

TÁC ĐỘNG CỦA BẢO HIỂM Y TẾ ĐẾN CHI PHÍ KHÁM CHỮA BỆNH MÃN TÍNH CỦA CƯ DÂN NÔNG THÔN ĐỒNG BẰNG SÔNG CỬU LONG

NGUYỄN THỊ NHUNG*

Tăng cường độ bao phủ của bảo hiểm y tế (BHYT) được xem là cách tốt nhất để đạt được mục tiêu chăm sóc sức khỏe toàn dân. Bảo vệ các hộ gia đình khỏi gánh nặng kinh tế trong chi tiêu cho chăm sóc sức khỏe là trọng tâm của chính sách y tế toàn cầu, nó cho phép tất cả mọi người tiếp cận các dịch vụ chăm sóc sức khỏe thông qua hoạt động chia sẻ rủi ro và bảo vệ khỏi nguy cơ chi phí chăm sóc sức khỏe tăng vượt quá mức chi tiêu. Từ dữ liệu định lượng và định tính được khảo sát năm 2023 tại bốn xã nông thôn Đồng bằng sông Cửu Long (ĐBSCL), bài viết trình bày mối tương quan giữa BHYT và chi phí khám chữa bệnh, chi phí cho khám chữa bệnh mãn tính của người bệnh có sử dụng BHYT và không sử dụng BHYT, chi phí khám chữa bệnh của người bệnh có BHYT ở các tuyến huyện tỉnh và trung ương và cơ sở y tế tư nhân tại địa phương. Từ đó đề xuất về cơ sở vật chất, trang thiết bị, tay nghề của đội ngũ nhân viên y tế tuyến huyện, và đặt mục tiêu hướng đến việc thông tuyến đến tuyến tỉnh với các trang thiết bị y tế hiện đại, chuyên khoa kỹ thuật cao vào trong BHYT.

Từ khóa: BHYT, chi phí khám chữa bệnh, ĐBSCL

Nhận bài ngày: 03/6/2024; *đưa vào biên tập:* 05/6/2024; *phản biện:* 10/7/2024; *duyet đăng:* 11/9/2024

1. MỞ ĐẦU

Một trong những lợi ích được tán thành của sự bao phủ chăm sóc sức khỏe toàn dân là bảo vệ các hộ gia đình khỏi gánh nặng kinh tế trong chi tiêu y tế (WHO, 2010). Trong những thập kỷ vừa qua, đạt được chăm sóc sức khỏe toàn dân là trọng tâm của

chính sách y tế toàn cầu, nó cho phép tất cả mọi người tiếp cận các dịch vụ chăm sóc sức khỏe thông qua hoạt động chia sẻ rủi ro và bảo vệ khỏi nguy cơ chi phí chăm sóc sức khỏe tăng vượt quá mức chi tiêu. Tăng cường độ bao phủ của bảo hiểm y tế (BHYT) được xem là cách hứa hẹn nhất để đạt được mục tiêu chăm sóc sức khỏe toàn dân. Tuy nhiên, nghiên

* Viện Khoa học xã hội vùng Nam Bộ.

cứu của Erlangga và cộng sự (2019) đã cho thấy các bằng chứng về tác động của BHYT đối với việc bảo vệ tài chính của gia đình chưa rõ ràng, có 34 trong tổng số 46 nghiên cứu có báo cáo tác động của BHYT về mức chi phí từ ngân sách gia đình. Trong số 34 nghiên cứu, 17 nghiên cứu cho thấy kết quả tích cực, tức là giảm chi phí từ ngân sách gia đình cho y tế, 15 nghiên cứu không tìm thấy tác động có ý nghĩa thống kê nào, và 2 nghiên cứu đã báo cáo tác động tiêu cực, tức là tăng chi phí từ ngân sách gia đình cho y tế.

Cho đến hiện tại, kết quả đánh giá tác động của BHYT đến việc bảo vệ tài chính cho hộ gia đình của các nghiên cứu tại Việt Nam cho thấy có hai luồng ý kiến khác nhau. Thứ nhất, các nghiên cứu cho thấy bằng chứng về việc BHYT có tác động tốt, giúp giảm chi phí y tế từ ngân sách gia đình và khuyến nghị Chính phủ Việt Nam nên tiếp tục coi việc cải thiện hệ thống BHYT như một chiến lược để đạt được độ bao phủ chăm sóc sức khỏe toàn dân. Cụ thể, Tuan và cộng sự (2022) sử dụng dữ liệu của TVSEP (Thailand Vietnam Socio Economic Panel) từ ba cuộc điều tra năm 2013, 2016 và 2017, đã chỉ ra rằng BHYT có tác động tích cực đến tiết kiệm, đầu tư và cải thiện tình trạng tài chính của hộ gia đình. Tương tự, Thanh và cộng sự (2021) phân tích 1.143 cá nhân đã sử dụng dịch vụ chăm sóc ngoại trú trong 6 tháng qua, kết quả phân tích mô hình lựa chọn Heckman

