

PHÂN TÍCH TÁC ĐỘNG CỦA CÁC NHÂN TỐ ĐẾN TÍNH BAO TRÙM TRONG SỬ DỤNG DỊCH VỤ Y TẾ Ở VIỆT NAM

Ths. Bùi Thị Minh Nguyệt*

Nghiên cứu này phân tích các yếu tố tác động đến tính bao trùm trong sử dụng dịch vụ y tế tại Việt Nam giai đoạn 2008-2022, dựa trên dữ liệu từ 63 tỉnh thành. Sử dụng phương pháp ước lượng FGLS, nghiên cứu đánh giá ảnh hưởng của các yếu tố kinh tế, xã hội và chính sách y tế đến khả năng tiếp cận dịch vụ y tế. Kết quả cho thấy tăng trưởng bao trùm, ngân sách y tế và phân bổ nguồn lực hợp lý đóng vai trò quan trọng trong việc mở rộng và cải thiện tiếp cận dịch vụ y tế. Kết quả này cung cấp bằng chứng thực tiễn quan trọng, góp phần hỗ trợ việc xây dựng và hoàn thiện các chính sách y tế toàn diện, hướng tới một hệ thống y tế công bằng, hiệu quả và bền vững hơn trong tương lai.

• Từ khóa: bao trùm y tế, dịch vụ nội trú, dịch vụ ngoại trú, bao phủ.

This study analyzes the impact of various factors on the inclusiveness of healthcare service utilization in Vietnam during the period 2008-2022, based on data from 63 provinces and cities across the country. Using the Feasible Generalized Least Squares (FGLS) estimation method, the study evaluates the impact of economic, social, and healthcare policy factors on access to healthcare services. The findings highlight that inclusive growth, healthcare budgets, and the equitable allocation of resources are key drivers in expanding and improving healthcare accessibility. These findings provide significant empirical evidence, contributing to the development and refinement of comprehensive healthcare policies aimed at achieving a more equitable, efficient, and sustainable healthcare system in the future.

• Key words: healthcare inclusiveness, inpatient services, outpatient services, coverage.

Ngày nhận bài: 27/5/2025

Ngày gửi phản biện: 03/6/2025

Ngày chấp nhận đăng: 28/8/2025

DOI: <https://doi.org/10.71374/jfarv.v25.i297.06>

1. Giới thiệu

Đảm bảo tính bao trùm trong tiếp cận các dịch vụ công đặc biệt là dịch vụ y tế luôn là thách thức lớn đối với nhiều chính phủ (Kociemska & Cichon, 2023). Đối với Việt Nam, tính bao trùm trong sử dụng dịch vụ y tế là một trong những mục tiêu quan trọng của hệ thống y tế, góp phần thực hiện cam kết về bao phủ chăm sóc sức khỏe toàn dân. Việc đảm bảo mọi người dân, đặc biệt là các nhóm yếu thế, có cơ hội tiếp cận công bằng với dịch vụ y tế không chỉ phản ánh tính

hiệu quả của chính sách y tế mà còn thể hiện mức độ công bằng trong phân bổ nguồn lực. Dù đã đạt nhiều tiến bộ trong chăm sóc sức khỏe, sự bất bình đẳng vẫn tồn tại, đặc biệt giữa các nhóm dân cư và khu vực địa lý. Người nghèo và cư dân vùng sâu, vùng xa gặp nhiều rào cản trong tiếp cận dịch vụ y tế, làm gia tăng nguy cơ mắc bệnh và gánh nặng tài chính (Bredenkamp, 2012).

Hầu hết các nghiên cứu trước đây tập trung vào cấp độ cá nhân hoặc hộ gia đình, chưa xem xét đầy đủ sự khác biệt giữa các tỉnh - nơi có điều kiện kinh tế - xã hội, hạ tầng y tế và chính sách y tế đặc thù. Do đó, nghiên cứu này tiếp cận tính bao trùm theo hướng toàn diện hơn, kết hợp cả hai khía cạnh trên để đánh giá mức độ công bằng và hiệu quả của hệ thống y tế giữa các tỉnh. Kết quả nghiên cứu sẽ cung cấp bằng chứng thực tiễn, góp phần xây dựng chính sách y tế công bằng và bền vững hơn.

