

MỤC LỤC

KINH TẾ VÀ QUẢN LÝ

- 1. Nguyễn Thị Phương Liên và Nguyễn Tuấn Anh** - Hoàn thiện chính sách đối với hoạt động chuyển giá của doanh nghiệp có vốn đầu tư nước ngoài tại Việt Nam. **Mã số: 136.IIEM.12** 2
Perfecting Policies on Transfer Pricing at Foreign Invested Enterprises in Vietnam
- 2. Nguyễn Thị Phương và Nguyễn Thị Tuyết** - Ảnh hưởng của việc mua bảo hiểm y tế và ô nhiễm không khí lên chi tiêu y tế ở Việt Nam. **Mã số: 136.IGEMg.11** 11
The Influence of Health Insurance Taking and Air Pollution on Health Spending in Vietnam
- 3. Phạm Tuấn Anh, Nguyễn Thị Ngọc Lan và Nguyễn Thị Mỹ Hạnh** - Hành vi tiêu dùng bền vững trong lĩnh vực ăn uống của giới trẻ: nghiên cứu so sánh các nhóm sinh viên trên địa bàn Hà Nội. **Mã số: 136.ITrEM.11** 20
The Sustainable Consumption Behaviour of Youngsters in Eating and Drinking: a Comparison of Groups of Students in Hanoi City

QUẢN TRỊ KINH DOANH

- 4. Trần Đức Thắng** - Các yếu tố ảnh hưởng tới cơ cấu vốn của các doanh nghiệp ngành sản xuất thực phẩm niêm yết trên sàn chứng khoán Việt Nam. **Mã số: 136.2BAcc.21** 30
Factors Affecting the Capital Structure of Food Producing Enterprises Listed on Vietnam Stock Exchange
- 5. Lưu Thị Minh Ngọc và Nguyễn Thị Hương Giang** - Chất lượng dịch vụ khách hàng tại Ngân hàng TMCP Kỹ thương Việt Nam trên địa bàn Hà Nội. **Mã số: 136.2BMkt.21** 39
The Quality of Customer Service at Techcombank in Hanoi City
- 6. Marcellin Yovogan** - Predicting Business Failure: An Application of Altman's Z-Score Models to Publicity Traded Bulgarian Companies 52
 Dự đoán rủi ro kinh doanh: ứng dụng mô hình Z-score của Altman với các công ty được niêm yết của Bulgaria. **Mã số: 136.2BMkt.21**

Ý KIẾN TRAO ĐỔI

- 7. Đào Thị Thu Giang, Nguyễn Thuý Anh và Cao Đình Kiên** - Hỗ trợ tài chính để phát triển doanh nghiệp nhỏ và vừa: kinh nghiệm từ Hàn Quốc. **Mã số: 136.3BAdm.32** 63
Financial Support for SME Development: Experience from South Korea

ẢNH HƯỞNG CỦA VIỆC MUA BẢO HIỂM Y TẾ VÀ Ô NHIỄM KHÔNG KHÍ LÊN CHỈ TIÊU Y TẾ Ở VIỆT NAM

Nguyễn Thị Phương

Đại học Thăng Long

Email: phuongnguyen295@gmail.com

Nguyễn Thị Tuyết

Đại học Thăng Long

Email: tuyetnt09@gmail.com

Ngày nhận: 18/11/2019

Ngày nhận lại: 01/12/2019

Ngày duyệt đăng: 10/12/2019

Nghiên cứu xem xét mức chi tiêu y tế tại Việt Nam từ năm 2010 đến năm 2016 đồng thời đánh giá ảnh hưởng của việc mua bảo hiểm y tế và ô nhiễm môi trường lên cầu y tế của các cá nhân trong mẫu điều tra. Kết quả trước tiên chỉ ra chi phí y tế trung bình của các cá nhân tăng từ 1,36 triệu đồng năm 2010 lên 2,76 triệu đồng năm 2016. Mức chi tiêu y tế của các hộ gia đình trong giai đoạn nghiên cứu chiếm khoảng 3-4% tổng thu nhập của các hộ. Thứ hai, nghiên cứu tìm thấy rằng việc mua bảo hiểm y tế làm gia tăng chi tiêu y tế của người mua. Thứ ba, ô nhiễm không khí tác động nghiêm trọng đối với sức khỏe cộng đồng và gây áp lực chi phí y tế hiện nay.

Từ khóa: cầu y tế, chi tiêu y tế, bảo hiểm y tế, ô nhiễm không khí.

1. Giới thiệu

Sức khỏe là một khía cạnh quan trọng của vốn con người, tác động tích cực đến đầu ra kinh tế ở cả cấp độ vi mô và vĩ mô. Sức khỏe tốt hơn có thể giúp cá nhân nâng cao được hiệu quả làm việc và năng suất lao động từ đó gia tăng thu nhập cho bản thân cá nhân và cuối cùng là gia tăng tổng sản phẩm xã hội nói chung. Với các yếu tố khác không đổi thì tình trạng sức khỏe của một cá nhân có thể được nâng cao bằng việc sử dụng các dịch vụ chăm sóc sức khỏe. Chăm sóc sức khỏe là một hàng hóa đặc biệt và cầu về hàng hóa này cũng chịu tác động của nhiều nhân tố khác nhau, trong đó có các nhân tố về kinh tế, xã hội, nhân khẩu học và các đặc điểm của từng hộ gia đình.

