
CÁC NHÂN TỐ TÁC ĐỘNG ĐẾN VIỆC SỬ DỤNG DỊCH VỤ KHÁM, CHỮA BỆNH CỦA NGƯỜI CAO TUỔI VIỆT NAM

Đoàn Ngọc Thủy Tiên

Trường Đại học Y Hà Nội

Email: doanngocthuytien@hmu.edu.vn

Hà Quỳnh Hoa

Trường Đại học Kinh tế Quốc dân

Email: hoahq@neu.edu.vn

Giang Thanh Long

Trường Đại học Kinh tế Quốc dân

Email: longgt@neu.edu.vn

Mã bài: JED-1367

Ngày nhận: 28/08/2023

Ngày nhận bản sửa: 14/09/2023

Ngày duyệt đăng: 19/09/2023

DOI 10.33301/JED.VI.1367

Tóm tắt:

Bài viết này phân tích các nhân tố tác động đến việc sử dụng dịch vụ khám, chữa bệnh (nội trú và ngoại trú) của người cao tuổi Việt Nam với dữ liệu từ khảo sát về người cao tuổi và bảo hiểm y tế Việt Nam năm 2019 (viết tắt là OP&SHI 2019). Nghiên cứu sử dụng mô hình lý thuyết hành vi sử dụng dịch vụ của Andersen & Newman (2005) cùng với phân tích hồi quy đa biến. Kết quả cho thấy, trong 12 tháng trước cuộc khảo sát, 18,4% người cao tuổi có sử dụng dịch vụ nội trú với trung bình 2,3 lượt khám, chữa bệnh nội trú, và 76,9% người cao tuổi có sử dụng dịch vụ ngoại trú với trung bình 10,5 lượt khám chữa bệnh ngoại trú. Kết quả ước lượng mô hình hồi quy đa biến chỉ ra rằng sử dụng bảo hiểm y tế trong khám, chữa bệnh; giới tính; tình trạng hôn nhân và khả năng thực hiện các công việc hàng ngày (ADL) có tác động rõ rệt đến xác suất sử dụng dịch vụ y tế của người cao tuổi Việt Nam.

Từ khóa: Già hoá dân số, người cao tuổi, sử dụng dịch vụ khám, chữa bệnh, Việt Nam.

Mã JEL: I14; I15; I18; J14; P46.

Factors affecting the use of health services among the Vietnamese older persons

Abstract:

This paper analyzed the factors associated with utilization of healthcare services (inpatient and outpatient) of the Vietnamese older persons, using data from the Survey on Older Persons and Social Health Insurance in Vietnam 2019 (in short, OP&SHI 2019). This study applied the Andersen's behavioral theory in services utilization (2005) along with the multivariate regression analyses. The results showed that, in the past 12 months prior to the survey, 18.4% of older persons used inpatient services with an average of 2.3 admissions, and 76.9% of them used outpatient services with an average of 10.5 visits. The findings of multivariate regression models indicated that usage of health insurance, gender, marital status, and activities of daily living (ADL) performance were strongly associated with the likelihood of using healthcare services of the Vietnamese older persons.

Keywords: Aging population, older persons, utilization of healthcare services, Vietnam.

JEL Codes: I14, I15, I18, J14, P46

1. Giới thiệu

Việt Nam là một trong những quốc gia có tốc độ già hoá dân số nhanh nhất khu vực Châu Á – Thái Bình Dương với tốc độ tăng trưởng dân số hàng năm ở nhóm người cao tuổi (NCT) gấp gần bốn lần so với tốc độ tăng trưởng dân số hàng năm toàn dân Việt Nam (Tổng cục Thống kê, 2021). Tính đến năm 2019, dân số cao tuổi (những người từ 60 tuổi trở lên) là 11,41 triệu người (chiếm 11,86% tổng dân số Việt Nam) và Tổng cục Thống kê dự báo con số này sẽ là 31,69 triệu người (chiếm 27,11% tổng dân số Việt Nam) vào năm 2069. Tổng tỷ suất sinh giảm và tuổi thọ cải thiện là hai yếu tố dẫn đến già hoá dân số ở Việt Nam.

Sự suy giảm các chức năng cơ bản, phức tạp (như nghe, nhìn, vận động) và nhận thức (như sa sút trí tuệ) ở người cao tuổi là điều tất yếu do sức khoẻ thể lực và chức năng các cơ quan trong cơ thể suy giảm theo thời gian. Theo Điều tra quốc gia về người cao tuổi Việt Nam thực hiện năm 2011 (gọi tắt là VNAS 2011) thì gần 65% người cao tuổi tự đánh giá sức khoẻ của họ ở mức yếu/rất yếu và gần 50% người cao tuổi không có khả năng chi trả cho các dụng dịch vụ y tế (Trung ương Hội Liên hiệp Phụ nữ Việt Nam, 2012). Ngoài ra, người cao tuổi có xu hướng mắc đa bệnh, chủ yếu là các bệnh không lây nhiễm và mạn tính. Điều này khiến chất lượng cuộc sống của họ bị giảm sút và nhu cầu khám chữa bệnh ngày càng tăng. Những năm gần đây, hệ thống y tế Việt Nam vẫn đang phải đối mặt với một số thách thức, điển hình là vấn đề bất bình đẳng trong tiếp cận dụng dịch vụ y tế (DVYT), dẫn đến thực trạng nhiều người cao tuổi không được đáp ứng nhu cầu y tế, chăm sóc sức khoẻ kịp thời, khiến tình trạng sức khoẻ tệ hơn, thậm chí tử vong ở người cao tuổi (Alonso & cộng sự, 1997; Lindström & cộng sự, 2020).

Cho đến nay, mặc dù đã có một số nghiên cứu tìm hiểu về các nhân tố tác động đến việc sử dụng dụng dịch vụ y tế (ví dụ như Nguyen, H.T.L & cộng sự, 2017; Hoang V.M & cộng sự, 2018; Nguyen P.M, 2022) nhưng chỉ sử dụng mẫu nghiên cứu ở một khu vực/địa điểm nghiên cứu hoặc dữ liệu thu thập ở thời điểm khá cũ. Vì vậy, vấn đề nghiên cứu này chưa có sự cập nhật trong bối cảnh dân số cao tuổi đang tăng lên cùng với vấn đề bất bình đẳng trong sử dụng dụng dịch vụ y tế vẫn còn tồn tại trong hệ thống y tế Việt Nam. Nghiên cứu này sử dụng một dữ liệu đại diện quốc gia về người cao tuổi tại Việt Nam với ba mục tiêu: (i) phân tích tình hình sử dụng dụng dịch vụ y tế (nội trú và ngoại trú) của người cao tuổi; (ii) phân tích các nhân tố tác động đến hành vi sử dụng các dụng dịch vụ y tế này; (iii) dựa trên kết quả có được cùng với những kết quả nghiên cứu trước đó, bàn luận các vấn đề chính sách liên quan.