2. Tổng quan nghiên cứu

Tính bao trùm trong tiếp cận dịch vụ y tế là một chủ đề quan trọng trong lĩnh vực chính sách y tế. Khái niệm này đề cập đến việc đảm bảo đảm bảo mọi cá nhân, không phân biệt thu nhập hay địa vị xã hội, đều có cơ hội tiếp cận dịch vụ y tế phù hợp với nhu cầu. Đồng thời, quyền tiếp cận dịch vụ phải được phân bổ một cách công bằng cho mọi tầng lớp dân cư, đặc biệt là các nhóm yếu thế nhằm thu hẹp khoảng cách bất bình đẳng và hướng tới một hệ thống y tế toàn diện, không ai bị bỏ lại phía sau.

Các nghiên cứu lý thuyết chỉ ra rằng các yếu tố kinh tế - xã hội như thu nhập, mức độ nghèo đói và cơ sở hạ tầng y tế có ảnh hưởng lớn đến mức độ bao trùm trong tiếp cận dịch vụ y tế. Đầu tư vào y tế công, đặc biệt là hạ tầng y tế, đóng vai trò quan trọng trong việc đảm bảo cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe toàn

* Học viện Tài chính

diện Verdier-Chouchane và Karagueuzian (2016). Hiện nay, nghiên cứu về tính bao trùm của dịch vụ y tế chủ yếu tập trung vào hai khía cạnh chính là tính bao phủ (coverage) và tính công bằng (equity). Theo mô hình của Aday & Andersen (1974), ba nhóm yếu tố chính tác động đến hành vi sử dụng dịch vụ y tế bao gồm yếu tố cá nhân, yếu tố môi trường và yếu tố tạo điều kiện (enabling factors), trong đó nhóm yếu tố tạo điều kiện đóng vai trò quan trọng trong việc giải thích sự chênh lệch tiếp cận.

Các nghiên cứu thực nghiệm đã làm rõ tác động của nhiều yếu tố đến mức độ bao trùm trong tiếp cận y tế. Tonboot et al. (2023) chỉ ra rằng cơ hội sử dụng dịch vụ y tế phụ thuộc vào các đặc điểm cá nhân, hộ gia đình và chỉ tiêu y tế của chính phủ. Ngoài ra, nghiên cứu tại 47 quốc gia châu Phi cận Sahara (Kociemska & Cichon, 2023) chỉ ra rằng bất bình đẳng trong tiếp cận y tế không chỉ xuất phát từ điều kiện kinh tế - xã hội mà còn bị ảnh hưởng bởi mật độ dân số và sự khác biệt giữa khu vực thành thị - nông thôn. Tại Việt Nam, nghiên cứu về vấn đề này vẫn còn hạn chế. Một số nghiên cứu đã xác định các yếu tố quyết định như bảo hiểm y tế, thu nhập, tình trạng hôn nhân và điều kiện việc làm (Dinh & Ngo, 2024), nhưng phần lớn vẫn tập trung ở cấp vi mô, chưa có nhiều phân tích ở cấp tỉnh hoặc khu vực.

3. Phương pháp nghiên cứu

Dữ liệu nghiên cứu

Nghiên cứu sử dụng dữ liệu bảng của 63 tỉnh, thành phố Việt Nam giai đoạn 2008-2022, với biến phụ thuộc là chỉ số cơ hội sử dụng dịch vụ y tế ngoại trú và nội trú, tính toán từ VHLSS theo phương pháp Ali & Son (2007).

