

KHOA HỌC SỨC KHỎE

THANH TOÁN CHI PHÍ BẢO HIỂM Y TẾ VÀ MỨC HỖ TRỢ NGƯỜI BỆNH ĐƯỢC ĐIỀU TRỊ NỘI TRÚ DIỆN ĐA TUYẾN TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TỈNH KIÊN GIANG TRONG 6 THÁNG, NĂM 2020

Trương Việt Dũng*, Phạm Thị Hiền, Nguyễn Tấn Thành****

Nhận bài: 23/07/2021; Nhận kết quả bình duyệt: 26/07/2021; Chấp nhận đăng: 03/08/2021

© 2021 Trường Đại học Thăng Long.

Tóm tắt

Nghiên cứu sử dụng cơ sở dữ liệu thanh toán BHYT 6 tháng năm 2020 của **34.792 đối tượng** BHYT đa tuyến tại BV đa khoa tỉnh Kiên Giang. **Mục tiêu:** (1) Mô tả các mức thanh toán bảo hiểm y tế theo các nhóm thẻ BHYT, (2) Phân tích cơ cấu chi, mức hưởng lợi của người bệnh và một số yếu tố liên quan. **Phương pháp nghiên cứu:** Hồi cứu số liệu thống kê thanh quyết toán BHYT chính thức của BV, sử dụng các phép tính mô tả: trung bình, trung vị, mode các mức chi, áp dụng test phân tích phi tham số và phân tích hiệp biến (ANCOVA) để kiểm soát các yếu tố nhiễu khi so sánh các số trung bình. **Kết quả:** Mức thanh toán bảo hiểm y tế trung bình 8.167 ngàn đồng/đợt điều trị nội trú; 50% dưới mức 3.165 ngàn đồng/đợt, có sự khác nhau theo các nhóm thẻ BHYT, dao động từ 8.525 đến 4.592 ngàn đồng/đợt, với trung bình ngày điều trị là 1.444 ngàn đồng, dao động từ 641 ngàn đồng đến 1.511 ngàn đồng. Sự khác nhau giữa các mức bình quân/ngày hiệu chỉnh theo nhóm tuổi, nhóm khoa và giới tính có ý nghĩa thống kê, $p < 0,001$.

Cơ cấu chi và mức hưởng lợi từ BHYT và yếu tố liên quan: Cơ cấu chi cho tiền giường chiếm tỷ lệ cao nhất 30,91%, tiếp đến là tiền thuốc 18,15%, tiền xét nghiệm chiếm 16,83%, tiền vận chuyển gần bằng 0%. Người bệnh phải chi cho các dịch vụ phát sinh và vật tư y tế, thuốc ngoài quy định tới 18,8% tổng các khoản thanh toán. Mức hỗ trợ của BHYT là rất lớn chiếm 86,16%, tiền túi của người bệnh chiếm 13,84%. Những đối tượng trong diện chính sách ưu tiên có tỷ lệ chi tiền túi thấp hơn chung (5,9% so với 13,84%). **Kết luận:** Tổng mức thanh toán trung bình 8.167 ngàn đồng/đợt điều trị. Tiền giường chiếm tỷ trọng cao nhất. Mức hưởng lợi từ BHYT 86%. Các đối tượng ưu tiên có mức chi tiền túi thấp hơn các đối tượng khác. Tuổi, nhóm thẻ BHYT và nhóm bệnh theo khoa là yếu tố liên quan chính được phát hiện.

Từ khóa: *Chi phí bảo hiểm y tế; Mức hưởng lợi; Tiền túi*

* Khoa Khoa học Sức khỏe, Trường Đại học Thăng Long

** Bệnh viện Đa khoa tỉnh Kiên Giang

1. Đặt vấn đề

Bảo hiểm y tế (BHYT) là phương thức chia sẻ rủi ro chi phí của người dân khi bị ốm hữu hiệu nhất [2,5,7]. BHYT cũng là giải pháp cơ bản để đạt được công bằng trong y tế [1,3,6]. Cùng với cải cách tài chính y tế, chuyển từ đầu tư cho cơ sở y tế, Nhà nước đã chuyển sang đầu tư cho người sử dụng dịch vụ y tế thông qua các loại hình BHYT khác nhau, nhờ đó tỷ lệ bao phủ BHYT của nước ta đã đạt trên 90% dân số từ năm 2020.

