanh chóng và khả năng áp dụng rộng rãi của kỹ thuật này trên toàn thế giới. Ngoài ra, vấn đề tài chính trong HTSS còn có tác động sâu xa đến sự tiếp cận điều trị và sau cùng là sức khỏe của trẻ được sinh ra sau điều trị IVF[4].

4. Chi phí điều trị IVF và khả năng tiếp cận điều trị của người dân

Chi phí điều trị IVF bao gồm chi phí trực tiếp (chi trả trực tiếp cho việc điều trị) và chi phí gián tiếp (chi phí liên đới đến hệ quả của điều trị). Chi phí điều trị trực tiếp bao gồm phí khám - tư vấn,

thuốc kích thích noãn phát triển, dịch vụ tạo phôi và xét nghiệm, siêu âm, thủ thuật thu nhận noãn, chuyển phôi, lưu trữ phôi, bù đắp cho đối tượng thứ 3 (người cho tinh trùng, trứng, phôi, người mang thai hộ), viện phí, phí dịch vụ chăm sóc, dịch vụ tư vấn, phí quản lý, vận hành. Trong khi đó, chi phí gián tiếp thường liên quan đến điều trị biến chứng sau HTSS (như hội chứng quá kích buồng trứng), chi phí bệnh nhân đi lại khi điều trị, chi phí cơ hội khi nghỉ việc và đặc biệt chiếm nhiều nhất là chi phí cho việc chăm sóc sản khoa của trường hợp đa thai sau điều trị IVF. Theo thống kê, tỉ lệ đa thai sau điều trị IVF lần lượt chiếm đến 31%, 22% và 10% tại Mỹ, Châu Âu và Úc. Trong khi kết quả lâm sàng của đa thai được miêu tả chi tiết thì phần chi phí gián tiếp sau điều trị IVF liên quan đến chăm sóc mẹ và thai nhi ít được chú ý. Tuy nhiên, ước tính chi phí chăm sóc đa thai có thể vượt mức cả chi phí điều trị IVF[4]. Mặc dù trên lý thuyết, các chi phí gián tiếp được xem là chi phí cơ hội và hiếm được định lượng trong thị trường không hoàn hảo như thị trường chăm sóc sức khỏe, nơi có mức độ phúc lợi đan xen, chi phí chùng chéo và có sự điều tiết của thị trường. Trên phương diện xã hội, chi phí điều trị bao gồm cả phần phí trực tiếp và gián tiếp không kể đến ai là người gánh chịu. Trong khi đó, chi phí điều trị dưới góc độ của bệnh nhân thường đề cập đến giá trị phải chi trả trực tiếp hoặc gián tiếp[5].

Chi phí điều trị IVF trực tiếp có sự dao động lớn giữa các quốc gia. Theo thống kê trên 32 quốc gia có thu nhập trung bình và cao thì chi phí điều trị IVF trực tiếp khi không có hỗ trợ của nhà nước trung bình là 4.950 USD/chu kỳ điều trị, với khoảng dao động là 1.800-13.000 USD/chu kỳ. Chi phí điều trị IVF phản ánh theo mức chi phí dành cho y tế của một quốc gia. Ví dụ, Mỹ là quốc gia có chi tiêu dành cho y tế cao nhất thế giới tính trên phần trăm chi tiêu cho y tế trong tổng thu nhập quốc gia thì chi phí điều trị IVF tại Mỹ cũng đắt nhất thế giới. Tuy nhiên, do có sự dao động về nguồn quỹ hỗ trợ cho điều trị IVF giữa các quốc gia cũng như trong nội bộ từng nước nên phần phí thực trả của bệnh nhân có thể giảm nhiều sau khi hưởng phúc lợi. Nguồn tài chính công dành cho điều trị IVF khác nhau giữa các quốc gia, từ không chi trả như ở Mỹ và một số nước phát triển khác cho tới chi trả hoàn toàn trong một số giới hạn chu kỳ điều trị ở hầu hết

các nước Châu Âu và hỗ trợ một phần thông qua đồng chi trả như ở Úc[5].