2. Tổng quan tài liệu

Nhiều nghiên cứu đã chỉ ra rằng người cao tuổi mắc đa bệnh, suy giảm các chức năng và suy giảm nhận thức nên có xác suất đi khám, chữa bệnh nội trú và ngoại trú cao hơn các nhóm dân số khác (Fernández-Olano & cộng sự, 2006; Robbins & cộng sự, 1998; Xu & cộng sự, 2020). Để tìm hiểu về sự tương tác của các nhân tố lên hành vi sử dụng dụng dịch vụ khám, chữa bệnh của người cao tuổi, một số nghiên cứu đã được thực hiện áp dụng mô hình hành vi được phát triển bởi Andersen và Newman (2005). Các nghiên cứu trước đây đã chỉ ra rằng tuổi, giới tính, nơi sống, trình độ học vấn, tình trạng việc làm và các hành vi nguy cơ (như sử dụng rượu, bia, thuốc lá) là các yếu tố phổ biến về nhân khẩu và xã hội có tác động đến việc quyết định sử dụng dụng dịch vụ khám, chữa bệnh ở người cao tuổi (Robbins & cộng sự, 1998; Giang L.T. & cộng sự, 2023).

Ngoài ra, việc sử dụng bảo hiểm y tế, thu nhập hộ/chi tiêu gia đình là các nhân tố môi trường giúp thúc đẩy việc sử dụng dụng dịch vụ y tế ở người cao tuổi được diễn ra (Gong & cộng sự, 2016; Hoang V.M & cộng sự, 2018; Dai & cộng sự, 2022; Giang L.T & cộng sự, 2023). Bảo hiểm y tế được xem là một công cụ tài chính y tế quan trọng của người bệnh – đặc biệt người cao tuổi với tư cách là nhóm yếu thế trong xã hội với khả năng tạo ra thu nhập không cao bằng các nhóm đối tượng khác và tình trạng sức khoẻ gặp rất nhiều hạn chế do tuổi tác – khi sử dụng dụng dịch vụ khám, chữa bệnh tại các cơ sở y tế (Giang, T.L & Pfau W.D, 2007). Tuy nhiên, một số ít nghiên cứu không tìm thấy tác động có ý nghĩa thống kê của nhân tố này lên hành vi sử dụng dụng dịch vụ khám, chữa bệnh của người cao tuổi (Nguyen, T.A., & Giang, L.T., 2021). Điều này có thể được giải thích do chưa có những can thiệp về chính sách bảo hiểm y tế cho đối tượng này tại thời điểm nghiên cứu hoặc do cỡ mẫu nghiên cứu chưa mang tính đại diện, ngoại suy cho quần thể.

Nhân tố về thu nhập/chi tiêu hộ gia đình thể hiện năng lực về tài chính của người cao tuổi và gia đình (Giang L.T & cộng sự, 2023). Tại Việt Nam, mặc dù bảo hiểm y tế giúp giảm bớt gánh nặng về chi phí y tế cho người cao tuổi thông qua cơ chế đồng chi trả giữa người được bảo hiểm và cơ quan/công ty bảo hiểm. Tuy vậy, người cao tuổi vẫn cần chi trả tiền túi cho một số dịch vụ kỹ thuật y tế, thuốc, vật tư y tế không

nằm trong phạm vi được bảo hiểm y tế (như dịch vụ chạy thận, ghép thận, dịch vụ chăm sóc răng miệng, đặt Stent động mạch vành thứ ba trở đi...). Vì vậy, khả năng tài chính của gia đình và người cao tuổi đóng vẫn vai trò thiết yếu trong việc quyết định sử dụng dịch vụ khám, chữa bệnh.

Dù đã có một số nghiên cứu ở Việt Nam về các nhân tố tác động đến việc sử dụng dịch vụ khám, chữa bệnh của người cao tuổi, nhưng các nghiên cứu chủ yếu được thực hiện với dữ liệu từ nhiều năm trước đây, thiếu tính cập nhật thực trạng gần đây về chính sách và dữ liệu cũng không có tính đại diện cho dân số cao tuổi (Nguyen, T.A., & Giang, L.T., 2021; Hoang V.M & cộng sự, 2018). Vì vậy, nghiên cứu này của chúng tôi sử dụng dữ liệu quốc gia về người cao tuổi và được thực hiện nhằm cập nhật tình hình sử dụng dịch vụ khám, chữa bệnh của người cao tuổi Việt Nam trong bối cảnh nhiều chính sách về người cao tuổi và luật bảo hiểm y tế đã được triển khai, như ngân sách nhà nước hỗ trợ đóng bảo hiểm y tế, hỗ trợ 100% chi phí khám chữa bệnh cho người cao tuổi đại lão, hỗ trợ 100% chi phí khám chữa bệnh tại tuyến xã... Nghiên cứu kỳ vọng cung cấp các bằng chứng khoa học để cải thiện các chính sách liên quan tới dụng dịch vụ y tế cho người cao tuổi Việt Nam.

