

CÁC YẾU TỐ ẢNH HƯỞNG ĐẾN BẤT BÌNH ĐẲNG TRONG SỬ DỤNG Y TẾ CỦA NGƯỜI DÂN Ở KHU VỰC NÔNG THÔN VIỆT NAM

Nguyễn Thị Tuyết*, Phạm Thị Bảo Oanh *

Nhận bài: 17/08/2023; Nhận kết quả bình duyệt: 21/08/2023; Chấp nhận đăng: 20/09/2023

©2023 Trường Đại học Thăng Long

Tóm tắt

Nghiên cứu sử dụng dữ liệu điều tra mức sống hộ gia đình VHLSS 2018 để phân tích các yếu tố ảnh hưởng tới bất bình đẳng trong sử dụng dịch vụ y tế của người dân ở khu vực nông thôn. Thông qua các phương pháp phân tích mô tả, hồi quy poisson cho tần suất sử dụng dịch vụ y tế và phương pháp phân tách chỉ số tập trung (CI), bài viết đã chỉ ra mức độ đóng góp của các yếu tố ảnh hưởng khác nhau đến mức độ bất bình đẳng tổng thể trong sử dụng dịch vụ y tế. Chênh lệch thu nhập giữa các hộ gia đình là yếu tố quan trọng làm gia tăng bất bình đẳng trong sử dụng dịch vụ y tế, mang lại lợi ích cho nhóm khá giả. Bảo hiểm y tế cơ bản đã đóng góp vào việc làm giảm bất bình đẳng trong sử dụng dịch vụ y tế nội trú nhưng không làm giảm bất bình đẳng trong sử dụng dịch vụ y tế ngoại trú. Chính phủ cần tiếp tục nỗ lực cải thiện việc sử dụng dịch vụ y tế và đáp ứng nhu cầu dịch vụ y tế cho các nhóm thu nhập thấp và mở rộng các chính sách y tế để bao phủ các nhóm yếu thế với hiệu quả tốt hơn.

Từ khóa: bất bình đẳng; dịch vụ y tế; khu vực nông thôn; bảo hiểm y tế

1. Giới thiệu

Công bằng trong chăm sóc sức khỏe là vấn đề mà tất cả các quốc gia trên thế giới đều quan tâm. Các Chính phủ ở nhiều nước đã đưa ra nhiều chính sách để nhằm gia tăng khả năng tiếp cận và khả năng được chăm sóc sức khỏe của mọi người dân. Tổ chức Y tế Thế giới (WHO) coi chất lượng, công bằng và hiệu quả là ba mục tiêu chính của một hệ thống y tế. Kể từ năm 2015, mục tiêu quan trọng của chương trình nghị sự phát triển toàn cầu là đạt được việc bao phủ chăm sóc sức khỏe toàn dân

(World Health & World, 2014), theo đó, mọi người phải được tiếp cận với các dịch vụ y tế chất lượng họ yêu cầu mà không gặp khó khăn về kinh tế. Cho đến nay, vẫn còn tồn tại sự bất bình đẳng đáng kể trong việc sử dụng các dịch vụ y tế và sức khỏe. Các yếu tố như thu nhập thấp, điều kiện sống kém làm giảm khả năng tiếp cận các dịch vụ y tế, làm cho dân số nghèo có nhiều khả năng bị suy giảm sức khỏe (Barraza-Lloréns, Panopoulou, & Díaz, 2013), có tỷ lệ tử vong và bệnh tật cao hơn khi so sánh với các nhóm dân số giàu có hơn (Xie, 2011). Người nghèo thường sử

* Trường Đại học Thăng Long

dùng ít dịch vụ y tế hơn mặc dù nhu cầu cao hơn. Nhiều nghiên cứu cho thấy có mối quan hệ bất bình đẳng trong sử dụng dịch vụ y tế giữa các nhóm thu nhập khác nhau. Các phát hiện cho thấy ở nhóm dân cư có thu nhập cao hơn, tỷ lệ sử dụng dịch vụ y tế cao hơn so với nhóm dân số có thu nhập thấp hơn (Qian và cộng sự 2017), dân số giàu có nhiều khả năng sử dụng các dịch vụ y tế chất lượng cao hơn (Flatø & Zhang, 2016). Hơn nữa, những người nghèo thường sử dụng một tỷ lệ phần trăm thu nhập tương đối lớn hơn cho việc chăm sóc sức khỏe, khiến tình trạng sức khỏe kém và nghèo đói kéo dài (Xie, 2011).

