
CÁC NHÂN TỐ TÁC ĐỘNG ĐẾN LỰA CHỌN CƠ SỞ Y TẾ CỦA NGƯỜI DÂN Ở KHU VỰC NÔNG THÔN VIỆT NAM

Nguyễn Thị Tuyết

Khoa Kinh tế Quản lý - Đại học Thăng Long

Email: tuyetnt09@gmail.com

Mã bài: JED - 704

Ngày nhận bài: 02/06/2022

Ngày nhận bài sửa: 29/07/2022

Ngày duyệt đăng: 05/10/2022

Tóm tắt:

Bài viết này xem xét các yếu tố ảnh hưởng đến sự lựa chọn cơ sở y tế của người dân ở khu vực nông thôn ở Việt Nam. Ứng dụng mô hình logit đa thức với dữ liệu được trích xuất từ bộ VHLSS năm 2018, kết quả cho thấy các đặc điểm của cá nhân và hộ gia đình có tác động đến lựa chọn cơ sở y tế của các cá nhân. Bảo hiểm y tế góp phần tăng khả năng lựa chọn cơ sở khám chữa bệnh tại tuyến xã, huyện. Ngoài ra, kết quả nghiên cứu cũng chỉ ra những người thuộc các nhóm yếu thế hơn trong xã hội như người dân tộc thiểu số, người có thu nhập thấp hơn ít được tiếp cận với cơ sở y tế tuyến trên. Từ đó, bài viết đưa ra một số khuyến nghị chính sách cho các cơ quan nhà nước.

Từ khóa: VHLSS, cơ sở y tế, bảo hiểm y tế.

Mã JEL: I11, I13, K32

Factors affecting the choice of health facilities in rural areas of Vietnam

Abstract:

The paper examined the factors influencing the choice of health facilities in the rural of Vietnam. Applying a multilogistic model with data extracted from the 2018 VHLSS, the results showed that the characteristics of individuals and households had an impact on the choice of medical facilities of individuals. Health insurance contributed to increasing the possibility of choosing medical examination and treatment facilities at the commune and district levels. In addition, the study also showed that people in more disadvantaged groups in society such as ethnic minorities, rural people, people with lower incomes have less access to with higher-level medical facilities. Therefore, the paper gave some policy recommendations for state agencies.

Keywords: VHLSS, health facilities, health insurance.

JEL codes: I11, I13, K32

1. Giới thiệu

Từ khi Đổi Mới cho đến nay, Việt Nam đã có nhiều chính sách cải cách và đã đạt được nhiều thành tựu về y tế. Số lượng cơ sở y tế không ngừng tăng, chất lượng dịch vụ y tế ngày càng được nâng cao, gia tăng về quy mô và chất lượng. Hiện nay, hệ thống cơ sở y tế công lập hiện nay được chia thành 4 nhóm chính: y tế xã, thôn, bản; tuyến y tế quận/huyện, tuyến tỉnh, tuyến trung ương. Với chủ trương xã hội hóa các dịch vụ y tế để tăng khả năng tiếp cận chăm sóc sức khỏe của người dân, bên cạnh các cơ sở cung cấp dịch vụ y tế công lập, ngày càng có nhiều cơ sở y tế tư nhân tham gia cung cấp dịch vụ y tế. Việc lựa chọn cơ sở y tế khám chữa bệnh cũng khá khác nhau giữa các nhóm dân cư.

Nhiều nghiên cứu về việc lựa chọn cơ sở y tế đã được thực hiện. Hầu hết các nghiên cứu đều chỉ ra rằng các yếu tố đặc điểm cá nhân, đặc điểm hộ gia đình, đặc điểm cơ sở y tế cũng như đặc điểm vùng miền có ảnh

hưởng đến việc lựa chọn cơ sở y tế. Đặc biệt ở Việt Nam, chính sách hưởng chế độ bảo hiểm y tế khác nhau giữa các cơ sở y tế nên việc nghiên cứu các yếu tố ảnh hưởng đến quyết định lựa chọn dịch vụ y tế tại cơ sở y tế giúp đưa ra các khuyến nghị giúp phát triển mạng lưới y tế, tăng khả năng được chăm sóc sức khỏe của người dân, hướng tới mục tiêu chăm sóc sức khỏe toàn dân. Khu vực nông thôn là khu vực có điều kiện kinh tế xã hội thấp hơn so với thành thị, tỷ lệ hộ nghèo và bất bình đẳng cao do vậy sẽ ảnh hưởng tới việc tiếp cận dịch vụ y tế của người dân. Vì vậy bài viết này sẽ tập trung nghiên cứu các nhân tố tác động tới lựa chọn cơ sở y tế khi đi khám chữa bệnh của người dân ở khu vực nông thôn. Bài viết được kết cấu thành 5 phần. Phần đầu là giới thiệu, phần tiếp theo là tổng quan tài liệu, phần 3 là dữ liệu và phương pháp nghiên cứu, phần 4 trình bày kết quả phân tích và thảo luận. Phần cuối cùng là kết luận và một số hàm ý chính sách.

