

BỘ GIÁO DỤC VÀ ĐÀO TẠO

BỘ Y TẾ

TRƯỜNG ĐẠI HỌC Y HÀ NỘI



NGUYỄN THỊ LIỄU

**THỰC TRẠNG CHĂM SÓC Y TẾ CHO NGƯỜI NHIỄM HIV/AIDS
ĐANG ĐIỀU TRỊ ARV NGOẠI TRÚ VÀ HIỆU QUẢ CAN THIỆP
HỖ TRỢ THẺ BẢO HIỂM Y TẾ TẠI TRUNG TÂM Y TẾ
QUẬN THANH XUÂN, HÀ NỘI**

LUẬN ÁN TIẾN SĨ Y HỌC

HÀ NỘI - 2016

BỘ GIÁO DỤC VÀ ĐÀO TẠO

BỘ Y TẾ

TRƯỜNG ĐẠI HỌC Y HÀ NỘI

=====

NGUYỄN THỊ LIỄU

**THỰC TRẠNG CHĂM SÓC Y TẾ CHO NGƯỜI NHIỄM HIV/AIDS
ĐANG ĐIỀU TRỊ ARV NGOẠI TRÚ VÀ HIỆU QUẢ CAN THIỆP
HỖ TRỢ THẺ BẢO HIỂM Y TẾ TẠI TRUNG TÂM Y TẾ
QUẬN THANH XUÂN, HÀ NỘI**

Chuyên ngành : Y tế công cộng

Mã số : 62720301

LUẬN ÁN TIẾN SĨ Y HỌC

Người hướng dẫn khoa học:

1. PGS.TS. Nguyễn Minh Sơn

2. TS. Nguyễn Khắc Hiền

HÀ NỘI - 2016

LỜI CẢM ƠN

Trước hết, tôi xin bày tỏ lòng biết ơn chân thành và sâu sắc nhất tới PGS.TS Nguyễn Minh Sơn và TS Nguyễn Khắc Hiền, những người thầy đã tận tình hướng dẫn, động viên và giúp đỡ tôi trong suốt quá trình nghiên cứu, hoàn thành luận án.

Tôi xin trân trọng cảm ơn Ban Lãnh đạo Viện Đào tạo Y học dự phòng và Y tế Công cộng - trường Đại học Y Hà Nội đã tạo điều kiện thuận lợi cho tôi trong suốt quá trình học tập, thực hiện nghiên cứu.

Tôi xin chân thành cảm ơn sâu sắc tới Ban Giám đốc Sở Y tế Hà Nội, lãnh đạo các đơn vị triển khai nghiên cứu đã tạo mọi điều kiện thuận lợi, hỗ trợ và động viên trong suốt quá trình công tác, học tập và nghiên cứu.

Tôi cũng xin chân thành cảm ơn tới các đồng nghiệp tại 4 bệnh viện và 6 trung tâm Y tế tại Hà Nội đặc biệt cán bộ nhân viên tại Quỹ hỗ trợ phòng chống dịch bệnh nguy hiểm HIV/AIDS Hà Nội đã sát cánh cùng tôi thực hiện nghiên cứu này.

Cuối cùng tôi luôn ghi nhớ và tri ân sâu sắc tới những người thân yêu trong gia đình và bạn bè đã là nguồn động lực lớn lao cho tôi trong suốt quá trình học tập, nghiên cứu và hoàn thành bản luận án. Đây là món quà đặc biệt tôi muốn gửi đến cha mẹ, chồng và hai con yêu quý của tôi.

Hà Nội, tháng 6 năm 2016

Nghiên cứu sinh

Nguyễn Thị Liễu

LỜI CAM ĐOAN

Tôi xin cam đoan đây là công trình nghiên cứu khoa học do tự bản thân tôi thực hiện.

Các số liệu, kết quả trong luận văn là hoàn toàn trung thực và chưa được công bố tại công trình nghiên cứu khoa học khác.

Hà Nội, tháng 6 năm 2016

Nghiên cứu sinh

Nguyễn Thị Liễu

DANH MỤC TỪ VIẾT TẮT

AIDS	Acquired Immune Deficiency Syndrome: là hội chứng suy giảm miễn dịch mắc phải do HIV gây ra, thường được biểu hiện thông qua các nhiễm trùng cơ hội, các ung thư và có thể dẫn đến tử vong.
ARV	Anti-retroviral : là thuốc điều trị kháng retrovirus, Hiện nay thuốc được điều trị phối hợp ít nhất từ 3 loại trở lên.
BHYT	Bảo hiểm Y tế
BN	Bệnh nhân
BYT	Bộ y tế
HIV	Human Immunodeficiency Virus: là vi rút gây suy giảm miễn dịch ở người, làm cho cơ thể suy giảm khả năng chống lại các tác nhân gây bệnh.
NTCH	Nhiễm trùng cơ hội
PK	Phòng khám
PKNT	Phòng khám ngoại trú
TTYT	Trung tâm y tế
UNAIDS	Chương trình Liên hợp Quốc về HIV/AIDS
USAID	Cơ quan phát triển quốc tế Hoa Kỳ
WHO	World Health Organization Tổ chức Y tế thế giới

MỤC LỤC

Lời cảm ơn	i
Lời cam đoan.....	ii
Danh mục từ viết tắt.....	iii
Mục lục.....	iv
Danh mục bảng.....	vii
Danh mục biểu đồ	ix
ĐẶT VẤN ĐỀ	1
CHƯƠNG 1: TỔNG QUAN TÀI LIỆU.....	1
1.1. Các khái niệm về HIV/AIDS và điều trị ARV	1
1.1.1. Người nhiễm HIV	1
1.1.2. Các giai đoạn nhiễm HIV/AIDS	1
1.2. Tình hình dịch nhiễm HIV/AIDS trên thế giới và tại Việt Nam	3
1.2.1. Trên thế giới	3
1.2.2. Tại Việt Nam.....	8
1.2.3. Tại Hà Nội.....	9
1.3. Các mô hình điều trị ARV trên thế giới và Việt Nam	10
1.3.1. Trên thế giới	10
1.3.2. Tại Việt Nam.....	12
1.3.3. Mô hình MMFED	16
1.4. Khái quát chung về Bảo hiểm y tế	16
1.4.1. Khái niệm	16
1.4.2. Nguyên tắc của Bảo hiểm y tế	17
1.4.3. Sự cần thiết của Bảo hiểm y tế.....	18
1.4.4. Vai trò của Bảo hiểm y tế.....	18
1.5. Bảo hiểm y tế tại các quốc gia tiêu biểu	20
1.5.1. Bảo hiểm y tế tại Anh	20
1.5.2. Bảo hiểm y tế tại Đức.....	21
1.5.3. Bảo hiểm y tế tại Thái Lan.....	23
1.6. Các nghiên cứu về Bảo hiểm y tế trên thế giới	23

1.7. Bảo hiểm y tế tại Việt Nam.....	27
1.7.1. BHYT cho người nhiễm HIV/AIDS tại Việt Nam	32
1.7.2. BHYT cho người nhiễm HIV/AIDS tại Hà Nội	35
CHƯƠNG 2: ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU.....	36
2.1. Đối tượng nghiên cứu	36
2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn	36
2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ	36
2.2. Địa điểm nghiên cứu	37
2.3. Thời gian nghiên cứu	37
2.4. Phương pháp nghiên cứu.....	37
2.4.1. Thiết kế nghiên cứu.....	37
2.4.2. Chọn mẫu và cỡ mẫu.....	37
2.4.3. Các biến số, chỉ số nghiên cứu:	46
2.4.4. Các khái niệm, tiêu chuẩn đánh giá	56
2.4.5. Kỹ thuật và công cụ thu thập số liệu.....	57
2.4.6. Quy trình thu thập số liệu. Quản lý xử lý phân tích số liệu	61
2.4.7. Sai số và khắc phục sai số.....	62
2.4.8. Vấn đề đạo đức của nghiên cứu	63
2.4.9. Hạn chế của nghiên cứu	64
CHƯƠNG 3: KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU	65
3.1. Đặc điểm nhân khẩu học của đối tượng nghiên cứu.....	65
3.2. Thực trạng thẻ bảo hiểm y tế, nhu cầu và khả năng đáp ứng nhu cầu chăm y tế cho người nhiễm HIV được điều trị ARV tại thành phố Hà Nội năm 2012.....	68
3.2.1. Thực trạng thẻ bảo hiểm y tế cho người nhiễm HIV được điều trị ARV tại thành phố Hà Nội năm 2012.	68
3.2.2. Nhu cầu, thực trạng và khả năng đáp ứng nhu cầu chăm sóc y tế cho người nhiễm HIV được điều trị ARV tại thành phố Hà Nội năm 2012.....	71

