

Thực trạng bao phủ bảo hiểm y tế và một số yếu tố liên quan ở người lao động phi chính thức quận Long Biên, Hà Nội

Bùi Thị Tú Quyên, Nguyễn Thị Kim Ngân

Nghiên cứu cắt ngang có phân tích được thực hiện tại quận Long Biên, Hà Nội năm 2015 với mục tiêu: Mô tả thực trạng tham gia bảo hiểm y tế (BHYT) của người lao động khu vực phi chính thức, quận Long Biên, Hà Nội và xác định một số yếu tố liên quan đến tham gia BHYT. Với phương pháp chọn mẫu nhiều giai đoạn, đã có 377 người lao động (NLĐ) phi chính thức tham gia nghiên cứu. Điều tra viên đã phỏng vấn trực tiếp NLĐ sử dụng mẫu phiếu phỏng vấn có cấu trúc. Số liệu được phân tích với STATA 12.0, các kỹ thuật thống kê mô tả, hồi qui logistics đơn biến và đa biến đã được sử dụng. Kết quả cho thấy tỷ lệ NLĐ phi chính thức có BHYT là 21,2%; tỷ lệ NLĐ có dự định mua BHYT là 77,7%; có 70,3% chủ hộ gia đình (HGD) sẵn lòng mua BHYT cho các thành viên trong HGD. Có mối liên quan giữa trình độ học vấn (TĐHV), kinh tế, tình trạng sức khỏe với việc có BHYT. Nghiên cứu đưa ra khuyến nghị cần tăng cường truyền thông, cung cấp thông tin về lợi ích của BHYT, BHYT theo HGD đến NLĐ, tập trung vào nhóm có thu nhập thấp, TĐHV thấp. Nên có những nghiên cứu với qui mô lớn hơn nhằm đưa ra giải pháp tăng sự bao phủ BHYT với NLĐ phi chính thức.

Từ khoá: Bảo hiểm y tế, lao động phi chính thức, yếu tố liên quan, Hà Nội

Health insurance coverage and some related factors among informal employees in Long Bien district, Hanoi

Bui Thi Tu Quyen, Nguyen Thi Kim Ngan

This cross-sectional analytical study was conducted in the urban district of Long Bien in Hanoi in 2015 with these objectives: To describe the situation of informal employees' participation in health insurance in Long Bien district, Hanoi and identify some factors related to informal employees' participation in health insurance. Using the multi-stage sampling method, we recruited 377 informal employees for this study. Investigators interviewed the employees using a structured questionnaire. Data analysis, involving descriptive statistics, univariate and multivariate logistic regression models was performed with STATA 12.0. Our results show that 21.2% of informal employees participated in health insurance,

77.7% of employees had an intention of buying health insurance, and 70.3% of heads of households were willing to buy health insurance for their family members. Education, economic conditions and health status were found to be associated with the possession of health insurance. It is necessary to enhance communication and provide information about the benefits of health insurance and household-based health insurance for informal employees, especially those with low income and low education. Other studies at a larger scale need to be conducted in order to find solutions to increase the coverage of health insurance among informal employees.

Keywords: health insurance, informal employees, related factors, Hanoi.

Tác giả:

Trường Đại học Y tế Công cộng

1. Đặt vấn đề

Bảo hiểm y tế (BHYT) được áp dụng trong lĩnh vực chăm sóc sức khỏe, là cơ chế chia sẻ về gánh nặng tài chính khi ốm đau/ bệnh tật. BHYT cũng giúp làm giảm gánh nặng cho ngân sách nhà nước, hỗ trợ ngân sách nhà nước nhằm cải thiện và nâng cao chất lượng phục vụ của ngành y.

