
PHÂN TÍCH CÁC NHÂN TỐ TÁC ĐỘNG TỚI CẦU DỊCH VỤ Y TẾ Ở VIỆT NAM

Nguyễn Thị Tuyết

Khoa Kinh tế - Quản lý, Trường Đại học Thăng Long

Email: tuyetnt@thanglong.edu.vn

Ngày nhận: 07/11/2019

Ngày nhận bản sửa: 10/4/2020

Ngày duyệt đăng: 05/11/2020

Tóm tắt:

Cầu dịch vụ y tế được xem xét là một quá trình kể từ khi ra quyết định sử dụng dịch vụ y tế, tức lựa chọn khám chữa bệnh cho đến quyết định chi tiêu bao nhiêu cho các dịch vụ y tế. Nghiên cứu ứng dụng mô hình lựa chọn Heckman hai bước để ước lượng các nhân tố tác động tới cầu y tế nội trú và ngoại trú. Kết quả ước lượng chỉ ra rằng việc sử dụng thẻ bảo hiểm y tế làm giảm chi tiêu y tế nội trú nhưng lại làm tăng chi tiêu y tế ngoại trú. Chất lượng cơ sở y tế tăng góp phần giảm chi tiêu y tế ngoại trú. Khoảng cách tới cơ sở y tế xa hơn làm giảm khả năng đi khám chữa bệnh của cá nhân và làm tăng các chi phí y tế nội trú. Từ đó nghiên cứu đưa ra một số khuyến nghị nhằm làm tăng khả năng tiếp cận dịch vụ y tế và giảm gánh nặng chi tiêu y tế cho người dân.

Từ khóa: Cầu y tế, bảo hiểm y tế, mô hình lựa chọn Heckman.

JEL code: I11

Determinants of demand for health care services in Vietnam

Abstract:

Demand for health care is considered a process from making decisions about using health services to deciding how much to spend on health care. The study used Heckman selection model to estimate the factors affecting health care demand and showed that using health insurance cards reduced inpatient expenditure but increased outpatient expenditure. Better quality of health facilities has reduced health expenditure. The distance to health facilities was further; the ability of individuals to seek medical treatment at health facilities was lower and inpatient expenditure related this treatment was higher. The study made some recommendations to increase the ability to access to health services and reduce health expenditure.

Keywords: Health care demand, health insurance, Heckman selection model.

JEL Code: I11

1. Giới thiệu

Trong những năm qua với nhiều cải cách về chính sách y tế mà việc tiếp cận dịch vụ y tế của người dân Việt Nam được gia tăng, chăm sóc sức khỏe của người dân ngày càng tốt hơn. Tuy nhiên, nhiều đối tượng vẫn còn gặp khó khăn trong tiếp cận các dịch vụ khám chữa bệnh tại các cơ sở y tế. Theo dữ liệu Điều tra mức sống hộ gia đình (VHLSS) 2016, tỷ lệ số người ở khu vực nông thôn có đi khám bệnh ít nhất 1 lần trong vòng 12 tháng khá thấp, chỉ có 39,3%, đối với người dân tộc thiểu số là 33,3%. Ngoài ra, chi phí y tế vẫn đang tăng cao tạo ra gánh nặng tài chính đối với nhiều gia đình, đẩy nhiều gia đình rơi vào cảnh nghèo đói.

Các nghiên cứu về tác động của các nhân tố tới chi tiêu y tế được nghiên cứu ở nhiều quốc gia và ở Việt Nam cho thấy việc khám chữa bệnh và chi tiêu y tế của các cá nhân chịu sự tác động của nhiều yếu tố khác nhau. Ngoài các yếu tố về đặc điểm cá nhân, đặc điểm hộ gia đình, các chính sách về bảo hiểm y tế thì các đặc điểm thuộc về cơ sở y tế cung ứng dịch vụ y tế cũng có ảnh hưởng tới việc khám chữa bệnh của các cá

nhân. Tuy nhiên, các chính sách y tế luôn thay đổi do đó việc nghiên cứu các yếu tố này tác động tới cầu y tế của người dân vẫn rất quan trọng và có ý nghĩa trong bối cảnh hiện nay. Bài báo này nhằm đánh giá các nhân tố tác động tới cầu y tế bao gồm quá trình đánh giá 2 giai đoạn: các nhân tố tác động tới quyết định khám bệnh nội trú/ngoại trú tại các cơ sở y tế và các nhân tố tác động tới số tiền chi tiêu cho y tế của các cá nhân khi đi khám chữa ở các cơ sở y tế. Bài báo được bố cục thành 5 phần. Phần 2 là tổng quan, phần 3 là phương pháp nghiên cứu, phần 4 là kết quả nghiên cứu và thảo luận. Phần cuối cùng là kết luận.

2. Tổng quan nghiên cứu

Có nhiều nghiên cứu trước đã nghiên cứu các nhân tố tác động tới việc sử dụng dịch vụ y tế và chi tiêu y tế của các cá nhân. Ahmed & cộng sự (2005) chỉ ra rằng tình trạng học vấn và đói nghèo là hai yếu tố quan trọng nhất tác động đến hành vi tìm kiếm chăm sóc sức khỏe.

Awiti (2014) cho thấy rằng giới tính chủ hộ, thu nhập hộ gia đình, quy mô hộ gia đình và trình độ học vấn của chủ hộ tác động tích cực đến quyết định về việc có nên chi tiêu và chi bao nhiêu cho dịch vụ chăm sóc sức khỏe của hộ gia đình ở Nigeria, kết quả này tương tự Onwujekwe & cộng sự (2010).