2. Cơ sở lý thuyết và tổng quan nghiên cứu

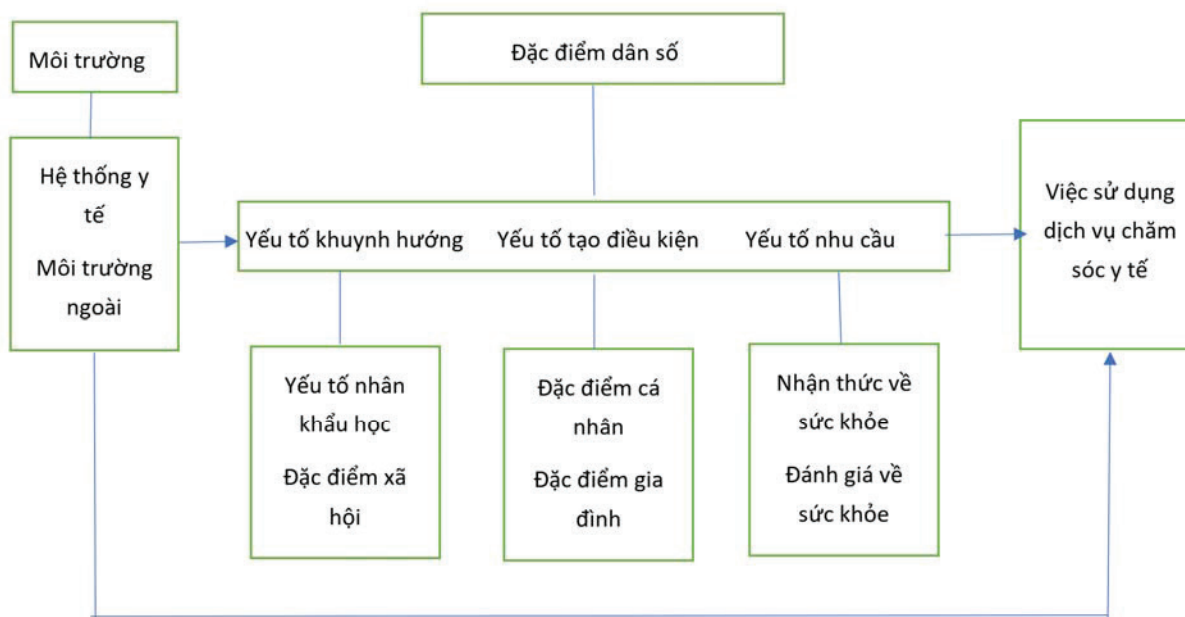
2.1. Cơ sở lý thuyết

Ở một mức độ nào đó, tất cả các quyết định hoặc thậm chí hầu hết các hành động chúng ta thực hiện trong cuộc sống đều liên quan đến sự lựa chọn (Thurstone, 1927). Nhiều mô hình khác nhau đã được phát triển trên nhiều lĩnh vực khác nhau để khám phá và dự đoán ý định và hành vi của các cá nhân khi họ sử dụng các dịch vụ chăm sóc sức khỏe. Mô hình được sử dụng rộng rãi nhất trong các nghiên cứu về lựa chọn bệnh viện là Mô hình hành vi của Andersen. Mô hình này ban đầu được phát triển để hiểu các yếu tố xã hội, cá nhân và hệ thống chăm sóc sức khỏe ảnh hưởng đến việc sử dụng dịch vụ y tế ở Hoa Kỳ (Andersen, 1968). Sau này mô hình được sửa đổi và phát triển. Các mô hình sửa đổi sau này đã ngày càng công nhận tầm quan trọng của việc xem xét tác động của việc sử dụng dịch vụ chăm sóc sức khỏe trong bối cảnh các yếu tố dự báo có khả năng khác về kết quả sức khỏe (Andersen, 1995; Andersen & cộng sự, 1994; Evans & Stoddart, 1990). Andersen & Newman (2005) đã phát triển mô hình đưa ra giả thuyết rằng hành vi sử dụng dịch vụ y tế của cá nhân là một hàm của ba bộ biến cụ thể là khuynh hướng, các yếu tố tạo điều kiện và yếu tố cần (nhu cầu) (Hình 1).

Các yếu tố khuynh hướng (predisposing factors): Mô hình giả định rằng có những yếu tố nhất định khiến mọi người hướng tới việc sử dụng dịch vụ chăm sóc sức khỏe. Các yếu tố cấu trúc xã hội như giáo dục, quy mô hộ gia đình, nghề nghiệp và chủng tộc cũng là những yếu tố ảnh hưởng quan trọng.

Các yếu tố tạo điều kiện (enabling factors): Ngay cả khi một cá nhân có thể có khuynh hướng sử dụng các dịch vụ chăm sóc sức khỏe, một số yếu tố cần có sẵn để họ làm điều đó. Những yếu tố này bao gồm cả nguồn lực của cá nhân và hộ gia đình (thu nhập và bảo hiểm y tế). Sự sẵn có của các dịch vụ chăm sóc sức

Hình 1. Mô hình sử dụng dịch vụ chăm sóc sức khỏe



Nguồn: Andersen & Newman (2005).

khỏe cũng là một yếu tố thúc đẩy.

Các yếu tố nhu cầu (need factors): Nhu cầu về dịch vụ (bệnh tật) có lẽ là yếu tố quan trọng nhất ảnh hưởng đến việc sử dụng dịch vụ chăm sóc sức khỏe. Ngay cả khi tồn tại các yếu tố tạo điều kiện và thuận lợi, cá nhân tìm kiếm dịch vụ chăm sóc sức khỏe vẫn phải nhận thức được nhu cầu chăm sóc sức khỏe trước khi tìm kiếm. Nhu cầu chăm sóc có thể được cá nhân nhận thức và phản ánh trong các triệu chứng hoặc ngày ốm đau được báo cáo.

Mô hình Andersen cung cấp một khung lý thuyết tốt trong việc phân tích các yếu tố quyết định lựa chọn dịch vụ chăm sóc y tế. Do đó, mô hình này cung cấp cơ sở tốt để thiết lập một tập hợp các biến giải thích trong nghiên cứu này.

2.2. Các nghiên cứu thực nghiệm

Có một số nghiên cứu thực nghiệm trước đây đã xem xét các yếu tố quyết định việc lựa chọn nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe. Zhang & cộng sự (2014) đã nghiên cứu sự lựa chọn các cơ sở y tế tại một tỉnh ở Trung Quốc. Kết quả cho thấy, so với bệnh nhân nam, bệnh nhân nữ ít đến trạm y tế thôn bản hơn 4,04%. So với nhóm 18–30 tuổi, nhóm 10–17 tuổi có khả năng lựa chọn cơ sở y tế thôn bản cao hơn 4,50%. Giá hay viện phí đóng một vai trò quan trọng trong việc lựa chọn nhà cung cấp (Kasirye & cộng sự, 2004; Mwabu & cộng sự, 2003). Chất lượng cơ sở y tế cũng được chỉ ra có ảnh hưởng tới lựa chọn cơ sở y tế trong nghiên cứu của Muriithi (2013) và Sahn & cộng sự (2003). Các đặc điểm của hộ gia đình cũng được cho là có ảnh hưởng tới lựa chọn các nhà cung cấp bao gồm điều kiện kinh tế hộ, quy mô hộ (Awoyemi & cộng sự, 2010; Mwabu & cộng sự, 2003; Acton, 1975). Các đặc điểm của cá nhân như trình độ giáo dục, mức độ ốm đau, tuổi, giới tính cũng được tìm thấy có ảnh hưởng tới lựa chọn nhà cung ứng dịch vụ y tế. Điều này được chỉ ra trong các nghiên cứu của Sahn & cộng sự (2003), Zhang & cộng sự (2014) và Hutchinson (1999). Bảo hiểm được cho có tác động tới lựa chọn cơ sở y tế (Boonen & cộng sự, 2008; Scanlon & cộng sự, 2008; Sinaiko, 2011).

