



Original Article

Direct Medical Costs in the Treatment of Prostate Cancer at Friendship Hospital in the Period of 2020-2025

Nguyen Thanh Chung¹, Le Thi Khanh Tam², La Thi Quynh Lien¹,
Nguyen Thien Phong³, Pham Nu Hanh Van^{4,*}

¹Hanoi University of Pharmacy, 13-15 Le Thanh Tong, Cua Nam, Hanoi, Vietnam

²Friendship Hospital, 1 Tran Khanh Du, Hai Ba Trung, Hanoi, Vietnam

³Mahidol University, 999 Phutthamonthon Sai 4, Salaya, Phutthamonthon, Nakhon Pathom, Thailand

⁴Phenikaa University, Nguyen Trac, Duong Noi, Hanoi, Vietnam

Received 21st April 2026

Revised 14th May 2026; Accepted 25th May 2026

Abstract: Introduction: Prostate cancer is one of the most common cancers in men, ranking second worldwide in terms of new cases with more than 1,4 million cases according to GLOBOCAN 2022. In Vietnam, although the age-standardized rate remains low, the disease still has a high number of cases and shows an increasing trend over time. This study aimed to analyze the direct medical costs of prostate cancer treatment at Friendship Hospital from 2020 to 2025. Methods: A retrospective cross-sectional descriptive study was conducted on 94 patients, with a total of 1.392 treatment sessions at Huu Nghi Hospital from 2020 to 2025. Results: The average annual direct medical costs for stages II, III, and IV were 38.828.950 VND, 46.577.947 VND and 69.659.116 VND, respectively, increasing with disease severity. Hormone therapy and surgery accounted for the largest cost components, with hormone therapy costs rising markedly in advanced stages. Conclusion: Most prostate cancer patients were diagnosed at late stages. Treatment costs increased with disease progression, with hormone therapy and surgery as the main cost drivers. Strengthening screening and early detection is necessary to reduce the financial burden on both the healthcare system and patients.

Keywords: Prostate cancer, Direct medical cost, Friendship hospital.

* Corresponding author.

E-mail address: hanhjvan@gmail.com

<https://doi.org/10.25073/2588-1132/vnumps.4992>

Phân tích chi phí trực tiếp y tế trong điều trị bệnh ung thư tuyến tiền liệt tại Bệnh viện Hữu Nghị trong giai đoạn 2020 – 2025

Nguyễn Thành Chung¹, Lê Thị Khánh Tâm², Lê Thị Quỳnh Liên¹,
Nguyễn Thiên Phong³, Phạm Nữ Hạnh Vân^{4,*}

¹Trường Đại học Dược Hà Nội, 13 – 15 Lê Thánh Tông, Cửa Nam, Hà Nội, Việt Nam

²Bệnh viện Hữu Nghị, 1 Trần Khánh Dư, Hai Bà Trưng, Hà Nội, Việt Nam

³Đại học Mahidol, 999 Phutthamonthon Sai 4, Salaya, Phutthamonthon, Nakhon Pathom, Thái Lan

⁴Đại học Phenikaa, Nguyễn Trác, Dương Nội, Hà Nội, Việt Nam

Nhận ngày 21 tháng 4 năm 2026

Chỉnh sửa ngày 14 tháng 5 năm 2026; Chấp nhận đăng ngày 25 tháng 5 năm 2026

Tóm tắt: Giới thiệu: Ung thư tuyến tiền liệt là một trong những ung thư phổ biến ở nam giới, đứng thứ hai về số ca mắc mới toàn cầu với hơn 1,4 triệu ca theo GLOBOCAN 2022. Tại Việt Nam, mặc dù tỷ lệ mắc chuẩn hoá theo độ tuổi còn thấp, bệnh vẫn có số ca mắc cao và xu hướng gia tăng theo thời gian. Nghiên cứu này được thực hiện nhằm phân tích chi phí trực tiếp y tế trong điều trị bệnh ung thư tuyến tiền liệt tại Bệnh viện Hữu Nghị giai đoạn 2020–2025. Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang hồi cứu dữ liệu trên 94 bệnh nhân, tổng cộng 1.392 lượt điều trị tại Bệnh viện Hữu Nghị giai đoạn 2020 – 2025. Kết quả: Tổng chi phí trực tiếp y tế trung bình trong 1 năm tương ứng với giai đoạn II, III và IV lần lượt là 38.828.950 VNĐ, 46.577.947 VNĐ và 69.659.116 VNĐ, gia tăng theo mức độ bệnh. Liệu pháp hormone và phẫu thuật chiếm tỷ trọng lớn, trong đó chi phí hormone tăng mạnh ở giai đoạn muộn tiến triển. Kết luận: Phần lớn bệnh nhân ung thư tiền liệt tuyến được chẩn đoán ở giai đoạn muộn. Chi phí điều trị tăng theo mức độ bệnh, liệu pháp hormone và phẫu thuật là các cấu phần chi phí chính. Cần tăng cường sàng lọc và phát hiện sớm bệnh ung thư tiền liệt tuyến để giảm gánh nặng chi phí cho hệ thống y tế và người bệnh.