David (1993) cho rằng giới tính là nhân tố quan trọng nhất tác động tới chi tiêu y tế của Liberia. Thu nhập, tình trạng sức khỏe và tình trạng việc làm của mỗi cá nhân là các nhân tố tác động tới cầu dịch vụ y tế ở khu vực thành thị Trung Quốc (Mocan & cộng sự, 2004). UNDP (2011) và Jones & Rice (2004) đã chỉ ra nhiều nhóm yếu tố có tác động đến quyết định sử dụng dịch vụ y tế bao gồm: đặc điểm về nhân khẩu học, điều kiện chăm sóc sức khỏe, tình trạng kinh tế của hộ, và sự hỗ trợ từ bên ngoài.

Các yếu tố từ phía cung tức từ phía cơ sở y tế cũng được tìm thấy có tác động tới chi tiêu y tế. Lépine & Le Nestour (2013) đã chỉ ra rằng chất lượng của dịch vụ chăm sóc y tế và chi phí đi lại là các nhân tố quan trọng tác động tới xác suất tìm kiếm dịch vụ điều trị từ các cơ sở y tế. Khi chi phí đi lại trung bình tăng lên sẽ làm giảm khả năng tìm kiếm dịch vụ chăm sóc chữa bệnh là 25%. Laokri & cộng sự (2018) đã sử dụng biến sự hài lòng của người bệnh về cơ sở y tế đại diện cho chất lượng của dịch vụ chăm sóc y tế và chỉ ra rằng chất lượng dịch vụ tốt hơn thì người dân sẵn sàng chi tiêu nhiều hơn cho y tế, khoảng cách tới cơ sở y tế cũng có tác động tiêu cực tới chi tiêu y tế của cá nhân.

Ở Việt Nam cũng có khá nhiều các nghiên cứu về quyết định sử dụng dịch vụ y tế và chi tiêu y tế. Nguyễn Hữu Dũng & cộng sự (2016) cho thấy các đặc điểm kinh tế hộ, điều kiện chăm sóc sức khỏe, hỗ trợ từ bên ngoài và các biến nhân khẩu học của hộ tác động lên mức chi tiêu y tế dành cho trẻ em ở hộ gia đình Việt Nam. Nguyễn Thị Thùy Trinh & cộng sự (2018) đã xác định được các yếu tố ảnh hưởng đến việc quyết định chi tiêu cho y tế của các nông hộ ở tỉnh Trà Vinh, bao gồm các yếu tố như dân tộc, tuổi của chủ hộ, trình độ học vấn của chủ hộ, khoảng cách từ nơi ở của nông hộ đến cơ sở y tế gần nhất và tình trạng kinh tế của hộ gia đình.

Sepehri (2013) chỉ ra rằng các nhân tố như bảo hiểm y tế và việc sử dụng bảo hiểm y tế, khoảng cách tới cơ sở y tế gần nhất có tác động tới chi tiêu y tế ngoại trú của cá nhân. Trung bình việc sử dụng thẻ bảo hiểm y tế giúp giảm chi phí tự trả từ 50 đến 56%.

Jowett & cộng sự (2003) đã sử dụng ước lượng Heckman hai bước để xử lý vấn đề nội sinh của bảo hiểm, do vậy đã bỏ đi yếu tố lựa chọn dịch vụ tìm kiếm dịch vụ y tế. Waters (1999) khi nghiên cứu về tác động của bảo hiểm y tế ở Ecuador cũng kiểm tra sự hiện diện của tính chệch lựa chọn trong tìm kiếm chăm sóc sức khỏe thông qua hai bước riêng biệt, đầu tiên tác giả sử dụng mô hình Probit để dự đoán xác suất sử dụng dịch vụ y tế và sau đó đưa giá trị dự báo vào mô hình OLS để ước lượng chi tiêu y tế. Kết quả cũng cho thấy có sự hiện diện của sai lệch do lựa chọn.

Các nghiên cứu trên thế giới và Việt Nam đã chỉ ra được các yếu tố tác động việc sử dụng dịch vụ y tế. Tuy nhiên ở Việt Nam, các nghiên cứu chủ yếu cho các phạm vi hẹp và hầu như các nhân tố vẫn chưa được xem xét đầy đủ. Ở đây tác giả sẽ sử dụng mô hình ước lượng Heckman hai bước để ước lượng các nhân tố tác động tới quyết định sử dụng dịch vụ y tế bao gồm đặc điểm cá nhân, đặc điểm gia đình, bảo hiểm y tế, đặc điểm cơ sở y tế như khoảng cách tới cơ sở y tế gần nhất, chất lượng cơ sở y tế. Ngoài ra tác giả xem xét một cách tách biệt chi tiêu y tế nội trú và ngoại trú vì của hai dịch vụ y tế này có nhiều đặc điểm khác nhau.

3. Phương pháp nghiên cứu

3.1. Mô hình nghiên cứu

Nghiên cứu này sẽ tập trung nghiên cứu quyết định có đi thăm khám nội trú và ngoại trú tại các cơ sở y tế và chi tiêu y tế phát sinh liên quan đến các lần thăm khám chữa trị của các cá nhân có đi thăm khám tại cơ sở y tế. Do đó chi tiêu y tế ở đây chỉ bao gồm chi phí liên quan đến các lần khám chữa bệnh tại các cơ sở