Hiện nay, BHYT tại Việt Nam đã bao phủ khoảng 70% dân số, với 30% còn lại chủ yếu là nhóm NLĐ khu vực phi chính thức [2]. Từ 1/1/2015, Luật BHYT sửa đổi đã có hiệu lực với qui định BHYT theo hộ gia đình và đến ngày 1/1/2016 là hình thức bắt buộc với người mua BHYT tự nguyện. Năm 2010, ở Hà Nội chỉ có khoảng 0,5% người lao động phi chính thức có BHYT [3], số liệu của Bảo hiểm xã hội Việt Nam năm 2014 cũng cho thấy chỉ có 6,5% NLĐ phi chính thức có BHYT. Chính vì vậy, việc cung cấp những bằng chứng góp phần đưa ra những chủ trương, chính sách phù hợp nhằm tăng tỷ lệ bao phủ BHYT trong khu vực lao động phi chính thức là rất cần thiết. Đây là một nghiên cứu cắt ngang được triển khai tại 14 phường thuộc quận Long Biên vào năm 2015 với mục tiêu (1) *Mô tả thực trạng tham gia BHYT của NLĐ khu vực phi chính thức, quận Long Biên, Hà Nội năm 2015* và (2) *Xác định một số yếu tố liên quan đến tham gia BHYT của NLĐ khu vực phi chính thức.*

2. Phương pháp nghiên cứu

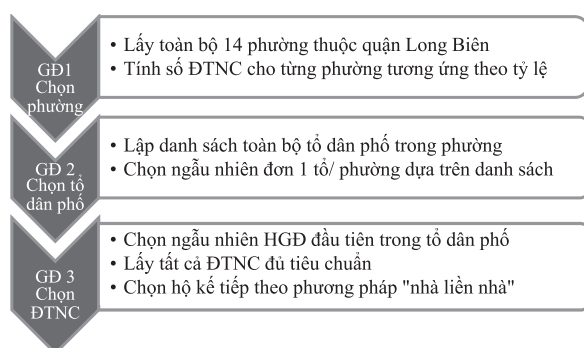
Nghiên cứu cắt ngang có phân tích, thu thập thông tin từ NLĐ khu vực phi chính thức thuộc 14 phường, quận Long Biên, Hà Nội. Nghiên cứu được tiến hành từ tháng 4/2015 đến tháng 11/2015 với các tiêu chí chọn NLĐ là những người từ 18 đến 60 tuổi, có thời gian sống tại quận Long Biên từ 12 tháng trở lên, làm việc độc lập hoặc trong các nhóm/ tổ chức không có bảo hiểm xã hội và đồng ý tham gia nghiên cứu.

Cỡ mẫu được tính theo công thức cho nghiên cứu cắt ngang

$$n = z_{(1-\alpha/2)}^2 \frac{p(1-p)}{d^2} = 1,96^2 \frac{0,065 * 0,935}{0,025^2} \approx 374$$

Trong đó: n là cỡ mẫu tối thiểu cần cho nghiên cứu, p=0,065 là tỷ lệ NLĐ phi chính thức có thể BHYT; d: sai số chấp nhận =0,025; $Z_{(1-\alpha/2)}$: Hệ số tin cậy (Với độ tin cậy 95% thì giá trị của z=1,96). Cỡ mẫu cần thiết là 374 NLĐ phi chính thức, trên thực tế nghiên cứu đã phỏng vấn được 377 NLĐ.

Chọn mẫu: Mẫu nghiên cứu được chọn nhiều giai đoạn theo sơ đồ sau:



Hình 1. Các giai đoạn chọn mẫu

Mẫu nghiên cứu cho từng phường được tính tương ứng theo tỷ lệ dân số của phường, phường có đông dân hơn thì số ĐTNC cũng nhiều hơn.

Điều tra viên là 6 cán bộ trung tâm y tế quận Long Biên, đây là các cán bộ đã có kinh nghiệm trong triển khai các nghiên cứu tại cộng đồng. Điều tra viên được tập huấn về các nội dung liên quan đến nghiên cứu trước khi phỏng vấn ở thực địa. Điều tra viên phỏng vấn trực tiếp người lao động khu vực phi chính thức được chọn theo mẫu phiếu phỏng vấn có cấu trúc, phiếu phỏng vấn bao gồm các nội dung: Thông tin chung ĐTNC, tình trạng BHYT, một số yếu tố liên quan đến mua BHYT.

