

BẢO HIỂM Y TẾ TRONG CHĂM SÓC SỨC KHOẺ CỦA NGƯỜI CAO TUỔI Ở VIỆT NAM

Giang Thanh Long

*Viện Chính sách Công và Quản lý, Trường Đại học Kinh tế quốc dân
Email: giang.long@ippm.edu.vn*

Phạm Thị Hồng Thắm

*Khoa Toán Kinh tế, Trường Đại học Kinh tế quốc dân
Email: thamtk@neu.edu.vn*

Phạm Lê Tuấn

*Bộ Y tế
Email: phamtuandr2003@gmail.com*

Ngày nhận: 01/8/2016

Ngày nhận bản sửa: 5/9/2016

Ngày duyệt đăng: 15/9/2016

Tóm tắt:

Bài viết này sử dụng hai bộ dữ liệu là Điều tra mức sống hộ gia đình Việt Nam và dữ liệu Điều tra tình hình khám chữa bệnh bảo hiểm y tế (BHYT) của Bộ Y tế để mô tả xu hướng tham gia, sử dụng các dịch vụ y tế và chi phí cho các dịch vụ đó của người cao tuổi (NCT). Kết quả cho thấy, tỷ lệ tham gia BHYT của NCT tăng lên rõ rệt. Phân tích về dịch vụ khám chữa bệnh cho thấy, NCT thường xuyên sử dụng các cơ sở y tế ở tuyến dưới (đặc biệt là tuyến xã và tương đương) hơn các tuyến khác. Tuy nhiên, xét về chi phí thì hầu hết lại phát sinh ở tuyến trên, đặc biệt là tuyến tỉnh và trung ương. Kết quả cũng cho thấy BHYT thanh toán khoảng 85% tổng chi phí khám chữa bệnh. Bài viết cũng khuyến nghị một số chính sách, trong đó tập trung vào cải thiện hiệu quả cung cấp dịch vụ y tế cấp cơ sở cũng như nâng cao hiệu quả kiểm soát chi phí khám, chữa bệnh BHYT.

Từ khoá: Bảo hiểm y tế; già hoá dân số; người cao tuổi; Việt Nam.

Social health insurance in health care for elderly people in Vietnam

Abstract:

This paper uses data from the Vietnam Household Living Standard Survey and the Survey on Health Care Situations by Ministry of Health to describe health insurance participation, service usage, and service costs for older people. The results show that participation rates increased over time. In regard to service usage, the results indicate that elderly people have high frequency of service use at lower-level health facilities (particularly at commune level or equivalence). In regard to costs, however, most of costs are allocated at higher level (especially at provincial and central levels). The results also show that health insurance covered about 85% of the total health care costs. Based on these findings, we propose some policy recommendations to improve quality of service at grass-root level, as well as cost management in health care services covered by health insurance.

Keywords: Aging; elderly people; social health insurance; Vietnam

1. Đặt vấn đề

Sau 30 năm thực hiện công cuộc đổi mới (1986 - 2016), Việt Nam đã vươn lên từ một trong những nước nghèo nhất vào những năm 1980 để trở thành quốc gia có thu nhập trung bình thấp từ năm 2008. Tốc độ tăng trưởng kinh tế trung bình khoảng 7% giai đoạn 1990 - 2013 đã tăng thu nhập bình quân đầu người từ 98 đô la Mỹ vào cuối những năm 1980 lên gần 2.500 đô la Mỹ năm 2015 (Tổng cục Thống kê, nhiều năm). Cùng với thành tựu trong lĩnh vực kinh tế, hệ thống y tế cũng phát triển với những tiến bộ quan trọng như số lượng đơn vị y tế cấp cơ sở tăng, tỷ suất tử vong ở trẻ em giảm, tuổi thọ trung bình tăng. Cũng trong thời kỳ này, Việt Nam trải qua giai đoạn quá độ dân số rất nhanh, hướng đến già hóa dân số. Dự báo của Tổng cục Thống kê (2011) và Liên hợp quốc (UN, 2015) đều chỉ ra rằng tốc độ già hóa dân số của Việt Nam sẽ rất nhanh. Việt Nam chỉ mất chưa tới 20 năm để chuyển từ dân số “bắt đầu già” sang dân số “già”, trong khi nhiều nước phát triển phải mất từ 50 năm tới gần 120 năm. Tốc độ già hoá dân số của Việt Nam thậm chí còn được dự báo là sẽ diễn ra nhanh hơn cả Thái Lan và Nhật Bản (tương ứng mất 22 năm và 26 năm để chuyển từ “bắt đầu già” sang “già”) (Quỹ dân số Liên hợp quốc, 2011; Trần Văn Thọ, 2015). Các báo cáo phân tích dân số và phát triển ở Việt Nam đều quan ngại với việc Việt Nam có thể phải đối mặt với thách thức “chưa giàu đã già” (Quỹ dân số Liên hợp quốc, 2011). Cùng với sự biến đổi cơ cấu tuổi dân số theo hướng già hóa dân số nhanh, mô hình bệnh tật của người cao tuổi Việt Nam cũng đang thay đổi nhanh chóng từ các bệnh lây nhiễm sang các bệnh không lây nhiễm và mạn tính. Ước tính chi phí khám chữa bệnh trung bình của một NCT cao gấp 7 - 8 lần một trẻ em (Phạm Thắng & Đỗ Thị Khánh Hỷ, 2009). Hệ thống y tế, trong đó có hệ thống chăm sóc sức khỏe NCT và hệ thống lão khoa, dù đã được đầu tư trong những năm gần đây nhưng chưa thể đáp ứng nhu cầu chăm sóc sức khỏe của gần 10 triệu NCT.

Để đáp ứng tốt hơn nhu cầu KCB cũng như giảm chi tiêu y tế đối với mọi người dân, trong đó có NCT, Việt Nam đã áp dụng hệ thống bảo hiểm y tế từ năm 1992. Tính đến hết năm 2015, khoảng 78% tổng dân số đã tham gia BHYT. Riêng NCT thì tỷ lệ bao phủ là gần 80%, nghĩa là vẫn khoảng 20% NCT không có bất kỳ loại BHYT nào. Tỷ lệ này có xu hướng tăng lên trong những năm gần đây khi Việt Nam đặt mục tiêu BHYT toàn dân vào năm 2020. Câu hỏi đặt ra là việc tham gia BHYT của NCT đã có những

tiến triển như thế nào trong những năm qua? NCT sử dụng BHYT trong các dịch vụ chăm sóc sức khỏe như thế nào? NCT đối mặt với những bệnh chủ yếu nào? Chi phí chăm sóc sức khỏe cho NCT so với người không cao tuổi có sự khác biệt như thế nào? Giữa phụ nữ và nam giới cao tuổi và giữa NCT ở các nhóm tuổi thì chi phí chăm sóc sức khỏe khác biệt ra sao? Những bệnh nào của NCT là bệnh có chi phí KCB lớn nhất? Và trong những chi phí ấy thì BHYT đóng góp tỷ lệ bao nhiêu? Đây là những câu hỏi thực tiễn rất quan trọng để cung cấp những thông tin cần thiết cho việc xây dựng các chính sách chăm sóc sức khỏe cho NCT thông qua BHYT.