Có nhiều nghiên cứu về bất bình đẳng trong tiếp cận và sử dụng dịch vụ y tế đã được thực hiện. Macintyre (1997) đã thực hiện nghiên cứu về bất bình đẳng y tế ở Anh năm 1980, báo cáo chỉ ra sự khác biệt về tỷ lệ mắc bệnh, tử vong và việc sử dụng các dịch vụ y tế giữa các bộ phận dân số khác nhau. Các nghiên cứu cũng chỉ ra rằng các mức thu nhập khác nhau có thể dẫn đến bất bình đẳng về gánh nặng kinh tế do bệnh tật mang lại (Annear, Bigdeli, & Jacobs, 2011). Tình trạng kinh tế hộ gia đình, nơi cư trú khác nhau có thể gây ra bất bình đẳng về sức khỏe (Granlund, Chuc, Phuc, & Lindholm, 2010; Marmot, Friel, Bell, Houweling, & Taylor, 2008). Với sự phát triển kinh tế và xã hội nhanh chóng như hiện nay, khoảng cách bất bình đẳng có thể sẽ tăng lên (Chongsuvivatwong và cộng sự 2011;

Ekman, Liem, Duc, & Axelson, 2008). A. Wagstaff (2002) đã chỉ ra mối quan hệ nhân quả hai chiều giữa nghèo đói và sức khỏe, trong đó nghèo đói dẫn đến sức khỏe kém, từ đó làm tăng mức độ nghèo đói.

Tại Việt Nam, kể từ khi Đổi mới cho đến nay, đã có nhiều chính sách cải cách đổi mới được thực hiện để tăng khả năng tiếp cận dịch vụ y tế của người dân. Sự tham gia của tất cả người dân vào hệ thống bảo hiểm y tế, mở rộng các hạng mục dịch vụ y tế trong danh mục bảo hiểm, và tăng tỷ lệ bồi thường bảo hiểm y tế đã làm cho các dịch vụ y tế trở nên hợp lý hơn. Tuy nhiên, vẫn còn tồn tại bất bình đẳng về tiếp cận và sử dụng dịch vụ y tế của người dân. Đặc biệt, khu vực nông thôn Việt Nam, nơi mà một bộ phận lớn người dân sống chủ yếu dựa vào nông nghiệp, nơi mà vẫn tồn tại một bộ phận lớn người dân còn phải đối mặt với nhiều vấn đề liên quan đến nền kinh tế kém phát triển, khả năng tiếp cận giáo dục và chăm sóc sức khỏe còn hạn chế. Tran, Nguyen, Nong, và Nguyen (2016) chỉ ra rằng người dân ở vùng nông thôn, miền núi có tỷ lệ mắc các vấn đề về sức khỏe cao hơn và có nhiều rào cản xã hội hơn trong việc tiếp cận các dịch vụ chăm sóc sức khỏe, ngay cả với các dịch vụ được cung cấp tại các trạm y tế xã.

Bất bình đẳng trong tiếp cận dịch vụ y tế có thể ảnh hưởng đáng kể đến tình trạng sức khỏe và chất lượng cuộc sống của người dân ở những nơi khó tiếp cận (Prinja, Aggarwal, Kumar, & Kanavos,

2012). Nhận biết thực trạng và những biểu hiện của bất bình đẳng trong việc tiếp cận và sử dụng dịch vụ y tế có thể cho phép các nhà hoạch định chính sách xác định các nhóm dân cư dễ bị tổn thương cần hỗ trợ, từ đó đưa ra các giải pháp phù hợp để cải thiện khả năng tiếp cận và sức khỏe ở các nhóm này. Do đó, việc nghiên cứu bất bình đẳng trong tiếp cận và sử dụng dịch vụ y tế của các nhóm dân cư, đặc biệt ở khu vực nông thôn là cần thiết. Nghiên cứu này được thực hiện nhằm xem xét các yếu tố ảnh hưởng tới sự công bằng trong việc sử dụng dịch vụ y tế ở khu vực nông thôn, từ đó giúp đưa ra khuyến nghị cụ thể về kết quả của các yếu tố ảnh hưởng liên quan.

2. Dữ liệu và phương pháp nghiên cứu

2.1. Dữ liệu nghiên cứu

Nghiên cứu sử dụng dữ liệu trích xuất từ Bộ dữ liệu Điều tra mức sống hộ gia đình (VHLSS) năm 2018. VHLSS là bộ dữ liệu do Tổng cục Thống kê thực hiện điều tra 2 năm một lần. Từ bộ dữ liệu này, tác giả trích xuất các quan sát ở khu vực nông thôn. Dữ liệu chứa các thông tin về sử dụng dịch vụ y tế, bảo hiểm y tế, đặc điểm cá nhân và đặc điểm hộ gia đình.

2.2. Mô tả các biến

Việc sử dụng dịch vụ chăm sóc sức khỏe bao gồm chăm sóc bệnh nhân ngoại trú và nội trú. Dựa trên đặc điểm của dữ liệu được chọn, bài báo này chọn “số lần khám ngoại trú trong năm” và “số lần khám bệnh nội trú trong năm

qua” làm chỉ số để đo lường mức độ sử dụng dịch vụ chăm sóc sức khỏe.

Mô hình sử dụng dịch vụ y tế hay mô hình hành vi của Andersen, được phát triển vào năm 1968, được ứng dụng để nghiên cứu các yếu tố ảnh hưởng đến việc sử dụng dịch vụ y tế (Andersen, 1968). Theo mô hình này, các biến độc lập được phân thành ba loại: (1) các biến khuynh hướng, (2) các biến cho phép và (3) các biến nhu cầu.