NLĐ phi chính thức trong nghiên cứu này là những NLĐ tự do, là những NLĐ tại hộ gia đình hoặc theo nhóm nhỏ nhưng không đăng ký theo quy định của luật pháp, không thực hiện chế độ hạch toán kinh doanh và không được hưởng chế độ an sinh xã hội. Đây cũng là khái niệm được Liên Hợp Quốc đưa ra và Tổng cục Thống kê Việt Nam cũng sử dụng.

Số liệu nghiên cứu được phân tích bằng phần mềm STATA 12.0, các kỹ thuật phân tích thống kê mô tả, mô hình hồi qui logistics đơn biến và đa biến được sử dụng. Nghiên cứu được hội đồng Đạo đức trường Đại học Y tế Công cộng thông qua, các đối tượng được quyền quyết định tham gia nghiên cứu. Trong quá trình triển khai, khi ĐTNC có nhu cầu biết các thông tin liên quan đến BHYT hay chăm sóc sức khỏe... nhóm nghiên cứu đã tư vấn trong khả năng hiểu biết của mình.

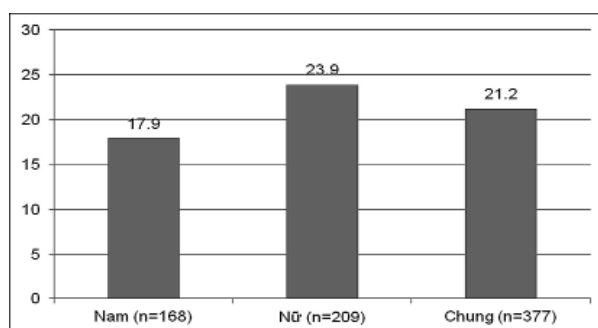
1. Bảo hiểm xã hội Việt Nam 2014

3. Kết quả nghiên cứu

3.1 Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Tỷ lệ nam giới trong mẫu nghiên cứu là 44,6%, còn lại là nữ giới. Tuổi trung bình của các đối tượng là $40 \pm 11,53$; người trẻ nhất là 18 tuổi và lớn nhất là 70 tuổi. Tỷ lệ ĐTNC thuộc nhóm tuổi từ 40 đến 49 là 28,4%; thấp nhất là nhóm 60-70 (2,1%); tỷ lệ ĐTNC thuộc các nhóm tuổi khác khoảng 23%. Có 29% ĐTNC đi làm thuê hàng ngày để kiếm sống, 26% buôn bán tại nhà. Khoảng 55% ĐTNC có trình độ học vấn (TĐHV) từ trung học phổ thông (THPT) trở lên, tỷ lệ đã tốt nghiệp trung học cơ sở (THCS) là 38%. Phần lớn các ĐTNC đang sống cùng vợ/chồng (84,6%); 80% ĐTNC sống trong gia đình có điều kiện kinh tế tương tự những HGD xung quanh, khoảng 14% sống trong gia đình có điều kiện kinh tế kém hơn còn lại là những HGD khá giả.

3.2 Thực trạng bao phủ bảo hiểm y tế



Biểu đồ 1. Phân bố tỷ lệ có thể bảo hiểm y tế theo giới tính (%)

Biểu đồ 1 cho thấy tỷ lệ NLĐ phi chính thức ở Long Biên có thể BHYT là 21,2%; tỷ lệ có bảo hiểm trong nhóm NLĐ nữ là 23,9%, tỷ lệ này trong nhóm NLĐ nam là 17,9%.

Tỷ lệ NLĐ có dự định vẫn tiếp tục tham gia hoặc sẽ tham gia BHYT trong tương lai là 77,7% (nam: 75%; nữ: 80%). Với những người chủ gia đình (101 người), là người có quyền ra quyết định trong gia đình thì có 70,3% sẵn lòng mua BHYT cho người trong gia đình với điều kiện hiện tại (về kinh tế) và 84,2% sẵn lòng mua BHYT cho người trong gia đình khi có điều kiện về kinh tế (Bảng 1).