Cho tới nay, đã có một số nghiên cứu về chăm sóc sức khỏe nói chung và BHYT cho NCT nói riêng ở Việt Nam. Các nghiên cứu này sử dụng các bộ dữ liệu khác nhau để phân tích các khía cạnh về sức khỏe, mức độ sử dụng dịch vụ, chi phí tiền túi khi KCB... (Phạm Thắng & Đỗ Thị Khánh Hỷ, 2009; Đàm Hữu Đắc & cộng sự, 2010; Giang Thanh Long & Bùi Đại Thụ, 2013; Nguyễn Thị Linh, 2015). Tuy nhiên, do dữ liệu còn thiếu nhiều thông tin nên các nghiên cứu trên mới chỉ tập trung vào việc xem NCT sử dụng dịch vụ ở đâu và tổng chi phí là bao nhiêu mà chưa phân tích được NCT có những bệnh gì là chủ yếu và có chi phí KCB cao nhất cũng như chi tiết chi phí KCB của NCT theo các nhóm chi phí (như thuốc, các dịch vụ kỹ thuật,...) và trong đó thì BHYT chiếm tỷ trọng như thế nào. Các nhóm chi phí này rất quan trọng trong việc quản lý có chất lượng và hiệu quả việc KCB cho NCT qua BHYT, đồng thời cũng là cơ sở để dự báo chi phí chăm sóc sức khỏe cho NCT trong thời gian tới khi Việt Nam có dân số ngày càng già hơn.

Bài viết này bổ sung thêm vào các nghiên cứu trước đây những thông tin còn thiếu bằng việc sử dụng các bộ dữ liệu Điều tra mức sống hộ gia đình Việt Nam (VHLSS) các năm 2006, 2010 và 2014 và bộ dữ liệu năm 2014 do Bộ Y tế thu thập tại 6 tỉnh đại diện cho 6 vùng trên cả nước (gồm có Hoà Bình, Hà Nội, Bình Định, Gia Lai, Thành phố Hồ Chí Minh và Đồng Tháp) trong dự án nghiên cứu phân tích thống kê bảo hiểm cho các dịch vụ y tế do BHYT chi trả ở Việt Nam.

2. Số liệu và phương pháp nghiên cứu

2.1. Số liệu

Nghiên cứu này sử dụng hai bộ dữ liệu sau đây.

Điều tra mức sống hộ gia đình Việt Nam (VHLSS) các năm 2006, 2010 và 2014

Bảng 1: Mẫu điều tra của VHLSS

Năm	Số hộ gia đình được điều tra	Số hộ gia đình có ít nhất một NCT	Số người được điều tra	Số NCT
2006	9.189	2.838	39.071	3.865
2010	9.402	2.670	37.012	3.606
2014	9.398	3.601	36.080	4.165

Nguồn: Tính toán từ VHLSS 2006, 2010, 2014

Với khoảng cách 4 năm, bài viết sẽ chỉ ra được xu hướng tham gia, sử dụng dịch vụ chăm sóc sức khỏe của NCT theo thời gian. Cùng với hai cuộc khảo sát ban đầu vào các năm 1993 và 1998, các cuộc khảo sát này do Tổng cục Thống kê thực hiện hai năm một lần từ năm 2002 tới nay. Mỗi cuộc điều tra khảo sát khoảng gần 9.200 hộ gia đình. Số lượng NCT thay đổi qua các cuộc điều tra nhưng có khoảng 3.500 - 4.000 người trong mỗi cuộc điều tra. Mẫu điều tra mang tính đại diện cho quốc gia và cho khu vực nông thôn và thành thị. Vì biết được tuổi của cá nhân trong hộ gia đình được điều tra nên hoàn toàn xác định được ai là NCT (là những người từ 60 tuổi trở lên) và hộ gia đình có ít nhất một NCT. Các cuộc điều tra thu thập thông tin ở cấp hộ gia đình (như thu nhập và cơ cấu chi tiêu, tình trạng nhà cửa, và sự tham gia các chương trình giảm nghèo) và thông tin về cộng đồng (như khoảng cách đến trung tâm huyện, và thực trạng cơ sở hạ tầng của các xã) nhưng cũng có rất nhiều thông tin cá nhân (như tuổi, giới tính, trình độ giáo dục, tình trạng hôn nhân, việc làm...).

Với các thông tin liên quan tới chăm sóc sức khỏe và BHYT, VHLSS thu thập thông tin về sức khỏe của người được phỏng vấn, sử dụng dịch vụ y tế của họ (số lần điều trị nội trú và KCB ngoại trú cùng chi phí tương ứng), việc tham gia các loại hình BHYT. Do đó, với VHLSS, bài viết chỉ tính được tỷ lệ tham gia BHYT, loại cơ sở y tế (CSYT) mà NCT đã KCB. Điểm yếu của dữ liệu này là không cung cấp các thông tin chi tiết về dịch vụ y tế mà NCT đã sử dụng khi KCB cũng như không có thông tin về loại bệnh của NCT. Thông tin chi tiết về cỡ mẫu điều tra của VHLSS trong các năm 2006, 2010 và 2014 được thể hiện trong Bảng 1.

Dữ liệu từ điều tra chọn mẫu BHYT của Bộ Y tế cho năm 2014

Đây là bộ dữ liệu do Bộ Y tế tiến hành điều tra và quỹ USAID tài trợ về tài chính và kỹ thuật thông qua Dự án Quản trị và Tài chính Y tế (HFG). Mục tiêu của việc thu thập dữ liệu là đánh giá và phân

tích thống kê tình hình KCB do BHYT chi trả phân chia theo các loại KCB (nội trú và ngoại trú) được cung cấp ở các cơ sở y tế (bệnh viện, trung tâm y tế, trạm y tế) ở các tuyến kỹ thuật (trung ương, tỉnh, huyện và xã).

Để đảm bảo tính đại diện cho các vùng, việc chọn mẫu được tiến hành từ số liệu thống kê của tất cả 63 tỉnh của 6 vùng với các chỉ số thống kê như: tổng dân số của tỉnh; tổng số người tham gia bảo hiểm y tế của tỉnh; tần suất sử dụng thẻ BHYT trung bình của tỉnh; số lượt điều trị nội trú; số lượt KCB ngoại trú; tỷ lệ đô thị hoá; số lượng giường bệnh trên 10.000 dân; số lượng cán bộ y tế (bác sỹ, y tá, y sỹ...) trên 10.000 dân... Các chỉ số này được tính trung bình cho toàn vùng. Những tỉnh được chọn đại diện cho các vùng là những tỉnh có các chỉ số gần nhất với trung bình của vùng. Cuối cùng, 6 tỉnh/thành phố được lựa chọn gồm có: (i) Hoà Bình (đại diện cho vùng Trung du và miền núi phía Bắc); (ii) Hà Nội (đại diện cho vùng Đồng bằng sông Hồng); (iii) Bình Định (đại diện cho vùng Duyên hải Trung bộ); (iv) Gia Lai (đại diện cho vùng Tây Nguyên); (v) Thành phố Hồ Chí Minh (đại diện cho vùng Nam Bộ) và (vi) Đồng Tháp (đại diện cho vùng Đồng bằng sông Cửu Long).

Tại mỗi tỉnh/thành phố, nghiên cứu thu thập toàn bộ dữ liệu thống kê về KCB BHYT trong năm 2014. Trong bộ dữ liệu này, mã thẻ BHYT của người tham gia, năm sinh, giới tính... được thống kê đầy đủ nên hoàn toàn xác định được ai là NCT; họ đã sử dụng dịch vụ chăm sóc sức khỏe nào (nội trú hay ngoại trú); tổng chi phí và chi tiết chi phí từng dịch vụ là bao nhiêu; và BHYT chi trả bao nhiêu... Điểm yếu của dữ liệu này là không có thông tin chi tiết về các đặc trưng kinh tế - xã hội khác của NCT (như sống ở nông thôn hay thành thị; gia đình có bao nhiêu người, hiện còn đi làm hay không...). Bảng 2 trình bày cỡ mẫu NCT được thu thập trong điều tra ở 6 tỉnh/thành phố năm 2014.