y tế mà không tính đến việc cá nhân tự đi mua thuốc để chữa trị ngoài khám. Cụ thể chi tiêu y tế nội trú và ngoại trú của cá nhân ở đây bao gồm tiền công khám, chữa bệnh, tiền thuốc, bồi dưỡng thầy thuốc, đi lại, mua dụng cụ,... liên quan đến lần khám/chữa bệnh đó mà không tính đến việc cá nhân tự đi mua thuốc để chữa trị. Do vậy chi tiêu y tế nội trú và ngoại trú ở đây chỉ khác 0 khi cá nhân có đi khám bệnh nội trú hoặc ngoại trú tại các cơ sở y tế. Như vậy, với khái niệm này, chi tiêu y tế Y chỉ quan sát được với các cá nhân có lựa chọn sử dụng dịch vụ y tế, và không quan sát được với các cá nhân không lựa chọn sử dụng dịch vụ y tế. Việc sử dụng mô hình OLS bỏ qua sự lựa chọn của các cá nhân không quan sát được (các cá nhân không lựa chọn sử dụng dịch vụ y tế) dẫn đến sai lệch trong lựa chọn sử dụng dịch vụ y tế (có đi khám bệnh hay không). Để xem xét đến sai lệch do lựa chọn sử dụng dịch vụ y tế nghiên cứu này sẽ sử dụng mô hình lựa chọn mẫu của Heckman bằng cách kết hợp ước lượng các nhân tố tác động tới quyết định sử dụng dịch vụ y tế và các nhân tố tác động tới chi tiêu y tế khi cá nhân quyết định sử dụng dịch vụ y tế. Mô hình này bao gồm 2 phương trình:

$$Y_i = \alpha X_i + u_i \quad (1)$$

$$Z_i = \beta X_i + \varepsilon_i \quad (2)$$

Phương trình (2) xem xét các nhân tố tác động tới quyết định lựa chọn sử dụng dịch vụ y tế (có đi khám bệnh hay không). Phương trình (1) phản ánh các nhân tố tác động tới chi tiêu cho y tế.

Ở đây Z_i là biến nhị phân nhận 2 giá trị là 1 nếu cá nhân có tìm kiếm dịch vụ y tế, tức là có đi khám nội

Bảng 1. Định nghĩa các biến số

Biến số	Định nghĩa
1. Bảo hiểm y tế	Biến giả (có bảo hiểm =1; không có bảo hiểm =0)
2. Có sử dụng thẻ bảo hiểm y tế	Biến giả (có sử dụng=1; không sử dụng =0)
3. Chất lượng cơ sở y tế	Lấy từ dữ liệu PAPI 2016, đo lường mức hài lòng của cá nhân về chất lượng dịch vụ bệnh viện công lập theo tỉnh.
4. Dân tộc	Biến giả (dân tộc Kinh=1; dân tộc khác =0)
5. Vùng	Biến giả nhận các giá trị: 1 là Đồng bằng sông Hồng; 2 là Trung du và miền núi phía Bắc; 3 Bắc trung bộ và duyên hải miền trung; 4 là Tây Nguyên; 5 là Đông Nam Bộ và 6 là Đồng bằng sông Cửu Long.
6. Thu nhập bình quân hộ	Log của thu nhập bình quân/người/hộ (đơn vị 1000 đồng).
7. Giáo dục của chủ hộ	Biến giả với 4 cấp độ: 0 nếu chưa có bằng cấp học vấn nào; 1 nếu đã từng đi học hoặc có bằng tiểu học; 2 nếu có bằng cấp THCS hoặc THPT; và 3 nếu có bằng cấp trên THPT.
8. Giáo dục	Giáo dục của thành viên trong hộ, chia thành 4 cấp như trên.
9. Giới tính của chủ hộ	Biến giả (nam =1; nữ =0)
10. Tỷ lệ trẻ em	Tỷ lệ số trẻ em trong hộ.
11. Tỷ lệ người già	Tỷ lệ số người già trong hộ.
12. Tuổi	Tuổi của cá nhân được chia thành 4 nhóm (=1 nếu tuổi <6, =2 nếu 6 < tuổi < 20, = 3 nếu 20 < tuổi < 40, = 4 nếu 40 < tuổi < 60, = 5 nếu tuổi > 60)
13. Giới tính	Giới tính của thành viên với Biến giả (nam =1; nữ =0)
14. Số ngày bị ốm	Số ngày bị bệnh/chấn thương nặng phải nghỉ việc/học hoặc không tham gia được các hoạt động bình thường trong 12 tháng qua
15. Khoảng cách tới cơ sở y tế	Khoảng cách từ xã tới cơ sở y tế gần nhất

trú hoặc ngoại trú ít nhất 1 lần trong 12 tháng qua tính tới thời điểm trả lời khảo sát, và bằng 0 nếu cá nhân đó không tìm kiếm dịch vụ y tế. Biến phụ thuộc Y_i là biến chỉ tiêu cho y tế nội trú và ngoại trú của cá nhân được đo bằng logarit tự nhiên của chỉ tiêu y tế, Y_i chỉ quan sát được khi Z_i bằng 1. ε_i và u_i là các sai số theo một phân phối chuẩn hai chiều. Biến X được định nghĩa trong bảng 1.

3.2. Dữ liệu nghiên cứu

Để phân tích các nhân tố tác động tới cầu y tế, nghiên cứu này sử dụng dữ liệu từ cuộc điều tra mức sống hộ gia đình (VHLSS) do Tổng cục Thống kê thực hiện 2 năm một lần, cụ thể là VHLSS 2016. Bộ dữ liệu sử dụng cho nghiên cứu là dữ liệu chéo với 30.594 quan sát với các đặc điểm bao gồm chi tiêu y tế, bảo hiểm y tế, các đặc điểm của các cá nhân, đặc điểm của hộ gia đình. Đồng thời, nghiên cứu sử dụng chỉ số chất lượng bệnh viện từ Bộ dữ liệu chỉ số Hiệu quả Quản trị và Hành chính công cấp tỉnh ở Việt Nam (PAPI) năm 2016.