3.3. Hiệu quả can thiệp hỗ trợ thẻ BHYT cho người nhiễm HIV/AIDS tại Quận Thanh Xuân năm 2013	88
3.3.1. Lý do lựa chọn: Phòng khám ngoại trú quận Thanh Xuân.....	89
3.3.2. Nội dung triển khai can thiệp: can thiệp vào nội dung thuộc các cấu phần cụ thể sau: cấu phần cơ sở vật chất thuộc cấu phần kinh phí....	90
3.3.3. Nội dung triển khai can thiệp.....	90
3.3.4. Kết quả can thiệp.....	90
CHƯƠNG 4: BÀN LUẬN	101
4.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu	101
4.2. Thực trạng thẻ bảo hiểm y tế, nhu cầu thực trạng và khả năng đáp ứng nhu cầu chăm y tế cho người nhiễm HIV được điều trị ARV tại thành phố Hà Nội năm 2012.....	103
4.2.1. Thực trạng thẻ bảo hiểm y tế cho người nhiễm HIV/AIDS đang điều trị ARV.....	103
4.2.2. Nhu cầu và thực trạng và sự đáp ứng nhu cầu chăm sóc y tế người nhiễm HIV/AIDS đang điều trị ARV	106
4.3. Đánh giá hiệu quả can thiệp hỗ trợ thẻ BHYT cho người nhiễm HIV/AIDS đang điều trị ARV tại TTYT Quận Thanh Xuân năm 2013 ..	119
4.3.1. Thông tin chung về đối tượng can thiệp	119
4.3.2. Hiệu quả của hỗ trợ kiến thức:.....	120
4.3.3. Hiệu quả của hỗ trợ thẻ BHYT	120
4.3.4. Hiệu quả của hỗ trợ thuốc nâng cao thể trạng	122
4.3.5. Tổ chức hội thảo với các cấp các ngành, cán bộ y tế, cán bộ BHXH	124
KẾT LUẬN	126
KHUYẾN NGHỊ.....	128
CÁC CÔNG TRÌNH KHOA HỌC ĐÃ CÔNG BỐ LIÊN QUAN	
ĐẾN LUẬN ÁN	
TÀI LIỆU THAM KHẢO	
PHỤ LỤC	

DANH MỤC BẢNG

Bảng 3.1:	Phân bố đặc điểm nhân khẩu học của đối tượng nghiên cứu ...	65
Bảng 3.2:	Tỷ lệ bệnh nhân biết, có thẻ BHYT, biết và được khám, chữa bệnh bằng thẻ BHYT	68
Bảng 3.3:	Khám và điều trị bệnh của bệnh nhân có thẻ BHYT.....	69
Bảng 3.4:	Thực trạng các kiến thức mà người nhiễm HIV/AIDS điều trị ARV nhận thấy cần cung cấp	71
Bảng 3.5:	Thực trạng các nội dung kiến thức người nhiễm HIV/AIDS đang điều trị ARV nhận được.....	72
Bảng 3.6:	Tỷ lệ người nhiễm HIV/AIDS được cung cấp kiến thức từ cán bộ truyền thông tại phòng khám	73
Bảng 3.7:	Người nhiễm HIV/AIDS điều trị ARV có nhu cầu và được cung cấp kiến thức	73
Bảng 3.8:	Nhu cầu và thực trạng hỗ trợ dinh dưỡng cho người nhiễm HIV/AIDS	74
Bảng 3.9:	Tỷ lệ bệnh nhân được hỗ trợ các loại dinh dưỡng.....	75
Bảng 3.10:	Thể trạng bệnh nhân sau khi được hỗ trợ dinh dưỡng.....	75
Bảng 3.11:	Tỷ lệ bệnh nhân được nhận được hỗ trợ cho điều trị ARV.....	76
Bảng 3.12:	Điều trị nhiễm trùng cơ hội cho bệnh nhân	77
Bảng 3.13:	Tỷ lệ BN nhận được phòng khám có cấp thuốc nâng cao thể trạng, và tỷ lệ các loại thuốc nhận được	78
Bảng 3.14:	Tỷ lệ bệnh nhân đã từng được nhận hỗ trợ trong 2 năm qua....	79
Bảng 3.15:	Nhu cầu nội dung hỗ trợ xã hội của bệnh nhân	79
Bảng 3.16:	Thực trạng người nhiễm HIV/AIDS bị kỳ thị, phân biệt đối xử	80
Bảng 3.17:	Tỷ lệ các địa điểm mà người nhiễm HIV/AIDS điều trị ARV từng bị kỳ thị, phân biệt đối xử.....	80
Bảng 3.18:	Tỷ lệ hình thức mà người nhiễm HIV/AIDS điều trị ARV bị kỳ thị, phân biệt đối xử tại PKNT	81

Bảng 3.19:	Tỷ lệ người nhiễm HIV/AIDS điều trị ARV tham gia CLB/NTL và lý do người nhiễm không tham gia CLB/NTL	82
Bảng 3.20:	Thu nhập nghề, việc làm của người nhiễm HIV/AIDS	82
Bảng 3.21:	Tỷ lệ phân bố khả năng đáp ứng hỗ trợ chăm sóc y tế cho người nhiễm HIV/AIDS tại các phòng khám	83
Bảng 3.22:	Trung bình đánh giá khả năng đáp ứng hỗ trợ chăm sóc y tế ..	84
Bảng 3.23:	Mối liên quan giữa đáp ứng về dinh dưỡng và việc được cung cấp kiến thức về dinh dưỡng cho bệnh nhân	85
Bảng 3.24:	Mối liên quan giữa được cung cấp thông tin kiến thức và khả năng đáp ứng các nhu cầu về xã hội	86
Bảng 3.25:	Mối liên quan giữa thái độ kì thị của nhân viên ở PKNT với khả năng đáp ứng về chăm sóc y tế cho người nhiễm HIV/AIDS ..	86
Bảng 3. 26:	Mối liên quan giữa trình độ học vấn, đáp ứng các nhu cầu chăm sóc xã hội	87
Bảng 3.27:	Mối liên quan giữa không công khai tình trạng nhiễm HIV của người bệnh và khả năng đáp ứng các nhu cầu xã hội.....	87
Bảng 3.28:	Mối liên quan giữa thu nhập bình quân của gia đình/tháng và khả năng đáp ứng các nhu cầu xã hội.....	88
Bảng 3.29:	Số bệnh nhân có tham gia BHYT trước khi can thiệp.....	93
Bảng 3.30:	Hiệu quả can thiệp kiến thức trước và sau can thiệp.....	94
Bảng 3.31:	Kết quả thu được của học viên sau thảo luận nhóm.....	95
Bảng 3.32:	Hiệu quả số lần khám bệnh của bệnh nhân trước sau can thiệp	96
Bảng 3.33:	Hiệu quả can thiệp về kinh phí chi trả trong khám bệnh trước và sau can thiệp của bệnh nhân	97
Bảng 3.34:	Tỷ lệ các bệnh được khám chữa bằng thẻ bảo hiểm y tế.....	97
Bảng 3.35:	Cảm nhận của BN sau khi được hỗ trợ thuốc nâng cao thể trạng ..	98
Bảng 3.36:	Hiệu quả can thiệp về chỉ số men gan của các bệnh nhân trước và sau khi tham gia dự án.....	99

DANH MỤC BIỂU ĐỒ

Biểu đồ 3.1:	Nghề nghiệp của các đối tượng	67
Biểu đồ 3.2:	Các nguyên nhân lây nhiễm HIV	67
Biểu đồ 3.3:	Tỷ lệ các nguồn thẻ BHYT của bệnh nhân.....	69
Biểu đồ 3.4:	Tỷ lệ các nội dung hoạt động hiệu quả của CLB/NTL	81
Biểu đồ 3.5:	Nhóm tuổi của tượng nghiên cứu	90
Biểu đồ 3.6:	Tỷ lệ giới tính	91
Biểu đồ 3.7:	Trình độ học vấn của đối tượng nghiên cứu.....	91
Biểu đồ 3.8:	Nghề nghiệp của đối tượng nghiên cứu.....	92
Biểu đồ 3.9:	Nguyên nhân lây nhiễm HIV của đối tượng nghiên cứu....	92
Biểu đồ 3.10:	So sánh kiến thức bệnh nhân trước và sau can thiệp.....	93
Biểu đồ 3.11:	So sánh của số lần khám bệnh.....	95
Biểu đồ 3.12:	So sánh của kinh phí trước và sau khi can thiệp	96

ĐẶT VẤN ĐỀ

Chưa có một bệnh dịch nào được thế giới quan tâm như dịch HIV/AIDS, mặc dù đầu tư rất nhiều nguồn lực cho đến nay sau 30 năm thế giới vẫn chưa tìm ra Vắcxin phòng bệnh và thuốc điều trị đặc hiệu. Điều trị HIV hiện nay là điều trị kháng virus (ARV), điều trị ARV là phải điều trị suốt đời, liên tục, đầy đủ, phải tuân thủ chế độ điều trị, phải có chế độ dinh dưỡng nghỉ ngơi hợp lý để không kháng thuốc, bệnh nhân khi bị gián đoạn điều trị do thiếu thuốc điều trị ARV sẽ dẫn tới tình trạng kháng thuốc và chuyển sang các phác đồ điều trị có chi phí đắt tiền hơn. Hiện nay tại các cơ sở điều trị ARV bệnh nhân đang được hỗ trợ miễn phí, thuốc điều trị ARV, điều trị nhiễm trùng cơ hội và các xét nghiệm theo dõi điều trị, phần lớn kinh phí hỗ trợ từ các tổ chức quốc tế, trong đó tổ chức PEPAR (Cứu trợ Khẩn cấp của Mỹ tại Việt Nam) hỗ trợ tới 62%; 30% từ quỹ toàn cầu, ngân sách Nhà nước chỉ đáp ứng khoảng gần 10% [1]. Trong khi bắt đầu từ năm 2012 các nguồn tài trợ cắt giảm và đến cuối năm 2016 người nhiễm HIV không còn được cấp miễn phí thuốc điều trị, họ phải tự chi trả cho chăm sóc và thuốc điều trị bệnh, nên việc tham gia BHYT là rất cần thiết giúp có nguồn tài chính bền vững cho điều trị ARV, góp phần quan trọng vào việc giảm tỷ lệ tử vong, giảm lây nhiễm HIV trong cộng đồng, đồng thời cũng là giải pháp thực hiện chính sách xã hội, hỗ trợ các nhóm đối tượng dễ bị tổn thương [1].