Việc kết hợp hai bộ dữ liệu đã nêu sẽ cho biết thực trạng về việc tham gia BHYT, sử dụng dịch vụ chăm

Bảng 2: Mẫu điều tra của Bộ Y tế cho năm 2014

Loại KCB	Tuyển TW và tương đương	Tuyển tỉnh và tương đương	Tuyển huyện và tương đương	Tuyển xã và tương đương	Tổng
Nội trú	121,864	243,447	83,107	734	449,152
Ngoại trú	269,646	646,777	471,314	72,023	1,459,760
Tổng	391,510	890,224	554,421	72,757	1,908,912

Nguồn: Tính toán từ Bộ Y tế và HFG (2015)

sóc sức khoẻ do BHYT chi trả cũng như chi phí cụ thể cho các dịch vụ này theo loại KCB (nội trú và ngoại trú) và cơ cấu chi phí dịch vụ (thuốc, dịch vụ kỹ thuật)... của NCT.

2.2. Phương pháp phân tích

Với các dữ liệu nêu trên, nghiên cứu này sẽ sử dụng phương pháp lập bảng thống kê mô tả nhằm xem xét mức độ tham gia BHYT, sử dụng các dịch vụ y tế và chi phí các dịch vụ y tế của NCT. Cụ thể, với dữ liệu VHLSS, bài viết sẽ sử dụng cho việc phân tích mức độ tham gia BHYT. Với dữ liệu này, bài viết sẽ phân tách dân số cao tuổi theo các nhóm về các đặc trưng kinh tế - xã hội (như nhóm tuổi, giới tính, khu vực sống, dân tộc của chủ hộ, tình trạng nghèo của hộ...). Trong tất cả các ước lượng, bài viết sẽ sử dụng trọng số mẫu tương ứng nhằm ước lượng tính đại diện cho toàn bộ dân số cao tuổi.

Với dữ liệu điều tra của Bộ Y tế và HFG (2015), bài viết phân tích theo loại KCB (nội trú và ngoại trú) về nhóm tuổi (60-69, 70-79 và từ 80 trở lên) và giới tính cho NCT. Tiếp đó, bài viết phân tích chi tiết cơ cấu chi phí KCB cho NCT (như thuốc, dịch vụ kỹ

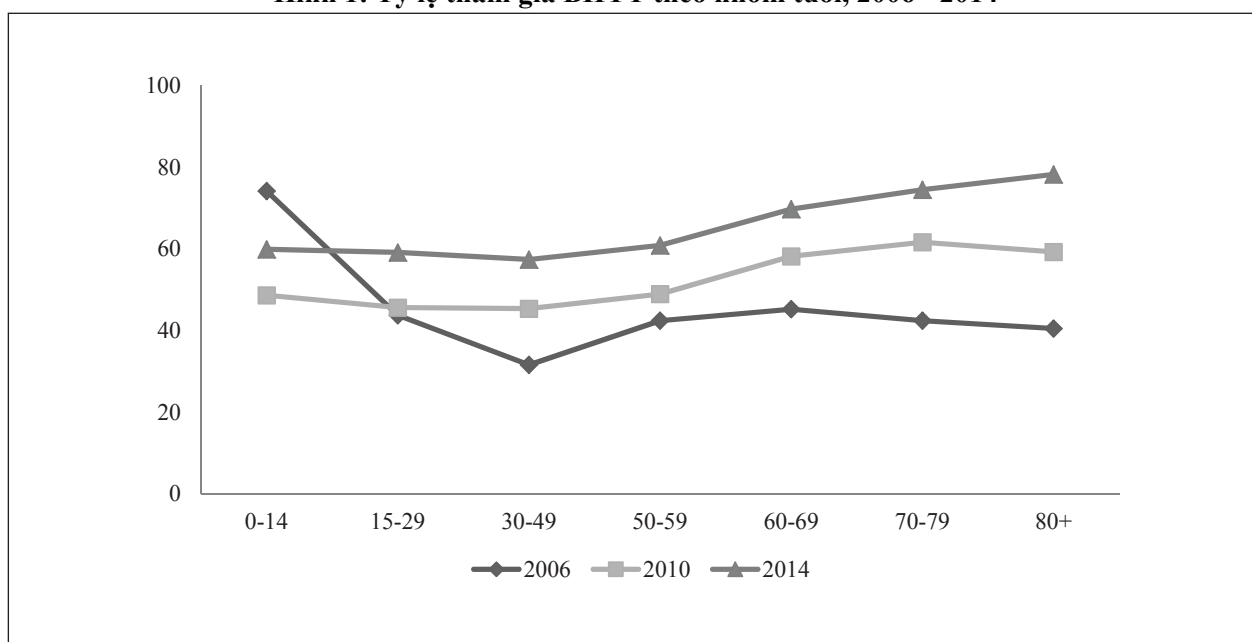
thuật,...) được phân theo các nhóm đặc trưng trên.

3. Kết quả và phân tích

3.1. Tình hình tham gia BHYT của NCT

Hình 1 thể hiện kết quả tính toán tỷ lệ tham gia BHYT theo các nhóm tuổi trong các năm 2006, 2010 và 2014.

Có thể thấy, tỷ lệ tham gia của toàn bộ dân số đã được cải thiện theo thời gian (dù không dài). Hình dáng của đường mô tả tỷ lệ tham gia BHYT theo độ tuổi có hình chữ U, thể hiện rằng tỷ lệ tham gia của nhóm trẻ em và nhóm NCT là cao nhất. Đáng lưu ý là nhóm chiếm tỷ trọng lớn trong lực lượng lao động là 15-29 (thanh niên) và 30-49 (trung niên) lại có tỷ lệ tham gia thấp hơn. Riêng với NCT, tỷ lệ tham gia BHYT cải thiện rất rõ rệt, đặc biệt là ở nhóm tuổi cao nhất (từ 80 tuổi trở lên). Đây là một kết quả khích lệ do những thay đổi trong chính sách gần đây về chăm sóc sức khoẻ cho NCT, đặc biệt là những nhóm đối tượng trợ giúp xã hội. Hình 1 cũng hàm ý rằng, để tiến tới bao phủ toàn dân về BHYT, các nhóm dân số trẻ tuổi và trung niên sẽ phải là đối

Hình 1: Tỷ lệ tham gia BHYT theo nhóm tuổi, 2006 - 2014

Nguồn: Tự tính toán từ VHLSS 2006, 2010 và 2014

Bảng 3: Tỷ lệ tham gia BHYT của NCT theo các nhóm đặc trưng

Các nhóm NCT	2006	2010	2014
Chung	43.5	59.5	75.0
<i>Nhóm tuổi</i>			
60-69	45.20	58.14	71.9
70-79	42.38	61.60	76.8
80+	40.46	59.23	80.2
<i>Giới tính</i>			
Nữ	41.33	59.19	75.5
Nam	46.49	59.95	74.3
<i>Dân tộc của chủ hộ</i>			
Kinh	42.56	57.73	73.4
Thiểu số	53.92	72.39	89.5
<i>Khu vực sống</i>			
Nông thôn	39.94	58.58	73.4
Thành thị	41.68	61.60	78.1
<i>Tình trạng nghèo của hộ</i>			
Không nghèo	42.67	57.88	74.1
Nghèo	50.56	66.57	82.2

Nguồn: Tự tính toán từ VHLSS 2006, 2010 và 2014

tượng đích chủ yếu trong những năm tới đây.