Các biến khuynh hướng được sử dụng làm đại diện trong nghiên cứu này là: giới tính, tuổi tác, trình độ học vấn. Tuổi được phân loại thành bốn nhóm: 18–35, 36–50, 50–65 và hơn 65 tuổi. Các thành viên có tuổi dưới 18 tuổi không được xem xét trong nghiên cứu này, vì phần lớn trẻ em chưa tự quyết định được việc chăm sóc sức khỏe của mình mà phụ thuộc vào quyết định của người lớn. Ngoài ra còn có các biến ảnh hưởng khác, trong đó quan trọng là trình độ học vấn.

Các biến cho phép được thể hiện bằng bảo hiểm y tế, vị trí địa lý. Chi tiêu tiêu dùng bình quân đầu người hàng năm của hộ gia đình cũng được định nghĩa là đại diện của các biến cho phép, vì chi tiêu tiêu dùng của hộ gia đình có mối liên hệ chặt chẽ với phúc lợi của các cá nhân trong hộ (Zhou và cộng sự, 2011). Chi tiêu tiêu dùng bình quân đầu người của hộ gia đình được chia thành bốn nhóm theo phương pháp tứ phân vị. Khoảng cách tới bệnh viện gần nhất cũng được xem xét ảnh hưởng tới khả

năng sử dụng dịch vụ y tế của người dân.s.

Bảng 1. Mô tả các biến

Các biến số	Định nghĩa
Số lần khám ngoại trú	Tính bằng số lần đi khám ngoại trú tại các cơ sở y tế
Số lần khám nội trú	Tính bằng số lần đi khám nội trú tại các cơ sở y tế
Bảo hiểm y tế	1= Có bảo hiểm y tế 0= Không có bảo hiểm y tế
Dân tộc	1= Dân tộc Kinh 0= Dân tộc thiểu số
Giáo dục chủ hộ	Giáo dục của chủ hộ gia đình, chia thành 4 bậc: 1= Chưa có bằng cấp nào 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
Giáo dục	Giáo dục của cá nhân, được chia thành 4 bậc: 1= Chưa có bằng cấp nào 2= Học tiểu học 3= Có bằng THCS/PTTH 4= Có bằng trên THPT
Thu nhập	Logarit của thu nhập bình quân đầu người/hộ
Tuổi	Tính theo năm
Giới tính	1= Nam; 0=Nữ
Số ngày bị ốm	Số ngày bị ốm mà cá nhân đó không tham gia lao động, học tập được
Khoảng cách tới cơ sở y tế gần nhất	Khoảng cách tới bệnh viện gần nhất

Biến nhu cầu được xem xét trong nghiên cứu này được thể hiện bằng số ngày bị ốm nặng cho biết tình trạng sức khỏe của người được nghiên cứu

2.3. Phương pháp ước lượng

Trong bài viết này, chỉ số tập trung (CI) được phát triển bởi Wagstaff và cộng sự được sử dụng để đo lường mức

độ bất bình đẳng liên quan đến thu nhập hộ gia đình trong việc sử dụng dịch vụ y tế. CI nhạy cảm với sự phân bố dân số trong các nhóm kinh tế xã hội và tính đến cả khía cạnh kinh tế xã hội của sự bất bình đẳng trong sử dụng dịch vụ y tế (Adam Wagstaff, Paci, & Van Doorslaer, 1991). CI được phân tách sâu hơn để đánh giá sự đóng góp của

các yếu tố khác nhau (yếu tố cần thiết và yếu tố không cần thiết) trong việc giải thích sự bất bình đẳng trong sử dụng dịch vụ y tế. Theo Wagstaff và cộng sự, CI được định nghĩa là hai lần diện tích giữa đường cong Lorenz và đường chéo (đường công bằng tuyệt đối) (Adam Wagstaff, Van Doorslaer, & Watanabe, 2003), trong đó đường cong tập trung biểu thị tỷ lệ phần trăm tích lũy của việc sử dụng dịch vụ (trục y) so với tỷ lệ phần trăm tích lũy của người trả lời, được xếp hạng theo chi tiêu tiêu dùng bình quân đầu người của hộ gia đình, bắt đầu với người ít giàu nhất và kết thúc với người giàu nhất (trục x). Chỉ số nồng độ nằm trong khoảng $[-1, 1]$. Khi đường tập trung nằm trên đường công bằng tuyệt đối, CI nằm trong khoảng $[-1, 0]$, điều này cho thấy sự phân bố không cân đối trong việc sử dụng dịch vụ y tế tập trung nhiều hơn ở các thành viên có chi tiêu tiêu dùng bình quân đầu người của hộ gia đình thấp hơn và ngược lại, CI bằng 0 chỉ ra rằng không có sự bất bình đẳng. Chỉ số nồng độ (CI) có thể được biểu thị thông qua biểu thức sau:

$$C = \frac{2}{\mu} cov_w(y_i, r_i) \quad (1)$$

Trong đó y_i là thước đo mức độ sử dụng dịch vụ y tế, μ là giá trị trung bình của nó và r_i là thứ hạng phân đoạn tương đối của một cá nhân i trong phân phối chi tiêu tiêu dùng bình quân đầu người của hộ gia đình ($i = 1$ cho người nghèo nhất và $i = N$ cho người giàu có nhất).

