

# TÌNH HÌNH THAM GIA BẢO HIỂM Y TẾ TẠI VÙNG NÔNG THÔN VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN

NGUYỄN KHÁNH PHƯƠNG - Viện Chiến lược và Chính sách Y tế  
ĐẶNG ĐỨC PHÚ - Viện Vệ sinh Dịch tễ TW  
NGUYỄN THỊ XUYẾN - Bộ Y Tế

## ĐẶT VẤN ĐỀ

Hệ thống y tế Việt Nam là một hệ thống y tế được định hướng theo mục tiêu công bằng, hiệu quả và phát triển dựa trên bảo hiểm y tế. Nghị quyết số 46-NQ/TW ngày 23/2/2005 của Bộ Chính trị về công tác bảo vệ và chăm sóc sức khỏe nhân dân trong thời kỳ mới đã xác định rõ nhiệm vụ "Xây dựng và thực hiện tốt lộ trình tiến tới bảo hiểm y tế toàn dân vào năm 2010"(NQ-46/TW). Mới đây, Luật BHYT được Quốc hội thông qua và chính thức có hiệu lực từ 1/7/2009, trong đó có điều chỉnh mục tiêu BHYT toàn dân lùi lại vào năm 2014 với lộ trình cụ thể việc mở rộng các nhóm đối tượng [5]. Sau 17 năm hình thành và phát triển, đến nay BHYT đã đạt độ bao phủ khoảng 60% dân số. Thực hiện mục tiêu Bảo hiểm y tế (BHYT) toàn dân là một trong những ưu tiên hàng đầu trong chương trình nghị sự y tế của chính phủ Việt Nam. Tuy nhiên, hiện nay việc mở rộng độ bao phủ BHYT đang gặp không ít khó khăn và thách thức. Tỷ lệ người tham gia BHYT còn thấp so với mục tiêu BHYT toàn dân. Kinh nghiệm nhiều nước cho thấy khả năng mở rộng độ bao phủ BHYT càng về sau càng khó khăn, đặc biệt, đối với nhóm đối tượng lao động phi chính quy, chủ yếu ở khu vực làm nông nghiệp[2]. Theo lộ trình thực hiện Luật BHYT, từ năm 2012 các hộ gia đình nông nghiệp ở nông thôn sẽ tham gia chương trình BHYT xã hội bắt buộc. Việc triển khai chính sách này có một ý nghĩa rất lớn song cũng đầy khó khăn, thách thức và đang rất cần các bằng chứng, cơ sở khoa học và thực tiễn. Bài báo này sẽ trình bày kết quả nghiên cứu tại hai tỉnh Hải Dương và Bắc Giang với các mục tiêu chủ yếu sau đây:

- Mô tả tình hình tham gia BHYT của người dân sống tại vùng nông thôn hai tỉnh Hải Dương và Bắc Giang
- Phân tích một số yếu tố ảnh hưởng đến sự tham gia BHYT tự nguyện của người dân vùng nông thôn

## ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

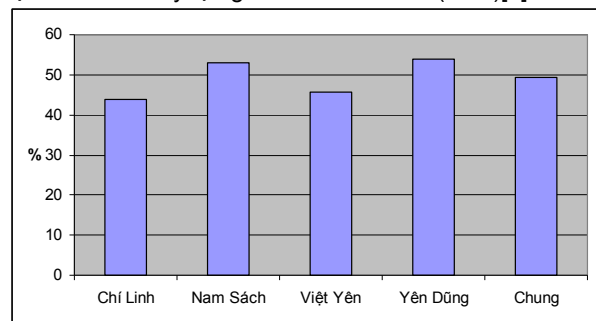
Nghiên cứu được tiến hành năm 2006 tại 4 huyện thuộc hai tỉnh Hải Dương và Bắc Giang, bao gồm: Chí Linh, Nam Sách (Hải Dương) và Việt Yên, Yên Dũng (Bắc Giang). Nghiên cứu kết hợp điều tra hộ gia đình và khảo sát định tính. Tổng số 2.400 hộ gia đình đã được lựa chọn theo phương pháp chọn mẫu phân tầng ngẫu nhiên. Tại mỗi huyện chọn 4 xã, tại mỗi xã chọn ngẫu nhiên 3 thôn, sau đó các hộ gia đình được xác định theo phương pháp ngẫu nhiên có hệ thống từ danh sách hộ gia đình của thôn. Các điều tra viên tiến hành phỏng vấn tại các hộ gia đình và điền thông tin vào phiếu hỏi đã được thiết kế. Để tìm hiểu các yếu tố ảnh hưởng đến sự tham gia BHYT của người dân tại vùng nông thôn, nghiên cứu đã tiến hành phỏng vấn sâu và thảo luận nhóm các đối tượng liên quan bao gồm: đại diện chính

quyền địa phương, cơ quan BHXH, cơ sở y tế và người dân trong cộng đồng. Số liệu điều tra hộ gia đình được phân tích bằng phần mềm Stata 9.0. Mô hình hồi quy logistic được sử dụng để phân tích các yếu tố ảnh hưởng đến xác suất tham gia BHYT. Thông tin nghiên cứu định tính được xử lý, phân tích theo phương pháp mã hóa mở và phân tích theo nhóm chủ đề.

## KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN

### Tình hình tham gia BHYT

Theo kết quả điều tra hộ gia đình, tỷ lệ người dân có BHYT trong nghiên cứu này xấp xỉ 50%, trong đó độ bao phủ của huyện Nam Sách cao hơn huyện Chí Linh ( $p<0,001$ ) và của huyện Yên Dũng cao hơn huyện Việt Yên ( $p<0,001$ ). Kết quả nghiên cứu này tương đối gần với kết quả khảo sát của tác giả Vũ Xuân Phú năm 2004 tại Chí Linh về tỷ lệ người dân có BHYT (45%)[6].



Hình 1: Tỷ lệ người có BHYT tại 4 huyện nghiên cứu, 2006

Tại thời điểm khảo sát các đối tượng tham gia BHYT được chia thành 4 nhóm bao gồm: BHYT bắt buộc, BHYT người nghèo, BHYT tự nguyện nhân dân và BHYT học sinh. Bảng 1 cho thấy nhóm BHYT học sinh chiếm tỷ trọng lớn nhất trong tổng số người tham gia BHYT với xấp xỉ 38% (Bảng 2). Huyện Yên Dũng có tỷ trọng này lên tới 44%. Nhóm BHYT người nghèo chiếm tỷ trọng 22%. Nhóm BHYT tự nguyện nhân dân chiếm tỷ trọng nhỏ nhất với 12,3% tổng số người có BHYT. So với toàn bộ dân số, tỷ lệ người có BHYT tự nguyện mới ở mức rất thấp là 6,1%.

Bảng 1: Cơ cấu tham gia BHYT theo nhóm đối tượng  
Đơn vị: %

Nội dung	Chí Linh n=923	Nam Sách n=1.152	Việt Yên n=1.087	Yên Dũng n=1.257	Chung n=4.419
BHYT bắt buộc	36,4	31,3	25,2	19,7	27,5
BHYT người nghèo	18,2	17,3	24,7	28,1	22,4
BHYTTN nhân dân	8,6	16,6	15,9	8,1	12,3

BHYT học sinh	36,8	34,9	34,2	44,2	37,8
---------------	------	------	------	------	------

Trong các nhóm tuổi, tỷ lệ tham gia BHYT ở nhóm tuổi từ 15-17 tuổi cao nhất, tiếp theo là nhóm 6-14 tuổi với tỷ lệ tương ứng lần lượt là 78% và 75% trên toàn mẫu. Nhóm người trên 60 tuổi cũng có tỷ lệ tham gia BHYT khá cao là 61,3%. Mặt khác, phân tích cơ cấu tuổi của những người tham gia BHYT tự nguyện nhân dân cho thấy nhóm tuổi trên 60 đứng vị trí thứ hai chiếm 28% tổng số người tham gia. Điều này phản ánh xu hướng lựa chọn bất lợi trong tham gia BHYT tự nguyện bởi lẽ người cao tuổi thường hay mắc bệnh mạn tính và có nhu cầu CSSK cao.

