

Sử dụng dịch vụ và gánh nặng tài chính trong chăm sóc sức khỏe của người cao tuổi ở Việt Nam

GIANG THANH LONG
PHÍ MẠNH PHONG

Bài viết sử dụng dữ liệu Điều tra mức sống hộ gia đình ở Việt Nam năm 2014 để phân tích việc sử dụng dịch vụ y tế và gánh nặng tài chính y tế theo các đặc điểm kinh tế - xã hội của cá nhân và hộ gia đình người cao tuổi ở Việt Nam. Dựa trên kết quả phân tích, bài viết đề xuất một số chính sách cải thiện việc tiếp cận dịch vụ y tế và bảo vệ tài chính cho người cao tuổi.

Từ khóa: người cao tuổi, sử dụng dịch vụ y tế, chi trả tiền túi, gánh nặng tài chính, chính sách dân số, già hóa dân số, Việt Nam.

1. Đặt vấn đề

Trong những năm gần đây, cũng như nhiều quốc gia đang phát triển khác, việc phải chi trả tiền túi (out-of-pocket, OOP) trực tiếp từ các hộ gia đình chiếm tỷ phần lớn trong tổng chi tiêu y tế quốc gia ở Việt Nam, khoảng 37,8% tổng chi tiêu y tế năm 2014 (Ngân hàng Thế giới, 2017). Gánh nặng tài chính này có thể ngăn cản nhiều cá nhân, hộ gia đình tiếp cận với dịch vụ y tế khi cần hoặc khiến họ có thể rơi vào tình trạng chi tiêu thâm hụt cho y tế. Hậu quả là họ phải cắt giảm chi tiêu cho hàng hóa thiết yếu như lương thực, thực phẩm, quần áo, hay không thể chi trả cho việc học hành của con cái. Hơn thế nữa, nhiều hộ gia đình bị nghèo hóa sau khi chi trả cho khám bệnh, chữa bệnh (KCB) (Xu và cộng sự, 2005, 2007).

Việt Nam chính thức bước vào giai đoạn “bắt đầu già” từ năm 2011 với tỷ lệ dân số cao tuổi (từ 65 tuổi trở lên) đạt ngưỡng 7% tổng dân số (Quỹ dân số Liên hợp quốc, 2011). Tốc độ già hóa dân số của Việt Nam rất nhanh và chỉ mất khoảng 20 năm để dân số quá độ từ giai đoạn “bắt đầu già” sang giai đoạn “già” (khi tỷ lệ người từ

65 tuổi trở lên chiếm 14% tổng dân số) – một khoảng thời gian ngắn hơn rất nhiều so với các nước phát triển như Pháp (115 năm), Mỹ (69 năm) và thậm chí còn nhanh hơn cả Thái Lan (21 năm) và Nhật Bản (26 năm) (Quỹ dân số Liên hợp quốc, 2011). Hơn nữa, với thu nhập bình quân đầu người mới đạt ngưỡng trung bình thấp thì Việt Nam có nguy cơ trở thành quốc gia “chưa giàu đã già” (Giang Thanh Long và Bùi Đại Thụy, 2013). Người cao tuổi là nhóm dân số thường phải đối mặt với nguy cơ cao về bệnh tật, nên gánh nặng tài chính y tế thường cao hơn so với nhóm dân số khác. Cùng với sự biến đổi cơ cấu tuổi dân số theo hướng già hóa nhanh, mô hình bệnh tật của người cao tuổi Việt Nam đang thay đổi nhanh chóng từ các bệnh lây nhiễm sang các bệnh không lây nhiễm và mãn tính (như tiểu đường, tim mạch, xương khớp...), nên chi phí khám chữa bệnh trung bình của một người cao tuổi cao gấp từ 7 đến 8 lần chi phí trung bình

Giang Thanh Long, PGS. TS., Trường đại học Kinh tế quốc dân; Phí Mạnh Phong, ThS, Trường đại học Mỏ - Địa chất.

cho một trẻ em (Phạm Thắng và Đỗ Thị Khánh Hỷ, 2009) và tỷ lệ chi khám chữa bệnh cho người cao tuổi thường chiếm tới gần 60% tổng chi (Kelly và cộng sự, 2016). Tất cả những vấn đề trên đặt ra những thách thức đối với hệ thống an sinh xã hội nói chung và hệ thống y tế có thể đáp ứng nhu cầu sử dụng của người cao tuổi cũng như đảm bảo khả năng chi trả của họ.

2. Dữ liệu

Bài viết sử dụng dữ liệu từ Điều tra mức sống hộ gia đình ở Việt Nam (VHLSS) năm 2014, khảo sát 9.389 hộ gia đình, trong đó có 3.601 hộ gia đình có ít nhất một người cao tuổi (người từ 60 tuổi trở lên). Tổng số có 4.165 người cao tuổi được khảo sát. Mẫu điều tra mang tính đại diện cho quốc gia và cho khu vực nông thôn và thành thị.

