

ĐẶC ĐIỂM VÀ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ BỆNH NHÂN BỎNG CÓ BẢO HIỂM Y TẾ TẠI BỆNH VIỆN BỎNG QUỐC GIA

Ngô Minh Đức, Nguyễn Như Lâm
Bệnh viện Bỏng Quốc gia Lê Hữu Trác

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá tỷ lệ, đặc điểm và kết quả điều trị bệnh nhân (BN) bỏng có bảo hiểm y tế (BHYT).

Đối tượng và phương pháp: Nghiên cứu hồi cứu trên 15.301 bệnh nhân bỏng điều trị trong 5 năm (2016 - 2020) tại Bệnh viện Bỏng Quốc gia. Bệnh nhân được chia làm hai nhóm có hoặc không có BHYT được so sánh về các đặc điểm, kết quả điều trị.

Kết quả: Tỷ lệ BN bỏng có BHYT là 82,57%, gia tăng theo thời gian. Nhóm bệnh nhân có BHYT có tỷ lệ nam giới và người lớn thấp hơn, nhập viện muộn hơn, tác nhân bỏng là nhiệt ướt cao hơn. Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa hai nhóm về nơi cư trú, diện tích bỏng, chấn thương kết hợp nhưng diện tích bỏng sâu lớn hơn, tỷ lệ bỏng hô hấp thấp hơn và tỷ lệ có bệnh kết hợp cao hơn ở nhóm có BHYT.

Nhóm bệnh nhân có BHYT có thời gian điều trị dài hơn có ý nghĩa thống kê (15 so với 9 ngày; $p < 0,01$), chi phí điều trị cung cấp nhiều hơn, tỷ lệ tử vong thấp hơn đáng kể so với nhóm không có BHYT (2,79% so với 5,21%; $p < 0,001$) tuy nhiên chưa đạt đến mức ảnh hưởng độc lập khi phân tích đa biến.

Kết luận: Tỷ lệ bệnh nhân bỏng có BHYT tương đối cao và mang lại nhiều lợi ích cho bệnh nhân bỏng, cần được khuyến khích gia tăng tỷ lệ này trong cộng đồng.

Từ khóa: Bỏng, Bảo hiểm y tế, kết quả điều trị

ABSTRACT

Objectives: To evaluate the prevalence, characteristics and outcomes of burn patients with health insurance.

Subjects and methods: A retrospective study was conducted on 15301 burn patients in 5 years (2016 - 2020) at the National Burn Hospital. These patients were divided into

Chịu trách nhiệm: Ngô Minh Đức, Bệnh viện Bỏng quốc gia Lê Hữu Trác

Email: yducqy@gmail.com

Ngày nhận bài: 08/10/2021; Ngày nhận xét: 16/3/2022; Ngày duyệt bài: 24/3/2022

<https://doi.org/10.54804/yhthvb.1.2022.102>

two groups with and without health insurance to be compared in their some characteristics and treatment results.

Results: The percentage of burn patients with health insurance was 82.57%. The group of patients with health insurance had a lower proportion of men and adults, who were hospitalized later, due to a higher rate of wet heat. There was no statistically significant difference between the two groups in terms of living location, burn extent, and combined injury. However, larger depth burn area, lower rate of inhalation injury, and higher combined morbidity rate were seen in the group with health insurance. The group of patients with health insurance had a statistically significant longer hospitalization (15 vs. 9 days; $p < 0.01$), and more the cost of the treatment provided and a lower mortality rate (2.79% vs. 5.21%; $p < 0.001$) but did not reach independent level.

Conclusion: The percentage of burn patients with health insurance is relatively high and brings many benefits to the burn patients, and should be encouraged to increase this rate in the community.