cho thấy BHYT làm giảm các khoản chi trả từ ngân sách gia đình trung bình khoảng 21% và sử dụng cơ sở y tế tư nhân phải tự chi trả nhiều hơn cơ sở y tế công lập. Thuong và cộng sự (2020) đã phân tích dữ liệu năm 2014 và 2016 của Điều tra mức sống hộ gia đình Việt Nam (VHLSS), kết quả cho thấy mặc dù BHYT tự nguyện giảm chi tiêu từ ngân sách gia đình cho cả chăm sóc ngoại trú và nội trú nhưng BHYT được trợ cấp không làm giảm chi tiêu từ ngân sách gia đình khi người bệnh đến điều trị tại bệnh viện tuyến huyện và tỉnh, và khi nhập viện.

Các nghiên cứu sử dụng dữ liệu của các cuộc điều tra trước khi Luật Bảo hiểm y tế sửa đổi năm 2014 cũng cho thấy kết quả tương tự, đã chứng minh rằng BHYT có tác dụng đáng kể đến việc giảm gánh nặng tài chính cho người dân. BHYT giảm chi tiêu từ ngân sách gia đình khoảng 24% đối với những người có BHYT bắt buộc và tự nguyện và khoảng 15% đối với những người có BHYT hộ nghèo. BHYT giúp giảm chi phí tự chi trả cho những người tham gia sử dụng các cơ sở y tế công từ cấp huyện trở lên nhiều hơn so với những người sử dụng trạm y tế xã (Sepehri & et al., 2011). Tương tự, các nghiên cứu đánh giá tác động của BHYT trẻ em, sử dụng dữ liệu VHLSS để so sánh trước và sau khi chương trình của Chính phủ Việt Nam năm 2005, trong đó cho phép tất cả trẻ em dưới 6 tuổi được tiếp cận miễn phí các dịch vụ y

tế tại các cơ sở công cộng, kết quả cho thấy trẻ em được hưởng lợi và ít gặp phải những gánh nặng tài chính cho mỗi lần khám chữa bệnh (Nguyen & Wang, 2012; Cuong, 2016).

Thứ hai, kết quả nhiều nghiên cứu cho thấy độ bao phủ của BHYT đã không làm giảm gánh nặng kinh tế cho chi tiêu y tế từ ngân sách gia đình. Sử dụng mẫu đại diện từ các khu vực địa lý xã hội khác nhau của Việt Nam, Giang và cộng sự (2019) đã đưa ra bằng chứng rằng BHYT đã không liên quan đến gánh nặng tài chính đối với những người mắc bệnh không truyền nhiễm. Nghiên cứu của nhóm tác giả chỉ ra bằng chứng cho thấy việc sử dụng các dịch vụ y tế ở tuyến tỉnh hoặc tuyến trung ương làm tăng gánh nặng tài chính của hộ gia đình. Mặc dù cả hai bệnh viện huyện và tỉnh cung cấp phương pháp điều trị tương tự cho một tình trạng sức khỏe nhưng chi phí điều trị và các dịch vụ liên quan tại bệnh viện tỉnh cao hơn so với bệnh viện huyện do sự khác biệt về năng lực, thuốc và trang thiết bị y tế. Các chi phí chăm sóc sức khỏe không trực tiếp chẳng hạn như các khoản thanh toán không chính thức, dường như cũng tạo ra những khó khăn tài chính đáng kể đối với bệnh nhân có BHYT tại Việt Nam. Nhóm tác giả cũng chỉ ra rằng mục tiêu của chính sách BHYT có thể chưa đạt được ở Việt Nam trong nhóm dân số mắc bệnh không truyền nhiễm và nhấn mạnh sự cần thiết phải có bằng chứng để thiết kế các biện pháp can thiệp

