

ĐẶT VẤN ĐỀ

Khu vực đô thị là nơi có điều kiện sống và sinh hoạt tốt hơn so với khu vực nông thôn. Người dân sống tại khu vực đô thị thường có điều kiện tiếp cận tốt hơn với y tế, giáo dục và các dịch vụ xã hội khác. Tuy nhiên, khi mật độ người dân sống tại khu vực đô thị tăng cao sẽ làm gia tăng các yếu tố có hại đối với sức khỏe, ví dụ: ô nhiễm không khí và tiếng ồn, nhiễm bẩn thực phẩm và nguồn nước, bùng phát dịch bệnh và tai nạn thương tích [1]. Khi quá trình đô thị hoá diễn ra nhanh chóng, đặc biệt tại các nước đang phát triển, tại các đô thị lớn thường xuất hiện những khu vực có điều kiện sinh hoạt và điều kiện sống không đảm bảo. Quá trình biến đổi mạnh mẽ về điều kiện kinh tế, xã hội và môi trường tại các khu vực đô thị cũng tạo ra nhiều thách thức đối với hệ thống y tế như: Chính sách y tế và năng lực hệ thống y tế cơ sở tại các khu vực đô thị chưa đáp ứng được nhu cầu chăm sóc sức khỏe (CSSK) của người dân. Tại khu vực đô thị, mặc dù có rất nhiều cơ sở y tế hiện đại như các bệnh viện, trung tâm y tế tuyến trung ương, tuyến khu vực, nhưng sự tiếp cận với các dịch vụ khám chữa bệnh (DVKCB) ở nhóm người nghèo còn rất hạn chế. Có sự phân hóa về chất lượng DVKCB: Những người giàu (có khả năng chi trả cao) thường được chăm sóc ở những cơ sở y tế chuyên sâu và chất lượng cao trong khi những người nghèo thì thường nhận được các DVKCB có chất lượng thấp hơn hoặc các DVKCB “miễn phí”.

Trong những năm qua, Việt Nam đã và đang đạt được những tiến bộ vượt bậc về phát triển kinh tế, quá trình đô thị hoá ở Việt Nam cũng đang diễn ra một cách nhanh chóng. Số lượng các khu vực đô thị ở Việt Nam đã tăng từ 500 vào năm 1990 lên gần 800 vào năm 2009 [2]. Trước tác động của quá trình đô thị hoá, nhiều đô thị tại Việt Nam đã hình thành những khu vực mà ở đó cuộc sống và sinh hoạt của người dân gặp nhiều khó khăn với điều kiện sinh hoạt không đảm bảo. Mặc dù vậy, hiện tại vẫn chưa có định nghĩa cụ thể nào định nghĩa cụ thể về các khu vực có điều kiện sinh hoạt không đảm bảo này.

Ở Việt Nam, đã có một số nghiên cứu so sánh tình hình sức khỏe của người dân sống ở khu vực đô thị và của người dân sống ở khu vực nông thôn, trong đó chỉ ra rằng người dân ở khu vực nông thôn có tình trạng sức khỏe và khả năng tiếp cận dịch vụ y

tế rất hạn chế; tỷ lệ khám chữa bệnh (KCB) ở thành thị cao hơn nông thôn. Nhiều người dân đã rơi vào cảnh vay mượn, nợ nần do chi tiêu cho khám chữa bệnh, trong đó tỷ lệ này đối với người dân ở khu vực nông thôn luôn cao hơn so với khu vực thành thị [3-7].

Tuy nhiên, hiện tại ở Việt Nam còn thiếu những nghiên cứu sâu về tình trạng ốm đau, sử dụng và chi tiêu cho DVKCB của người dân sống tại các khu vực đô thị, trong đó tập trung vào so sánh 2 nhóm dân cư sinh sống tại khu vực có điều kiện sinh hoạt đảm bảo và khu vực có điều kiện sinh hoạt không đảm bảo. Để cung cấp các bằng chứng khoa học hỗ trợ các nhà quản lý và các nhà hoạch định chính sách trong quá trình xây dựng các chính sách và can thiệp nhằm cải thiện tình trạng sức khỏe, nâng cao khả năng tiếp cận và giảm thiểu gánh nặng chi tiêu cho các DVKCB của người dân sống ở khu vực đô thị tại Việt Nam, đặc biệt là người dân sống ở khu vực đô thị có điều kiện sinh hoạt không đảm bảo, chúng tôi triển khai đề tài: ***“Ốm đau, sử dụng và chi tiêu cho dịch vụ khám chữa bệnh của người dân ở một số khu vực thuộc nội thành Hà Nội”***, với các mục tiêu cụ thể sau:

- 1. Mô tả và so sánh thực trạng ốm đau, sử dụng dịch vụ khám chữa bệnh của người dân ở 2 khu vực có điều kiện sinh hoạt đảm bảo và không đảm bảo thuộc 4 quận nội thành Hà Nội năm 2012-2013.***
- 2. So sánh gánh nặng chi tiêu cho khám chữa bệnh của người dân ở 2 khu vực có điều kiện sinh hoạt đảm bảo và không đảm bảo thuộc 4 quận nội thành Hà Nội năm 2012-2013.***

Chương 1

TỔNG QUAN TÀI LIỆU

1.1. Các khái niệm cơ bản

1.1.1. Đô thị

1.1.1.1. Định nghĩa chung đô thị

Đô thị hay khu đô thị là một khu vực có mật độ dân số cao và mật độ gia tăng các công trình kiến trúc do con người xây dựng so với các khu vực xung quanh nó. Đô thị bao gồm thành phố, thị xã, trung tâm dân cư đông đúc nhưng thuật từ này thông thường không mở rộng đến các khu định cư nông thôn như làng, xã, ấp [8].

1.1.1.2. Định nghĩa đô thị ở Việt Nam

Đô thị là khu vực tập trung dân cư sinh sống có mật độ cao và chủ yếu hoạt động trong lĩnh vực kinh tế phi nông nghiệp, là trung tâm chính trị, hành chính, kinh tế, văn hoá hoặc chuyên ngành, có vai trò thúc đẩy sự phát triển kinh tế - xã hội của quốc gia hoặc một vùng lãnh thổ, một địa phương, bao gồm nội thành, ngoại thành của thành phố; nội thị, ngoại thị của thị xã; thị trấn [9].

1.1.1.3. Các loại hình đô thị tại Việt Nam

Tại Việt Nam hiện có 6 loại hình đô thị: loại đặc biệt và còn lại từ loại I đến loại V. Theo Nghị định số 42/2009/NĐ-CP, một đơn vị hành chính để được phân loại là đô thị thì phải có các tiêu chuẩn cơ bản như sau:

- Có chức năng đô thị,
- Quy mô dân số toàn đô thị đạt 4.000 người trở lên,
- Mật độ dân số phù hợp với quy mô, tính chất và đặc điểm của từng loại đô thị và được tính trong phạm vi nội thành, nội thị, riêng đối với thị trấn thì căn cứ theo các khu phố xây dựng tập trung,
- Tỷ lệ lao động phi nông nghiệp (tính trong phạm vi ranh giới nội thành, nội thị, khu vực xây dựng tập trung) phải đạt tối thiểu 65% so với tổng số lao động,
- Đạt được các yêu cầu về hệ thống công trình hạ tầng đô thị (gồm hạ tầng xã hội và hạ tầng kỹ thuật).
- Đạt được các yêu cầu về kiến trúc, cảnh quan đô thị [10].

1.1.2. Tiêu chí xác định khu có điều kiện sinh hoạt không đảm bảo

Khu “ô chuột” theo định nghĩa của Liên Hợp Quốc (cơ quan UN-HABITAT) là một khu vực sinh sống trong một thành phố với những đặc trưng bởi những ngôi

nhà lụp xụp, bẩn thỉu, sát cạnh nhau và thường xuyên mất an ninh và có thể là ổ chứa các tệ nạn xã hội và tội phạm như ma túy, mại dâm... Khu "ổ chuột" là nơi giải quyết chỗ ở cho những người nghèo, bần hàn cơ cực, người có thu nhập thấp, người lao động, người nhập cư, người thất nghiệp, vô gia cư mà họ không có đủ điều kiện để sinh sống ở những nơi có điều kiện tốt hơn [11].

Tại Việt Nam chưa có định nghĩa rõ ràng về các khu "ổ chuột", tuy nhiên theo các tiêu chuẩn của Liên hợp quốc có thể thấy nhiều khu vực đô thị có điều kiện sống và sinh hoạt tương tự như các khu "ổ chuột" [2], đặc biệt tại các thành phố lớn như Hà Nội và Hồ Chí Minh. Một nhóm chuyên gia Liên Hợp Quốc đã đề xuất một định nghĩa của "ổ chuột" (*khu có điều kiện sinh hoạt không đảm bảo*) như là một khu vực kết hợp của những đặc điểm với mức độ khác nhau sau đây: khu vực ít được tiếp cận với nước sạch một cách đầy đủ, không đảm bảo vệ sinh môi trường và cơ sở hạ tầng khác, cấu trúc nhà ở chất lượng kém, tình trạng quá tải và tình trạng dân cư không ổn định, an ninh kém [2].

Trong nghiên cứu này, chúng tôi sử dụng định nghĩa của Liên Hợp Quốc về khu "ổ chuột" để đánh giá khu vực có điều kiện sinh hoạt đảm bảo hay không. Khu vực có điều kiện sinh hoạt không đảm bảo là khu vực thiếu một trong các yếu tố sau:

- 1) *Nhà ở kiên cố, có thể ở lâu dài có khả năng bảo vệ người dân trước các loại thiên tai;*
- 2) *Người dân có đủ không gian sống, không quá 3 người sống chung 1 phòng;*
- 3) *Người dân có thể tiếp cận được dễ dàng với nguồn nước sạch với giá phải chăng;*
- 4) *Người dân được tiếp cận với các công trình vệ sinh cá nhân như nhà tắm, nhà vệ sinh riêng và không quá nhiều người dùng chung;*
- 5) *Nơi ở của người dân được đảm bảo, không có nguy cơ bị đuổi ra khỏi nhà [11].*

Ngoài ra chúng tôi còn tìm hiểu thêm các tiêu chí xác định hộ gia đình dựa trên quyết định số 12/2016/QĐ-UBND ban hành ngày 13/4/2016 về chuẩn hộ nghèo, hộ cận nghèo và hộ có mức sống trung bình tiếp cận đa chiều của Thành phố Hà Nội giai đoạn 2016-2020 cho thấy các tiêu chí mức độ thiếu hụt tiếp cận dịch vụ xã hội cơ bản như sau:

- 1) Các dịch vụ xã hội cơ bản (05 dịch vụ): y tế, giáo dục, nhà ở, nước sạch và vệ sinh, thông tin.
- 2) Các chỉ số đo lường mức độ thiếu hụt các dịch vụ xã hội cơ bản (10 chỉ số): tiếp cận các dịch vụ y tế; bảo hiểm y tế; trình độ giáo dục của người lớn; tình trạng đi học của trẻ em; chất lượng nhà ở; diện tích nhà ở bình quân đầu người; nguồn nước sinh hoạt; hố xí hợp vệ sinh; sử dụng dịch vụ viễn thông; tài sản phục vụ tiếp cận thông tin [12].

1.2. Ôm đau, sử dụng dịch vụ khám chữa bệnh

1.2.1. Các khái niệm

Khái niệm sức khỏe: Sức khỏe là một trạng thái hoàn toàn thoải mái về thể chất, tinh thần và xã hội chứ không chỉ đơn thuần là không có bệnh hoặc thương tật, là một quyền cơ bản của con người, con người có quyền tiếp cận đến mức cao nhất có thể; sức khỏe là một mục tiêu xã hội rất quan trọng liên quan đến toàn bộ thế giới và đòi hỏi sự tham gia của nhiều ngành kinh tế-xã hội, bên cạnh các lĩnh vực y tế [13].

Khái niệm sức khỏe tự khai báo: Sức khỏe tự khai báo dự đoán nguy cơ về các chức năng, bệnh tật và tử vong trong tương lai. Sức khỏe tự khai báo chủ yếu tập trung vào những người lớn trả lời “sức khỏe bình thường” hoặc “sức khỏe kém” trong những câu hỏi về giám sát các yếu tố hành vi có hại cho sức khỏe, như câu hỏi “Anh/chị đánh giá chung về sức khỏe của anh/chị là tuyệt vời, rất tốt, tốt, bình thường hay kém?” [14-15].

Ôm đau (illness), cách diễn đạt của người bệnh, là trạng thái bất thường về chức năng, hệ thống hay bộ phận nào đó trong cơ thể [16].

Bệnh tật: Bệnh tật, theo nghĩa rộng, nhằm chỉ bất kỳ tình trạng nào làm suy yếu chức năng bình thường (của cơ thể). Bệnh tật là khía cạnh sinh học của sự không khỏe (nonhealth), chủ yếu là rối loạn chức năng sinh lý. Bệnh tật (disease), ốm đau (illness), phát bệnh (sickness) là những từ đôi khi được dùng thay thế lẫn nhau [16].

1.2.2. Các yếu tố ảnh hưởng sức khỏe

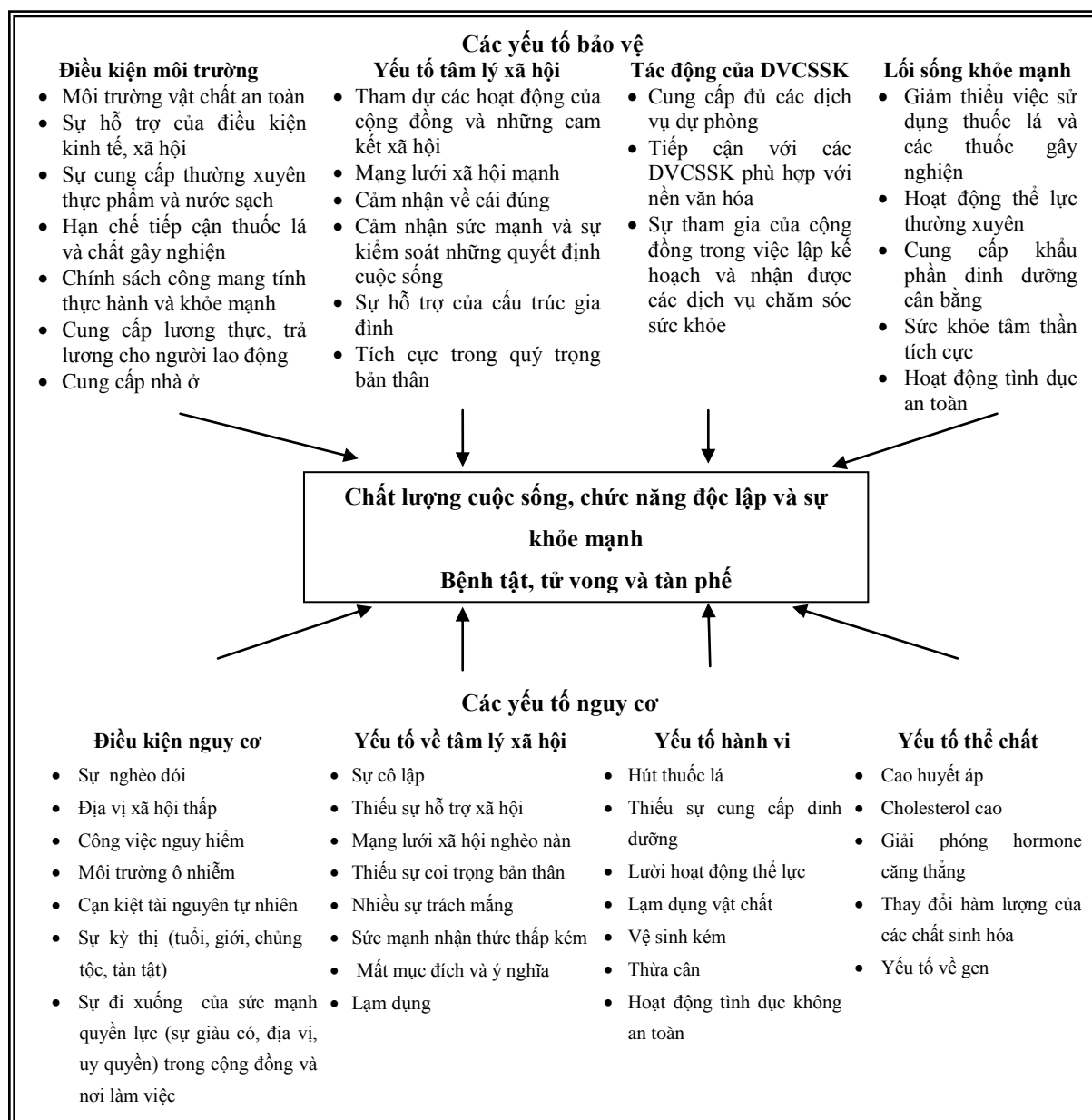
Sức khỏe của cá nhân và cộng đồng bị ảnh hưởng bởi nhiều yếu tố kết hợp với nhau. Các yếu tố này có thể làm tăng hay giảm tình trạng sức khỏe của một cộng đồng hay một cá nhân. Những yếu tố này giúp giải thích và dự đoán xu hướng sức khỏe và y tế trong tương lai, giải thích vì sao một số nhóm lại có sức khỏe tốt hơn hoặc kém hơn các nhóm khác. Đó chính là chìa khóa phòng chống ốm đau, bệnh tật và thương tích.



Hình 1.1. Mô hình các yếu tố xã hội ảnh hưởng đến sức khỏe

Nguồn: Dahlgren G and M Whitehead (1992) [17]

Theo Labonte, R (1998), các yếu tố ảnh hưởng đến sức khỏe được chia làm 2 nhóm chính là các yếu tố nguy cơ và các yếu tố bảo vệ. Trong đó nhóm yếu tố bảo vệ bao gồm 4 cấu phần chính là: điều kiện môi trường, yếu tố tâm lý xã hội, tác động của dịch vụ chăm sóc sức khỏe (DVCSSK), và lối sống khỏe mạnh. Đồng thời, nhóm yếu tố nguy cơ cũng bao gồm 4 cấu phần chính là: các điều kiện nguy cơ, các yếu tố tâm lý xã hội, các yếu tố nguy cơ thuộc về hành vi và các yếu tố nguy cơ thuộc về tâm lý (Hình 1.2) [18].



Hình 1.2. Các yếu tố ảnh hưởng đến sức khỏe

Nguồn: Labonte, R (1998)

Có rất nhiều yếu tố nhau cùng tác động, ảnh hưởng đến sức khỏe cá nhân và cộng đồng. Một người được cho là khỏe hay không khỏe, sẽ được quyết định bởi hoàn cảnh và môi trường xung quanh họ. Rộng hơn, những yếu tố này chính là nơi ở, môi trường, di truyền, thu nhập, trình độ học vấn (TĐHV), các mối quan hệ gia đình và bạn bè. Hoàn cảnh sống sẽ quyết định sức khỏe của họ, bởi vậy không thể đánh giá chủ quan một cá nhân là có sức khỏe tốt hay không. Hầu hết các yếu tố ảnh hưởng đến sức khỏe đều là những yếu tố mà cá nhân đó không thể trực tiếp kiểm soát được.

1.2.3. Các phương pháp đo lường ốm đau

**** Các chỉ số và công cụ đo lường ốm đau***

Phương pháp đo lường sức khỏe cộng đồng: Để đo lường sức khỏe của cộng đồng nhiều chỉ số đã và đang được sử dụng như tuổi thọ trung bình, tỷ suất tử vong trẻ em dưới 1 tuổi, tỷ suất tử vong trẻ em dưới 5 tuổi, tỷ số tử vong mẹ, tỷ lệ trẻ em suy dinh dưỡng dưới 5 tuổi, tỷ lệ chết đặc trưng theo bệnh, tỷ lệ mắc bệnh, số ngày nghỉ việc do ốm, v.v. Tuy nhiên chỉ đo lường gánh nặng ốm đau, bệnh tật thì chưa đủ để mô tả tình trạng sức khỏe của cộng đồng [19].

Việc lựa chọn phương pháp đo lường ốm đau phù hợp là rất quan trọng, đặc biệt là trong quá trình thu thập số liệu và thiết kế mẫu, vì nó ảnh hưởng rất lớn đến chất lượng số liệu. Ví dụ khi tính toán cỡ mẫu và thiết kế mẫu, mẫu cần phải đủ lớn để có thể cung cấp những số liệu hữu dụng và có ích cho công việc thống kê, từ đó đưa ra được những kết luận mang tính đại diện cho quần thể. Một cuộc khảo sát có thể được thực hiện thông qua:

- Phỏng vấn qua thư hoặc thư điện tử (sử dụng bảng hỏi tự phỏng vấn);
- Phỏng vấn mặt-đối mặt (là phương pháp thường được sử dụng nhất);
- Phỏng vấn qua điện thoại: phương pháp này có thể hữu dụng trong việc bổ sung hoặc chứng thực thông tin, tuy nhiên sẽ hạn chế việc lấy mẫu đại diện, đặc biệt ở những quốc gia mà điện thoại không phổ biến có trong các hộ gia đình;
- Đánh giá nhanh: thực tế là khảo sát một vài đối tượng trong cộng đồng, đặc biệt là những đối tượng có kiến thức về vấn đề cần đánh giá. Phương pháp này rất nhanh và kinh tế, nhưng kết quả đem lại không thực sự đại diện cho cộng đồng;
- Thu thập thông tin dựa trên những người có hành vi (ví dụ như thông tin về hút thuốc hoặc uống rượu). Đây là một phương pháp kinh tế và hiệu quả trong việc thu thập các số liệu, thông tin về đời sống, lối sống, nhưng không phải tất cả những người này đều phải cộng tác.

Điều tra thử trước khi tiến hành khảo sát thực sự cũng rất quan trọng. Điều tra thử là việc tiến hành thử nghiệm bộ câu hỏi, phương pháp và phân tích khảo sát trên một cỡ mẫu nhỏ, nhờ đó có thể phát hiện ra các vấn đề nảy sinh. Ví dụ, nếu bộ câu hỏi quá dài, hoặc không thể liên lạc được với người được hỏi, kết quả khó phân tích, để có thể đưa ra các phương pháp thay thế.

Tiếp cận với khái niệm ốm đau khi mô tả tình trạng sức khỏe của cộng đồng, có nhiều công cụ đo lường sức khỏe một cách toàn diện đã được áp dụng. Những công cụ này được thiết kế để đo lường sức khỏe nói chung và độc lập với các chẩn đoán của bác sĩ.

Ở Việt Nam, các chỉ số sức khỏe, ốm đau phần lớn được tính toán dựa trên những thống kê bệnh viện và hệ thống y tế công, các cuộc điều tra cộng đồng còn rất thiếu nên chưa mô tả được đầy đủ theo như khái niệm về thực trạng sức khỏe, ốm đau, bệnh tật của nhân dân.

Bộ công cụ đánh giá sức khỏe Short-form 12 (SF-12): SF-12 là một trong những bộ công cụ đo lường chất lượng cuộc sống được sử dụng phổ biến nhất trên thế giới. Được phát triển từ năm 1996, bộ công cụ này là phiên bản rút gọn của Bộ công cụ đo lường sức khỏe SF-36, với 12 câu hỏi [20].

Các thông tin về tình hình ốm đau tự khai báo là các thông tin rất có giá trị. Nó dễ khai thác tại cộng đồng, rẻ tiền, phản ánh nhu cầu cấp thiết về CSSK, song cũng không khác nhiều so với thông tin thu thập từ việc khám bệnh. Do đó việc thu thập các thông tin dựa trên việc tự khai báo của người dân là rất hiệu quả và khả thi.

Nghiên cứu của chúng tôi áp dụng phương pháp đo lường ốm đau dựa trên phỏng vấn bằng bộ câu hỏi có sẵn, đối tượng tự đánh giá và trả lời với các mức đánh giá tương ứng. Các yếu tố được đề cập đến như tình trạng ốm đau, sử dụng và chi tiêu cho các DVKCB.

** Các loại thiết kế nghiên cứu thường dùng trong đo lường ốm đau của người dân đô thị*

Trên thế giới, bên cạnh các phương pháp thuộc nhiều lĩnh vực khác nhau đã được sử dụng để giải quyết các câu hỏi nghiên cứu thuộc về sức khỏe, ốm đau của người dân đô thị [21]. Nhìn chung có 3 loại nghiên cứu đã được công bố dùng để giải quyết các câu hỏi khác nhau liên quan đến tình hình sức khỏe, ốm đau của người dân đô thị:

- Các nghiên cứu so sánh cộng đồng nông thôn và đô thị,
- Các nghiên cứu so sánh các thành phố trong nước hoặc giữa các nước,
- Các nghiên cứu khảo sát các biến thuộc nội bộ đô thị đối với ốm đau.

1.2.4. Dịch vụ khám chữa bệnh

1.2.4.1. Khái niệm dịch vụ y tế: Dịch vụ y tế (DVYT) được định nghĩa là các dịch vụ được cung cấp nhằm mục đích bảo vệ và nâng cao sức khỏe của cộng đồng [22]. DVYT là một trong bốn dịch vụ xã hội cơ bản - hệ thống cung cấp dịch vụ nhằm đáp ứng những nhu cầu cơ bản của con người và được xã hội thừa nhận. DVYT là

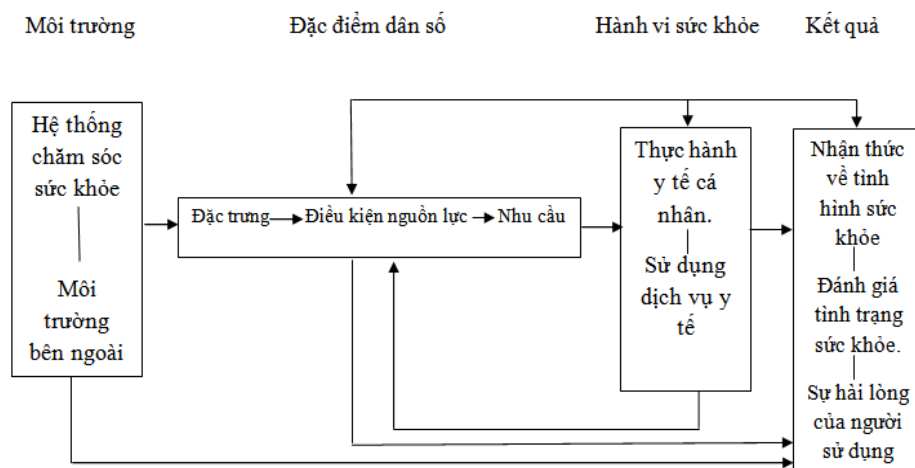
một dịch vụ khá đặc biệt, bao gồm các hoạt động được thực hiện bởi nhân viên y tế như: khám, chữa bệnh phục vụ bệnh nhân và gia đình, trong đó người bệnh trực tiếp cũng chính là người tham gia sản xuất cũng như tiêu thụ. DVYT là một loại hàng hóa mà người sử dụng (người bệnh) thường không thể tự mình lựa chọn loại dịch vụ theo ý muốn mà phụ thuộc rất nhiều vào bên cung ứng (cơ sở y tế).

1.2.4.2. Sử dụng dịch vụ y tế: Sử dụng DVYT là nhu cầu của người dân nhằm bảo vệ và nâng cao sức khỏe của họ. Sử dụng DVYT có thể cho mục đích phòng bệnh hoặc điều trị bệnh. Sử dụng DVYT có thể chỉ là việc tự điều trị, mua thuốc tại các hiệu thuốc, khám, điều trị hoặc sử dụng các DVYT khác tại các cơ sở y tế công hoặc tư tại các tuyến cơ sở y tế [23]. Người có KCB bao gồm cả những người không bị ốm đau, bệnh tật nhưng có đi kiểm tra sức khỏe, khám thai, nạo thai, đặt vòng, đẻ, tiêm phòng, ... [24].

Sử dụng DVYT có thể được phân chia theo loại dịch vụ, vị trí, mục đích sử dụng và thời gian sử dụng.

- Cơ sở y tế được sử dụng: trạm y tế, bệnh viện, hiệu thuốc, thầy thuốc tư nhân ...
- Vị trí: địa điểm sử dụng dịch vụ (trong bệnh viện, ngoài bệnh viện, nhà thầy thuốc, nhà bệnh nhân...).
- Mục đích sử dụng: điều trị, dự phòng, hoặc dưỡng sinh.
- Thời gian sử dụng: được hiển thị bằng các chỉ số có sử dụng hay không, số lần sử dụng một DVYT cụ thể trong một khoảng thời gian xác định.

Ngoài ra, Andersen and Newman cũng đưa ra khung sử dụng DVYT trong mối liên quan với môi trường, đặc điểm dân số, hành vi sức khỏe và kết quả sử dụng DVYT [25]:



Hình 1.3. Khung sử dụng dịch vụ y tế

(Nguồn Andersen and Newman, 2005)

DVKCB là một hình thức của DVYT, DVKCB là một loại hàng hóa đặc biệt, không giống các loại hàng hóa khác. Ví dụ, đối với các loại hàng hóa không phải là sức khỏe, người mua có thể có nhiều giải pháp lựa chọn, thậm chí tạm thời không mua nếu chưa có khả năng tài chính. Khác với nhiều loại hình dịch vụ khác, khi sử dụng DVKCB, người sử dụng (người bệnh) thường không thể hoàn toàn tự mình chủ động lựa chọn loại dịch vụ theo ý muốn mà phụ thuộc rất nhiều vào bên cung ứng (cơ sở y tế). Cụ thể, khi người bệnh có nhu cầu KCB, việc điều trị bằng phương pháp nào, thời gian bao lâu đều do thầy thuốc quyết định. Mặt khác, do DVKCB là loại hàng hóa gắn liền với tính mạng con người nên mua dù không có tiền nhưng vẫn phải KCB (mua) [26].

1.2.4.3. *Yếu tố ảnh hưởng đến việc sử dụng dịch vụ khám chữa bệnh*

Sử dụng DVKCB chính là kết quả của sự tương tác giữa các chuyên gia y tế và bệnh nhân. Tác giả Trần Thị Kim Lý đã đưa ra một số yếu tố ảnh hưởng đến việc sử dụng DVKCB [27]:

* Tiếp cận

Tiếp cận DVKCB là khả năng mà người cần sử dụng các DVKCB có thể được đáp ứng tại nơi cung cấp, là thước đo tỷ lệ dân số có thể được đáp ứng bởi DVKCB thích hợp. Khái niệm này được sử dụng để phát hiện sự bất bình đẳng trong việc tiếp cận, sử dụng DVKCB giữa những nhóm người hay cộng đồng khác nhau về mặt địa lý, xã hội, hay về tình trạng sức khỏe của họ. Mục đích của DVKCB là đến với mọi người trong cộng đồng, nhằm thỏa mãn nhu cầu về sức khỏe cho con người và cộng đồng. Tiếp cận DVKCB phụ thuộc vào 4 nhóm yếu tố: (1) *nhóm khoảng cách từ nơi ở đến cơ sở y tế*; (2) *nhóm yếu tố kinh tế*; (3) *nhóm yếu tố DVKCB*; (4) *nhóm yếu tố văn hóa* [28]. Có rất nhiều yếu tố liên quan đến tiếp cận DVKCB [29]:

- Điều kiện kinh tế: nhiều nghiên cứu đã chứng minh mối liên quan chặt chẽ giữa điều kiện kinh tế và sử dụng DVKCB. Khi người dân có thu nhập cao thì họ có khả năng sử dụng nhiều DVKCB hơn và có điều kiện sử dụng những DVKCB ở mức giá cao hơn, chất lượng tốt hơn.

- Bảo hiểm y tế: Bảo hiểm y tế (BHYT) là sự bảo vệ về tài chính đối với các chi phí cho DVKCB phát sinh khi bị bệnh tật. Hỗ trợ xã hội thông qua cấp thẻ BHYT miễn phí hoặc bao cấp cho người nghèo và trẻ em dưới 6 tuổi sẽ nâng cao

khả năng tiếp cận DVKCB, làm giảm sự bất công bằng y tế, đặc biệt là giữa các nhóm thu nhập khác nhau.

- Chi tiêu sử dụng DVKCB: phân tích cơ cấu chi cho điều trị nội trú cho thấy phần chi tiêu từ tiền túi chi trả viện phí là gần 60%, còn hơn 40% là chi tiêu các khoản chi ngoài cơ sở y tế và chi tiêu gián tiếp.

- Chất lượng và giá DVKCB: chất lượng DVKCB bị đánh giá là kém thì tỷ lệ sử dụng sẽ thấp. Thông thường, giá DVKCB càng cao thì nhu cầu đối với dịch vụ đó càng thấp.

- Điều kiện địa lý: điều kiện địa lý là khoảng cách tới các cơ sở y tế và ảnh hưởng của nó tới việc sử dụng các DVKCB. Khoảng cách càng gần, phương tiện đi lại hiện đại thì càng tiếp cận nhanh và dễ dàng tới các DVKCB. Ngược lại, khoảng cách càng xa, phương tiện thô sơ thì việc tiếp cận các DVKCB sẽ chậm và khó khăn.

- Tiếp cận về văn hóa, lối sống: tiếp cận về văn hóa như tập quán, ngôn ngữ, hoặc thái độ giao tiếp đều ảnh hưởng đến việc sử dụng DVKCB. TĐHV cũng là một trong những yếu tố quan trọng tác động đến sức khỏe con người. Những cộng đồng dân cư có TĐHV cao thường có sức khỏe tốt và tuổi thọ cao.

* Đặc điểm bệnh tật

Mức độ bệnh sẽ quyết định sự lựa chọn cách thức chữa bệnh. Khi đau ốm nhẹ, thông thường mọi người đều giải quyết bằng cách để tự khỏi hoặc sử dụng các loại thuốc có sẵn trong nhà hoặc tự ý mua thuốc chữa mà không có sự can thiệp của thầy thuốc. Họ chỉ đến các cơ sở y tế khi bệnh không khỏi hoặc tiến triển nặng hơn.

* Yếu tố giá cả

Trong những trường hợp bệnh nặng, cấp cứu, mang tính chất nghiêm trọng, ảnh hưởng ngay đến sức khỏe và tính mạng, thì việc lựa chọn các DVKCB không còn phụ thuộc nhiều vào thu nhập nữa. Tuy nhiên đối với những trường hợp bệnh nhẹ thì vấn đề thu nhập có ảnh hưởng trực tiếp đến việc lựa chọn và sử dụng DVKCB.

* Yếu tố DVKCB

Thường không được đo lường bằng các biến định lượng mà bằng các biến định tính, thể hiện nguyện vọng, ý kiến của người dân đối với cơ sở y tế. Yếu tố DVKCB bao gồm trình độ chuyên môn của đội ngũ nhân viên y tế, trang thiết bị và vật liệu y tế.

* Yếu tố đặc trưng cá nhân

Nhiều tác giả cho thấy rõ các yếu tố liên quan gần nhất đến việc sử dụng DVKCB chính là những yếu tố về cá nhân như tuổi, giới, văn hóa, nghề nghiệp, dân tộc...

1.2.4.4. Đo lường sử dụng dịch vụ khám chữa bệnh của người dân

Việc đo lường tình trạng sử dụng DVKCB từ khía cạnh của người dân, hay của bệnh nhân chủ yếu dựa vào sự tự khai báo của bản thân họ bằng cách hỏi tần suất sử dụng DVKCB của họ trong một khoảng thời gian nhất định, nghiên cứu của chúng tôi cũng sử dụng phương pháp đo lường này [30]. Tuy nhiên, việc này có thể dẫn đến các sai sót do nhiều yếu tố bên trong và bên ngoài, do đó các biện pháp sau được đề xuất để tăng độ tin cậy của số liệu được thu thập bao gồm: độ tuổi và khả năng nhận thức, thời gian sử dụng, tần suất và loại dịch vụ được hỏi, thiết kế bộ câu hỏi, cách thức thu thập số liệu và các biện pháp thăm dò và hỗ trợ trí nhớ [31].

Ngoài ra, sử dụng DVKCB có thể được đánh giá bằng các chỉ số như số bệnh nhân nội trú hàng năm hoặc số lần khám ngoại trú, mức sử dụng giường bệnh nội trú, phạm vi tiêm chủng, phạm vi sử dụng các biện pháp tránh thai, số khám trước sinh trung bình cho một sản phụ, tỷ lệ sinh ở các cơ sở có sự giám sát của các nhân viên y tế chuyên khoa... Theo tác giả Ngô Văn Toàn (2001) thì một phương pháp đơn giản thường được dùng cho đánh giá tổng quát là số lần đến các cơ sở y tế trung bình hàng năm trên đầu người [32].

1.2.4.5. Hệ thống tổ chức y tế trong cung cấp dịch vụ khám chữa bệnh

Hệ thống y tế được cấu thành từ người sử dụng DVKCB, người cung cấp DVKCB, các ngành, các tổ chức cơ quan tham gia hoặc hỗ trợ DVKCB, trong đó bao gồm cả thể chế chính trị, các quan điểm triết học và cả quá trình phát triển kinh tế-văn hóa-xã hội [33].

Hệ thống tổ chức y tế trong cung cấp DVKCB được chia ra thành nhiều cấp theo tổ chức hành chính nhà nước và theo thành phần kinh tế [19]. Cụ thể:

* Theo tổ chức hành chính nhà nước

Cơ cấu tổ chức của hệ thống cung cấp DVKCB được chia làm 4 cấp:

- Bệnh viện Trung ương, các BV chuyên khoa, bệnh viện trường Đại học trực thuộc Bộ Y tế: chức năng chính là thực hiện chuyên môn sâu và kỹ thuật cao.

- Bệnh viện tuyến Tỉnh: đây là những cơ sở KCB được trang bị các phương tiện kỹ thuật tốt, tập trung hầu hết các bác sỹ có chuyên môn cao.

- Bệnh viện tuyến Huyện: là nơi cứu chữa cơ bản phục vụ nhân dân, đồng thời hỗ trợ trực tiếp cho tuyến xã, giảm bớt gánh nặng cho tuyến Tỉnh và tuyến Trung ương.

- Trạm y tế xã: mức thấp nhất trong hệ thống y tế Việt Nam, là đơn vị đầu tiên tiếp xúc với nhân dân nằm trong hệ thống y tế nhà nước, có nhiệm vụ thực hiện các nội dung chăm sóc sức khỏe (CSSK) ban đầu như thực hiện các chương trình y tế quốc gia, cung cấp thuốc và điều trị thiết yếu.

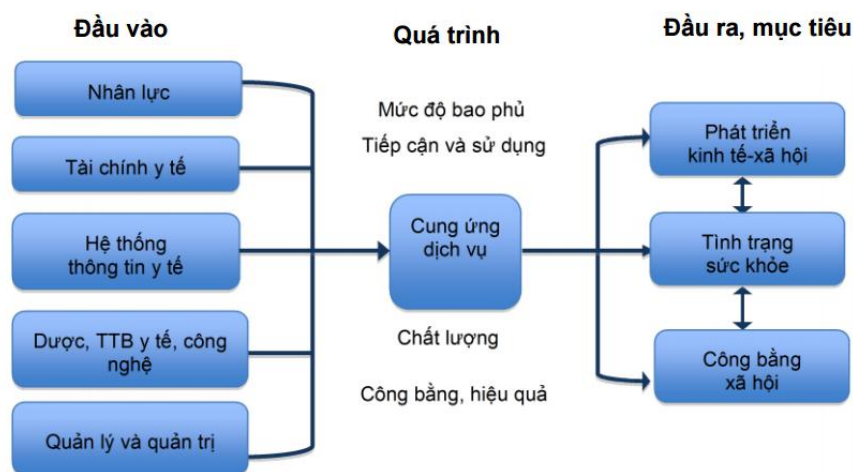
** Theo thành phần kinh tế*

Dựa theo thành phần kinh tế, hệ thống y tế cung cấp DVKCB được chia ra:

- Cơ sở y tế nhà nước (công lập).
- Cơ sở y tế tư nhân.

** Khung lý thuyết các thành phần đầu vào của hệ thống y tế*

Nhằm đánh giá toàn diện hệ thống y tế của một nước, Tổ chức Y tế Thế giới đã xây dựng khung lý thuyết bao gồm các cấu phần đầu vào chính như sau [34-35]:



Hình 1.4. Khung hệ thống y tế của Việt Nam (điều chỉnh dựa vào khung của Tổ chức Y tế Thế giới) (Nguồn: Bộ Y tế Việt Nam và Nhóm Đối tác Y tế, 2010).

1.3. Chi tiêu và gánh nặng chi tiêu cho khám chữa bệnh

1.3.1. Khái niệm cơ bản về chi tiêu

Chi tiêu (expenditure, expense) của một loại hàng hóa, dịch vụ hay hoạt động nào đó tại một thời điểm hay trong một khoảng thời gian, giai đoạn nào đó, là số tiền đã chi tại thời điểm hay trong khoảng thời gian, giai đoạn đó.

Ví dụ: Các khoản chi để xây dựng và vận hành một phòng xét nghiệm năm 2014 là 1.000.000.000 đồng. Tuy nhiên số tiền này sẽ không bị “tiêu” hết ngay mà một số hạng mục sẽ có còn có tác dụng trong những năm tiếp theo. Như vậy 1.000.000.000 đồng là chi tiêu cho phòng xét nghiệm đó vào năm 2014 chứ không phải chi phí của phòng xét nghiệm đó vào năm 2014 [36].

Chúng ta cần phân biệt khái niệm chi tiêu cho hàng hóa, dịch vụ hay hoạt động với một số khái niệm có liên quan khác như chi phí, giá và giá trị của hàng hóa, dịch vụ hay hoạt động đó.

- Chi phí hay còn gọi là giá thành (cost) của một loại hàng hóa, dịch vụ hay hoạt động nào đó là giá trị (thường quy ra tiền) của tất cả các nguồn lực cần thiết tạo ra của một loại hàng hóa, dịch vụ hay hoạt động đó [36].

Ví dụ: Một số chi phí của một ca mổ ruột thừa bao gồm:

- + Chi lương, thưởng, phụ cấp, các khoản đóng góp nghĩa vụ khác (ví dụ như bảo hiểm) cho các nhân viên y tế trực tiếp tham gia ca phẫu thuật;
- + Chi cho thuốc, dịch truyền, bông, băng, cồn gạc dành cho ca phẫu thuật;
- + Chi cho điện, nước phục vụ cho ca mổ;
- + Chi khấu hao phòng mổ, trang thiết bị y tế và các tài sản khác;
- + Chi cho các công việc quản lý, hỗ trợ khác...

- Giá: Giá (Price) của một loại hàng hóa hay dịch vụ là số tiền mà người mua, người sử dụng dịch vụ phải trả khi họ mua (sử dụng) hàng hóa, dịch vụ đó. Trong lĩnh vực y tế thì giá chính là viện phí hay phí dịch vụ.

Ví dụ: Khi một bệnh nhân đến khám bệnh tại bệnh viện và trả 100.000 đồng cho lần khám đó thì số tiền đó chính là giá hay viện phí/phí khám bệnh.

Thông thường thì giá cao hơn chi phí, vì bao gồm cả phần lợi nhuận.

Tuy nhiên, ở Việt Nam thì rất nhiều các DVKCB hiện còn đang được bao cấp nên giá của rất nhiều DVKCB (viện phí, phí dịch vụ) thấp hơn chi phí thực của các dịch vụ này. Trên thực tế, giá của hàng hóa, dịch vụ còn phụ thuộc vào rất nhiều yếu tố khác như quy định của nhà nước, mức độ khan hiếm (độc quyền) của dịch vụ đó (quan hệ cung cầu), các chiến lược bán hàng... [36].

- Giá trị: Giá trị (Value) của một loại hàng hóa hay dịch vụ thể hiện đánh giá chủ quan của người mua (sử dụng) hàng hóa và dịch vụ đối với hàng hóa hay dịch

vụ đó. Người mua (sử dụng) hàng hóa và dịch vụ đánh giá hàng hóa và dịch vụ họ mua hoặc sử dụng đáng giá đến đâu và làm cho họ hài lòng đến mức nào. Điều này cũng phụ thuộc vào khả năng chi trả và sự sẵn sàng chi trả của người mua (sử dụng) hàng hóa và dịch vụ.

Ví dụ: Một ca mổ kịp thời có thể có tổng chi phí là 3 triệu đồng, nhưng đối với gia đình bệnh nhân, nó có giá trị lớn hơn rất nhiều vì có thể ca mổ đó đã cứu sống bệnh nhân [36].

- Chi tiêu do ốm đau, bệnh tật (cost of illness) là giá trị nguồn lực bị mất đi gây ra do ốm đau, bệnh tật. Bao gồm: chi phí phòng ngừa và điều trị bệnh tật, mất sức lao động, năng suất lao động của bệnh nhân, người nhà và những chi tiêu không đo lường được (chi tiêu ảo) như đau đớn, lo buồn, bị kỳ thị... [36].

1.3.2. Chi tiêu cho dịch vụ khám chữa bệnh từ quan điểm của người sử dụng dịch vụ khám chữa bệnh

- Chi tiêu trực tiếp: là các khoản chi của người bệnh và gia đình họ có liên quan đến quá trình sử dụng DVKCB. Chi tiêu này được chia thành 2 loại:

+ Chi tiêu từ tiền túi cho điều trị: là những chi tiêu liên hệ trực tiếp đến việc CSSK như chi tiêu cho phòng bệnh, cho điều trị, cho chăm sóc và cho phục hồi chức năng ...

+ Chi tiêu từ tiền túi không cho điều trị: là những chi tiêu từ tiền túi không liên quan đến KCB nhưng có liên quan đến quá trình khám và điều trị bệnh như chi tiêu đi lại, ăn, ở trọ... của người bệnh và những thành viên của gia đình tham gia chăm sóc người bệnh [36].

- Chi tiêu gián tiếp: Bao gồm những mất mát của xã hội (được quy ra tiền) có liên quan đến ốm đau bao gồm mất năng suất lao động do bị ốm đau (giảm khả năng đóng góp cho xã hội) hoặc mất đóng góp cho xã hội do tử vong sớm [37].

- Chi tiêu vô hình: Bao gồm những mất mát liên quan đến sự kỳ thị, đau đớn, lo sợ, giảm sút chất lượng cuộc sống của người bệnh và gia đình, mất thời gian nghỉ ngơi. Trên thực tế các chi tiêu này thường ít được xem xét đến trong đánh giá kinh tế gánh nặng của ốm đau bởi vì nó mang tính chủ quan cao và nó phụ thuộc rất nhiều vào yếu tố văn hoá [36].

1.3.3. Khái niệm về quan điểm chi tiêu

Trong phân tích DVKCB, chỉ khi xác định được góc độ nghiên cứu chi tiêu mới có thể quyết định được những khoản mục chi tiêu cần đưa vào phân tích. Có ba góc độ nghiên cứu thường được sử dụng: dưới góc độ của khu vực y tế, góc độ của cá nhân/HGD, góc độ xã hội [36-37].

Quan điểm chi tiêu (Cost perspective) đề cập đến người, cơ quan, tổ chức, hệ thống chịu trách nhiệm các khoản chi tiêu của hàng hóa, dịch vụ, hoạt động (Ai phải chi trả?). Quan điểm chi tiêu giúp xác định được chi phí nào cần được tính toán. Ví dụ: Chúng ta có thể đề cập đến các quan điểm chi tiêu sau:

- + Quan điểm chi tiêu của người sử dụng DVKCB: bao gồm các chi tiêu như tiền khám bệnh, tiền xét nghiệm, tiền thuốc, đi lại, ăn ở...
- + Quan điểm chi tiêu của người cung cấp DVKCB: bao gồm các chi tiêu như lương nhân viên, thuốc, vật tư tiêu hao, khấu hao...
- + Quan điểm chi tiêu của xã hội: bao gồm tất cả các khoản chi tiêu của người cung cấp DVKCB, người sử dụng DVKCB.

1.3.4. Gánh nặng chi tiêu cho khám chữa bệnh và phương pháp đo lường

** Các khái niệm liên quan đến gánh nặng chi tiêu cho khám chữa bệnh*

- Chi trả cho KCB trực tiếp từ tiền túi của HGD (Out-of-pocket health payments): chi tiêu cho y tế HGD phải chi trả trực tiếp cho các DVKCB mà họ nhận được, chủ yếu là mua thuốc men, viện phí, chi tiêu chẩn đoán xét nghiệm và các chi tiêu gián tiếp khác liên quan tới các DVKCB do các cơ sở y tế nhà nước hoặc tư nhân (gồm cả việc tự điều trị). Chỉ số này được tính bằng tổng chi tiêu bao gồm tiền KCB tư vấn của bác sĩ, chi tiêu mua thuốc, chi tiêu nhập viện,... Các chi tiêu liên quan tới vận chuyển hoặc dinh dưỡng đặc biệt trong việc điều trị không được đề cập ở trường hợp này.

- Chi tiêu của HGD (Household's consumption expenditure): toàn bộ số tiền và giá trị hiện vật (kể cả các khoản do hộ tự sản xuất) mà HGD và các thành viên của hộ đã chi vào các hàng hóa và dịch vụ, bao gồm các sản phẩm được sản xuất tại nhà.

- Khả năng chi trả của HGD (Household's capacity to pay): số thu nhập của một HGD còn lại sau khi đã chi trả cho các khoản dành cho lương thực/thực phẩm.

- Chi tiêu sinh hoạt của HGD (Household's subsistence spending): mức chi tiêu tối thiểu có thể duy trì cuộc sống cơ bản trong xã hội.

- Chi tiêu cho KCB “thảm họa” (Catastrophic health payment): mức chi tiêu từ tiền túi cho KCB (OOP) của HGĐ bằng hoặc cao hơn 40% so với khả năng chi trả của HGĐ đó.

- Nghèo hóa do chi tiêu cho KCB (Impoverishment): tình trạng HGĐ có mức chi tiêu cho KCB \geq mức chi tiêu cơ bản tối thiểu, nhưng sau khi trừ đi các chi tiêu từ tiền túi cho KCB lại trở nên thấp hơn mức chi tiêu cơ bản tối thiểu.

- Gánh nặng tài chính cho KCB (Financial burden of health care): được định nghĩa là tỷ lệ tổng chi trả trực tiếp cho việc sử dụng DVKCB của HGĐ trên khả năng chi trả của HGĐ đó [36],[38].

* *Phương pháp đo lường gánh nặng chi tiêu cho khám chữa bệnh*

Để đo lường các vấn đề liên quan đến gánh nặng tài chính cho KCB, cần có các điều tra mang tính đại diện về HGĐ nhằm thu thập các biến số sau:

- Thông tin cá nhân: như tuổi, giới, TĐHV, nơi sinh sống,... và tình hình sử dụng DVKCB.

- Thông tin HGĐ: tổng chi tiêu của HGĐ, chi tiêu cho lương thực thực phẩm (không bao gồm thuốc lá và rượu bia) và chi tiêu từ tiền túi cho DVKCB và phí đóng BHYT.

Các biến số liên quan đến chi tiêu nên được chuyển theo đơn vị hàng tháng. Khi đó, các chỉ số về chi tiêu được tính toán như sau:

- Chi tiêu sinh hoạt của HGĐ:

+ Tính % chi tiêu cho thực phẩm của HGĐ bằng cách chia tổng chi tiêu cho thực phẩm của hộ với tổng chi tiêu của hộ đầy trong năm:

$$\text{foodexp}_h = \frac{\text{food}_h}{\text{exp}_h}$$

Trong đó: foodexp_h là % chi tiêu cho thực phẩm của hộ; food_h là tổng chi tiêu cho thực phẩm, exp_h là tổng chi tiêu của hộ

+ Tính kích cỡ HGĐ được chuẩn hóa cho mỗi hộ. Công thức tính như sau:

$$\text{eqsize}_h = \text{hsize}_h^{0.56}$$

Trong đó: eqsize là kích cỡ HGĐ được quy chuẩn, hsize là kích cỡ HGĐ thực tại, 0.56 là tham số quy chuẩn (đã được chuẩn qua một nghiên cứu trên 59 nước).

+ Tính chi tiêu cho thực phẩm được chuẩn hóa của mỗi HGĐ: bằng cách chia tổng chi tiêu cho thực phẩm của hộ với kích cỡ HGĐ được chuẩn hóa:

$$eqfood_h = food_h / eqsize_h.$$

+ Xác định ngưỡng chi tiêu cho thực phẩm ở ngưỡng phân vị 45% và ngưỡng phân vị 55%. Tính trung bình chi tiêu cho thực phẩm giữa hai ngưỡng để tính toán chi tiêu sinh hoạt tối thiểu trên đầu người, tương đương với mức nghèo (*poverty line - pl*) có điều chỉnh cho trọng số theo HGD (w_h).

$$pl = \frac{\sum w_h * eqfood_h}{\sum w_h}$$

+ Tính mức chi tiêu sinh hoạt tối thiểu cho HGD bằng công thức:

$$se_h = pl * eqsize_h$$

Với se_h là mức chi tiêu sinh hoạt tối thiểu cho HGD. Một HGD được coi là nghèo khi tổng chi tiêu cho HGD nhỏ hơn mức chi tiêu sinh hoạt tối thiểu.

- Khả năng chi trả của HGD (*capacity to pay - ctp*): là chi tiêu không phải cho các nhu cầu thiết yếu của HGD. Chi tiêu này được tính dựa theo công thức sau:

$$ctp_h = exp_h - se_h \text{ nếu } se_h \leq food_h$$

$$ctp_h = exp_h - food_h \text{ nếu } se_h > food_h$$

- Tỷ lệ chi trả cho y tế trực tiếp từ HGD (*oopctp*): được tính là số tiền được dùng để chi trả cho y tế của HGD trên tổng chi tiêu của hộ:

$$oopctp = oop_h / ctp_h$$

- Chi tiêu cho y tế thảm họa (*cata*): tỷ lệ chi trả cho KCB trực tiếp từ HGD bằng hoặc cao hơn 40% so với khả năng chi trả của HGD đó.

- Nghèo hóa do chi tiêu cho KCB (*impoor*): Một HGD chịu nghèo hóa do DVKCB khi $exp_h > se_h$ và $exp_h - oop_h < she$ [39-40].

1.4. Tình hình nghiên cứu về các vấn đề liên quan

1.4.1. Tình trạng sức khỏe, ốm đau của người dân đô thị

1.4.1.1. Tình trạng sức khỏe, ốm đau của người dân đô thị trên thế giới

Theo Tổ chức Y tế Thế giới, thế giới đang trở nên đô thị hóa một cách nhanh chóng, đặc biệt là các nước đang phát triển. Lần đầu tiên trong lịch sử, số lượng dân cư ở khu vực thành phố cao hơn số lượng dân cư ở các khu vực nông thôn. Theo ước tính của Tổ chức y tế thế giới, trên toàn thế giới tất cả sự tăng trưởng dân số trong vòng 30 năm tới hầu như sẽ xảy ra ở các khu vực đô thị, với sự tăng trưởng bùng nổ nhất là ở Châu Á và Châu Phi [1].

Tác giả Alison Todd và cộng sự cũng cho thấy rằng sức khỏe đô thị là một vấn đề y tế cộng đồng quan trọng [41]. Môi trường đô thị về cơ bản đã là một yếu tố y tế quyết định, bao gồm các thành phần xã hội và môi trường quan trọng. Dân cư đô thị nói chung được hưởng lợi nhiều hơn so với dân cư ở các vùng nông thôn. Dân cư đô thị được tiếp cận với các dịch vụ xã hội và y tế dễ dàng hơn, tỷ lệ biết chữ cao hơn và tuổi thọ cũng cao hơn. Tuy nhiên, không chỉ tập trung vào các cơ hội, việc làm và dịch vụ, các thành phố cũng tập trung vào các rủi ro và nguy hiểm đến sức khỏe. Nhiều thành phố đang phải đối mặt với các loại gánh nặng về ốm đau, bệnh tật; bao gồm:

- Các bệnh truyền nhiễm như bệnh: lao, viêm gan, sốt xuất huyết, viêm phổi, bệnh tả và HIV/AIDS,... Những dịch bệnh này dễ bị lây lan do không gian sống chung và các dịch vụ được cùng chia sẻ bởi một số lượng cư dân lớn.

- Các bệnh mạn tính không lây nhiễm, bao gồm bệnh về sức khỏe tâm thần (gây ra do lối sống và làm việc căng thẳng), tiểu đường, bệnh ung thư và bệnh tim (gây ra bởi lối sống không lành mạnh trong đó sử dụng thuốc lá, chế độ ăn uống không hợp lý, không hoạt động thể chất và sử dụng rượu có hại...). Điều trị những căn bệnh này rất tốn kém cho gia đình và xã hội.

- Tai nạn giao thông đường bộ, thương tích, bạo lực và tội phạm...[1]

** Bất công bằng/bất bình đẳng về sức khỏe, ốm đau ở khu vực đô thị*

Sức khỏe đô thị đã bị đe dọa bởi sự bất công bằng/bình đẳng. Bất công bằng/bình đẳng ở y tế đô thị xảy ra nhiều khía cạnh khác nhau:

- Bất công bằng/bình đẳng kinh tế: theo kết quả nghiên cứu của nhóm các tác giả David Vlahov, Jo Ivey Boufford và cộng sự (2007) thì số lượng cư dân nghèo ở các khu vực đô thị (thường sống ở các khu “nghèo”, khu dân cư bất hợp pháp, hay dựng lều ở vỉa hè) đang ngày càng gia tăng nhanh chóng và khoảng cách về điều kiện sống và xã hội giữa người giàu và người nghèo đang ngày càng rộng ra trong khi những người nghèo không được tiếp cận nhiều dịch vụ thiết yếu cho một lối sống khỏe mạnh do bị cản trở cả về tài chính và thể chất [42]. Chính vì thế, gánh nặng dịch bệnh đang ngày càng tập trung ở những khu người nghèo ở đô thị. Sức khỏe kém hiển nhiên sẽ lại càng làm trầm trọng thêm đói nghèo và bất bình đẳng. Nhiều nghiên cứu của các tác giả trên thế giới trong đó điển hình là nghiên cứu của

tác giả McCally và các cộng sự (1998) đã chứng minh sự tồn tại vòng luẩn quẩn giữa bệnh tật và sự nghèo đói [43]. Nghiên cứu của WHO (2008) tại Kenya cho thấy, những đứa trẻ dưới 5 tuổi sống ở khu nghèo có khả năng tử vong cao gấp nhiều lần so với những đứa trẻ ở khu vực khác cùng thành phố [44].