Theo khảo sát về số lượng bệnh nhân có BHYT đang được quản lý tại các cơ sở điều trị ngoại trú, số bệnh nhân có BHYT chiếm 15% tổng số người nhiễm HIV/AIDS. Trong đó 51,9% thuộc nhóm đối tượng nghèo, 18,9% thuộc nhóm cận nghèo, 29,2% là các nhóm đối tượng khác [1]. Luật BHYT không phân biệt người nhiễm HIV/AIDS với người mắc bệnh khác và người nhiễm HIV/AIDS tham gia BHYT sẽ được hưởng chế độ và được chi trả

giống như các bệnh khác. Điều đó có nghĩa là, tham gia BHYT người nhiễm HIV sẽ giảm được chi phí trong điều trị HIV [2]. Theo Đề án “Bảo đảm tài chính cho các hoạt động phòng, chống HIV/AIDS giai đoạn 2013-2020” đã được chính phủ phê duyệt, ngoài các hoạt động huy động sự đóng góp, hỗ trợ từ bên ngoài, thì cần tăng cường chi trả các dịch vụ phòng, chống HIV/AIDS bằng nguồn đóng góp của người sử dụng dịch vụ chăm sóc, điều trị HIV/AIDS. Cụ thể, hoàn thiện các hướng dẫn nhằm cụ thể hóa chính sách bảo đảm quyền lợi và trách nhiệm của người nhiễm HIV khi tham gia BHYT; xây dựng hệ thống cung cấp dịch vụ điều trị HIV/AIDS theo hướng đẩy mạnh sự tham gia của BHYT đối với các dịch vụ được cung cấp; xây dựng kế hoạch thực hiện BHYT tại các địa phương nhằm tăng tính chủ động của địa phương trong việc mở rộng độ bao phủ của BHYT đối với các dịch vụ phòng, chống HIV/AIDS [3]. Cần có một can thiệp hỗ trợ thẻ BHYT đánh giá được vai trò của BHYT với người nhiễm HIV/AIDS.

Với mong muốn tìm hiểu thực trạng về chăm sóc Y tế cho người nhiễm HIV/AIDS để từ đó biết được thực trạng về BHYT và vai trò của BHYT đối với người nhiễm đang điều trị ARV tôi tiến hành xây dựng nghiên cứu: **"Thực trạng chăm sóc y tế cho người nhiễm HIV/AIDS đang điều trị ARV ngoại trú và hiệu quả can thiệp hỗ trợ thẻ bảo hiểm y tế tại trung tâm Y tế Quận Thanh Xuân, Hà Nội"**

Với mục tiêu

- 1. Mô tả thực trạng nhu cầu và khả năng đáp ứng chăm sóc y tế cho người nhiễm HIV đang điều trị ARV tại thành phố Hà Nội năm 2012.*
- 2. Đánh giá hiệu quả can thiệp hỗ trợ thẻ bảo hiểm y tế cho người nhiễm HIV/AIDS đang điều trị ARV ngoại trú tại Trung tâm Y tế Quận Thanh Xuân – Hà Nội năm 2013*

CHƯƠNG 1

TỔNG QUAN TÀI LIỆU

1.1. Các khái niệm về HIV/AIDS và điều trị ARV

1.1.1. Người nhiễm HIV

Người nhiễm HIV là người có mẫu huyết thanh dương tính với HIV khi mẫu đó dương tính cả ba lần xét nghiệm bằng ba loại sinh phẩm với các nguyên lý và kháng nguyên khác nhau (phương cách III).

1.1.2. Các giai đoạn nhiễm HIV/AIDS

Theo Tổ chức Y tế Thế giới tình trạng lâm sàng của người nhiễm HIV/AIDS được chia làm 4 giai đoạn

1.1.3. Khái niệm về điều trị ARV: Điều trị kháng Retrovirus (ARV)

Năm 2009 Bộ Y tế đã ban hành quyết định 3003/QĐ- BYT “Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị nhiễm HIV/AIDS” áp dụng cho tất cả các cơ sở khám chữa bệnh của Nhà nước, tư nhân và bán công [4].

Mục đích điều trị ARV và nguyên tắc điều trị ARV

* Mục đích

- Làm giảm tối đa và ngăn chặn lâu dài sự nhân lên của virus.
- Phục hồi chức năng miễn dịch.
- Giảm tần suất mắc và tử vong do các bệnh liên quan đến HIV/AIDS.
- Cải thiện chất lượng cuộc sống và kéo dài thời gian sống.
- Làm giảm lây truyền HIV, ngăn ngừa lây HIV sau phơi nhiễm.

* Nguyên tắc cơ bản của điều trị chống Retrovirus:

Điều trị kháng retrovirus là một phần trong tổng thể các biện pháp chăm sóc hỗ trợ về y tế, tâm lý và xã hội cho người nhiễm HIV .

Sự tuân thủ là yếu tố quan trọng quyết định thành công của điều trị kháng retrovirus. Các thuốc kháng retrovirus chỉ có tác dụng ức chế sự nhân lên của virus mà không chữa khỏi bệnh hoàn toàn nên người bệnh phải điều trị kéo

dài suốt đời và phải áp dụng các biện pháp dự phòng để tránh lây truyền cho người khác.

Chỉ định điều trị ARV:

Chỉ định dùng ARV khi ở trong giai đoạn AIDS theo các tiêu chí lâm sàng và/hoặc số tế bào TCD4 hoặc tổng số TB lympho cụ thể như sau:

**** Nếu có số TCD4***

Giai đoạn IV, không phụ thuộc số TCD4 là bao nhiêu.

Giai đoạn III khi có số TCD4 < 350 tế bào/mm³.

Giai đoạn I hoặc II khi có số TCD4 ≤ 200 tế bào/mm³.

**** Nếu không có số TCD4***

Giai đoạn IV, không phụ thuộc số TCD4 là bao nhiêu.

Giai đoạn II hoặc III khi có số lympho bào ≤ 1.200 tế bào/mm³.

Tuân thủ điều trị ARV:

Tuân thủ các nguyên tắc điều trị: uống đủ số lượng thuốc theo đúng thời gian chỉ định:

Các biện pháp tổ chức và kỹ thuật: Xây dựng chế độ theo dõi và hỗ trợ tuân thủ điều trị.

Sự hỗ trợ của gia đình và cộng đồng: Xác định người hỗ trợ và giám sát, cung cấp tư vấn và hỗ trợ cho người giám sát;

Tác dụng phụ của các thuốc ARV

- Tác dụng phụ nhẹ của thuốc ARV: xuất hiện sớm và có thể tự khỏi: Buồn nôn, tiêu chảy, đau đầu, mệt mỏi, khó chịu ở bụng, nổi mẩn nhẹ, buồn ngủ, mất ngủ, ác mộng, chóng mặt.

- Thiếu máu do AZT. Phát ban do NVP. Nhiễm độc gan do NVP. Bệnh lý thần kinh ngoại biên do D4T. Rối loạn phân bố mỡ do D4T. Độc tính với thận, ảnh hưởng lên sự phát triển Xương do TDF :

- EFV: Nhiễm độc nặng dai dẳng hệ thần kinh trung ương. Có thể gặp chứng vú to ở nam, Gây dị dạng thai ở phụ nữ mang thai

- D4T: Toan lactic: tiến triển chậm và không đặc hiệu
- Xét nghiệm: tăng axit lactic, ALT, LDH, CPK và thiếu hụt anion, viêm tụy: Đau bụng, buồn nôn, nôn, sốt; tăng amylase máu.

1.2. Tình hình dịch nhiễm HIV/AIDS trên thế giới và tại Việt Nam

1.2.1. Trên thế giới

Kể từ ca nhiễm HIV được phát hiện đầu tiên tại Mỹ từ năm 1981, cho đến nay loài người đã trải qua hơn 30 năm đối phó với một đại dịch quy mô lớn, phức tạp. Tính đến thời điểm hiện tại vẫn chưa có thuốc điều trị và vắc xin phòng bệnh đặc hiệu, nên các biện pháp có hiệu quả nhằm hạn chế đến mức tối đa tác hại và sự lan truyền của HIV ra cộng đồng là dự phòng với 3 mục tiêu chính: hạn chế tốc độ lây lan HIV, làm chậm quá trình tiến triển bệnh và giảm ảnh hưởng kinh tế, xã hội của HIV/AIDS[5], [6].

Theo UNAIDS tính đến cuối năm 2013, có 35 triệu người đang bị nhiễm HIV còn sống, 39 triệu người đã tử vong do AIDS. Riêng năm 2013 ước tính có 2,7 triệu ca nhiễm HIV mới và 1,8 triệu người tử vong do AIDS. So sánh với năm 1999, số người nhiễm mới HIV đã giảm 22%. Hiện có 6,9 triệu người đang điều trị ARV tại các nước có thu nhập thấp và trung bình. Điều trị ART đã đem lại nhiều hiệu quả tích cực, góp phần cải thiện tình trạng sức khỏe và chất lượng cuộc sống cho người nhiễm HIV[7], [8].

Năm 1987, thử nghiệm điều trị đầu tiên với thuốc AZT được thực hiện.

Năm 1989 người ta đưa các hướng dẫn điều trị AZT cho những người nhiễm HIV và bệnh nhân AIDS trên cơ sở số lượng tế bào CD4 của người bệnh

Đến năm 1996, thế giới bắt đầu sử dụng phác đồ điều trị phối hợp ít nhất 3 loại thuốc (HAART). Điều trị kháng retro vi-rút HIV hoạt tính cao (HAART – highly active antiretroviral therapy) với sự kết hợp của 3 loại thuốc ARV có hiệu lực ức chế virus cao đã được khuyến cáo vào năm 1996. HAART không những kéo dài cuộc sống cho người nhiễm HIV mà còn giảm

khả năng lây truyền HIV từ người nhiễm HIV sang người khác, đặc biệt lây truyền qua quan hệ tình dục [9].

