

SỰ LỰA CHỌN CƠ SỞ Y TẾ Ở VIỆT NAM THEO THU NHẬP VÀ VÙNG KINH TẾ: NGHIÊN CỨU THỰC NGHIỆM BẰNG MÔ HÌNH LOGIT ĐA THỨC

Nguyễn Trọng Hoài^{1*}, Huỳnh Thanh Huy¹

¹Đại học Kinh tế Tp.HCM

*Tác giả liên hệ: Nguyễn Trọng Hoài, hoaianh@ueh.edu.vn

THÔNG TIN CHUNG

Ngày nhận bài: 21/3/2025

Ngày nhận bài sửa: 29/3/2025

Ngày duyệt đăng: 31/3/2025

TỪ KHOÁ

Cơ sở y tế;

Nhóm thu nhập;

Nhân khẩu học;

Mô hình logit đa thức;

Vùng kinh tế-xã hội;

TÓM TẮT

Bài viết này nhằm đánh giá các yếu tố tác động lên sự lựa chọn cơ sở y tế tại Việt Nam, bằng dữ liệu từ bộ VHLSS 2022. Đồng thời sự lựa chọn cơ sở y tế sẽ được xem xét giữa nhóm giàu nhất và nghèo nhất, giữa sáu vùng kinh tế, điều mà chưa được xem xét kỹ trong một số nghiên cứu trước. Kết quả cho thấy có sự khác biệt đáng kể trong việc lựa chọn cơ sở chăm sóc sức khỏe giữa người nghèo nhất và người giàu nhất, trên sáu vùng kinh tế xã hội ở Việt Nam. Người giàu luôn được tiếp cận tốt hơn các cơ sở chăm sóc sức khỏe so với người nghèo. Ngoài ra, người dân sống ở khu vực đô thị có nhiều sự lựa chọn trong các cơ sở chăm sóc sức khỏe chất lượng cao. Đáng chú ý, phần lớn người dân luôn có xu hướng chuyển đến các cơ sở y tế cấp cao hơn và các cơ sở y tế tư nhân để điều trị, không phân biệt thu nhập hay nơi cư trú, dẫn đến tình trạng quá tải trong các cơ sở y tế cấp cao hiện nay tại Việt Nam.

1. BỐI CẢNH

Chính phủ đã đẩy mạnh cải cách y tế, nâng chỉ tiêu cho y tế từ 4,52% lên 6,5% GDP trong giai đoạn 2016-2022 (Kirin Capital, 2023). Tuy nhiên, hệ thống y tế vẫn quá tải, đặc biệt tại các bệnh viện trung ương và tỉnh/ thành phố. Các bệnh viện lớn ở thành phố Hồ Chí Minh và Hà Nội như Bạch Mai, Chợ Rẫy, Việt Đức, Ung Bướu TP.HCM, Nhân dân 115, ... đều ghi nhận số bệnh nhân tăng mạnh, nhiều bệnh viện rơi vào tình trạng quá tải (Thành An, Nguyễn Quốc, Kim Huyền, 2022). Trong sáu tháng đầu năm 2024, bệnh viện Chợ Rẫy tiếp nhận hơn 760.000 lượt khám và cấp cứu, nhiều khoa bị quá tải (Giao Linh, 2024). Tại Bệnh viện Ung Bướu TP.HCM, 80-81% bệnh nhân đến từ các

tỉnh, với số lượt khám dao động từ 4.000-4.900 mỗi ngày (Nguyễn Ly, 2024).

Đã có các nghiên cứu trước đây phân tích các yếu tố ảnh hưởng đến lựa chọn cơ sở y tế tại Việt Nam, nhưng một số khía cạnh quan trọng vẫn chưa được làm rõ đầy đủ vì các nghiên cứu trước chưa xem xét rõ ràng sự khác biệt trong hành vi lựa chọn cơ sở y tế giữa nhóm thu nhập cao nhất và thấp nhất, đặc biệt là trong bối cảnh các vùng kinh tế đa dạng của Việt Nam. Việc phân tích sâu vào nhóm nghèo và giàu nhất giữa các vùng kinh tế khác nhau sẽ cho chúng ta thấy rõ được sự bất bình đẳng và hành vi của người dân trong việc lựa chọn cơ sở y tế.

Nghiên cứu này được cấu trúc thành năm phần. Phần đầu tiên giới thiệu bối cảnh, khoảng trống nghiên cứu và vấn đề nghiên cứu, phần tiếp theo là cơ sở lý thuyết. Phần ba phân thảo phương pháp nghiên cứu và phần 4 trình bày kết quả và thảo luận. Cuối cùng là phần kết luận và khuyến nghị chính sách.

2. LÝ THUYẾT VÀ CÁC NGHIÊN CỨU TRƯỚC

2.1. Cơ sở lý thuyết

Hành vi sử dụng dịch vụ sức khỏe (Healthcare Utilization) của Andersen ra đời vào năm 1968, sau đó được phát triển vào năm 1995, và năm 2005 (bởi Andersen & Newman), được lựa chọn rộng rãi để cung cấp một khuôn khổ lý thuyết cho rằng việc lựa chọn dịch vụ chăm sóc sức khỏe. Trong đó, việc lựa chọn sử dụng dịch vụ sức khỏe phụ thuộc vào ba nhóm yếu tố đặc trưng sau:

Yếu tố khuynh hướng (Predisposing factors): bao gồm các biến số về nhân khẩu học (tuổi, giới tính, ...), cấu trúc xã hội (học vấn, nghề nghiệp, dân tộc, ...), thái độ - niềm tin, Các yếu tố này góp phần ảnh hưởng đến việc sử dụng dịch vụ chăm sóc sức khỏe.

Yếu tố điều kiện (Enabling factors): bao gồm các nguồn lực giúp cá nhân tiếp cận dịch vụ chăm sóc sức khỏe như thu nhập, bảo hiểm y tế, hay điều kiện sống tại cộng đồng khu vực thành thị - nông thôn.

Mức độ bệnh (Illness level): mức độ bệnh tật hoặc nhu cầu về sức khỏe là nguyên nhân trực tiếp thúc đẩy việc sử dụng dịch vụ chăm sóc sức khỏe. Đây là yếu tố quyết định chính cho hành vi tìm kiếm dịch vụ y tế.

Mặc dù Andersen & Newman (2005) đã phát triển về yếu tố “mức độ bệnh”, một số nghiên cứu tại Việt Nam vẫn sử dụng “yếu tố nhu cầu (need factor)” để chỉ nhu cầu hoặc là lý do sử dụng dịch vụ y tế.

2.2. Các nghiên cứu trước

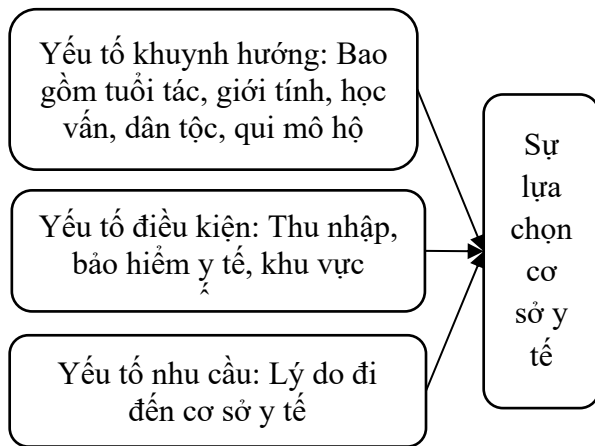
Nghiên cứu này kế thừa các phát hiện từ các nghiên cứu trước dựa trên khung phân tích các nhóm yếu tố trong mô hình Andersen