BHYT được thực hiện từ các trạm y tế xã đến các bệnh viện (BV) tuyến trung ương. Bệnh viện tuyến tỉnh thực hiện khám chữa bệnh cho nhân dân trong toàn tỉnh - đa tuyến. Hiện nay, khi điều trị tại BV, người dân vẫn phải chi một khoản phí nhất định tùy theo diện được BHYT hỗ trợ. Theo Nghị định của Chính phủ, những người nghèo, vùng nghèo, người dân tộc ít người, đối tượng chính sách xã hội (CSXH) và trẻ em dưới 6 tuổi sẽ được hỗ trợ từ ngân sách nhà nước (NSNN) ở các mức độ khác nhau [4].

Vậy trên thực tế tại BV tỉnh Kiên Giang người bệnh đã được hỗ trợ thế nào? Các nhóm thẻ BHYT khác nhau mức hưởng lợi khác nhau thế nào? Nhóm nào đang được hưởng lợi nhiều nhất? Nhóm nào phải đồng chi trả nhiều nhất? Yếu tố nào khác liên quan đến sự khác nhau về mức hưởng lợi từ BHYT? Đây chính là xuất phát điểm của nghiên cứu này.

Mục tiêu:

- (1) Mô tả các mức thanh toán bảo hiểm y tế theo các nhóm thẻ BHYT;
- (2) Phân tích cơ cấu chi, mức hưởng lợi của người bệnh và một số yếu tố liên quan.

2. Vật liệu và phương pháp nghiên cứu

2.1. Vật liệu nghiên cứu

Sử dụng cơ sở dữ liệu (CSDL) thanh toán BHYT của bệnh viện trong 6 tháng năm 2020. Đây là CSDL chính thức (thống nhất toàn quốc) trong hệ thống báo cáo tài chính trong hoạt động BHYT của BV. Tổng số 34.792 phiếu thanh toán được tổng hợp và phân tích.

2.2. Phương pháp phân tích

Sử dụng CSDL trên nền tảng Excel, phân tích trên phần mềm thống kê SPSS-20 sau khi thiết lập các biến mới phục vụ mục tiêu nghiên cứu.

Các chỉ tiêu nghiên cứu thống kê mô tả: Số trung bình (Mean) hiệu chỉnh, trung vị (Me), độ lệch chuẩn (SD), khoảng tin cậy 95% của số trung bình (95%CI), xuất số (mode), tỷ lệ %. Thống kê phân tích: kiểm định sự khác biệt giữa các số trung bình, trung vị bằng test phi tham số và phân tích hiệp biến (ANCOVA) để kiểm soát các yếu tố nhiễu.

2.3. Đạo đức nghiên cứu: từ CSDL nguyên gốc, không sử dụng tên của người bệnh, được Hội đồng khoa học (của Khoa Khoa học Sức khỏe, Trường Đại học Thăng Long) phê duyệt về đạo đức và tính khoa học của nghiên cứu, đảm bảo quy định về đạo đức trong nghiên cứu.

2.4. Giới hạn của nghiên cứu

Chỉ sử dụng CSDL thanh toán BHYT sẵn có, không phỏng vấn đối tượng hưởng lợi từ BHYT. Cho dù nghiên cứu về chi phí nhưng vẫn sử dụng trung bình số học do phân bố của số liệu quá lệch về trái, trung vị (Me) đôi khi rất nhỏ so với M, Mode có thể bằng 0 và không thể kết hợp với phân tích bằng biến định tính.

3. Kết quả nghiên cứu

Bảng 1. Đặc điểm đối tượng bảo hiểm y tế đa tuyến tại bệnh viện tỉnh (2020)