Mặt khác, tại các nước đang trong giai đoạn dịch tập trung, HIV chủ yếu lây truyền trong nhóm có nguy cơ cao tiêm chích ma túy và gái mại dâm. Hoạt động chăm sóc và điều trị người nhiễm HIV/AIDS cũng đang là 1 trọng tâm của chương trình phòng chống HIV/AIDS. Chăm sóc, hỗ trợ làm giảm đau đớn về thể chất, tinh thần, giúp kéo dài cuộc sống và tăng cường chất lượng cuộc sống cho người nhiễm HIV/AIDS [10]

Vào cuối năm 2012, khoảng 1,6 triệu người nhiễm HIV ở các nước có thu nhập thấp và trung bình đã được tiếp cận với thuốc ARV so với cuối năm 2011 [11]. Đây là năm có số người nhiễm HIV được tiếp cận với điều trị ARV cao nhất từ trước đến nay. Vào năm 2002, chỉ có khoảng 300.000 người ở các quốc gia có thu nhập thấp và trung bình được tiếp cận với điều trị ARV thì đến năm 2012, đã có đến 9,7 triệu người nhiễm HIV được điều trị ARV ở các quốc gia này [11]. Châu Phi là khu vực có số người nhiễm HIV được điều trị ARV cao nhất – khoảng 7,5 triệu. Việc mở rộng tiếp cận điều trị ARV khác nhau giữa các khu vực. Châu Phi vẫn là khu vực dẫn đầu trong việc tăng số người nhiễm HIV được tiếp cận với điều trị ARV. Đây là khu vực chỉ chiếm 12% dân số toàn cầu nhưng số người nhiễm HIV lại chiếm đến 69% (65 – 73%, khoảng 23,4 triệu người, dao động từ 22 triệu đến 24,7 triệu) số người nhiễm HIV trên toàn cầu [11]. Đông và Nam Phi có số người nhiễm HIV chiếm 50% tổng số người nhiễm HIV trên toàn cầu và có 6,4 triệu người được điều trị ARV vào cuối năm 2012. Chương trình điều trị ARV tại Nam Phi là lớn nhất thế giới với khoảng 2,2 triệu người điều trị ARV vào năm 2012. Tiếp theo Nam Phi, Zimbabwe và Kenya tiếp tục là quốc gia có số người nhiễm HIV được điều trị ARV tăng nhanh trong năm 2012 với 90.000 người mới điều trị ARV ở Zimbabwe và 65.000 người ở Kenya. Châu Á cũng là khu vực có số người nhiễm HIV được điều trị ARV tăng nhanh trong

những năm qua. Cuối năm 2012 có 983.000 người nhiễm HIV điều trị 4 ARV, tăng khoảng 100.000 người so với năm 2011. Ấn Độ và Thái Lan là hai quốc gia có đóng góp lớn đối với việc mở rộng tiếp cận điều trị ARV tại khu vực này. Số người nhiễm HIV điều trị ARV tại Trung Quốc tăng từ 126.000 người năm 2011 lên 154.000 người vào năm 2012. Campuchia, quốc gia đã đạt được độ bao phủ điều trị ARV là 80% vào năm 2011 đã tăng số người nhiễm HIV được điều trị ARV lên khoảng 50.000 người vào năm 2012. Các quốc gia khác trong khu vực, bao gồm Papua New Guinea và Việt Nam cũng đã có sự nhảy vọt trong điều trị ARV [11]. Nhờ tăng cường điều trị ARV và các phác đồ điều trị ngày càng tốt hơn, tỷ lệ sống ở người nhiễm HIV dần tăng lên. Hình 1.1 biểu diễn sự thay đổi tỷ lệ sống được báo cáo ở người nhiễm HIV tại Đan Mạch 1995-2005 (Lohse N -2007) [6]. Điều trị càng sớm càng có hiệu quả, mặc dù tỷ lệ sống ở người nhiễm HIV không thể tương đương ở người không nhiễm. Mặt khác, khi thời gian sống được kéo dài ở những người được điều trị ARV, tác dụng không mong muốn của các thuốc biểu hiện ngày càng nhiều hơn.

Khu vực cận Sahara châu Phi tiếp tục phải gánh chịu những hậu quả nặng nề hơn của dịch AIDS toàn cầu. Gần hai phần ba (63%) tổng số người lớn và trẻ em đang sống với HIV trên toàn cầu là những người sống ở cận Sahara châu Phi. Tại khu vực này, 70% số người nhiễm HIV đang còn sống, gần 37% người có đủ tiêu chuẩn để điều trị được tiếp cận với ARV.

Tỷ lệ bao phủ chung của chương trình tiếp cận điều trị thuốc ARV ngày càng được mở rộng. Với tốc độ mở rộng hết sức nhanh chóng chương trình chăm sóc và điều trị HIV/AIDS được đánh giá là một thành tựu hết sức ấn tượng của chương trình chăm sóc sức khỏe cộng đồng. Đến hết năm 2011, tại các quốc gia có thu nhập thấp và thu nhập trung bình trên thế giới đã có 8.000.000 người nhận được điều trị thuốc kháng vi rút, tăng gấp 25 lần so với số người được điều trị tại các quốc gia này năm 2002. Các nước châu Phi cận sa

mạc Sahara có mức tăng cao nhất với số lượng người nhận được thuốc điều trị kháng vi rút từ 3.911.000 lên đến 5.064.000 người [12]. Khoảng 54% người nhiễm đủ tiêu chuẩn đã được nhận dịch vụ điều trị [13] Một số quốc gia trong đó các quốc gia với nguồn lực hạn chế đã đạt được hoặc gần như hoàn thành “phổ cập” điều trị ARV. Tỷ lệ nhiễm và tử vong do HIV đã giảm ở nhiều quốc gia [12]. Ở cấp độ toàn cầu, số người tử vong do AIDS đã giảm xuống còn 1,7 triệu người, so với con số 2,3 triệu người năm 2005. Trong năm 2011, có khoảng 2,2 triệu ca nhiễm mới ít hơn năm 2001 500.000 người [13].

Nhiều người nhiễm HIV đã được tham gia điều trị, tuy nhiên họ đến các cơ sở điều trị muộn, CD4 thấp hơn rất nhiều mức CD4 do Tổ chức Y tế thế giới khuyến cáo bắt đầu điều trị. Việc tiếp cận điều trị ARV vẫn còn chưa công bằng khi chỉ có 28% trẻ nhiễm HIV cần được điều trị tiếp cận với điều trị ARV, thấp hơn nhiều so với tỷ lệ 57% của người lớn [14]. Điều trị ARV cho phụ nữ mang thai nhiễm HIV làm giảm nguy cơ lây nhiễm HIV từ mẹ sang con xuống dưới 5% và có thể làm giảm nguy cơ lây nhiễm cho bạn tình tới 96%. Tuy nhiên chỉ có ít hơn 1/3 số phụ nữ có đủ tiêu chuẩn điều trị ARV được tiếp cận điều trị đến hết năm 2011. Tỷ lệ tiếp cận điều trị còn thấp tại những nơi mà dịch tập trung vào số nhóm đối tượng có nguy cơ cao như IDU, MSM và phụ nữ chuyển giới [15]. Tỷ lệ duy trì điều trị trong 12 tháng sau khi điều trị là 81% (theo báo cáo của 92 quốc gia). Tỷ lệ này giảm xuống 75% sau khi điều trị 24 tháng (73 quốc gia) và 67% sau khi điều trị 60 tháng (46 quốc gia) [9].

Tại các quốc gia có thu nhập trung bình và thu nhập thấp, đến cuối năm 2010 gần 97% bệnh nhân người lớn đang điều trị phác đồ bậc 1 và 3% đang điều trị phác đồ bậc 2. Theo báo cáo của 21 quốc gia của khu vực Nam Mỹ, tỷ lệ bệnh nhân đang điều trị phác đồ bậc 2 tương đối cao, khoảng 28% và 3% nhận phác đồ điều trị bậc 3 [12]. Đến cuối năm 2010, 88 quốc gia đã áp dụng mức khởi điểm điều trị của CD4 là 350 tế bào/mm³. 84 quốc gia đã áp dụng