(2005). Cụ thể, nghiên cứu tiếp tục khai thác vai trò của các yếu tố khuynh hướng như tuổi, giới tính, dân tộc, học vấn và quy mô hộ gia đình (Hazarika, 2020; Thuan và cộng sự, 2008; Mhlanga & Moloi, 2020). Kết quả của Thi, N.T. (2022) về tác động tích cực của trình độ học vấn cao trong việc lựa chọn cơ sở y tế tuyến trên ở nông thôn và sự bất bình đẳng giữa người Kinh và dân tộc thiểu số trong việc chọn cơ sở y tế. Về các yếu tố điều kiện, nghiên cứu kế thừa các kết luận của Akin & Hutchinson (1999), Thuan và cộng sự (2008) và Mhlanga & Moloi (2020) về mối liên hệ giữa thu nhập và lựa chọn cơ sở y tế. Hay xu hướng chọn y tế tư nhân cao hơn ở nhóm người giàu của Hà và cộng sự (2002). Trong khi bảo hiểm y tế thúc đẩy nhu cầu sử dụng dịch vụ công (Morooka và cộng sự, 2017; Nguyen & Giang, 2021). Ngoài ra, nghiên cứu cũng tiếp nối kết luận của Liu và cộng sự (2018) về xu hướng người dân thành thị ưu tiên các cơ sở tuyến cao hơn ngay từ đầu trong khi người dân nông thôn mặc định sử dụng các trung tâm y tế thị trấn nhưng vẫn tiếp cận các cơ sở tuyến trên khi cần thiết. Bên cạnh đó, nghiên cứu tiếp tục khai thác vai trò của yếu tố nhu cầu trong việc lựa chọn cơ sở y tế, cụ thể là về khía cạnh nhu cầu có liên quan đến việc lựa chọn cơ sở chăm sóc sức khỏe, vốn đã được Nguyen & Giang (2021) đề cập. Tuy nhiên, nghiên cứu này mở rộng phân tích với hai điểm mới quan trọng: đầu tiên làm rõ sự khác biệt trong lựa chọn cơ sở y tế giữa nhóm thu nhập cao nhất và thấp nhất, khi các nghiên cứu trước dừng lại ở việc phân tích vai trò của thu nhập mà chưa đi sâu vào so sánh trực tiếp các yếu tố tác động đến sự lựa chọn cơ sở y tế giữa hai nhóm; thứ hai là phân tích sự khác biệt giữa sáu vùng kinh tế của Việt Nam, điều mà các nghiên cứu trước chưa đề cập đầy đủ. Từ đó, góp phần cung cấp cái nhìn toàn diện hơn về sự bất bình đẳng trong tiếp cận dịch vụ y tế ở Việt Nam.

2.3. Khung phân tích

Dựa trên mô hình Sử dụng Dịch vụ Y tế của Andersen và các kế thừa từ các nghiên cứu trước đã trình bày ở trên, việc lựa chọn cơ sở y tế bị ảnh hưởng bởi các đặc điểm cá nhân, gồm yếu tố khuynh hướng, yếu tố hỗ trợ và yếu tố

nhu cầu. Do đó, mô hình này cung cấp một khuôn khổ lý thuyết phù hợp để phân tích các yếu tố quyết định lựa chọn cơ sở y tế.



Hình 1. Khung phân tích

3. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

3.1. Các nghiên cứu trước

Để phân tích tác động của thu nhập đến lựa chọn cơ sở chăm sóc sức khỏe, nghiên cứu sử dụng dữ liệu từ Khảo sát Mức sống Hộ gia đình 2020 (VHLSS) do Tổng cục Thống kê (GSO) thực hiện. Dữ liệu bao gồm thông tin về các cơ sở y tế, thu nhập và các đặc điểm cá nhân, hộ gia đình. Sau khi loại bỏ các quan sát dưới 18 tuổi (vì việc khám bệnh, chữa bệnh trẻ chưa thành niên ở gia đình phần lớn sẽ phụ thuộc vào quyết định của người đại diện hợp pháp) và những trường hợp khám thai, tiêm chủng vì nghiên cứu tập trung đến việc kiểm tra sức khỏe và điều trị bệnh, dữ liệu cuối cùng gồm 15.102 quan sát.

Bảng 1. Mô tả dữ liệu

Mã biến	Tên biến	Định nghĩa	Đơn vị
Biến phụ thuộc			
1: CSYT cấp huyện (và dưới huyện) 2: CSYT cấp tỉnh, thành phố. 3: CSYT cấp TW 4: CSYT tư nhân	Cơ sở chăm sóc sức khỏe	1: Các cơ sở y tế huyện (và dưới cấp huyện), bao gồm huyện, xã/phường/ thôn, y tế vùng. (danh mục tham khảo) 2: Cơ sở y tế tỉnh/thành phố. 3: Cơ sở y tế trung ương 4: Cơ sở y tế tư nhân.	Biến danh nghĩa
Biến độc lập			
Yếu tố khuynh hướng			
T	Tuổi	Tuổi của người trả lời	Năm
T_CH	Tuổi của chủ hộ gia đình	Tuổi của chủ hộ (đơn vị: năm)	Năm
GT	Giới tính	Giới tính của người trả lời: 1: Nam 0: Nữ	Biến giả
GT_CH	Giới tính của chủ hộ gia đình	Giới tính của chủ hộ: 1: Nam 0: Nữ	Biến giả
GD_TH	Giáo dục tiểu học	Giáo dục của người trả lời: 1: Tiểu học 0: Khác	Biến giả

Mã biến	Tên biến	Định nghĩa	Đơn vị
GD_THCS	Giáo dục Trung học cơ sở	Giáo dục của người trả lời: 1: Trung học cơ sở 0: Khác	Biến giả
GD_THPT	Giáo dục Trung học phổ thông	Giáo dục của người trả lời: 1: Trung học phổ thông 0: Khác	Biến giả
GD_DHCD	Giáo dục Đại học / Cao đẳng trở lên.	Giáo dục của người trả lời: 1: Đại học / Cao đẳng trở lên 0: Khác	Biến giả
GDNN	Giáo dục nghề nghiệp	Bằng cấp nghề nghiệp của người trả lời: 1: Có bằng cấp nghề 0: Không có bằng cấp nghề	Biến giả
DT	Dân tộc	Dân tộc của người trả lời: 1: Người Kinh 0: Dân tộc thiểu số	Biến giả
QMH	Quy mô hộ gia đình	Tổng số thành viên trong hộ gia đình.	Số người.
Yếu tố điều kiện			
TNHT	Thu nhập hàng tháng	Tổng thu nhập (tháng) trong 12 tháng gần nhất bao gồm thu nhập từ tiền lương, tiền công, lương hưu, phụ cấp; sản xuất cây trồng; vật nuôi; Sản bán; dịch vụ nông nghiệp; hoạt động và dịch vụ lâm nghiệp; nuôi trồng thủy sản; lĩnh vực sản xuất kinh doanh; dịch vụ phi nông, lâm nghiệp, nuôi trồng thủy sản, chế biến nông, lâm, thủy sản.	Triệu đồng/tháng
BHYT	Bảo hiểm y tế	Có (hoặc không) bảo hiểm y tế trong vòng 12 tháng: 1: Có BHYT 0: Không có BHYT	

Mã biến	Tên biến	Định nghĩa	Đơn vị
KV	Khu vực	Khu vực sinh hoạt của người được hỏi: 1: Thành thị 0: Nông thôn	Biến giả
Yếu tố nhu cầu			
NN	Lý do	Lý do đến các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh: 1: Điều trị 0: Kiểm tra sức khỏe	Biến giả

3.2. Mô hình nghiên cứu

Trong nghiên cứu này, mô hình phân tích được xây dựng có sự kế thừa từ các nghiên cứu trước, ví dụ như nghiên cứu của Nguyen & Giang (2021) và Thi, T. N. (2022). Cả hai nghiên cứu trên đều áp dụng mô hình hồi quy logit đa thức (MNL) để phân tích các yếu tố ảnh hưởng đến lựa chọn cơ sở y tế. Tuy nhiên, mô hình nghiên cứu này có một số khác biệt như mở rộng phạm vi nghiên cứu, không tập trung vào nhóm tuổi hay khu vực nhất định, và có sự phân tích sâu hơn giữa hai nhóm thu nhập cao và thấp, giữa các vùng kinh tế. Bên cạnh đó, theo Gujarati (2014), MNL được sử dụng để phân tích mối quan hệ giữa các biến phân loại và các biến giải thích khác, và MNL được ước lượng bằng phương pháp Maximum Likelihood (ML).