3. Phương pháp phân tích

Với dữ liệu trên, nghiên cứu này sẽ sử dụng phương pháp phân tích thống kê mô tả về mức độ sử dụng các dịch vụ y tế của người cao tuổi và chi tiêu tiền túi (OOP) của họ. Cụ thể, dân số cao tuổi sẽ được phân tách thành các nhóm theo các đặc trưng kinh tế-xã hội khi xem xét các vấn đề trên. Trong tất cả các ước lượng từ dữ liệu VHLSS năm 2014, trọng số mẫu tương ứng sẽ được sử dụng nhằm ước lượng tính đại diện cho toàn bộ dân số cao tuổi.

Quan niệm của Tổ chức Y tế thế giới (2005) về “chi trả tiền túi cho khám chữa bệnh”, “gánh nặng chi tiêu khám chữa bệnh”, “chi tiêu y tế thảm họa” và “nghèo hóa do chi tiêu y tế” như sau:

- *Chi trả tiền túi cho khám chữa bệnh* là các khoản chi trả của hộ gia đình tại thời điểm họ sử dụng các dịch vụ khám chữa bệnh. Đây là khoản thực chi của hộ gia đình cho khám chữa bệnh sau khi đã trừ đi phần mà bảo hiểm y tế đã chi trả. Những khoản chi tiền túi phổ biến bao

gồm tiền thuốc, tiền dịch vụ kỹ thuật ngoài danh mục bảo hiểm, tiền bồi dưỡng cán bộ y tế... Mặc dù khoản chi trả cho điều trị theo cách truyền thống và/hoặc cách thay thế khác được tính vào OOP, nhưng khoản chi liên quan đến đi lại, chế độ dinh dưỡng đặc biệt thì không được tính vào OOP.

- *Gánh nặng chi tiêu khám chữa bệnh* được xác định là tỷ lệ của chi tiêu tiền túi (OOP) so với khả năng chi trả (CTP) của hộ gia đình, trong đó khả năng chi trả của hộ gia đình được xác định bằng phần thu nhập khả dụng của hộ gia đình sau khi trừ đi phần chi tiêu tối thiểu của hộ gia đình - được xác định là khoản chi cần thiết để duy trì mức sống tối thiểu.

- *Chi tiêu y tế thảm họa* xảy ra khi mà OOP của hộ gia đình cho y tế vượt quá 40% khả năng chi trả của hộ gia đình. Do vậy, tỷ lệ hộ gia đình người cao tuổi rơi vào chi tiêu y tế thảm họa là tỷ lệ hộ gia đình người cao tuổi rơi vào tình trạng trên so với tổng số hộ gia đình người cao tuổi.

- *Nghèo hóa do chi tiêu y tế* xảy ra khi hộ gia đình không thuộc diện nghèo trở thành hộ nghèo sau khi chi tiêu cho y tế. Điều này được thể hiện bằng phần chi tiêu còn lại (sau khi lấy tổng chi tiêu trừ đi phần chi tiêu cho y tế) thấp hơn chuẩn nghèo. Vì thế, tỷ lệ hộ gia đình người cao tuổi bị nghèo hóa do chi tiêu y tế là tỷ lệ hộ gia đình người cao tuổi rơi vào tình trạng trên so với tổng số hộ gia đình người cao tuổi không thuộc diện nghèo trước khi chi tiêu cho y tế.

4. Kết quả và phân tích

4.1. Sử dụng dịch vụ y tế của người cao tuổi

Bảng 1 mô tả tần suất sử dụng dịch vụ ngoại trú (OP) và nội trú (IP) của người cao tuổi năm 2014.

BẢNG 1: Tần suất trung bình sử dụng dịch vụ khám chữa bệnh ngoại trú và nội trú của người cao tuổi, năm 2014

	Khám chữa bệnh ngoại trú (lần/năm)	Khám chữa bệnh nội trú (lần/năm)
Chung	3,04	0,32
<i>Nhóm tuổi</i>		
60-69	2,99	0,27
70-79	3,10	0,32
80+	3,05	0,42
<i>Dân tộc chủ hộ</i>		
Thiếu số	2,61	0,42
Kinh	3,08	0,30
<i>Khu vực sống</i>		
Nông thôn	2,63	0,33
Thành thị	3,79	0,28
<i>Phân loại chi tiêu bình quân đầu người</i>		
Nghèo	2,69	0,32
Cận nghèo	2,98	0,33
Trung bình	2,78	0,26
Cận giàu	2,78	0,34
Giàu	4,06	0,31
<i>Theo cơ sở y tế</i>		
Trạm y tế xã	3,33	0,08
Bệnh viện tuyến huyện	3,14	0,38
Bệnh viện tuyến tỉnh	2,52	0,56
Bệnh viện tuyến trung ương	2,73	0,62
Y tế tư nhân	3,16	0,05
Khác	3,18	0,16

Nguồn: Tính toán của tác giả từ dữ liệu VHLSS năm 2014.

