

KHẢO SÁT MỨC ĐỘ KHÓ KHĂN CHI TRẢ VÀ NHU CẦU KẾT NỐI NGUỒN LỰC HỖ TRỢ CỦA NGƯỜI BỆNH TẠI BỆNH VIỆN TRUNG ƯƠNG THÁI NGUYÊN NĂM 2026

Nguyễn Thị Việt¹, Hoàng Trung Lâm¹, Nguyễn Văn Giang²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả mức độ khó khăn chi trả chi phí khám, chữa bệnh theo một chỉ số sàng lọc do nhóm nghiên cứu xây dựng; mô tả nhu cầu kết nối nguồn lực hỗ trợ; và phân tích một số yếu tố liên quan ở người bệnh nội trú tại Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên năm 2026.

Đối tượng và phương pháp: Nghiên cứu cắt ngang có phân tích trên 315 người bệnh ≥ 18 tuổi, điều trị nội trú ít nhất 2 ngày, tuyển chọn liên tiếp theo từng khoa cho đến khi đạt số lượng phân bổ. Chỉ số sàng lọc khó khăn chi trả gồm 4 tiêu chí do nhóm nghiên cứu đề xuất (tự chi $\geq 30\%$ tổng chi phí; xoay xở tài chính nguy cơ; chi phí ảnh hưởng điều trị; thiếu hụt chi tiêu thiết yếu), chưa qua thẩm định giá trị và độ tin cậy; tổng 0-1 điểm quy ước là nhẹ, 2 điểm là vừa, 3-4 điểm là nặng. Nhu cầu kết nối hỗ trợ được xác định trực tiếp bằng câu hỏi Có/Không. Phân tích dùng Chi-square/Fisher và hồi quy logistic đa biến.

Kết quả: Tuổi trung bình $55,4 \pm 17,2$; 95,2% sử dụng BHYT. Theo chỉ số sàng lọc, 75,9% ở mức nhẹ, 13,7% mức vừa và 10,5% mức nặng; 27,0% người bệnh tự chi $\geq 30\%$ tổng chi phí. Các khoản gây áp lực chính là viện phí/đồng chi trả (47,0%), ăn ở (46,0%), thuốc ngoài BHYT (43,8%), đi lại (37,1%) và mất thu nhập (36,8%). Có 48,6% cần kết nối hỗ trợ; 43,1% trong số này cần trong một tuần. Chi 47,0% biết dịch vụ CTXH và 20,6% đã được hỗ trợ. Mức khó khăn nặng theo chỉ số sàng lọc có liên quan với nằm viện ≥ 8 ngày ($aOR=2,47$), bệnh mạn/nặng chi phí cao ($aOR=2,99$),

kinh tế khó khăn ($aOR=4,89$) và hộ nghèo/cận nghèo ($aOR=2,70$); mô hình này có 33 trường hợp/6 biến nên cần diễn giải thận trọng do nguy cơ dữ liệu thưa.

Kết luận: Chỉ số sàng lọc cho thấy một bộ phận người bệnh nội trú gặp khó khăn chi trả và có nhu cầu kết nối hỗ trợ đáng kể, nhưng đây là công cụ sàng lọc bước đầu, chưa phải thước đo chuẩn hóa về gánh nặng tài chính y tế, cần được thẩm định thêm trước khi áp dụng thường quy.

Từ khóa: Khó khăn chi trả, chỉ số sàng lọc, chi trả tiền túi, người bệnh nội trú, nhu cầu kết nối nguồn lực.

SUMMARY

FINANCIAL DIFFICULTIES AND NEEDS FOR SUPPORT RESOURCE CONNECTION AMONG PATIENTS AT THAI NGUYEN NATIONAL HOSPITAL IN 2026

Objectives: To describe the level of financial difficulty in paying for healthcare using a screening index developed by the research team; to describe the need for connection to support resources; and to analyze factors associated with these outcomes among inpatients at Thai Nguyen National Hospital in 2026.