Bảng 3 minh họa chi tiết về tỷ lệ tham gia BHYT của NCT theo các nhóm đặc trưng về nhóm tuổi, giới, dân tộc của chủ hộ, khu vực sống và tình trạng nghèo của hộ. Nhìn chung, tỷ lệ tham gia BHYT của NCT tăng lên nhanh chóng và đạt tới mức 75% vào năm 2014. Xét về nhóm tuổi, NCT ở nhóm tuổi cao nhất có tỷ lệ bao phủ cải thiện nhanh. Như đã nêu trên, đây là một kết quả rõ rệt của việc thực hiện các

chính sách hỗ trợ tham gia BHYT cho những người ở độ tuổi rất cao. Giữa nam giới và phụ nữ cao tuổi, không có sự khác biệt đáng kể về tỷ lệ tham gia.

Một điểm rất đáng khích lệ là tỷ lệ tham gia BHYT của NCT là dân tộc thiểu số đã tăng nhanh và đạt gần 90% vào năm 2014. Đây cũng là kết quả của việc mở rộng hỗ trợ thẻ BHYT miễn phí tới người dân tộc thiểu số trong những năm qua.

Bảng 4: Tỷ lệ NCT tham gia theo các loại hình BHYT, 2014

	Nghèo & cận nghèo	Diện chính sách & miễn phí	Bắt buộc	Tự nguyện	Khác	Tổng
Chung	18.30	35.86	22.49	21.71	1.63	100
<i>Nhóm tuổi</i>						
60-69	17.01	31.98	25.06	24.83	1.12	100
70-79	18.96	35.36	21.84	22.10	1.74	100
80+	20.46	45.59	17.34	13.91	2.70	100
<i>Giới tính</i>						100
Nữ	21.19	35.81	20.64	20.51	1.84	100
Nam	14.21	35.94	25.10	23.41	1.33	100
<i>Dân tộc của chủ hộ</i>						100
Kinh	17.42	32.91	24.50	24.07	1.10	100
Thiểu số	24.67	57.02	8.07	4.81	5.43	100
<i>Khu vực sống</i>						100
Nông thôn	23.52	41.27	13.59	19.36	2.26	100
Thành thị	8.46	25.67	39.25	26.15	0.45	100

Nguồn: Tự tính toán từ VHLSS 2014

Bảng 5: Tần suất sử dụng BHYT của theo các loại KCB, 2014

	Tuyến TW và tương đương	Tuyến tỉnh và tương đương	Tuyến huyện và tương đương	Tuyến xã và tương đương
Người cao tuổi				
<i>KCB nội trú (lần/năm)</i>	1.16	1.61	1.56	1.22
<i>KCB ngoại trú (lần/năm)</i>	2.69	6.06	5.77	7.20
<i>Tổng (lần/năm)</i>	2.21	4.84	5.14	7.14
Người không cao tuổi				
<i>KCB nội trú (lần/năm)</i>	0.65	0.74	0.72	0.62
<i>KCB ngoại trú (lần/năm)</i>	1.16	1.97	1.93	1.88
<i>Tổng (lần/năm)</i>	0.98	1.70	1.79	1.86

Nguồn: Tính toán từ Bộ Y tế và HFG (2015)

Tỷ lệ tham gia BHYT của NCT ở cả khu vực nông thôn và thành thị đều tăng nhanh, nhưng tỷ lệ tham gia của NCT ở nông thôn còn thấp hơn tỷ lệ tham gia của NCT ở thành thị. Có nhiều nguyên nhân của thực trạng này và một trong những nguyên nhân quan trọng nhất được thường xuyên nhắc tới là khả năng chi trả của NCT và hộ gia đình ở nông thôn chưa cao, đặc biệt quy định tham gia theo hộ gia đình khiến NCT khó tham gia do việc đóng góp cho toàn hộ gia đình (đặc biệt là hộ có quy mô lớn) không khả thi.

Người cao tuổi nghèo có tỷ lệ tham gia BHYT cao hơn NCT không nghèo và có tỷ lệ tham gia tăng nhanh. Đây là kết quả của việc mở rộng bao phủ BHYT đến tất cả đối tượng sống các hộ nghèo trong những năm qua.

Bảng 4 trình bày chi tiết hơn về loại hình BHYT mà NCT tham gia vào năm 2014.

Theo đặc trưng nhóm tuổi và giới tính, tỷ lệ tham gia từng loại hình BHYT khá đồng đều. Hơn 50% NCT tham gia BHYT cho nhóm nghèo/cận nghèo hoặc diện chính sách/miễn phí. Theo đặc trưng dân tộc và khu vực sống thì có sự khác biệt rõ ràng về loại hình. Cụ thể, NCT sống trong hộ gia đình có chủ hộ là người dân tộc thiểu số thì chủ yếu là có thể BHYT cho người nghèo/cận nghèo hoặc diện chính sách/miễn phí (chiếm tới hơn 80%), trong khi tỷ lệ tham gia BHYT bắt buộc hoặc tự nguyện rất thấp. Ngược lại, NCT sống trong hộ gia đình mà chủ hộ là người Kinh thì tỷ lệ tham gia BHYT bắt buộc và tự nguyện có xu hướng cao hơn. Xét theo khu vực sống, hơn 65% NCT ở thành thị tham gia BHYT bắt buộc và tự nguyện, trong khi tỷ lệ có BHYT thuộc diện nghèo/cận nghèo và diện chính sách/miễn phí thấp. Xu hướng này ngược lại với NCT sống ở khu vực nông thôn với gần 65% có BHYT thuộc diện nghèo/cận nghèo và diện chính sách/miễn phí.

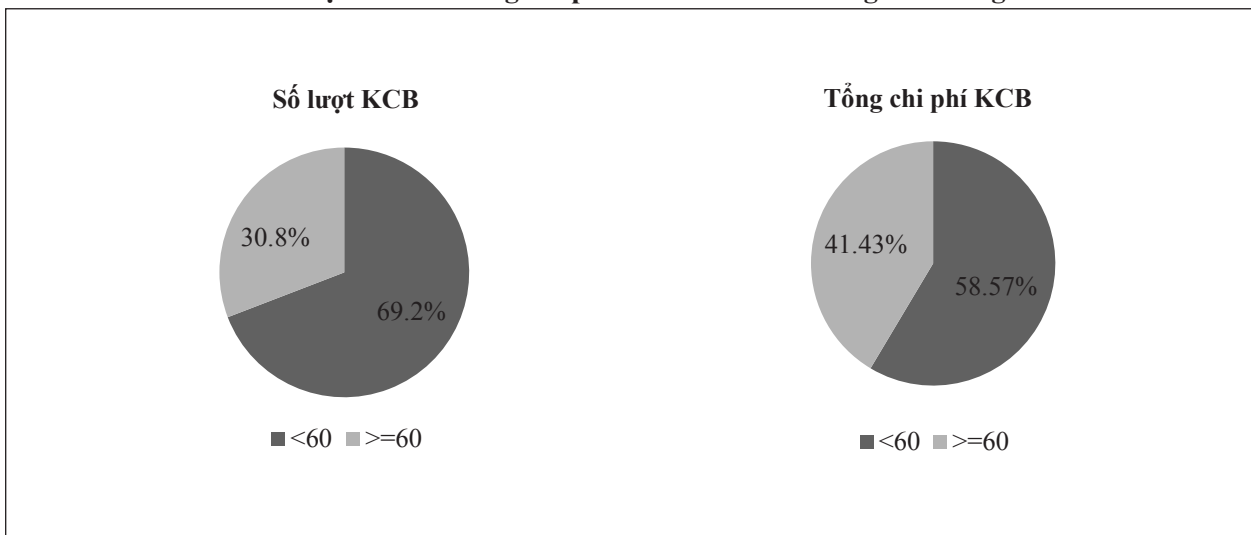
3.2. Sử dụng dịch vụ và chi phí chăm sóc sức khỏe