Ha & cộng sự (2002) đã nghiên cứu việc sử dụng và chi tiêu y tế của các dịch vụ y tế tư nhân so với các dịch vụ y tế công tại Việt Nam. Nghiên cứu này cho thấy khu vực tư nhân cung cấp dịch vụ cho 60% tổng số bệnh nhân ngoại trú tại Việt Nam. Mặc dù có bằng chứng cho thấy người giàu sử dụng dịch vụ chăm sóc tư nhân nhiều hơn người nghèo. Trẻ em chủ yếu được khám tại các cơ sở y tế tư nhân. Có một vài nghiên cứu về nhu cầu chăm sóc sức khỏe và lựa chọn cơ sở y tế khám chữa bệnh tại Việt Nam, các nghiên cứu thường được thực hiện trong phạm vi hẹp, một tỉnh hoặc một huyện, và nghiên cứu đối với một số đối tượng nhất định (Nguyễn Huyền Trang, 2012; Nguyen & Giang, 2021). Tuy nhiên nghiên cứu này chưa đề cập đến nhiều nhân tố như dân tộc, khoảng cách tới cơ sở y tế và chất lượng cơ sở y tế. Các yếu tố này sẽ được đề cập trong nghiên cứu này để xem xét tác động của chúng tới lựa chọn cơ sở y tế.

3. Dữ liệu và phương pháp nghiên cứu

3.1. Dữ liệu nghiên cứu

Để phân tích các yếu tố ảnh hưởng đến lựa chọn cơ sở y tế, nghiên cứu này sử dụng dữ liệu trích xuất từ Bộ dữ liệu Điều tra mức sống hộ gia đình (VHLSS) do Tổng cục Thống kê thực hiện 2 năm một lần, VHLSS 2018 được sử dụng trong nghiên cứu này. Dữ liệu trích xuất bao gồm 9.194 quan sát là các cá nhân trong các hộ gia đình ở khu vực nông thôn có đi khám chữa bệnh ngoại trú trong vòng 12 tháng. Dữ liệu đánh giá chất lượng bệnh viện lấy từ dữ liệu Chỉ số Hiệu quả Quản trị và Hành chính công cấp tỉnh ở Việt Nam (PAPI) 2018. PAPI là bộ chỉ số đo lường và so sánh trải nghiệm, cảm nhận của người dân về hiệu quả và chất lượng thực thi chính sách, cung cấp dịch vụ công của chính quyền địa phương ở 63 tỉnh/thành phố tại Việt Nam.

3.2. Định nghĩa các biến

Từ tổng quan nghiên cứu và cơ sở lý thuyết, các biến giải thích được đưa vào mô hình được xem xét có tác động tới lựa chọn dịch vụ y tế bao gồm: các đặc điểm của cá nhân như tuổi tác, giới tính, dân tộc, bảo hiểm y tế; các đặc điểm của hộ gia đình; các đặc điểm của cơ sở y tế như khoảng cách đến cơ sở y tế gần nhất (thể hiện sự sẵn có của y tế); các đặc điểm về môi trường sống như hiện trạng môi trường, khu vực sống, đặc trưng cho đặc điểm khí hậu, địa lý, kinh tế xã hội nơi cá thể đó sinh sống. Biến phụ thuộc là cơ sở y tế bao gồm 4 nhóm. Nhóm 1 gồm y tế thôn bản; trạm y tế xã/ phường; nhóm 2 gồm phòng khám đa khoa khu vực; bệnh viện huyện/quận; nhóm 3 gồm bệnh viện tỉnh/thành phố; bệnh viện Trung ương, bệnh viện nhà nước khác; nhóm 4 gồm: bệnh viện tư nhân; bệnh viện khác; phòng khám tư nhân; dịch vụ y tế cá thể;

và cơ sở y tế khác (Bảng 1).

3.3. Mô hình ước lượng

Mô hình thường được sử dụng trong các nghiên cứu thực nghiệm trước đây để ước tính lựa chọn nhà cung cấp dịch vụ y tế là Logit đa thức (Muriithi, 2013; Ngangbam & Roy, 2019). Để nghiên cứu các nhân tố tác động tới việc lựa chọn nhà cung cấp dịch vụ y tế, việc sử dụng một mô hình hồi quy logit đa thức - Multinomial logit để ước lượng thực nghiệm là phù hợp. Lựa chọn này được ủng hộ bởi McFadden (1981) người đã lập luận rằng Logit đa thức nên được sử dụng khi các loại kết quả độc lập một cách hợp lý đối với mỗi người ra quyết định.

Xác suất (P) mà cá nhân thứ i lựa chọn cơ sở y tế j được thể hiện như trong (Kaija & Okwi, 2011; Long, 1997) được diễn giải như sau:

Bảng 1. Định nghĩa các biến

Các biến số	Định nghĩa
<i>Biến phụ thuộc</i>	
Cơ sở y tế	1: Cơ sở y tế tuyến xã 2: Cơ sở y tế tuyến huyện (nhóm tham khảo) 3: Cơ sở y tế tuyến tỉnh/trung ương 4: Cơ sở y tế tư nhân
<i>Biến độc lập</i>	
Bảo hiểm y tế	1: Có bảo hiểm y tế 0: Không có bảo hiểm y tế
Dân tộc (Theo dân tộc của chủ hộ)	1: Dân tộc Kinh 0: Dân tộc thiểu số
Giáo dục chủ hộ	1: Chưa có bằng cấp nào (nhóm tham khảo) 2: Học tiểu học 3: Có bằng THCS/PTTH 4: Có bằng trên THPT
Quy mô hộ	Tổng số thành viên trong hộ
Giới tính chủ hộ	1: Nam 0: Nữ
<i>Giáo dục</i>	
	1: Chưa có bằng cấp nào (nhóm tham khảo) 2: Học tiểu học 3: Có bằng THCS/PTTH 4: Có bằng trên THPT
Thu nhập	Logarit của thu nhập bình quân hộ

Tuổi	1: 0-17 tuổi (nhóm tham khảo) 2: Từ 18-35 3: Từ 35-50 4: Từ 50-65 5: Trên 65
Giới tính	1: Nam 0: Nữ
Số lần bị ốm	Số lần bị ốm không tham gia lao động, học tập được
Khoảng cách tới cơ sở y tế	Khoảng cách từ xã tới bệnh viện gần nhất
Chất lượng bệnh viện	Dữ liệu đánh giá chất lượng bệnh viện lấy từ dữ liệu PAPI 2018

$$P_{ij} = \frac{\exp(x_i\beta_j)}{\sum_{k=1}^m \exp(x_i\beta_k)}; \quad i = 1, \dots, n; j = 1, \dots, m \quad (1)$$