Methods: A cross-sectional analytical study included 315 inpatients aged ≥ 18 years hospitalized for at least two days, recruited consecutively by ward until the allocated sample was reached. A four-item financial difficulty screening index developed by the research team (not a validated instrument) covered out-of-pocket payment $\geq 30\%$ of total costs, high-risk financial coping, treatment affected by costs, and insufficient essential spending; scores 0-1, 2, and 3-4 were conventionally labeled mild, moderate, and severe. The need for support connection was assessed by direct yes/no question. Chi-square/Fisher tests and multivariable logistic regression were used.

Results: Mean age was 55.4 ± 17.2 years and 95.2%

¹Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên,

²Trường đại học Y dược Thái Nguyên

Tác giả chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Việt

Email: vietnguyendktn@gmail.com

Ngày nhận bài: 12/08/2026

Ngày phản biện khoa học: 24/08/2026

Ngày duyệt bài: 30/08/2026

used health insurance. According to the screening index, 75.9% had mild, 13.7% moderate, and 10.5% severe difficulty; 27.0% reported out-of-pocket payments $\geq 30\%$ of total costs. Major pressure items were hospital fees/copayments (47.0%), food/accommodation (46.0%), non-covered medicines (43.8%), travel (37.1%), and income loss (36.8%). Support connection was needed by 48.6%; 43.1% of these needed it within one week. Only 47.0% knew about hospital social work and 20.6% had received support. Severe difficulty on the screening index was associated with hospital stay ≥ 8 days (aOR=2.47), chronic/severe high-cost disease (aOR=2.99), self-rated economic hardship (aOR=4.89), and poor/near-poor status (aOR=2.70); this model included only 33 events for 6 variables and should be interpreted cautiously given the risk of sparse-data bias.

Conclusion: The screening index identified a substantial subgroup of inpatients with financial difficulty and support connection needs, but this is a preliminary screening tool, not a validated measure of financial burden, and requires further validation before routine use.

Keywords: Financial difficulty, screening index, out-of-pocket payment, inpatients, support resource connection.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bảo vệ người dân khỏi khó khăn tài chính do chi phí y tế là một câu phân trung tâm của bao phủ chăm sóc sức khỏe toàn dân. Chi trả tiền túi (out-of-pocket - OOP) cao có thể làm giảm khả năng đáp ứng các nhu cầu thiết yếu và tạo rào cản duy trì điều trị. WHO và Ngân hàng Thế giới tiếp tục nhấn mạnh việc theo dõi bảo vệ tài chính dựa trên mối quan hệ giữa chi phí y tế và khả năng chi trả của hộ gia đình bằng các thước đo chuẩn hóa như tỷ lệ chi tiêu y tế thảm họa [8].

Tại Việt Nam, mặc dù độ bao phủ BHYT cao, OOP vẫn chiếm tỷ trọng đáng kể trong tổng chi y tế [7]. Gánh nặng thực tế còn bao

gồm đi lại, ăn ở, thuốc/vật tư ngoài phạm vi BHYT và mất thu nhập, đặc biệt ở người bệnh nội trú, bệnh mạn tính hoặc điều trị kéo dài [2],[3]. Nghiên cứu tại các bệnh viện công khu vực trung du và miền núi phía Bắc ghi nhận 20,82% người bệnh gặp chi tiêu y tế thảm họa theo định nghĩa chuẩn, với nguy cơ cao hơn ở nhóm kinh tế bất lợi, điều trị nhiều lần và khoảng cách xa [4].

Khó khăn tài chính có thể dẫn đến trì hoãn dịch vụ, giảm sử dụng thuốc hoặc giảm tái khám. Nhận diện sớm và kết nối nguồn lực là nhiệm vụ quan trọng của điều dưỡng và công tác xã hội (CTXH); Thông tư 51/2024/TT-BYT quy định việc đánh giá nhu cầu, tư vấn chính sách/BHYT và vận động nguồn lực hỗ trợ người bệnh [1]. Tuy nhiên, việc lượng hóa khó khăn chi trả trong thực hành lâm sàng thường ngày cần công cụ sàng lọc nhanh, khác với các thước đo chuẩn hóa về chi tiêu y tế thảm họa vốn đòi hỏi dữ liệu chi tiêu hộ gia đình đầy đủ.