dựa trên BHYT trong tương lai. Mục tiêu của các biện pháp can thiệp cần nhắm đến là nhóm dân số dễ bị tổn thương để thu hẹp khoảng cách trong việc sử dụng dịch vụ y tế và giảm gánh nặng tài chính liên quan đến bệnh không truyền nhiễm. Ở một hướng tiếp cận khác, Chi và cộng sự (2023) nghiên cứu về mối quan hệ giữa BHYT công và chi phí y tế tự chi trả của các hộ gia đình có thu nhập trung bình và thấp trong quá trình chuyển đổi trước và sau khi sửa đổi Luật BHYT, cho thấy việc sửa đổi cho đến nay không tạo ra bất kỳ tác động đáng kể nào trong việc giảm các khoản thanh toán từ ngân sách gia đình đối với cả nhóm thu nhập thấp và trung bình. Tương tự, các tác giả sử dụng dữ liệu của các cuộc điều tra trước khi Luật BHYT sửa đổi cũng cho thấy kết quả tương tự và các chứng cứ cho rằng BHYT không liên quan đến việc giảm gánh nặng tài chính cho người dân (Hoang và cộng sự, 2013; Cuong, 2011; Palmer & et al., 2014). Trong đó, nghiên cứu của Hoang và cộng sự (2013) chỉ ra chi phí cho chăm sóc y tế của gia đình tăng lên do mức tiêu thụ thuốc ở Việt Nam tăng lên kể từ năm 2006 và phần lớn chi phí từ ngân sách gia đình cho các loại thuốc không được BHYT chi trả, và các bệnh không lây nhiễm phải dùng thuốc trong thời gian dài và hầu hết các loại thuốc này đều đắt tiền và người bệnh phải mua thuốc.

Sử dụng dữ liệu điều tra định lượng và định tính vào năm 2023 tại bốn xã

nông thôn ĐBSCL, bài viết cho thấy tác động của BHYT đến chi phí khám chữa bệnh mãn tính trong cư dân và đề xuất giải pháp làm giảm gánh nặng tài chính cho người bệnh, kể cả người bệnh có BHYT.

2. NGUỒN DỮ LIỆU VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Bài viết sử dụng một phần dữ liệu điều tra định lượng và định tính năm 2023 của đề tài “Tiếp cận dịch vụ chăm sóc sức khỏe của phụ nữ nông thôn Đồng bằng sông Cửu Long trong bối cảnh biến đổi khí hậu”⁽¹⁾. Dữ liệu được khảo sát tại bốn xã là NTAG1⁽²⁾, NTAG2 (huyện An Phú, tỉnh An Giang) và xã NTBT1, NTBT2 (huyện Bình Đại, tỉnh Bến Tre).

Mỗi huyện chọn hai xã bằng phương pháp phân tầng. Ngoài tiêu chí xâm nhập mặn và lũ, thì hai tiêu chí chúng tôi đưa vào phân tầng là trong mỗi huyện chọn một xã nghèo và một xã không nghèo, ngoài ra còn có thêm tiêu chí xã xa hay gần quốc lộ hoặc tỉnh lộ và trung tâm huyện. Chọn hai xã NTAG1 và NTAG2 (huyện An Phú, An Giang) chịu nặng nề của mùa lũ và sạt lở nặng ở ĐBSCL. Lũ thường đi kèm với ngập sâu kéo dài, gây xói lở bờ sông và cản trở giao thông, phá vỡ các hoạt động kinh tế trên diện rộng. Trong khi xã NTAG1 là xã gần trung tâm huyện hơn và xã NTAG2 nằm xa trung tâm hơn. Chọn hai xã NTBT1 và NTBT2 (huyện Bình Đại, Bến Tre) chịu ảnh hưởng nặng nề của ngập mặn hàng năm. Trong khi xã NTBT1 là xã gần trung tâm huyện hơn thì xã

NTBT2 nằm xa trung tâm hơn. Để chọn được các hộ gia đình, tại mỗi xã chúng tôi chọn hai ấp bằng phương pháp ngẫu nhiên đơn giản và lập danh sách tất cả các gia đình trong hai ấp trên, sau đó chọn 100 hộ gia đình tại mỗi xã bằng phương pháp ngẫu nhiên hệ thống với bước nhảy K ($K = N/n$, N : tổng số hộ gia đình của một ấp; n : số mẫu cần khảo sát).

3. BẢO HIỂM Y TẾ TRONG VIỆC BẢO VỆ TÀI CHÍNH CHO HỘ GIA ĐÌNH KHI CÓ BỆNH MÃN TÍNH

Theo nghĩa rộng, bệnh mãn tính là tình trạng bệnh kéo dài trong vòng một năm hoặc hơn và cần được chăm sóc y tế liên tục hoặc hạn chế các hoạt động sinh hoạt hàng ngày hoặc cả hai (CDC, 2024). Nhìn chung, bệnh mãn tính không thể phòng ngừa được bằng vắc-xin và cũng không thể tự khỏi. Tuy nhiên, người bệnh vẫn có thể sống chung với bệnh và kiểm soát các triệu chứng hàng ngày theo hướng dẫn của bác sĩ. Nghiên cứu này, người bệnh có các bệnh mãn tính như tiêu hóa, tim mạch/máu-mạch máu, xương-cơ-khớp, nội tiết, tiết niệu, hô hấp/tai-mũi-họng, dị ứng-ngoài da, mắt, thần kinh, động kinh, ung thư, gan, trĩ và các bệnh về não.

