

# Quyết định sử dụng bảo hiểm y tế của người dân ở Việt Nam

## People's decision to use medical insurance in Vietnam

Phan Đình Khôi<sup>1\*</sup>, Phạm Minh Ngọc<sup>2</sup>, Nguyễn Thị Lương<sup>1</sup>, Nguyễn Thị Kim Phụng<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Trường Đại học Cần Thơ, Việt Nam

<sup>2</sup>Vietin Bank Cần Thơ, Việt Nam

\*Tác giả liên hệ, Email: pdkhoi@ctu.edu.vn

---

THÔNG TIN	TÓM TẮT
<p><b>DOI:</b>10.46223/HCMCOUJS. econ.vi.14.1.502.2019</p> <p>Ngày nhận: 29/08/2018 Ngày nhận lại: 05/12/2018 Duyệt đăng: 14/01/2019</p> <p><i>Từ khóa:</i> bảo hiểm y tế, khám chữa bệnh, VHLSS, Việt Nam</p>	<p>Sử dụng bảo hiểm y tế (BHYT) trong khám chữa bệnh tại các cơ sở y tế thu hút sự quan tâm của các chính sách vĩ mô của quốc gia trong xu thế dân số theo độ tuổi lao động chiếm tỉ lệ cao. Tuy nhiên, giải thích quyết định sử dụng BHYT của người dân dựa vào đặc điểm nhân khẩu học trên phạm vi quốc gia ở Việt Nam chưa được nghiên cứu rộng rãi. Bài viết này sử dụng phương pháp hồi quy probit và số liệu Điều tra mức sống dân cư năm 2012 (VHLSS 2012) để phân tích các yếu tố nhân khẩu học ảnh hưởng đến quyết định sử dụng BHYT. Kết quả cho thấy không có sự khác biệt trong quyết định sử dụng BHYT khi khám chữa bệnh đối với yếu tố dân tộc và giới. Xác suất sử dụng BHYT khi khám chữa bệnh xảy ra cao hơn ở nhóm người dân có thu nhập thấp, sống ở thành thị, tuổi cao, trình độ học vấn thấp, và có bệnh nặng. Từ kết quả phân tích, một số đề xuất giúp giảm rủi ro đạo đức khi sử dụng BHYT bao gồm: nâng cao chất lượng cơ sở vật chất, đội ngũ cán bộ y tế tại các cơ sở y tế cấp thấp; khuyến khích và hỗ trợ các đơn vị cung cấp bảo hiểm đa dạng hóa sản phẩm BHYT; tiến đến đa dạng hóa và chuyên nghiệp hóa các kênh phân phối BHYT; tăng cường ứng dụng công nghệ thông tin trong quản lý, giám sát và phát triển các sản phẩm BHYT; cung cấp BHYT trực tuyến và đăng ký khám chữa bệnh sử dụng BHYT bằng hình thức trực tuyến.</p> <p><b>ABSTRACT</b></p> <p>Decision to use medical insurance for health care attracts macro-policy attention as a majority of population stays in the labor force in Vietnam. Although, sound understanding of people's decision to use medical insurance for health care based on demographics nationwide is limited. This paper applying a probit model and VHLSS 2012 (Vietnam</p>

---

Household Living Standards Survey in 2012) to explain the people's decision to use medical insurance for health care. The result showed that there is no difference in the decision of using the medical insurance between the Kinh and other ethnic groups, as well as between men and women. Besides, people who were poor, living in urban areas, elderly or seriously ill tend to use medical insurance more often than others. Some recommendations to overcome limited access and limited usage of medical insurance for health care include: improving medical facilities at lower levels of the health care system; encouraging diversification of health insurance products in order to further diversify and professionalize distribution channels of health insurance; applying information technology in managing, supervising and developing health care insurance products; shifting from traditional based health care insurance to online health insurance; and providing online registration system for health insurance users.

*Keywords:*

health care, medical insurance, VHLSS, Vietnam

## 1. Giới thiệu

Thu nhập bình quân đầu người gia tăng kéo theo nhu cầu chăm sóc sức khỏe ngày càng gia tăng của đa số người dân. Dịch vụ chăm sóc sức khỏe có đặc điểm riêng biệt khác với hàng hóa thông thường bởi vì nhu cầu chăm sóc sức khỏe cũng như nguy cơ mắc bệnh của mỗi cá nhân khác biệt nhau, nên chi phí y tế gắn với dịch vụ chăm sóc sức khỏe thường khó dự đoán chính xác. Đồng thời, dịch vụ chăm sóc sức khỏe phụ thuộc chủ yếu vào các cơ sở y tế bởi vì nhu cầu khám chữa bệnh phụ thuộc rất lớn vào phương pháp điều trị do bác sĩ quyết định. Đặc biệt là dịch vụ chăm sóc sức khỏe gắn liền với sinh mạng nên dù người dân không đủ thu nhập để trang trải thì nhu cầu khám chữa bệnh cũng vẫn rất cấp thiết (Le, 2008). Vì vậy, bảo hiểm y tế (BHYT) là một trong những lựa chọn được dùng để bù đắp rủi ro sức khỏe của người dân ở các quốc gia trên thế giới và không loại trừ ở Việt Nam.

BHYT được xây dựng dựa trên nguyên tắc chia sẻ rủi ro bệnh tật và chi phí khám chữa bệnh giữa những người tham gia. Ở Việt Nam, BHYT được cung cấp bởi công ty bảo hiểm của Nhà nước hoạt động vì mục tiêu lợi ích cộng đồng. Đến năm 2014, Luật BHYT quy định người tham gia BHYT trả mức phí bảo hiểm theo quy định, số tiền này sẽ được tổ chức BHYT chuyển vào quỹ BHYT và dùng để chi trả cho các cơ sở y tế theo hợp đồng khám chữa bệnh BHYT. Mức chi trả BHYT đối với cá nhân phụ thuộc vào đối tượng, cơ sở y tế và loại hình khám chữa bệnh. Nhìn chung, BHYT nhằm mục tiêu giảm gánh nặng chi phí y tế cho người bệnh. Tuy nhiên, vấn đề cung cấp dịch vụ khám chữa bệnh cho người có BHYT và sử dụng BHYT còn tồn tại những bất cập ở cả hai phía.

