

BÀI BÁO NGHIÊN CỨU GỐC

Tác động của chính sách thông tuyến khám chữa bệnh bảo hiểm y tế lên chi phí tiền túi của người có thẻ bảo hiểm y tế

Phùng Lâm Tới^{1*}, Đào Anh Sơn¹, Đỗ Thị Quỳnh Trang¹, Ong Thế Duệ¹, Nguyễn Thị Thuý¹, Đỗ Trà My¹, Nguyễn Thị Mai Phương¹, Trần Quốc Khiêm¹, Hoàng Minh Tâm¹, Nguyễn Khánh Phương¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Ước tính tỷ lệ được thông tuyến khám bệnh, chữa bệnh Bảo hiểm y tế và tác động của chính sách đối với chi phí tiền túi bình quân của người có thẻ BHYT khi đi KCB.

Phương pháp nghiên cứu: Thiết kế cắt ngang qua phỏng vấn 987 người dân sử dụng thẻ BHYT tại 33 cơ sở y tế (CSYT) thuộc 3 tỉnh Nghệ An, Khánh Hoà và An Giang từ tháng 02 đến tháng 05/2024.

Kết quả: Trong tổng số 987 người tham gia nghiên cứu, có 382 người (38,7%) KCB tại chỗ, 385 người (39%) KCB theo loại hình thông tuyến. Chi phí tiền túi bình quân của nhóm KCB thông tuyến là 757.143 đồng, cao hơn so với nhóm tại chỗ là 650.560 đồng. Chi phí tiền túi liên quan đến y tế (chi phí đồng chi trả và tự chi trả cho dịch vụ y tế) bình quân ở nhóm KCB thông tuyến và nhóm KCB tại chỗ lần lượt là 497.349 đồng và 326.268 đồng. Chi phí phi y tế (chi phí ăn ở, đi lại) bình quân ở hai nhóm lần lượt là 1.021.041 đồng và 698.811 đồng. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

Kết luận: Chi phí tiền túi ở nhóm KCB thông tuyến cao hơn so với nhóm KCB tại nơi đăng ký KCB ban đầu. Người có thẻ BHYT nên đi KCB theo đúng phân tuyến để được hưởng lợi, giảm chi phí tiền túi. Các nhà hoạch định chính sách cần theo dõi, giám sát trong quá trình thực hiện chính sách thông tuyến KCB BHYT.

Từ khóa: Chi phí tiền túi, thông tuyến, bảo hiểm y tế.

ĐẶT VẤN ĐỀ

Luật sửa đổi, bổ sung một số điều của Luật Bảo hiểm y tế (BHYT) năm 2014 (sau đây gọi là Luật BHYT) (1) là văn bản Luật hiện hành quy định các nội dung liên quan đến quyền lợi của người tham gia BHYT cũng như các nội dung liên quan. Một điểm đáng lưu ý trong Luật BHYT là quy định quyền lợi của người tham gia BHYT đi khám bệnh, chữa bệnh (KCB) không đúng nơi KCB ban đầu ghi trên thẻ BHYT, không có giấy chuyển tuyến, không phải các trường hợp cấp cứu trong một số trường hợp được quỹ BHYT chi trả các

chi phí KCB theo phạm vi quyền lợi và mức hưởng BHYT như đi KCB đúng tuyến (1). Thuật ngữ hay được sử dụng là chính sách “thông tuyến”.

Báo cáo đánh giá tác động của việc thực hiện chính sách thông tuyến theo quy định của Luật BHYT sửa đổi 2014 của Viện Chiến lược & Chính sách Y tế thực hiện năm 2019 cho thấy thông tuyến huyện có nhiều tác động đến hành vi của CSYT và người bệnh (NB) có thẻ BHYT (2). Cụ thể, có sự gia tăng về số lượt KCB tại các CSYT được khảo sát, số lượng NB thông tuyến chiếm tỷ lệ 34,2% trong tổng số NB khảo sát (2). Chi phí bình