Dữ liệu biến độc lập được thu thập từ các nguồn đáng tin cậy như Tổng cục Thống kê (GSO) và Niên giám thống kê y tế tỉnh. Một số chỉ số như bao trùm thu nhập, cơ hội tiếp cận BHYT được tính từ VHLSS. Nghiên cứu xác định chỉ số mật độ nguồn lực y tế dựa trên các biến đại diện cho cung ứng dịch vụ y tế, bao gồm số bác sĩ, giường bệnh và cơ sở y tế. Để giảm thiểu hiện tượng đa cộng tuyến, phương pháp PCA được áp dụng nhằm trích xuất nhân tố tổng hợp đại diện. Sau đó, chỉ số này được chuẩn hóa theo phương pháp Min-Max. Các biến hỗ trợ y tế (HTYT), bao gồm tỷ lệ cá nhân được hỗ trợ khám chữa bệnh miễn phí và hỗ trợ mua bảo hiểm y tế cho người nghèo (dữ liệu từ VHLSS - Vietnam Household Living Standards Survey) cũng được trích xuất bằng phương pháp PCA. Chi tiết về các biến và nguồn dữ liệu được trình bày trong bảng 1.

Mô hình nghiên cứu

Mô hình đề xuất dựa trên tổng quan nghiên cứu có dạng như sau:

$$Y_{it} = \alpha_{it} + \beta_{it}X_{it} + \gamma_{it}Z_{it} + \lambda_{it}S_{it} + u_{it} \quad (1)$$

Trong đó:

Biến phụ thuộc trong mô hình (Y): là chỉ số cơ hội tổng hợp (Opportunity Index - OI) được đo lường dựa trên phương pháp hàm cơ hội xã hội của Ali & Son (2007). Đây là thước đo chính của tính bao trùm bao hàm hai trụ cột cơ bản đó là độ bao phủ và tính công bằng trong phân bổ cơ hội tiếp cận. Nghiên cứu tập trung đo lường chỉ số bao trùm cho cả dịch vụ ngoại trú và dịch vụ nội trú dựa trên bộ dữ liệu VHLSS cấp tỉnh thành.

Công thức tính toán chỉ số bao trùm:

$$\bar{y}^* = \int_0^1 \bar{y}_p dp \quad (2)$$

Trong đó $\bar{y}^*$ là *Chỉ số cơ hội (Opportunity index - OI)*. $\bar{y}_p$ là *cơ hội bình quân tích lũy*.

Biến độc lập: Tập hợp các nhóm biến có tác động đến tính bao trùm sử dụng dịch vụ y tế bao gồm: X - Nhóm yếu tố kinh tế xã hội, Z - nhóm chính sách y tế và thể chế và S - nhóm yếu tố thuộc hệ thống y tế.

α : là hệ số chặn

β : hệ số hồi quy ước lượng

u: là phần nhiễu của mô hình

i,t: lần lượt là các chỉ số cho tỉnh i và năm t

Bảng 1. Mô tả các biến nghiên cứu

Nhóm biến	Ký hiệu	Biến số	Mô tả và đơn vị đo lường	Nguồn
Biến phụ thuộc	ystarngoaitru	Chỉ số bao trùm sử dụng dịch vụ ngoại trú	Phương pháp hàm cơ hội xã hội	VHLSS
	ystarnoitr	Chỉ số bao trùm sử dụng dịch vụ nội trú	Phương pháp hàm cơ hội xã hội	VHLSS
X - Điều kiện kinh tế - xã hội	ystarTN_01	Chỉ số bao trùm thu nhập	Phương pháp hàm dịch chuyển xã hội, chuẩn hóa Min-Max	VHLSS
	hn	Tỷ lệ hộ nghèo phân theo địa phương	% hộ nghèo/dân số tỉnh	TCTK
	dth	Tỷ lệ đô thị hóa	Dân số thành thị/dân số trung bình phân theo địa phương	TCTK
	mdds	Mật độ dân số	Tổng số dân/ tổng diện tích, đơn vị Người/km ²	TCTK
	tnptth	Tỷ lệ tốt nghiệp THPT	% học sinh tốt nghiệp THPT so với dân số 15-17 tuổi	TCTK
	tn	Tỷ lệ thất nghiệp	% người thất nghiệp/lực lượng lao động	TCTK
Z - Tài chính y tế	ln(TongCNS)	Tổng chi sự nghiệp cho y tế	Tổng chi sự nghiệp cho y tế, lấy logarit	Niên giám thống kê y tế
	ystarBHYT	Chỉ số bao trùm BHYT	Phương pháp hàm cơ hội xã hội	VHLSS
	HTYT	Chương trình hỗ trợ y tế	% hộ nhận hỗ trợ y tế (BHYT, KCB miễn phí) - PCA	VHLSS
S - Cung ứng nguồn lực y tế	NLYT	Nhân lực y tế	Gồm số bác sĩ, giường bệnh, cơ sở y tế - PCA	TCTK