4. Phân tích kết quả và thảo luận

4.1. Thực trạng sử dụng dịch vụ y tế và chi tiêu y tế của người dân

Bảng 2 trình bày chi tiêu y tế trung bình của cá nhân trong 12 tháng qua tính đến thời điểm khảo sát và tỷ lệ người có sử dụng dịch vụ y tế tức có khám bệnh ít nhất 1 lần trong 12 tháng qua tính đến thời điểm khảo sát.

Kết quả tính toán trong bảng 2 cho thấy người dân tộc Kinh có tỷ lệ sử dụng dịch vụ y tế ít nhất 1 lần trong 12 tháng là cao hơn so với người không phải dân tộc Kinh. Cụ thể 41,61% người dân tộc Kinh có đi khám chữa bệnh trong 12 tháng, trong khi đó tỷ lệ này đối với người không phải dân tộc Kinh thấp hơn, là 33,33%. Tương tự như vậy, người dân tộc Kinh cũng có mức chi tiêu y tế trung bình cao hơn gấp đôi đối với người không phải dân tộc Kinh. Về giới tính, nữ giới có Tỷ lệ khám chữa bệnh cao hơn nam giới nhưng có chi tiêu y tế ít hơn so với nam giới. Điều này có thể hiểu là do trong giai đoạn mang thai nữ giới thường ít nhất đi khám thai một lần, ngoài ra nữ giới thường chú trọng trong thăm khám sức khỏe hơn so với nam giới. Tuy nhiên, nữ giới lại có mức chi tiêu y tế trung bình là thấp hơn so với nam giới, có thể là do nữ giới có sức khỏe tốt hơn, ít ốm đau hơn nam giới nên chi tiêu y tế trung bình thấp hơn.

Các thành viên có bảo hiểm y tế có tỷ lệ khám chữa bệnh tại các cơ sở y tế là 42,73% cao hơn so với người không có bảo hiểm nhưng lại có chi tiêu y tế trung bình thấp hơn so với người không có bảo hiểm. Điều này có thể là do bảo hiểm góp phần giảm chi phí khám chữa bệnh cho người tham gia bảo hiểm khi đi khám bệnh tại các cơ sở y tế nên họ có động lực đi khám bệnh hơn khi bị ốm đau.

Về tuổi, dữ liệu trong bảng 2 cũng cho thấy các thành viên dưới 6 tuổi và trên 60 tuổi có tỷ lệ đi khám bệnh là nhiều nhất, tương ứng lần lượt là 58,84% và 64,74%. Do đây là 2 nhóm tuổi trẻ em và người già nên thường gặp các vấn đề về sức khỏe hơn các đối tượng khác. Nhóm tuổi từ 60 tuổi trở lên cũng là nhóm có mức chi tiêu y tế lớn nhất là 2,156 triệu một năm. Do nhóm tuổi này cũng dễ ốm đau hơn so với nhóm tuổi khác và thường mắc các bệnh có chi phí khám chữa cao hơn so với các nhóm tuổi khác.

Tỷ lệ số người có đi khám bệnh tại cơ sở y tế và chi tiêu y tế trung bình cũng tăng lên theo mức chi tiêu bình quân, cho thấy người có điều kiện kinh tế càng tốt thì càng quan tâm đến sức khỏe và sẵn lòng hơn cho việc chi trả cho các chi phí y tế. Theo trình độ giáo dục bảng 2 cho thấy trình độ giáo dục càng cao thì người dân càng chi tiêu cho y tế nhiều hơn. Các hộ gia đình có quy mô nhỏ dưới 5 thành viên cũng có mức chi tiêu y tế cao hơn so với hộ có từ 5 thành viên trở lên.

4.2. Kết quả và thảo luận

Hệ số Rho trong bảng 3 và bảng 4 đều khác không, cho thấy rằng hai phương trình (1) và (2) trong mô hình ước lượng có liên quan và lựa chọn mô hình Heckman là phù hợp. Tỷ lệ Mills có ý nghĩa thống kê ở mức 1% cho thấy vấn đề chênh lệch do chọn mẫu có thực sự xảy ra và việc hiệu chỉnh ước lượng chệch do chọn mẫu là cần thiết.

Bảng 3 thể hiện kết quả ước lượng Heckman hai bước đối với quyết định khám ngoại trú và chi tiêu y tế liên quan đến những lần khám ngoại trú. Hệ số của bảo hiểm y tế là dương và có ý nghĩa thống kê ở mức 1%. Kết quả này cho thấy rằng bảo hiểm y tế có ý nghĩa tích cực trong việc gia tăng khả năng đi khám bệnh ngoại trú của người có bảo hiểm y tế so với người không có bảo hiểm y tế. Kết quả này tương tự với nghiên cứu của Nguyễn Hữu Dũng (2016). Như vậy chính sách bảo hiểm y tế sửa đổi 2014 có tác dụng tích cực trong việc khuyến khích người dân đi khám bệnh, từ đó người dân sẽ được chăm sóc sức khỏe tốt hơn, góp phần nâng cao sức khỏe toàn dân. Tuy nhiên kết quả ước lượng lại chỉ ra việc sử dụng thẻ bảo hiểm y tế trong khám/chữa bệnh ngoại trú lại làm gia tăng chi tiêu y tế ngoại trú. Kết quả này trái ngược với nghiên cứu của Sepehri (2013). Điều này có thể hiểu rằng do phạm vi chi trả của bảo hiểm ngoại trú còn thấp, nhiều danh