- Bất công bằng/bình đẳng giới: Thông tin từ các báo cáo của WHO (2008) cho thấy rằng phụ nữ có nhu cầu y tế và khả năng dễ bị ốm đau, bệnh tật riêng biệt. Họ thường phải chịu trách nhiệm chính trong công việc quản lý gia đình, đặc biệt là việc chăm sóc trẻ em. Phụ nữ được chứng minh là mang gánh nặng ốm đau, bệnh tật cao hơn trong khi họ có ít khả năng tiếp cận đến các DVKCB hơn [45].

- Các nhóm dễ bị ốm đau, bệnh tật khác: môi trường đô thị ảnh hưởng đến sức khỏe của các nhóm dễ bị ốm đau, bệnh tật khác như trẻ nhỏ, người già, dân di cư và người khuyết tật. Trong môi trường đô thị với các điều kiện sinh hoạt không đảm bảo thì trẻ nhỏ, người già và người khuyết tật thường nhận được rất ít có khi là không một sự trợ giúp xã hội nào. Họ thường bị thành kiến, bỏ quên và kỳ thị. Hạn chế trong việc tiếp cận với những DVKCB cơ bản hay các loại thuốc men thiết yếu, thiếu tiếp cận với các phương tiện giao thông đi lại, điều kiện sống khó khăn và các rào cản về thể chất trong di chuyển tạo nên những yếu tố quyết định quan trọng cho sức khỏe của các nhóm dân cư này [1].

Báo cáo năm 2010 của Tổ chức Y tế Thế giới đã đưa ra các vấn đề về bất bình đẳng về sức khỏe, ốm đau, bệnh tật giữa các nhóm giàu-nghèo, giữa các vùng và giữa các nhóm dân cư ngay trong mỗi đô thị [46]. Bản báo cáo đã nêu lên thực trạng về việc, những trẻ em ở các khu nghèo có nguy cơ cao bị suy dinh dưỡng mạn tính và tử vong dưới 5 tuổi so với những đứa trẻ ở vùng khác. Các nguyên nhân được nhận định bao gồm việc đói nghèo, thiếu giáo dục và sự mất vệ sinh nơi sinh sống. Bên cạnh đó, phụ nữ ở những khu nghèo này có kỹ năng và kiến thức về sức khỏe sinh sản kém do cả họ và người chồng đều ít học và không có khả năng tiếp cận DVKCB. Tuy nhiên, tương tự như mô hình ốm đau, bệnh tật ở các nước phát triển, bên cạnh các bệnh lây nhiễm, những người dân ở khu nghèo vẫn chịu những gánh nặng bệnh tật do các bệnh mạn tính gây nên.

* *Các bệnh truyền nhiễm*

Theo Pollard C (1995), các bệnh truyền nhiễm gây ra một mối đe dọa đáng kể đối với sức khỏe đô thị, nhưng hiện còn bị đánh giá thấp trong công cộng. Trong một thế giới mà du khách quốc tế, những người nhập cư, và người tị nạn có thể trở thành vật mang bệnh nguy hiểm gần như ở mọi nơi, không có khu vực nào được coi là an toàn khỏi mọi nguy cơ. Các mầm bệnh mới được công nhận và các sinh vật kháng thuốc có thể làm bùng phát dịch bệnh [47].

Các bệnh truyền nhiễm tại các khu đô thị phần lớn được ghi nhận ở các nước đang phát triển, nơi có mật độ dân cư cao và tình trạng vệ sinh kém. Mật độ dân cư đông đúc là một đặc điểm thuận lợi giúp cho việc phát tán các mầm bệnh lây nhiễm tại các thành phố đông dân cư, đặc biệt là các tác nhân gây nên các bệnh về đường hô hấp và qua đường tiêu hóa (phân, nước thải) [48]. Ví dụ, báo cáo ở thành phố Karachi, Pakistan cho thấy tỷ lệ hiện mắc lao phổi là 329/100.000 dân, cao gần gấp đôi so với trung bình cả nước [49]. Một số bằng chứng cũng cho thấy, tình trạng nhập cư ồ ạt vào các thành phố lớn cũng là một nguyên nhân gây nên sự phát tán các bệnh truyền nhiễm. Ví dụ, sán lá gan được ghi nhận tại các thành phố như Bamako của Mali, Darel Salam của Tanzania, và Kampala của Uganda do các đối tượng người di cư mang mầm bệnh vào đô thị [50-52].

Xem xét đến khía cạnh vệ sinh môi trường, có thể thấy việc không tiếp cận được nguồn nước an toàn và vệ sinh môi trường tốt, đặc biệt tại các khu có điều kiện sinh hoạt không đảm bảo, khu ổ chuột, là nguyên nhân chính dẫn tới các bệnh nhiễm trùng nguy hiểm như tiêu chảy cấp, dẫn tới dịch tả ở các địa phương này [53]. Tại Bắc Jakarta, Indonesia, tỷ lệ hiện mắc tả là 50/1000 dân [54]. Tỷ lệ mắc các bệnh ký sinh trùng đường ruột cũng ở mức cao, như 24,3% ở Nigeria [55] hay 52,8% ở Karachi, Pakistan [56].

** Các bệnh không lây nhiễm*

Các bệnh không lây nhiễm là nguyên nhân gây tử vong hàng đầu trên thế giới và đang có xu hướng gia tăng đặc biệt ở những nước có thu nhập thấp và trung bình [57]. Một nghiên cứu tổng quan hệ thống về xu hướng đô thị hóa và các bệnh không lây nhiễm tại Đông Nam Á, việc tiếp cận môi trường đô thị làm gia tăng nguy cơ mắc các bệnh về tim mạch, đái tháo đường và các bệnh về đường hô hấp ở trẻ em [58]. Kết quả nghiên cứu mới đây ở Thái Lan (2015) cũng cho thấy việc

sống ở môi trường đô thị cũng làm gia tăng các nguy cơ sinh học và tâm lý học, dẫn tới phát sinh các bệnh không lây nhiễm của người dân [59].

Tại các khu nghèo, khu ổ chuột ở các đô thị, tỷ lệ người mắc các bệnh mạn tính cũng đang có xu hướng gia tăng đáng kể. Nghiên cứu của Daniel OJ (2013) ở Nigeria cho thấy, tỷ lệ người dân mắc tăng huyết áp là 38,2%. Các yếu tố liên quan bao gồm tuổi, giới, TĐHV, tôn giáo, chỉ số khối cơ thể và tình trạng hôn nhân [60]. Nghiên cứu của Deepa và cộng sự (2011) tại Ấn Độ cũng cho thấy tỷ lệ mắc cao các bệnh đái tháo đường, cao huyết áp và béo phì tại khu vực này, dù thấp hơn một chút so với khu vực đô thị không nghèo [61]. Nghiên cứu khác cũng tại Ấn Độ do K.Anand và cộng sự (2007) cho thấy tỷ lệ mắc tăng huyết áp là 17,2% ở nam giới và 15,8% ở nữ giới sinh sống ở khu vực nghèo [62]. Các bằng chứng đều cho thấy cần có các giải pháp can thiệp để giảm thiểu xu hướng này.

1.4.1.2. Sức khỏe, ốm đau của người dân đô thị ở Việt Nam

Việt Nam là một nước thu nhập thấp, có tốc độ đô thị hóa nhanh và có số lượng các khu ổ chuột ở các khu đô thị thấp hơn so với các nước có thu nhập cao hơn như Ấn Độ, Philippin, Indonesia và Brazil [63].

Một số kết quả nghiên cứu tại Việt Nam đã cho thấy thông tin rõ nét về tình trạng bất công bằng/bình đẳng giữa khu vực đô thị và nông thôn về điều kiện sức khỏe và đời sống, đồng thời chỉ ra người dân khu vực đô thị nói chung có sức khỏe cũng như điều kiện sống tốt hơn người dân ở khu vực nông thôn [3-5]. Tuy nhiên, các báo cáo này đã không cung cấp dữ liệu riêng biệt so sánh tình trạng sức khỏe, ốm đau và điều kiện sống giữa người dân tại các khu vực đô thị khác nhau. Một số cuộc khảo sát khác về các mô hình đô thị hóa và phân bố dân cư đô thị theo tình trạng kinh tế-xã hội như tuổi tác, giới tính, tình trạng kinh tế xã hội nhưng vẫn còn khá hạn chế trong việc đi sâu phân tích các vấn đề sức khỏe, ốm đau ở đô thị và các yếu tố liên quan [2].

Kết quả điều tra đánh giá hộ nghèo ở Hà Nội và thành phố Hồ Chí Minh năm 2009 của Tổng cục Thống kê cho thấy có 66,5% người dân phải chịu ốm đau/bệnh tật trong 12 tháng; trong đó có 20,3% người dân bị bệnh mạn tính; 97,7% người dân bị ốm đau/thương tích. Tỷ lệ người dân bị ốm đau/thương tích ở Hà Nội là 72,3%, trong đó có 23,1% người dân được chẩn đoán mắc bệnh mạn tính và 95,7% được chẩn đoán ốm đau/thương tích. Ở thành phố Hồ Chí Minh, các tỷ lệ này lần lượt là

63,4%; 18,5%; 98,9%. Tỷ lệ phụ nữ chịu ốm đau/thương tích cao hơn nam giới (68,4% so với 64,3%), có thể do các vấn đề liên quan đến sinh đẻ, chăm sóc con cái, cũng như làm các công việc nhà bên cạnh làm việc chuyên môn. Tỷ lệ phụ nữ có bệnh mạn tính hay ốm đau trong 3 tháng gần nhất cũng cao hơn nam giới (22,1% so với 18%). Kết quả cũng cho thấy, trẻ em thuộc nhóm tuổi 0-4 tuổi có tỷ lệ mắc bệnh cao hơn trẻ em thuộc độ tuổi cao hơn. Tuy nhiên, tỷ lệ mắc bệnh mạn tính tăng dần theo tuổi; nhóm tuổi 50 trở lên có tỷ lệ mắc bệnh mạn tính cao hơn các nhóm tuổi khác; nhóm tuổi 15-24 có tỷ lệ mắc bệnh thấp nhất [64].

Nghiên cứu của các tác giả Hoàng Văn Minh và Kim Bảo Giang (2010) tại thành phố Hà Đông, khu vực đô thị có tốc độ phát triển kinh tế xã hội tương đối nhanh trong thời gian vừa qua, nhằm xem xét tỷ lệ hiện mắc một số bệnh mạn tính phổ biến. Kết quả cho thấy, có 28,7% người được điều tra hiện mắc ít nhất một bệnh mạn tính; tỷ lệ hiện mắc các bệnh khớp, tim mạch, đái tháo đường, phổi mạn tính, trầm cảm và ung thư lần lượt là 18,9%; 13,5%; 3,1%; 6,6%; 0,4% và 0,6% [65].

Nghiên cứu của Đoàn Thị Thu Huyền và cộng sự (2012) về tình trạng sức khỏe người dân lao động phi chính thức ở Hà Nội cho thấy có 31,3% người được điều tra mắc bệnh mạn tính, 61,2% người mắc các bệnh, triệu chứng cấp tính. Kết quả phản ánh tỷ lệ mắc các bệnh mạn tính, cấp tính của người lao động khu vực lao động phi chính thức khá cao, nữ giới và người nghèo có tỷ lệ mắc cao hơn so với những người còn lại; tỷ lệ mắc bệnh mạn tính có xu hướng tăng theo độ tuổi [66].

1.4.2. Tình hình sử dụng dịch vụ khám chữa bệnh của người dân đô thị

1.4.2.1. Tình hình sử dụng dịch vụ khám chữa bệnh của người dân đô thị trên thế giới

**** Thực trạng sử dụng DVKCB của người dân đô thị trên thế giới***

Một số nghiên cứu được tiến hành nhằm so sánh sự khác biệt về sử dụng DVKCB giữa nông thôn và thành thị. Salinas và cộng sự (2010) trong nghiên cứu về sử dụng DVKCB ở thành thị và nông thôn đã nhận định người Mexico lớn tuổi ở khu vực nông thôn đi khám bác sĩ và nhập viện ít hơn đáng kể so với ở thành thị ($p < 0,0001$) mà nguyên nhân chủ yếu là do không có BHYT hơn là do có sức khỏe tốt hơn [67]. Nghiên cứu khác về tình hình sử dụng DVKCB của người sống ở khu ổ chuột thuộc thành thị so với người dân khu vực nông thôn ở Dhaka (Bangladesh) của Khan và cộng sự (2012) cho thấy, hai loại hình sử dụng DVKCB được các đối tượng sử dụng

phổ biến là các hiệu thuốc (42,6%) để tự điều trị cũng như phòng khám/bệnh viện của nhà nước (13,5%); tỷ lệ này ở nông thôn là 30,1% và 8,9% [68].

Ở đô thị các nước đang phát triển, người dân chủ yếu khi ốm đau vẫn tự mua thuốc về chữa hoặc không điều trị. Nghiên cứu của M.Liu, Q.Zhang và cộng sự (2007) tại Trung Quốc cho thấy, gần một nửa người dân đô thị (47,0%) tự điều trị khi bị ốm đau, 32,9% đến gặp bác sĩ tư nhân khi ốm, 10,1% vừa tự điều trị, vừa đến khám bác sĩ tư nhân và 10,0% người dân không điều trị gì khi ốm đau. Kết quả cũng cho thấy, tỷ lệ người dân đô thị nhập viện trong 1 năm là 11,1% [69]. Nghiên cứu của S.Zaidi và cộng sự (2006) về việc sử dụng DVKCB của người dân ở 4 khu ổ chuột vùng Karachi, Pakistan trong việc điều trị tiêu chảy và cảm cúm cho thấy, phần lớn các trường hợp đều đi khám bác sĩ tư (> 50%); có 31% người dân tự điều trị tại nhà trong khi chỉ có 11% và 13% điều trị tại các bệnh viện và trạm y tế xã phường [70].

Nghiên cứu tại Hàn Quốc trên đối tượng vô gia cư tại các khu đô thị do tác giả Changgyo Yoon và cộng sự (2011) thực hiện cho thấy, trong 6 tháng qua, phần lớn những người vô gia cư sống ở đường phố không sử dụng DVKCB nào (43,9%) hoặc đến các phòng khám cho người vô gia cư (34,1%), trong khi những người vô gia cư không sống ở đường phố thường chọn các phòng khám cho người vô gia cư (34,7%) và các bệnh viện công (31,3%) [71].

Nghiên cứu của tác giả S.Nimbalkar và cộng sự trên các bà mẹ tại các khu ổ chuột ở đô thị tại Gujarat, Ấn Độ về sử dụng DVKCB cho trước, trong và sau sinh. Kết quả cho thấy, có 79,9% bà mẹ nhận được DVKCB trước sinh, trong đó chủ yếu là tại bệnh viện tư (78,8%); 17,5% bà mẹ sinh con tại nhà. Đối với các bà mẹ sinh con tại bệnh viện, chủ yếu (77,2%) sinh con tại bệnh viện tư [72].

** Yếu tố liên quan tới hành vi sử dụng DVKCB của người dân đô thị*

Theo kết quả nghiên cứu của nhóm các tác giả David Vlahov, Jo Ivey Boufford và cộng sự (2007) thì số lượng cư dân nghèo ở các khu vực đô thị (thường sống ở các khu có điều kiện sinh hoạt không đảm bảo, khu dân cư bất hợp pháp, hay dựng lều ở vỉa hè) đang ngày càng gia tăng nhanh chóng và khoảng cách về điều kiện sống và xã hội giữa người giàu và người nghèo đang ngày càng rộng ra trong khi những người nghèo không được tiếp cận nhiều dịch vụ thiết yếu cho một lối sống khỏe mạnh do bị cản trở cả về tài chính và thể chất [1],[42]. Chính vì thế, gánh nặng

dịch bệnh đang ngày càng tập trung ở những khu vực có điều kiện sinh hoạt không đảm bảo ở đô thị. Sức khỏe kém hiển nhiên sẽ lại càng làm trầm trọng thêm đói nghèo và bất bình đẳng, không những ở các nước đang phát triển mà còn gặp ở các nước phát triển, giữa thành thị và nông thôn.

Tác giả Sibley và Weiner (2011) khi so sánh việc tiếp cận DVKCB của người dân thành thị và nông thôn Canada đã phát hiện, ở những thành phố nhỏ không liền kề các trung tâm lớn, người dân sử dụng các dịch vụ tiêm vaccin phòng cúm, bác sĩ gia đình, khám chuyên khoa định kỳ và thỏa mãn những nhu cầu cần thiết chiếm tỷ lệ cao nhất. Ở nông thôn, những tỉ lệ này thấp hơn, và người dân khó có khả năng được đáp ứng các nhu cầu cần thiết [73].

Tác giả Liao và cộng sự (2011) đã đánh giá tác động của BHYT quốc gia tại Đài Loan tới sự bất bình đẳng trong sử dụng DVKCB của người già ở thành thị và nông thôn. Những người lớn tuổi ở nông thôn khi tiếp cận DVKCB có xu hướng phải đối đầu với nhiều rào cản hơn, về khoảng cách không gian, giao thông, cô lập xã hội, nghèo đói và thiếu các nhà cung cấp DVKCB, đặc biệt là các chuyên gia y tế [74].

Trong khi đó ở các nước đang phát triển, khi so sánh chênh lệch nông thôn và thành thị trong việc sử dụng DVKCB ở Trung Quốc, tác giả Liu M và cộng sự (2007) đã chỉ ra có khoảng một nửa số người được hỏi không gặp bác sĩ khi họ bị bệnh. Ở nông thôn, việc đi khám bác sĩ là phổ biến hơn (52,0% so với 43,0%), tuy nhiên việc tới bệnh viện lại ít hơn so với ở thành thị (7,6% so với 11,1%). Các yếu tố liên quan như tỷ lệ bác sĩ cư trú ở vùng nông thôn, khoảng cách tới trung tâm y tế, sở hữu BHYT... Tỷ lệ nhập viện thấp hơn đáng kể đối với nam giới, người cao tuổi, hoặc người có TĐHV thấp ở nông thôn so với thành thị [75].

Nghiên cứu của tác giả J.Chuma và cộng sự (2007) tại Kenya về gánh nặng chi tiêu cho KCB của người dân ở vùng nông thôn và thành thị. Kết quả nghiên cứu cho thấy, chi tiêu trung bình cho KCB trong tháng của người dân đô thị cao hơn rất nhiều so với người dân nông thôn. Đối với các bệnh cấp tính, người dân ở đô thị chi trả trung bình cao gấp gần 4 lần so với nông thôn (12,8 USD so với 3,8 USD); trong khi đối với các bệnh mạn tính là 3 lần (7,0 USD so với 2,2 USD) và đối với chi tiêu cho điều trị tại bệnh viện, người dân thành thị chi trả trung bình một tháng cao gấp 4,5 lần so với người dân vùng nông thôn (8,2 USD so với 1,8 USD). Điều này các tác giả giải

thích là do người dân đô thị sử dụng các DVKCB tốt hơn với giá tiền đắt hơn so với nông thôn [76].

Đối với các nhóm trong đô thị, các nghiên cứu cũng cung cấp các bằng chứng cho thấy, bất bình đẳng trong sử dụng DVKCB giữa các nhóm cũng còn ở mức cao.

Tác giả Mao Y và cộng sự trong một nghiên cứu vào năm 2013 trên người dân thành thị ở Trung Quốc đã kết luận: chênh lệch thu nhập và các loại BHYT có ảnh hưởng tới sự công bằng của việc sử dụng các DVKCB [77].

Tác giả Sun J và cộng sự (2014) đã đánh giá sự cải thiện của tình trạng bất công bằng trong CSSK người dân ở một số đô thị lớn Trung Quốc thông qua thực hiện BHYT cư dân đô thị. Kết quả cho thấy có sự bất bình đẳng đáng kể tồn tại giữa các nhóm kinh tế xã hội khác nhau và giữa những người sử dụng hai chương trình BHYT khác nhau. So với những người già được hưởng BHYT nhân viên đô thị, những người già được hưởng BHYT cư dân đô thị có tỷ lệ sử dụng DVKCB thấp hơn nhiều. Nghiên cứu khẳng định tồn tại sự bất công bằng trong KCB mà BHYT toàn dân không thể giải quyết được [78].

Tác giả Yang Wang và cộng sự (2012) đánh giá có một sự bất bình đẳng rõ ràng về phía người giàu trong việc sử dụng DVKCB của người trung niên và người già ở Cam Túc và Chiết Giang, Trung Quốc. Thu nhập là yếu tố quan trọng nhất chi phối việc sử dụng dịch vụ ngoại trú (Cam Túc là 40,3% và Chiết Giang 55,5%), yếu tố thúc đẩy việc sử dụng các DVKCB nội trú là sự kết hợp giữa thu nhập, nhu cầu, các cấp độ dịch vụ, tự chi trả chi phí, sự tiếp cận với độ bao phủ BHYT của các HGD thành thị, nông thôn ở cả hai tỉnh [79].

Tác giả Luo và cộng sự (2009) qua điều tra trên 4441 người trên 60 tuổi ở 3 đô thị phía Tây Bắc Trung Quốc nhận thấy một sự bất bình đẳng đáng kể về quyền sử dụng DVKCB ở người cao tuổi. Có 7,6% đối tượng nghiên cứu đã tới gặp bác sĩ trong 4 tuần; 10,1% sử dụng DVKCB nội trú và 7,6% không sử dụng dịch vụ này dù được bác sĩ cho nhập viện trong vòng một năm trở lại. Những người có thu nhập bình quân đầu người theo HGD thấp, TĐHV thấp và không có BHYT có tỉ lệ sử dụng DVKCB nội trú thấp hơn rõ rệt. Phụ nữ có xu hướng sử dụng DVKCB ngoại trú nhiều hơn và ít tiêu tốn thời gian tiền bạc trong bệnh viện hơn nam giới [80].

Cũng ở Trung Quốc, hơn 16.000 HGD và 54.000 cá nhân trong các khu vực đô thị đã được lựa chọn ngẫu nhiên để thu thập thông tin về nhu cầu nhận thức, KCB và chi tiêu cho các dịch vụ trong nghiên cứu của Gao và cộng sự (2001). Trong số những người có bệnh không được nhận bất cứ hình thức chữa trị nào, gần 70% (so với 38% vào năm 1993) khẳng định khó khăn về tài chính là nguyên nhân chính trong năm 1998. Việc sử dụng các DVKCB giảm đáng kể từ 4,5% (năm 1993) xuống còn 3,0% (năm 1998). Tỷ lệ bệnh nhân được yêu cầu nhập viện nhưng không nhập viện có một mối quan hệ tiêu cực với mức thu nhập. Các nhà nghiên cứu cũng chỉ ra một trong những mối quan tâm cấp bách nhất là khả năng được sử dụng DVKCB ngày càng khó khăn của những người thất nghiệp. Như vậy, rõ ràng có sự bất công trong việc được hưởng DVKCB giữa các nhóm dân có thu nhập khác nhau [81].

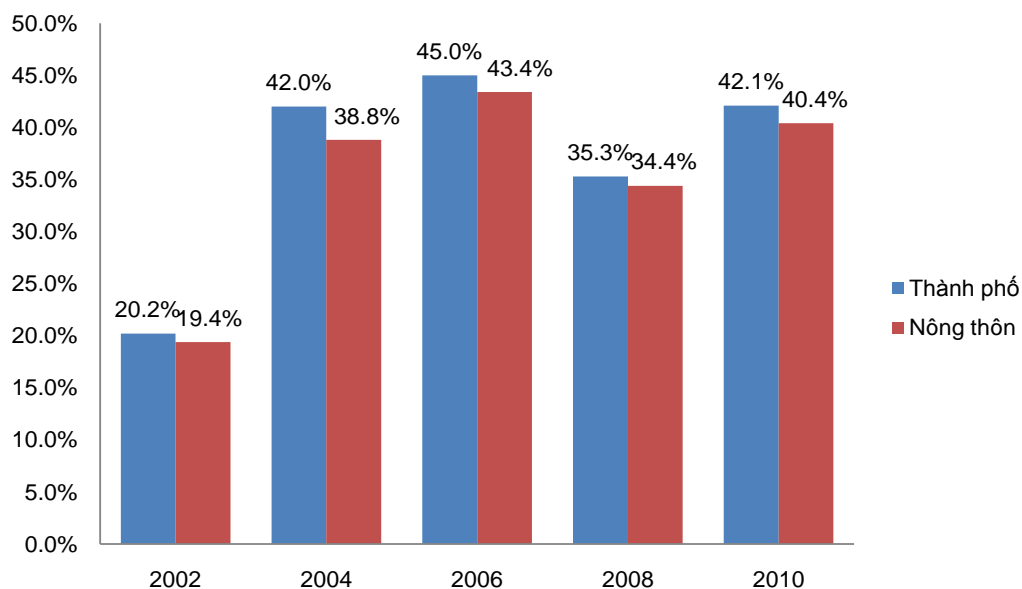
Trong một nghiên cứu của tác giả Paphassarang và cộng sự (2002) tại Lào so sánh hai khu phố có tình trạng kinh tế xã hội khác nhau. Nghiên cứu cho thấy DVKCB tư nhân bao gồm phòng khám và điều trị ở nước ngoài là sự lựa chọn đầu tiên đối với những người có tình trạng kinh tế xã hội cao, trong khi nhóm kinh tế xã hội thấp ưa thích các hiệu thuốc tư nhân. Thái độ không chào đón của cán bộ y tế và các rào cản về thủ tục cũng thúc đẩy nhu cầu KCB của của người dân trong khu vực y tế tư nhân - nơi mà dịch vụ chăm sóc tương xứng với sự chi trả của họ. Đối với người nghèo, hầu hết các trường hợp sử dụng thuốc mà không có kiểm tra hay được chẩn đoán và tư vấn, hoặc có hạn chế; thêm vào đó do nguồn lực tài chính ít mà họ thường dùng thuốc không phù hợp và không đủ. Nghiên cứu chỉ ra rằng công bằng trong KCB ở đây còn mang nặng tính lý thuyết, chưa thực tế [82].

Sử dụng dữ liệu từ các cuộc điều tra y tế quốc gia của Thái Lan năm 2001 và 2005, nghiên cứu của tác giả Yiengprugsawan và cộng sự (2010) phân tích sự khác biệt trong sử dụng DVKCB ở đô thị và nông thôn, từ đó đánh giá việc cải thiện tình trạng bất bình đẳng nhờ BHYT toàn dân. Trong khoảng thời gian 2001-2005, dân số có BHYT của Thái Lan giảm đáng kể (từ 42,5% xuống còn 7,0% ở khu vực đô thị và từ 24,9% xuống còn 2,7% ở khu vực nông thôn). BHYT đã thực hiện các thay đổi mô hình sử dụng DVKCB, đặc biệt đối với người dân nông thôn và người nghèo đô thị, bằng cách đặt trọng tâm vào CSSK ban đầu [83].

Cũng tại Thái Lan, các tác giả Pannarunothai và Mills (1997) xem xét nhu cầu về công bằng trong tự chi trả chi phí cho DVKCB ở một đô thị lớn. Các vấn đề tài chính cho KCB được quan tâm như ảnh hưởng của lợi ích y tế hay bao phủ BHYT đối với tỷ lệ bệnh tật và nhập viện. Tình trạng thiếu tiếp cận với DVKCB giữa các nhóm kinh tế-xã hội thấp không phải là vấn đề chính trong khu vực đô thị đông dân cư này, bởi vì người dân ở đây có thể lựa chọn và sử dụng DVKCB tùy theo khả năng và sự sẵn sàng chi trả. Như vậy, những người ít được bao phủ bởi các chương trình phúc lợi y tế của chính phủ chịu thiệt thòi hơn, trong khi công chức là đối tượng vừa ít phải tự chi trả vừa không đóng góp cho quỹ phúc lợi y tế. Điều này cho thấy một sự bất bình đẳng rõ ràng [84].

1.4.2.2. *Thực trạng sử dụng dịch vụ khám chữa bệnh của người dân đô thị tại Việt Nam* * *Thực trạng sử dụng DVKCB*

Việt Nam là một trong những nước có tốc độ đô thị hóa nhanh nhất thế giới. Theo tác giả Hoàng Văn Minh và cộng sự (2012), dựa vào các dữ liệu về Điều tra mức sống dân cư từ năm 2002 đến 2010 cho thấy, tỷ lệ người dân đô thị sử dụng DVKCB qua các năm luôn cao hơn so với người dân ở khu vực nông thôn, cụ thể được thể hiện ở biểu đồ 1.1:



Biểu đồ 1.1. Tỷ lệ sử dụng DVKCB của người dân, giai đoạn 2002-2010

Nguồn: Hoàng Văn Minh và cộng sự (2012) [85]

Theo cuộc điều tra đánh giá hộ nghèo ở đô thị do Tổng cục Thống kê thực hiện tại 2 thành phố Hà Nội và Hồ Chí Minh năm 2009 cho thấy, 99,2% người dân ở 2 thành phố này có sử dụng DVKCB trong 12 tháng qua, bao gồm 62,7% đi khám bác sĩ và 36,5% tự điều trị bằng cách tự mua thuốc. Chỉ có 0,8% người dân không đi khám hay tự điều trị do bệnh nhẹ hoặc không có tiền [64].

Báo cáo này cũng chỉ ra tại Hà Nội, có 61,6% người dân đến khám bác sĩ khi có bệnh tật hay thương tích, trong đó 16,7% đến thường xuyên và 41,9% thì thoáng mới đến. Mặt khác, có tới 37,5% người dân tự điều trị tại nhà khi có bệnh tật hay thương tích. Xu hướng tương tự cũng được nhìn nhận ở thành phố Hồ Chí Minh, khi có 63,4% người dân đến khám bác sĩ khi có bệnh tật hoặc thương tích. Tỷ lệ người đến khám bác sĩ thường xuyên ở thành phố Hồ Chí Minh (24,1%) cao hơn Hà Nội và tỷ lệ người dân tự điều trị thấp hơn (36,0%).

Theo nghiên cứu này, tỷ lệ nữ giới ở hai thành phố có hành vi tìm kiếm sử dụng DVKCB cao hơn nam giới (66,7% so với 59,1%). Tỷ lệ trẻ em từ 0-4 tuổi và người già trên 60 tuổi sử dụng dịch vụ cũng cao hơn so với các nhóm tuổi khác; thấp nhất là nhóm tuổi 15 đến 19 tuổi. Người dân thường trú ở hai thành phố có tỷ lệ đi KCB gấp đôi những người di cư từ các vùng khác (23,4% so với 11,4%). Có 58% những người thuộc hộ nghèo đi KCB khi bị ốm đau, trong đó có 16,2% thường xuyên đi khám, thấp hơn so với những người thuộc hộ giàu (24,9%). Đáng chú ý là, những người thuộc hộ nghèo có tỷ lệ tự mua thuốc để điều trị cao hơn so với những hộ giàu (41,5% so với 30,1%). Nhìn chung người dân ở hai thành phố thường đến khám tại bệnh viện công. Trong đó, người dân Hà Nội chủ yếu khám ở bệnh viện tuyến trung ương (35%) và tuyến thành phố (33,8%); trong khi người dân thành phố Hồ Chí Minh chủ yếu khám ở bệnh viện tuyến thành phố (48,9%) và tuyến quận (42,8%) [64].

Nghiên cứu của tác giả Vũ Duy Kiên và cộng sự đánh giá mức độ bất bình đẳng trong sử dụng DVKCB điều trị các bệnh không lây nhiễm giữa người ở khu nghèo và khu không nghèo ở Hà Nội (2014). Kết quả cho thấy, tỷ lệ người thuộc khu nghèo sử dụng DVKCB trong 12 tháng trước ngày điều tra là 21,4%; trong khi ở nhóm còn lại là 26,9%. Có sự bất bình đẳng ở nhóm khu vực nghèo, khi tỷ lệ sử dụng DVKCB cao nhất ở nhóm những người giàu nhất của khu vực đấy; trong khi không có sự bất bình đẳng ở nhóm khu vực không nghèo [86].

Một báo cáo của tác giả Mai Thị Thanh Xuân về tình hình sử dụng DVKCB của người nghèo ở Hà Nội thông qua phân tích số liệu sử dụng thẻ BHYT của đối tượng trong những năm gần đây cho thấy, người nghèo thường lựa chọn hình thức điều trị ngoại trú tại các trạm y tế xã phường hơn là điều trị nội trú và ngoại trú tại các bệnh viện tuyến trên, do vấn đề BHYT không đủ khả năng giúp họ chi trả được toàn bộ tiền KCB, chiếm một phần rất lớn trong tổng thu nhập của họ [87].

Nghiên cứu của tác giả Đoàn Thị Thu Huyền và cộng sự (2012) về sử dụng DVKCB và chi phí cho y tế ở nhóm lao động phi chính thức (xe ôm, thợ cắt tóc, thợ may, buôn bán...) tại Hà Nội. Kết quả cho thấy, số lần KCB nội trú trung bình của nhóm lao động này trong một năm là $1,0 \pm 0$ lần, số lần khám ngoại trú là $1,8 \pm 3,7$ lần và số lần tự mua thuốc điều trị là $2,2 \pm 1,4$ lần. Kết quả cũng cho thấy, bệnh viện tuyến trên (tuyến trung ương và tuyến tỉnh/thành phố) được các đối tượng lựa chọn để điều trị nội trú, trong khi họ chủ yếu đến cơ sở y tế tư nhân để điều trị ngoại trú [66].

** Sử dụng DVKCB cho các nhóm bệnh cụ thể*

Nghiên cứu của các tác giả Hoàng Văn Minh và Kim Bảo Giang tại thành phố Hà Đông, khu vực đô thị có tốc độ phát triển kinh tế xã hội tương đối nhanh trong thời gian qua, nhằm xem xét mô hình sử dụng DVKCB để điều trị một số bệnh mạn tính phổ biến (tim mạch, khớp, đái tháo đường, bệnh phổi mạn tính, trầm cảm, ung thư) của người dân thành phố. Nghiên cứu cho thấy, trong lần gần đây nhất có nhu cầu chăm sóc, điều trị, phần lớn (57,8%) những người mắc bệnh mạn tính đã tự điều trị tại nhà. Có 17,8% những người mắc bệnh mạn tính đã đến BV tỉnh và 11,4% đến BV trung ương. Trong một năm, số lần sử dụng DVKCB nội trú của bệnh nhân bị bệnh tim mạch cao nhất (trung bình 1,8 lần); trong khi người bị bệnh khớp có số lần điều trị ngoại trú cao nhất (trung bình 10,2 lần) và số lần tự điều trị cao nhất (trung bình 12,6 lần) [65].

Nghiên cứu của Kaljee và cộng sự về việc sử dụng DVKCB của bà mẹ tại Việt Nam trong việc điều trị bệnh viêm phổi và các triệu chứng liên quan cho trẻ em dưới 6 tuổi cho thấy, các bà mẹ ở thành thị trong tất cả các trường hợp bệnh và triệu chứng (như viêm phổi, sốt $> 38^{\circ}\text{C}$, ho nhiều, khó thở,...) đều chủ yếu cho tự điều trị ở nhà ($> 40\%$) hoặc đến phòng khám tư nhân ($> 30\%$). Rất ít người đến trạm y tế xã/phường để khám ($< 5\%$) [88].

Tác giả Trần Khánh Toàn và cộng sự (2011) nghiên cứu về thực trạng sử dụng dịch vụ khám thai phụ nữ có thai giữa hai nhóm nông thôn và thành thị tại Hà Nội. Kết quả cho thấy, số lần khám thai trung bình ở nông thôn thấp hơn nhiều so với thành thị (4,4 lần so với 7,7 lần). Ở thành thị có 97,2% phụ nữ có ít nhất 3 lần khám và 97,2% có khám thai trong 3 tháng đầu tiên. Có 81,1% phụ nữ thành thị đã sử dụng tất cả các dịch vụ khám thai cần thiết. Hầu hết các phụ nữ (70,7%) thành thị chủ yếu đến các bệnh viện công, tiếp đó là bệnh viện tuyến tỉnh (43,7%) và phòng khám tư nhân (34,1%) [89].

Tác giả Nguyễn Quốc Hoa và cộng sự (2007) trong một nghiên cứu định tính tại Việt Nam nhận thấy ở cả khu vực nông thôn và thành thị, DVKCB tư nhân được sử dụng rộng rãi cho bệnh nhi. Tuy nhiên tình trạng tự điều trị bằng thuốc ở đô thị còn phổ biến trong khi ở nông thôn, việc tuân thủ điều trị và tin tưởng bác sĩ ngày càng tăng lên. Những quan niệm sai lầm về thuộc tính của thuốc cũng như tình trạng lạm dụng thuốc trong người dân dẫn đến các lo ngại về việc sử dụng chất gây nghiện bất hợp lý trong cộng đồng [90].

Nghiên cứu về các yếu tố liên quan giữa hành vi tự điều trị của người bán thuốc ở đô thị Việt Nam của tác giả Nguyễn Văn Huy và cộng sự (2013) kiểm tra những yếu tố phổ biến quyết định hành vi tự điều trị trong những người bán thuốc tại Hà Nội. Kết quả nghiên cứu cho thấy, 96,55% những người bán thuốc từng gặp vấn đề về sức khỏe tương đối nghiêm trọng, trong đó chỉ có 61,21% đi khám ở một cơ sở y tế, tỷ lệ tự điều trị là tương đối cao (khoảng 39%). Phát hiện này rất có ý nghĩa về chính sách YTCC cho các nhà cung cấp DVCSK ở đô thị tại Việt Nam và tại các nước đang phát triển có đặc điểm tương tự [91].

1.4.3. Thực trạng và nghiên cứu về chi tiêu, gánh nặng chi tiêu cho khám chữa bệnh của người dân ở khu vực đô thị

1.4.3.1. Thực trạng trên thế giới

**** Gánh nặng tài chính do chi tiêu cho KCB***

Bệnh tật gây ra những gánh nặng về tài chính cho người bệnh thông qua các chi tiêu họ phải chi trả trực tiếp như chi tiêu KCB, mua thuốc men,... và những chi tiêu gián tiếp như mất sức lao động hay mất thu nhập do ốm đau [92]. Đối với người dân ở thành thị, các nghiên cứu cho thấy các chi tiêu từ tiền túi và gián tiếp cho KCB luôn

cao hơn so với nông thôn. Một số nghiên cứu trên thế giới đã đưa ra tỷ lệ HGD ở đô thị phải chịu chi tiêu thảm họa, tình trạng nghèo hóa cũng như phải chịu nhiều chi tiêu lớn cho KCB. Tuy nhiên, do mức sống và thu nhập cao, tỷ lệ HGD chịu chi tiêu thảm họa thấp hơn so với các vùng khác như nông thôn và miền núi.

Tại các nước phát triển, ví dụ tại Mỹ, nghiên cứu của tác giả Bennett, Dismuke và Pumkam (2010) cho thấy, một cá nhân ở đô thị chi trả trung bình cho KCB mỗi năm 593 USD, chiếm 1,38% so với tổng thu nhập của cá nhân đó [93]. Trong khi đó, tại các nước đang phát triển, mức chi tiêu cho KCB cũng thấp hơn rất nhiều so với các nước phát triển, tuy nhiên tỷ lệ người bị nghèo hóa và chịu chi phí thảm họa lại cao hơn. Nghiên cứu của Long Q và cộng sự (2013) cho thấy, người Trung Quốc chi tiêu cho KCB tăng từ 51 USD từ năm 2000 đến 305 USD năm 2011, trong đó, tỷ lệ người dân phải tự bỏ tiền túi chi trả cho KCB từ 53% năm 2005 giảm còn 36% năm 2011 trong nhóm người ở đô thị, thấp hơn so với 50% của người dân ở nông thôn cùng năm [94]. Nghiên cứu do Ye Li và cộng sự (2012) tiến hành nhằm đánh giá tỷ lệ người dân chịu chi tiêu thảm họa và nghèo hóa do chi tiêu cho KCB tại Trung Quốc. Kết quả cho thấy, tỷ lệ người dân ở thành thị bị tình trạng nghèo hóa do chi tiêu cho KCB chiếm 3,3%. Tỷ lệ này bằng một phần ba so với tỷ lệ người dân ở các vùng nông thôn bị nghèo hóa do chi tiêu cho KCB [95].

Nghiên cứu của tác giả Yardim và cộng sự (2010) tại Thổ Nhĩ Kỳ cho thấy, tỷ lệ HGD ở đô thị chịu chi tiêu thảm họa do chi tiêu cho KCB là 0,4%; thấp hơn so với ở nông thôn (1,0%) [96]. Nghiên cứu khác của Sulku và Bernard (2012) cũng tại Thổ Nhĩ Kỳ sử dụng số liệu Cuộc điều tra Chi tiêu cho Y tế Quốc gia cho thấy, tỷ lệ người dân ở thành thị chi trả cho KCB quá 10% tổng thu nhập của HGD là 17,2%; quá 20% là 12,8% [97].

Nghiên cứu của tác giả Obina Onwujekwe và cộng sự (2011) tại Nigeria cho thấy, tổng chi tiêu cho KCB của người dân thành thị hàng tháng là 15,5 USD; cao hơn một chút so với nông thôn (14,4 USD) [98]. Một nghiên cứu khác cùng tác giả thực hiện tại Nigeria năm 2013, đo lường chi tiêu từ tiền túi của HGD cho KCB. Nghiên cứu cho thấy người dân ở đô thị chi tiêu từ tiền túi cho KCB hàng tháng là 22,9 USD, cao gần gấp 2 lần so với chi tiêu từ tiền túi cho KCB hàng tháng của các HGD vùng nông thôn (13,9 USD) [99].

Nghiên cứu của tác giả Chuma và cộng sự (2007) tại Kenya về gánh nặng chi tiêu cho KCB của người dân ở vùng nông thôn và thành thị. Kết quả nghiên cứu cho thấy, chi tiêu trung bình cho KCB trong 1 tháng của người dân đô thị cao hơn rất nhiều

so với người dân nông thôn. Đối với chi tiêu nhập viện, người dân thành thị chi trả trung bình một tháng cao gấp 4,5 lần so với người dân vùng nông thôn (8,2 USD so với 1,8 USD). Điều này các tác giả giải thích do việc người dân vùng đô thị sử dụng các DVKCB tốt hơn với giá tiền đắt hơn so với nông thôn, do đó chi tiêu cũng bị tăng lên nhiều hơn đáng kể [76].

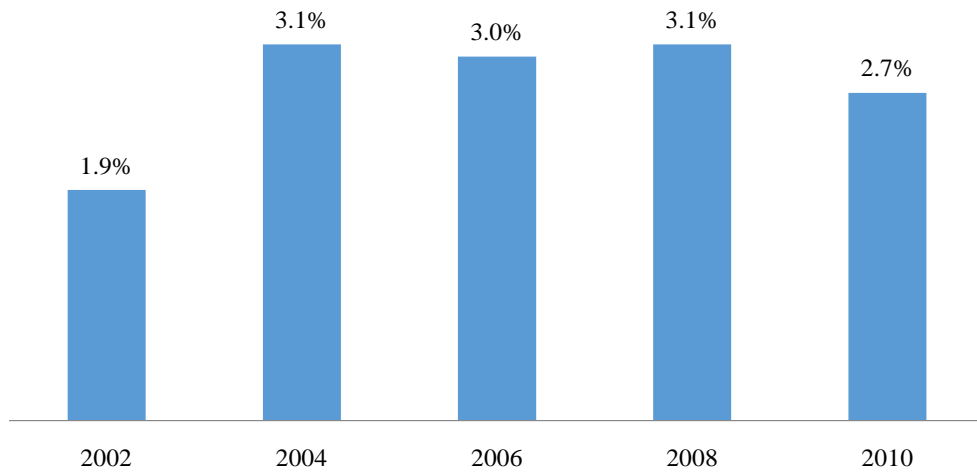
Một báo cáo về gánh nặng tài chính cho KCB ở nhóm người thuộc khu vực phi chính thức ở đô thị do tác giả Samik thực hiện tại Delhi, Ấn Độ năm 2004. Kết quả cho thấy, tỷ lệ HGD phải chi trả quá 10%, 15%, 20% và 40% tổng thu nhập của hộ trong năm lần lượt là 7,9%; 5,6%; 3,9% và 0,9%. Trong đó, các vấn đề về tai nạn giao thông, thương tích, sản phụ khoa và đường tiêu hóa là những bệnh làm cho các HGD chịu chi tiêu thảm họa cao nhất. Kết quả cũng cho thấy, tỷ lệ HGD chịu chi tiêu thảm họa khi sử dụng DVKCB tư nhân có đăng kí cao hơn so với DVKCB công [100]. Một nghiên cứu khác do Mondal và cộng sự (2010) tiến hành tại Ấn Độ cũng cho thấy, chi tiêu trung bình dành cho KCB hàng năm của người dân vùng đô thị ở các dịch vụ (nội trú, ngoại trú, điều trị bệnh mạn tính, sinh đẻ) đều cao hơn đáng kể so với người dân vùng nông thôn (tương ứng 95,2 USD so với 80,4 USD cho việc điều trị nội trú; 22,8 USD so với 21,7 USD cho việc điều trị ngoại trú; 56,1 USD so với 48,9 USD cho việc điều trị bệnh mạn tính và 21,7 USD so với 11 USD cho việc sinh đẻ). Tuy nhiên, tỷ lệ chi tiêu cho KCB trên tổng chi tiêu hàng năm của người dân đô thị thấp hơn so với người dân nông thôn, do người dân đô thị có thu nhập và chi tiêu cao hơn so với người dân nông thôn [101]. Nghiên cứu của tác giả Bhojani U và cộng sự (2012) cũng tại Ấn Độ cho thấy có tới 69,6% số HGD phải chi trả tiền túi với trung bình là 3,2% tổng thu nhập của họ. Tổng cộng có hơn 16% số HGD chịu chi tiêu thảm họa do chi tiêu cho KCB [102].

1.4.3.2. Thực trạng ở Việt Nam

Các nghiên cứu cụ thể về gánh nặng chi tiêu cho KCB của người dân khu vực đô thị ở Việt Nam còn rất hạn chế.

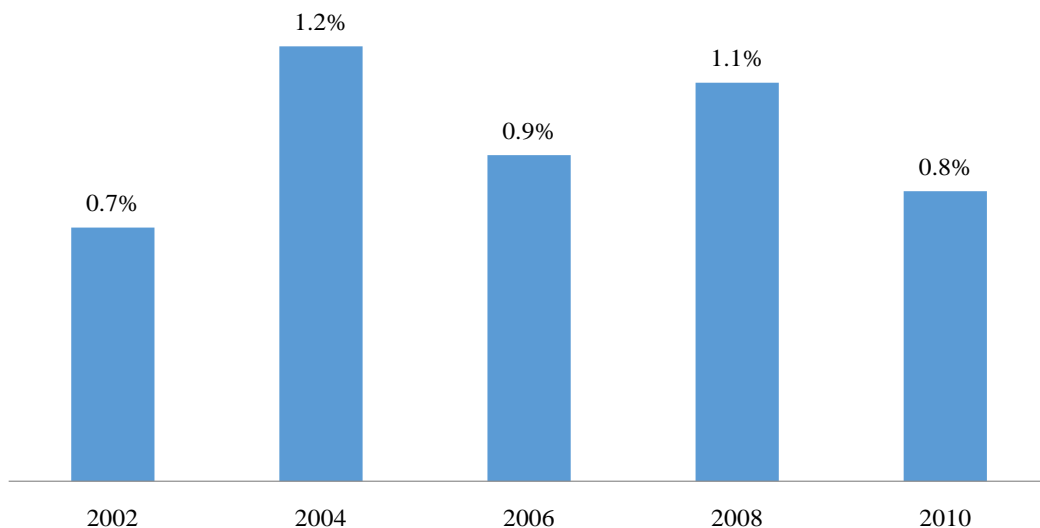
Nghiên cứu mang tính quy mô nhất do các tác giả Hoàng Văn Minh và cộng sự (2012) thực hiện, các tác giả xem xét các gánh nặng do chi tiêu cho KCB dựa trên số liệu điều tra mức sống dân cư toàn quốc giai đoạn 2002-2010. Theo kết quả nghiên cứu, chi tiêu cho KCB trực tiếp từ HGD ở vùng đô thị tăng lên đáng kể qua các năm. Năm 2002, trung bình mỗi HGD chi trả 94,3 nghìn VNĐ trong một năm cho việc KCB. Đến năm 2010, số tiền đã tăng lên gấp hơn 3 lần (294,7 nghìn VNĐ). Nghiên cứu cũng cho thấy, tỷ lệ HGD ở vùng đô thị phải chịu chi tiêu thảm

họa có xu hướng tăng lên. Nếu năm 2002, tỷ lệ này là 1,9%; thì đến năm 2010, tỷ lệ này đã tăng 1,5 lần (2,7%), thể hiện ở biểu đồ 1.2



Biểu đồ 1.2. Tỷ lệ HDG ở đô thị phải chịu chi tiêu thảm họa cho KCB các năm, giai đoạn 2002-2010 (Nguồn: Hoàng Văn Minh và cộng sự, 2012) [85]

Báo cáo nghiên cứu cũng cho biết, tỷ lệ HDG ở thành thị bị nghèo hóa do chi tiêu cho KCB đang ở mức thấp. Năm 2002, có 0,7% HDG ở đô thị bị nghèo hóa; đến năm 2010, tỷ lệ này là 0,8% (thể hiện ở biểu đồ 1.3):



Biểu đồ 1.3. Tỷ lệ HDG ở đô thị bị nghèo hóa do chi tiêu cho KCB các năm, giai đoạn 2002-2010 (Nguồn: Hoàng Văn Minh và cộng sự, 2012)

Theo cuộc điều tra đánh giá hộ nghèo ở đô thị do Tổng cục Thống kê thực hiện tại 2 thành phố Hà Nội và Hồ Chí Minh năm 2009 cho thấy trung bình người dân 2 thành phố này chi khoảng 900.000 VNĐ một năm (chiếm 13,9% cho tổng chi tiêu cho các hàng hóa không phải lương thực thực phẩm), trong đó tại Hà Nội là 1.019.000 VNĐ và ở thành phố Hồ Chí Minh là 890.000 VNĐ (chiếm tương ứng 13,6% và 14,2%). Nghiên cứu này cũng cho thấy, người dân có địa chỉ thường trú chi 1.138.000 đồng trong 12 tháng cho KCB, gấp 2,5 lần so với những người di cư. Những người giàu chi 1.663.000 VNĐ/năm (chiếm 12,3% tổng chi cho hàng hóa không phải thực phẩm) cho KCB, trong khi những người nghèo chi 557.000 VNĐ/năm (chiếm tới 18,8%) [64].

Ngoài ra, một số các nghiên cứu về chi tiêu cho KCB của người dân đô thị tại Việt Nam cũng được thực hiện, tuy nhiên ở quy mô nhỏ.

Nghiên cứu của các tác giả Hoàng Văn Minh và Kim Bảo Giang tại thành phố Hà Đông (2010), khu vực đô thị có tốc độ phát triển kinh tế xã hội tương đối nhanh trong thời gian qua, nhằm xem xét chi tiêu điều trị một số bệnh mạn tính phổ biến (tim mạch, khớp, đái tháo đường, bệnh phổi mạn tính, trầm cảm, ung thư) của người dân thành phố. Kết quả cho thấy, chi tiêu trung bình cho 1 lần điều trị nội trú là 6.261.204 VNĐ; 1 lần điều trị ngoại trú là 476.107 VNĐ và 1 lần tự điều trị là 107.784 VNĐ. Các chi tiêu này đều cao hơn nhiều so với chi tiêu trung bình của một lần điều trị tại Việt Nam. Điều này có thể dẫn đến ảnh hưởng không nhỏ tới kinh tế của gia đình và xã hội [65].

Nghiên cứu của tác giả Đoàn Thị Thu Huyền và cộng sự (2012) về sử dụng và chi tiêu cho KCB ở nhóm lao động phi chính thức tại Hà Nội. Kết quả cho thấy, chi tiêu trung bình cho một lần KCB bệnh nội trú của nhóm lao động này là 3.600.000 VNĐ, cho một lần khám ngoại trú là 767.500 VNĐ và cho một lần tự điều trị là 238.500 VNĐ. Trong đó, 20% những người có thu nhập thấp nhất có chi tiêu KCB nội trú, ngoại trú trung bình cao hơn so với các nhóm khác. Điều này có thể dẫn tới việc những người lao động nghèo ở khu vực đô thị có nguy cơ rơi vào “bẫy nghèo” y tế do ốm đau cao hơn so với các nhóm khác [66].

Với tầm quan trọng và tính cấp thiết trên, trong thời điểm hiện tại ở Việt Nam việc đi sâu vào nghiên cứu về thực trạng ốm đau, sử dụng và chi tiêu cho DVKCB

của người dân đô thị, đặc biệt là khu vực đô thị có điều kiện sinh hoạt không đảm bảo sẽ cung cấp những bằng chứng khoa học vô cùng quý báu để hỗ trợ các nhà hoạch định chính sách và nhà quản lý có thể xây dựng được các chính sách và can thiệp có hiệu quả nhằm cải thiện tình trạng sức khỏe, giảm thiểu gánh nặng do ốm đau gây ra của người dân đô thị tại Việt Nam. Điều này thực sự cần thiết và có ý nghĩa rất lớn đối với người nghèo, những người sống ở các khu vực đô thị có điều kiện sinh hoạt không đảm bảo.

Chương 2

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

- Đối tượng nghiên cứu là các HGD tại 2 khu vực đô thị thuộc 4 quận nội thành Hà Nội và các thành viên (≥ 15 tuổi) thuộc các HGD này. Chúng tôi lựa chọn các HGD đại diện cho 2 khu vực có điều kiện sinh hoạt đảm bảo và không đảm bảo, cụ thể:

- + *Nhóm 1: Các HGD thuộc khu vực dân cư có điều kiện sinh hoạt không đảm bảo,*
- + *Nhóm 2: Các HGD thuộc khu vực dân cư có điều kiện sinh hoạt đảm bảo.*

Ghi chú: Chúng tôi sử dụng định nghĩa của Liên Hợp Quốc về khu "ô chuột" để đánh giá khu vực có điều kiện sinh hoạt đảm bảo hay không. Khu vực có điều kiện sinh hoạt không đảm bảo là khu vực thiếu một trong các yếu tố sau:

- 1) *Nhà ở kiên cố, có thể ở lâu dài có khả năng bảo vệ người dân trước các loại thiên tai;*
- 2) *Người dân có đủ không gian sống, không quá 3 người sống chung 1 phòng;*
- 3) *Người dân có thể tiếp cận được dễ dàng với nguồn nước sạch với giá phải chăng;*
- 4) *Người dân được tiếp cận với các công trình vệ sinh cá nhân như nhà tắm, nhà vệ sinh riêng và không quá nhiều người dùng chung;*
- 5) *Nơi ở của người dân được đảm bảo, không có nguy cơ bị đuổi ra khỏi nhà.*

Tương ứng, khu vực có điều kiện sinh hoạt đảm bảo là khu vực có đầy đủ các yếu tố nêu trên [2],[11].

Trên thực tế, chúng tôi thực hiện quá trình lập bản đồ (mapping) để xác định các khu vực nghiên cứu (bao gồm khu vực có điều kiện sinh hoạt đảm bảo và khu vực có điều kiện sinh hoạt không đảm bảo) như sau:

Bước 1: Nhóm nghiên cứu thảo luận với cán bộ chính quyền địa phương về định nghĩa và tiêu chí khu có điều kiện sinh hoạt không đảm bảo. Sau đó, cán bộ chính quyền địa phương sẽ xác định khu vực có điều kiện sinh hoạt không đảm bảo, với điều kiện khu vực đó có trên 30 HGD (theo định nghĩa).

Bước 2: Vẽ bản đồ các khu vực đã xác định, sau đó đánh số thứ tự từ 1 đến hết trong 1 phường.

Bước 3: Chụp ảnh khu vực được chọn (đánh mã số vào file ảnh, đưa vào thư mục theo phường).

Bước 4: Điền thông tin vào biểu mẫu:

- + Ghi tổng số HGD trong khu vực được xác định (ước lượng),
- + Địa chỉ chi tiết để có thể tới được khu vực đó (tương ứng theo số thứ tự),
- + Số điện thoại của trưởng khu/địa chỉ của trưởng khu.
 - Tiêu chuẩn lựa chọn đối tượng trả lời phỏng vấn: chủ HGD (cung cấp thông tin toàn bộ thành viên của HGD), thành viên ≥ 15 tuổi thuộc các HGD được lựa chọn.
 - Tiêu chuẩn loại trừ: những người đủ tiêu chuẩn lựa chọn nhưng vắng mặt (sau 3 lần điều tra viên đến HGD), người già yếu, ốm đau không có khả năng trả lời phỏng vấn.