Keywords: Burns, Health insurance, treatment results

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bỏng là một tai nạn thường gặp hàng ngày, chủ yếu xảy ra ở các đối tượng bệnh nhân là công nhân, nội trợ, nông dân.. có thu nhập thấp trong khi chi phí điều trị còn cao, đặc biệt là các trường hợp bỏng diện rộng, bỏng hô hấp, bỏng có các biến chứng. Bảo hiểm y tế mang lại nhiều lợi ích cho người bệnh trong việc chi trả các chi phí điều trị, phục hồi chức năng. Tuy nhiên, vì nhiều lý do khác nhau, không phải tất cả bệnh nhân đều có bảo hiểm y tế. Câu hỏi đặt ra là, đối với bệnh nhân bỏng, bảo hiểm y tế có ảnh hưởng như thế nào đến diễn biến và kết quả điều trị. Trong nghiên cứu này chúng tôi so sánh đặc điểm và kết quả điều trị bệnh nhân bỏng có và không có bảo hiểm y tế, điều trị tại Bệnh viện Bỏng Quốc gia Lê Hữu Trác trong giai đoạn 2016 - 2020.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2. 1. Đối tượng nghiên cứu

15.301 BN bỏng điều trị tại Bệnh viện Bỏng quốc gia Lê Hữu Trác trong 5 năm (2016 - 2020). Bệnh nhân được chia làm hai nhóm có hoặc không có BHYT.

2. 2. Phương pháp nghiên cứu

* Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu hồi cứu trên 15.301 BN bỏng điều trị tại bệnh viện Bỏng Quốc gia trong 5 năm (2016 - 2020).

* Các chỉ tiêu đánh giá: So sánh hai nhóm về tuổi, giới tính, nơi cư trú, thời điểm vào viện sau bỏng, bệnh và chấn thương kết hợp, đặc điểm tổn thương bỏng gồm diện tích bỏng, diện tích bỏng sâu, bỏng hô hấp và kết quả điều trị gồm thời gian điều trị, biến chứng và tử vong.

* Xử lý số liệu: Phân tích trên phần mềm Stata 14.0, có ý nghĩa thống kê khi $p < 0,05$.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Tỷ lệ bệnh nhân có bảo hiểm y tế theo thời gian

Năm	Bảo hiểm y tế n (%)	
	Không (n = 2.667)	Có (n = 12.634)
2016	815 (22,92)	2741 (77,08)
2017	593 (18,31)	2646 (81,69)
2018	513 (16,53)	2591 (83,47)
2019	417 (13,89)	2586 (86,11)
2020	329 (13,71)	2070 (86,29)
Giai đoạn 2016 - 2020	2667 (17,43)	12634 (82,57)

Tỷ lệ bệnh nhân bồng có BHYT điều trị nội trú tại Bệnh viện Bồng Quốc gia gia tăng theo thời gian, từ 77,08% năm 2016 đã tăng lên 83,47% năm 2018 và 86,29% vào năm 2020. Tỷ lệ bệnh nhân có BHYT trung bình trong giai đoạn 2016 - 2020 là 82,57%.

Bảng 2. Đặc điểm bệnh nhân

Đặc điểm		Bảo hiểm y tế		p
		Không (n = 2.667)	Có (n = 12.634)	
Giới tính, n(%)	Nữ	625 (23,43)	4291 (33,96)	0,001
	Nam	2042 (76,57)	8343 (66,04)	
Tuổi, n (%)	Trẻ em	137 (5,14)	5680 (44,96)	0,001
	Người lớn	2495 (93,55)	6351 (50,27)	
	Người già	35 (1,31)	603 (4,77)	
	Trung vị	32 (24 - 42)	12 (1,67 - 36)	
Nơi cư trú, n (%)	Nông thôn	1741 (65,28)	8430 (66,72)	0,98
	Thành thị	924 (34,72)	4204 (33,28)	
Thời điểm vào viện sau bồng, n (%)	< 24h	2342 (87,81)	10257 (81,19)	0,001
	≥ 24h	325 (12,19)	2377 (18,81)	
Bệnh kết hợp, n (%)	Không	2590 (97,11)	11917 (94,32)	0,001
	Có	77 (2,89)	717 (5,68)	
Tác nhân, n (%)	Nhiệt ướt	576 (21,60)	6374 (50,45)	0,001
	Nhiệt khô	1607 (60,25)	4686 (37,09)	
	Điện	403 (15,11)	1395 (11,04)	
	Hoá chất	81 (3,04)	149 (1,18)	