Bảng 2. Thực trạng sử dụng dịch vụ y tế ở Việt Nam

Các chỉ tiêu	Chi tiêu y tế trung bình (nghìn đồng)	Tỷ lệ người có đi khám bệnh tại các cơ sở y tế (%)
Nơi cư trú		
Nông thôn	844,66	39,3
Thành thị	1082,95	41,44
Dân tộc		
1. Kinh	1039,99	41,61
2. Không phải dân tộc Kinh	427,60	33,33
Giới tính:		
1. Nam	846,55	35,04
2. Nữ	982,54	44,64
Bảo hiểm y tế:		
1. Có bảo hiểm y tế	723,29	42,73
2. Không có bảo hiểm y tế	961,92	28,94
Tuổi của thành viên		
<6 tuổi	448,51	58,84
6-19 tuổi	286,97	27,21
20-39 tuổi	677,21	28,42
40-60 tuổi	1255,68	43,78
>60 tuổi	2155,73	64,74
Chi tiêu bình quân		
1(Nhóm nghèo nhất)	141,56	34,86
2	369,54	37,71
3	614,98	40,13
4	983,29	41,65
5 (Nhóm giàu nhất)	2448,02	45,15
Giáo dục của thành viên		
1	817,01	46,63
2	797,74	37,41
3	1082,28	33,83
4	1213,21	36,59
Quy mô hộ		
1. Có từ 1 đến 4 thành viên	1183,31	44,6
2. Có 5 thành viên trở lên	752,98	37,02

Nguồn: Tính toán từ VHLSS 2016.

mục khám, xét nghiệm vẫn nằm ngoài phạm vi bảo hiểm mà bệnh nhân phải tự chi trả. Ngoài ra, phần lớn người có bảo hiểm ở Việt Nam chỉ sử dụng thẻ bảo hiểm y tế khi họ mắc bệnh nặng phải nhập viện điều trị nội trú, việc sử dụng thẻ bảo hiểm y tế chỉ giúp họ giảm được một phần chi phí y tế ngoại trú, họ chấp nhận làm thêm các xét nghiệm, thăm khám ngoài danh mục bảo hiểm y tế, do vậy mà chi tiêu y tế ngoại trú của

Bảng 3. Kết quả ước lượng các nhân tố tác động tới cầu y tế ngoại trú

Biến độc lập	Khám ngoại trú (Biến giả)	Biến độc lập	Logarit của chi tiêu y tế ngoại trú
Bảo hiểm y tế	0.403*** [0.0212]	Có sử dụng thẻ BHYT	0.578*** [0.0791]
Chất lượng cơ sở y tế	-0.251*** [0.0727]	Chất lượng cơ sở y tế	-1.174*** [0.387]
Dân tộc	0.173*** [0.0258]	Dân tộc	1.709*** [0.147]
Vùng	.	Vùng	.
2	-0.102*** [0.0306]	2	-1.048*** [0.169]
3	0.0755*** [0.0267]	3	-0.222 [0.145]
4	0.158*** [0.0368]	4	0.621*** [0.203]
5	0.187*** [0.0337]	5	0.760*** [0.190]
6	0.519*** [0.0265]	6	1.804*** [0.222]
Giáo dục chủ hộ	.	Giáo dục của chủ hộ	.
2	0.0446* [0.0239]	2	0.172 [0.128]
3	0.0875*** [0.0246]	3	0.473*** [0.135]
4	0.220*** [0.0521]	4	0.779*** [0.285]
Giới tính	-0.0831*** [0.0214]	Giới tính	-0.293*** [0.113]
Giáo dục	.	Giáo dục	.
2	-0.0953***	2	0.066

người có sử dụng thẻ bảo hiểm y tế vẫn cao hơn người không sử dụng thẻ bảo hiểm y tế.

Chất lượng của cơ sở y tế có tác động làm giảm khả năng đi khám và giảm chi tiêu y tế ngoại trú của người dân. Kết quả này trái ngược với phát hiện của Laokri & cộng sự (2018). Tuy nhiên, đây lại là phát hiện có ý nghĩa tích cực. Có thể hiểu rằng ở các địa phương có chất lượng cơ sở y tế tốt hơn sẽ cải thiện sức khỏe của người dân, khi sức khỏe tốt hơn thì người dân ít phải đi thăm khám bệnh hơn và chi tiêu y tế của họ cho các

Bảng 3 (tiếp)

	[0.0245]		[0.134]
3	-0.206***	3	-0.358**
	[0.0251]		[0.153]
4	-0.422***	4	-1.325***
	[0.0526]		[0.320]
Log của thu nhập bình quân	0.0087	Log thu nhập bình quân	0.451***
	[0.0140]		[0.0730]
Tuổi	.	Tuổi	.
2	-0.725***	2	-2.664***
	[0.0364]		[0.320]
3	-0.469***	3	-0.944***
	[0.0369]		[0.261]
4	-0.100***	4	0.643***
	[0.0370]		[0.192]
5	0.183***	5	1.561***
	[0.0424]		[0.217]
Giới tính chủ hộ	-0.251***	Giới tính chủ hộ	-0.987***
	[0.0162]		[0.123]
Tỷ lệ trẻ em	-0.0685	Tỷ lệ trẻ em	-0.472
	[0.0598]		[0.320]
Tỷ lệ người già	-0.0356	Tỷ lệ người già	-0.562**
	[0.0448]		[0.226]
-		Số ngày bị ốm	0.00782***
			[0.00159]
Khoảng cách tới cơ sở y tế	-0.00247**	Khoảng cách tới cơ sở y tế	-0.0164***
	[0.000988]		[0.00539]
rho	-0.85404		
mills			
lambda	5.455***		
	[0.530]		
Số quan sát	27521		

*Ghi chú: Kí hiệu***/**/* ứng với mức ý nghĩa tương ứng là 1%, 5% và 10%.*

Giá trị trong ngoặc là standard errors.

Nguồn: ước lượng của các tác giả từ số liệu VHLSS năm 2016.

lần thăm khám ngoại trú tại các cơ sở y tế cũng giảm.