2.2. Thời gian và địa điểm nghiên cứu

2.2.1. Thời gian nghiên cứu

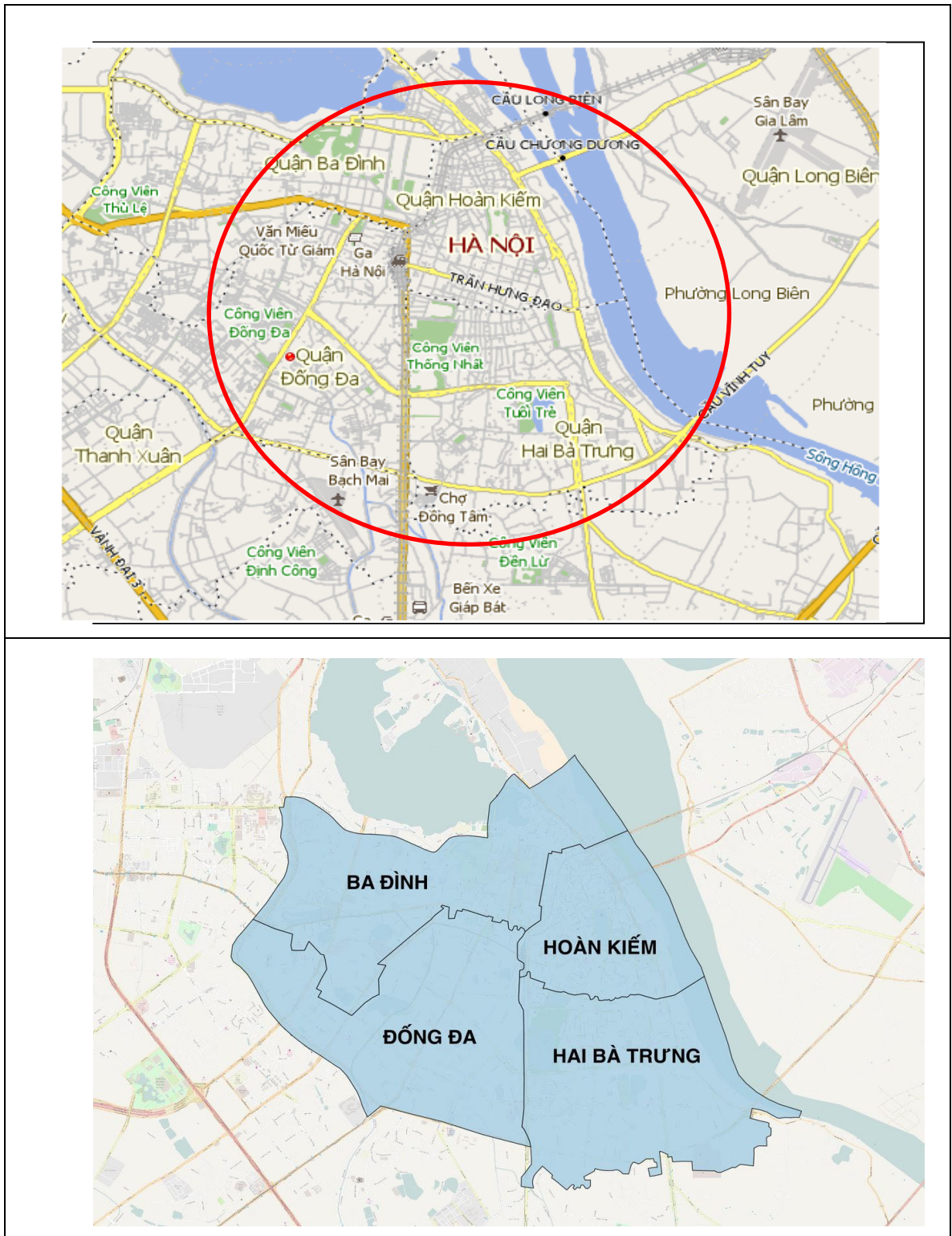
Thời gian thu thập số liệu là từ tháng 01/2013 đến tháng 09/2013. Số liệu được thu thập qua 2 lần điều tra trên cùng một đối tượng:

+ Lần điều tra 1 (Baseline survey): Thu thập số liệu 12 tháng trước ngày điều tra (từ tháng 01/2012 đến tháng 01/2013) nhằm thu thập những thông tin chung về đối tượng nghiên cứu: đặc điểm về nhân khẩu, kinh tế, văn hóa, xã hội... và thông tin về các sự kiện của các đối tượng nghiên cứu (ốm đau, sử dụng và chi tiêu cho DVKCB).

+ Lần điều tra 2 {Điều tra theo dõi (Follow-up) sau 6 tháng}: tiến hành vào tháng 08/2013, số liệu thu thập trong 6 tháng (từ 01-07/2013) nhằm thu thập các thông tin về các sự kiện có thể thay đổi theo thời gian của các đối tượng nghiên cứu (ốm đau, sử dụng và chi tiêu cho DVKCB).

2.2.2. Địa điểm nghiên cứu

Nghiên cứu được tiến hành tại khu vực trung tâm của Hà Nội. Hiện nay, Hà Nội được chia ra thành 29 quận/huyện, trong đó có 10 quận nội thành và 19 huyện ngoại thành. Trong khuôn khổ của nghiên cứu này, chúng tôi chỉ tập trung nghiên cứu tại 4 quận nội thành cũ, bao gồm: Hoàn Kiếm, Ba Đình, Đống Đa và Hai Bà Trưng.



Hình 2.1. Bản đồ hành chính khu vực nghiên cứu

Nguồn: www.chinhphu.vn [103].

2.3. Phương pháp nghiên cứu

2.3.1. Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu theo dõi dọc các đối tượng nghiên cứu. Các đối tượng nghiên cứu được theo dõi qua 2 lần điều tra cách nhau 6 tháng, bao gồm điều tra cơ bản (base line survey) và điều tra theo dõi (follow-up survey).

Nghiên cứu của chúng tôi được tiến hành theo mô hình theo dõi dọc đã được tiến hành tại các cơ sở dịch tễ học thực địa tại Việt Nam như FILABAVI ở Ba Vì, Hà Nội và CHILILAB ở Chí Linh, Hải Dương [104].

2.3.2. Cỡ mẫu

Cỡ mẫu (số hộ gia đình cần nghiên cứu) được tính theo công thức so sánh 2 tỷ lệ trong quần thể, theo công thức của Tổ chức Y tế thế giới [105]:

$$n = \frac{\left\{ z_{1-\alpha/2} \sqrt{2\bar{P}(1-\bar{P})} + z_{1-\beta} \sqrt{P_1(1-P_1) + P_2(1-P_2)} \right\}^2}{(P_1 - P_2)^2}$$

Trong đó:

- + n: số hộ gia đình của mỗi nhóm cần nghiên cứu;
- + $Z(1-\alpha/2) = 1,96$ (với khoảng tin cậy 95%);
- + Độ mạnh (lực mẫu): $1-\beta=90\%$ thì $Z(1-\beta) = 1,282$;
- + Tỷ lệ HGD bị nghèo hóa do chi tiêu cho y tế ở nhóm có điều kiện sinh hoạt không đảm bảo và nhóm có điều kiện sinh hoạt đảm bảo, tỷ lệ ước tính lần lượt là $P_1 = 5,4 \%$ và $P_2 = 0,1 \%$ theo kết quả báo cáo chung tổng quan ngành y tế năm 2013 [106].

Theo công thức trên, cỡ mẫu được tính ra là 198 HGD cho mỗi nhóm. Một số tham số khác được đưa vào tính toán cỡ mẫu, bao gồm:

- + Không chế tỷ lệ từ chối tham gia nghiên cứu (ước tính khoảng 15%);
- + Hệ số thiết kế (de: design effect) do chọn mẫu theo cụm nên trong nghiên cứu này sẽ áp dụng (hệ số thiết kế là 2);
- + Tỷ lệ bỏ cuộc ở lần điều tra thứ 2 (ước tính khoảng 20%).

Như vậy, số HGD cần nghiên cứu ở mỗi nhóm là ~ 550. Tổng số cỡ mẫu cho toàn bộ nghiên cứu là 1100 HGD.

2.3.3. Chọn mẫu

Quá trình chọn mẫu được tiến hành theo phương pháp chọn mẫu nhiều giai đoạn, với các bước cụ thể như sau:

Bước 1: Chọn khu vực có điều kiện sinh hoạt không đảm bảo và khu vực có điều kiện sinh hoạt đảm bảo vào nghiên cứu.

Bước 1 được bắt đầu bằng việc lập bản đồ các khu vực có điều kiện sinh hoạt không đảm bảo (nhóm 1) thuộc 4 quận nội thành Hà Nội, bao gồm các quận Ba Đình, Đống Đa, Hoàn Kiếm và Hai Bà Trưng.

Nhóm nghiên cứu sử dụng định nghĩa của Liên Hợp Quốc về khu "ổ chuột" và có thảo luận cụ thể với cán bộ chính quyền địa phương để xác định các khu vực có điều kiện sinh hoạt không đảm bảo (nhóm 1) (Xem định nghĩa ở phần đối tượng nghiên cứu).

Để đảm bảo cỡ mẫu nghiên cứu, chúng tôi chỉ chọn các khu vực có điều kiện sinh hoạt không đảm bảo với số lượng từ 30 HGD trở lên.

Chúng tôi đã xác định được 84 khu vực có điều kiện sinh hoạt không đảm bảo tại 4 quận nghiên cứu, 30 khu vực có điều kiện sinh hoạt không đảm bảo được lựa chọn ngẫu nhiên trong danh sách 84 khu vực đã được xác định (Phương pháp chọn mẫu 30 cụm). Danh sách 30 khu vực được điều tra tại 27 phường thuộc 4 quận nội thành Hà Nội:

+ Quận Hoàn Kiếm có 08 khu vực: Chương Dương, Cửa Đông, Hàng Bài, Hàng Buồm, Lý Thái Tổ, Phan Chu Trinh, Trần Hưng Đạo và Tràng Tiền.

+ Quận Ba Đình có 07 khu vực: Cống Vị, Kim Mã, Liễu Giai, Ngọc Khánh (02 khu vực) và Phúc Xá (02 khu vực).

+ Đống Đa có 07 khu vực: Khâm Thiên, Láng Thượng, Văn Chương, Ô Chợ Dừa, Thổ Qua, Trung Phụng và Kim Liên.

+ Quận Hai Bà Trưng có 08 cụm: Bạch Đằng (02 khu vực), Thanh Nhàn, Vĩnh Tuy, Phố Huế, Thanh Lương, Quỳnh Mai và Đồng Mai.

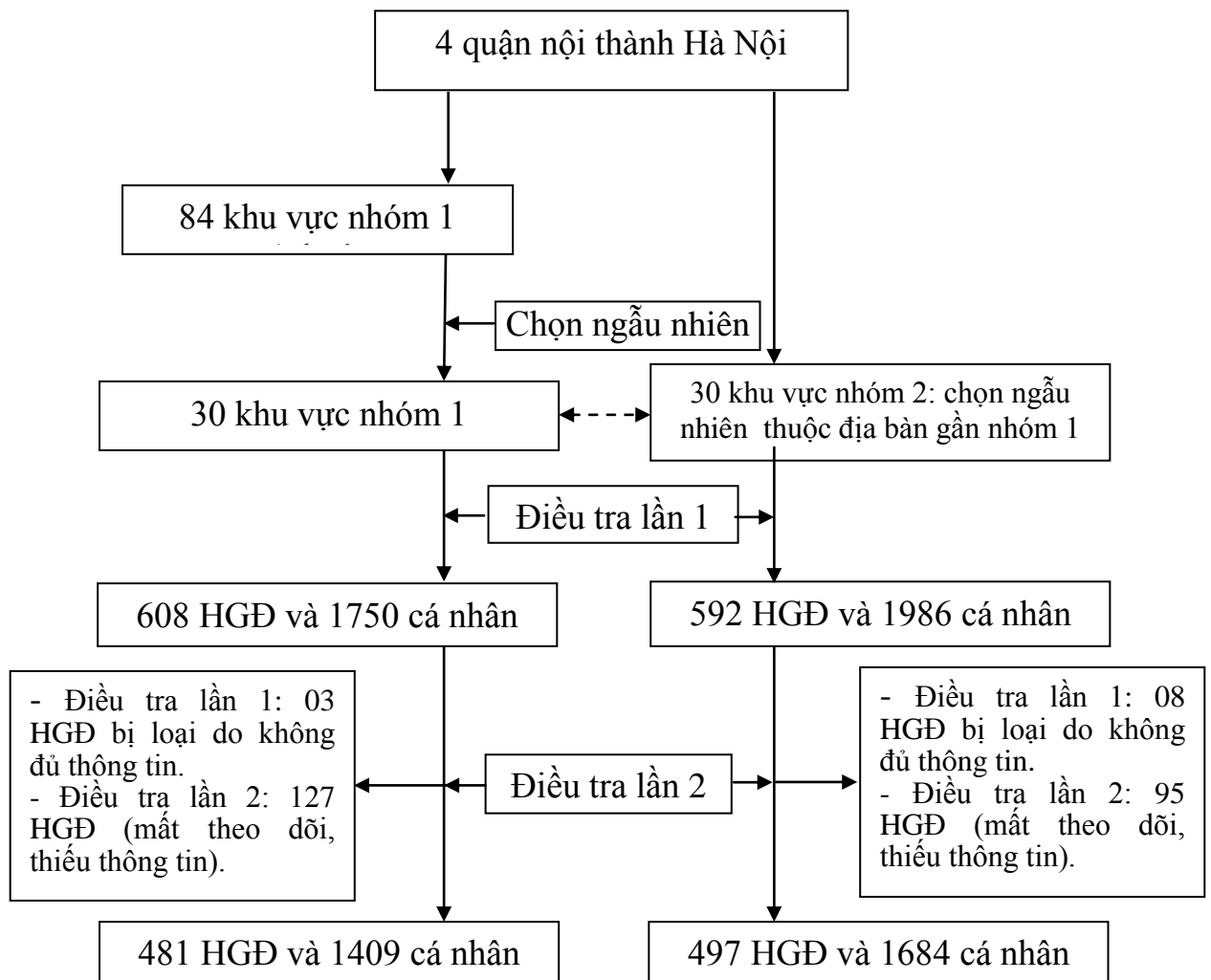
Tiếp theo, chúng tôi lựa chọn 30 khu vực có điều kiện sinh hoạt đảm bảo (nhóm 2) thuộc địa bàn gần với các khu vực có điều kiện sinh hoạt không đảm bảo nêu trên. Số HGD tối thiểu trong mỗi khu vực của nhóm 2 cũng là 30.

Bước 2: Chọn hộ gia đình và cá nhân vào nghiên cứu

- Chọn HGD: Tại mỗi khu vực có điều kiện sinh hoạt không đảm bảo và khu vực có điều kiện sinh hoạt đảm bảo đã lựa chọn ở trên, chúng tôi chọn ngẫu nhiên 20 HGD vào nghiên cứu: Cán bộ điều tra sẽ liên lạc với người dẫn đường (thường là cán bộ chính quyền địa phương) tại địa phương và đi đến trung tâm của khu, rồi sau đó sẽ theo

phương pháp công liền công để điều tra cho đến khi đủ 20 HGD của mỗi khu vực. Sau khi chọn ngẫu nhiên, khi đi đến phỏng vấn tại HGD nếu thấy có hộ giàu trong khu vực nghèo (có điều kiện sinh hoạt không đảm bảo) và hộ nghèo trong khu vực giàu (có điều kiện sinh hoạt đảm bảo) thì loại ra và đi tiếp hộ khác.

- Chọn cá nhân: Tại mỗi HGD đã được lựa chọn ở 2 khu vực nêu trên điều tra viên tiến hành phỏng vấn chủ HGD *bộ câu hỏi HGD* và *bộ câu hỏi cá nhân*, sau đó xác định ngẫu nhiên 1-2 thành viên trong HGD trong độ tuổi từ 15-60 tuổi để phỏng vấn *bộ câu hỏi cá nhân*, trong trường hợp HGD có người cao tuổi (> 60 tuổi) thì điều tra 1-2 người cao tuổi bằng *bộ câu hỏi cá nhân* (chọn ngẫu nhiên 1 người nếu có > 2 người bằng bảng chọn ngẫu nhiên).



Hình 2.2. Sơ đồ chọn mẫu nghiên cứu

2.3.4. Biến số, chỉ số nghiên cứu

Mục tiêu, nội dung nghiên cứu	Tên biến số/chỉ số (các chỉ số đo lường chính)	Loại biến số/chỉ số	Phương pháp thu thập thông tin
<i>Thông tin chung và tình trạng nhân khẩu, xã hội về các HGD và cá nhân được điều tra</i>	Giới tính: nam, nữ	Định tính	Phỏng vấn (Phụ lục 3, phụ lục 5: phần A phiếu hộ gia đình)
	Cỡ HGD: < 4 người, ≥ 4 người	Định tính	
	Nhóm tuổi: <15 tuổi, 15-29 tuổi, 30-44 tuổi, 45-59 tuổi, 60+ tuổi	Định tính	
	TĐHV: Tiểu học hoặc thấp hơn, Trung học cơ sở, Trung học phổ thông, Trung học phổ thông trở lên.		
	Tình trạng việc làm: đang đi học, đang đi làm, thất nghiệp, nghỉ hưu	Định tính	
	Tình trạng hôn nhân: chưa từng kết hôn, kết hôn, ly hôn/góa	Định tính	
	Tham gia BHYT của các cá nhân: có/không	Định tính	
	Tình trạng kinh tế của HGD: theo 5 nhóm thu nhập: giàu nhất, giàu, trung bình, cận nghèo, nghèo nhất	Định tính	
<i>Mục tiêu 1: Mô tả và so sánh thực trạng ốm đau, sử dụng dịch vụ khám chữa bệnh của người dân ở 2 khu vực có điều kiện sinh hoạt đảm bảo và không đảm bảo thuộc 4 quận nội thành Hà Nội năm 2012-2013</i>	- Mắc các bệnh, triệu chứng cấp tính tự khai báo 4 tuần qua trước ngày phỏng vấn, bao gồm: ho; sốt; khó thở; đau đầu, chóng mặt; buồn nôn, nôn; đau bụng, tiêu chảy; bệnh về da, ngứa, nổi mẩn; bồn chồn, lo lắng, mất ngủ và các triệu chứng khác và các yếu tố liên quan. Một người được coi là mắc bệnh/triệu chứng cấp tính trên nếu như họ khai báo được thầy thuốc chẩn đoán là mắc một trong các bệnh/triệu chứng nêu trên (Phỏng vấn, xem hồ sơ, sổ	Định tính	Phỏng vấn (Phụ lục 3, phụ lục 5: phần C phiếu hộ gia đình), xem hồ sơ, sổ khám bệnh

Mục tiêu, nội dung nghiên cứu	Tên biến số/chỉ số (các chỉ số đo lường chính)	Loại biến số/chỉ số	Phương pháp thu thập thông tin
	<p>khám bệnh...).</p> <p>- Mắc các bệnh mạn tính tự khai báo, bao gồm: tăng huyết áp; tim mạch (đột quy, tai biến...); phổi mạn tính/hen suyễn; đái tháo đường; ung thư (u ác tính) và các bệnh mạn tính khác và các yếu tố liên quan. Một người được coi là mắc bệnh mạn tính trên nếu như họ khai báo được thầy thuốc chẩn đoán là mắc một trong các bệnh nêu trên kéo dài trên 3 tháng trong 18 tháng nghiên cứu (Phòng vấn, xem hồ sơ, sổ khám bệnh...).</p>		
	<p>- Sử dụng DVKCB tại các cơ sở cung cấp DVKCB: trạm y tế, BV quận, BV tỉnh, BV TW, BV tư nhân, PK tư nhân, Lang y, Bác sỹ tư nhân, cộng tác viên y tế.</p>	Định tính	Phòng vấn (Phụ lục 3, phụ lục 5: phần B phiếu hộ gia đình), xem hồ sơ, sổ khám bệnh
	<p>- Sử dụng DVKCB: nội trú, ngoại trú và các yếu tố liên quan.</p>		
<i>Mục tiêu 2: So sánh gánh nặng chi tiêu cho khám chữa bệnh của người dân ở 2 khu vực có điều kiện sinh hoạt đảm bảo và không đảm bảo thuộc 4 quận</i>	<p>-Thu nhập của HGD hàng năm (triệu VNĐ/tháng)</p> <p>-Thu nhập HGD hằng năm theo đầu người (triệu VNĐ/người/tháng)</p> <p>- Chi tiêu từ tiền túi cho KCB của HGD (nghìn VNĐ/tháng): các khoản tiền mà HGD phải trả vào thời điểm</p>	Định lượng	Phòng vấn (Phụ lục 3, phụ lục 5: phần D phiếu hộ gia đình)

Mục tiêu, nội dung nghiên cứu	Tên biến số/chỉ số (các chỉ số đo lường chính)	Loại biến số/chỉ số	Phương pháp thu thập thông tin
<i>nội thành Hà Nội năm 2012-2013</i>	họ sử dụng DVKCB và các yếu tố liên quan.		
	- Chi tiêu thâm hụt do chi tiêu cho KCB của HGD: chi tiêu từ tiền túi cho KCB của HGD $\geq 40\%$ khả năng chi trả của HGD họ và các yếu tố liên quan.		
	- Nghèo hóa do chi tiêu cho KCB của HGD: HGD không nghèo nếu không phải chi tiêu cho y tế trở thành nghèo vì phải chi tiêu cho KCB và các yếu tố liên quan.		
<i>Các yếu tố hành vi của cá nhân</i>	- Hút thuốc lá hàng ngày.	Định tính	Phỏng vấn (Phụ lục 2, phụ lục 4)
	- Uống bia/rượu hàng ngày.		

2.3.5. Công cụ thu thập số liệu

- Bộ công cụ thu thập số liệu đã được nhóm nghiên cứu phát triển, có tham khảo các nghiên cứu đã tiến hành trong và ngoài nước. Bộ công cụ bao gồm:

- + Phiếu điều tra HGD ban đầu: Phỏng vấn chủ hộ trong điều tra ban đầu.
- + Phiếu điều tra cá nhân ban đầu: Phỏng vấn cá nhân trong điều tra ban đầu.

Các câu hỏi của Bộ công cụ thu thập các thông tin:

* Thông tin HGD (phỏng vấn chủ hộ): thông tin cơ bản về HGD, bao gồm: điều kiện sống, thu nhập, chi tiêu, tình trạng kinh tế,... Ngoài ra, các thông tin của từng cá nhân về tuổi, TĐHV, nghề nghiệp, hôn nhân, tình trạng ốm đau tự khai báo đối với các bệnh, triệu chứng cấp tính trước ngày phỏng vấn 4 tuần và hiện mắc các bệnh mạn tính (phần lớn thông tin được thu thập thông qua phỏng vấn, một số trường hợp có chẩn đoán của thầy thuốc: hồ sơ, sổ KCB...). Sử dụng và chi tiêu cho

các DVKCB đó trong khoảng thời gian 4 tuần trước khi phỏng vấn cho các trường hợp điều trị ngoại trú và trong vòng 12 tháng trước ngày phỏng vấn cho các trường hợp điều trị nội trú; loại hình cơ sở cung cấp DVKCB; số tiền chi tiêu cho KCB tại các cơ sở y tế khác nhau cũng sẽ được hỏi thông qua chủ HGĐ.

* Thông tin cá nhân (phỏng vấn cá nhân): hành vi liên quan đến sức khỏe (hút thuốc và uống bia/rượu).

+ Phiếu điều tra cá nhân, HGĐ theo dõi: Phỏng vấn chủ hộ trong điều tra lặp lại sau 6 tháng.

- Phiếu điều tra đã được thử nghiệm trước khi được sử dụng chính thức: gửi cho các đồng nghiệp, các chuyên gia trong lĩnh vực Y học dự phòng và YTCC có ý kiến phản hồi, góp ý, chỉnh sửa. Tiến hành điều tra thử nghiệm trên một số đối tượng cần điều tra (người dân ở 2 khu vực đô thị thuộc 4 quận nội thành Hà Nội, bao gồm: Hoàn Kiếm, Ba Đình, Đống Đa và Hai Bà Trưng), sau đó chỉnh sửa, điều chỉnh nội dung của phiếu điều tra phù hợp. Điều tra thử trước khi tiến hành khảo sát thực sự rất quan trọng. Điều tra thử là việc tiến hành thử nghiệm bộ câu hỏi, phương pháp và phân tích khảo sát trên một cỡ mẫu nhỏ, nhờ đó có thể phát hiện ra các vấn đề nảy sinh; ví dụ, nếu bộ câu hỏi quá dài, hoặc không thể liên lạc được với người được hỏi, kết quả khó phân tích, để có thể đưa ra các phương án thay thế phù hợp, kịp thời.

2.3.6. Quy trình thu thập số liệu

* *Điều tra ban đầu*: Thu thập các thông tin về HGĐ và cá nhân thông qua phỏng vấn.

- Các cuộc phỏng vấn được thực hiện bởi các điều tra viên là các sinh viên học cử nhân YTCC và bác sĩ Y học dự phòng từ năm thứ 3 và thứ 4. Có 30 điều tra viên đã được tuyển chọn để đi điều tra thực địa. Các điều tra viên đã được tập huấn về kỹ năng phỏng vấn HGĐ và bộ công cụ điều tra. Bộ câu hỏi được hoàn chỉnh sau khi được thử nghiệm. Công việc thu thập số liệu được giám sát hàng ngày bởi các giám sát viên. Nhằm đảm bảo chất lượng bộ số liệu, 5% tổng số bảng câu hỏi được chọn ngẫu nhiên để giám sát viên phỏng vấn lại.

- Các vấn đề phát sinh về bộ câu hỏi cũng như các thắc mắc về tình hình thực tế tại địa phương đã được trao đổi thỏa đáng để bộ câu hỏi thực sự rõ ràng với các

điều tra viên. Các nhóm thu thập số liệu cũng đã tiến hành phỏng vấn thử, sau đó các vấn đề gặp phải đã được nêu ra và được làm rõ bởi các giảng viên.

- Để có được thông tin chính xác về tình hình ốm đau, sử dụng và các chi tiêu cho DVKCB của người chủ HGĐ (các thành viên khác trong HGĐ) cũng có thể được kiểm tra chéo thông tin hàng tháng từ các cơ sở y tế.

* *Điều tra lần 2:*

- Điều tra lần 2 được tiến hành sau 6 tháng tại các HGĐ đã được lựa chọn từ lần điều tra 1.

- Trong đợt điều tra lần 2, điều tra viên phỏng vấn các thành viên trong HGĐ để thu thập các thông tin chi tiết về công việc, thu nhập và chi tiêu của HGĐ, hành vi liên quan đến sức khỏe, tình trạng ốm đau, sử dụng và chi tiêu cho DVKCB.

2.3.7. Quản lý, xử lý và phân tích số liệu

- Số liệu được nhập vào máy tính bằng phần mềm Epi-data. Kiểm tra tính logic đã được tiến hành trong quá trình nhập số liệu. Toàn bộ các phiếu điều tra đã được nhập 2 lần để đảm bảo độ chính xác của thông tin điều tra.

- Thống kê mô tả và phân tích đã được thực hiện bằng phần mềm Stata phiên bản 13.1.

- Các tỷ lệ và tần suất xuất hiện ốm đau tự khai báo và sử dụng các DVKCB theo giới tính, cỡ HGĐ, các nhóm tuổi, TĐHV, tình trạng việc làm, tình trạng hôn nhân, sở hữu BHYT, thói quen HTL, uống bia/rượu hàng ngày và tình trạng kinh tế HGĐ được tính toán. Test χ^2 được sử dụng khi phân tích mối liên quan giữa các ốm đau cũng như mô hình sử dụng DVKCB, chi tiêu tiền túi, chi tiêu thảm họa và nghèo hóa do chi tiêu cho KCB với giới tính, cỡ HGĐ, các nhóm tuổi, TĐHV, tình trạng việc làm, tình trạng hôn nhân, sở hữu BHYT, thói quen HTL, uống bia/rượu hàng ngày và tình trạng kinh tế HGĐ. Test thống kê (Mann-Whitney) so sánh giá trị định lượng về thu nhập, chi tiêu cho KCB của các đối tượng nghiên cứu. Phương pháp phân tích theo dõi dọc được áp dụng: sử dụng phương pháp phân tích số liệu intention-to-treatment (ITT-phân tích theo phân bố ngẫu nhiên ban đầu) [107]; trong đó tất cả các đối tượng nghiên cứu được tuyển chọn đều được đưa phân tích mặc dù có một số đối tượng bị mất theo dõi hay bỏ cuộc.

Phương pháp phân tích ITT cho phép kết quả nghiên cứu được chính xác hơn. Phương pháp phân tích ITT ngược với phương pháp phân tích các cá thể tuân thủ điều trị hoặc được theo dõi từ đầu đến cuối sẽ (loại ra các đối tượng bị mất theo dõi hay bỏ cuộc), phân tích per-protocol (PP-phân tích theo quy trình) sẽ gây ra tình trạng thay đổi đặc tính mẫu được lựa chọn từ đầu và gây ra các kết quả không chính xác. Mô hình hồi quy GEE (Generalized Estimating Equations) đa biến lặp lại được áp dụng để phân tích mối liên quan giữa tình trạng ốm đau, sử dụng các DVKCB, chi tiêu tiền túi, chi tiêu thảm họa và nghèo hóa do chi tiêu cho KCB và điều kiện kinh tế, văn hóa, xã hội của đối tượng nghiên cứu. Mức ý nghĩa thống kê $p < 0,05$ và $p < 0,01$ được áp dụng. Bất công bằng giữa 2 nhóm điều tra theo tình trạng kinh tế của HGD được tính toán theo: tỷ lệ ốm đau tự khai báo (mắc các bệnh, triệu chứng cấp tính 4 tuần qua trước ngày phỏng vấn, hiện mắc các bệnh mạn tính của các cá nhân), tỷ lệ sử dụng các DVKCB (ngoại trú, nội trú, ngoại hoặc nội trú), tỷ lệ chi tiêu thảm họa và nghèo hóa do chi tiêu cho KCB của các HGD trong 18 tháng nghiên cứu. Áp dụng phương pháp so sánh mô tả tuyệt đối (trị tuyệt đối) theo tình trạng kinh tế HGD giữa nhóm nghèo nhất và giàu nhất. Hệ số tập trung được tính toán và biểu đồ tập trung thể hiện mức độ bất công bằng giữa 2 nhóm điều tra về tỷ lệ ốm đau tự khai báo (mắc các bệnh, triệu chứng cấp tính 4 tuần qua trước ngày phỏng vấn, hiện mắc các bệnh mạn tính của các cá nhân), tỷ lệ sử dụng các DVKCB (ngoại trú, nội trú, ngoại hoặc nội trú), tỷ lệ chi tiêu thảm họa và nghèo hóa do chi tiêu cho KCB của các HGD trong 18 tháng nghiên cứu.

2.3.8. Một số khái niệm sử dụng trong nghiên cứu

- Bất bình đẳng (inequality) đề cập đến sự khác biệt nào đó. Bất công bằng (inequity) đề cập đến sự khác biệt nào đó có liên quan đến khía cạnh đạo đức, công lý hay quyền con người. Bất bình đẳng về sức khỏe, CSSK (inequality in health, health care) là thuật ngữ dùng để chỉ ra sự khác biệt về một hay nhiều chỉ số sức khỏe, CSSK giữa các cá nhân hoặc giữa các nhóm kinh tế-xã hội. Bất công bằng sức khỏe, CSSK có thể được hiểu là “sự khác biệt về một hay nhiều chỉ số sức

khỏe, chăm sóc sức khỏe giữa các cá nhân hoặc giữa các nhóm kinh tế-xã hội có thể phòng tránh được”.

Bất công bằng sức khỏe, CSSK thường được nghiên cứu theo một số nhóm chỉ số sau:

- + Các chỉ số sức khỏe (Ví dụ như tỷ lệ tử vong, tỷ lệ mắc bệnh, tình trạng sức khỏe);
- + Các yếu tố hành vi, lối sống có liên quan đến sức khỏe (Ví dụ như hút thuốc lá và lạm dụng rượu bia);
- + Tiếp cận và sử dụng các DVCSSK (các DVCSSK nói chung, các DVCSSK sinh sản, DVCSSK trẻ em...);
- + Chi trả từ tiền túi cho các dịch vụ chăm sóc sức khỏe...

Bất công bằng sức khỏe, CSSK thường được phân tích khi so sánh các chỉ số nêu trên giữa các nhóm dân cư phân chia theo: Giới tính, độ tuổi, trình độ học vấn, nghề nghiệp, dân tộc, điều kiện kinh tế, nơi cư trú (thành thị và nông thôn). Bất công bằng sức khỏe, CSSK thường được phân tích dưới góc nhìn của khung lý thuyết về các yếu tố ảnh hưởng đến sức khỏe [108].

- Phân loại kinh tế HGĐ: Trong nghiên cứu này chúng tôi sử dụng phương pháp phân tích thành phần chính (principal component analysis) để tính toán chỉ số tài sản của HGĐ (wealth index), các HGĐ được điều tra của mỗi nhóm đã được đưa vào tính toán. Chỉ số tài sản HGĐ được sử dụng như là tình trạng kinh tế xã hội HGĐ. Để ước tính chỉ số tài sản HGĐ chúng tôi sử dụng thông tin về tình trạng ngôi nhà (ví dụ: vật liệu làm mái nhà, tường nhà, nền nhà), sử dụng/tiếp cận nguồn nước và vệ sinh (ví dụ: nguồn nước cho sinh hoạt, tắm giặt, loại nhà vệ sinh), sở hữu các vật dụng lâu bền (ví dụ: đài, ti vi, điện thoại, hồ xí tự hoại, tủ lạnh, ô tô, xe máy, máy giặt, điều hòa, lò vi sóng, bếp gas, máy phát điện, máy vi tính, internet). Dựa vào mô hình phân tích thành phần, mỗi HGĐ sẽ được tính với một số điểm tương ứng. Sau đó, mỗi HGĐ được xếp loại vào từng nhóm 20% nghèo nhất tới nhóm 20% giàu nhất dựa trên điểm số của từng HGĐ theo 5 nhóm thu nhập, 5 nhóm thu nhập là người ta chia tổng thành các phần đều nhau, mỗi phần chiếm 20%. Chỉ số tài sản HGĐ không nhằm cung cấp thông tin về nghèo đói tuyệt đối, thu nhập hiện tại hoặc mức độ

chi tiêu của HGD, do đó chỉ phù hợp trong phạm vi bộ số liệu tính toán. Chỉ số tài sản HGD được tính riêng cho nhóm 1 (nhóm có điều kiện sinh hoạt không đảm bảo) và nhóm 2 (nhóm có điều kiện sinh hoạt đảm bảo) [109].

Để tìm hiểu về mức độ bất bình đẳng/bất công bằng về các biến số/chỉ số nghiên cứu, chúng tôi tính toán hệ số tập trung (trước đây thường biểu thị trên đồ thị Lorenz). Hệ số tập trung dùng để biểu thị độ bất bình đẳng trong phân phối thu nhập. Hệ số tập trung có giá trị từ 0 đến 1 và bằng tỷ số giữa phần diện tích nằm giữa biểu đồ tập trung và đường bình đẳng tuyệt đối. Hệ số tập trung với phần diện tích nằm cả dưới và trên đường bình đẳng đều có thể là bất công bằng. Ví dụ: trường hợp thu nhập, chi tiêu cho y tế, nếu nằm dưới đường bình đẳng là bất bình đẳng, nhưng về tỷ lệ mắc bệnh thì phải trên đường bình đẳng mới là bất bình đẳng.

	Dân số (p _i)	Thu nhập (f _i)	Thu nhập cộng dồn (F _i)	F _i + F _{i-1}	p _i (F _i + F _{i-1})
1. Nhóm nghèo	20	f ₁	F ₁ = f ₁	F ₁	20 x F ₁
2. Nhóm cận nghèo	20	f ₂	F ₂ = F ₁ +f ₂	F ₂ +F ₁	20 x (F ₂ +F ₁)
3. Nhóm trung bình	20	f ₃	F ₃ =F ₂ + f ₃	F ₃ +F ₂	20 x (F ₃ +F ₂)
4. Nhóm khá	20	f ₄	F ₄ = F ₃ + f ₄	F ₄ +F ₃	20 x (F ₄ +F ₃)
5. Nhóm giàu	20	f ₅	F ₅ = F ₄ + f ₅	F ₅ +F ₄	20 x (F ₅ +F ₄)
Tổng	100				A= ∑ p _i (F _i + F _{i-1})

Công thức tính của Hệ số tập trung:

$$G = 1 - \frac{\sum p_i (F_i + F_{i-1})}{10000}$$

Hệ số tập trung sẽ dao động 0 tới 1 trong đó bằng “0” là bình đẳng tuyệt đối và “1” là bất bình đẳng tuyệt đối. Hệ số tập trung < 0,2 là bất bình đẳng thấp, 0,2-0,4 là bất bình đẳng trung bình, 0,4-0,6 là bất bình đẳng cao, > 0,6 là bất bình đẳng rất cao [110-111].

2.3.9. Sai số và khống chế sai số

- Sai số mắc phải:

+ Sai số do bị từ chối hoặc không trả lời câu hỏi.

+ Sai số do điều tra viên: Điều tra viên bỏ sót câu hỏi khi thu thập thông tin, sai số phỏng vấn, sai số khi ghi chép thông tin.

+ Sai số nhớ lại: Do một số đối tượng nghiên cứu là người cao tuổi, các thông tin yêu cầu thời gian nhớ lại xa nên có thể không nhớ chính xác thông tin khi được phỏng vấn. Do người được phỏng vấn không nhớ hết được những nội dung được phỏng vấn; do yếu tố tâm lý riêng tư, nên có một số ý kiến nhận xét chưa thật sự thỏa đáng, chưa đúng với thực tế của người được phỏng vấn. Nghiên cứu sinh cũng nhận thấy điều tra sau 06 tháng, 12 tháng sẽ có các sai số nhớ lại. Tuy nhiên, do điều kiện kinh phí của đề tài hạn hẹp, nhóm nghiên cứu đã chọn điều tra lại sau 06 tháng, 12 tháng. Trên thực tế, nhiều cuộc điều tra, ví dụ như điều tra mức sống hộ gia đình (là điều tra của Tổng cục Thống kê tiến hành 02 năm 01 lần, trên mẫu đại diện toàn quốc), đã sử dụng khoảng thời gian nhớ lại 12 tháng. Đây cũng là hạn chế nhất định của nghiên cứu [3-7].

- Cách khắc phục sai số:

+ Bộ câu hỏi (phiếu phỏng vấn, hướng dẫn phỏng vấn) được thiết kế bởi các chuyên gia, rõ ràng, với các câu hỏi và ngôn ngữ đơn giản, dễ hiểu. Các thông tin thu được có tính chính xác cao, tránh các yếu tố gây nhiễu.

+ Tiến hành điều tra thử tại một cụm, họp bàn, rút kinh nghiệm chỉnh sửa lại bộ công cụ thu thập thông tin trước khi thu thập số liệu chính thức.

+ Tập huấn kỹ lưỡng, nghiêm ngặt cho các điều tra viên (thông qua các buổi thảo luận và trên thực tế tại thực địa); huấn luyện kỹ điều tra viên về bộ câu hỏi cũng như một số ngôn ngữ ở địa phương. Điều tra viên khách lệ, động viên người được phỏng vấn chủ động, tự tin khi trả lời phỏng vấn nên đã khắc phục được phần lớn những vấn đề này.

+ Đối với sai số nhớ lại: hỏi chi tiết kỹ hơn, kiểm tra chéo thông tin bằng cách lặp lại câu hỏi, gắn các thời điểm với các sự kiện hoặc mốc thời gian.

+ Giám sát: Trong quá trình tiến hành điều tra đã có 3-5 giám sát viên thực địa đi cùng các nhóm điều tra để giám sát và hỗ trợ kỹ thuật khi cần thiết. Sau mỗi buổi điều tra, các giám sát viên đã thu và kiểm tra lại toàn bộ các phiếu điều tra trong ngày, đồng thời họp nhóm với các điều tra viên để rút kinh nghiệm. Giám sát viên đã có trách nhiệm đảm bảo các thông tin được điền vào phiếu một cách rõ ràng và đầy đủ. Trong trường hợp thiếu thông tin hoặc không chính xác đã yêu cầu điều tra viên điều tra bổ sung.

+ Kiểm tra việc chính xác của thông tin về điều kiện sống, bệnh tật, sử dụng DVKCB bằng cách thu thập từ nhiều nguồn khác như: hồ sơ, bệnh án, sổ khám bệnh, thống kê của các cơ sở y tế hoặc có thể tổ chức thăm khám trực tiếp một số trường hợp.

+ Làm sạch số liệu trước khi nhập liệu (đọc phiếu).

+ Tạo tệp check của phần mềm nhập liệu.

+ Làm sạch các số liệu bị thiếu và số liệu vô lý trước khi phân tích.

2.4. Đạo đức trong nghiên cứu

- Nghiên cứu đã được sự đồng ý của trường Đại học Y Hà Nội và 4 quận nội thành (Hoàn Kiếm, Ba Đình, Đống Đa và Hai Bà Trưng) tham gia nghiên cứu. Trước khi tham gia nghiên cứu này tất cả những đối tượng được phỏng vấn đã được cung cấp đầy đủ thông tin về nghiên cứu; họ được thông báo rõ về nghiên cứu và sự tham gia của họ là tự nguyện và tự chấp nhận. Câu trả lời của họ được giữ bí mật đã không có câu trả lời đúng hay sai, trong quá trình phỏng vấn họ có thể ngừng tham gia tại bất kỳ thời điểm nào và rút khỏi nghiên cứu nếu thấy không muốn tiếp tục tham gia nữa.

- Cam kết tiến hành nghiên cứu với tinh thần trung thực.

- Đảm bảo tính bí mật các thông tin cá nhân của đối tượng nghiên cứu và các thông tin này chỉ nhằm mục đích nghiên cứu.

- Phương pháp và kết quả nghiên cứu được công bố rộng rãi nhằm nâng cao chất lượng cuộc sống, nâng cao sức khỏe của người dân đô thị tại Việt Nam.

Chương 3

KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Thông tin chung về mẫu nghiên cứu

Trong lần điều tra 1, có tổng số 1200 HGD và 3736 cá nhân được điều tra (608 HGD và 1750 cá nhân thuộc nhóm 1, 592 HGD và 1986 cá nhân thuộc nhóm 2). Trong lần điều tra 2, có tổng số 978 HGD và 3093 cá nhân được điều tra (481 HGD và 1409 cá nhân thuộc nhóm 1, 497 HGD và 1684 cá nhân thuộc nhóm 2).

Bảng 3.1. Số lượng hộ gia đình và cá nhân được nghiên cứu

	Nhóm 1 (n)	Nhóm 2 (n)	Tổng (n)	Tỷ lệ mất đối tượng (%)
HGD được lựa chọn	620	620	1240	
HGD được điều tra lần 1	608	592	1200	3,2
HGD được điều tra lần 2	481	497	978	18,5
Cá nhân được điều tra lần 1	1750	1986	3736	
Cá nhân được điều tra lần 2	1409	1684	3093	17,2

Ghi chú: + Nhóm 1: nhóm có điều kiện sinh hoạt tối thiểu không được đảm bảo;

+ Nhóm 2: nhóm có điều kiện sinh hoạt tối thiểu được đảm bảo.

Bảng 3.1 cho thấy tỷ lệ thiếu thông tin (không gặp được đối tượng và đối tượng từ chối trả lời) trong nghiên cứu của chúng tôi chiếm 3,2%. Tỷ lệ bỏ cuộc và tỷ lệ mất theo dõi trong mẫu nghiên cứu đối với các HGD là 18,5%, đối với các cá nhân là 17,2%.

Thông tin chung về hộ gia đình và cá nhân được nghiên cứu được trình bày tại bảng 3.2 và bảng 3.3 dưới đây:

Bảng 3.2. Thu nhập của các HGD được điều tra

Thu nhập trung bình (triệu VND)	Nhóm 1			Nhóm 2			P (Mann-Whitney test)
	TB	Trung vị	SD	TB	Trung vị	SD	
HGD hàng năm	102,9	78,4	94,5	151,7	132,0	88,9	0,0000
HGD hàng năm theo đầu người	47,0	39,0	41,5	60,1	52,5	38,9	0,0000
HGD hằng tháng theo đầu người	3,92	3,25	3,46	5,01	4,38	3,24	0,0000

Ghi chú: Test thống kê (Mann-Whitney) so sánh giá trị định lượng giữa nhóm 1 và nhóm 2.

Kết quả ở bảng 3.2 cho thấy thu nhập trung bình hàng năm của HGD; thu nhập trung bình của HGD hàng năm và hàng tháng theo đầu người của các HGD được điều tra trong 18 tháng nghiên cứu ở nhóm 2 cao hơn nhóm 1 một cách rõ rệt, cụ thể, với mức thu nhập tương ứng ở 2 nhóm là 151,7 triệu VND, 60,1 triệu VND và 5,01 triệu VND ở nhóm 2 so với 102,9 triệu VND đồng, 47,0 triệu VND và 3,92 triệu VND ở nhóm 1. Sự khác biệt về thu nhập trung bình hàng năm của HGD; thu nhập trung bình của HGD hàng năm và hàng tháng theo đầu người của các HGD được điều tra trong 18 tháng nghiên cứu giữa 2 nhóm có ý nghĩa thống kê ($p < 0,001$, test Mann-Whitney).

Bảng 3.3. Thông tin chung về các cá nhân thuộc các hộ gia đình vào thời điểm bắt đầu nghiên cứu

Đặc điểm	Nhóm 1 n (%)	Nhóm 2 n (%)	P (χ^2)
Cỡ hộ gia đình			
- ≤ 4 người	1121 (64,1)	951 (47,9)	0,000
- > 4 người	629 (35,9)	1035 (52,1)	

Đặc điểm	Nhóm 1 n (%)	Nhóm 2 n (%)	P (χ^2)
Số người trung bình trong hộ gia đình (người)	4,3±2,0	4,7±1,7	0,000
Tình trạng kinh tế			
- Nhóm nghèo nhất	288 (16,4)	328 (16,5)	0,002
- Nhóm cận nghèo	316 (18,1)	374 (18,8)	
- Nhóm trung bình	356 (20,3)	498 (25,1)	
- Nhóm giàu	386 (22,1)	399 (20,1)	
- Nhóm giàu nhất	404 (23,1)	387 (19,5)	
Giới			
- Nam	811 (46,3)	934 (47,0)	0,68
- Nữ	939 (53,7)	1052 (53,0)	
Nhóm tuổi			
- 15-24	289 (16,5)	250 (12,6)	0,000
- 25-39	499 (28,5)	566 (28,5)	
- 40-59	594 (34,0)	597 (30,0)	
- 60+	368 (21,0)	573 (28,9)	
Trình độ học vấn			
- Tiểu học hoặc thấp hơn	328 (18,7)	120 (6,0)	0,000
- Trung học cơ sở	492 (28,1)	359 (18,2)	
- Trung học phổ thông	493 (28,2)	539 (27,1)	
- Trung học phổ thông trở lên	437 (25,0)	968 (48,7)	
Tình trạng việc làm			
- Còn nhỏ/đi học	212 (12,1)	214 (10,8)	0,000
- Đang đi làm	947 (54,1)	983 (49,5)	
- Thất nghiệp	234 (13,4)	174 (8,7)	
- Nghỉ hưu	357 (20,4)	615 (31,0)	
Hôn nhân			
- Chưa từng kết hôn	392 (22,4)	388 (19,5)	0,000
- Kết hôn	1181 (67,5)	1450 (73,0)	
- Ly hôn/goá	177 (10,1)	148 (7,5)	
Bảo hiểm y tế			
- Có	1151 (65,8)	1641 (82,6)	0,000
- Không	599 (34,2)	345 (17,4)	
Hút thuốc lá hàng ngày			
- Có	251 (14,3)	239 (12,0)	0,037

Đặc điểm	Nhóm 1 n (%)	Nhóm 2 n (%)	P (χ^2)
- Không	1499 (85,7)	1747 (88,0)	
Uống bia/rượu hàng ngày			
- Có	167 (9,5)	152 (7,6)	0,039
- Không	1583 (90,5)	1834 (92,4)	
Tổng	1750 (100)	1986 (100)	

Ghi chú: Test thống kê (χ^2) so sánh tỷ lệ giữa nhóm 1 và nhóm 2; test thống kê Mann

Whitney so sánh giá trị định lượng giữa nhóm 1 và nhóm 2.*

Kết quả ở bảng 3.3 cho thấy:

+ Có sự khác biệt về phân bố số lượng người trong HGD giữa 2 nhóm. Tỷ lệ HGD có > 4 người của các HGD ở nhóm 2 cao hơn so với các HGD ở nhóm 1 (52,1% so với 35,9%). Sự khác biệt về phân bố số lượng người trong HGD giữa 2 nhóm có ý nghĩa thống kê ($p < 0,001$, test χ^2). Số lượng người trung bình/HGD ở nhóm 2 cao hơn so với ở nhóm 1 ($4,7 \pm 1,7$ người so với $4,3 \pm 2,0$ người). Sự khác biệt về số lượng người trung bình/HGD giữa 2 nhóm điều tra có ý nghĩa thống kê ($p < 0,001$, test Mann Whitney).

+ Có sự khác biệt về phân bố tình trạng kinh tế của các HGD được điều tra giữa 2 nhóm. Tỷ lệ các HGD có tình trạng kinh tế giàu nhất chiếm 23,1% ở nhóm 1 cao hơn so với tỷ lệ tương ứng (19,5%) ở nhóm 2; tỷ lệ các HGD có tình trạng kinh tế trung bình ở nhóm 2 chiếm 25,1% cao hơn so với tỷ lệ tương ứng (20,3%) ở nhóm 1. Sự khác biệt về phân bố tình trạng kinh tế của các HGD được điều tra giữa 2 nhóm có ý nghĩa thống kê ($p < 0,01$, test χ^2).

+ Phân bố đối tượng nghiên cứu theo giới tính ở hai nhóm là tương đối giống nhau. Ở cả 2 nhóm, tỷ lệ nam giới thấp hơn so với nữ giới.

+ Có sự khác biệt về phân bố nhóm tuổi giữa 2 nhóm. Tỷ lệ những người 60 tuổi trở lên ở nhóm 2 cao hơn so với nhóm 1. Sự khác biệt về phân bố tuổi giữa 2 nhóm có ý nghĩa thống kê ($p < 0,001$, test χ^2).

+ Có sự khác biệt về phân bố TĐHV, tình trạng việc làm, sở hữu BHYT và tình trạng hôn nhân giữa 2 nhóm. Tỷ lệ những người có TĐHV từ THPT trở lên, nghỉ hưu,

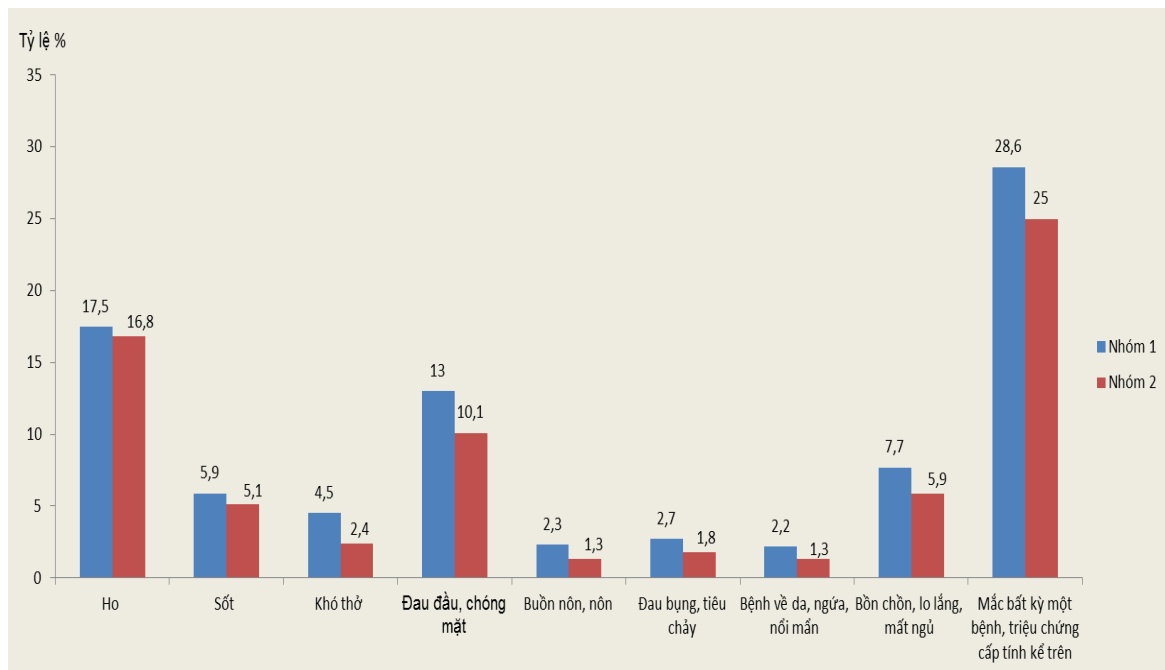
có BHYT và sống cùng với vợ/chồng ở nhóm 2 cao hơn rõ rệt so với nhóm 1. Sự khác biệt về phân bố TĐHV, tình trạng việc làm, sở hữu BHYT và tình trạng hôn nhân giữa 2 nhóm điều tra có ý nghĩa thống kê ($p < 0,001$, test χ^2).

+ Có sự khác biệt về phân bố các đối tượng HTL và uống bia/rượu hàng ngày giữa 2 nhóm. Tỷ lệ người HTL và uống bia/rượu hàng ngày ở nhóm 2 cao hơn so với nhóm 1. Sự khác biệt về phân bố các đối tượng HTL và uống bia/rượu hàng ngày giữa 2 nhóm có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$, test χ^2).

3.2. Thực trạng ốm đau tự khai báo và sử dụng dịch vụ khám chữa bệnh của các cá nhân được điều tra và các yếu tố liên quan

3.2.1. Thực trạng ốm đau tự khai báo của các cá nhân được điều tra và các yếu tố liên quan

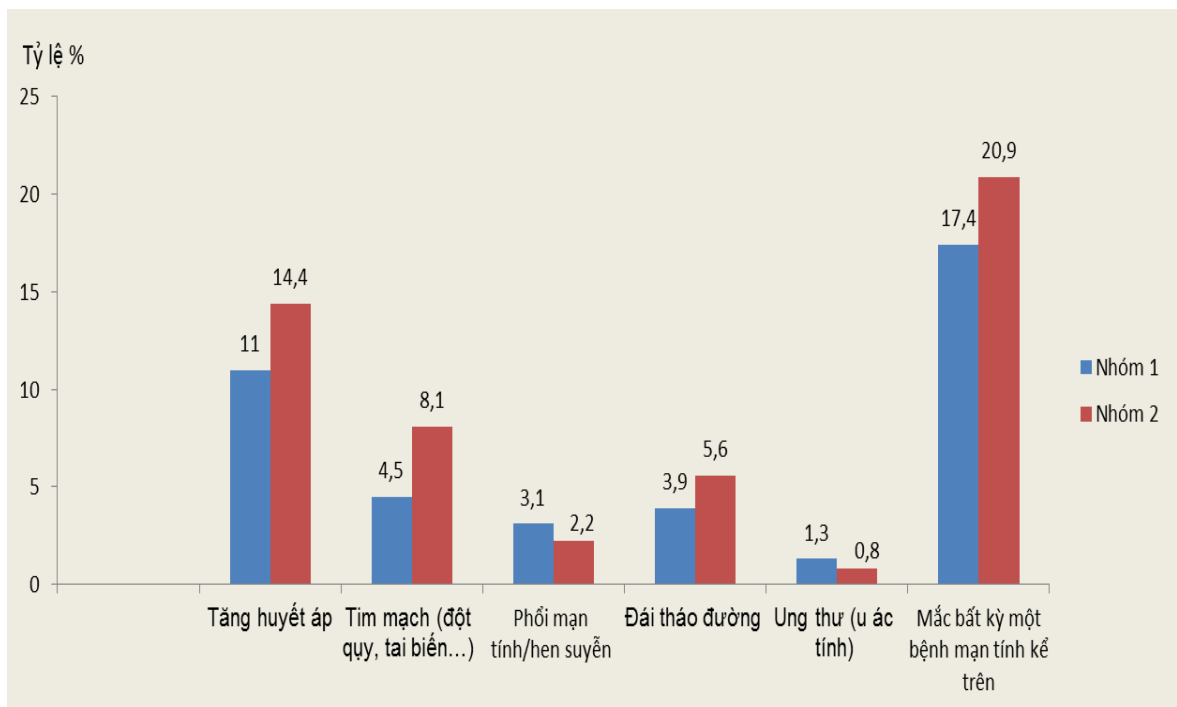
3.2.1.1. Ốm đau tự khai báo của các cá nhân được điều tra



Biểu đồ 3.1. Tỷ lệ mắc các bệnh, triệu chứng cấp tính tự khai báo của các cá nhân được điều tra (xem số liệu ở phụ lục 10).

Kết quả tại biểu đồ 3.1 cho thấy tỷ lệ mắc các bệnh, triệu chứng ho; sốt; khó thở; đau đầu, chóng mặt; buồn nôn, nôn; đau bụng, tiêu chảy; bệnh về da, ngứa, nổi mẩn; bồn chồn, lo lắng, mất ngủ hay tỷ lệ mắc bất cứ bệnh, triệu chứng cấp tính tự

khai báo nào trong 4 tuần trước ngày phỏng vấn ở nhóm 1 cao hơn so với nhóm 2 (28,6% so với 25,0%). Trong đó, tỷ lệ mắc các triệu chứng ho; đau đầu, chóng mặt; bồn chồn, lo lắng, mất ngủ là cao nhất (lần lượt là 17,5%; 13,0% và 7,7% ở nhóm 1 cao hơn so với tỷ lệ tương ứng 16,8%, 10,1% và 5,9% ở nhóm 2). Sự khác biệt về tỷ lệ mắc bất cứ bệnh, triệu chứng cấp tính tự khai báo nào trong 4 tuần trước ngày phỏng vấn giữa 2 nhóm điều tra có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$, test χ^2).



Biểu đồ 3.2. Tỷ lệ hiện mắc các bệnh mạn tính tự khai báo của các cá nhân được điều tra (xem số liệu ở phụ lục 10).