Bảng 5 trình bày tần suất sử dụng dịch vụ của NCT (từ 60 tuổi trở lên) và người không cao tuổi (dưới 60 tuổi) theo tuyến kỹ thuật và theo loại KCB. Có thể thấy, ở tất cả các tuyến, tần suất sử dụng dịch vụ trung bình của NCT cao gấp 2 - 4 lần so với người không cao tuổi. Cụ thể hơn, tần suất sử dụng BHYT trong KCB các tuyến cho KCB nội trú của NCT cao khoảng gấp 2 lần so với người không cao tuổi. Đối với KCB ngoại trú, sự khác biệt thể hiện rõ ở các tuyến, trong đó tần suất sử dụng BHYT ở xã là cao nhất (trung bình 1 NCT là 7 lần/năm) và cao gấp gần 4 lần so với người không cao tuổi. Tần suất sử dụng BHYT cho KCB ngoại trú giảm dần từ tuyến xã lên tuyến trung ương.

Hình 2 so sánh số lượt sử dụng dịch vụ (cả KCB nội trú và ngoại trú) của NCT và người không cao tuổi. Có thể thấy, NCT có số lần KCB chỉ bằng 1/2 số lần KCB của người không cao tuổi (31% so với 69%), nhưng tổng chi phí KCB chiếm tỷ trọng cao hơn (41% so với 59%). Điều này có nghĩa là chi phí trung bình cho mỗi lần KCB của NCT cao hơn người không cao tuổi.

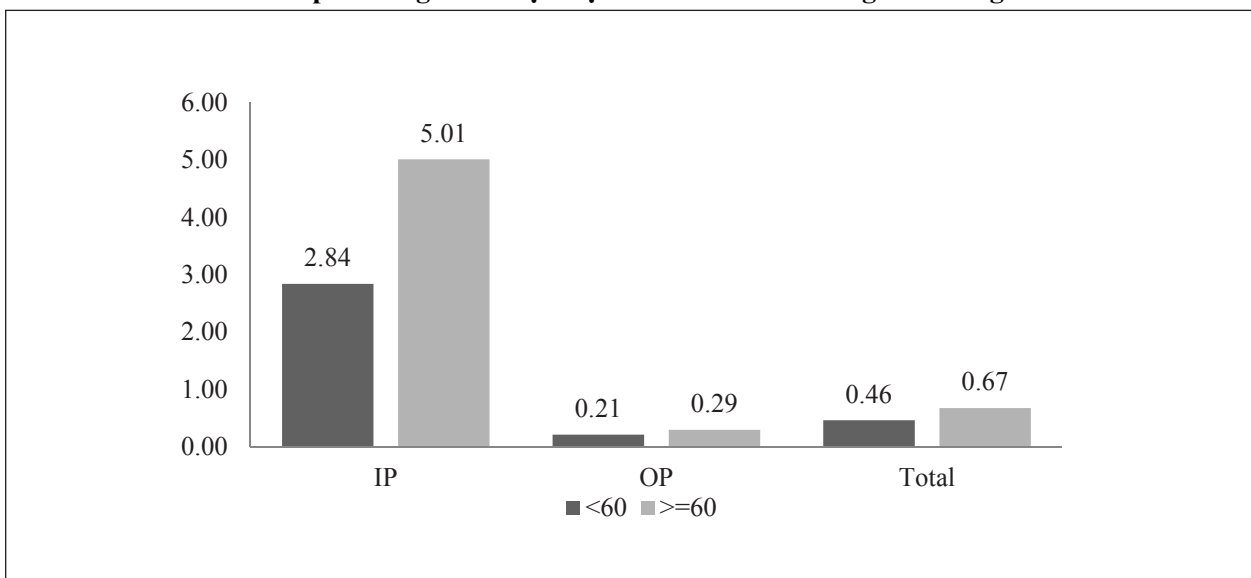
Để làm rõ hơn mức độ khác biệt về chi phí KCB giữa NCT và người không cao tuổi, Hình 3 thể hiện chi phí trung bình một lượt KCB của hai nhóm đối tượng này và phân chia theo loại KCB (nội trú và ngoại trú). Hình 3 cho thấy chi phí trung bình KCB cho mỗi người cao tuổi là 0,67 triệu đồng, gấp gần 1,5 lần người không cao tuổi (0,46 triệu đồng). Chi tiết hơn về loại KCB thì có thể thấy chi phí KCB ngoại trú trung bình cho mỗi người cao tuổi cao gấp 1,4 lần người không cao tuổi (0,29 triệu so với 0,21 triệu), nhưng chi phí KCB nội trú lại cao gấp 1,8 lần (5,01 triệu so với 2,84 triệu). Chi phí trung bình cho một lượt KCB nội trú cao gấp hơn 17 lần chi phí

Hình 2: Số lượt KCB và tổng chi phí KCB của NCT và người không cao tuổi



Nguồn: Tính toán từ Bộ Y tế và HFG (2015)

Hình 3: Chi phí trung bình một lượt KCB của NCT và người không cao tuổi



Chú thích: Đơn vị: triệu đồng; IP - nội trú; OP: ngoại trú

Nguồn: Tính toán từ Bộ Y tế và HFG (2015)

trung bình cho một lượt KCB ngoại trú (5,01 triệu so với 0,29 triệu), trong khi chênh lệch này cho nhóm dân số không cao tuổi là khoảng 13,5 lần.

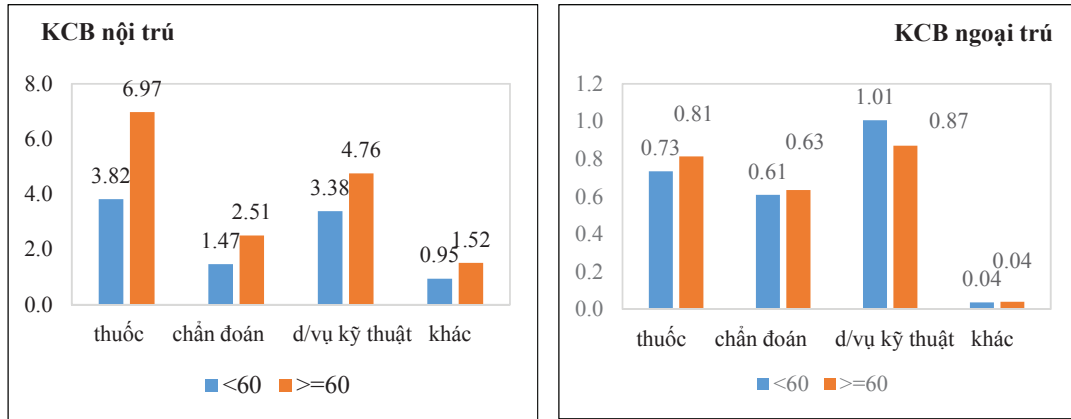
Vậy chi phí bình quân KCB khác nhau là do yếu tố chi phí nào tác động? Hình 4 thể hiện kết quả tính toán các cấu phần chi phí KCB của NCT và người không cao tuổi được tách riêng cho loại KCB (nội trú và ngoại trú). Đối với KCB nội trú, chi phí bình quân cho thuốc (*drug*) là cao nhất, tiếp đó là chi phí cho các dịch vụ kỹ thuật (*services*). Ở tất cả các mục chi phí, NCT thường có chi phí trung bình cao hơn người không cao tuổi từ khoảng 1,5 đến 2 lần. Đối với KCB ngoại trú, không có sự khác biệt nhiều giữa

NCT với người không cao tuổi về tất cả các khoản mục chi phí.