khuyến cáo phác đồ chuyển thuốc từ Stavudine sang Zidovudine hoặc Tenofovir [12]. Mặc dù đã đạt được những thành tựu đáng kể nhưng chương trình điều trị bằng thuốc kháng vi rút vẫn đứng trước nhiều thách thức. Số lượng người nhiễm HIV mất dấu từ cơ sở tư vấn xét nghiệm tự nguyện đến các cơ sở điều trị vẫn còn cao. Ngoài ra bệnh nhân tham gia điều trị muộn vẫn còn phổ biến, kể cả tại các quốc gia có thu nhập cao [16]. Tỷ lệ bệnh nhân bỏ trị sau khi tham gia điều trị vẫn còn cao. Hơn nữa, tỷ lệ tham gia chương trình điều trị cho thấy khó có khả năng đạt được mục tiêu thống nhất tại cuộc gặp cấp cao của Hội đồng liên hiệp quốc vào tháng 6, 2011 là phấn đấu cung cấp điều trị cho 15 triệu người đến hết năm 2015 [17]. Trong hai năm 2008-2010, chỉ có khoảng 1,3 triệu bệnh nhân mới tham gia điều trị, với tốc độ này thì tổng số người tham gia điều trị trên toàn thế giới sẽ chỉ dừng lại con số dưới 14 triệu người vào cuối năm 2010 thay vì chỉ tiêu 15 triệu người. Các chuyên gia dự báo với mức độ tham gia và bỏ trị như hiện nay thì số người tham gia điều trị vẫn tăng mạnh hàng năm. Trong vòng 15 năm tới sẽ có khoảng 34 triệu người nhiễm HIV và người nhiễm mới, cần được điều trị thuốc kháng vi rút. Độ bao phủ của chương trình điều trị bằng thuốc kháng vi rút cho bệnh nhân người lớn và trẻ em tại các nước có thu nhập thấp và trung bình tiếp tục tăng từ 39% (2009) lên 47% (2010) trong số 14,2 triệu người đang điều trị trên toàn thế giới [18]. Đến cuối năm 2010, 10 quốc gia có thu nhập thấp và trung bình bao gồm ba quốc gia có dịch toàn thể là Botswana, Namibia, và Rwanda đã đạt được độ bao phủ 5 toàn dân ít nhất khoảng 80% người nhiễm đủ tiêu chuẩn điều trị ARV. Bảy quốc gia còn lại bao gồm hai quốc gia có dịch toàn thể là Swaziland và Zambia cũng đã đạt được độ bao phủ từ 70% đến 79%. Trong vòng một năm, số lượng trẻ em dưới 15 tuổi đang được điều trị ARV tại các quốc gia có thu nhập thấp và trung bình đã tăng 29%. Đến cuối năm 2010, khoảng 456.000 trẻ dưới 15 tuổi đã được nhận ARV, tăng 356.000 trẻ so với năm 2009. Tuy nhiên mức độ bao phủ thì thấp hơn nhiều so với người lớn chỉ đạt khoảng 29% so với mức 51% của người

lớn. Độ bao phủ điều trị ARV cho nữ giới đạt ở mức 53% cao hơn so với tỷ lệ 40% ở nam giới [12].

1.2.2. Tại Việt Nam

Toàn Quốc, tính đến hết 30/4/2014, số trường hợp báo cáo hiện nhiễm HIV là 216.163 trường hợp, số bệnh nhân AIDS là 67.557 và đã có 69.449 trường hợp tử vong do AIDS. Tỷ lệ nhiễm HIV toàn quốc theo số báo cáo là 248 người trên 100.000 dân. Trong 3 tháng đầu năm 2014, cả nước xét nghiệm phát hiện mới 2.012 trường hợp nhiễm HIV, trong đó 928 bệnh nhân AIDS; báo cáo có 300 người tử vong do AIDS. Tính đến tháng 6 năm 2014, cả nước hiện có 364 phòng khám và điều trị ARV, có 86.771 bệnh nhân (người lớn và trẻ em) được điều trị ARV, đạt 93,3% so với kế hoạch năm 2014. [19] Việc quản lý, chăm sóc, tư vấn người nhiễm HIV/AIDS gặp nhiều khó khăn do đối tượng thường xuyên thay đổi địa chỉ [20], [21]

Mặc dù thời gian qua Việt Nam đã tăng cường nguồn lực trong nước và sự hỗ trợ quốc tế cho việc điều trị HIV/AIDS nhưng thuốc ARV cho bệnh nhân HIV/AIDS tại Việt Nam vẫn còn chưa đáp ứng được nhu cầu do thiếu kinh phí và chưa ban hành được chính sách tiếp cận và sản xuất thuốc trong nước. Phương tiện chẩn đoán AIDS và năng lực cán bộ làm công tác chăm sóc và điều trị HIV/AIDS tại các tuyến còn rất thiếu và yếu. [22] [23]. Để bảo đảm nguồn tài chính bền vững cho phòng chống HIV/AIDS, đặc biệt tăng cường đầu tư trong nước và vai trò của BHYT [25].

Nhận định chung về tình hình dịch HIV/AIDS

Hình thái dịch HIV lây truyền qua đường tình dục bắt đầu có xu hướng cao hơn lây truyền qua đường máu. Bên cạnh đó tỷ lệ người nhiễm HIV mới phát hiện trong nhóm tuổi 30 - 39 ngày càng chiếm tỷ trọng cao. Cảnh báo nguy cơ làm lây truyền HIV do lây truyền qua đường tình dục sẽ là nguyên nhân chính làm lây truyền HIV ở Việt Nam trong những năm tiếp theo và khả năng khống chế lây nhiễm HIV qua đường tình dục sẽ khó khăn hơn nhiều lần

so với không chế lây truyền qua đường tiêm chích qua nhóm nghiện chích ma túy[24], [36].

Cùng với khuyến cáo từ Tổ chức Y tế Thế giới về Điều trị HIV/AIDS năm 2010, Việt Nam đã nâng ngưỡng CD4 khi bắt đầu điều trị ARV lên 350 tế bào/mm³. Với ngưỡng CD4 này, nhu cầu điều trị ARV ở người nhiễm HIV ước tính trong giai đoạn 2011 – 2015 như sau [37]:

Nhu cầu điều trị HIV/AIDS giai đoạn 2012-2015

<i>Năm</i>	<i>Nhu cầu điều trị đối với người lớn</i>	<i>Nhu cầu điều trị đối với trẻ em</i>	<i>Tổng nhu cầu</i>	<i>Mục tiêu điều trị ARV</i>
2012	119.298	4.641	123.939	76.200
2013	129.379	5.174	134.553	87.800
2014	139.646	5.774	145.420	99.500
2015	150.120	6.366	156.486	111.000

1.2.3. Tại Hà Nội

Là một điểm nóng trong cả nước về HIV/AIDS, Hà Nội đã triển khai chương trình quản lý tư vấn chăm sóc cho người nhiễm HIV/AIDS bao gồm cả chăm sóc và điều trị nội, ngoại trú, việc triển khai phòng khám chăm sóc, điều trị ngoại trú tại các TTYT quận/huyện chủ yếu là để điều trị các NTCH và điều trị ARV một cách hệ thống. Tuy nhiên trong 3 tháng đầu năm 2014, toàn thành phố Hà Nội vẫn có 250 trường hợp phát hiện nhiễm mới trong đó có 1 trường hợp đã chuyển sang AIDS. Tính đến ngày 31/3/2014, Hà Nội có 20.762 trường hợp hiện nhiễm HIV/AIDS, trong đó có 5.077 trường hợp đã chuyển thành AIDS và lũy tích các trường hợp tử vong do HIV/AIDS là 3.821 bệnh nhân đã tử vong do AIDS. Tỷ lệ hiện nhiễm HIV là 303/100.000 dân, 100% quận/huyện có người nhiễm HIV, 536/577 xã, phường có người nhiễm HIV, chiếm tỉ lệ 92,7%.

Hà Nội ngay từ năm 1996 đã triển khai nhiều chương trình can thiệp giảm tác hại của dịch HIV/AIDS, một trong số đó là chương trình hỗ trợ chăm sóc toàn diện cho bệnh nhân AIDS, hỗ trợ chăm sóc điều trị thuốc kháng vi rút (ARV) là một phần quan trọng của chương trình và được triển khai ngay từ năm 1996 tại bệnh viện Đống Đa. Theo báo cáo 6 tháng đầu năm 2014 của Cục phòng chống HIV/AIDS Việt Nam, hiện nay trên địa bàn thành phố Hà Nội đang có 31 cơ sở trong đó có 9 cơ sở trong trại giam điều trị ARV cho 9.274 người nhiễm HIV/AIDS, đạt 95,46% so với kế hoạch năm 2014 và đưa số người được điều trị lên 44,2% trên tổng số người nhiễm [37].

1.3. Các mô hình điều trị ARV trên thế giới và Việt Nam

1.3.1. Trên thế giới

Nhìn chung điều trị ARV có thể chia ra làm hai giai đoạn. Ở giai đoạn đầu, người bệnh cần được điều trị tại các cơ sở y tế để được tư vấn và hiểu được quá trình điều trị của họ là lâu dài, sự cần thiết của việc tuân thủ điều trị và các tác dụng phụ có thể tạo ra trong quá trình điều trị. Tại Mỹ, nghiên cứu do Claude Ann Mellins và các cộng sự (2009) thực hiện bằng phương pháp tự báo cáo việc sử dụng ARV trong 3 ngày trước phỏng vấn cho thấy, có 55% tuân thủ tốt và 45% không tuân thủ. Nguyên nhân nhớ liều thường gặp là do ngủ quên, quá bận, xa nhà hoặc có thay đổi trong công việc thường ngày [38]. Nghiên cứu của J.B. Nachega và các cộng sự (2012), cho kết quả trung bình 43% bệnh nhân báo cáo từng nhớ liều ARV trong tháng trước ngày phỏng vấn [39]. Sau giai đoạn này khi sức khỏe người bệnh đã đi vào ổn định và hệ thống miễn dịch đã được cải thiện, phần lớn các bệnh nhân không cần chăm sóc tập trung và không cần đến khám thường xuyên. Ở giai đoạn này duy trì điều trị tại các cơ sở y tế không còn là cần thiết. Tuy nhiên theo thời gian, một số bệnh nhân có thể lại tiếp tục gặp tác dụng phụ, kháng thuốc hoặc là gặp các vấn đề về tuân thủ điều trị và do đó sẽ lại phải quay lại các cơ sở y tế để điều trị tập trung và cần các hỗ trợ về tuân thủ điều trị. Từ đó hình thành mối quan

hệ giữa người sử dụng dịch vụ với việc tiếp cận dịch vụ và duy trì điều trị. Do phải đi lại để điều trị, phải xếp hàng để chờ đợi và phải tiếp tục làm việc để duy trì cuộc sống mà có thể làm cho người bệnh không tuân thủ được điều trị. Phân cấp dịch vụ điều trị ARV cho các phòng khám tại cộng đồng sẽ giảm việc đi lại của người bệnh và góp phần giúp người bệnh duy trì điều trị một cách tốt hơn.

