

DOI: 10.58490/ctjump.2026i102.4679

PHÂN TÍCH CHI PHÍ TRỰC TIẾP Y TẾ VÀ MỨC SẴN LÒNG CHI TRẢ Ở NGƯỜI BỆNH ĐÁI THÁO ĐƯỜNG TÍP 2 ĐIỀU TRỊ NGOẠI TRÚ CÓ BẢO HIỂM Y TẾ

Trịnh Minh Giang^{1,2}, Đỗ Châu Minh Vĩnh Thọ^{2*}

1. Sở Y tế Thành phố Hồ Chí Minh

2. Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

*Email: dcmvtho@ctump.edu.vn

Ngày nhận bài: 11/5/2026

Ngày phản biện: 29/7/2026

Ngày duyệt đăng: 25/8/2026

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Đái tháo đường típ 2 tạo ra gánh nặng chi phí đáng kể; tuy nhiên, bằng chứng thực tế về cơ cấu chi phí ngoại trú và mức sẵn lòng chi trả của người bệnh có bảo hiểm y tế tại Việt Nam còn hạn chế. **Mục tiêu nghiên cứu:** Mô tả chi phí trực tiếp y tế cho một lượt điều trị ngoại trú; xác định mức sẵn lòng chi trả tối đa hàng năm đối với một liệu pháp giả định không được bảo hiểm y tế thanh toán và phân tích một số yếu tố liên quan. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu cắt ngang trên 240 người bệnh đái tháo đường típ 2 điều trị ngoại trú tại Bệnh viện Phục hồi chức năng – Điều trị bệnh nghề nghiệp, Thành phố Hồ Chí Minh, từ tháng 07/2025 đến tháng 01/2026. Chi phí được thu thập từ hồ sơ điện tử và bảng kê thanh toán; mức sẵn lòng chi trả được khảo sát bằng phỏng vấn trực tiếp với kịch bản định giá giả định. **Kết quả:** Tuổi trung bình là $61,5 \pm 12,0$; nữ chiếm 54,2%. Tổng chi phí trực tiếp y tế trung bình cho một lượt ngoại trú là 667.329 ± 200.502 VNĐ/người, trong đó chi phí thuốc chiếm tỷ trọng lớn nhất. Mức sẵn lòng chi trả trung bình là $6,7 \pm 2,2$ triệu đồng/năm. Nhóm 60–74 tuổi ($\beta = 0,74$; $p = 0,012$), có 2 bệnh mắc kèm ($\beta = 0,42$; $p = 0,010$) và thu nhập cao hơn ($\beta = 0,35$; $p < 0,001$) có mức sẵn lòng chi trả cao hơn. **Kết luận:** Chi phí thuốc là cấu phần lớn nhất của chi phí trực tiếp y tế ngoại trú. Mức sẵn lòng chi trả có liên quan với tuổi, số bệnh mắc kèm và thu nhập; kết quả này phản ánh khả năng và ưu tiên chi trả của người bệnh trong một kịch bản giả định, không phải ngưỡng chi phí – hiệu quả của hệ thống y tế.

Từ khóa: đái tháo đường típ 2, chi phí trực tiếp y tế, mức sẵn lòng chi trả, bảo hiểm y tế.

ABSTRACT

DIRECT MEDICAL COSTS AND WILLINGNESS TO PAY AMONG INSURED OUTPATIENTS WITH TYPE 2 DIABETES

Trịnh Minh Giang^{1,2}, Do Chau Minh Vinh Tho^{2*}

1. Ho Chi Minh City Department of Health

2. Can Tho University of Medicine and Pharmacy

Background: Type 2 diabetes imposes a substantial economic burden, while real-world evidence on outpatient direct medical costs and patients' willingness to pay (WTP) under health insurance in Vietnam remains limited. **Objectives:** To describe direct medical costs per outpatient visit, estimate the maximum annual WTP for a hypothetical treatment not covered by health insurance, and identify associated factors. **Materials and methods:** A cross-sectional study was conducted among 240 outpatients with type 2 diabetes at HCMC Hospital for Rehabilitation - Professional Diseases, from July 2025 to January 2026. Cost data were obtained from electronic medical records and billing statements; WTP was elicited through face-to-face interviews using a hypothetical valuation scenario. **Results:** The mean age was 61.5 ± 12.0 years, and 54.2% were women. The mean direct medical cost

