

SỬ DỤNG DỊCH VỤ CHĂM SÓC SỨC KHỎE VÀ GÁNH NẶNG TÀI CHÍNH CỦA NGƯỜI CAO TUỔI VÀ GIA ĐÌNH: SO SÁNH NÔNG THÔN VÀ THÀNH THỊ VIỆT NAM

Nguyễn Hoài Thanh

Nguyễn Thị Quyên

Lục Thị Anh Thơ

...

Tóm tắt: Nghiên cứu này phân tích những khác biệt trong sử dụng dịch vụ chăm sóc sức khỏe và gánh nặng tài chính của người cao tuổi và hộ gia đình ở nông thôn và thành thị Việt Nam xét theo việc tham gia bảo hiểm y tế. Dữ liệu dùng để phân tích là từ ba cuộc Khảo sát mức sống hộ gia đình Việt Nam (VHLSS) các năm 2014, 2018 và 2020. Các biến số tài chính y tế (như chi tiêu tiền túi...) được tính toán theo hướng dẫn của Tổ chức Y tế thế giới (WHO) và được phân theo các đặc điểm của cá nhân và hộ gia đình người cao tuổi. Kết quả cho thấy, ở cả hai khu vực thành thị và nông thôn, trong số những người từng đau ốm trong 12 tháng trước khảo sát, người cao tuổi có bảo hiểm có tỷ lệ khám, chữa bệnh (KCB) nội trú cao hơn người không có bảo hiểm y tế. Trong cả ba năm, dữ liệu cho thấy bảo hiểm y tế góp phần làm giảm gánh nặng tài chính trong chăm sóc sức khỏe cho người cao tuổi và gia đình của họ.

Từ khóa: Bảo hiểm y tế; Chăm sóc sức khỏe; Chi tiêu tiền túi; Người cao tuổi; Việt Nam.

Đặt vấn đề

Già hoá dân số là một trong những vấn đề được quan tâm rộng rãi của thế kỉ XXI. Ở Việt Nam, dân số cao tuổi (là những người từ 60 tuổi trở lên) đang tăng nhanh chóng. Vào năm 2019, dân số cao tuổi chiếm 11,9% tổng dân số Việt Nam và theo dự báo thì con số này sẽ là gần 25% vào năm 2049 (Tổng cục Thống kê, 2020). Người cao tuổi (NCT) thường mắc nhiều bệnh mạn tính nên cần được chăm sóc sức khỏe thường xuyên, nhưng việc tiếp cận và sử dụng dịch vụ y tế còn nhiều khó khăn do thiếu cơ sở vật chất, nhân lực y tế cũng như khả năng chi trả hạn chế (Bộ Y tế và Nhóm đối tác y tế, 2018).

Một trong những nguồn tài chính quan trọng trong chăm sóc sức khỏe của NCT Việt Nam là bảo hiểm y tế và hiện có hơn 98% NCT có các loại bảo hiểm y tế khác nhau. Tuy nhiên, dù có tỷ lệ bao phủ bảo hiểm y tế cao nhưng việc sử dụng dịch vụ y tế cũng như gánh nặng chi tiêu chăm sóc sức khỏe lại không đồng đều trong dân số cao tuổi, đặc biệt giữa khu vực nông thôn và thành thị.

Chi tiêu tiền túi (OOP) cho y tế cao có thể dẫn đến nghèo đói (Folashayo Adeniji, 2019). Nghiên cứu của Charu C Garg & Anup K Karan (2009) cho thấy OOP cao có ảnh hưởng đến khả năng tiếp cận dịch vụ y tế thiết yếu cho người bệnh và gia đình, đặc biệt là

những người có thu nhập thấp và người cao tuổi ở cả khu vực nông thôn và thành thị. Ở Việt Nam, Curt Löfgren (2014) cho thấy 8% hộ gia đình có người cao tuổi có tỷ lệ OOP cao hơn khả năng chi trả trung bình. Một khái niệm khác có liên quan cũng hay được phân tích, đó là chi tiêu y tế thảm họa (catastrophic health expenditure), đó là khi OOP chiếm hơn 40% tổng thu nhập của một hộ gia đình và khiến cho người bệnh và gia đình họ có nguy cơ trở thành người nghèo, hộ nghèo. Các yếu tố dẫn đến nguy cơ CHE gồm có thu nhập thấp, mắc bệnh nặng, không có bảo hiểm y tế đầy đủ.... Chính vì thế, bảo hiểm y tế đóng vai trò quan trọng trong việc bảo vệ tài chính cho người dân, đặc biệt là người cao tuổi.