Kết quả chung cho thấy, trung bình mỗi người cao tuổi sử dụng dịch vụ khám chữa bệnh ngoại trú (OP) 3,04 lần/năm và sử dụng dịch vụ khám chữa bệnh nội trú (IP)

0,32 lần/năm. So sánh chi tiết tần suất sử dụng theo các đặc điểm cá nhân, hộ gia đình người cao tuổi và theo cơ sở khám chữa bệnh cho thấy bức tranh có nhiều

điểm tương phản như sau: (i) không có sự khác biệt đáng kể về tần suất sử dụng dịch vụ khám chữa bệnh ngoại trú giữa ba nhóm tuổi khác nhau (60-69, 70-79, 80+), nhưng nhóm tuổi càng cao thì tần suất sử dụng dịch vụ khám chữa bệnh nội trú càng lớn (lần lượt là 0,27 lần/năm, 0,32 lần/năm và 0,42 lần/năm của nhóm 60-69, 70-79 và 80+); (ii) tần suất sử dụng dịch vụ người cao tuổi ngoại trú của nhóm người cao tuổi sống ở thành thị cao hơn 1,44 lần so với nhóm người cao tuổi sống ở nông thôn, trong khi tần suất sử dụng dịch vụ khám chữa bệnh nội trú của nhóm người cao tuổi sống ở nông thôn gấp 1,17 lần so với nhóm người cao tuổi sống ở thành thị; (iii) nhóm người cao tuổi có chủ hộ là dân tộc Kinh có tần suất sử dụng dịch vụ người cao tuổi ngoại trú cao hơn 1,18 lần so với nhóm người cao tuổi có chủ hộ là dân tộc thiểu số, trong khi nhóm người cao tuổi mà chủ hộ là dân tộc thiểu số lại có tần suất sử dụng dịch vụ khám chữa bệnh nội trú cao hơn 1,4 lần so với nhóm người cao tuổi mà chủ hộ là dân tộc Kinh; (iv) nhóm người cao tuổi giàu sử dụng dịch vụ khám chữa bệnh ngoại trú trung bình 4,06 lần/năm, cao hơn so với các nhóm còn lại với tần suất sử dụng thấp hơn 3 lần/năm, nhưng không có sự khác biệt đáng kể về tần suất sử dụng dịch vụ khám chữa bệnh nội trú giữa các nhóm trong 5 phân loại chi tiêu của hộ gia đình người cao tuổi; (v) tần suất sử dụng dịch vụ khám chữa bệnh ngoại trú ở trạm y tế xã là cao nhất (với 3,33 lần/năm), sau đó tới cơ sở y tế tư nhân, tuyến huyện, tuyến tỉnh và trung ương. Kết quả này ngược lại với tần suất sử dụng dịch vụ nội trú, trong đó tuyến trung ương là cao nhất (0,62 lần/năm), tiếp đến là tuyến tỉnh (0,56 lần/năm), tuyến huyện (0,38 lần/năm), tuyến xã (0,08 lần/năm) và y tế tư nhân (0,05 lần/năm).

Phân tích chi tiết thực trạng sử dụng dịch vụ khám chữa bệnh ngoại trú và nội trú theo các đặc điểm kinh tế - xã hội của

cá nhân và hộ gia đình của người cao tuổi như trên, có thể cho thấy một số lý do: với chi phí sử dụng dịch vụ thấp hơn khá nhiều so với dịch vụ khám chữa bệnh nội trú, thì khoảng cách địa lý, sự tiện lợi là những ưu tiên khi sử dụng dịch vụ khám chữa bệnh ngoại trú. Điều lý giải tại sao các cơ sở y tế có khoảng cách gần được lựa chọn nhiều nhất (như trạm y tế xã và y tế tư nhân), trong khi với tần suất sử dụng thấp nhất ở cơ sở y tế xa (như bệnh viện tỉnh và bệnh viện trung ương). Ngược lại, với sự lựa chọn dịch vụ khám chữa bệnh nội trú, mặc dù chi phí sử dụng dịch vụ lớn nhưng khi bệnh tật đã ở tình trạng nghiêm trọng, ảnh hưởng đến tính mạng thì gia đình thường tìm cách nhập viện cứu chữa người thân bất kể khoảng cách địa lý. Điều kiện kinh tế và chất lượng khám chữa bệnh của các cơ sở y tế là yếu tố quan trọng quyết định đến sự lựa chọn nơi điều trị. Đây là lý do giải thích tại sao bệnh viện tuyến trung ương - nơi được coi là có cơ sở vật chất, thiết bị và đội ngũ nhân lực y tế tốt nhất - được lựa chọn cao nhất dù có chi phí điều trị cao nhất; ngược lại, trạm y tế xã thường không được lựa chọn. Điều này cũng lý giải tại sao nhóm tuổi càng cao thì tần suất sử dụng khám chữa bệnh nội trú càng lớn; nhóm người cao tuổi sống ở nông thôn có tần suất sử dụng khám chữa bệnh nội trú cao hơn nhóm người cao tuổi sống ở thành thị, vì tuổi càng cao thì tỷ lệ người cao tuổi có tình trạng sức khỏe rất yếu (lần lượt là 5%, 13% và 15,9% cho nhóm tuổi 60 - 69, 70 - 79 và 80+) và nhóm người cao tuổi sống ở nông thôn có tỷ lệ tình trạng sức khỏe rất yếu cao hơn so với ở thành thị (tỷ lệ lần lượt là 10,7% và 8,8%) (Trung ương Hội Liên hiệp phụ nữ Việt Nam, 2012).