Dựa trên các nghiên cứu lý thuyết và thực nghiệm về hành vi lựa chọn, khi kết quả là độc lập giữa các quyết định, mô hình MNL được xem là lựa chọn hợp lý trong nghiên cứu này để ước tính tác động của các nhân tố đến việc lựa chọn cơ sở chăm sóc sức khỏe. Dữ liệu bao gồm hơn 15,102 hộ gia đình với bốn lựa chọn cơ sở chăm sóc sức khỏe: (1) CSYT cấp huyện (và dưới huyện); (2) CSYT cấp tỉnh/thành phố; (3) CSYT cấp TW; (4) CSYT tư nhân. Các lựa chọn này được mã hóa từ 1 đến 4 và được coi là biến danh nghĩa. Sự lựa chọn sẽ phụ thuộc vào mức độ hài lòng (hoặc tiện ích) mà cá nhân nhận được từ dịch vụ chăm sóc sức khỏe, với giả định rằng cá nhân sẽ chọn phương án mang lại mức độ hài lòng cao nhất.

Xác suất (P) mà cá nhân i chọn cơ sở y tế j và chọn lựa m , được biểu thị như sau

$$P_{ij} = \frac{e^{V_{ij}}}{\sum_{m=1}^J e^{V_{im}}}; i = 1, \dots, n; j = 1, \dots, J \quad (1)$$

Trong đó V_{ij} là tiện ích (utility) có thể quan sát được của cá nhân i khi chọn phương án j :

$$V_{ij} = \beta_{0j} + \beta_{kj}X_i + \varepsilon_{ij} \quad (2)$$

Với,

β_{0j} : Hệ số chặn phương án j .

β_{kj} : Hệ số hồi quy ứng với biến giải thích X_i cho phương án j .

ε_{ij} : Thành phần ngẫu nhiên (random error)

X_i : Các biến độc lập về tổng thu nhập hàng tháng hộ gia đình và đặc điểm của cá nhân i , bao gồm tuổi, tuổi của chủ hộ, giới tính, giới tính của chủ hộ, lý do đến các cơ sở y tế, trình độ học vấn (bao gồm tiểu học, trung học cơ sở, trung học phổ thông, cao đẳng/đại học trở lên), trình độ nghề nghiệp, quy mô hộ gia đình, bảo hiểm y tế, dân tộc, khu vực sinh sống.

Theo Gujarati (2014), chúng ta có thể xác định ảnh hưởng của sự thay đổi một đơn vị trong giá trị của một biến độc lập ảnh hưởng đến xác suất của một lựa chọn cụ thể, trong khi vẫn giữ cho tất cả các biến độc lập khác không đổi. Trong nghiên cứu này, hiệu ứng cận biên ở mức trung bình được tính toán để xác định ảnh hưởng của các hiệp biến trong xác suất sử dụng

các cơ sở chăm sóc sức khỏe. Nói cách khác, hiệu ứng cận biên nắm bắt sự thay đổi xác suất chọn một loại cơ sở chăm sóc sức khỏe cụ thể cho sự thay đổi một đơn vị trong một biến giải thích nhất định, giữ các biến khác không đổi. Theo Long, JS (2006), công thức cho các hiệu ứng cận biên trong nghiên cứu này như sau:

$$\frac{\partial P_{ij}}{\partial X_k} = P_{ij} * (\beta_{kj} - \sum_{m=1}^J P_{ij} * \beta_{km}) \quad (3)$$

Với,

P_{ij} : Xác suất cá nhân i chọn cơ sở chăm sóc sức khỏe j , được tính từ mô hình MNL trong Phương trình (1).

X_k : Biến độc lập thứ k .

β_{kj} : Hệ số hồi quy của biến cho lựa chọn X_k cho Phương án j .

J : Tổng số lựa chọn (trong nghiên cứu này, $J = 4$).

Kiểm tra tác động của các nhân tố lên sự lựa chọn cơ sở y tế, Phương trình (4) được thể hiện như sau:

$$\begin{aligned} V_{ij} = & \beta_{0j} + \beta_{1j}T_i + \beta_{2j}T_CH_i + \beta_{3j}GT_i \\ & + \beta_{4j}GT_CH_i + \beta_{5j}GD_TH_i \\ & + \beta_{6j}GD_THCS_i \\ & + \beta_{7j}GD_THPT_i \\ & + \beta_{8j}GD_DHCD_i \\ & + \beta_{9j}GDNN_i + \beta_{10j}DT_i \\ & + \beta_{11j}QMH_i + \beta_{12j}TNHT_i \\ & + \beta_{13j}BHYT_i + \beta_{14j}KV_i \\ & + \beta_{15j}NN_i + \varepsilon_{ij} \quad (4) \end{aligned}$$

Để kiểm tra sự khác biệt về tác động của nhóm hộ giàu nhất và nghèo nhất, Phương trình (4) sẽ được tính toán ở nhóm 20% dân số có thu nhập cao nhất và 20% dân số có thu nhập thấp nhất.

Để xác định và so sánh tác động của các yếu tố khác đối với việc lựa chọn cơ sở chăm sóc sức khỏe, chúng tôi chia bộ dữ liệu thành sáu nhóm tương ứng với sáu vùng kinh tế tại Việt Nam, sau đó sẽ sử dụng MNL cho Phương trình (4) với từng nhóm tương ứng. Theo điểm

a khoản 1 Điều 3 Nghị quyết 81/2023/QH15, định hướng phân vùng kinh tế - xã hội theo quy hoạch quốc gia được chia thành 06 vùng gồm Đồng bằng sông Hồng (ĐBSH), Trung du và miền núi phía Bắc (TDMNPB), Bắc Trung Bộ và Duyên hải miền Trung (BTBDHMT), Tây Nguyên (TN), Đông Nam Bộ (ĐNB), đồng bằng sông Cửu Long (ĐBSCL).

4. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU VÀ THẢO LUẬN

4.1. Hiệu lực mô hình

Theo Gujarati, DN (2009), tính đa cộng tuyến làm tăng phương sai và hiệp phương sai của các ước lượng, thường khiến một hoặc nhiều hệ số không có ý nghĩa thống kê. Kiểm tra tương quan theo cặp của Pearson (Pwcorr) là một cách phổ biến để phát hiện vấn đề này. Gujarati, DN (2009) cho rằng quy tắc chung là nó được đề xuất một tính đa tuyến cao nếu có hệ số tương quan cao (thường được cho là $\pm 0,8$). Sau kiểm tra tương quan Pearson trong giữa các biến cho thấy có sự tương quan thấp trong tất cả các biến nên tính đa cộng tuyến từ dữ liệu thấp.

Kiểm định LR (Likelihood Ratio test) cho ý nghĩa tổng thể, P-value là 0.0000, điều này có nghĩa là các biến độc lập trong mô hình có tác động đáng kể đến biến phụ thuộc. Ngoài ra, dựa vào giá trị P-value trong kiểm tra Wald về ý nghĩa hệ số của từng biến, cho thấy các biến "thu nhập hộ gia đình hàng tháng, giới tính, tuổi, giáo dục THCS, giáo dục THPT, cao đẳng/đại học trở lên, bằng cấp nghề nghiệp, dân tộc, lý do đến cơ sở y tế, tuổi chủ hộ, khu vực sinh sống, bảo hiểm y tế" tác động đến xác suất lựa chọn cơ sở chăm sóc sức khỏe. Ngược lại, các biến khác "giáo dục TH, giới tính chủ hộ, quy mô hộ" không ảnh hưởng đến xác suất lựa chọn cơ sở y tế.