Nguồn: Tổng hợp tài liệu của nhóm tác giả

Phương pháp ước lượng

Nghiên cứu áp dụng phương pháp tác động cố định FEM (Fixed Effect Model) và tác động ngẫu nhiên REM (Random Effects Model) để ước lượng mô hình. Sử dụng kiểm định Hausman để lựa chọn phương pháp ước lượng phù hợp. Để kiểm tra khuyết tật, VIF được tính để phát hiện đa cộng tuyến, kiểm định Wooldridge kiểm tra tự tương quan và Wald/Breusch-Pagan kiểm tra phương sai sai số thay đổi. Nếu mô hình có khuyết tật, phương pháp hồi quy (FGLS-Feasible Generalized Least Squares) được sử dụng để khắc phục.

4. Kết quả và thảo luận

Kết quả thống kê mô tả

Dựa trên số liệu từ 63 tỉnh thành trong giai đoạn từ 2008 - 2022, ước tính các yếu tố tác động đến tính bao trùm trong sử dụng dịch vụ y tế của người dân với tổng số 504 quan sát, bảng thống kê mô tả (bảng 2) được trình bày sơ bộ như sau:

Bảng 2. Thống kê mô tả các biến

Tên biến	Số quan sát	Giá trị trung bình	Độ lệch chuẩn	Giá trị nhỏ nhất	Giá trị lớn nhất
ystarngoaitru	504	.687	.145	.299	.988
ystarnoitru	504	.265	.225	.005	.985
ystarTN_01	504	.307	.191	0	1
hn	504	11.423	10.021	0	53.7
dth	504	27.736	16.876	9.34	87.451
mdds	504	491.454	613.563	37	4481
tnptth	504	1.884	.482	.939	4.106
tn	504	2.145	1.203	.08	9.41
lnTongCNS	504	12.709	.703	11.118	15.023
ystarBHYT	504	.735	.147	.317	.998
HTYT	504	.251	.218	0	1
HRDI	504	.123	.132	0	1

Nguồn: Tác giả tự tính toán từ số liệu

Phân tích thống kê mô tả (Bảng 2) cho thấy sự chênh lệch đáng kể về mức độ bao trùm trong sử dụng dịch vụ y tế giữa các tỉnh, đặc biệt giữa dịch vụ ngoại trú và nội trú. Trong khi mức độ tiếp cận dịch vụ ngoại trú khá cao, dịch vụ nội trú vẫn còn nhiều rào cản, có thể do chi phí, cơ sở vật chất hoặc khoảng cách địa lý. Sự khác biệt đáng kể về tỷ lệ hộ nghèo giữa các tỉnh ảnh hưởng trực tiếp đến khả năng tiếp cận dịch vụ y tế, đặc biệt tại khu vực nông thôn. Ngân sách y tế giữa các tỉnh tương đối ổn định, nhưng phạm vi bao phủ của bảo hiểm y tế vẫn chưa đạt mức tối ưu. Những kết quả này giúp xác định phương pháp phân tích phù hợp nhằm đánh giá chính xác hơn về mức độ bao trùm trong tiếp cận dịch vụ y tế.

Phân tích tương quan

Phân tích tương quan là bước đầu tiên trước khi tiến hành các phân tích hồi quy, giúp cung cấp một bức tranh tổng quan về mối quan hệ giữa các biến trong tập dữ liệu. Kết quả phân tích cho thấy mối quan hệ hợp lý giữa các biến trong mô hình, với phần lớn

hệ số tương quan đạt ý nghĩa thống kê. Thu nhập có mối tương quan cao nhất với cơ hội sử dụng dịch vụ y tế, đặc biệt là ngoại trú, một số biến khác cũng có tương quan đáng kể, khẳng định tính phù hợp của mô hình hồi quy.