Có bệnh mãn tính trong bài viết này được tính trong vòng 12 tháng trước thời điểm khảo sát, bao gồm có bệnh mãn tính mới phát hiện trong vòng 12 tháng qua, có bệnh mãn tính kéo dài từ những năm trước nhưng đến thời điểm khảo sát vẫn còn bệnh. Một người có thể có nhiều hơn một

bệnh và được liệt kê tất cả các bệnh trong khoảng thời gian trên, nhưng sau đó các phân tích sẽ chỉ tập trung cho một bệnh chính trong suốt hành trình khám chữa bệnh. Dữ liệu phân tích trong bài viết này chỉ sử dụng cho một lần khám chữa bệnh gần đây nhất. Chủ hộ gia đình hay người hiểu biết tốt nhất về những thông tin của gia đình sẽ được hỏi về tất cả những thông tin chung về gia đình và thành viên, kể cả bệnh tật.

Bảng 1. Tỷ lệ người có bệnh mãn tính trong một năm qua

	N	%
Có bệnh mãn tính trong một năm qua	544	34,5
Không bệnh mãn tính trong một năm qua	1.032	65,5
Tổng số	1.576	100,0

Nguồn. Tác giả, xử lý từ dữ liệu điều tra năm 2023.

Kết quả nghiên cứu cho thấy, bệnh mãn tính của cư dân nông thôn ĐBSCL tương đối cao, cụ thể, tỷ lệ số người có bệnh mãn tính trong một năm qua là 34,5%. Trong đó, có 58,5% người có một căn bệnh, 28,7%

người có hai căn bệnh, 9,4% số người có ba căn bệnh, 2,9% số người có bốn căn bệnh và 0,6% số người có năm căn bệnh. Trong số những người có bệnh, có 92,1% tham gia BHYT nhưng chỉ có 46,9% sử dụng BHYT khi khám chữa bệnh.

Trong phần này, chúng tôi tính toán chi phí cho việc khám chữa bệnh mãn tính trong một năm và xem xét BHYT có tác động đến chi phí khám chữa bệnh của cư dân nông thôn ĐBSCL. Chi phí được tính bao gồm tổng chi phí chi trả cho cơ sở y tế, bao gồm tiền khám bệnh, tiền thuốc men, tiền phòng nếu điều trị nội trú, trang thiết bị y tế... kể cả tiền khám chữa bệnh trái tuyến và những dịch vụ khác như tiền thuốc ngoài BHYT, các trang thiết bị khác như dao mổ, thuốc gây mê/gây tê... Chi phí cho bệnh mãn tính được tính sau khi trừ chi phí đã được miễn hay giảm do BHYT chi trả và được tính cho tổng chi phí trong một năm qua của một căn bệnh mà người bệnh phải chi trả trong hành trình khám chữa bệnh.

Bảng 2. Chi phí cho khám chữa bệnh mãn tính trong một năm qua

	N	Trung bình (ngàn đồng)	Độ lệch chuẩn (ngàn đồng)
Không sử dụng BHYT trong khám chữa bệnh	311	1.663	4.300
Có sử dụng BHYT trong khám chữa bệnh	231	1.396	4.259
Tổng số	542	1.549	4.281

Chú thích: Trong tổng số 544 người có bệnh mãn tính, 2 trường hợp không có thông tin.

Nguồn. Tác giả, xử lý từ dữ liệu điều tra năm 2023.

Kết quả khảo sát cho thấy, người bệnh sử dụng thẻ BHYT có chi phí ít hơn người bệnh không sử dụng BHYT

tuy khác biệt này chưa đạt mức ý nghĩa thống kê (kiểm định Independent-Samples T Test,

Sig. >0.05). Kết quả phân tích dữ liệu định tính cho thấy người dân đánh giá rất cao về hiệu quả của BHYT tuy chi phí cho việc khám chữa bệnh khi người bệnh sử dụng BHYT vẫn chưa có khác biệt đáng kể với người bệnh không sử dụng BHYT. Để lý giải cho vấn đề này, chúng tôi xây dựng mô hình hồi quy tuyến tính để tìm hiểu các yếu tố nào có ảnh hưởng đến chi

phí điều trị bệnh mãn tính của cư dân nông thôn ĐBSCL.

Mô hình hồi quy tuyến tính với biến số phụ thuộc là chi phí khám chữa bệnh mãn tính trong một năm (chỉ tính cho những người có bệnh mãn tính) và các biến số độc lập, bao gồm 10 biến số và được chia làm 2 nhóm chính là cá nhân, hộ gia đình và điều kiện cơ sở vật chất tại địa phương, được miêu tả cụ thể ở Bảng 3 bên dưới.