Bảng 1. Dự định tham gia bảo hiểm y tế

Nội dung	Nam	Nữ	Chung	p
Tham gia BHYT trong tương lai (n=377)				0,30
Có tham gia	126 (75,0)	167 (79,9)	293 (77,7)	
Không tham gia	32 (19,0)	32 (15,3)	64 (17,0)	
Không biết	10 (6,0)	10 (4,8)	20 (5,3)	
Sẵn lòng mua BHYT cho người trong gia đình với điều kiện hiện tại (n=101)*				
Có	47 (68,1)	24 (75,0)	71 (70,3)	0,34
Không	14 (20,3)	4 (12,5)	18 (17,8)	
Không trả lời	8 (11,6)	4 (12,5)	12 (11,9)	
Sẵn lòng mua BHYT cho người trong gia đình khi có điều kiện (n=101)*				
Có	57 (82,6)	28 (87,5)	85 (84,2)	0,98
Không	6 (8,7)	3 (9,4)	9 (8,9)	
Không trả lời	6 (8,7)	1 (3,1)	7 (6,9)	

3.3 Một số yếu tố liên quan đến tham gia, dự định tham gia bảo hiểm y tế

Bảng 2. Một số yếu tố liên quan đến tham gia bảo hiểm y tế của người lao động làm việc khu vực phi chính thức

Yếu tố	Có BHYT n(%)	Mô hình 1 OR (CI95%)	Mô hình 2 AOR (CI95%)
Giới tính			
Nữ	50 (23,9)	Ref	Ref
Nam	30 (17,9)	0,7 (0,4-1,1)	0,58 (0,33-1,02)
Kinh tế			
Trung bình, nghèo	64 (18,6)	Ref	Ref
Giàu, khá giả	16 (48,5)	4,1 (1,9-9,1)***	3,5 (1,6-7,5)**
Trình độ học vấn			
Dưới THPT	25 (14,8)	Ref	Ref
Từ THPT trở lên	55 (26,4)	2,1 (1,2-3,5)**	2,6 (1,5-4,8)**
Nhóm tuổi			
Dưới 50 tuổi	58 (20,5)	Ref	Ref
Từ 50 tuổi trở lên	22 (23,4)	1,2 (0,7-2,1)	1,3 (0,7-2,5)
Tình trạng sức khỏe			
Có bệnh mạn tính/ hay đau ốm	16 (32,0)	Ref	Ref
Khỏe mạnh	64 (19,6)	0,5 (0,3-0,9)*	0,5 (0,2-0,99)*
Chủ hộ gia đình			
Là chủ hộ	25 (24,8)	Ref	Ref
Không là chủ hộ	55 (19,9)	0,8 (0,4-1,3)	0,7 (0,4-1,2)

Mô hình 1: Mô hình logistic đơn biến

Mô hình 2: Mô hình logistic đa biến

*p<0,05; **p<0,01; ***p<0,001

Bảng 2 cho thấy: Trong nhóm NLD sống trong gia đình có điều kiện kinh tế tốt hơn xung quanh, tỷ lệ người có thẻ BHYT là 48,5%; tỷ lệ này trong nhóm có điều kiện kinh tế kém và trung bình (so với xung quanh) là khoảng 18,6%. Những NLD trong HGD kinh tế giàu, khá giả có khả năng có BHYT cao gấp 3,5 lần những người trong HGD trung bình, nghèo (p<0,001) khi có cùng giới tính, nhóm tuổi, TĐHV.... NLD có TĐHV cao thì cũng tham gia BHYT nhiều hơn những người có TĐHV thấp (p<0,01). NLD có TĐHV từ THPT trở lên có khả năng có BHYT cao gấp khoảng 2,6 lần những người có TĐHV dưới THPT sau khi đã hiệu chỉnh theo một số yếu tố khác có trong mô hình.