Bảng 3. Ma trận hệ số tương quan

Variables	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)	(11)
(1) ystarngoaitru	1.000										
(2) ystarTN_chuanhoa	0.413*	1.000									
(3) hn	-0.374*	-0.691*	1.000								
(4) dth	0.195*	0.475*	-0.438*	1.000							
(5) mdds	0.321*	0.521*	-0.452*	0.429*	1.000						
(6) tnptth	0.081	0.604*	-0.421*	0.314*	0.431*	1.000					
(7) tn	0.275*	0.247*	-0.433*	0.468*	0.237*	0.139*	1.000				
(8) lnTongCNS	0.300*	0.358*	-0.260*	0.211*	0.350*	0.288*	-0.035	1.000			
(9) ystarBHYT	0.133*	0.287*	0.057	0.014	-0.046	0.285*	-0.082	0.272*	1.000		
(10) HTYT	-0.313*	-0.597*	0.470*	-0.209*	-0.225*	-0.330*	-0.210*	-0.282*	-0.015	1.000	
(11) HRDI	0.258*	0.413*	-0.241*	0.289*	0.700*	0.426*	0.114*	0.615*	0.169*	-0.164*	1.000

*** $p < 0.01$, ** $p < 0.05$, * $p < 0.1$

Nguồn: Tác giả tự tính toán từ số liệu

Kết quả hồi quy tính bao trùm trong sử dụng dịch vụ nội trú và ngoại trú

Bảng 4. Tổng hợp kết quả hồi quy mô hình bao trùm sử dụng dịch vụ y tế

	GLS	GLS
	ystarngoaitru	ystarnoitru
ystarTN_01	0.445***	-0.0683**
	[7.52]	[-1.98]
hn	-0.000751	0.00114**
	[-0.84]	[1.96]
dth	-0.00142***	0.000127
	[-3.25]	[0.48]
mdds	-0.0000219	-0.0000196**
	[-1.59]	[-2.13]
tnptth	0.00136***	0.000520***
	[9.35]	[5.83]
tn	-0.00546	-0.00561*
	[-1.08]	[-1.83]
lnTongCNS	0.0276***	0.00644
	[3.05]	[1.16]
ystarBHYT	-0.0585	0.185***
	[-1.54]	[7.74]
HTYT	-0.0409	-0.0549***
	[-1.19]	[-2.62]
HRDI	-0.0816	0.128***
	[-1.42]	[2.98]
_cons	-0.875***	0.0339
	[-2.94]	[0.17]
N	504	504
R ²	0.508	0.095

Nguồn: Tác giả tự tính toán từ số liệu

Ghi chú: (1) 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%. Các giá trị trong dấu [] là giá trị T ratio tương ứng. (2) các biến trong mô hình: ystarngoaitru (cơ hội sử dụng dịch vụ ngoại trú), ystarnoitru (cơ hội sử dụng dịch vụ nội trú), ystarTN_01 (chỉ số bao trùm thu nhập chuẩn hóa), hn (tỷ lệ hộ nghèo), dth (đô thị hóa), mdds (mật độ dân số), tnptth (tỷ lệ tốt nghiệp phổ thông trung học), tn (tỷ lệ thất nghiệp trong độ tuổi lao động), lnTongCNS (Logarit tổng chi ngân sách y tế), ystarBHYT (chỉ số bao trùm BHYT), HTYT (hỗ trợ y tế), HRDI (chỉ số mật độ nguồn lực y tế).

Kiểm định Hausman cho thấy mô hình FEM phù hợp hơn REM với P-value rất nhỏ (0.0013 cho ngoại trú, 0.000 cho nội trú). Kiểm định Wald xác nhận mô hình có phương sai thay đổi (P-value = 0). Kiểm định Lagrange cho thấy tự tương quan (P-value = 0.0908 với ngoại trú, 0.0214 với nội trú) ở mức ý nghĩa 10% và 5%. Để khắc phục, nghiên cứu sử dụng phương pháp FGLS. Kết quả ước lượng được trình bày trong bảng 4.