Từ khoá: Ung thư tuyến tiền liệt, chi phí y tế trực tiếp, Bệnh viện Hữu Nghị.

1. Đặt vấn đề

1.1. Bối cảnh

Ung thư tuyến tiền liệt (UTTTL) là một ung thư phổ biến ở nam giới, phát sinh tại các mô của tuyến tiền liệt (một tuyến trong hệ thống sinh sản nam giới nằm ngay dưới bàng quang và phía trước trực tràng) [1]. Theo GLOBOCAN 2022,

UTTTL đứng thứ hai về số ca mắc mới ung thư toàn cầu ở nam giới với hơn 1,4 triệu ca [2], tương ứng với tỷ lệ mắc mới chuẩn hoá theo độ tuổi (Age - standardized rate - ASR) là 62 ca trên 100.000 nam giới [3]. Tại Việt Nam, ASR thấp hơn (4,7/100.000) [4], tuy nhiên UTTTL vẫn có số ca mắc bệnh cao thứ năm ở nam giới, gây nên 2.800 ca tử vong mỗi năm [5]. Xu hướng mắc UTTTL gia tăng theo thời gian, trong giai đoạn

* Tác giả liên hệ.

Địa chỉ email: hanhjvan@gmail.com

<https://doi.org/10.25073/2588-1132/vnumps.4992>

2000 – 2010, ASR trên toàn quốc tăng gấp đôi từ 2,2 lên 4,7 ca mỗi 100.000 nam giới. Tại thành phố Hồ Chí Minh, tốc độ gia tăng cao hơn so với Hà Nội, ASR tăng từ 2,3 ca mỗi 100.000 nam giới năm 1996 lên 5,2 ca mỗi 100.000 nam giới năm 2008, cao hơn so với từ 2,5 ca mỗi 100.000 nam giới năm 1990 lên 4,3 mỗi 100.000 nam giới năm 2008 tại Hà Nội [6-8].

Trên thế giới, phân tích về chi phí trực tiếp y tế của UTTTL đã được thực hiện tại nhiều quốc gia. Chi phí điều trị cho một bệnh nhân ung thư trong một năm dao động từ 58.796 USD đến 126.388 USD [9,10]. Chi phí trực tiếp y tế chiếm tỷ lệ lớn trong tổng chi phí, dao động từ 55,6 – 71,65% [9-15], đặc biệt trong nghiên cứu thực hiện tại Ai Cập, chi phí thuốc chiếm khoảng 91,6% tổng chi phí [16]. Các chi phí trực tiếp y tế chiếm tỷ lệ lớn bao gồm chi phí thuốc, chi phí hoá trị và xạ trị.

1.2. Lý do thực hiện

Tại Việt Nam, tính tới thời điểm hiện tại vẫn chưa có nghiên cứu nào phân tích về chi phí trực tiếp y tế đối với bệnh nhân mắc UTTTL, đề tài được thực hiện nhằm đánh giá chi phí trực tiếp y tế trong điều trị bệnh UTTTL. Trong bối cảnh nguồn lực y tế hạn chế, việc quản lý và giảm gánh nặng chi phí điều trị cho hệ thống y tế và người bệnh là việc làm cần thiết.

Khoa Ung bướu - xạ trị, Bệnh viện Hữu Nghị là một trong những đơn vị điều trị ung thư đầu ngành tại khu vực miền Bắc. Bệnh viện áp dụng các tiến bộ kỹ thuật như tiêm/truyền hoá chất qua buồng tiêm truyền, sử dụng túi truyền hoá chất, các phác đồ/phương pháp điều trị luôn được cập nhật theo kịp các bệnh viện chuyên khoa, phác đồ trên thế giới. Đặc điểm đối tượng bệnh nhân tới khám tại bệnh viện chủ yếu là người cao tuổi, cán bộ lãnh đạo hưu trí, đây là đối tượng phù hợp khi tuổi tác là yếu tố gia tăng nguy cơ gặp ung thư tiền liệt tuyến ở nam giới [17].

1.3. Mục tiêu nghiên cứu

Nhằm cung cấp bằng chứng về chi phí điều trị bệnh UTTTL đối với người bệnh và hệ thống y tế, từ đó tính được tổng chi phí điều trị cho UTTTL tại bệnh viện, lên kế hoạch dự trù kinh

phí. Kết quả cũng mang lại cái nhìn toàn cảnh về chi phí trực tiếp y tế trong điều trị UTTTL không chỉ tại Bệnh viện Hữu Nghị và còn ở các bệnh viện trên toàn quốc nói chung, nghiên cứu được thực hiện với mục tiêu “Phân tích chi phí trực tiếp y tế trong điều trị bệnh ung thư tuyến tiền liệt tại Bệnh viện Hữu Nghị giai đoạn 2020- 2025.