Những quan sát thực tế cho thấy việc sử dụng dịch vụ chăm sóc sức khỏe và gánh nặng tài chính của NCT Việt Nam giữa nông thôn và thành thị có sự khác biệt. Nhu cầu sử dụng dịch vụ y tế thường thay đổi độ tuổi, nơi cư trú và mức chi tiêu bình quân. Người thu nhập cao và sống gần các cơ sở y tế có khả năng chi trả cho dịch vụ chăm sóc sức khỏe nhiều hơn (Shreya Banerjee, 2021). Việc có nhiều người hơn trong hộ gia đình có liên quan đáng kể đến tỷ lệ chi tiêu thảm họa thấp hơn (Hoang Van Minh và cộng sự, 2013; Curt Löfgren, 2014).

Nghiên cứu này phân tích những nhân tố tạo ra sự khác biệt giữa NCT và hộ gia đình của họ ở nông thôn và thành thị trong việc sử dụng dịch vụ chăm sóc sức khỏe và cũng như vai trò của bảo hiểm y tế trong bảo vệ tài chính cho NCT.

1. Tổng quan nghiên cứu và các giả thuyết nghiên cứu

Trong một nghiên cứu về sức khỏe người cao tuổi ở Ấn Độ, Shreya Banerjee (2021) chỉ ra rằng, ở cả thành thị và nông thôn, NCT có bảo hiểm y tế có tỷ lệ tìm kiếm điều trị tại các

cơ sở y tế cao hơn NCT không có bảo hiểm y tế. Việc chia sẻ rủi ro thông qua bảo hiểm y tế là một cách thức hiệu quả để tăng tỷ lệ KCB. Ở Ru-ooan-đa, dữ liệu về bảo hiểm y tế cũng cho thấy bảo hiểm y tế có tác động làm tăng tỷ lệ sử dụng dịch vụ KCB nội trú và ngoại trú (Wenjuan Wang và cộng sự, 2016). Do đó, nghiên cứu này đưa ra giả thuyết 1 như sau:

Giả thuyết 1: Đối với cả dịch vụ chăm sóc sức khỏe nội trú và ngoại trú, NCT có bảo hiểm y tế đều có tỷ lệ sử dụng cao hơn NCT không có bảo hiểm y tế, đặc biệt khi xem xét những đặc điểm cụ thể như tuổi, nhóm chi tiêu bình quân đầu người, dân tộc... ở cả hai khu vực nông thôn và thành thị.

Genevieve Cecilia Aryeetey và các cộng sự (2016) chỉ ra rằng khách hàng được bảo hiểm mặc dù vẫn đang thực hiện các khoản thanh toán tự chi trả nhưng mức độ thấp hơn khá nhiều so với khách hàng không có bảo hiểm. Những kết quả nghiên cứu của Malale Tungu và cộng sự (2020) cũng cho thấy vai trò quan trọng của bảo hiểm y tế trong việc bảo vệ tài chính cho NCT, đặc biệt là những người sống ở khu vực nông thôn. Tuy nhiên, nghiên cứu của Nekehia T.Quashie & Wiraporn Pothisiri (2019) lại cho thấy có khoảng 50% NCT tìm kiếm dịch vụ chăm sóc sức khỏe, dù hệ thống bảo hiểm y tế quốc gia nhằm mục đích tăng khả năng tiếp cận dịch vụ chăm sóc sức khỏe, người dân thành thị có xu hướng tìm kiếm dịch vụ khám sức khỏe cao hơn người dân nông thôn. Do đó, ngoài yếu tố tác động đáng kể của bảo hiểm y tế, khu vực sống của hộ gia đình người cao tuổi cũng cần được chú trọng trong các nghiên cứu. Vì vậy, nghiên cứu này đưa ra các giả thuyết 2 và 3 như sau:

Giả thuyết 2: Người cao tuổi không có bảo hiểm thường có chi tiêu tiền túi (OOPs) cao hơn so với những người có bảo hiểm.

Giả thuyết 3: Đối với cả người cao tuổi có bảo hiểm và không có bảo hiểm, và với các nhóm dễ bị tổn thương (dân tộc thiểu số, nông thôn và người nghèo) có tỷ lệ chi tiêu tiền túi cho y tế cao hơn so với các nhóm đối tượng khác.

2. Dữ liệu và phương pháp nghiên cứu

2.1. Dữ liệu

Nghiên cứu này sử dụng dữ liệu từ Khảo sát mức sống hộ gia đình - VHLSS được thực hiện năm 2014, 2018 và 2020 để xem xét sự thay đổi trong việc sử dụng dịch vụ y tế và bảo hiểm y tế của người cao tuổi.

Luật Bảo hiểm y tế số 25/2008/QH12 ngày 14 tháng 11 năm 2008 đã được sửa đổi vào năm 2014 theo Luật số 46/2014/QH13 ngày 13 tháng 6 năm 2014 nên bộ dữ liệu VHLSS năm 2014 được đưa vào nghiên cứu để so sánh sự thay đổi trong việc sử dụng BHYT qua các năm. VHLSS 2014 được thực hiện trên toàn quốc với quy mô mẫu là 46.995 hộ gia đình ở 3.133 xã/phường, đại diện ở cấp quốc gia, khu vực, thành thị - nông thôn và cấp tỉnh. Tổng cộng có 37.596 hộ gia đình được hỏi về thu nhập và các vấn đề khác, và 9.399 hộ gia đình được hỏi về thu nhập, chi tiêu và các vấn đề khác (Tổng cục thống kê, 2016).