Thực trạng sử dụng dịch vụ y tế còn được phản ánh thông qua tỷ lệ sử dụng của người cao tuổi ở các cơ sở y tế khác nhau. Bảng 2 dưới đây mô tả chi tiết tỷ lệ sử dụng dịch vụ y tế của người cao tuổi ở các cơ sở y tế phân theo tuyến kỹ thuật và loại hình.

BẢNG 2: Tỷ lệ sử dụng dịch vụ y tế của người cao tuổi tại các cơ sở y tế (% theo nhóm quần thể)

	Cơ sở y tế tuyến xã	Bệnh viện/phòng khám tuyến huyện	Bệnh viện tuyến tỉnh/trung ương	Bệnh viện nhà nước khác	Bệnh viện khác	Cơ sở y tế tư nhân	Loại khác	Tổng
Chung	12,77	30,24	21,11	1,55	0,1	11,27	22,96	100
<i>Có thể bảo hiểm y tế không?</i>								
Có	13,50	32,76	22,85	1,36	0,14	9,36	20,03	100
Không	10,82	23,54	16,49	2,07	0,00	16,34	30,74	100
<i>Dân tộc của chủ hộ</i>								
Kinh	11,11	30,01	22,29	1,66	0,09	11,81	23,03	100
Thiểu số	27,75	32,33	10,45	0,58	6,31	0,18	22,40	100
<i>Khu vực sống</i>								
Nông thôn	16,27	31,03	15,80	0,63	0,06	10,03	26,18	100
Thành thị	5,72	28,66	31,78	3,40	0,20	13,74	16,50	100
<i>Phân loại chi tiêu bình quân đầu người</i>								
Nghèo	27,92	29,11	9,99	0,09	0,11	8,06	24,72	100
Cận nghèo	15,37	29,21	12,84	1,40	0,00	10,11	31,07	100
Trung bình	13,12	34,32	17,05	0,56	0,00	10,41	24,54	100
Cận giàu	6,89	30,57	26,87	2,85	0,09	14,15	18,58	100
Giàu	4,53	27,99	34,94	2,45	0,29	12,77	17,03	100

Nguồn: Tính toán của tác giả từ dữ liệu VHLSS năm 2014.

Kết quả chung cho thấy, có 51,35% người cao tuổi sử dụng dịch vụ y tế tại các cơ sở y tế từ tuyến huyện trở lên. So sánh chi tiết theo các đặc điểm kinh tế - xã hội của cá nhân và hộ gia đình người cao tuổi cho thấy kết quả như sau: (i) tỷ lệ sử dụng dịch vụ của người cao tuổi có bảo hiểm y tế tại tất cả các tuyến đều cao hơn người cao tuổi không có bảo hiểm y tế, trong khi người cao tuổi không có bảo hiểm y tế lại có tỷ lệ sử dụng các loại hình khám chữa bệnh khác (loại khác, y tế tư nhân...) lại cao hơn hẳn người cao tuổi có bảo hiểm y tế; (ii) tỷ lệ sử dụng dịch vụ ở tuyến tỉnh/trung ương của người cao tuổi mà chủ hộ là dân tộc Kinh cao hơn người cao tuổi mà chủ hộ là dân tộc thiểu số (22,29% so với 10,45%) và tình trạng diễn ra tương tự với cơ sở y tế tư nhân nhưng ngược lại xảy ra tại

tuyến xã; (iii) tỷ lệ sử dụng dịch vụ của người cao tuổi sống ở thành thị tại tuyến xã rất thấp so với người cao tuổi sống ở nông thôn, nhưng lại có tỷ lệ khám chữa bệnh ở các cơ sở y tế tuyến tỉnh/trung ương cao hơn rất nhiều so với người cao tuổi sống ở nông thôn; (iv) nhóm người cao tuổi có chi tiêu bình quân đầu người càng cao thì tỷ lệ sử dụng dịch vụ ở tuyến xã càng thấp (chẳng hạn, chỉ có 4,53% người cao tuổi ở nhóm hộ gia đình giàu lựa chọn tuyến xã, trong khi có đến 27,92% người cao tuổi ở nhóm hộ gia đình nghèo sử dụng dịch vụ ở tuyến này). Tình trạng ngược lại xảy ra ở tuyến tỉnh/trung ương khi nhóm có chi tiêu bình quân đầu người càng cao thì tỷ lệ sử dụng dịch vụ ở tuyến này càng cao (ví dụ có đến 34,94% người cao tuổi ở nhóm hộ gia đình giàu sử dụng dịch vụ ở tuyến

tính/trung ương, trong khi chỉ có 9,99% người cao tuổi ở nhóm hộ gia đình nghèo lựa chọn tuyến này khi sử dụng dịch vụ).