Tại Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên, việc xây dựng bước đầu một công cụ sàng lọc khó khăn chi trả và mô tả nhu cầu kết nối nguồn lực có ý nghĩa thực tiễn cho tổ chức CTXH. Nghiên cứu nhằm: (1) Mô tả mức độ khó khăn chi trả theo chỉ số sàng lọc do nhóm nghiên cứu xây dựng; (2) Mô tả nhu cầu kết nối nguồn lực; (3) Phân tích một số yếu tố liên quan ở người bệnh nội trú tại Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên năm 2026.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Người bệnh từ 18 tuổi trở lên, điều trị nội trú ít nhất 2 ngày tại các khoa lâm sàng người lớn của Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên, có khả năng giao

tiếp, trả lời câu hỏi và đồng ý tham gia. Loại trừ người bệnh đang cấp cứu, hôn mê, diễn biến nặng hoặc không đủ khả năng tham gia tại thời điểm khảo sát.

2.2. Thiết kế, địa điểm, thời gian: Nghiên cứu mô tả cắt ngang có phân tích, thực hiện tại Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên, thu thập số liệu từ tháng 3 đến tháng 8/2026.

2.3. Cỡ mẫu, chọn mẫu: Cỡ mẫu ước lượng một tỷ lệ với $Z=1,96$, $p=0,2082$ [4], $d=0,045$; cỡ mẫu tối thiểu 313, thực tế 315. Mẫu được phân bổ theo quy mô nội trú của các khoa người lớn; trong mỗi khoa, người bệnh đủ tiêu chuẩn được tuyển liên tiếp cho đến khi đạt số lượng phân bổ - đây là chọn mẫu thuận tiện theo khoa, không phải chọn mẫu ngẫu nhiên xác suất, nên có thể chịu sai lệch chọn mẫu theo thời điểm hoặc đặc điểm người bệnh nhập viện.

2.4. Công cụ, biến số: Phiếu khảo sát gồm đặc điểm chung; điều trị/BHYT; chi phí và khó khăn chi trả; nhu cầu hỗ trợ; tiếp cận CTXH. Chỉ số sàng lọc khó khăn chi trả gồm 4 tiêu chí do nhóm nghiên cứu đề xuất dựa trên tham khảo y văn, mỗi tiêu chí 1 điểm: tự chi $\geq 30\%$ tổng chi phí; xoay xở tài chính nguy cơ; chi phí ảnh hưởng điều trị; thiếu hụt chi tiêu thiết yếu. Tổng điểm 0-1: nhẹ; 2: vừa; 3-4: nặng - các ngưỡng này là quy ước của nhóm nghiên cứu, chưa qua thẩm định độ tin cậy, giá trị cấu trúc hay khả năng phân loại trên mẫu độc lập; đây là chỉ số sàng lọc bước đầu, không phải chỉ số chuẩn hóa về gánh nặng tài chính hay chi tiêu y tế thảm họa. Nhu cầu kết nối hỗ trợ xác định bằng câu hỏi Có/Không trực tiếp.

2.5. Thu thập và kiểm soát chất lượng số liệu: Điều tra viên được tập huấn cách hỏi chi

phí và vấn đề tài chính. Người bệnh ưu tiên tự trả lời; phiếu được kiểm tra logic trong ngày, dữ liệu định danh tách khỏi tệp phân tích và dùng mã nghiên cứu duy nhất.

2.6. Phân tích số liệu: Phân tích bằng SPSS 25.0. Biến phân loại trình bày n (%), tuổi bằng trung bình $\pm$ độ lệch chuẩn. Chi-square/Fisher's Exact test dùng cho phân tích hai biến. Hồi quy logistic đa biến cho hai kết cục: khó khăn nặng theo chỉ số sàng lọc và có nhu cầu kết nối hỗ trợ; báo cáo aOR, KTC95% và p ; mức ý nghĩa $p < 0,05$. Mô hình khó khăn nặng có 33 sự kiện cho 6 biến (khoảng 5,5 sự kiện/biến), thấp hơn mức khuyến cáo thông thường (≥ 10); chưa kiểm định độ phù hợp mô hình hay đa cộng tuyến - hạn chế cần khắc phục trước khi công bố chính thức.