Gánh nặng chi phí điều trị IVF đối với bệnh nhân thể hiện qua mức độ chi trả phúc lợi của nhà nước, bên bảo hiểm và phần thu nhập sẵn có để chi trả của người dân. Chỉ khi các yếu tố này kết hợp với nhau tại một quốc gia nhất định thì khả năng chi trả tương đối cho điều trị IVF dưới góc độ bệnh nhân mới có thể được so sánh. Khoản chi trả cho điều trị IVF của người dân giữa các quốc gia, thậm chí là trong nội bộ từng nước chênh lệch nhiều do sự khác biệt trong chính sách hỗ trợ chi phí điều trị. Ví dụ, tại các bang của Mỹ không có nguồn quỹ hỗ trợ cho IVF thì chi phí phải trả cho điều trị IVF của người dân chiếm 52% thu nhập sau thuế so với con số tương đương 13% tại các bang có nguồn hỗ trợ. Điều này tạo nên rào cản tài chính đáng kể cho việc tiếp cận điều trị của người dân giữa các nơi có chính sách hỗ trợ khác nhau[5].

Nhìn từ góc độ xã hội, chi phí trực tiếp của điều trị IVF không những liên quan đến chi phí trên từng chu kỳ IVF mà còn liên quan đến gói điều trị ở từng quốc gia và phần chi tiêu cho chăm sóc sức khỏe. Trong một tổng hợp của Chambers và cộng sự tại các quốc gia phát triển và có nguồn tài chính công hỗ trợ như Úc và các nước Bắc Âu thì điều trị IVF chiếm không quá 0,25% tổng chi tiêu cho chăm sóc sức khỏe. Trong khi đó, chi tiêu cho điều trị IVF tại Mỹ chiếm khoảng 0,06% chi tiêu cho chăm sóc sức khỏe và con số này có sự dao động lớn giữa các bang. Như vậy, chi phí điều trị IVF có thể đắt đỏ nếu đánh giá trên cá nhân, nhưng nó không đáng kể khi nhìn nhận dưới góc độ chăm sóc sức khỏe của một quốc gia. Đây là kết luận rút từ các phân tích về chi phí trong điều trị IVF của các dự án bảo hiểm y tế[4].

Trong khi đó, tại các quốc gia đang phát triển thì điều trị IVF chưa được xem trọng trong bối cảnh dân số còn gia tăng và chính phủ đang tập trung vào giải quyết nhu cầu chăm sóc sức khỏe cơ bản. Mặc dù vậy, tỉ lệ vô sinh ở các quốc gia này ước tính vẫn tương tự như các quốc gia đang phát triển, khoảng 9%. Đặc biệt, tình trạng vô sinh ở các quốc gia đang phát triển thường là vô sinh thứ phát do hậu quả của viêm nhiễm cơ quan sinh dục hoặc các bệnh lây lan qua đường tình dục[5]. Hơn nữa, tại các quốc gia này, con cái được xem là nguồn

lao động chính trong tương lai để chăm lo không những vấn đề kinh tế và còn là chỗ dựa tinh thần cho thế hệ cha mẹ, ông bà[6]. Điều này trở thành văn hóa thấm sâu vào ý thức cộng đồng. Do đó, áp lực vô sinh tại các quốc gia đang phát triển gây khó khăn không những về kinh tế mà còn ảnh hưởng đến tâm lý xã hội. Trong khi nguồn lực của Nhà nước đang tập trung vào vấn đề chăm sóc sức khỏe cơ bản, chi phí điều trị IVF gần như do người dân chi trả hoàn toàn. Trong bối cảnh đó, việc điều trị IVF với chi phí thấp thường được các tổ chức chăm sóc sức khỏe chú trọng nhằm giảm gánh nặng chi phí cho bệnh nhân và tạo điều kiện cho người dân tiếp cận điều trị. Tuy nhiên, việc cắt giảm chi phí đồng nghĩa với việc cân nhắc giảm sử dụng thuốc, đơn giản quy trình điều trị, đầu tư trang thiết bị điều trị ở mức giá thấp, chi phí lao động thấp... mà vẫn đảm bảo tỉ lệ điều trị thành công và an toàn cho bệnh nhân trở thành bài toán khó tại các quốc gia này.

Xét về phương diện công bằng trong chăm sóc sức khỏe thì nhu cầu điều trị IVF chưa được đáp ứng đầy đủ. Theo thống kê toàn cầu, điều trị IVF chỉ đáp ứng một phần nhỏ nhu cầu ở các nước phát triển, ít hơn 20%. Trong khi ở các quốc gia đang phát triển, chỉ dưới 10% nhu cầu điều trị IVF được đáp ứng. Chi phí điều trị IVF ở các quốc gia đang phát triển cao hơn 50% so với thu nhập của người dân là yếu tố chính cản trở người dân tiếp cận điều trị[7].