4.2. Kết quả nghiên cứu

Kết quả trong Bảng 2 cho thấy nhóm các yếu tố khuynh hướng, điều kiện và nhu cầu đều

có ý nghĩa thống kê đáng kể trong việc ảnh hưởng đến quyết định lựa chọn cơ sở y tế, với mức độ tác động biên khác nhau. Trong đó, dân tộc, bảo hiểm y tế (BHYT) và trình độ học vấn cao là các yếu tố có tác động mạnh nhất. Cụ thể, người Kinh có khả năng chọn CSYT cấp huyện thấp hơn đáng kể (giảm 21.7 điểm phần trăm) nhưng lại có xác suất chọn CSYT cấp tỉnh/thành phố, trung ương và tư nhân cao hơn lần lượt 2.7, 3.8 và 15.3 điểm phần trăm. BHYT có tác động lớn trong việc thúc đẩy người dân chọn CSYT cấp huyện (tăng 8.0 điểm phần trăm) và CSYT cấp trung ương (tăng 2.2 điểm phần trăm), đồng thời làm giảm mạnh khả năng chọn CSYT tư nhân (giảm 10.5 điểm phần trăm). Trong nhóm học vấn, người có trình độ đại học và cao đẳng có khả năng chọn CSYT cấp huyện thấp hơn 8.1 điểm phần trăm, mức tác động lớn nhất trong nhóm học vấn.

Bên cạnh đó, một số yếu tố có tác động trung bình nhưng vẫn đáng chú ý là thu nhập và khu vực sống. Khi thu nhập tăng thêm 1 triệu

đồng/tháng, khả năng chọn CSYT cấp huyện giảm 0.5 điểm phần trăm, trong khi khả năng chọn CSYT cấp tỉnh/thành phố, trung ương và tư nhân tăng nhẹ từ 0.1 đến 0.2 điểm phần trăm. Dù tác động biên nhỏ, biến thu nhập vẫn đóng vai trò quan trọng do ảnh hưởng đồng thời đến nhiều loại hình CSYT khác nhau. Khu vực sống cũng có tác động tương đối lớn: người dân nông thôn có xác suất chọn CSYT cấp huyện cao hơn 10.1 điểm phần trăm, trong khi cư dân thành thị có khả năng chọn CSYT cấp tỉnh/thành phố và tư nhân cao hơn lần lượt 7.2 và 2.9 điểm phần trăm.

Các yếu tố có tác động yếu hơn bao gồm lý do khám chữa bệnh, giới tính, và tuổi chủ hộ. Nhu cầu điều trị làm tăng khả năng chọn CSYT cấp tỉnh/thành phố, trung ương và tư nhân lần lượt chỉ 2.0, 1.0 và 3.9 điểm phần trăm. Nam giới ít chọn CSYT cấp huyện hơn 2.1 điểm phần trăm và ít chọn CSYT tư nhân hơn 1.8 điểm phần trăm. Tác động của giới tính chủ hộ và tuổi chủ hộ rất nhỏ, chỉ dưới 0.3 điểm phần trăm.

Bảng 2. Các yếu tố lựa chọn CSYT tổng quát

Mã biến	CSYT cấp huyện và dưới huyện	CSYT cấp tỉnh/thành phố	CSYT cấp TW	CSYT tư nhân
T	0.001*	0.000	0.000	-0.001***
T_CH	0.002***	0.002***	-0.000	-0.003***
GT	-0.021**	0.013*	0.004	0.005
GT_CH	0.012	0.004	0.003	-0.018**
Giáo dục				
GD_TH	-0.020*	0.012	-0.004	0.012
GD_THCS	-0.038***	0.030***	0.027***	-0.019*
GD_THPT	-0.051***	0.040***	0.032***	-0.020*
GD_DHCD	-0.081***	0.040***	0.049***	-0.008

<i>GDNN</i>	-0.042***	0.020	0.007	0.015
DT	-0.217***	0.027**	0.038***	0.153***
QMH	0.004	-0.000	-0.002	-0.001
TNHT	-0.005***	0.001***	0.001***	0.002***
BHYT	0.080***	0.003	0.022**	-0.105***
KV	-0.101***	0.072***	-0.000	0.029***
NN	-0.069***	0.020**	0.010**	0.039***
Số quan sát	15,102	15,102	15,102	15,102

*** $P < 0.01$, ** $P < 0.05$, * $P < 0.1$

Bảng 3 cho chúng ta thấy được các yếu tố khuynh hướng có tác động đến sự lựa chọn CSYT của người dân ở hai nhóm giàu và nghèo nhất. Cụ thể, tuổi tác của người được hỏi tác động không đáng kể hầu hết các trường hợp, ngoại trừ việc người chủ hộ càng lớn tuổi trong nhóm giàu nhất sẽ có xu hướng chọn CSYT công hơn, và điểm chung giữa hai nhóm thu nhập là những người chủ hộ càng lớn tuổi sẽ hạn chế chọn CSYT tư nhân. Giới tính chủ hộ và qui mô hộ không có tác động rõ rệt đến hành vi lựa chọn CSYT trong cả hai nhóm. Biến dân tộc thể hiện sự khác biệt rõ rệt giữa hai nhóm trong việc lựa chọn CSYT. Người dân tộc thiểu số trong nhóm nghèo nhất phụ thuộc nhiều hơn vào CSYT cấp huyện, gần gấp ba lần so với nhóm giàu nhất. Trong khi đó, người Kinh ở cả hai nhóm có xu hướng ưu tiên CSYT tư nhân nhiều hơn dân tộc thiểu số. Trình độ học vấn có ảnh hưởng khác biệt rõ giữa hai nhóm. Ở nhóm nghèo nhất, người có trình độ đại học có xác suất cao chọn CSYT cấp huyện (và dưới huyện), trong khi ở nhóm giàu nhất, học vấn cao làm tăng khả năng chọn CSYT tuyến cao (cấp tỉnh/thành phố hoặc trung ương). Đặc biệt, ở nhóm giàu nhất, người có bằng cấp có xu hướng chọn CSYT tư nhân cao hơn.

Đối với các yếu tố điều kiện, thu nhập hàng tháng có tác động rõ rệt giữa hai nhóm thu nhập.

Ở nhóm nghèo nhất, thu nhập tăng làm giảm mạnh khả năng chọn CSYT cấp huyện, trong khi ở nhóm giàu nhất mức giảm này thấp hơn đáng kể. Điều này cho thấy người nghèo phụ thuộc nhiều hơn vào các cơ sở cấp huyện và có xu hướng chuyển dịch nhanh hơn khi thu nhập tăng. Còn ở nhóm giàu nhất, việc tăng thu nhập thúc đẩy việc lựa chọn CSYT tư nhân, cho thấy sự sẵn lòng chi trả của nhóm người giàu để tiếp cận dịch vụ cao. Bảo hiểm y tế (BHYT) có tác động tương đối giống nhau ở cả hai nhóm, làm giảm xác suất chọn CSYT tư nhân, ngụ ý rằng việc chi trả của BHYT là chưa cao tại các CSYT tư nhân. Khu vực sinh sống ảnh hưởng mạnh ở cả hai nhóm thu nhập. Cư dân thành thị có xu hướng chọn CSYT cấp tỉnh/thành phố hơn cư dân nông thôn ở cả hai nhóm. Tuy nhiên những người thành thị ở nhóm giàu nhất có xu hướng chọn CSYT tư nhân cao hơn so với nhóm nghèo nhất, nhưng mức độ chênh lệch là vừa phải (6.7 điểm phần trăm so với 3.6 điểm phần trăm).

Cuối cùng, đối với yếu tố về lí do đi đến CSYT, có tác động mạnh đến hành vi lựa chọn CSYT cả hai nhóm. Cụ thể, ở nhóm nghèo nhất, người dân lựa chọn CSYT tuyến huyện (và dưới huyện) để kiểm tra sức khỏe, còn khi điều trị thì họ ưu tiên chuyển sang CSYT tuyến cao hơn, thậm chí là CSYT tư nhân. Còn nhóm giàu nhất, xác suất chọn CSYT tư nhân để điều trị bệnh là

cao hơn mục đích kiểm tra sức khỏe. Điểm chung là ở cả hai nhóm, dù nghèo hay giàu nhất, người dân đều có xu hướng chọn CSYT tư nhân

để điều trị hơn là khám sức khỏe, và xác suất ở nhóm giàu nhất cao gần như gấp đôi nhóm nghèo nhất.