Ở đây, phân tích CI của việc sử dụng dịch vụ y tế bao gồm sự đóng góp của các yếu tố thành phần là các biến độc lập có ảnh hưởng khác nhau đến sự không công bằng tổng thể. Mô hình các yếu tố ảnh hưởng đến việc sử dụng dịch vụ y tế như sau:

$$y_i = \delta + \sum_v \gamma_v x_{vi} + \sum_j \gamma_j m_{ji} + \sum_k \gamma_k z_{ki} + \varepsilon_i \quad (2)$$

Trong đó: ba nhóm biến giải thích được xác định là các biến khuynh hướng (x_{vi}) bao gồm giới tính, tuổi tác, học vấn; các biến khả thi (m_{ji}) bao gồm chế độ bảo hiểm y tế, vị trí địa lý, tình trạng kinh tế của hộ gia đình và biến nhu cầu (z_{ki}), chẳng hạn như tình trạng sức khỏe; δ , γ và ε lần lượt là hằng số, hệ số và sai số.

Chỉ số CI cho thấy sự bất bình đẳng tổng thể trong việc sử dụng dịch vụ chăm sóc sức khỏe. Tuy nhiên, việc sử dụng dịch vụ chăm sóc sức khỏe bị ảnh hưởng bởi nhiều yếu tố, bao gồm nhu cầu sức khỏe và các yếu tố kinh tế xã hội. Bằng cách phân tích chỉ số CI, sự đóng góp của nhu cầu sức khỏe và các yếu tố kinh tế xã hội đối với sự bất bình đẳng trong việc sử dụng dịch vụ y tế có thể được đo lường một cách riêng biệt. Chỉ số tập trung (CI) cho việc sử dụng dịch vụ y tế có thể được phân tích thành các thành phần như sau:

$$C = \sum_v \frac{\gamma_v \bar{x}_v}{\mu} C_v + \sum_j \frac{\gamma_j \bar{m}_j}{\mu} C_j + \sum_k \frac{\gamma_k \bar{z}_k}{\mu} C_k + \frac{C_\varepsilon}{\mu} \quad (3)$$

Trong đó γ_y , γ_j và γ_k là các hệ số góc của các biến khuynh hướng, biến cho phép và biến nhu cầu; $\bar{x}$, $\bar{m}$, $\bar{z}$ đại diện

cho giá trị trung bình của các biến khuynh hướng, cho phép và nhu cầu; μ là giá trị trung bình của các biến sử dụng dịch vụ y tế; C_y , C_j và C_k đại diện cho CI của các biến khuynh hướng, cho phép và nhu cầu, và C_ε là sai số.

Trong mô hình (2) chúng tôi đi xem xét các yếu tố ảnh hưởng đến việc sử dụng dịch vụ y tế, cụ thể là ảnh hưởng hưởng tới tần suất, tức là số lần khám bệnh trong 1 năm của cá nhân theo mô hình Poisson, đồng thời phân tích chỉ số nồng độ (CI) cho tần suất sử dụng dịch vụ y tế. Sau đó, dựa vào (3), chúng tôi đi tính sự đóng góp của các biến độc lập vào sự bất bình đẳng trong sử dụng dịch vụ y tế. Tất cả các phân tích được thực hiện với phần mềm thống kê STATA 14.0

3. Kết quả nghiên cứu

3.1. Nhu cầu sử dụng các dịch vụ y tế của người dân

Nhu cầu về dịch vụ y tế của người dân đang có sự khác nhau giữa khu vực nông thôn và thành thị. Bảng 2 cho thấy sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa cư dân thành thị và nông thôn ($p < 0,01$) về tỷ lệ người dân có đi khám ngoại trú hay nội trú ít nhất 1 lần trong vòng 12 tháng trước cuộc điều tra. Người dân nông thôn có tỷ lệ đi khám bệnh ngoại trú trong năm là 37,05 thấp hơn so với người dân khu vực thành thị. Tuy nhiên, tỷ lệ người dân nông thôn có điều trị nội trú ít nhất 1 lần trong năm lại cao hơn so với người dân thành thị. Về số lần khám ngoại trú trung bình của khu vực thành thị cao hơn và số lần

khám nội trú trung bình của người dân nông thôn lại cũng cao hơn. Điều này cho thấy nhu cầu khám ngoại trú của người dân nông thôn thấp hơn thành thị, song nhu cầu điều trị nội trú lại cao hơn. Nhu cầu điều trị nội trú cao hơn cho thấy người dân khu vực nông thôn dễ mắc các bệnh trầm trọng cần điều trị nội trú hơn. Tuy nhiên, phần lớn người dân khu vực nông thôn thường sử dụng các tuyến y tế cơ sở, trong khi đó người dân ở khu vực thành thị thường sử dụng dịch vụ y tế nội trú tuyến trung ương hoặc các dịch vụ y tế tư nhân chất lượng cao với mức giá đắt đỏ.