Mô hình điều trị tập trung tại các cơ sở y tế

Mô hình điều trị tập trung tại các cơ sở y tế hình thành khi bệnh nhân bắt đầu điều trị. Đến nay sau hơn 10 năm các nước trên thế giới tiến hành mở rộng điều trị ARV thì phần lớn bệnh nhân vẫn bắt đầu điều trị đều trong tình trạng bệnh đã tiến triển và các bệnh triệu chứng liên quan đến HIV vẫn ở trong tình trạng phải được điều trị khẩn cấp do đó điều trị tập trung tại các cơ sở y tế sẽ góp phần chữa trị các triệu chứng do các bệnh nhiễm trùng cơ hội và tác dụng phụ của thuốc mang lại. Mô hình này đã bộc lộ nhiều nhược điểm vì làm tăng phân biệt đối xử, số người nhiễm ngoài cộng đồng vẫn gia tăng và các cơ sở y tế không đủ chỗ cho người nhiễm HIV/AIDS tại các quốc gia có dịch lan tràn. Cu Ba đã chuyển sang mô hình quản lý người nhiễm HIV tại cộng đồng sau một thời gian duy trì mô hình quản lý tập trung [40], [41]

Tại Mỹ, trong giai đoạn đầu của dịch, hệ thống chăm sóc và điều trị người nhiễm HIV/AIDS chưa được chuẩn bị do đó để đáp ứng cho nhu cầu đa dạng về chăm sóc, người nhiễm bắt buộc phải trao đổi với những cơ sở y tế riêng lẻ để được chăm sóc. Các chương trình hầu như chưa được thiết kế để đáp ứng được nhu cầu người nhiễm. Các dịch vụ y tế sẵn có chỉ đáp ứng nhu cầu cấp cứu của bệnh nhân AIDS mà không can thiệp vào giai đoạn sớm của bệnh [37], [40] Philippine đã hình thành 2 mô hình cung cấp dịch vụ cho người nhiễm bao gồm: hệ thống chăm sóc và điều trị HIV/AIDS dựa vào bệnh viện, tất cả bệnh viện đều tiếp nhận điều trị người nhiễm HIV/AIDS, không phân biệt đối xử, không có bệnh viện hoặc buồng bệnh riêng cho AIDS. Ngoài ra

còn một hệ thống các dịch vụ dựa vào cộng đồng do các nhóm tình nguyện và các tổ chức phi chính phủ (NGOs) đảm trách. Hỗ trợ cho hai hệ thống này còn có các chương trình hỗ trợ việc làm và đào tạo cho người nhiễm HIV có cơ hội hòa nhập lại với xã hội.

Mô hình điều trị HIV/AIDS dựa vào cộng đồng

Mô hình điều trị dựa vào cộng đồng vừa giúp tạo ra sự hỗ trợ xã hội cho người nhiễm đồng thời giúp cho việc tuân thủ điều trị được cải thiện. Các hoạt động hỗ trợ và giáo dục người bệnh đã cải thiện quá trình tuân thủ của người bệnh [42], [43]. Điều trị dựa vào cộng đồng giúp tạo nên môi trường thuận lợi, hỗ trợ người 10 bệnh, mang lại hiệu quả điều trị chủ động từ phía người bệnh và cũng giúp cho quá trình phân cấp dịch vụ điều trị ARV hiệu quả. Nghiên cứu của Uganda đã cho thấy điều trị ARV tại nhà cũng mang lại hiệu quả như điều trị ARV tại các cơ sở y tế về tỷ lệ sống sót và kìm hãm sự phát triển của virus [44]. Tại phía Tây Kenya, người nhiễm HIV được đào tạo và nhận lương cho việc cung cấp dịch vụ chăm sóc các người nhiễm khác là các bệnh nhân đang điều trị ARV đã đi vào giai đoạn ổn định [45]. Tại Tanzania, mô hình cung cấp dịch vụ điều trị ARV được thực hiện bởi các tình nguyện viên ở cộng đồng, có sự hỗ trợ của các nhân viên y tế đã được đào tạo, mô hình này giúp giảm tỷ lệ bệnh nhân mất dấu trong quá trình điều trị [6]. Bộ Y tế Malawi đã mở rộng dịch vụ chăm sóc sức khỏe ban đầu tại các trạm y tế, không có y tá làm việc thường xuyên mà chỉ có các nhân viên y tế cộng đồng bao gồm các trợ lý về dịch tễ và đồng đẳng viên [46]. Rất nhiều mô hình cộng đồng tương tự được thành lập tại Mozambique, Nam Phi. Các hoạt động chăm sóc tại nhà và cộng đồng tại Thái Lan lại dựa vào các tổ chức phi chính phủ, sử dụng các tình nguyện viên tại các thôn/bản và nhân viên y tế, các nhà sư và các cha đạo cũng tham gia chương trình [47].

1.3.2. Tại Việt Nam

Hiện nay, hệ thống các cơ sở điều trị HIV/AIDS đã được thành lập theo hướng dẫn tại Quyết định số 2051/QĐ-BYT ngày 9/6/2006 về việc ban hành quy trình Điều trị HIV/AIDS bằng thuốc kháng HIV (ARV) và Thông tư 09/2011/TTBYT ngày 26/1/2011 về Hướng dẫn điều kiện và phạm vi chuyên môn của cơ sở y tế điều trị bằng thuốc kháng HIV. Theo đó hệ thống các cơ sở điều trị HIV/AIDS đã được thiết lập từ tuyến trung ương đến tuyến tỉnh, huyện bao gồm cả trong khu vực y tế và phi y tế [48].

Mô hình quản lý điều trị HIV/AIDS thuộc hệ thống y tế

Tại Trung ương có 3 cơ sở chịu trách nhiệm hỗ trợ kỹ thuật điều trị HIV/AIDS cho các khu vực bao gồm Bệnh viện Bệnh Nhiệt đới trung ương cho các tỉnh khu vực phía Bắc, Bệnh viện Đa khoa Trung ương Huế cho các tỉnh khu vực miền Trung và Tây Nguyên, Bệnh viện Bệnh Nhiệt đới thành phố Hồ Chí Minh cho các tỉnh phía Nam. Ngoài ra còn có một số bệnh viện chuyên khoa và một số bệnh viện vệ tinh. Tại các tỉnh, thành phố đều đã có các cơ sở điều trị HIV/AIDS tuyến tỉnh.

Tuyến huyện: Bệnh viện huyện và Trung tâm y tế huyện là đơn vị được giao trách nhiệm thực hiện công tác điều trị HIV/AIDS.

Tuyến xã: Trạm Y tế xã là đơn vị chịu trách nhiệm chính trong việc chăm sóc, hỗ trợ điều trị bệnh nhân AIDS tại cộng đồng.

Trong 289 cơ sở điều trị thuộc hệ thống y tế, các cơ sở điều trị thuộc hệ bệnh viện là 132 cơ sở (chiếm 46,8%), tại các trung tâm y tế là 152 cơ sở (chiếm 53,2%). Số lượng các cơ sở điều trị tuyến trung ương là 5 cơ sở (1,7%), tuyến tỉnh là 118 cơ sở (41,8%), và tuyến huyện là 161 cơ sở (57,1%) [48]. Việc điều trị bằng thuốc ARV đã được thực hiện theo quy trình thống nhất trên toàn quốc [49].

a) Tại các bệnh viện Trung ương

Mô hình điều trị tại các bệnh viện trung ương được hình thành ngay trong giai đoạn đầu của chương trình điều trị. Khi đó việc điều trị được bắt đầu với việc điều trị các bệnh nhiễm trùng cơ hội nặng và sau đó là xử lý các

triệu chứng do tác dụng phụ của ARV. Trưởng khoa Truyền nhiễm của bệnh viện đồng thời là lãnh đạo trực tiếp cơ sở, dưới sự chỉ đạo điều hành của Ban giám đốc bệnh viện. Mỗi cơ sở đều có 2 phần: khám, điều trị ngoại trú và điều trị nội trú cho các bệnh nhân nặng.

- Phần lớn bệnh nhân đến cơ sở để được điều trị ngoại trú. Hàng tháng, bệnh nhân đến tái khám và nhận thuốc điều trị HIV/AIDS. Trường hợp mắc các nhiễm trùng cơ hội hoặc có các tác dụng phụ của thuốc thì tái khám bất cứ khi nào. Một số ít là bệnh nhân điều trị nội trú, khi mắc các bệnh nhiễm trùng cơ hội nặng hoặc các bệnh lý kèm theo cần thiết điều trị nội trú. Bệnh nhân điều trị nội trú được quản lý theo mã số bệnh nhân của bệnh viện.

b) Tại các bệnh viện đa khoa tỉnh/huyện

Cơ sở điều trị HIV/AIDS được gắn với khoa truyền nhiễm hoặc khoa khám bệnh của bệnh viện đa khoa tỉnh, gắn với Phòng khám đa khoa hoặc khối điều trị 13 của bệnh viện đa khoa huyện; một số cơ sở gắn với các bệnh viện chuyên khoa.

c) Tại các trung tâm y tế tuyến tỉnh/huyện

Các cơ sở điều trị HIV/AIDS đặt tại các Trung tâm y tế tuyến tỉnh/huyện thuộc các đơn vị sau:

- Tuyến tỉnh: Trung tâm Phòng, chống HIV/AIDS, Trung tâm Phòng, chống bệnh xã hội.