Ở Việt Nam, trong nhiều thập kỷ qua, nhiều chính sách cải cách về y tế được thực hiện dẫn đến chất lượng dịch vụ y tế đã có cải tiến vượt bậc về chất lượng. Sức khỏe của người dân Việt Nam được cải thiện đáng kể và đây cũng là yếu tố quan trọng góp phần nâng cao năng lực sản xuất và tăng trưởng kinh tế trong những năm qua. Tuy nhiên, đặc thù của Việt Nam là một nước đang phát triển với thu nhập

bình quân đầu người còn thấp, trình độ phát triển xã hội chưa đồng đều dẫn đến việc tiếp cận với chăm sóc y tế còn gặp nhiều rào cản. Ngoài ra, tình trạng môi trường ở Việt Nam từ nguồn nước, không khí, thức ăn, tiếng ồn hay đất đai đang bị ô nhiễm ở mức báo động, đe dọa trực tiếp đến sức khỏe con người và lan rộng trong nhiều khía cạnh sinh hoạt đời sống. Các nhà khoa học chỉ ra rằng một trong số các nguyên nhân dẫn đến tình trạng ung thư ngày càng tăng chính là do môi trường sống ngày càng xuống cấp trầm trọng (Anh Tuấn, 2017). Số người mắc bệnh ung thư, bệnh nghề nghiệp, ảnh hưởng đến thần kinh và chức năng của tuyến nội tiết, con cái bị dị tật bẩm sinh ngày một tăng. Điều này gia tăng áp lực chi tiêu y tế cho các hộ gia đình. Khí hậu nhiệt đới gió mùa ẩm cũng thuận lợi cho sự phát triển nhiều nguồn bệnh, cùng với vấn đề già hóa dân số cũng làm gia tăng đáng kể cầu về dịch vụ y tế ở nước ta. Cầu về y tế là một nội dung quan trọng đang được nghiên cứu trong giai đoạn hiện nay.

Từ các lý do đề cập ở trên, chúng tôi tiến hành một nghiên cứu thực nghiệm lượng hóa ảnh hưởng của việc mua bảo hiểm y tế (BHYT) và ô nhiễm

không khí lên chi tiêu y tế của các cá nhân hiện nay. Điều này được xem là một yêu cầu vô cùng quan trọng khi vấn đề cải thiện sức khỏe con người là vấn đề nóng đang được cả xã hội quan tâm. Bài viết được bố cục thành 5 phần. Phần tiếp theo sẽ trình bày cơ sở lý thuyết. Phương pháp nghiên cứu được trình bày trong phần 3. Phần 4 phân tích và thảo luận các kết quả thu được từ nghiên cứu này. Phần cuối đưa ra kết luận và các khuyến nghị giải pháp.

2. Cơ sở lý thuyết

2.1. Cơ sở lý thuyết cho nghiên cứu

Kinh tế y tế giả định rằng các cá nhân có thu nhập nhất định để chi cho bảo vệ sức khỏe và các hoạt động tiêu dùng khác. Các cá nhân nhận được lợi ích từ việc tiêu dùng cả dịch vụ y tế và các hàng hóa khác (Santerre và Neun, 2010). Mô hình cầu sức khỏe của Grossman (1972) cho rằng người tiêu dùng có mục tiêu tối đa hóa lợi ích với ràng buộc về ngân sách. Các dịch vụ y tế đã được đưa vào hàm lợi ích một cách gián tiếp thông qua vốn sức khỏe. Trong mô hình này, chăm sóc sức khỏe là một hàng hóa tiêu dùng vì cá nhân thu được lợi ích từ việc khỏe mạnh và điều đó cho phép một cá nhân tham gia các hoạt động kinh tế, do đó tạo ra thu nhập cho họ. Theo Grossman (1972), một cá nhân kế thừa một kho sức khỏe ban đầu và sức khỏe này sẽ giảm dần theo độ tuổi và có thể được phục hồi bằng cách đầu tư mới. Cá nhân do đó sẽ yêu cầu chăm sóc sức khỏe để tăng cường khỏe mạnh miễn là chi phí đầu tư cận biên trong sức khỏe thấp hơn tỷ lệ lợi nhuận cận biên. Cầu chăm sóc sức khỏe sẽ tiếp tục cho đến khi đạt được trạng thái cân bằng (chi phí cận biên của khoản đầu tư bằng lợi nhuận cận biên). Lợi nhuận cận biên ở đây là sức khỏe tốt hơn khi được chăm sóc thông qua các dịch vụ y tế.

2.2. Bằng chứng thực nghiệm

Có rất nhiều nghiên cứu trên thế giới đề cập đến các yếu tố ảnh hưởng đến cầu về chăm sóc y tế. Ảnh hưởng của thông tin bất đối xứng trong chăm sóc sức khỏe đến chi tiêu cho y tế lần đầu được Pauly (1968) đề cập bằng cách phân tích bằng cách sử dụng 2 cấp độ khác nhau. Thứ nhất, người tiêu dùng không chắc chắn về số lượng và loại dịch vụ y tế cần thiết mà họ cần tham khảo ý kiến bác sĩ là người có nhiều thông tin về vấn đề này nhất. Điều này làm giảm đáng kể quyền của người tiêu dùng đối với việc quyết định tiêu dùng dịch vụ y tế của họ. Thứ hai, BHYT, một công cụ cho tài trợ chi phí y tế là

cần thiết để giảm số tiền mà người bệnh phải thanh toán bằng tiền túi của mình. Tuy nhiên, các khoản thanh toán của bên thứ ba (bảo hiểm) có thể làm tăng cầu về dịch vụ y tế. Bởi vì bảo hiểm làm giảm giá chăm sóc sức khỏe, bệnh nhân có thể tiếp tục cầu dịch vụ y tế miễn là lợi ích cận biên lớn hơn chi phí cận biên và trong trường hợp này người tiêu dùng sẽ yêu cầu chăm sóc nhiều hơn nếu họ mua bảo hiểm (Koc, 2004). Hiệu quả của bảo hiểm tới chăm sóc y tế cũng có thể được phân tích thông qua tác động thay thế và tác động thu nhập do bảo hiểm như là một hình thức làm giảm chi phí y tế mà người bệnh phải trả cho các nhà cung cấp. Theo hiệu ứng thay thế, chi phí chăm sóc y tế do bảo hiểm khiến người tiêu dùng phải mua thêm dịch vụ y tế và cầu về y tế cao hơn (Santerre và Neun, 2010).