Địa chỉ liên hệ: Phùng Lâm Tới

Email: toiphunglam@gmail.com

¹Viện Chiến lược và Chính sách Y tế

Ngày nhận bài: 17/7/2024

Ngày phản biện: 18/9/2024

Ngày đăng bài: 30/10/2024

Mã DOI: <https://doi.org/10.38148/JHDS.0805SKPT24-069>

quân KCB ngoại trú và nội trú tại các Trung tâm y tế (TTYT)/Bệnh viện (BV) huyện ở nhóm người bệnh khám BHYT tại CSYT mà không phải nơi đăng ký KCB (NB đã tuyến) cao hơn nhóm NB đăng ký tại chỗ (2). Báo cáo đánh giá chính sách thông tuyến của dự án phát triển hệ thống Y tế bền vững (LHSS VN) cho thấy chính sách thông tuyến huyện và thông tuyến tỉnh có tác động lớn đến số lượt KCB và cân đối quỹ BHYT (3). Thông tuyến huyện có liên quan đến tăng chi phí KCB BHYT tại tuyến huyện và giảm tại tuyến xã. Đồng thời, thông tuyến tỉnh có liên quan đến sự gia tăng tỷ lệ lượt điều trị nội trú trái tuyến và thông tuyến tỉnh tại BV chuyên khoa, đặc biệt chuyên khoa phục hồi chức năng và Y học cổ truyền (3).

Tuy nhiên, chưa có nghiên cứu nào tiến hành đánh giá đầy đủ về tác động của chính sách thông tuyến lên chi trả tiền túi của NB có thẻ BHYT. Nghiên cứu này được tiến hành nhằm mục tiêu ước tính tỷ lệ được thông tuyến KCB BHYT và tác động của chính sách đối với chi phí tiền túi bình quân của người có thẻ BHYT khi đi KCB. Kết quả của nghiên cứu sẽ giúp đánh giá tác động của chính sách thông tuyến lên chi trả tiền túi của người có thẻ BHYT, qua đó cung cấp bằng chứng cho các nhà hoạch định chính sách nhằm điều chỉnh, bổ sung các chính sách có liên quan để nâng cao mục tiêu bảo vệ tài chính cho người dân, trong khi mở rộng phạm vi quyền lợi và tiếp cận dịch vụ y tế.

PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Thiết kế nghiên cứu: Thiết kế nghiên cứu cắt ngang.

Đối tượng nghiên cứu: Đối tượng nghiên cứu là người có thẻ BHYT đi KCB ngoại trú hoặc điều trị nội trú tại 33 CSYT thuộc 3 tỉnh khảo sát là Nghệ An, Khánh Hoà, An Giang.

Địa điểm và thời gian nghiên cứu: Nghiên

cứ được tiến hành từ tháng 02/2023 – tháng 05/2024. Nghiên cứu được triển khai tại 3 tỉnh bao gồm: Nghệ An, Khánh Hoà và An Giang. Tại mỗi tỉnh, lựa chọn chủ đích các CSYT theo các nhóm loại hình và phân tuyến bao gồm: 01 BV đa khoa tỉnh, 01 BV chuyên khoa tỉnh, 02 BV/TTYT quận/huyện, 01 BV đa khoa tư nhân, 01 BV chuyên khoa tư nhân, 04 trạm y tế (TYT) xã/phường, 01 phòng khám đa khoa tư nhân. Để đảm bảo tính đại diện theo khu vực, tại mỗi tỉnh sẽ lựa chọn BV/TTYT thuộc quận thuộc khu vực thành thị và BV/TTYT thuộc huyện thuộc khu vực nông thôn. Tại mỗi quận/huyện sẽ lựa chọn ngẫu nhiên 02 TYT xã/phường. Tại mỗi tỉnh sẽ có 11 CSYT được khảo sát, tổng số CSYT được khảo sát là 33 cơ sở.

Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu: Áp dụng công thức ước tính một tỷ lệ.

$$n = DE * \frac{Z^2_{(1-\alpha/2)} p(1-p)}{(d)^2}$$

Trong đó:

- $Z^2_{(1-\alpha/2)} = 1,96$ với độ tin cậy 95%
- p: tỷ lệ người có thẻ BHYT thông tuyến khi đi KCB. Theo báo cáo của Bảo hiểm xã hội VN, tỷ lệ thông tuyến huyện năm 2022 là 64,3%.
- d: mức sai số tuyệt đối, chọn $d=0.05$
- DE: (Hệ số thiết kế) = $1+(m-1) \times \rho$
 - m: cỡ mẫu trung bình cụm, chọn $m=30$
 - ρ : hệ số tương quan nội cụm, chọn $\rho=0,05$

Thay vào công thức trên, ta được tổng số $n = 960$ người có thẻ BHYT đi KCB (NB) cần được nghiên cứu. Thực tế thu thập được 987 NB.