VHLSS năm 2018 được triển khai trên phạm vi cả nước với quy mô mẫu 46.995 hộ ở 3.133 xã/phường, đại diện cho cả nước, các vùng, khu vực thành thị, nông thôn và tỉnh/thành phố trực thuộc Trung ương. Cuộc khảo sát thu thập thông tin theo bốn kỳ theo bốn quý của năm 2018 với phương pháp điều tra viên phỏng vấn trực tiếp chủ hộ, các thành viên hộ và cán bộ chủ chốt của xã có địa bàn khảo sát.

VHLSS năm 2020 được triển khai trên phạm vi cả nước với quy mô mẫu 46.980 hộ ở 3.132 xã/phường, đại diện cho cả nước, các

vùng, khu vực thành thị, nông thôn và tỉnh/thành phố trực thuộc Trung ương. Trong năm 2020, sự bùng phát của đại dịch COVID-19 đã để lại tác động nghiêm trọng đến nền kinh tế nói chung và lĩnh vực y tế nói riêng. Khảo sát năm 2020 được đưa vào nhằm xem xét đại dịch ảnh hưởng đến hành vi sử dụng dịch vụ chăm sóc sức khỏe của NCT như thế nào.

Tất cả các cuộc khảo sát này thu thập thông tin ở cấp hộ gia đình (thu nhập, chi tiêu), cũng như ở cấp độ cá nhân (như tuổi, giới tính, trình độ học vấn cao nhất, tình trạng hôn nhân và tình trạng việc làm). Liên quan đến việc sử dụng các dịch vụ chăm sóc sức khỏe và việc sử dụng bảo hiểm y tế, VHLSS đã thu thập thông tin về tình trạng sức khỏe của người được phỏng vấn và việc họ sử dụng các dịch vụ chăm sóc sức khỏe (chẳng hạn như số lần nhập viện nội trú, số lần khám ngoại trú và các chi phí tương ứng). Do đó, chúng tôi có thể xác định ai là người cao tuổi có bảo hiểm và người cao tuổi không có bảo hiểm, cách họ sử dụng các dịch vụ chăm sóc sức khỏe cũng như chi phí tương ứng.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Trong tất cả các phân tích, dân số cao tuổi (được định nghĩa là những người từ 60 tuổi trở lên) được phân theo các đặc điểm kinh tế - xã hội khác nhau (như nhóm tuổi, dân tộc và nơi cư trú...). Trong tất cả các ước tính, chúng tôi sử dụng quyền số mẫu cho dữ liệu cấp hộ gia đình hoặc cá nhân tương ứng để làm kết quả đại diện cho nhóm dân số cao tuổi. Các tính toán được thực hiện trên phần mềm STATA 16.

Nghiên cứu này sử dụng một số định nghĩa và cách tính toán của Tổ chức Y tế thế giới (WHO) về OOP, CHE và xác suất rơi bị nghèo do chi tiêu y tế (impoverishment) như sau.

OOP được tính dưới dạng tổng tất cả chi tiêu cho việc chăm sóc sức khỏe của hộ gia đình trong 12 tháng trước khảo sát. OOP thường bao gồm chi phí tư vấn của bác sĩ, chi phí mua thuốc và hóa đơn thăm khám từ bệnh viện hoặc các cơ sở y tế. OOP không tính các khoản trả khi sử dụng bảo hiểm y tế.

CHE được định nghĩa là khi tỷ lệ OOP vượt quá một tỷ lệ phần trăm nào đó hoặc một ngưỡng chi tiêu nào đó mà có thể đẩy hộ gia đình rơi vào tình trạng nghèo, khiến hộ gia đình phải cắt giảm chi tiêu cơ bản trong khoảng thời gian cần chi trả cho y tế. Tỷ lệ này được xác định trước và có thể vào khoảng từ 10% đến 40%.

Khả năng chi trả của hộ gia đình (CTP – capacity to pay) được xác định là thu nhập còn lại sau khi đã chi tiêu cho nhu cầu sinh hoạt cơ bản (tối thiểu) hàng ngày. Chi tiêu sinh hoạt hàng ngày của một hộ gia đình là khoản chi tối thiểu để duy trì cuộc sống cơ bản. Trong nghiên cứu này, nhóm chúng tôi sử dụng chuẩn nghèo làm ngưỡng chi tiêu sinh hoạt tối thiểu. Chuẩn nghèo được định nghĩa là thang đo mức độ chi tiêu của hộ gia đình cho lương thực và thực phẩm mà chiếm 50% tổng chi tiêu của hộ. Trong nghiên cứu này, chúng tôi đưa ra mức chi tiêu trung bình cho lương thực, thực phẩm của hộ gia đình Việt Nam nằm trong khoảng thập thập phân vị (percentile) thứ 45 và 55 của tổng mẫu. Trong quá trình xem xét tiêu dùng của hộ gia đình, quy mô mẫu được sử dụng thay vì quy mô hộ gia đình thực tế. Theo gợi ý của Ke Xu và cộng sự (2003), chi tiêu sinh hoạt được điều chỉnh theo quy mô hộ gia đình theo thang đo tiêu dùng tương đương và áp dụng với thang điểm 0,56, nghĩa là:

$$eqsize = hhsizelpha (1)$$

Trong đó, *eqsize* đại diện cho lượng tiêu dùng tương đương trong hộ gia đình và *hhsizelpha* là quy mô thực tế.

Giá trị β trong nghiên cứu này là 0,56 hàm ý rằng lượng tiêu thụ thực phẩm tăng lên theo số lượng người trong hộ gia đình tăng, nhưng lượng tiêu thụ tăng ít hơn so với mức tăng quy mô hộ gia đình.

Để xác định tình trạng nghèo và đo lường chi tiêu sinh hoạt của hộ gia đình, chúng tôi xác định dựa trên chuẩn nghèo tính trên tổng chi tiêu cho thực phẩm. Hộ gia đình càng nghèo thì mức chi trả trên tổng thu nhập hoặc tổng tiêu dùng cho thực phẩm càng cao. Chúng tôi thiết lập chuẩn nghèo là ngưỡng chi tiêu trung bình của các hộ gia đình có phần chi trả cho lương thực nằm trong phạm vi thập thập phân vị thứ 45 đến 55 (được sử dụng ưu tiên hơn cho một hộ gia đình ở phân vị thứ 50).

Khả năng chi trả (CTP) của một hộ gia đình có ít nhất một người cao tuổi được tính như sau:

$$CTP_h = EXP_h - SE_h \text{ nếu } SE_h < f_h \text{ và } CTP_h = CTP_h = SE_h - EXP_h \text{ nếu } SE_h > f_h (2)$$

Trong đó: CTP_h là khả năng chi trả của hộ gia đình h ; EXP_h là tổng chi tiêu của hộ gia đình h ; SE_h chi tiêu sinh hoạt của hộ gia đình h ; và f_h là chi tiêu của hộ gia đình h cho lương thực, thực phẩm.

Gánh nặng tài chính được tính ở cấp hộ gia đình dựa trên OOP dưới dạng phần trăm của CTP. Công thức tính như sau:

$$fb_h = \frac{OOP_h}{CTP_h} .100 (\%) (3)$$

Bên cạnh gánh nặng tài chính, hộ gia đình có NCT có nguy cơ bị nghèo hóa (impoverished) do mức chi trả quá cao cho việc chăm sóc dịch vụ y tế. Hộ gia đình không phải hộ nghèo vẫn có khả năng bị

nghèo sau khi trả các khoản thanh toán cho dịch vụ y tế quá lớn. Xác suất để một hộ gia đình có người cao tuổi sử dụng dịch vụ y tế trở nên nghèo khó có thể được ước tính như sau:

$$impov = 1 \text{ if } exp_h > se_h \text{ and } exp_h - OOP_h < se_h; \text{ và ngược lại} \quad (4)$$

Trong đó, *impov* thể hiện xác suất mà hộ gia đình có ít nhất một người cao tuổi trở thành hộ nghèo sau khi phải trả tiền cho dịch vụ chăm sóc sức khỏe.

Trong nghiên cứu này, chúng tôi sử dụng kết quả ước lượng của Giang Thanh Long và cộng sự (2022) với dữ liệu năm 2014 và so sánh với các kết quả mà chúng tôi ước lượng với dữ liệu của các năm 2018 và 2020.

3. Kết quả nghiên cứu

Bảng 1 mô tả các chỉ tiêu liên quan đến OOP của hộ gia đình có ít nhất một NCT và OOP bình quân đầu người đối với NCT có các đặc điểm nhân khẩu khác nhau. Nhìn chung, OOP bình quân đầu người, tỷ lệ OOP trên khả năng chi trả (OOP/CTP) và tỷ lệ OOP trên tổng chi tiêu của hộ (OOP/EX) đối với các hộ gia đình có ít nhất một NCT có bảo hiểm đều cao hơn so với các hộ gia đình không có bảo hiểm ở cả ba năm 2014, 2018, 2020. Điều đáng chú ý là người được bảo hiểm có chi tiêu OOP/người ở thành thị cao hơn nông thôn trong cả ba năm này. Cụ thể, 3302,16 đồng so với 2744,58 đồng (năm 2014); 2059,03 đồng so với 1842,91 đồng (năm 2018) và 6163,03 đồng so với 4614,3 đồng (năm 2020). Đối với người không có bảo hiểm, điều này đúng trong năm 2014, nhưng ngược lại trong các năm 2018 và 2020 khi chi tiêu OOP/người ở nông thôn cao hơn thành thị (1330,94 đồng so với 843,35 đồng năm 2018; và 2763,55 đồng so với 1894,79

đồng năm 2020). Nguyên nhân có thể được giải thích là do sự khác biệt trong chi tiêu của hộ gia đình trong việc sử dụng dịch vụ y tế nội trú và ngoại trú.