Bảng 3. Các yếu tố trong việc lựa chọn các cơ sở chăm sóc sức khỏe theo phân vị thu nhập thấp (Q1)/cao nhất (Q5)

Mã biến	CSYT cấp huyện và CSYT cấp tỉnh/thành dưới huyện		CSYT cấp tỉnh/thành phố		CSYT cấp TW		CSYT tư nhân	
	Q1	Q5	Q1	Q5	Q1	Q5	Q1	Q5
T	0.001	0.000	-0.001	0.001*	0.000	-0.000	0.000	-0.001
T_CH	0.001	0.002**	0.001	0.003***	-0.000	-0.000	-0.002***	-0.004***
GT	-0.010	-0.019	0.011	0.024	-0.004	0.014	0.002	-0.019
GT_CH	0.000	0.018	0.014	-0.023	-0.005	0.013	-0.010	-0.008
Giáo dục								
GD_TH	-0.040*	0.050	0.000	-0.012	0.017*	-0.020	0.022	-0.018
GD_THCS	-0.016	0.053*	0.018	-0.024	0.034***	-0.001	-0.036**	-0.028
GD_THPT	-0.084**	0.021	0.036	0.023	0.023	0.038**	0.025	-0.082***
GD_DHCD	0.411***	-0.013	0.014	0.033	-0.510***	0.057***	0.085	-0.077***
GDNN	-0.029	-0.042	0.035	-0.006	0.008	0.006	-0.014	0.043*
DT	-0.237***	-0.081**	0.090***	-0.020	0.047***	0.001	0.100***	0.100**
QMH	0.007	0.001	-0.003	0.010*	0.001	-0.004	-0.004	-0.007
TNHT	-0.015*	-0.003***	0.012	0.000	0.003	0.000	0.001	0.002***
BHYT	0.067	0.047	0.001	0.051	0.030	0.021	-0.098***	-0.119***
KV	-0.104***	-0.103***	0.068***	0.051***	0.000	-0.015	0.036**	0.067***
NN	-0.137***	0.013	0.076***	-0.069***	0.024***	-0.006	0.037**	0.062***
Số quan sát	3,020	3,020	3,020	3,020	3,020	3,020	3,020	3,020

*** $P < 0.01$, ** $P < 0.05$, * $P < 0.1$

Bảng 4 cho thấy ở ĐBSH, người Kinh ít chọn CSYT cấp huyện, tỉnh/thành phố và tư nhân, nhưng có khả năng chọn CSYT trung ương cao hơn so với dân tộc thiểu số. Ở TDMNPB, BTBDHMT và TN, người Kinh ưu tiên CSYT công lập tuyến cao và tư nhân nhiều hơn dân tộc thiểu số. Riêng ở ĐNB, không có sự khác biệt, điều này cho thấy khả năng tiếp cận công bằng hơn ở ĐNB so với các vùng khác. Tại ĐBSCL, người Kinh ít chọn CSYT cấp huyện (và dưới huyện) nhưng lại ưu tiên CSYT cấp tỉnh/thành phố hơn.

Tuổi của người trả lời chỉ ảnh hưởng ở TDMNPB và BTBDHMT, với khả năng chọn CSYT tư nhân giảm lần lượt là 0.1 và 0.2 điểm phần trăm khi tuổi tăng. Bên cạnh đó, tuổi chủ hộ tăng làm giảm khả năng chọn CSYT tư nhân ở các vùng, làm giảm khả năng chọn CSYT tuyến TW ở ĐBSH và TDMNPB, nhưng tăng khả năng chọn CSYT công lập tuyến thấp hơn ở khu vực BTBDHMT, TN, ĐNB, và ĐBSCL. Việc này có thể do các chủ hộ có tuổi cao thường khuyến khích thành viên gia đình lựa chọn CSYT công lập gần nhà.

Kết quả của tác động cận biên của quy mô hộ gia đình cho thấy quy mô hộ không ảnh hưởng đến lựa chọn CSYT ở ĐBSH và ĐNB, có thể là do điều kiện kinh tế tốt hơn cho phép linh hoạt trong việc lựa chọn nhà cung cấp dịch vụ y tế. Ngược lại, ở TDMNPB, mỗi thành viên mới tăng khả năng chọn CSYT cấp huyện nhưng giảm chọn CSYT cấp tỉnh/trung ương. Tương tự, cá nhân sống tại khu vực BTBDHMT có xu hướng thích các CSYT cấp huyện (và dưới huyện) khi quy mô hộ tăng. Ở ĐBSCL, quy mô hộ lớn làm tăng xác suất lựa chọn CSYT cấp tỉnh là 0.9 điểm phần trăm cho mỗi thành viên bổ sung, trong khi ở TN, tăng khả năng chọn CSYT tư nhân là 2.6 điểm phần trăm.

Giới tính người trả lời không ảnh hưởng nhiều đến lựa chọn CSYT, ngoại trừ BTBDHMT, nơi mà xác suất nam giới thích

chọn CSYT tỉnh/thành phố cao hơn nữ giới. Đối với giới tính của chủ hộ, ở TN và ĐNB, nam giới ưu tiên CSYT cấp cao hơn nữ, trong khi ở ĐBSCL, nam giới lại ưu tiên CSYT cấp huyện.

Với trình độ học vấn của người được hỏi, kết quả trong Bảng 6 cho thấy, Ở ĐBSH, người có học vấn cao chọn CSYT trung ương nhiều hơn, xu hướng này cũng tương tự ở BTBDHMT. Còn Ở ĐNB, học vấn cao làm giảm chọn CSYT tư nhân. Tại ĐBSCL, giáo dục tác động mạnh nhất, học vấn cao giúp tăng xác suất lựa chọn CSYT cấp cao hơn như tuyến tỉnh, thành phố, trung ương, thậm chí là CSYT tư nhân. Duy nhất Ở TN, trình độ giáo dục không ảnh hưởng nhiều đến sự lựa chọn CSYT. Đặc biệt ở TDMNPB, những người có trình độ trung học ít có khả năng chọn cơ sở cấp huyện (và cấp huyện thấp hơn), trong khi những người chỉ có trình độ tiểu học có nhiều khả năng chọn cơ sở tư nhân hơn. Bên cạnh đó, việc sở hữu bằng cấp nghề làm tăng khả năng chọn CSYT trung ương ở khu vực miền Nam và tư nhân ở BTBDHMT.

Với thu nhập hộ gia đình trong Bảng 6, kết quả cho thấy ở ĐBSH và ĐBSCL đều có xu hướng tương tự nhau, thu nhập tăng làm giảm khả năng chọn CSYT huyện (và dưới huyện), tăng lựa chọn CSYT tư nhân. Ở TDMNPB, thu nhập tăng làm giảm chọn CSYT huyện nhưng tăng khả năng chọn CSYT các cấp còn lại. Đáng chú ý ở TN, thu nhập chủ yếu ảnh hưởng đến lựa chọn CSYT trung ương, trong khi tính đến năm thì khu vực TN vẫn chưa có bệnh viện cấp trung ương hoạt động, điều này có nghĩa là người dân ở đây sẵn lòng di chuyển CSYT cấp TW nơi khác để khám chữa bệnh. Còn ở ĐNB, thu nhập hàng tháng không tác động đến sự lựa chọn CSYT của người dân nơi đây, có thể do người dân ở đây có mức thu nhập cao nên họ đa dạng được sự lựa chọn của mình.

Kết quả ước lượng trong Bảng 6 cho thấy, ở ĐBSH, TDMNPB, TN, ĐNB và ĐBSCL, việc sở hữu BHYT giảm khả năng chọn CSYT tư nhân do sự hạn chế về chi trả. Tại ĐNB và ĐBSCL, có BHYT tăng khả năng chọn CSYT huyện (và dưới huyện). Ở BTBDHMT, BHYT không ảnh hưởng nhiều, có thể phản ánh sự đa dạng trong lựa chọn dịch vụ y tế.