Phương pháp thu thập số liệu: Phương pháp chọn mẫu thuận tiện, phỏng vấn trực tiếp NB bằng bộ câu hỏi cấu trúc được xây dựng sẵn. NB là người có thẻ BHYT sau khi hoàn thành quy trình KCB (ngoại trú), hoặc chuẩn bị xuất viện (nội trú) sẽ được mời tham gia khảo sát. Thu thập số liệu được thực hiện bằng phỏng vấn trực tiếp người KCB trên phiếu khảo sát được xây dựng sẵn và sử dụng máy tính bảng để thu thập trên nền tảng KoboToolbox.

Xử lý và phân tích số liệu: Số liệu sau khi nhập, sẽ được làm sạch và phân tích bằng phần mềm Stata phiên bản 18.0. Chi phí tiền túi y tế bao gồm chi phí đồng chi trả và chi phí tự chi trả sau khi KCB BHYT. Chi phí phi y tế bao gồm các chi phí liên quan đến ăn ở, đi lại của NB và người chăm sóc trong quá trình KCB. Chi phí tiền túi nói chung là tổng của hai mục chi phí nói trên. Số liệu về chi phí phân bố không chuẩn, do đó test phi tham số (Krusal Wallis test) được áp dụng khi so sánh chi phí bình quân giữa các nhóm. Mức ý

nghĩa thống kê $p < 0,05$ được áp dụng.

Đạo đức trong nghiên cứu: Tất cả thông tin cá nhân của đối tượng nghiên cứu được bảo mật, mã hóa và chỉ được tiếp cận bởi các nghiên cứu viên chính trực tiếp thực hiện kiểm soát chất lượng và phiên giải số liệu. Nghiên cứu được thông qua bởi Hội đồng khoa học của Viện Chiến lược & Chính sách Y tế theo quyết định phê duyệt số 249/QĐ-CLCSYT ngày 18/08/2023.

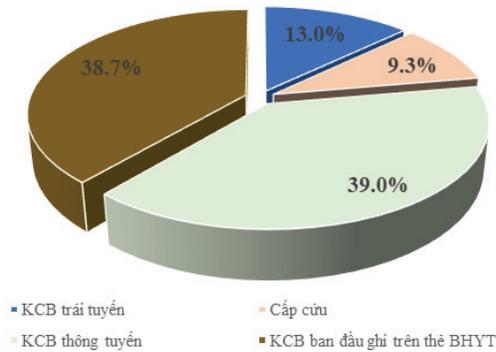
KẾT QUẢ

Thông tin chung về đối tượng nghiên cứu

Tổng số 987 người có thẻ BHYT đi KCB được mời tham gia khảo sát. Nhóm người bệnh nam giới chiếm tỷ lệ là 37,8%. Độ tuổi trung bình trong nghiên cứu là $54,05 \pm 19,7$ tuổi. 64,9% người trả lời là đi khám ngoại trú. Gần nửa số đối tượng (49,3%) nghỉ hưu hoặc không có thu nhập (Bảng 1).

Bảng 1. Một số thông tin chung của đối tượng nghiên cứu theo địa bàn khảo sát (n=987)

Đặc điểm	Nghệ An (n=341) n (%)	Khánh Hoà (n=296) n (%)	An Giang (n=350) n (%)	Tổng (n=987) n (%)
Giới tính				
Nam	134 (39,3)	104 (35,1)	135 (38,6)	373 (37,8)
Nữ	207 (60,7)	192 (64,9)	215 (61,4)	614 (62,2)
Tuổi (Trung bình \pm SD)	57,93 \pm 19,34	49,48 \pm 22,36	54,14 \pm 16,65	54,05 \pm 19,7
Dịch vụ sử dụng				
Điều trị nội trú	123 (36,1)	97 (32,8)	126 (36,0)	346 (35,1)
KCB ngoại trú	218 (63,9)	199 (67,2)	224 (64,0)	641 (64,9)
Trình độ học vấn				
Từ THCS trở xuống	179 (52,5)	210 (71,0)	282 (80,6)	671 (68,0)
Phổ thông Trung học	83 (24,3)	50 (16,9)	36 (10,3)	169 (17,1)
Cao đẳng, ĐH, sau đại học	79 (23,2)	36 (12,2)	32 (9,1)	147 (14,9)
Nghề nghiệp				
Lao động tay chân	129 (37,8)	62 (20,9)	89 (25,4)	280 (28,4)
Trí thức, kinh doanh	56 (16,4)	73 (24,7)	91 (26,0)	220 (22,3)
Không có thu nhập	156 (45,8)	161 (54,4)	170 (48,6)	487 (49,3)