Bảng 3. Bảng miêu tả thống kê các biến số

Các biến số	Các giá trị	N	%
Biến số phụ thuộc: Tổng chi phí chữa bệnh mãn tính trong một năm qua			
Biến số độc lập:			
Giới	Nữ	294	54,2
	Nam	248	45,8
Học vấn	Mù chữ và cấp 1	351	64,8
	Cấp 2	133	24,5
	Cấp 3 và trên	58	10,7
Nhóm tuổi	18 - 34 tuổi	40	7,4
	35 - 59 tuổi	273	50,4
	60 + tuổi	229	42,3
Sử dụng BHYT trong khám chữa bệnh	Không	311	57,4
	Có	231	42,6
Điều trị nội trú	Không	505	93,2
	Có	37	6,8
Nhóm thu nhập	Nhóm thấp nhất	198	36,5
	Nhóm trung bình	182	33,6
	Nhóm cao nhất	162	29,9
Tỉnh	An Giang	264	48,7
	Bến Tre	278	51,3
Khoảng cách từ nơi cư trú đến cơ sở y tế (km) (0-450 km)			
Khó khăn trong lần khám bệnh (đường xá, cơ sở y tế xa nhà, bão, lũ, gia đình không có tiền...)	Không	420	77,5
	Có	122	22,5
Cơ sở khám chữa bệnh	Bệnh viện huyện và trạm y tế	171	31,5
	Bệnh viện tỉnh và trung ương	149	27,5
	Y tế tư nhân	222	41,0

Nguồn: Tác giả, xử lý từ dữ liệu điều tra năm 2023.

Kết quả mô hình hồi quy tuyến tính giữa biến số phụ thuộc (chi phí khám chữa bệnh bệnh mãn tính trong một năm) và các biến số độc lập cho thấy, các biến số độc lập có tương quan mạnh nhất đến chi phí khám chữa bệnh lần lượt là: có điều trị nội trú,

khoảng cách từ nơi cư trú đến cơ sở khám chữa bệnh, cơ sở khám chữa bệnh, sử dụng BHYT trong khám chữa bệnh. Hệ số tương quan bội của các biến số ảnh hưởng đến chi phí khám chữa bệnh là $R = 0,573$ ($R^2 = 0,328$) (Bảng 4).

Bảng 4. Mô hình hồi quy tuyến tính xem xét các yếu tố ảnh hưởng đến chi phí khám chữa bệnh mãn tính

	Hệ số hồi quy chưa chuẩn hóa (B)	Sai số chuẩn	Mức ý nghĩa thống kê (Sig.)
Giới (0 = Nữ, 1 = Nam)	-5	314	.988
Cấp 1 và mù chữ = 1	182	542	.738
Cấp 2 = 1	107	582	.855
Cấp 3 và trên = 1	Nhóm đối chứng (NĐC)	(NĐC)	(NĐC)
Nhóm tuổi 18 - 34 = 1	90	656	.891
Nhóm tuổi 35 - 59 = 1	-278	336	.409
Nhóm tuổi 60 + = 1	(NĐC)	(NĐC)	(NĐC)
Có sử dụng BHYT trong khám chữa bệnh (0= không, 1 = Có)	-1145	423	.007
Điều trị nội trú (0 = không, 1 = Có)	6022	651	.000
Nhóm thu nhập thấp nhất = 1	-41	390	.917
Nhóm thu nhập trung bình = 1	291	391	.458
Nhóm thu cao nhất = 1	(NĐC)	(NĐC)	(NĐC)
Tỉnh (0 = An Giang, 1 = Bến Tre)	547	324	.091
Khoảng cách từ nơi cư trú đến cơ sở y tế (km)	17	3	.000
Khó khăn trong lần khám bệnh (0= không, 1 = Có)	791	413	.056
Trạm y tế, bệnh viện huyện = 1	-1268	464	.006
Cơ sở y tế tư nhân = 1	-1512	495	.002
Bệnh viện tuyến tỉnh/Trung ương = 1	(NĐC)	(NĐC)	(NĐC)

Nguồn: Tác giả, xử lý từ dữ liệu điều tra năm 2023.