Hình 5 thể hiện rõ hơn tỷ trọng của các khoản mục chi phí KCB trung bình cho NCT.

Trong KCB nội trú và ngoại trú, chi phí cho thuốc và các dịch vụ kỹ thuật chiếm tới hơn 70% tổng chi phí. Tuy thế, tỷ trọng chi phí thuốc và dịch vụ kỹ thuật cho hai loại hình KCB này là khác nhau: Dịch vụ kỹ thuật chiếm gần 29% chi phí KCB nội trú, trong khi chỉ chiếm khoảng 7% chi phí KCB ngoại trú; ngược lại, thuốc chỉ chiếm 48% chi phí KCB nội trú, nhưng lại chiếm tới gần 71% chi phí KCB ngoại trú.

Hình 4: Cơ cấu chi phí bình quân lần KCB của NCT và người không cao tuổi



Chú thích: Đơn vị: triệu đồng

Nguồn: Tính toán từ Bộ Y tế và HFG (2015)

Bảng 6 trình bày kết quả về số lượt KCB, tổng chi và mức chi trung bình cho NCT theo tuổi, giới tính và loại KCB. Xét về số lượt cho tất cả các lứa tuổi và giới, tổng số lượt KCB ngoại trú cao gấp 8 - 13 lần tổng số lượt KCB nội trú. Tuy nhiên, xét về chi phí trung bình thì KCB nội trú gấp từ 12 - 18 lần so với KCB ngoại trú. Điều này thể hiện sự khác biệt trong sử dụng thuốc, dịch vụ kỹ thuật... như đã nêu ở trên. Không có sự khác biệt giữa nam giới và phụ nữ cao tuổi về chi phí trung bình KCB ngoại trú (dao động khoảng 0,23 triệu đồng đến 0,26 triệu đồng), nhưng có sự khác biệt rõ ràng trong điều trị nội trú, trong đó nam giới cao tuổi ở tất cả các lứa tuổi có mức chi phí điều trị cao hơn so với phụ nữ cao tuổi. Tính toán cơ cấu chi phí điều trị nội trú ở tất cả các tuyến kỹ thuật cho thấy sự khác biệt này là do chênh lệch lớn về chi phí thuốc và dịch vụ kỹ thuật, đặc biệt là ở tuyến tỉnh và tuyến huyện.

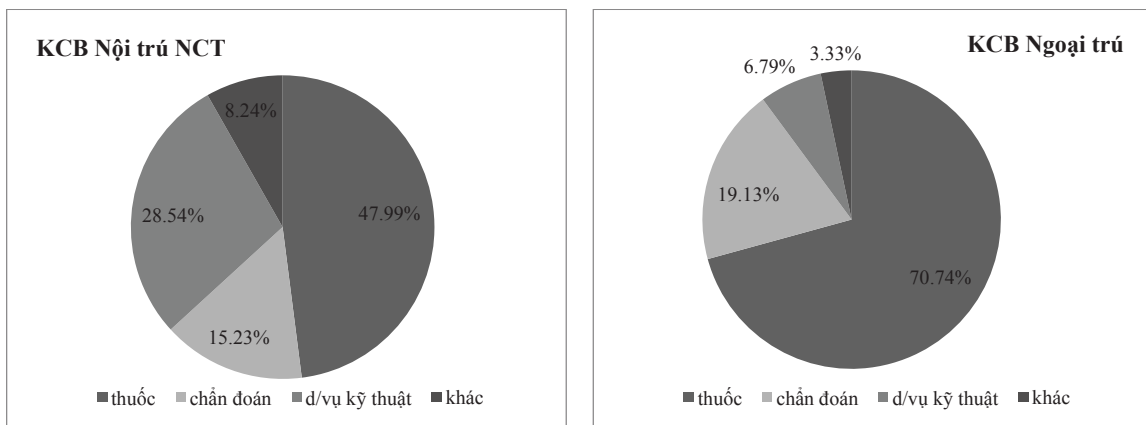
Để thấy rõ hơn cơ cấu chi phí được phân bổ như thế nào cho CSYT ở các tuyến kỹ thuật, Hình 6 minh

hoạ chi tiết các nhóm chi phí về thuốc (*drug*), chẩn đoán (*diagnostic*), dịch vụ kỹ thuật (*services*) và các chi phí khác (*others*). Có thể thấy, ở tất cả các nhóm chi phí, tuyến trung ương chiếm tỷ trọng cao nhất và sau đó giảm dần theo tuyến tỉnh, tuyến huyện và tuyến xã. Hình này phản ánh một thực tế là có sự khác biệt lớn trong việc cung cấp các dịch vụ chăm sóc sức khỏe cho NCT ở các tuyến: NCT thường KCB ở các tuyến trên với những bệnh đòi hỏi điều trị với kỹ thuật cao, trong khi với những bệnh đơn giản, thông thường và không cần nhiều dịch vụ kỹ thuật thì NCT thường khám ở tuyến dưới, đặc biệt là tuyến xã.

3.3. Các bệnh phổ biến của NCT, chi phí KCB và vai trò của BHYT

Các nghiên cứu quốc tế cũng như của Việt Nam đều cho thấy NCT đang đối mặt với xu hướng bệnh tật thay đổi nhanh chóng từ các bệnh lây nhiễm sang các bệnh không lây nhiễm và mạn tính với thời gian và chi phí điều trị ngày càng lớn (Phạm Thắng &

Hình 5: Cơ cấu khoản mục chi KCB của NCT



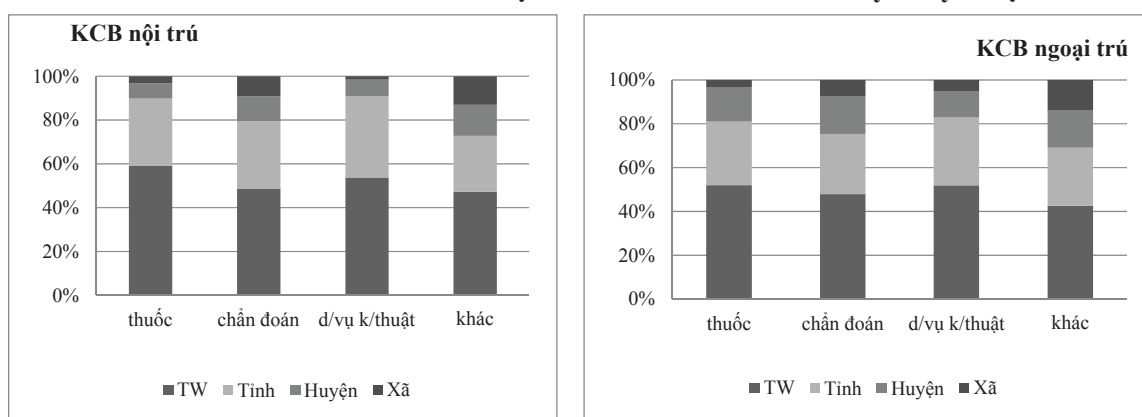
Nguồn: Tính toán từ Bộ Y tế và HFG (2015)