Phía cung cấp dịch vụ khám chữa bệnh, nhiều cơ sở y tế phân biệt đối xử giữa hình thức thanh toán chi phí khám chữa bệnh bằng tiền mặt với hình thức khám chữa bệnh bằng BHYT (vấn đề lựa chọn lựa bất lợi - *adverse selection*). Những bệnh nhân thanh toán tiền mặt thường được chăm sóc tốt và được chú ý nhiều hơn so với những người có BHYT (Huynh & Pretorius, 2009). C. T. Nguyen và Nguyen (2014) và H. Nguyen (2011) phân tích các yếu tố tác động đến

sự hài lòng của bệnh nhân khi điều trị tại các bệnh viện công và tư ở Việt Nam. Kết quả chỉ ra rằng các yếu tố hữu hình như thiết bị, dụng cụ y khoa, môi trường bệnh viện có vai trò quan trọng nhất trong việc kì vọng về chất lượng dịch vụ. Yếu tố có ảnh hưởng tiếp theo là “thái độ và y đức” và cuối cùng là “dễ dàng tiếp cận dịch vụ chăm sóc sức khỏe”. Bên cạnh đó, lĩnh vực chăm sóc sức khỏe tư cũng tồn tại một số vấn đề đáng quan tâm là người cung cấp muốn tối đa hóa lợi ích ngược lại với nguyện vọng của bệnh nhân. Thị trường cung cấp dịch vụ sức khỏe tư thường thao túng nhu cầu bệnh nhân cả về số lượng và chất lượng thuốc (H. Nguyen, 2011).

Trong khi đó, hành vi sử dụng BHYT khám chữa bệnh liên quan đến vấn đề rủi ro đạo đức (*moral hazard*) xảy ra sau khi người dân được cấp thẻ BHYT. M. T. Nguyen và Hoang (2012) phân tích sử dụng số liệu VHLSS năm 2008 và 2012 cho thấy rủi ro đạo đức trong BHYT tự nguyện đã gia tăng về mức độ và diễn ra theo nhóm tuổi ở năm 2010 so với năm 2008. Tương tự, P. V. Nguyen và Cao (2014) sử dụng số liệu phỏng vấn trực tiếp người dân trên địa bàn Thành phố Hồ Chí Minh từ tháng 03/2014 đến tháng 05/2014 cho thấy có hiện tượng lựa chọn bất lợi và rủi ro đạo đức trong việc cấp và sử dụng BHYT tự nguyện trên địa bàn. Trong đó, những người dân có sức khỏe không tốt nằm trong số nhiều những người mua BHYT (lựa chọn bất lợi) và những người có BHYT tự nguyện đi khám bệnh nhiều hơn so với những người không có BHYT hoặc sở hữu các loại BHYT khác (rủi ro đạo đức).

Thực trạng trên đặt ra thách thức lớn cho mục tiêu của chương trình BHYT toàn dân đến năm 2020, trong khi tỷ lệ bao phủ BHYT năm 2015 chỉ khoảng trên 70% và nhiệm vụ còn lại là phải mở rộng tỉ lệ BHYT cho 30% dân số còn lại. Tuy nhiên, nghiên cứu về hành vi sử dụng BHYT trong khám chữa bệnh của người dân còn khá khiêm tốn. Các nghiên cứu trước đây (Ensor, 1995; Sepehri, Sarma, & Serieux, 2009) phân tích chương trình BHYT ở giai đoạn thử nghiệm hoặc phân tích vấn đề rủi ro đạo đức trong BHYT (M. T. Nguyen & Hoang, 2012; P. V. Nguyen & Cao, 2014). Trong khi chi phí giao dịch có ảnh hưởng đến quyết định sử dụng BHYT của người dân, mặc dù vậy các nghiên cứu trước đây thường chưa tách biệt quyết định mua bảo hiểm với quyết định sử dụng BHYT.

Bài viết này nhằm mục tiêu phân tích các yếu tố ảnh hưởng đến quyết định sử dụng BHYT trong khám chữa bệnh của người dân ở Việt Nam. Kết quả nghiên cứu là cơ sở để đề xuất hướng cải cách hoạt động của BHYT trong giai đoạn tới. Do vậy, nghiên cứu để hiểu hành vi sử dụng BHYT khi khám chữa bệnh của người dân và các yếu tố ảnh hưởng đến quyết định sử dụng BHYT trong khám chữa bệnh của người dân có ý nghĩa đối với hoạt động triển khai chương trình BHYT toàn dân trong giai đoạn hiện nay. Phần còn lại của bài viết bao gồm: mục 2 trình bày phương pháp nghiên cứu; mục 3 trình bày kết quả và thảo luận; mục 4 kết luận và kiến nghị đề xuất hướng phát triển BHYT ở Việt Nam.

## **2. Phương pháp nghiên cứu**

### **2.1. Mô hình lý thuyết**

Mô hình quyết định mua BHYT dựa theo lý thuyết phúc lợi của Arrow (1963) rằng cá nhân chọn mua bảo hiểm sức khỏe dựa vào mục tiêu tối đa hóa lợi ích kỳ vọng dựa vào mức thu nhập và chi phí khám chữa bệnh trong điều kiện không chắc chắn. Sự lựa chọn của cá nhân đối với bảo hiểm được xác định dựa vào hàm hữu dụng kỳ vọng của Bernoulli (1783) đối với quyết định tiêu dùng trong điều kiện không chắc chắn. Theo đó, quyết định mua bảo hiểm y tế của người dân dựa trên sự cân đối giữa chi phí mua bảo hiểm y tế và lợi ích nhận được từ sử dụng BHYT khi khám chữa bệnh. Giả định rằng, chi phí bảo hiểm một mặt làm giảm thu nhập, mặt khác làm giảm chi phí khám chữa bệnh mà người mua bảo hiểm phải gánh chịu. Propper,

Rees, và Green (2001) đề xuất mô hình lợi ích kỳ vọng của người mua bảo hiểm trong điều kiện không chắc chắn. Với giá trị tài sản ban đầu  $w$ , hàm lợi ích kỳ vọng của cá nhân trong trường hợp không có BHYT có dạng:

$$U_i^0 = \text{Max}[w_i + (y_i - c_i - \lambda_i)] \quad (1)$$

và trong trường hợp có BHYT có dạng

$$U_i^1 = \text{Max}[w_i + (y_i - c_i - \theta_i - \lambda_i)] \quad (2)$$

trong đó,  $U_i^0$  và  $U_i^1$  là lợi ích kỳ vọng của cá nhân trong trường hợp không mua BHYT và có mua BHYT;  $w_i$  là giá trị tài sản ban đầu;  $y_i$  và  $c_i$  là thu nhập và chi tiêu;  $\theta_i$  là phí bảo hiểm;  $\lambda_i$  là chi phí khám chữa bệnh kỳ vọng.