Cơ sở khám chữa bệnh có tác động đáng kể đến chi phí khám chữa bệnh, có nghĩa là khi điều trị ở tuyến tỉnh/trung ương thì chi phí cao hơn rất nhiều so với tuyến huyện và cơ sở tư nhân (chủ yếu là tự mua thuốc tây và phòng khám bác sĩ). Chi phí điều trị

ở tuyến tỉnh/trung ương cao được hầu hết mọi người dân thừa nhận. Người bệnh rất ngại chuyển đến tuyến trên vì xa nơi cư trú và phải chi trả các chi phí khác như chi phí khám chữa bệnh trái tuyến trong trường hợp không chuyển tuyến hoặc không xin chuyển

tuyển được và các khoản chi phí khác ngoài BHYT như tiền thuốc, các dụng cụ/thiết bị cao như dao mổ, thuốc gây mê/gây tê... - mô hình hồi quy cũng cho thấy khoảng cách càng xa nơi cư trú thì chi phí cho khám chữa bệnh càng cao. Các khoản thanh toán ngoài BHYT này cũng tạo những khó khăn tài chính đáng kể đối với người bệnh có BHYT. Hầu hết các kết quả phỏng vấn sâu có thể giải thích cho vấn đề này, sau đây là vài trích đoạn phỏng vấn sâu đại diện cho chi phí khám chữa bệnh và các khó khăn mà người bệnh gặp đến các cơ sở tuyến cao hơn như tuyến tỉnh, tuyến trung ương mặc dù người bệnh có BHYT.

“Người bệnh đã đến bệnh viện huyện Bình Đại và được bệnh viện chuyển lên bệnh viện tỉnh Bến Tre, và bệnh viện tỉnh phát hiện là bệnh ung thư. Trước đây người bệnh giấu bệnh và không chịu đi khám bệnh vì sợ tốn tiền. Khi người nhà đưa đến bệnh viện tỉnh Bến Tre, sau đó đưa đến bệnh viện tỉnh Tiền Giang, mặc dù người bệnh có BHYT nhưng chi phí của toàn bộ căn bệnh này sau khi điều trị (và người bệnh đã mất) hết hơn ba trăm triệu đồng. Các chi phí bao gồm rất nhiều khoản như tiền thuốc ngoài BHYT, tiền mổ và các chi phí trong khi mổ được tính thêm ngoài BHYT [...]” (PVS. Phụ nữ, 57 tuổi, xã NTBT2).

“Người bệnh bệnh về não, đến bệnh viện huyện An Phú (An Giang) phải cấp cứu và được chuyển tuyến đến bệnh viện tỉnh ở Long Xuyên (An Giang), sau đó được chuyển tiếp đến Bệnh viện Chợ Rẫy (TPHCM). Lúc đó, người nhà không có tiền và cũng không rành về

đường xá, cho nên người nhà phải xin xe từ thiện của bệnh viện và phải nhờ một người quen rành đường xá để đưa người bệnh đi. Tổng cho đợt khám chữa bệnh khoảng hai mươi lăm triệu đồng, trong đó, một số mượn của anh em bạn bè, của người thân trong gia đình. Người bệnh hiện tại đã khỏe nhưng phải định kỳ hàng tháng lên TPHCM để lấy thuốc đều đặn, mỗi tháng tiền thuốc là chín trăm ngàn đồng, chưa bao gồm tiền xe đi lại và chi phí ăn uống” (PVS. Phụ nữ, 49 tuổi, xã NTAG1).

Với kết quả nghiên cứu này, câu hỏi đặt ra là liệu có cần thiết phải điều chỉnh chính sách BHYT hiện hành? Câu trả lời của chúng tôi là không, mà cần thiết cung cấp các dịch vụ tốt hơn (bao gồm cơ sở vật chất, trang thiết bị, tay nghề của đội ngũ y tế) ở tuyến huyện và cơ sở, để người bệnh hạn chế việc chuyển viện lên tuyến trên. Điều này giúp người bệnh tránh phải đến bệnh viện ngoài khu vực cư trú và tránh tạo gánh nặng tài chính cho gia đình. Khi các bệnh viện chất lượng cao tập trung ở các thành phố nơi có mức sống và thu nhập cao hơn, người bệnh ở các khu vực khác có thể phải chịu nhiều gánh nặng hơn trong việc chi trả các khoản thanh toán không được BHYT chi trả. Sự phân bố không đồng đều về mặt địa lý của các bệnh viện ở ĐBSCL nói riêng và ở Việt Nam nói chung có thể dẫn đến sự bất bình đẳng trong chi phí khám chữa bệnh và tình trạng nghèo khó, nợ nần của người bệnh có BHYT tại nơi cư trú khi mà họ tìm kiếm dịch vụ chăm sóc sức khỏe ngoài khu vực cư trú.