per outpatient visit was VND 667,329 $\pm$ 200,502, with medication accounting for the largest component. Mean WTP was VND 6.7 $\pm$ 2.2 million per year. Higher WTP was associated with age 60–74 years ($\beta = 0.74$; $p = 0.012$), having two comorbidities ($\beta = 0.42$; $p = 0.010$), and higher income ($\beta = 0.35$; $p < 0.001$). **Conclusion:** Medication costs constituted the largest component of direct medical costs per outpatient visit. WTP was associated with age, comorbidity burden, and income. The reported WTP reflects patients' stated ability and preference to pay under a hypothetical scenario and should not be interpreted as a societal cost-effectiveness threshold.

Keywords: Type 2 diabetes, direct medical costs, willingness to pay, health insurance.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đái tháo đường (ĐTĐ) là bệnh rối loạn chuyển hóa mạn tính, có thể gây tổn thương tim mạch, thận, mắt, thần kinh và làm suy giảm chất lượng sống. Bên cạnh hậu quả lâm sàng, việc theo dõi lâu dài, sử dụng thuốc và thực hiện xét nghiệm định kỳ tạo ra gánh nặng tài chính cho người bệnh, quỹ bảo hiểm y tế và cơ sở khám chữa bệnh [1].

Trên phạm vi toàn cầu, số người mắc ĐTĐ tiếp tục gia tăng, trong đó ĐTĐ típ 2 chiếm phần lớn [2]. Tại Việt Nam, bệnh thường đi kèm rối loạn lipid máu, tăng huyết áp, bệnh tim mạch và bệnh thận, làm tăng nhu cầu sử dụng dịch vụ y tế và chi phí điều trị [1], [3].

Một nghiên cứu dựa trên dữ liệu thanh toán bảo hiểm y tế của hơn 1,39 triệu người bệnh ĐTĐ típ 2 tại Hà Nội giai đoạn 2018–2022 ghi nhận chi phí trực tiếp y tế trung bình hằng năm tăng từ khoảng 3,58 triệu đồng lên 6,95 triệu đồng/người. Chi phí thuốc chiếm trên 50% tổng chi phí, trong khi bảo hiểm y tế thanh toán khoảng 88,28–91,88% [4]. Kết quả này cho thấy vai trò quan trọng của bảo hiểm y tế trong giảm gánh nặng tài chính cho người bệnh. Tuy nhiên, tổng chi phí điều trị không đồng nhất với số tiền người bệnh trực tiếp thanh toán, do còn phụ thuộc mức hưởng bảo hiểm, phạm vi quyền lợi và các dịch vụ phát sinh ngoài danh mục được chi trả.

Mức sẵn lòng chi trả (willingness to pay – WTP) là số tiền tối đa một cá nhân chấp nhận chi cho một lợi ích sức khỏe hoặc một can thiệp giả định. Chỉ số này cung cấp thông tin về ưu tiên và khả năng chi trả của người bệnh, nhưng không đồng nhất với ngưỡng chi phí – hiệu quả của hệ thống y tế tính theo chi phí cho một năm sống hiệu chỉnh theo chất lượng (QALY).

Tại Việt Nam, các nghiên cứu hiện có chủ yếu tập trung mô tả chi phí điều trị ĐTĐ từ dữ liệu bệnh viện hoặc dữ liệu thanh toán BHYT. Dữ liệu về cơ cấu chi phí trực tiếp y tế của một lượt điều trị ngoại trú, mức WTP đối với một can thiệp không được BHYT thanh toán và các yếu tố liên quan trong cùng một quần thể người bệnh ĐTĐ típ 2 có BHYT còn hạn chế. Khoảng trống này làm giảm cơ sở thực tiễn để đánh giá đồng thời mức sử dụng nguồn lực y tế và khả năng tiếp cận các can thiệp ngoài phạm vi bảo hiểm. Xuất phát từ thực tiễn trên, nghiên cứu được thực hiện với hai mục tiêu: 1) Mô tả cơ cấu và mức chi phí trực tiếp y tế cho một lượt điều trị ngoại trú của người bệnh ĐTĐ típ 2 có bảo hiểm y tế tại Bệnh viện Phục hồi chức năng – Điều trị bệnh nghề nghiệp, Thành phố Hồ Chí Minh; 2) Xác định mức sẵn lòng chi trả tối đa hằng năm đối với một liệu pháp giả định không được bảo hiểm y tế thanh toán, đồng thời phân tích một số yếu tố liên quan.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

