

Các yếu tố ảnh hưởng đến quan điểm của người bệnh về chi phí trực tiếp y tế bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính

Trần Thanh Nam¹, Nguyễn Phúc Hưng^{2,*}, Trần Bá Kiên³, Trần Thành Trung⁴

¹Bệnh viện Đa khoa Cao su Dầu Tiếng

²Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

³Trường Cao đẳng Dược Trung ương Hải Dương

⁴Sở Y tế An Giang

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Trước gánh nặng tử vong và chi phí điều trị bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính (COPD) ngày càng gia tăng, nghiên cứu được thực hiện nhằm đánh giá quan điểm của người bệnh về chi phí trực tiếp y tế trong điều trị nội trú. **Mục tiêu:** Khảo sát quan điểm của người bệnh và đánh giá các yếu tố ảnh hưởng đến quan điểm của người bệnh về chi phí trực tiếp y tế của COPD điều trị nội trú tại Bệnh viện Đa khoa Cao su Dầu Tiếng giai đoạn 2025 - 2026. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 202 người bệnh COPD điều trị nội trú tại Bệnh viện Đa khoa Cao su Dầu Tiếng từ tháng 5/2025 đến 3/2026. **Kết quả:** Sự hỗ trợ từ gia đình, xã hội, chi phí điều trị thực tế và khả năng tiếp cận dịch vụ y tế là các yếu tố được đánh giá ảnh hưởng nhiều nhất đến quan điểm của người bệnh về chi phí trực tiếp y tế. Ngoài ra, tình trạng sức khỏe, chất lượng dịch vụ y tế và chính sách bảo hiểm y tế cũng ảnh hưởng đến quan điểm của người bệnh về chi phí trực tiếp y tế. **Kết luận:** Chính sách bảo hiểm y tế, tình trạng sức khỏe, chất lượng dịch vụ y tế, chi phí điều trị thực tế, khả năng tiếp cận dịch vụ y tế, hỗ trợ từ gia đình, xã hội có mối liên quan có ý nghĩa thống kê với quan điểm của người bệnh về chi phí trực tiếp COPD ($p < 0.05$).

Từ khóa: chi phí trực tiếp y tế, bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính (COPD), quan điểm

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính (COPD) là một trong những nguyên nhân hàng đầu gây tử vong trên toàn cầu, với khoảng 3.5 triệu ca tử vong năm 2021, chiếm gần 5% tổng số ca tử vong. Số ca tử vong do COPD có xu hướng gia tăng do già hóa dân số, ô nhiễm không khí và tỷ lệ hút thuốc lá cao [1]. Phần lớn gánh nặng tử vong tập trung tại các quốc gia thu nhập thấp và trung bình. Tại Việt Nam, tỷ lệ mắc COPD ở người trên 40 tuổi được ghi nhận là 4.2% (2009). Với xu hướng già hóa dân số và các yếu tố nguy cơ còn phổ biến, số lượng người bệnh COPD được dự báo tiếp tục tăng trong những năm tới [2]. Không chỉ gây gánh nặng bệnh tật, COPD còn tạo ra gánh nặng kinh tế đáng kể do chi phí điều trị nội trú, thuốc, xét nghiệm và quản lý đợt cấp ở mức cao [3]. Mặc dù trên thế giới đã có nhiều nghiên cứu về chi phí điều trị COPD, tại Việt Nam các nghiên cứu còn hạn chế, đặc biệt là những nghiên cứu quan điểm về chi phí trực tiếp y tế của người bệnh. Năm 2024, Bệnh viện Đa khoa Cao su Dầu Tiếng tiếp nhận hơn 700 lượt người

bệnh COPD và dự kiến sẽ tiếp tục tăng [4]. Tuy nhiên, đến nay chưa có nghiên cứu nào đánh giá quan điểm về chi phí trực tiếp y tế của người bệnh COPD tại bệnh viện. Xuất phát từ thực tiễn đó, đề tài được thực hiện nhằm: (1) Khảo sát quan điểm của người bệnh về chi phí trực tiếp y tế bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính điều trị nội trú tại Bệnh viện Đa khoa Cao su Dầu Tiếng giai đoạn 2025 - 2026; (2) Đánh giá các yếu tố ảnh hưởng đến quan điểm của người bệnh về chi phí trực tiếp y tế bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính điều trị nội trú tại Bệnh viện Đa khoa Cao su Dầu Tiếng giai đoạn 2025 - 2026.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Người bệnh COPD điều trị nội trú có bảo hiểm y tế (BHYT) tại Bệnh viện Đa khoa Cao su Dầu Tiếng giai đoạn 2025 - 2026.

Tiêu chuẩn chọn mẫu: Người bệnh được chẩn đoán bệnh COPD (mã ICD-10: J44) có BHYT điều trị nội trú tại Bệnh viện Đa khoa Cao su Dầu Tiếng giai đoạn 2025 - 2026, bao gồm cả người bệnh

Tác giả liên hệ: Nguyễn Phúc Hưng

Email: nphung@ctump.edu.vn

COPD có một hoặc nhiều đợt điều trị nội trú.