Bất cân xứng thông tin hiện diện trong hợp đồng bảo hiểm dẫn đến vấn đề lựa chọn bất lợi (adverse selection) và rủi ro đạo đức (moral hazard). Trong trường hợp *ex-ante*, cá nhân dựa vào kết quả so sánh lợi ích kỳ vọng của hai trạng thái  $U_i^0$  và  $U_i^1$  để quyết định mua BHYT. Mức độ không chắc chắn của sức khỏe làm xảy ra rủi ro tài chính khi chi phí y tế vượt qua một ngưỡng thu nhập.

Chaudhuri và Roy (2008); Wagstaff và Lindelow (2008) lập luận rằng chi phí y tế vượt ngưỡng thu nhập trung bình của người dân được xem là “thảm họa” làm gia tăng nhu cầu sử dụng BHYT. Bên cạnh đó, lợi ích kỳ vọng từ BHYT còn phụ thuộc vào chất lượng dịch vụ y tế. Besley, Hall, và Preston (1999) chỉ ra rằng chất lượng khám chữa bệnh là tăng nhu cầu sử dụng BHYT trong khi các chi phí tiếp cận dịch vụ khám chữa bệnh ở các cơ sở y tế và sự sẵn có của các cơ sở trong một khu vực địa phương có ảnh hưởng giảm nhu cầu sử dụng BHYT của cá nhân. Gần đây, Abimbola và cộng sự (2015) chỉ ra rằng chi phí giao dịch có ảnh hưởng đến quyết định sử dụng BHYT của người dân. Trong trường hợp *ex-post*, cá nhân sử dụng BHYT khám chữa bệnh khi lợi ích do sử dụng BHYT lớn hơn lợi ích không sử dụng BHYT.

## 2.2. Mô hình ước lượng

Gọi  $\Delta U^*$  là chênh lệch lợi ích giữa (2) và (1), khi đó  $\Delta U^*$  được viết lại dưới dạng:

$$\begin{aligned} \Delta U_i^* &= \mathbf{x}_i' \boldsymbol{\beta} + \varepsilon_i \\ I_i &= \begin{cases} 0 & \text{if } \Delta U_i^* \leq 0 \\ 1 & \text{if } \Delta U_i^* > 0 \end{cases} \end{aligned} \quad (3)$$

trong đó,  $\Delta U_i^*$  được đo lường thông qua biến phụ thuộc nhị phân  $I_i$  ( $I_i$  nhận giá trị bằng 1 nếu cá nhân sử dụng BHYT trong khám chữa bệnh và ngược lại  $I_i$  bằng 0).  $\mathbf{x}_i$  là véc-tơ tập hợp các biến nhân khẩu học quan sát được giải thích cho các yếu tố ảnh hưởng đến lợi ích của cá nhân quyết định sử dụng BHYT khám chữa bệnh. Các yếu tố này bao gồm đặc điểm của cá nhân, đặc điểm thu nhập và chi tiêu, chất lượng dịch vụ y tế, và chi phí khám chữa bệnh kỳ vọng (P. V. Nguyen & Cao, 2014).  $\varepsilon_i$  là sai số ngẫu nhiên, và  $\boldsymbol{\beta}$  là véc-tơ các tham số ước lượng.

Vì mức chênh lệch lợi ích của cá nhân,  $\Delta U_i^*$ , không quan sát được, các hệ số  $\boldsymbol{\beta}$  có thể được ước lượng bằng mô hình xác suất với biến phụ thuộc là biến nhị phân Papke và Wooldridge (1993). Theo đó, các yếu tố tác động đến việc sử dụng BHYT được phân tích bằng mô hình probit, bao gồm: tuổi, tuổi bình phương, dân tộc, số lần khám, thành thị, giới tính, thu

nhập bình quân, cơ sở y tế, vùng, loại hình bảo hiểm, trình độ học vấn. Xác suất của cá nhân sử dụng BHYT khám chữa bệnh có dạng:

$$\begin{aligned} \Pr(I_i = 1 | \mathbf{x}) &= \Pr(\Delta w_i^* > 0 | \mathbf{x}) = \Pr(\mathbf{x}'_i \beta + \varepsilon_i > 0) \\ &= \Pr(\varepsilon_i > -\mathbf{x}'_i \beta) = \Pr(\varepsilon_i \leq \mathbf{x}'_i \beta) = \Phi_i(\mathbf{x}'_i \beta) \end{aligned} \quad (4)$$

Trong đó,  $\Phi_i(\cdot)$  là hàm phân phối tích lũy chuẩn (cdf), với  $\phi_i(\cdot)$  là hàm mật độ phân phối chuẩn (pdf). Tuy nhiên hệ số ước lượng  $\beta$  thường không được sử dụng trực tiếp để giải thích ý nghĩa của các biến độc lập trong mô hình (Wooldridge, 2002). Tác động biên sẽ được tính toán và được sử dụng để giải thích ý nghĩa của mô hình thay cho các hệ số ước lượng  $\beta$ , dựa theo công thức:

$$\frac{\partial \Phi_i(\cdot)}{\partial x_{ik}} = \phi_i(\cdot) \beta_k \quad (5)$$

Các hệ số  $\beta$  và hiệu ứng biên  $\phi_i(\cdot) \beta_k$  từ mô hình quyết định tham gia bảo hiểm y tế được ước lượng bằng phương pháp ước lượng hợp lý tối đa (MLE) dựa theo Greene (2003).