Bảng 3. Một số yếu tố liên quan đến dự định tham gia bảo hiểm y tế của người lao động làm việc khu vực phi chính thức

Yếu tố	Sẽ tham gia n(%)	Mô hình 1 OR (CI95%)	Mô hình 2 OR (CI95%)
Giới tính			
Nữ	167 (79,9)	Ref	Ref
Nam	126 (75,0)	0,8 (0,5-1,2)	0,9 (0,5-1,5)
Kinh tế			
Trung bình, nghèo	268 (77,9)	Ref	Ref
Giàu, khá giả	25 (75,8)	0,9 (0,4-2,0)	0,6 (0,2-1,4)
Trình độ học vấn			
Dưới THPT	135 (79,9)	Ref	Ref
Từ THPT trở lên	158 (76,0)	0,8 (0,5-1,3)	0,7 (0,4-1,3)
Nhóm tuổi			
Dưới 50 tuổi	217 (76,7)	Ref	Ref
Từ 50 tuổi trở lên	76 (80,9)	1,3 (0,7-2,3)	1,2 (0,6-2,3)
Tình trạng sức khỏe			
Có bệnh mạn tính/ đau ốm	43 (86,0)	Ref	Ref
Khỏe mạnh	250 (76,5)	0,5 (0,2-1,3)	0,6 (0,3-1,4)
Chủ hộ gia đình			
Là chủ hộ	76 (75,2)	Ref	Ref
Không là chủ hộ	217 (78,6)	1,3 (0,7-2,0)	1,4 (0,7-2,5)
Đang có thẻ BHYT			
Không có thẻ	219 (73,3)	Ref	Ref
Có thẻ	74 (92,5)	4,4 (1,8-0,5)***	5,0 (2,0-2,4)***

Mô hình 1: Mô hình logistic đơn biến

Mô hình 2: Mô hình logistic đa biến

***p<0,001

Tỷ lệ NLD có thẻ BHYT trong nhóm có bệnh mạn tính hoặc hay đau ốm là 32% cao hơn so với tỷ lệ này trong nhóm NLD khỏe mạnh (19,6%;

$p < 0,05$). Những người có bệnh mạn tính hoặc hay đau ốm có khả năng có thẻ BHYT cao gấp 2 lần những người khỏe mạnh khác trong cùng nhóm tuổi, cùng giới tính, cùng TĐHV và kinh tế. NLD nữ có xu hướng có BHYT nhiều hơn NLD nam, những người ở nhóm tuổi từ 50 trở lên cũng có xu hướng có thẻ BHYT nhiều hơn nhóm dưới 50 tuổi. Tuy nhiên, sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

Về dự định tham gia BHYT (Bảng 3), trong cùng nhóm tuổi, cùng TĐHV và tình trạng sức khỏe... những NLD đang có thẻ BHYT có khả năng vẫn tiếp tục mua thẻ BHYT cao gấp 5 lần những người hiện không có thẻ BHYT ($p < 0,001$). Chưa thấy có mối liên quan giữa nhóm tuổi, nhóm TĐHV, tình trạng sức khỏe, tình trạng kinh tế... với dự định mua thẻ BHYT của NLD khu vực phi chính thức ($p > 0,05$).

4. Bàn luận

Tham gia BHYT cũng là một hình thức trả trước cho chi phí khám chữa bệnh, BHYT đã trở thành một trong những phương thức đảm bảo tài chính có nhiều ưu điểm trong y tế. Tuy nhiên một thời gian dài đã qua, chính sách BHYT mới chỉ nhắm đến đối tượng NLD ở khu vực chính thức (trong các cơ quan và doanh nghiệp nhà nước), chưa có chính sách và cơ chế hướng tới việc tăng bao phủ BHYT cho khu vực phi chính thức [2, 5]. Việt Nam triển khai thực hiện chính sách BHYT đến nay đã được 23 năm, BHYT đã trở thành một trong những chính sách an sinh xã hội quan trọng. Đây là một trong những chiến lược phát triển chung về kinh tế, xã hội, y tế. Tuy vậy, đối tượng lao động trong khu vực phi chính thức chưa được cụ thể trong các chính sách hỗ trợ của nhà nước. Năm 2010, có khoảng hơn 1 triệu lao động khu vực phi chính thức ở Hà Nội nhưng chỉ có khoảng 5000 người tham gia BHYT (chiếm khoảng 0,5%), đây quả là một con số rất thấp [3], cho đến 2014 cũng chỉ có 6,5% NLD phi chính thức của Việt Nam có BHYT. Điều này cho thấy tỷ lệ khoảng 30% dân số Việt Nam chưa có BHYT chủ yếu là thuộc nhóm lao động phi chính thức.