Nếu lựa chọn thứ m được coi là lựa chọn cơ sở, thì tham số ước lượng β_m được tiêu chuẩn hóa bằng không. Các hệ số logistic được biến đổi bằng cách mũ hóa, việc giải thích các hệ số này được đơn giản hóa bằng cách xét tỷ số chênh lệch log như sau:

$$\log\left(\frac{P_{ij}}{P_{ik}}\right) = (\beta_j - \beta_k)x_i \quad (2)$$

Vì vậy, nếu $\beta_j > \beta_k$, sau đó tăng mức độ đặc trưng x làm tăng tỷ lệ chênh lệch log của lựa chọn j hơn là lựa chọn k . Do vậy, nghiên cứu này sẽ sử dụng mô hình này để kiểm định tác động của các yếu tố về đặc điểm hộ gia đình cũng như đặc điểm cá nhân liệu có khác nhau với từng tùy chọn các loại hình cơ sở y tế khác nhau.

Các hệ số β ở phương trình (2) được ước lượng bằng phương pháp ước lượng hợp lý tối đa (MLE) theo Greene (2012). Tác động biên trung bình (marginal effect at the mean) được tính để giải thích mức độ ảnh hưởng của các biến độc lập đến lựa chọn loại cơ sở y tế như sau:

$$\frac{\partial \Pr(Y=1)}{\partial X_i} = \Pr(Y_j = 1) \left[\beta_{j,x} - \sum_{j=1}^J \beta_{j,x} \Pr(Y_j = 1), j > 1 \right] \quad (3)$$

Tác động biên của một biến x đối với phương án j đề cập đến sự thay đổi xác suất lựa chọn phương án j khi có sự thay đổi trong biến x .

4. Kết quả và thảo luận

4.1. Thực trạng sử dụng dịch vụ y tế ở khu vực nông thôn Việt Nam

Nông thôn Việt Nam trải dài từ Bắc đến Nam, từ đồng bằng ven biển đến trung du miền núi, hải đảo với dân số chiếm hơn 65% dân số cả nước. So với khu vực thành thị, khu vực nông thôn có tỷ lệ hộ nghèo và bất bình đẳng cao hơn.

Qua Bảng 2, có thể thấy, tỷ lệ hộ nghèo ở Việt Nam giảm 50% trong vòng 5 năm từ năm 2010 đến năm 2015. Tuy nhiên khu vực nông thôn luôn có tỷ lệ hộ nghèo cao hơn so với khu vực thành thị, năm 2015 vẫn ở mức 9% cao gấp 3 lần so với khu vực thành thị. Điều này sẽ ảnh hưởng đến khả năng tiếp cận các dịch vụ y tế, giáo dục của các hộ nghèo, đặc biệt ở khu vực nông thôn.

Bảng 3 cho thấy hệ số bất bình đẳng đang có xu hướng giảm, nhưng ở khu vực nông thôn bất bình đẳng cao hơn ở khu vực thành thị. Do vậy trong cung ứng dịch vụ an sinh xã hội, Nhà nước cần chú trọng để đảm bảo tiếp cận bình đẳng giữa các nhóm dân số ở khu vực này.

Hệ thống cơ sở y tế ở Việt Nam hiện nay là sự kết hợp của cả bệnh viện công và bệnh viện tư nhân. Các

Bảng 2. Tỷ lệ hộ nghèo theo khu vực nông thôn-thành thị

Đơn vị: %

Năm	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Cả nước	14	13	11	10	8	7
Thành thị	7	5	4	4	3	3
Nông thôn	17	16	14	13	11	9

Nguồn: Tác giả tổng hợp từ số liệu của Tổng cục Thống kê.

bệnh viện trung ương và bệnh viện tư nhân thường tập trung ở các thành phố, khu đô thị lớn. Các dịch vụ chăm sóc tại bệnh viện chủ yếu do khu vực công cung cấp, trong khi các dịch vụ chăm sóc quy mô nhỏ về chăm sóc cấp cứu và phân phối dược phẩm chủ yếu do tư nhân cung cấp. Các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh công bao gồm trung tâm y tế xã, bệnh viện huyện, bệnh viện tuyến tỉnh và bệnh viện tuyến trung ương. Trạm

Bảng 3. Hệ số bất bình đẳng trong phân phối thu nhập (GINI)

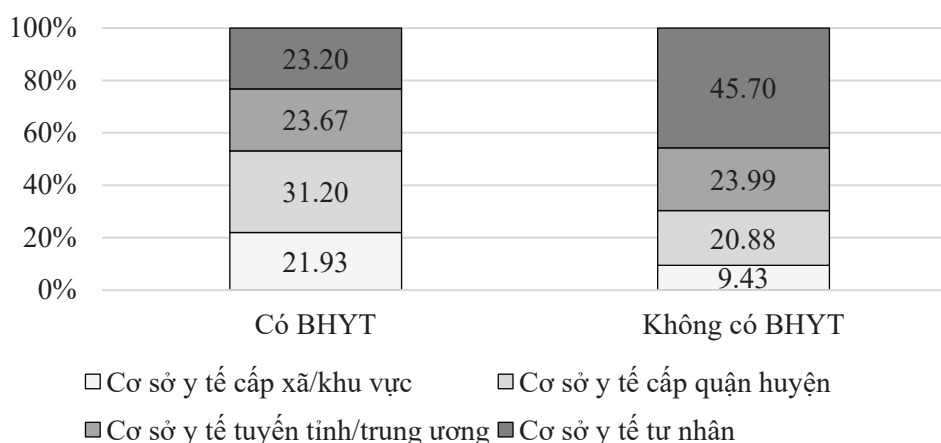
Năm	2010	2012	2014	2016	2018	2019	2020
Cả nước	0,43	0,42	0,43	0,43	0,43	0,42	0,37
Thành thị	0,4	0,39	0,4	0,39	0,37	0,37	0,33
Nông thôn	0,4	0,4	0,4	0,41	0,41	0,41	0,37

Nguồn: Tác giả tổng hợp từ số liệu của Tổng cục Thống kê.

y tế xã được coi là lựa chọn hàng đầu để những người tham gia bảo hiểm y tế công lập đăng ký. Tuy nhiên, hầu hết các trung tâm y tế xã đều thiếu thuốc đặc trị, trang thiết bị y tế và bác sĩ chuyên môn để chẩn đoán và điều trị. Do đó, người bệnh có xu hướng tiếp cận các cơ sở khám chữa bệnh tuyến cao hơn.