Bảng 6: Số lượt khám, tổng chi và chi phí trung bình KCB của NCT

		Nam			Nữ		
		60-69	70-79	80+	60-69	70-79	80+
Điều trị nội trú							
Số lượt		133,723	99,061	66,061	156,097	124,040	84,245
Tổng chi (triệu đồng)		654,672	474,630	313,116	604,518	475,031	348,018
Trung bình (triệu đồng)		4.90	4.79	4.74	3.87	3.83	4.13
KCB ngoại trú							
Số lượt		1,732,697	1,016,089	482,064	2,538,687	1,484,307	627,095
Tổng chi (triệu đồng)		447,145	259,256	119,074	641,508	375,953	144,537
Trung bình (triệu đồng)		0.26	0.26	0.25	0.25	0.25	0.23

Nguồn: Tính toán từ Bộ Y tế và HFG (2015)

Hình 6: Phân bổ các khoản mục chi KCB của NCT theo tuyến kỹ thuật



Nguồn: Tính toán từ Bộ Y tế và HFG (2015)

Đỗ Thị Khánh Hỷ, 2009; Hội Liên hiệp Phụ nữ Việt Nam, 2012; WHO, 2015). Tuy nhiên, các nghiên cứu này chưa chỉ ra được chính xác những bệnh nào được coi là phổ biến nhất với số lượt KCB cao nhất hoặc/và chi phí KCB cao nhất theo loại hình KCB. Bài viết này sẽ chỉ ra những bệnh phổ biến nhất của NCT cùng với các chi phí liên quan. Ở đây, nhóm bệnh phổ biến nhất được xác định bằng hai tiêu chí: (i) số lượt KCB cao nhất; và (ii) có chi phí cao nhất. Các nhóm bệnh này được phân loại theo Bảng phân loại thống kê quốc tế về bệnh tật và các vấn đề sức khoẻ có liên quan (phiên bản lần thứ 10), hay còn gọi là ICD-10.

Xét theo tiêu chí thứ nhất, Bảng 7 trình bày 5 nhóm bệnh phổ biến nhất theo loại hình KCB. Có thể thấy, ở cả hai loại hình KCB, các bệnh liên quan tới tuần hoàn, hô hấp và tiêu hoá là những bệnh được lặp lại, trong đó các bệnh liên quan tới tuần hoàn là bệnh phổ biến nhất trong cả hai loại hình KCB. Các bệnh liên quan tới ung thư, mắt là những bệnh phổ biến trong KCB nội trú, trong khi các bệnh liên quan tới dinh dưỡng, xương khớp là những bệnh phổ biến

trong KCB ngoại trú.

Xét theo tiêu chí thứ hai, Bảng 8 liệt kê danh sách 5 bệnh có chi phí cao nhất trong KCB cho NCT. Có thể thấy, tổng chi phí cho 5 nhóm bệnh phổ biến nhất đã chiếm tới khoảng 75% tổng chi phí cho toàn bộ 22 nhóm bệnh theo ICD-10. Rất đáng chú ý là tất cả các bệnh phổ biến theo số lượt KCB như ở trong Bảng 7 được lặp lại ở đây. Tuy nhiên, có sự khác biệt về vị trí của các nhóm bệnh. Cụ thể, các bệnh liên quan tới tuần hoàn xếp hàng đầu trong cả KCB nội trú và ngoại trú với tỷ lệ tương ứng trong tổng chi phí của toàn bộ 22 nhóm bệnh là 21,5% và 36,85%. Nhóm bệnh liên quan tới ung thư đứng hàng đầu về chi phí (chiếm 22,5% tổng chi phí). Có thể thấy, trong cả hai loại hình KCB, tỷ lệ thanh toán của BHYT là khoảng 85%. Các nhóm bệnh có chi phí cao nhất trong KCB nội trú (như ung thư và tuần hoàn) và KCB ngoại trú (như tuần hoàn và xương khớp) đều có tỷ lệ bao phủ là gần 87%.

4. Một vài kết luận

Các kết quả phân tích cho thấy các nhóm NCT khác nhau đều có tỷ lệ tham gia BHYT tăng lên theo

Bảng 7: Năm nhóm bệnh phổ biến nhất của NCT theo số lượt KCB

Nội trú	Ngoại trú
(1) Bệnh hệ tuần hoàn	(1) Bệnh hệ tuần hoàn
(2) Bệnh hô hấp	(2) Bệnh nội tiết, dinh dưỡng và chuyển hóa
(3) U tân sinh	(3) Bệnh của hệ cơ xương khớp và mô liên kết
(4) Bệnh mắt và phần phụ	(4) Bệnh hô hấp
(5) Bệnh hệ tiêu hóa	(5) Bệnh hệ tiêu hóa

Nguồn: Tính toán từ Bộ Y tế và HFG (2015)

Bảng 8: Năm nhóm bệnh phổ biến nhất của NCT theo chi phí KCB

Nhóm bệnh	Tổng chi phí (triệu đồng)	% tổng chi phí	% tích lũy	% BHYT thanh toán
Nội trú				84,83
(1) U tân sinh	873,686	22.49%	22.49%	86,63
(2) Bệnh hệ tuần hoàn	835,238	21.50%	43.98%	86,30
(3) Bệnh hô hấp	557,049	14.34%	58.32%	88,87
(4) Bệnh mắt và phần phụ	294,754	7.59%	65.90%	68,45
(5) Bệnh hệ tiêu hóa	259,029	6.67%	72.57%	86,09
Các nhóm bệnh khác	1,065,873	27.43%	100.00%	84,32
	<i>Tổng chi phí</i>	<i>3,885,629</i>	<i>100.00%</i>	<i>100.00%</i>
Ngoại trú				86,03
(1) Bệnh hệ tuần hoàn	960,554	36.85%	36.85%	86,70
(2) Bệnh nội tiết, dinh dưỡng và chuyển hóa	457,621	17.56%	54.41%	87,85
(3) Bệnh của hệ cơ xương khớp và mô liên kết	241,139	9.25%	63.66%	82,96
(4) Bệnh hô hấp	194,728	7.47%	71.14%	84,47
(5) Bệnh hệ tiêu hóa	164,169	6.30%	77.44%	83,80
Các nhóm bệnh khác	588,116	22.56%	100.00%	85,48
	<i>Tổng chi phí</i>	<i>2,606,327</i>	<i>100.00%</i>	<i>100.00%</i>

Nguồn: Tính toán từ Bộ Y tế và HFG (2015)

thời gian, đặc biệt là những nhóm NCT yếu thế. NCT thường xuyên sử dụng các cơ sở y tế ở tuyến xã, trong khi các tuyến khác có tần suất sử dụng thấp hơn. Điều này cho thấy, chưa tính tới vấn đề bệnh tật thì việc tiện lợi trong KCB tại các CSYT gần nơi cư trú luôn là lựa chọn đầu tiên của NCT. Với vị thế này, việc tăng cường chức năng dự phòng cho CSYT tuyến xã hoặc tương đương là hết sức cần thiết trong bối cảnh xu hướng bệnh tật đang thay đổi. So với nhóm người không cao tuổi, số lượt KCB của NCT ít hơn nhưng chi phí lại cao hơn. Điều này cho thấy tỷ trọng chi phí chăm sóc sức khỏe cho NCT sẽ tăng nhanh khi số lượng NCT tăng lên cùng với tốc độ già hoá dân số cao và xu hướng bệnh mạn tính, không lây nhiễm với chi phí KCB cao, thời gian điều trị dài. Điều này thể hiện rất rõ trong phân tích những nhóm bệnh có số lượt KCB và/hoặc có chi phí KCB cao nhất. Những nhóm bệnh này đều là những nhóm không lây nhiễm và mạn tính.