Bảng 2 trình bày bốn ngưỡng khác nhau của tỷ lệ OOP/CTP ở các hộ gia đình có NCT có và không có bảo hiểm, trong đó ngưỡng từ 40% trở lên được coi là mức mà hộ gia đình có NCT phải đối mặt với CHE. Kết quả cả ba năm cho thấy, đối với các chỉ tiêu được xét, hộ gia đình có bảo hiểm y tế có tỷ lệ OOP/CTP cao hơn người không có bảo hiểm y tế. Xét về dân tộc của chủ hộ, năm 2014 và 2018 ghi nhận người Kinh và dân tộc thiểu số có sự khác biệt nhỏ về CHE ở nhóm có bảo hiểm y tế nhưng có sự khác biệt lớn về CHE giữa nhóm không có bảo hiểm. Năm 2020, tỷ lệ phải đối mặt với CHE ở nhóm có và không có bảo hiểm cả dân tộc Kinh và các dân tộc thiểu số khác đã giảm nhiều so với các năm trước đó, đồng thời không có sự khác biệt lớn giữa nhóm có và không có bảo hiểm y tế. Điều quan trọng phải thấy rằng tỷ lệ hộ phải đối mặt với CHE của hai nhóm ở khu vực nông thôn cao hơn đáng kể so với thành thị trong cả ba năm 2014, 2018 và 2020. Xét về các nhóm ngũ phân vị chi tiêu, đối với hộ có NCT tham gia bảo hiểm phải chịu CHE, nhóm nghèo năm 2014, 2018 và nhóm trung bình năm 2020 cho thấy tỷ lệ cao nhất (tương ứng là 3,04%; 13,36% và 3,62%). Với nhóm không có bảo hiểm y tế, hộ trung bình năm 2014 và hộ cận nghèo năm 2018 có tỷ lệ CHE cao nhất (tương ứng là 2,17% và 8,07%), trong khi năm 2020 cho thấy mức độ và khả năng bị CHE giảm khi hộ gia đình giàu lên. Điều này cho biết tỷ lệ bị CHE ở nhóm nghèo và cận nghèo chỉ ở mức khoảng 1% và không có hộ trung bình, cận giàu và giàu đối mặt với CHE.

BẢNG 1. CÁC CHỈ TIÊU Y TẾ CỦA CÁC HỘ GIA ĐÌNH CÓ VÀ KHÔNG CÓ BẢO HIỂM Y TẾ

		2014						2018						2020					
		Người có bảo hiểm y tế			Người không có bảo hiểm y tế			Người có bảo hiểm y tế			Người không có bảo hiểm y tế			Người có bảo hiểm y tế			Người không có bảo hiểm y tế		
		OOP/người (1000VND)	OOP/CTP (%)	OOP/EX (%)	OOP/người (1000VND)	OOP/CTP (%)	OOP/EX (%)	OOP/người (1000VND)	OOP/CTP (%)	OOP/EX (%)	OOP/người (1000VND)	OOP/CTP (%)	OOP/EX (%)	OOP/người (1000VND)	OOP/CTP (%)	OOP/EX (%)	OOP/người (1000VND)	OOP/CTP (%)	OOP/EX (%)
	Tổng	2937,88	6,58	4,07	2200,82	5,08	3,08	1920,97	11,00	7,57%	1179,71	9,54	6,57%	5168,60	5,38	3,58%	2378,50	2,95	1,92%
Dân tộc của chủ hộ	Dân tộc thiểu số	1314,08	5,96	3,07	1336,90	4,55	2,57	636,45	10,47916	6,17%	1842,57	20,31	15,25%	1945,02	4,77	2,58%	2547,41	5,49	2,96%
	Kinh	3164,09	6,66	4,20	2236,45	5,11	3,10	2082,72	11,06	7,75%	1127,32	8,69	5,88%	5564,32	5,45	3,70%	2366,85	2,78	1,85%
Nơi cư trú	Nông thôn	2744,58	7,57	4,50	2043,58	5,41	3,16	1842,91	11,99	8,03%	1330,94	10,52	7,48%	4614,30	6,60	4,27%	2763,55	3,74	2,45%
	Thành thị	3302,16	4,70	3,24	2578,42	4,29	2,87	2059,03	9,24	6,76%	843,35	7,37	4,52%	6163,03	3,19	2,35%	1894,79	1,97	1,26%
Ngũ phân vị chi tiêu	Nghèo	1157,86	6,73	3,42	808,58	4,17	2,10	505,80	18,45	10,95%	421,11	10,03	6,30%	1818,55	5,74	3,21%	1206,93	3,72	2,11%
	Cận nghèo	1971,02	6,63	3,81	1603,71	5,67	3,08	884,99	12,77	8,15%	809,71	12,75	7,73%	2892,97	5,16	3,11%	2100,23	3,90	2,42%
	Trung bình	2636,87	6,31	3,99	2163,84	5,54	3,33	1469,92	10,25	6,88%	874,57	8,02	5,53%	4901,00	6,30	4,32%	2825,37	3,65	2,43%
	Cận giàu	4520,77	8,20	5,64	2691,39	4,87	3,30	1632,42	8,42	6,33%	1672,94	8,90	7,00%	6243,17	5,40	3,94%	1821,35	1,18	0,88%
	Giàu	5613,86	5,15	4,08	4837,64	4,84	3,78	4398,42	7,85	6,74%	2441,14	7,06	6,03%	11237,79	4,23	3,53%	3925,54	1,94	1,57%