Phân tích chi tiết cho thấy nguyên nhân của sự khác biệt trong tỷ lệ sử dụng dịch vụ ở các cơ sở y tế khác nhau. Nhóm người cao tuổi có điều kiện kinh tế - xã hội tốt hơn thì tỷ lệ sử dụng dịch vụ ở các cơ sở y tế tuyến trên - được coi là có chất lượng khám chữa bệnh tốt hơn nhưng cũng đòi hỏi khả năng chi trả tiền túi lớn hơn so với tuyến dưới, cao hơn so với nhóm người cao tuổi có điều kiện kinh tế kém hơn (nhóm dân tộc Kinh so với dân tộc thiểu số, nhóm sống ở thành thị so với nhóm sống ở nông thôn, nhóm giàu, cận giàu so với nghèo, cận nghèo). Vì bảo hiểm y tế có thể giúp người cao tuổi giảm chi tiêu

tiền túi, nên tỷ lệ sử dụng dịch vụ ở tất cả các cơ sở y tế có khám chữa bệnh bằng bảo hiểm y tế cao hơn so với nhóm không có bảo hiểm y tế. Do vậy, có thể nói tài chính là rào cản lớn đối với tiếp cận/sử dụng dịch vụ y tế có chất lượng cao đối với người cao tuổi ở Việt Nam, đặc biệt là đối với nhóm người cao tuổi có điều kiện kinh tế - xã hội bất lợi hơn.

4.2. Gánh nặng tài chính y tế của người cao tuổi

Gánh nặng tài chính trước hết được biểu hiện thông qua mức chi tiền túi mà một người cao tuổi phải bỏ ra cho mỗi lần sử dụng dịch vụ. Bảng 3 mô tả kết quả tính cho người cao tuổi khi sử dụng dịch vụ khám chữa bệnh ngoại trú và khám chữa bệnh nội trú.

BẢNG 3: Mức chi tiền túi trung bình cho một lần khám chữa bệnh của người cao tuổi, năm 2014 (đơn vị tính: 1.000 đồng)

	Khám chữa bệnh ngoại trú	Khám chữa bệnh nội trú
Chung	1.040,00	4.852,66
Nhóm tuổi		
60-69	996,04	5.097,89
70-79	1.103,86	5.554,71
80+	1.065,65	3.543,53
Dân tộc chủ hộ		
Thiểu số	484,80	2.419,76
Kinh	1.092,88	5.224,16
Khu vực sống		
Nông thôn	875,95	3.744,74
Thành thị	1.321,03	7.564,72
Phân loại chi tiêu bình quân đầu người		
Nghèo	405,97	1.549,06
Cận nghèo	673,09	2.863,01
Trung bình	1.014,32	3.811,43
Cận giàu	1.374,77	6.603,27
Giàu	1.938,86	11.307,56
Cơ sở y tế (tuyến và loại hình)		
Trạm y tế xã	145,56	312,38
Bệnh viện tuyến huyện	536,90	2.111,02
Bệnh viện tuyến tỉnh	2.024,49	5.442,12
Bệnh viện tuyến trung ương	3.383,63	12.643,69
Y tế tư nhân	1.026,86	7.735,59
Khác	1.813,01	8.902,70

Nguồn: Tính toán của tác giả từ dữ liệu VHLSS năm 2014.

Mức chi tiêu tiền túi/người/lần sử dụng dịch vụ khám chữa bệnh nội trú là 4.852.660 đồng, cao gấp gần 4,7 lần so với mức chi trả 1.040.000 đồng cho sử dụng dịch vụ khám chữa bệnh ngoại trú. Phân tích so sánh giữa các nhóm theo các đặc điểm cá nhân và hộ gia đình người cao tuổi cho kết quả như sau:

(i) Không có khác biệt lớn mức OOP cho dịch vụ khám chữa bệnh ngoại trú giữa các nhóm tuổi. Tuy nhiên, nhóm tuổi 80+ có mức chi trả thấp hơn khá nhiều so với hai nhóm tuổi còn lại khi sử dụng dịch vụ khám chữa bệnh nội trú. Điều này có vẻ như mâu thuẫn với đặc điểm tuổi càng cao thì gánh nặng bệnh tật càng lớn nên mức sử dụng dịch vụ càng lớn cho mỗi lần nằm viện. Tuy nhiên, kết quả này có thể được lý giải bởi vai trò của bảo hiểm y tế làm giảm OOP nhiều hơn cho nhóm tuổi 80+ khi tỷ lệ tham gia bảo hiểm y tế năm 2014 của họ là cao nhất (80,2%) so với 71,9% của nhóm tuổi 60-69 và 76,8% của nhóm tuổi 70-79 (Giang Thanh Long và cộng sự, 2016).

(ii) Người cao tuổi ở gia đình mà chủ hộ dân tộc Kinh có mức chi trả hơn gấp 2 lần so với người cao tuổi ở gia đình mà chủ hộ dân tộc thiểu số với cả dịch vụ khám chữa bệnh ngoại trú và khám chữa bệnh nội trú. Tương tự, người cao tuổi sống ở thành thị có mức chi trả cao hơn tương ứng 1,5 lần và 1,29 lần so với người cao tuổi sống ở nông thôn với cả dịch vụ khám chữa bệnh ngoại trú và khám chữa bệnh nội trú. Kết quả này có thể được lý giải bởi sự khác biệt trong tỷ lệ sử dụng dịch vụ của người cao tuổi ở các cơ sở y tế khác nhau. Thật vậy, nhóm người cao tuổi mà chủ hộ là dân tộc thiểu số có tỷ lệ sử dụng ở tuyến xã cao gấp gần 3 lần so với nhóm người cao tuổi dân tộc Kinh, trong khi thấp hơn 2 lần ở tuyến tỉnh/trung ương. Tương tự, người cao tuổi ở nông thôn có tỷ lệ sử dụng dịch vụ ở tuyến xã cao gấp gần 3 lần so với người cao tuổi ở thành thị nhưng lại thấp hơn khoảng 2 lần ở tuyến tỉnh/trung ương. Trong khi đó có sự khác biệt lớn trong OOP ở các tuyến khác nhau.