Đặc điểm đối tượng		Nhóm bệnh (%)		Chung
		10 bệnh có tỷ lệ cao nhất*	Ngoài nhóm 10 bệnh	
Tuổi	Dưới 6 tuổi	1.194 (36,2%)	2.108 (63,8%)	3.302 (9,5%)
	6 đến 16 tuổi	208 (12,5%)	1.450 (87,5%)	1.658 (4,8%)
	17 đến 35 tuổi	4.099 (50,4%)	4.037 (49,6%)	8.136 (23,4%)
	36 đến 59 tuổi	1.982 (20,9%)	7.514 (79,1%)	9.496 (27,3%)
	60 đến 75 tuổi	2.188 (26,9%)	5.935 (73,1%)	8.123 (23,3%)
	Trên 75 tuổi	1.152 (28,3%)	2.925 (71,7%)	4.077 (11,7%)
Giới tính	Nam	3.033 (19,5%)	12.514 (80,5%)	15.547 (44,7%)
	Nữ	7.790 (40,5%)	11.455 (59,5%)	19.245 (55,3%)
Nhóm BHYT	(1) Người LĐ và người SDLĐ đóng	1.170 (48,2%)	1.255 (51,8%)	2.425 (7,0%)
	(2) do t/c BHXH đóng	273 (22,5%)	943 (77,5%)	1.216 (3,5%)
	(3) Ngân sách NN đóng	4.567 (29,1%)	11.148 (70,9%)	15.715 (45,2%)
	(4) Hỗ trợ mức đóng	425 (18,5%)	1.872 (81,5%)	2.297 (6,6%)
	(5) Hộ gia đình đóng	4.388 (33,4%)	8.751 (66,6%)	13.139 (37,8%)
Nhóm bệnh theo khoa lâm sàng	Hệ nội khoa	3.666 (32,3%)	7.699 (67,7%)	11.365 (32,7%)
	Hệ ngoại khoa	285 (4,3%)	6.364 (95,7%)	6.649 (19,1%)
	Hệ sản phụ khoa	4289 (79,5%)	1.107 (20,5%)	5.396 (15,5%)
	Hệ nhi khoa	1.286 (34,7%)	2.420 (65,3%)	3.706 (10,7%)
	Các chuyên khoa	1.297 (16,9%)	6.379 (83,1%)	7.676 (22,1%)
CHUNG		10.823 (31,1%)	23.969 (68,9%)	34.792 (100%)
Thời gian	Thời gian nằm viện trung bình (ngày)	Mean= 5,08 SD= 4,455	Mean= 7,56 SD=11,586	Mean = 6,79 SD= 9,998 Me=5 Mode=2
Thanh toán	Tổng thanh toán trung bình (ngàn đồng)	Mean = 7.498 SD= 14.4020	Mean = 8.470 SD = 15.541	Mean = 8.167 SD= 15.202 Me=3.615

*Gồm các bệnh theo ICD10: O80.0, J18, O82.1, H25, I10, K29, I50, I20, P36, K30.

Nhận xét: Trong số 34.792 trường hợp được phân tích, đối tượng từ 17 đến 59 tuổi chiếm trên 50%. Nhóm người cao tuổi và già chiếm

35%. Trẻ em chiếm tỷ lệ thấp. Xu hướng nữ đến BV nhiều hơn nam. Nhóm bệnh nhân thuộc khoa nội và các chuyên khoa lẻ chiếm gần 55%. Khoa

nhì chiếm tỷ lệ thấp nhất. Trong số 34.792 bệnh nhân, nhóm 10 bệnh thường gặp nhất (top10) chiếm tỷ lệ 31,1%, số 995 bệnh còn lại chỉ chiếm 68,9%. Về thời gian nằm viện, trung bình là 6,79 ngày/đợt, 50% có số ngày nằm viện dưới 5 ngày và số trường hợp chỉ nằm viện 2 ngày chiếm tỷ

lệ cao nhất. Nhóm top10 có số ngày ít hơn so với các bệnh khác. Về mức thanh toán chung, trung bình là 8.167 ngàn đồng/đợt, 50% dưới mức 3.165 đồng/đợt. Nhóm top 10 có mức thanh toán thấp hơn so với nhóm các bệnh khác.

Bảng 2. Cơ cấu thanh toán BHYT theo các nhóm thẻ BHYT trong 1 đợt điều trị

Các khoản thanh toán	Chỉ số thống kê*				Tỷ lệ (%)
	Trung bình (Mean)	Độ lệch chuẩn (SD)	Trung vị (Median)	Xuất số (Mode)	
Tổng thanh toán	8.167	15.202	3.615	38,7	100,00
Tiền khám	25,8	25,5	38,6	38,7	1,30
Tiền xét nghiệm	785,0	1.033,0	527,0	527,0	16,83
Tiền CĐ hình ảnh	344,5	437,5	163,6	32,8	8,64
Tiền thuốc	1.940,0	5.287,0	376,0	0,0	18,15
Tiền máu	229	1.031,0	0,0	0,0	2,23
T.vật tư Y tế	391	254,1	3,9	0,0	2,24
T.giường	1.460,0	1.718,0	1.020	407	30,91
T. vận chuyển	0,0	0,0	0,0	0,0	0,00
T.chi phụ về VTYT**	1.447	8.992	0,0	0,0	14,23
T.chi phụ về thuốc**	139	1.601	0,0	0,0	1,23
T.chi phụ về DVKT**	198	1.039	0,0	0,0	3,38
BHYT thanh toán	7.040,0	12.610,0	3.170,0	387,0	86,16
Người bệnh thanh toán	1.130,0	3.684,0	260,0	0,0	13,84