Tại Việt Nam, chi phí điều trị IVF có sự dao động giữa các vùng miền qua các năm tùy theo sự phát triển của kỹ thuật điều trị, gói điều trị cho bệnh nhân. Hiện dữ liệu thống kê trong điều trị IVF cũng chưa được quản lý chặt chẽ và báo cáo đầy đủ giữa các đơn vị HTSS và cơ quan quản lý. Tuy nhiên, theo ước tính của các chuyên gia trong lĩnh vực IVF thì chi phí điều trị trực tiếp dao động trong khoảng 60 triệu đến 100 triệu đồng/chu kỳ. Ngoài ra, các chi phí gián tiếp trong điều trị IVF ở Việt Nam hiện vẫn còn là một ẩn số lớn và liệu nó có phải là nguồn gốc gây cản trở việc tiếp cận điều trị hơn nhiều so với con số quan sát được hay không vẫn chưa được giải đáp.

Gần đây, nghiên cứu phân tích hiệu quả chi phí của phương án điều trị IVF chỉ chuyển phôi trữ lạnh so với phương án điều trị IVF có chuyển phôi

tươi ở nhóm bệnh nhân không có hội chứng buồng trứng đa nang điều trị tại Đơn vị Hỗ trợ sinh sản, Bệnh viện Mỹ Đức (IVFMD) cho thấy chi phí điều trị trung bình của bệnh nhân dao động quanh 100 triệu đồng/chu kỳ. Kết quả nghiên cứu này cũng cho thấy phương án điều trị IVF có chuyển phôi tươi đạt hiệu quả chi phí cao hơn so với phương án chỉ chuyển phôi trữ lạnh. Đặc biệt, chi phí điều trị trực tiếp không liên quan đến y tế và chi phí điều trị gián tiếp chiếm khoảng 45-52% tổng chi phí của một chu kỳ điều trị. Đồng thời, chi phí điều trị IVF trong trường hợp sinh đôi cao hơn khoảng 1,28 lần so với trường hợp sinh một bé (khoảng 124 triệu đồng so với khoảng 96 triệu đồng)[8]. Như vậy, nếu chỉ nhìn trên mức chi phí trực tiếp trung bình so với thu nhập bình quân đầu người Việt Nam là 2.164 USD, tương đương khoảng 50,5 triệu đồng (dữ liệu từ báo cáo kinh tế toàn cầu của Quỹ tiền tệ quốc tế - IMF vào tháng 03/2017) thì chi phí điều trị một chu kỳ IVF hiện đã vượt 100% thu nhập đầu người. Đặc biệt, người dân phải hoàn toàn chi trả từ túi tiền của mình cho việc điều trị IVF. Điều đó cho thấy gánh nặng chi phí khi điều trị IVF hiện rất lớn và khả năng tiếp cận điều trị IVF của người dân Việt Nam được dự đoán hiện rất thấp. Hiện vẫn chưa đủ số liệu đánh giá để thấy được mức độ ảnh hưởng của nó đến đời sống xã hội cũng như làm cơ sở xây dựng chính sách hướng tới việc cải thiện công bằng trong điều trị IVF dưới góc độ kinh tế xã hội. Ngoài ra, tác động chi phí điều trị IVF đến cuộc sống người dân sau điều trị, kể cả trường hợp thành công hay thất bại, hiện vẫn chưa được đánh giá.

Theo phát biểu trên truyền thông gần đây của thứ trưởng Bộ Y tế Việt Nam, ông Nguyễn Viết Tiến, Bộ Y tế sẽ hướng đến áp dụng bảo hiểm y tế (BHYT) cho điều trị IVF trong thời gian tới. Đây là một tín hiệu đáng mừng cho người dân, giúp giảm số tiền túi chi tiêu cho điều trị IVF. Tuy nhiên, điều này cũng tạo thách thức cho cả cơ quan BHYT, các cơ sở HTSS và các bên liên quan trong việc duy trì sự cân bằng nguồn quỹ cũng như đảm bảo khả năng người dân tiếp cận điều trị IVF an toàn, hiệu quả và hiệu suất. Bởi vì chi phí và khả năng chi trả là yếu tố quan trọng ảnh hưởng đến việc tiếp cận điều trị nên việc làm rõ mối liên hệ giữa giá cả và nhu cầu điều trị (sự co giãn cầu theo giá) trong

HTSS sẽ tạo cơ sở vững chắc cho việc xây dựng chính sách tài chính can thiệp vào lĩnh vực HTSS tại Việt Nam trong thời gian tới.