2. Đối tượng và phương pháp nghiên cứu

2.1. Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu mô tả cắt ngang hồi cứu dữ liệu.

Sử dụng phương pháp chọn mẫu toàn bộ, lựa chọn tất cả người bệnh được chẩn đoán mắc UTTTL và điều trị tại khoa trong thời gian từ ngày 01/01/2020 đến hết ngày 31/12/2025. Tổng cộng có 94 bệnh nhân được đưa vào nghiên cứu, với 1.392 lượt điều trị.

2.2. Đối tượng nghiên cứu

Chi phí trực tiếp y tế của người bệnh điều trị ung thư tuyến tiền liệt điều trị tại Khoa Ung bướu - xạ trị, Bệnh viện Hữu Nghị giai đoạn 2020 – 2025.

2.3. Chẩn đoán xác định bệnh tuyến tiền liệt

Theo hướng dẫn và chẩn đoán ung thư tuyến tiền liệt của Bộ Y tế (2020), phân loại bệnh theo giai đoạn I đến IV dựa trên kết hợp của hệ thống phân loại TNM theo AJCC 2017, nồng độ PSA và độ mô bệnh học theo thang điểm Gleason (độ 1 đến độ 5) [18]. Trong đó, hệ thống TNM đánh giá mức độ tiến triển của bệnh dựa trên ba yếu tố gồm khối u nguyên phát (T), hạch bạch huyết vùng (N), và sự hiện diện của di căn xa (M). Nồng độ PSA là yếu tố quan trọng chẩn đoán và theo dõi UTTTL, nồng độ PSA > 4 ng/ml được xem là ngưỡng nghi ngờ mắc bệnh [18].

2.4. Phương pháp thu thập số liệu

Chi phí trực tiếp y tế được lấy từ cơ sở dữ liệu bệnh viện, bao gồm hồ sơ bệnh án và phiếu thanh toán ra viện của người bệnh điều trị tại khoa Ung bướu - xạ trị, Bệnh viện Hữu Nghị. Thông tin về đặc điểm bệnh nhân, tỷ lệ hưởng bảo hiểm y tế, giai đoạn bệnh, tình trạng di căn được thu thập từ hồ sơ bệnh án. Thông tin về chi

phí khám bệnh, xét nghiệm, thủ thuật/phẫu thuật, chẩn đoán hình ảnh, thăm dò chức năng, thuốc điều trị và vật tư y tế được thu thập từ phiếu thanh toán ra viện của người bệnh trong mỗi đợt điều trị.

2.5. Biến số nghiên cứu

Các biến số nghiên cứu trong phân tích chi phí trực tiếp y tế bao gồm chi phí ngày giường bệnh, chi phí xét nghiệm, thủ thuật, chẩn đoán hình ảnh, thăm dò chức năng, phẫu thuật, xạ trị, hoá trị, thuốc điều trị và vật tư y tế.

2.6. Phân tích thống kê

Cơ cấu chi phí trực tiếp y tế được phân loại thành ba thành phần: chi phí chẩn đoán, chi phí điều trị và chi phí theo dõi. Trong đó chi phí chẩn đoán bao gồm tất cả các xét nghiệm, thủ thuật, chẩn đoán hình ảnh, thăm dò chức năng, khám bệnh, ngày giường được thực hiện xác định được bệnh ung thư. Chi phí điều trị bao gồm phẫu thuật, xạ trị, hoá trị, liệu pháp hormon, thuốc chống hủy xương và các thuốc khác. Chi phí điều trị được phân loại thành chi phí điều trị ban đầu

và chi phí điều trị tiếp theo. Chi phí theo dõi bao gồm chi phí điều trị tiếp theo cùng với chi phí cho xét nghiệm, chẩn đoán hình ảnh, thăm dò chức năng, khám bệnh, ngày giường tại các lần tái khám.

Cơ cấu chi phí được mô tả theo giá trị trung bình, độ lệch chuẩn, trung vị, giá trị tối thiểu và tối đa. Dữ liệu được nhập và phân tích bằng Microsoft Excel 2019 và phần mềm SPSS 20.

2.7. Yêu cầu đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu được chấp thuận và tạo điều kiện thực hiện của Giám đốc bệnh viện và Trưởng khoa Ung bướu - Xạ trị, Bệnh viện Hữu Nghị. Kết quả nghiên cứu chỉ được thực hiện với mục đích nghiên cứu khoa học và học tập. Thông tin thu thập về đối tượng nghiên cứu được giữ kín.