So sánh việc sử dụng các dịch vụ y tế của người dân ở các nhóm thu nhập khác nhau ở nông thôn và thành thị, kết quả cho thấy rằng tỷ lệ có đi khám bệnh ngoại trú và nội trú cũng như số lần khám ngoại trú và nội trú trung bình của cư dân nông thôn và thành thị trong các nhóm thu nhập khác nhau, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,01$). Ở khu vực nông thôn, tỷ lệ người dân có khám ngoại trú và số lần khám ngoại trú trung bình trong từng nhóm tăng dần theo nhóm thu nhập, khi thu nhập tăng thì các chỉ tiêu này đều tăng. Tuy nhiên, tỷ lệ người dân có khám nội trú và số lần khám y tế nội trú có xu hướng giảm theo các nhóm thu nhập, tức người dân có thu nhập thấp có khả năng phải khám nội trú nhiều hơn, và có số lần nhập điều trị nội trú trung bình cao hơn các nhóm dân số có thu nhập cao hơn. Số liệu thống kê này cho thấy rằng người dân có thu nhập thấp có sức khỏe

kém hơn, dễ mắc các bệnh nặng cần điều trị nội trú hơn so với nhóm thu nhập cao hơn.

Bảng 2. So sánh nhu cầu và sử dụng dịch vụ y tế của người dân thành thị và nông thôn với các nhóm thu nhập khác nhau

Thành thị hoặc Nông thôn / Nhóm thu nhập	Số quan sát	Khám ngoại trú ít nhất 1 lần	Khám nội trú ít nhất 1 lần	Số lần khám ngoại trú	Số lần khám nội trú
Khu vực thành thị và nông thôn					
Nông thôn	26,864	37,05	8,54	1,777	0,186
Thành thị	11,091	40,53	7,46	2,002	0,167
χ^2		40,2956	12,277	1,400	240
P		0,000	0,000	0,000	0,000
Nông thôn					
Nhóm thu nhập thấp	6,914	32,05	9,75	1,516	0,190
Nhóm thu nhập trung bình thấp	6,206	36,69	9,51	1,657	0,209
Nhóm thu nhập trung bình	5,497	38,68	8,06	1,910	0,164
Nhóm thu nhập trung bình cao	4,666	38,73	7,37	1,770	0,202
Nhóm thu nhập cao	3,576	42,62	6,82	2,291	0,148
χ^2		133,8156	43,596	1,100	26,000
P		0,000	0,000	0,000	0,000

Nguồn: Tính toán từ dữ liệu VHLSS 2018

3.2. Các yếu tố ảnh hưởng đến bất bình đẳng trong sử dụng dịch vụ y tế

Bảng 3. Bất bình đẳng trong sử dụng dịch vụ y tế

	Tần suất khám ngoại trú	Tần suất khám nội trú
CI	0,01944	-0,01931

Nguồn: Tính toán từ dữ liệu VHLSS 2018

CI cho tần suất sử dụng dịch vụ y tế ngoại trú dương (CI=0,01944) cho thấy nhóm dân số khá giả có nhiều lợi thế hơn nhóm nghèo hơn về tần suất sử

dụng ngoại trú, có bằng chứng về sự bất bình đẳng trong việc sử dụng ngoại trú. CI cho tần suất sử dụng dịch vụ y tế nội trú âm (CI= -0,01931) cho thấy nhóm

dân số nghèo hơn có tần suất sử dụng nội trú nhiều hơn. Như phân tích trên, người nghèo hơn thường có tần suất sử dụng dịch vụ y tế nội trú nhiều hơn. Qua đó có thể thấy nhu cầu dịch vụ y tế nội trú của người nghèo cao hơn hay người nghèo có nguy cơ mắc các bệnh trầm trọng cao hơn so với người giàu. Tuy nhiên, người có thu nhập thấp hơn ở khu vực nông thôn thường hay sử dụng thẻ bảo hiểm y tế và thăm khám điều trị nội trú ở các cơ sở y tế tuyến dưới, trong khi đó người có thu nhập cao thường sử dụng các dịch vụ y tế tư nhân hoặc các cơ sở y tế tuyến trên.

Bảng 4 trình bày kết quả ước lượng các yếu tố ảnh hưởng tới tần suất sử dụng dịch vụ y tế và tỷ lệ đóng góp của các yếu tố tới bất bình đẳng trong sử dụng dịch vụ y tế. Hệ số hồi quy dương chỉ ra rằng biến số đó có tác động tích cực tới việc sử dụng dịch vụ y tế và ngược lại. Bảo hiểm y tế có tác động tích cực làm tăng tần suất khám bệnh nội trú và ngoại trú, cho thấy chính sách bảo hiểm y tế có tác dụng tích cực giúp người dân tiếp cận dịch vụ y tế tốt hơn. Người dân tộc Kinh có tần suất sử dụng dịch vụ y tế nội trú và ngoại trú cao hơn người dân tộc thiểu số. Kết quả ước lượng cho thấy, quy mô hộ càng lớn thì tần suất sử dụng dịch vụ y tế của cá nhân càng giảm. Nam giới có tần suất sử dụng dịch vụ y tế cao hơn so với nữ giới. Nhóm người giàu nhất có tần suất sử dụng dịch vụ y tế ngoại trú cao hơn nhưng tần suất sử dụng dịch vụ nội trú