Hình 1. Phân bố nhóm đối tượng theo loại hình khám chữa bệnh (n=987)

Trong tổng số 987 đối tượng nghiên cứu, có 382 đối tượng (38,7%) KCB tại nơi đăng ký KCB ban đầu ghi trên thẻ BHYT (KCB tại chỗ), 385 đối tượng (39%) KCB theo loại hình thông tuyến, tức là đến thẳng CSYT

không thuộc nơi KCB ban đầu, nhưng mức hưởng vẫn giống như nơi đăng ký KCB ban đầu. Một số lượng thấp hơn (9,3%) đối tượng thuộc nhóm cấp cứu hoặc được chuyển tuyến đến CSYT trong khảo sát (Hình 1).

Bảng 2. Phân bố nhóm đối tượng KCB theo nội trú và ngoại trú (N=987)

Loại hình KCB	Tại chỗ (n=382)	Thông tuyến (n=385)	Cấp cứu, chuyển tuyến (n=92)	Trái tuyến (n=128)
Điều trị nội trú	73 (19,1%)	159 (41,3%)	92 (100%)	22 (17,2%)
Khám ngoại trú	309 (80,9%)	226 (58,7%)	0 (0%)	106 (82,8%)
Tổng	382 (100%)	385 (100%)	92 (100%)	128 (100%)

Nhóm Khám ngoại trú chiếm tỷ lệ cao hơn nhóm nội trú trong các nhóm khám tại chỗ (80,9% và 19,1%); Thông tuyến (58,7% và 41,3%) và trái tuyến (82,8% và 17,2%).

Chi phí tiền túi của đối tượng nghiên cứu

Bảng 3 cho thấy, chi phí tiền túi bình quân là 988.684 đồng. Chi phí y tế trực tiếp bình quân là 622.112 đồng. Chi phí phi y tế bình

quân là 1.295.064 đồng. Chi phí y tế cao nhất ở nhóm NB KCB trái tuyến, thấp nhất là ở nhóm NB KCB tại chỗ. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Kết quả này cũng cùng xu hướng với nhóm chi phí phi y tế. Đồng thời, kết quả cũng cho thấy chi phí tiền túi bình quân, chi phí y tế, chi phí phi y tế ở nhóm thông tuyến cao hơn so với nhóm KCB tại chỗ.

Bảng 3. Chi phí tiền túi (VN đồng) khi KCB của người bệnh theo nhóm (n=987)

	Tại chỗ (n=382)	Thông tuyến (n=385)	Cấp cứu, chuyển tuyến (n=92)	Trái tuyến (n=128)	Chung (n=987)	p-value*
Chi phí tiền túi y tế TB (SD)	650.560 (1.655.338)	757.143 (1.740.451)	2.901.872 (4.117.848)	600.989 (1.228.157)	988.684 (2.260.979)	0,0001
Chi phí phi y tế TB (SD)	326.268 (968.753)	497.349 (1.374.859)	2.044.788 (1.891.449)	714.311 (1.589.248)	622.112 (1.426.178)	0,0001
Chi phí tiền túi TB (SD)	698.811 (1.791.140)	1.021.041 (2.130.043)	4.748.062 (4.606.852)	1.142.063 (2.224.802)	1.295.064 (2.666.552)	0,0001

*Kruskal–Wallis test giữa Tại chỗ, Thông tuyến, Cấp cứu, chuyển tuyến và Trái tuyến