3. Kết quả

3.1. Đặc điểm của mẫu nghiên cứu

Đặc điểm của mẫu nghiên cứu được trình bày trong Bảng 1.

Bảng 1. Đặc điểm của mẫu nghiên cứu

Đặc điểm của mẫu nghiên cứu		
Tổng số lượng bệnh nhân		94
Độ tuổi tại thời điểm chẩn đoán bệnh (tuổi)	Trung bình	77,55
	SD	6,74
	Trung vị	79
	Thấp nhất	58
	Cao nhất	91
	< 65	4 (4,26%)
	65 - 74	25 (26,60%)
≥ 75	65 (69,15%)	
Giai đoạn bệnh	I	0 (0%)
	II	12 (12,77%)
	III	26 (27,66%)
	IV	56 (59,57%)
Tình trạng di căn (trong quần thể bệnh nhân giai đoạn IV)	Chỉ di căn xương	22 (40,74%)
	Chỉ di căn hạch	16 (29,63%)
	Di căn xương và hạch	15 (27,78%)
	Di căn tạng kèm di căn xương	3 (5,56%)
Tỷ lệ bệnh nhân hưởng BHYT	100%	67 (71,28%)
	95%	26 (27,66%)
	80%	1 (1,06%)

Độ tuổi phổ biến nhất của người bệnh là từ 75 tuổi trở lên (69,15%), tiếp theo là 65-74 tuổi (26,60%) và nhỏ hơn 65 tuổi (4,26%), độ tuổi trung bình là $77,55 \pm 6,74$ năm. Về giai đoạn bệnh, phần lớn người bệnh UTTTL được chẩn đoán ở giai đoạn IV (59,57%), tiếp theo giai đoạn III (27,66%) và giai đoạn II (12,77%). Không có bệnh nhân nào được chẩn đoán ở giai đoạn I. Xét trên quần thể bệnh nhân giai đoạn IV, xương (xương chậu, xương cột sống thắt lưng) là vị trí di căn phổ biến nhất, chiếm 40,74% số bệnh nhân. Thứ hai là di căn hạch (hạch chậu hông, hạch thượng đòn, hạch ổ bụng) với 29,63% bệnh nhân, số lượng bệnh nhân di căn đồng thời xương và hạch là 27,78%. Di căn tạng ít gặp với chỉ 3 bệnh nhân (5,66%) được ghi nhận.

Tất cả người bệnh đều tham gia BHYT, có 71,28% người bệnh được chi trả BHYT 100%,

27,66% người bệnh được chi trả BHYT 95%, chỉ 1 trường hợp BHYT chi trả 80% (1,06%).

3.2. Chi phí trực tiếp y tế trong điều trị bệnh ung thư tiền liệt tuyến

3.2.1. Chi phí trực tiếp y tế trong một đợt chẩn đoán bệnh

Bảng 2 trình bày chi phí chẩn đoán và điều trị ban đầu ở các giai đoạn bệnh. Chi phí cho một đợt chẩn đoán và điều trị ban đầu khi bệnh nhân nhập viện lần đầu có xu hướng gia tăng rõ rệt theo giai đoạn bệnh. Cụ thể, tổng chi phí trung bình ở giai đoạn II là 11,79 triệu VNĐ, 17,04 triệu VNĐ ở giai đoạn III và đạt 19,75 triệu VNĐ ở giai đoạn IV. Trung vị chi phí cũng tăng tương ứng qua các giai đoạn.

Bảng 2. Chi phí các cấu phần điều trị của các giai đoạn bệnh theo đợt điều trị

Đơn vị: VNĐ/đợt điều trị

	Trung bình	SD	Trung vị	Thấp nhất	Cao nhất
Giai đoạn II					
Giường bệnh	3.627.395	1.759.244	3.063.600	1.812.000	7.701.000
Khám bệnh	34.659	13.308	38.700	0	50.600
Xét nghiệm	1.132.252	625.182	1.164.900	286.600	2.295.100
Thủ thuật	1.635.833	1.211.332	1.334.067	0	3.865.000
Chẩn đoán hình ảnh	1.419.406	1.529.076	1.090.766	0	4.878.650
Thăm dò chức năng	4.591	10.758	0	0	32.800
Vật tư y tế	378.182	351.022	390.000	0	780.000
Tổng chi phí chẩn đoán	7.854.136	2.567.548	7.671.299	4.862.300	13.465.900
Điều trị					
Phẫu thuật	2.513.636	1.992.874	3.950.000	0	3.950.000
Liệu pháp hormon	1.585.872	2.472.113	0	0	6.405.500
Tổng chi phí điều trị đầu tiên	3.560.828	1.670.296	3.950.000	1.284.148	6.405.500
Tổng chi phí chẩn đoán và điều trị đầu tiên	11.793.147	2.452.366	11.948.900	8.812.300	18.195.900
Giai đoạn III					
Giường bệnh	5.580.438	3.094.624	4.735.250	1.359.000	11.551.500
Khám bệnh	34.412	15.672	38.700	0	50.600
Xét nghiệm	1.473.502	603.572	1.266.000	491.900	2.814.100
Thủ thuật	1.936.458	1.366.573	1.528.000	0	5.772.400
Chẩn đoán hình ảnh	2.350.391	3.434.530	1.109.210	0	11.895.596
Thăm dò chức năng	5.636	13.233	0	0	39.900
Vật tư y tế	546.000	318.433	780.000	780.000	780.000
Tổng chi phí chẩn đoán	11.926.837	6.556.036	4.505.650	4.948.900	31.230.900
Điều trị					