Kết quả cũng cho thấy chi tiêu y tế thông qua các lần khám chữa bệnh tại các cơ sở y tế của người dân tộc Kinh cao hơn so với người dân tộc thiểu số. Do người dân tộc thiểu số thường sinh sống ở các tỉnh miền núi và vùng cao, thiếu hiểu biết về chăm sóc sức khỏe, khi bị ốm đau thường họ sẽ tự chữa trị nên các chi phí y tế thông qua khám là ít hơn. Ngoài ra, hiện nay người dân tộc thiểu số đều có bảo hiểm y tế miễn phí nên khi đi khám bệnh tại các cơ sở y tế chi phí y tế của họ cũng giảm.

Về yếu tố vùng, bảng 3 cho thấy người dân vùng Trung du và miền núi Phía Bắc xác suất đi khám ngoại trú và chi tiêu y tế là ít hơn các vùng khác. Điều này là do đây là vùng có địa hình đồi núi, giao thông đi lại rất khó khăn, trình độ dân trí thấp hơn các vùng khác. Thêm vào đó, phần lớn người dân vùng này là người dân tộc thiểu số, họ ít có thói quen đi khám bệnh khi bị ốm.

Kết quả nghiên cứu trong bảng 3 cũng khá giống với kết quả của Awiti (2014) là giáo dục của chủ hộ, điều kiện kinh tế của hộ có tác động tích cực tới quyết định sử dụng dịch vụ y tế và chi tiêu y tế ngoại trú. Chủ hộ có trình độ giáo dục cao hơn có nhận thức tốt hơn về chăm sóc sức khỏe do đó họ quan tâm hơn đến sức khỏe của các cá nhân trong hộ. Ngược lại, hệ số ước lượng của biến giáo dục đều âm và mức âm này tăng dần theo trình độ giáo dục. Kết quả cho thấy rằng các thành viên có trình độ học vấn cao hơn thì lại có xác suất đi khám bệnh là thấp hơn và số tiền chi tiêu y tế cũng ít hơn, cho thấy trình độ học vấn cao hơn thì cá nhân có ý thức trong chăm sóc y tế hơn nên ít bị ốm đau hơn do đó chi tiêu y tế cũng ít hơn.

Biến thu nhập bình quân hộ có tác động cùng chiều với chi tiêu y tế ngoại trú ở mức ý nghĩa 1%. Kết quả này cho thấy các cá nhân có mức thu nhập bình quân cao hơn, được hiểu là có điều kiện kinh tế tốt hơn sẽ sẵn sàng chi tiêu cho các dịch vụ y tế hơn khi bị ốm đau. Thực tế, nhiều hộ gia đình có điều kiện kinh tế tốt, họ sẵn sàng sử dụng các dịch vụ y tế chất lượng cao với chi phí đắt đỏ.

Kết quả cho thấy trẻ em dưới 6 tuổi có xác suất đi khám ngoại trú và chi tiêu y tế ngoại trú cao hơn so với nhóm tuổi từ 6 đến 40 tuổi. Tuy nhiên chi tiêu y tế ngoại trú lại tăng lên đối với nhóm 40 đến 60 tuổi và trên 60 tuổi. Điều này là do khi còn nhỏ, trẻ em thường có sức đề kháng kém hơn và thường xuyên phải thăm khám bệnh nhiều hơn, nhưng khi trẻ lớn dần, sức khỏe tăng lên, cá nhân cũng sẽ ít đi khám chữa bệnh hơn. Khi độ tuổi tăng lên từ 40 tuổi trở đi, sức khỏe suy giảm dần họ mắc nhiều bệnh mạn tính hơn nên họ lại phải đi khám chữa bệnh nhiều hơn, đặc biệt đối với người già từ 60 tuổi trở lên. Kết quả cũng chỉ ra rằng tỷ lệ người già trong hộ càng cao thì chi tiêu y tế của các cá nhân trong hộ càng giảm.

Nam giới được chỉ ra là có xác suất khám chữa bệnh và chi tiêu y tế ngoại trú ít hơn so với nữ giới, do nữ giới thì chú trọng hơn trong chăm sóc sức khỏe, ngoài ra nữ giới là đối tượng sinh đẻ nên họ phải chi tiêu nhiều hơn cho chăm sóc sức khỏe sinh sản.

Mức độ ốm đau của các cá nhân cũng có tác động tiêu cực tới chi tiêu y tế ngoại trú. Cụ thể là số ngày ốm đau, không làm được việc tăng lên thì chi tiêu y tế ngoại trú cũng tăng. Khoảng cách tới cơ sở y tế cũng là yếu tố có ảnh hưởng tới quyết định khám chữa bệnh của các cá nhân. Khoảng cách tới các cơ sở y tế càng xa thì khả năng cá nhân đi khám bệnh càng thấp và do đó chi tiêu y tế ngoại trú cũng thấp hơn.

Bảng 4 thể hiện kết quả ước lượng Heckman hai bước đối với chi tiêu y tế nội trú. Kết quả cho thấy bảo hiểm y tế làm gia tăng khả năng khám nội trú của đồng thời việc sử dụng thẻ bảo hiểm y tế lại có tác động tích cực làm giảm chi tiêu y tế nội trú của các cá nhân. Chất lượng bệnh viện không ảnh hưởng tới việc khám chữa bệnh nội trú. Người dân tộc Kinh chi cho y tế nội trú cao hơn so với dân tộc thiểu số, giống với kết quả chi tiêu y tế ngoại trú.

Chi tiêu y tế nội trú của nam giới lại cao hơn so với nữ giới. Điều này có thể hiểu càng về già thì sức khỏe của nam giới kém hơn nữ giới, nam giới có tuổi thọ trung bình thấp hơn nữ giới và thường mắc các bệnh mạn tính nhiều hơn so với nữ giới.