Trong số bệnh nhân có BHYT, nam giới chiếm chủ yếu và thấp hơn ở nhóm không có BHYT (66,04% so với 76,57%; $p < 0,001$). Tỷ lệ bệnh nhân BHYT nhập viện trước 24h sau bỏng thấp hơn có ý nghĩa thống kê (81,19% so với 87,81%; $p < 0,001$). Không có sự khác biệt đáng kể về nơi cư trú của hai nhóm bệnh nhân có và không có BHYT (66,72% so với 65,28%; $p > 0,05$). Cơ cấu tuổi khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,001$) giữa hai nhóm: Bệnh nhân có BHYT tỷ lệ người lớn (50,27%) cân bằng với nhóm còn lại trong khi đó ở nhóm không có BHYT, tỷ lệ người lớn chiếm ưu thế (93,55%), trẻ em tỷ lệ thấp đáng kể (5,14%),

mặt khác, tỷ lệ người già cũng cao hơn ở nhóm bệnh nhân có BHYT (4,77% so với 1,31%), nhóm tuổi trẻ em và người già có tỷ lệ có BHYT chiếm đa số (5680/137 và 603/35). Tỷ lệ bệnh nhân có bệnh kết hợp cao hơn (5,68% so với 2,89%; $p < 0,001$) ở nhóm không có BHYT. Tác nhân bỏng là nhiệt ướt chiếm tỷ lệ cao nhất (50,45%) ở nhóm bệnh nhân có BHYT sau đó là nhiệt khô, trong khi ở nhóm không có BHYT, tác nhân bỏng chiếm tỷ lệ cao nhất là nhiệt khô (60,25%) sau đó là nhiệt ướt (21,60%), tỷ lệ bỏng do điện cũng cao hơn nhiều ở nhóm không có BHYT (15,11% so với 11,04%).

Bảng 3. Đặc điểm tổn thương

Đặc điểm tổn thương	Bảo hiểm y tế		p
	Không (n = 2.667)	Có (n = 12.634)	
Diện tích bỏng, %DTCT*	7 (3 - 15)	7 (3 - 15)	0,25
Diện tích bỏng BN TE, %DTCT	4 (3 - 8)	6 (3 - 12)	< 0,001
Diện tích bỏng BN NL, %DTCT	8 (3 - 16)	8 (3 - 20)	0,066
Diện tích bỏng sâu, %DTCT	0 (0 - 1)	0,0312 (0 - 3)	0,001
Diện tích bỏng sâu BN TE, %DTCT	0 (0 - 0)	0 (0 - 2)	< 0,001
Diện tích bỏng sâu BN NL, %DTCT	0 (0 - 1)	0,1875 (0 - 4)	< 0,001
Chấn thương kết hợp, n (%)	56 (2,10)	164 (1,30)	0,002
Bỏng hô hấp	95 (3,56)	228 (1,8)	0,001

*: Diện tích cơ thể; TE: trẻ em; NL: người lớn

Diện tích bỏng khác nhau không có ý nghĩa thống kê giữa hai nhóm BN ($p > 0,05$), tuy nhiên ở bệnh nhân trẻ em có BHYT bị bỏng có diện tích rộng hơn ($p < 0,001$). Nhóm BN có BHYT có diện tích bỏng sâu lớn hơn có ý nghĩa thống kê ($p < 0,01$)

nhưng tỷ lệ chấn thương kết hợp (1,30% so với 2,10%; $p < 0,05$). và tỷ lệ bỏng hô hấp cũng thấp hơn đáng kể so với nhóm BN không có BHYT (1,8% so với 3,56%; $p < 0,01$).