Nghiên cứu của Lépine và Nestour (2008) cho thấy tình trạng kinh tế hộ gia đình và chất lượng chăm sóc sức khỏe là các nhân tố quan trọng tác động tới xác suất tìm kiếm dịch vụ điều trị từ các trung tâm y tế có chất lượng. Ngoài ra, chi phí đi lại là yếu tố quan trọng tác động tới khả năng tìm kiếm dịch vụ chăm sóc sức khỏe. Abdullah cùng các cộng sự (2016) xem xét chất lượng môi trường và yếu tố kinh tế xã hội cho chi tiêu y tế tại Malaysia. Nghiên cứu cho thấy tổng sản phẩm quốc nội, các yếu tố môi trường có mối quan hệ với chi tiêu y tế trong thời gian dài ở Malaysia. Mức sinh và tỷ lệ tử vong ở trẻ sơ sinh cho thấy mức ảnh hưởng đáng kể trong chi tiêu y tế của đất nước này.

3. Phương pháp nghiên cứu

3.1. Mô hình lý thuyết

Theo Grossman (1972), các cá nhân tối đa hóa lợi ích của họ đối với sức khỏe và các mặt hàng khác có yếu tố thị trường và phi thị trường. Các yếu tố thị trường bao gồm sự sẵn có của các dịch vụ chăm sóc sức khỏe và giá cả, bảo hiểm và thu nhập hộ gia đình. Các yếu tố phi thị trường bao gồm đặc điểm của hộ gia đình, địa điểm hoặc khoảng cách tới bệnh viện và các đặc điểm cá nhân như tuổi tác, giáo dục, tình trạng sức khỏe và nhận thức mà họ có về chất lượng dịch vụ y tế (Ajakaiye và Mwabu, 2007; Jowett cùng cộng sự, 2004). Giả sử rằng chăm sóc sức khỏe là một hàng hóa tiêu dùng, người tiêu dùng tối đa hóa lợi ích được biểu thị bằng:

$$\text{Max}U = U(H, Z, X, Y) \quad (1)$$

trong đó U là lợi ích có được từ việc tiêu dùng các hàng hóa khác nhau; H là hàm sản xuất sức

khỏe; Z là viết tắt của các yếu tố đầu vào sức khỏe như chăm sóc sức khỏe, X đại diện cho tất cả hàng hóa và dịch vụ khác và Y là hàng hóa sức khỏe liên quan mang lại lợi ích cho người bệnh và cải thiện tình trạng sức khỏe. Hàm lợi ích được tối đa hóa theo các phương trình sau:

$$H = H(Z, I, S, C, A, h_s, P_h, N_o) \quad (2)$$

$$\text{Với ràng buộc: } B = XP_x + YP_y + ZP_z \quad (3)$$

Trong phương trình (2), Z được định nghĩa như trong phương trình (1) và I là đặc điểm của hộ gia đình bao gồm bảo hiểm; S là biến số nhân khẩu học xã hội bao gồm tuổi tác, giới tính và giáo dục; C là viết tắt của đặc điểm cộng đồng bao gồm khoảng cách đến cơ sở y tế; A là tài sản hộ gia đình; h_s là quy mô của hộ gia đình; P_h là giá của việc chăm sóc sức khỏe, trong khi N_o là các đặc điểm không quan sát được của hộ gia đình. Trong ràng buộc ở phương trình (3), B là thu nhập ngoại sinh và P_x , P_y và P_z lần lượt là giá của hàng hóa trung tính với sức khỏe (như quần áo), hàng hóa tiêu dùng có liên quan đến sức khỏe Z (chẳng hạn như chăm sóc sức khỏe) và hàng hóa đầu tư cho sức khỏe như tập thể dục. Giải quyết vấn đề tối đa hóa lợi ích sinh ra một hàm cầu cho chăm sóc sức khỏe được xác định như sau:

$$D_h = f(I, B, A, S, C, h_s, P_h, N_o) \quad (4)$$

Trong đó D_h đề cập đến nhu cầu chăm sóc sức khỏe; I là BHYT; B là ngân sách hoặc thu nhập; A đại diện cho giá trị của tài sản hộ gia đình và S là viết tắt của các biến nhân khẩu học; C đại diện cho các đặc điểm cộng đồng bao gồm khoảng cách đến cơ sở y tế; h_s là thành phần hộ gia đình; P_h là giá chăm sóc sức khỏe và N_o là đặc điểm hộ gia đình không thể quan sát được.

3.2. Mô hình ước lượng

Nghiên cứu này xuất phát từ mô hình lý thuyết của Grossman (1972), cùng với độ sẵn có của dữ liệu, nghiên cứu bổ sung thêm yếu tố ô nhiễm môi trường ảnh hưởng đến chi tiêu y tế của các hộ gia đình ở Việt Nam. Mô hình được đề xuất như sau:

$$D_h = f(X_{1t}, X_{2t}, X_{3t}, X_{4t}, X_{5t}, X_{6t}, X_{7t}, X_{8t}) \quad (5)$$

Trong đó:

D_h : chi tiêu cho y tế của các cá nhân cho điều trị nội trú và ngoại trú đại diện cho cầu về y tế. Chi tiêu y tế không bao gồm mua BHYT.

X_{1t} : việc mua BHYT của cá nhân, nhận giá trị = 1 nếu cá nhân mua bảo hiểm và = 0 nếu không mua. Điều kiện sử dụng bảo hiểm y tế chi tiêu y tế là phải

ôm đau/thương tật trong 4 tuần hoặc 12 tháng qua và có dùng thẻ khi khám chữa bệnh.

X_{2t} : tần suất điều trị nội trú và ngoại trú

X_{3t} : mức chi tiêu hàng hóa bình quân của các cá nhân trong hộ gia đình theo năm

X_{4t} : biến tương tác giữa trình độ học vấn và mức thu nhập của thành viên trong gia đình (học vấn * thu nhập). Trình độ học vấn = 1 nếu có bằng tiểu học, = 2 nếu có bằng THCS và THPT, = 3 nếu học nghề, = 4 nếu có bằng cấp cao hơn THPT).