- **Đối tượng nghiên cứu:** Người bệnh ĐTĐ típ 2 điều trị ngoại trú có bảo hiểm y tế tại Bệnh viện Phục hồi chức năng – Điều trị bệnh nghề nghiệp, Thành phố Hồ Chí Minh trong thời gian nghiên cứu.

- **Tiêu chí chọn mẫu:** Người bệnh từ 18 tuổi trở lên, được chẩn đoán ĐTĐ típ 2 (ICD-10: E11), có đầy đủ thông tin về hồ sơ bệnh án, đơn thuốc và bảng kê chi phí của lượt khám được chọn, đồng thời đồng ý tham gia phỏng vấn.

- **Tiêu chí loại trừ:** ĐTĐ típ 1, ĐTĐ thai kỳ, các thể ĐTĐ đặc biệt khác; có biến chứng cấp tính nặng cần nhập viện tại thời điểm khảo sát; không thể hoàn thành phỏng vấn hoặc thiếu dữ liệu chính về chi phí/WTP.

- **Địa điểm và thời gian nghiên cứu:** Bệnh viện Phục hồi chức năng – Điều trị bệnh nghề nghiệp, Thành phố Hồ Chí Minh. Thời gian từ tháng 07/2025 đến tháng 01/2026.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- **Thiết kế nghiên cứu:** Nghiên cứu cắt ngang, kết hợp hồi cứu dữ liệu chi phí từ hồ sơ điện tử/bảng kê thanh toán và phỏng vấn trực tiếp người bệnh để thu thập WTP.

- **Cỡ mẫu nghiên cứu:** Cỡ mẫu được tính theo công thức ước lượng một trung bình:

$$n = \frac{Z_{1-\alpha/2}^2 \times \sigma^2}{d^2}$$

Với mức ý nghĩa $\alpha = 0,05$ ($Z = 1,96$). Dựa trên các nghiên cứu của Nguyễn Linh Việt và cộng sự về chi phí điều trị đái tháo đường típ 2, chi phí ngoại trú trung bình ước tính khoảng 3.582.051 VNĐ/năm [4]. Do biến chi phí thường có phân bố lệch và độ phân tán cao, độ lệch chuẩn được ước tính bằng 60% giá trị trung bình (SD: 2.149.231 VNĐ). Sai số mong muốn được chọn bằng 8% giá trị trung bình.

Cỡ mẫu tối thiểu tính được là 216 người bệnh. Dự phòng 10% cho khả năng thiếu hụt số liệu hoặc loại khỏi phân tích, cỡ mẫu cần thiết là 238 người bệnh và được làm tròn thành 240 người bệnh.

- **Phương pháp chọn mẫu:** Chọn mẫu liên tiếp các người bệnh đáp ứng tiêu chí theo thứ tự đến khám cho đến khi đủ cỡ mẫu. Mỗi người bệnh được đưa vào phân tích một lần tại một lượt khám đại diện; các lượt tái khám khác không được tính lặp.

- **Nội dung nghiên cứu:**

+ Đặc điểm nhân khẩu học gồm tuổi (< 60 tuổi, $60-74$ tuổi và ≥ 75 tuổi), giới tính, tình trạng hôn nhân, nghề nghiệp, nơi cư trú và thu nhập cá nhân (triệu đồng/tháng).

+ Đặc điểm lâm sàng gồm thời gian mắc bệnh, số lượng và loại bệnh mắc kèm.