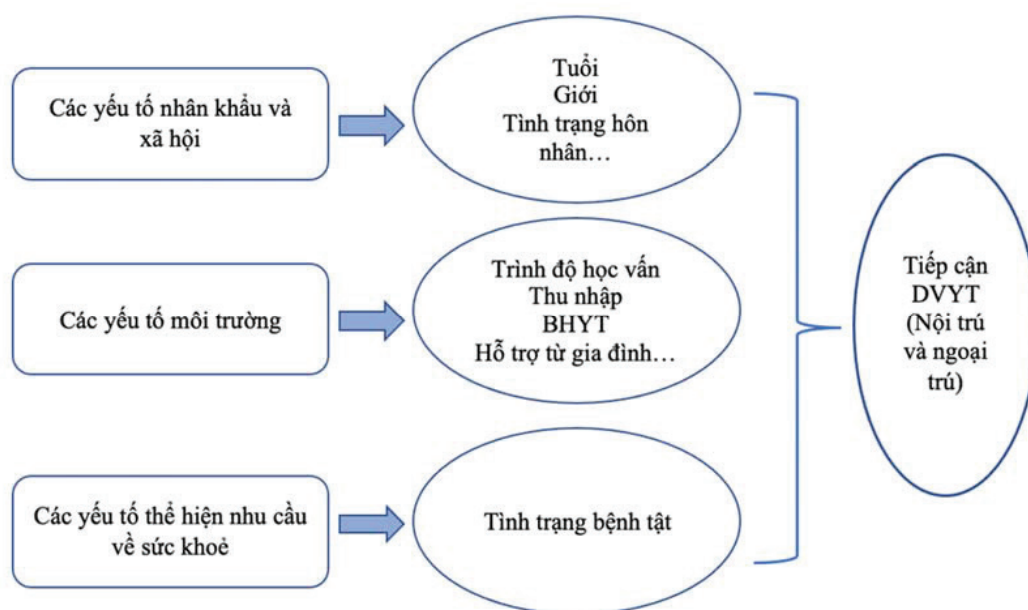
3. Dữ liệu và phương pháp nghiên cứu

3.1. Dữ liệu

Nghiên cứu này sử dụng dữ liệu từ Khảo sát về người cao tuổi và bảo hiểm y tế Việt Nam năm 2019 (viết tắt là OP&SHI 2019) – một khảo sát quốc gia về người cao tuổi tại Việt Nam. Những người tham gia OP&SHI 2019 được chọn dựa trên phương pháp chọn mẫu theo tỷ lệ trọng số (PPS) với cỡ mẫu lớn lấy tương ứng từ Tổng điều tra dân số và nhà ở năm 2019. OP&SHI 2019 khai thác thông tin về đặc điểm nhân khẩu (như tuổi, giới tính, tình trạng hôn nhân...), đời sống gia đình và điều kiện sống (như sắp xếp cuộc sống, nhà ở...), sức khỏe (như sức khỏe thể chất, tiếp cận và sử dụng các dụng dịch vụ y tế...), hoạt động kinh tế và các nguồn thu nhập (như nghề nghiệp, thu nhập từ việc làm và an sinh xã hội...), quan hệ xã hội của người cao tuổi (như tham gia các hoạt động đoàn thể, hoạt động văn hoá...). Trong mẫu khảo sát có 3.049 người cao tuổi (là những người từ 60 tuổi trở lên).

3.2. Mô hình nghiên cứu

Hình 1: Mô hình các nhân tố quyết định việc sử dụng dụng dịch vụ y tế của Andersen và Newman



Nghiên cứu này sử dụng mô hình Andersen và Newman làm mô hình lý thuyết (xem Andersen & Newman, 2005). Theo mô hình này, có ba nhóm nhân tố lớn quyết định đến hành vi sử dụng dịch vụ y tế là:

- (i) Các nhân tố nhân khẩu và xã hội (như các đặc điểm văn hoá - xã hội của cá nhân) xuất hiện từ trước

khi người bệnh có bệnh và thường được xây dựng trong một khoảng thời gian dài;

(ii) Các nhân tố môi trường thúc đẩy việc sử dụng dụng dịch vụ y tế được diễn ra;

(iii) Các nhân tố thể hiện nhu cầu về sức khỏe là nhân tố trực tiếp quyết định việc sử dụng dụng dịch vụ y tế. Thông thường, vấn đề về sức khỏe thể chất hoặc tâm thần sẽ là nguyên nhân trực tiếp tạo ra nhu cầu sử dụng dụng dịch vụ y tế (Hình 1).

3.3. Các biến số: định nghĩa và đo lường

Biến phụ thuộc

Biến phụ thuộc của nghiên cứu này là việc sử dụng dụng dịch vụ y tế thông qua hai loại hình dịch vụ khám, chữa bệnh ngoại trú và nội trú. Người trả lời phỏng vấn sẽ được hỏi: “*Trong 12 tháng qua, Ông/Bà nhập viện điều trị nội trú bao nhiêu lần?*” và “*Trong 12 tháng qua, Ông/Bà đã khám và điều trị ngoại trú bao nhiêu lần?*”. người cao tuổi được coi là có sử dụng dụng dịch vụ nội trú hoặc ngoại trú khi trả lời đã sử dụng ít nhất một lần một trong hai loại dịch vụ này.

Biến độc lập

Nhóm biến nhân khẩu và xã hội bao gồm: *Tuổi* được chia thành ba nhóm: 60-69 tuổi (sơ lão), 70-79 tuổi (trung lão), 80+ tuổi (đại lão). *Giới tính* được chia thành hai nhóm: nam, nữ. *Trình độ học vấn cao nhất* được chia thành bốn nhóm: Không đi học/chưa học xong tiểu học; hoàn thành tiểu học; hoàn thành trung học cơ sở (THCS) và trung học phổ thông (THPT); và hoàn thành từ bậc cao đẳng trở lên. *Tình trạng hôn nhân* được chia thành hai nhóm: Đang có vợ/chồng và nhóm khác (gồm độc thân, ly hôn, ly thân và góa). *Dân tộc* được chia thành hai nhóm: Kinh và các dân tộc khác. *Tôn giáo* được chia thành ba nhóm: Lương/không tôn giáo; Phật giáo; và các tôn giáo khác. *Tình trạng việc làm* được chia thành hai nhóm: Không có việc làm và có việc làm. *Tình trạng hút thuốc và sử dụng rượu,/bia* được chia thành hai nhóm: Đang không sử dụng và đang sử dụng.

Nhóm biến môi trường bao gồm: *Chỉ số điều kiện sống* được tính toán dựa trên phân tích thành phần chính (PCA) với việc tập hợp dữ liệu về tài sản lâu bền của hộ gia đình (như tivi, đài, tủ lạnh, máy giặt...), chất lượng vệ sinh (như nguồn nước sinh hoạt, loại hố xí...), chất lượng nhà ở (như vật liệu làm mái nhà, tường nhà) và ngũ vị phân được xây dựng từ chỉ số điều kiện sống này, trong đó ngũ phân vị thứ nhất biểu thị cho nhóm nghèo nhất và nhóm ngũ phân vị thứ năm biểu thị nhóm giàu nhất. *Hỗ trợ tài chính từ gia đình* được chia thành hai nhóm: Không có hỗ trợ và có hỗ trợ. *Sắp xếp cuộc sống* được chia thành năm nhóm: Sống một mình có con ở gần; sống một mình không có con ở gần; sống cùng vợ/chồng; sống cùng ít nhất một người con; và sống cùng người khác. *Sử dụng BHYT trong khám chữa bệnh* được chia thành hai nhóm: Không sử dụng BHYT và có sử dụng BHYT. *Vị trí địa lý* được chia thành ba nhóm: miền Bắc, miền Trung và miền Nam. *Khu vực sống* được chia thành hai nhóm: thành thị và nông thôn. *Sự tham gia hoạt động xã hội* được chia thành hai nhóm: Không tham gia hoạt động xã hội và tham gia ít nhất một hoạt động xã hội.