X_{5t} : nơi cư trú (biến giả nhận giá trị = 1 nếu ở thành phố và = 0 nếu ở nông thôn)

X_{6t} : giới tính các thành viên (biến giả nhận giá trị = 1 nếu là nữ giới và = 0 nếu là nam giới)

X_{7t} : tuổi các thành viên

X_{8t} : tỷ lệ mức thiệt hại khí thải ở Việt Nam đến GNI (tổng thu nhập quốc dân) theo thời gian, đại diện cho mức độ ô nhiễm môi trường

3.3 Mô tả dữ liệu

Nghiên cứu này sử dụng dữ liệu từ cuộc điều tra khảo sát mức sống hộ gia đình Việt Nam (VHLSS) được tiến hành 2 năm một lần của Tổng cục thống kê từ năm 2010 đến 2016. Dữ liệu chứa các biến về năm sinh, tuổi, quan hệ với chủ hộ, tình trạng bảo hiểm, thu nhập các thành viên trong hộ, tình trạng khám chữa bệnh nội trú, ngoại trú, chi chăm sóc sức khỏe, trình độ học vấn, nơi cư trú, dân tộc, vùng miền, giới tính và các đặc điểm cá nhân khác có thể có tác động đến việc sử dụng các dịch vụ chăm sóc sức khỏe. Nghiên cứu loại bỏ những người được bảo hiểm miễn phí (bao gồm người nghèo, hơn 90 tuổi và cựu chiến binh). Chi phí khám chữa bệnh và thu nhập đã được giảm phát về năm 2010 để loại bỏ yếu tố lạm phát. Dữ liệu của Ngân hàng thế giới (2018) về mức khí thải trung bình từ các nguồn khác nhau ở Việt Nam theo thời gian từ năm 2010 đến 2016 được kết hợp vào bộ điều tra khảo sát mức sống hộ gia đình Việt Nam.

4. Phân tích và thảo luận kết quả nghiên cứu

4.1. Thực trạng sử dụng bảo hiểm y tế của cá nhân, mức độ ô nhiễm môi trường và chi tiêu y tế của các hộ gia đình tại Việt Nam

Năm 1992 là một dấu mốc trong dịch vụ chăm sóc sức khỏe tại Việt Nam khi chính sách BHYT tại Việt Nam ra đời. Điều đó có nghĩa dịch vụ chăm sóc sức khỏe không còn được cung cấp miễn phí cho tất cả người dân. BHYT là một trong những trụ cột của hệ thống an sinh xã hội, mang ý nghĩa nhân đạo

cộng đồng sâu sắc, góp phần quan trọng thực hiện công bằng xã hội trong chăm sóc và bảo vệ sức khỏe nhân dân. Bên cạnh việc giúp đỡ người dân Việt Nam tiếp cận các dịch vụ y tế, BHYT giúp tránh những cú sốc tài chính hoặc nghèo đói do đột ngột bệnh nặng (Wagstaff, 2007). Trải qua 26 năm thực hiện, với nhiều lần thay đổi, BHYT đã tạo nên những thay đổi quan trọng không chỉ về cơ chế, chính sách tài chính y tế mà còn tác động đến nhiều mặt của hoạt động khám chữa bệnh cho nhân dân và đã đạt được những kết quả nhất định. Cụ thể, kết quả từ mẫu điều tra mức sống hộ gia đình Việt Nam cho biết ban đầu có 61% người dân tham gia BHYT năm 2010, sau đó tăng lên 66% năm 2012 và 71% năm 2014. Đến năm 2016, tỷ lệ người dân tham gia BHYT là 79%. Tỷ lệ tham gia BHYT trong cả giai đoạn 2010-2016 đạt 69%. Kết quả này cũng khá sát với kết quả điều tra dân số trên phạm vi cả nước tham gia bảo hiểm y tế với tỷ lệ là 66,7% năm 2010 lên 77,6% năm 2016 (Tổng cục thống kê, 2016). Hiện nay, chi phí khám chữa bệnh của đối tượng tham gia BHYT chiếm 70-90% nguồn thu của các bệnh viện, cơ bản bảo đảm các chi phí trực tiếp để phục vụ người bệnh và hoạt động của bệnh viện (Thanh Hương, 2016). Để tiến tới BHYT toàn dân vào năm 2020, Việt Nam đã tổ chức nhiều hoạt động, tuyên truyền, vận động người dân tham gia BHYT trên mọi vùng miền của tổ quốc.

Việc xem xét tương quan tỷ lệ người dân tham gia BHYT theo cơ cấu giới tính, cư trú và trình độ học vấn sẽ có cái nhìn bao quát và rõ ràng hơn về thực trạng tham gia BHYT theo nhân khẩu học tại Việt Nam hiện nay. Cụ thể, nếu phân chia theo giới tính thì tỷ lệ tham gia bảo hiểm của nữ giới (77,4%) cao hơn của nam giới (70,2%). Khác với nam giới, nữ giới cần được chăm sóc sức khỏe sinh sản. Việt Nam được đánh giá thuộc nhóm quốc gia có tỷ lệ phụ nữ tham gia lực lượng lao động cao nhất thế giới. Dễ dàng nhận thấy phụ nữ sử dụng bảo hiểm y tế phổ biến hơn so với nam giới. Nếu phân chia theo trình độ học vấn thì tỷ lệ tham gia bảo hiểm của đối tượng có trình độ cao đẳng, đại học

và trên đại học là cao nhất và tỷ lệ tham gia bảo hiểm thấp nhất là học sinh tiểu học, trung học cơ sở (THCS) và trung học phổ thông (THPT). Học sinh là những đối tượng bắt buộc đóng BHYT. Tuy nhiên, kết quả từ mẫu điều tra cho thấy việc chăm sóc sức khỏe của thế hệ tương lai vẫn cần sự quan tâm hơn nữa không chỉ phía phụ huynh học sinh mà còn cả xã hội. Phân loại theo nơi cư trú thì tỷ lệ tham gia BHYT tại các thành phố lớn cao hơn nông thôn do thu nhập và khả năng tiếp cận thông tin tốt hơn. Tuy nhiên, khoảng cách giữa 2 khu vực này trong việc tiếp cận BHYT đang nhỏ dần lại do công tác tuyên truyền, phổ biến pháp luật, chính sách, chế độ BHYT những năm gần đây hiệu quả như đúng mục tiêu của Chính phủ đề ra đến năm 2020 có trên 90% dân số tham gia BHYT, tiến tới BHYT toàn dân (Tổng cục thống kê, 2016). Do người Kinh chủ yếu sống ở các vùng đồng bằng và thành thị trong cả nước nên khả năng tiếp cận thông tin và dịch vụ y tế tốt hơn nên tỷ lệ tham gia BHYT của người dân tộc Kinh cao hơn các dân tộc khác ở Việt Nam là điều dễ hiểu.