### 2.3. Số liệu

Bộ số liệu thu thập thông tin mức sống dân cư từ VHLSS 2012 được Tổng cục Thống kê thu thập vào tháng 3, 6, 9 và 12 trong năm 2012 từ 3.133 địa bàn ở Việt Nam được sử dụng. Thông tin khảo sát bao gồm hai phần: thứ nhất, phần dành cho hộ dân cư có các thông tin về các yếu tố nhân khẩu học, di cư, giáo dục, y tế, thu nhập, chi tiêu, đồ dùng lâu bền, nhà ở và tham gia các chương trình trợ giúp ở cấp độ hộ gia đình; và thứ hai, phần dành cho xã thu thập các thông tin phản ánh điều kiện sống trong phạm vi xã ảnh hưởng đến mức sống của hộ dân cư. Các biến trong mô hình nghiên cứu được lấy từ phần khảo sát hộ gia đình. Cụ thể, các biến được trích từ Mục 1 có nội dung về thành viên hộ gia đình, Mục 2 có nội dung về giáo dục, Mục 3 có nội dung về y tế trong bộ số liệu VHLSS năm 2012.

## 3. Kết quả và thảo luận

### 3.1. Thực trạng mua BHYT của người dân

Số liệu VHLSS 2012 cho thấy có 12.348 người dân có BHYT trong tổng số 17.139 quan sát, tỉ lệ bao phủ của BHYT là khoảng 72%. Trong đó, số người sử dụng BHYT khi khám chữa bệnh là 8.338 người, tỷ lệ sử dụng BHYT là 68% trong tổng số người có BHYT (Bảng 1).

**Bảng 1**

Thực trạng về việc sử dụng BHYT khi khám chữa bệnh

	Không có bảo hiểm	Bảo hiểm bắt buộc	Bảo hiểm tự nguyện	Bảo hiểm cho người nghèo	Tổng
Số lượt người không sử dụng BHYT	4,791	705	1,533	1,772	<b>8,801</b>
Tỉ lệ không sử dụng BHYT (%)	54%	8%	17%	20%	<b>100%</b>
Số người có sử dụng BHYT	0	1,335	2,575	4,428	<b>8,338</b>
Tỉ lệ có sử dụng BHYT (%)	0%	16%	31%	53%	<b>100%</b>
<b>Tổng</b>	<b>4,791</b>	<b>2,040</b>	<b>4,108</b>	<b>6,200</b>	<b>17,139</b>

Nguồn: VHLSS 2012

Nghiên cứu chỉ tập trung vào các đối tượng khám chữa bệnh ngoại trú vì nhóm đối tượng này thường ít tiếp cận đến lợi ích của thẻ BHYT (ít sử dụng thẻ) hơn nhóm đối tượng khám nội trú. Bảng 1 cho thấy loại hình bảo hiểm được sử dụng phổ biến nhất là bảo hiểm cho người nghèo (chiếm khoảng 54% trong tổng quan sát có sử dụng thẻ) và bảo hiểm bắt buộc được sử dụng ít nhất (chiếm khoảng 16% trong tổng quan sát có sử dụng thẻ. Tỷ trọng của nhóm không sử dụng thẻ BHYT chiếm khoảng 51% tổng quan sát (có 8.801 quan sát không sử dụng thẻ BHYT khi khám chữa bệnh) và có 46% trong số đó có thẻ BHYT (4.010 quan sát có thẻ trong tổng số 8.801 quan sát không sử dụng thẻ).

### 3.2. Đặc điểm của người mua BHYT

Bảng 2 cho thấy người sở hữu BHYT có độ tuổi trung bình khoảng 36 tuổi, và dao động trong khoảng từ 1 đến 102 tuổi. Số lần khám bệnh trung bình là 2,4 lần trong năm và có người khám bệnh đến 80 lần trong năm.

**Bảng 2**

Đặc điểm cá nhân của người mua BHYT

Biến	Trung bình	Giá trị thấp nhất	Giá trị cao nhất	Độ lệch chuẩn
Tuổi	35,6120	1	102	23,3787
Số lần khám	2,4762	0	80	3,4635

Nguồn: VHLSS 2012

Bảng 3 trình bày đặc điểm nhân khẩu học của người mua BHYT. Đa phần người mua BHYT có trình độ không cao (39% đáp viên không có bằng cấp, 55% đáp viên có trình độ từ tiểu học đến trung học phổ thông và chỉ có 6% đáp viên học đại học trở lên). Người mua BHYT có thu nhập bình quân được chia theo ngũ phân vị với mức thu nhập cao nhất chiếm 23% và thu nhập thấp nhất chiếm 16% tổng quan sát. Người mua BHYT phân bổ sử dụng các cơ sở y tế với tỉ lệ khá đồng đều, trừ thầy thuốc truyền thống có tỉ lệ sử dụng ở mức thấp nhất (9,6% tổng thể). Tỉ lệ phân bổ theo vùng miền của người mua BHYT không đều ở 6 vùng trong cả nước. Trong đó, 2 vùng có tỉ lệ đáp viên cao nhất là Bắc trung bộ và Duyên hải miền Trung và Đồng bằng sông Cửu Long (22% và 29%), vùng có tỉ lệ đáp viên thấp nhất là Tây Nguyên (7,6%). Trong các loại hình bảo hiểm, bảo hiểm cho người nghèo có tỉ lệ sở hữu cao nhất (36%) và thấp nhất là bảo hiểm bắt buộc (12%).