- Tuyến huyện: Trung tâm Y tế huyện, Trung tâm Y tế dự phòng huyện.

Mô hình điều trị HIV/AIDS tại các cơ sở ngoài hệ thống y tế

Ngoài ra hệ thống cung cấp dịch vụ điều trị còn được bổ xung bởi các cơ sở điều trị nằm ngoài hệ thống y tế bao gồm các cơ sở điều trị do y tế các bộ ngành quản lý như tại các trại giam (Bộ công an), các trung tâm 05-06 (Bộ Lao động Thương binh Xã hội), và một số các cơ sở điều trị nằm trong các trung tâm bảo trợ xã hội cho trẻ em, do các tổ chức phi chính phủ, các nhóm tự lực quản lý và điều hành.

a) Tại các trại giam và tại trung tâm 05-06

Theo số liệu báo cáo của Bộ công an và Bộ Lao động Thương binh và Xã hội hiện nay mới chỉ có 10/49 trại giam và 35/121 trung tâm 05-14 06 đang điều trị cho người nhiễm HIV do Dự án Quỹ toàn cầu phòng, chống HIV/AIDS tài trợ.

Ngoài ra còn một số các cơ sở khép kín khác cũng đang điều trị cho bệnh nhân HIV/AIDS như là một điểm điều trị của các Trung tâm Phòng, chống HIV/AIDS tỉnh, thành phố.

b) Mô hình điều trị tại các cơ sở bảo trợ xã hội

Bên cạnh các cơ sở điều trị nhiễm HIV/AIDS cho người lớn, trẻ nhiễm HIV và trẻ bị ảnh hưởng đang được điều trị, hỗ trợ và chăm sóc tại các trung tâm bảo trợ xã hội. Một số trung tâm có thể kể đến như trung tâm bảo trợ xã hội số 02, trung tâm Mai Hòa, trung tâm Tam Bình. Trẻ nhiễm HIV được điều trị thuốc ARV do các dự án quốc tế hỗ trợ, được điều trị NTCH, hỗ trợ dinh dưỡng. Các nhân viên y tế tại các nơi này được đào tạo về điều trị và chăm sóc cho trẻ nhiễm để có thể xử lý các triệu chứng cơ bản. Các trường hợp nặng cần xử lý đặc biệt sẽ được hỗ trợ bởi 15 các bệnh viện nhi tuyến trên như Bệnh viện Nhi trung ương, bệnh viện Nhi đồng 1, bệnh viện Nhi đồng 2.

c) Mô hình thí điểm

**Sáng kiến điều trị 2.0*

Tháng 7/2011, Tổ chức Y tế Thế giới (WHO) và Chương trình Phối hợp Phòng chống HIV/AIDS của Liên hợp quốc (UNAIDS) đã khởi xướng Sáng kiến tiếp cận điều trị 2.0. Mục tiêu của Sáng kiến này nhằm tăng tối đa hiệu quả của chương trình điều trị HIV thông qua việc triển khai 5 thành tố sau: (i) Tối ưu hóa phác đồ điều trị; (ii) Tăng cường công tác chẩn đoán và theo dõi điều trị thông qua việc sử dụng các kỹ thuật và phương pháp chẩn đoán đơn giản tại điểm chăm sóc; (iii) Giảm chi phí điều trị; (iv) Phân cấp hệ thống cung cấp dịch vụ theo hướng tiếp cận với y tế cơ sở; (v) Huy động sự

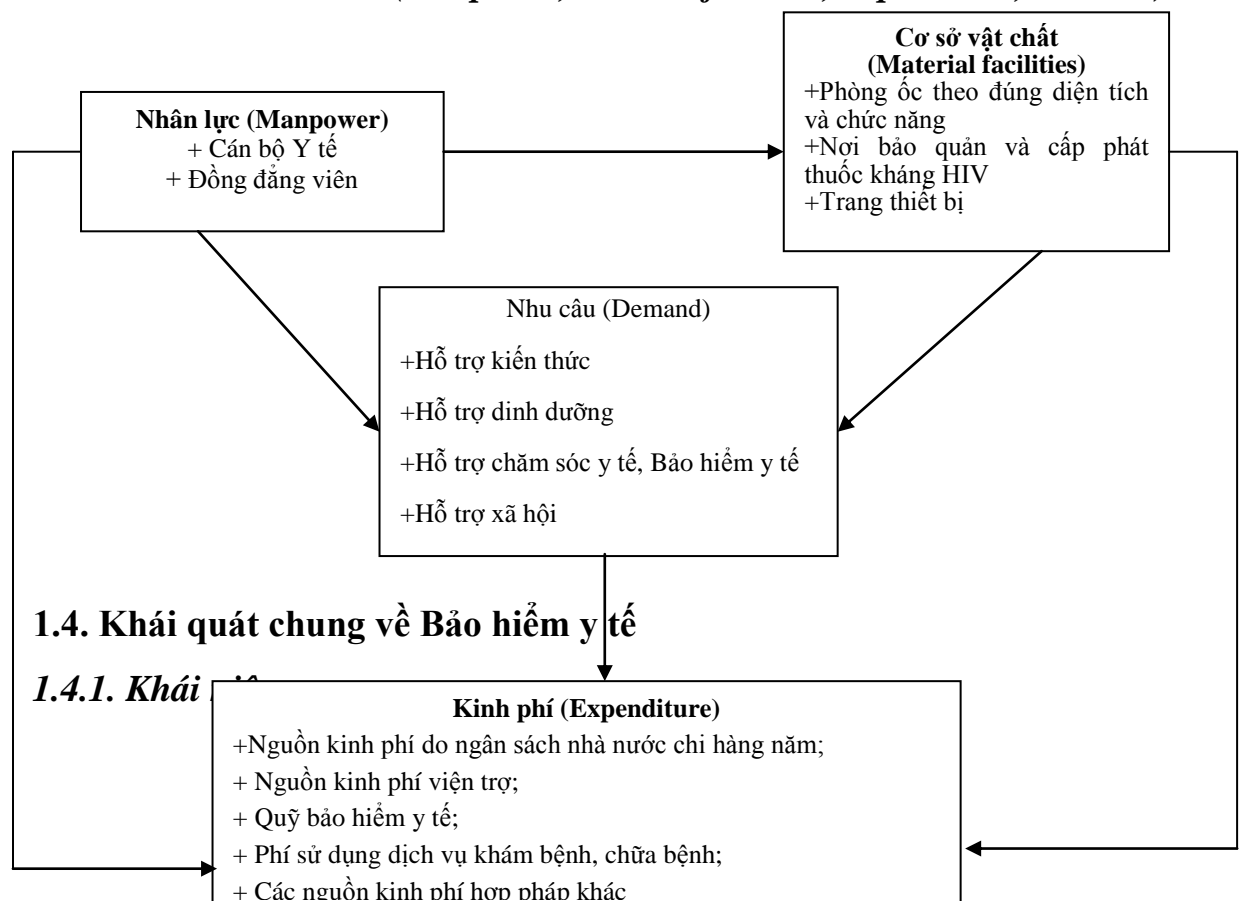
tham gia của cộng đồng. Với việc tăng cường sự huy động tham gia của cộng đồng tại các điểm cung cấp dịch vụ tại tuyến y tế cơ sở, sáng kiến tiếp cận điều trị 2.0 sẽ tăng việc chẩn đoán phát hiện sớm các trường hợp nhiễm HIV, tăng khả năng tiếp cận sớm với dịch vụ chăm sóc và điều trị HIV/AIDS. Việt Nam là nước đầu tiên tại châu Á triển khai rất sớm việc thực hiện thí điểm này. Hai tỉnh được lựa chọn thí điểm là Điện Biên và Cần Thơ bắt đầu từ tháng 6/2012. Việc tổng kết mô hình sẽ được thực hiện trong vòng một năm sau khi bắt đầu thí điểm.

* Mô hình cung cấp dịch vụ điều trị cơ bản tại tuyến xã, phường

Mô hình này hiện nay đang được thực hiện tại một số cơ sở điều trị HIV/AIDS tại Thành phố Hồ Chí Minh. Với số lượng bệnh nhân đang được điều trị ARV chiếm khoảng 30% tổng số bệnh nhân đang được điều trị của quốc gia.

*Mô hình MMFED (Manpower, Material facilities, Expenditure, Demand). Do nhóm Nghiên cứu của Quỹ Hỗ trợ phòng chống dịch bệnh nguy hiểm HIV/AIDS Hà Nội xây dựng [50] Cụ thể sau

1.3.3. Mô hình MMFED (Manpower, Material facilities, Expenditure, Demand)



1.4. Khái quát chung về Bảo hiểm y tế

1.4.1. Khái

Là một bộ phận cấu thành của pháp luật về an sinh xã hội, BHYT là hình thức bảo hiểm được áp dụng trong lĩnh vực chăm sóc sức khỏe và là một trong chín nội dung của BHYT được quy định tại Công ước 102 ngày 28/6/1952 của Tổ chức Lao động quốc tế (ILO) về các tiêu chuẩn tối thiểu cho các loại trợ cấp BHXH. BHYT xã hội là một phương thức chủ chốt trong việc đảm bảo mọi người được tiếp cận dịch vụ chất lượng tốt mà không bị trở ngại về tài chính [51].