5. Kết luận

Bên cạnh các tranh luận trên khía cạnh điều trị lâm sàng, nền tảng khoa học, đạo lý trong điều trị HTSS, yếu tố kinh tế trong HTSS đã và đang trở thành vấn đề thu hút sự quan tâm, đánh giá của các nhà chuyên môn nhằm tạo nên một cơ chế tài chính phù hợp để người dân tiếp cận điều trị IVF công bằng, an toàn, hiệu quả và hiệu suất cao. Chi tiêu cho điều trị IVF của người dân có sự dao động lớn giữa các quốc gia trên thế giới, tùy thuộc vào phần chi tiêu cho sức khỏe theo thu nhập và chính sách phúc lợi xã hội dành cho điều trị IVF. Sự khác biệt về chi phí này ảnh hưởng đến khả năng tiếp cận điều trị của người dân cũng như phương thức điều

trị IVF; cuối cùng, tác động đến sức khỏe của trẻ sinh ra từ HTSS[5]. Điều trị IVF ngày nay không chỉ dừng lại ở việc giúp ra đời các em bé khỏe mạnh, mang lại hạnh phúc làm cha, làm mẹ cho các gia đình mà còn phải quan tâm đến việc duy trì nền tảng kinh tế gia đình, giúp nuôi dưỡng, giáo dục trẻ trưởng thành. Nhìn trên phương diện này, sự can thiệp của tài chính công giúp người dân tiếp cận điều trị IVF sẽ mang lại phúc lợi xã hội không những trong hiện tại mà còn duy trì đến tương lai. Qua 20 năm phát triển, IVF Việt Nam cần được nhìn nhận từ góc độ kinh tế để tạo nền tảng cho sự phát triển bền vững trong tương lai. Để kết lại bài viết này, tôi xin trích dẫn một nhìn nhận tâm đắc từ góc độ kinh tế xã hội đối với IVF “tất cả trẻ em xứng đáng được có một khởi đầu tốt đẹp nhất, bao gồm cả trẻ sinh ra từ IVF, đối tượng đang bị tác động của các quyết định chính sách và áp lực thị trường thậm chí trước khi sự sống được vom mầm” [5].

Tài liệu tham khảo

1. Datta J, Palmer MJ, Tanton C, Gibson LJ, Jones KG, Maccowall W, Glasier A, Sonnenberg P, Field N, Mercer CH, Johnson AM and Wellings K. Prevalence of infertility and help seeking among 15 000 women and men. *Human Reproduction* 2016 September 1; 31(9):2108-18.
2. Wu Alex K, Odisho Anobel Y, Washington Samuel L, Katz Patricia P, Smith James F. Out-of-pocket fertility patient expense: data from a multicenter prospective infertility cohort. *The Journal of urology* 2014 February; 191(2):427-32.
3. Kamphuis Esmé I, Bhattacharya S, Veen F van der, Mol BWJ, Templeton A. Are we overusing IVF? *BMJ: British Medical Journal (Online)* 2014; 348.
4. Connolly Mark P, Hoorens Stijn and Chambers Georgina M. The costs and consequences of assisted reproductive technology: an economic perspective. *Human reproduction update* 2010 November 1; 16(6):603-13.
5. Chambers Georgina M, Adamson G David, Marinus JC. Eijkemans. Acceptable cost for the patient and society. *Fertility and sterility* 2013 August; 100(2):319-27.
6. Wiersema Nicole J, Drukker Anouck J, Mai Dung Ba Tien, Huynh Nhu Giang, Nguyen Nhu Thanh and Lambalk Cornelis B. Consequences of infertility in developing countries: results of a questionnaire and interview survey in the South of Vietnam. *Journal of Translational Medicine*. 2006 December 27; 4(1):54.
7. Vayena E, Peterson HB, Adamson D, Nygren KG. Assisted reproductive technologies in developing countries: are we caring yet? *Fertility and sterility* 2009 August; 92(2):413-16.
8. Le Khoa D, Vuong Lan N, Ho Tuong M, Dang Vinh Q, Pham Toan D, Pham Clarabelle T, Norman Robert J and Mol Ben Willem J. A cost-effectiveness analysis of freeze-only or fresh embryo transfer in IVF of non-PCOS women. *Human Reproduction* 2018 August 24; 33(10):1907-14.