	Trung bình	SD	Trung vị	Thấp nhất	Cao nhất
Phẫu thuật	2.694.321	2.228.719	3.950.000	0	6.461.000
Xạ trị	2.091.071	5.503.919	0	0	20.240.000
Liệu pháp hormon	3.297.705	2.280.688	0	0	6.405.500
Chi phí điều trị đầu tiên	5.115.911	3.964.467	3.950.000	2.321.000	20.240.000
Tổng chi phí chẩn đoán và điều trị đầu tiên	17.042.748	7.003.526	15.437.800	7.517.197	35.180.900
Giai đoạn IV					
Giường bệnh	5.849.703	3.672.459	4.850.700	1.132.500	20.853.987
Khám bệnh	34.335	13.757	38.700	0	50.600
Xét nghiệm	1.377.747	671.061	1.293.400	0	3.029.000
Thủ thuật	1.437.881	1.104.710	1.490.000	0	5.518.000
Chẩn đoán hình ảnh	3.989.739	4.020.265	2.257.900	0	13.300.000
Thăm dò chức năng	14.783	17.801	0	0	65.600
Vật tư y tế	432.227	381.420	780.000	0	945.000
Tổng chi phí chẩn đoán và điều trị	13.204.158	5.702.189	11.437.800	3.767.200	27.872.787
Điều trị					
Phẫu thuật	1.597.853	2.398.632	0	0	6.271.000
Hoá trị	19.308	143.198	0	0	1.061.991
Liệu pháp hormon	4.693.654	7.253.455	2.857.000	0	49.274.960
Thuốc chống hủy xương	209.636	878.964	0	0	6.460.000
Thuốc khác	5.301	10.369	0	0	332.418
Truyền hoá chất	2.272	16.855	0	0	125.000
Chi phí điều trị đầu tiên	6.550.343	7.426.264	5.983.628	0	55.752.479
Tổng chi phí chẩn đoán và điều trị đầu tiên	19.754.501	8.556.855	17.722.262	6.694.200	60.565.479

Xét riêng từng cấu phần, chi phí chẩn đoán tăng dần từ 7,85 lên 13,20 triệu VNĐ từ giai đoạn II lên IV. Các thành phần chi phí cao bao gồm giường bệnh, xét nghiệm và chẩn đoán hình ảnh, trong đó chi phí chẩn đoán hình ảnh có xu hướng tăng mạnh ở giai đoạn muộn. Chi phí điều trị ban đầu cũng tăng từ 3,56 triệu VNĐ lên 6,55 triệu VNĐ. Ở giai đoạn II và III, chi phí điều trị chủ yếu tập trung vào phẫu thuật và liệu pháp hormon. Trong khi ở giai đoạn IV, có thêm hóa trị, thuốc chống hủy xương và các thuốc hỗ trợ khác, mặc dù liệu pháp hormon vẫn chiếm chi phí lớn. Ngoài ra, độ lệch chuẩn cao và khoảng dao động rộng ở cả ba giai đoạn, đặc biệt ở giai đoạn III và IV, cho thấy sự khác biệt đáng kể về chi phí giữa các bệnh nhân. Điều đó phản ánh sự khác biệt về tình trạng bệnh, phác đồ điều trị, đặc biệt ở giai đoạn muộn.

3.2.2. Chi phí trực tiếp y tế trong một năm điều trị của người bệnh

Bảng 3 trình bày chi phí trực tiếp y tế trong một năm điều trị của người bệnh ở các giai đoạn bệnh. Tổng chi phí điều trị trung bình trong một năm của bệnh nhân UTTTL tại các giai đoạn II, III và IV lần lượt là 38,83 triệu VNĐ, 46,58 triệu VNĐ và 69,66 triệu VNĐ. Chi phí chẩn đoán, chi phí điều trị đầu tiên và chi phí theo dõi đều có xu hướng gia tăng theo giai đoạn bệnh. Chi phí theo dõi chiếm tỷ trọng lớn nhất trong tổng chi phí ở tất cả các giai đoạn và tăng đáng kể ở giai đoạn IV. Cụ thể chi phí điều trị tiếp theo trung bình ở giai đoạn II và giai đoạn III lần lượt là 25,34 triệu VNĐ và 24,61 triệu VNĐ tăng lên 37,61 triệu VNĐ ở giai đoạn IV, đặc biệt ở giai đoạn muộn, chi phí tối đa trên một bệnh nhân có thể lên 209 triệu VNĐ. Chi phí xét nghiệm tái khám ở các giai đoạn II, III và

IV lần lượt là 6,85 triệu VNĐ, 8,41 triệu VNĐ và 18,78 triệu VNĐ. Ngoài ra, khoảng

dao động chi phí rộng ở các giai đoạn cho thấy sự khác biệt lớn giữa các bệnh nhân.