Bảng 4. Kết quả điều trị

Kết quả điều trị	Bảo hiểm y tế		p
	Không (n = 2.667)	Có (n = 12.634)	
Thời gian điều trị, ngày	9 (4 - 15)	15 (9 - 24)	0,001
Thời gian điều trị BN TE, ngày	4 (1 - 9)	14 (9 - 22)	< 0,001
Thời gian điều trị BN NL, ngày	9 (5 - 16)	15 (9 - 27)	< 0,001
Thời gian điều trị bệnh nhân có bông sâu, ngày	15 (8 - 25)	22 (14 - 34)	< 0,001
Thời gian điều trị bệnh nhân bông nông, ngày	7 (3 - 11)	10 (7 - 15)	< 0,001
Thời gian điều trị / %DTB, ngày	1,1 (0,5 - 3,0)	2 (1 - 5)	< 0,001
Thời gian điều trị / %DTB ở BN bông sâu, ngày	2,8 (0,9 - 15)	3,0 (1,4 - 11,7)	< 0,001
Thời gian điều trị / %DTB ở BN bông nông, ngày	0,8 (0,4 - 1,5)	1,4 (0,8 - 2,7)	< 0,001
Chi phí điều trị (đơn vị triệu đồng)	5,38 (2,7 - 11,04)	14,80 (8,12 - 29,79)	< 0,001
Chi phí điều trị bệnh nhân có bông sâu (đơn vị triệu đồng)	11,0 (5,62 - 21,7)	25,7 (14,8 - 50,2)	< 0,001
Chi phí điều trị bệnh nhân bông nông (đơn vị triệu đồng)	3,60 (2,10 - 6,36)	8,85 (5,78 - 14,54)	< 0,001
Chi phí theo diện tích bông(triệu đồng/người/%DTB)	0,74 (0,37 - 2,03)	2,27 (1,24 - 5,32)	< 0,001
Chi phí theo diện tích bông ở BN bông sâu (triệu đồng/người/%DTB)	6,26 (2,53 - 18,03)	11,48 (6,31 - 26,64)	< 0,001
Chi phí theo diện tích bông ở BN bông nông (triệu đồng/người/%DTB)	0,48 (0,30 - 0,85)	1,36 (0,90 - 2,18)	< 0,001
Tử vong, n (%)	139 (5,21)	353 (2,79)	0,001 > 0,05*
Thời gian từ khi vào viện đến khi tử vong (n = 492), ngày	3 (1 - 9)	9 (2 - 15)	< 0,001

DTB: Diện tích bông; DTBS: Diện tích bông sâu; ARDS: Hội chứng suy hô hấp cấp tiến triển; *: $p > 0,05$ khi phân tích đa biến các yếu tố ảnh hưởng tử vong.

Nhóm BN có BHYT có thời gian điều trị dài hơn có ý nghĩa thống kê (15 so với 9 ngày; $p < 0,01$) và chi phí điều trị được cung cấp cao hơn ($p < 0,01$) so với nhóm BN không có BHYT. Tỷ lệ tử vong thấp hơn đáng kể ở nhóm có BHYT (2,79% so với 5,21%; $p < 0,001$). Tuy nhiên khi

phân tích đa biến về các yếu tố ảnh hưởng đến tử vong, BHYT chưa phải là yếu tố độc lập ($p > 0,05$). Thời gian trung bình từ khi vào đến khi tử vong trên những bệnh nhân tử vong ở bệnh nhân có BHYT kéo dài hơn không có BHYT (9 so với 3, $p < 0,001$).

4. BÀN LUẬN

Theo khoản 1, Điều 2 Luật BHYT năm 2008 sửa đổi, bổ sung năm 2014 quy định, BHYT là hình thức bảo hiểm bắt buộc áp dụng đối với các đối tượng phục vụ cho chăm sóc sức khỏe, không vì mục đích lợi nhuận do nhà nước tổ chức thực hiện. BHYT là loại hình bảo hiểm thuộc lĩnh vực chăm sóc sức khỏe cộng đồng. Theo đó, người mua BHYT sẽ được chi trả một phần hoặc toàn bộ chi phí thăm khám, điều trị, phục hồi sức khỏe... nếu không may xảy ra tai nạn, ốm đau. BHYT có hai loại hình gồm bắt buộc và tự nguyện. BHYT áp dụng bắt buộc đối với các đối tượng là cán bộ, công nhân, viên chức tại chức, hưu trí, nghỉ mất sức lao động thuộc khu vực hành chính sự nghiệp, tổ chức đảng, đoàn thể xã hội có hưởng lương từ ngân sách nhà nước. Các doanh nghiệp trong nước có thuê từ 10 lao động trở lên, các doanh nghiệp liên doanh với nước ngoài và tổ chức quốc tế tại Việt Nam có thuê lao động là người Việt Nam [1], [2].