Tiêu chuẩn loại trừ: Người bệnh có tâm thần và tri giác không bình thường; người bệnh không biết chữ, không nghe thấy rõ; người bệnh không trả lời hoàn chỉnh bộ câu hỏi; người bệnh không đồng ý tham gia nghiên cứu; người bệnh dưới 18 tuổi.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên người bệnh COPD điều trị nội trú tại Bệnh viện Đa khoa Cao su Dầu Tiếng từ tháng 5 năm 2025 đến tháng 3 năm 2026.

2.2.1. Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu

Nghiên cứu áp dụng phương pháp chọn mẫu có chủ đích. Tất cả người bệnh được chẩn đoán COPD (ICD-10: J44) điều trị nội trú và có bảo hiểm y tế tại Bệnh viện Đa khoa Cao su Dầu Tiếng trong thời gian từ tháng 5/2025 đến tháng 3/2026, đáp ứng tiêu chuẩn chọn mẫu, đều được mời tham gia nghiên cứu.

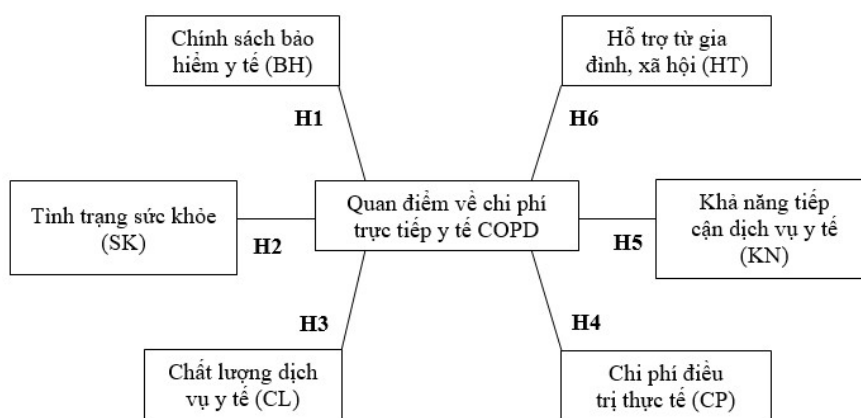
Về cỡ mẫu, nghiên cứu sử dụng các kỹ thuật phân tích định lượng bao gồm phân tích nhân tố khám phá (EFA) để đánh giá cấu trúc thang đo và mô hình phương trình cấu trúc (SEM) để phân tích mối quan hệ giữa các yếu tố ảnh hưởng đến quan điểm của người bệnh. Đối với EFA, theo Hair và cộng sự (2013), cỡ mẫu tối thiểu nên đạt ít nhất 5 quan sát cho mỗi biến quan sát [5]. Nghiên cứu

sử dụng 30 biến quan sát. Do đó, cỡ mẫu tối thiểu cần đạt là 150. Đối với PLS-SEM, theo Hair và cộng sự (2011), cỡ mẫu tối thiểu được xác định theo nguyên tắc 10 lần, theo đó cỡ mẫu cần đạt ít nhất 10 lần số đường dẫn lớn nhất hướng vào một biến tiềm ẩn trong mô hình [6]. Trong mô hình nghiên cứu, biến phụ thuộc nhận 6 đường dẫn từ các biến độc lập, do đó cỡ mẫu tối thiểu là 60. Trong quá trình thu thập số liệu, nghiên cứu đã khảo sát được 202 người bệnh đáp ứng tiêu chuẩn chọn mẫu, đảm bảo yêu cầu về cỡ mẫu cho các phân tích dự kiến và phù hợp với mục tiêu nghiên cứu.

2.2.2. Nội dung nghiên cứu

Khảo sát quan điểm của người bệnh và đánh giá các yếu tố ảnh hưởng đến quan điểm của người bệnh về chi phí trực tiếp y tế bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính điều trị nội trú tại Bệnh viện Đa khoa Cao su Dầu Tiếng giai đoạn 2025 - 2026.

Thông qua tổng quan cơ sở lý thuyết và tham khảo các nghiên cứu trong và ngoài nước, nhóm nghiên cứu xây dựng bộ công cụ khảo sát gồm 30 câu hỏi, có tham khảo ý kiến của 3 bác sĩ điều trị COPD, 3 dược sĩ, 3 điều dưỡng để điều chỉnh phù hợp với bối cảnh nghiên cứu. Mô hình nghiên cứu với 6 yếu tố ảnh hưởng đến quan điểm của người bệnh về chi phí trực tiếp y tế COPD được đề xuất như sau:



Hình 1. Mô hình nghiên cứu

Giả thuyết nghiên cứu:

H1: Chính sách bảo hiểm y tế (BH) có ảnh hưởng quan điểm về chi phí y tế trực tiếp COPD (QD)

H2: Tình trạng sức khỏe (SK) có ảnh hưởng quan điểm về chi phí y tế trực tiếp COPD (QD)

H3: Chất lượng dịch vụ y tế (CL) có ảnh hưởng quan điểm về chi phí y tế trực tiếp COPD (QD)