(iii) Người cao tuổi thuộc nhóm hộ càng có mức chi tiêu bình quân đầu người cao thì mức chi tiêu tiền túi/người/lần cho cả dịch vụ khám chữa bệnh ngoại trú và khám chữa bệnh nội trú càng cao. Sự khác biệt lớn nhất khi so sánh nhóm giàu với nhóm nghèo, nhóm giàu chi trả gấp gần 5 lần và gấp hơn 7 lần so với nhóm nghèo tương ứng với dịch vụ khám chữa bệnh ngoại trú và khám chữa bệnh nội trú. Kết quả này có thể cũng phần lớn do sự khác biệt trong tỷ lệ sử dụng dịch vụ ở các cơ sở y tế khác nhau (bảng 4) và sự khác biệt trong OOP ở các cơ sở y tế khác nhau với mức chi trả tăng dần theo thứ tự là tuyến xã, tuyến huyện, tuyến tỉnh và tuyến trung ương với cả dịch vụ khám chữa bệnh ngoại trú và khám chữa bệnh nội trú. Chẳng hạn, mức chi tiêu tiền túi/người/lần với dịch vụ khám chữa bệnh ngoại trú ở tuyến trung ương cao gấp hơn 23 lần so với mức thấp nhất ở tuyến xã (3.883.630 đồng so với 145.560 đồng), trong khi con số này với dịch vụ khám chữa bệnh nội trú là khoảng 40 lần (12.643.490 đồng so với 312.380 đồng). Sự khác biệt này lại có thể do sự khác biệt trong số lượng và chất lượng, giá cả các dịch vụ ở các tuyến kỹ thuật khác nhau là khác nhau; càng ở tuyến trên thì số lượng dịch vụ được cung cấp nhiều hơn và chất lượng dịch vụ cũng tốt hơn đi đôi với giá cả cao hơn. Vì vậy, đối với nhóm người cao tuổi ở nông thôn, dân tộc thiểu số, nghèo thường buộc phải lựa chọn các cơ sở y tế tuyến thấp (tuyến xã và huyện), trong khi nhóm có điều kiện kinh tế - xã hội tốt hơn (thành thị, Kinh, người giàu) thường lựa chọn cơ sở y tế tuyến cao (tuyến tỉnh và trung ương).

4.3. Gánh nặng tài chính y tế của hộ gia đình người cao tuổi

Phần trên gánh nặng tài chính được phân tích dựa trên dữ liệu OOP cho y tế của cá nhân người cao tuổi. Phần này sẽ phân tích gánh nặng tài chính dựa trên dữ liệu OOP cho y tế của hộ gia đình người cao tuổi - được thể hiện thông qua mức chi tiêu tiền túi/người/năm, tỷ lệ chi tiêu tiền túi so

với khả năng chi trả của hộ gia đình (CTP), tỷ lệ chi tiêu tiền túi so với tổng chi tiêu của hộ gia đình (EX), tỷ lệ hộ gia đình rơi vào tình trạng chi tiêu thâm hụt, tỷ lệ hộ gia đình bị nghèo hóa.

Bảng 4 mô tả các chỉ số OOP/người, OOP/CTP và OOP/EX của hộ gia đình người cao tuổi năm 2014. Kết quả chung cho thấy OOP/người của hộ gia đình người cao tuổi là 2.736.720 đồng, chiếm 6,17% khả năng chi trả của hộ gia đình và 3,8% tổng chi tiêu của hộ gia đình người cao tuổi. Phân tích theo các đặc điểm kinh tế - xã hội của hộ gia đình người cao tuổi cho thấy một số điểm đáng lưu ý sau: (i) nhóm hộ gia đình người cao tuổi mà chủ hộ là dân tộc Kinh có mức chi tiêu tiền túi/người gấp gần 2,2 lần so với nhóm hộ gia đình người cao tuổi mà chủ hộ là dân

tộc thiểu số, trong khi tỷ lệ OOP/CTP và OOP/EX của hộ gia đình người cao tuổi dân tộc Kinh cao hơn không đáng kể so với nhóm hộ gia đình người cao tuổi dân tộc thiểu số; (ii) tuy nhóm gia đình người cao tuổi sống ở nông thôn có mức chi tiêu tiền túi/người thấp hơn mức chi tiêu tiền túi/người của nhóm hộ gia đình người cao tuổi sống ở thành thị, nhưng tỷ lệ OOP/CTP và tỷ lệ OOP/EX của nhóm hộ gia đình người cao tuổi ở nông thôn cao hơn nhóm ở thành thị; (iii) mặc dù, nhóm hộ càng giàu thì mức chi tiêu tiền túi/người cho y tế càng cao, nhưng gánh nặng tài chính lại rơi vào hộ nghèo hơn (chẳng hạn, mức mức chi tiêu tiền túi/người của nhóm hộ giàu gấp hơn 5 lần so với nhóm hộ nghèo, nhưng tỷ lệ OOP/CTP của nhóm hộ nghèo cao hơn nhóm hộ giàu - 6,23% so với 5,09%).