Nghiên cứu tập trung phân tích kết quả hồi quy sau khi khắc phục khuyết tật của mô hình bằng phương pháp FGLS được trình bày trong Bảng 4. với những kết luận chính như sau:

Tác động của các yếu tố kinh tế - xã hội

Chỉ số bao trùm thu nhập (ystarTN_01) có tác động tích cực đến việc sử dụng dịch vụ ngoại trú với hệ số 0.445***, cho thấy khi thu nhập và điều kiện sống được cải thiện, người dân có xu hướng sử dụng dịch vụ ngoại trú nhiều hơn để phòng ngừa và chăm sóc sức khỏe ban đầu. Điều này phản ánh sự tiến bộ trong hệ thống y tế và xã hội. Tuy nhiên, yếu tố này lại có tác động tiêu cực đến dịch vụ nội trú với hệ số -0.0683**, có thể giải thích là khi thu nhập tăng, người dân có khả năng tiếp cận dịch vụ phòng ngừa tốt hơn và có nhu cầu khám chữa bệnh ngoại trú nhiều hơn, giảm nhu cầu điều trị nội trú.

Tỷ lệ hộ nghèo (HN) có tác động dương đến dịch vụ nội trú (0.00114**), điều này phản ánh rằng người nghèo có xu hướng nhập viện nhiều hơn do điều kiện sống kém và sức khỏe yếu, và cho thấy sự bất bình đẳng trong tiếp cận dịch vụ y tế giữa các nhóm thu nhập.

Tác động của tài chính y tế và các chính sách y tế

Tổng chi ngân sách (lnTongCNS) đóng vai trò quan trọng trong việc nâng cao chất lượng và mở rộng khả năng tiếp cận dịch vụ y tế, đặc biệt đối với nhóm thu nhập thấp và khu vực khó khăn, góp phần giảm bất bình đẳng. Khi ngân sách y tế được phân bổ hợp lý, cơ hội sử dụng dịch vụ ngoại trú tăng lên (hệ số 0.0276***), tạo điều kiện thuận lợi cho người dân tiếp cận chăm sóc sức khỏe cơ bản. Tuy nhiên, tác động đến dịch vụ nội trú không có ý nghĩa thống kê, có thể do chi ngân sách chưa được phân bổ hiệu quả cho các dịch vụ nội trú. Điều này cho thấy cần có sự điều chỉnh trong việc phân bổ ngân sách để đảm bảo cả dịch vụ ngoại trú và nội trú đều được cải thiện.

Về mặt chính sách, chỉ số cơ hội tiếp cận BHYT (ystarBHYT) có tác động tích cực đến sử dụng dịch vụ nội trú (hệ số 0.185***), cho thấy BHYT giúp giảm gánh nặng chi phí và tăng khả năng tiếp cận điều trị phức tạp. Tuy nhiên, tác động đến dịch vụ ngoại trú lại là âm nhưng chưa rõ ràng, có thể do người dân ưu tiên BHYT cho nội trú, trong khi hạn chế về quy trình thanh toán và chất lượng dịch vụ ảnh hưởng đến ngoại trú. Bên cạnh đó, kết quả hồi quy cũng chỉ ra tác động của chương trình hỗ trợ y tế (HTYT) không như kỳ vọng, đặc biệt là tác động âm đến dịch vụ nội trú (hệ số hồi quy -0.0549***). Điều này trùng với nghiên cứu trước cho rằng các chương trình trợ cấp y tế của chính phủ thường không mang lại lợi ích cho người nghèo (McIntyre & Ataguba, 2011). Người

nghèo ở các khu vực này ít có cơ hội sử dụng dịch vụ nội trú do khoảng cách xa, cơ sở vật chất hạn chế và thiếu bác sĩ chuyên khoa.