TB: Trung bình; SD: Độ lệch chuẩn

Khi xem xét kết quả các mục chi phí theo loại hình KCB ngoại trú và nội trú, kết quả ở bảng 4 cho thấy: chi phí tiền túi, chi phí y tế và chi phí phi y tế ở nhóm nội trú đều cao hơn nhóm ngoại trú, ở cả 4 nhóm đối tượng. Đối với chi phí tiền túi nói chung, nhóm trái tuyến có chi phí tiền túi bình quân cho 1 đợt nội trú là cao nhất (4.974.377 đồng), trong khi đó nhóm thông tuyến lại thấp nhất (1.837.530 đồng). Đối với khám ngoại trú, nhóm thông tuyến lại có chi phí tiền túi bình quân cao nhất (487.749 đồng), nhóm tại chỗ thấp nhất (271.221 đồng). Khi so sánh chi phí tiền túi y tế (hay chi phí đồng chi trả và tự chi trả), nhóm cấp cứu và

chuyển tuyến có chi phí bình quân cho 1 đợt nội trú cao nhất, và thấp nhất là nhóm thông tuyến. Tuy nhiên, đối với 1 lượt khám ngoại trú, nhóm thông tuyến lại có chi phí bình quân cao nhất, và thấp nhất là nhóm trái tuyến. Tuy nhiên sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê.

Xét theo chi phí phi y tế như chi phí ăn ở, đi lại... nhóm trái tuyến có chi phí bình quân cho 1 đợt nội trú cao nhất, thấp nhất là nhóm thông tuyến. Ngược lại, nhóm thông tuyến lại có chi phí phi y tế bình quân cho 1 lượt khám ngoại trú cao nhất, và thấp nhất là nhóm tại chỗ, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$) (bảng 4).

Bảng 4. Chi phí của người có thẻ BHYT khi đi KCB theo loại hình KCB (n=987)

	Tại chỗ (n=382)	Thông tuyến (n=385)	Cấp cứu, chuyển tuyến (n=92)	Trái tuyến (n=128)	p-value*
Chi phí tiền túi; TB (SD)					
Nội trú	2.262.568 (3.053.482)	1.837.530 (2.766.880)	4.748.062 (4.606.852)	4.974.377 (2.979.597)	0,0001
Ngoại trú	271.221 (843.292)	487.749 (1.342.585)	-	331.381 (629.571)	0,0001
Chi phí y tế; TB (SD)					
Nội trú	1.629.688 (2.831.893)	1.538.901 (2.523.783)	2.901.872 (4.117.848)	1.741.423 (1.997.059)	0,0136
Ngoại trú	272.896 (480.338)	321.893 (813.240)	-	270.864 (584.957)	0,1595

	Tại chỗ (n=382)	Thông tuyến (n=385)	Cấp cứu, chuyển tuyến (n=92)	Trái tuyến (n=128)	p-value*
Chi phí phi y tế; TB (SD)					
Nội trú	1.027.464 (1.220.598)	907.017 (1.559.355)	2.044.788 (1.891.449)	3.556.250 (2.272.475)	0,0001
Ngoại trú	127.980 (780.357)	248.622 (1.186.483)	-	140.182 (242.222)	0,0001

*Kruskal–Wallis test; TB: Trung bình; SD: Độ lệch chuẩn

Đối với các mục chi phí thuộc nhóm chi phí phi y tế, nghiên cứu tiến hành phân tích kỹ hơn về các mục này, bao gồm chi phí ăn ở và chi phí đi lại. Các mục chi phí khác như quà biếu, chi phí khác... không ghi nhận trường hợp nào trong nghiên cứu này. Kết quả cho thấy, chi phí ăn ở bình quân đối với nội trú cao nhất ở nhóm trái tuyến, thấp nhất ở nhóm

tại chỗ. Chi phí ở đối với nhóm thông tuyến cũng cao hơn so với nhóm tại chỗ. Tuy nhiên với chi phí đi lại, nhóm thông tuyến lại thấp nhất, thấp hơn so với nhóm tại chỗ (Bảng 5). Xét theo loại hình ngoại trú, chi phí đi lại của nhóm thông tuyến là cao nhất, và cao hơn so với nhóm KCB tại chỗ. (Bảng 5). Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