Tỷ lệ bệnh nhân bồng có BHYT tương đương so với tỷ lệ dân số tham gia BHYT từng năm. Tỷ lệ dân số tham gia BHYT năm 2016 là 75,83%, đến năm 2017 là 79,98%, năm 2019 tăng lên 82,7% và tính đến 31/12/2020, số người tham gia bảo hiểm y tế là 87,96 triệu người đạt tỷ lệ bao phủ 90,85% dân số. Trong đó, ngân sách nhà nước đóng và hỗ trợ mức đóng trên 51 triệu người, chiếm 58%. Tổng số chi do ngân sách nhà nước đóng, hỗ trợ mức đóng năm 2020 là 39.953 tỷ đồng, bằng 37% tổng số thu tiền đóng bảo hiểm y tế. Với bệnh nhân bồng điều trị tại Bệnh viện Bồng quốc gia, tỷ lệ bệnh nhân có BHYT

tăng dần theo năm, từ 77,08% năm 2016 đã tăng lên 83,47% năm 2018 và 86,29% vào năm 2020, như vậy xu hướng này phù hợp với xu hướng chung.

Lợi ích đối với người khi tham gia BHYT giúp khắc phục khó khăn về kinh tế khi rủi ro ốm đau xảy ra, mà còn giảm bớt gánh nặng cho ngân sách nhà nước, góp phần đổi mới cơ chế quản lý, nâng cao chất lượng và công bằng trong khám chữa bệnh. BHYT còn là chính sách xã hội ưu tiên cho các đối tượng đặc biệt như trẻ em, người già, lực lượng vũ trang,... chính vì vậy nó tách động đến đặc điểm của bệnh nhân khi tham gia KCB liên quan BHYT.

Trong nghiên cứu của chúng tôi thấy, tỷ lệ bệnh nhân BHYT nhập viện trước 24h sau bồng thấp hơn, cơ cấu tuổi khác biệt giữa hai nhóm, tỷ lệ bệnh nhân có bệnh kết hợp cao hơn ở nhóm tham gia BHYT ($p < 0,001$). Chính sách BHYT cũng thể hiện trực tiếp đến đặc điểm bệnh nhân, khi có BHYT sẽ có nhiều thủ tục hành chính hơn, đi qua các tuyến điều trị trước khi đến tuyến cao hơn nên thời gian nhập viện trước 24 giờ ở nhóm này thấp hơn nhóm không có BHYT, tuy nhiên vấn đề này cũng mang lại nhiều ưu điểm, người bệnh sẽ được sàng lọc qua các tuyến, sẽ hạn chế được việc bệnh nhân không cần thiết phải chuyển tuyến để lên tuyến trên. Bệnh nhân nhóm tuổi trẻ em và người già là nhóm được ưu tiên các chính sách của nhà nước, mặt khác tuổi già có nhiều bệnh nền nên các nhóm này có tỷ lệ BHYT cao hơn, đây cũng là những đặc điểm ảnh hưởng đến tỷ lệ tham gia BHYT chung trong xã hội.

Nhiều báo cáo chỉ ra, các yếu tố ảnh hưởng đến tỷ lệ tham gia bảo hiểm y tế như mức đóng BHYT, chất lượng dịch vụ khám chữa bệnh, quyền lợi khi tham gia BHYT, thủ tục hành chính và sự hiểu biết Luật bảo hiểm y tế [1], [2].