+ Các biến kinh tế y tế gồm chi phí khám bệnh, chi phí thuốc, chi phí xét nghiệm và tổng chi phí trực tiếp y tế ghi nhận trên bảng kê của một lượt điều trị ngoại trú (VNĐ/lượt); mức hưởng bảo hiểm y tế (80%, 95% và 100%); và mức sẵn lòng chi trả tối đa hằng năm (WTP, triệu đồng/năm) cho một liệu pháp điều trị giả định giúp cải thiện tình trạng sức khỏe và không được bảo hiểm y tế thanh toán.

- **Phương pháp thu thập thông tin:**

+ Dữ liệu chi phí được trích xuất từ hệ thống quản lý bệnh án điện tử và bảng kê thanh toán của lượt khám. Tổng chi phí trực tiếp y tế là tổng giá trị các dịch vụ y tế ghi nhận trên bảng kê, gồm chi phí khám bệnh, thuốc và xét nghiệm; chỉ tiêu này phản ánh tổng chi phí của lượt khám, không đồng nhất với phần tiền người bệnh tự chi trả. Trường hợp không phát sinh một cấu phần chi phí được ghi nhận bằng 0.

+ Mức sẵn lòng chi trả được thu thập bằng phỏng vấn trực tiếp theo phương pháp định giá giả định với câu hỏi lựa chọn nhị phân theo trình tự tăng/giảm mức giá. Người bệnh được yêu cầu giả định có một liệu pháp giúp cải thiện tình trạng sức khỏe/kiểm soát bệnh, không có tác dụng phụ đáng kể và không được bảo hiểm y tế thanh toán. Mức giá khởi đầu

được chọn theo phiếu khảo sát; nếu người bệnh đồng ý, điều tra viên hỏi mức cao hơn, nếu từ chối thì hỏi mức thấp hơn. Cuối cùng, câu hỏi mở được sử dụng để xác định số tiền tối đa người bệnh sẵn lòng chi trả trong một năm. Kết quả được ghi nhận bằng triệu đồng/năm.

- **Xử lý và phân tích số liệu:** Số liệu được xử lý bằng phần mềm Stata 17.0. Dữ liệu được kiểm tra tính đầy đủ, trùng lặp, tính nhất quán và giá trị ngoại lai trước khi phân tích. Biến định tính được trình bày bằng tần số, tỷ lệ phần trăm; biến định lượng bằng trung bình $\pm$ độ lệch chuẩn hoặc trung vị và khoảng tứ phân vị. Các yếu tố liên quan đến WTP được phân tích bằng hồi quy tuyến tính đa biến sau khi kiểm tra các giả định của mô hình. Kết quả được trình bày bằng hệ số hồi quy β , sai số chuẩn, khoảng tin cậy 95% và giá trị p; $p < 0,05$ được xem là có ý nghĩa thống kê.

- **Đạo đức trong nghiên cứu:** Nghiên cứu đã được thực hiện sau khi được Hội đồng Đạo đức trong nghiên cứu y sinh học của Trường Đại học Y Dược Cần Thơ thông qua theo phiếu chấp thuận số 25.039HV/PCT-HĐĐĐ, ngày 30/06/2025. Dữ liệu được thu thập bảo đảm ẩn danh và chỉ được sử dụng cho mục đích nghiên cứu.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Phân nhóm		Số lượng (n = 240)	Tỷ lệ (%)
Nhóm tuổi	< 60 tuổi	95	39,6
	60 – 74 tuổi	122	50,8
	≥ 75 tuổi	23	9,6
Giới tính	Nam	110	45,8
	Nữ	130	54,2
Nghề nghiệp	Viên chức, hành chính	71	29,6
	Hưu trí	121	50,4
	Khác	48	20,0
Nơi cư trú	Thành thị	237	98,7
	Nông thôn	3	1,3

Nhận xét: Tuổi trung bình của người bệnh là $61,5 \pm 12,0$; nhóm 60–74 tuổi chiếm 50,8%. Nữ chiếm 54,2%. Hơn một nửa người bệnh thuộc nhóm hưu trí (50,4%) và phần lớn cư trú tại khu vực thành thị (98,7%).