Kết quả tại biểu đồ 3.2 cho thấy tỷ lệ hiện mắc các bệnh tăng huyết áp, tim mạch (đột quy, tai biến...) và đái tháo đường hay tỷ lệ hiện mắc bất cứ một bệnh mạn tính tự khai báo trong 18 tháng nghiên cứu của các cá nhân được điều tra ở nhóm 2 cao hơn so với nhóm 1 (20,9% so với 17,4%). Trong đó, tỷ lệ hiện mắc các bệnh tăng huyết áp, tim mạch (đột quy, tai biến...) và đái tháo đường là cao nhất, tương ứng là 14,4%; 8,1% và 5,6% ở nhóm 2 cao hơn so với tỷ lệ tương ứng 11,0%, 4,5% và 3,9% ở nhóm 1. Sự khác biệt về tỷ lệ hiện mắc các bệnh mạn tính trong 18 tháng nghiên cứu giữa 2 nhóm điều tra có ý nghĩa thống kê ($p < 0,01$, test χ^2).

3.2.1.2. *Mối liên quan giữa ốm đau tự khai báo của các cá nhân được điều tra và một số yếu tố kinh tế, văn hóa xã hội*

Bảng 3.4. Tỷ lệ mắc các bệnh, triệu chứng cấp tính tự khai báo theo các đặc điểm của các cá nhân được điều tra

Đặc điểm	Nhóm 1 n (%)	Nhóm 2 n (%)	P (χ^2)
Giới			
- Nam	188 (23,2)	198 (21,2)	0,320
- Nữ	312 (33,2)	298 (28,3)	0,018
Cỡ hộ gia đình			
- ≤4 người	340 (30,3)	275 (28,9)	0,483
- >4 người	160 (25,4)	221 (21,4)	0,055
Nhóm tuổi			
- 15-24	54 (18,7)	37 (14,8)	0,230
- 25-39	106 (21,2)	86 (15,2)	0,010
- 40-59	177 (29,8)	148 (24,8)	0,052
- 60+	163 (44,3)	225 (39,3)	0,126
Trình độ học vấn			
- Tiểu học hoặc thấp hơn	130 (39,6)	29 (24,2)	0,002
- Trung học cơ sở	140 (28,5)	122 (34,0)	0,084
- Trung học phổ thông	124 (25,2)	135 (25,1)	0,969
- Trung học phổ thông trở lên	106 (24,3)	210 (21,7)	0,287
Tình trạng việc làm			
- Còn nhỏ/đi học	45 (21,2)	31 (14,5)	0,069
- Đang đi làm	240 (25,3)	181 (18,4)	0,000
- Thất nghiệp	66 (28,2)	52 (29,9)	0,711
- Nghỉ hưu	149 (41,7)	232 (37,7)	0,217
Hôn nhân			
- Chưa từng kết hôn	77 (19,6)	56 (14,4)	0,053
- Kết hôn	348 (29,5)	381 (26,3)	0,069
- Ly hôn/goá	75 (42,4)	59 (39,9)	0,647
Bảo hiểm y tế			
- Có	339 (29,5)	416 (25,4)	0,016
- Không	161 (26,9)	80 (23,2)	0,211
Hút thuốc lá hàng ngày			
- Có	74 (29,5)	68 (28,5)	0,802
- Không	426 (28,4)	428 (24,5)	0,011
Uống bia/rượu hàng ngày			
- Có	43 (25,8)	41 (27,0)	0,804
- Không	457 (28,9)	455 (24,8)	0,007
Tình trạng kinh tế			
- Nhóm nghèo nhất	98 (34,0)	102 (31,1)	0,438
- Nhóm cận nghèo	98 (31,0)	90 (24,1)	0,041
- Nhóm trung bình	116 (32,6)	118 (23,7)	0,004
- Nhóm giàu	111 (28,8)	91 (22,8)	0,057
- Nhóm giàu nhất	77 (19,1)	95 (24,6)	0,061
Tổng	500 (28,6)	496 (25,0)	0,013

Kết quả ở bảng 3.4 cho thấy:

+ Ở cả 2 nhóm, tỷ lệ mắc các bệnh, triệu chứng cấp tính tự khai báo trong 4 tuần qua trong 18 tháng nghiên cứu trước ngày phỏng vấn ở nữ giới cao hơn so với nam giới, với tỷ lệ tương ứng là 33,2% và 23,2% ở nhóm 1) cao hơn so với (28,3% và 21,2% ở nhóm 2). Tỷ lệ mắc các bệnh, triệu chứng cấp tính ở nữ ở nhóm 1 cao hơn ở nhóm 2 có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$, test χ^2).

+ Các cá nhân sống trong các HGD ≤ 4 người có tỷ lệ mắc các bệnh, triệu chứng cấp tính tự khai báo trong 4 tuần qua trong 18 tháng nghiên cứu trước ngày phỏng vấn cao hơn so với các cá nhân sống trong các HGD > 4 người, với tỷ lệ tương ứng là 30,3% và 25,4% ở nhóm 1 cao hơn so với 28,9% và 21,4% ở nhóm 2); tuy nhiên, sự khác biệt trên giữa 2 nhóm điều tra không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$, test χ^2).

+ Tỷ lệ mắc các bệnh, triệu chứng cấp tính tự khai báo trong 4 tuần trước ngày phỏng vấn trong 18 tháng nghiên cứu tăng dần theo nhóm tuổi, tỷ lệ mắc cao nhất ở những người 60 tuổi trở lên (chiếm 44,3% ở nhóm 1 cao hơn so với 39,3% ở nhóm 2). Sự khác biệt về tỷ lệ mắc các bệnh, triệu chứng cấp tính (tự khai báo) trong 4 tuần trước ngày phỏng vấn trong 18 tháng nghiên cứu đối với các cá nhân nhóm tuổi 25-39 và 40-59 giữa 2 nhóm điều tra có ý nghĩa thống kê ($p < 0,01$ và $p < 0,05$, test χ^2).

+ Tỷ lệ mắc các bệnh, triệu chứng cấp tính tự khai báo trong 4 tuần trước ngày phỏng vấn trong 18 tháng nghiên cứu càng thấp khi TĐHV của các cá nhân được điều tra càng cao, tỷ lệ mắc thấp nhất ở những cá nhân có TĐHV từ THPT trở lên (chiếm 24,3% ở nhóm 1 cao hơn so với 21,7% ở nhóm 2). Sự khác biệt về tỷ lệ mắc các bệnh, triệu chứng cấp tính (tự khai báo) trong 4 tuần trước ngày phỏng vấn trong 18 tháng nghiên cứu đối với các cá nhân có TĐHV từ tiểu học trở xuống giữa 2 nhóm điều tra có ý nghĩa thống kê ($p < 0,01$, test χ^2).

+ Tỷ lệ mắc các bệnh, triệu chứng cấp tính tự khai báo trong 4 tuần trước ngày phỏng vấn trong 18 tháng nghiên cứu ở những cá nhân nghỉ hưu và thất nghiệp cao hơn so với các nhóm khác với tỷ lệ tương ứng (28,2% và 41,7% ở nhóm 1 cao hơn so với 29,9% và 37,7% ở nhóm 2). Tuy nhiên, chỉ có sự khác biệt giữa 2 nhóm điều tra đối với các đối tượng đang đi làm có ý nghĩa thống kê ($p < 0,001$, test χ^2).

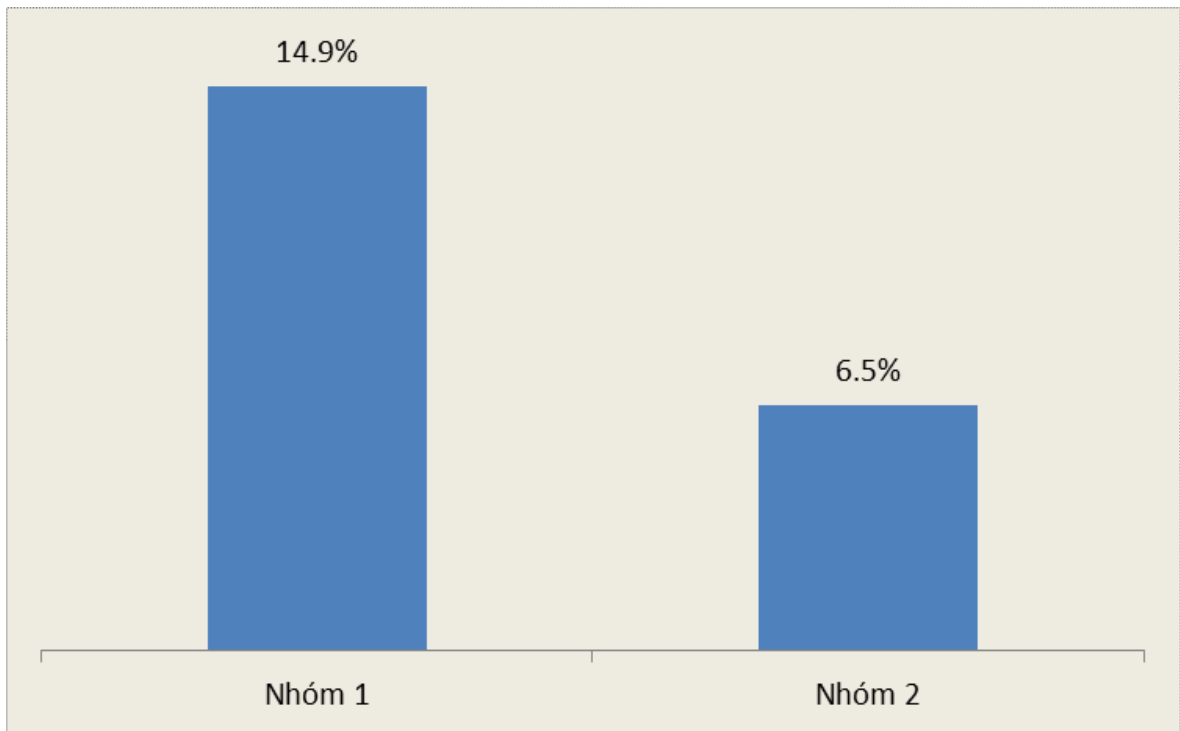
+ Tỷ lệ mắc các bệnh, triệu chứng cấp tính tự khai báo trong 4 tuần trước ngày phỏng vấn trong 18 tháng nghiên cứu ở những cá nhân ly hôn/góa là cao nhất với tỷ lệ tương ứng ở nhóm 1 (42,4%) cao hơn so với nhóm 2 (39,9%). Tuy nhiên, sự khác

biệt trên theo tình trạng hôn nhân của các cá nhân giữa 2 nhóm điều tra không có ý nghĩa thống kê (test χ^2 , với $p > 0,05$).

+ Tỷ lệ mắc các bệnh, triệu chứng cấp tính tự khai báo trong 4 tuần trước ngày phỏng vấn trong 18 tháng nghiên cứu ở những cá nhân có BHYT cao hơn so với những cá nhân không có BHYT, với tỷ lệ tương ứng ở nhóm 1 (29,5%) cao hơn so với nhóm 2 (25,4%); sự khác biệt này giữa 2 nhóm điều tra có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$, test χ^2).

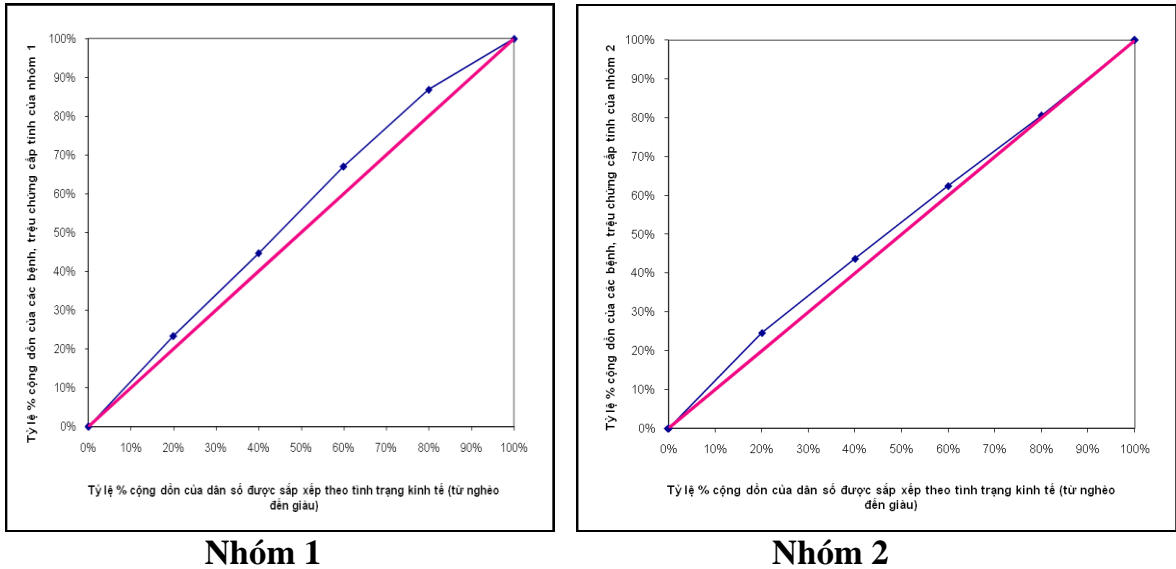
+ Không có sự khác biệt về tỷ lệ mắc các bệnh, triệu chứng cấp tính tự khai báo trong 4 tuần trước ngày phỏng vấn trong 18 tháng nghiên cứu ở đối với các cá nhân có HTL và uống rượu bia hàng ngày giữa 2 nhóm điều tra ($p > 0,05$, test χ^2).

+ Tỷ lệ mắc các bệnh, triệu chứng cấp tính tự khai báo trong 4 tuần trước ngày phỏng vấn trong 18 tháng nghiên cứu ở các nhóm có tình trạng kinh tế HGD ở mức cận nghèo và mức trung bình ở nhóm 1 cao hơn so với tỷ lệ tương ứng ở nhóm 2; sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$ và $p < 0,01$, test χ^2).



Biểu đồ 3.3. Sự khác biệt tuyệt đối giữa nhóm giàu nhất và nhóm nghèo nhất về tỷ lệ mắc các bệnh, triệu chứng cấp tính của các cá nhân ở 2 nhóm điều tra trong 18 tháng nghiên cứu

Biểu đồ 3.3 cho thấy sự khác biệt tuyệt đối giữa nhóm giàu nhất và nhóm nghèo nhất về tỷ lệ mắc các bệnh, triệu chứng cấp tính tự khai báo 4 tuần trước ngày phỏng vấn của các cá nhân trước ngày phỏng vấn trong 18 tháng nghiên cứu ở nhóm 1 cao hơn so với tỷ lệ tương ứng ở nhóm 2 (lần lượt là 14,9% so với 6,1%).



Biểu đồ 3.4. Biểu đồ tập trung tỷ lệ mắc các bệnh, triệu chứng cấp tính của các cá nhân trong 18 tháng nghiên cứu ở 2 nhóm điều tra

Biểu đồ 3.4 cho thấy mức độ bất công bằng về tỷ lệ hiện mắc các bệnh, triệu chứng cấp tính tự khai báo trong 4 tuần trước ngày phỏng vấn trong 18 tháng nghiên cứu ở nhóm 1 cao hơn so với nhóm 2 (hệ số tập trung của tỷ lệ hiện mắc các bệnh, triệu chứng cấp tính ở nhóm 1 và nhóm 2 lần lượt là 0,092 so với 0,055).

Bảng 3.5. Tỷ lệ hiện mắc các bệnh mạn tính tự khai báo trong 18 tháng nghiên cứu theo các đặc điểm của các đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm	Nhóm 1 n (%)	Nhóm 2 n (%)	P (χ^2)
Giới			
- Nam	142 (17,5)	189 (20,2)	0,147
- Nữ	162 (17,3)	225 (21,4)	0,020
Cỡ hộ gia đình			
- ≤ 4 người	199 (17,8)	231 (24,3)	0,000
- > 4 người	105 (16,7)	183 (17,7)	0,605
Nhóm tuổi			
- 15-24	6 (2,1)	0 (0,0)	0,022
- 25-39	11 (2,2)	11 (1,9)	0,765
- 40-59	104 (17,5)	113 (18,9)	0,526

Đặc điểm	Nhóm 1 n (%)	Nhóm 2 n (%)	P (χ^2)
- 60+	183 (49,7)	290 (50,6)	0,792
Trình độ học vấn			
- Tiểu học hoặc thấp hơn	89 (27,1)	48 (40,0)	0,009
- Trung học cơ sở	73 (14,8)	107 (29,8)	0,000
- Trung học phổ thông	70 (14,2)	112 (20,8)	0,006
- Trung học phổ thông trở lên	72 (16,5)	147 (15,2)	0,537
Tình trạng việc làm			
- Còn nhò/đi học	6 (2,8)	0 (0,0)	0,013
- Đang đi làm	81 (8,6)	91 (9,3)	0,587
- Thất nghiệp	48 (20,5)	45 (25,9)	0,203
- Nghỉ hưu	169 (47,3)	278 (45,2)	0,520
Hôn nhân			
- Chưa từng kết hôn	19 (4,9)	8 (2,1)	0,033
- Kết hôn	218 (18,5)	333 (23,0)	0,005
- Ly hôn/goá	67 (37,9)	73 (49,3)	0,038
Bảo hiểm y tế			
- Có	253 (22,0)	386 (23,5)	0,340
- Không	51 (8,5)	28 (8,1)	0,831
Hút thuốc lá hàng ngày			
- Có	39 (15,5)	48 (20,1)	0,188
- Không	265 (17,7)	366 (21,0)	0,019
Uống bia/rượu hàng ngày			
- Có	29 (17,4)	45 (29,6)	0,010
- Không	275 (17,4)	369 (20,1)	0,041
Tình trạng kinh tế			
- Nhóm nghèo nhất	52 (18,1)	109 (33,2)	0,000
- Nhóm cận nghèo	56 (17,7)	87 (23,3)	0,074
- Nhóm trung bình	78 (21,9)	81 (16,3)	0,037
- Nhóm giàu	54 (14,0)	68 (17,0)	0,238
- Nhóm giàu nhất	64 (15,8)	69 (17,8)	0,455
Tổng	304 (17,4)	414 (20,9)	0,007

Kết quả ở bảng 3.5 cho thấy:

+ Tỷ lệ hiện mắc các bệnh mãn tính tự khai báo trong 18 tháng nghiên cứu ở nữ ở nhóm 1 cao hơn tỷ lệ này ở nhóm 2 (tương ứng 21,4% cao hơn so với 20,2%) có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$, Z test).

+ Các cá nhân sống trong các HGD ≤ 4 người có tỷ lệ hiện mắc các bệnh mạn tính tự khai báo trong 18 tháng qua cao hơn so với các cá nhân sống trong các HGD > 4 người với tỷ lệ tương ứng là 24,3% và 17,7% ở nhóm 2 cao hơn so với 17,8% và 16,7% ở nhóm 1. Sự khác biệt về tỷ lệ hiện mắc các bệnh mạn tính (tự khai báo) trong 18 tháng nghiên cứu theo số lượng người trong HGD giữa 2 nhóm điều tra có ý nghĩa thống kê ($p < 0,001$, test χ^2).

+ Tỷ lệ hiện mắc các bệnh mạn tính tự khai báo trong 18 tháng nghiên cứu tăng dần theo nhóm tuổi, tỷ lệ mắc cao nhất ở những người 60 tuổi trở lên (50,6% ở nhóm 2 cao hơn so với 49,7% ở nhóm 1). Sự khác biệt về tỷ lệ hiện mắc các bệnh mạn tính tự khai báo trong 18 tháng nghiên cứu đối với các cá nhân nhóm tuổi 15-24 giữa 2 nhóm điều tra có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$, test χ^2).

+ Tỷ lệ hiện mắc các bệnh mạn tính tự khai báo trong 18 tháng nghiên cứu càng thấp khi TĐHV của các cá nhân được điều tra càng cao, tỷ lệ mắc cao nhất ở những cá nhân có TĐHV từ tiểu học trở xuống (40,0% ở nhóm 2 so với 27,1% ở nhóm 1). Sự khác biệt về tỷ lệ mắc các bệnh mạn tính tự khai báo trong 18 tháng nghiên cứu đối với các cá nhân có TĐHV từ THPT trở xuống giữa 2 nhóm điều tra có ý nghĩa thống kê ($p < 0,01$, test χ^2).

+ Tỷ lệ hiện mắc các bệnh mạn tính tự khai báo trong 18 tháng nghiên cứu ở những cá nhân nghỉ hưu và thất nghiệp cao hơn so với các đối tượng khác với tỷ lệ tương ứng (25,9% và 45,2% ở nhóm 2 cao hơn so với 20,5% và 47,3% ở nhóm 1). Tuy nhiên, chỉ có sự khác biệt về tỷ lệ hiện mắc các bệnh mạn tính tự khai báo trong 18 tháng nghiên cứu giữa 2 nhóm điều tra đối với các cá nhân còn nhỏ/đang đi học là có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$, test Fisher exact).

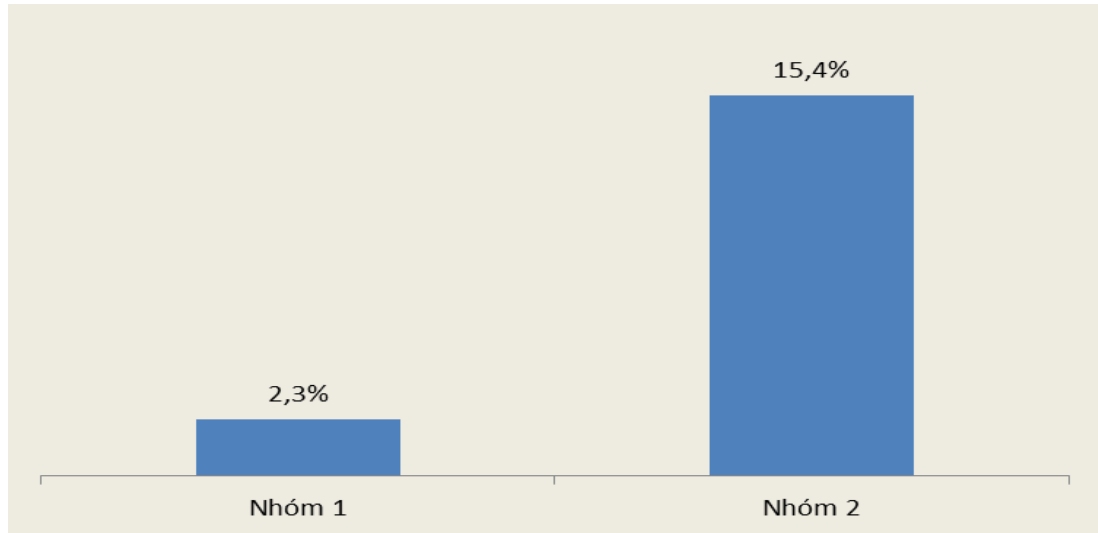
+ Tỷ lệ hiện mắc các bệnh mạn tính tự khai báo trong 18 tháng nghiên cứu ở những cá nhân ly hôn/góa là cao nhất với tỷ lệ tương ứng ở nhóm 2 (49,3%) cao hơn so với nhóm 1 (37,9%). Sự khác biệt về tỷ lệ hiện mắc các bệnh mạn tính tự khai báo trong 18 tháng nghiên cứu theo tình trạng hôn nhân của các cá nhân giữa 2 nhóm điều tra là có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$, test χ^2).

+ Tỷ lệ hiện mắc các bệnh mạn tính tự khai báo trong 18 tháng nghiên cứu ở những cá nhân có BHYT cao hơn so với những cá nhân không có BHYT, với tỷ lệ tương ứng ở nhóm 2 (23,5%) cao hơn so với nhóm 1 (22,0%); tuy nhiên, sự khác biệt này của các cá nhân giữa 2 nhóm điều tra không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$, test χ^2).

+ Tỷ lệ hiện mắc các bệnh mạn tính tự khai báo trong 18 tháng nghiên cứu ở nhóm có HTL và uống bia/rượu hàng ngày ở nhóm 2 cao hơn so với nhóm 1 (với tỷ lệ tương ứng 20,1% so với 15,5% và 29,6% so với 17,4%). Tuy nhiên, chỉ có sự khác biệt về tỷ lệ hiện mắc các bệnh mạn tính tự khai báo trong 18 tháng nghiên cứu đối với các cá nhân có uống bia/rượu hàng ngày của các cá nhân giữa 2 nhóm điều tra có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$, test χ^2).

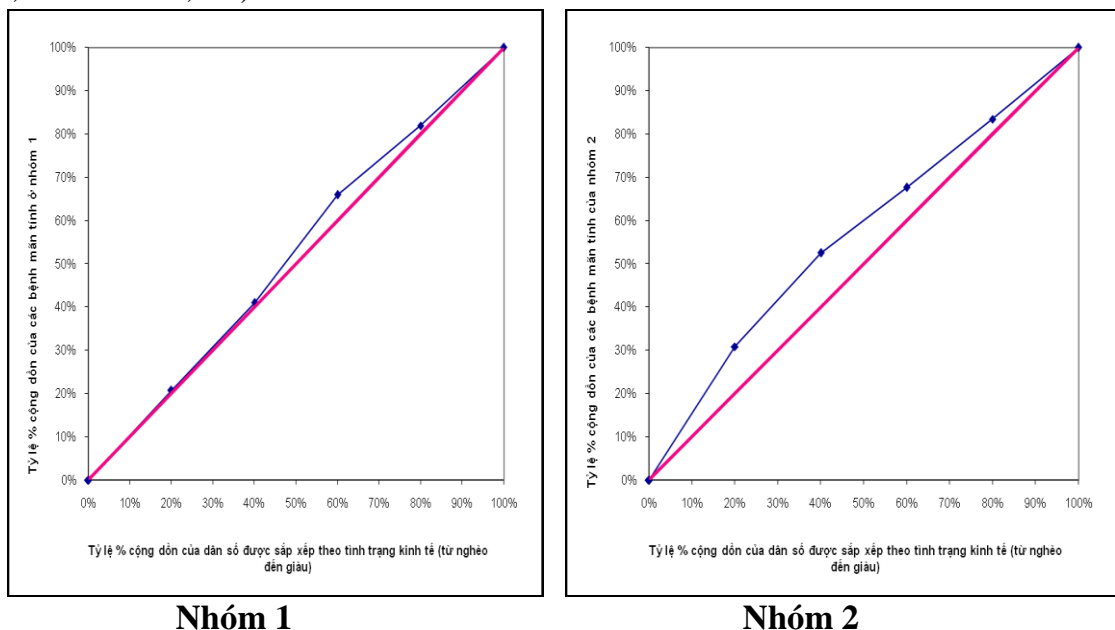
+ Tỷ lệ mắc hiện mắc các bệnh mạn tính tự khai báo trong 18 tháng nghiên cứu ở nhóm 2 đa số đều cao hơn so với nhóm 1 theo các nhóm tình trạng kinh tế tương

ứng. Tuy nhiên, chỉ có sự khác biệt về tỷ lệ hiện mắc các bệnh mạn tính (tự khai báo) trong 18 tháng qua đối với cá nhân sống trong các HGD có tình trạng kinh tế nghèo nhất và trung bình giữa 2 nhóm điều tra có ý nghĩa thống kê ($p < 0,001$ và $p < 0,05$, test χ^2).



Biểu đồ 3.5. Sự khác biệt tuyệt đối giữa nhóm giàu nhất và nhóm nghèo nhất về tỷ lệ hiện mắc các bệnh mạn tính tự khai báo của các cá nhân ở 2 nhóm điều tra trong 18 tháng nghiên cứu

Biểu đồ 3.5 cho thấy sự khác biệt tuyệt đối giữa nhóm giàu nhất và nhóm nghèo nhất về tỷ lệ hiện mắc các bệnh mạn tính tự khai báo của các cá nhân trong 18 tháng nghiên cứu ở nhóm 2 cao hơn so với tỷ lệ tương ứng ở nhóm 1 (lần lượt là 15,4% so với 2,3%).



Biểu đồ 3.6. Biểu đồ tập trung tỷ lệ hiện mắc các bệnh mạn tính trong 18 tháng nghiên cứu của các cá nhân ở 2 nhóm điều tra

Biểu đồ 3.6 cho thấy mức độ bất công bằng về tỷ lệ hiện mắc các bệnh mạn tính tự khai báo của các cá nhân trong 18 tháng nghiên cứu ở nhóm 2 cao hơn so với nhóm 1 (hệ số tập trung của tỷ lệ hiện mắc các bệnh mạn tính ở nhóm 2 và nhóm 1 lần lượt là 0,15 so với 0,083).

Bảng 3.6. Mô hình hồi quy đa biến lặp lại phân tích mối liên quan giữa hiện mắc bất cứ bệnh, triệu chứng cấp tính nào tự khai báo trong 4 tuần trước ngày phỏng vấn và một số đặc điểm của đối tượng nghiên cứu

Biến độc lập: Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu	Biến phụ thuộc: Hiện mắc bất cứ bệnh, triệu chứng cấp tính nào tự khai báo trong 4 tuần trước ngày phỏng vấn (có/không)	
	OR	95% CI
Nhóm điều tra		
- Nhóm 1	1,2*	1,1-1,4
- Nhóm 2	1	
Giới		
- Nam	0,6*	0,5-0,7
- Nữ	1	
Cỡ hộ gia đình		
- ≤4 người	1	
- >4 người	0,7*	0,6-0,8
Nhóm tuổi		
- 15-24	1	
- 25-39	1,0	0,7-1,4
- 40-59	1,4	0,9-2,0
- 60+	2,2*	1,4-3,3
Trình độ học vấn		
- Tiểu học hoặc thấp hơn	1	
- Trung học cơ sở	1,0	0,8-1,3
- Trung học phổ thông	0,9	0,7-1,1
- Trung học phổ thông trở lên	0,8	0,7-1,1
Tình trạng việc làm		
- Đi học	0,8	0,6-1,2
- Đang đi làm	1	
- Thất nghiệp	0,9	0,6-1,4
- Nghỉ hưu	1,0	0,7-1,6
Tình trạng hôn nhân		
- Chưa từng kết hôn	1,3	1,0-1,7
- Kết hôn	1	
- Ly hôn/goá	1,5*	1,1-2,0
Bảo hiểm y tế		
- Có	0,8*	0,7-0,9
- Không	1	
Hút thuốc lá hàng ngày		
- Có	1,4*	1,1-1,8
- Không	1	
Uống bia/rượu hàng ngày		
- Có	0,9	0,7-1,2
- Không	1	
Tình trạng kinh tế		

Biến độc lập: Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu	Biến phụ thuộc: Hiện mắc bất cứ bệnh, triệu chứng cấp tính nào tự khai báo trong 4 tuần trước ngày phỏng vấn (có/không)	
	OR	95% CI
- Nhóm nghèo nhất	1	
- Nhóm cận nghèo	0,9	0,7-1,1
- Nhóm trung bình	1,0	0,8-1,2
- Nhóm giàu	1,0	0,8-1,2
- Nhóm giàu nhất	0,7*	0,6-0,9

Ghi chú: * Có sự khác biệt mang ý nghĩa thống kê với 95% khoảng tin cậy không chứa giá trị 1.

Kết quả phân tích theo mô hình hồi quy (GEE) đa biến lặp lại ở bảng 3.6 cho thấy các yếu tố liên quan có ý nghĩa thống kê với hiện mắc bất cứ bệnh, triệu chứng cấp tính nào tự khai báo trong 4 tuần trước ngày phỏng vấn bao gồm:

- Điều kiện sinh hoạt: người dân sống trong khu vực có điều kiện sinh hoạt không đảm bảo có khả năng mắc các bệnh, triệu chứng bệnh cấp tính tự khai báo gấp 1,2 lần so với những người dân sống trong khu vực có điều kiện sinh hoạt được đảm bảo, với OR = 1,2; CI 95%: 1,1-1,4.

- Giới tính nam: các cá nhân được điều tra là nam có khả năng mắc các bệnh, triệu chứng bệnh cấp tính tự khai báo bằng 0,6 lần so với nữ giới, với OR = 0,6; CI 95%: 0,5-0,7.

- Số người trong HGD: những HGD có > 4 người có khả năng mắc các bệnh, triệu chứng bệnh cấp tính (tự khai báo) bằng 0,7 lần so với những HGD có ≤ 4 người, với OR = 0,7; CI 95%: 0,6-0,8.

- Nhóm tuổi: khả năng mắc các bệnh, triệu chứng bệnh cấp tính tự khai báo của các cá nhân được điều tra tăng dần theo tuổi, cao nhất ở nhóm tuổi ≥ 60 tuổi có khả năng mắc gấp 2,2 lần so với nhóm tuổi 15-24, với OR = 2,2; CI 95%: 1,4-3,3.

- BHYT: các cá nhân có BHYT có khả năng mắc các bệnh, triệu chứng bệnh cấp tính tự khai báo bằng 0,7 lần so với các đối tượng không có BHYT, với OR = 0,7; CI 95%: 0,7-0,9.

- Các cá nhân có thói quen HTL hằng ngày có khả năng mắc các bệnh, triệu chứng bệnh cấp tính tự khai báo cao hơn 1,4 lần so với các cá nhân không HTL hằng ngày, với OR = 1,4; CI 95%: 1,1-1,8.

- Các cá nhân ở nhóm giàu nhất có khả năng mắc các bệnh, triệu chứng bệnh cấp tính tự khai báo bằng 70% so với các cá nhân ở nhóm nghèo nhất, với OR = 0,7; CI 95%: 0,6-0,9.

Các biến số về TĐHV, tình trạng việc làm và uống bia/rượu hàng ngày không thấy có ảnh hưởng đáng kể đối với tình hình mắc các bệnh, triệu chứng cấp tính tự khai báo 4 tuần trước ngày phỏng vấn trong 18 tháng nghiên cứu của các cá nhân được điều tra thuộc mẫu nghiên cứu và các sự khác biệt đều không có ý nghĩa thống kê.

Bảng 3.7. Mô hình hồi quy đa biến lặp lại phân tích mối liên quan giữa hiện mắc bất cứ bệnh mạn tính nào tự khai báo trong 18 tháng nghiên cứu và một số đặc điểm của đối tượng nghiên cứu

Biến độc lập: Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu	Biến phụ thuộc: Hiện mắc bất cứ bệnh mạn tính nào tự khai báo trong 18 tháng nghiên cứu (có/không)	
	OR	95% CI
Nhóm điều tra		
- Nhóm 1	1,0	0,8-1,2
- Nhóm 2	1	
Giới		
- Nam	1,0	0,9-1,2
- Nữ	1	
Cỡ hộ gia đình		
- ≤4 người	1	
- >4 người	0,8*	0,7-0,9
Nhóm tuổi		
- 15-24	1	
- 25-39	2,1	0,6-7,3
- 40-59	18,7*	5,6-62,4
- 60+	52,8*	15,8-177
Trình độ học vấn		
- Tiểu học hoặc thấp hơn	1	
- Trung học cơ sở	0,9	0,7-1,1
- Trung học phổ thông	0,8*	0,6-0,9
- Trung học phổ thông trở lên	0,6*	0,5-0,8
Tình trạng việc làm		
- Đi học	1,4	0,5-4,1
- Đang đi làm	1	
- Thất nghiệp	2,6	0,9-7,6
- Nghỉ hưu	2,5	0,9-7,1
Tình trạng hôn nhân		
- Chưa từng kết hôn	1,2	0,8-1,9
- Kết hôn	1	
- Ly hôn/goá	1,2	0,8-2,0
Bảo hiểm y tế		
- Có	2,0*	1,6-2,6
- Không	1	
Hút thuốc lá hàng ngày		
- Có	0,8	0,6-1,1
- Không	1	
Uống bia/rượu hàng ngày		
- Có	1,3	1,0-1,7
- Không	1	

Biến độc lập: Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu	Biến phụ thuộc: Hiện mắc bất cứ bệnh mạn tính nào tự khai báo trong 18 tháng nghiên cứu (có/không)	
	OR	95% CI
Tình trạng kinh tế		
- Nhóm nghèo nhất	1	
- Nhóm cận nghèo	0,9	0,7-1,2
- Nhóm trung bình	0,9	0,7-1,1
- Nhóm giàu	0,8	0,6-1,1
- Nhóm giàu nhất	0,7*	0,6-0,9

Ghi chú: * Có sự khác biệt mang ý nghĩa thống kê với 95% khoảng tin cậy không chứa giá trị 1.

Kết quả phân tích theo mô hình hồi quy (GEE) đa biến lặp lại ở bảng 3.7 cho thấy các yếu tố liên quan có ý nghĩa thống kê với hiện mắc bất cứ bệnh mạn tính nào tự khai báo trong 18 tháng nghiên cứu, bao gồm:

- Số người trong HGD: những cá nhân sống trong HGD có > 4 người có khả năng hiện mắc các bệnh mạn tính (tự khai báo) bằng 0,7 lần so với những HGD có ≤ 4 người, với OR = 0,7; CI 95%: 0,7-0,9.

- Nhóm tuổi: khả năng hiện mắc các bệnh mạn tính tự khai báo của các cá nhân được điều tra tăng dần theo tuổi, cao nhất ở nhóm tuổi ≥ 60 tuổi có khả năng mắc gấp 52,8 lần so với nhóm tuổi 15-24, với OR = 52,8; CI 95%: 15,8-177.

- TĐHV: các cá nhân có TĐHV từ THPT trở lên có khả năng hiện mắc các bệnh mạn tính tự khai báo thấp hơn so với các cá nhân có TĐHV từ tiểu học trở xuống, với OR = 0,8; CI 95%: 0,6-0,9 đối với cấp III và OR = 0,6; CI 95%: 0,5-0,8 đối với từ trung cấp trở lên.

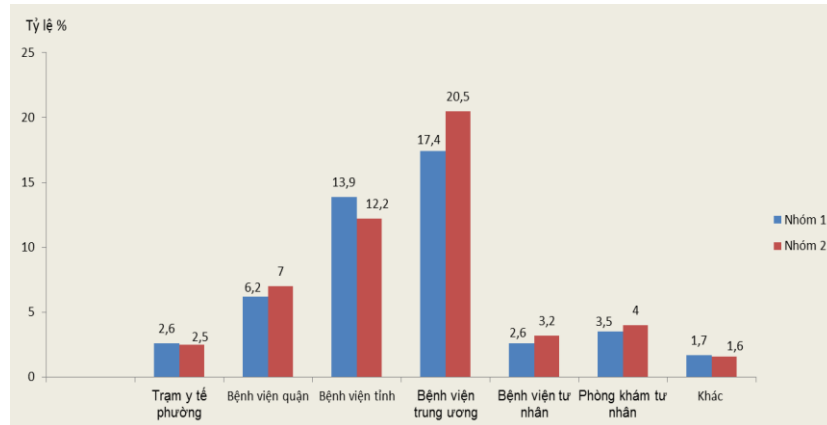
- BHYT: các cá nhân có BHYT có khả năng hiện mắc các bệnh mạn tính tự khai báo cao hơn 2,0 lần so với các đối tượng không có BHYT, với OR = 2,0; CI 95%: 1,6-2,6.

- Các cá nhân sống trong các HGD có tình trạng kinh tế giàu nhất có khả năng hiện mắc các bệnh mạn tính tự khai báo bằng 0,7 lần so với các cá nhân sống trong các HGD có tình trạng kinh tế nghèo nhất, với OR = 0,7; CI 95%: 0,6-0,9.

Các biến số về nhóm điều tra, giới tính, tình trạng việc làm, tình trạng hôn nhân, thói quen HTL và uống bia/rượu hàng ngày không thấy có ảnh hưởng đáng kể đối với tình hình hiện mắc các bệnh mạn tính tự khai báo trong 18 tháng nghiên cứu của các cá nhân được điều tra thuộc mẫu nghiên cứu và các sự khác biệt đều không có ý nghĩa thống kê.

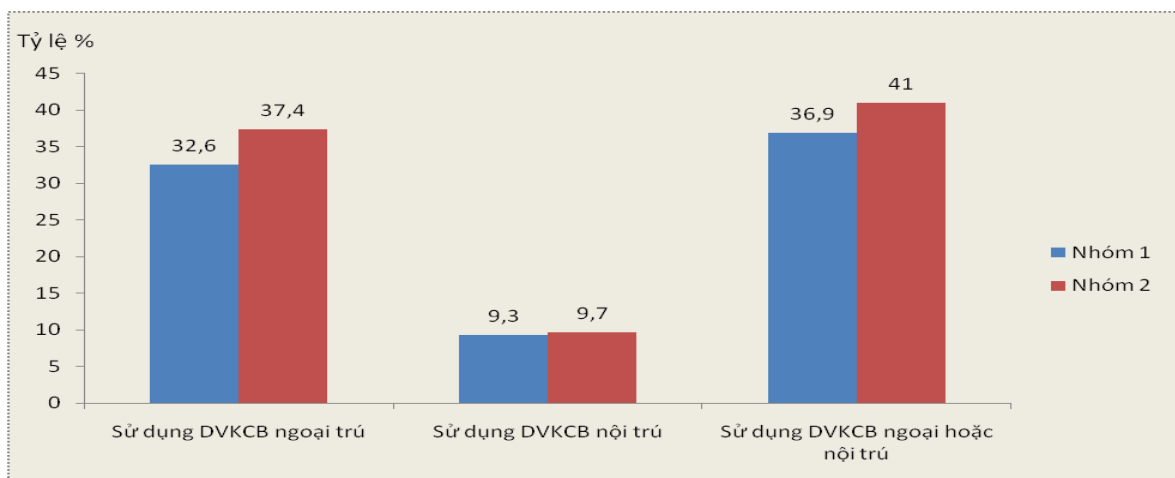
3.2.2. Thực trạng sử dụng dịch vụ khám chữa bệnh của các cá nhân được điều tra và các yếu tố liên quan

3.2.2.1. Sử dụng dịch vụ khám chữa bệnh của các cá nhân được điều tra



Biểu đồ 3.7. Tỷ lệ sử dụng DVKCB trong 18 tháng nghiên cứu của các nhân được điều tra theo cơ sở cung cấp dịch vụ (xem số liệu ở phụ lục 10).

Kết quả ở biểu đồ 3.7 cho thấy tỷ lệ sử dụng DVKCB của các cá nhân được điều tra theo các cơ sở cung cấp dịch vụ trong 18 tháng nghiên cứu ở cả 2 nhóm điều tra đều có xu hướng sử dụng DVKCB ở các BV trung ương, BV tỉnh và BV quận là chủ yếu; trong đó cao nhất là ở BV trung ương (chiếm 20,5% ở nhóm 2 so với 17,4% ở nhóm 1). Sự khác biệt về tỷ lệ sử dụng DVKCB của các cá nhân được điều tra theo các cơ sở cung cấp dịch vụ trong 18 tháng nghiên cứu giữa 2 nhóm điều tra có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$, test χ^2).



Biểu đồ 3.8. Tỷ lệ sử dụng DVKCB trong 18 tháng nghiên cứu của các cá nhân được điều tra (xem số liệu ở phụ lục 10).

Kết quả tại biểu đồ 3.8 cho thấy tỷ lệ sử dụng DVKCB ngoại trú, tỷ lệ sử dụng DVKCB ngoại hoặc nội trú của các cá nhân được điều tra trong 18 tháng nghiên cứu ở nhóm 2 cao hơn so với nhóm 1, với tỷ lệ tương ứng (37,4% so với 32,6% và 41,0% so với 36,9%). Sự khác biệt về tỷ lệ sử dụng DVKCB ngoại trú, tỷ lệ sử dụng DVKCB ngoại hoặc nội trú của các cá nhân được điều tra trong 18 tháng nghiên cứu giữa 2 nhóm điều tra là có ý nghĩa thống kê ($p < 0,01$, test χ^2). Tỷ lệ sử dụng DVKCB nội trú của các cá nhân được điều tra trong 18 tháng nghiên cứu ở nhóm 2 cao hơn so với nhóm 1 (9,7% so với 9,3%). Tuy nhiên, sự khác biệt tỷ lệ sử dụng DVKCB nội trú của các cá nhân được điều tra trong 18 tháng nghiên cứu giữa 2 nhóm điều tra không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$, test χ^2).

3.2.2.2. *Mối liên quan giữa sử dụng dịch vụ khám chữa bệnh trong 18 tháng nghiên cứu của các cá nhân được điều tra và một số yếu tố kinh tế, văn hóa, xã hội*

Bảng 3.8. Tỷ lệ sử dụng DVKCB ngoại trú trong 18 tháng nghiên cứu theo các đặc điểm của các cá nhân được điều tra

Đặc điểm	Nhóm 1 n (%)	Nhóm 2 n (%)	P (χ^2)
Giới			
- Nam	236 (29,1)	300 (32,1)	0,173
- Nữ	334 (35,6)	443 (42,1)	0,003
Cỡ hộ gia đình			
- ≤4 người	396 (35,3)	422 (44,4)	0,000
- >4 người	174 (27,7)	321 (31,0)	0,147
Nhóm tuổi			
- 15-24	46 (15,9)	33 (13,2)	0,374
- 25-39	93 (18,6)	105 (18,6)	0,971
- 40-59	213 (35,9)	227 (38,0)	0,439
- 60+	218 (59,2)	378 (66,0)	0,037
Trình độ học vấn			
- Tiểu học hoặc thấp hơn	122 (37,2)	48 (40,0)	0,588
- Trung học cơ sở	157 (31,9)	165 (46,0)	0,000
- Trung học phổ thông	151 (30,6)	193 (35,8)	0,078
- Trung học phổ thông trở lên	140 (32,0)	337 (34,8)	0,309
Tình trạng việc làm			
- Còn nhỏ/đi học	33 (15,6)	26 (12,2)	0,307
- Đang đi làm	241 (25,5)	257 (26,1)	0,727
- Thất nghiệp	85 (36,3)	71 (40,8)	0,357
- Nghỉ hưu	211 (59,1)	389 (63,3)	0,200
Hôn nhân			
- Chưa từng kết hôn	74 (18,9)	50 (12,9)	0,022

- Kết hôn	408 (34,6)	602 (41,5)	0,000
- Ly hôn/goá	88 (49,7)	91 (61,5)	0,034
Bảo hiểm y tế			
- Có	432 (37,5)	663 (40,4)	0,126
- Không	138 (23,0)	80 (23,2)	0,958
Hút thuốc lá hàng ngày			
- Có	59 (23,5)	79 (33,1)	0,019
- Không	511 (34,1)	664 (38,0)	0,021
Uống bia/rượu hàng ngày			
- Có	44 (26,4)	48 (31,6)	0,303
- Không	526 (33,2)	695 (37,9)	0,005
Tình trạng kinh tế			
- Nhóm nghèo nhất	86 (29,9)	149 (45,4)	0,000
- Nhóm cận nghèo	93 (29,4)	142 (38,0)	0,018
- Nhóm trung bình	134 (37,6)	174 (34,9)	0,418
- Nhóm giàu	137 (35,5)	135 (33,8)	0,626
- Nhóm giàu nhất	120 (29,7)	143 (37,0)	0,031
Tổng	570 (32,6)	743 (37,4)	0,002

Kết quả ở bảng 3.8 cho thấy:

+ Ở cả 2 nhóm, tỷ lệ sử dụng DVKCB ngoại trú trong 18 tháng nghiên cứu ở nữ giới cao hơn so với nam giới, với tỷ lệ tương ứng là (42,1% và 32,1% ở nhóm 2) cao hơn so với (35,6% và 29,1% ở nhóm 1). Tỷ lệ sử dụng DVKCB ngoại trú trong 18 tháng nghiên cứu ở nữ ở nhóm 1 cao hơn tỷ lệ này ở nhóm 2 có ý nghĩa thống kê ($p < 0,01$, Z test).

+ Có sự khác biệt về tỷ lệ sử dụng DVKCB ngoại trú trong 18 tháng nghiên cứu theo số lượng người trong HGD. Các cá nhân sống trong các HGD ≤ 4 người có tỷ lệ sử dụng DVKCB ngoại trú trong 18 tháng nghiên cứu cao hơn so với các cá nhân sống trong các HGD > 4 người với tỷ lệ tương ứng là 44,4% và 31,0% ở nhóm 2 cao hơn so với 35,3% và 27,7% ở nhóm 1. Sự khác biệt về tỷ lệ sử dụng DVKCB ngoại trú trong 18 tháng nghiên cứu theo số lượng người (≤ 4 người) trong HGD giữa 2 nhóm điều tra có ý nghĩa thống kê ($p < 0,001$, test χ^2).

+ Tỷ lệ sử dụng DVKCB ngoại trú trong 18 tháng nghiên cứu tăng dần theo tuổi, cao nhất ở những người trên 60 tuổi (66,0% ở nhóm 2 cao hơn so với 59,2% ở nhóm 1). Sự khác biệt về tỷ lệ sử dụng DVKCB ngoại trú trong 18 tháng nghiên cứu giữa 2 nhóm điều tra đối với các cá nhân trên 60 tuổi có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$, test χ^2).

+ Tỷ lệ sử dụng DVKCB ngoại trú trong 18 tháng nghiên cứu của các cá nhân ở nhóm 2 cao hơn so với nhóm 1 theo TĐHV. Tuy nhiên, chỉ có sự khác biệt về tỷ

lệ sử dụng DVKCB ngoại trú trong 18 tháng nghiên cứu đối với các cá nhân có TĐHV cấp THPT giữa 2 nhóm điều tra có ý nghĩa thống kê ($p < 0,001$, test χ^2).

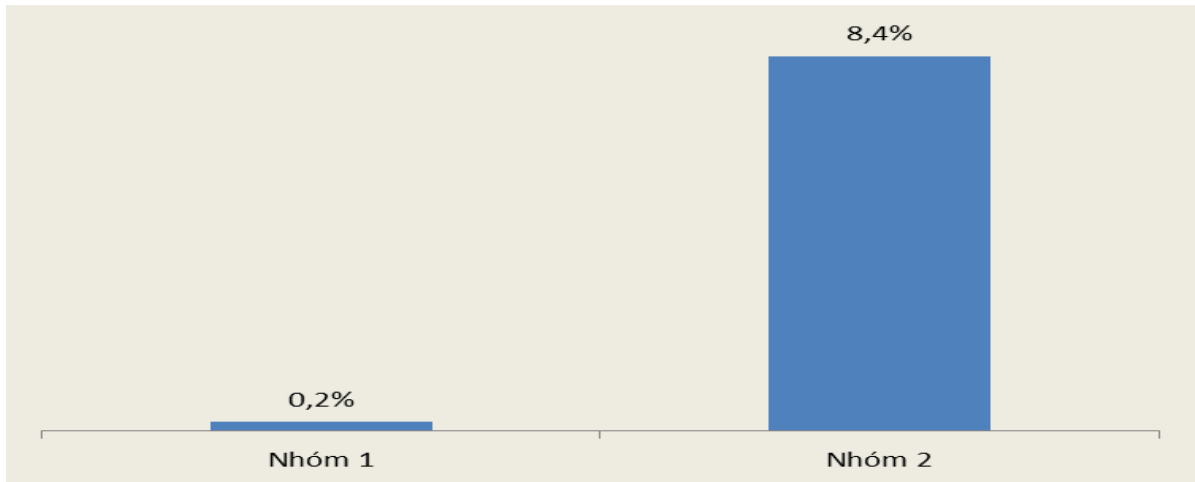
+ Tỷ lệ sử dụng DVKCB ngoại trú trong 18 tháng nghiên cứu của các cá nhân thất nghiệp và nghỉ hưu cao hơn so với các cá nhân thuộc các nhóm khác với tỷ lệ tương ứng là (40,8% và 60,3% ở nhóm 2 cao hơn so với 36,3% và 59,1% ở nhóm 1). Tuy nhiên sự khác biệt về tỷ lệ sử dụng DVKCB ngoại trú trong 18 tháng nghiên cứu theo tình trạng việc làm của các cá nhân giữa 2 nhóm điều tra không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$, test χ^2).

+ Tỷ lệ sử dụng DVKCB ngoại trú trong 18 tháng nghiên cứu ở những cá nhân ly hôn/góa là cao nhất với tỷ lệ tương ứng ở nhóm 2 (61,5%) cao hơn so với nhóm 1 (49,7%). Sự khác biệt về tỷ lệ sử dụng DVKCB ngoại trú trong 18 tháng nghiên cứu theo tình trạng hôn nhân của các cá nhân giữa 2 nhóm điều tra có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$, test χ^2).

+ Tỷ lệ sử dụng DVKCB ngoại trú trong 18 tháng nghiên cứu của các cá nhân có BHYT cao hơn so với những cá nhân không có BHYT, với tỷ lệ tương ứng ở nhóm 2 (40,4%) cao hơn so với nhóm 1 (37,5%). Tuy nhiên, sự khác biệt trên của các cá nhân giữa 2 nhóm điều tra không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$, test χ^2).

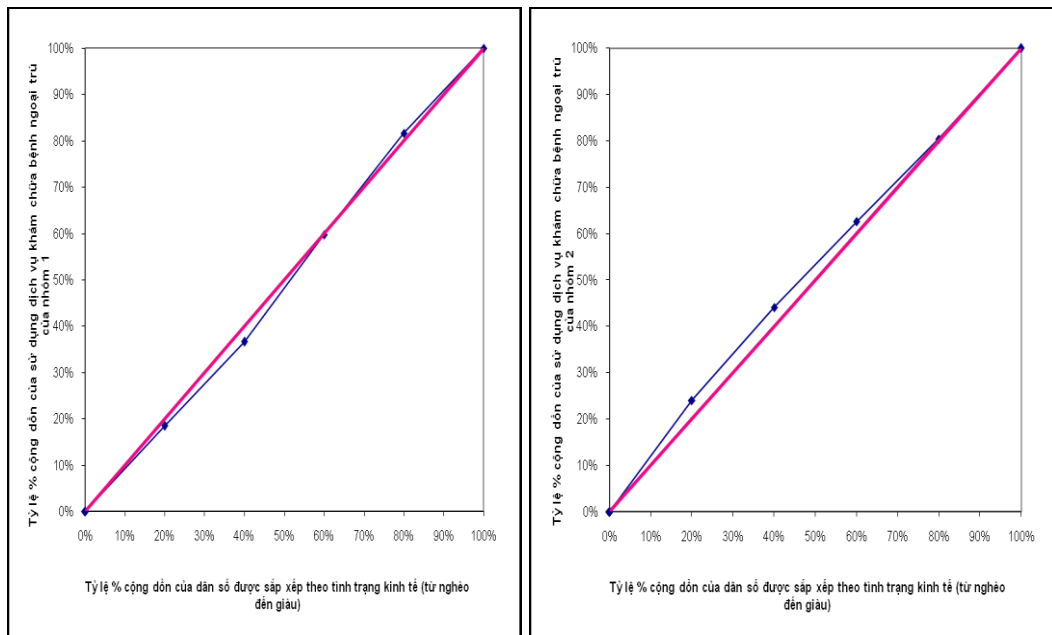
+ Tỷ lệ sử dụng DVKCB ngoại trú trong 18 tháng nghiên cứu của các cá nhân có HTL và uống rượu/bia hàng ngày ở nhóm 2 cao hơn so với nhóm 1, với tỷ lệ tương ứng là (33,1% so với 23,5%) và (31,6% so với 26,4%). Tuy nhiên, chỉ có sự khác biệt về tỷ lệ sử dụng DVKCB ngoại trú trong 18 tháng nghiên cứu đối với thói quen có HTL hàng ngày của các cá nhân giữa 2 nhóm điều tra có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$, test χ^2).

+ Tỷ lệ sử dụng DVKCB ngoại trú trong 18 tháng nghiên cứu của các cá nhân sống trong các HGD nghèo nhất và cận nghèo ở nhóm 2 cao hơn so với nhóm 1 (tương ứng là 45,4% so với 29,9% và 38,0% so với 29,4%). Sự khác biệt về tỷ lệ sử dụng DVKCB ngoại trú trong 18 tháng nghiên cứu đối với các cá nhân sống trong các HGD nghèo nhất và cận nghèo giữa 2 nhóm điều tra có ý nghĩa thống kê ($p < 0,001$ và $p < 0,05$, test χ^2).



Biểu đồ 3.9. Sự khác biệt tuyệt đối giữa nhóm giàu nhất và nhóm nghèo nhất về tỷ lệ sử dụng DVKCB ngoại trú của các cá nhân trong 18 tháng nghiên cứu

Biểu đồ 3.9 cho thấy sự khác biệt tuyệt đối giữa nhóm giàu nhất và nhóm nghèo nhất về tỷ lệ sử dụng dịch vụ khám chữa bệnh ngoại trú của các cá nhân trong 18 tháng nghiên cứu ở nhóm 2 cao hơn so với tỷ lệ tương ứng ở nhóm 1 (lần lượt là 8,4% so với 0,2%).



Nhóm 1

Nhóm 2

Biểu đồ 3.10. Biểu đồ tập trung tỷ lệ sử dụng DVKCB ngoại trú trong 18 tháng nghiên cứu của các cá nhân ở 2 nhóm điều tra

Biểu đồ 3.10 cho thấy mức độ bất công bằng về tỷ lệ sử dụng dịch vụ khám chữa bệnh ngoại trú của các cá nhân trong 18 tháng nghiên cứu ở nhóm 1 và nhóm 2 là tương đương nhau (hệ số tập trung của sử dụng dịch vụ khám chữa bệnh ngoại trú ở nhóm 1 và nhóm 2 lần lượt là 0,055 so với 0,056).