* đơn vị ngàn đồng

** Số trường hợp có phụ chi 3.837/34.792 chiếm 11%

Nhận xét: Trung bình số tiền thanh toán cho một trường hợp là 8.167 ngàn đồng, 50% số trường hợp trên 3.615 ngàn đồng, số tiền phải chi 38,7 ngàn đồng chiếm tỷ lệ cao nhất.

Cơ cấu chi gồm 30,91% cho tiền giường, tiếp đến là tiền thuốc chiếm 18,15%, chi phí xét nghiệm chiếm 16,83%, chi ngoài cho vật tư y tế

là 14,23%.

Trong số các khoản chi, 18,84% từ các khoản chi phát sinh, đứng vị trí thứ 2.

Người bệnh phải trả 13,84% tổng các khoản thanh toán. 50% số trường hợp phải thanh toán trên 260 ngàn đồng cho một đợt điều trị.

Bảng 3. Bình quân thanh toán/ngày theo các nhóm thẻ BHYT (trung bình hiệu chỉnh theo nhóm khoa, giới tính và tuổi)

Nhóm thẻ BHYT	Chỉ số thống kê (đơn vị ngàn đồng)		
	Trung bình (Mean)	(95%CI)	p (ANCOVA)
(1) LĐ và SDLĐ	1.337	1.200 - 1.474	(F= 18) <0,001
(2) BHXH	641	444 - 839	
(3) Ngân sách	1.511	1.456 - 1.564	
(4) Hỗ trợ NS	1.463	1.322 - 1.604	
(5) Hộ GD	1.455	1.395 - 1.514	(F=160) <0,001
Top10	1.801	1.734 - 1.866	
Ngoài top10	1.283	1.239 - 1.326	<0,001
Chung	1.444	1.408 - 1.480	

*So sánh từng cặp, nhóm (1),(3),(4) khác nhau không có ý nghĩa thống kê ($p>0,05$)

Nhận xét: Bình quân thanh toán cho 1 trường hợp/ngày nằm viện là 1.444 ngàn đồng. Mức này dao động khá nhiều giữa các nhóm BHYT, từ 641 ngàn đồng ở nhóm thẻ do BHXH đóng và cao nhất ở nhóm thẻ được cấp phát từ ngân sách 1.511 ngàn đồng. Sự khác nhau giữa các mức bình quân/ngày hiệu chỉnh theo nhóm tuổi, nhóm khoa và giới có ý nghĩa thống kê, $p<0,001$.

Kết quả phân tích so sánh từng cặp (Pairwise Comparisons) cho thấy giữa các nhóm đóng

BHYT (1) do người lao động và sử dụng lao động đóng, (3) ngân sách NN đóng và (4) được hỗ trợ ngân sách, sự khác nhau không có ý nghĩa thống kê. Nhóm BHYT hộ gia đình chi bình quân/ngày cao so với các nhóm (1), (2) và (4) có ý nghĩa thống kê.

Nhóm thuộc 10 bệnh có tỷ lệ mắc cao nhất (top10) có bình quân chi/ngày hiệu chỉnh cao hơn một cách có ý nghĩa thống kê so với nhóm các bệnh còn lại, $p<0,001$.

Bảng 4. Một số yếu tố liên quan đến mức bình quân thanh toán/ngày qua hồi quy đa biến

Biến tương quan	Hệ số tương quan / hàm tương quan	p
Bình quân mức thanh toán/ngày (Y)* với Tổng mức thanh toán (X)	R= 0,633 R ² = 0,401 Y= 260823 + 0,145 X	< 0,001
Tương quan giữa Bình quân mức thanh toán/ngày (Y)* với tuổi (X ₁), ngày điều trị (X ₂) và tổng mức thanh toán (X ₃)	R= 0,697 R ² = 0,486 Y= 677370 + 2711X ₁ -109175X ₂ + 0,17 X ₃	<0,001

*đơn vị đồng

Nhận xét: Bình quân mức thanh toán/ngày (Y)* với Tổng mức thanh toán (X) có mối tương quan thuận khá chặt (R=0,633). Khoảng 40% mức bình quân thanh toán/ngày phụ thuộc vào

tổng mức thanh toán.