BẢNG 4: Chi tiêu y tế của hộ gia đình người cao tuổi, năm 2014

	OOP/người (1.000đ đồng)	OOP/CTP (%)	OOP/EX (%)
Tổng	2.736,72	6,17	3,80
<i>Dân tộc của chủ hộ</i>			
Thiểu số	1.317,20	5,81	3,02
Kinh	2.893,99	6,21	3,88
<i>Khu vực sống</i>			
Nông thôn	2.542,27	6,95	4,12
Thành thị	3.127,40	4,60	3,15
<i>Phân loại chi tiêu bình quân đầu người</i>			
Nghèo	1.088,77	6,23	3,16
Cận nghèo	1.847,58	6,31	3,56
Trung lưu	2.474,24	6,05	3,76
Cận giàu	3.944,78	7,15	4,90
Giàu	5.458,34	5,09	4,02

Nguồn: Tính toán của tác giả từ dữ liệu VHLSS 2014.

Bảng 5 mô tả tỷ lệ hộ gia đình người cao tuổi mà có tỷ lệ OOP/CTP rơi vào các ngưỡng lớn hơn 10%, 20%, 30%, và 40%. Kết quả cho thấy một số điểm đáng chú ý: (i) nhóm hộ gia đình sống ở nông thôn có tỷ lệ OOP/CTP rơi vào tất cả các ngưỡng trên đều cao hơn nhóm hộ gia đình người cao tuổi sống ở thành thị

(trong khi có mức chi tiêu tiền túi/người thấp hơn), trong đó có 2,53% hộ gia đình người cao tuổi ở nông thôn rơi vào chi tiêu thâm hụt cho y tế so với 1,25% hộ gia đình người cao tuổi ở thành thị rơi vào tình trạng trên; (ii) nhóm hộ nghèo luôn có tỷ lệ rơi vào cả bốn ngưỡng trên cao hơn nhóm giàu, trong khi mức chi tiêu

túi/người của nhóm hộ giàu cao hơn 5 lần so với nhóm hộ nghèo.

BẢNG 5: Tỷ lệ chi trả tiền túi so với khả năng chi trả của hộ gia đình người cao tuổi, năm 2014

	>10%	>20%	>30%	>40%
Tổng	19,14	8,99	4,23	2,11
<i>Dân tộc của chủ hộ</i>				
Thiếu số	16,56	9,33	5,18	2,00
Kinh	19,42	8,95	4,13	2,12
<i>Khu vực sống</i>				
Nông thôn	21,53	10,68	5,04	2,53
Thành thị	14,32	5,58	2,61	1,25
<i>Phân loại chi tiêu bình quân đầu người</i>				
Nghèo	20,69	8,44	4,53	2,58
Cận nghèo	20,58	9,64	3,68	1,31
Trung lưu	18,47	9,25	2,78	2,14
Cận giàu	21,19	11,38	6,19	2,15
Giàu	13,73	6,47	4,05	2,22

Nguồn: Tính toán của tác giả từ dữ liệu VHLSS 2014.

Bảng 6 cho thấy tỷ lệ hộ gia đình người cao tuổi bị nghèo hóa sau khi chi tiêu cho y tế. 1,57% hộ gia đình người cao tuổi trở thành hộ nghèo sau khi chi trả cho khám chữa bệnh. Chỉ có 1,41% hộ gia đình người cao tuổi dân tộc Kinh trở thành hộ nghèo, trong khi có đến 3% hộ gia đình người cao tuổi có chủ hộ là dân tộc thiểu số bị rơi vào tình trạng này. Có đến 2,16% hộ gia đình người cao tuổi sống ở nông thôn bị nghèo

hóa so với chỉ có 0,38% hộ gia đình người cao tuổi sống ở thành thị rơi vào tình trạng này. Như vậy, nhóm hộ gia đình người cao tuổi có điều kiện bất lợi về kinh tế - xã hội (nghèo hơn, nông thôn, dân tộc thiểu số) mặc dù có mức chi tiêu túi/người thấp hơn nhưng lại phải chịu gánh nặng tài chính cho y tế lớn hơn so với nhóm hộ gia đình người cao tuổi có điều kiện tốt hơn (giàu hơn, thành thị, dân tộc Kinh).

BẢNG 6: Tỷ lệ hộ gia đình người cao tuổi bị nghèo hóa do chi tiêu y tế, năm 2014

	Tỷ lệ hộ bị nghèo hóa (%)
Tổng	1,57
<i>Dân tộc của chủ hộ</i>	
Thiểu số	3,00
Kinh	1,41
<i>Khu vực sống</i>	
Nông thôn	2,16
Thành thị	0,38

Nguồn: Tính toán của tác giả từ dữ liệu VHLSS 2014.