2.7. Đạo đức nghiên cứu: Người bệnh tham gia tự nguyện, được bảo đảm riêng tư và có quyền dừng tham gia mà không ảnh hưởng điều trị. Thông tin được mã hóa; trường hợp khó khăn cấp bách được chuyển tới CTXH theo quy định bệnh viện. Nghiên cứu được Hội đồng Đạo đức của Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên thông qua (Số: 429/QĐ-BV, ngày 09/02/2026).

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung: Nghiên cứu phân tích 315 người bệnh nội trú. Tuổi trung bình $55,4 \pm 17,2$; nhóm từ 60 tuổi trở lên chiếm 40,3%, nữ chiếm 56,2%. Có 29,5% người bệnh cư trú ngoài tỉnh, 29,2% tự đánh giá kinh tế gia đình khó khăn và 20,6% thuộc hộ nghèo/cận nghèo. BHYT được sử dụng ở 95,2% số người bệnh; 41,6% đã nằm viện từ 8 ngày trở lên và 61,3% thuộc nhóm bệnh mạn tính/bệnh nặng có chi phí cao (Bảng 1).

Bảng 1. Đặc điểm chung và điều trị của đối tượng nghiên cứu (n=315)

Đặc điểm	n	%
Tuổi ≥ 60	127	40,3
Nữ	177	56,2
Cư trú ngoài tỉnh	93	29,5
Kinh tế tự đánh giá khó khăn	92	29,2
Hộ nghèo/cận nghèo	65	20,6
Sử dụng BHYT	300	95,2
Nằm viện ≥ 8 ngày	131	41,6
Bệnh mạn/nặng chi phí cao	193	61,3

Chi phí và các khoản gây áp lực: Có 48,3% người bệnh ước tính tổng chi phí từ 10 triệu đồng trở lên. Có 85/315 người bệnh (27,0%; KTC95%: 22,4-32,1%) báo cáo phần tự chi từ 30% tổng chi phí trở lên. Những khoản gây

áp lực phổ biến nhất là đồng chi trả/viện phí (47,0%), chi phí ăn ở (46,0%), thuốc ngoài BHYT (43,8%), đi lại (37,1%) và mất thu nhập do nghỉ làm (36,8%) (Bảng 2).

Bảng 2. Chi phí và các khoản gây áp lực chi trả (n=315)

Nội dung	n	%
Tổng chi phí ước tính ≥ 10 triệu đồng	152	48,3
Phần tự chi $\geq 30\%$ tổng chi phí	85	27,0
Đồng chi trả BHYT/viện phí	148	47,0
Thuốc ngoài BHYT	138	43,8
Chi phí đi lại	117	37,1
Ăn ở của người bệnh/người nhà	145	46,0
Mất thu nhập do nghỉ làm	116	36,8

Mức độ khó khăn theo chỉ số sàng lọc: Có 37,5% người bệnh tự đánh giá từ mức “khó khăn” trở lên. Về cách xoay xở, 57,5% sử dụng tiền tiết kiệm, 42,5% vay người thân/bạn bè; 7,6% phải vay tín dụng/cầm đồ/vay nóng, 9,2% bán tài sản và 12,7% chưa xoay

xở được. Có 22,5% xuất hiện ít nhất một biểu hiện chi phí ảnh hưởng đến điều trị; 22,2% thiếu hụt chỉ tiêu thiết yếu trong 30 ngày. Theo chỉ số sàng lọc 4 tiêu chí, 75,9% thuộc mức nhẹ, 13,7% mức vừa và 10,5% mức nặng (Bảng 3).