Bảng 2. Đặc điểm lâm sàng của người bệnh

Đặc điểm		Số lượng (n = 240)	Tỷ lệ (%)
Thời gian mắc bệnh	1- 2 năm	77	32,1
	3 – 5 năm	125	52,1
	> 5 năm	38	15,8
Bệnh mắc kèm	1 bệnh	6	2,5
	2 bệnh	128	53,3
	≥ 3 bệnh	106	44,2
Loại bệnh mắc kèm (n = 240)	Bệnh mạch vành	11	4,6
	Đột quỵ	8	3,3
	Suy tim	6	2,5
	Suy thận mạn	7	2,9
	Rối loạn lipid	228	95,0
	Rối loạn chuyển hóa	8	3,3
Mức BHYT	80%	194	80,8

	Đặc điểm	Số lượng (n = 240)	Tỷ lệ (%)
	95%	19	7,9
	100%	27	11,3

*BHYT: Bảo hiểm y tế

Nhận xét: Đa số người bệnh có thời gian mắc bệnh 3–5 năm (52,1%). Có 97,5% người bệnh được ghi nhận từ 2 bệnh mắc kèm trở lên; rối loạn lipid máu là bệnh đồng mắc phổ biến nhất (95,0%). Mức hưởng bảo hiểm y tế 80% chiếm 80,8%.

Bảng 3. Cấu phần chi phí trực tiếp y tế cho một lượt điều trị ngoại trú (VNĐ/người)

Thành phần chi phí	Trung bình	SD	SE
Chi phí khám (n = 240)	65.687,5	20.755,8	1.339,8
Chi phí thuốc (n = 240)	445.563	161.122,4	10.444
Chi phí xét nghiệm (n = 225)	168.800	59.812,8	3.987,5
Tổng chi phí (n = 240)	667.329,2	200.502,1	12.942,4

*SD: Độ lệch chuẩn; SE: Sai số chuẩn

Nhận xét: Chi phí thuốc chiếm tỷ trọng lớn nhất, trung bình 445.563 ± 161.122 VNĐ/lượt. Tổng chi phí trực tiếp y tế trung bình là 667.329 ± 200.502 VNĐ/lượt. Đây là tổng chi phí ghi nhận trên bảng kê của lượt khám, không phải toàn bộ chi phí hằng năm hoặc phần chi trả trực tiếp từ tiền túi của người bệnh.

Bảng 4. Mức sẵn lòng chi trả tối đa hằng năm cho liệu pháp giả định

Mức sẵn lòng chi trả	Giá trị (triệu đồng)
Trung bình ($\pm$ SD)	6,7 ($\pm$ 2,2)
SE	0,14
Trung vị (IQR)	6 (6; 6)
Thấp nhất – cao nhất	6 - 23

*SD: Độ lệch chuẩn; SE: Sai số chuẩn; IQR: Khoảng tứ phân vị

Nhận xét: WTP trung bình là $6,7 \pm 2,2$ triệu đồng/năm; trung vị 6 triệu đồng/năm và dao động 6–23 triệu đồng/năm. Phân bố tập trung tại mức thấp và lệch phải.

Bảng 5. Hồi quy tuyến tính đa biến các yếu tố liên quan đến mức sẵn lòng chi trả

Yếu tố	β	SE	KTC 95% của β	p
Nhóm tuổi				
< 60 tuổi	0			
60 – 74 tuổi	0,74	0,29	0,17–1,31	0,012
≥ 75 tuổi	-0,20	0,50	-1,10–0,88	0,843
Giới (nữ so với nam)	-0,15	0,28	-0,70–0,40	0,597
Hôn nhân (độc thân, góa so với có vợ, chồng)	0,16	0,64	-1,11–1,42	0,806
Thời gian bệnh (năm)	0,01	0,06	-0,10–0,13	0,822
Bệnh mắc kèm				
1 bệnh	0			
2 bệnh	0,42	0,16	0,10 – 0,74	0,010
≥ 3 bệnh	-0,31	0,82	-1,92–1,30	0,703
Thu nhập (triệu đồng)	0,35	0,05	0,26 – 0,44	< 0,001

* β : Hệ số hồi quy chưa chuẩn hóa; SE: Sai số chuẩn; KTC 95%: Khoảng tin cậy 95%; nhóm có giá trị 0 là nhóm tham chiếu.