Về khu vực sinh sống, kết quả trong Bảng 6 cho thấy cư dân thành thị ở các khu vực phía Bắc và Trung có xác suất chọn CSYT huyện (và dưới huyện) thấp hơn, nhưng chọn CSYT cấp cao hơn cư dân sống ở nông thôn. ĐBSCL và TN có xu hướng tương tự khi xác suất lựa chọn CSYT tuyến huyện (và dưới huyện) thấp hơn, CSYT tuyến tỉnh, thành phố và tư nhân cao hơn cư dân nông thôn. Đáng chú ý, ở ĐNB, không

có sự khác biệt đáng kể, phản ánh khả năng tiếp cận chăm sóc sức khỏe như nhau giữa cư dân nông thôn và thành thị.

Về lý do đến các CSYT, Bảng 6 cho thấy khu vực phía Bắc và BTBDHMT, nhu cầu điều trị giảm khả năng chọn CSYT huyện (và dưới huyện) và tăng khả năng chọn CSYT cấp tỉnh, thành phố và trung ương. Ở TN, nhu cầu điều trị chủ yếu làm tăng sử dụng CSYT tỉnh. Tại ĐNB, người dân ưa thích CSYT tư nhân khi có nhu cầu điều trị, phản ánh mức thu nhập cao và sự sẵn lòng chi trả để tiếp cận dịch vụ cao. Còn ở ĐBSCL, xác suất chọn CSYT tuyến huyện (và dưới huyện) và CSYT tư nhân để điều trị cao hơn kiểm tra sức khỏe lần lượt là 5.4 và 4.8 điểm phần trăm.

Bảng 4. Các yếu tố khuynh hướng tác động đến việc lựa chọn cơ sở y tế theo vùng kinh tế - xã hội

	CSYT cấp huyện và dưới huyện	CSYT cấp tỉnh/thành phố	CSYT cấp TW	CSYT tư nhân
Tuổi (T)				
Đồng bằng sông Hồng	0.001	0.000	0.000	-0.001
Trung du và miền núi phía Bắc	0.000	0.000	0.000	-0.001**
Bắc Trung bộ và Duyên hải miền Trung	0.001**	0.000	0.000	-0.002***
Tây Nguyên	0.000	0.000	0.000	0.000
Đông Nam bộ	0.001	0.000	0.000	0.000
Đồng bằng sông Cửu Long	0.000	0.001*	0.000	-0.001
Tuổi của chủ hộ gia đình (T_CH)				
Đồng bằng sông Hồng	0.003***	0.002***	-0.001**	-0.004***
Trung du và miền núi phía Bắc	0.001	0.001	-0.001**	-0.001***
Bắc Trung bộ và Duyên hải miền Trung	0.002**	0.001	0.000	-0.003***
Tây Nguyên	0.003*	0.001	0.000	-0.004***

	CSYT cấp huyện và dưới huyện	CSYT cấp tỉnh/thành phố	CSYT cấp TW	CSYT tư nhân
Đông Nam bộ	0.002**	0.003***	0.000	-0.005***
Đồng bằng sông Cửu Long	0.002**	0.002**	0.000	-0.004***
Giới tính (GT)				
Đồng bằng sông Hồng	-0.032	0.007	0.018	0.008
Trung du và miền núi phía Bắc	-0.032	0.021	-0.004	0.016
Bắc Trung bộ và Duyên hải miền Trung	-0.024	0.028*	0.005	-0.009
Tây Nguyên	-0.016	-0.01	-0.004	0.03
Đông Nam bộ	-0.033	0.006	0.004	0.023
Đồng bằng sông Cửu Long	0.004	0.01	-0.001	-0.013
Giới tính của chủ hộ gia đình (GT_CH)				
Đồng bằng sông Hồng	0.024	0.013	-0.01	-0.027
Trung du và miền núi phía Bắc	-0.004	0.02	-0.009	-0.006
Bắc Trung bộ và Duyên hải miền Trung	0.016	-0.005	-0.005	-0.007
Tây Nguyên	0.003	-0.033	0.029**	0.001
Đông Nam bộ	-0.038	0.057***	0.000	-0.018
Đồng bằng sông Cửu Long	0.040**	-0.027*	0.004	-0.017
Dân tộc (DT)				
Đồng bằng sông Hồng	-0.892***	-0.577***	1.707***	-0.239***
Trung du và miền núi phía Bắc	-0.176***	0.064***	0.056***	0.055***
Bắc Trung bộ và Duyên hải miền Trung	-0.262***	0.038	0.062**	0.162***
Tây Nguyên	-0.263***	0.087**	0.033**	0.143***
Đông Nam bộ	-0.042	0.032	0.027	-0.017
Đồng bằng sông Cửu Long	-0.127***	0.089***	-0.004	0.042
Quy mô hộ gia đình (QMH)				

	CSYT cấp huyện và dưới huyện	CSYT cấp tỉnh/thành phố	CSYT cấp TW	CSYT tư nhân
Đồng bằng sông Hồng	-0.002	0.007	-0.006	0.001
Trung du và miền núi phía Bắc	0.027***	-0.019***	-0.010***	0.002
Bắc Trung bộ và Duyên hải miền Trung	0.015**	-0.007	-0.001	-0.008
Tây Nguyên	-0.017	-0.01	0.000	0.026**
Đông Nam bộ	0.002	-0.001	0.001	-0.002
Đồng bằng sông Cửu Long	-0.007	0.009*	-0.002	0.000
*** $P < 0.01$, ** $P < 0.05$, * $P < 0.1$				

Bảng 5. Các yếu tố khuynh hướng tác động đến việc lựa chọn cơ sở y tế theo vùng kinh tế - xã hội (yếu tố giáo dục)

Biến: Giáo dục		CSYT cấp huyện và dưới huyện	CSYT cấp tỉnh/thành phố	CSYT cấp TW	CSYT tư nhân
Đồng bằng sông Hồng	<i>Trường tiểu học</i>	0.001	-0.012	-0.007	0.018
	<i>Trung học cơ sở</i>	-0.014	-0.004	0.033	-0.014
	<i>Trung học phổ thông</i>	-0.048	-0.009	0.050**	0.006
	<i>Đại học/ Cao đẳng trở lên</i>	-0.033	-0.027	0.060**	-0.000
	Nghề	0.025	-0.007	-0.029	0.011
Trung du và miền núi phía Bắc	<i>Trường tiểu học</i>	-0.036	0.010	-0.009	0.035**
	<i>Trung học cơ sở</i>	-0.017	0.004	-0.013	0.027
	<i>Trung học phổ thông</i>	-0.079**	0.030	0.025	0.024
	<i>Đại học/ Cao đẳng trở lên</i>	-0.052	0.022	0.015	0.015
	Nghề	-0.020	0.034	-0.017	0.003
Bắc Trung bộ và Duyên	<i>Trường tiểu học</i>	0.000	-0.015	0.006	0.008
	<i>Trung học cơ sở</i>	-0.037	0.025	0.025*	-0.013

Biến: Giáo dục		CSYT cấp huyện và dưới huyện	CSYT cấp tỉnh/thành phố	CSYT cấp TW	CSYT tư nhân
hải miền Trung	<i>Trung học phổ thông</i>	-0.016	0.021	0.015	-0.020
	<i>Đại học/ Cao đẳng trở lên</i>	-0.141***	0.042	0.062***	0.037
	<i>Nghề</i>	-0.042	0.006	-0.020	0.056**
Tây Nguyên	<i>Trường tiểu học</i>	-0.075	0.067	0.018	-0.010
	<i>Trung học cơ sở</i>	-0.020	0.027	-0.011	0.004
	<i>Trung học phổ thông</i>	-0.045	0.052	0.001	-0.009
	<i>Đại học/ Cao đẳng trở lên</i>	-0.075	-0.008	0.023	0.060
	<i>Nghề</i>	-0.075	0.026	0.008	0.040
Đông Nam bộ	<i>Trường tiểu học</i>	-0.036	0.016	-0.005	0.025
	<i>Trung học cơ sở</i>	0.000	-0.008	0.004	0.004
	<i>Trung học phổ thông</i>	0.053	-0.001	0.003	-0.055
	<i>Đại học/ Cao đẳng trở lên</i>	0.051	0.026	0.005	-0.082**
	<i>Nghề</i>	-0.104**	0.033	0.044***	0.027
Đồng bằng sông Cửu Long	<i>Trường tiểu học</i>	-0.021	0.020	-0.011	0.012
	<i>Trung học cơ sở</i>	-0.090***	0.054**	-0.011	0.047**
	<i>Trung học phổ thông</i>	-0.143***	0.097***	-0.001	0.047
	<i>Đại học/ Cao đẳng trở lên</i>	-0.185***	0.077**	0.020*	0.089**
	<i>Nghề</i>	-0.072	0.016	0.025**	0.031