Tỷ lệ NLD khu vực phi chính thức trong nghiên cứu tại Long Biên có BHYT là 21,2%. Tỷ lệ này cao hơn rất nhiều so với ước tính của tác giả Trần Thị Phương Châm và cộng sự (CS) [3] khi dùng cùng khái niệm về NLD phi chính thức. Nguyên nhân do đối tượng trong nghiên cứu tại Long Biên năm 2015 chúng tôi chọn là những NLD phi chính thức sinh

sống tại địa bàn Long Biên ít nhất là 1 năm, như vậy họ cũng có sự ổn định hơn so với những người làm tự do mà có sự di biến động nhiều (buôn bán hàng rong và ở trọ...). Ngoài ra tại Long Biên, chính sách về BHYT cũng được tuyên truyền tới NLD tương đối tốt vì vậy người dân cũng hiểu về lợi ích của BHYT và từ đó cũng tham gia BHYT nhiều hơn.

Một số yếu tố liên quan đến tham gia BHYT của NLD khu vực phi chính thức

Giới tính

NLD nam giới có xu hướng tham gia BHYT tự nguyện ít hơn so với nữ giới, kết quả này cũng tương tự nghiên cứu của Barnighausen và CS [7]. Trong nhóm tuổi lao động, dường như nam giới thường có sức khỏe tốt hơn nữ giới, một phần là do đặc điểm sinh học theo giới, ngoài ra cũng do ở lứa tuổi này nữ giới thường đang trong độ tuổi sinh đẻ nên đối mặt với nhiều nguy cơ ảnh hưởng đến sức khỏe. Với những lý do trên nữ giới cũng có xu hướng mua BHYT nhiều hơn nam giới vì họ cũng có khả năng sẽ sử dụng dịch vụ y tế trong chăm sóc sức khỏe nhiều hơn nam giới.

Việc làm và thu nhập

Trong nghiên cứu ở Long Biên, những NLD sống trong HGD có điều kiện kinh tế khá giả hơn các HGD xung quanh thì khả năng có BHYT cũng cao hơn những NLD sống trong hộ gia đình khác. Kết quả này ở khía cạnh kinh tế cũng tương tự nghiên cứu của Barnighausen và CS [7], các tác giả đã chứng minh những người không có thu nhập ổn định thì khả năng tham gia BHYT cũng thấp hơn những người có thu nhập ổn định. Trong nhóm NLD hiện không có BHYT, một nhóm không nhỏ không có BHYT là do sự chuyển đổi BHYT theo HGD. Với Luật BHYT sửa đổi có hiệu lực từ đầu năm 2015, việc mua BHYT của NLD dưới góc độ về kinh tế lại càng khó khăn. Hiện nay, muốn mua BHYT thì NLD không còn được quyền mua cho cá nhân, thay vào đó phải mua cho tất cả các thành viên trong HGD. Đây quả là một gánh nặng về chi phí mua BHYT, chính vì vậy nhiều NLD có khả năng mua cho 1 người nhưng không thể mua cho cả gia đình, kết quả là họ đã không có BHYT.

Việc làm và thu nhập của NLD khu vực phi chính thức còn thấp và bấp bênh, đây cũng là một trong những nguyên nhân chính cản trở đến khả năng tham gia BHYT của nhóm lao động này [5,