Nguồn: Giang Thanh Long và cộng sự (2023) cho năm 2014 và tính toán của nhóm tác giả cho các năm 2018 và 2020.

BẢNG 2. TỶ LỆ CHI TIÊU TIỀN TÚI (OOP) SO VỚI KHẢ NĂNG CHI TRẢ (CTP) CỦA HỘ GIA ĐÌNH CÓ VÀ KHÔNG CÓ BẢO HIỂM Y TẾ

		2014								2018								2020							
		Người có bảo hiểm y tế				Người không có bảo hiểm y tế				Người có bảo hiểm y tế				Người không có bảo hiểm y tế				Người có bảo hiểm y tế				Người không có bảo hiểm y tế			
		OOP/CTP (%)				OOP/CTP (%)				OOP/CTP (%)				OOP/CTP (%)				OOP/CTP (%)				OOP/CTP (%)			
		>10%	>20%	>30%	>40%	>10%	>20%	>30%	>40%	>10%	>20%	>30%	>40%	>10%	>20%	>30%	>40%	>10%	>20%	>30%	>40%	>10%	>20%	>30%	>40%
	Tổng	20,44	9,98	4,76	2,42	15,67	6,35	2,86	1,29	26,77	14,89	9,40	6,67	0,23	13,38	7,14	5,23	16,21	7,41	3,83	2,00	8,24	3,43	0,64	0,44
Dân tộc của chủ hộ	Dân tộc thiểu số	17,4	9,29	5,61	2,24	9,63	9,63	1,68	0,01	24,91	16,31	10,70	7,66	0,25	20,27	14,26	14,26	14,11	6,22	3,43	2,32	18,13	11,09	3,17	0,00
	Kinh	20,86	10,07	4,63	2,44	15,92	6,22	2,9	1,34	27,00	14,71	9,24	6,55	0,22	12,84	6,57	4,51	16,47	7,56	3,88	1,96	7,55	2,91	0,47	0,47
Nơi cư trú	Nông thôn	23,31	12,29	5,93	2,95	17,15	6,72	2,84	1,5	24,43	14,10	7,92	5,51	0,29	16,81	10,52	7,54	20,61	9,96	5,16	2,72	13,16	5,80	0,78	0,78
	Thành thị	15,02	5,62	2,52	1,4	12,1	5,46	2,9	0,78	18,68	11,79	5,40	4,60	0,21	10,99	6,75	4,70	8,33	2,85	1,46	0,70	2,04	0,46	0,46	0,00
Ngũ phân vị chi tiêu	Nghèo	22,41	9,2	5,25	3,04	13,7	5,39	1,64	0,73	38,45	25,57	17,86	13,36	0,22	17,42	11,04	8,06	19,54	7,75	3,32	1,75	9,27	7,71	1,00	1,00
	Cận nghèo	21,74	10,84	4	1,33	18,28	7,27	3,06	1,29	32,23	18,68	12,57	8,35	0,26	16,67	8,79	8,07	15,44	7,89	3,25	1,36	10,71	4,17	1,97	1,02
	Trung bình	19,46	10,64	2,69	2,12	16,58	6,6	3	2,17	28,21	14,71	8,64	6,06	0,20	9,75	4,27	2,62	19,84	8,91	6,19	3,62	12,07	4,42	0,00	0,00
	Cận giàu	24,06	14,03	7,83	2,73	14,95	5,63	2,61	0,89	22,23	10,52	5,10	3,39	0,22	11,05	8,11	4,52	16,17	7,96	4,09	1,46	0,00	0,00	0,00	0,00
	Giàu	13,9	6,41	3,96	2,5	13,06	6,72	4,44	1,12	17,61	9,13	6,06	4,64	0,23	13,57	4,19	3,15	9,30	4,54	2,56	1,86	7,56	0,00	0,00	0,00

Nguồn: Giang Thanh Long và cộng sự (2023) cho năm 2014 và tính toán của nhóm tác giả cho các năm 2018 và 2020.