Biến thể hiện nhu cầu về sức khỏe: được xác định thông qua việc người cao tuổi có hay không gặp khó khăn trong hoạt động sinh hoạt hàng ngày (ADL). Biến này gồm hai nhóm: Không gặp khó khăn ADL (Không có ADL) và gặp khó khăn trong ít nhất một ADL (Có ít nhất 1 ADL).

3.4. Phân tích thống kê và mô hình kinh tế lượng

Đầu tiên, các phân tích thống kê mô tả về các đặc điểm và tình hình sử dụng dụng dịch vụ y tế của người cao tuổi. Tiếp đó, mô hình hồi quy đa biến dưới đây được sử dụng để xác định các nhân tố ảnh hưởng đến hành vi sử dụng dụng dịch vụ y tế của người cao tuổi.

$$\ln \left(\frac{p}{1-p} \right) = \alpha + \beta_i X_i + \varepsilon \quad (1)$$

Trong đó: p là xác suất sử dụng dụng dịch vụ nội trú hoặc ngoại trú của người cao tuổi và vì thế $(1-p)$ là xác suất không sử dụng dụng dịch vụ nội trú hoặc ngoại trú của người cao tuổi; X_i là các biến số độc lập; β_i là các hệ số tương ứng của các biến số X_i ; α là hằng số; và ε là phần dư (phần không thể giải thích được bởi X_i).

Sau khi thực hiện ước lượng các hệ số β_i từ mô hình hồi quy đa biến, tỷ số chênh lệch (odds ratio – OR) được tính toán và trình bày trong bảng kết quả để so sánh xác suất sử dụng dụng dịch vụ y tế của người cao tuổi.

Ngoài ra, nghiên cứu sử dụng kiểm định hệ số phóng đại phương sai (Variance Inflation Factor – VIF) để

kiểm tra sự tồn tại đa cộng tuyến giữa các biến độc lập và những biến có giá trị VIF nhỏ hơn 4 được chấp nhận làm các biến giải thích trong mô hình (O'Brien, 2007).

Nghiên cứu này sử dụng dữ liệu khảo sát với cỡ mẫu lớn và áp dụng phương pháp chọn mẫu theo trọng số nên trong tất cả các tính toán đều sử dụng lệnh *svy* trong Stata để các kết quả mang tính đại diện cho toàn bộ người cao tuổi Việt Nam.

4. Kết quả

4.1. Đặc điểm chung và tình hình sử dụng dịch vụ nội trú và ngoại trú

Trong 3.049 người cao tuổi tham gia nghiên cứu, phần lớn người cao tuổi đang có vợ/chồng (69,9%), dân tộc Kinh (95,8%), tôn giáo Lương/Không/Phật giáo (83,8%). Tại thời điểm nghiên cứu, người cao tuổi có độ tuổi từ 60-108 tuổi với 58,9% người cao tuổi ở độ tuổi sơ lão (60-69 tuổi), 23,5% người cao tuổi ở độ tuổi trung lão (70-79 tuổi), và 17,6% người cao tuổi ở độ tuổi đại lão (80 tuổi trở lên). Có 55,2% người cao tuổi tham gia nghiên cứu là nữ, 67,1% người cao tuổi sinh sống tại nông thôn; 59,6% người cao tuổi không có việc làm. Theo trình độ học vấn cao nhất, gần 36% người cao tuổi chưa hoàn thành cấp tiểu học và chỉ có 6,8% người cao tuổi có trình độ học vấn từ cao đẳng trở lên. Khi được hỏi về các hành vi nguy cơ, phần lớn người cao tuổi không hút thuốc (79,4%) và sử dụng bia/rượu (64,4%) trong 12 tháng trước khảo sát.

Phần lớn người cao tuổi nhận được hỗ trợ về tài chính từ người nhà (khoảng 89%). Về tình hình sắp xếp cuộc sống, chỉ 5% người cao tuổi sống một mình, còn lại là sống cùng vợ/chồng hoặc người khác. Gần 90% người cao tuổi tham gia ít nhất một hoạt động xã hội, văn hoá (như thăm hỏi, hiếu, hỷ, hội cựu chiến binh, hoạt động hội nhóm tôn giáo/tâm linh...). Về tình hình sức khỏe, 88,4% người cao tuổi không gặp vấn đề khó khăn trong sinh hoạt hàng ngày và chỉ có 66,8% người cao tuổi sử dụng thẻ BHYT khi đi khám, chữa bệnh.

Về tình hình sử dụng dịch vụ y tế, có 18,4% người cao tuổi đã sử dụng dịch vụ nội trú với trung bình

Bảng 1: Tỷ lệ phần trăm các đặc điểm của đối tượng nghiên cứu (N=3049)

Đặc điểm	n	%
Sử dụng dịch vụ nội trú		
Có sử dụng dịch vụ	625	18,4
Số lượt trung bình (độ lệch chuẩn)		2,3 (3,2)
Sử dụng dịch vụ ngoại trú		
Có sử dụng dịch vụ	2.254	76,9
Số lượt trung bình (độ lệch chuẩn)		10,5 (11,08)
Nhóm nhân tố nhân khẩu và xã hội		
Giới tính		
Nam	1.219	44,8
Nữ	1.830	55,2
Tuổi		
60-69	1.307	58,9
70-79	879	23,5
80+	863	17,6
Tình trạng hôn nhân		
Chưa từng kết hôn/Ly hôn/Ly thân/Góa	1.305	30,1
Đang có vợ/chồng	1.744	69,9
Dân tộc		
Kinh	2.642	95,8
Khác	407	4,2
Tôn giáo		
Lương/Không	2.006	58,9
Phật giáo	616	24,9
Khác	427	16,2
Tình trạng việc làm		
Không làm việc	1.884	56,9
Đang làm việc	1.165	43,1
Tình trạng hút thuốc		
Không	2.485	79,4
Có	564	20,6