lại thấp hơn, có thể do nhóm người này chăm sóc sức khỏe ban đầu tốt hơn nên ít mắc các bệnh nặng phải nằm viện. Số ngày bị ốm tăng lên làm tăng tần suất khám bệnh của bệnh nhân. Khoảng cách tới bệnh viện gần nhất càng cao thì làm giảm tần suất khám bệnh ngoại trú nhưng lại làm tăng tần suất điều trị nội trú. Điều này có thể hiểu là do khoảng cách gần hơn nên bệnh nhân có xu hướng lựa chọn khám ngoại trú, nhưng khoảng cách xa hơn thì việc điều trị nội trú sẽ thuận tiện hơn.

Đóng góp cho CI đề cập tới sự đóng góp tương đối của từng nhân tố, có thể là đóng góp tích cực hoặc tiêu cực vào bất bình đẳng trong sử dụng dịch vụ y tế. Một biến số có đóng góp tích cực có nghĩa là biến này làm trầm trọng thêm tình trạng bất bình đẳng và ngược lại. Giá trị dương biểu thị đóng góp có lợi cho người giàu, trong khi giá trị âm biểu thị đóng góp có lợi cho người nghèo.

Đối với dịch vụ y tế ngoại trú, kết quả trong bảng 4 chỉ ra một thực tế: dân tộc và quy mô hộ gia đình là nguyên nhân quan trọng nhất dẫn đến sự bất bình đẳng trong sử dụng dịch vụ ngoại trú. Tỷ lệ đóng góp của dân tộc và quy mô hộ đối với tần suất sử dụng dịch vụ ngoại trú lần lượt là 29,72% và 31,39%. Tương tự, bảo hiểm y tế có đóng góp tích cực vào sự bất bình đẳng giàu nghèo trong việc sử dụng dịch vụ của bệnh nhân ngoại trú với tỷ lệ 1,47%.

Bảng 4. Đóng góp vào sự bất bình đẳng trong sử dụng dịch vụ y tế

Biến độc lập	Tần suất sử dụng dịch vụ y tế ngoại trú			Tần suất sử dụng dịch vụ y tế nội trú		
	Hệ số hồi quy	Hệ số đóng góp	Tỷ lệ đóng góp (%)	Hệ số hồi quy	Hệ số đóng góp	Tỷ lệ đóng góp (%)
Bảo hiểm y tế	0,661***	0,00022	1,16	1,122***	0,00038	-1,97
Dân tộc	0,290***	0,00578	29,72	0,198***	0,00395	-20,47
Vùng			-3,85			26,73
2	0,0287	-0,00024	-1,22	0,345***	-0,00285	14,78
3	0,349***	-0,00026	-1,36	0,358***	-0,00027	1,40
4	0,515***	-0,00099	-5,08	0,929***	-0,00178	9,23
5	0,705***	0,00195	10,02	-0,0937	-0,00026	1,34
6	1,190***	-0,00121	-6,21	-0,00369	0,00000	-0,02
Giáo dục chủ hộ			-4,81			6,48
2	0,0115	-0,00004	-0,18	0,154***	-0,00047	2,45
3	-0,0629***	-0,00097	-5,01	-0,00886	-0,00014	0,71
4	0,0178	0,00007	0,39	-0,152	-0,00064	3,32
Quy mô hộ	-0,0906***	0,00610	31,39	-0,0408***	0,00275	-14,23
Giới tính chủ hộ	0,0718***	-0,00001	-0,03	0,0799*	-0,00001	0,03
Giáo dục			-15,04			5,00
2	-0,0607***	0,00018	0,90	0,245***	-0,00071	3,67
3	-0,182***	-0,00241	-12,42	-0,038	-0,00050	2,61
4	-0,135***	-0,00069	-3,53	0,0488	0,00025	-1,28
Thu nhập bình quân			9,75			22,55
2	-0,00678	0,00001	0,03	-0,0309	0,00002	-0,12
3	-0,00558	-0,00011	-0,59	0,181***	0,00369	-19,09
4	0,0502***	0,00200	10,31	-0,202***	-0,00806	41,77
Giới tính	-0,323***	0,00012	0,62	-0,0605*	0,00002	-0,12
Tuổi			5,94			5,77
2	0,503***	0,00200	10,31	0,0444	0,00018	-0,92
3	0,871***	0,00288	14,81	0,629***	0,00208	-10,77
4	1,057***	-0,00373	-19,19	0,955***	-0,00337	17,46
Số ngày bị ốm	0,00265***	0,00120	6,20	0,0073***	0,00334	-17,30
Khoảng cách tới bệnh viện gần nhất	-0,00744***	0,00156	8,03	0,0076***	-0,00160	8,30

Ghi chú: Kí hiệu ***/**/* cho biết các tham số ước lượng có ý nghĩa thống kê ở mức ý nghĩa tương ứng là 1%, 5% và 10%