H4: Chi phí điều trị thực tế (CP) có ảnh hưởng

quan điểm về chi phí y tế trực tiếp COPD (QD)

H5: Khả năng tiếp cận dịch vụ y tế (KN) có ảnh hưởng quan điểm về chi phí y tế trực tiếp COPD (QD)

H6: Hỗ trợ từ gia đình, xã hội (HT) có ảnh hưởng quan điểm về chi phí y tế trực tiếp COPD (QD)

Nghiên cứu sử dụng hệ thống biến gồm biến phụ thuộc và các biến độc lập. Biến phụ thuộc là

quan điểm của người bệnh về chi phí trực tiếp y tế (QD), được đo lường bằng 6 câu hỏi. Các biến độc lập bao gồm: Chính sách bảo hiểm y tế (BH), tình trạng sức khỏe (SK), chất lượng dịch vụ y tế (CL), chi phí điều trị thực tế (CP), khả năng tiếp cận dịch vụ y tế (KN) và hỗ trợ từ gia đình, xã hội (HT), mỗi biến được đo lường bằng 4 câu hỏi. Tất cả các biến được đo lường bằng thang đo Likert 5 (1 - Hoàn toàn không đồng ý, 2 - Không đồng ý, 3 - Bình thường, 4 - Đồng ý, 5 - Hoàn toàn đồng ý). Các yếu tố được thực hiện kiểm định thang đo bằng hệ số Cronbach's alpha và hệ số tương quan biến tổng (Item total correlation). Những biến quan sát không đảm bảo độ tin cậy sẽ bị loại ra và không xuất hiện tại phần phân tích khám phá nhân tố (EFA). Các số liệu được xử lý trên phần mềm IBM SPSS statistic 26.0 và SmartPLS 3. Quá trình phân tích PLS-SEM được thực hiện theo hai bước gồm: (1) đánh giá mô hình đo lường thông qua độ tin cậy (Cronbach's alpha, CR), giá trị hội tụ (AVE), giá trị phân biệt (Fornell Larcker Criterion, HTMT) và hệ số phóng đại phương sai của biến quan sát (outer

VIF) nhằm kiểm tra đa cộng tuyến; (2) đánh giá mô hình cấu trúc thông qua giá trị t-values, p-values, hệ số xác định (R^2), kích thước ảnh hưởng (f^2) và hệ số phóng đại phương sai của các biến tiềm ẩn (inner VIF). Ý nghĩa thống kê được xác định bằng kỹ thuật bootstrapping với ngưỡng $p < 0.05$ [7].

2.2.3. Phương pháp xử lý số liệu

Dữ liệu thu được trong nghiên cứu sẽ được mã hóa và nhập vào phần mềm Microsoft Excel 2024, làm sạch và tiến hành phân tích trên phần mềm IBM SPSS statistic 26.0, SmartPLS3.

2.2.4. Đạo đức trong nghiên cứu

Nghiên cứu này đã được Hội đồng Đạo đức trong Nghiên cứu Y sinh học, Trường Đại học Y Dược Cần Thơ chấp thuận (Số phê duyệt 25.045.HV/PCT-HĐĐĐ ngày 30 tháng 6 năm 2025). Nghiên cứu đảm bảo tính bí mật riêng tư của đối tượng tham gia nghiên cứu, không sử dụng kết quả nghiên cứu cho các mục đích khác ngoài mục đích nghiên cứu của đề tài.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung của mẫu nghiên cứu

Bảng 1. Đặc điểm mẫu nghiên cứu (N = 202)

Đặc điểm		Tần số	Tỷ lệ (%)
Tuổi	< 60 tuổi	29	14.4
	≥ 60 tuổi	173	85.6
Giới tính	Nam	105	52.0
	Nữ	97	48.0
Khu vực sinh sống	Thành thị	39	19.3
	Nông thôn	163	80.7
Tình trạng hôn nhân	Độc thân	6	3.0
	Đã kết hôn	196	97.0
Tình trạng công việc	Còn làm việc	22	10.9
	Không còn làm việc	180	89.1
Thu nhập bình quân	< 5 triệu đồng/tháng	153	75.7
	≥ 5 triệu đồng/tháng	49	24.3
Định mức bảo hiểm y tế	< 90%	77	38.1
	≥ 90%	125	61.9
Tiền sử hút thuốc lá	Có	103	51.0
	Không	99	49.0
Bệnh mắc kèm	Có	175	86.6
	Không	27	13.4

Nhận xét: Phần lớn đối tượng tham gia khảo sát trên 60 tuổi (85.6%), trong đó giới tính nam chiếm tỷ lệ cao hơn so với nữ tuy nhiên sự phân bố giới tính không chênh lệch quá nhiều (52.0% so với 48.0%). Đa số người bệnh sống ở khu vực nông

thôn (80.7%) và đã kết hôn (97.0%). Nhóm người bệnh được hưởng mức bảo hiểm y tế trên 90% chiếm tỷ lệ cao (61.9%). Ngoài ra, hơn 50% số người bệnh có tiền sử hút thuốc và 86.6% trong số các người bệnh có ít nhất một bệnh mắc kèm.