Nghiên cứu của Jay Dickieson và Victoriaarkus (2009) về “Các nhân tố ảnh hưởng đến quyết định mua thực phẩm hữu cơ” cho thấy, có 5 nhóm nhân tố ảnh hưởng đến quyết định mua có ý nghĩa thống kê là nhóm sức khỏe, nhóm chất lượng, nhóm an toàn, nhóm lòng tin và nhóm giá cả [3].

Yamada và cộng sự (2009), nghiên cứu về “Các yếu tố ảnh hưởng đến mua BHYT tư nhân ở Nhật Bản” cho thấy, các yếu tố tác động đến mua BHYT tư nhân ở Nhật Bản bao gồm: Thu nhập của hộ gia đình; Tổng tài sản của hộ gia đình; Thế chấp; Nghề nghiệp của hộ gia đình; Tuổi của chủ hộ; Tình trạng hôn nhân của chủ hộ; Tổng số con trong gia đình [4].

Yellaiah và Ramakrishna (2012) nghiên cứu “Ảnh hưởng của các yếu tố kinh tế xã hội đến tham gia BHYT ở Ấn Độ” cho thấy, các yếu tố ảnh hưởng đến nhu cầu BHYT tại Thành phố Hyderabad gồm: nghề nghiệp, thu nhập, chỉ tiêu y tế và nhận thức về BHYT. Trên cơ sở phân tích thực nghiệm của tác giả về các yếu tố quyết định BHYT, Yellaiah và Ramakrishna (2012) đã đề xuất một số hàm ý chính sách [5].

Với bệnh nhân bỏng, chi phí điều trị lớn, tổn thương cũng để lại di chứng kéo dài, phải đi KCB nhiều lần sau giai đoạn cấp để điều trị di chứng bỏng, chính vì vậy tham gia BHYT sẽ mang lại nhiều lợi ích

cho bệnh nhân trong quá trình khám chữa bệnh (KCB) giai đoạn cấp cũng như điều trị di chứng sau đó.

Kết quả nghiên cứu cho thấy, ngày điều trị dài hơn, kinh phí điều trị cung cấp cho nhóm bệnh nhân có BHYT cao hơn ($p < 0,01$) chính vì vậy có lẽ đã giúp cho kết quả điều trị tốt hơn, tỷ lệ sống cao hơn, kéo dài hơn. Thể hiện, tỷ lệ biến chứng ARDS cao hơn đáng kể ở nhóm bệnh nhân không có BHYT (0,26% so với 0,12%; $p < 0,01$), tỷ lệ các biến chứng sốc nhiễm khuẩn, suy đa tạng có xu hướng cao hơn ở nhóm không có bảo hiểm y tế nhưng khác biệt không có ý nghĩa thống kê, tỷ lệ tử vong thấp hơn đáng kể ở nhóm có BHYT (2,79% so với 5,21%; $p < 0,001$).

Đặc biệt, khi có BHYT bệnh nhân cấp nguồn lực điều trị lớn, thời điểm tử vong kéo dài hơn so với không có BHYT (9 so với 3 ngày, $p < 0,01$). Ngoài ra, bệnh nhân không có BHYT hay xin về sớm hơn, không điều trị kết hợp vật lý trị liệu, phục hồi chức năng, biểu hiện ngày điều trị ngắn hơn ở nhóm này ($p < 0,001$), chính điều này cũng ảnh hưởng đến chất lượng, kết quả điều trị.

Nghiên cứu của Hulsebos và cộng sự (2021) đã đưa ra đặc điểm và lợi ích của BHYT với bệnh nhân bỏng trong 5 năm cho thấy: Không có sự khác biệt đáng kể về diện tích bỏng ($p = 0,3$), bỏng hô hấp ($p = 0,3$), Thời gian điều trị hồi sức ($p = 0,09$), số lần phẫu thuật ghép da ($p = 0,1$), Những bệnh nhân có bảo hiểm công có nhiều khả năng được chăm sóc điều dưỡng lành nghề hơn ($p = 0,0007$). Bệnh nhân tư nhân có nhiều khả năng được chăm sóc tại nhà hơn ($p = 0,0005$) hoặc chuyển đến điều trị nội trú

liên tục ($p < 0,0001$), bệnh nhân không có bảo hiểm ít có khả năng nhận được các nguồn lực sau khi xuất viện hơn. Bệnh nhân không có bảo hiểm nhận được ít nguồn lực chăm sóc vết thương hơn sau khi xuất viện, điều này có thể dẫn đến kết quả lâu dài không tối ưu, và giảm trở lại tình trạng chức năng trước khi bị thương [6].