Bảng 3.9. Tỷ lệ sử dụng DVKCB nội trú trong 18 tháng nghiên cứu theo các đặc điểm của các cá nhân được điều tra

Đặc điểm	Nhóm 1 n (%)	Nhóm 2 n (%)	P (χ^2)
Giới			
- Nam	76 (9,4)	88 (9,4)	0,971
- Nữ	87 (9,3)	104 (9,9)	0,639
Cỡ hộ gia đình			
- ≤4 người	106 (9,5)	92 (9,7)	0,866
- >4 người	57 (9,1)	100 (9,7)	0,685
Nhóm tuổi			
- 15-24	11 (3,8)	6 (2,4)	0,352
- 25-39	30 (6,0)	30 (5,3)	0,615
- 40-59	45 (7,6)	45 (7,5)	0,980
- 60+	77 (20,9)	111 (19,4)	0,561
Trình độ học vấn			
- Tiểu học hoặc thấp hơn	50 (15,2)	14 (11,7)	0,338
- Trung học cơ sở	29 (5,9)	46 (12,8)	0,000
- Trung học phổ thông	42 (8,5)	55 (10,2)	0,354
- Trung học phổ thông trở lên	42 (9,6)	77 (8,0)	0,302
Tình trạng việc làm			
- Còn nhỏ/đi học	7 (3,3)	2 (0,9)	0,089
- Đang đi làm	61 (6,4)	62 (6,3)	0,904
- Thất nghiệp	27 (11,5)	19 (10,9)	0,845
- Nghỉ hưu	68 (19,1)	109 (17,8)	0,606
Hôn nhân			
- Chưa từng kết hôn	13 (3,3)	9 (2,3)	0,401
- Kết hôn	124 (10,5)	155 (10,7)	0,875
- Ly hôn/goá	26 (14,7)	28 (18,9)	0,308
Bảo hiểm y tế			
- Có	134 (11,6)	175 (10,7)	0,418
- Không	29 (4,8)	17 (4,9)	0,953
Hút thuốc lá hàng ngày			
- Có	21 (8,4)	18 (7,5)	0,733
- Không	142 (9,5)	174 (10,0)	0,641
Uống bia/rượu hàng ngày			
- Có	17 (10,2)	16 (10,5)	0,919
- Không	146 (9,2)	176 (9,6)	0,709
Tình trạng kinh tế			
- Nhóm nghèo nhất	32 (11,1)	41 (12,5)	0,595
- Nhóm cận nghèo	31 (9,8)	35 (9,4)	0,841
- Nhóm trung bình	44 (12,4)	49 (9,8)	0,244
- Nhóm giàu	24 (6,2)	37 (9,3)	0,110
- Nhóm giàu nhất	32 (7,9)	30 (7,8)	0,930
Tổng	163 (9,3)	192 (9,7)	0,713

Kết quả ở bảng 3.9 cho thấy:

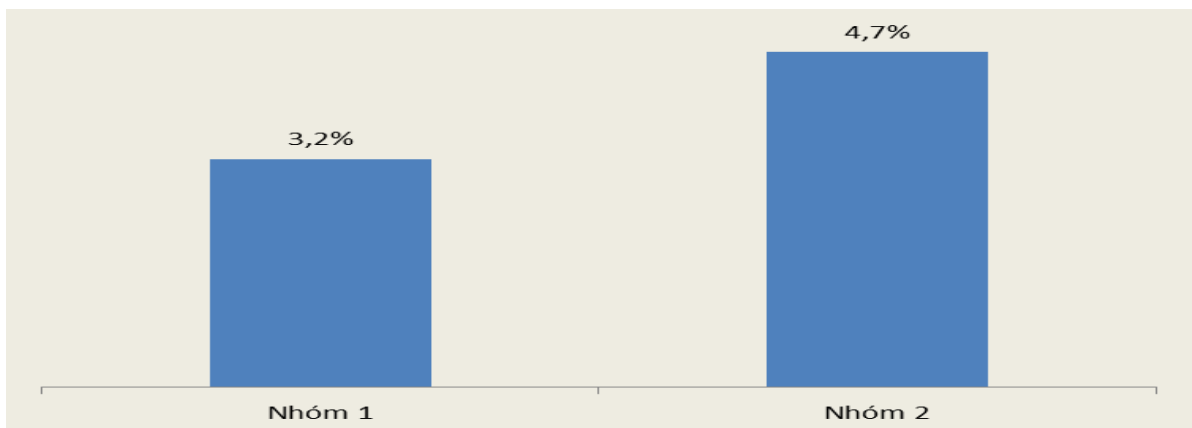
+ Không có sự khác biệt rõ rệt giữa 2 nhóm điều tra về tỷ lệ sử dụng DVKCB nội trú trong 18 tháng nghiên cứu của các cá nhân đối với giới tính, số lượng người trong HGD, các nhóm tuổi, thói quen HTL, uống bia/rượu hàng ngày và tình trạng kinh tế HGD.

+ Tỷ lệ sử dụng DVKCB nội trú trong 18 tháng nghiên cứu của các cá nhân ở nhóm 2 cao hơn so với nhóm 1 đối với TĐHV cấp THCS, với tỷ lệ tương ứng là 12,8% so với 5,9%; sự khác biệt trên giữa 2 nhóm điều tra có ý nghĩa thống kê ($p < 0,001$, test χ^2).

+ Tỷ lệ sử dụng DVKCB nội trú trong 18 tháng nghiên cứu của các cá nhân thất nghiệp và nghỉ hưu cao hơn so với các cá nhân thuộc các nhóm khác với tỷ lệ tương ứng là (11,5% và 19,1% ở nhóm 1 cao hơn so với 10,9% và 17,8% ở nhóm 2). Tuy nhiên, sự khác biệt trên giữa các cá nhân giữa 2 nhóm điều tra không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$, test χ^2).

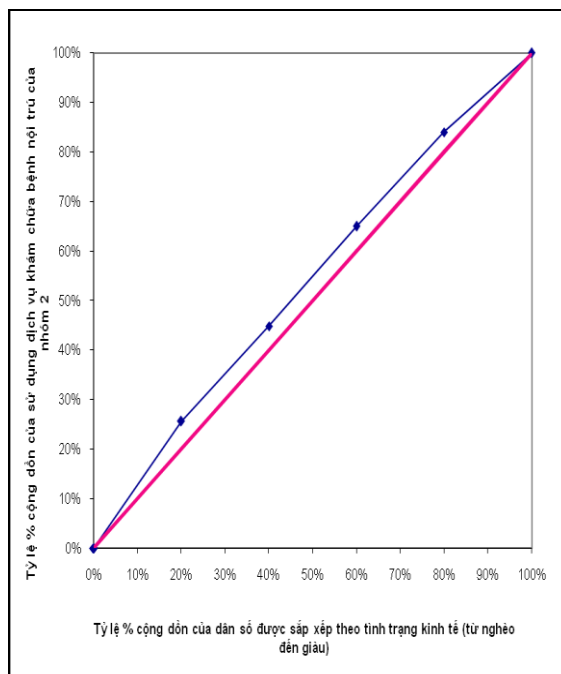
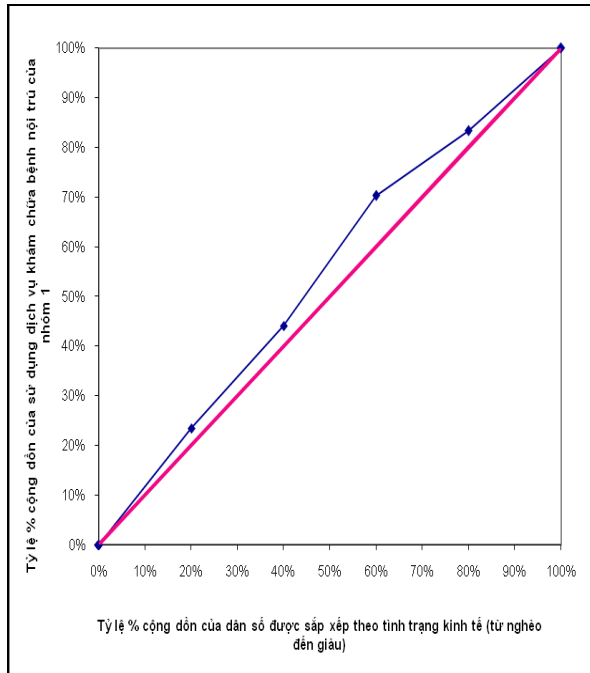
+ Tỷ lệ sử dụng DVKCB nội trú trong 18 tháng nghiên cứu ở những cá nhân ly hôn/góa là cao nhất với tỷ lệ tương ứng ở nhóm 2 (18,9%) cao hơn so với nhóm 1 (14,7%). Tuy nhiên, sự khác biệt về tỷ lệ sử dụng DVKCB nội trú trong 18 tháng nghiên cứu theo tình trạng hôn nhân của các cá nhân giữa 2 nhóm điều tra không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$, test χ^2).

+ Tỷ lệ sử dụng DVKCB nội trú trong 18 tháng nghiên cứu của các cá nhân có BHYT cao hơn so với những cá nhân không có BHYT, với tỷ lệ tương ứng ở nhóm 1 (11,6%) cao hơn so với nhóm 2 (10,7%). Tuy nhiên, sự khác biệt trên của các cá nhân giữa 2 nhóm điều tra không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$, test χ^2).



Biểu đồ 3.11. Sự khác biệt tuyệt đối giữa nhóm giàu nhất và nhóm nghèo nhất về tỷ lệ sử dụng DVKCB nội trú của các cá nhân trong 18 tháng nghiên cứu

Biểu đồ 3.11 cho thấy sự khác biệt tuyệt đối giữa nhóm giàu nhất và nhóm nghèo nhất về tỷ lệ sử dụng dịch vụ khám chữa bệnh nội trú của các cá nhân trong 18 tháng nghiên cứu ở nhóm 2 cao hơn so với tỷ lệ tương ứng ở nhóm 1 (lần lượt là 4,7% so với 3,2%).



Nhóm 1

Nhóm 2

Biểu đồ 3.12. Biểu đồ tập trung tỷ lệ sử dụng dịch vụ khám chữa bệnh nội trú trong 18 tháng nghiên cứu của các cá nhân ở 2 nhóm điều tra

Biểu đồ 3.12 cho thấy mức độ bất công bằng về tỷ lệ sử dụng dịch vụ khám chữa bệnh nội trú của các cá nhân trong 18 tháng nghiên cứu ở nhóm 1 cao hơn so với nhóm 2 (hệ số tập trung của tỷ lệ sử dụng dịch vụ khám chữa bệnh nội trú ở nhóm 1 và nhóm 2 lần lượt là 0,132 so với 0,081).

Bảng 3.10. Tỷ lệ sử dụng DVKCB (ngoại hoặc nội trú) trong 18 tháng nghiên cứu theo các đặc điểm của các cá nhân được điều tra

Đặc điểm	Nhóm 1 n (%)	Nhóm 2 n (%)	P (χ^2)
Giới			
- Nam	270 (33,3)	329 (35,2)	0,396
- Nữ	375 (39,9)	485 (46,1)	0,006
Cỡ hộ gia đình			
- ≤4 người	447 (39,9)	450 (47,3)	0,001
- >4 người	198 (31,5)	364 (35,2)	0,123
Nhóm tuổi			
- 15-24	54 (18,7)	34 (13,6)	0,111
- 25-39	114 (22,9)	126 (22,3)	0,820
- 40-59	232 (39,1)	245 (41,0)	0,485
- 60+	245 (66,6)	409 (71,4)	0,118
Trình độ học vấn			
- Tiểu học hoặc thấp hơn	142 (43,3)	54 (45,0)	0,747
- Trung học cơ sở	171 (34,8)	177 (49,3)	0,000
- Trung học phổ thông	169 (34,3)	214 (39,7)	0,072
- Trung học phổ thông trở lên	163 (37,3)	369 (38,1)	0,769
Tình trạng việc làm			
- Còn nhỏ/đi học	39 (18,4)	27 (12,6)	0,099
- Đang đi làm	274 (28,9)	290 (29,5)	0,784
- Thất nghiệp	101 (43,2)	75 (43,1)	0,991
- Nghỉ hưu	231 (64,7)	422 (68,6)	0,211
Hôn nhân			
- Chưa từng kết hôn	83 (21,2)	54 (13,9)	0,008
- Kết hôn	464 (39,3)	656 (45,2)	0,002
- Ly hôn/goá	98 (55,4)	104 (70,3)	0,006
Bảo hiểm y tế			
- Có	489 (42,5)	726 (44,2)	0,856
- Không	156 (26,0)	88 (25,5)	0,357
Hút thuốc lá hàng ngày			
- Có	68 (27,1)	85 (35,6)	0,043
- Không	577 (38,5)	729 (41,7)	0,061

Đặc điểm	Nhóm 1 n (%)	Nhóm 2 n (%)	P (χ^2)
Uống bia/rượu hàng ngày			
- Có	51 (30,5)	53 (35,9)	0,410
- Không	594 (37,5)	761 (41,5)	0,018
Tình trạng kinh tế			
- Nhóm nghèo nhất	101 (35,1)	161 (49,1)	0,000
- Nhóm cận nghèo	103 (32,6)	151 (40,4)	0,035
- Nhóm trung bình	156 (43,8)	197 (39,6)	0,212
- Nhóm giàu	150 (38,9)	150 (37,6)	0,715
- Nhóm giàu nhất	135 (33,4)	155 (40,1)	0,053
Tổng	645 (36,9)	814 (41,0)	0,010

Kết quả ở bảng 3.11 cho thấy:

+ Ở cả 2 nhóm, tỷ lệ sử dụng DVKCB (ngoại hoặc nội trú) trong 18 tháng nghiên cứu ở nữ giới cao hơn so với nam giới với tỷ lệ tương ứng là 46,1% và 35,2% ở nhóm 2 cao hơn so với 39,9% và 33,3% ở nhóm 1. Tỷ lệ sử dụng DVKCB (ngoại hoặc nội trú) trong 18 tháng nghiên cứu ở nữ ở nhóm 2 cao hơn tỷ lệ này ở nhóm 1 có ý nghĩa thống kê ($p < 0,01$, test χ^2).

+ Có sự khác biệt về tỷ lệ sử dụng DVKCB (ngoại hoặc nội trú) trong 18 tháng nghiên cứu theo số lượng người trong HGD. Các cá nhân sống trong các HGD ≤ 4 người có tỷ lệ sử dụng DVKCB (ngoại hoặc nội trú) trong 18 tháng nghiên cứu cao hơn so với các cá nhân sống trong các HGD > 4 người với tỷ lệ tương ứng là 47,3% và 35,2% ở nhóm 2 cao hơn so với 39,9% và 31,5% ở nhóm 1; sự khác biệt này giữa 2 nhóm điều tra có ý nghĩa thống kê ($p < 0,01$, test χ^2).

+ Tỷ lệ sử dụng DVKCB (ngoại hoặc nội trú) trong 18 tháng nghiên cứu tăng dần theo tuổi, cao nhất ở những người trên 60 tuổi (71,4% ở nhóm 2 cao hơn so với 66,6% ở nhóm 1); tuy nhiên, sự khác biệt này của các cá nhân giữa 2 nhóm điều tra không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$, test χ^2).

+ Tỷ lệ sử dụng DVKCB (ngoại hoặc nội trú) trong 18 tháng nghiên cứu của các cá nhân ở nhóm 2 cao hơn so với nhóm 1 theo TĐHV. Tuy nhiên, chỉ có sự khác biệt về tỷ lệ sử dụng DVKCB (ngoại hoặc nội trú) trong 18 tháng nghiên cứu đối với các cá nhân có TĐHV cấp THCS giữa 2 nhóm điều tra có ý nghĩa thống kê ($p < 0,001$, test χ^2).

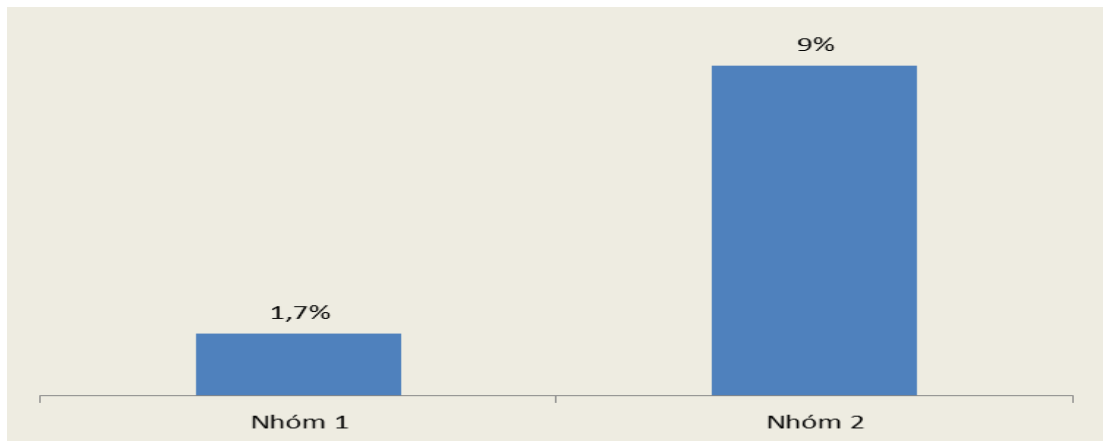
+ Tỷ lệ sử dụng DVKCB (ngoại hoặc nội trú) trong 18 tháng nghiên cứu của các cá nhân thất nghiệp và nghỉ hưu cao hơn so với các cá nhân thuộc các nhóm khác ở cả 2 nhóm điều tra. Tuy nhiên, sự khác biệt tỷ lệ sử dụng DVKCB (ngoại hoặc nội trú) trong 18 tháng nghiên cứu theo tình trạng việc làm của các cá nhân giữa 2 nhóm điều tra không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$, test χ^2).

+ Tỷ lệ sử dụng DVKCB (ngoại hoặc nội trú) trong 18 tháng nghiên cứu ở các cá nhân ly hôn/góa là cao nhất với tỷ lệ tương ứng ở nhóm 2 (70,3%) cao hơn so với nhóm 1 (55,4%). Sự khác biệt về tỷ lệ sử dụng DVKCB (ngoại hoặc nội trú) trong 18 tháng nghiên cứu theo tình trạng hôn nhân của các cá nhân giữa 2 nhóm điều tra là có ý nghĩa thống kê ($p < 0,01$, test χ^2).

+ Tỷ lệ sử dụng DVKCB (ngoại hoặc nội trú) trong 18 tháng nghiên cứu của các cá nhân có BHYT cao hơn so với những cá nhân không có BHYT, với tỷ lệ tương ứng ở nhóm 2 (40,4%) cao hơn so với nhóm 1 (37,5%). Tuy nhiên, sự khác biệt về tỷ lệ sử dụng DVKCB (ngoại hoặc nội trú) trong 18 tháng nghiên cứu theo sở hữu BHYT của các cá nhân giữa 2 nhóm điều tra là có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$, test χ^2).

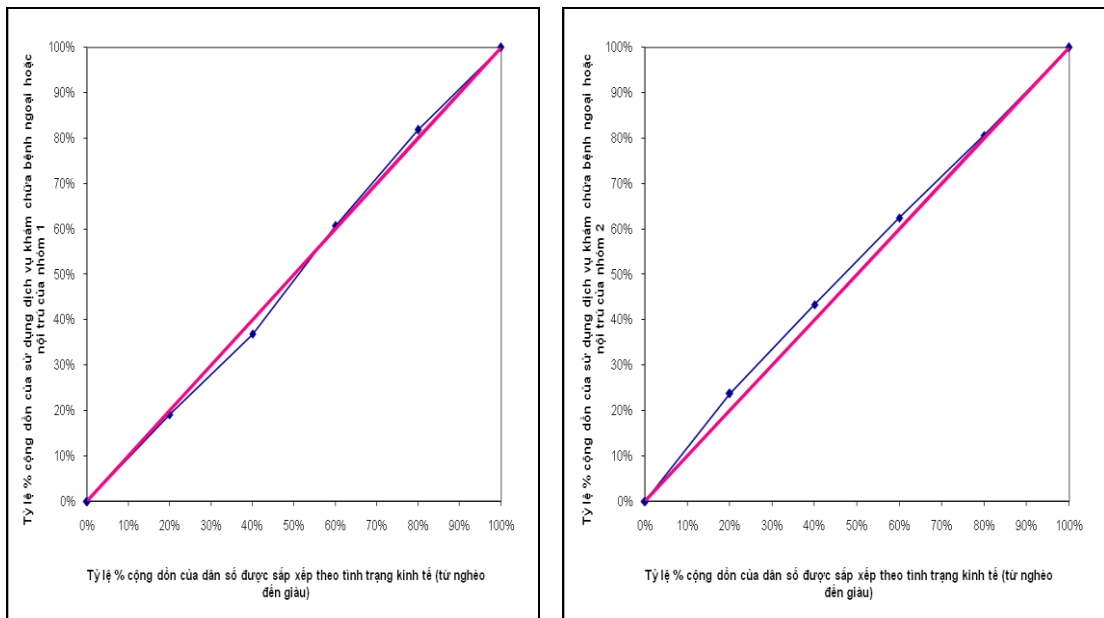
+ Tỷ lệ sử dụng DVKCB (ngoại hoặc nội trú) trong 18 tháng nghiên cứu của các cá nhân có HTL và uống bia/rượu hàng ngày ở nhóm 2 cao hơn so với nhóm 1 với tỷ lệ tương ứng 33,1% so với 23,5% và 31,6% so với 26,4%. Tuy nhiên, chỉ có sự khác biệt về tỷ lệ sử dụng DVKCB (ngoại hoặc nội trú) trong 18 tháng nghiên cứu đối với thói quen có HTL hàng ngày của các cá nhân giữa 2 nhóm điều tra có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$, test χ^2).

+ Tỷ lệ sử dụng DVKCB (ngoại hoặc nội trú) trong 18 tháng nghiên cứu của các cá nhân sống trong các HGD nhóm nghèo nhất và nhóm cận nghèo ở nhóm 2 cao hơn so với nhóm 1 với tỷ lệ tương ứng 45,4% và 29,9% ở nhóm 2 so với 38,0% và 29,4% ở nhóm 1. Sự khác biệt về tỷ lệ sử dụng DVKCB (ngoại hoặc nội trú) trong 18 tháng nghiên cứu của các cá nhân sống trong HGD nhóm nghèo nhất và nhóm cận nghèo giữa 2 nhóm điều tra có ý nghĩa thống kê ($p < 0,001$ và $p < 0,05$ test χ^2).



Biểu đồ 3.13. Sự khác biệt tuyệt đối giữa nhóm giàu nhất và nhóm nghèo nhất về tỷ lệ sử dụng DVKCB (ngoại hoặc nội trú) của các cá nhân trong 18 tháng nghiên cứu

Biểu đồ 3.13 cho thấy sự khác biệt tuyệt đối giữa nhóm giàu nhất và nhóm nghèo nhất về tỷ lệ sử dụng dịch vụ khám chữa bệnh ngoại hoặc nội trú của các cá nhân trong 18 tháng ở nhóm 2 cao hơn so với tỷ lệ tương ứng ở nhóm 1 (lần lượt là 9,0% so với 1,7%).



Nhóm 1

Nhóm 2

Biểu đồ 3.14. Biểu đồ tập trung tỷ lệ sử dụng DVKCB (ngoại hoặc nội trú) của các cá nhân trong 18 tháng nghiên cứu ở 2 nhóm điều tra

Biểu đồ 3.14 cho thấy mức độ bất công bằng về tỷ lệ sử dụng dịch vụ khám chữa bệnh ngoại hoặc nội trú của các cá nhân trong 18 tháng nghiên cứu ở nhóm 1 cao hơn so với nhóm 2 (hệ số tập trung của tỷ lệ sử dụng dịch vụ khám chữa bệnh ngoại hoặc nội trú ở nhóm 1 và nhóm 2 lần lượt là 0,061 so với 0,046).

Bảng 3.11. Mô hình hồi quy đa biến lặp lại phân tích mối liên quan giữa sử dụng DVKCB ngoại trú trong 18 tháng nghiên cứu và một số đặc điểm của các cá nhân được điều tra

Biến độc lập: Đặc điểm của các cá nhân được điều tra	Biến phụ thuộc: Sử dụng DVKCB ngoại trú trong 18 tháng nghiên cứu (có/không)	
	OR	95% CI
Nhóm điều tra		
- Nhóm 1	1,0	0,9-1,2
- Nhóm 2	1	
Giới		
- Nam	0,7*	0,6-0,8
- Nữ	1	
Cỡ hộ gia đình		
- ≤4 người	1	
- >4 người	0,6*	0,5-0,7
Nhóm tuổi		
- 15-24	1	
- 25-39	1,0	0,7-1,5
- 40-59	2,0*	1,4-3,0
- 60+	3,9*	2,6-5,9
Trình độ học vấn		
- Tiểu học hoặc thấp hơn	1	
- Trung học cơ sở	1,3*	1,1-1,6
- Trung học phổ thông	1,2	1,0-1,5
- Trung học phổ thông trở lên	1,2	0,9-1,5
Tình trạng việc làm		
- Đi học	1,3	0,9-2,0
- Đang đi làm	1	
- Thất nghiệp	1,9*	1,2-2,9
- Nghỉ hưu	2,1*	1,4-3,3
Tình trạng hôn nhân		
- Chưa từng kết hôn	1,5*	1,2-2,0
- Kết hôn	1	
- Ly hôn/goá	1,4	1,0-1,9
Bảo hiểm y tế		
- Có	1,8*	1,5-2,2
- Không	1	

Biến độc lập: Đặc điểm của các cá nhân được điều tra	Biến phụ thuộc: Sử dụng DVKCB ngoại trú trong 18 tháng nghiên cứu (có/không)	
	OR	95% CI
Hút thuốc lá hàng ngày		
- Có	0,9	0,7-1,1
- Không	1	
Uống bia/rượu hàng ngày		
- Có	0,8	0,6-1,0
- Không	1	
Tình trạng kinh tế		
- Nhóm nghèo nhất	1	
- Nhóm cận nghèo	1,0	0,8-1,2
- Nhóm trung bình	1,0	0,8-1,3
- Nhóm giàu	1,0	0,8-1,3
- Nhóm giàu nhất	1,0	0,8-1,2
Bệnh, triệu chứng cấp tính		
- Có	1,9*	1,6-2,2
- Không	1	
Bệnh mạn tính		
- Có	3,3*	2,8-3,9
- Không	1	

Ghi chú: * Có sự khác biệt mang ý nghĩa thống kê với 95% khoảng tin cậy không chứa giá trị 1.

Kết quả phân tích theo mô hình hồi quy (GEE) đa biến lặp lại ở bảng 3.10 cho thấy các yếu tố liên quan có ý nghĩa thống kê với sử dụng DVKCB ngoại trú trong 18 tháng nghiên cứu của các cá nhân được điều tra, bao gồm:

- Giới tính: các cá nhân được điều tra là nam giới có khả năng sử dụng DVKCB ngoại trú trong 18 tháng nghiên cứu bằng 0,7 lần so với nữ giới, với OR = 0,7; CI 95%: 0,6-0,8.

- Số người trong HGD: những cá nhân sống trong HGD có > 4 người có khả năng sử dụng DVKCB ngoại trú trong 18 tháng nghiên cứu bằng 0,6 lần so với những cá nhân sống trong các HGD có ≤ 4 người, với OR = 0,6; CI 95%: 0,5-0,7.

- Nhóm tuổi: khả năng sử dụng DVKCB ngoại trú trong 18 tháng nghiên cứu của các cá nhân được điều tra tăng dần theo tuổi, cao nhất nhóm tuổi 40-59 và nhóm tuổi ≥ 60 tuổi (cao hơn tương ứng gấp 2,0 và 3,9 lần so với nhóm tuổi 15-24, với OR = 2,5; CI 95%: 1,4-3,0 và OR = 3,9; CI 95%: 2,6-5,9).

- Những cá nhân thất nghiệp, nghỉ hưu có khả năng sử dụng DVKCB ngoại trú trong 18 tháng nghiên cứu cao hơn so với những cá nhân đang đi làm, tương ứng với $OR = 1,9$; $CI\ 95\%: 1,2-2,9$ và $OR = 2,1$; $CI\ 95\%: 1,4-3,3$.

- TĐHV: các cá nhân có TĐHV cấp THCS có khả năng sử dụng DVKCB ngoại trú trong 18 tháng nghiên cứu cao hơn 1,3 lần so với các cá nhân có TĐHV từ tiểu học trở xuống, với $OR=1,3$, $CI\ 95\%: 1,1-1,6$.

- Các cá nhân chưa từng kết hôn có khả năng sử dụng DVKCB ngoại trú trong 18 tháng nghiên cứu cao hơn 1,5 lần so với những cá nhân đang sống cùng vợ/chồng, với $OR=1,5$; $CI\ 95\%: 1,2-2,0$.

- BHYT: các cá nhân có BHYT có khả năng sử dụng DVKCB ngoại trú cao hơn 1,5 lần so với những cá nhân không có BHYT, với $OR = 1,5$; $CI\ 95\%: 1,5-2,2$.

- Các cá nhân bị ốm đau có khả năng phải sử dụng DVKCB ngoại trú trong 18 tháng nghiên cứu cao hơn so với các cá nhân không bị ốm đau; tương ứng đối với bị mắc các bệnh và triệu chứng cấp tính gấp 1,9 lần ($OR = 1,9$; $CI\ 95\%: 1,6-2,2$), bị mắc các bệnh mạn tính gấp 3,3 lần ($OR = 3,3$; $CI\ 95\%: 2,8-3,9$).

Các biến số về nhóm điều tra, tình trạng kinh tế HGD và thói quen uống bia/rượu, HTL hàng ngày không thấy có ảnh hưởng đáng kể đối với tình hình sử dụng DVKCB ngoại trú trong 18 tháng nghiên cứu của các cá nhân được điều tra (thuộc mẫu nghiên cứu) và các sự khác biệt đều không có ý nghĩa thống kê.

Bảng 3.12. Mô hình hồi quy đa biến lặp lại phân tích mối liên quan giữa sử dụng DVKCB nội trú trong 18 tháng nghiên cứu và một số đặc điểm của các cá nhân được điều tra

Biến độc lập: Đặc điểm của các cá nhân được điều tra	Biến phụ thuộc: Sử dụng DVKCB nội trú trong 18 tháng qua (có/không)	
	OR	95% CI
Nhóm điều tra		
- Nhóm 1	1,2	0,9-1,5
- Nhóm 2	1	
Giới		
- Nam	1,0	0,8-1,3
- Nữ	1	
Cỡ hộ gia đình		
- ≤4 người	1	
- >4 người	1,0	0,8-1,2
Nhóm tuổi		
- 15-24	1	

- 25-39	0,8	0,4-1,6
- 40-59	0,8	0,4-1,7
- 60+	1,7	0,8-3,5
Trình độ học vấn		
- Tiểu học hoặc thấp hơn	1	
- Trung học cơ sở	0,7*	0,5-0,9
- Trung học phổ thông	0,8	0,5-1,1
- Trung học phổ thông trở lên	0,7	0,5-1,1
Tình trạng việc làm		
- Đi học	1,9	0,8-4,6
- Đang đi làm	1	
- Thất nghiệp	3,8*	1,5-9,4
- Nghỉ hưu	2,6*	1,1-6,6
Tình trạng hôn nhân		
- Chưa từng kết hôn	2,4*	1,4-4,2
- Kết hôn	1	
- Ly hôn/goá	2,4*	1,3-4,5
Bảo hiểm y tế		
- Có	2,7*	1,9-3,9
- Không	1	
Hút thuốc lá hàng ngày		
- Có	0,9	0,6-1,3
- Không	1	
Uống bia/rượu hàng ngày		
- Có	1,4	1,0-2,1
- Không	1	
Tình trạng kinh tế		
- Nhóm nghèo nhất	1	
- Nhóm cận nghèo	0,9	0,6-1,3
- Nhóm trung bình	1,0	0,7-1,4
- Nhóm giàu	0,8	0,5-1,1
- Nhóm giàu nhất	0,7	0,5-1,0
Bệnh, triệu chứng cấp tính		
- Có	1,5*	1,2-1,9
- Không	1	
Bệnh mạn tính		
- Có	2,6*	2,0-3,3
- Không	1	

Ghi chú: * Có sự khác biệt mang ý nghĩa thống kê với 95% khoảng tin cậy không chứa giá trị 1.

Kết quả phân tích theo mô hình hồi quy (GEE) đa biến lặp lại ở bảng 3.12 cho thấy các yếu tố liên quan có ý nghĩa thống kê với sử dụng DVKCB nội trú trong 18 tháng nghiên cứu của các cá nhân được điều tra, bao gồm:

- TĐHV: các cá nhân có TĐHV cấp THCS có khả năng sử dụng DVKCB nội trú trong 18 tháng nghiên cứu bằng 0,7 lần so với các cá nhân có TĐHV từ cấp tiểu học trở xuống, với OR=0,7; CI 95%: 0,5-0,9.

- Những cá nhân thất nghiệp, nghỉ hưu có khả năng sử dụng DVKCB nội trú trong 18 tháng nghiên cứu cao hơn so với những cá nhân đang đi làm, tương ứng với với OR = 3,8; CI 95%: 1,5-9,4 và OR = 2,6; CI 95%: 1,1-6,6.

- Các cá nhân chưa từng kết hôn và ly hôn/góa đều có khả năng sử dụng DVKCB nội trú trong 18 tháng nghiên cứu cao hơn so với những cá nhân đang sống cùng vợ/chồng, tương ứng với với OR = 2,4; CI 95%: 1,4-4,2 và OR = 2,4; CI 95%: 1,3-4,5.

- BHYT: các cá nhân có BHYT có khả năng sử dụng DVKCB nội trú trong 18 tháng nghiên cứu cao hơn 2,7 lần so với những cá nhân không có BHYT, với OR = 2,7; CI 95%: 1,9-3,9.

- Các cá nhân bị ốm đau có khả năng phải sử dụng DVKCB nội trú trong 18 tháng nghiên cứu cao hơn so với các cá nhân không bị ốm đau; tương ứng với bị các mắc bệnh và triệu chứng cấp tính gấp 1,5 lần (OR = 1,5; CI 95%: 1,2-1,9), bị mắc các bệnh mạn tính gấp 2,6 lần (OR = 2,6; CI 95%: 2,0-3,3).

Các biến số về nhóm điều tra, cỡ HGĐ, giới tính, nhóm tuổi, tình trạng kinh tế HGĐ và thói quen HTL, uống bia/rượu hàng ngày không thấy có ảnh hưởng đáng kể đối với tình hình sử dụng DVKCB nội trú trong 18 tháng nghiên cứu của các cá nhân được điều tra và các sự khác biệt đều không có ý nghĩa thống kê.

Bảng 3.13. Mô hình hồi quy đa biến lặp lại phân tích mối liên quan giữa sử dụng DVKCB (ngoại hoặc nội trú) trong 18 tháng nghiên cứu và một số đặc điểm của các cá nhân được điều tra

Biến độc lập: Đặc điểm của các cá nhân được điều tra	Biến phụ thuộc: KCB (ngoại hoặc nội trú) trong 18 tháng nghiên cứu (có/không)	
	OR	95% CI
Nhóm điều tra		
- Nhóm 1	1,0	0,9-1,2
- Nhóm 2	1	
Giới		
- Nam	0,7*	0,6-0,8
- Nữ	1	

Cỡ hộ gia đình		
- ≤4 người	1	
- >4 người	0,6*	0,5-0,7
Nhóm tuổi		
- 15-24	1	
- 25-39	1,0	0,7-1,5
- 40-59	2,0*	1,4-3,0
- 60+	3,9*	2,6-5,9
Trình độ học vấn		
- Tiểu học hoặc thấp hơn	1	
- Trung học cơ sở	1,3	1,0-1,6
- Trung học phổ thông	1,2	0,9-1,5
- Trung học phổ thông trở lên	1,2	0,9-1,5
Tình trạng việc làm		
- Đi học	1,3	0,9-2,0
- Đang đi làm	1	
- Thất nghiệp	1,9*	1,2-2,9
- Nghỉ hưu	2,1*	1,4-3,3
Tình trạng hôn nhân		
- Chưa từng kết hôn	1,5*	1,2-2,0
- Kết hôn	1	
- Ly hôn/goá	1,4	1,0-1,9
Bảo hiểm y tế		
- Có	1,8*	1,5-2,1
- Không	1	
Hút thuốc lá hàng ngày		
- Có	0,9	0,7-1,1
- Không	1	
Uống bia/rượu hàng ngày		
- Có	0,8	0,6-1,0
- Không	1	
Tình trạng kinh tế		
- Nhóm nghèo nhất	1	
- Nhóm cận nghèo	1,0	0,8-1,2
- Nhóm trung bình	1,0	0,8-1,3
- Nhóm giàu	1,0	0,8-1,3
- Nhóm giàu nhất	1,0	0,8-1,2
Bệnh, triệu chứng cấp tính		
- Có	1,9*	1,6-2,2
- Không	1	
Bệnh mạn tính		
- Có	3,3*	2,8-3,9
- Không	1	

Ghi chú: * Có sự khác biệt mang ý nghĩa thống kê với 95% khoảng tin cậy không chứa giá trị 1.

Kết quả phân tích theo mô hình hồi quy (GEE) đa biến lặp lại ở bảng 3.13 cho thấy các yếu tố liên quan có ý nghĩa thống kê với sử dụng DVKCB (ngoại hoặc nội trú) trong 18 tháng nghiên cứu của các cá nhân được điều tra, bao gồm:

- Giới tính: các cá nhân là nam có khả năng sử dụng DVKCB (ngoại hoặc nội trú) trong 18 tháng nghiên cứu bằng 0,7 lần so với các cá nhân là nữ, với OR = 0,7; CI 95%: 0,6-0,8.

- Những cá nhân sống trong HGĐ có > 4 người có khả năng sử dụng DVKCB (ngoại hoặc nội trú) trong 18 tháng nghiên cứu bằng 0,6 lần so với những cá nhân sống trong các HGĐ có ≤ 4 người, với OR = 0,6; CI 95%: 0,5-0,7.

- Nhóm tuổi: khả năng sử dụng DVKCB (ngoại hoặc nội trú) trong 18 tháng nghiên cứu của các cá nhân được điều tra tăng dần theo tuổi, cao nhất ở các cá nhân trên 60 tuổi (gấp 3,9 lần so với nhóm tuổi 15-24), với OR = 3,9; CI 95%: 2,6-5,9.

- Những cá nhân thất nghiệp, nghỉ hưu có khả năng sử dụng DVKCB (ngoại hoặc nội trú) trong 18 tháng nghiên cứu cao hơn so với những cá nhân đang đi làm, tương ứng với OR = 1,9; CI 95%: 1,2-2,9 và OR = 2,1; CI 95%: 1,4-3,3.

- Các cá nhân chưa từng kết hôn có khả năng sử dụng DVKCB (ngoại hoặc nội trú) trong 18 tháng nghiên cứu cao hơn 1,5 lần so với những cá nhân đang sống cùng vợ/chồng, với OR = 1,5; CI 95%: 1,2-2,0.

- BHYT: các cá nhân có BHYT có khả năng sử dụng DVKCB (ngoại hoặc nội trú) trong 18 tháng nghiên cứu cao hơn 1,8 lần so với những cá nhân không có BHYT, với OR = 1,8; CI 95%: 1,5-2,1.

- Các cá nhân bị ốm đau có khả năng phải sử dụng DVKCB (ngoại hoặc nội trú) trong 18 tháng nghiên cứu cao hơn so với các cá nhân không bị ốm đau; tương ứng với bị mắc các bệnh và triệu chứng cấp tính gấp 1,9 lần (OR = 1,9; CI 95%: 1,6-2,2), bị mắc các bệnh mạn tính gấp 3,3 lần (OR = 3,3; CI 95%: 2,8-3,9).

Các biến số về nhóm điều tra, TĐHV, tình trạng kinh tế HGĐ và thói quen HTL, uống bia/rượu hàng ngày không thấy có ảnh hưởng đáng kể đối với tình hình sử dụng DVKCB (ngoại hoặc nội trú) trong 18 tháng nghiên cứu của các cá nhân được điều tra và các sự khác biệt đều không có ý nghĩa thống kê.

3.3. So sánh chi tiêu và gánh nặng chi tiêu cho khám chữa bệnh của các hộ gia đình được ở 2 khu vực điều tra và các yếu tố liên quan

3.3.1. Chi tiêu của các hộ gia đình và cá nhân được điều tra và các yếu tố liên quan

3.3.1.1. Chi tiêu của các hộ gia đình và cá nhân được điều tra

Bảng 3.14. Chi tiêu từ tiền túi trung bình theo tháng cho KCB của các HGD được điều tra trong 18 tháng nghiên cứu

Các HGD được điều tra	Chi tiêu từ tiền túi trung bình theo tháng cho KCB của các HGD được điều tra			
	TB (nghìn VNĐ)	Trung vị (Median)	SD	P (Mann-Whitney test)
Nhóm 1	407,8	166,7	697,6	0,000
Nhóm 2	651,0	275,0	1244,7	

Kết quả ở bảng 3.14 cho thấy chi tiêu từ tiền túi trung bình theo tháng của các HGD được điều tra trong 18 tháng nghiên cứu ở nhóm 2 cao hơn nhóm 1 một cách rõ rệt, tương ứng 651,0 nghìn VNĐ ở nhóm 2 so với 407,8 nghìn VNĐ ở nhóm 1. Sự khác biệt về mức chi tiêu từ tiền túi trung bình theo tháng của các HGD được điều tra trong 18 tháng nghiên cứu giữa 2 nhóm là có ý nghĩa thống kê ($p < 0,001$, test Mann-Whitney).

3.3.1.2. Mối liên quan giữa chi tiêu từ tiền túi trung bình theo tháng của các hộ gia đình được điều tra và một số yếu tố kinh tế, văn hóa, xã hội

Bảng 3.15. Chi tiêu từ tiền túi trung bình theo tháng cho KCB của các HGD được điều tra trong 18 tháng nghiên cứu và các yếu tố liên quan

Chi tiêu từ tiền túi cho KCB theo tháng (nghìn VNĐ)	Nhóm 1			Nhóm 2		
	TB	Trung vị (Median)	SD	TB	Trung vị (Median)	SD
Cỡ hộ gia đình						
- ≤4 người	374,7	133,3	693,3	523,6	211,3	804,3
- >4 người	479,1	208,3	708,5	840,4	365,6	1685,2
Chủ hộ gia đình là nữ						
- Có	370,8	166,7	551,5	634,9	304,2	1133,2

Chi tiêu từ tiền túi cho KCB theo tháng (nghìn VNĐ)	Nhóm 1			Nhóm 2		
	TB	Trung vị (Median)	SD	TB	Trung vị (Median)	SD
- Không	440,0	160,4	802,9	666,2	250,0	1343,2
HGD có người > 60 tuổi						
- Có	466,6	187,5	775,7	740,3	350,0	1381,7
- Không	362,6	133,3	628,6	499,8	181,3	954,0
HGD có người < 5 tuổi						
- Có	440,1	250,0	630,3	776,3	354,2	1335,8
- Không	398,4	125,0	716,3	605,6	250,0	1280,5
Bảo hiểm y tế (toàn bộ thành viên)						
- Có	488,7	166,7	837,1	656,9	291,7	1233,5
- Không	340,5	166,7	548,1	640,8	250,0	1266,4
HGD có người mắc bệnh, triệu chứng cấp tính tự khai báo trong 4 tuần qua						
- Có	441,3	191,7	670,8	662,5	303,3	1235,2
- Không	378,7	125,0	719,7	639,6	254,2	1256,0
HGD có người hiện mắc bệnh mạn tính tự khai báo						
- Có	533,6	250,0	709,9	778,1	375,0	1270,7
- Không	342,5	120,8	682,9	527,7	177,1	1208,4
HGD có người điều trị ngoại trú						
- Có	507,6	250,0	675,5	667,1	333,3	1004,4
- Không	270,3	54,2	705,4	607,8	104,6	1733,4
HGD có người điều trị nội trú						
- Có	893,3	600,0	1065,3	1231,4	656,3	1995,1
- Không	284,1	104,2	498,1	458,8	187,5	776,5
Tình trạng kinh tế						
- Nhóm nghèo nhất	320,7	104,2	591,2	552,6	250,0	759,4
- Nhóm cận nghèo	339,6	125,0	544,3	563,6	250,0	1133,8
- Nhóm trung bình	397,6	166,7	545,1	762,8	291,7	1541,0
- Nhóm giàu	383,7	208,3	534,8	778,1	375,0	1657,7
- Nhóm giàu nhất	599,4	180,2	1086,4	590,9	291,7	860,1

Kết quả ở bảng 3.15 cho thấy:

+ Ở cả hai nhóm, các HGD có trên 4 người có mức chi tiêu từ tiền túi trung bình theo tháng cho KCB cao hơn so với các HGD có ≤ 4 người (nhóm 1: lần lượt là 479,1 nghìn VNĐ và 374,7 VNĐ; nhóm 2: lần lượt là 840,4 nghìn VNĐ và 523,6 nghìn VNĐ).

+ Các HGD có chủ hộ là nữ ở nhóm 2 có mức chi tiêu tiền túi trung bình theo tháng cho KCB cao hơn so với các HGD ở nhóm 1 (tương ứng 634,9 nghìn VNĐ so với 370,8 nghìn VNĐ).

+ Ở cả hai nhóm, các HGD có người trên 60 tuổi có mức chi tiêu tiền túi trung bình theo tháng cho KCB cao hơn so với các HGD không có người > 60 tuổi (nhóm 1: lần lượt là 466,6 nghìn VNĐ và 362,6 nghìn VNĐ; nhóm 2: lần lượt là 740,3 nghìn VNĐ và 499,8 nghìn VNĐ).

+ Ở cả hai nhóm, các HGD có người <5 tuổi có mức chi phí tiền túi trung bình theo tháng cho KCB cao hơn so với các HGD không có người < 5 tuổi (nhóm 1: lần lượt là 440,1 nghìn VNĐ và 398,4 nghìn VNĐ; nhóm 2: lần lượt là 776,3 nghìn VNĐ và 605,6 nghìn VNĐ).

+ Ở cả hai nhóm, các HGD toàn bộ thành viên có BHYT có mức chi tiêu tiền túi trung bình theo tháng cho KCB cao hơn so với các HGD không có thành viên nào có BHYT (nhóm 1: lần lượt là 488,7 nghìn VNĐ và 340,5 nghìn VNĐ; nhóm 2: lần lượt là 662,5 nghìn VNĐ và 640,8 nghìn VNĐ).

+ Ở cả hai nhóm, chi tiêu từ tiền túi trung bình theo tháng cho KCB của các HGD có người mắc các bệnh và triệu chứng cấp tính cao hơn so với các HGD không có người mắc các bệnh và triệu chứng cấp tính (nhóm 1: lần lượt là 441,3 nghìn VNĐ và 378,7 nghìn VNĐ; nhóm 2: lần lượt là 662,5 nghìn VNĐ và 639,6 nghìn VNĐ). Mức chi tiêu của các HGD có người mắc các bệnh mạn tính cao hơn so với các HGD không có người mắc bệnh mạn tính (nhóm 1: lần lượt là 533,6 nghìn VNĐ và 342,5 nghìn VNĐ; nhóm 2: lần lượt là 778,1 nghìn VNĐ và 527,7 nghìn VNĐ).

+ Ở cả hai nhóm, chi tiêu từ tiền túi trung bình theo tháng cho KCB xét theo loại hình DVKCB của các HGD có người điều trị ngoại trú ở cao hơn so với các HGD không có người điều trị ngoại trú (nhóm 1: lần lượt là 507,6 nghìn VNĐ và 270,3 nghìn VNĐ; nhóm 2: lần lượt là 667,1 nghìn VNĐ và 607,8 nghìn VNĐ). Mức chi tiêu tương ứng của các HGD có người điều trị nội trú ở cao hơn so với các HGD không có người điều trị nội trú (nhóm 1: lần lượt là 893,3 nghìn VNĐ và 284,1 nghìn VNĐ; nhóm 2: lần lượt là 1231,4 nghìn VNĐ và 458,8 nghìn VNĐ).

+ Ở cả hai nhóm, chi tiêu từ tiền túi trung bình theo tháng cho KCB xét theo tình trạng kinh tế HGD thì các HGD ở nhóm 2 cao hơn so với các HGD ở nhóm 1, đa số có xu hướng tăng dần từ nhóm nghèo nhất đến nhóm giàu nhất. Trong đó, mức chi tiêu tương ứng của các HGD ở nhóm 2 cao nhất ở nhóm giàu gấp 1,41 lần so với nhóm nghèo nhất, tương ứng là 778,1 nghìn VNĐ so với 552,6 nghìn VNĐ. Các HGD ở nhóm 1 có mức chi tiêu tương ứng cao nhất ở nhóm giàu nhất cao gấp 1,87 lần so với nhóm nghèo nhất, tương ứng là 599,4 nghìn VNĐ so với 320,7 nghìn VNĐ.

Bảng 3.16. Mô hình hồi quy đa biến lặp lại phân tích mối liên quan giữa chi tiêu từ tiền túi cho KCB trong 18 tháng nghiên cứu và một số đặc điểm của các HGD được điều tra

Biến độc lập: Đặc điểm của các HGD được điều tra	Biến phụ thuộc: Chi tiêu từ tiền túi cho KCB trong 18 tháng nghiên cứu (có/không)	
	Hệ số bê ta	95% CI
Nhóm điều tra		
- Nhóm 1	-0,34*	-0,52- -0,16
- Nhóm 2	0	
Cỡ hộ gia đình		
- ≤4 người	0	
- >4 người	0,3*	0,11- 0,48
Chủ hộ gia đình là nữ		
- Có	-0,11	-0,29-0,07
- Không	0	
HGD có người > 60 tuổi		
- Có	-0,11	-0,31-0,1
- Không	0	
HGD có người < 5 tuổi		
- Có	-0,08	-0,26-0,11
- Không	0	
Bảo hiểm y tế (toàn bộ thành viên)		
- Có	0,21*	0,04-0,38
- Không	0	
HGD có người mắc bệnh, triệu chứng cấp tính tự khai báo trong 4 tuần qua		
- Có	-0,06	-0,22-0,11
- Không	0	
HGD có người hiện mắc bệnh mạn tính tự khai báo		
- Có	0,22*	0,05-0,4
- Không	0	
HGD có người điều trị ngoại trú		
- Có	-0,11	-0,28-0,06
- Không	0	
HGD có người điều trị nội trú		
- Có	1,32*	1,11-1,53
- Không	0	
Tình trạng kinh tế		
- Nhóm nghèo nhất	0	
- Nhóm cận nghèo	0,04	-0,27-0,36
- Nhóm trung bình	0,28	0,005-0,55
- Nhóm giàu	0,32	0,05-0,60
- Nhóm giàu nhất	0,30	0,01-0,58

*Ghi chú: * Có sự khác biệt mang ý nghĩa thống kê với 95% khoảng tin cậy không chứa giá trị 1.*

Kết quả mô hình hồi quy (GEE) đa biến lặp lại ở bảng 3.16 cho thấy các yếu tố liên quan có ý nghĩa thống kê với mức chi tiêu từ tiền túi cho KCB trong 18 tháng nghiên cứu của các HGD được điều tra, bao gồm:

- Điều kiện điều kiện sinh hoạt tối thiểu: các HGD sống trong khu vực có điều kiện sinh hoạt tối thiểu không được đảm bảo có khả năng chi tiêu từ tiền túi cho KCB trong 18 tháng nghiên cứu thấp hơn 34% so với các HGD được điều tra sống trong khu vực có điều kiện sinh hoạt tối thiểu được đảm bảo (hệ số bê ta = -0,34; CI 95%: -0,52- -0,16).

- Số người trong HGD: những HGD có > 4 người có khả năng chi tiêu từ tiền túi cho KCB trong 18 tháng nghiên cứu nhiều hơn 30% so với những HGD có \leq 4 người (hệ số bê ta = 0,3; CI 95%: 0,11-0,48).

- Các HGD được điều tra có BHYT (toàn bộ thành viên) có khả năng chi tiêu từ tiền túi cho KCB trong 18 tháng nghiên cứu nhiều hơn 21% so với các HGD không có BHYT (hệ số bê ta = 0,21; CI 95%: 0,04-0,38).

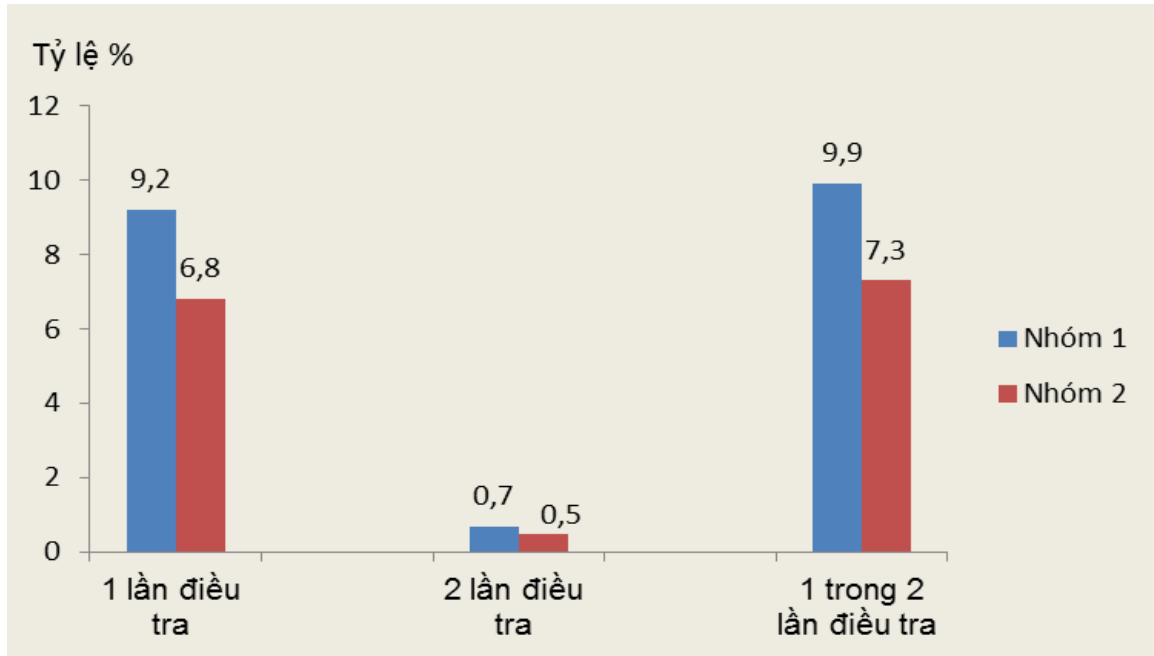
- Các HGD có người hiện mắc các bệnh mạn tính tự khai báo có khả năng chi tiêu từ tiền túi cho KCB trong 18 tháng nghiên cứu nhiều hơn 22% so với các HGD không có người hiện mắc các bệnh mạn tính tự khai báo (hệ số bê ta = 0,22; CI 95%: 0,05-0,4).

- Các HGD có người điều trị nội trú có khả năng chi tiêu từ tiền túi cho KCB trong 18 tháng nghiên cứu cao gấp 1,32 lần so với các HGD không có người điều trị nội trú (hệ số bê ta = 1,32; CI 95%: 1,11-1,53).

- Các HGD có tình trạng kinh tế trung bình, giàu và giàu nhất đều có khả năng chi tiêu từ tiền túi cho KCB trong 18 tháng nghiên cứu nhiều hơn so với các HGD không có tình trạng kinh tế nghèo nhất (các hệ số bê ta = 0,28, 0,32 và 0,30; CI 95%: 0,005-0,55, 0,05-0,60 và 0,01-0,58).

3.3.2. *Gánh nặng chi tiêu do chi tiêu cho khám chữa bệnh của các hộ gia đình được điều tra và một số yếu tố liên quan*

3.3.2.1. Chi tiêu thảm họa do chi tiêu cho khám chữa bệnh trong 18 tháng nghiên cứu của các hộ gia đình được điều tra



Biểu đồ 3.15. Chi tiêu thảm họa do chi tiêu cho KCB trong 18 tháng nghiên cứu của các HGD được điều tra (xem số liệu ở phụ lục 10).

Kết quả tại biểu đồ 3.15 cho thấy tỷ lệ chi tiêu thảm họa do chi tiêu cho KCB trong 18 tháng nghiên cứu của các HGD được điều tra ở nhóm 1 cao hơn so với nhóm 2, với tỷ lệ tương ứng là 9,2% so với 6,8% trong 1 lần điều tra; 0,7% so với 0,5% trong cả 2 lần điều tra và 9,9% so với 7,3% trong 18 tháng nghiên cứu. Tuy nhiên, sự khác biệt về tỷ lệ chi tiêu thảm họa do chi tiêu cho KCB trong 18 tháng nghiên cứu của các HGD được điều tra đều không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$, test χ^2).

3.3.2.2. Mối liên quan giữa chi tiêu thảm họa do chi tiêu cho khám chữa bệnh trong 18 tháng nghiên cứu của các hộ gia đình được điều tra và một số yếu tố kinh tế, văn hóa, xã hội

Bảng 3.17. Chi tiêu thảm họa do chi phí cho KCB trong 18 tháng nghiên cứu của các HGD được điều tra và một số yếu tố liên quan

Đặc điểm của các HGD được điều tra	Chi tiêu thảm họa do chi tiêu cho KCB của các HGD (CATA 40%)		
	Nhóm 1 n (%)	Nhóm 2 n (%)	P (χ^2)
Cỡ hộ gia đình			

Đặc điểm của các HGD được điều tra	Chi tiêu thảm họa do chi tiêu cho KCB của các HGD (CATA 40%)		
	Nhóm 1 n (%)	Nhóm 2 n (%)	P (χ^2)
- ≤ 4 người	48 (10,5)	28 (8,0)	0,226
- > 4 người	12 (8,1)	15 (6,4)	0,513
Chủ hộ là nữ			
- Có	31 (11,0)	22 (7,7)	0,181
- Không	29 (9,0)	21 (7,0)	0,357
HGD có thành viên > 60 tuổi			
- Có	35 (13,3)	34 (9,2)	0,104
- Không	25 (7,3)	9 (4,1)	0,126
HGD có thành viên < 05 tuổi			
- Có	4 (2,9)	9 (5,8)	0,242
- Không	56 (11,9)	34 (7,9)	0,044
Bảo hiểm y tế (toàn bộ thành viên)			
- Có	29 (10,6)	30 (8,1)	0,288
- Không	31 (9,4)	13 (6,0)	0,155
HGD có người mắc bệnh, triệu chứng cấp tính tự khai báo trong 4 tuần qua			
- Có	29 (10,3)	18 (6,2)	0,072
- Không	31 (9,5)	25 (8,5)	0,635
HGD có người hiện mắc bệnh mạn tính tự khai báo			
- Có	34 (16,4)	29 (10,0)	0,035
- Không	26 (6,5)	14 (4,7)	0,307
HGD có người điều trị ngoại trú			
- Có	39 (11,1)	33 (7,7)	0,105
- Không	21 (8,2)	10 (6,3)	0,454
HGD có người điều trị nội trú			
- Có	33 (26,8)	22 (15,1)	0,017
- Không	27 (5,6)	21 (4,8)	0,571
Tình trạng kinh tế			
- Nhóm nghèo nhất	25 (20,8)	19 (16,6)	0,289
- Nhóm cận nghèo	13 (10,6)	5 (4,4)	0,073
- Nhóm trung bình	9 (7,4)	7 (5,2)	0,448
- Nhóm giàu	7 (5,7)	8 (7,6)	0,569
- Nhóm giàu nhất	6 (5,0)	4 (3,6)	0,612
Tổng	60 (9,9)	43 (7,3)	0,113

Kết quả ở bảng 3.17 cho thấy:

+ Các HGD có ≤ 4 thành viên có tỷ lệ chi tiêu thảm họa do chi tiêu cho KCB trong 18 tháng nghiên cứu cao hơn so với các HGD có > 4 thành viên, với tỷ lệ tương

ứng là 10,5% và 8,1% ở nhóm 1 cao hơn so với 8,0% và 6,4% ở nhóm 2; tuy nhiên, sự khác biệt trên giữa 2 nhóm điều tra không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$, test χ^2).