Bảng 1: *Thực trạng tham gia BHYT của người dân giai đoạn 2010-2016*

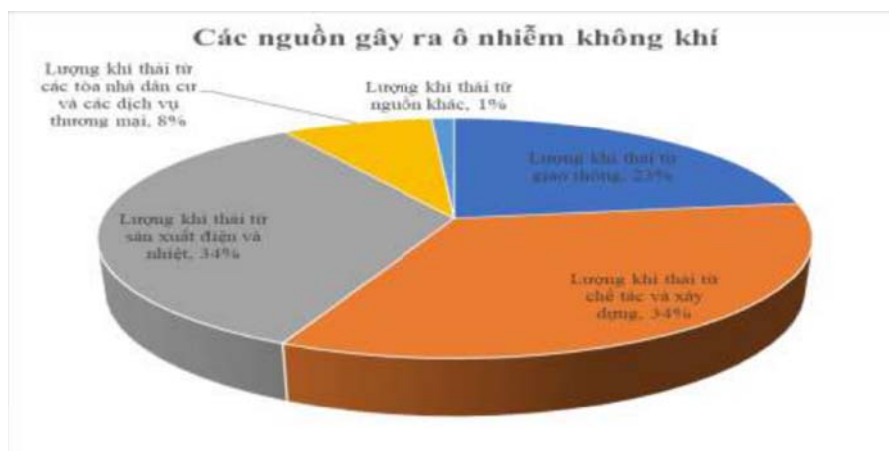
Phân loại	Tỷ lệ tham gia BHYT (%)	
Giới tính	Nam	70,2
	Nữ	77,4
Trình độ học vấn	Trình độ tiểu học	66,5
	Trình độ THCS	67,6
	Trình độ THPT và học nghề	68,6
	Cao hơn THPT	89,16
Cư trú	Thành thị	70,7
	Nông thôn	68,1
Dân tộc	Kinh	87,8
	Dân tộc khác	64,1

Nguồn: Tổng cục thống kê (2010-2016)

Trong những năm qua, với xu thế đổi mới và hội nhập, Việt Nam là điểm sáng về phát triển kinh tế trong khu vực Đông Nam Á. Tuy nhiên, Việt Nam vẫn đang phải đối mặt với rất nhiều thách thức, trong đó có vấn đề ô nhiễm môi trường. Ô nhiễm môi trường được xem là một trong những tác nhân hàng đầu có tác động tiêu cực đối với sức khỏe cộng đồng đặc biệt tập trung ở các đô thị phát triển, các khu, cụm công nghiệp. Do ảnh hưởng của các yếu tố khí hậu và thời tiết (bao gồm chế độ bức xạ, nhiệt độ, lượng mưa), tình trạng ô nhiễm môi trường, đặc biệt ô nhiễm không khí ở nước ta đang ảnh hưởng nghiêm trọng đối với sức khỏe người dân và gia tăng đáng kể áp lực lên chi phí y tế của các hộ gia đình hiện nay. Hoạt động xây dựng, cải tạo và xây mới các khu chung cư, khu đô thị, sửa chữa cầu đường, nhà ở, vận chuyển vật liệu và phế thải xây dựng diễn ra ở khắp nơi, làm phát tán khói bụi vào môi trường không khí xung quanh. Do tính sẵn có của dữ liệu, nghiên cứu này sử dụng tình trạng ô nhiễm không khí đại diện cho mức ảnh hưởng của ô nhiễm môi trường đến cầu y tế của các hộ gia đình tại Việt Nam.

cũng như lượng khí thải ra môi trường rất lớn. Hoạt động tái chế cũng tạo sức ép đáng kể lên môi trường và phổ biến ở khu vực miền Bắc. Ngành xây dựng gây áp lực môi trường không khí chủ yếu do các đơn vị thi công chưa thực hiện đầy đủ và nghiêm ngặt các biện pháp bảo vệ môi trường tại công trường xây dựng. Hoạt động dân sinh tập trung ở khu vực nông thôn, nơi nguyên liệu đun nấu và sản xuất vẫn chủ yếu dựa vào nhiên liệu hóa thạch, củi và các chất thải chưa được kiểm soát cũng như việc sử dụng năng lượng của các doanh nghiệp là nguyên nhân gây ra mức khí thải từ sản xuất điện năng và nhiệt năng tăng cao. Lượng khí thải đến từ giao thông (CO, VOC, TSP từ xe máy và SO₂, NO₂ từ ô tô) chiếm một tỷ lệ không nhỏ ở mức 23% do số lượng phương tiện giao thông gia tăng mạnh mẽ qua các năm góp phần suy giảm đáng kể chất lượng môi trường không khí. Do áp lực từ quá trình đô thị hóa, lượng khí thải từ các tòa nhà dân cư và dịch vụ thương mại cũng gây ra ô nhiễm không khí, chiếm tỷ lệ 8%. Ngành chăn nuôi với quy mô và số lượng tăng nhanh chóng làm phát sinh các loại khí thải như

CO₂, CH₄, NO_x, H₂S và NH₃. Lĩnh vực trồng trọt cũng gây ra vấn đề môi trường do tăng lượng phân bón hóa học, thuốc bảo vệ thực vật và lượng chất thải sau thu hoạch (gồm rơm rạ, cây khô) thiếu kiểm soát. Lượng khí thải chiếm 1% đến từ các nguồn này. Ô nhiễm không khí rõ ràng đang ở mức báo động tại các khu đô thị, khu công nghiệp và thành phố lớn. Điều này góp phần tạo ra sự khác biệt rõ rệt đến mức chi tiêu y tế các hộ gia đình



Nguồn: Ngân hàng Thế giới (2010-2016)