Bảng 5. Chi phí ăn ở, đi lại của người có thể BHYT khi đi KCB theo loại hình KCB

	Tại chỗ (n=382)	Thông tuyến (n=385)	Cấp cứu, chuyển tuyến (n=92)	Trái tuyến (n=128)	p-value
Nội trú; TB (SD)					
Chi phí ăn ở	356.712 (861.949)	373.258 (1.162.822)	909.478 (1.357.078)	1.506.591 (1.328.572)	0,0001
Chi phí đi lại	614.452 (681.247)	305.579 (461.438)	979.728 (1.196.792)	1.726.364 (1.507.873)	0,0001
Ngoại trú; TB (SD)					
Chi phí ăn ở	-	-	-	-	-
Chi phí đi lại	101.074 (695.104)	215.620 (1.107.786)	-	130.925 (236.609)	0,0001

BÀN LUẬN

Chính sách thông tuyến tạo điều kiện thuận lợi cho người có thể BHYT dễ dàng tiếp cận với các dịch vụ KCB ở tuyến trên, KCB chuyên khoa mà vẫn giữ nguyên quyền lợi về mức hưởng BHYT (4). NB được tự do đi KCB tại các cơ sở tuyến huyện mà không cần giấy chuyển từ tuyến xã, đồng thời có thể đi điều trị nội trú tại tuyến tỉnh, không cần giấy

chuyển nhưng vẫn được hưởng nguyên mức hưởng của mình. Trên thực tế khi thực hiện quy định thông tuyến, người có thể BHYT được tự do lựa chọn bất kỳ CSYT tuyến huyện nào để KCB dẫn đến một số tác động tiêu cực như ảnh hưởng đến công tác KCB tại các cơ sở KCB tuyến xã. Hiện nay điều kiện cơ sở vật chất, trang thiết bị, năng lực của nhân viên y tế tại các TYT xã nói chung còn chưa đáp ứng được nhu cầu KCB của người dân, nhiều

TYT xã không có bác sĩ. (5) Thêm vào đó, tâm lý người dân thường thích lên tuyến trên, xuất phát từ sự khác biệt về chất lượng KCB và cơ sở vật chất để KCB, vì vậy khi thực hiện thông tuyến, việc lựa chọn cơ sở KCB của người dân tại TYT xã càng giảm hơn so với trước đây. Điều này gây khó khăn trong việc phát triển đồng bộ về chính sách: thông tuyến BHYT và phát triển y tế cơ sở (y tế xã), bởi có chính sách thông tuyến khiến người dân bỏ qua tuyến y tế cơ sở (3).

Mục tiêu hướng tới bao phủ chăm sóc sức khỏe toàn dân cần thực hiện không chỉ mở rộng các dịch vụ được BHYT chi trả mà còn phải bảo vệ tài chính cho người dân. Nghiên cứu này cho thấy người có thẻ BHYT phải chi trả tiền túi tương đối cao khi đi KCB (6, 7). Đặc biệt, khi chính sách thông tuyến được triển khai, mặc dù người có thẻ BHYT được tăng sự tiếp cận với các dịch vụ KCB, nhưng chi phí tiền túi lại gia tăng. Cụ thể, chi phí tiền túi phi y tế liên quan đến các chi phí ăn ở, đi lại của người có thẻ BHYT khi đi KCB theo hình thức “thông tuyến” cao hơn so với nhóm “tại chỗ” (bảng 3). Điều này phản ánh bản chất việc người có thẻ BHYT phải chi trả nhiều hơn để tiếp cận với các dịch vụ y tế ở tuyến trên. Tuy nhiên, các dịch vụ y tế đó không hẳn là không thể cung ứng được tại tuyến chăm sóc ban đầu. Thậm chí, kết quả phân tích của cơ quan bảo hiểm xã hội VN cũng cho thấy nhiều dịch vụ hoàn toàn có thể cung ứng được ở tuyến y tế cơ sở, nhưng lại đang được sử dụng nhiều ở tuyến trên như đỡ đẻ thường, mổ lấy thai, viêm dạ dày, viêm phế quản cấp... (3)