+ Các HGD có chủ hộ là nữ có tỷ lệ chi tiêu thảm họa do chi tiêu cho KCB trong 18 tháng nghiên cứu cao hơn so với các HGD có chủ hộ là nam, với tỷ lệ tương ứng là 11,0% và 9,0% ở nhóm 1 cao hơn so với 7,7% và 7,0% ở nhóm 2. Tuy nhiên, sự khác biệt về tỷ lệ chi tiêu thảm họa do chi tiêu cho KCB trong 18 tháng nghiên cứu của các HGD có chủ hộ là nữ giữa 2 nhóm điều tra không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$, test χ^2).

+ Các HGD có người trên 60 tuổi có tỷ lệ chi tiêu thảm họa do chi tiêu cho KCB trong 18 tháng nghiên cứu cao hơn so với các HGD không có người trên 60 tuổi, với tỷ lệ tương ứng là 13,3% và 7,3% ở nhóm 1 cao hơn so với 9,2% và 4,1% ở nhóm 2; tuy nhiên, sự khác biệt trên giữa 2 nhóm điều tra không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$, test χ^2).

+ Các HGD có thành viên < 5 tuổi có tỷ lệ chi tiêu thảm họa do chi tiêu cho KCB trong 18 tháng nghiên cứu thấp hơn so với các HGD không có thành viên < 5 , với tỷ lệ tương ứng là 2,9% và 11,9% ở nhóm 1 cao hơn so với 5,8 và 7,9% ở nhóm 2; sự khác biệt trên giữa 2 nhóm điều tra có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$, test χ^2).

+ Các HGD có có BHYT (toàn bộ thành viên) có tỷ lệ chi tiêu thảm họa do chi tiêu cho KCB trong 18 tháng nghiên cứu cao hơn so với các HGD không có BHYT, với tỷ lệ tương ứng là 10,6% và 9,4% ở nhóm 1 cao hơn so với 8,1% và 6,0% ở nhóm 2; tuy nhiên, sự khác biệt trên giữa 2 nhóm điều tra không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$, test χ^2).

+ Các HGD có người mắc các bệnh, triệu chứng cấp tính (tự khai báo) 4 tuần trước ngày phỏng vấn trước ngày phỏng vấn có tỷ lệ chi tiêu thảm họa do chi tiêu cho KCB trong 18 tháng nghiên cứu cao hơn so với các HGD không có người mắc, với tỷ lệ tương ứng là 10,3% và 9,5% ở nhóm 1 cao hơn so với 8,5% và 6,2% ở nhóm 2; tuy nhiên, sự khác biệt trên giữa 2 nhóm điều tra không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$, test χ^2).

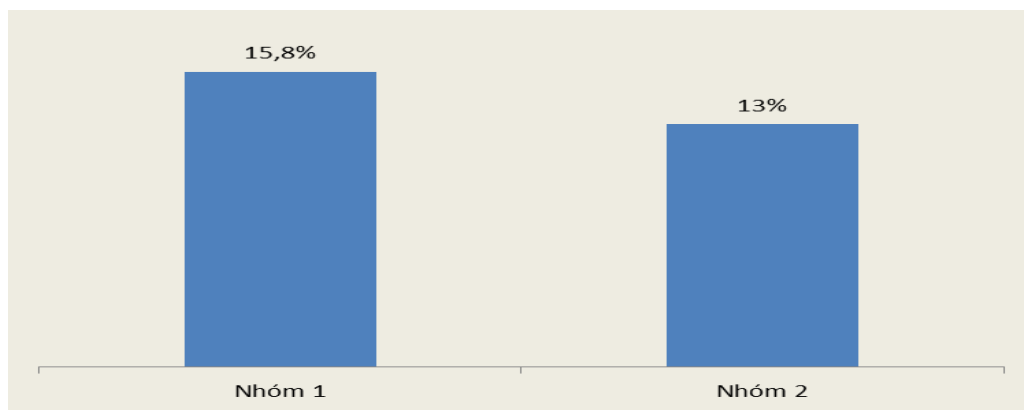
+ Các HGD có người hiện mắc các bệnh mạn tính tự khai báo có tỷ lệ chi tiêu thảm họa do chi tiêu cho KCB trong 18 tháng nghiên cứu cao hơn so với các HGD không có người mắc, với tỷ lệ tương ứng là 16,4% và 6,5% ở nhóm 1 cao hơn so với 10,0% và 4,7% ở nhóm 2; sự khác biệt trên giữa 2 nhóm điều tra là có ý nghĩa thống kê (test χ^2 , với $p < 0,05$).

+ Các HGD có người điều trị ngoại trú có tỷ lệ chi tiêu thảm họa do chi tiêu cho KCB trong 18 tháng nghiên cứu cao hơn so với các HGD không có người điều trị ngoại trú, với tỷ lệ tương ứng là 11,1% và 8,2% ở nhóm 1 cao hơn so với 7,7% và 6,3% ở nhóm 2; tuy nhiên, sự khác biệt trên giữa 2 nhóm điều tra không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$, test χ^2).

+ Các HGD có người điều trị nội trú có tỷ lệ chi tiêu thảm họa do chi tiêu cho KCB trong 18 tháng nghiên cứu cao hơn so với các HGD không có người điều trị ngoại

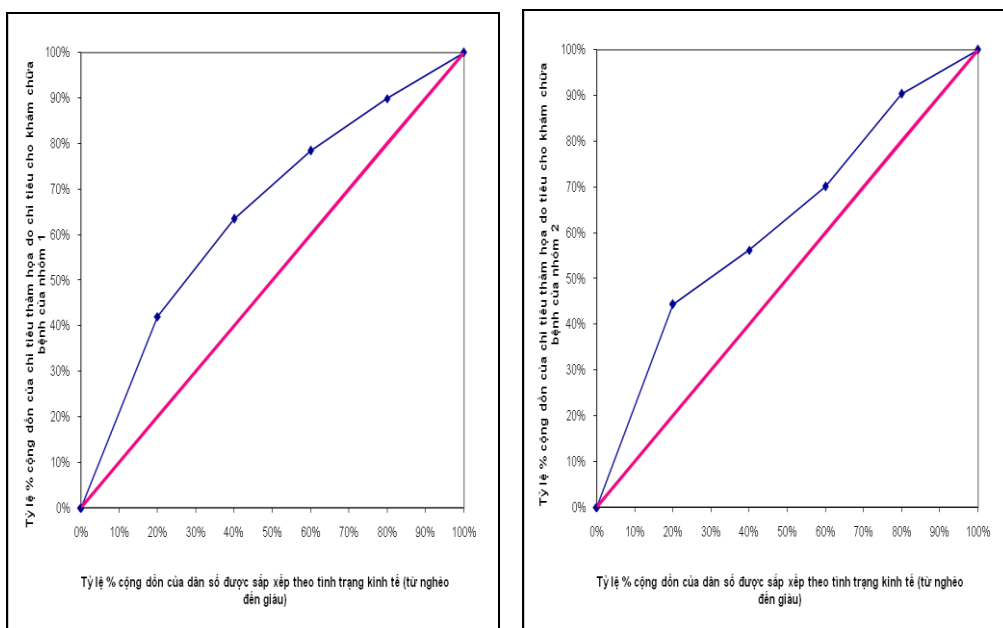
trú, với tỷ lệ tương ứng là 26,8% và 5,6% ở nhóm 1 cao hơn so với 15,1% và 4,8% ở nhóm 2; sự khác biệt trên giữa 2 nhóm điều tra có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$, test χ^2).

+ Các HGD có tình trạng kinh tế càng thấp thì có tỷ lệ chi tiêu thảm họa do chi tiêu cho KCB trong 18 tháng nghiên cứu càng cao, cao nhất ở những HGD nghèo nhất với tỷ lệ tương ứng là 20,8% ở nhóm 1 cao hơn so với 16,6% ở nhóm 2. Tuy nhiên, sự khác biệt về tỷ lệ chi tiêu thảm họa do chi tiêu cho KCB trong 18 tháng nghiên cứu theo tình trạng kinh tế HGD giữa 2 nhóm điều tra không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$, test χ^2).



Biểu đồ 3.16. Sự khác biệt tuyệt đối giữa nhóm giàu nhất và nhóm nghèo nhất về chi tiêu thảm họa do chi tiêu cho khám chữa bệnh của các HGD trong 18 tháng nghiên cứu

Biểu đồ 3.16 cho thấy sự khác biệt tuyệt đối giữa nhóm giàu nhất và nhóm nghèo nhất về tỷ lệ chi tiêu thảm họa do chi tiêu cho khám chữa bệnh của các HGD trong 18 tháng nghiên cứu ở nhóm 1 cao hơn so với tỷ lệ tương ứng ở nhóm 2 (lần lượt là 15,8% so với 13,0%).



Nhóm 1

Nhóm 2

Biểu đồ 3.17. Biểu đồ tập trung tỷ lệ chi tiêu tham họa do chi tiêu cho khám chữa bệnh của các HGD trong 18 tháng nghiên cứu ở 2 nhóm điều tra

Biểu đồ 3.17 cho thấy mức độ bất công bằng tỷ lệ chi tiêu tham họa do chi tiêu cho khám chữa bệnh của các HGD trong 18 tháng nghiên cứu ở nhóm 2 cao hơn so với nhóm 1 (hệ số tập trung của tỷ lệ chi tiêu tham họa do chi tiêu cho khám chữa bệnh ở nhóm 2 và nhóm 1 lần lượt là 0,312 so với 0,295).

Bảng 3.18. Mô hình hồi quy đa biến lặp lại phân tích mối liên quan giữa chi tiêu tham họa do chi tiêu cho KCB trong 18 tháng nghiên cứu và một số đặc điểm của các HGD được điều tra

Biến độc lập: Đặc điểm của các HGD được điều tra	Biến phụ thuộc: Chi tiêu tham họa do chi tiêu cho KCB của HGD (có/không)	
	OR	95% CI
Nhóm điều tra		
- Nhóm 1	1,9*	1,2-3,0
- Nhóm 2	1	
Cỡ hộ gia đình		
- ≤4 người	1	
- >4 người	0,8	0,4-1,3
Chủ hộ gia đình là nữ		
- Có	1,5	1,0-2,3

Biến độc lập: Đặc điểm của các HGD được điều tra	Biến phụ thuộc: Chi tiêu thảm họa do chi tiêu cho KCB của HGD (có/không)	
	OR	95% CI
- Không	1	
HGD có người >60 tuổi		
- Có	1,1	0,7-1,9
- Không	1	
HGD có người <5 tuổi		
- Có	0,5*	0,2-0,9
- Không	1	
Bảo hiểm y tế (toàn bộ thành viên)		
- Có	1,1	0,7-1,7
- Không	1	
HGD có người hiện mắc bệnh mạn tính tự khai báo		
- Có	1,9*	1,2-3,1
- Không	1	
HGD có người mắc bệnh, triệu chứng cấp tính tự khai báo trong 4 tuần qua		
- Có	0,8	0,5-1,2
- Không	1	
HGD có người điều trị ngoại trú		
- Có	1,1	0,7-1,8
- Không	1	
HGD có người điều trị nội trú		
- Có	8,7*	5,6-13,7
- Không	1	
Tình trạng kinh tế		
- Nhóm nghèo nhất	1	
- Nhóm cận nghèo	0,4*	0,2-0,8
- Nhóm trung bình	0,3*	0,1-0,5
- Nhóm giàu	0,4*	0,2-0,7
- Nhóm giàu nhất	0,2*	0,1-0,5

Ghi chú: * Có sự khác biệt mang ý nghĩa thống kê với 95% khoảng tin cậy không chứa giá trị 1.

Kết quả mô hình hồi quy (GEE) đa biến lặp lại ở bảng 3.18 cho thấy các đặc điểm của HGD liên quan có ý nghĩa thống kê với chi tiêu thảm họa do chi tiêu cho KCB trong 18 tháng nghiên cứu của các HGD được điều tra, bao gồm:

- Điều kiện sinh hoạt: các HGD sống trong khu vực có điều kiện sinh hoạt không đảm bảo (nhóm 1) có khả năng phải chi tiêu thảm họa do chi tiêu cho KCB trong 18 tháng nghiên cứu gấp 1,9 lần so với các HGD sống trong khu vực có điều kiện sinh hoạt đảm bảo (nhóm 2), với OR = 1,9; CI 95%: 1,2-3,0.

- Các HGD có người < 5 tuổi có khả năng chi tiêu thảm họa do chi tiêu cho KCB trong 18 tháng nghiên cứu bằng 0,5 lần so với các HGD không có thành viên < 5 tuổi, với OR = 0,5; CI 95%: 0,2-0,9.

- Các HGD có người hiện mắc các bệnh mạn tính tự khai báo có khả năng chi tiêu thảm họa do chi tiêu cho KCB trong 18 tháng nghiên cứu gấp 1,9 lần so với các HGD không có người hiện mắc các bệnh mạn tính tự khai báo, với OR = 1,9; CI 95%: 1,2-3,1.

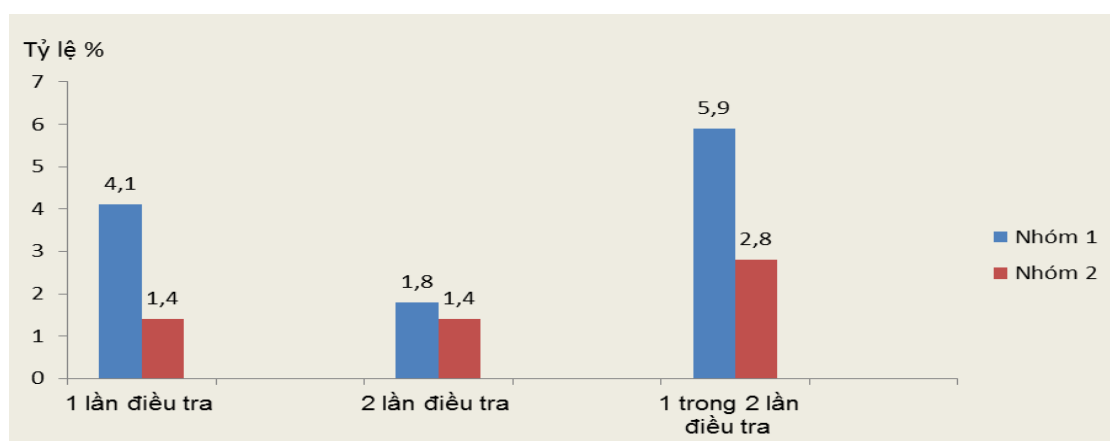
- Các HGD có người điều trị nội trú có khả năng chi tiêu thảm họa do chi tiêu cho KCB trong 18 tháng nghiên cứu gấp 8,7 lần so với các HGD không có người điều trị nội trú, tương ứng với OR = 8,7; CI 95%: 5,6-13,7.

- Các HGD có tình trạng kinh tế mức độ cận nghèo, trung bình, giàu và giàu nhất đều có khả năng chi tiêu thảm họa do chi tiêu cho KCB trong 18 tháng nghiên cứu thấp hơn so với các HGD nghèo nhất, tương ứng với OR = 0,4; CI 95%: 0,2-0,8; OR = 0,3; CI 95%: 0,1-0,5; OR = 0,4; CI 95%: 0,2-0,7 và OR = 0,2; CI 95%: 0,1-0,5.

Các biến số về số lượng thành viên trong HGD, chủ hộ là nữ, HGD có thành viên là người trên 60 tuổi, HGD có BHYT và có người mắc các bệnh và triệu chứng cấp tính 4 tuần trước ngày phỏng vấn phải điều trị ngoại trú không thấy có ảnh hưởng đáng kể đối với tình trạng chi tiêu thảm họa do chi tiêu cho KCB trong 18 tháng nghiên cứu của các HGD được điều tra và các sự khác biệt đều không có ý nghĩa thống kê.

3.3.3. Nghèo hóa do chi tiêu cho khám chữa bệnh trong 18 tháng nghiên cứu của các hộ gia đình được điều tra và các yếu tố liên quan

3.3.3.1. Nghèo hóa do chi tiêu cho khám chữa bệnh trong 18 tháng nghiên cứu của các hộ gia đình được điều tra và các yếu tố liên quan



Biểu đồ 3.18. Nghèo hóa do chi tiêu cho KCB trong 18 tháng nghiên cứu của các HGD được điều tra (xem số liệu ở phụ lục 10).

Kết quả tại biểu đồ 3.18 cho thấy tỷ lệ nghèo hóa do chi tiêu cho KCB của các HGD trong 18 tháng nghiên cứu được điều tra ở nhóm 1 cao hơn so với nhóm 2 (4,1% so với 1,4% trong 1 lần điều tra; 1,8% so với 1,4% trong cả 2 lần điều tra và 5,9% so với 2,8% trong 18 tháng qua). Sự khác biệt về tỷ lệ nghèo hóa do chi tiêu cho KCB của các HGD trong 18 tháng nghiên cứu giữa 2 nhóm điều tra có ý nghĩa thống kê ($p < 0,01$, test χ^2).

3.3.3.2. *Mối liên quan giữa nghèo hóa do chi tiêu cho khám chữa bệnh trong 18 tháng nghiên cứu của các hộ gia đình được điều tra và một số các yếu tố kinh tế, văn hóa, xã hội*

Bảng 3.19. Nghèo hóa của các HGD được điều tra trong 18 tháng nghiên cứu do chi tiêu cho KCB và đặc điểm của các HGD được điều tra

Đặc điểm của các HGD được điều tra	Nghèo hóa do chi tiêu cho KCB của các HGD		
	Nhóm 1 n (%)	Nhóm 2 n (%)	P (χ^2)
Cỡ hộ gia đình			
- ≤4 người	28 (6,1)	12 (3,4)	0,080
- >4 người	8 (5,4)	4 (1,7)	0,042
Chủ hộ là nữ			
- Có	18 (6,4)	11 (3,9)	0,173
- Không	18 (5,6)	5 (1,7)	0,010
HGD có thành viên > 60 tuổi			
- Có	15 (5,7)	12 ((3,3)	0,133
- Không	21 (6,1)	4 (1,8)	0,016
HGD có thành viên < 05 tuổi			

Đặc điểm của các HGD được điều tra	Nghèo hóa do chi tiêu cho KCB của các HGD		
	Nhóm 1 n (%)	Nhóm 2 n (%)	P (χ^2)
- Có	6 (4,4)	0 (0,0)	0,008
- Không	30 (6,4)	16 (3,7)	0,069
BHYT (toàn bộ thành viên)			
- Có	15 (5,5)	11 (3,0)	0,113
- Không	21 (6,3)	5 (2,3)	0,030
HGD có người mắc bệnh, triệu chứng cấp tính tự khai báo trong 4 tuần qua			
- Có	17 (6,1)	8 (2,8)	0,055
- Không	19 (5,9)	8 (2,7)	0,054
HGD có người hiện mắc bệnh mạn tính tự khai báo			
- Có	21 (10,1)	11 (3,8)	0,005
- Không	15 (3,8)	5 (1,7)	0,103
HGD có người điều trị ngoại trú			
- Có	25 (7,1)	12 (2,8)	0,005
- Không	11 (4,3)	4 (2,5)	0,335
HGD có người điều trị nội trú			
- Có	18 (14,6)	5 (3,4)	0,001
- Không	18 (3,7)	11 (2,5)	0,283
Tình trạng kinh tế			
- Nhóm nghèo nhất	13 (10,8)	5 (4,1)	0,046
- Nhóm cận nghèo	14 (11,4)	1 (0,9)	0,001
- Nhóm trung bình	6 (5,0)	2 (1,5)	0,108
- Nhóm giàu	2 (1,6)	4 (3,8)	0,309
- Nhóm giàu nhất	1 (0,8)	4 (3,6)	0,145
Tổng	36 (5,9)	16 (2,7)	0,007

Kết quả ở bảng 3.19 cho thấy:

+ Tỷ lệ nghèo hóa do chi tiêu cho KCB trong 18 tháng nghiên cứu của HGD có ≤ 4 người có hơn so với các HGD có > 4 thành viên, với tỷ lệ tương ứng là 6,1% và 5,4% ở nhóm 1 cao hơn so với 3,4% và 1,7% ở nhóm 2. Sự khác biệt về tỷ lệ nghèo hóa do chi tiêu cho KCB trong 18 tháng nghiên cứu theo số lượng người trong HGD (> 4 người) giữa 2 nhóm điều tra có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$, test χ^2).

+ Các HGD có chủ hộ là nữ có tỷ lệ nghèo hóa do chi tiêu cho KCB trong 18 tháng nghiên cứu cao hơn so với các HGD chủ hộ là nam, với tỷ lệ tương ứng là 6,4% và 5,6% ở nhóm 1 cao hơn so với 3,9% và 1,7% ở nhóm 2. Tuy nhiên, sự khác biệt về

tỷ lệ nghèo hóa do chi tiêu cho KCB trong 18 tháng nghiên cứu của các HGD có chủ hộ là nữ giữa 2 nhóm điều tra không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$, test χ^2).

+ Các HGD có người trên 60 tuổi ở nhóm 1 có tỷ lệ nghèo hóa do chi tiêu cho KCB trong 18 tháng nghiên cứu cao hơn so với nhóm 2, với tỷ lệ tương ứng là 5,7% so với 3,3%; tuy nhiên, sự khác biệt trên giữa 2 nhóm điều tra không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$, test χ^2).

+ Các HGD có người < 5 tuổi ở nhóm 1 có tỷ lệ nghèo hóa do chi tiêu cho KCB trong 18 tháng nghiên cứu cao hơn so với nhóm 2, với tỷ lệ tương ứng là 4,4% so với 0,0%; sự khác biệt trên giữa 2 nhóm điều tra có ý nghĩa thống kê ($p < 0,01$, test χ^2).

+ Các HGD có có BHYT (toàn bộ thành viên) ở nhóm 1 có tỷ lệ nghèo hóa do chi tiêu cho KCB trong 18 tháng nghiên cứu cao hơn so với nhóm 2, với tỷ lệ tương ứng là 5,5% so với 3,0%; tuy nhiên, sự khác biệt trên giữa 2 nhóm điều tra không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$, test χ^2).

+ Các HGD có người mắc các bệnh, triệu chứng cấp tính tự khai báo 4 tuần qua trước ngày phỏng vấn có tỷ lệ nghèo hóa do chi tiêu cho KCB trong 18 tháng nghiên cứu cao hơn so với các HGD không có người mắc các bệnh tương ứng, với tỷ lệ tương ứng là 6,1% và 5,9% cao hơn so với 2,82% và 2,7%; tuy nhiên, sự khác biệt trên giữa 2 nhóm điều tra không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$, test χ^2).

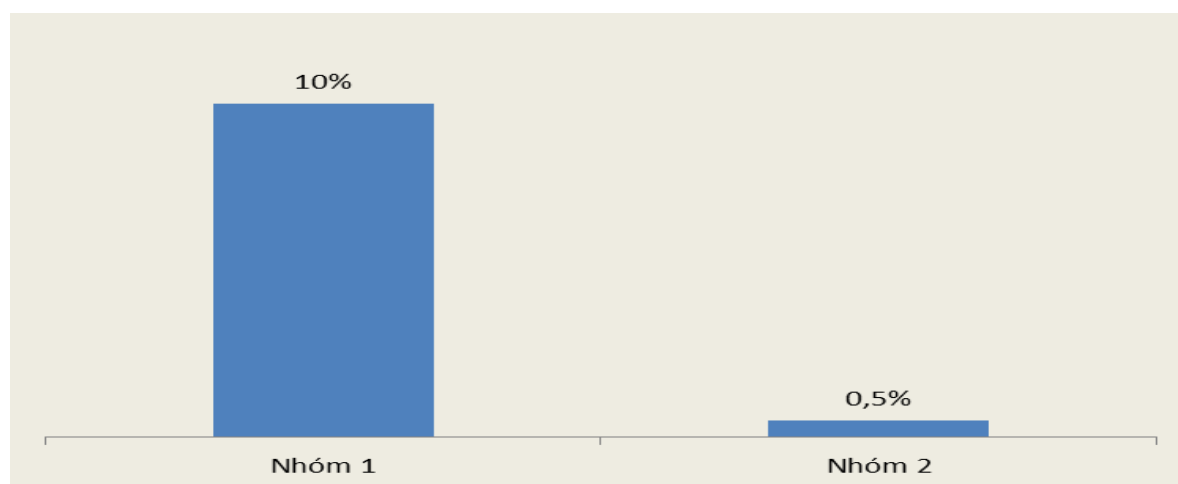
+ Các HGD có người hiện mắc các bệnh mạn tính tự khai báo có tỷ lệ nghèo hóa do chi tiêu cho KCB trong 18 tháng nghiên cứu cao hơn so với các HGD không có người mắc các bệnh tương ứng, với tỷ lệ tương ứng là 10,1% và 3,8% ở nhóm 1 cao hơn so với 3,8% và 1,7%; sự khác biệt trên giữa 2 nhóm điều tra có ý nghĩa thống kê ($p < 0,01$, test χ^2).

+ Các HGD có người điều trị ngoại trú có tỷ lệ nghèo hóa do chi tiêu cho KCB trong 18 tháng nghiên cứu cao hơn so với các HGD không có người điều trị ngoại trú, với tỷ lệ tương ứng là 7,1% và 4,3% ở nhóm 1 cao hơn so với 2,8% và 2,5%; sự khác biệt trên giữa 2 nhóm điều tra có ý nghĩa thống kê ($p < 0,01$, test χ^2).

+ Các HGD có người điều trị nội trú có tỷ lệ nghèo hóa do chi tiêu cho KCB trong 18 tháng nghiên cứu cao hơn so với các HGD không có người điều trị nội trú, với

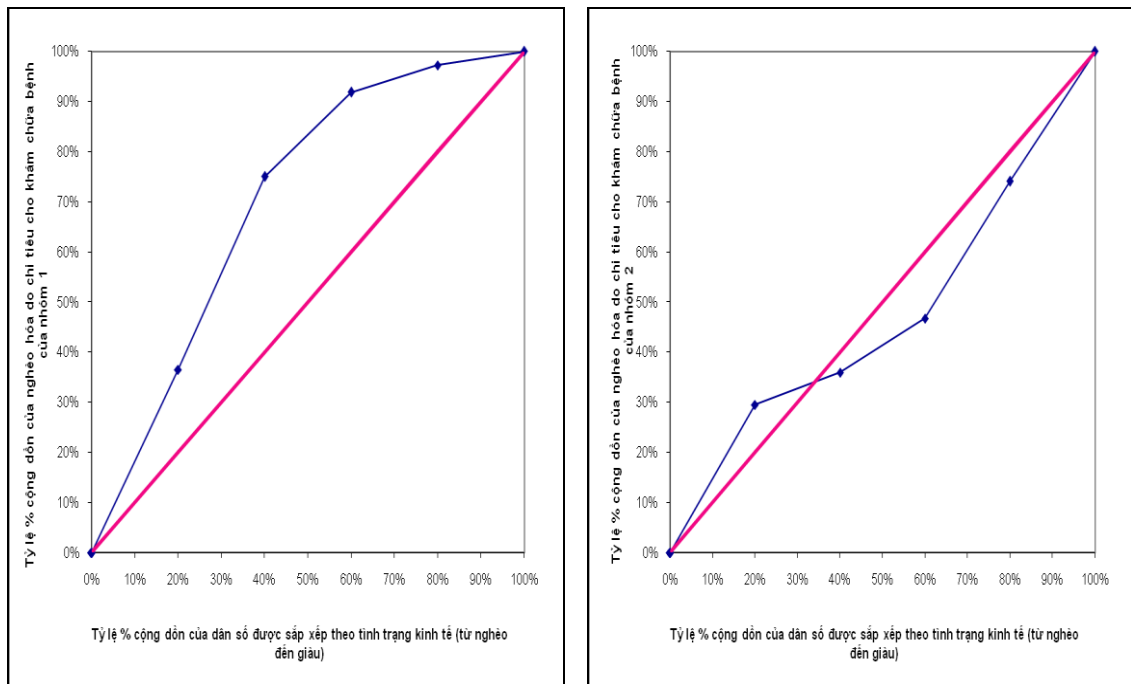
tỷ lệ tương ứng là 14,6% và 3,7% ở nhóm 1 cao hơn so với 3,4% và 2,5%. Sự khác biệt về tỷ lệ nghèo hóa do chi tiêu cho KCB trong 18 tháng nghiên cứu của các HGD có người điều trị nội trú giữa 2 nhóm điều tra là có ý nghĩa thống kê (test χ^2 , với $p < 0,01$).

+ Các HGD có tình trạng kinh tế cận nghèo ở nhóm 1 có tỷ lệ nghèo hóa do chi tiêu cho KCB trong 18 tháng nghiên cứu cao nhất (chiếm 11,4%); còn các HGD có tình trạng kinh tế nghèo nhất ở nhóm 2 có tỷ lệ nghèo hóa do chi tiêu cho KCB trong 18 tháng nghiên cứu cao nhất (4,1%). Sự khác biệt tỷ lệ nghèo hóa do chi tiêu cho KCB trong 18 tháng nghiên cứu của các HGD có tình trạng kinh tế nghèo nhất và cận nghèo giữa 2 nhóm điều tra có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$ và $p < 0,01$, test χ^2).



Biểu đồ 3.19. Sự khác biệt tuyệt đối giữa nhóm giàu nhất và nhóm nghèo nhất về tỷ lệ nghèo hóa do chi tiêu cho khám chữa bệnh của các hộ gia đình trong 18 tháng nghiên cứu

Biểu đồ 3.19 cho thấy sự khác biệt tuyệt đối giữa nhóm giàu nhất và nhóm nghèo nhất về tỷ lệ nghèo hóa do chi tiêu cho khám chữa bệnh của các HGD trong 18 tháng nghiên cứu ở nhóm 1 cao hơn so với tỷ lệ tương ứng ở nhóm 2 (lần lượt là 10,0% so với 0,5%).



Nhóm 1

Nhóm 2

Biểu đồ 3.20. Biểu đồ tập trung tỷ lệ nghèo hóa do chi tiêu cho khám chữa bệnh của các HGD trong 18 tháng nghiên cứu ở 2 nhóm điều tra

Biểu đồ 3.20 cho thấy mức độ bất công bằng về tỷ lệ nghèo hóa do chi tiêu cho khám chữa bệnh của các HGD trong 18 tháng nghiên cứu ở nhóm 1 cao hơn so với nhóm 2 (hệ số tập trung của tỷ lệ nghèo hóa do chi tiêu cho khám chữa bệnh ở nhóm 1 và nhóm 2 lần lượt là 0,411 so với 0,25).

Bảng 3.20. Mô hình hồi quy đa biến lặp lại phân tích mối liên quan giữa nghèo hóa do chi tiêu cho KCB trong 18 tháng nghiên cứu và một số đặc điểm của các HGD được điều tra

Biến độc lập: Đặc điểm của các HGD được điều tra	Biến phụ thuộc: Nghèo hóa do chi tiêu cho KCB của các HGD (có/không)	
	OR	95% CI
Nhóm điều tra		
- Nhóm 1	2,6*	1,4-4,9
- Nhóm 2	1	
Cỡ hộ gia đình		
- ≤4 người	1	
- >4 người	0,9	0,4-1,7
Chủ hộ gia đình là nữ		
- Có	1,6	0,9-2,8
- Không	1	
HGD có người > 60 tuổi		

Biến độc lập: Đặc điểm của các HGD được điều tra	Biến phụ thuộc: Nghèo hóa do chi tiêu cho KCB của các HGD (có/không)	
	OR	95% CI
- Có	0,7	0,4-1,4
- Không	1	
HGD có người < 5 tuổi		
- Có	0,5	0,2-1,2
- Không	1	
Bảo hiểm y tế (toàn bộ thành viên)		
- Có	0,9	0,5-1,6
- Không	1	
HGD có người mắc bệnh, triệu chứng cấp tính tự khai báo trong 4 tuần qua		
- Có	1,0	0,5-1,7
- Không	1	
HGD có người hiện mắc bệnh mạn tính tự khai báo		
- Có	1,5	0,8-2,7
- Không	1	
HGD có người điều trị ngoại trú		
- Có	1,6	0,8-3,0
- Không	1	
HGD có người điều trị nội trú		
- Có	3,9*	2,1-7,1
- Không	1	
Tình trạng kinh tế		
- Nhóm nghèo nhất	1	
- Nhóm cận nghèo	0,9	0,4-1,9
- Nhóm trung bình	0,4*	0,2-0,9
- Nhóm giàu	0,4*	0,1-0,9
- Nhóm giàu nhất	0,3*	0,1-0,8

*Ghi chú: * Có sự khác biệt mang ý nghĩa thống kê với 95% khoảng tin cậy không chứa giá trị 1.*

Kết quả mô hình hồi quy (GEE) đa biến lặp lại ở bảng 3.20 cho thấy các đặc điểm của HGD liên quan có ý nghĩa thống kê với nghèo hóa do chi tiêu cho KCB trong 18 tháng nghiên cứu của các HGD được điều tra, bao gồm:

- Điều kiện sinh hoạt: các HGD sống trong khu vực có điều kiện sinh hoạt không đảm bảo (nhóm 1) có khả năng bị nghèo hóa do chi tiêu cho KCB trong 18 tháng nghiên cứu gấp 2,6 lần so với các HGD sống trong khu vực có điều kiện sinh hoạt đảm bảo (nhóm 2), với OR = 2,6; CI 95%: 1,4-4,9.

- Các HGD có người điều trị nội trú có khả năng bị nghèo hóa do chi tiêu cho KCB trong 18 tháng nghiên cứu gấp 3,9 lần so với các HGD không có người điều trị nội trú, tương ứng với OR = 3,9; CI 95%: 2,1-7,1.

- Các HGD có tình trạng kinh tế trung bình, giàu và giàu nhất đều có khả năng bị nghèo hóa do chi tiêu cho KCB trong 18 tháng nghiên cứu thấp hơn so với các HGD có tình trạng kinh tế nghèo nhất, tương ứng với OR = 0,4; CI 95%: 0,2-0,9; OR = 0,4; CI 95%: 0,1-0,9; OR = 0,3; CI 95%: 0,1-0,8.

Các biến số về số lượng người trong HGD, chủ hộ là nữ, HGD có người trên 60 tuổi, có trẻ em < 5 tuổi, HGD có BHYT và có người bị ốm đau (mắc các bệnh cấp và mạn tính) tự khai báo trong 18 tháng nghiên cứu phải điều trị ngoại trú không thấy có liên quan có ý nghĩa thống kê với nghèo hóa do chi tiêu cho KCB trong 18 tháng nghiên cứu của các HGD được điều tra và các sự khác biệt đều không có ý nghĩa thống kê.

Chương 4

BÀN LUẬN

4.1. Thông tin chung về mẫu nghiên cứu

Trong mẫu nghiên cứu của chúng tôi, không có sự khác biệt về phân bố theo giới tính của các cá nhân ở cả 2 nhóm điều tra. Trong đó, nữ giới chiếm tỷ lệ cao hơn so với nam giới, tỷ lệ tương ứng ở nhóm có điều kiện sinh hoạt không đảm bảo (53,7% nữ và 46,3% nam) và ở nhóm có điều kiện sinh hoạt đảm bảo (53,0% nữ và 47,0% nam). Về cơ cấu dân số, kết quả nghiên cứu cho thấy, tỷ lệ người trên 60 tuổi là khá lớn tập trung ở nhóm 2 cao hơn nhóm 1 (tương ứng 28,9% so với 21,0%) so với tỷ lệ tương ứng của cả nước (8,7% năm 2009 và 10,2% năm 2014) [112]. Đây là nhóm tuổi có năng suất lao động giảm sút, đa phần đã nghỉ hưu, nội trợ hoặc làm các công việc có thu nhập thấp. Hiện tại, Việt Nam vừa mới bước qua giai đoạn dân số vàng, chúng ta đã phải đối mặt với vấn đề già hoá dân số. Việt Nam cũng là một trong 10 quốc gia có tỷ lệ già hoá dân số nhanh nhất thế giới. Tỷ lệ người cao tuổi tăng nhanh liên tục từ 7,1% năm 1989 lên 8,7% năm 2009 và 10,2% năm 2014. Tỷ lệ dân số cao tuổi càng lớn, gánh nặng bệnh tật và tử vong, nhất là với các bệnh BKLN càng lớn. Điều này đặt ra những gánh nặng đối với gia đình, xã hội và hệ thống y tế trong việc cung cấp các dịch vụ chăm sóc kéo dài, tốn kém cho người cao tuổi [113].

Từ kết quả nghiên cứu chúng tôi thấy rằng, tỷ lệ các đối tượng nghiên cứu có trình độ học vấn cấp tiểu học hoặc thấp hơn ở nhóm 1 cao hơn so với ở nhóm 2 (18,7% so với 6,0%). Tỷ lệ này thấp hơn so với tỷ lệ chung của cả nước (50,3%) và tỷ lệ chung của thành phố Hà Nội là 32,61% (được thống kê vào năm 2009) [112]. Điều này có thể giải thích do nghiên cứu của chúng tôi được tiến hành vào thời điểm năm 2013. Hơn nữa, đối tượng nghiên cứu là người dân > 15 tuổi và sinh sống ở 2 khu vực đô thị thuộc 4 quận trung tâm nội thành của Thành phố Hà Nội (Hoàn Kiếm, Hai Bà Trưng, Ba Đình và Đống Đa) cho nên tỷ lệ các đối tượng có trình độ học vấn cấp I trở xuống thấp hơn so với mặt bằng chung của thành phố Hà Nội nói riêng và của cả nước nói chung là hoàn toàn hợp lý.

Tình trạng việc làm thường ảnh hưởng nhiều đến tình trạng kinh tế, các đối tượng đang đi làm, cán bộ công chức hưởng lương ngân sách Nhà nước thường có

thu nhập ổn định, tình trạng kinh tế ổn định hơn so với các nhóm đối tượng khác. Tỷ lệ đối tượng thất nghiệp ở nhóm 1 hơn so với nhóm 2 (13,4% so với 8,7%). Nguyên nhân có thể do nghiên cứu được thực hiện tại các khu vực đô thị nghèo trên địa bàn 4 quận nội thành, cho nên nhóm các đối tượng sinh sống ở khu vực có các điều kiện sinh hoạt không đảm bảo thường có trình độ học vấn thấp, việc làm không ổn định, cho nên nguy cơ thất nghiệp sẽ cao hơn nhóm các đối tượng sinh sống ở khu vực có điều kiện sinh hoạt đảm bảo. Đối lập với tình trạng thất nghiệp, tỷ lệ các đối tượng nghỉ hưu ở nhóm 2 lại cao hơn so với nhóm 1 (31,0% so với 20,4%). Lý do ở đây có thể là do người cao tuổi trong nghiên cứu còn chiếm tỷ lệ cao. Hơn nữa, các đối tượng có điều kiện sinh hoạt đảm bảo thường có công việc ổn định, đảm bảo được cuộc sống, sau thời gian làm việc họ nghỉ hưu theo chế độ.

Qua phân tích trên, chúng ta thấy nhìn chung người dân sinh sống ở khu vực đô thị có điều kiện sinh hoạt không đảm bảo gặp phải những khó khăn nhất định về điều kiện kinh tế xã hội và giáo dục nhiều hơn so với người dân sinh sống ở khu vực đô thị có điều kiện sinh hoạt đảm bảo.

Hôn nhân: tỷ lệ kết hôn ở nhóm 1 (67,5%) thấp hơn so với ở nhóm 2 (73,0%). Tỷ lệ này cao hơn so các tỷ lệ tương ứng của điều tra mức sống dân cư Việt Nam các năm 2008, 2010, 2012 chung cho cả nước là (59,1%; 62,4% và 63,8%) và đối với riêng khu vực thành thị là (58,9%; 60,8% và 62,6%) [5-7].

BHYT được coi là một trong những giải pháp nhằm đảm bảo tính công bằng trong chăm sóc, bảo vệ và nâng cao sức khỏe của nhân dân. Hiện nay Hà Nội cũng như các tỉnh, thành khác trong cả nước đều tiếp tục thực hiện luật BHYT và chính sách KCB cho người nghèo mua thẻ BHYT miễn phí cho người nghèo. Qua kết quả điều tra cho thấy, tỷ lệ người dân có thẻ BHYT ở các đối tượng nghiên cứu là tương đối cao, tỷ lệ các đối tượng có BHYT ở nhóm 2 (chiếm 82,6%) cao hơn so với nhóm 1 (chiếm 65,8%). Kết quả này là phù hợp với thực tế, bởi vì các đối tượng ở nhóm có điều kiện sinh hoạt đảm bảo thường có điều kiện kinh tế để mua BHYT, đồng thời họ có nhận thức, hiểu biết, quan tâm đến việc đóng BHYT tốt hơn so với những đối tượng thuộc nhóm có điều kiện sinh hoạt không đảm bảo. Kết quả của chúng tôi tương đương so với số liệu thu thập được trên toàn quốc hiện tại tính đến hết tháng 5/2016, số người tham gia BHYT ước khoảng 71,1 triệu người, đạt tỷ lệ

bao phủ 77,1% dân số [114]. Thấp hơn kết quả nghiên cứu của tác giả Nguyễn Đình Dự và cộng sự tại Vị Xuyên-Hà Giang 2007 (85,8%), và cao hơn tỷ lệ người có thẻ BHYT của cả nước năm 2011 (65%) [115], 67% của tác giả Trần Đăng Khoa và cộng sự (2013) [28] và kết quả khảo sát của tác giả Vũ Xuân Phú và cộng sự năm 2004 tại huyện Chí Linh tỷ lệ người dân có thẻ BHYT là 45% [116]. Cơ quan quản lý về BHYT cho biết, hiện chi phí KCB của đối tượng tham gia BHYT chiếm 70-90% nguồn thu của các bệnh viện, cơ bản bảo đảm các chi phí trực tiếp để phục vụ người bệnh và hoạt động của bệnh viện. Việc đổi mới cơ chế tài chính theo hướng tính đúng, tính đủ giá dịch vụ y tế nhằm giảm dần việc cấp ngân sách nhà nước cho các cơ sở y tế và chuyển sang hỗ trợ mức đóng cho người tham gia BHYT nhằm thúc đẩy các cơ sở y tế nâng cao chất lượng KCB, đồng thời bảo đảm tính công bằng trong đánh giá hiệu quả hoạt động giữa các cơ sở y tế trên cả nước, bảo đảm quyền lợi cho người có thẻ BHYT và thúc đẩy việc tham gia đóng BHYT. Đây là điều kiện thuận lợi đảm bảo tính công bằng trong CSSK, khi người dân sinh sống ở các khu vực có điều kiện sinh hoạt không đảm bảo, người nghèo khi ốm đau đều có thể được hưởng chế độ KCB miễn phí. Chúng tôi thiết nghĩ, đây chính là vấn đề mà xã hội, các cấp, các ngành và những nhà quản lý về y tế cần phải quan tâm, tìm ra các giải pháp hỗ trợ, giúp đỡ cho những người nghèo, những người sinh sống ở khu vực có điều kiện sinh hoạt không đảm bảo có thẻ BHYT đi KCB khi bị ốm đau nhằm tạo sự công bằng trong CSSK [114].

Về các hành vi nguy cơ liên quan đến sức khỏe, kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy tỷ lệ HTL và uống bia/rượu hàng ngày ở nhóm 1 là 14,3% và 9,5% cao hơn so với ở nhóm 2, với các tỷ lệ tương ứng là 12,0% và 7,6%. Hiện tại, so với kết quả nghiên cứu của Bộ Y tế, Việt Nam nằm trong nhóm 15 quốc gia có số lượng người HTL cao hàng đầu thế giới; tỷ lệ đang HTL, thuốc lào hiện nay (tổng dân số từ 15 tuổi trở lên) là 23,8% tương đương 15,3 triệu người, nam giới chiếm 47,4%, nữ giới chiếm 1,4% thì kết quả nghiên cứu của chúng tôi có tỷ lệ thấp hơn [117]. Theo điều tra thanh thiếu niên Việt Nam (SAVY 1 và SAVY 2), tỷ lệ đã từng uống hết một cốc bia/rượu trong độ tuổi 14-17 tuổi năm 2004 là 35% đến năm 2009 đã lên tới 47,5%; đối với độ tuổi 18-21 năm 2004 là 57,9% đến năm 2009 đã lên tới 66,9%. Theo kết quả từ hội thảo chia sẻ kết quả nghiên cứu về

thực trạng sử dụng rượu, bia tại Việt Nam, tỷ lệ người dân Việt Nam sử dụng bia rượu đã tăng khá nhanh; năm 2010, tỷ lệ này ở nam giới là 69,6% và 5,8% ở nữ giới thì kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng thấp hơn [118]. Điều này có thể là do nghiên cứu của chúng tôi tiến hành vào một thời điểm nhất định và chỉ ở 2 khu vực đô thị thuộc 4 quận nội thành Hà Nội cho nên chưa mang tính đại diện cao so với số liệu chung trong toàn quốc.

Trong nghiên cứu của chúng tôi tỷ lệ các HGD có > 4 người và số lượng người trung bình trong HGD ở nhóm có điều kiện sinh hoạt đảm bảo lớn hơn so với nhóm có điều kiện sinh hoạt không đảm bảo (52,1% so với 35,9% và $4,7 \pm 1,7$ người so với $4,3 \pm 2,0$ người). Kết quả này cao hơn so với số liệu tổng điều tra mức sống dân cư Việt Nam các năm 2008, 2010, 2012, nhân khẩu bình quân trong một HGD chung cho cả nước tương ứng là (4,12 người; 3,89 người và 3,85 người), riêng cho vùng thành thị lần lượt tương ứng là (4,07 người; 3,82 người và 3,83 người) và riêng cho khu vực thành phố Hà Nội mới lần lượt là (4,1 người; 3,9 người và 3,9 người) [5-7].

Chúng tôi chia đều các HGD trong mẫu nghiên cứu ra thành 5 nhóm, mỗi nhóm bằng 20% số HGD, sắp xếp theo mức thu nhập bình quân đầu người/năm từ thấp nhất đến cao nhất (nghèo nhất đến giàu nhất). Kết quả của chúng tôi cho thấy không có sự khác biệt rõ rệt về phân bố tình trạng kinh tế HGD của các đối tượng nghiên cứu giữa 2 nhóm điều tra.

Kết quả ở bảng 3.2 cho thấy thu nhập trung bình hàng năm của HGD và thu nhập trung bình của HGD hàng năm, hàng tháng theo đầu người của các HGD được điều tra trong 18 tháng nghiên cứu ở nhóm 2 cao hơn nhóm 1 một cách rõ rệt. Đặc biệt mức thu nhập trung bình hàng tháng theo đầu người ở nhóm 2 là 5,01 triệu VNĐ và ở nhóm 1 là 3,92 triệu VNĐ. Như vậy, ta thấy thu nhập trung bình hàng tháng theo đầu người của các cá nhân ở nhóm 2 gấp 1,28 lần so với các cá nhân ở nhóm 1. Mức thu nhập trung bình đầu người/tháng của các cá nhân được điều tra trong nghiên cứu của chúng tôi cao hơn so với thu nhập trung bình đầu người/tháng vào năm 2012 (tính chung toàn quốc là 1,9998 triệu VNĐ/người/tháng; ở vùng thành thị năm 2012 là 2,9891 triệu VNĐ/người/tháng) ở thành phố Hà Nội là 2,9449 triệu VNĐ /người/tháng (năm 2010) [7]. Kết quả này là hợp lý bởi vì nghiên

cứu của chúng tôi được tiến hành tại 2 khu vực đô thị trung tâm thuộc 4 quận nội thành Hà Nội, là một trong hai khu vực đô thị đặc biệt của cả nước cho nên người dân ở đây có mức thu nhập bình quân cao hơn so với mức thu nhập bình quân chung toàn quốc là hoàn toàn phù hợp với thực tế.

4.2. Mô tả và so sánh thực trạng ốm đau tự khai báo và sử dụng dịch vụ khám chữa bệnh của các cá nhân được điều tra và các yếu tố liên quan

4.2.1. Mô tả và so sánh thực trạng ốm đau tự khai báo của các cá nhân được điều tra và các yếu tố liên quan

4.2.1.1. Ốm đau tự khai báo của các cá nhân được điều tra

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy, tỷ lệ mắc các bệnh, triệu chứng cấp tính tự khai báo 4 tuần trước ngày phỏng vấn trong 18 tháng nghiên cứu qua 2 lần điều tra ở nhóm có điều kiện sinh hoạt không đảm bảo cao hơn so với nhóm có điều kiện sinh hoạt đảm bảo (28,6% so với 25,0%). Trong đó, phổ biến là các bệnh, triệu chứng: ho; đau đầu, chóng mặt; bồn chồn, lo lắng, mất ngủ (tương ứng 17,5%; 13,0% và 7,7% ở nhóm 1 cao hơn so với 16,8%, 10,1% và 5,9% ở nhóm 2).

Kết quả trên thấp hơn so với các kết quả nghiên cứu của tác giả Kim Bảo Giang và cộng sự (2001) tại khu vực nông thôn Việt Nam, trong đó báo cáo tỷ lệ ốm đau tự khai báo là 48%, triệu chứng phổ biến là đau đầu, ho và sốt (tương ứng lần lượt là 21,6%; 21,4% và 19,2%) [119]. Kết quả nghiên cứu của tác giả Đoàn Thị Thu Huyền và cộng sự (2011) nghiên cứu về tình hình ốm đau tự khai báo ở một số nhóm lao động phi chính thức, cho thấy có 61,2% số đối tượng nghiên cứu bị mắc bệnh, triệu chứng cấp tính, trong đó các triệu chứng đau đầu, đau họng và đau lưng (tương ứng lần lượt là 30,8%; 25,6% và 10,5%) [66]. Kết quả điều tra đánh giá hộ nghèo ở Hà Nội và thành phố Hồ Chí Minh năm 2009 của Tổng cục Thống kê cho thấy có 66,5% người dân phải chịu ốm đau, thương tích trong 12 tháng trước ngày điều tra (ở Hà Nội và thành phố Hồ Chí Minh tương ứng là 72,3% và 63,4%) [64].

Trong phạm vi nghiên cứu này, chúng tôi tìm hiểu về tình trạng hiện mắc 5 nhóm bệnh mạn tính không lây nhiễm chính, bao gồm: tăng huyết áp, tim mạch (đột quy, tai biến...), bệnh phổi mạn tính/hen suyễn, đái tháo đường và ung thư (u ác tính). Kết quả cho thấy, tỷ lệ hiện mắc các bệnh tăng huyết áp, tim mạch (đột quy, tai biến...), đái tháo đường hay mắc bất kỳ một bệnh mạn tính tự khai báo trong 18

tháng nghiên cứu ở nhóm có điều kiện sinh hoạt đảm bảo cao hơn so với nhóm có điều kiện sinh hoạt không đảm bảo (tỷ lệ tương ứng là 20,9 % so với 17,4%). Trong đó, tỷ lệ hiện mắc các bệnh tăng huyết áp, tim mạch (đột quy, tai biến...) và đái tháo đường ở nhóm có điều kiện sinh hoạt đảm bảo đều cao hơn so với nhóm có điều kiện sinh hoạt không đảm bảo, với các tỷ lệ tương ứng lần lượt là 14,4%; 8,1% và 5,6% so với 11,0%, 4,5% và 3,9%.

Tại Việt Nam, trong khi bệnh truyền nhiễm đã có xu hướng giảm thì BKLN (chủ yếu là bệnh tim mạch, đái tháo đường, ung thư và bệnh phổi mạn tính) lại có xu hướng tăng. BKLN đang gia tăng có nguyên nhân từ quá trình công nghiệp hóa, toàn cầu hóa, tuổi thọ ngày càng cao. Phần lớn các BKLN có chung yếu tố nguy cơ về hành vi như HTL, uống bia/rượu, chế độ dinh dưỡng, hoạt động thể chất,...[24],[120]. Chúng tôi xin khái quát tình hình mắc các bệnh mạn tính thuộc nhóm các BKLN ở Việt Nam trong giai đoạn hiện nay. Bệnh phổi mạn tính: tỷ lệ hiện mắc ước tính với bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính là 4,2% và với hen phế quản là 3,9%. Đái tháo đường: tỷ lệ mắc đái tháo đường và rối loạn dung nạp glucose ở lứa tuổi 30-69 tuổi trên toàn quốc tăng nhanh hơn dự báo, tăng xấp xỉ gấp đôi trong vòng 10 năm từ 2002-2012. Kết quả điều tra của Bệnh viện Nội tiết trung ương trên hơn 11.000 người trong độ tuổi 30- 69 trên toàn quốc cho thấy có 5,42% mắc đái tháo đường. Dự báo mỗi năm sẽ có thêm khoảng 88.000 người mắc mới, đưa số bệnh nhân mắc đái tháo đường lên 3,42 triệu người vào năm 2030 [121]. Gánh nặng do các yếu tố nguy cơ trung gian của một số BKLN như tăng huyết áp, béo phì, tăng cholesterol máu cũng đang có xu hướng tăng lên làm tăng gánh nặng của các BKLN. Theo nghiên cứu gánh nặng bệnh tật toàn cầu năm 2010, ở Việt Nam, BKLN chiếm 66% tổng gánh nặng bệnh tật tính bằng DALY [24],[120]. Kết quả điều tra giám sát các yếu tố nguy cơ BKLN trên đối tượng người trưởng thành từ 25-64 tuổi năm 2009-2010 cho thấy có 30,1% số người bị tăng lipid máu; 19,2% tăng huyết áp và 12,1% thừa cân, béo phì. Các tình trạng này vẫn tiếp tục tăng trong thời gian tới do hậu quả tích lũy của nhiều yếu tố hành vi nguy cơ như HTL, sử dụng rượu bia, chế độ dinh dưỡng không hợp lý và lối sống ít vận động thể lực [122].

Kết quả của chúng tôi thấp hơn so với tình hình mắc các BKLN chung của cả nước (năm 2011) đã nêu ở trên [120],[122-123]. Kết quả của tác giả Đoàn Thị Thu

Huyền và các cộng sự (2012), nghiên cứu về tình trạng sức khỏe người dân lao động phi chính thức ở Hà Nội, tỷ lệ mắc các bệnh mạn tính tự khai báo là 31,3%; trong đó tỷ lệ tăng huyết áp, tim mạch, đái tháo đường lần lượt là 9,2%; 3,8% và 2,3% [66]. Kết quả nghiên cứu của tác giả Deepa và cộng sự (2011) tại Ấn Độ về tình hình giám sát các BKLN cho thấy tỷ lệ mắc các bệnh tăng huyết áp, đái tháo đường lần lượt là 15,1% và 7,3% [61]. Kết quả điều tra đánh giá hộ nghèo ở Hà Nội và thành phố Hồ Chí Minh năm 2009 của Tổng cục Thống kê cho thấy có 20,3% người dân bị bệnh mạn tính; tỷ lệ người dân bị mắc bệnh mạn tính ở Hà Nội và thành phố Hồ Chí Minh lần lượt là 23,1% và 18,5% [64]. Nghiên cứu của các tác giả Hoàng Văn Minh và Kim Bảo Giang tại thành phố Hà Đông, khu vực đô thị có tốc độ phát triển kinh tế xã hội tương đối nhanh trong thời gian qua, nhằm xem xét tỷ lệ hiện mắc một số bệnh mạn tính phổ biến; kết quả cho thấy có 28,7% người được điều tra hiện mắc ít nhất một bệnh mạn tính; tỷ lệ hiện mắc các bệnh khớp, tim mạch, đái tháo đường, phổi mạn tính, trầm cảm và ung thư lần lượt là 18,9%; 13,5%; 3,1%; 6,6%; 0,4% và 0,6% [65]. Kết quả của chúng tôi cao hơn so với kết quả nghiên cứu về tỷ lệ mắc các BKLN của tác giả Trần Đăng Khoa và các cộng sự tại Thanh Hóa (2013) chiếm 9,4% [28] và nghiên cứu của tác giả Nguyễn Đình Dự và các cộng sự tại Hà Giang (2007) chiếm 7,6% [115].