Hình 2 cho thấy phần lớn người dân tham gia bảo hiểm y tế chọn khi đi khám chữa bệnh tại cơ sở y tế cấp xã và quận/huyện, chiếm lần lượt 21,93% và 31,2%, bệnh viện cấp tỉnh và cấp trung ương chỉ chiếm 23,67%. Tỷ trọng người lựa chọn khám ngoại trú tại cơ sở y tế tư nhân khá cao, chiếm 23,2%. Tỷ lệ người dân không tham gia bảo hiểm khám chữa bệnh tại cơ sở y tế tuyến xã và tuyến quận/huyện khá thấp, chỉ có lần lượt là 9,43% và 20,88%. Tỷ lệ người dân đi khám bệnh lựa chọn cơ sở tuyến tỉnh và trung ương là 23,99% và lựa chọn cơ sở y tế tư nhân chiếm tỷ trọng cao nhất tới 45,7%. Trong thời gian gần đây hệ thống cơ sở y tế tư nhân phát triển mạnh mẽ hướng tới dịch vụ y tế chất lượng cao đã thu hút một lượng khá lớn người dân tới khám và chữa bệnh.

Hình 2. Tỷ lệ số lần khám ngoại trú theo cơ sở y tế



Nguồn: Tính toán từ bộ dữ liệu VHLSS năm 2018.

Bảng 4 trình bày chi tiêu y tế trung bình cho mỗi lần khám theo loại hình cơ sở y tế. Số liệu tính cho thấy chi tiêu y tế mỗi lần khám trung bình của bệnh nhân có bảo hiểm và không có bảo hiểm đều có xu hướng tăng qua các năm. Chi phí tự trả trung bình cho mỗi lần khám rất khác nhau giữa các loại hình cơ sở y tế.

Về chi phí khám chữa bệnh ngoại trú, chi phí y tế cho mỗi lần khám ngoại trú ở bệnh viện cấp quận/huyện cao hơn gấp đôi ở cơ sở y tế xã và ở cơ sở y tế tuyến tỉnh cao gần gấp 3 lần so với cấp quận/huyện. Chi phí cho mỗi lần khám ngoại trú ở cơ sở y tế tư nhân cũng cao hơn so với cơ sở y tế cấp quận/huyện. Đối với những người không có bảo hiểm y tế, chi phí cho mỗi lần khám cao hơn so với người có bảo hiểm y tế ở

Bảng 4. Chi tiêu y tế trung bình trên mỗi lần khám ngoại trú theo loại hình cơ sở y tế

Đơn vị: nghìn đồng

Chỉ tiêu	Năm 2016					Năm 2018				
	Cơ sở y tế tuyến xã	Cơ sở y tế tuyến quận huyện	Cơ sở y tế tuyến tỉnh	Cơ sở y tế trung ương	Cơ sở y tế tư nhân	Cơ sở y tế tuyến xã	Cơ sở y tế tuyến quận huyện	Cơ sở y tế tuyến tỉnh	Cơ sở y tế trung ương	Cơ sở y tế tư nhân
Có bảo hiểm y tế	118	250	669	1496	386	78	278	736	1807	406
Không có bảo hiểm y tế	252	517	1189	2237	423	134	535	1167	2752	428

Nguồn: Tính toán từ bộ dữ liệu VHLSS năm 2016 và 2018.

tất cả các loại hình cơ sở y tế. Bảo hiểm y tế vẫn có xu hướng giảm chi phí tự chi trả nhiều hơn cho những người tiếp cận các dịch vụ y tế tại các cơ sở y tế công lập tuyến dưới.

4.2. Kết quả ước lượng các nhân tố tác động tới lựa chọn cơ sở y tế

Trong các mô hình ước lượng ảnh hưởng các nhân tố tới lựa chọn cơ sở y tế, nhóm 2 (nhóm tới các cơ sở khám chữa bệnh tại cơ sở y tế tuyến huyện) được lựa chọn làm nhóm cơ sở trong sự so sánh với các lựa chọn khác. Hệ số ước lượng trong mô hình logit đa thức đại diện cho mức độ ảnh hưởng của từng biến độc lập lên tỷ số xác suất (odds ratio) mà một cá nhân lựa chọn khám chữa bệnh tại một cơ sở y tế nào đó trong mối quan hệ so sánh với lựa chọn khám tại cơ sở y tế tuyến quận/huyện. Sau khi sử dụng mô hình logit đa thức, ảnh hưởng biên sẽ được tính để giải thích các nhân tố tác động tới lựa chọn cơ sở y tế.

Kiểm định giả thiết H0 bằng tỷ số hợp lý, rằng tất cả các hệ số của các biến của mô hình đều bằng không. Kết quả kiểm định này cho thấy giá trị của thống kê chi bình phương LR $\chi^2(72) = 1969,20$ với Prob > χ^2 có ý nghĩa thống kê ở mức 1% cho thấy các biến giải thích kết hợp lại có ảnh hưởng mạnh lên xác suất lựa chọn.

Kết quả hồi quy logistic đa thức cho thấy hầu hết các hệ số hồi quy ước lượng được đều có ý nghĩa thống kê. Biến bảo hiểm y tế ở cột (2) và (3) đều âm và có ý nghĩa thống kê ở mức 1% cho thấy khi có bảo hiểm y tế, khả năng lựa chọn khám ngoại trú tại các cơ sở y tế tuyến tỉnh/trung ương và tư nhân thấp hơn so với lựa chọn cơ sở y tế tuyến huyện. Có thể hiểu là khi có bảo hiểm y tế thì người dân nông thôn sẽ ưu tiên lựa chọn khám ở tuyến huyện. Do tuyến huyện thường được chọn là tuyến khám chữa bệnh bảo hiểm y tế, khi khám trái tuyến, các cá nhân sẽ không được bảo hiểm y tế chi trả chi phí khám ngoại trú. Như vậy bảo hiểm y tế đã khuyến khích người bệnh lựa chọn khám ngoại trú tại cơ sở tuyến huyện nhiều hơn. Điều này có ý nghĩa quan trọng trong việc giảm tải cho các bệnh viện tuyến trên. Trong khi những người không có bảo hiểm thường tìm đến các cơ sở y tế tuyến trên nhiều hơn các cơ sở y tế tuyến dưới thì ngược lại, những người có bảo hiểm lại đi khám chữa bệnh tại các cơ sở y tế tuyến dưới. Những kết quả này cũng phù hợp với các nghiên cứu khác (Sepehri & cộng sự, 2009; Wagstaff & Lindelow, 2008). Hệ số ước lượng của biến thu nhập của nhóm (1) âm, các nhóm (3), (4) dương và đều có ý nghĩa thống kê ở mức 1%. Điều này cho