**Bảng 3**

Đặc điểm nhân khẩu học của người mua BHYT

Biến	Tần số	Tần suất	Tần suất tích lũy
<b>Đặc điểm cá nhân</b>			
<b>Dân tộc</b>			
Dân tộc Kinh	14.780	86%	86%
Dân tộc khác	2.359	14%	100%
<b>Thành thị</b>			
Thành thị	5.061	30%	30%
Nông thôn	12.078	70%	100%

<b>Biến</b>	<b>Tần số</b>	<b>Tần suất</b>	<b>Tần suất tích lũy</b>
<b>Giới tính</b>			
Nam	7.408	43%	43%
Nữ	9.731	57%	100%
<b>Trình độ học vấn</b>			
Không có bằng cấp (dùng làm so sánh)	6.608	39%	39%
Tiểu học	4.005	23%	62%
Trung học cơ sở	3.557	21%	83%
Trung học phổ thông	2.011	12%	94%
Đại học trở lên	958	6%	100%
<b>Thu nhập bình quân</b>			
Thu nhập bình quân 1 (dùng làm so sánh)	2.710	16%	16%
Thu nhập bình quân 2	3.401	20%	36%
Thu nhập bình quân 3	3.525	21%	56%
Thu nhập bình quân 4	3.589	21%	77%
Thu nhập bình quân 5	3.914	23%	100%
<b>Vùng</b>			
Đồng bằng sông Hồng	2.732	16%	16%
Trung du và miền núi phía Bắc	2.368	14%	30%
Bắc Trung Bộ và duyên hải miền Trung	3.740	22%	52%
Tây Nguyên	1.309	8%	59%
Đông Nam Bộ	1.971	12%	71%
Đồng bằng sông Cửu Long (dùng làm so sánh)	5.019	29%	100%

Nguồn: VHLSS 2012

### 3.3. *Thực trạng sử dụng BHYT tại các cơ sở khám chữa bệnh*

**Bảng 4**

Đặc điểm cung dịch vụ khám chữa bệnh

<b>Cơ sở y tế</b>	<b>Tần số</b>	<b>Tần suất</b>	<b>Tần suất tích lũy</b>
Trung tâm y tế (dùng làm so sánh)	4.291	25%	25%
Bệnh viện huyện	3.722	22%	47%
Bệnh viện cấp cao	3.835	22%	69%
Bệnh viện tư	3.642	21%	90%
Thầy thuốc truyền thống	1.649	10%	100%
<b>Loại hình bảo hiểm</b>			
Không có bảo hiểm (dùng làm so sánh)	4.791	28%	28%
Bảo hiểm bắt buộc	2.040	12%	40%
Bảo hiểm tự nguyện	4.108	24%	64%
Bảo hiểm cho người nghèo	6.200	36%	100%

Nguồn: VHLSS 2012

Tỉ lệ sử dụng BHYT khi khám chữa bệnh có sự phân bố khác nhau tại các cơ sở y tế. Bảng 4 cho thấy BHYT được sử dụng với tỉ lệ nhiều nhất tại trung tâm y tế (39% tổng số quan sát có sử dụng BHYT) và thấp nhất tại bệnh viện tư (tương đương 11%), tỷ lệ sử dụng BHYT tại bệnh viện huyện và bệnh viện tuyến trên lần lượt là 28% và 23%. Trong đó, hơn 50% số lượt sử dụng BHYT thuộc diện nghèo; tỉ lệ sử dụng BHYT tự nguyện chiếm khoảng 30% số người và phần còn lại sử dụng BHYT bắt buộc. Mỗi tương quan giữa loại hình BHYT và cơ sở khám chữa bệnh phân bố theo hướng sử dụng BHYT bắt buộc để khám chữa bệnh ở các bệnh viện tuyến trên (chiếm tỉ lệ khoảng 39%), ít sử dụng BHYT tự nguyện tuyến huyện (chiếm khoảng 31%) và sử dụng BHYT tự nguyện khám chữa bệnh tại trung tâm y tế chiếm đa số (cao nhất với tỉ lệ hơn 51%).

### Bảng 5

Thực trạng sử dụng các loại BHYT trong khám chữa bệnh

	Đvt: Số quan sát			
	Bảo hiểm bắt buộc	Bảo hiểm tự nguyện	Bảo hiểm cho người nghèo	Tổng
<b>Sử dụng BHYT tại các cơ sở y tế</b>	<b>1,335</b>	<b>2,575</b>	<b>4,428</b>	<b>8,338</b>
Trung tâm y tế	246	715	2,265	<b>3,226</b>
Bệnh viện tư	152	349	382	<b>883</b>
Bệnh viện huyện	416	805	1,128	<b>2,349</b>
Bệnh viện cấp cao	521	706	653	<b>1,880</b>
<b>Sử dụng BHYT theo thu nhập</b>	<b>1,335</b>	<b>2,575</b>	<b>4,428</b>	<b>8,338</b>
Thu nhập nhóm 1	12	193	1,507	<b>1,712</b>
Thu nhập nhóm 2	68	504	1,112	<b>1,684</b>
Thu nhập nhóm 3	204	600	691	<b>1,495</b>
Thu nhập nhóm 4	382	696	590	<b>1,668</b>
Thu nhập nhóm 5	669	582	528	<b>1,779</b>
<b>Sử dụng BHYT theo vùng</b>	<b>1,335</b>	<b>2,575</b>	<b>4,428</b>	<b>8,338</b>
Đồng bằng sông Hồng	304	310	571	<b>1,185</b>
Trung du và miền núi phía Bắc	229	217	1,105	<b>1,551</b>
Bắc Trung Bộ và duyên hải miền Trung	269	653	994	<b>1,916</b>
Tây Nguyên	77	110	397	<b>584</b>
Đông Nam Bộ	227	302	312	<b>841</b>
Đồng bằng sông Cửu Long	229	983	1,049	<b>2,261</b>

Nguồn: VHLSS 2012

Xét theo các mức thu nhập, các nhóm có thu nhập thấp nhất (nhóm 1 và nhóm 2) thường sử dụng loại bảo hiểm cho người nghèo nhiều nhất, các nhóm có thu nhập trung bình (nhóm 3 và nhóm 4) thường dùng thẻ bảo hiểm tự nguyện và nhóm thu nhập cao nhất (nhóm 5) lại có tỷ trọng dùng thẻ bảo hiểm bắt buộc cao nhất. Trong đó, bảo hiểm cho người nghèo là loại bảo hiểm được sử dụng nhiều nhất và tỷ trọng sử dụng loại thẻ BHYT này có xu hướng giảm khi thu nhập của quan sát tăng lên. Bảo hiểm bắt buộc là loại bảo hiểm có tỉ trọng sử dụng thấp nhất, tuy nhiên, việc sử dụng loại bảo hiểm này có chiều hướng tăng khi thu nhập tăng, điều tương tự cũng được nhận thấy đối với loại thẻ bảo hiểm tự nguyện (Bảng 5).