Kết quả nghiên cứu định lượng và định tính cho thấy người dân chỉ sử dụng BHYT khi có bệnh nặng, hoặc điều trị nội trú vì họ cho rằng thuốc sẵn có tại cơ sở nơi họ đăng ký BHYT có chất lượng thấp. Mô hình hồi quy cho thấy người bệnh có điều trị nội trú chi phí cao hơn những người bệnh điều trị ngoại trú. Khi bệnh nặng hoặc điều trị nội trú đã làm cho chi phí khám chữa bệnh của người bệnh có BHYT tăng do các khoản chi phí khác. Mặc dù có sử dụng thẻ BHYT nhưng các khoản chi phí khác phải trả cho dịch vụ chăm sóc sức khỏe tăng cao như tiền mua dao mổ, tiền thuốc ngoài BHYT...

“Người phỏng vấn: *Mình có sử dụng BHYT cho lần khám bệnh tiểu đường này ở bệnh viện không?*

Người trả lời: *Có sử dụng nhưng BHYT họ chỉ đưa thuốc chút thôi, còn mấy cái phần xét nghiệm, chụp hình X-quang, siêu âm là tiền mình không. Đưa ra một số thuốc mà thuốc uống cũng không có phù hợp gì, vậy đó. Cũng đâu có ích lợi gì đâu. Ba cái BHYT này chỉ để cho những cái sự cố nó quan trọng này kia kia nó thôi. Mấy cái bệnh như tiểu đường bình thường này thì thôi”* (PVS. Phụ nữ, 60 tuổi, xã NTAG2).

Ngoài ra, kết quả của mô hình hồi quy cũng cho thấy việc sử dụng BHYT khám chữa bệnh mãn tính có tác động khá rõ đối với kinh phí khám chữa bệnh, người bệnh sử dụng BHYT kinh phí ít hơn người bệnh không sử dụng BHYT. Điều này hoàn toàn phù hợp với việc các quốc gia, trong đó có Việt Nam luôn tăng cường độ bao phủ của

BHYT để đạt được mục tiêu chăm sóc sức khỏe toàn dân và bảo vệ các hộ gia đình khỏi gánh nặng kinh tế trong chi tiêu cho chăm sóc sức khỏe.

4. KẾT LUẬN

Các chương trình BHYT ở Việt Nam được triển khai với mục tiêu hàng đầu là cải thiện khả năng tiếp cận dịch vụ chăm sóc sức khỏe và giảm thiểu gánh nặng kinh tế cho chi phí chăm sóc sức khỏe. Với sự gia tăng tỷ lệ mắc bệnh mãn tính trong thời gian gần đây đặt ra câu hỏi về mối liên hệ giữa BHYT và chi phí khám chữa bệnh mà gia đình phải chi trả. Kết quả nghiên cứu cho thấy có mối tương quan giữa BHYT và chi phí khám chữa bệnh, chi phí cho khám chữa bệnh mãn tính của người bệnh có sử dụng BHYT thấp hơn người bệnh không sử dụng BHYT. Ngoài ra, kết quả nghiên cứu cũng chỉ ra rằng chi phí khám chữa bệnh ở tuyến tỉnh và trung ương cao hơn tuyến huyện và cơ sở y tế tư nhân. Vì vậy, các nhà hoạch định chính sách cần thiết xem xét để có giải pháp nâng cấp cơ sở vật chất, trang thiết bị, tay nghề của đội ngũ nhân viên y tế tuyến huyện để giúp người bệnh tránh phải lựa chọn các cơ sở y tế ngoài khu vực cư trú và như vậy sẽ không tạo ra gánh nặng tài chính cho người bệnh có BHYT. Đồng thời, hướng đến việc thông tuyến đến tuyến tỉnh, theo đó người tham gia BHYT đăng ký khám chữa bệnh ở bất cứ nơi nào trong tỉnh thì được quyền khám chữa bệnh ở các cơ sở tuyến tỉnh trong cùng địa bàn tỉnh, như Luật

Bảo hiểm y tế 2008 (sửa đổi, bổ sung 2014) về thông tuyến đến tuyến huyện trong cùng địa bàn tỉnh (Văn phòng Quốc hội Việt Nam, 2024). Ngoài ra, biết rằng ngân sách quốc gia chưa đủ để trang trải nhưng rất cần được ưu

tiên thêm nhiều danh mục thuốc đắt tiền cũng như các trang thiết bị y tế chuyên khoa kỹ thuật cao vào trong BHYT. Điều này giúp người bệnh dễ dàng tiếp cận mà không tốn chi phí quá cao vì họ đã có BHYT. □

CHÚ THÍCH

(1) Đề tài “Tiếp cận dịch vụ chăm sóc sức khỏe của phụ nữ nông thôn Đồng bằng sông Cửu Long trong bối cảnh biến đổi khí hậu” do Nguyễn Thị Nhung làm chủ nhiệm, Viện Khoa học xã hội vùng Nam Bộ là đơn vị chủ quản.