Tình trạng sử dụng bia/rượu		
Không	2.112	64,4
Có	937	35,6
Trình độ học vấn		
Không đi học/Chưa hoàn thành tiểu học	1.425	35,8
Hoàn thành tiểu học	643	22,7
Hoàn thành THCS và THPT	852	34,7
Hoàn thành từ cao đẳng trở lên	129	6,8
Nhóm nhân tố môi trường		
Vị trí địa lý		
Miền Bắc	1.265	33,3
Miền Trung	676	15,0
Miền Nam	1.017	51,7
Khu vực sống		
Thành thị	468	32,9
Nông thôn	2.581	67,1
Chỉ số điều kiện sống		
Nhóm nghèo nhất	838	20,0
Nhóm 2	755	20,0
Nhóm 3	589	20,3
Nhóm 4	466	19,9
Nhóm giàu nhất	392	19,8
Hỗ trợ tài chính từ gia đình		
Không	282	10,8
Có	2.767	89,2
Sắp xếp cuộc sống		
Sống một mình, con cái ở gần	140	1,9
Sống một mình, con cái không ở gần	178	3,1
Sống cùng vợ/chồng	563	19,2
Sống cùng ít nhất một người con	1.941	66,9
Sống cùng cháu/chắt	183	5,9
Khác	44	2,9
Sử dụng BHYT trong KCB		
Không	994	33,2
Có	2.055	66,8
Tham gia hoạt động xã hội		
Không tham gia hoạt động xã hội	425	10,4
Tham gia ít nhất một hoạt động xã hội	2.624	89,6
Nhóm nhân tố thể hiện nhu cầu về sức khỏe		
ADL		
Không có khó khăn về ADL	2.609	88,4
Có khó khăn với ít nhất 1 ADL	440	11,6

Nguồn: Tính toán của tác giả từ dữ liệu OP&SHI 2019

2,3 lượt khám chữa bệnh nội trú trong 12 tháng trước khảo sát. Nhóm giàu nhất có số lượt sử dụng dịch vụ nội trú cao nhất so với các nhóm khác với trung bình 3,5 lượt khám. Có 76,9% người cao tuổi đã sử dụng dịch vụ ngoại trú với trung bình 10,5 lượt khám chữa bệnh ngoại trú trong 12 tháng trước khảo sát. Nhóm ngũ phân vị thứ 2 (cận nghèo) có số lượt sử dụng dịch vụ ngoại trú cao nhất (12,7 lần). (Bảng 2).

4.2. Các nhân tố tác động đến việc sử dụng dịch vụ y tế của người cao tuổi

Bảng 2: Số lượt trung bình sử dụng dịch vụ nội trú và ngoại trú theo chỉ số điều kiện sống

	Nghèo nhất	Cận nghèo	Trung bình	Cận giàu	Giàu nhất
KCB nội trú	2,1	1,7	2,4	1,5	3,5
KCB ngoại trú	11,8	12,7	9,6	9,1	9,4

Nguồn: Tính toán của tác giả từ dữ liệu OP&SHI 2019

Bảng 3 trình bày kết quả kiểm định VIF xem xét vấn đề đa cộng tuyến giữa các biến độc lập. Do giá trị VIF của các biến độc lập đều nhỏ hơn 4 nên có thể kết luận rằng không đủ bằng chứng kết luận có vấn đề đa cộng tuyến giữa các biến độc lập. Do đó, tất cả các biến đã nêu trong phần trên đều được đưa vào mô hình hồi quy đa biến.

Đối với dịch vụ nội trú, nhóm nhân tố nhân khẩu và xã hội tác động đến việc sử dụng dịch vụ nội trú bao

Bảng 3: Kết quả kiểm định VIF kiểm tra đa cộng tuyến giữa các biến độc lập

Biến	VIF	1/VIF
Giới tính	1,81	0,553984
Tuổi	1,59	0,627937
Tình trạng hôn nhân	1,45	0,690448
Dân tộc	1,16	0,864711
Tôn giáo	1,34	0,747667
Tình trạng việc làm	1,39	0,719715
Tình trạng hút thuốc	1,29	0,773538
Tình trạng sử dụng bia/rượu	1,43	0,698799
Trình độ học vấn	1,57	0,637208
Vị trí địa lý	1,71	0,586105
Khu vực sống	1,37	0,731051
Chỉ số điều kiện sống	1,50	0,668805
Hỗ trợ tài chính từ gia đình	1,03	0,969227
Sắp xếp cuộc sống	1,08	0,922027
Sử dụng BHYT trong KCB	1,03	0,967574
Sự tham gia hoạt động xã hội	1,35	0,740582
ADL	1,25	0,800584

Nguồn: Tính toán của tác giả từ dữ liệu OP&SHI 2019

Các nhân tố tác động tới việc sử dụng dịch vụ khám, chữa bệnh nội trú

gồm giới tính, tuổi, trình độ học vấn và tình trạng sử dụng đồ uống có cồn (rượu, bia...) (Bảng 4). Cụ thể, phụ nữ cao tuổi có xác suất sử dụng dịch vụ nội trú thấp hơn 0,5 lần so với nam giới cao tuổi. Nhóm trung lão có xác suất sử dụng dịch vụ nội trú thấp hơn 0,6 lần so với nhóm sơ lão. người cao tuổi có trình độ học vấn từ cao đẳng trở lên có xác suất sử dụng dịch vụ nội trú thấp hơn 0,3 lần so với người cao tuổi chưa hoàn thành cấp tiểu học/không đi học. người cao tuổi sử dụng đồ uống có cồn có xác suất sử dụng dịch vụ nội trú thấp hơn 0,6 lần so với người cao tuổi không sử dụng.

Các nhân tố trong nhóm nhân tố môi trường có tác động có ý nghĩa thống kê đến hành vi sử dụng dịch vụ nội trú ở người cao tuổi gồm vị trí địa lý, sự sắp xếp cuộc sống, tình hình sử dụng BHYT khi đi khám chữa bệnh. Người cao tuổi sống ở miền Trung và miền Nam có xác suất sử dụng dịch vụ nội trú thấp hơn 0,6 lần so với người cao tuổi sống ở miền Bắc. Người cao tuổi sử dụng BHYT khi đi khám chữa bệnh có khả năng sử dụng dịch vụ nội trú cao hơn 24,9 lần so với người cao tuổi không sử dụng BHYT khi đi khám chữa bệnh.

Nhân tố thể hiện nhu cầu về sức khỏe có tác động đến việc sử dụng dịch vụ nội trú với kết quả ước lượng có ý nghĩa thống kê: người cao tuổi có khó khăn với ít nhất một ADL có xác suất sử dụng dịch vụ nội trú cao hơn 2,7 lần so với người cao tuổi không có khó khăn nào về ADL.