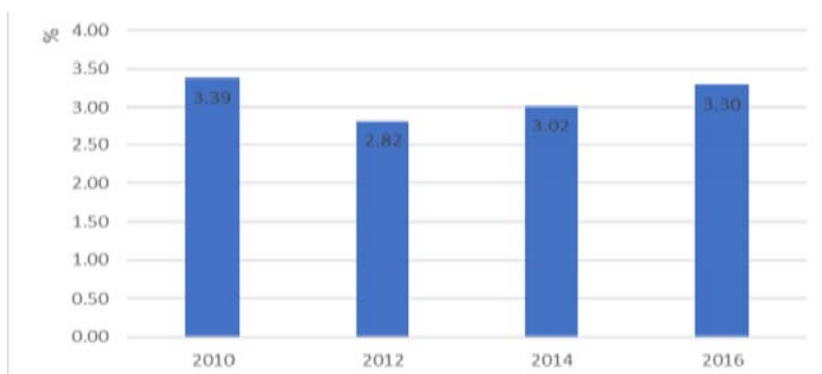
Hình 1: Tình trạng ô nhiễm khí thải ở Việt Nam

Hình 1 cho thấy các nguồn chính gây ra ô nhiễm không khí bao gồm: khí thải từ giao thông (23%); từ ngành chế biến, chế tạo và xây dựng (34%); từ sản xuất điện và nhiệt (34%); từ các tòa nhà dân cư và dịch vụ thương mại (8%) và các nguồn khác (1%). Trong đó, lượng khí thải nhiều nhất đến từ ngành chế tác và xây dựng, từ sản xuất điện năng và nhiệt năng. Ngành chế biến, chế tạo được coi là trụ cột chính của nền kinh tế với mức tiêu thụ nhiên vật liệu

giữa khu vực nông thôn và thành thị.

Hình 2 cho thấy mức thiệt hại ô nhiễm không khí đến tổng thu nhập quốc dân GNI rất cao mức 3,39% năm 2010, giảm năm 2012 và có xu hướng tăng trở lại từ 2,82% năm 2012 lên 3,3% năm 2016. Trung bình cả giai đoạn, mức thiệt hại của ô nhiễm không khí đến GNI là 3,1%.

Kết quả bảng 2 cho thấy mức chi tiêu y tế trung bình của hộ gia đình tại Việt Nam ở cả thành thị và



Nguồn: Ngân hàng Thế giới (2010-2016)

Hình 2: Mức thiệt hại của ô nhiễm không khí đến tổng thu nhập quốc dân (GNI)

Bảng 2: Chi tiêu y tế của các hộ gia đình ở Việt Nam giai đoạn 2010-2016

Đơn vị: nghìn đồng

Mức chi tiêu y tế trung bình hộ gia đình /năm	Thu nhập bình quân hộ gia đình/năm			Chi tiêu y tế cá nhân trung bình/năm
	Thành thị	Nông thôn	Cả nước	
2010	3804,26	2757,24	3043,55	1385
2012	4983,74	3285,79	3764,94	1940
2014	5557,76	4260,75	4642,65	2350
2016	5854,43	4397,22	4831,71	2760

Nguồn: Tổng cục thống kê (2010-2016)

nông thôn đều có xu hướng tăng đáng kể từ năm 2010 đến năm 2016. Chi phí khám chữa bệnh tại thành thị cao hơn nông thôn do thu nhập, trình độ giáo dục cũng như khả năng tiếp cận với dịch vụ y tế tốt hơn. Tại khu vực thành thị, trung bình một hộ gia đình chi tiêu cho y tế 3,8 triệu đồng năm 2010 thì đến năm 2016, chi phí y tế là 5,9 triệu đồng. Trong khi đó, tại khu vực nông thôn con số này là 2,8 triệu đồng năm 2010 tăng lên 4,4 triệu đồng năm 2016. Mức chi phí cho y tế cho cả nước tăng gấp hơn 1,5 lần trong vòng 6 năm từ 3,04 triệu đồng năm 2010 lên 4,83 triệu đồng năm 2016. Theo kết quả khảo sát mức sống dân cư trong giai đoạn 2010-2016, chi phí bình quân 1 người khám chữa bệnh

năm 2012 là 1,94 triệu đồng, cao gấp 1,4 lần so với năm 2010. Năm 2014 con số này tăng lên 2,35 triệu đồng. Năm 2016, chi phí khám chữa bệnh trung bình của một cá nhân tăng gấp đôi so với năm 2010 ở mức 2,76 triệu đồng.

Trong khi đó, thu nhập trung bình hộ gia đình ở Việt Nam tăng đáng kể từ khoảng 74 triệu năm 2010 lên gấp đôi là 148 triệu đồng năm 2016. Đời sống tốt hơn cũng là lý do khiến người dân sẵn sàng chi tiêu nhiều hơn cho các dịch vụ y tế. Mức chi

tiêu y tế trong giai đoạn này chiếm khoảng 3-4% tổng thu nhập của các hộ gia đình. Kết quả Ngân hàng Thế giới năm 2018 đánh giá thì mức chi phí y tế hiện tại của Việt Nam vào khoảng 6% GDP và có thể duy trì tăng ổn định trong vòng hai thập kỷ tới.

4.2. Đánh giá tác động của bảo hiểm y tế và các yếu tố môi trường lên cầu y tế tại Việt Nam

Bằng kiểm định Hausman, kết quả từ bảng 3 chỉ định mô hình số liệu mảng với tác động cố định cùng với hệ số của các biến trong mô hình đều có ý nghĩa cao ở mức 1%. Kết quả của biến X1 đại diện việc mua BHYT của cá nhân dương phản ánh rằng việc mua BHYT gia tăng chi tiêu y tế của người mua

Bảng 3: Ảnh hưởng của BHYT và yếu tố môi trường lên cầu y tế tại Việt Nam

Các biến độc lập	Mô hình tác động cố định	Mô hình tác động ngẫu nhiên
	(FE)	(RE)
	Hệ số	Hệ số
	197,23***	92,02***
X ₁	(58,40)	(26,12)
	96,48***	81,08***
X ₂	(47,24)	(24,39)
	0,03***	0,04***
X ₃	(0,00)	(0,00)
	0,001***	0,001
X ₄	(0,00)	(0,00)
	993,70**	-11,76
X ₅	(396,50)	(28,71)
	316,34***	44,55
X ₆	(120,61)	(29,93)
	20,12***	22,76***
X ₇	(2,644)	(0,58)
	79,72***	89,10***
X ₈	(27,10)	(18,92)
Số quan sát	145467	145467
Hausman Test	P-value=0,00< α =0,05	