Kết quả phân tích với hàm hồi quy đa biến định lượng cho thấy hệ số tương quan giữa Bình quân mức thanh toán/ngày (Y)* với tuổi (X₁),

ngày điều trị (X_2) và tổng mức thanh toán (X_3) ở mức chặt chẽ ($R=0,697$; $p < 0,001$) và 48,6% phụ thuộc vào 3 yếu tố: tuổi, tổng mức thanh toán và số ngày điều trị.

Bảng 5. Mức thanh toán trung bình hiệu chỉnh theo nhóm khoa, giới tính và tuổi của các nhóm BHYT

Thanh toán	Nhóm BHYT (đơn vị ngàn đồng)				
	Nhóm 1 Mean (95%CI)	Nhóm 2 Mean (95%CI)	Nhóm 3 Mean (95%CI)	Nhóm 4 Mean (95%CI)	Nhóm 5 Mean (95%CI)
BHYT thanh toán	5.112 (4.622-5.600)	4.592 (3.891-5.293)	8.525 (8.334-8.716)	6.989 (6.486-7.491)	5.854 (5.644-6.063)
Khác nhau giữa các nhóm (p^*)	F= 114; $p < 0,001$ So sánh từng cặp (Pairwise Comparisons), các nhóm đều khác nhau có ý nghĩa thống kê ($p < 0,001$) trừ nhóm (1) với (2) không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,5$)				
Người bệnh thanh toán	1.398 (1.253- 1.541)	291 (83 - 498)	503 (447 -560)	1.062 (914-1.210)	1.912 (1.850-1.974)
% so với tổng thanh toán	22,0	5,9	5,6	13,2	24,6
Khác nhau giữa các nhóm (p^*)	F=289 ; $P < 0,001$ So sánh từng cặp (Pairwise Comparisons), các nhóm đều khác nhau có ý nghĩa thống kê ($p < 0,001$)				
Tỷ lệ có sử dụng dịch vụ phát sinh (%)	4,9	11,1	11,3	9,1	12,2

Nhận xét: Mức thanh toán do BHYT chi trả khác nhau giữa các nhóm BHYT, dao động từ 8.525 ngàn đồng/đợt ở nhóm (3) được mua từ ngân sách đến 4.592 ngàn đồng ở nhóm (2) do BHXH đóng. Kết quả phân tích hiệp biến, hiệu chỉnh số trung bình cho thấy sự khác nhau chung giữa các nhóm có ý nghĩa thống kê ($p < 0,001$), ngoại trừ giữa nhóm (1) và nhóm (2) sự khác nhau chưa có ý nghĩa ($p > 0,05$).

Người bệnh phải thanh toán ở các mức khác nhau theo nhóm thẻ BHYT, dao động từ 291 ngàn đồng/đợt ở nhóm (2) do BHXH đóng, tương ứng với 5,6% tổng mức thanh toán, đến 1.912 ngàn đồng/đợt ở nhóm (5) do hộ gia đình đóng, tương ứng với 24,6% tổng mức thanh toán. Sự khác

nhau giữa các nhóm với nhau đều có ý nghĩa thống kê (test ANCOVA).

4. Bàn luận

Kết quả trong Bảng 1 cho thấy: Trong số 34.792 trường hợp được phân tích, đối tượng từ 17 đến 59 tuổi chiếm trên 50%. Nhóm người cao tuổi và già chiếm 35%. Trẻ em chiếm tỷ lệ thấp. Xu hướng nữ đến BV nhiều hơn nam, những bệnh tập trung vào nhóm 10 bệnh trong tổng số 1.005 bệnh thường gặp nhất (top10) chiếm đến 31,1%. Về thời gian nằm viện, trung bình là 6,79 ngày/đợt; Về mức thanh toán chung, trung bình là 8.167 ngàn đ/đợt, 50% dưới mức 3.165 đ/đợt. Nhóm top10 có mức thanh toán thấp hơn so với nhóm các bệnh khác.