Bảng 5. Kết quả ước lượng mô hình logistic đa thức các nhân tố tác động tới lựa chọn cơ sở y tế

(Cơ sở y tế tuyến huyện là nhóm tham khảo)

Biến độc lập	cơ sở y tế tuyến xã (1)	cơ sở y tế tuyến tỉnh/trung ương (2)	cơ sở y tế tư nhân (3)
Bảo hiểm y tế	0,0144 [0,154]	-0,345*** [0,124]	-1,014*** [0,108]
Dân tộc	-0,430*** [0,0997]	0,503*** [0,122]	0,174* [0,105]
Vùng			
2	0,805*** [0,124]	0,0661 [0,122]	-0,0223 [0,121]
3	0,489*** [0,108]	0,131 [0,0949]	0,344*** [0,0935]
4	0,357** [0,145]	0,063 [0,138]	0,404*** [0,128]
5	-0,0716 [0,164]	0,334*** [0,125]	0,374*** [0,125]
6	0,597*** [0,109]	0,231** [0,0971]	0,785*** [0,0927]
Giáo dục chủ hộ			
2- Học tiểu học	0,0302 [0,0961]	-0,0581 [0,103]	-0,260*** [0,0917]
3- THCS/PTTH	0,16 [0,100]	0,022 [0,106]	-0,0721 [0,0946]
4- Trên THPT	0,133 [0,205]	0,334* [0,182]	-0,082 [0,177]
Quy mô hộ	0,0193 [0,0217]	0,0299 [0,0210]	0,0448** [0,0198]
Giới tính chủ hộ	-0,173** [0,0859]	-0,178** [0,0818]	-0,191** [0,0776]
Thu nhập	-0,0897* [0,0503]	0,335*** [0,0477]	0,231*** [0,0450]
Tuổi			
2	-0,826*** [0,131]	-0,0284 [0,137]	-0,425*** [0,120]
3	-1,088*** [0,112]	0,109 [0,116]	-0,559*** [0,103]
4	-1,161*** [0,105]	-0,198* [0,112]	-1,028*** [0,0996]
5	-1,158*** [0,107]	-0,268** [0,115]	-1,023*** [0,104]
Giáo dục			
2- Học tiểu học	-0,351*** [0,0940]	0,102 [0,100]	0,0648 [0,0899]
3- THCS/PTTH	-0,853*** [0,105]	0,0599 [0,105]	-0,0904 [0,0959]
4- Trên THPT	-0,491** [0,220]	0,155 [0,187]	0,148 [0,180]
Giới tính	0,00214	-0,0128	0,0692

	[0,0653]	[0,0637]	[0,0594]
Số lần bị ốm	-0,274***	0,112***	-0,114***
	[0,0564]	[0,0283]	[0,0405]
Khoảng cách tới bệnh viện gần nhất	0,0296***	0,0019	-0,00186
	[0,00428]	[0,00490]	[0,00459]
Chất lượng cơ sở y tế	0,801**	-0,2	-0,212
	[0,374]	[0,336]	[0,319]
cons	-0,391	-2,819***	-0,314
	[0,876]	[0,789]	[0,746]
Số quan sát	9194		

Ghi chú: Ký hiệu ***/**/* tương ứng với các mức ý nghĩa thống kê 1%, 5% và 10%

Nguồn: ước lượng của các tác giả từ số liệu VHLSS 2018.

thấy khi thu nhập tăng lên thì khả năng lựa chọn khám ngoại trú tại các cơ sở y tế tuyến trên so với tuyến huyện sẽ tăng lên.

Ước lượng tác động biên của các nhân tố tới lựa chọn cơ sở y tế sẽ được tính toán để phân tích rõ hơn tác động của các nhân tố tới xác suất lựa chọn từng loại hình cơ sở y tế.

Bảng 6. Ước lượng tác động biên các nhân tố tác động tới lựa chọn cơ sở y tế

Biến độc lập	cơ sở y tế tuyến xã (1)	cơ sở y tế tuyến huyện (2)	cơ sở y tế tuyến tỉnh/trung ương (3)	cơ sở y tế tư nhân (4)
Bảo hiểm y tế	0,0712***	0,097***	0,0052	-0,1734***
Dân tộc	-0,0912***	-0,0207	0,0845***	0,0274
Vùng				
2	0,1268***	-0,059***	-0,0212	-0,0459***
3	0,0489***	-0,065***	-0,0150	0,0312**
4	0,0279	-0,0579***	-0,0245	0,0546***
5	-0,0349**	-0,0539***	0,0373**	0,0515***
6	0,0337***	-0,1108***	-0,0310**	0,1081***
Giáo dục chủ hộ				
2- Học tiểu học	0,0206*	0,0222	0,0052	-0,0480***
3- THCS/PTTH	0,0268**	-0,0045	0,0024	-0,0248
4- Trên THPT	0,0110	-0,0230	0,0571**	-0,0451*
Quy mô hộ	-0,0007	-0,0063**	0,0014	0,0057*
Giới tính chủ hộ	-0,0085	0,0353***	-0,0107	-0,0160
Thu nhập	-0,0381***	-0,0335***	0,0425***	0,0292***
Tuổi				
2	-0,1056***	0,0790***	0,0531***	-0,0265
3	-0,1393***	0,0944***	0,095***	-0,0501***
4	-0,1189***	0,1592***	0,0735***	-0,1139***
5	-0,1162***	0,1642***	0,0615***	-0,1095***
Giáo dục				
2- Học tiểu học	-0,0654***	0,0112	0,0259**	0,0283**
3- THCS/PTTH	-0,1232***	0,0526***	0,0455***	0,0252
4- Trên THPT	-0,0917***	0,0086	0,0340	0,0491*
Giới tính	-0,0031	-0,0045	-0,0062	0,0138
Số lần bị ốm	-0,0381***	0,0169***	0,0342***	-0,0130*
Khoảng cách tới bệnh viện	0,0044***	-0,0017**	-0,0006	-0,0021***
Chất lượng cơ sở y tế	0,1375***	-0,0167	-0,0474	-0,0735

Ghi chú: Ký hiệu ***/**/* tương ứng với các mức ý nghĩa thống kê 1%, 5% và 10%

Nguồn: ước lượng của các tác giả từ số liệu VHLSS 2018.