Nhìn chung, BHYT cho người nghèo được sử dụng nhiều ở tất cả các vùng miền. Trong đó, khu vực miền núi phía Bắc, Tây Nguyên có tỉ lệ sử dụng BHYT người nghèo cao nhất (chiếm khoảng 70%). Ngoài ra, BHYT bắt buộc được sử dụng với tỉ lệ không cao và có sự khác biệt nhất định giữa các khu vực. Cụ thể, khu vực Đông Nam Bộ và Đồng bằng sông Cửu Long có tỉ lệ sử dụng BHYT người nghèo thấp nhất và đồng thời cả hai khu vực này có xu hướng sử dụng BHYT bắt buộc và tự nguyện cao hơn các khu vực khác trong cả nước.

### 3.4. Kết quả ước lượng

Các kết quả kiểm định ở Bảng 5 cho thấy mô hình không bị đa cộng tuyến (chỉ số VIF dao động từ 1,03 đến 3,59) và không có hiện tượng phương sai sai số thay đổi (kiểm định Breusch-Pagan có giá trị p-value = 0,00). Thêm vào đó, kiểm định Hosmer-Lemeshow có giá trị (p-value = 0,03) cho kết luận mô hình phù hợp với dữ liệu và tỉ lệ dự báo đúng của mô hình là 72,85%.

Hệ số ước lượng của tuổi có giá trị dương và có ý nghĩa ở mức 1% cho thấy tuổi càng cao thì nhu cầu chăm sóc sức khỏe và quan tâm đến chi phí càng cao (khi tuổi tăng thêm 1 đơn vị thì xác suất sử dụng thẻ BHYT sẽ tăng 0,56 điểm phần trăm). Kết quả này phù hợp với xu hướng sử dụng BHYT theo thời gian nhằm tiết kiệm chi phí.

Tuy vậy, kết quả này trái với kỳ vọng của các nhà cung cấp BHYT bởi vì biểu phí BHYT cho thấy tuổi và phí bảo hiểm có mối tương quan dạng. Trong khi đó, kết quả ước lượng cho thấy tuổi và xác suất sử dụng BHYT có mối tương quan phi tuyến tính dạng do hệ số ước lượng của tuổi bình phương có giá trị âm và có ý nghĩa ở mức 1%. Mặc dù vậy, mức tác động biên của tuổi bình phương là không đáng kể.

Hệ số ước lượng của người dân sống ở thành thị có giá trị dương với mức ý nghĩa 1% và có giá trị tác động biên là 0,03. Như vậy, người dân sống ở thành thị có xác suất sử dụng BHYT cao hơn người dân ở nông thôn là 3,44 điểm phần trăm. Kết quả này phản ánh khả năng tiếp cận dịch vụ y tế ở thành thị tốt hơn ở nông thôn nên phần trăm số quan sát có thẻ BHYT cũng như có sử dụng loại thẻ này trong thanh toán khám chữa bệnh cao hơn nhóm đối tượng ở nông thôn. Kết quả tương tự được chỉ ra bởi Ali (2009) và Kirdruang (2011) rằng khoảng cách đến các bệnh viện công càng xa thì người dân có xu hướng sử dụng các dịch vụ y tế gần xung quanh khu vực sinh sống.

### Bảng 6

Các yếu tố tác động đến việc sử dụng thẻ BHYT

	Hệ số ước lượng ( $\beta$ )	Sai số chuẩn đã điều chỉnh (Adj. Error)	Hiệu ứng biên (M.E)
Tuổi	0,0160***	0,0025	0,0056
Tuổi bình phương	- 0,0001***	0,0000	- 0,0000
Dân tộc	- 0,0246	0,0463	- 0,0085
Thành thị	0,0997***	0,0302	0,0344
Giới tính	- 0,0054	0,0254	- 0,0019
Trình độ học vấn			

	Hệ số ước lượng ( $\beta$ )	Sai số chuẩn đã điều chỉnh (Adj. Error)	Hiệu ứng biên (M.E)
Tiểu học	- 0,0787**	0,0401	- 0,0277
Trung học cơ sở	- 0,0463	0,0447	- 0,0163
Trung học phổ thông	- 0,1111**	0,0509	- 0,0395
Đại học trở lên	0,0106	0,0669	0,0037
Thu nhập của hộ			
Thu nhập bình quân 2	- 0,0209	0,0446	- 0,0073
Thu nhập bình quân 3	- 0,1237***	0,0464	- 0,0439
Thu nhập bình quân 4	- 0,0720	0,0470	- 0,0253
Thu nhập bình quân 5	- 0,1330***	0,0492	- 0,0471
Vùng miền			
Đồng bằng sông Hồng	- 0,2776***	0,0419	- 0,1008
Trung du và miền núi phía Bắc	- 0,1033**	0,0485	- 0,0366
Bắc Trung Bộ và duyên hải miền Trung	- 0,0933**	0,0372	- 0,0329
Tây Nguyên	- 0,1113**	0,0539	- 0,0397
Đông Nam Bộ	- 0,1596***	0,0450	- 0,0572
Loại cơ sở y tế			
Bệnh viện huyện	- 0,1784***	0,0385	- 0,0635
Bệnh viện cấp cao	- 0,5253***	0,0400	- 0,1932
Bệnh viện tư	- 1,1966***	0,0415	- 0,4469
Thầy thuốc truyền thống	- 1,3417***	0,0536	- 0,4971
Loại hình bảo hiểm			
Bảo hiểm bắt buộc	- 0,0860**	0,0470	- 0,0304
Bảo hiểm tự nguyện	- 0,1257***	0,0324	- 0,0442
Số lần khám	0,0610***	0,0089	0,0212
<hr/>			
Hệ số chặn	0,7474		
<hr/>			
Số quan sát	12.348		
Wald chi <sup>2</sup> (27)	1.788,9		
Prob > chi <sup>2</sup>	0,0000		
Pseudo R <sup>2</sup>	0,1376		
VIF trung bình	3,48		
Kiểm định Breusch-Pagan	p-value = 0,00		
Kiểm định Hosmer-Lemeshow	p-value = 0,03		
Tỷ lệ dự đoán đúng của mô hình	72,85%		