Sự khác biệt về tỷ lệ mắc và mô hình ốm đau (nhóm có điều kiện sinh hoạt đảm bảo bị mắc các bệnh mạn tính nhiều hơn, ngược lại nhóm có điều kiện sinh hoạt không đảm bảo bị mắc các bệnh, triệu chứng cấp tính nhiều hơn so với nhóm còn lại) có thể do ảnh hưởng của các yếu tố như: địa bàn nghiên cứu, thu nhập, mức sống, lối sống và thói quen ăn uống, sinh hoạt đặc thù của người dân tại 2 khu vực điều tra thuộc 4 quận nội thành Hà Nội. Kết quả này phù hợp với xu hướng ốm đau hiện nay trên toàn quốc đó là nhóm người giàu có tỷ lệ mắc các bệnh mạn tính cao hơn so với nhóm người nghèo và ngược lại nhóm người nghèo lại có tỷ lệ mắc các bệnh, triệu chứng cấp tính cao hơn so với nhóm người giàu [24],[120].

Từ kết quả nghiên cứu thu được, chúng tôi nhận thấy tỷ lệ ốm đau tự khai báo (mắc bệnh, triệu chứng cấp tính trong 4 tuần trước ngày phỏng vấn và hiện mắc các bệnh mạn tính) của các đối tượng nghiên cứu vẫn còn cao, là một vấn đề sức khỏe đáng báo động hiện nay. Ốm đau thực sự đã trở thành gánh nặng với người dân đô thị ở Hà Nội nói riêng và người dân trong toàn quốc nói chung ở Việt Nam hiện nay.

4.2.1.2. Mối liên quan giữa ốm đau tự khai báo của các cá nhân được điều tra và một số yếu tố kinh tế, văn hóa, xã hội

Từ các kết quả đã trình bày ở các bảng từ 3.4 đến 3.7 ở phần trên, chúng ta có thể thấy tình trạng mắc bệnh và triệu chứng cấp tính có liên quan với giới tính. Tỷ lệ mắc các bệnh và triệu chứng cấp tính 4 tuần trước ngày phỏng vấn trong 18 tháng nghiên cứu ở cả nữ giới và nam giới ở nhóm 1 đều cao hơn so với tỷ lệ tương ứng ở nhóm 2 (tương ứng ở 33,2% và 23,2% ở nhóm 1 cao hơn so với 28,3% và 21,2% ở nhóm 2). Tỷ lệ hiện mắc các bệnh mạn tính ở nữ (17,3%) và nam (17,5%) ở nhóm 1 thấp hơn so với nữ (21,4%) và nam (20,2%) ở nhóm 2). Nhận định này được chứng minh rõ nét qua kết quả phân tích đa biến lặp lại (GEE) đối với các bệnh, triệu chứng cấp tính (nam giới có khả năng mắc các bệnh và triệu chứng cấp tính 4 tuần qua chỉ bằng 60% so với nữ giới). Sự khác biệt này có thể được giải thích là do chính sự khác biệt về sinh học giữa nam giới và nữ giới. Điều này có thể do phụ nữ phải thực hiện thiên chức người vợ, người mẹ, phải trải qua giai đoạn rất vất vả trong thời gian mang thai, sinh nở và cho con bú điều đó đã làm cho phụ nữ có khả năng bị ốm đau cao hơn. Tất cả những lý do này đã làm cho nữ giới có sức khỏe thường kém hơn so với nam giới. Hơn nữa, hiện tại Việt Nam vẫn còn là một nước nông nghiệp, định kiến phong kiến phần nào đó còn ảnh hưởng nhiều đến cộng đồng, do đó nam giới thường được coi là trụ cột trong gia đình và xã hội. Nam giới thường được ưu tiên, chăm sóc tốt hơn so với nữ giới về mọi mặt, cho nên nam giới thường có sức khỏe tốt hơn, ít bị ốm đau hơn so với nữ giới.

Tác giả Trần Mai Oanh (2000) trong nghiên cứu của mình cũng chỉ ra rằng nữ giới bị ốm đau nhiều hơn so với nam giới (65,9% so với 56,6%) [123]. Tác giả Kabir và cộng sự (2000) nghiên cứu tình hình sức khỏe của người già Bangladesh cũng cho thấy tỷ lệ ốm đau ở nữ cao hơn so với nam giới [124]. Tác giả Clausen và cộng sự (2000) trong nghiên cứu về tỷ lệ mắc bệnh của người già ở làng Mmankodi, Botswana cũng có kết luận tương tự [125]. Thông tin từ các báo cáo của WHO (2007) cũng cho thấy rằng phụ nữ thường phải chịu trách nhiệm chính trong công việc quản lý gia đình, đặc biệt là việc chăm sóc trẻ em. Phụ nữ được chứng minh là mang gánh nặng bệnh tật cao hơn so với nam giới [126].

Nghiên cứu chúng tôi cũng chỉ ra rằng các vấn đề ốm đau tự khai báo trong 18 tháng nghiên cứu của các đối tượng nghiên cứu liên quan chặt chẽ với nhóm tuổi. Nhóm tuổi càng cao thì có tình trạng sức khỏe không tốt, hay bị ốm đau, bệnh tật. Tỷ lệ mắc các bệnh, triệu chứng cấp tính 4 tuần trước ngày phỏng vấn cao nhất ở những người trên 60 tuổi, với tỷ lệ tương ứng ở nhóm có điều kiện sinh hoạt không đảm bảo (chiếm 44,3%) cao hơn so với ở nhóm có điều kiện sinh hoạt đảm bảo (chiếm 39,3%). Tỷ lệ hiện mắc các bệnh mạn tính cũng cao nhất ở những người trên 60 tuổi, với tỷ lệ tương ứng là (50,6% ở nhóm có điều kiện sinh hoạt đảm bảo cao hơn so với 49,7% ở nhóm có điều kiện sinh hoạt không đảm bảo). Nhận định này được chứng minh rõ nét qua phân tích đa biến lặp lại (GEE): Đối với các bệnh, triệu chứng cấp tính 4 tuần trước ngày phỏng vấn (các cá nhân > 60 tuổi có khả năng mắc cao hơn 2,2 lần so với các cá nhân 15-25 tuổi); đối với các bệnh mạn tính (các cá nhân trên 60 tuổi có khả năng mắc cao hơn 52,8 lần so với các cá nhân 15-25 tuổi). Trong môi trường đô thị còn nhiều thiếu thốn (đặc biệt tại các khu vực có điều kiện sinh hoạt không đảm bảo) thì trẻ nhỏ, người già và người khuyết tật thường nhận được rất ít, có khi là không nhận được một sự trợ giúp xã hội nào. Họ thường dễ bị thành kiến, bỏ quên và kỳ thị. Hạn chế trong việc tiếp cận với những dịch vụ y tế cơ bản hay các loại thuốc thiết yếu, thiếu tiếp cận với các phương tiện giao thông đi lại, điều kiện sống khó khăn và các rào cản về thể chất trong vận động là những yếu tố quyết định quan trọng đối với sức khỏe của các nhóm dân cư này [1]. Mặt khác, theo quy luật sinh học khi về già tuổi cao thì các cơ quan tổ chức của cơ thể bị lão hóa, chức năng của các bộ phận bị rối loạn, sức đề kháng giảm do đó tăng nguy cơ bị ốm đau, đặc biệt là các bệnh mạn tính (BKLN) thường gặp như: tăng huyết áp, tim mạch, đái tháo đường, phổi mạn tính, ung thư...

Căn cứ từ kết quả nghiên cứu, chúng tôi cần có sự quan tâm đặc biệt đến sức khỏe của nữ giới, người già trong cộng đồng, đặc biệt là các đối tượng đang sinh sống tại các khu vực đô thị có điều kiện sinh hoạt không đảm bảo. Về điểm này nghiên cứu của chúng tôi phù hợp với các nghiên cứu ở Việt Nam và các nước khác trên thế giới [1],[123],[127-128].

Từ kết quả nghiên cứu có thể thấy tình hình ốm đau tự khai báo có liên quan đến tình trạng việc làm (tỷ lệ mắc cao nhất đối với các đối tượng nghỉ hưu, thất

nghiệp). Tỷ lệ mắc các bệnh, triệu chứng cấp tính 4 tuần trước ngày phỏng vấn và các bệnh mạn tính trong 18 tháng nghiên cứu của những cá nhân thất nghiệp ở nhóm 2 cao hơn so với ở nhóm 1 (lần lượt tương ứng 29,9% so với 28,2% và 25,9% so với 20,5%). Tỷ lệ mắc tương tự của những cá nhân nghỉ hưu ở nhóm 1 cao hơn so với ở nhóm 2 (lần lượt tương ứng 41,7% so với 37,7% và 47,3% so với 45,2%). Những đối tượng nghỉ hưu, thất nghiệp thường phải đối mặt với nhiều khó khăn trong cuộc sống hơn so với những người làm trong các cơ quan nhà nước, cho nên tỷ lệ ốm đau đặc biệt là mắc bệnh mạn tính của những đối tượng này thường cao hơn những đối tượng đang đi làm. Kết quả này tương đồng với những nghiên cứu ở Hà Lan, Tây Ban Nha và Thụy Điển [1],[126].

Xét theo tình trạng hôn nhân, kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy những đối tượng ly hôn/góa thường có tỷ lệ ốm đau cao hơn các những đối tượng khác. Tỷ lệ mắc các bệnh, triệu chứng cấp tính 4 tuần trước ngày phỏng vấn trong 18 tháng nghiên cứu ở những cá nhân ly hôn/góa ở nhóm 1 (42,4%) cao hơn so với tỷ lệ tương ứng ở nhóm 2 (39,9%). Tỷ lệ hiện mắc các bệnh mạn tính tự khai báo trong 18 tháng nghiên cứu ở nhóm 2 (49,3%) cao hơn so với nhóm 1 (37,9%). Điều này có thể giải thích rằng những đối tượng ly hôn/góa thường sinh hoạt không điều độ, thiếu sự quan tâm chăm sóc về mọi mặt (tinh thần, thể chất và vật chất) của người thân/người bạn đời, hơn nữa họ thường cô đơn, chán nản, dễ bị stress cho nên họ thường gặp nhiều vấn đề bất lợi về sức khỏe hơn so với các đối tượng các đối tượng đang sống cùng vợ/chồng là phù hợp. Kết quả này, một lần nữa được chứng minh qua kết quả phân tích đa biến (GEE) lặp lại ở bảng 3.6: các cá nhân ly hôn/góa có khả năng mắc các bệnh, triệu chứng cấp tính trong 4 tuần trước phỏng vấn gấp 1,5 lần so với các cá nhân đang sống cùng vợ/chồng.

Nhiều nghiên cứu đã chỉ ra rằng những người thuộc nhóm thu nhập thấp thường gặp phải nhiều vấn đề sức khỏe hơn so với nhóm người có thu nhập cao một cách có ý nghĩa thống kê [123],[127],[129-130]. Kết quả này được khẳng định lại một lần nữa trong nghiên cứu của chúng tôi. Các đối tượng sống trong các HGD có tình trạng kinh tế ở mức giàu nhất khai báo bị ốm đau thấp nhất so với các đối tượng khác, đặc biệt là so với các đối tượng nghèo nhất. Tỷ lệ mắc các bệnh, triệu chứng cấp tính 4 tuần trước ngày phỏng vấn trong 18 tháng nghiên cứu ở những cá

nhân sống trong các HGD có điều kiện kinh tế giàu nhất là thấp nhất, ở nhóm 1 chiếm (24,6%) cao hơn so với các HGD tương ứng ở nhóm 2 (19,1%). Tỷ lệ hiện mắc các bệnh mạn tính tự khai báo trong 18 tháng qua tương ứng ở nhóm 2 chiếm (17,8%) cao hơn so với nhóm 1 (15,8%). Kết quả phân tích đa biến lặp lại (GEE) ở bảng 3.6 và bảng 3.7 cũng cho thấy các cá nhân sống trong các HGD có tình trạng kinh tế giàu nhất có năng bị ốm đau chỉ bằng 70% so với các cá nhân đang sống trong các HGD nghèo nhất.

Sự khác biệt tuyệt đối giữa nhóm giàu nhất và nhóm nghèo nhất về tỷ lệ mắc các bệnh, triệu chứng cấp tính (tự khai báo) 4 tuần trước ngày phỏng vấn của các cá nhân trong 18 tháng nghiên cứu ở nhóm 1 cao hơn so với tỷ lệ tương ứng ở nhóm 2 (14,9% so với 6,1%). Hệ số tập trung cũng cho thấy mức độ bất công bằng về tỷ lệ hiện mắc các bệnh, triệu chứng cấp tính (tự khai báo) trong 4 tuần trước ngày phỏng vấn trong 18 tháng nghiên cứu ở nhóm 1 cao hơn so với nhóm 2 (0,092 so với 0,055). Ngược lại, sự khác biệt tuyệt đối giữa nhóm giàu nhất và nhóm nghèo nhất về tỷ lệ hiện mắc các bệnh mạn tính tự khai báo của các cá nhân trong 18 tháng nghiên cứu ở nhóm 2 cao hơn so với tỷ lệ tương ứng ở nhóm 1 (15,4% so với 2,3%). Hệ số tập trung cũng cho thấy mức độ bất công bằng về tỷ lệ hiện mắc các bệnh mạn tính (tự khai báo) của các cá nhân trong 18 tháng nghiên cứu ở nhóm 2 cao hơn so với nhóm 1 (0,15 so với 0,083). Tuy nhiên, hệ số tập trung $< 0,2$ cho thấy mức độ bất công bằng về tỷ lệ ốm đau của các cá nhân ở 2 nhóm điều tra đều ở mức độ thấp [108].

Điều này có thể được giải thích do những cá nhân sống tại các hộ kinh tế giàu nhất do có điều kiện kinh tế tốt hơn cho nên họ thường quan tâm, CSSK tốt hơn so với những người sống tại các hộ kinh tế nghèo nhất. Mặt khác, họ còn có điều kiện học tập, môi trường sinh sống và làm việc tốt hơn, tiếp thu các công nghệ mới và mở rộng quan hệ, giao tiếp, tham gia các ban ngành, đoàn thể nhiều hơn. Do đó, những người có điều kiện kinh tế tốt hơn sẽ tiếp cận tốt hơn với các DVCSSK cũng như các DVKCB, họ cũng có kiến thức và hành vi tốt hơn về dự phòng bệnh tật và bảo vệ sức khỏe so với những người sống tại các hộ kinh tế nghèo nhất.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng cho thấy, các đối tượng có TĐHV càng cao thì khả năng mắc các bệnh, triệu chứng cấp tính trong 4 tuần trước ngày

phòng vấn và hiện mắc các bệnh mạn tính trong 18 tháng nghiên cứu càng thấp. Tỷ lệ mắc các bệnh, triệu chứng cấp tính 4 tuần trước ngày phỏng vấn trong 18 tháng nghiên cứu ở những cá nhân có TĐHV từ THPT trở lên là thấp nhất ở nhóm 1 (chiếm 24,3%) cao hơn so với các nhân có TĐHV tương ứng ở nhóm 2 (chiếm 21,7%). Tỷ lệ hiện mắc các bệnh mạn tính tự khai báo trong 18 tháng nghiên cứu ở các cá nhân có TĐHV từ THPT trở lên ở nhóm 1 (16,5%) cao hơn so với nhóm 2 (15,2%). Kết quả phân tích đa biến ở bảng 3.6 và 3.7 đã khẳng định thêm điều này: Các cá nhân có TĐHV từ THCS trở lên có khả năng mắc các bệnh mạn tính chỉ bằng 60-80% so với các cá nhân có TĐHV từ tiểu học trở xuống. Những người có TĐHV thấp có ít khả năng cạnh tranh trong môi trường việc làm, vì thế họ thường thất nghiệp và không có điều kiện kinh tế tốt. Những người có TĐHV cao hơn thường HTL ít hơn, có những hành vi nâng cao sức khỏe và ăn uống khoa học, ăn thức ăn bổ dưỡng, rèn luyện sức khỏe bởi họ hiểu rõ hơn lợi ích của việc chăm sóc và bảo vệ sức khỏe [24]. Kết quả của nghiên cứu này cũng thống nhất với rất nhiều nghiên cứu khác về liên quan giữa tình trạng ốm đau và TĐHV: TĐHV tăng thì ốm đau giảm đi [124],[129]. Tác giả Bruun và cộng sự (1994) đã nhận thấy có 45% số người không được học và có TĐHV dưới PTTH tự cho là có sức khỏe kém hoặc trung bình so với chỉ 6% số người có TĐHV trên cấp III [130].

Đặc biệt, trong nghiên cứu của chúng tôi, kết quả phân tích đa biến lặp lại (GEE) được trình bày trong các bảng 3.6 và 3.7 cho thấy mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa khu vực sinh sống với tình hình ốm đau của các đối tượng được điều tra. Các cá nhân sống ở khu vực có điều kiện sinh hoạt không đảm bảo (nhóm 1) có khả năng mắc các bệnh và triệu chứng cấp tính cao hơn 1,2 lần so với các cá nhân sống ở khu vực có điều kiện sinh hoạt đảm bảo (nhóm 2).

Những đối tượng có BHYT có tỷ lệ ốm đau trong 18 tháng nghiên cứu cao hơn so với những đối tượng không có BHYT. Tỷ lệ tương ứng bị mắc các bệnh và triệu chứng cấp tính 4 tuần trước ngày phỏng vấn của các cá nhân có BHYT ở nhóm 1 là (29,5% và 26,9%) cao hơn so với nhóm 2 (25,4% và 23,2%). Tỷ lệ tương ứng đối với các bệnh mạn tính của các cá nhân có BHYT ở nhóm 2 cao hơn so với nhóm 1 (23,5% so với 22,0%). Kết quả này, một lần nữa được khẳng định qua phân tích đa biến lặp lại (GEE) ở bảng 3.7: Đối với các bệnh mạn tính (các đối tượng có

BHYT có khả năng bị mắc cao hơn 2,0 lần so với các đối tượng không có BHYT). Điều này có thể được giải thích bệnh mạn tính là bệnh của những người giàu, ít vận động, lối sống có nhiều yếu tố nguy cơ (chế độ ăn không cân đối, ít hoạt động thể chất, có HTL và sử dụng bia/rượu, chịu nhiều stress trong công việc, cuộc sống...). Họ thường sống ở các khu vực có điều kiện sinh hoạt đảm bảo, khác biệt so với nhóm người nghèo (thường sinh sống ở khu vực có điều kiện sinh hoạt không đảm bảo). Trong thực tế, người dân sống ở khu vực có điều kiện sinh hoạt đảm bảo thường tham gia đóng BHYT đầy đủ, ngược lại người dân sống ở khu vực có điều kiện sinh hoạt không đảm bảo ít có điều kiện về kinh tế để tham gia đóng BHYT và ít hiểu biết về lợi ích của BHYT hơn, kết quả này cũng phù hợp với các kết quả nghiên cứu khác [65],[119],[123],[127].

Các cá nhân sống trong các HGD > 4 thành viên có khả năng bị ốm đau chỉ bằng 70-80% so với các cá nhân sống trong các HGD có ≤ 4 thành viên. Kết quả này có thể giải thích là đối với khu vực nội thành Hà Nội thì các HGD ở đô thị có đặc điểm là các thành viên của HGD thường sống chung trong cùng một gia đình (cho nên số lượng thành viên trong HGD thường > 4 người), còn các HGD có ≤ 4 thành viên thường là những người di cư, đến sinh sống và buôn bán tạm thời cho nên thường có sức khỏe kém hơn. Kết quả ở các bảng 3.9 và 3.10 cũng cho thấy, các cá nhân HTL hàng ngày có khả năng mắc các bệnh và triệu chứng cấp tính trong 4 tuần qua cao hơn 1,4 lần so với các cá nhân không HTL. Tác hại của việc HTL, đặc biệt là HTL hàng ngày là rất lớn đối với sức khỏe con người đã được minh chứng dựa trên rất nhiều nghiên cứu của các tác giả trong và ngoài nước. Các bệnh có nguyên nhân trực tiếp do HTL như: đột quỵ, mạch vành, bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính, ung thư phổi là những nguyên nhân hàng đầu gây tử vong ở cả nam và nữ. Ốm đau và tử vong sớm do sử dụng thuốc lá chiếm 12% tổng gánh nặng bệnh tật tại Việt Nam [1], [131].

Sự gia tăng tác động của các yếu tố ảnh hưởng đến sức khỏe có liên quan đến tình trạng già hoá dân số, biến đổi khí hậu và các vấn đề liên quan đến quá trình đô thị hoá, công nghiệp hoá và toàn cầu hoá, bao gồm cả gia tăng tình trạng ô nhiễm môi trường, thay đổi hành vi lối sống theo hướng bất lợi cho sức khỏe và các tệ nạn xã hội đồng thời tạo ra áp lực trong cung ứng dịch vụ y tế và an sinh xã hội.

Nếu không có các biện pháp hữu hiệu để hạn chế sự gia tăng tác động của các yếu tố này, gánh nặng bệnh tật, đặc biệt là các BKLN sẽ gia tăng nhanh chóng và khó kiểm soát hơn. Để giải quyết những vấn đề này, đòi hỏi phải có những nỗ lực trong phối hợp liên ngành trong việc thực hiện các chiến lược dự phòng và nâng cao sức khỏe cho cả các đối tượng khỏe mạnh [132].

Chúng tôi nhận thấy, đô thị hóa cùng với quá trình đẩy mạnh phát triển kinh tế tại khu vực nghiên cứu (2 khu vực đô thị thuộc 4 quận trung tâm nội thành Hà Nội: Hoàn Kiếm, Ba Đình, Đống Đa và Hai Bà Trưng) có thể đã gây ra những ảnh hưởng tiêu cực lớn đối với sức khỏe của người dân tại đây. Các sự ảnh hưởng được thể hiện qua sự gia tăng nhịp độ của cuộc sống; ô nhiễm không khí, nguồn nước. Ngoài ra, cơ sở hạ tầng xã hội không theo kịp với tốc độ tăng dân số, đặc biệt cung ứng nước sạch, xử lý rác thải, nước cống, cơ sở y tế, giáo dục, nhà ở... Nhu cầu tập thể dục để nâng cao sức khỏe ngày càng lớn trong khi các công viên, không gian xanh ngày càng thu hẹp và thiếu tại khu các khu vực đô thị (đặc biệt là các khu vực đô thị có điều kiện sinh hoạt không đảm bảo) là yếu tố nguy cơ gây nên tình trạng ốm đau (đau đầu, chóng mặt, bồn chồn, lo lắng, mất ngủ, tăng huyết áp, tim mạch...). Trước đây bệnh mạn tính chủ yếu gặp ở người thu nhập cao nhưng hiện nay thì tỷ lệ mắc các bệnh mạn tính ở nhóm người nghèo cũng gia tăng và gần như không có sự khác biệt lớn so với nhóm người giàu. Có nghĩa là có sự gia tăng tỷ lệ bệnh mạn tính ở nhóm người nghèo. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng chỉ rõ, các đối tượng sống ở khu vực có điều kiện không đảm bảo hiện tại đang phải chịu gánh nặng bệnh tật kép (bao gồm các bệnh, triệu chứng cấp tính và các bệnh mạn tính).

Căn cứ từ kết quả nghiên cứu trên, chúng tôi cần có sự quan tâm đặc biệt đến sức khỏe của nữ giới, người già, người thất nghiệp, người có trình độ học vấn thấp, ly hôn/góa, người nghèo sống ở đô thị (đặc biệt tại các khu vực đô thị có điều kiện sinh hoạt không đảm bảo).

4.2.2. Mô tả và so sánh thực trạng sử dụng dịch vụ khám chữa bệnh của các cá nhân được điều tra và các yếu tố liên quan

4.2.2.1. Sử dụng dịch vụ khám chữa bệnh của các cá nhân được điều tra

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi (biểu đồ 3.7 và 3.8) cho thấy tỷ lệ sử dụng DVKCB theo tất cả các loại hình dịch vụ của các cá nhân được điều tra trong 18 tháng nghiên cứu của các cá nhân ở nhóm 2 đều cao hơn so với các cá nhân ở nhóm 1 (sử dụng DVKCB (ngoại hoặc nội trú) là 41,0% so với 36,9%; sử dụng DVKCB ngoại trú là 37,4% so với 32,6%; sử dụng DVKCB nội trú là 9,7% so với 9,3%. Các cá nhân được điều tra đều có xu hướng sử dụng DVKCB ở các BV trung ương, BV thành phố và BV quận là chủ yếu; với tỷ lệ tương ứng ở nhóm 2 và nhóm 1 là (BV trung ương chiếm 20,5% và 17,4%; BV thành phố chiếm 12,2% và 13,9%; BV quận chiếm 7,0% và 6,2%).

Kết quả này là hợp lý, bởi vì đa số các đối tượng khi bị ốm đau thường có xu hướng đi KCB ngoại trú là chủ yếu (có thể do họ chỉ bị ốm đau nhẹ, tự mua thuốc về điều trị, hay do điều kiện kinh tế không cho phép nằm viện điều trị...) chỉ khi nào ốm đau, bệnh nặng, đòi hỏi họ bắt buộc phải ở lại các cơ sở y tế để điều trị nội trú [79-81],[87]. Trong thực tế, các đối tượng sinh sống ở các khu vực đô thị có điều kiện sinh hoạt đảm bảo (nhóm 2) chắc chắn sẽ có nhiều điều kiện thuận lợi hơn về mọi mặt để tiếp cận và sử dụng các DVKCB so với nhóm đối tượng sống ở khu vực có điều kiện sinh hoạt không đảm bảo (nhóm 1) [79-81],[85],[87].

So sánh với các kết quả nghiên cứu khác, kết quả nghiên cứu của chúng tôi có tỷ lệ thấp hơn. Nghiên cứu về tình hình tiếp cận và sử dụng DVKCB của người sống ở khu ổ chuột thành thị so với người dân khu vực nông thôn ở Dhaka (Bangladesh) của tác giả Khan và cộng sự (2012) cho thấy, hai loại hình sử dụng DVKCB được các đối tượng sử dụng phổ biến là các hiệu thuốc (42,6%) để tự điều trị cũng như phòng khám/bệnh viện của nhà nước (13,5%) [68]. Nghiên cứu của tác giả Đoàn Thị Thu Huyền và cộng sự (2012) về sử dụng DVKCB và chi tiêu cho KCB ở nhóm lao động phi chính thức tại Hà Nội cho thấy các đối tượng KCB nội trú tại BV trung ương chiếm 43,8%, tại BV cấp thành phố chiếm 31,3%; tuy nhiên khi có những bệnh/triệu chứng cấp tính thì đa số đối tượng này chọn các cơ sở y tế tư nhân (27,9%), tiếp theo đến là các BV trung ương (26%) và BV huyện (18,8%);

tỷ lệ KCB tại trạm y tế xã/phường rất thấp (7,7%) [66]. Theo tác giả Hoàng Văn Minh và cộng sự (2012), dựa trên các dữ liệu về Điều tra mức sống dân cư Việt Nam từ năm 2002 đến 2010 cho thấy, tỷ lệ người dân đô thị tiếp cận và sử dụng DVKCB năm 2010 chiếm tỷ lệ 42,1% [85]. Theo kết quả cuộc điều tra đánh giá hộ nghèo ở đô thị do Tổng cục Thống kê thực hiện tại 2 thành phố Hà Nội và Hồ Chí Minh (2009) cho thấy có tới 99,2% người dân ở 2 thành phố này có sử dụng DVKCB trong 12 tháng qua, bao gồm 62,7% đi khám bác sĩ và 36,5% tự điều trị bằng cách tự mua thuốc [64]. Cũng theo nghiên cứu này, người dân Hà Nội chủ yếu KCB ở BV tuyến trung ương (35%) và tuyến thành phố (33,8%); trong khi người dân thành phố Hồ Chí Minh chủ yếu khám ở BV tuyến thành phố (48,9%) và tuyến quận (42,8%).

Theo kết quả Điều tra mức sống dân cư từ năm 2002 đến 2010 cho thấy, tỷ lệ người dân đô thị sử dụng DVKCB qua các năm luôn cao hơn so với người dân ở khu vực nông thôn. Có sự phân hóa về chất lượng DVKCB và bất bình đẳng về sử dụng, tiếp cận với các DVKCB, đặc biệt là ở các khu đô thị, những người giàu (có khả năng chi trả cao) thường được KCB ở những cơ sở y tế chuyên sâu và chất lượng cao trong khi những người nghèo thì thường nhận được các DVKCB có chất lượng thấp hơn hoặc các DVKCB “miễn phí” [85].

Theo kết quả Khảo sát mức sống dân cư Việt Nam (2012) cho thấy tỷ lệ người có KCB ngoại trú trong vòng 12 tháng trước ngày điều tra tại BV Nhà nước (chiếm 38,9%), TYT xã/phường (21,3) trong toàn quốc; tỷ lệ tương ứng ở khu vực đô thị là (52,6%, 8,4%, 2,6%, 33,6%, 0,8% và 2,0%); ở Hà Nội mới năm 2012 là (61,5%, 10,9%) [24]. Kết quả Khảo sát mức sống dân cư Việt Nam (2014) cho thấy tỷ lệ người có KCB trong vòng 12 tháng trước ngày điều tra trong toàn quốc là 39,2%; trong đó tỷ lệ người có điều trị nội trú là 7,3%, tỷ lệ người có KCB ngoại trú là 36,0%; tỷ lệ tương ứng ở khu vực đô thị là (40,2%, 6,5% và 37,8 [120]. Tỷ lệ người có KCB nội trú trong vòng 12 tháng trước ngày điều tra tại BV Nhà nước (chiếm 82,6%), TYT xã/phường (8,31%) trong toàn quốc; tỷ lệ tương ứng ở khu vực đô thị là (91,22%, 2,65%) và ở Hà Nội mới năm 2012 là (89,9%, 2,8%) [120]. Kết quả khảo sát mức sống dân cư của Tổng cục Thống kê (2016) cho thấy, tỷ lệ KCB của người dân trong năm đã tăng từ 34,2% (năm 2008) lên 40,9% (2010) và

39,2% (2012), trong đó tỷ lệ người KCB ngoại trú tăng từ 31,0% (2008) lên 37,1% (2010) và 36,0% (2012). Tỷ lệ điều trị nội trú cũng tăng từ 6,5% (2008) lên 8,1% (2010) và 7,3% (2012). Tỷ lệ KCB năm 2012 có sự chênh lệch nhưng không đáng kể khi so sánh giữa khu vực thành thị và nông thôn, với 40,2% ở khu vực thành thị và 38,7% ở khu vực nông thôn [133].

So sánh với các kết quả khảo sát trên thì kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng cho thấy các cá nhân được điều tra sử dụng các DVKCB theo mô hình tương đồng và có cùng xu hướng (tức là tỷ lệ sử dụng các DVKCB theo tất cả các loại hình dịch vụ có xu hướng tăng dần theo thời gian), điều này có thể giải thích là khi mức sống người dân được nâng lên thì sự quan tâm đến sức khỏe và nhu cầu được chăm sóc, bảo vệ sức khỏe và sử dụng các DVKCB của họ tăng lên tương đồng với tỷ lệ chung của toàn quốc là hợp lý.

Tại các khu vực tiến hành nghiên cứu của chúng tôi đều có mạng lưới y tế phong phú, mỗi phường đều có 01 trạm y tế phường, mỗi quận đều có trung tâm y tế quận, đồng thời có các Bệnh viện trung ương, bệnh viện chuyên khoa tuyến cuối đạt chuẩn y tế quốc gia. Nhưng trong thực tế, tỷ lệ đến KCB tại các trạm y tế phường, quận còn thấp (đặc biệt là ở trạm y tế phường), do đó cần phải tìm hiểu nguyên nhân là tại sao mạng lưới y tế cơ sở đầy đủ như vậy nhưng tỷ lệ người dân đến KCB tại y tế cơ sở rất thấp? Có phải chăng do chất lượng thấp khiến cho người dân không tin tưởng hay do nguyên nhân nào khác (thiếu thuốc men và trang thiết bị y tế, giờ giấc KCB không thuận tiện...). Trong thực tế, các bệnh viện tuyến trên luôn nhận được sự đầu tư nhiều hơn từ ngân sách nhà nước, tuy nhiên đối tượng chính sử dụng những cơ sở y tế này chủ yếu lại là người giàu (có khả năng chi trả các DVKCB tại BV các tuyến cuối như BV tỉnh/thành phố, BV trung ương) chứ không phải là người nghèo, như vậy rõ ràng người nghèo, người có thu nhập thấp nhận được sự bao cấp của Nhà nước ít hơn so với người không nghèo. Nói tóm lại, người nghèo, người có thu nhập thấp ít được tiếp cận tuyến y tế có chất lượng dịch vụ cao, nơi nhận được nhiều sự đầu tư của Nhà nước so với người không nghèo. Đây chính là sự bất công bằng trong việc sử dụng DVKCB công và sự hưởng lợi từ đầu tư cho CSSK của người dân. Nghiên cứu của tác giả Trương Việt Dũng và cộng sự tại Quảng Ninh đưa ra ý kiến của đa số người dân là muốn đến trạm y tế xã hơn nếu

như xã gần nhà, còn nếu trong trường hợp ngược lại họ sẽ đến thầy thuốc tư hoặc đi mua thuốc về tự chữa [134]. Trong phạm vi khu vực nghiên cứu, theo chúng tôi rất có thể là do người dân ít tin tưởng vào chất lượng của trạm y tế phường, trung tâm y tế quận, hoặc có thể do họ không có BHYT. Người dân đến các cơ sở y tế phải là nơi cung cấp các DVKCB có chất lượng, họ muốn đến KCB ở những nơi tin tưởng, có uy tín và khỏi bệnh nhanh. Về vấn đề này, nghiên cứu thực hiện tại Yên Bái cho thấy yếu tố tiện lợi là quan trọng nhất khi chọn đến cơ sở y tế phường, còn nghiên cứu ở Thanh Hóa thì các yếu tố trình độ chuyên môn, có đủ thuốc tốt và thái độ phục vụ tốt là yếu tố được người dân coi trọng nhất [116]. Bởi vậy, chúng tôi cho rằng đây là những yếu tố mà các cơ sở KCB cần phải xem xét, quan tâm để làm cơ sở, căn cứ xác định nhu cầu đối với cơ sở y tế của mình trong việc đầu tư phát triển, cung cấp DVKCB cho nhân dân. Để nâng cao chất lượng cung cấp DVKCB và thu hút người dân đến KCB tại trạm y tế phường và trung tâm y tế quận (y tế cơ sở) thì các giải pháp cần thực hiện là: đầu tư nâng cấp cơ sở vật chất nhà cửa, cung cấp trang thiết bị đầy đủ, hiện đại và đào tạo nâng cao trình độ chuyên môn, đồng thời bổ sung đội ngũ cán bộ y tế có chất lượng, đặc biệt là bác sĩ chuyên khoa và tăng cường áp dụng tin học hóa để quản lý các cơ sở y tế.

4.2.2.2. Mối liên quan giữa sử dụng dịch vụ khám chữa bệnh của các cá nhân được điều tra và một số yếu tố kinh tế, văn hóa, xã hội

Kết quả của chúng tôi cho thấy, tỷ lệ sử dụng DVKCB trong 18 tháng nghiên cứu của các cá nhân được điều tra ở nhóm 2 cao hơn so với nhóm 1 và có liên quan với:

Nữ giới có tỷ lệ sử dụng DVKCB cao hơn so với nam giới, với tỷ lệ tương ứng là (46,1% và 35,2% ở nhóm 2 cao hơn so với 39,9% và 33,3% ở nhóm 1). Kết quả phân tích hồi quy đa biến (ở các bảng 3.11, 3.12 và 3.13) cũng cho thấy nam giới có khả năng sử dụng các DVKCB trong 18 tháng nghiên cứu chỉ bằng 70% so với nữ giới. Trong nghiên cứu của chúng tôi, nữ giới có tỷ lệ ốm đau cao hơn so với nam giới, cho nên nữ giới sử dụng các DVKCB cao hơn so với nam giới là hợp lý.

Tỷ lệ sử dụng các DVKCB trong 18 tháng nghiên cứu của các cá nhân là thành viên của các HGD ≤ 4 người có tỷ lệ sử dụng DVKCB cao hơn so với các cá nhân là thành viên của các HGD có > 4 người, với tỷ lệ tương ứng là (47,3% và

35,2% ở nhóm 2 cao hơn so với 39,9% và 31,5% ở nhóm 1). Kết quả phân tích bằng mô hình hồi quy (GEE) đa biến lặp lại cũng cho thấy các cá nhân sống trong các HGĐ > 4 người có khả năng sử dụng các DVKCB chỉ bằng 60% so với các cá nhân sống trong các HGĐ ≤ 4 người. Tỷ lệ sử dụng DVKCB của các cá nhân ly hôn/góa là cao nhất chiếm 70,3% ở nhóm 2 cao hơn so với tỷ lệ tương ứng là 55,4% ở nhóm 1; mô hình phân tích hồi quy đa biến ở các bảng từ 3.12 đến 3.14 cũng cho thấy các cá nhân ly hôn/góa có khả năng sử dụng các DVKCB gấp 2,4 lần so với các cá nhân đang sống cùng vợ/chồng. Điều này có thể giải thích là, các cá nhân sống trong các HGĐ > 4 thành viên thường là người có hộ khẩu và việc làm, thu nhập ổn định tại thành phố Hà Nội cho nên họ có điều kiện và nhu cầu sử dụng các DVKCB cao hơn so với các cá nhân sống trong các HGĐ < 4 người (phần lớn là người di cư, nhập cư) thường có điều kiện kinh tế khó khăn hơn, phải thuê nhà ở trọ... Trong thực tế, các cá nhân ly hôn/góa thường có sức khỏe không tốt, có khả năng bị ốm đau cao cho nên họ có nhu cầu sử dụng các DVKCB cao hơn so với các cá nhân đang sống cùng vợ/chồng là hợp lý.

Những cá nhân có BHYT có tỷ lệ sử dụng các DVKCB trong 18 tháng nghiên cứu cao hơn so với các cá nhân không có BHYT với tỷ lệ tương ứng là (44,2% và 25,2% ở nhóm 2 cao hơn so với 42,5% và 26,0% ở nhóm 1). Kết quả phân tích bằng mô hình hồi quy (GEE) đa biến lặp lại cũng cho thấy các cá nhân có BHYT có khả năng sử dụng các DVKCB trong 18 tháng nghiên cứu cao hơn từ 1,8-2,7 lần so với các cá nhân không có BHYT.

Tuổi càng cao thì tỷ lệ sử dụng các DVKCB tăng lên (chiếm 71,4% ở nhóm 2 cao hơn so với 66,6% ở nhóm 1). Kết quả phân tích bằng mô hình hồi quy (GEE) đa biến lặp lại cũng cho thấy các cá nhân trên 60 tuổi có khả năng sử dụng các DVKCB trong 18 tháng qua cao hơn 3,9 lần so với các cá nhân 15-24 tuổi).

Tỷ lệ sử dụng DVKCB trong 18 tháng nghiên cứu của các cá nhân thất nghiệp và nghỉ hưu cao hơn so với các cá nhân thuộc các nhóm khác. Mô hình hồi quy (GEE) đa biến lặp lại ở các bảng từ 3.11 đến 3.13 cũng cho thấy các cá nhân thất nghiệp có khả năng sử dụng các DVKCB cao hơn 1,9-3,9 lần so với các cá nhân đang đi làm; các cá nhân nghỉ hưu có khả năng sử dụng các DVKCB cao hơn 2,1-2,6 lần so với các cá nhân đang đi làm.

Trong 2 lần điều tra (18 tháng qua) các cá nhân bị ốm đau sử dụng các DVKCB cao hơn rõ rệt so với các cá nhân không bị ốm đau. Thể hiện rõ nhất qua kết quả phân tích bằng mô hình hồi quy (GEE) đa biến lặp lại, các cá nhân bị ốm đau bệnh tật có khả năng sử dụng các DVKCB cao hơn từ 1,5-33 lần so với các nhân không bị ốm đau.

Các kết quả trên là hợp lý, bởi vì trong thực tế mặc dù mọi đối tượng đều được quan tâm, chăm sóc về sức khỏe cũng như có các cơ hội tiếp cận các DVKCB là như nhau nhưng các đối tượng thất nghiệp, nghỉ hưu là những đối tượng có khả năng bị ốm đau nhiều hơn do đó phải đi KCB cao hơn so với các đối tượng đang đi làm. Hơn nữa, tuổi của họ thường đã cao do đó có khả năng bị ốm đau cao hơn là phù hợp. Mặt khác, người dân Việt Nam có truyền thống hiếu thảo, do đó lúc về già, bố mẹ khi bị ốm đau thường nhận được nhiều sự quan tâm, chăm sóc từ con cái hơn do đó họ được tiếp cận và sử dụng DVKCB nhiều hơn. Những đối tượng hưu trí thường có điều kiện kinh tế ổn định (có lương hưu) và được hưởng nhiều chính sách ưu đãi về mọi mặt (trong đó có chính sách ưu đãi về y tế), khi bị ốm đau họ sẽ có nhu cầu KCB và sẵn sàng sử dụng các DVKCB. Ở khía cạnh khác, các đối tượng bị ốm đau (đặc biệt là các bệnh mạn tính phải nằm điều trị nội trú) thường biết trước về bệnh tật của mình và họ thường có xu hướng chủ động đóng BHYT để được hưởng các quyền lợi khi sử dụng các DVKCB. Về điểm này, kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng tương đồng với kết quả nghiên cứu của tác giả Nguyễn Khánh Phương và cộng sự tại 4 huyện của tỉnh Bắc Giang và tỉnh Hải Dương năm 2006 đó là người có BHYT nằm viện cao hơn 1,7 lần người không có thẻ BHYT [135] và kết quả của các nghiên cứu khác [64],[80].

Theo kết quả nghiên cứu trên, chúng ta có thể thấy rằng không có sự khác biệt rõ rệt về nhu cầu sử dụng các DVKCB theo tình trạng kinh tế HGĐ giữa các nhóm kinh tế (hệ số độ tập trung $< 0,2$ cho thấy mức độ bất bình đẳng/công bằng về tỷ lệ sử dụng các DVKCB theo tình trạng kinh tế giữa 2 nhóm điều tra ở mức thấp), TĐHV, thói quen HTL và uống bia/rượu hàng ngày của các đối tượng nghiên cứu. Nguyên nhân ở đây có thể do đối tượng nghiên cứu đều là những đối tượng sinh sống tại các khu vực đô thị trung tâm thuộc 4 quận nội thành Hà Nội, đều có những điều kiện sinh hoạt, nhà ở đã được phân loại và lựa chọn theo tiêu chí chung, việc

xếp loại tình trạng kinh tế theo các nhóm đối tượng chỉ mang tính chất tương đối. Hơn nữa DVKCB là một loại dịch vụ đặc biệt, người dân khi bị ốm đau dù muốn hay không đều phải sử dụng cho nên những đặc điểm về TĐHV, thói quen HTL và uống bia/rượu của các đối tượng nghiên cứu không ảnh hưởng nhiều đến nhu cầu sử dụng các DVKCB cũng hợp lý.

Tại Việt Nam, trong những năm qua, Đảng và Nhà nước đã có chủ trương đa dạng hóa các loại hình cung cấp DVKCB. Bên cạnh hệ thống y tế của Nhà nước, khu vực y tế tư nhân đã và đang tham gia cung cấp nhiều DVKCB phục vụ nhu cầu CSSK nhân dân. Tác động của nền kinh tế thị trường và sự thay đổi rõ rệt về cơ cấu mắc bệnh từ năm 1986 đến năm 2010 (tỷ trọng KCB đối với các BKLN gia tăng liên tục ở mức cao; trái lại, tỷ trọng số lượt KCB đối với người mắc bệnh truyền nhiễm giảm đi nhanh chóng) đã dẫn đến thay đổi mô hình tiếp cận và sử dụng DVKCB. Trong khi nhiều trạm y tế cơ sở phường, xã, thị trấn, Nhà nước đã đầu tư xây dựng khang trang nhưng tình hình KCB vẫn không khả quan, tỷ lệ người dân đến KCB tại trạm y tế phường xã còn quá thấp. Trong khi đó, tại các cơ sở y tế tuyến trên, thì số người đến KCB ngày càng đông, gây quá tải... Nhận thức rõ vấn đề đó, Nhà nước ta đã ban hành nhiều chính sách, giải pháp để hỗ trợ cho người dân, đặc biệt là người nghèo trong KCB như: chính sách tăng đầu tư cho y tế, ưu tiên kinh phí KCB cho người dân ở các vùng khó khăn, vùng dân tộc ít người, tăng kinh phí để phát triển mạng lưới y tế cơ sở, miễn giảm phí DVKCB cho người nghèo, mở rộng BHYT. Tuy nhiên, hiện tại kết quả nghiên cứu của chúng tôi vẫn cho thấy sự tiếp cận với các DVKCB của các HGD nghèo, đặc biệt các HGD có điều kiện sinh hoạt không đảm bảo ở đô thị tại 4 quận nội thành Hà Nội còn nhiều hạn chế [2],[133].

Khả năng tiếp cận, sử dụng các DVKCB có liên quan đến các yếu tố về địa lý, văn hóa, kinh tế (khả năng chi trả) và xã hội. Để hỗ trợ người dân tiếp cận các DVKCB, Việt Nam đã ưu tiên phát triển mạng lưới y tế cơ sở trên toàn quốc và đã đạt nhiều thành tựu lớn. Nếu như năm 2010, cả nước mới chỉ có hơn 100 bệnh viện tư nhân thì đến hết năm 2014 đã có 170 bệnh viện, trong đó có 06 bệnh viện có vốn đầu tư nước ngoài với 9.501 giường bệnh chiếm 11% tổng số các bệnh viện và 04% số giường bệnh, đạt 01 giường bệnh tư nhân/01 vạn dân. Mạng lưới, y tế cơ sở được

phát triển rộng khắp toàn quốc, bao gồm mạng lưới y tế thôn bản, tạo điều kiện thuận lợi để người dân tiếp cận các DVKCB. 99% xã, phường, thị trấn đã có nhà trạm y tế, 78% số trạm y tế có bác sĩ, 96% trạm y tế xã có nữ hộ sinh hoặc y sĩ sản nhi; 78% thôn, bản, tổ dân phố trong cả nước đã có nhân viên y tế hoạt động, riêng ở các thôn bản khu vực nông thôn và miền núi là 95,9%. Tỷ lệ các xã đạt Tiêu chí quốc gia về y tế xã là 55%. Khoảng 80% trạm y tế xã đã triển khai khám, chữa bệnh BHYT [133]. Tuy nhiên, hiện tại với gánh nặng ốm đau, bệnh tật lớn, đặc biệt là các bệnh mạn tính đòi hỏi mạng lưới y tế có độ bao phủ sâu rộng hơn nữa, đặc biệt là với những khu vực đô thị có điều kiện sinh hoạt không đảm bảo. Hiện nay, quá trình đô thị hoá và công nghiệp hoá đã dẫn đến ô nhiễm môi trường ngày càng nghiêm trọng, gây nên hàng loạt các vấn đề liên quan đến các bệnh cấp tính và mạn tính do phơi nhiễm ngắn hạn và dài hạn với các chất gây ô nhiễm môi trường không khí và nguồn nước. Hơn nữa, Việt Nam đã và đang quá trình đô thị hoá với tốc độ đáng kể và điều này cũng đã tạo ra những ảnh hưởng xấu đến tình trạng sức khỏe và việc cung cấp các DVKCB của người dân [2]. Một vấn đề đang được đặt ra là phải tìm được sự thống nhất hài hòa giữa nhu cầu KCB của người dân và khả năng cung cấp DVKCB. Các nghiên cứu về sử dụng DVKCB trên thế giới đều cho thấy quyết định của người bệnh đi đâu, làm gì khi bị ốm đau phụ thuộc nhiều vào tính sẵn có và chất lượng của DVKCB, giá thành, niềm tin về sức khỏe và các đặc trưng cá nhân của từng người. Tại các khu vực đô thị lớn thì các nghiên cứu thường được tiến hành tại các khu "ổ chuột" là những khu vực có điều kiện sinh hoạt không đảm bảo; kết quả cho thấy, người dân khi ốm đau chủ yếu vẫn tự mua thuốc về chữa hoặc không điều trị, người nghèo còn gặp nhiều khó khăn khi tiếp cận với các DVKCB [30],[69-70].

Do đó, để đảm bảo công bằng trong CSSK cần quan tâm hơn đến sức khỏe của người già, thất nghiệp, người sống trong các khu vực đô thị có điều kiện sinh hoạt không đảm bảo. Mặt khác, các cơ sở y tế cũng cần phải đầu tư phát triển cung cấp các loại hình DVKCB chất lượng cao để đáp ứng nhu cầu KCB của người dân nhằm giảm gánh nặng chi tiêu cho các HGD và giảm tình trạng quá tải cho các cơ sở y tế tuyến trên (BV trung ương và BV tỉnh/thành phố).

4.3. So sánh chi tiêu và gánh nặng chi tiêu cho khám chữa bệnh của các hộ gia đình ở 2 khu vực được điều tra và một số yếu tố liên quan

4.3.1. Chi tiêu của các hộ gia đình được điều tra và một số yếu tố liên quan

4.3.1.1. Chi tiêu của các hộ gia đình được điều tra

Kết quả ở bảng 3.14 cho thấy chi tiêu từ tiền túi trung bình theo tháng của các HGD được điều tra trong 18 tháng nghiên cứu ở nhóm 2 cao hơn 1,6 lần so với nhóm 1 (651,0 nghìn VNĐ so với 407,8 nghìn VNĐ). Điều này có thể giải thích là do thu nhập bình quân hàng tháng/người của các HGD ở nhóm 2 cao hơn so với các HGD ở nhóm 1 (cao hơn 1,28 lần), do đó các HGD ở nhóm 2 có điều kiện chi tiêu nhiều hơn so với các HGD ở nhóm 1 là hợp lý. Chi tiêu của các HGD sinh sống ở khu vực có điều kiện sinh hoạt đảm bảo đa dạng hơn so với các HGD sinh sống ở khu vực có điều kiện sinh hoạt không đảm bảo, trong đó có chi tiêu cho sức khỏe (dịch vụ khám chữa bệnh). Phân tích kỹ về chi tiêu sẽ giúp chúng ta có cái nhìn tổng quát về mức sống dân cư, mức độ bất bình đẳng về thu nhập của người dân ở Việt Nam, nhu cầu, khả năng của các HGD đối với các mặt hàng quan trọng, các dịch vụ công, trong đó có nhu cầu chăm sóc và bảo vệ sức khỏe (dịch vụ khám chữa bệnh).

4.3.1.2. Mối liên quan giữa chi tiêu từ tiền túi của các hộ gia đình được điều tra và một số yếu tố kinh tế, văn hóa, xã hội

Như phần phân tích ở trên, DVKCB không giống như các dịch vụ khác, với các dịch vụ khác người dân có quyền lựa chọn, có thể họ có hoặc không có nhu cầu sử dụng nếu thấy không cần thiết, với DVKCB thì khi bị ốm đau dù có muốn hay không vẫn phải sử dụng. Khi sử dụng DVKCB thì tất yếu sẽ phát sinh chi tiêu và gánh nặng chi tiêu.

Kết quả ở bảng 3.15 cho thấy: Các con số thống kê về chi tiêu từ tiền túi trung bình theo tháng cho KCB của các HGD theo tình trạng ốm đau, loại hình DVKCB và đặc điểm của HGD (số lượng thành viên, chủ hộ là nữ, thành viên trên 60 tuổi, thành viên <5 tuổi, có BHYT và tình trạng kinh tế) đều cho thấy dù ở mức độ khác nhau nhưng các HGD ở nhóm 2 đều có mức chi tiêu từ tiền túi cao hơn so với các HGD ở nhóm 1. HGD có người bị ốm đau, phải sử dụng các DVKCB bệnh có mức chi tiêu từ tiền túi cao hơn so với HGD không có người bị ốm đau hoặc

không phải sử dụng các DVKCB. Mức chi tiêu cao nhất khác biệt rõ nét nhất đối với chi tiêu cho các bệnh mạn tính và chi tiêu cho điều trị nội trú.

Kết quả nghiên cứu cho thấy tỷ lệ chi tiêu từ tiền túi cho KCB của các HGD được điều tra trong nghiên cứu của chúng tôi cao hơn so với chi tiêu trung bình tiền túi theo tháng cho KCB của HGD năm 2012 (148,6 nghìn VNĐ/người/tháng). Thấp hơn so với kết quả của một nghiên cứu tiến hành ở Võ Nhai, Thái Nguyên (2011) cho thấy chi tiêu trung bình cho việc điều trị nội trú 12 tháng trước ngày điều tra tại các HGD ở Lâu Thượng là 2.472.000 VNĐ/hộ/năm [136]. Báo cáo của tác giả Bjorn Olof Ekman (2008) cho kết quả tỷ lệ chi tiêu cho y tế so với tổng thu nhập HGD/năm của toàn vùng Bắc Trung Bộ là 11%, trong đó nhóm thu nhập thấp phải chịu gánh nặng chi tiêu lớn hơn nhóm có thu nhập cao nhất [137]. Điều này có thể do mức sống và thu nhập bình quân của các HGD ở địa bàn nghiên cứu của chúng tôi cao hơn so với mặt bằng chung toàn quốc, cho nên tỷ trọng chi tiêu cho KCB của các HGD trong nghiên cứu của chúng tôi vẫn ở mức thấp hơn so với các khu vực khác, đặc biệt là khu vực nông thôn là hoàn toàn phù hợp [76]. Ngoài ra còn phải tính đến chi tiêu cho điều trị ngoại trú, tự điều trị, các con số này chắc chắn còn cao hơn rất nhiều. Điều này cũng đã lý giải tại sao người nghèo lại ít đi KCB tại các bệnh viện, đặc biệt là những bệnh viện tuyến trên. Kết quả nghiên cứu đã cho chúng ta thấy chi tiêu cho KCB là một trong những nguyên nhân dẫn đến nghèo đói cũng như sự bất bình đẳng/bất công bằng trong tiếp cận và sử dụng DVKCB của người dân đô thị nói riêng và người dân trên toàn quốc nói chung.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy gánh nặng chi tiêu cho ốm đau, sử dụng các DVKCB của người dân ở 2 khu vực đô thị thuộc 4 quận nội thành Hà Nội, đặc biệt là ở khu vực đô thị có điều kiện không đảm bảo (nhóm 1) là rất lớn. Các chi tiêu trên vào thời điểm hiện tại khi kinh tế thế giới gặp nhiều khó khăn, có rất nhiều biến động và sự gia tăng của cơn bão giá ở Việt Nam chắc chắn còn cao hơn rất nhiều. Ốm đau đặc biệt là bệnh mạn tính phải nằm viện dài ngày (điều trị nội trú) là nguyên nhân gây ra những gánh nặng rất lớn cho kinh tế của gia đình và xã hội. Những gánh nặng do ốm đau gây ra không chỉ dừng lại ở chi tiêu từ tiền túi, mà còn ở sự tiêu hao về các nguồn lực khác. Người dân khi ốm đau phải chịu đựng sự đau đớn về mặt thể xác, tinh thần (chi tiêu ảo-phi vật thể). Bên cạnh số tiền phải

bỏ ra để chi trả cho việc chăm sóc, điều trị, họ còn tiêu tốn về mặt thời gian trong khi với thời gian đó họ có thể làm những việc khác kiếm tiền thay vì nằm viện hay điều trị tại nhà. Ngoài ra, còn nhiều khoản chi tiêu liên quan khác như: chi tiêu cho phương tiện di chuyển, đi lại, ăn ở, sinh hoạt, chi tiêu cho người thân đi kèm chăm sóc (chi tiêu gián tiếp)... Tất cả những chi tiêu kể trên, nếu tính về mặt kinh tế cũng sẽ là rất lớn. Trong phạm vi của nghiên cứu này chúng tôi chỉ tập trung đi sâu vào tìm hiểu những chi tiêu trực tiếp từ tiền túi cho khám chữa bệnh mà người dân phải chi trả. Chính vì vậy, chúng tôi thiết nghĩ rằng, trong thời gian tới khi tiếp tục triển khai Quyết định 139/QĐ-TTg [138] của Thủ tướng chính phủ về KCB cho người nghèo. Chính phủ cần mở rộng đối tượng đến những người cận nghèo, người nghèo sinh sống ở những khu vực đô thị có điều kiện sinh hoạt không đảm bảo và cần phải xem xét đến cả những chi tiêu cơ hội như chi tiêu ăn uống, đi lại của họ. Các mức chi tiêu này cần phải được tìm hiểu, đi sâu nghiên cứu để cung cấp những bằng chứng khoa học có giá trị giúp cho các nhà hoạch định chính sách và các nhà quản lý có các biện pháp can thiệp đúng đắn nhằm giảm thiểu gánh nặng về tài chính do chi tiêu cho KCB của người dân.

4.3.2. Gánh nặng chi tiêu và mối liên quan giữa gánh nặng chi tiêu của các hộ gia đình được điều tra và một số yếu tố liên quan

4.3.2.1. Gánh nặng chi tiêu của các hộ gia đình được điều tra

Với những gánh nặng về ốm đau và kinh tế như trên, ốm đau đã đẩy nhiều HGD rơi vào hoàn cảnh khó khăn, nhiều HGD đã phải đi vay mượn thậm chí nhiều HGD phải bán đồ đạc, tài sản để chi tiêu cho KCB. Những HGD đã nghèo nay còn nghèo hơn, có nhiều HGD không nghèo nhưng vì chi tiêu cho KCB quá cao do bị ốm đau buộc phải chữa trị cũng trở thành hộ nghèo. Điều này một lần nữa được thể hiện rõ qua kết quả nghiên cứu của chúng tôi: các HGD ở nhóm 1 đều có tỷ lệ chi tiêu thảm họa và nghèo hóa do chi tiêu cho KCB cao hơn so với các HGD ở nhóm 2 (tỷ lệ chi tiêu thảm họa chiếm 9,9% ở nhóm 1, 7,3% ở nhóm 2 và có tới 5,9% các HGD ở nhóm 1, 2,8% các HGD ở nhóm 2 bị nghèo hóa sau khi chi tiêu cho KCB).