Các hộ có thu nhập bình quân đầu người cao hơn cũng sẵn sàng chi tiêu nhiều hơn cho các dịch vụ y tế nội trú. Kết quả bảng 4 cho thấy trẻ em có khả năng phải thăm khám nội trú và chi tiêu y tế nội trú hơn so với các nhóm đối tượng khác. Thực tế trẻ em có mức độ thường xuyên ốm đau cao hơn người lớn, nhưng phần lớn là các bệnh thông thường, số ngày nằm viện thường ngắn nên chi phí y tế nội trú thấp, càng về già, các cá nhân thường mắc các bệnh mạn tính và trầm trọng nhiều hơn do vậy chi tiêu y tế nội trú cao hơn.

Các cá nhân trong hộ có tỷ lệ trẻ em và người già cao hơn sẽ có chi tiêu y tế nội trú ít hơn mặc dù khả năng phải đi thăm khám nội trú là cao hơn. Như vậy chi tiêu y tế của các cá nhân trong các hộ này sẽ bị hạn chế hơn.

Số ngày bị ốm nặng tăng lên thì chi tiêu y tế nội trú cũng tăng. Khoảng cách tới cơ sở y tế càng xa càng

Bảng 4. Kết quả ước lượng các nhân tố tác động tới cầu y tế nội trú

Biến độc lập	Khám nội trú (Biến giả)	Biến độc lập	Logarit của chi tiêu y tế nội trú
Bảo hiểm y tế	0.415*** [0.0304]	Có sử dụng thẻ BHYT	-1.286*** [0.120]
Chất lượng cơ sở y tế	0.0409 [0.0958]	Chất lượng cơ sở y tế	-0.624 [0.427]
Dân tộc	0.0088 [0.0333]	Dân tộc	0.572*** [0.151]
Vùng	.	Vùng	.
2	0.0048 [0.0394]	2	-0.363** [0.182]
3	0.135*** [0.0339]	3	-0.835*** [0.163]
4	0.0387 [0.0487]	4	-0.404* [0.221]
5	-0.110** [0.0466]	5	0.521** [0.222]
6	-0.0745** [0.0354]	6	0.279* [0.165]
Giáo dục chủ hộ	.	Giáo dục của chủ hộ	.
2	0.0831*** [0.0316]	2	-0.193 [0.147]
3	0.0640** [0.0324]	3	-0.217 [0.149]
4	-0.0404 [0.0717]	4	0.413 [0.333]
Giới tính	-0.0373 [0.0275]	Giới tính	0.318*** [0.123]
Giáo dục	.	Giáo dục	.
2	-0.00508 [0.0327]	2	0.194 [0.147]

giảm khả năng được điều trị nội trú và đồng thời làm tăng chi tiêu y tế nội trú của các cá nhân. Vì khoảng cách xa hơn, họ sẽ tốn kém các khoản chi phí đi lại, chi phí cho người nhà chăm sóc bệnh nhân cũng tăng lên, điều này giống kết quả của Lépine & Le Nestour (2013) và Laokri (2018).

5. Kết luận

Bảng 4 (Tiếp)

3	0.0108 [0.0334]	3	0.295* [0.152]
4	-0.153** [0.0700]	4	0.542 [0.331]
Log của thu nhập bình quân	-0.0299 [0.0183]	Log thu nhập bình quân	0.502*** [0.0839]
Tuổi	.	Tuổi	.
2	-0.178*** [0.0490]	2	1.958*** [0.250]
3	0.152*** [0.0480]	3	1.410*** [0.227]
4	0.248*** [0.0481]	4	1.236*** [0.244]
5	0.583*** [0.0516]	5	0.126 [0.359]
Giới tính chủ hộ	-0.180*** [0.0214]	Giới tính chủ hộ	0.883*** [0.133]
Tỷ lệ trẻ em	0.876*** [0.0727]	Tỷ lệ trẻ em	-1.877*** [0.512]
Tỷ lệ người già	0.228*** [0.0533]	Tỷ lệ người già	-0.551** [0.251]
-		Số ngày bị ốm	0.0118*** [0.00110]
Khoảng cách tới cơ sở y tế	-0.00317** [0.00129]	Khoảng cách tới cơ sở y tế	0.0158*** [0.00591]
Rho	-0.85404		
Mills			
Lambda	-2.900*** [0.582]		
N	27521		

*Ghi chú: Kí hiệu***/**/* ứng với mức ý nghĩa tương ứng là 1%, 5% và 10%,
Giá trị trong ngoặc là standard errors
Nguồn: ước lượng của các tác giả từ số liệu VHLSS năm 2016.*

Từ những phân tích trên đây nghiên cứu rút ra một số kết luận quan trọng sau.

Thứ nhất, bảo hiểm y tế làm tăng khả năng sử dụng dịch vụ y tế của người dân từ đó giúp người dân được chăm sóc sức khỏe tốt hơn. Theo VHLSS 2016, tỷ lệ tham gia bảo hiểm y tế là 78,52%, vậy Nhà nước cần tiếp tục thực hiện chính sách bảo hiểm y tế toàn dân để gia tăng đối tượng tham gia bảo hiểm y tế, từ đó sẽ

góp phần tăng khả năng được chăm sóc y tế của người dân. Tuy nhiên, việc sử dụng thẻ bảo hiểm y tế làm giảm chi tiêu y tế nội trú nhưng vẫn làm tăng chi tiêu y tế ngoại trú. Điều này có ảnh hưởng tới chi tiêu y tế của các cá nhân mắc bệnh mạn tính phải đi thăm khám ngoại trú thường xuyên. Vì vậy chính sách bảo hiểm y tế cần xem xét điều chỉnh phạm vi bảo hiểm y tế ngoại trú để không ảnh hưởng tới chi tiêu y tế của những người này.