Bảng 3. Chi phí trực tiếp y tế trong một năm điều trị của người bệnh

Đơn vị: VNĐ/người bệnh/năm

	Trung bình	SD	Trung vị	Thấp nhất	Cao nhất
Giai đoạn II					
Chi phí chẩn đoán	7.854.136	2.567.548	7.671.299	4.862.300	13.465.900
Chi phí điều trị đầu tiên	3.560.828	1.670.296	3.950.000	1.284.148	6.405.500
Chi phí theo dõi					
Chi phí xét nghiệm	6.846.041	2.538.262	6.368.629	3.511.489	11.689.637
Chi phí điều trị tiếp theo	26.627.694	21.363.235	28.457.211	13.678.806	33.696.081
Tổng chi phí trong 1 năm	36.646.938	34.032.737	44.448.629	22.996.474	58.928.868
Giai đoạn III					
Chi phí chẩn đoán	11.926.837	6.556.036	4.505.650	4.948.900	31.230.900
Chi phí điều trị đầu tiên	5.115.911	3.964.467	3.950.000	2.321.000	20.240.000
Chi phí theo dõi					
Chi phí xét nghiệm	8.414.778	5.696.122	6.800.183	1.768.052	28.505.700
Chi phí điều trị tiếp theo	25.432.963	18.530.297	28.084.245	3.847.939	56.380.594
Tổng chi phí trong 1 năm	42.136.406	35.930.280	51.564.383	22.862.960	130.227.294
Giai đoạn IV					
Chi phí chẩn đoán	13.204.158	5.702.189	11.437.800	3.767.200	27.872.787
Chi phí điều trị đầu tiên	6.550.343	7.426.264	5.983.628	0	55.752.479
Chi phí theo dõi					
Chi phí xét nghiệm	18.780.068	14.779.195	13.900.262	3.009.878	69.595.000
Chi phí điều trị tiếp theo	29.597.244	21.716.389	41.076.314	2.378.702	209.984.402
Tổng chi phí trong 1 năm	57.030.576	40.435.402	75.902.002	24.167.301	283.341.130

4. Bàn luận

Trong số 94 bệnh nhân được phân tích, nhóm tuổi ≥ 75 chiếm đa số (69,15%), tuổi trung bình 77,55. Hơn 50% được chẩn đoán ở giai đoạn muộn (giai đoạn IV) khi đã có di căn (xương, hạch, tạng); tiếp theo là giai đoạn II và III, không ghi nhận giai đoạn I. Tại khoa Ung bướu – xạ trị, Bệnh viện Hữu Nghị, chi phí trực tiếp y tế trung bình/năm ở giai đoạn II, III, IV lần lượt là 38,83 triệu VNĐ, 46,58 triệu VNĐ và 69,66 triệu VNĐ, trong đó chi phí điều trị tiếp theo chiếm tỷ trọng lớn nhất

Chi phí tăng tỷ lệ thuận với mức độ nặng của bệnh. Chi phí chẩn đoán ở giai đoạn IV (13,20 triệu VNĐ) gần gấp đôi giai đoạn II (7,85 triệu VNĐ), phản ánh nhu cầu xét nghiệm, chẩn đoán

hình ảnh nhiều hơn (CT toàn thân, MRI) để đánh giá di căn. Liệu pháp hormon là chi phí chủ đạo ở cả ba giai đoạn; giai đoạn IV cao hơn (4,69 triệu VNĐ so với 1,58 và 3,30 triệu VNĐ/đợt) do sử dụng các thuốc nội tiết mới như abirateron, enzalutamide, olaparib với chi phí biệt dược gốc cao. Ngoài ra, SD và giá trị cực đại rất lớn ở giai đoạn IV cho thấy sự biến thiên đáng kể trong phác đồ điều trị, đặc biệt ở bệnh tiến triển.