3.2. Quan điểm của người bệnh về chi phí trực tiếp y tế bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính điều trị nội trú tại Bệnh viện Đa khoa Cao su Dầu Tiếng giai đoạn 2025 - 2026

Bảng 2. Thống kê mô tả các yếu tố ảnh hưởng đến quan điểm của người bệnh về chi phí trực tiếp y tế COPD (N = 202)

Yếu tố nghiên cứu	Giá trị thấp nhất	Giá trị cao nhất	Giá trị trung bình	Độ lệch chuẩn
Chính sách bảo hiểm y tế (BH)	1.50	5.00	4.026	0.60286
Tình trạng sức khỏe (SK)	2.00	5.00	4.339	0.55099
Chất lượng dịch vụ y tế (CL)	1.00	5.00	4.120	0.66177
Chi phí điều trị thực tế (CP)	2.25	5.00	4.240	0.50670
Khả năng tiếp cận dịch vụ y tế (KN)	1.75	5.00	4.166	0.58033
Hỗ trợ từ gia đình, xã hội (HT)	2.00	5.00	4.066	0.60960
Quan điểm tổng thể về chi phí trực tiếp y tế COPD (QD)	2.17	5.00	4.057	0.51396

Nhận xét: Điểm trung bình của tất cả các yếu tố nghiên cứu đều lớn hơn 3.5 [7]. Trong đó, tình trạng sức khỏe có điểm trung bình cao nhất (4.34), kế đến là chi phí điều trị thực tế đạt 4.24 điểm, thấp nhất là chính sách bảo hiểm y tế đạt 4.03 điểm.

Bảng 3. Phân bố mức độ đồng ý của người bệnh về chi phí trực tiếp y tế COPD (N=202)

Yếu tố nghiên cứu	Quan điểm	
	Không đồng ý n (%)	Đồng ý n (%)
Chính sách bảo hiểm y tế (BH)	29 (14.4)	173 (85.6)
Tình trạng sức khỏe (SK)	9 (4.5)	193 (95.5)
Chất lượng dịch vụ y tế (CL)	25 (12.4)	177 (87.6)
Chi phí điều trị thực tế (CP)	9 (4.5)	193 (95.5)
Khả năng tiếp cận dịch vụ y tế (KN)	19 (9.4)	183 (90.6)
Hỗ trợ từ gia đình, xã hội (HT)	27 (13.4)	175 (86.6)
Quan điểm tổng thể về chi phí trực tiếp y tế COPD (QD)	18 (8.9)	184 (91.1)

Ghi chú: Điểm trung bình của từng yếu tố đều được đánh giá dựa trên thang Likert 5 điểm. Quy ước đánh giá: Người bệnh được phân vào nhóm "Đồng ý" nếu điểm trung bình ≥ 3.5 (tức là thiên về đồng ý hoặc hoàn toàn đồng ý) và nhóm "Không đồng ý" nếu điểm trung bình < 3.5 . Ngưỡng 3.5 được chọn dựa trên điểm giữa của thang đo, theo cách phân loại phổ biến trong các nghiên cứu sử dụng thang Likert [7].

Nhận xét: Tỷ lệ người bệnh đồng ý với các yếu tố ảnh hưởng đến chi phí trực tiếp y tế COPD ở mức cao, dao động từ 85.6% đến 95.5%. Trong đó, tình trạng sức khỏe và chi phí điều trị thực tế có tỷ lệ đồng ý cao nhất (95.5%). Khả năng tiếp

cận dịch vụ y tế đạt 90.6%, chất lượng dịch vụ y tế đạt 87.6%, hỗ trợ từ gia đình, xã hội đạt 86.6% và chính sách bảo hiểm y tế đạt 85.6%. Quan điểm tổng thể về chi phí trực tiếp y tế COPD có tỷ lệ đồng ý 91.1%.

3.3. Đánh giá các yếu tố ảnh hưởng đến quan điểm của người bệnh về chi phí trực tiếp y tế bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính điều trị nội trú tại Bệnh viện Đa khoa Cao su Dầu Tiếng giai đoạn 2025 - 2026 bằng phương pháp phân tích PLS-SEM