Bảng 3. Mức độ khó khăn chi trả theo chỉ số sàng lọc và ảnh hưởng đến điều trị (n=315)

Nội dung	n	%
Khó khăn chủ quan từ “khó khăn” trở lên	118	37,5
Vay tín dụng/cầm đồ/vay nóng	24	7,6
Bán tài sản	29	9,2
Chưa xoay sở được	40	12,7
Chi phí ảnh hưởng đến điều trị	71	22,5
Thiếu hụt chi tiêu thiết yếu (30 ngày)	70	22,2
Mức nhẹ (0-1 điểm)	239	75,9
Mức vừa (2 điểm)	43	13,7
Mức nặng (3-4 điểm)	33	10,5

Nhu cầu kết nối nguồn lực và tiếp cận CTXH: Có 153/315 người bệnh (48,6%; KTC95%: 43,1-54,1%) có nhu cầu được kết nối nguồn lực hỗ trợ. Trong nhóm này, viện phí/đồng chi trả là nhu cầu thường gặp nhất (67,3%), tiếp theo là thuốc ngoài BHYT

(51,0%), ăn ở/suất ăn (47,1%) và chăm sóc dài ngày (39,2%). Có 43,1% mong được hỗ trợ trong vòng một tuần. Chỉ 47,0% toàn mẫu biết bệnh viện có dịch vụ CTXH và 20,6% đã nhận hỗ trợ trong đợt điều trị (Bảng 4).

Bảng 4. Nhu cầu kết nối nguồn lực và tiếp cận công tác xã hội

Nội dung	n	%
Có nhu cầu kết nối hỗ trợ (n=315)	153	48,6
Hỗ trợ viện phí/đồng chi trả (n=153)	103	67,3
Hỗ trợ thuốc ngoài BHYT (n=153)	78	51,0
Hỗ trợ ăn ở/suất ăn (n=153)	72	47,1
Hỗ trợ chăm sóc dài ngày (n=153)	60	39,2
Cần hỗ trợ trong ≤1 tuần (n=153)	66	43,1
Biết bệnh viện có CTXH (n=315)	148	47,0
Đã được CTXH hỗ trợ trong đợt này (n=315)	65	20,6

Yếu tố liên quan đến khó khăn nặng theo chỉ số sàng lọc: Trong mô hình hồi quy đa biến, nằm viện từ 8 ngày trở lên có liên quan với khả năng thuộc mức khó khăn nặng cao hơn 2,47 lần; bệnh mạn tính/bệnh nặng chi phí cao có liên quan cao hơn 2,99 lần; kinh tế tự đánh giá khó khăn có liên quan cao hơn 4,89

lần; và thuộc hộ nghèo/cận nghèo có liên quan cao hơn 2,70 lần. Cư trú ngoài tỉnh và không có BHYT chưa cho thấy liên quan có ý nghĩa thống kê. Mô hình này chỉ có 33 trường hợp khó khăn nặng cho 6 biến độc lập, cần diễn giải các ước lượng một cách thận trọng do nguy cơ dữ liệu thừa/quá khớp (Bảng 5).

Bảng 5. Hồi quy logistic đa biến đối với khó khăn chi trả mức nặng theo chỉ số sàng lọc

Yếu tố	aOR	KTC95%	p
Cư trú ngoài tỉnh	1,35	0,58-3,13	0,483
Không có BHYT	2,13	0,50-9,07	0,305
Nằm viện ≥ 8 ngày	2,47	1,10-5,55	0,029
Bệnh mạn/nặng chi phí cao	2,99	1,12-7,98	0,028
Kinh tế tự đánh giá khó khăn	4,89	2,23-10,73	<0,001
Hộ nghèo/cận nghèo	2,70	1,12-6,48	0,026

Yếu tố liên quan đến nhu cầu kết nối hỗ trợ: Mức khó khăn vừa và nặng theo chỉ số sàng lọc có liên quan có ý nghĩa thống kê với nhu cầu kết nối hỗ trợ. So với nhóm khó khăn nhẹ, nhóm khó khăn vừa có khả năng cần kết nối hỗ trợ cao hơn 2,72 lần và nhóm

khó khăn nặng cao hơn 2,68 lần. Các yếu tố kinh tế tự đánh giá khó khăn, cư trú ngoài tỉnh, bệnh mạn/nặng chi phí cao và biết có dịch vụ CTXH chưa đạt ý nghĩa thống kê trong mô hình này (Bảng 6).