Hiện tại ở Việt Nam đây là nghiên cứu đầu tiên thực hiện đánh giá chi phí trực tiếp y tế trên bệnh nhân ung thư tuyến tiền liệt. So sánh với nghiên cứu của A. Bovell và cộng sự (2024) [10], đây là nghiên cứu đánh giá gánh nặng kinh tế của bệnh UTTTL tại Antigua và Barbuda trong 1 năm, kết quả của nghiên cứu cho thấy cấu phần chi phí lớn nhất đối với chi phí y tế trực tiếp là

liệu pháp hormon (31.824 USD), phẫu thuật (20.913 – 28.000 USD) và xạ trị (12.974 USD) [10]. Kết quả này tương đồng với kết quả của nghiên cứu thực hiện tại Bệnh viện Hữu Nghị, khi ở các giai đoạn bệnh, liệu pháp hormon và phẫu thuật có chi phí lớn nhất, bên cạnh đó xạ trị cũng có chi phí lớn ở giai đoạn III.

Chi phí trung bình xạ trị trong điều trị đầu tiên ở giai đoạn III là 2.091.071 VNĐ, vai trò của xạ trị là hỗ trợ sau mổ hoặc triệt căn với thời gian điều trị dài hơn. Chi phí phẫu thuật trung bình ở giai đoạn II và III cao hơn giai đoạn IV (2,51 và 2,69 triệu VNĐ so với 1,60 triệu VNĐ) do phẫu thuật là điều trị đầu tay ở giai đoạn sớm, còn giai đoạn IV ít chỉ định hơn, chủ yếu nhằm giảm nhẹ triệu chứng (bí tiểu), giảm khối lượng khối u, kiểm soát triệu chứng tại chỗ [19].

Nghiên cứu đã phân tích được cơ cấu chi phí điều trị UTTTL chi tiết bao gồm chi phí chẩn đoán, chi phí điều trị đầu tiên, và chi phí trung bình cho một năm điều trị. Kết quả nghiên cứu không chỉ dừng lại ở việc mô tả sự gia tăng chi phí theo giai đoạn bệnh mà còn cung cấp bộ tham số đầu vào chi tiết về cơ cấu chi phí trực tiếp y tế trong điều trị bệnh UTTTL. Đây là dữ liệu quan trọng giúp các nhà quản lý chính sách dự báo được chi phí điều trị cũng như nhu cầu cung ứng thuốc thế hệ mới. Đồng thời khoảng cách chi phí đáng kể giữa các giai đoạn là bằng chứng thực tiễn hỗ trợ việc xây dựng các mô hình kinh tế y tế, đánh giá tính khả thi trong việc mở rộng danh mục chi trả BHYT cho các thuốc thế hệ mới. Bên cạnh đó vai trò của việc tầm soát và chẩn đoán sớm ung thư tiền liệt tuyến sẽ làm giảm chi phí điều trị cho hệ thống y tế và người bệnh, tối ưu hoá nguồn lực tài chính hạn chế.

5. Kết luận

Từ kết quả nghiên cứu về chi phí trực tiếp y tế trong điều trị ung thư tiền liệt tuyến tại Bệnh viện Hữu Nghị giai đoạn 2020–2025, rút ra: hơn 50% bệnh nhân được chẩn đoán ở giai đoạn IV. Chi phí trực tiếp y tế trung bình/năm ở giai đoạn II, III, IV lần lượt là 38.828.950 VNĐ, 46.577.947 VNĐ và 69.659.116 VNĐ, cho thấy chi phí tăng theo mức độ nặng của bệnh. Liệu

pháp hormon và phẫu thuật chiếm tỷ trọng lớn, trong đó chi phí hormon tăng mạnh ở giai đoạn muộn. Cần tăng cường sàng lọc và chẩn đoán, đặc biệt ở người cao tuổi, nhằm phát hiện sớm và giảm chi phí cho hệ thống y tế và người bệnh.