Kết quả ước lượng biên cho thấy cá nhân có bảo hiểm y tế có xác suất lựa chọn khám chữa bệnh ngoại trú tại cơ sở tuyến xã và huyện cao hơn so với cá nhân không có bảo hiểm y tế lần lượt là 7,12% và 9,7%. Ngược lại, cá nhân có bảo hiểm y tế thì khả năng lựa chọn khám ngoại trú tại cơ sở y tế tư nhân lại thấp hơn so với cá nhân không có bảo hiểm y tế là 17,34%. Điều này có thể hiểu là do hiện nay bảo hiểm y tế chi trả cho các cá nhân khám ngoại trú đúng tuyến, nên họ lựa chọn khám tại các cơ sở y tế ban đầu, thường là tuyến xã, huyện. Các cá nhân không có bảo hiểm y tế họ tự do hơn trong việc lựa chọn cơ sở y tế và khả năng họ lựa chọn cơ sở y tế tư nhân sẽ tăng lên.

Hệ số ước lượng biên của biến Dân tộc cũng cho thấy khả năng người dân tộc Kinh lựa chọn khám tại cơ sở y tế tuyến xã thấp hơn 9,12% so với người dân tộc thiểu số. Khả năng họ lựa chọn khám ngoại trú ở cơ sở y tế tuyến tỉnh, trung ương cao hơn so với người dân tộc thiểu số là 8,45%. Mặc dù những phát hiện này không mới nhưng chúng cung cấp thêm bằng chứng khẳng định sự bất bình đẳng trong tiếp cận dịch vụ y tế của người dân tộc thiểu số so với người Kinh.

Khi thu nhập tăng lên thì xác suất lựa chọn khám tại cơ sở y tế tuyến xã và huyện giảm, khả năng cá nhân lựa chọn khám bệnh tại cơ sở y tế tuyến tỉnh/trung ương và tuyến tư nhân lại tăng lên. Khi cá nhân có mức thu nhập cao hơn, họ sẵn sàng chi trả hơn cho các dịch vụ y tế và khi đó họ lựa chọn các cơ sở y tế tuyến trung ương hoặc tư nhân để khám bệnh. Người dân có thu nhập cao hơn dễ tiếp cận với dịch vụ y tế tuyến trung ương và cơ sở y tế tư nhân hơn. Các cơ sở y tế tư nhân phát triển với nhiều có bệnh viện, phòng khám đa khoa chất lượng cao đáp ứng nhu cầu khám chữa bệnh có chất lượng cao ở những người có điều kiện kinh tế. Điều này cho thấy thu nhập cũng tạo ra sự bất bình đẳng trong tiếp cận dịch vụ y tế của người dân.

Khi tuổi tăng, xác suất lựa chọn khám ngoại trú tại cơ sở y tế tuyến xã giảm và khả năng lựa chọn cơ sở y tế công tuyến trên tăng. Do khi tuổi tăng lên, sức khỏe suy giảm, các bệnh nhân thường mắc bệnh nặng hơn nên khả năng lựa chọn cơ sở y tế tuyến trên cũng tăng lên.

Về giáo dục, trình độ giáo dục cao hơn thì khả năng lựa chọn cơ sở y tế xã cũng giảm, khả năng lựa chọn cơ sở y tế các tuyến cao hơn cũng tăng lên. Phát hiện này tương tự kết quả nghiên cứu của Hutchinson (1999). Phát hiện có hàm ý rằng những người được giáo dục cao hơn họ có thể phân biệt chất lượng chăm sóc sức khỏe bằng cách quan sát trình độ của các nhà cung cấp dịch vụ y tế.

Về tình trạng sức khỏe, số lần ốm đau tăng lên thì khả năng lựa chọn cơ sở y tế tuyến xã giảm và khả năng lựa chọn khám tại các cơ sở y tế tuyến huyện, tỉnh và trung ương cũng tăng lên. Trung bình số lần bị ốm tăng lên một lần thì sẽ làm cho khả năng cơ sở y tế tuyến huyện, tỉnh/trung ương tăng lần lượt là 1,69% và 3,42%.

Về khoảng cách tới bệnh viện gần nhất, kết quả ước lượng cho thấy khoảng cách này tăng làm giảm khả năng lựa chọn tuyến huyện. Ở các vùng xa cơ sở y tế tuyến huyện, cơ sở y tế tuyến xã sẽ được ưu tiên lựa chọn hơn và khoảng cách tới bệnh viện cấp quận huyện tăng lên xác suất lựa chọn tuyến huyện sẽ giảm. Hệ số ước lượng biên của biến chất lượng cơ sở y tế ở cột (1) cho thấy rằng ở các địa phương có chất lượng dịch vụ y tế công lập tốt thì xác suất cá nhân lựa chọn cơ sở y tế tuyến xã sẽ tăng lên.

5. Kết luận

Như vậy, kết quả nghiên cứu đã chỉ ra rằng người dân tham gia bảo hiểm y tế có xu hướng gia tăng lựa chọn cơ sở y tế tuyến cơ sở như tuyến xã, huyện. Người dân tộc Kinh ít lựa chọn khám chữa bệnh tại các cơ sở y tế xã mà có xu hướng lựa chọn các cơ sở khám chữa bệnh tuyến trên. Mặt khác, đồng bào dân tộc thiểu số chủ yếu khám, chữa bệnh tại các cơ sở y tế tuyến dưới, đặc biệt là tuyến xã. Thêm vào đó, các cá nhân sống tại các xã xa các bệnh viện tuyến huyện trở lên có xu hướng lựa chọn khám tại cơ sở y tế tuyến xã. Khi người dân có số lần ốm đau nhiều hơn, khả năng lựa chọn cơ sở y tế tuyến xã giảm, khả năng lựa chọn cơ sở y tế tuyến trên có xu hướng tăng lên, làm gia tăng tình trạng quá tải tại các cơ sở y tế tuyến trên. Tại các địa phương có chất lượng cơ sở y tế công lập tốt hơn thì khả năng lựa chọn cơ sở y tế tuyến xã cũng tăng lên. Với các kết quả trên cho thấy Nhà nước cần có các chính sách tăng cường cơ sở vật chất, nâng cao trình độ chuyên môn của đội ngũ y bác sĩ tại các cơ sở y tế tuyến xã, phường và quận/huyện, từ đó sẽ thu hút người dân sử dụng dịch vụ y tế tại các cơ sở y tế này. Chất lượng cơ sở y tế tuyến dưới được nâng cao góp phần đảm bảo công bằng về tiếp cận dịch vụ y tế giữa các nhóm dân cư, giảm tình trạng quá tải tại các cơ sở y tế tuyến trên. Kết quả nghiên cứu cũng chỉ ra khi thu nhập tăng thì xu hướng lựa chọn các cơ sở y tế tư nhân, cơ sở y tế công lập tuyến trên cũng tăng theo. Phát hiện này cho thấy rằng các chính sách cải cách y tế không nên bỏ qua vai trò của khu vực tư nhân trong việc cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe. Nhà nước cần khuyến khích phát triển dịch vụ y tế tư nhân và có chính sách kiểm soát chặt chẽ chất lượng của các cơ sở y tế này.