3.3.1. Đánh giá độ tin cậy của thang đo bằng hệ số Cronbach's alpha

Bảng 4. Mô tả thang đo và độ tin cậy của thang đo

Biến khảo sát		Hệ số tương quan biến tổng	Hệ số CA khi loại biến	Hệ số Cronbach's alpha
Chính sách bảo hiểm y tế	BH1	0.727	0.829	0.868
	BH2	0.719	0.832	
	BH3	0.757	0.817	
	BH4	0.678	0.848	
Tình trạng sức khỏe	SK1	0.778	0.829	0.878
	SK2	0.747	0.840	
	SK3	0.696	0.860	
	SK4	0.729	0.847	
Chất lượng dịch vụ y tế	CL1	0.765	0.810	0.866
	CL2	0.658	0.853	
	CL3	0.702	0.835	
	CL4	0.743	0.818	
Chi phí điều trị thực tế	CP1	0.735	0.832	0.872
	CP2	0.738	0.831	
	CP3	0.702	0.845	
	CP4	0.728	0.835	
Khả năng tiếp cận dịch vụ y tế	KN1	0.675	0.825	0.855
	KN2	0.728	0.802	
	KN3	0.711	0.810	
	KN4	0.676	0.824	
Hỗ trợ từ gia đình, xã hội	HT1	0.701	0.840	0.869
	HT2	0.712	0.835	
	HT3	0.716	0.834	
	HT4	0.754	0.819	
Quan điểm tổng thể về chi phí trực tiếp y tế COPD	QD1	0.755	0.886	0.905
	QD2	0.767	0.884	
	QD3	0.742	0.888	
	QD4	0.723	0.891	
	QD5	0.710	0.893	
	QD6	0.739	0.888	

Nhận xét: Kết quả Cronbach's alpha đều ≥ 0.7 (dao động từ 0.855 - 0.905), với hệ số tương quan biến tổng đều lớn hơn 0.4 cho thấy thang đo có độ tin cậy cao và không có biến nào cần loại bỏ khỏi mô hình.

3.3.2. Phân tích nhân tố khám phá (EFA)**Bảng 5.** Mô tả kết quả phân tích EFA cho biến độc lập

Ma trận xoay nhân tố						
Biến quan sát	Hệ số tải nhân tố					
	1	2	3	4	5	6
BH3	0.856					
BH2	0.841					
BH1	0.834					
BH4	0.781					
SK1		0.856				
SK2		0.850				
SK4		0.815				
SK3		0.757				
CP2			0.847			
CP4			0.845			
CP1			0.837			
CP3			0.827			
CL1				0.863		
CL4				0.850		
CL3				0.819		
CL2				0.789		
HT4					0.861	
HT1					0.821	
HT3					0.814	
HT2					0.802	
KN3						0.824
KN2						0.812
KN4						0.803
KN1						0.801
KMO	0.823					
Kiểm định Bartlett's	0.000					
Eigenvalue	1.607					
Phương sai trích (%)	72.677%					

Nhận xét: Nghiên cứu ghi nhận phương sai trích đạt trên 70% (72.677%); đồng thời, hệ số KMO = 0.823 ($0.5 \leq KMO \leq 1$) và giá trị Sig. (mức ý nghĩa) của kiểm định Bartlett (0.000; thỏa điều kiện nhỏ hơn 0.05); 06 nhóm nhân

tố được trích tại trị số Eigenvalue (giá trị đặc trưng) = 1.607 (> 1) đều thỏa điều kiện, chúng tôi tiếp tục tiến hành phân tích EFA cho các yếu tố tiểu mục trong các cấu phần độc lập.

Bảng 6. Mô tả kết quả phân tích EFA cho biến phụ thuộc

Ma trận nhân tố	
Biến quan sát	Hệ số tải nhân tố
	1
QD2	0.846

Ma trận nhân tố	
Biến quan sát	Hệ số tải nhân tố
	1
QD1	0.837
QD3	0.826
QD6	0.824
QD4	0.812
QD5	0.801
KMO	0.918
Kiểm định Bartlett's	0.000
Eigenvalue	4.077
Phương sai trích (%)	67.951%

Nhận xét: Kết quả phân tích cho kết quả đạt yêu cầu với KMO = 0.918. Kiểm định Bartlett's với giá trị Sig. = 0.000, trị số Eigenvalue = 4.077 (> 1) và có 01 nhân tố được rút trích. Tổng phương sai trích

= 67.951%. Lớn hơn 50% đều thỏa mãn điều kiện, phân tích EFA được tiến hành với các biến quan sát của cấu phần phụ thuộc (QD): Quan điểm tổng thể về chi phí trực tiếp y tế COPD.

3.3.3. Đánh giá mô hình đo lường trong PLS-SEM

Các biến quan sát đều có hệ số tải ngoài (Outer loading) lớn hơn 0.7, dao động từ 0.802 đến 0.880, cho thấy các biến quan sát có chất lượng [8].

Bảng 7. Độ tin cậy, giá trị hội tụ và giá trị phân biệt của thang đo theo tiêu chí Fornell Larcker Criterion

	CA	Độ tin cậy tổng hợp (CR)	Phương sai trích trung bình (AVE)	BH	CL	CP	HT	KN	QD	SK
BH	0.869	0.910	0.717	0.847						
CL	0.866	0.909	0.714	0.168	0.845					
CP	0.872	0.912	0.722	0.156	0.234	0.85				
HT	0.869	0.910	0.717	0.237	0.218	0.145	0.847			
KN	0.855	0.902	0.697	0.226	0.165	0.007	0.216	0.835		
QD	0.906	0.927	0.679	-0.521	-0.479	-0.438	-0.576	-0.529	0.824	
SK	0.879	0.917	0.733	0.246	0.131	0.137	0.314	0.391	-0.552	0.856