Tài liệu tham khảo

- [1] National Cancer Institute, Definition of Prostate Cancer – NCI Dictionary of Cancer Terms, <https://www.cancer.gov/publications/dictionaries/cancer-terms/def/prostate-cancer>, 2011 (accessed on: January 9th, 2026).
- [2] J. Ferlay, M. Laversanne, M. Colombet, L. Mery, M. Piñeros, A. Znaor, I. Soerjomataram, F. Bray, Global Cancer Observatory 2022: Cancer Today, International Agency For Research on Cancer, <https://gco.iarc.who.int/media/globocan/factsheets/populations/900-world-fact-sheet.pdf>, 2024 (accessed on: January 9th, 2026).
- [3] A. Jemal et al., Global Cancer Statistics, CA Cancer Journal of Clinicians, Vol. 61, No. 2, 2011, pp. 69-90, <https://doi.org/10.3322/caac.20107>.
- [4] H. V. Dong, N. H. Nga, N. Quang, V. L. Chuyen, C. W. Binns, Epidemiology And Prevention of Prostate Cancer in Vietnam, Asian Pacific Journal of Cancer Prevention, Vol. 15, No. 22, 2014, <https://doi.org/10.1177/10732748198638>.
- [5] J. Ferlay, M. Laversanne, M. Colombet, L. Mery, M. Piñeros, A. Znaor, I. Soerjomataram, F. Bray, Global Cancer Observatory 2022: Vietnam, International Agency for Research on Cancer, <https://gco.iarc.who.int/media/globocan/factsheets/populations/704-viet-nam-fact-sheet.pdf>, 2024 (accessed on: January 9th, 2026).
- [6] N. B. Duc, Cancer Statistics from Six Cancer Registry Regions Between 2004 and 2008, Oncology Magazine of Vietnam, Vol. 1, 2010, pp. 73-80, <https://doi.org/10.7314/APJCP.2014.15.22.9747> (in Vietnamese).
- [7] P. T. Anh et al., Cancer in the Population of Hanoi, Vietnam, 1988–1990, British Journal of Cancer, Vol. 68, No. 6, 1993, pp. 1236-1242, <https://doi.org/10.1038/bjc.1993.511>.
- [8] Q. M. Nguyen, H. C. Nguyen, D. M. Parkin, Cancer Incidence in Ho Chi Minh City, Viet Nam, 1995–1996, International Journal of Cancer, Vol. 76, No. 4, 1998, pp. 472-479, [https://doi.org/10.1002/\(sici\)1097-0215\(19980518\)76:4<472::aid-ijc5>3.0.co;2-o](https://doi.org/10.1002/(sici)1097-0215(19980518)76:4<472::aid-ijc5>3.0.co;2-o).

- [9] C. Ngcamphalala, E. Östensson, T. G. Ginindza, the Economic Burden of Prostate Cancer in Eswatini, *BMC Health Services Research*, Vol. 22, No. 1, 2022, pp. 483, <https://doi.org/10.1186/s12913-022-07817-6>.
- [10] A. A. N. Bovell et al., The Economic Burden of Prostate Cancer in Antigua and Barbuda: a Prevalence-Based Cost-of-illness Analysis from the Healthcare Provider Perspective, *International Journal of Environmental Research and Public Health*, Vol. 21, No. 11, 2024, pp. 1527, <https://doi.org/10.3390/ijerph21111527>.
- [11] F. Alinezhad et al., Financial Burden of Prostate Cancer in the Iranian Population: A Cost of Illness And Financial Risk Protection Analysis, *Cost Effectiveness and Resource Allocation*, Vol. 21, No. 1, 2023, pp. 84, <https://doi.org/10.1186/s12962-023-00493-1>.
- [12] B. D. Teli et al., The Economic Burden of Prostate Cancer in Iran: A Cross-Sectional Cost-of-illness Study, *BMC Research Notes*, Vol. 17, No. 1, 2024, pp. 268, <https://doi.org/10.1186/s13104-024-06913-6>.
- [13] T. Kitazawa, K. Matsumoto, S. Fujita, K. Seto, S. Hanaoka, T. Hasegawa, Cost of Illness of the Prostate Cancer in Japan-A Time-Trend Analysis and Future Projections, *BMC Health Services Research*, Vol. 15, 2015, pp. 453, <https://doi.org/10.1186/s12913-015-1103-x>.
- [14] W. Max et al., The Economic Burden of Prostate Cancer, California, 1998, *Cancer*, Vol. 94, No. 11, 2002, pp. 2906-2913, <https://doi.org/10.1002/cncr.10532>.
- [15] K. F. Michel et al., Beyond Medical Bills: the Indirect Costs of Prostate Cancer, *Urology Practice*, Vol. 12, No. 1, 2025, pp. 94-102, <https://doi.org/10.1097/upj.0000000000000711>.
- [16] G. H. Elsisy et al., Estimation of Prostate Cancer Cost in Egypt from A Societal Perspective, *Glob J Qual Saf Healthc*, Vol. 6, No. 2, 2023, pp. 33-41, <https://doi.org/10.36401/JQSH-22-20>.
- [17] D. Milonas, Z. Venclovas, M. Jievaltas, Age and Aggressiveness of Prostate Cancer: Analysis of Clinical and Pathological Characteristics After Radical Prostatectomy for Men with Localized Prostate Cancer, *Central European Journal of Urology*, Vol. 72, No. 3, 2019, pp. 240-246, <https://doi.org/10.5173/ceju.2019.1974>.
- [18] Ministry of Health, Guideline for Diagnosis and Treatment of Prostate Cancer (Issued with Decision No. 3130/QD-BYT dated July 17, 2020), Ministry of Health, Hanoi, 2020 (in Vietnamese).
- [19] C. S. D. Roy, A. Sachdeva, G. V. Kandaswamy, B. P. Rai, The Role of Surgery in High Risk and Advanced Prostate Cancer: A Narrative Review, *Turk J Urol*, Vol. 47, Suppl. 1, 2021, pp. S56-S64, <https://doi.org/10.5152/tud.2020.20475>.