Tài liệu tham khảo

- Acton, J. P. (1975), 'Nonmonetary Factors in the Demand for Medical Services: Some Empirical Evidence', *Journal of Political Economy*, 83(3), 595-614.
- Andersen, R. (1968), *A behavioral model of families' use of health services*, University of Chicago, Chicago.
- Andersen, R. (1995), 'Revisiting the behavioral model and access to medical care: does it matter?', *Journal of Health and Social Behavior*, 36(1), 1-10.
- Andersen, R. & Newman, J. F. (2005), 'Societal and Individual Determinants of Medical Care Utilization in the United States', *The Milbank Quarterly*, 83(4), 95-124. DOI: 10.1111/j.1468-0009.2005.00428.x.
- Andersen, R. M., Davidson, P. L. & Ganz, P. A. (1994), 'Symbiotic relationships of quality of life, health services research and other health research', *Qual Life Res*, 3(5), 365-371. DOI:10.1007/bf00451728.
- Awoyemi, T., Oluwakemi, O. & Opaluwa, H. (2010), 'Effect of Distance on Utilization of Health Care Services in Rural Kogi State, Nigeria', *Human Ecology*, 35(1), 1-9. DOI:10.1080/09709274.2011.11906385.
- Boonen, L. H., Schut, F. T. & Koolman, X. (2008), 'Consumer channeling by health insurers: natural experiments with preferred providers in the Dutch pharmacy market', *Health Economics*, 17(3), 299-316. DOI:10.1002/hec.1265.
- Evans, R. G. & Stoddart, G. L. (1990), 'Producing health, consuming health care', *Social Science & Medicine*, 31(12), 1347-1363. DOI:10.1016/0277-9536(90)90074-3.
- Greene, W. H. (2012), *Econometric Analysis*, Pearson Education.
- Ha, N. T., Berman, P. & Larsen, U. (2002), 'Household utilization and expenditure on private and public health services in Vietnam', *Health Policy Plan*, 17(1), 61-70. DOI: 10.1093/heapol/17.1.61.
- Hutchinson, P. (1999), *Health Care in Uganda: Selected Issues*, World Bank, Washington, D.C.
- Kaija, D. & Okwi, P. O. (2011), *Quality and Demand for Health Care in Rural Uganda: Evidence from 2002/03 Household Survey*, Retrieved on July 30th 2022, from <<https://EconPapers.repec.org/RePEc:aer:wpaper:214>>.
- Kasirye, I., Ssewanyana, S., Nabyonga Orem, J., & Lawson, D. (2004), *Demand for Health Care Services in Uganda: Implications for Poverty Reduction*, University Library of Munich, Germany, MPRA Paper.
- Long, J. S. (1997), *Regression models for categorical and limited dependent variables*, Sage Publications, Inc, Thousand Oaks, CA, US.
- McFadden, D. (1981), 'Econometric Models of Probabilistic Choice', In Manski, C. & McFadden, D. (Ed.s), *Structural Analysis of Discrete Data with Econometric Applications*, MIT Press, Cambridge, 198-272.
- Muriithi, M. (2013), 'The determinants of health-seeking behavior in a nairobi slum, Kenya', *European Scientific Journal*, 9(8), 151-164.
- Mwabu, G., Wang'ombe, J. & Nganda, B. (2003), 'The Demand for Medical Care in Kenya', *African Development Review*, 15, 439-453. DOI: 10.1111/j.1467-8268.2003.00080.x.
- Ngangbam, S. & Roy, A. (2019), 'Determinants of Health-seeking Behaviour in Northeast India', *Journal of Health Management*, 21, 234-257. DOI: 10.1177/0972063419835118.
- Nguyễn Huyền Trang (2012), 'Kết luận thống kê về nhu cầu chăm sóc sức khỏe ở Hải Dương', Luận án tiến sỹ, Đại học khoa học tự nhiên - Đại học quốc gia Hà Nội, Đại học khoa học tự nhiên - Đại học quốc gia Hà Nội.
- Nguyen, T. A. & Giang, L. T. (2021), 'Factors Influencing the Vietnamese Older Persons in Choosing Healthcare Facilities', *Health Services Insights*, 14. DOI:10.1177/11786329211017426.
- Sahn, D., Genicot, G. & Younger, S. (2003), 'The Demand for Health Care Services in Rural Tanzania', *Oxford Bulletin of Economics and Statistics*, 65, 241-260. DOI:10.1111/1468-0084.t01-2-00046.
- Scanlon, D. P., Lindrooth, R. C. & Christianson, J. B. (2008), 'Steering patients to safer hospitals? The effect of a tiered hospital network on hospital admissions', *Health Services Research*, 43(5 Pt 2), 1849-1868. DOI:10.1111/j.1475-6773.2008.00889.x.
- Sepehri, A., Sarma, S. & Serieux, J. (2009), 'Who is giving up the free lunch? The insured patients' decision to access health insurance benefits and its determinants: Evidence from a low-income country', *Health Policy*, 92(2-3), 250-258. DOI:10.1016/j.healthpol.2009.05.005.
- Sinaiko, A. D. (2011), 'How do quality information and cost affect patient choice of provider in a tiered network setting?'

-
- Results from a survey', *Health Services Research*, 46(2), 437-456. DOI:10.1111/j.1475-6773.2010.01217.x.
- Thurstone, L. L. (1927), 'A law of comparative judgment', *Psychological Review*, 34(4), 273-286.
- Wagstaff, A. & Lindelow, M. (2008), 'Can insurance increase financial risk?: The curious case of health insurance in China', *Journal of Health Economics*, 27(4), 990-1005.
- Zhang, L., Wang, Z., Qian, D. & Ni, J. (2014), 'Effects of changes in health insurance reimbursement level on outpatient service utilization of rural diabetics: evidence from Jiangsu Province, China', *BMC Health Services Research*, 14, 185-185. DOI: 10.1186/1472-6963-14-185.