Ghi chú: \*\*\*, \*\*: hệ số có ý nghĩa ở mức 1%, 5%

Nguồn: Kết quả phân tích dữ liệu của nhóm nghiên cứu

Hệ số ước lượng của mức thu nhập bình quân (mức 3 và mức 5) có mối tương quan nghịch với xác suất sử dụng BHYT và có ý nghĩa ở mức 1%. Kết quả chỉ ra rằng thu nhập của người dân ở mức càng cao thì tỉ lệ sử dụng BHYT càng thấp hơn so với nhóm thu nhập thấp (mức 1). Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Sepehri và cộng sự (2009) với kết luận rằng khi thu nhập càng thấp thì người dân càng có xu hướng dùng thẻ BHYT để giảm chi phí phát sinh trong quá trình khám chữa bệnh và người có trình độ học vấn cao có xu hướng không sử dụng BHYT trong quá trình khám chữa bệnh. Hệ số ước lượng của trình độ học vấn cho kết quả không nhất quán giữa các bậc. Tương tự, khi đối tượng có trình độ học vấn (tiểu học, trung học phổ thông) thì tỉ lệ sử dụng BHYT không cao hơn nhóm đối tượng không có bằng cấp.

Hệ số ước lượng của yếu tố vùng miền có nghĩa và có mối tương quan nghịch với xác suất sử dụng BHYT. So với vùng Đồng bằng sông Cửu Long (ĐBSCL), xác suất sử dụng thẻ giảm xấp xỉ 4 điểm phần trăm đối với 3 khu vực: Trung du và miền núi phía Bắc, Bắc Trung Bộ và Duyên hải miền Trung và Tây Nguyên. Trong khi đó, xác suất sử dụng BHYT tại Đông Nam Bộ giảm 5,72 điểm phần trăm và 10,08 điểm phần trăm đối với khu vực Đồng bằng sông Hồng. Kết quả cho thấy có sự khác biệt trong xu hướng sử dụng BHYT giữa các khu vực, trong đó, khu vực ĐBSCL có xác suất sử dụng BHYT cao hơn các khu vực khác.

Hệ số ước lượng của loại cơ sở y tế có tương quan nghịch và có ý nghĩa ở mức 1%. Lấy trung tâm y tế làm cơ sở so sánh, xác suất sử dụng BHYT ở các cơ sở y tế còn lại đều thấp hơn so với ở trung tâm y tế. Kết quả này phản ánh được thực trạng khám chữa bệnh sử dụng BHYT ở tuyến cơ sở của Việt Nam hiện nay. Theo đó, đơn vị cung cấp BHYT ràng buộc điều kiện khám chữa bệnh ban đầu ở cấp cơ sở trước khi chuyển tuyến. Kết quả này phân nào phản ánh vấn đề sàng lọc người dân tham gia BHYT trong giai đoạn trước khi giao dịch được thực hiện. Ràng buộc này có thể làm giảm lợi ích của người mua BHYT trong khám chữa bệnh đồng thời hạn chế được người dân dùng BHYT ở các tuyến trên và khám chữa bệnh vượt tuyến.

Hệ số ước lượng của loại hình bảo hiểm có tương quan nghịch và có ý nghĩa trong mô hình. Lấy loại hình bảo hiểm cho người nghèo làm cơ sở so sánh, BHYT dành cho người nghèo bao gồm các loại bảo hiểm cho trẻ em và những người thuộc đối tượng nghèo, cận nghèo, diện chính sách có xác suất sử dụng BHYT nhiều hơn các đối tượng khác để nhằm giảm bớt gánh nặng trong chi phí khám chữa bệnh. Kết quả này tương đồng với các kết quả của Sepehri và cộng sự (2009) và Kirdruang (2011) và phù hợp với kỳ vọng của chính sách BHYT của Việt Nam.

Sử dụng số lần khám bệnh để chỉ tình trạng bệnh của người dân có BHYT, kết quả cho thấy số lần khám tăng 1 đơn vị làm cho xác suất sử dụng thẻ BHYT tăng lên 2,12 điểm phần trăm. Kết quả này được cho là phù hợp với hành vi sử dụng BHYT tại Việt Nam và trên thế giới. Kirdruang (2011) chỉ ra rằng những người có bệnh nặng mãn tính ở các nước đang phát triển thường tận dụng tối đa BHYT để giảm bớt chi phí.

#### **4. Kết luận và khuyến nghị**

Kết quả phân tích cho thấy tỉ lệ  $\frac{3}{4}$  người dân ở Việt Nam hiện đang có BHYT. Tuy nhiên, chỉ khoảng 70% người dân có sử dụng BHYT trong khám chữa bệnh. Trong đó, người nghèo chủ yếu sử dụng BHYT ở các cơ sở khám chữa bệnh ở tuyến cơ sở (trung tâm y tế, bệnh viện huyện). Trong khi thu nhập của người dân tăng làm tăng khả năng chi tiêu cho y tế, làm giảm nhu cầu BHYT cho người nghèo trong khi nhu cầu BHYT tự nguyện và bắt buộc gia tăng. Theo thống kê, các cá nhân có xu hướng sử dụng BHYT tại các cơ sở y tế cấp thấp nhưng lại chi cho khám chữa bệnh nhiều hơn (gần 10 lần) tại bệnh viện cấp cao.

Kết quả phân tích chỉ rằng quyết định sử dụng BHYT khám chữa bệnh của người dân phụ thuộc vào các yếu tố: thu nhập, sống ở thành thị, trình độ học vấn, tuổi, và số lần khám bệnh trong năm. Trong khi đó, dân tộc và giới tính không có ý nghĩa thống kê. Nói cách khác, không có sự khác biệt trong việc sử dụng BHYT giữa người Kinh và các dân tộc khác, giữa nam và nữ.