Sai số tiêu chuẩn đã được hiệu chỉnh trong ngoặc đơn

***: mức ý nghĩa 1%; **: mức ý nghĩa 5%; *: mức ý nghĩa 10%

Nguồn: Ước lượng của các tác giả

bảo hiểm. Nguyên nhân có thể đến từ tâm lý e ngại đến bệnh viện của người bệnh đặc biệt ở vùng nông thôn. Khi không may gặp rủi ro về sức khỏe, rất nhiều người chỉ đến các phòng khám hoặc các bác sĩ tư với trình độ chuyên môn hạn chế. Khi bệnh trở nên nặng hơn, người bệnh mới sử dụng BHYT để đến các cơ sở khám chữa bệnh uy tín thì chi phí y tế lại trở nên vô cùng đắt đỏ. Ngoài ra, chi tiêu y tế

ngoài khám chữa bệnh thì còn bao gồm nâng cao sức khỏe và phòng tránh bệnh tật. Tại các thành phố lớn với mức thu nhập cao, nhiều người còn quan tâm tới gói dịch vụ chăm sóc sức khỏe riêng bên cạnh BHYT để giảm thiểu rủi ro về sức khỏe trong tương lai. Điều này cũng góp phần gia tăng chi tiêu y tế của cá nhân. Kết quả này cũng có điểm tương đồng với nghiên cứu của Santerre và Neun (2010). Bởi vì

BHYT làm giảm giá chăm sóc sức khỏe, bệnh nhân có thể tiếp tục cầu dịch vụ y tế miễn là lợi ích cận biên lớn hơn chi phí cận biên và trong trường hợp này người tiêu dùng sẽ yêu cầu chăm sóc nhiều hơn nếu họ mua bảo hiểm.

Kết quả của các hệ số biến X2 và X3 dương ủng hộ việc nếu tần suất điều trị nội trú và ngoại trú của người dân tăng lên cùng với mức chi tiêu cho hàng hóa và dịch vụ khác tăng lên thì chi cho dịch vụ y tế sẽ cao hơn. Hệ số của biến tương tác giữa trình độ học vấn và mức thu nhập của thành viên trong gia đình X4 dương cho thấy sự hiểu biết xã hội của cá nhân cần đi kèm mức thu nhập cao thì chi tiêu cho y tế sẽ nhiều hơn so với những người có trình độ học vấn cao mà mức thu nhập thấp hoặc những người có trình độ học vấn và thu nhập thấp. Rõ ràng, thu nhập vẫn là yếu tố tiên quyết ảnh hưởng đến chi tiêu sức khỏe và hàng hóa dịch vụ của các cá nhân. Dấu của biến nơi cư trú X5 dương cho biết chi tiêu y tế tại khu vực thành thị đang cao hơn nông thôn. Kết quả này phù hợp với phân tích mức chi tiêu y tế theo khu vực tại bảng 2. Biến giới tính X6 dương phản ánh mức chi tiêu y tế của nữ giới đang nhiều hơn nam giới. Khác với nam giới, nữ giới cần được chăm sóc sức khỏe sinh sản. Ngoài ra, tuổi thọ trung bình của phụ nữ cao hơn so với nam giới. Do đó, việc giữ gìn sức khỏe để có thể trang trải cho các chi phí y tế là những mối quan tâm hàng đầu đối với phụ nữ. Biến tuổi thành viên X7 chỉ ra rằng người càng cao tuổi thì mức chi tiêu y tế càng lớn. Theo các đánh giá gần đây, người cao tuổi ở Việt Nam có chi phí y tế cao gấp 7-10 lần người trẻ. Việt Nam nằm trong danh sách các nước có tốc độ già hóa dân số nhanh nhất với tỉ lệ người trên 60 tuổi ngày càng gia tăng. Người già thường dễ mắc các bệnh như tăng huyết áp, đái tháo đường, ung thư, suy giảm nhận thức, rối loạn vận động, lú lẫn, trầm cảm, tai biến... có thể phải điều trị suốt đời cũng như tăng nguy cơ tàn phế.

Biến X8 thể hiện mức thiệt hại khí thải ở Việt Nam ảnh hưởng đến tổng thu nhập quốc dân mang dấu dương. Kết quả này chỉ ra khi mức độ ô nhiễm không khí cao, chi tiêu y tế của người dân càng lớn. Ô nhiễm không khí không chỉ là vấn đề nóng hập trung ở các đô thị phát triển, các khu, cụm công nghiệp mà đã trở thành mối quan tâm của toàn xã hội. Ô nhiễm không khí được xem là một trong những tác nhân hàng đầu có nguy cơ tác động nghiêm trọng đối với sức khỏe cộng đồng như đây

nhanh quá trình lão hóa, suy giảm chức năng hô hấp, gây các bệnh hen suyễn, ho, viêm mũi, viêm họng, viêm phế quản, viêm phổi, tim mạch và làm giảm tuổi thọ con người. Nguy hiểm nhất là có thể gây ra các bệnh ung thư. Điều này gia tăng áp lực chi tiêu y tế cho các hộ gia đình.