BẢNG 3. TỶ LỆ HỘ GIA ĐÌNH NCT BỊ NGHÈO DO CHI TIÊU Y TẾ: SO SÁNH NGƯỜI CÓ BHYT VÀ KHÔNG CÓ BHYT (%)

		2014		2018		2020	
		Có BHYT	Không có BHYT	Có BHYT	Không có BHYT	Có BHYT	Không có BHYT
	Tổng	1,77	1,04	3,27	2,94	1,09	1,2
Dân tộc của chủ hộ	Dân tộc thiểu số	2,9	3,78	2,28	8,26	3,19	0
	Kinh	1,62	0,92	3,39	2,52	0,83	1,29
Nơi cư trú	Nông thôn	2,45	1,47	3,67	2,1	1,61	2,16
	Thành thị	0,5	0	2,55	4,82	0,16	0

Nguồn: Giang Thanh Long và cộng sự (2023) cho năm 2014 và tính toán của nhóm tác giả cho các năm 2018 và 2020.

Bảng 3 trình bày tỷ lệ phần trăm hộ gia đình NCT có và không có bảo hiểm y tế bị nghèo do chi tiêu y tế (khi chi phí cho sức khỏe vượt ngưỡng 40% khả năng chi trả). Nhìn chung, năm 2018 là năm có tỷ lệ cao nhất đối với hộ gia đình NCT có bảo hiểm y tế và không có bảo hiểm y tế (tương ứng là 3,27% và 2,94%). Khi xét theo dân tộc chủ hộ, trong cả ba năm, hộ dân tộc thiểu số có tỷ lệ bị nghèo cao hơn do chi tiêu y tế lớn hơn nhóm người dân tộc Kinh. Đáng chú ý, khi nhóm dân tộc thiểu số không có bảo hiểm y tế, năm 2020 không ghi nhận hộ nào rơi vào tình trạng này. Điều này có thể là do họ có xu hướng lựa chọn KCB nội trú mà dùng bảo hiểm y tế nhiều hơn là không dùng bảo hiểm y tế. Xét về nơi cư trú, một xu hướng tương đồng được nhận thấy ở năm 2014 và 2020 khi cả hai nhóm NCT có và không có bảo hiểm y tế có tỷ lệ bị nghèo do chi tiêu y tế ở nông thôn nhiều hơn ở thành thị. Năm 2018, hộ gia đình NCT ở thành thị không có bảo hiểm y tế có tỷ lệ bị nghèo do chi tiêu y tế cao hơn hộ ở nông thôn. Kết quả này tương đồng với năm 2014 và 2020, đó là không ghi nhận hộ gia đình NCT ở khu vực thành thị không có bảo hiểm y tế bị nghèo do chi tiêu y

tế. Lý do có thể là tỷ lệ phần trăm OOP của hộ NCT ở thành thị chiếm một phần nhỏ trong tổng chi tiêu và khả năng chi trả của hộ.

Kết luận

Kết quả nghiên cứu cho thấy, xét về tỷ lệ KCB giữa NCT có và không có bảo hiểm y tế thì người có bảo hiểm y tế có tỷ lệ KCB nội trú và ngoại trú cao hơn người không có bảo hiểm y tế ở tất cả các đặc điểm như nhóm tuổi, nhóm chi tiêu bình quân đầu người ở cả hai khu vực nông thôn và thành thị.

Liên quan đến gánh nặng tài chính, bảo hiểm y tế giúp làm giảm gánh nặng tài chính cho NCT Việt Nam khi họ sử dụng dịch vụ KCB. Nhìn chung, NCT có bảo hiểm y tế có OOP cho cả KCB ngoại trú và nội trú thấp hơn NCT không có bảo hiểm y tế vào năm 2014, nhưng xu hướng có khác biệt vào các năm 2018 và 2020 đối với dịch vụ nội trú khi NCT không có bảo hiểm y tế có OOP thấp hơn NCT có bảo hiểm. Điều này có thể được giải thích một phần bằng thực tế là nhu cầu KCB của NCT trong đại dịch COVID-19 tăng vọt, đặc biệt với khám nội trú là hình thức được tài trợ nhiều hơn bởi bảo hiểm y tế.

Từ các kết luận rút ra được, nhóm nghiên cứu có một số gợi ý chính sách nhằm tăng cường sự phát triển của hệ thống BHYT tại Việt Nam. Đó là:

Thứ nhất, cần khuyến khích NCT và gia đình của họ tham gia BHYT để giảm thiểu chi phí cho việc chăm sóc sức khỏe và tránh được những rủi ro tài chính. Đặc biệt, cần thiết kế các gói phúc lợi nhằm hướng tới và ưu tiên nhu cầu của NCT với sự chú trọng vào những người yếu thế như người nghèo và những người sống ở nông thôn, vùng sâu, vùng xa.