Tác động của phân bổ nguồn lực y tế

Phân bổ nguồn lực y tế (HRDI) ảnh hưởng khác biệt đến dịch vụ ngoại trú và nội trú. Trong khi tác động đến ngoại trú là âm (-0.0816) và không có ý nghĩa thống kê, tác động đến nội trú lại dương (0.128) và có ý nghĩa ở mức 1%, cho thấy phân bổ nguồn lực giúp cải thiện đáng kể khả năng tiếp cận điều trị nội trú. Tuy nhiên, hạn chế về số lượng cơ sở, nhân lực chuyên môn và sự phân bổ không đồng đều vẫn cản trở hiệu quả tiếp cận, đặc biệt ở tuyến ngoại trú. Điều này cho thấy cần có sự điều chỉnh trong việc phân bổ nguồn lực để đảm bảo cả dịch vụ ngoại trú và nội trú đều được cải thiện.

5. Kết luận

Bằng phương pháp ước lượng FGLS, kết quả nghiên cứu chỉ ra rằng các yếu tố kinh tế - xã hội, chính sách y tế và phân bổ nguồn lực là những yếu tố quan trọng ảnh hưởng đến cơ hội sử dụng dịch vụ y tế ở Việt Nam. Tăng trưởng bao trùm về thu nhập giúp mở rộng cơ hội tiếp cận ngoại trú, giảm bất bình đẳng trong sử dụng nội trú. Phân bổ nguồn lực y tế có tác động tích cực đến nội trú nhưng chưa cải thiện khả năng tiếp cận ngoại trú.

Từ các kết quả nghiên cứu trên cho thấy để cải thiện tính bao trùm và công bằng trong tiếp cận dịch vụ y tế, cần có các chính sách đồng bộ và toàn diện. Trước hết, cải thiện thu nhập và điều kiện sống của người dân, đặc biệt ở nông thôn và nhóm nghèo, là cơ sở khuyến khích khám chữa bệnh ngoại trú và giảm nhập viện không cần thiết. Tiếp đó, cần tăng tỷ trọng chi ngân sách cho y tế, đồng thời mở rộng phạm vi bao phủ và quyền lợi của bảo hiểm y tế (BHYT), giúp người dân, nhất là nhóm thu nhập thấp và lao động phi chính thức, tiếp cận dịch vụ dễ dàng hơn. Bên cạnh đó, phân bổ nguồn lực cần được điều chỉnh hợp lý, ưu tiên khu vực đông dân, miền núi và vùng sâu, vùng xa còn nhiều khó khăn về nhân lực, trang thiết bị và hạ tầng. Cuối cùng, cần cải thiện chất lượng dịch vụ và quy trình thanh toán BHYT, tăng minh bạch và thuận tiện, đồng thời rà soát các chương trình hỗ trợ y tế để bảo đảm mang lại lợi ích thực sự cho người nghèo và nhóm yếu thế.

Tài liệu tham khảo:

- Ali, I., & Son, T. H. (2007). *Defining and Measuring Inclusive Growth: Application to the Philippines* (Working Paper No. 98). ERD Working Paper Series. Link
Bredenkamp. (2012). *Health equity and financial protection datasheet: Vietnam*. World Bank. Link
Dinh, K. C., & Ngo, T. Q. J. P. S. (2024). *Does Socio-Economic Inequality Act as A Barrier to Medical Treatment? The Case of Vietnam*. 24(1), 43-65.
Kociemba, H., & Cichon, R. (2023). *Inclusiveness in access to health services in Sub-Saharan Africa*.
McIntyre, D., & Ataguba, J. E. (2011). *How to do (or not to do) ... a benefit incidence analysis*. *Health Policy and Planning*, 26(2), 174-182. Link
Tombo, S., Wattanadumrong, B., & Pannarunothai, S. (2023). *Macroeconomic Factors and the Outpatient Services Utilization Among Elderly in Thailand*. *Journal of Community Development Research (Humanities and Social Sciences)*, 16(1), Article 1. Link
Verdier-Chouchane, A., & Karagueuzian, C. (2016). *Concept and measure of inclusive health across countries*.
Zhou, K., Zhang, X., Ding, Y., Wang, D., Lu, Z., & Yu, M. (2015). *Inequality trends of health workforce in different stages of medical system reform (1985-2011) in China*. *Human Resources for Health*, 13(1), 94. Link