6]. Trên con đường hội nhập sâu vào nền kinh tế thế giới, BHYT nói riêng và hệ thống an sinh xã hội nói chung của Việt Nam cần được hoàn thiện và phát triển nhằm đáp ứng nhu cầu của NLĐ đặc biệt là những nhóm yếu thế như lao động khu vực phi chính thức. NLĐ thuộc khu vực này thường là những người có TĐHV thấp, nhận thức xã hội còn hạn chế, lao động phần lớn chưa qua đào tạo, việc làm không ổn định và thu nhập thấp. NLĐ phi chính thức là những người thường phải đối mặt với tình trạng không an toàn và căng thẳng hơn so với những NLĐ chính thức; và cũng ít tiếp cận với những dịch vụ chăm sóc sức khỏe có chất lượng hơn. Họ cũng thường làm việc trong môi trường kém hơn và không an toàn với mức lương thấp, 1/3 trong số họ có mức thu nhập dưới \$1,25/ngày [10]. Như vậy có thể thấy, kinh tế là yếu tố rất quan trọng và là yếu tố chính tác động đến quyết định tham gia hoặc không tham gia BHYT của NLĐ, tuy vậy lý do này không phải là tất cả. Còn có những yếu tố khác nữa liên quan đến dịch vụ y tế, liên quan đến cung cấp bảo hiểm... cũng ảnh hưởng đến quyết định mua BHYT của NLĐ.

Yếu tố sức khỏe

BHYT cũng là một biện pháp chia sẻ nguy cơ, tránh rủi ro, những tổn thất lớn ngoài sự chịu đựng của mỗi cá nhân. Nguyên tắc của BHYT là có đóng có hưởng, cộng đồng cùng chia sẻ rủi ro, lấy số đông bù cho số ít không may mắc bệnh phải điều trị tốn kém. Đây cũng chính là cơ sở để bảo hiểm hình thành và phát triển. Tuy vậy, cũng vẫn còn những người quan niệm mình khỏe mạnh thì đóng bảo hiểm chỉ để cho người khác được hưởng vì thế khi họ còn khỏe mạnh thì không nghĩ và không muốn tham gia BHYT nhưng đến khi bệnh tật đe dọa thì lại tìm mọi cách để có thể bảo hiểm và dùng thẻ bảo hiểm [1, 8, 9]. Nghiên cứu ở Long Biên cũng cho thấy những người có bệnh mạn tính/ hay ốm đau thì mua BHYT cũng cao hơn những người khỏe mạnh 2 lần. Có tới 58% NLĐ phi chính thức cho biết lý do không mua BHYT là cảm thấy sức khỏe tốt, không cần tham gia BHYT. Có thể nói hiện nay chính sách BHYT tự nguyện vẫn còn chưa sát với thực tế, thiếu chặt chẽ nên chỉ những người hay ốm, người mắc bệnh mạn tính hoặc người điều trị đặc biệt có chi phí lớn thì mới tham gia BHYT, đây là một sự “lựa chọn ngược” và gây ảnh hưởng lớn đến sự an toàn của quỹ. Xu hướng này không chỉ xuất hiện ở những người tham gia bảo hiểm ở khu vực lao động phi chính thức mà đó là tâm lý chung, những người hưởng chính sách BHYT tự nguyện có

xu hướng đến khám nhiều dịch vụ hơn so với bất kỳ dạng BHYT nào khác [4]. Trên thực tế, khi chính sách BHYT được thực hiện đã tạo một gánh nặng bổ sung cho hệ thống y tế. Các cơ sở y tế ở tất cả các tuyến từ Trung ương, tỉnh, huyện đã trải nghiệm sự tăng lên của số lượng bệnh nhân cả điều trị nội trú và ngoại trú. Các cơ sở y tế vì vậy đã phải nhận số lượng bệnh nhân nhiều hơn so với khả năng cung cấp dịch vụ, nhân lực y tế cũng bị dàn trải và sử dụng nhiều vào các nhiệm vụ/ công việc phi lâm sàng tạo ra sự thâm hụt tài chính và ảnh hưởng đến chất lượng chăm sóc. Đây cũng là một nguy cơ ảnh hưởng đến sự an toàn của quỹ BHYT nếu những người tham gia lại là những người hay ốm và cần có bảo hiểm chi trả.

Hạn chế của nghiên cứu

Do đặc điểm của người lao động phi chính thức là di biến động nhiều, nơi nào có cơ hội tìm kiếm việc làm dễ dàng thì họ dễ dàng di cư đến. Ngoài ra việc xác định được nghề nghiệp của ĐTNC dựa trên số liệu/ thông tin thứ cấp cũng rất khó khăn. Chính vì những lý do trên, nhóm nghiên cứu đã phải chọn mẫu nhiều giai đoạn với phương pháp chọn mẫu “nhà liền nhà”, điều này cũng đã hạn chế tính đại diện của mẫu nghiên cứu.