Nhận xét: So với nhóm < 60 tuổi, nhóm 60–74 tuổi có WTP cao hơn 0,74 triệu đồng/năm (KTC 95%: 0,17–1,31; p = 0,012). Nhóm có 2 bệnh mắc kèm có WTP cao hơn

nhóm 1 bệnh 0,42 triệu đồng/năm (KTC 95%: 0,10–0,74; $p = 0,010$). Mỗi triệu đồng tăng thêm của thu nhập hằng tháng liên quan với mức tăng 0,35 triệu đồng/năm của WTP (KTC 95%: 0,26–0,44; $p < 0,001$). Các kết quả chỉ thể hiện mối liên quan, không khẳng định quan hệ nhân quả.

IV. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu này, nhóm 60–74 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất và nữ giới chiếm hơn một nửa số người bệnh. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu dựa trên dữ liệu thanh toán BHYT tại Hà Nội giai đoạn 2018–2022, trong đó tuổi trung bình của người bệnh ĐTD tip 2 khoảng 64 tuổi và nữ giới chiếm khoảng 52% [4]. Rối loạn lipid máu được ghi nhận ở 95,0% người bệnh trong nghiên cứu hiện tại [5]. Tỷ lệ cao này cần được diễn giải thận trọng vì có thể chịu ảnh hưởng bởi tiêu chí lựa chọn, cách xác định bệnh mắc kèm và đặc điểm của cơ sở nghiên cứu.

Chi phí thuốc là cấu phần lớn nhất của tổng chi phí trực tiếp y tế cho một lượt khám. Kết quả phù hợp với đặc điểm quản lý bệnh mạn tính, trong đó thuốc được sử dụng liên tục và chiếm tỷ trọng đáng kể trong mỗi đợt điều trị. Tuy nhiên, tổng chi phí trong nghiên cứu là giá trị dịch vụ ghi nhận trên bảng kê, bao gồm phần quỹ bảo hiểm y tế và phần người bệnh cùng chi trả; vì vậy không nên diễn giải trực tiếp là gánh nặng chi trả từ tiền túi của người bệnh.

WTP trung bình 6,7 triệu đồng/năm phản ánh số tiền người bệnh khai báo sẵn sàng chi cho một liệu pháp giả định không được bảo hiểm y tế thanh toán. Giá trị này không phải là ngưỡng chi phí – hiệu quả của hệ thống y tế và không thể so sánh trực tiếp với quy tắc một đến ba lần GDP bình quân đầu người cho một QALY. Mức WTP tương đối thấp có thể chịu ảnh hưởng của thu nhập, kỳ vọng được bảo hiểm chi trả, mức giá khởi đầu, cách mô tả lợi ích sức khỏe và thiên lệch giả định. Việc tập trung nhiều quan sát tại mức 6 triệu đồng cũng cho thấy hiệu ứng điểm neo hoặc giới hạn của thang giá cần được cân nhắc khi diễn giải [6], [7].

Trong mô hình đa biến, nhóm 60–74 tuổi, nhóm có 2 bệnh mắc kèm và thu nhập cao hơn có WTP cao hơn. Mối liên quan với thu nhập phù hợp với lý thuyết cầu đối với chăm sóc sức khỏe: khả năng tài chính cao hơn làm tăng mức chi trả có thể chấp nhận. Nhóm có từ 3 bệnh mắc kèm trở lên không khác biệt có ý nghĩa thống kê so với nhóm tham chiếu; kết quả này không chứng minh rằng đa bệnh làm giảm WTP, mà có thể phản ánh cỡ nhóm, sai số đo lường và gánh nặng chi phí tích lũy. Do thiết kế cắt ngang, các hệ số chỉ nên được diễn giải là mối liên quan.