Một số khuyến nghị nhằm hướng đến mục tiêu gia tăng tỉ lệ tham gia BHYT và sử dụng BHYT đúng theo hợp đồng bảo hiểm cho người dân bao gồm: (i) nâng cao vai trò của Chính Phủ và cơ quan quản lý nhà nước về phía cung BHYT trong lộ trình nâng cao chất lượng cơ sở vật chất, đội ngũ cán bộ y tế tại các cơ sở y tế cấp thấp; ban hành chính sách đãi ngộ cán bộ y tế khi công tác tại các địa phương vùng sâu vùng xa, tại các cơ sở y tế cấp huyện, xã và đẩy mạnh việc triển khai thi hành luật BHYT tại các địa phương; và (ii) Chính phủ nên ban hành cơ chế khuyến khích và hỗ trợ các doanh nghiệp đa dạng hóa sản phẩm BHYT nhằm đáp ứng nhu cầu bảo hiểm đa dạng của các tổ chức và cá nhân; tiến đến đa dạng hóa và chuyên nghiệp hóa các kênh phân phối BHYT, (iii) tỉ lệ tham gia và sử dụng BHYT phụ thuộc vào nguồn cung BHYT và thông tin trên thị trường, do vậy chúng ta cần xây dựng cầu nối hiệu quả giữa các đơn vị cung cấp BHYT và người dân thông qua cơ chế minh bạch và đơn giản hóa thông tin; tăng cường ứng dụng công nghệ thông tin trong quản lý, giám sát và phát triển các sản phẩm BHYT; tiến đến cung cấp BHYT trực tuyến và đăng ký khám chữa bệnh sử dụng BHYT bằng hình thức trực tuyến.

---

### Tài liệu tham khảo

- Abimbola, S., Ukwaja, K. N., Onyedum, C. C., Negin, J., Jan, S., & Martiniuk, A. L. C. (2015). Transaction costs of access to health care: Implications of the care-seeking pathways of tuberculosis for health system governance in Nigeria. *Global Public Health*, 10(9), 1060-1077.
- Ali, S. I. (2009). *Measuring the impact of voluntary health insurance on out of pocket costs and socioeconomic-related inequality: Methodological challenges and potential solutions with an application to Vietnam* (Doctoral dissertation, University of York, York, England).
- Arrow, K. J. (1963). Uncertainty and the welfare economics of medical care. *American Economic Review*, 53(5), 941-973.
- Bernoulli, D. (1783). Specimen theoriarum novarum de mensura sortis. *Comentarii Academiae Scientiarum Imperialis*, 5, 175-192.
- Besley, T., Hall, J., & Preston, I. (1999). The demand for private health insurance: Do waiting lists matter? *Journal of Public Economics*, 72(2), 155-181.
- Chaudhuri, A., & Roy, K. (2008). Changes in out-of-pocket payments for healthcare in Vietnam and its impact on equity in payments, 1992-2002. *Health Policy*, 88(1), 38-48.
- Ensor, T. (1995). Introducing health insurance in Vietnam. *Health Policy and Planning*, 10(2), 154-163.
- Greene, W. (1993). *Econometric analysis* (2nd ed.). Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.

- Huynh, T., & Pretorius, R. (2009). *Vietnamese medical education and development of family medicine in Vietnam*. Retrieved January 20, 2018, from <https://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.660.4254&rep=rep1&type=pdf>.
- Kirdruang, P. (2011). *Essays in economics of public health insurance in developing countries: Evidence from Thailand and Vietnam* (Doctoral dissertation, University of Minnesota, Minneapolis, United States). Retrieved January 25, 2018, from [https://conservancy.umn.edu/bitstream/handle/11299/119863/Kirdruang\\_umn\\_0130E\\_12478.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://conservancy.umn.edu/bitstream/handle/11299/119863/Kirdruang_umn_0130E_12478.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
- Le, C. Q. (2008). *Chăm sóc sức khỏe và thị trường y tế [Healthcare and medical market]*. Retrieved December 28, 2015, from Viện chiến lược và chính sách kinh tế website: <http://www.hspl.org.vn/vcl/CHaM-SoC-SuC-KHoE-Va-THi-TRuoNG-y-Te-t67-1070.html>
- Nguyen, C. T., & Nguyen, M. T. T. (2014). Service quality and its impact on patient satisfaction: An investigation in Vietnamese public hospitals. *Journal of Emerging Economies and Islamic Research*, 2(1), 1-13.
- Nguyen, H. (2011). The principal-agent problems in health care: Evidence from prescribing patterns of private providers in Vietnam. *Health policy and planning*, 26(1), i53-i62.
- Nguyen, M. T., & Hoang, P. B. (2012). Rủi ro đạo đức trong BHYT tự nguyện và nhân khẩu học tại Việt Nam giai đoạn 2008-2010 [Ethical risks in voluntary health insurance and demographics in Vietnam during 2008-2010]. *Tạp chí Kinh tế và Phát triển*, 179, 58-63.
- Nguyen, P. V., & Cao, C. V. (2014). Thông tin bất cân xứng, lựa chọn ngược và rủi ro đạo đức: Nghiên cứu trường hợp mua và sử dụng thẻ BHYT tự nguyện trên địa bàn Thành phố Hồ Chí Minh [Asymmetric information, reverse selection and ethical risks: A case study of buying and using voluntary health insurance cards in Ho Chi Minh City]. *Tạp chí Kinh tế và Phát triển*, 208, 9-16.
- Papke, L. E., & Wooldridge, J. (1993). Econometric methods for fractional response variables with an application to 401 (K) plan participation rates. *Journal of Applied Econometrics*, 11(6), 619-632.
- Propper, C., Rees, H., & Green, K. (2001). The demand for private medical insurance in the UK: A cohort analysis. *The Economic Journal*, 111(471), 180-200.
- Sepehri, A. (2013). How much do I save if I use my health insurance card when seeking outpatient care? Evidence from a low-income country. *Health Policy and Planning*, 29(2), 246-256.
- Sepehri, A., Sarma, S., & Serieux, J. (2009). Who is giving up the free lunch? The insured patients' decision to access health insurance benefits and its determinants: Evidence from a low-income country. *Health Policy*, 92(2), 250-258.
- Wagstaff, A., & Lindelow, M. (2008). Can insurance increase financial risk?: The curious case of health insurance in China. *Journal of Health Economics*, 27(4), 990-1005.
- Wooldridge, J. M. (2010). *Econometric analysis of cross section and panel data*. Cambridge, UK: MIT Press.