Bảng 8. Giá trị phân biệt của thang đo theo chỉ số HTMT

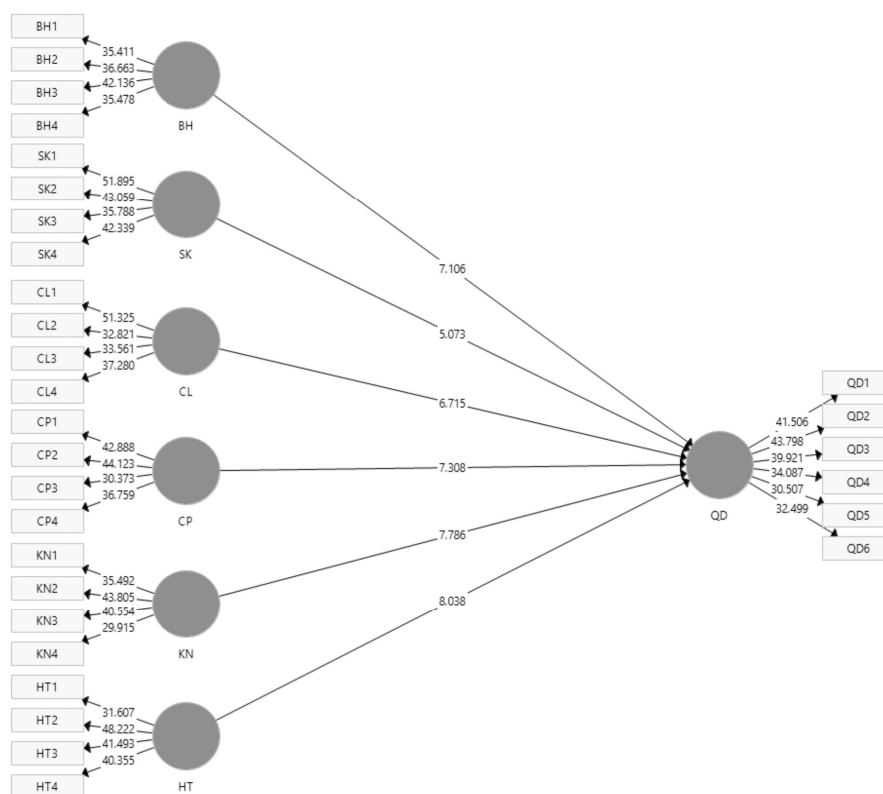
	BH	CL	CP	HT	KN	QD	SK
BH							
CL	0.191						
CP	0.178	0.267					
HT	0.268	0.248	0.161				
KN	0.259	0.188	0.057	0.246			
QD	0.588	0.539	0.491	0.645	0.597		
SK	0.281	0.148	0.163	0.361	0.452	0.619	

Nhận xét: Kết quả cho thấy các thang đo đều đạt độ tin cậy với hệ số Cronbach's alpha và CR đều lớn hơn 0.7. Giá trị AVE của các biến đều lớn hơn 0.5, chứng tỏ thang đo đạt giá trị hội tụ. Giá trị phân biệt được xác nhận theo tiêu chí Fornell Larcker Criterion khi căn bậc hai AVE lớn hơn các hệ số tương quan, và các chỉ số HTMT đều nhỏ

hơn 0.9 [8]. Như vậy, mô hình đo lường đạt độ tin cậy, giá trị hội tụ và giá trị phân biệt, đủ điều kiện để kiểm định mô hình cấu trúc.

Ngoài ra, hệ số phóng đại phương sai (VIF) của các biến quan sát (outer VIF trong mô hình đo lường PLS-SEM) dao động từ 1.794 đến 2.605 (< 3), cho thấy không có hiện tượng đa cộng tuyến.

3.3.4. Đánh giá mô hình cấu trúc trong PLS-SEM



Hình 2. Sơ đồ mô hình SEM với các hệ số đường dẫn chuẩn hóa

Bảng 9. Mô tả kết quả mô hình cấu trúc SEM

Mối quan hệ	T Statistics (O/STDEV)	P-values	Mức độ ảnh hưởng (f^2)	Thống kê đa cộng tuyến (VIF)
BH -> QD	7.106	0.000	0.282	1.139
CL -> QD	6.715	0.000	0.244	1.124
CP -> QD	7.308	0.000	0.335	1.096
HT -> QD	8.038	0.000	0.375	1.187
KN -> QD	7.786	0.000	0.324	1.237
SK -> QD	5.073	0.000	0.188	1.297

$R^2 = 0.802$; R^2 hiệu chỉnh = 0.796

Nhận xét: Kết quả từ Hình 2 và Bảng 9 cho thấy cả 6 yếu tố (BH, CL, CP, HT, KN, SK) đều tác động thuận chiều đến QD, với $T > 1.96$ và $p < 0.05$, chứng tỏ có ý nghĩa thống kê. Trong đó, HT, CP và KN có ảnh

hưởng mạnh nhất, SK thấp nhất. Mô hình có $R^2 = 0.802$ (R^2 hiệu chỉnh = 0.796), cho thấy khả năng giải thích tốt. Các giá trị VIF < 3 chứng tỏ không có đa cộng tuyến và mô hình đảm bảo độ tin cậy.