5. Khuyến nghị

Từ các kết quả trên chúng tôi có một số khuyến nghị sau: (1) Cần tăng cường truyền thông, cung cấp thông tin về lợi ích BHYT, BHYT theo HGD đến NLĐ; tập trung vào nhóm có thu nhập thấp, nam giới và TĐHV thấp; (2) Rà soát/ đánh giá về khả năng tham gia BHYT HGD của NLĐ khu vực phi chính thức và nhà nước nên có sự hỗ trợ phần nào đó để mua BHYT cho những HGD còn khó khăn dựa trên những kết quả rà soát.

Lời cảm ơn

Nghiên cứu viên xin cảm ơn người lao động phi chính thức quận Long Biên đã tham gia nghiên cứu này. Cảm ơn Trung tâm Y tế dự phòng Long Biên đã phối hợp và giúp đỡ nhóm nghiên cứu trong quá trình thu thập số liệu thực địa. Cảm ơn các phản biện đã đóng góp ý kiến quý báu cho bài báo. Chúng tôi cũng chân thành cảm ơn Trường Đại học Y tế Công cộng đã tạo điều kiện cho nhóm triển khai nghiên cứu và hỗ trợ kinh phí cho nghiên cứu thông qua dự án AP.

Tài liệu tham khảo

Tiếng Việt

1. Bảo hiểm xã hội Việt Nam (2011). Bảo hiểm y tế ở Việt Nam: Nghiên cứu trường hợp về người lao động cho khu vực phi chính thức.
2. Bộ Y tế (2013). Báo cáo chung tổng quan ngành y tế năm 2013, Hướng tới bao phủ chăm sóc sức khỏe toàn dân. Bộ Y tế và Nhóm đối tác phát triển.
3. Trần Thị Phương Châm (2012). Bảo hiểm y tế khu vực kinh tế phi chính thức ở Hà Nội. Luận văn Thạc sỹ chuyên ngành Kinh tế chính trị. Trường Đại học Kinh tế Quốc dân.
4. Nguyễn Dung, Nguyễn Nhật Nam, Dương Bích Hạnh, Nguyễn Quang Ngọc, James F. Phillips, Jane Hughes (2009). Ảnh hưởng của các chính sách bảo hiểm đến nhà cung cấp và người sử dụng ở Thừa Thiên- Huế từ những số liệu định tính.
5. Viện Hanns Seide, Viện Khoa học Lao động và Xã hội (2012). An sinh xã hội cho khu vực phi chính thức và người lao động phi chính thức ở Việt Nam: Kết quả rà soát tài liệu và cơ sở dữ liệu. NXB Hà Nội
6. Vũ Thị Nhân (2013). Một số vấn đề về triển khai bảo hiểm y tế tự nguyện tại Việt Nam. Luận văn Thạc sỹ.

Tiếng Anh

7. Barnighausen, T., Yuanli Liu, Xinping Zhang and Rainer Sauerborn (2007). Willingness to pay for social health insurance among informal sector workers in Wuhan, China: a contingent valuation study. BMC Health Serv Res. 7: p. 114.
8. Bitran, Ricardo. 2014. Universal health coverage and the challenge of informal employment: lessons from developing countries. Health, Nutrition, and Population (HNP) discussion paper. Washington DC; World Bank Group. <http://documents.worldbank.org/curated/en/2014/01/19491214/universal-health-coverage-challenge-informal-employment-lessons-developing-countries> [cited 2015 Nov 18]
9. Mathauer, I., J.O. Schmidt, and M. Wenyaa (2008), Extending social health insurance to the informal sector in Kenya. An assessment of factors affecting demand. Int J Health Plann Manage. 23(1): p. 51-68.
10. Rockefeller Foundation (2013). Health vulnerabilities of informal worker [Online]. Available from: <https://www.rockefellerfoundation.org/report/health-vulnerabilities-of-informal-workers/> [cited 2015 Nov 15]