Các nhân tố tác động tới việc sử dụng dịch vụ khám, chữa bệnh ngoại trú

Bảng 4 cho thấy giới tính, tuổi và tôn giáo là các nhân tố trong nhóm nhân tố nhân khẩu và xã hội có ý nghĩa thống kê. Phụ nữ cao tuổi có xác suất sử dụng dịch vụ ngoại trú cao hơn 1,9 lần so với nam giới cao tuổi. Người cao tuổi đang có vợ/chồng có xác suất sử dụng dịch vụ ngoại trú cao hơn 1,6 lần so với nhóm còn lại. Người cao tuổi theo tôn giáo (Đạo Phật hoặc tôn giáo khác) có xác suất sử dụng dịch vụ ngoại trú cao hơn tương ứng 1,9 lần và 2,1 lần so với người cao tuổi không theo tôn giáo nào hoặc lương.

Một số nhân tố trong nhóm nhân tố môi trường cũng có tác động đến việc sử dụng dịch vụ ngoại trú của người cao tuổi là vị trí địa lý, sắp xếp cuộc sống, sử dụng BHYT trong khám chữa bệnh và sự tham gia hoạt động xã hội. Người cao tuổi sống ở miền Trung có xác suất sử dụng dịch vụ ngoại trú chỉ bằng 0,5 lần so với người cao tuổi sống ở miền Bắc. Người cao tuổi sống cùng với vợ/chồng hoặc người khác có xác suất

sử dụng dịch vụ ngoại trú thấp hơn 0,4 lần so với người cao tuổi sống một mình. Người cao tuổi sử dụng thẻ BHYT khi khám chữa bệnh có xác suất sử dụng dịch vụ ngoại trú cao hơn 31,5 lần so với người cao tuổi không sử dụng BHYT khi đi khám chữa bệnh. Người cao tuổi tham gia ít nhất một hoạt động xã hội có xác suất sử dụng dịch vụ ngoại trú cao hơn 3,7 lần so với người cao tuổi không tham gia hoạt động xã hội nào.

Nhân tố thể hiện nhu cầu về sức khỏe có tác động có ý nghĩa thống kê đến hành vi sử dụng dịch vụ ngoại trú ở người cao tuổi. Cụ thể, người cao tuổi có ít nhất một khó khăn về ADL có xác suất sử dụng dịch vụ ngoại trú cao hơn 2 lần so với người cao tuổi không có khó khăn về ADL.

Bảng 4: Các nhân tố quyết định việc sử dụng dịch vụ y tế của người cao tuổi

Nhân tố liên quan	DVYT nội trú		DVYT ngoại trú	
	Tỷ số chênh lệch (OR)	Khoảng tin cậy 95%	Tỷ số chênh lệch (OR)	Khoảng tin cậy 95%
Nhóm nhân tố nhân khẩu và xã hội				
Giới tính				
Nam	1		1	
Nữ	0,5	0,3-0,9	1,9	1,2-2,9
Tuổi				
60-69	1		1	
70-79	0,6	0,4-0,9	1,1	0,7-1,6
80+	0,8	0,5-1,4	0,9	0,5-1,5
Tình trạng hôn nhân				
Chưa từng kết hôn/Độc thân/Ly hôn/Ly thân/Góa phụ	1		1	
Đang có vợ/chồng	1,2	0,8-1,9	1,6	1,1-2,6
Dân tộc				
Kinh	1		1	
Khác	0,9	0,6-1,7	0,7	0,4-1,2
Tôn giáo				
Lương/Không	1		1	
Phật giáo	1,4	0,9-2,3	1,9	1,1-3,4
Khác	0,7	0,4-1,2	2,1	1,1-3,5
Tình trạng việc làm				
Không làm việc	1		1	
Đang làm việc	0,7	0,4-1,1	0,9	0,5-1,4
Tình trạng hút thuốc				
Không	1		1	
Có	0,7	0,4-1,1	0,9	0,5-1,4
Tình trạng sử dụng bia/rượu				
Không	1		1	
Có	0,6	0,4-0,9	0,9	0,6-1,4
Trình độ học vấn				
Không đi học/Chưa hoàn thành tiểu học	1		1	
Hoàn thành tiểu học	1,3	0,8-2,0	0,9	0,5-1,4
Hoàn thành THCS và THPT	0,7	0,5-1,2	1,1	0,6-1,7
Hoàn thành cao đẳng trở lên	0,3	0,1-0,6	1,7	0,6-4,6
Nhóm nhân tố môi trường				
Vị trí địa lý				
Miền Bắc	1		1	
Miền Trung	0,6	0,3-0,9	0,5	0,3-0,9
Miền Nam	0,6	0,4-0,9	1,7	0,9-3,1
Khu vực sống				
Thành thị	1		1	
Nông thôn	0,9	0,6-1,5	1,3	0,8-2,2
Chỉ số điều kiện sống				
Nhóm nghèo nhất	1		1	
Nhóm 2	1,2	0,8-1,8	0,8	0,5-1,3
Nhóm 3	1,1	0,6-1,6	1,2	0,7-1,9
Nhóm 4	0,7	0,4-1,1	1,1	0,6-1,9
Nhóm giàu nhất	0,9	0,5-1,6	1,1	0,5-2,0

Hỗ trợ tài chính từ gia đình				
Không	1		1	
Có	1,3	0,7-2,2	1,1	0,5-2,4
Sắp xếp cuộc sống				
Sống một mình, con cái ở gần	1		1	
Sống một mình, con cái không ở gần	0,6	0,2-1,4	0,6	0,2-1,4
Sống cùng vợ/chồng	0,6	0,3-1,3	0,4	0,2-0,9
Sống cùng ít nhất một người con	0,7	0,4-1,5	0,4	0,2-0,9
Sống cùng cháu/chất	0,7	0,3-1,7	0,7	0,2-2,2
Khác	0,3	0,1-0,9	0,5	0,1-1,9
Sử dụng BHYT trong khám chữa bệnh				
Không	1		1	
Có	24,9	13,0-47,5	31,5	22,1-44,9
Sự tham gia hoạt động xã hội				
Không Tham gia hoạt động xã hội	1		1	
Tham gia ít nhất 1 hoạt động xã hội	0,8	0,5-1,3	3,7	2,2-9,1
Nhóm nhân tố thể hiện nhu cầu về sức khỏe				
ADL				
Không có khó khăn về ADL	1		1	
Có khó khăn với ít nhất 1 ADL	2,7	1,8-4,1	2,0	1,2-3,4

Nguồn: Tính toán của tác giả từ dữ liệu OP&SHI 2019

5. Bàn luận về kết quả và một vài kết luận

Nghiên cứu này mô tả các nhân số tác động đến việc sử dụng dịch vụ khám, chữa bệnh (nội trú và ngoại trú) của người cao tuổi ở Việt Nam. Ở nhóm nhân tố nhân khẩu và xã hội, người học vấn càng cao có xác suất nhập viện ít hơn. Điều này hoàn toàn phù hợp với giả thuyết ban đầu của chúng tôi và đồng nhất với kết quả của các nghiên cứu thực nghiệm trước đây (Yue & cộng sự, 2021; Zeng và cộng sự, 2022). Giáo dục luôn được xem là yếu tố bảo vệ cho sức khỏe theo lý thuyết của Grossman (Grossman, 2008) và điều này cũng được minh chứng trong nghiên cứu gần đây về người cao tuổi Việt Nam của Vu D.H & Giang T.L (2023).