So sánh giữa các nhóm mức sống cho thấy tỷ lệ có BHYT cao nhất ở nhóm có mức sống thấp nhất với 57,7%. Nhóm mức sống 2 cũng có tỷ lệ BHYT cao hơn nhóm 3 và 4. Đây là kết quả phản ánh kết quả tích cực của việc cấp BHYT cho hộ nghèo thuộc diện 139. Trong Điều tra y tế quốc gia 2001-2002, tỷ lệ có BHYT ở nhóm mức sống thấp nhất chỉ là 8,9% so với tỷ lệ này ở nhóm có mức sống cao nhất là 36,4%[1]. Tỷ lệ tham gia BHYT ở nhóm nghề nông dân khoảng gần 30%. Tỷ lệ tham gia BHYT ở nhóm kinh doanh dịch vụ và nhóm làm thuê/nghe tự do khá thấp mới xấp xỉ 20%. Đây là những nhóm nghề thuộc diện tham gia BHYT tự nguyện. Như vậy, việc mở rộng BHYT tự nguyện ở các địa phương đang là những vấn đề thách thức lớn.

Một số yếu tố liên quan đến sự tham gia BHYT tự nguyện của hộ gia đình

Mô hình logistic được dùng để phân tích các yếu tố ảnh hưởng đến xác suất tham gia BHYT tự nguyện nhân dân của người dân. Kết quả cho thấy nữ giới có xác suất tham gia BHYT tự nguyện cao hơn nam (các yếu tố khác không đổi). Nhóm tuổi trên 60 có xác suất tham gia BHYT tự nguyện cao hơn các nhóm tuổi khác. Yếu tố mắc bệnh mạn tính có tác động với cường độ khá mạnh đến xác suất tham gia BHYT tự nguyện. Tác động của hai yếu tố này cho thấy rõ vấn đề lựa chọn ngược trong tham gia BHYT tự nguyện khi xu hướng người già, người bệnh tham gia BHYT. Như vậy, chương trình BHYT tự nguyện của Việt Nam đang gặp phải vấn đề nghiêm trọng liên quan đến lựa chọn ngược. Mặc dù chương trình đã được thiết kế theo hướng đối phó với vấn đề này như tham gia theo hộ gia đình, quy định tỷ lệ tham gia tối thiểu, quy định thời gian chờ để hưởng quyền lợi... nhưng chưa đem lại hiệu quả thực tế. Theo một số chuyên gia, chỉ dùng những biện pháp này khó có thể kiểm soát được tình trạng lựa chọn ngược[3]. Đây là mối nguy cơ to lớn đối với tính bền vững của hệ thống BHYT. Đây chính là nguyên nhân khiến nhiều chương trình BHYT tự nguyện thất bại, không thể tiếp tục duy trì hoạt động[4].