4. BÀN LUẬN

Kết quả nghiên cứu cho thấy đa số người bệnh COPD thuộc nhóm tuổi trên 60 và tỷ lệ bệnh mắc kèm cao, kết quả này phù hợp với Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị COPD của Bộ Y tế Việt Nam khi COPD được mô tả là bệnh phổ biến ở người cao tuổi và thường đi kèm nhiều bệnh mạn tính [2]. Tỷ lệ người bệnh nam và nữ tương đối cân bằng (nam:nữ = 1.08:1), phản ánh xu hướng dịch tễ hiện nay khi sự khác biệt giới tính trong COPD đang giảm dần, liên quan đến thay đổi hành vi hút thuốc và ô nhiễm không khí. Phần lớn người bệnh sinh sống tại khu vực nông thôn (chiếm tỷ lệ 80.7%) và có thu nhập thấp (chiếm tỷ lệ 75.7%). Theo WHO năm 2025, khu vực sinh sống và điều kiện kinh tế là những yếu tố xã hội có ảnh hưởng quan trọng đến tình trạng sức khỏe và khả năng tiếp cận dịch vụ y tế của các nhóm dân cư khác nhau [9]. Do đó, đặc điểm nơi cư trú ở khu vực nông thôn và thu nhập thấp của người bệnh trong nghiên cứu này có thể góp phần ảnh hưởng đến khả năng tiếp cận chăm sóc y tế và chi phí điều trị trong thực tế.

Nghiên cứu của chúng tôi cũng ghi nhận điểm trung bình của các yếu tố đều ở mức cao (> 3.5) và tỷ lệ đồng ý cao (dao động từ 85.6% đến 95.5%), phản ánh mức độ đồng thuận rất cao của người bệnh đối với các yếu tố ảnh hưởng đến quan điểm về chi phí trực tiếp y tế COPD. Điều này phù hợp với xu hướng nghiên cứu kinh tế y tế hiện đại, trong đó chi phí điều trị bệnh mạn tính không chỉ phụ thuộc vào giá dịch vụ y tế mà còn chịu ảnh hưởng bởi đặc điểm hệ thống chăm sóc sức khỏe và bối cảnh xã hội của người bệnh [9]. Điểm trung bình của quan điểm tổng thể đạt Mean = 4.06 với 91.1% đồng ý, cho thấy nhận thức của người bệnh về chi phí trực tiếp y tế COPD mang tính nhất quán và ở mức cao. Bên cạnh đó, nghiên cứu đã xây dựng được thang đo một số yếu tố liên quan đến quan điểm tổng thể về chi phí trực tiếp y tế COPD của các người bệnh đang được điều trị nội trú tại Bệnh viện Đa khoa Cao su Dầu Tiếng bao gồm 7 thang đo (BH, CL, CP, HT, KN, SK, QD) đều đạt độ tin cậy cao (Cronbach's alpha ≥ 0.7). Các thang đo sau khi đã được kiểm định hệ số tin cậy Cronbach's alpha được đưa

vào sử dụng trong phân tích nhân tố khám phá EFA. Trong nghiên cứu này, các biến quan sát đều thỏa các yêu cầu với hệ số KMO, tổng phương sai trích của biến phụ thuộc và biến độc lập lần lượt là 72.677% và 67.951% ($> 50\%$) cho thấy mô hình EFA là phù hợp [10]. Kết quả SEM cho thấy các mối quan hệ giữa các biến tiềm ẩn đều có ý nghĩa thống kê, các hệ số đường dẫn đều mang dấu dương, phản ánh tác động cùng chiều giữa các yếu tố trong mô hình. Trong đó, hỗ trợ từ gia đình, xã hội (HT), chi phí điều trị thực tế (CP) và khả năng tiếp cận dịch vụ y tế (KN) là các yếu tố được đánh giá ảnh hưởng nhiều nhất đến quan điểm của người bệnh về chi phí trực tiếp y tế. Ngoài ra, tình trạng sức khỏe (SK), chất lượng dịch vụ y tế (CL) và chính sách bảo hiểm y tế (BH) cũng ảnh hưởng đến quan điểm của người bệnh về chi phí trực tiếp y tế. Nhìn chung, mô hình nghiên cứu đạt độ phù hợp cao, khẳng định tính hợp lý của khung lý thuyết.