Trong nhóm nội trú, nhóm đối tượng thông tuyến BHYT có chi phí tiền túi và chi phí phi y tế thấp nhất, cao nhất là nhóm trái tuyến/vượt tuyến. Trong nhóm NB ngoại trú, nhóm đối tượng thông tuyến BHYT có chi phí tiền túi và chi phí phi y tế cao nhất ($p < 0,05$). Điều này giải thích do thực tế nhóm KCB tại chỗ thường là các CSYT gần nhà, do đó người

nhà có thể đi lại nhiều lần trong suốt quá trình điều trị của NB, và có thể mang đồ ăn từ nhà. Kết quả ở bảng 5 phản ánh cho giả thuyết này. Cụ thể, nhóm KCB tại chỗ có chi phí đi lại nhiều hơn so với nhóm thông tuyến, trong khi đó chi phí ăn uống lại thấp hơn so với nhóm thông tuyến.

Kết quả này của chúng tôi cũng tương tự với kết quả khảo sát của Viện Chiến lược & Chính sách Y tế năm 2020 khi đánh giá kết quả triển khai chính sách thông tuyến huyện (4). Cụ thể, nghiên cứu cho thấy với KCB ngoại trú, chi phí của NB thông tuyến cao hơn rõ rệt so với nhóm NB theo đăng ký khám chữa bệnh ban đầu (KCBBD) về cả chi phí BHYT thanh toán và chi phí NB tự trả. Trong khi chi phí BHYT thanh toán cho NB thông tuyến cao hơn nhóm đăng ký KCBBD 1,4 lần thì mức chênh lệch về chi phí NB tự trả giữa nhóm NB thông tuyến so với nhóm đăng ký KCBBD lên tới 2,2 lần (4). Như vậy cả Quỹ BHYT và NB đều phải chi trả nhiều hơn trong trường hợp NB thông tuyến so với NB đi KCB theo đúng nơi đăng ký KCBBD. Bên cạnh đó, nghiên cứu cũng phân tích cơ cấu chi phí tự trả giữa hai nhóm NB. Chi ngoài CSYT đều chiếm tỷ lệ cao ở cả hai nhóm NB, trong đó ở nhóm KCB tại nơi ĐKBĐ cao hơn nhóm thông tuyến (lần lượt là 68,6% và 58,4%). Tuy nhiên, đối với chi đi lại, ăn ở; nhóm NB thông tuyến cao hơn rõ rệt nhóm NB đăng ký KCBBD, 18,9% so với 11,1%. Kết quả này phản ánh thực tế NB thông tuyến phải đi KCB tại các cơ sở nằm xa hơn so với NB KCB theo đăng ký KCBBD (4).

Theo báo cáo của cơ quan bảo hiểm xã hội Việt Nam, trước khi nghị định 146/2018/NĐ-CP có hiệu lực từ 01/01/2019, các cơ sở KCB được thanh toán theo giá dịch vụ nhưng vẫn quản lý theo tổng quỹ KCB BHYT. Khi thực hiện chính sách thông tuyến huyện, việc quản lý quỹ KCB BHYT của các cơ sở KCB có thể BHYT đăng ký KCB ban đầu gặp khó khăn. Người có thẻ BHYT được tự do lựa chọn

CSYT để đến KCB nên các cơ sở có thẻ đăng ký ban đầu không quản lý được số lượng bệnh nhân đi KCB tại cơ sở khác (trước đây quản lý bằng giấy chuyển viện) dẫn đến chi phí KCB tăng cao, gây bội chi quỹ KCB (3). Từ đó, việc theo dõi, giám sát có vai trò rất quan trọng, đảm bảo kiểm soát các tác động không mong muốn của phương thức thanh toán theo định suất cũng như kịp thời đưa ra các điều chỉnh phù hợp trong quá trình thực hiện.

Nghiên cứu này là nghiên cứu đầu tiên tại Việt Nam đánh giá việc thực hiện chính sách thông tuyến đối với các bên liên quan. Tuy nhiên nghiên cứu cũng còn một số hạn chế. Thứ nhất, nghiên cứu chưa thể bóc tách được yếu tố nhiều trong khung thời gian phân tích, bao gồm việc tăng giá dịch vụ y tế, ảnh hưởng của đại dịch COVID-19 đến việc sử dụng dịch vụ y tế, chi phí y tế. Thứ hai, mặc dù nghiên cứu đã phân tích chi tiết về việc tiếp cận, sử dụng dịch vụ y tế, chi phí đồng chi trả... của các nhóm đối tượng tham gia BHYT, nhưng chưa thể phản ánh được tính chất công bằng. Các phân tích chuyên sâu hơn có thể cần được thực hiện nhằm phân tích tính hưởng lợi và tính công bằng của chính sách đối với các nhóm đối tượng khác nhau.