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

Các biến giáo dục, giáo dục của chủ hộ, vùng địa lý đều có đóng góp âm vào bất bình đẳng trong sử dụng dịch vụ y tế ngoại trú. Trong số các biến nhu cầu, tình trạng sức khỏe được đại diện bằng biến số ngày bị ốm có đóng góp là 6,2% vào bất bình đẳng, thể hiện sự đóng góp có lợi cho người giàu. Khoảng cách tới bệnh viện gần nhất cũng đóng góp tích cực vào bất bình đẳng trong sử dụng dịch vụ y tế ngoại trú. Đối với dịch vụ y tế nội trú, bảng 4 chỉ ra thu nhập là yếu tố đóng góp tích cực và lớn nhất làm gia tăng bất bình đẳng.

Mức tiêu dùng bình quân đầu người của hộ gia đình đóng góp cao, ở mức 22,55% vào sự bất bình đẳng về tần suất sử dụng dịch vụ y tế nội trú. Đối với các biến nhu cầu, số ngày ốm đau đóng góp âm vào sự bất bình đẳng. Mức đóng góp của bảo hiểm y tế âm vào sự bất bình đẳng về tần suất sử dụng dịch vụ y tế nội trú (-1,97%) cho thấy bảo hiểm y tế đã có tác động tích cực trong việc giảm bất bình đẳng trong sử dụng dịch vụ y tế, điều này đã thúc đẩy việc sử dụng dịch vụ theo hướng có lợi cho người nghèo. Như vậy, việc cải cách y tế và cải cách bảo hiểm y tế cơ bản là hữu ích để giúp bảo vệ những người dân có nhu cầu dịch vụ y tế nội trú.

Đối với dân số nông thôn, kết quả chỉ ra tuổi cao hơn (những người trên 65 tuổi) góp phần giảm bất bình đẳng trong sử dụng dịch vụ y tế ngoại trú. Điều này có thể hiểu rằng, người già có nhu cầu y tế cao hơn, chính sách bảo hiểm y tế hiện nay chi trả tới 100% chi

phí y tế ngoại trú nên đã khuyến khích họ sử dụng dịch vụ y tế ngoại trú nhiều hơn, đặc biệt với nhóm người nghèo hơn. Tuy nhiên, tuổi cũng là yếu tố quan trọng góp phần gây ra sự bất bình đẳng trong dịch vụ điều trị nội trú với tỷ lệ là 17,46%. Có hai lý do có thể giải thích cho điều này. Thứ nhất, nhiều người cao tuổi ở nông thôn có khả năng chi trả thấp. Ở khu vực nông thôn, phần lớn không có lương hưu, những khoản chi tiêu chủ yếu đến từ con cái. Thứ hai, phần lớn người cao tuổi nông thôn có thu nhập thấp khiến họ không thể sử dụng các dịch vụ nhập viện đắt đỏ. Thêm vào đó, đối với người cao tuổi ở nông thôn, phần tự chi trả chi phí y tế mà họ phải bỏ ra cũng khá cao so với tổng chi tiêu. Kết quả này tương tự với nghiên cứu của Darin-Mattsson, Fors, và Kåreholt (2017) khi cho rằng thu nhập là yếu tố ảnh hưởng nhiều tới việc chăm sóc sức khỏe cuối đời.

4. Kết luận

Kết quả nghiên cứu cho thấy có nhiều nhân tố khác nhau ảnh hưởng tới việc sử dụng dịch vụ y tế, đồng thời tồn tại bất bình đẳng trong sử dụng dịch vụ y tế ngoại trú và nội trú. Nghiên cứu này giúp xác định các mục tiêu cho các chính sách nhằm nâng cao tính công bằng trong việc sử dụng các dịch vụ chăm sóc sức khỏe cộng đồng ở khu vực nông thôn Việt Nam. Mặc dù bảo hiểm y tế được thiết kế như một cơ chế tài chính để giảm bất bình đẳng trong sử dụng dịch vụ chăm sóc sức khỏe, kết quả nghiên cứu của chúng tôi lại cho

thấy một thực tế là: Bảo hiểm y tế góp phần thúc đẩy việc sử dụng dịch vụ y tế ngoại trú theo hướng có lợi cho người giàu, trong khi nó chỉ có lợi cho người nghèo trong việc sử dụng dịch vụ y tế nội trú. Do đó, một chính sách bảo hiểm y tế phù hợp cần được xem xét để giảm bớt tình trạng bất bình đẳng này trong sử dụng dịch vụ chăm sóc y tế của người dân ở khu vực nông thôn.