5. Kết luận và khuyến nghị giải pháp

5.1. Kết luận

Các kết quả phân tích ở trên đã cho thấy ba điểm quan trọng. Thứ nhất, thông qua dữ liệu tổng hợp từ số liệu điều tra mức sống dân cư của Tổng cục thống kê và số liệu lượng khí thải ô nhiễm từ năm 2010-2016 của Ngân hàng thế giới, chi phí dành cho y tế của các hộ gia đình trong mẫu điều tra tăng từ 3,04 triệu đồng năm 2010 lên 4,83 triệu đồng năm 2016. Chi phí khám chữa bệnh tại thành thị cao hơn nông thôn do thu nhập, trình độ giáo dục cũng như khả năng tiếp cận với dịch vụ y tế tốt hơn. Mức chi tiêu y tế trong giai đoạn này chiếm khoảng 3-4% tổng thu nhập của các hộ gia đình. Chi phí bình quân 1 người có khám chữa bệnh năm 2010 là 1,36 triệu đồng tăng lên gấp đôi là 2,76 triệu đồng năm 2016. Thứ hai, nghiên cứu tìm thấy ảnh hưởng của việc mua BHYT gia tăng chi tiêu y tế. BHYT làm giảm giá chăm sóc sức khỏe có thể khiến người tiêu dùng yêu cầu chăm sóc nhiều hơn miễn là lợi ích cận biên lớn hơn chi phí cận biên. Thứ ba, ô nhiễm không khí được xem là một trong những tác nhân hàng đầu tác động nghiêm trọng đối với sức khỏe cộng đồng và gia tăng gánh nặng chi phí y tế của các cá nhân nói riêng và hộ gia đình nói chung theo thời gian. Một số biến khác đại diện cho đặc điểm của hộ gia đình (việc khám nội trú/ngoại trú, chi tiêu bình quân của cá nhân của hộ, thu nhập) và nhân khẩu học (học vấn, nơi cư trú, giới tính, tuổi tác) cũng tác động đến chi tiêu y tế.

5.2. Khuyến nghị giải pháp

Như vậy, để giảm chi tiêu y tế trong tương lai cần có sự vào cuộc của rất nhiều bộ, ban ngành và địa phương. Đề hướng tới BHYT toàn dân, chính sách BHYT cần phải nghiên cứu kỹ càng để BHYT thực sự bảo đảm quyền lợi cho người tham gia. Bộ Y tế cần cải thiện chất lượng dịch vụ thăm khám chữa bệnh của các cơ sở chăm sóc, chữa bệnh từ trung ương tới địa phương, đồng thời cần đẩy mạnh triển khai ứng dụng công nghệ thông tin trong quản lý khám chữa bệnh và cải cách thủ tục hành chính; bảo đảm công khai, minh bạch trong cung ứng dịch vụ y

tế, trong giám định chi phí và thanh toán BHYT và góp phần tăng độ chính xác và hiệu quả trong quản lý Nhà nước về BHYT. Bộ Tài nguyên và Môi trường cần phối hợp với Bộ Giao thông vận tải tiếp tục hoàn thiện hành lang pháp lý về bảo vệ môi trường, thắt chặt tiêu chuẩn khí thải từ các phương tiện giao thông đường bộ và tăng cường chất lượng phương tiện giao thông công cộng, thử nghiệm nhiên liệu sạch thân thiện với môi trường tại một số đô thị. Bộ Kế hoạch và Đầu tư cần kiểm soát các nguồn phát thải từ hoạt động sản xuất công nghiệp, chú trọng đầu tư công nghệ xử lý khí thải phù hợp với từng loại hình sản xuất; ưu đãi, hỗ trợ hoạt động bảo vệ môi trường trong sản xuất kinh doanh; tiết kiệm năng lượng, giảm phát thải các loại khí nhà kính và đẩy mạnh triển khai nhóm giải pháp xanh (tăng trưởng xanh, phát triển phát thải các bon thấp, chi trả dịch vụ môi trường). Các địa phương đặc biệt tại các thành phố lớn cần xây dựng các chương trình, kế hoạch và triển khai giải quyết hiệu quả vấn đề ô nhiễm không khí tại các đô thị. ♦

Tài liệu tham khảo:

1. Abdullah, H., Azam, M & Zakariya, S. (2016), *The impact of environment quality on public health expenditure in Malaysia*, Asia Pacific Journal of Advanced Business and Social Studies, 2 (2), 365-379.
2. Ajakaiye, O. & Mwabu, G. (2007), *The demand for reproductive health services: an application of control function approach*, AERC Working Paper Series, Nairobi.
3. Anh Tuấn (2017), *Ô nhiễm không khí: Nguyên nhân hàng đầu gây ung thư*, Truy cập ngày 13 tháng 1 năm 2019, từ: <http://vea.gov.vn/vn/quanlymt/suckhoe-moitruong/Pages/Ô-nhiễm-không-khí--Nguyên-nhân-hàng-đầu-gây-ung-thư.aspx>.
4. Grossman (1972), *On the Concept of Health Capital and the Demand for Health*, The Journal of Political Economy, 80 (2), 223-255.
5. Jowett, M., Deolalikar, A., & Martinsson, P. (2004), *Health Insurance and Treatment Seeking Behavior: Evidence from a Low-Income Country*, Health Economics, 13, 845-857.
6. Lépine, A. & Nestour, A. (2008), *Health care utilization in rural Senegal: the factors before the*

extension of health insurance to farmers, Research Paper, International Labour Office.

7. Koç (2004), *The productivity of health care and health production functions*, Health Economics, 13 (8), 739-747.

8. Pauly, M. (1968), *The Economics of Moral Hazard: Comment*, American Economic Review, 58 (3), 531-537.

9. Santerre, R. & Neun, S. (2010), *Health Economics: Theories, Insights, and Industry Studies*, Cengage Publishing, USA.

10. Thanh Hương (2016), *77,1% dân số tham gia bảo hiểm y tế*, Truy cập ngày 13 tháng 1 năm 2019, từ: <https://baomoi.com/77-1-dan-so-tham-gia-bao-hiem-y-te/c/19638677.epi>.

11. Tổng cục thống kê (2016), *Y tế, Truy cập lần cuối ngày 13 tháng 1 năm 2019*, từ: <http://www.gso.gov.vn/default.aspx?tabid=629&idmid=&ItemID=18531>.

12. Wagstaff, A. (2007), *The economic consequences of health shocks: Evidence from Vietnam*, Journal of Health Economics, 26, 82-100.

Summary

The study looks at the spending on health in Vietnam from 2010 to 2016 and the influence of health insurance taking and air pollution on respondents' medical needs in the survey. Initial results show that the individuals' average medical spending increased from VND1.36 million in 2010 to VND 2.76 million in 2016. The medical spending level of households in the research period accounted for 3-4% of their total income. Secondly, the study finds that taking out health insurance heightens the buyer's medical spending. Thirdly, air pollution has serious effect on public health and causes stress on the current medical spending.