Với phương pháp tính số trung bình hiệu chỉnh theo một số yếu tố có thể ảnh hưởng đến mức hỗ trợ thanh toán như giới tính, tuổi, nhóm bệnh theo chuyên khoa bằng phân tích hiệp biến và so sánh cặp bằng test phi tham số, kết quả trong Bảng 3 và 4 cho thấy mức thanh toán cho một ngày điều trị trung bình là 1.444 ngàn đồng, trong đó thanh toán do BHYT chi trả khác nhau giữa các nhóm BHYT, dao động từ 8.525 ngàn đồng/đợt ở nhóm (3) được mua từ ngân sách nhà nước, đến 4.592 ngàn đồng ở nhóm (2) do BHXH đóng. So sánh từng cặp (Pairwise Comparisons), các nhóm đều khác nhau có ý nghĩa thống kê ($p < 0,001$) trừ nhóm (1) với (2) không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,5$).

Để đánh giá mức hỗ trợ từ BHYT, chúng tôi tính số tiền mà người bệnh phải nộp viện phí, đồng chi trả cho một đợt điều trị, kết quả trong Bảng 5 cho thấy tỷ lệ % so với tổng mức thanh toán. Trong đó, người bệnh phải thanh toán ở các mức khác nhau theo nhóm thẻ BHYT, dao động từ 291 ngàn đồng/đợt điều trị ở nhóm (2) do BHXH đóng, tương ứng với 5,6% tổng mức thanh toán, đến 1.912 ngàn đồng/đợt ở nhóm (5) do hộ gia đình đóng, tương ứng với 24,6% tổng mức thanh toán. Sự khác nhau giữa các nhóm đều có ý nghĩa thống kê. Đối chiếu với Luật BHYT và theo quy định các mức đồng chi trả của người bệnh khác nhau, trong đó nhóm 2 - nhóm BHXH đóng gồm những người hưởng lương hưu, trợ cấp xã hội hằng tháng, người thất nghiệp, người già trên 80 tuổi,... không phải đồng chi trả, cho dù tỷ lệ 5,9% đồng chi trả trong nghiên cứu này là rất thấp, nhưng thực tế đối tượng này vẫn phải trả một khoản tiền nhỏ, do 11,1% ở nhóm này đã sử dụng một số dịch vụ ngoài mức thanh toán của BHYT. Bên cạnh nhóm được BHXH đóng, nhóm được Nhà nước hỗ trợ ngân sách (4) gồm hộ cận

nghèo, học sinh-sinh viên theo quy định vẫn phải đồng chi trả ở mức thấp thực tế như thế nào? 1.062 ngàn đồng là mức nhóm này phải đóng cho 1 đợt điều trị, chiếm tới 12,3% tổng thanh toán, cao hơn quy định, do 9,1% trong số này đã sử dụng dịch vụ ngoài mức được quy định, 3 dịch vụ phát sinh chiếm 17,8% tổng thanh toán. Trong chính sách BHYT toàn dân, số thẻ theo hộ gia đình chiếm tỷ lệ khá cao (37,8%), đứng thứ 2 trong 5 nhóm BHYT, mức đồng chi trả ở đây cao (24,6%), trên mức quy định với gần 2 triệu đồng chi trả/đợt nhưng tỷ lệ có sử dụng dịch vụ phát sinh cao nhất (12,2%).

Về yếu tố liên quan đến mức thanh toán, nghiên cứu này chưa phân tích theo nhóm bệnh và một số bệnh tiêu biểu, nhưng có thể thấy nhóm đối tượng BHYT tác động rõ rệt lên tổng mức chi, bình quân chi/ngày và tỷ lệ số tiền người bệnh phải chi tiền túi. Kết quả trong Bảng 4 cho thấy bình quân mức thanh toán/ngày (Y)* với Tổng mức thanh toán (X) có mối tương quan thuận khá chặt ($R=0,633$). Khoảng 40% mức bình quân thanh toán/ngày phụ thuộc vào tổng mức thanh toán.

Phân tích sử dụng hàm hồi quy đa biến định lượng cho thấy hệ số tương quan giữa bình quân mức thanh toán/ngày (Y)* với tuổi (X_1), ngày điều trị (X_2) và tổng mức thanh toán (X_3) ở mức chặt chẽ ($R=0,697$; $p < 0,001$) và 48,6% phụ thuộc vào 3 yếu tố: tuổi, tổng mức thanh toán và số ngày điều trị.