Bất bình đẳng trong chăm sóc y tế là do nhiều yếu tố khác nhau tác động bao gồm các yếu tố kinh tế, xã hội, giáo dục, tình trạng sức khỏe... Kết quả của nghiên cứu cũng cho thấy rằng việc đạt được sự công bằng trong sử dụng dịch vụ y tế đối với người dân nông thôn là một vấn đề cấp bách cần được xem xét ưu tiên. Để đạt được mục tiêu bao phủ là chăm sóc tốt sức khỏe toàn dân thì vấn đề công bằng vẫn là cốt lõi. Vì vậy, trong tương lai, Chính phủ cần tiếp tục nỗ lực đảm bảo khả năng tiếp cận các dịch vụ y tế cơ bản, cải thiện việc sử dụng các dịch vụ y tế và đáp ứng nhu cầu dịch vụ y tế cho các nhóm thu nhập thấp và các chính sách y tế phải được mở rộng để bao phủ các nhóm yếu thế với hiệu quả tốt hơn.

5. Tài liệu tham khảo

- [1] Andersen, R. (1968). A behavioral model of families' use of health services. Chicago: University of Chicago.
- [2] Annear, P. L., Bigdeli, M., & Jacobs, B. (2011). A functional model for monitoring equity and effectiveness in purchasing health insurance premiums for the poor: evidence from Cambodia and the Lao PDR. *Health Policy*, 102(2-3), 295-303. doi:10.1016/j.healthpol.2011.03.005
- [3] Barraza-Lloréns, M., Panopoulou, G., & Díaz, B. Y. (2013). Income-related inequalities and inequities in health and health care utilization in Mexico, 2000-2006. *Rev Panam Salud Publica*, 33(2), 122-130, 129 p preceding 122. doi:10.1590/s1020-49892013000200007
- [4] Chongsuvivatwong, V., Phua, K. H., Yap, M. T., Pocock, N. S., Hashim, J. H., Chhem, R., . . . Lopez, A. D. (2011). Health and health-care systems in southeast Asia: diversity and transitions. *Lancet*, 377(9763), 429-437. doi:10.1016/s0140-6736(10)61507-3
- [5] Darin-Mattsson, A., Fors, S., & Kåreholt, I. (2017). Different indicators of socioeconomic status and their relative importance as determinants of health in old age. *International Journal for Equity in Health*, 16(1), 1-11.
- [6] Ekman, B., Liem, N. T., Duc, H. A., & Axelson, H. (2008). Health insurance reform in Vietnam: a review of recent developments and future challenges. *Health Policy Plan*, 23(4), 252-263. doi:10.1093/heapol/czn009
- [7] Flatø, H., & Zhang, H. (2016). Inequity in level of healthcare utilization before and after universal health coverage reforms in China: evidence from household surveys in Sichuan Province. *Int J Equity Health*, 15, 96. doi:10.1186/s12939-016-0385-x
- [8] Granlund, D., Chuc, N. T., Phuc, H. D., & Lindholm, L. (2010). Inequality in mortality in Vietnam during a period of rapid transition. *Soc Sci Med*, 70(2),

- 232-239.
doi:10.1016/j.socscimed.2009.10.019
- [9] Macintyre, S. (1997). The Black Report and beyond: what are the issues? *Soc Sci Med*, 44(6), 723-745. doi:10.1016/s0277-9536(96)00183-9
- [10] Marmot, M., Friel, S., Bell, R., Houweling, T. A., & Taylor, S. (2008). Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. *Lancet*, 372(9650), 1661-1669. doi:10.1016/s0140-6736(08)61690-6
- [11] Prinja, S., Aggarwal, A. K., Kumar, R., & Kanavos, P. (2012). User charges in health care: evidence of effect on service utilization & equity from north India. *Indian J Med Res*, 136(5), 868-876.
- [12] Qian, Y., Zhou, Z., Yan, J., Gao, J., Wang, Y., Yang, X., ... Li, Y. (2017). An economy-related equity analysis of health service utilization by women in economically underdeveloped regions of western China. *Int J Equity Health*, 16(1), 186. doi:10.1186/s12939-017-0667-y
- [13] Tran, B. X., Nguyen, L. H., Nong, V. M., & Nguyen, C. T. (2016). Health status and health service utilization in remote and mountainous areas in Vietnam. *Health Qual Life Outcomes*, 14, 85. doi:10.1186/s12955-016-0485-8
- [14] Wagstaff, A. (2002). Poverty and health sector inequalities. *Bull World Health Organ*, 80(2), 97-105.
- [15] Wagstaff, A., Paci, P., & Van Doorslaer, E. (1991). On the measurement of inequalities in health. *Social Science & Medicine*, 33(5), 545-557.
- [16] Wagstaff, A., Van Doorslaer, E., & Watanabe, N. (2003). On decomposing the causes of health sector inequalities with an application to malnutrition inequalities in Vietnam. *Journal of Econometrics*, 112(1), 207-223.
- [17] World Health, O., & World, B. (2014). Monitoring progress towards universal health coverage at country and global levels: framework, measures and targets. Retrieved from Geneva: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/112824>
- [18] Xie, E. (2011). Income-Related Inequalities of Health and Health Care Utilization. *Frontiers of Economics in China*, 6(1), 131-156. doi:<https://doi.org/10.1007/s11459-011-0125-5>
- [19] Zhou, Z., Gao, J., Fox, A., Rao, K., Xu, K., Xu, L., & Zhang, Y. (2011). Measuring the equity of inpatient utilization in Chinese rural areas. *BMC health services research*, 11, 1-12.