Đối với bệnh nhân bị bỏng, điều kiện tài chính rất quan trọng ảnh hưởng rất lớn đến chi phí và kết quả điều trị do thời gian điều trị lâu dài, phải sử dụng nhiều kỹ thuật tốn kém [7].

Việc quản lý dữ liệu tham gia BHYT có lợi ích rất lớn trong nghiên cứu về đặc điểm, cơ chế chính sách cho bệnh nhân bỏng [8]. Chính vì vậy cần tăng tỷ lệ tham gia BHYT, đặc biệt với đối tượng nguy cơ cao về bỏng nặng.

5. KẾT LUẬN

Tỷ lệ bệnh nhân bỏng có bảo hiểm y tế là 82,57%, tỷ lệ có bảo hiểm y tế gia tăng theo thời gian. So với nhóm không có bảo hiểm y tế, nhóm bệnh nhân bỏng có bảo hiểm y tế nhập viện muộn hơn, diện tích bỏng sâu lớn hơn, thời gian điều trị dài hơn nhưng tỷ lệ tử vong thấp hơn và kéo dài thời giá sống đáng kể tuy nhiên chưa đạt mức ảnh hưởng độc lập. Bảo hiểm y tế mang lại nhiều lợi ích cho bệnh nhân bỏng, cần được khuyến khích gia tăng tỷ lệ này trong cộng đồng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Dương Thị Lệ Huyền (2018)**. Các yếu tố ảnh hưởng đến quyết định tham gia bảo hiểm y tế hộ nông dân ở TP. Sa Đéc, tỉnh Đồng Tháp. Luận văn Thạc sỹ Quản trị kinh doanh - Trường Đại học Cửu Long.
2. **Nguyễn Thị Trúc Hương (2016)**. Phân tích các yếu tố ảnh hưởng đến quyết định tham gia bảo hiểm y tế của hộ gia đình trên địa bàn huyện Thạnh Phú, tỉnh Bến Tre (Doctoral dissertation, Đại học Trà Vinh).
3. **Dickieson, J., Arkus, V., & Wiertz, C. (2009)**. Factors that influence the purchase of organic food: A study of consumer behavior in the UK. Cass Business School, London.
4. **Yamada, T., Chen, C. C., Yamada, T., Noguchi, H., & Miller, M. (2009)**. Private health insurance and hospitalization under Japanese national health insurance. *The Open Economics Journal*, 2, 61-70.
5. **Yellaiah, J., & Ramakrishna, G. (2012)**. Socio-economic determinants of health insurance in India: the case of Hyderabad city. *International Journal of Development and Sustainability*, 1(2), 111-119.
6. **Hulsebos, I. F., Collier, Z. J., Spera, L. J., Johnson, M. B., Hulsebos, E. M., Yenikomshian, H. A., & Gillenwater, J. (2021)**. Burn Patient Insurance Status Influences Hospital Discharge Disposition and Utilization of Post-Discharge Outpatient Care. *Journal of Burn Care & Research.*, <https://doi.org/10.1093/jbcr/irab124>.
7. **Keshri, V. R., & Jagnoor, J. (2022)**. Burns in India: a call for health policy action. *The Lancet Public Health*, 7(1), e8-e9.
8. **Choi, J., Choi, H. J., Kang, K. J., Seo, B. F., Shin, J., & Jung, S. N. (2018)**. Feature analysis of burn patients in Korea using national health insurance database. *Journal of Korean Burn Society*, 55-58.