(2) Tên các xã đã được mã hóa, trong đó NT là 'nông thôn', các chữ cái tiếp theo là viết tắt của chữ cái đầu tiên của tên tỉnh.

TÀI LIỆU TRÍCH DẪN

1. CDC (Centers for Disease Control and Prevention). 2024. “About Chronic Diseases”. <https://www.cdc.gov/chronic-disease/about/>, truy cập ngày 16/6/2024.
2. Chi N.M., Nguyen M.P. & Luc L.D.P. 2023. “How Public Health Insurance Expansion Affects Healthcare Utilizations in Middle and Low-Income Households: an Observational Study from National Cross-Section Surveys in Vietnam”. *BMC Public Health*, 23, p. 624. Doi:10.1186/s12889-023-15500-6.
3. Cuong N. 2016. “The Impact of Health Insurance Programs for Children: Evidence from Vietnam”. *Health Economics Review*, 6, p. 34. Doi:10.1186/s13561-016-0111-9.
4. Cuong N.V. 2011. “The Impact of Voluntary Health Insurance on Health Care Utilization and Out-of-Pocket Payments: New Evidence for Vietnam”. *Health Economics*, 21(8), pp. 946-966. Doi:10.1002/hec.1768.
5. Erlangga D., Suhrcke M., Ali S., Bloor K. 2019. “The Impact of Public Health Insurance on Health Care Utilization, Financial Protection and Health Status in Low- and Middle-Income Countries: A Systematic Review”. *PLoS ONE* 14(8): e0219731. Doi:10.1371/journal.pone.0219731.
6. Giang N.H., Oanh, T.T.M., Anh Tuan, K., Hong Van, P., & Jayasuriya, R. 2019. “Is Health Insurance Associated with Health Service Utilization and Economic Burden of Non-Communicable Diseases on Households in Vietnam?” *Health Systems & Reform*, 6(1), e1619065. doi:10.1080/23288604.2019.16190.
7. Hoang V.M., Nguyen T.K.P., Saksena P., James C.D., & Xu K. 2013. “Financial Burden of Household Out-of Pocket Health Expenditure in Viet Nam: Findings from the National Living Survey 2002 - 2020”. *Social Science & Medicine*; 96(2013), pp. 258-263. Doi:10.1016/j.socscimed.2012.11.0.
8. Nguyen H. & Wang W. 2012. “The Effects of Free Government Health Insurance among

- Small Children-Evidence from the Free Care for Children under Six Policy in Vietnam". *Int J Health Plann Manage*, 28, pp. 3-15. Doi:10.1002/hpm.2114.
9. Palmer M., Mitra S., Mont D. & Groce N. 2014. "The Impact of Health Insurance for Children under Age 6 in Vietnam: A regression Discontinuity Approach". *Social Science & Medicine*, 145, pp. 217-226. Doi:10.1016/j.socscimed.2014.08.
10. Sepehri A., Sarma S., Oguzoglu U., 2011. "Does the Financial Protection of Health Insurance Vary Across Providers? Vietnam's Experience". *Social Science & Medicine*. 73, pp. 559-567. Doi.org/10.1016/j.socscimed.2011.06.009 PMID: 21764197.
11. Thanh N.D., Bui T.M.A., Phung T.H., Pham Q.A. & Chu H.X. 2021. "Impact of Public Health Insurance on Out-of-PocketHealth Expenditures of the Near-Poor in Vietnam". *Health Services Insights*, 14, pp. 1-8. Doi:10.1177/11786329211017411.
12. Thuong N.T.T, Huy T.Q., Tai D.A. & Kien T.N. 2020. "Impact of Health Insurance on Health Care Utilization and Out-of-Pocket Health Expenditure in Vietnam". *BioMed Research International*, pp. 1-16. Doi:10.1155/2020/9065287.
13. Tuan T.A., Nam P.K., & Loan L.T. 2022. "The Impact of Health Insurance on Households' Financial Choices: Evidence from Vietnam". *Research in Economics*, 76(3), pp. 264-276. Doi.org/10.1016/j.rie.2022.07.005
14. Văn phòng Quốc hội Việt Nam. 2024. "Luật Bảo hiểm y tế, số 01/VBHN-VPQH". <https://thuvienphapluat.vn/van-ban/Bao-hiem/Van-ban-hop-nhat-01-VBHN-VPQH-2014-hop-nhat-Luat-bao-hiem-y-te-243389.aspx>, truy cập ngày 19/6/2024.
15. WHO. 2010. *Health Systems Financing: The Path to Universal Coverage*, Geneva: WHO.