Bảng 6. Hồi quy logistic đa biến đối với nhu cầu kết nối hỗ trợ

Yếu tố	aOR	KTC95%	p
Khó khăn vừa so với nhẹ	2,72	1,29-5,75	0,009
Khó khăn nặng so với nhẹ	2,68	1,14-6,28	0,024
Kinh tế tự đánh giá khó khăn	1,62	0,95-2,76	0,075
Cư trú ngoài tỉnh	1,43	0,85-2,41	0,181
Bệnh mạn/nặng chi phí cao	1,53	0,94-2,49	0,085
Biết có dịch vụ CTXH	1,43	0,89-2,29	0,141

IV. BÀN LUẬN

Kết quả cho thấy khó khăn chi trả trong điều trị nội trú có tính đa chiều, vượt ra ngoài viện phí đơn thuần: ăn ở, thuốc ngoài BHYT, đi lại và mất thu nhập đều là các khoản gây áp lực phổ biến. Dù 95,2% sử dụng BHYT - phù hợp với vai trò của BHYT trong giảm chi tiền túi ở người bệnh nội trú đã được ghi nhận tại Việt Nam [5] - 27,0% vẫn báo cáo phần tự chi $\geq 30\%$ tổng chi phí và 10,5% ở mức khó khăn nặng theo chỉ số sàng lọc, cho thấy BHYT làm

giảm nhưng không loại bỏ hoàn toàn khó khăn tài chính do đồng chi trả và các khoản ngoài phạm vi thanh toán.

Cần nhấn mạnh chỉ số sàng lọc 4 tiêu chí trong nghiên cứu này là công cụ do nhóm nghiên cứu xây dựng, chưa qua thẩm định độ tin cậy hay giá trị, khác với các thước đo chuẩn hóa quốc tế về chi tiêu y tế thảm họa. Vì vậy, tỷ lệ 10,5% khó khăn nặng không thể so sánh trực tiếp với tỷ lệ chi tiêu y tế thảm họa

20,82% được báo cáo tại các bệnh viện công khu vực trung du - miền núi phía Bắc theo định nghĩa chuẩn [4], hay với các tỷ lệ thay đổi khi tính thêm chi phí ngoài y tế ở nghiên cứu khác [2]. Sự khác biệt về định nghĩa, ngưỡng và thành phần chi phí cần được lưu ý khi diễn giải kết quả, và các phát hiện của chỉ số sàng lọc nên được xem là gợi ý sàng lọc ban đầu hơn là ước lượng gánh nặng tài chính chính thức.

Khoảng trống đáng chú ý nhất là giữa nhu cầu và khả năng tiếp cận CTXH: 48,6% người bệnh có nhu cầu kết nối hỗ trợ, nhưng chỉ 47,0% biết dịch vụ CTXH tồn tại và 20,6% đã thực sự được hỗ trợ. Khoảng trống này gợi ý vấn đề không chỉ ở năng lực cung ứng dịch vụ mà còn ở khâu truyền thông và tiếp cận thông tin ban đầu. Việc 43,1% người có nhu cầu mong được hỗ trợ trong vòng một tuần cũng cho thấy cần cơ chế sàng lọc và phản hồi chủ động hơn là chỉ chờ người bệnh tự liên hệ.

Mô hình đa biến cho thấy khó khăn nặng có liên quan với nằm viện kéo dài, bệnh mạn/nặng chi phí cao, kinh tế tự đánh giá khó khăn và hộ nghèo/cận nghèo, phù hợp hướng chung của y văn Việt Nam [2],[4],[6]. Tuy nhiên, mô hình này chỉ có 33 sự kiện cho 6 biến (khoảng 5,5 sự kiện/biến), thấp hơn nhiều mức khuyến cáo thường dùng; khoảng tin cậy rộng, đặc biệt ở kinh tế khó khăn ($aOR=4,89$), phản ánh sự không ổn định tiềm ẩn của ước lượng và cần xác nhận lại với cỡ mẫu lớn hơn. Với thiết kế cắt ngang, các mối liên quan quan sát được không hàm ý quan hệ nhân quả.