4.3.2.2. Mối liên quan giữa gánh nặng chi tiêu của các hộ gia đình được điều tra và một số yếu tố kinh tế, văn hóa, xã hội

Kết quả nghiên cứu cho thấy, các HGD có người hiện mắc bệnh mạn tính, có người trên 60 tuổi, có người điều trị nội trú-ngoại trú, sinh sống ở khu vực có điều kiện sinh hoạt không đảm bảo có tỷ lệ và khả năng chi tiêu thảm họa và nghèo hóa do chi tiêu cho KCB trong 18 tháng qua cao hơn so với các HGD không có người mắc bệnh mạn tính, không có người trên 60 tuổi, không phải điều trị nội trú-ngoại trú, sinh sống ở khu vực có điều kiện sinh hoạt đảm bảo.

Hệ số tập trung cho thấy mức độ bất công bằng về tỷ lệ chi tiêu thảm họa do chi tiêu cho KCB trong 18 tháng qua của 2 nhóm điều tra đều ở mức độ trung bình và tương đương nhau (tương ứng là 0,295 so với 0,312). Tuy nhiên, nếu so sánh tuyệt đối giữa nhóm giàu nhất và nhóm nghèo nhất thì tỷ lệ chi tiêu thảm họa do chi tiêu cho KCB trong 18 tháng qua của các cá nhân ở nhóm 1 cao hơn so với tỷ lệ tương ứng ở nhóm 2 (15,8% so với 13,0%). Đặc biệt, hệ số tập trung cho thấy mức độ bất công bằng về tỷ lệ chi tiêu thảm họa do chi tiêu cho KCB của các HGD trong 18 tháng nghiên cứu của các HGD nhóm 1 (ở mức độ cao) cao hơn so với các HGD nhóm 2 (ở mức độ trung bình), với hệ số tập trung tương ứng là 0,411 so với 0,25 [108].

Tỷ lệ chi tiêu thảm họa và nghèo hóa do chi tiêu cho KCB trong 18 tháng nghiên cứu đối với các HGD có chủ hộ là nữ giới, có thành viên < 5 tuổi, có sở hữu BHYT, có người mắc bệnh, triệu chứng cấp tính (tự khai báo) trong 4 tuần qua trước ngày phỏng vấn và có người điều trị ngoại trú không có sự khác biệt rõ rệt so với các HGD có chủ hộ làm nam giới, không có thành viên < 05 tuổi, không có BHYT, không có người mắc bệnh, triệu chứng cấp tính (tự khai báo) trong 4 tuần trước ngày phỏng vấn và các HGD không có người điều trị ngoại trú. Tuy nhiên, nếu so sánh giữa 2 nhóm đối tượng, với tất cả các đặc điểm trên thì những HGD có điều kiện sinh hoạt không đảm bảo (nhóm 1) đều phải chịu mức chi tiêu thảm họa và nghèo hóa do chi tiêu cho KCB cao hơn (từ 1,12 đến 2,74 lần) so với các HGD có điều kiện sinh hoạt đảm bảo (nhóm 2).

Nghiên cứu "Gánh nặng chi tiêu cho y tế từ tiền túi và bảo vệ tài chính tại Việt Nam 1992-2014" do tác giả Hoàng Văn Minh và cộng sự cho thấy tỷ lệ HGD tại Việt Nam chịu mức chi tiêu thảm họa và nghèo hóa cho chi tiêu y tế đều giảm rõ

rệt qua thời gian. Ở thời điểm năm 2014 tỷ lệ HGD tại Việt Nam phải chịu mức chi tiêu thảm họa chỉ là 2,3%, tương đương khoảng 550.000 HGD (so với tỷ lệ 8,2% năm 1992) và nghèo hóa là 1,7% (so với tỷ lệ 5,3% vào năm 1992). Đây là các khoản tiền mà các HGD phải trả cho việc sử dụng DVKCB như tiền khám, tiền thuốc, tiền giường, tiền xét nghiệm... và chưa tính tiền đi lại, bồi dưỡng, chi cho mua bảo hiểm và các khoản được bảo hiểm y tế (BHYT) chi trả. Tại Singapore, tổng chi tiêu của chính phủ đối với y tế công cộng chỉ chiếm 1,6% GDP, nhưng mức trung bình ở con số 1.104 USD/người/năm [139]. Điều này cho thấy, Việt Nam làm ra ít của cải hơn, nhưng phải chi tiêu nhiều hơn cho y tế. Hậu quả là kéo theo chi tiêu an sinh cho y tế trên đầu người xuống mức thấp. Các kết quả này cũng đã được đăng tải tại các báo cáo Tổng quan chung ngành Y tế năm 2013, 2014, 2015 [106],[120],[133]. Mức chi tiêu từ tiền túi của HGD cho y tế, tỷ lệ chi tiêu thảm họa và nghèo hóa do chi tiêu y tế ở Việt Nam đã đều giảm qua thời gian (thể hiện xu hướng tích cực) nhưng vẫn ở mức cao so với nhiều nước trong khu vực. Chi tiêu thảm họa và nghèo hóa do chi tiêu y tế là các chỉ số phản ánh mức độ bảo vệ rủi ro tài chính, cho thấy phần trăm dân số có nguy cơ phải đối mặt với khó khăn tài chính do các chi tiêu y tế phát sinh, cũng như mức độ của sự khó khăn đó. Hai chỉ số này được sử dụng để đo lường phạm vi bảo hiểm tài chính hoặc bảo hiểm chi tiêu hay mức độ bao phủ của các DVCSK [139]. Theo tác giả Hoàng Văn Minh, các HGD có người già, HGD ở nông thôn, hộ nghèo, cận nghèo là những người phải gánh chi tiêu y tế thảm họa và nghèo hóa nhiều hơn các đối tượng khác.

Đặc biệt, kết quả nghiên cứu của chúng tôi ở bảng 3.17 và bảng 3.19 cho thấy tỷ lệ những HGD không có BHYT sinh sống ở khu vực có điều kiện sinh hoạt không đảm bảo (nhóm 1) đều phải chịu mức chi tiêu thảm họa và nghèo hóa do chi tiêu cho KCB cao hơn (từ 1,57 đến 2,74 lần) so với các HGD có điều kiện sinh hoạt đảm bảo (nhóm 2), với tỷ lệ tương ứng là (9,4% so với 6,0% và 6,3% so với 2,3%).

Thực tế cho thấy, BHYT toàn dân là chính sách xã hội quan trọng hàng đầu, mang ý nghĩa nhân đạo và có tính chia sẻ cộng đồng sâu sắc được Đảng và Nhà nước ta hết sức coi trọng, luôn đề cao trong hệ thống chính sách An sinh xã hội. Tham gia BHYT đã mang lại rất nhiều lợi ích thiết thực cho người dân, nhất là các gia đình có mức thu nhập thấp khi chẳng may đau ốm: BHYT tế là hình thức bảo

hiêm để chăm sóc sức khỏe cho nhân dân không vì mục đích lợi nhuận, do Nhà nước tổ chức thực hiện và toàn dân tham gia, để bảo vệ sức khỏe cho mỗi người khi chẳng may ốm đau, tai nạn, nhằm đảm bảo an sinh xã hội. BHYT mang lại công bằng về CSSK cho mọi người, đặc biệt là người nghèo, người cận nghèo và đồng bào dân tộc sống ở vùng sâu, vùng xa. Vì vậy, hỗ trợ người cận nghèo tham gia BHYT là góp phần thực hiện chính sách an sinh xã hội. BHYT là cách tốt nhất để mọi người giúp nhau chia sẻ rủi ro khi bị ốm đau, bệnh tật. Do đó, đóng tiền mua thẻ BHYT là cách đóng góp khi lành, để dành khi ốm. BHYT chi trả phần lớn chi phí khám bệnh, xét nghiệm, thuốc men và chăm sóc cho người có thẻ khi đi khám bệnh, chữa bệnh theo đúng nơi đăng ký ghi trên thẻ [139].

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi là một trong những minh chứng cho thấy, thực hiện KCB bằng thẻ BHYT giúp cho nhóm người người nghèo và cận nghèo (sống ở khu vực có điều kiện sinh hoạt không đảm bảo) giảm thiểu gánh nặng chi tiêu cho hộ gia đình khi bị ốm đau, bệnh tật.

Vì vậy, trong đề án BHYT toàn dân, khi thúc đẩy được toàn dân tham gia BHYT, mức chi tiêu từ tiền túi HGD sẽ dần được giảm xuống. Nghiên cứu của tác giả Hoàng Văn Minh, BHYT có tác dụng giúp cho nhóm người có BHYT ít bị ảnh hưởng về yếu tố tài chính hơn những bệnh nhân không có BHYT. Tuy nhiên, nghiên cứu cũng chỉ ra, theo khuyến cáo của WHO để đạt được mục tiêu bao phủ CSSK toàn dân, Việt Nam cần nỗ lực để giảm tỷ lệ chi tiêu từ tiền túi cho y tế của HGD xuống dưới 30% và qua đó tiếp tục giảm thiểu tỷ lệ chi tiêu thảm họa và nghèo hóa do chi tiêu cho y tế. Vì thế, hiện Bộ Y tế đang thực hiện giải pháp để giảm chi tiêu từ tiền túi của người bệnh, đó là thúc đẩy được toàn dân tham gia BHYT. Cụ thể, mục tiêu đến năm 2020 sẽ giảm mức chi tiêu từ tiền túi của người bệnh xuống dưới 30% [139-140].

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn so với với kết quả thu được của nghiên cứu của tác giả Hoàng Văn Minh và cộng sự [139] và một nghiên cứu khác thực hiện ở Võ Nhai, Thái Nguyên (2011), có tới 14,6% HGD có người mắc bệnh mạn tính trong nghiên cứu gặp phải chi tiêu thảm họa và có 7,6% số HGD bị nghèo hóa sau khi chi trả các chi tiêu cho KCB [136]. Cao hơn rất nhiều so với chi tiêu thảm họa thu thập được trong một nghiên cứu tại Ba Vì, Hà Nội năm 2006 (07/621

HGD tương đương với 1,13% HGD phải đối mặt với chi tiêu thảm họa do chi tiêu cho KCB) [141]. Trong khi đó, kết quả thống kê trên toàn quốc của Bộ Y tế năm 2014, tỷ lệ HGD phải gánh chịu chi tiêu thảm họa là 2,3% và nghèo hóa do chi tiêu y tế là 1,7%. Nếu so sánh với các nước khác trong khu vực thì tỷ lệ nghèo hóa do chi tiêu cho KCB của chúng tôi cao hơn so với ở Trung Quốc (1,8%), In-đô-nê-xi-a (1,7%), Lào (1,4%), Phi-líp-pin (1,0%) và Thái Lan (0,7%) [140].

Từ kết quả thu được, chúng tôi cũng nhận thấy rằng nếu so sánh giữa gánh nặng chi tiêu của bệnh mạn tính với gánh nặng chi tiêu của các bệnh, triệu chứng cấp tính và giữa gánh nặng chi tiêu cho KCB nội trú và gánh nặng chi tiêu cho KCB ngoại trú thì tất cả các kết quả thu được liên quan tới gánh nặng ốm đau (tỷ lệ bị ốm đau, sử dụng DVKCB nội hoặc ngoại trú), gánh nặng kinh tế (chi tiêu cho điều trị nội và ngoại trú, chi tiêu thảm họa và nghèo hóa do chi tiêu cho KCB) của các HGD có người mắc bệnh mạn tính và những HGD có người điều trị nội trú, HGD sống ở khu vực có điều kiện sinh hoạt không đảm bảo đều cao hơn so với các HGD không có người mắc bệnh mạn tính, các HGD không có người điều trị nội trú và các HGD sống ở khu vực có điều kiện sinh hoạt đảm bảo.

Một nghiên cứu khác của tác giả Hoàng Văn Minh và cộng sự (2012) cũng cho thấy cũng cho thấy khả năng chịu mức chi tiêu thảm họa và bị nghèo hóa do chi tiêu cho KCB do chi tiêu y tế ở những HGD có người mắc BKLN lần lượt cao hơn 3,2 và 2,3 lần so với HGD không có người mắc [142]. Sự gia tăng gánh nặng bệnh tật của BKLN không chỉ gây nên gánh nặng kinh tế lớn cho xã hội mà còn đặt ra thách thức cho hệ thống y tế trong việc cung cấp các dịch vụ chăm sóc ngoại trú toàn diện, dài ngày [120]. Do đó, chúng tôi thiết nghĩ, hệ thống y tế, nhất là mạng lưới y tế cơ sở cần phải có những thay đổi tương ứng để đáp ứng với yêu cầu của người dân nhằm giảm thiểu gánh nặng ốm đau, gánh nặng chi tiêu cho KCB của họ.

Điều kiện kinh tế của người dân còn khó khăn, bản thân các hộ đã rất hạn chế trong việc chi tiêu thiết yếu cũng như chi tiêu cho việc tiếp cận các DVKCB thông thường. Tuy nhiên, khi bị ốm đau mà đặc biệt là bị bệnh mạn tính với mức độ nghiêm trọng, ảnh hưởng lớn tới sức khỏe đã buộc người dân phải tìm đến các DVKCB và do đó càng làm tăng thêm gánh nặng kinh tế cho HGD. Điều đó, một lần nữa khẳng định những bằng chứng thu được về gánh nặng chi tiêu của HGD do

bị ốm đau, đặc biệt là chi tiêu cho các bệnh mạn tính đối với người dân đô thị sống ở khu vực có điều kiện sinh hoạt không đảm bảo trong nghiên cứu của chúng tôi là đúng đắn, có giá trị và ý nghĩa thực tiễn cao.

Đặc biệt, nghiên cứu của chúng tôi đã áp dụng phương pháp phân tích đa biến lặp lại (GEE), kết quả nghiên cứu đã cung cấp những bằng chứng khoa học có giá trị về chi tiêu thảm họa và nghèo hóa do chi tiêu cho KCB của các HGD. Mặt khác, bằng thiết kế theo dõi dọc qua 2 lần điều tra (trong 1 lần điều tra, trong cả 2 lần điều tra và 1 trong 2 lần điều tra trong 18 tháng qua) đã cung cấp những bằng chứng khoa học rất mới, rất có giá trị mà ở thời điểm hiện tại hầu như chưa có tác giả nào công bố tại Việt Nam.

Như vậy, gánh nặng chi tiêu cho KCB của các HGD trong mẫu nghiên cứu thực sự là rất lớn, được coi là một thảm họa đối với các HGD tại đô thị, đặc biệt là đối với các HGD sinh sống ở khu vực đô thị có điều kiện sinh hoạt không đảm bảo (nhóm 1). Nếu không sớm có những biện pháp can thiệp hỗ trợ, những rủi ro, khó khăn đối với người dân sẽ vô cùng nghiêm trọng. Tuy nhiên, chúng tôi nhận thấy rằng, tỷ lệ chi tiêu thảm họa và nghèo hóa do chi tiêu cho KCB trong nghiên cứu mặc dù còn ở mức cao, nhưng cũng có chiều hướng tích cực là giảm dần theo (sau 6 tháng ở lần điều tra 2 so với 12 tháng trước ngày điều tra trong lần điều tra 1) tương đồng với xu hướng các năm gần đây trên toàn quốc [120].

Kết quả phân tích theo mô hình hồi quy (GEE) đa biến lặp lại cho thấy mối liên quan giữa mức chi tiêu thảm họa cho KCB của các HGD trong 18 tháng nghiên cứu và khu vực sinh sống là có ý nghĩa thống kê: Người dân sống ở khu vực có điều kiện sinh hoạt không đảm bảo có khả năng phải chi tiêu thảm họa cho KCB nhiều hơn so với những người sống ở khu vực có điều kiện sinh hoạt đảm bảo. Bên cạnh đó, kết quả nghiên cứu cũng cho thấy khả năng chi tiêu thảm họa cũng cao hơn có ý nghĩa thống kê ở những HGD có người < 5 tuổi, hiện mắc bệnh mạn tính tự khai báo phải điều trị nội trú và những người nghèo. Kết quả phân tích theo mô hình hồi quy (GEE) đa biến lặp lại cũng cho thấy mối liên quan giữa tình trạng bị nghèo hóa do chi tiêu cho KCB của các HGD trong 18 tháng nghiên cứu và khu vực sinh sống là có ý nghĩa thống kê: Người dân sống ở khu vực có điều kiện sinh hoạt không đảm bảo có khả năng bị nghèo hóa do chi tiêu cho KCB nhiều hơn so với những

người sống ở khu vực có điều kiện sinh hoạt đảm bảo. Bên cạnh đó, kết quả nghiên cứu cũng cho thấy khả năng bị nghèo hóa cũng cao hơn có ý nghĩa thống kê ở những HGD có điều trị nội trú và những người nghèo.

Những yếu tố này là cơ sở để chúng tôi đề xuất, kiến nghị các giải pháp can thiệp, tác động có hiệu quả nhất (được đưa ra ở phần kiến nghị) với mục đích giảm thiểu các gánh nặng về ốm đau và chi tiêu cho KCB cho người dân đặc biệt là người dân sinh sống ở khu vực đô thị có điều kiện sinh hoạt không đảm bảo. Tình hình ốm đau, sử dụng các DVKCB được quan tâm, gánh nặng chi tiêu cho ốm đau, sử dụng các DVKCB được giảm thiểu sẽ giúp người dân đô thị nhất là người dân sống ở khu vực có điều kiện sinh hoạt không đảm bảo được hưởng lợi từ sự đầu tư, quan tâm của Đảng và Nhà nước. Người dân tin tưởng vào Đảng và Nhà nước, góp phần đảm bảo công bằng, an sinh xã hội và phát triển. Đây là mục tiêu, kết quả và ý nghĩa hết sức to lớn của đề tài. Kết quả, bằng chứng về chi tiêu, gánh nặng chi tiêu cho KCB của người dân ở 2 khu vực đô thị thuộc 4 quận nội thành Hà Nội trong 18 tháng nghiên cứu của đề tài góp phần thực hiện chiến lược phát triển đô thị hóa giai đoạn 2011-2020. Công tác đảm bảo vệ và CSSK cho người dân đô thị có vai trò rất quan trọng. Quan điểm của Đảng và Nhà nước đã xác định rõ vai trò chiến lược của đô thị hóa là cơ sở, lực lượng và tiền đề quan trọng để phát triển kinh tế xã hội bền vững, giữ vững ổn định chính trị, đảm bảo an ninh quốc phòng và an sinh xã hội [8],[10].

4.4. Một số bàn luận về phương pháp

Nghiên cứu của chúng tôi được tiến hành năm 2013 tại 2 khu vực đô thị thuộc 04 Quận nội thành Hà Nội (Hoàn Kiếm, Ba Đình, Đống Đa và Hai Bà Trưng), đây là 04 quận nội thành trung tâm của Hà Nội có các đặc điểm về kinh tế, xã hội tương đối đồng đều, trên 2 nhóm đối tượng có điều kiện sinh hoạt không đảm bảo (nhóm 1) và có điều kiện sinh hoạt đảm bảo (nhóm 2). Thực tế, trong lần điều tra 1, có tổng số 1200 HGD và 3736 cá nhân được điều tra (608 HGD và 1750 cá nhân thuộc nhóm 1, 592 HGD và 1986 cá nhân thuộc nhóm 2). Trong lần điều tra 2 có tổng số 978 HGD và 3093 cá nhân được điều tra (481 HGD và 1409 cá nhân thuộc nhóm 1, 497 HGD và 1684 cá nhân thuộc nhóm 2) có đầy đủ thông tin được lựa chọn vào mẫu nghiên cứu và đưa vào phân tích kết quả. Kết quả điều tra đã cho thấy tỷ lệ thiếu thông tin và từ chối trả lời ở lần điều tra 1 so với dự kiến điều tra

ban đầu trong nghiên cứu của chúng tôi rất thấp (chiếm 3,2%); tỷ lệ bỏ cuộc và tỷ lệ mất theo dõi trong lần điều tra 2 đối với các HGD là 18,5%, đối với các cá nhân là 17,2%. Các tỷ lệ này đều thấp hơn so với tỷ lệ dự kiến của nhóm nghiên cứu (khoảng 35%). Điều này cho thấy mẫu nghiên cứu của chúng tôi đã đáp ứng tốt yêu cầu về đối tượng nghiên cứu và cỡ mẫu theo thiết kế ban đầu, đồng thời kết quả này cũng cho thấy nghiên cứu của chúng tôi được người dân đô thị thuộc khu vực nội thành Hà Nội quan tâm, ủng hộ.

Đây là một cuộc điều tra HGD nhằm mô tả tình hình ốm đau tự khai báo, sử dụng và chi tiêu cho DVKCB của người dân ở 2 khu vực đô thị thuộc 04 quận nội thành Hà Nội, Việt Nam. Cuộc điều tra được tiến hành trực tiếp tại HGD các đối tượng nghiên cứu. Như vậy, những thông tin được thu thập dưới cả 2 hình thức quan sát và phỏng vấn. Cuộc điều tra được tiến hành tại nơi có một hệ thống giám sát y tế được xây dựng, bố trí một cách hợp lý đã cung cấp một khung cơ bản cho nhiều nghiên cứu chuyên biệt trong đó có nghiên cứu này. Sự hỗ trợ về khoa học như khung mẫu, quản thể nghiên cứu với sự giám sát chặt chẽ cùng với sự hỗ trợ tích cực về vấn đề hậu cần và hành chính cũng như sự ủng hộ của chính quyền địa phương và sự hợp tác tốt của người dân ở cơ sở thực địa là một thuận lợi lớn giúp cho nghiên cứu đạt kết quả tốt.

Hơn nữa, hệ thống thu thập số liệu được triển khai và thực hiện rất chu đáo, do các điều tra viên được tập huấn kỹ lưỡng, giám sát thường xuyên và nhiều tầng (tại thực địa, phiếu điều tra và vào số liệu). Hàng ngày, hàng tuần các nhóm thu thập thông tin họp giao ban trực tiếp cùng với nghiên cứu viên và giám sát viên để trao đổi tiến độ, các khó khăn trong quá trình thu thập thông tin,... Ngoài ra, 05% số phiếu được phỏng vấn lại để đảm bảo tính chính xác và mức độ tin cậy của thông tin. Bản thân tác giả (Nghiên cứu sinh) tham gia trực tiếp, giám sát quá trình thu thập số liệu cũng từng thực hiện điều tra cơ bản thu thập số liệu ban đầu tương tự nghiên cứu này tại các địa bàn tỉnh Bắc Giang và Thanh Hóa nên có kinh nghiệm để thực hiện nghiên cứu này.

Đối với các HGD, cá nhân (người cung cấp thông tin) phần lớn rất cởi mở, vui vẻ, đồng thuận trả lời các câu hỏi của điều tra viên. Tuy nhiên, trong quá trình điều tra chúng tôi có gặp khó khăn do chủ HGD đi vắng nên có một vài HGD phải

đến lần thứ 2, thứ 3 mới gặp để phỏng vấn hay một số cá nhân (chủ hộ) có thái độ không hợp tác, chúng tôi phải kiên nhẫn giải thích, thuyết phục. Hơn nữa, mức độ di biến động của dân cư ở khu vực đô thị tương đối cao, cho nên chúng tôi gặp những khó khăn nhất định do các đối tượng nghiên cứu bỏ cuộc và mất theo dõi trong lần điều tra 2 (sau 06 tháng).

Trong nghiên cứu này chúng tôi sử dụng thời gian hồi cứu là 04 tuần, 12 tháng và điều tra lặp lại sau 6 tháng. Một số tác giả cho rằng thời gian hồi cứu nên là 2 tuần. Tuy nhiên hỏi thông tin về tình hình sức khoẻ và sử dụng và chi tiêu cho các DVKCB vòng 4 tuần trước ngày điều tra là chấp nhận được. Bộ công cụ Short Form 36 Health Survey (SF-36) đã được sử dụng ở một số nước châu Âu và rất nhiều cuộc điều tra về sức khoẻ ở Việt Nam cũng sử dụng thời gian hồi cứu là 04 tuần, cho nên mốc thời gian trên cũng rất phù hợp [120],[122],[127].

Hơn nữa, đối tượng nghiên cứu của luận án (≥ 15 tuổi), là đối tượng được tổ chức Y tế thế giới xếp vào nhóm người trưởng thành và là đối tượng của các cuộc điều tra về các yếu tố nguy cơ của các bệnh mạn tính không lây nhiễm (NCD) như điều tra STEPS 2010 và STEPS 2015, GATS 2010 và GATS 2015, [143-144]. Đây cũng là đối tượng nghiên cứu có khả năng trả lời chính xác các câu hỏi phỏng vấn có liên quan đến tình trạng sức khoẻ bệnh tật của mình.

Đặc biệt, nghiên cứu của chúng tôi có ưu điểm là nghiên cứu theo dõi dọc kết hợp giữa dịch tễ học và kinh tế y tế để tăng cường độ chính xác và tin cậy của số liệu. Hơn nữa, nghiên cứu thực hiện 2 lần điều tra trong 18 tháng trên cùng một đối tượng ở đô thị (là khu vực các đối tượng nghiên cứu có tỷ lệ từ chối cao, dân cư có biến động lớn về số lượng và nơi cư trú...). Kết quả nghiên cứu cung cấp bằng chứng về bất công bằng giữa 2 nhóm điều tra theo tình trạng kinh tế HGD về tình trạng ốm đau, sử dụng và chi tiêu cho DVKCB. Hơn nữa, kết quả nghiên cứu được phân tích bằng phương pháp phân bổ ngẫu nhiên ban đầu (Intention to treatment-ITT) và mô hình hồi quy đa biến lặp lại (Generalized Estimating Equations-GEE) đã cung cấp những bằng chứng khoa học về chi tiêu thảm họa và nghèo hóa do chi tiêu cho KCB của các HGD, đây là những bằng chứng khoa học rất mới, rất có giá trị mà ở thời điểm hiện tại hầu như chưa có tác giả nào công bố tại Việt Nam.

Tuy nhiên, nghiên cứu của chúng tôi cũng không tránh khỏi những hạn chế mang tính khách quan: Đầu tiên, nghiên cứu chỉ mới được thực hiện ở 2 khu vực đô thị thuộc 04 quận nội thành Hà Nội, miền Bắc Việt Nam. Vì vậy kết quả chưa thể đại diện cho các vùng khác ở Việt Nam. Hơn nữa, nghiên cứu mới chỉ dừng lại ở việc mô tả tình hình ốm đau tự khai báo, sử dụng và chi tiêu cho DVKCB của người dân ở 2 khu vực đô thị thuộc 04 quận nội thành Hà Nội chứ chưa đi sâu vào nghiên cứu để tìm hiểu nguyên nhân. Do đó, cần có thêm các nghiên cứu sâu hơn nữa về lĩnh vực này.

Một điểm hạn chế của nghiên cứu là đối tượng nghiên cứu dàn trải từ những người từ 15 tuổi trở lên, đối tượng cao nhất là 95 tuổi. Thêm nữa, bộ câu hỏi phỏng vấn gồm các câu hỏi yêu cầu đối tượng được điều tra phải nhớ lại sự việc đã xảy ra trong vòng 04 tuần, 06 tháng và 12 tháng do đó các sai số do nhớ lại là không thể tránh khỏi đặc biệt là đối với các đối tượng được phỏng vấn là các người cao tuổi (≥ 60 tuổi). Mặt khác, các câu hỏi thường được trả lời dựa trên các mức độ cảm nhận (tự khai báo) mà không có một tiêu chuẩn, minh chứng cụ thể (đặc biệt đối với các bệnh mạn tính), chỉ một số ít có thể thăm khám trực tiếp hay có hồ sơ, bệnh án, đơn thuốc. Hơn nữa, hầu hết chỉ dựa vào đánh giá chủ quan của đối tượng được phỏng vấn (đặc biệt đối với các bệnh, triệu chứng cấp tính 4 tuần qua trước ngày phỏng vấn) do đó sai số giữa các đối tượng khác nhau về các mức độ ốm đau đó là điều không thể tránh khỏi. Thêm một điểm nữa, đối tượng nghiên cứu là các cá nhân > 15 tuổi cho nên nghiên cứu chưa cung cấp đầy đủ thông tin về trẻ em, đặc biệt là trẻ em < 5 tuổi, những đối tượng có thể chịu ảnh hưởng nhiều nhất của điều kiện sinh hoạt tại đô thị, đặc biệt là ở khu vực có điều kiện sinh hoạt không đảm bảo. Do đó, cần có thêm các nghiên cứu sâu hơn, đầy đủ hơn (bao gồm cả các đối tượng < 15 tuổi, công cụ nghiên cứu được thiết kế có nhiều hơn các biến số/chỉ số định lượng để đo lường ốm đau, sử dụng và chi tiêu cho các DVKCB) để có thể giảm thiểu được những mặt hạn chế đã nêu trên của nghiên cứu này.

Cuối cùng, vì mục tiêu của nghiên cứu này mới chỉ dừng lại việc theo dõi phân tích bước đầu qua 2 chu kỳ điều tra trong 18 tháng, do đó cần có thêm các nghiên cứu tiếp theo sâu hơn nữa về lĩnh vực này. Trên thực tế nhóm nghiên cứu chúng tôi đã và đang tiến hành các nghiên cứu tương tự tiếp theo với mô lớn hơn và với thời gian theo dõi dài hơn qua nhiều chu kỳ điều tra hơn.

KẾT LUẬN

1. Mô tả và so sánh thực trạng ốm đau, sử dụng DVKCB của người dân tại 2 khu vực đô thị thuộc 4 quận Hoàn Kiếm, Ba Đình, Đống Đa và Hai Bà Trưng, Hà Nội, 2012-2013

+ Tỷ lệ mắc các bệnh, triệu chứng cấp tính 4 tuần trước ngày phỏng vấn trong 18 tháng nghiên cứu của các cá nhân sống ở khu vực có điều kiện sinh hoạt không đảm bảo cao hơn so với tỷ lệ tương ứng của các cá nhân sống ở khu vực có điều kiện sinh hoạt đảm bảo (28,6% so với 25,0%). Các bệnh, triệu chứng cấp tính thường mắc bao gồm ho, đau đầu, chóng mặt và bồn chồn, lo lắng, mất ngủ.

+ Tỷ lệ hiện mắc các bệnh mạn tính trong 18 tháng nghiên cứu của các cá nhân sống ở khu vực có điều kiện sinh hoạt đảm bảo cao hơn so với tỷ lệ tương ứng của các cá nhân sống ở khu vực có điều kiện sinh hoạt không đảm bảo (20,9% so với 17,4%). Các bệnh mạn tính phổ biến bao gồm tăng huyết áp, tim mạch và đái tháo đường.

+ Mối liên quan giữa tình trạng mắc các bệnh, triệu chứng cấp tính 4 tuần trước ngày phỏng vấn trong 18 tháng nghiên cứu và khu vực sinh sống là có ý nghĩa thống kê: Người dân sống ở khu vực có điều kiện sinh hoạt không đảm bảo bị mắc bệnh, triệu chứng cấp tính nhiều hơn so với những người sống ở khu vực có điều kiện sinh hoạt đảm bảo. Bên cạnh đó, kết quả nghiên cứu cũng cho thấy khả năng mắc các bệnh, triệu chứng cấp tính cũng cao hơn có ý nghĩa thống kê ở nữ giới, người trên 60 tuổi, những người đã ly hôn hoặc góa, những người hút thuốc lá và những người nghèo. Khả năng mắc các bệnh mạn tính cũng cao hơn có ý nghĩa thống kê ở những người cao tuổi, người có TĐHV thấp và người nghèo.

+ Tỷ lệ sử dụng DVKCB trong 18 tháng nghiên cứu của các cá nhân sống ở khu vực có điều kiện sinh hoạt không đảm bảo thấp hơn có ý nghĩa thống kê so với tỷ lệ tương ứng của các cá nhân sống ở khu vực có điều kiện sinh hoạt đảm bảo (36,9% so với 41,0%). Tỷ sử dụng DVKCB tại bệnh viện trung ương của các cá nhân sống ở khu vực có điều kiện sinh hoạt không đảm bảo thấp hơn có ý nghĩa thống kê so với tỷ lệ tương ứng của các cá nhân sống ở khu vực có điều kiện sinh hoạt đảm bảo (17,4% so với 20,5%).

2. So sánh chi tiêu và gánh nặng chi tiêu cho khám chữa bệnh của các hộ gia đình tại 2 khu vực đô thị thuộc 4 quận Hoàn Kiếm, Ba Đình, Đống Đa và Hai Bà Trưng, Hà Nội

+ Chi tiêu từ tiền túi theo tháng cho KCB của các HGD sống ở khu vực có điều kiện sinh hoạt không đảm bảo cho người mắc các bệnh, triệu chứng cấp tính, cho người mắc các bệnh mạn tính, cho người điều trị ngoại trú và cho người điều trị nội trú đều thấp hơn mức chi tiêu tương ứng của các HGD sống ở khu vực có điều kiện sinh hoạt đảm bảo.

+ Tỷ lệ chi tiêu thảm họa, tỷ lệ nghèo hóa trong 18 tháng nghiên cứu của các HGD do chi tiêu cho KCB của các cá nhân sống ở khu vực có điều kiện sinh hoạt không đảm bảo cao hơn so với tỷ lệ tương ứng của các HGD sống ở khu vực có điều kiện sinh hoạt đảm bảo (9,9% so với 7,3% và 5,9% so với 2,8%). Mức độ bất công bằng về tỷ lệ nghèo hóa do chi tiêu cho KCB trong 18 tháng nghiên cứu của các HGD sống ở khu vực có điều kiện sinh hoạt không đảm bảo cao hơn so với các HGD sống ở khu vực có điều kiện sinh hoạt đảm bảo (với hệ số tập trung tương ứng là 0,411 so với 0,25).

+ Chi tiêu thảm họa và nghèo hóa do chi tiêu cho KCB có mối liên quan có ý nghĩa thống kê với khu vực sinh sống: Người dân sống ở khu vực có điều kiện sinh hoạt không đảm bảo có khả năng chi tiêu thảm họa và nghèo hóa do chi tiêu cho KCB nhiều hơn có ý nghĩa thống kê so với những người sống ở khu vực có điều kiện sinh hoạt đảm bảo.

KIẾN NGHỊ

Dựa trên các kết quả của nghiên cứu, chúng tôi đưa ra một số kiến nghị sau:

+ Ngành y tế, chính quyền và các cơ quan, ban ngành địa phương cần triển khai các giải pháp chăm sóc và bảo vệ sức khỏe của người dân đô thị, đặc biệt đối với những người dân sống ở khu vực đô thị có điều kiện sinh hoạt không đảm bảo, hiện đang phải gánh chịu gánh nặng bệnh tật gây ra bởi cả các bệnh truyền nhiễm và sự gia tăng các bệnh mạn tính.

+ Phát triển năng lực của các cơ sở y tế tuyến cơ sở, nhất là các trạm y tế phường trong việc dự phòng, điều trị và quản lý ốm đau đặc biệt đối với các bệnh mạn tính. Với các giải pháp cụ thể như: hỗ trợ kinh tế để cải thiện và nâng cao mức sống chung của người dân (vay vốn, tạo việc làm...), truyền thông giáo dục về y tế, phát triển đội ngũ cán bộ y tế và phát triển cơ sở vật chất, trang thiết bị kỹ thuật y tế nhằm tăng cường tiếp cận DVKCB (DVKCB thân thiện...) giúp giảm thiểu gánh nặng chi tiêu của người dân đô thị (đặc biệt là người dân sống ở khu vực có điều kiện sinh hoạt không đảm bảo) và giảm tình trạng quá tải cho các cơ sở y tế tuyến trên.

+ Nhiều HGD ở các khu vực đô thị có điều kiện sinh hoạt không đảm bảo vẫn phải chịu chi tiêu thâm hụt và rơi vào bẫy nghèo đói do chi tiêu cho DVKCB cho nên chính quyền địa phương và ngành y tế cần có các giải pháp hỗ trợ tài chính cho những người dân trong khu vực này như: trợ cấp kinh phí mua BHYT, các trợ cấp trực tiếp để chi trả các khoản khác ngoài cơ sở y tế.

+ Cần có các nghiên cứu sâu hơn (quy mô lớn hơn, thời gian dài hơn) về ốm đau, sử dụng và các chi tiêu cho DVKCB của người dân đô thị, đặc biệt là những đối tượng sống ở khu vực có điều kiện sinh hoạt không đảm bảo. Các nghiên cứu tiếp theo cần phân tích thêm khía cạnh sức khỏe tinh thần, xã hội, các chi tiêu gián tiếp cho khám chữa bệnh.

NHỮNG ĐÓNG GÓP MỚI CỦA LUẬN ÁN

1. Mô tả, so sánh được thực trạng ốm đau của người dân tại 2 khu vực đô thị thuộc 4 quận nội thành Hà Nội (Hoàn Kiếm, Ba Đình, Đống Đa và Hai Bà Trưng) để góp phần xây dựng được các chính sách và can thiệp nhằm cải thiện tình trạng sức khỏe, hướng tới bình đẳng/công bằng trong chăm sóc và bảo vệ sức khỏe của người dân đô thị tại Việt Nam, đặc biệt là các đối tượng yếu thế sống tại khu vực đô thị có điều kiện sinh hoạt không đảm bảo.

2. Mô tả, so sánh được thực trạng sử dụng các dịch vụ khám chữa bệnh của người dân tại 2 khu vực đô thị thuộc 4 quận nội thành Hà Nội (Hoàn Kiếm, Ba Đình, Đống Đa và Hai Bà Trưng) để góp phần xây dựng được các chính sách và can thiệp nhằm cải thiện tình hình, hướng tới bình đẳng/công bằng trong tiếp cận, sử dụng các DVKCB của người dân đô thị tại Việt Nam, đặc biệt là người dân tại khu vực đô thị có điều kiện sinh hoạt không đảm bảo.

3. Mô tả, so sánh được thực trạng gánh nặng tài chính do chi tiêu cho KCB (chi tiêu tiền túi trực tiếp, chi tiêu thảm họa, nghèo hóa) của các HGD tại 2 khu vực đô thị thuộc 4 quận nội thành Hà Nội (Hoàn Kiếm, Ba Đình, Đống Đa và Hai Bà Trưng), đây là cơ sở đề xuất có những chế độ hỗ trợ, giảm thiểu mức độ bất công bằng/bình đẳng trong chi tiêu cho KCB của người nghèo, phụ nữ, người cao tuổi sinh sống ở khu vực đô thị có điều kiện sinh hoạt không đảm bảo.

4. Đặc biệt, bằng thiết kế nghiên cứu theo dõi dọc kết hợp giữa dịch tễ học và kinh tế y tế, có sử dụng phương pháp phân tích số liệu intention-to-treatment (ITT-phân tích theo phân bố ngẫu nhiên ban đầu) và mô hình hồi quy (GEE) đa biến lặp lại, luận án đã cung cấp những bằng chứng khoa học mới, rất có giá trị và có độ tin cậy cao về mối liên quan giữa thực trạng ốm đau, sử dụng và gánh nặng chi tiêu cho DVKCB của người dân 2 khu vực đô thị với một số yếu tố kinh tế, văn hóa, xã hội. Luận án đã cung cấp bằng chứng: người dân sống ở khu vực có điều kiện sinh hoạt không đảm bảo có tỷ lệ ốm đau cao hơn song lại có tỷ lệ sử dụng dịch vụ khám

chữa bệnh thấp hơn so với người dân sống ở khu vực có điều kiện sinh hoạt đảm bảo.

5. Luận án cung cấp các bằng chứng khoa học rất có giá trị hỗ trợ các nhà hoạch định chính sách và các nhà quản lý có thể xây dựng được các chính sách và can thiệp nhằm cải thiện tình trạng sức khỏe, hướng tới bình đẳng/công bằng trong tiếp cận và sử dụng các DVKCB, giảm thiểu chi tiêu và gánh nặng chi tiêu cho KCB của người dân đô thị tại Việt Nam, đặc biệt là khu vực đô thị có điều kiện sinh hoạt không đảm bảo.

6. Luận án có thể được coi là một ví dụ về việc áp dụng phương pháp nghiên cứu theo dõi dọc, một loại hình thiết kế nghiên cứu nâng cao, có thể đưa ra các kết quả nghiên cứu chính xác và có độ tin cậy cao.

Ý NGHĨA THỰC TIỄN CỦA LUẬN ÁN

1. Luận án cung cấp các bằng chứng khoa học, thông tin chính xác cần thiết cho các cơ quan, ban ngành, các nhà hoạch định chính sách và các nhà quản lý trong việc đánh giá tình hình ốm đau, sử dụng dịch vụ và chi tiêu cho khám chữa bệnh của người dân sống tại 2 khu vực đô thị thuộc 4 quận nội thành Hà Nội (Hoàn Kiếm, Ba Đình, Đống Đa và Hai Bà Trưng) để xây dựng được các chính sách và can thiệp nhằm cải thiện tình trạng sức khỏe của người dân của người dân sống ở 2 khu vực đô thị thuộc 4 quận nội thành Hà Nội (Hoàn Kiếm, Ba Đình, Đống Đa và Hai Bà Trưng) nói riêng và các khu vực đô thị tại Việt Nam nói chung, đặc biệt là các khu vực đô thị có điều kiện sinh hoạt không đảm bảo.

2. Đặc biệt, kết quả luận án cho những con số cụ thể có tính khoa học và thực tiễn cao. Giúp cho ngành Y tế và các ban ngành có liên quan có thể hoạch định được chiến lược, can thiệp giảm thiểu tình trạng bất công bằng/bình đẳng trong tiếp cận và sử dụng các DVKCB, giảm thiểu mức chi tiêu trực tiếp từ tiền túi, chi tiêu thảm họa và nghèo hóa do chi tiêu cho KCB của người dân sống ở 2 khu vực đô thị thuộc 4 quận nội thành Hà Nội (Hoàn Kiếm, Ba Đình, Đống Đa và Hai Bà Trưng) nói riêng và các khu vực đô thị tại Việt Nam nói chung, đặc biệt là khu vực đô thị có điều kiện sinh hoạt không đảm bảo.

3. Ngoài ra, ở thời điểm hiện tại luận án cập nhật thông tin mới nhất còn giúp cho công tác đào tạo Đại học, sau Đại học trong lĩnh vực Y học.

CÁC CÔNG TRÌNH KHOA HỌC CỦA TÁC GIẢ CÓ LIÊN QUAN ĐÃ ĐƯỢC CÔNG BỐ

1. Vu Duy Kien, Hoang Van Minh, Kim Bao Giang, Amy Dao, Le Thanh Tuan and Nawi Ng (2016). Socioeconomic inequalities in catastrophic health expenditure and impoverishment associated with non-communicable diseases in urban Hanoi. *International Journal for Equity in Health* (2016) 15:169 DOI 10.1186/s12939-016-0460-3.
2. Lê Thanh Tuấn và cộng sự (2016). Ôm đau, bệnh tật tự khai báo của người dân ở một số khu vực đô thị thuộc 4 quận nội thành Hà Nội và một số yếu tố liên quan, 2013. *Tạp chí Y học Thực hành*, số 1207, 2016. Bộ Y tế xuất bản, 12-16.
3. Lê Thanh Tuấn và cộng sự (2016). Sử dụng dịch vụ khám chữa bệnh của người dân ở một số khu vực đô thị thuộc 4 quận nội thành Hà Nội và một số yếu tố liên quan, 2013. *Tạp chí Y học Thực hành*, số 1030, 2016. Bộ Y tế xuất bản, 18-23.
4. Vu Duy Kien, Hoang Van Minh, Kim Bao Giang, Nawi Ng, Viet Nguyen, Le Thanh Tuan, Malin Eriksson. Responsiveness of commune health stations to non-communicable diseases in urban Vietnam (2016). *BMC Public Health* (2016): BHSR-D-16-01719.

MỤC LỤC

ĐẶT VẤN ĐỀ	1
Chương 1: TỔNG QUAN TÀI LIỆU	3
1.1. Các khái niệm cơ bản.....	3
1.1.1. Đô thị	3
1.1.2. Tiêu chí xác định khu có điều kiện sinh hoạt không đảm bảo	3
1.2. Ốm đau, sử dụng dịch vụ khám chữa bệnh.....	5
1.2.1. Các khái niệm	5
1.2.2. Các yếu tố ảnh hưởng sức khỏe.....	6
1.2.3. Các phương pháp đo lường ốm đau	8
1.2.4. Dịch vụ khám chữa bệnh.....	9
1.3. Chi tiêu và gánh nặng chi tiêu cho khám chữa bệnh	14
1.3.1. Khái niệm cơ bản về chi tiêu	14
1.3.2. Chi tiêu cho dịch vụ khám chữa bệnh từ quan điểm của người sử dụng dịch vụ khám chữa bệnh.....	16
1.3.3. Khái niệm về quan điểm chi tiêu	16
1.3.4. Gánh nặng chi tiêu cho khám chữa bệnh và phương pháp đo lường	17
1.4. Tình hình nghiên cứu về các vấn đề liên quan	19
1.4.1. Tình trạng sức khỏe, ốm đau của người dân đô thị	19
1.4.2. Tình hình sử dụng dịch vụ khám chữa bệnh của người dân đô thị	24
1.4.3. Thực trạng và nghiên cứu về chi tiêu, gánh nặng chi tiêu cho khám chữa bệnh của người dân ở khu vực đô thị	32
Chương 2: ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU	38
2.1. Đối tượng nghiên cứu	38
2.2. Thời gian và địa điểm nghiên cứu	39
2.2.1. Thời gian nghiên cứu.....	39
2.2.2. Địa điểm nghiên cứu.....	39
2.3. Phương pháp nghiên cứu	41
2.3.1. Thiết kế nghiên cứu.....	41

2.3.2. Cỡ mẫu.....	41
2.3.3. Chọn mẫu.....	41
2.3.4. Biến số, chỉ số nghiên cứu.....	44
2.3.5. Công cụ thu thập số liệu	46
2.3.6. Quy trình thu thập số liệu	47
2.3.7. Quản lý, xử lý và phân tích số liệu.....	48
2.3.8. Một số khái niệm sử dụng trong nghiên cứu.....	49
2.3.9. Sai số và không chế sai số	52
2.4. Đạo đức trong nghiên cứu.....	53
Chương 3: KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU.....	54
3.1. Thông tin chung về mẫu nghiên cứu	54
3.2. Thực trạng ốm đau tự khai báo và sử dụng dịch vụ khám chữa bệnh của các cá nhân được điều tra và các yếu tố liên quan	58
3.2.1. Thực trạng ốm đau tự khai báo của các cá nhân được điều tra và các yếu tố liên quan	58
3.2.2. Thực trạng sử dụng dịch vụ khám chữa bệnh của các cá nhân được điều tra và các yếu tố liên quan	71
3.3. So sánh chi tiêu và gánh nặng chi tiêu cho khám chữa bệnh của các hộ gia đình được ở 2 khu vực điều tra và các yếu tố liên quan	90
3.3.1. Chi tiêu của các hộ gia đình và cá nhân được điều tra và các yếu tố liên quan	90
3.3.2. Gánh nặng chi tiêu do chi tiêu cho khám chữa bệnh của các hộ gia đình được điều tra và một số yếu tố liên quan.....	94
3.3.3. Nghèo hóa do chi tiêu cho khám chữa bệnh trong 18 tháng nghiên cứu của các hộ gia đình được điều tra và các yếu tố liên quan	101
Chương 4: BÀN LUẬN.....	109
4.1. Thông tin chung về mẫu nghiên cứu	109
4.2. Mô tả và so sánh thực trạng ốm đau tự khai báo và sử dụng dịch vụ khám chữa bệnh của các cá nhân được điều tra và các yếu tố liên quan.....	113

4.2.1. Mô tả và so sánh thực trạng ốm đau tự khai báo của các cá nhân được điều tra và các yếu tố liên quan	113
4.2.2. Mô tả và so sánh thực trạng sử dụng dịch vụ khám chữa bệnh của các cá nhân được điều tra và các yếu tố liên quan.....	123
4.3. So sánh chi tiêu và gánh nặng chi tiêu cho khám chữa bệnh của các hộ gia đình ở 2 khu vực được điều tra và một số yếu tố liên quan	131
4.3.1. Chi tiêu của các hộ gia đình được điều tra và một số yếu tố liên quan	131
4.3.2. Gánh nặng chi tiêu và mối liên quan giữa gánh nặng chi tiêu của các hộ gia đình được điều tra và một số yếu tố liên quan.....	133
4.4. Một số bàn luận về phương pháp.....	139
KẾT LUẬN	143
KIẾN NGHỊ	145
NHỮNG ĐÓNG GÓP MỚI CỦA LUẬN ÁN	
Ý NGHĨA THỰC TIỄN CỦA LUẬN ÁN	
CÁC CÔNG TRÌNH KHOA HỌC CỦA TÁC GIẢ CÓ LIÊN QUAN ĐÃ ĐƯỢC CÔNG BỐ	
TÀI LIỆU THAM KHẢO	
PHỤ LỤC	

DANH MỤC BẢNG

Bảng 3.1.	Số lượng hộ gia đình và cá nhân được nghiên cứu	54
Bảng 3.2.	Thu nhập của các HGD được điều tra	55
Bảng 3.3.	Thông tin chung về các cá nhân thuộc các hộ gia đình vào thời điểm bắt đầu nghiên cứu	55
Bảng 3.4.	Tỷ lệ mắc các bệnh, triệu chứng cấp tính tự khai báo theo các đặc điểm của các cá nhân được điều tra	60
Bảng 3.5.	Tỷ lệ hiện mắc các bệnh mạn tính tự khai báo trong 18 tháng nghiên cứu theo các đặc điểm của các đối tượng nghiên cứu	63
Bảng 3.6.	Mô hình hồi quy đa biến lặp lại phân tích mối liên quan giữa hiện mắc bất cứ bệnh, triệu chứng cấp tính nào tự khai báo trong 4 tuần trước ngày phỏng vấn và một số đặc điểm của đối tượng nghiên cứu.....	67
Bảng 3.7.	Mô hình hồi quy đa biến lặp lại phân tích mối liên quan giữa hiện mắc bất cứ bệnh mạn tính nào tự khai báo trong 18 tháng nghiên cứu và một số đặc điểm của đối tượng nghiên cứu.....	69
Bảng 3.8.	Tỷ lệ sử dụng DVKCB ngoại trú trong 18 tháng nghiên cứu theo các đặc điểm của các cá nhân được điều tra.....	72
Bảng 3.9.	Tỷ lệ sử dụng DVKCB nội trú trong 18 tháng nghiên cứu theo các đặc điểm của các cá nhân được điều tra	76
Bảng 3.10.	Tỷ lệ sử dụng DVKCB (ngoại hoặc nội trú) trong 18 tháng nghiên cứu theo các đặc điểm của các cá nhân được điều tra.....	79
Bảng 3.11.	Mô hình hồi quy đa biến lặp lại phân tích mối liên quan giữa sử dụng DVKCB ngoại trú trong 18 tháng nghiên cứu và một số đặc điểm của các cá nhân được điều tra	83
Bảng 3.12.	Mô hình hồi quy đa biến lặp lại phân tích mối liên quan giữa sử dụng DVKCB nội trú trong 18 tháng nghiên cứu và một số đặc điểm của các cá nhân được điều tra	85

Bảng 3.13.	Mô hình hồi quy đa biến lặp lại phân tích mối liên quan giữa sử dụng DVKCB (ngoại hoặc nội trú) trong 18 tháng nghiên cứu và một số đặc điểm của các cá nhân được điều tra	87
Bảng 3.14.	Chi tiêu từ tiền túi trung bình theo tháng cho KCB của các HGD được điều tra trong 18 tháng nghiên cứu.....	90
Bảng 3.15.	Chi tiêu từ tiền túi trung bình theo tháng cho KCB của các HGD được điều tra trong 18 tháng nghiên cứu và các yếu tố liên quan.....	90
Bảng 3.16.	Mô hình hồi quy đa biến lặp lại phân tích mối liên quan giữa chi tiêu từ tiền túi cho KCB trong 18 tháng nghiên cứu và một số đặc điểm của các HGD được điều tra.....	93
Bảng 3.17.	Chi tiêu thảm họa do chi phí cho KCB trong 18 tháng nghiên cứu của các HGD được điều tra và một số yếu tố liên quan	95
Bảng 3.18.	Mô hình hồi quy đa biến lặp lại phân tích mối liên quan giữa chi tiêu thảm họa do chi tiêu cho KCB trong 18 tháng nghiên cứu và một số đặc điểm của các HGD được điều tra.....	99
Bảng 3.19.	Nghèo hóa của các HGD được điều tra trong 18 tháng nghiên cứu do chi tiêu cho KCB và đặc điểm của các HGD được điều tra.....	102
Bảng 3.20.	Mô hình hồi quy đa biến lặp lại phân tích mối liên quan giữa nghèo hóa do chi tiêu cho KCB trong 18 tháng nghiên cứu và một số đặc điểm của các HGD được điều tra	106

DANH MỤC BIỂU ĐỒ

Biểu đồ 1.3.	Tỷ lệ HGD ở đô thị bị nghèo hóa do chi tiêu cho KCB các năm, giai đoạn 2002-2010	35
Biểu đồ 3.1.	Tỷ lệ mắc các bệnh, triệu chứng cấp tính tự khai báo của các cá nhân được điều tra.....	58
Biểu đồ 3.2.	Tỷ lệ hiện mắc các bệnh mạn tính tự khai báo của các cá nhân được điều tra	59
Biểu đồ 3.3.	Sự khác biệt tuyệt đối giữa nhóm giàu nhất và nhóm nghèo nhất về tỷ lệ mắc các bệnh, triệu chứng cấp tính của các cá nhân ở 2 nhóm điều tra trong 18 tháng nghiên cứu	62
Biểu đồ 3.4.	Biểu đồ tập trung tỷ lệ mắc các bệnh, triệu chứng cấp tính của các cá nhân trong 18 tháng nghiên cứu ở 2 nhóm điều tra.....	63
Biểu đồ 3.5.	Sự khác biệt tuyệt đối giữa nhóm giàu nhất và nhóm nghèo nhất về tỷ lệ hiện mắc các bệnh mạn tính tự khai báo của các cá nhân ở 2 nhóm điều tra trong 18 tháng nghiên cứu	66
Biểu đồ 3.6.	Biểu đồ tập trung tỷ lệ hiện mắc các bệnh mạn tính trong 18 tháng nghiên cứu của các cá nhân ở 2 nhóm điều tra	66
Biểu đồ 3.7.	Tỷ lệ sử dụng DVKCB trong 18 tháng nghiên cứu của các nhân được điều tra theo cơ sở cung cấp dịch vụ.....	71
Biểu đồ 3.8.	Tỷ lệ sử dụng DVKCB trong 18 tháng nghiên cứu của các cá nhân được điều tra.	71
Biểu đồ 3.9.	Sự khác biệt tuyệt đối giữa nhóm giàu nhất và nhóm nghèo nhất về tỷ lệ sử dụng DVKCB ngoại trú của các cá nhân trong 18 tháng nghiên cứu.....	75
Biểu đồ 3.10.	Biểu đồ tập trung tỷ lệ sử dụng DVKCB ngoại trú trong 18 tháng nghiên cứu của các cá nhân ở 2 nhóm điều tra	75

Biểu đồ 3.11.	Sự khác biệt tuyệt đối giữa nhóm giàu nhất và nhóm nghèo nhất về tỷ lệ sử dụng DVKCB nội trú của các cá nhân trong 18 tháng nghiên cứu.....	77
Biểu đồ 3.12.	Biểu đồ tập trung tỷ lệ sử dụng dịch vụ khám chữa bệnh nội trú trong 18 tháng nghiên cứu của các cá nhân ở 2 nhóm điều tra.....	79
Biểu đồ 3.13.	Sự khác biệt tuyệt đối giữa nhóm giàu nhất và nhóm nghèo nhất về tỷ lệ sử dụng DVKCB (ngoại hoặc nội trú) của các cá nhân trong 18 tháng nghiên cứu.....	82
Biểu đồ 3.14.	Biểu đồ tập trung tỷ lệ sử dụng DVKCB (ngoại hoặc nội trú) của các cá nhân trong 18 tháng nghiên cứu ở 2 nhóm điều tra	82
Biểu đồ 3.15.	Chi tiêu thảm họa do chi tiêu cho KCB trong 18 tháng nghiên cứu của các HGD được điều tra	95
Biểu đồ 3.16.	Sự khác biệt tuyệt đối giữa nhóm giàu nhất và nhóm nghèo nhất về chi tiêu thảm họa do chi tiêu cho khám chữa bệnh của các HGD trong 18 tháng nghiên cứu	98
Biểu đồ 3.17.	Biểu đồ tập trung tỷ lệ chi tiêu thảm họa do chi tiêu cho khám chữa bệnh của các HGD trong 18 tháng nghiên cứu ở 2 nhóm điều tra	99
Biểu đồ 3.18.	Nghèo hóa do chi tiêu cho KCB trong 18 tháng nghiên cứu của các HGD được điều tra.....	102
Biểu đồ 3.19.	Sự khác biệt tuyệt đối giữa nhóm giàu nhất và nhóm nghèo nhất về tỷ lệ nghèo hóa do chi tiêu cho khám chữa bệnh của các hộ gia đình trong 18 tháng nghiên cứu	105
Biểu đồ 3.20.	Biểu đồ tập trung tỷ lệ nghèo hóa do chi tiêu cho khám chữa bệnh của các HGD trong 18 tháng nghiên cứu ở 2 nhóm điều tra	106

DANH MỤC HÌNH

Hình 1.1.	Mô hình các yếu tố xã hội ảnh hưởng đến sức khỏe	6
Hình 1.2.	Các yếu tố ảnh hưởng đến sức khỏe.....	7
Hình 1.3.	Khung sử dụng dịch vụ y tế	10
Hình 1.4.	Khung hệ thống y tế của Việt Nam.....	14
Hình 2.1.	Bản đồ hành chính khu vực nghiên cứu	40
Hình 2.2.	Sơ đồ chọn mẫu nghiên cứu	43