Kết quả này cho thấy việc thực hiện các định mức chi và đồng chi trả khá tốt, những nhóm đối tượng ưu tiên có tỷ lệ chi từ tiền túi thấp hơn những đối tượng khác, thể hiện tính ưu việt trong sự hỗ trợ của Nhà nước với các đối tượng ưu tiên và vai trò chia sẻ rủi ro của BHYT trên nhóm đối tượng nghiên cứu ở Bệnh viện tỉnh Kiên Giang.

Kết luận và kiến nghị

(1) Mức thanh toán bảo hiểm y tế trung bình 8.167 ngàn đồng/đợt điều trị nội trú, 50% dưới mức 3.165 ngàn đồng/đợt. Có sự khác nhau theo các nhóm thẻ BHYT, dao động từ 8.525 đến 4.592 ngàn đồng/ đợt, với trung bình ngày điều trị là 1.444 ngàn, dao động từ 641 ngàn ở nhóm thẻ do BHXH đóng và cao nhất ở nhóm thẻ được cấp phát từ ngân sách 1.511 ngàn đồng. Sự khác nhau giữa các mức bình quân/ngày hiệu chỉnh theo nhóm tuổi, nhóm khoa và giới tính có ý nghĩa thống kê, $p < 0,001$.

(2) Cơ cấu chi và mức hưởng lợi từ BHYT và yếu tố liên quan: Cơ cấu chi cho tiền giường chiếm tỷ lệ cao nhất 30,91%, tiếp đến là tiền thuốc 18,15%, tiền xét nghiệm chiếm 16,83%, tiền vận chuyển gần bằng 0%. Người bệnh phải chi cho các dịch vụ phát sinh và vật tư y tế, thuốc ngoài quy định tới 18,8% tổng các khoản thanh toán. Mức hỗ trợ của BHYT là rất lớn - chiếm 86,16%, tiền túi của người bệnh chiếm 13,84%. Những đối tượng trong diện chính sách ưu tiên, người nghèo, dân tộc thiểu số,... không bị phân biệt chi khám chữa bệnh và có tỷ lệ chi tiền túi thấp hơn mức chung (5,9% so với 13,84%). Những yếu tố liên quan chính đến mức chi cũng như tỷ lệ chi tiền túi của người bệnh bên cạnh bệnh được chữa là sự khác nhau giữa các nhóm BHYT, tuổi của đối tượng và ngày điều trị.

Nghiên cứu này cần được tiếp tục bằng các nghiên cứu phân tích sâu hơn, xem xét nhiều năm hơn về các yếu tố liên quan, để biết xu hướng tăng mức thanh toán và cơ cấu chi cũng như mức độ hưởng lợi của người bệnh từ BHYT nói chung và các nhóm dân số được ưu tiên sẽ ra sao trong thời gian tới.

Tài liệu tham khảo

- [1] Al-Hanawi, M.K., Mwale, M.L., and Qattan, A.M.N., (2021), Health Insurance and Out-Of-Pocket Expenditure on Health and Medicine: Heterogeneities along Income Front Pharmacol, 12: 638035
- [2] Bazzyar, M., Rashidian, A., Sakha, M.A., (2020), Combining health insurance funds in a fragmented context: what kind of challenges should be considered? BMC Health Serv Res, pp.20:26.
- [3] Bazzyar, M., Yazdi-Feyzabadi, V., Rashidian, A., (2021), The experiences of merging health insurance funds in South Korea, Turkey, Thailand, and Indonesia: a cross-country comparative study, Int J Equity Health, pp.20:66.
- [4] Chính phủ, (2018), Nghị định Số: 146/2018/NĐ-CP về Quy định chi tiết và hướng dẫn biện pháp thi hành một số điều của Luật bảo hiểm y tế.
- [5] Doshmangir, L., Bazzyar, M., Rashidian, A., and Gordeev, V.S., (2021), Iran health insurance system in transition: equity concerns and steps to achieve universal health coverage, Int J Equity Health, pp. 20:37
- [6] Erlangga, D., Suhrcke, M., Ali, S., (2019), The impact of public health insurance on health care utilisation, financial protection and health status in low-and-middle-income countries: A systematic review, PLoSOne, 14(8): e0219731.
- [7] Trần Quang Thông, Trương Việt Dũng, (2011), Nghiên cứu ảnh hưởng của phương thức thanh toán theo định suất đến chi phí và chất lượng khám chữa bệnh bảo hiểm y tế tại Bệnh viện Đa khoa Mường Lát - Thanh Hóa, Tạp chí Y học dự phòng, (125) 6/2011, tr 17-22.