Nghiên cứu có hạn chế: chọn mẫu thuận tiện theo khoa, không phải xác suất; chỉ số sàng lọc chưa được thẩm định độ tin cậy và giá trị; chi phí tự ước tính có nguy cơ sai số

nhớ lại; và thực hiện tại một bệnh viện tuyến trung ương hạn chế khả năng ngoại suy.

V. KẾT LUẬN

Trong 315 người bệnh nội trú, theo chỉ số sàng lọc 4 tiêu chí do nghiên cứu xây dựng, 10,5% ở mức khó khăn chi trả nặng và 27,0% tự chi $\geq 30\%$ tổng chi phí. Có 48,6% có nhu cầu kết nối hỗ trợ, nhưng chỉ 47,0% biết dịch vụ CTXH và 20,6% đã được hỗ trợ. Khó khăn nặng có liên quan với nằm viện ≥ 8 ngày, bệnh mạn/nặng chi phí cao, kinh tế khó khăn và hộ nghèo/cận nghèo; mô hình có ít sự kiện so với số biến nên cần xác nhận thêm. Đây là chỉ số sàng lọc bước đầu, chưa phải thước đo chuẩn hóa về gánh nặng tài chính y tế.

VI. KIẾN NGHỊ

1. Thẩm định độ tin cậy, giá trị và khả năng phân loại của chỉ số sàng lọc khó khăn chi trả trước khi xem xét áp dụng thường quy tại khoa.

2. Tăng cường truyền thông về sự tồn tại và cách liên hệ dịch vụ CTXH, ưu tiên nhóm nằm viện dài ngày, bệnh chi phí cao hoặc tự đánh giá kinh tế khó khăn.

3. Mở rộng cỡ mẫu cho các nghiên cứu phân tích đa biến tiếp theo, đặc biệt với kết cục khó khăn nặng có số sự kiện còn hạn chế trong nghiên cứu này.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế. Thông tư số 51/2024/TT-BYT ngày 31/12/2024 quy định về thực hiện công tác xã hội trong cơ sở khám bệnh, chữa bệnh. Hiệu lực từ 01/3/2025.
2. Aiga H, Tran Tuan Anh, Phan Can Van, Sakamoto T, Nomura M, Bui Thu Hien, et al. Hidden out-of-pocket spending on health: A cross-

- sectional study on underestimation of catastrophic health spending in Vietnam. *Public Health Pract (Oxf)*. 2026;12:100817.
3. **Bales S, Dao HL.** Trends and Differentials in Household Out-of-Pocket Spending for Health in Viet Nam, 2010-2022. World Bank; 2025.
 4. **Dinh Hong Linh, Nguyen Thi Thu Thuong, Dinh Vien Nhu.** Determinants of catastrophic health expenditure: Evidence from a patient survey at public hospitals in the Northern midlands and mountainous areas, Vietnam. *Inquiry*. 2026;15(2):22799036261457767.
 5. **Nguyen DT, Bui TMA, Chu HX, Hoang VM.** Out-of-Pocket Health Expenditures Among Insured and Uninsured Patients in Vietnam. *Asia Pac J Public Health*. 2019.
 6. **Tran BT, Tran TT, Nguyen DQA, Nguyen HL, Nguyen TX, Nguyen NPT, et al.** Financial toxicity in patients with cancer: a cross-sectional study at an oncology hospital in central Vietnam. *Support Care Cancer*. 2024;32(9):581.
 7. **World Bank.** Out-of-pocket expenditure (% of current health expenditure) - Viet Nam. Global Health Expenditure Database; data updated 2025.
 8. **World Health Organization, World Bank.** Tracking universal health coverage: 2025 global monitoring report. Geneva: World Health Organization; 2025.