Sự khác biệt về giới tính cũng rất thú vị vì nghiên cứu này cho thấy phụ nữ cao tuổi có xu hướng sử dụng dịch vụ ngoại trú nhiều hơn nam giới, nhưng sử dụng dịch vụ nội trú ít hơn nam giới. Phụ nữ thường có tuổi thọ cao hơn nam giới nhưng họ thường dễ mắc nhiều bệnh lý hơn (như loãng xương, sa sút trí tuệ, ung thư vú...) và phụ nữ có xu hướng tự dùng thuốc hoặc đến cơ sở y tế để được điều trị, trong khi nam giới có xu hướng bỏ qua các triệu chứng cho đến khi bệnh tiến triển nặng (Johansson & cộng sự, 2000). Thực trạng này có thể được lý giải do xã hội định kiến phụ nữ là “phái yếu” còn nam giới là “phái mạnh”.

Về nhóm nhân tố môi trường, nghiên cứu này chỉ ra rằng người cao tuổi sống cùng vợ/chồng có xu hướng sử dụng dịch vụ ngoại trú nhiều hơn và sử dụng dịch vụ nội trú ít hơn so với người cao tuổi ở các nhóm còn lại. Phát hiện này phù hợp với kết quả ở một số nghiên cứu trước đây về tác động của tình trạng hôn nhân và sự sắp xếp cuộc sống đối với việc sử dụng dịch vụ y tế ở người cao tuổi (Arno & cộng sự, 1999). Đối với người đang có vợ/chồng thì vợ hoặc chồng còn được xem là người chăm sóc tại nhà không chính thức (informal caregiver) với các công việc như hỗ trợ việc tuân thủ dùng thuốc điều trị bệnh, nhắc lịch thăm khám với bác sĩ, nấu ăn... Việc chia sẻ trách nhiệm và chăm sóc bạn đời trong thời gian dài là đặc trưng của hôn nhân và điều này có thể khiến sức khỏe tinh thần và thể chất người cao tuổi được cải thiện một phần (Arno & cộng sự, 1999; Castevens, 2014). Việc được chăm sóc thường xuyên được chứng minh có liên quan đến tần suất sử dụng dịch vụ nội trú ít hơn và sử dụng dịch vụ ngoại trú nhiều hơn trong mọi trường hợp (Gill & Mainous, 1998; Pandey & cộng sự, 2019).

Nghiên cứu này cho thấy bảo hiểm y tế là nhân tố quan trọng trong việc dự báo khả năng sử dụng dịch vụ y tế của người cao tuổi Việt Nam và kết quả này đồng nhất với một số nghiên cứu trước đây cho thấy mối liên hệ giữa bảo hiểm y tế và việc sử dụng dịch vụ y tế (Gong & cộng sự, 2016; Hoang V.M & cộng sự, 2018; Dai & cộng sự, 2022; Giang L.T & cộng sự, 2023). Cơ chế đồng chi trả của bảo hiểm đóng vai trò quan trọng trong việc quyết định sử dụng dịch vụ y tế ở người cao tuổi (Mwangi & cộng sự, 2015). Thu nhập của người cao tuổi chủ yếu dựa vào lương hưu và hỗ trợ tài chính từ gia đình nên bảo hiểm y tế được xem là giải pháp giúp người cao tuổi giảm bớt gánh nặng tài chính y tế và giúp họ tuân thủ điều trị bệnh trong thời gian dài.

Nhân tố thể hiện nhu cầu về sức khỏe là nhân tố quan trọng quyết định hành vi sử dụng dụng dịch vụ y tế ở người cao tuổi. Người cao tuổi gặp khó khăn trong việc thực hiện các công việc cơ bản cần thiết để tự chăm sóc bản thân (như ăn, tắm/rửa, mặc/cởi quần áo, đi đại/tiểu tiện) thường sẽ cần sự can thiệp y tế và/hoặc hỗ trợ từ gia đình/người chăm sóc nên khi người cao tuổi gặp khó khăn trong việc thực hiện ít nhất một công việc cơ bản, họ có xu hướng đi đến cơ sở y tế để khám và điều trị. Kết quả này đồng nhất với các nghiên cứu cùng chủ đề (Nath & cộng sự, 2022; Sandberg & cộng sự, 2012).

Mặc dù nghiên cứu này cung cấp một số bằng chứng thực nghiệm về sự khác biệt giữa các nhóm người cao tuổi trong việc sử dụng các dụng dịch vụ y tế, nhưng không thể tránh khỏi hạn chế nhất định. Hạn chế lớn nhất là do dữ liệu sử dụng là dữ liệu chéo trong một năm nên không thể kết luận mối quan hệ nhân quả giữa biến phụ thuộc với các biến độc lập. Nhóm tác giả hy vọng rằng với dữ liệu hỗn hợp có được trong thời gian tới thì những nghiên cứu tiếp theo sẽ giải thích được chi tiết hơn các vấn đề kinh tế - xã hội cũng như quan hệ nhân quả trong tiếp cận và sử dụng dụng dịch vụ y tế của người cao tuổi Việt Nam.