Thứ hai, ở các tỉnh có chất lượng bệnh viện tốt hơn, người dân hài lòng hơn thì chi tiêu y tế và khả năng đi thăm khám ngoại trú thấp hơn, cho thấy ở các địa phương này, người dân chăm sóc y tế tốt hơn nên ít phải đi thăm khám ngoại trú. Do vậy Nhà nước cần tiếp tục có chính sách nâng cao chất lượng dịch vụ y tế để góp phần nâng cao sức khỏe của người dân. Thêm vào đó, khoảng cách tới cơ sở y tế làm giảm khả năng tiếp cận dịch vụ y tế nội trú và ngoại trú, đồng thời làm tăng chi tiêu y tế nội trú của người dân. Để tăng cường chăm sóc y tế và giảm gánh nặng chi tiêu cho người dân, Nhà nước cần phát triển mạng lưới cơ sở y tế có chất lượng về các địa phương, đặc biệt là ở khu vực nông thôn, miền núi. Điều này cũng góp phần giảm tải cho các bệnh viện tuyến trên.

Thứ ba, điều kiện kinh tế cũng có tác động tích cực tới việc sử dụng dịch vụ y tế của người dân. Các thành viên ở các hộ có mức chi tiêu bình quân đầu người cao sẵn sàng chi tiêu nhiều hơn cho chăm sóc y tế. Vì vậy Nhà nước cần có các chính sách thúc đẩy phát triển kinh tế cho người dân đồng thời cần có các chính hỗ trợ cho những thành viên trong các hộ có thu nhập thấp để giúp họ được chăm sóc y tế tốt hơn.

Thứ tư, kết quả nghiên cứu cũng chỉ ra trẻ em và người già là người có cầu y tế cao hơn so với các nhóm tuổi khác. Do đó Nhà nước nên tiếp tục có các chính sách chăm sóc sức khỏe đối với trẻ em và người già. Đặc biệt Việt Nam đang trong tình trạng già hóa dân số, tỷ lệ người từ 60 tuổi trở lên khá cao, chiếm 12,97% tổng dân số (VHLSS 2016), vì vậy cần chú trọng tới nhóm người này để đưa ra các chính sách phù hợp để tăng cường chăm sóc sức khỏe y tế cho nhóm người này trong thời gian tới.

Tài liệu tham khảo

- Ahmed, S.M., Tomson, G., Petzold, M. & Kabir, Z. (2005), 'Socio-economic status overrides age and gender in determining health-seeking behavior in rural Bangladesh', *Bulletin of the World Health Organization*, 83, 109-117.
- Awiti, J.O. (2014), 'Poverty and health care demand in Kenya', *BMC Health Services Research*, 14(1), DOI:10.1186/s12913-014-0560-y
- David, S. (1993), 'Health Expenditure and Household Budgets in Rural Liberia', *Health Transition Review*, 3(1), 57-76.
- Jones, A. & Rice, N. (2004), 'Using longitudinal data to investigate socioeconomic inequality in health', in Smith, Peter C. (Ed.), *Health policy and economics: opportunities and challenges*, Open University Press.
- Jowett, M., Contoyannis, P. & Vinh, N. (2003), 'The Impact of Public Voluntary Health Insurance on Private Health Expenditures in Vietnam', *Social science & medicine*, 56, 333-342.
- Laokri, S., Soelaeman, R. & Hotchkiss, D. (2018), 'Assessing out-of-pocket expenditures for primary health care: How responsive is the Democratic Republic of Congo health system to providing financial risk protection?', *BMC health services research*, 18(1), DOI: 10.1186/s12913-018-3211-x.
- Lépine, A. & Le Nestour, A. (2013), 'The Determinants of Health Care Utilisation in Rural Senegal', *Journal of African Economies*, 22(1), 163-186.
- Mocan, H.N., Erdal, T. & Zax, Z.J. (2004), 'The Demand for Medical Care in Urban China', *World Development*, 32(2), 289-304.
- Nguyễn Hữu Dũng, Nguyễn Minh Trí & Nguyễn Trọng Hoài (2016), 'Các yếu tố tác động đến chi tiêu cho y tế của trẻ em: Ứng dụng mô hình Tobit cho dữ liệu của Việt Nam', *Tạp chí Khoa học Trường Đại học Sư phạm Thành phố Hồ Chí Minh*, 2, 19-27.
- Nguyễn Thị Thùy Trinh, Nguyễn Thị Kim Xuyên & Nguyễn Văn Vũ An (2018), 'Các yếu tố ảnh hưởng đến việc chi tiêu cho y tế của các nông hộ tại tỉnh Trà Vinh', *Tạp chí khoa học trường đại học Trà Vinh*, 9, 9-19.
- Onwujekwe, O., Uzochukwu, B., Obikeze, E., Okoronkwo, I., Ochonma, O., Onoka, C., Madubuko, G. & Okoli, C. (2010), 'Investigating determinants of out-of-pocket spending and strategies for coping with payments for healthcare in southeast Nigeria', *BMC health services research*, 10(1), DOI:10.1186/1472-6963-10-67.
- Sepehri, A. (2013), 'How much do I save if I use my health insurance card when seeking outpatient care? Evidence from a low-income country', *Health policy and planning*, 29(2), 246-256.
- UNDP (2011), *Social Services for Human Development, Hanoi, Vietnam*, Viet Nam Human Development Report 2011, Hanoi, Vietnam.
- Waters, H.R. (1999), 'Measuring the impact of health insurance with a correction for selection bias - a case study of Ecuador', *Health economics*, 8(5), 473-483.