Xét theo cơ cấu chi phí KCB, thuốc và các dịch vụ kỹ thuật chiếm tỷ trọng cao nhất (với hơn 70% tổng chi phí). Tuyến trung ương chiếm tỷ trọng cao nhất trong tổng chi phí KCB. Việc kiểm soát chi phí liên quan tới những yếu tố này sẽ góp phần nâng cao chất lượng KCB cũng như tăng hiệu quả - chi phí cho hệ thống BHYT. Đặc biệt, với những nhóm bệnh có chi phí rất lớn thì việc kiểm soát chi phí hợp lý sẽ tăng hiệu quả chung một cách rõ rệt.

Từ những kết quả trên, xin đề xuất một số chính sách sau. Thứ nhất, cần cải thiện hiệu quả cung cấp dịch vụ y tế, đặc biệt là y tế cấp cơ sở (xã/phường và tương đương) nhằm cung cấp dịch vụ đầy đủ, kịp thời. Để cải thiện khả năng tiếp cận dịch vụ chăm sóc sức khỏe của NCT trong bối cảnh xu hướng bệnh tật đã thay đổi, việc phát triển đội ngũ bác sĩ gia đình có chất lượng là hết sức quan trọng. Thực tế cho thấy việc cải thiện chất lượng dịch vụ y tế ở cấp cơ sở cũng là chiến lược để giảm chi tiêu tiền túi

của người dân cho chăm sóc sức khỏe. Chính sách này đồng thời thúc đẩy công bằng tiếp cận cho nhóm yếu thế vì họ sử dụng nhiều dịch vụ tại các đơn vị y tế cấp cơ sở hơn so với các nhóm khác. *Thứ hai*, cần cải thiện việc tham gia của các nhà cung cấp bảo hiểm y tế tư nhân và các nhà cung cấp dịch vụ y tế tư nhân trong điều kiện mở rộng diện bao phủ. Lưu ý rằng, BHYT tư nhân không thay thế mà bổ sung cho chương trình BHYT bắt buộc nhằm tiến đến bao phủ y tế toàn dân. Để thực hiện định hướng này, cần tập trung một số vấn đề sau (i) để giảm thiểu lựa chọn nghịch và tăng quỹ bảo hiểm thông qua bảo hiểm bắt buộc cho mọi người, khuyến khích sự tham gia tập thể và tạo động cơ cho người có mức độ rủi ro thấp tham gia đóng quỹ, (ii) giảm thiểu rủi ro đạo đức gắn liền với quỹ bảo hiểm lớn hơn; (iii) đảm bảo tài

chính ổn định với yêu cầu đủ tiền dự trữ và chi trả và (iv) đảm bảo các gói bảo hiểm cung cấp đầy đủ tài chính thông qua gói bảo hiểm chung cho mọi người đồng thời có những gói bảo hiểm đáp ứng nhu cầu cá biệt (Giang Thanh Long, 2010). *Thứ ba*, cần cải thiện chất lượng dịch vụ y tế dự phòng. Đây là hoạt động cung cấp lợi ích lâu dài cho mọi người dân Việt Nam, trong đó có NCT. Sự thay đổi nhanh chóng mô hình bệnh tật cho thấy, hệ thống y tế ở Việt Nam hiện nay không thích nghi và đủ hiệu lực đáp ứng nhu cầu người dân. Để thực hiện các khuyến nghị này, các cơ sở y tế cấp cơ sở đóng vai trò quan trọng. Điều này khẳng định lại đầu tư vào các dịch vụ y tế cấp xã sẽ là chìa khóa dẫn đến thành công của bảo hiểm y tế toàn dân với mục tiêu dịch vụ y tế đầy đủ cho mọi người, trong đó có NCT.

Tài liệu tham khảo

- Đàm Hữu Đắc & cộng sự (2010), *Chính sách phúc lợi xã hội và phát triển dịch vụ xã hội: Chăm sóc người cao tuổi trong nền kinh tế thị trường định hướng và hội nhập*, Nhà xuất bản Lao động - Xã hội, Hà Nội.
- Giang T, L., & Bui, D. T., (2013), 'Access of older people to health insurance and health care services in Viet Nam: Current State and Policy Options', *Asia Pacific Population Journal*, Vol. 28, No. 2: 69-89.
- Giang Thanh Long (2010), 'Social Protection in Vietnam'. In M. Asher, S. Oum, and F. Parulian (eds.), *Social Protection in Southeast Asia: Current State and Challenges*: p. 292-315, Economic Research Institute for ASEAN and East Asia (ERIA), Jakarta, Indonesia.
- Hội Liên hiệp Phụ nữ Việt Nam (2012), *Điều tra người cao tuổi Việt Nam: Những kết quả chủ yếu*, Nhà xuất bản Phụ nữ, Hà Nội.
- Nguyễn Thị Linh (2015), 'Sự khác biệt giới trong tiếp cận dịch vụ y tế của người cao tuổi ở Việt Nam', Luận văn Thạc sĩ Y tế Công cộng, Trường Đại học Y tế Công cộng Hà Nội.
- Phạm Thắng và Đỗ Thị Khánh Hỷ (2009), 'Tổng quan về các chính sách chăm sóc người cao tuổi đáp ứng sự thay đổi cơ cấu tuổi ở Việt Nam', Quỹ Dân số Liên Hợp Quốc, Hà Nội.
- Quỹ Dân số Liên Hợp Quốc (2011), *Già hóa dân số và người cao tuổi ở Việt Nam: Thực trạng, dự báo và một số khuyến nghị chính sách*. Hà Nội: Quỹ Dân số Liên Hợp Quốc.
- Tổng cục Thống kê (2006, 2010, 2014), *Điều tra mức sống hộ gia đình ở Việt Nam 2006, 2010, 2014*. Hà Nội.
- Tổng cục Thống kê (2011), *Dự báo dân số ở Việt Nam, 2009 - 2049*, Nhà xuất bản Thống kê, Hà Nội
- Tổng cục Thống kê (nhiều năm), *Niên giám Thống kê*. Hà Nội.
- Trần Văn Thọ (2015), 'Việt Nam 40 năm qua và những năm tới: Cần một nền kinh tế thị trường định hướng phát triển', *Tạp chí Thời đại mới*, số 33 (tháng 7/2015): 14-64.
- UN (2015), *World Population Prospects – 2015 Revision: Key findings and advanced tables*, New York, United Nations.
- WHO (2015), *Global burden of disease*. Xem tại <http://www.who.int/topics/global_burden_of_disease/en/ ngày 20 tháng 7 năm 2016>.