*** $P < 0.01$, ** $P < 0.05$, * $P < 0.1$

Bảng 6. Các yếu tố khuynh hướng và yếu tố nhu cầu tác động đến việc lựa chọn cơ sở y tế theo vùng kinh tế - xã hội

	CSYT cấp huyện và dưới huyện	CSYT cấp tỉnh/thành phố	CSYT cấp TW	CSYT tư nhân
Thu nhập hộ gia đình hàng tháng (TNHT)				

	CSYT cấp huyện và dưới huyện	CSYT cấp tỉnh/thành phố	CSYT cấp TW	CSYT tư nhân
Đồng bằng sông Hồng	-0.005***	0.001	0.001	0.003***
Trung du và miền núi phía Bắc	-0.010***	0.005***	0.003***	0.002***
Bắc Trung bộ và Duyên hải miền Trung	-0.005***	0.002***	0.001	0.003***
Tây Nguyên	-0.004	0.001	0.001*	0.002
Đông Nam bộ	-0.001	-0.001	0.000	0.001
Đồng bằng sông Cửu Long	-0.004***	0.001	0.000	0.002***
Bảo hiểm y tế (BHYT)				
Đồng bằng sông Hồng	0.043	0.004	0.016	-0.063**
Trung du và miền núi phía Bắc	0.003	0.017	0.028	-0.048**
Bắc Trung bộ và Duyên hải miền Trung	0.025	-0.053	0.036	-0.008
Tây Nguyên	0.089	0.007	-0.005	-0.090**
Đông Nam bộ	0.105***	0.007	0.011	-0.123***
Đồng bằng sông Cửu Long	0.128***	0.037	0.009	-0.174***
Khu vực sinh sống (KV)				
Đồng bằng sông Hồng	-0.129***	0.131***	0.006	-0.008
Trung du và miền núi phía Bắc	-0.168***	0.133***	0.045***	-0.011
Bắc Trung bộ và Duyên hải miền Trung	-0.053***	0.036**	-0.007	0.023
Tây Nguyên	-0.193***	0.124***	-0.004	0.073**
Đông Nam bộ	0.014	-0.015	-0.011	0.012
Đồng bằng sông Cửu Long	-0.155***	0.069***	0.002	0.084***
Lý do đến CSYT (NN)				
Đồng bằng sông Hồng	-0.110***	0.049***	0.067***	-0.006
Trung du và miền núi phía Bắc	-0.123***	0.078***	0.066***	-0.021*

	CSYT cấp huyện và dưới huyện	CSYT cấp tỉnh/thành phố	CSYT cấp TW	CSYT tư nhân
Bắc Trung bộ và Duyên hải miền Trung	-0.111***	0.073***	0.021**	0.016
Tây Nguyên	-0.038	0.073**	0.003	-0.039
Đông Nam bộ	-0.029	-0.02	-0.013	0.062**
Đồng bằng sông Cửu Long	0.054**	-0.094***	-0.008	0.048*

*** $P < 0.01$, ** $P < 0.05$, * $P < 0.1$

5. KẾT LUẬN VÀ KHUYẾN NGHỊ

5.1. Kết luận

Đóng góp trực tiếp của nghiên cứu này là làm rõ hai khoảng trống nghiên cứu mới quan trọng cụ thể: nghiên cứu tìm ra những điểm khác biệt và tương đồng về hành vi lựa chọn cơ sở y tế giữa các nhóm nghèo nhất và giàu nhất; và nghiên cứu cũng tìm ra sự khác biệt khi lựa chọn cơ sở y tế giữa các vùng kinh tế - xã hội của Việt Nam.

Thứ nhất, nghiên cứu đã chỉ ra rằng thu nhập là yếu tố có ảnh hưởng rõ rệt và không đồng đều giữa nhóm nghèo nhất và giàu nhất. Nhóm nghèo nhất phản ứng nhạy cảm với biến động thu nhập: khi thu nhập tăng, họ có xu hướng rời bỏ cơ sở y tế tuyến huyện (và dưới huyện), nhưng việc chuyển dịch sang CSYT cấp cao hơn hoặc tư nhân vẫn còn hạn chế do rào cản tài chính và điều kiện tiếp cận. Ngược lại, nhóm giàu nhất thể hiện sự ưu tiên rõ rệt hơn với CSYT tư nhân khi thu nhập tăng, phản ánh khả năng chi trả ổn định và xu hướng theo đuổi dịch vụ chất lượng cao. Sự khác biệt này cho thấy tồn tại bất bình đẳng đáng kể trong hành vi lựa chọn CSYT giữa các nhóm thu nhập tại Việt Nam. Tuy nhiên, cả hai nhóm có một điểm chung nổi bật, đó là người dân cả hai nhóm thu nhập đều có xu hướng lựa chọn CSYT tư nhân để điều trị, thể hiện mong muốn tiếp cận các dịch vụ y tế chất lượng tư nhân cao.

Thứ hai, nghiên cứu nhấn mạnh sự khác biệt đáng kể giữa các vùng kinh tế - xã hội trong

lựa chọn CSYT. Ở các vùng như Đồng bằng sông Hồng (ĐBSH), Trung du miền núi phía Bắc (TDMNPB), Bắc Trung Bộ & Duyên hải miền Trung (BTBDHMT), và Đồng bằng sông Cửu Long (ĐBSCL), thu nhập cao hơn thúc đẩy dịch chuyển từ CSYT cấp huyện sang cấp cao hơn hoặc tư nhân. Ở Tây Nguyên (TN) và TDMNPB, dù còn hạn chế về cơ sở y tế tuyến trung ương, người dân vẫn sẵn sàng di chuyển và chi trả sang các CSYT tuyến TW (có thể vùng khác) khi thu nhập cải thiện. Bên cạnh đó, cư dân thành thị có xu hướng chọn CSYT cấp cao hoặc tư nhân cao hơn cư dân nông thôn, điều này thể hiện sự bất bình đẳng trong sự tiếp cận CSYT giữa cư dân nông thôn và thành thị. Riêng tại Đông Nam Bộ (ĐNB) – vùng có thu nhập cao nhất – người dân có nhiều lựa chọn chăm sóc sức khỏe mà ít chịu ảnh hưởng bởi ràng buộc tài chính, thể hiện môi trường tiếp cận y tế tương đối công bằng hơn. Điểm tương đồng có thể thấy giữa các vùng, người dân có xu hướng lựa chọn các CSYT tuyến tỉnh/thành phố, TW, thậm chí tư nhân để điều trị.

5.2. Gợi ý chính sách

Bên cạnh các chính sách của chính phủ trên, dựa trên một số thách thức trong việc lựa chọn cơ sở y tế trong nghiên cứu này, một số khuyến nghị được đề xuất như sau, nhằm giảm tình trạng quá tải tại các cơ sở y tế cấp cao và nâng cao chất lượng chăm sóc tại các cơ sở y tế:

Cải thiện cơ sở y tế công:

1. Tăng cường phân cấp cho y tế cơ sở: Tự chủ hơn cho các cơ sở y tế huyện, trạm y tế xã, phường, trạm y tế thôn trong quản lý tài chính, nhân lực, mua sắm trang thiết bị trong phạm vi ngân sách và quyền hạn nhất định, nâng cao năng lực khám bệnh, chữa bệnh cấp dưới để người dân yên tâm điều trị ngay tại địa phương, tránh quá tải các cơ sở y tế tuyến trên.