KẾT LUẬN

Nghiên cứu trên 987 người dân sử dụng BHYT tại 3 tỉnh Nghệ An, Khánh Hoà và An

Giang cho thấy, có 382 người (38,7%) KCB tại chỗ, 385 người (39%) KCB theo loại hình thông tuyến. Chi phí tiền túi bình quân ở nhóm thông tuyến cao hơn so với nhóm KCB tại chỗ, lần lượt là 757.143 đồng và 650.560 đồng. Người có thẻ BHYT nên đi KCB theo phân tuyến để được hưởng lợi và giảm thiểu chi phí tiền túi. Các nhà hoạch định chính sách cần theo dõi, giám sát trong quá trình thực hiện chính sách thông tuyến KCB BHYT.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Quốc hội. Luật số 46/2014/QH13 của Quốc hội ngày 13 tháng 6 năm 2014 về Luật sửa đổi, bổ sung một số điều của Luật Bảo hiểm Y tế. Hà Nội 2014.
2. Viện Chiến lược & Chính sách Y tế. Báo cáo đánh giá tác động của việc thực hiện chính sách thông tuyến theo quy định của Luật Bảo hiểm Y tế sửa đổi 2014. HSPi; 2020.
3. Dự án phát triển hệ thống y tế bền vững (LHSS). Báo cáo nhanh tác động của chính sách “thông tuyến” theo quy định của Luật Bảo hiểm y tế. USAID & LHSS; 2023.
4. Viện Chiến lược và Chính sách Y tế. Báo cáo đánh giá tác động của việc thực hiện chính sách thông tuyến theo quy định của Luật Bảo hiểm Y tế sửa đổi 2014. Hà Nội; 2019.
5. Viện nghiên cứu Y - Xã hội học. Đánh giá tác động chính sách thông tuyến KCB BHYT tại tuyến huyện. Hà Nội; 2019.
6. Quốc hội. Luật số 25/2008/QH12 của Quốc hội ngày 14 tháng 11 năm 2008 về Luật Bảo hiểm Y tế. Hà Nội; 2008.
7. Quốc hội. Luật số 40/2009/QH12 Luật Khám bệnh, Chữa bệnh. 2009.

Impact of bypass policy in health insurance examination to out of pocket expenditure of health insurer

*Phung Lam Toi¹, Dao Anh Son¹, Do Thi Quynh Trang¹, Ong The Due¹, Nguyen Thi Thuy¹,
Do Tra My¹, Nguyen Thi Mai Phuong¹, Tran Quoc Khiem¹, Hoang Minh Tam¹,*

Nguyen Khanh Phuong¹

¹Health strategy and policy institute

ABSTRACT

Objective: to estimate the health insurance referral rate and the impact of the policy on out-of-pocket costs for individuals with health insurance when seeking medical treatment. **Research Method:** Conducted a cross-sectional study involving 987 health insurance holders at 33 healthcare facilities in Nghệ An, Khánh Hoà, and An Giang provinces from February to May 2024. **Results:** Of the total 987 study participants, 382 (38.7%) received medical treatment at the place of registration, and 385 (39%) received medical treatment through the health insurance referral. The average out-of-pocket expenses for the bypass group were 757,143 VND, compared to 650,560 VND for primary care. Out-of-pocket medical expenses (co-payments and self-paid medical services) for the bypass and primary care groups were 497,349 VND and 326,268 VND, respectively. The average non-medical expenses (accommodation, transportation) for the two groups were 1,021,041 VND and 698,811 VND, respectively. These differences were statistically significant ($p < 0.05$). **Conclusion:** Out-of-pocket expenses were higher for the health insurance referral group compared to those seeking treatment at their registered local facilities. Health insurance holders should seek treatment according to the designated referral system to benefit and reduce out-of-pocket expenses. Policymakers need to monitor, supervise the implementation of the referral policy for health insurance.

Keywords: *Out-of-pocket expenditure, referral policy, health insurance.*