Nghiên cứu có một số hạn chế. Thứ nhất, thiết kế cắt ngang tại một bệnh viện chuyên khoa làm hạn chế khả năng suy rộng và không cho phép xác định quan hệ nhân quả. Thứ hai, chi phí của lượt khám có thể bao gồm dịch vụ liên quan đến bệnh đồng mắc; việc đưa số bệnh mắc kèm vào mô hình chỉ giảm một phần nhiễu và không thay thế được phân tách chi phí theo chẩn đoán. Thứ ba, WTP là dữ liệu khai báo nên có thể chịu thiên lệch giả định, thiên lệch xã hội, thiên lệch chiến lược và hiệu ứng mức giá khởi đầu. Thứ tư, phân bố WTP rời rạc và lệch phải có thể ảnh hưởng đến giả định của hồi quy tuyến tính. Cuối cùng, nghiên cứu chưa phân tích riêng phần quỹ bảo hiểm y tế thanh toán, phần đồng chi trả và chi phí ngoài phạm vi bảo hiểm.

V. KẾT LUẬN

Chi phí trực tiếp y tế trung bình cho một lượt điều trị ngoại trú của người bệnh ĐTĐ típ 2 có bảo hiểm y tế là 667.329 ± 200.502 VNĐ, trong đó chi phí thuốc chiếm tỷ trọng lớn nhất. WTP tối đa trung bình cho một liệu pháp giả định không được bảo hiểm y tế thanh toán là $6,7 \pm 2,2$ triệu đồng/năm. WTP cao hơn ở nhóm 60–74 tuổi, nhóm có 2 bệnh mắc kèm và người có thu nhập cao hơn. Kết quả cung cấp dữ liệu ban đầu về cơ cấu chi phí và khả năng chi trả của người bệnh, nhưng cần được diễn giải trong bối cảnh một cơ sở đơn lẻ và phương pháp định giá giả định.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Hồng Chương, Phan Quang Toàn, Huỳnh Minh Chín, và cộng sự. Nghiên cứu tình hình, một số yếu tố liên quan đến tuân thủ điều trị trên bệnh nhân đái tháo đường type 2 điều trị ngoại trú tại huyện Bàu Bàng Bình Dương năm 2023. *Tạp chí Y học Việt Nam*. 2024. 539(1), 209-214, doi: 10.51298/vmj.v539i1.9727
2. Ibrahim NAB. An introduction to diabetes. *Front Health Inform*. 2023. 12, 129. doi:10.30699/fhi.v12i0.405.
3. Gao CC, Espinoza Suarez NR, Toloza FJK, Malaga Zuniga AS, McCarthy SR, Boehmer KR, Yao L, Fu S, Brito JP. Patients' Perspective About the Cost of Diabetes Management: An Analysis of Online Health Communities. *Mayo Clin Proc Innov Qual Outcomes*. 2021. 5(5), 898-906, doi: 10.1016/j.mayocpiqo.2021.07.003.
4. Nguyễn Linh Việt, Võ Ngọc Yên Nhi, Nguyễn Cao Đức Huy, *et al*. Phân tích chi phí trực tiếp y tế của người bệnh đái tháo đường típ 2 dựa trên dữ liệu thanh toán bảo hiểm y tế tại các cơ sở khám chữa bệnh tại Hà Nội giai đoạn 2018-2022. *Tạp chí Y học Việt Nam*. 2025. 553(2), doi:10.51298/vmj.v553i2.15425.
5. Trần Thị Phần, Trịnh Phương Dung, Trương Văn Trụ, *et al*. Rối loạn lipid máu và một số yếu tố nguy cơ ở người bệnh đái tháo đường type 2 đang điều trị ngoại trú tại Trung tâm y tế Phú Lý. *Tạp chí Y học Việt Nam*. 2024. 545(2), doi:10.51298/vmj.v545i2.12289.
6. Chang K. Comorbidities, quality of life and patients' willingness to pay for a cure for type 2 diabetes in Taiwan. *Public Health*. 2010. 124(5), 284-294, doi:10.1016/j.puhe.2010.02.019.
7. Veldwijk J, Lambooij MS, van Gils PF, *et al*. Type 2 diabetes patients' preferences and willingness to pay for lifestyle programs: a discrete choice experiment. *BMC Public Health*. 2013. 13(1), 1099, doi:10.1186/1471-2458-13-1099.