Tài liệu tham khảo

- Alonso, J., Orfila, F., Ruigómez, A., Ferrer, M., & Antó, J.M., (1997), 'Unmet Healthcare Needs and Mortality among Spanish Elderly', *American Journal of Public Health* 87, 365–370.
- Andersen, R., & Newman, J.F., (2005), 'Societal and Individual Determinants of Medical Care Utilization in the United States', *Milbank Quarterly*, 83(4), 10.1111/j.1468-0009.2005.00428.x.
- Arno, P.S., Levine, C., & Memmott, M.M., (1999), 'The economic value of informal caregiving', *Health Affairs*, 18(2), 182–188.
- Castevens, P., (2014), 'The Impact of Family Structure on Spare Capacity and Health Care Utilization', *Health Watch*, 7, 31-38.
- Dai, B., Larnyo, E., Larnyo, A., Nutakor, J.A., Amerley Amarteifio, E.N., Frimpong, Y., & Addai-Dansoh, S., (2022), 'Predictors of Healthcare Utilization Among Older Adults with Moderate to Severe Cognitive Limitations in Ghana: A Cross-Sectional Analysis of the WHO Study on Global Ageing and Adult Health (SAGE) Wave 1', *Current Alzheimer Research*, 19(8), 585–605.
- Fernández-Olano, C., Hidalgo, J.D.L.-T., Cerdá-Díaz, R., Requena-Gallego, M., Sánchez-Castaño, C., Urbistondo-Cascales, L., & Otero-Puime, A., (2006), 'Factors Associated with Health Care Utilization by the Elderly in a Public Health Care System', *Health Policy*, 75(2), 131–139.
- Gong, C.H., Kendig, H., & He, X., (2016), 'Factors Predicting Health Services Use among Older People in China: An Analysis of the China Health and Retirement Longitudinal Study 2013', *BMC Health Service Research*, 16, 63.
- Grossman, M., (2008), 'The Relationship between Health and Schooling', *Eastern Economic Journal*, 34(3), 281–292.
- Giang, L.T., Pham, T.H.T., Phi, P.M., & Nguyen, N.T., (2023), 'Healthcare Services Utilisation and Financial Burden among Vietnamese Older People and Their Households', *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 20, 6097.
- Giang, T.L., & Pfau, W.D., (2007), Chapter 7: The Elderly Population in Vietnam during Economic Transformation: An Overview in Giang Thanh Long & Duong Kim Hong (eds.), *Social Issues under Economic Transformation and Integration in Vietnam, Volume 1*, Hanoi: Vietnam Development Forum.
- Gill, J.M., & Mainous, A.G., (1998), 'The Role of Provider Continuity in Preventing Hospitalizations', *Archives of Family Medicine*, 7(4), 352–357.
- Hoang, V.M., Oh, J., Giang, K.B., Bao Ngoc, N., Minh Hoang, N., Giang Huong, T.T., Van Huy, N., Son, D.T., Lee, J.-K., & Hoat, L.N., (2018), 'Health Service Utilization Among People With Noncommunicable Diseases in Rural Vietnam', *Journal of Public Health Management and Practice*, 24 Suppl 2, S60-S66.
- Johansson, E., Long, N.H., Diwan, V.K., & Winkvist, A., (2000), 'Gender and Tuberculosis Control: Perspectives on Health Seeking Behaviour among Men and Women in Vietnam', *Health Policy*, 52(1), 33–51.

-
- Lindström, C., Rosvall, M., & Lindström, M., (2020), 'Unmet Health-care Needs and Mortality: A Prospective Cohort Study from Southern Sweden', *Scandinavian Journal of Public Health*, 48(3), 267–274.
- Mwangi, J., Kulane, A., & Le, V.H., (2015), 'Chronic Diseases among the Elderly in a Rural Vietnam: Prevalence, Associated Socio-demographic Factors and Healthcare Expenditures', *International Journal of Equity in Health*, 14, 134.
- Nath, N.J., Chaudhary, A., & Kumar, S., (2022), 'Socioeconomic Drivers of Healthcare Utilization among the Elderly with Reference to Working and Non-working Population: Insights from LASI (preprint)', <https://doi.org/10.21203/rs.3.rs-1544135/v1>
- Nguyen, H.T.L., Nakamura, K., Seino, K., & Vo, V.T., (2017), 'Association between a Wider Availability of Health Information and Health Care Utilization in Vietnam: Cross-Sectional Study', *Journal of Medical Internet Research*, 19(12), e405.
- Nguyen, P.M., (2022), 'Health Services Utilization Among Older Adults in Vietnam: Evidence From the National Household Living Standard Survey 2016', *Asia Pacific Journal of Public Health*, 34(1), 57-64.
- Nguyen, T.A., & Giang, L.T., (2021), 'Factors Associated with Regional Disparity in Utilization of Healthcare Services among the Vietnamese Older People', *Journal of Population and Social Studies*, 29, 15–31.
- O'Brien, R.M., (2007), 'A Caution Regarding Rules of Thumb for Variance Inflation Factors', *Quality and Quantity*, 41, 673–690.
- Pandey, K.R., Yang, F., Cagney, K.A., Smieliauskas, F., Meltzer, D.O., & Ruhnke, G.W., (2019), 'The impact of marital status on health care utilization among Medicare beneficiaries', *Medicine (Baltimore)* 98(12), e14871.
- Robbins, J.A., Yanez, D., Powe, N.R., Savage, P.J., Ives, D.G., Gardin, J.M., & Lyles, M., (1998), 'Factors Associated With Hospital Utilization in the Elderly: From the Cardiovascular Health Study', *American Journal of Geriatric Cardiology*, 7(3), 27–35.
- Sandberg, M., Kristensson, J., Midlöv, P., Fagerström, C., & Jakobsson, U., (2012), 'Prevalence and Predictors of Healthcare Utilization among Older people (60+): Focusing on ADL Dependency and Risk of depression', *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 54, e349–e363.
- Tổng cục Thống kê, (2021), *Tổng điều tra dân số và nhà ở năm 2019: Già hóa dân số và người cao tuổi ở Việt Nam*, NXB Thanh Niên, Hà Nội, Việt Nam.
- Trung ương Hội Liên hiệp Phụ nữ Việt Nam, (2012), *Khảo sát Người cao tuổi Việt Nam 2011: Một số kết quả chủ yếu*. NXB Phụ Nữ, Hà Nội, Việt Nam.
- Vu, D.H., & Giang, T.L., (2023), 'Impact of Education on Health Among the Vietnamese Older Adults: Evidence from a National Survey', *Journal of Population Ageing*, <https://doi.org/10.1007/s12062-023-09426-5>
- Xu, M., Cheng, M., Gao, X., Wu, H., Ding, M., Zhang, C., Wang, X., Feng, X., Tai, B., Hu, D., Lin, H., Wang, B., Wang, C., Zheng, S., Liu, X., Rong, W., Wang, W., Xu, T., & Si, Y., (2020), 'Factors Associated with Oral Health Service Utilization among Adults and Older Adults in China, 2015-2016. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, 48(1), 32–41.
- Yue, D., Ponce, N.A., Needleman, J., & Ettner, S.L., (2021), 'The Relationship between Educational Attainment and Hospitalizations among Middle-aged and Older adults in the United States', *SSM – Population Health* 15, 100918.
- Zeng Y., Xu W., & Tao X., (2022), 'What Factors are Associated with Utilisation of Health Services for the Poor Elderly? Evidence from a Nationally Representative Longitudinal Survey in China', *BMJ Open* 2022, 12, e059758.