Về trình độ học vấn, không thấy xu hướng rõ ràng về tác động của trình độ học vấn đối với xác suất tham gia BHYT tự nguyện. Về nghề nghiệp, so với người làm nghề nông nghiệp, nhóm kinh doanh buôn bán có xác suất tham gia BHYT tự nguyện cao hơn ( $p < 0,05$ ). Nhóm mức sống không có tác động rõ rệt đến khả năng tham gia BHYT tự nguyện. Tuy nhiên, hộ nghèo ít có khả năng tham gia BHYT tự nguyện hơn người không nghèo (các yếu tố khác như nhau). Số người trong hộ có ảnh hưởng ngược chiều đến xác suất tham gia BHYT tự nguyện. Điều này có nghĩa là hộ càng nhiều người thì

càng ít có khả năng tham gia BHYT tự nguyện. Điều này liên quan đến khả năng chi trả đã được phản ánh trong các cuộc thảo luận nhóm

*"Một trăm ngàn đồng một người là một số tiền lớn đối với chúng tôi. Nhà tôi có 6 người, tức là tôi phải mua BHYT cho 4 người lớn tổng cộng hết 400.000đ. Chúng tôi không thể có số tiền đó"*

Một người không có BHYT

Một yếu tố rất quan trọng được xác định từ mô hình hồi quy là hiểu biết của người dân về BHYT tự nguyện. Yếu tố này làm tăng mạnh xác suất tham gia BHYT của người dân với ý nghĩa thống kê ở mức cao.

#### KẾT LUẬN

1. Tỷ lệ tham gia BHYT tại một số vùng nông thôn trong nghiên cứu này đạt gần 50%. Cơ cấu tham gia BHYT theo nhóm mức sống đã thay đổi rõ rệt theo hướng tăng tỷ trọng người nghèo và cận nghèo. Tỷ lệ người dân nông thôn tham gia BHYT tự nguyện còn khá thấp khoảng 6,1% dân số và chiếm 12% tổng số người có BHYT.

2. Xu hướng lựa chọn ngược khi tham gia BHYT tự nguyện là rõ ràng

3. Một số yếu tố ảnh hưởng rõ rệt đến sự tham gia BHYT của hộ gia đình ở nông thôn, đặc biệt là hiểu biết của người dân về BHYT tự nguyện và khả năng chi trả phí BHYT.

#### SUMMARY

Abstract: Expansion of health insurance in rural areas is a critical issue in order to reach universal HI. According to the road map to reach universal HI, farmer households will be covered by social HI in 2012. In order to provide evidence to support the implementation of HI in rural areas, this paper aims to describe the current situation of and to analyze some factors affecting to health insurance involvement of rural people living in two provinces of Hai Duong and Bac Giang in 2006. A household survey supplemented by qualitative investigation was conducted in 4 districts of Hai Duong and Bac Giang provinces. Household survey provided that the coverage of HI in study population is about 50%. In total HI enrollees, HI for school children made of the largest share with 38%. Percentage of the poor and the near poor having HI card significantly increased. Percentage of rural people enrolling to voluntary HI was quite low with 6.1%. The study found clear evidence for adverse selection among voluntary HI enrollees. Among factors having significantly effect to probability of rural household to enroll voluntary HI, people's ability to pay for HI premium and knowledge of HI scheme were reported to play important roles in making decision to buy HI.

Keywords: rural areas, health insurance, HI enrollment

#### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2004), Báo cáo kết quả Điều tra y tế quốc gia 2001-2002, Nhà xuất bản y học.
2. Carrin G., Waelkens M., Criel Bart. (2005), "Community-based health insurance in developing countries: a study of its contribution to the performance of health financing systems", Tropical Medicine and International Health, 10(8), 799-811.
3. James C. Knowles (2007), Một số vấn đề về

chính sách BHYT tại Việt Nam, Sáng

kiến chung về chính sách y tế, Hà Nội.

4. Norman C., Weber A. (1994), Social Health Insurance: A Guidebook for planning.

5. Quốc hội khóa 12 nước cộng hòa XHCN Việt

Nam, Luật BHYT 25/2008/QH12, 2008

6. Vũ Xuân Phú (2007), Thực trạng chi trả khám chữa bệnh ở tuyến y tế cơ sở tại Chí Linh - Hải Dương, 2004-2005 và đề xuất giải pháp can thiệp, Luận văn Tiến sỹ y học, Viện Vệ sinh dịch tễ TW.