2. Phân bổ lại cơ sở y tế: Mặc dù có chính sách phân bổ cơ sở y tế hợp lý, nhưng Chính Phủ nên ưu tiên đầu tư nhiều hơn nữa vào các vùng khó khăn, thu nhập thấp, dân tộc thiểu số. Ngoài ra, cần ưu tiên thúc đẩy chăm sóc sức khỏe từ xa cho các khu vực nông thôn hoặc các khu vực khó khăn để giảm chênh lệch trong khả năng tiếp cận dịch vụ y tế chất lượng cao giữa khu vực thành thị và nông thôn.

Nâng cao hiệu quả bảo hiểm y tế:

1. Bên cạnh việc đầu tư nhiều hơn vào các cơ sở y tế cấp cơ sở, Chính Phủ cũng nên xem xét tăng lợi ích và hỗ trợ để cân bằng lợi ích của người dân.

2. Chính Phủ nên cá nhân hóa các chính sách bảo hiểm y tế bằng cách cung cấp các gói bảo hiểm y tế đa dạng với các mức đóng góp và quyền lợi khác nhau tùy thuộc vào khả năng chi trả, tuổi tác và tình trạng sức khỏe để phù hợp với nhóm thu nhập thấp và nhóm dân tộc thiểu số khó khăn

Phát triển y tế tư nhân:

Bên cạnh việc tạo điều kiện thuận lợi cho phát triển y tế tư nhân, chính phủ cần có chính sách đảm bảo chất lượng và an toàn cho người bệnh. Bên cạnh đó, quan hệ đối tác công tư và tư nhân hóa bệnh viện cũng cần được xem xét kỹ lưỡng để góp phần nâng cao chất lượng bệnh viện công lập mà vẫn hài hòa lợi ích của người dân.

5.3. Hạn chế

Nghiên cứu còn hạn chế khi không xem xét vai trò của khoảng cách đến CSYT và loại bệnh trong lựa chọn CSYT, vì một số bệnh yêu cầu điều trị tại CSYT cấp cao, hạn chế lựa chọn. Tuy nhiên, các biến như khoảng cách và loại bệnh không được đưa vào do thiếu dữ liệu trong VHLSS 2020. Bên cạnh đó, các yếu tố không quan sát được như sở thích hoặc chất lượng dịch vụ cũng bị bỏ qua. Tính nội sinh do biến bị thiếu có thể ảnh hưởng đến kết quả, vì vậy các nghiên cứu trong tương lai nên sử dụng dữ liệu đầy đủ hơn và các phương pháp phù hợp để xử lý vấn đề này.

Nghiên cứu giả định mỗi người chỉ sử dụng một CSYT tại một thời điểm, phù hợp với mô hình logit đa thức. Tuy nhiên, trên thực tế, cá nhân có thể sử dụng nhiều CSYT cho các mục đích khác nhau. Điều này có thể bỏ qua các yếu tố ảnh hưởng đến quyết định của họ. Các nghiên cứu tương lai nên sử dụng mô hình khác tối ưu hơn và thu thập dữ liệu về tần suất, lý do sử dụng nhiều CSYT để nâng cao độ chính xác. Dù tồn tại hạn chế, nghiên cứu vẫn cung cấp hiểu biết quan trọng về lựa chọn CSYT và bất bình đẳng giữa các khu vực và nhóm dân cư.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Akin, J. S., & Hutchinson, P. (1999). Health-care facility choice and the phenomenon of bypassing. *Health Policy and Planning*, 14(2), 135-151.
- Al-Doghaither, A. H., Abdelrhman, B. M., Saeed, A. W., & Magzoub, M. E. M. (2003). Factors influencing patient choice of hospitals in Riyadh, Saudi Arabia. *The journal of the Royal Society for the Promotion of Health*, 123(2), 105-109.
- Andersen, R. M. (1995). Revisiting the behavioral model and access to medical care: does it matter?. *Journal of health and social behavior*, 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), Online-only.
- Giao Linh. (2024). Bệnh viện Chợ Rẫy quá tải. Truy cập từ Bệnh viện Chợ Rẫy vẫn quá tải | BÁO SÀI GÒN GIẢI PHÓNG
- Gujarati, D. (2014). *Econometrics by example*. Bloomsbury Publishing.
- Gujarati, D. N. (2009). *Basic econometrics*.
- Ha, N. T. H., Berman, P., & Larsen, U. (2002). Household utilization and expenditure on private and public health services in Vietnam. *Health policy and planning*, 17(1), 61-70.
- Hazarika, P. (2020). CHOICE OF HEALTHCARE FACILITIES AMONG THE RURAL PEOPLE OF ASSAM: AN ANALYSIS. *PalArch's Journal of Archaeology of Egypt/Egyptology*, 17(7), 15276-15292.
- Kirin Capital (2023). Báo cáo triển vọng ngành chăm sóc sức khỏe tại Việt Nam. Retrieved from Bao-cai-nganh-thang-02.2023-Nganh-cham-soc-suc-khoe.pdf (kirincapital.vn)
- Liu, Y., Zhong, L., Yuan, S., & Van de Klundert, J. (2018). Why patients prefer high-level healthcare facilities: a qualitative study using focus groups in rural and urban China. *BMJ global health*, 3(5), e000854.
- Long, J. S. (2006). *Regression models for categorical dependent variables using Stata*. Texas: STATA Press Publication.
- Mhlanga, D., & Moloi, T. (2020, October). Factors Influencing the Choice of Healthcare Providing Facility among Households in South Africa. In *Proceedings of the 11th International Conference on Social Sciences (ICSS), Virtually* (pp. 14-15).
- Morooka, I., Anh, L. H. Q., Shimamura, Y., Yamada, H., & Nguyen, M. T. (2017). Patient choice of healthcare facilities in the central region of Vietnam. *J. Int. Coop. Stud*, 25, 168776768.
- Nguyễn Ly. (2024). TPHCM tăng cường giảm tải áp lực điều trị ung bướu. Truy cập từ TPHCM tăng cường giảm tải áp lực điều trị ung bướu
- Nguyen, T. A., & Giang, L. T. (2021). Factors influencing the Vietnamese older persons in choosing healthcare facilities. *Health Services Insights*, 14, 11786329211017426.
- Thanh An, Nguyen Quoc, Kim Huyen. (2022). Áp lực bệnh viện quá tải. Retrieved from Áp lực bệnh viện quá tải | BÁO SÀI GÒN GIẢI PHÓNG (sggp.org.vn)
- Thi, T. N. (2022). Các Nhân tố tác động tới lựa chọn cơ sở y tế của người dân ở khu vực nông thôn Việt Nam. *Tạp chí Kinh tế và Phát triển*, (302 (2)), 69-80.
- Thuan, N. T. B., Lofgren, C., Lindholm, L., & Chuc, N. T. K. (2008). Choice of healthcare provider following reform in Vietnam. *BMC health services research*, 8, 1-9.

HEALTHCARE FACILITY CHOICE IN VIETNAM BY INCOME AND ECONOMIC REGION: AN EMPIRICAL STUDY USING A MULTINOMIAL LOGIT MODEL

Nguyen Trong Hoai^{1*}, Huynh Thanh Huy¹

¹*University of Economics Ho Chi Minh City*

*Corresponding author: *Nguyen Trong Hoai, hoaianh@ueh.edu.vn*

GENERAL INFORMATION

Received date: 21/3/2025

Revised date: 29/3/2025

Accepted date: 31/3/2025

KEYWORD

Demographics;

Healthcare facilities;

Multinomial logit model;

Income groups;

Socio-economic regions;

ABSTRACT

This study examines the factors influencing healthcare facility choices in Vietnam, using data from the 2022 Vietnam Household Living Standards Survey (VHLSS). It also explores differences between the wealthiest and poorest groups, and across six economic regions—a part overlooked in previous research. The findings reveal significant disparities in healthcare choices between the poorest and wealthiest groups, and across Vietnam's six socio-economic regions. Wealthier individuals consistently have better access to healthcare facilities than poorer individuals. Additionally, urban residents benefit from a wider range of high-quality healthcare options compared to those living in rural areas. Notably, most people tend to shift toward higher-tier public healthcare facilities and private providers for treatment, regardless of income or residence. This growing demand for advanced services has contributed to overcrowding at higher-tier healthcare facilities in Vietnam.