5. Một số kết luận và khuyến nghị chính sách

Kết quả cho thấy khả năng chi trả thấp đã ngăn cản nhóm người cao tuổi có điều kiện kinh tế - xã hội khó khăn tiếp cận, sử dụng dịch vụ y tế, đặc biệt là dịch vụ y tế có chất lượng cao. Nhóm người cao tuổi có điều kiện kinh tế - xã hội khó khăn (dân tộc thiểu số, nông thôn, nghèo, cận nghèo) với khả năng chi trả thấp thường phải lựa chọn cơ sở y tế ở tuyến dưới với chất lượng dịch vụ thấp. Như vậy, khả năng tiếp cận dịch vụ y tế vẫn còn phụ thuộc khả năng chi trả, trong khi về mặt lý tưởng, mức độ tiếp cận, sử dụng dịch vụ y tế của người cao tuổi chỉ nên phụ thuộc vào nhu cầu khám chữa bệnh. Hơn nữa, việc bảo vệ tài chính cho hộ gia đình người cao tuổi khi sử dụng dịch vụ y tế còn nhiều hạn chế khi mà nhóm hộ gia đình người cao tuổi có điều kiện kinh tế - xã hội khó khăn với mức chi trả thấp hơn khá nhiều, nhưng lại phải chịu gánh nặng tài chính y tế cao hơn nhóm hộ có điều kiện kinh tế - xã hội tốt hơn.

Kết quả phân tích cũng cho thấy vai trò tích cực của bảo hiểm y tế trong tiếp cận, sử dụng dịch vụ y tế khi mà nhóm người cao tuổi có bảo hiểm y tế có tỷ lệ sử dụng dịch vụ y tế cao hơn nhóm người cao tuổi không có bảo hiểm y tế ở phần lớn các cơ sở y tế. Vì vậy, để cải thiện việc tiếp cận, sử dụng dịch vụ y tế có chất lượng tốt, đồng thời bảo vệ tài chính cho người cao tuổi, đặc biệt cho nhóm người cao tuổi có điều kiện kinh tế - xã hội khó khăn, cần thiết phải cải thiện cung cấp dịch vụ theo hướng thực hiện chương trình bảo hiểm y tế toàn dân trong có nhóm dân số cao tuổi; cải thiện hiệu quả cung cấp dịch vụ y tế, đặc biệt là nâng cao chất lượng dịch vụ y tế cơ sở - nơi có tỷ lệ cao nhóm người cao tuổi có điều kiện kinh tế - xã hội khó khăn lựa chọn sử dụng dịch vụ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

1. Giang T. L. and Bui D. T. (2013), Access of Older Person to Health Insurance and Health Care Services in

Viet Nam: Current State and Policy Options, *Asia-Pacific Population Journal* 28(2): 69-89.

2. Giang Thanh Long, Phạm Thị Hồng Thắm và Phạm Lê Tuấn (2016), Bảo hiểm y tế trong chăm sóc sức khỏe cho người cao tuổi ở Việt Nam, *Tạp chí Kinh tế và Phát triển*, số 9/2016: 38-48.

3. Hoang V. M., Phuong. N. T Saksena. P, Jame. J. D, Xu. K. (2013), Financial burden of household out-of-pocket health expenditure in Vietnam: Finding from the National Living Standard Survey 2002-2010, *Social Science & Medicine*, 96: 258-263.

4. Kelly E., Giang T. L., and Pham, T. H. T. (2016), *Actuarial Analysis related to Development of Vietnam's Social Health Insurance Package*, Hanoi: Ministry of Health (MoH) and Health and Finance Governance Project (HFG).

5. Ngân hàng Thế giới (2014), *Tiến tới bao phủ bảo hiểm y tế toàn dân ở Việt Nam: đánh giá và giải pháp*. Hà Nội, Ngân hàng Thế giới.

6. 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.

7. Phạm Thắng, 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*, Hà Nội, Quỹ Dân số Liên hợp quốc.

8. Tổng cục Thống kê (2011), *Dự báo dân số Việt Nam, 2009-2049: một số kết quả chủ yếu*, Hà Nội, Tổng cục Thống kê.

9. Trung ương Hội liên hiệp phụ nữ Việt Nam (2012), *Điều tra về người cao tuổi Việt Nam, năm 2011: các kết quả chủ yếu*, Hà Nội, Nxb Phụ nữ.

10. World Bank (2017), *World Development Indicators 2016*, Tham khảo số liệu cho Việt Nam tại <https://data.worldbank.org/country/vietnam?view=chart> ngày 20-7-2017.

11. World Health Organization (WHO) (2005), *Distribution of health payments and catastrophic expenditures - Methodology*, WHO Discussion Paper No.2005-2.

12. Xu K., Evans D., Carrin G. & Aguilar-Rivera A. (2005), *Designing health financing systems to reduce catastrophic health expenditure*, Technical Briefs for Policy-Makers No.2. World Health Organization (Country case studies).

13. Xu K., Evans D., Carrin G. & Aguilar-Rivera A. M., Musgrove P., & Evans T. (2007), *Protecting households from catastrophic health spending*, Health Affairs, 26, 972 - 983.