Thứ hai, cần tối ưu hóa hệ thống tài chính và bồi thường bảo hiểm y tế, mở rộng phạm

vi chi trả, tăng mức chi trả và thực hiện các chương trình bảo hiểm y tế và hỗ trợ y tế mới hướng tới NCT và các nhóm dễ tổn thương. Liên tục đẩy mạnh phát triển kinh tế và cung cấp hỗ trợ tài chính để nâng cao năng lực tài chính cho người nghèo. Thêm vào đó, cần mở rộng phạm vi bao phủ bảo hiểm y tế, đặc biệt là giữa các nhóm tự nguyện như nông dân, người nghèo và người cận nghèo. Ngoài ra, cần tính đến việc tăng cường bồi hoàn cho bệnh nhân nội trú, giới thiệu chương trình bảo hiểm bệnh hiểm nghèo và các chương trình xóa đói giảm nghèo khác nhằm giảm khoảng cách giàu nghèo để giảm chi tiêu y tế thảm họa.

Tài liệu tham khảo

1. Adeniji, F. (2019). Chronic disease profile, health utilization and self-reported financial situation of older people in rural South Africa. *International Journal of Aging Research*, 1-15.
2. Aryeetey, G.C., Westeneng, J., Spaan, E., Jehu-Appiah, C., Agyepong, I.A. & Baltussen, R. (2016). Can health insurance protect against out-of-pocket and catastrophic expenditures and also support poverty reduction? Evidence from Ghana's National Health Insurance Scheme. *International Journal for Equity in Health*, 15(1), 116.
3. Banerjee, S. (2021). Determinants of rural-urban differential in healthcare utilization among the elderly population in India. *BMC Public Health*, 21(1), 939.
4. Bộ Y tế và Nhóm đối tác y tế (2018). *Hướng tới bao phủ y tế toàn dân Việt Nam*, Hà Nội.
5. Garg, C.C. & Karan, A.K. (2009). Reducing out-of-pocket expenditures to reduce poverty: a disaggregated analysis at rural-urban and state level in India. *Health Policy and Planning*, 24(2), 116–128.
6. Giang, L. T., Pham, T. H. T., Phi, P. M., & Nguyen, N. T. (2023). Healthcare Services Utilisation and Financial Burden among Vietnamese Older People and Their Households. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 20(12), 6097.
7. Löfgren, C. (2014). *Catastrophic Health Expenditure in Vietnam: Studies of Problems and Solutions*. Dept. of Public Health and Clinical Medicine Epidemiology and Global Health, Umeå University, Umeå, Sweden.
8. Quashie, N. T., & Pothisiri, W. (2019). Rural-urban gaps in health care utilization among older Thais: The role of family support. *Archives of gerontology and geriatrics*, 81, 201–208.
9. Xu, K., Evans, D.B., Kawabata, K., Zeramdini, R., Klavus, J. & Murray, C.J. (2003). Household catastrophic health expenditure: a multicountry analysis. *The Lancet*, 362(9378), 111–117.
10. Tổng cục Thống kê (2016). *Kết quả Khảo sát mức sống dân cư Việt Nam năm 2014*, Hà Nội.
11. Tổng cục Thống kê (2020). *Dự báo Dân số Việt Nam giai đoạn 2019 - 2069*, Hà Nội.
12. Tungu, M., Amani, P.J, Hurtig, A.K., Dennis Kiwara A., Mwangi, M., Lindholm, L. & San Sebastian, M.(2020). Does health insurance contribute to improved utilization of health care services for the elderly in rural Tanzania? A cross-sectional study. *Global Health Action*, 13(1), 1841962.

13. Van Minh, H., Kim Phuong, N. T., 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 Standard Survey 2002-2010. *Social Science & Medicine* (1982), 96, 258–263.
14. Wang, W., Temsah, G. & Carter, E. (2016). Levels and determinants of out-of-pocket health expenditures in the Democratic Republic of the Congo, Liberia, Namibia, and Rwanda. *DHS Analytical Studies No. 59*, ICF International, Rockville, Maryland, USA.

Thông tin tác giả:**1. Nguyễn Hoài Thanh**, Sinh viên

- Đơn vị học tập: Trường Đại học Kinh tế Quốc dân
- Địa chỉ email: 11215293@st.neu.edu.vn

2. Nguyễn Thị Quyên, Sinh viên

- Đơn vị học tập: Trường Đại học Kinh tế Quốc dân

3. Lục Thị Anh Thơ, Sinh viên

- Đơn vị học tập: Trường Đại học Kinh tế Quốc dân

4. Nguyễn Hà Ngân, Sinh viên

- Đơn vị học tập: Trường Đại học Kinh tế Quốc dân

5. Đinh Thị Hạnh, Sinh viên

- Đơn vị học tập: Trường Đại học Kinh tế Quốc dân

Ngày nhận bài: 13/3/2024

Ngày nhận bản sửa: 21/4/2024

Ngày duyệt đăng: 19/5/2024