5. KẾT LUẬN

Nghiên cứu trên 202 người bệnh COPD điều trị nội trú tại Bệnh viện Đa khoa Cao su Dầu Tiếng cho thấy đối tượng nghiên cứu chủ yếu là người cao tuổi, thu nhập thấp và có tỷ lệ bệnh mắc kèm cao, đây là những yếu tố có thể làm gia tăng nhu cầu sử dụng dịch vụ y tế và chi phí điều trị trực tiếp. Người bệnh có mức độ đồng thuận cao về các yếu tố ảnh hưởng đến quan điểm của họ đối với chi phí trực tiếp y tế. Các yếu tố: chính sách bảo hiểm y tế, tình trạng sức khỏe, chất lượng dịch vụ y tế, chi phí điều trị thực tế, khả năng tiếp cận dịch vụ y tế, hỗ trợ từ gia đình, xã hội có mối liên quan có ý nghĩa thống kê với quan điểm của người bệnh về chi phí trực tiếp COPD ($p < 0.05$). Kết quả này cho thấy người bệnh nhận thức rõ chi phí điều trị COPD chịu tác động bởi nhiều yếu tố liên quan đến tình trạng bệnh và hệ thống cung ứng dịch vụ y tế. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng gợi ý rằng cần tăng cường thêm các biện pháp quản lý và kiểm soát bệnh COPD ngay từ giai đoạn sớm, nhằm hạn chế đợt cấp và giảm chi phí nội trú, đồng thời cải thiện hệ thống y tế và các chính sách hỗ trợ cho người bệnh sẽ góp phần giảm gánh nặng chi phí cho bệnh nhân, đặc biệt đối với bệnh nhân lớn tuổi và có thu nhập thấp.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

[1] World Health Organization, "Chronic obstructive pulmonary disease (COPD)," November 6, 2024. [Online]. Available: [https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/chronic-obstructive-pulmonary-disease-\(copd\)](https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/chronic-obstructive-pulmonary-disease-(copd)) [Accessed: May

12, 2025].

[2] Bộ Y tế, Quyết định số 2767/QĐ-BYT ngày 04/7/2023 về việc ban hành tài liệu chuyên môn Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính, 2023.

[3] S. Chen, M. Kuhn, K. Prettnner...C. Wang, "The

global economic burden of chronic obstructive pulmonary disease for 204 countries and territories in 2020–50: a health-augmented macro-economic modelling study”, *The Lancet Global Health*, Vol. 11, No. 8, pp.1183-1193, 2023. DOI: 10.1016/S2214-109X(23)00217-6.

[4] Bệnh viện Đa khoa Cao su Dầu Tiếng, *Báo cáo thống kê mô hình bệnh tật theo mã ICD-10 năm 2024 tại Bệnh viện Đa khoa Cao su Dầu Tiếng*, 2025.

[5] J. F. Hair, R. E. Anderson, W. C. Black and B. J. Babin, *Multivariate data analysis: Pearson new international Edition PDF eBook*, 7th edition. United States: Pearson Education, 2013.

[6] J. F. Hair, C. M. Ringle and M. Sarstedt, “PLS-SEM: Indeed a silver bullet”, *Journal of Marketing Theory and Practice*, Vol. 19, No. 2, pp. 139-151,

2011. DOI: 10.2753/MTP1069-6679190202.

[7] P. X. Giang, N. T. P. Thảo, “Chính xác hóa một khái niệm trong nghiên cứu định lượng”, *Tạp chí Khoa học và Công nghệ - Trường Đại học Công nghiệp TP. Hồ Chí Minh*, tập 46, số 4, tr. 158-161, 2020. DOI: <https://doi.org/10.46242/jst-juh.v46i04.657>.

[8] J. F. Hair, G. T. M. Hult, C. M. Ringle and M. Sarstedt, *A Primer on Partial Least Squares Structural Equation Modeling (PLS-SEM)*, 2nd edition. Los Angeles: Sage Publications, 2017.

[9] World Health Organization, *World report on social determinants of health equity*, WHO Press, Geneva, Switzerland, 2025.

[10] M. W. Watkins, “Exploratory Factor Analysis: A Guide to Best Practice,” *The Journal of Black Psychology*, Vol. 44, No. 3, pp.219-246, 2018.

Factors influencing patients' perspectives on direct healthcare costs for chronic obstructive pulmonary disease

Tran Thanh Nam, Nguyen Phuc Hung, Tran Ba Kien, Tran Thanh Trung

ABSTRACT

Background: Faced with the increasing burden of mortality and treatment costs for Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD), this study was conducted to assess patients' perspectives on direct healthcare costs in inpatient treatment. Objectives: To survey patients' perspectives and evaluate the factors influencing their views on direct healthcare costs for inpatient COPD treatment at Dau Tieng Rubber General Hospital in 2025 - 2026. Materials and method: A cross-sectional descriptive study was conducted on 202 inpatient COPD patients at Dau Tieng Rubber General Hospital from May 2025 to March 2026. Results: Support from family and society, actual treatment costs, and access to medical services are the factors identified as having the greatest influence on patients' perspectives regarding direct medical costs. Additionally, health status, the quality of medical services, and health insurance policies also affect patients' views on these costs. Conclusion: Health insurance policy, health status, quality of medical services, actual treatment costs, accessibility of medical services, and family and social support are statistically significantly associated with patients' perspectives on direct COPD costs ($p < 0.05$).

Keywords: direct medical costs; chronic obstructive pulmonary disease (COPD), perspectives

Received: 08/4/2026

Revised: 04/5/2026

Accepted for publication: 20/5/2026