Tuy nhiên, ở Việt Nam, khái niệm BHYT vẫn có tính độc lập tương đối so với khái niệm BHXH, đặc biệt là ở góc độ luật thực định, tính độc lập càng thể hiện rõ. Theo khoản 1, điều 2 Luật BHYT số 25/2008/QH12 ngày 14/11/2008 do Quốc Hội ban hành: BHYT là hình thức bảo hiểm được áp dụng trong lĩnh vực chăm sóc sức khỏe, không vì mục đích lợi nhuận, do Nhà nước tổ chức thực hiện và các đối tượng có trách nhiệm tham gia theo quy định của Luật này [52].

Khái niệm về BHYT được trình bày như sau: "Bảo hiểm y tế là loại hình bảo hiểm do Nhà nước tổ chức, quản lý nhằm huy động sự đóng góp của cá nhân, tập thể và cộng đồng xã hội để chăm lo sức khỏe, khám bệnh và chữa bệnh cho nhân dân".

1.4.2. Nguyên tắc của Bảo hiểm y tế

Bảo đảm chia sẻ rủi ro giữa những người tham gia bảo hiểm y tế. Mức đóng bảo hiểm y tế được xác định theo tỷ lệ phần trăm của tiền lương, tiền công, tiền lương hưu, tiền trợ cấp hoặc mức lương tối thiểu của khu vực hành chính (gọi chung là mức lương tối thiểu) [53], [54].

Mức hưởng BHYT theo mức độ bệnh tật, nhóm đối tượng trong phạm vi quyền lợi của người tham gia bảo hiểm y tế. Chi phí khám chữa bệnh BHYT do quỹ BHYT và người tham gia BHYT cùng chi trả. Quỹ BHYT được quản lý tập trung, thống nhất, công khai, minh bạch, bảo đảm cân đối thu, chi và được nhà nước bảo hộ. [53], [54].

1.4.3. Sự cần thiết của Bảo hiểm y tế

Bảo hiểm là công cụ có hiệu quả nhất để đối phó với hậu quả tổn thất do rủi ro gây ra. Bảo hiểm y tế là một trong những loại hình bảo hiểm được quan tâm nhiều nhất, đặc biệt là bảo hiểm y tế cho người có thu nhập thấp. Hầu hết, các dịch vụ y tế ở các nước đang phát triển, nhu cầu gia tăng cho các dịch vụ không tương xứng với nguồn lực bổ sung và chi phí cơ hội có thể bao hàm một mức độ thấp hơn cho dịch vụ y tế của tất cả các bệnh nhân. Sự suy giảm các dịch vụ chăm sóc sức khỏe gây ra bởi nhu cầu gia tăng là không thích hợp. Điều này cần được các chính phủ giải quyết trong kế hoạch chiến lược quốc gia và sự phối hợp của chính quyền địa phương trong cuộc chiến chống HIV/AIDS [55].

Trong nhóm người có thu nhập thấp thì người nhiễm HIV/AIDS chiếm tỷ lệ cao, đa số những người nhiễm HIV/AIDS hiện nay đều không có công ăn việc làm ổn định chiếm tỷ lệ 81,3%. Đặc thù của người nhiễm HIV/AIDS là chung sống cùng HIV suốt đời vì chưa có thuốc điều trị đặc hiệu và vắc xin phòng bệnh, thu nhập thấp, sức khỏe yếu, cuộc sống gặp nhiều khó khăn. Bệnh nhân HIV/AIDS luôn phải điều trị các nhiễm trùng cơ hội, điều trị ARV đã cho thấy tính hiệu quả của nó trong việc cải thiện tình trạng nhiễm trùng cơ hội, giảm tiến triển bệnh bằng cách ức chế sự phát triển của virus HIV, qua đó đã giảm được đáng kể tỷ lệ tử vong do các bệnh liên quan đến AIDS. Tuy nhiên do HIV là một virus dễ biến đổi, quá trình điều trị ARV là một quá trình lâu dài, phải kết hợp nhiều loại thuốc để chống kháng thuốc, bệnh nhân thường thấy mệt mỏi.

1.4.4. Vai trò của Bảo hiểm y tế

BHYT là một chính sách xã hội do nhà nước tổ chức thực hiện nhằm huy động sự đóng góp của người sử dụng lao động, người lao động, các tổ chức và cá nhân có nhu cầu được bảo hiểm, từ đó đã hình thành nên một quỹ và quỹ này sẽ được dùng để chi trả khám chữa bệnh, khi một người nào đó không may mắc bệnh tật mà họ có tham gia BHYT. Mặc dù các nước khác

nhau có tổ chức, cơ chế, hình thức, quy mô BHYT khác nhau, tuy nhiên ở nước nào BHYT vẫn có các vai trò xã hội sau:

- Giúp cho những người tham gia BHYT khắc phục khó khăn về mặt tài chính khi có rủi ro như ốm đau, bệnh tật vì trong quá trình nằm viện điều trị chi phí tốn kém ảnh hưởng đến ngân sách gia đình trong khi lại làm giảm thu nhập của họ do không thể tham gia lao động..

Nghiên cứu của Dương Thúy Anh và cộng sự năm 2013 đã công bố các thông tin về chi phí điều trị HIV/AIDS tại một số tỉnh, thành phố. Nghiên cứu đã thực hiện tại 10 tỉnh, thành phố trên 17 cơ sở điều trị. Nghiên cứu đã cung cấp thông tin về chi phí điều trị HIV/AIDS theo giai đoạn điều trị (Trước điều trị ARV, Điều trị ARV bậc 1 năm đầu tiên, Điều trị ARV bậc 1 từ năm thứ 2, Điều trị ARV bậc 2), theo các loại cơ sở điều trị (Bệnh viện, trung tâm phòng, chống HIV/AIDS và trung tâm y tế), theo đối tượng điều trị (Người lớn, trẻ em) v.v. Nghiên cứu cho thấy tỷ lệ bệnh nhân điều trị nội trú HIV/AIDS chiếm 8% với chi phí điều trị trung bình/bệnh nhân/lượt điều trị nội trú là 3.540.535 đồng so với chi phí điều trị trung bình/lượt bệnh nhân điều trị nội trú không có thẻ BHYT là 5.036.901 đồng [56].

- BHYT góp phần giảm gánh nặng cho ngân sách Nhà nước. Để giải quyết vấn đề này, nhiều nước thường phải thu viện phí của người đến khám chữa bệnh. Đây là một trở ngại lớn đối với nhiều tầng lớp dân cư. Vì vậy biện pháp hiệu quả nhất là thực hiện BHYT để giảm gánh nặng cho ngân sách Nhà nước. BHYT ra đời vừa khắc phục sự thiếu hụt về tài chính, vừa đáp ứng nhu cầu khám chữa bệnh ngày càng tăng của người dân.

-BHYT góp phần nâng cao chất lượng khám chữa bệnh, thực hiện công bằng trong xã hội. Sự thiếu hụt trong ngân sách y tế không đảm bảo nhu cầu khám chữa bệnh, cơ sở vật chất, trang thiết bị của ngành y không theo kịp nhu cầu khám chữa bệnh. Vì vậy thông qua việc đóng góp vào quỹ BHYT sẽ hỗ trợ cho ngân sách ngành y, nâng cao chất lượng khám chữa bệnh. Và sau khi

tham gia BHYT tất cả mọi người không phân biệt giàu nghèo đều được chăm sóc sức khỏe do đó đảm bảo được công bằng xã hội.

- BHYT nâng cao tính cộng đồng, gắn bó mọi thành viên trong xã hội. Hoạt động trên quy luật số lớn, BHYT hoạt động với phương châm “lá lành đùm lá rách”, “mình vì mọi người, mọi người vì mình”

- Tiến tới BHYT toàn dân thể hiện tính cộng đồng xã hội ở mức cao. Việc Nhà nước đóng góp cho các đối tượng thuộc diện chính sách, người nghèo, người có công với cách mạng là một biện pháp vừa mang tính đoàn kết tương trợ vừa mang ý nghĩa chính trị sâu sắc. Đây cũng là đặc trưng riêng của BHYT toàn dân ở nước ta.

- Tiến tới BHYT toàn dân là cả một quá trình liên quan đến nhiều yếu tố kinh tế, chính trị, xã hội, khoa học kỹ thuật: từ việc đáp ứng các điều kiện cơ sở vật chất kỹ thuật cho việc chăm sóc sức khỏe cũng như các yếu tố của quá trình kinh tế như tăng trưởng kinh tế, việc làm thu nhập của người lao động .[26], [57].

1.5. Bảo hiểm y tế tại các quốc gia tiêu biểu

1.5.1. Bảo hiểm y tế tại Anh

Chăm sóc sức khỏe cho toàn bộ công dân ở Liên hiệp vương quốc Anh được thực hiện chủ yếu thông qua cơ quan Bảo hiểm y tế quốc gia, trực thuộc Bộ Y Tế. Phần lớn việc chăm sóc y tế do ngân sách chi trả thông qua việc đóng thuế của người dân. Các cơ sở cung cấp dịch vụ y tế ở Anh chủ yếu là nhà nước. Có khoảng 86% tổng chi y tế quốc gia do ngân sách nhà nước đảm bảo thông qua cơ quan Bảo Hiểm Y Tế quốc gia, chi phí này chủ yếu chiếm 76% từ nguồn thu thuế, BHYT chỉ là 19% và chi trả tiền túi là 11,9% [58]

Người dân Anh được phân chia theo các quỹ ủy thác chăm sóc sức khỏe ban đầu (tương đương cơ quan chăm sóc tuyến huyện ở Việt Nam). Các cơ sở này nhận được 75% trong tổng kinh phí hoạt động thường xuyên nhờ nguồn ngân sách nhà nước, mức cấp theo đầu người [59]. Người dân được hưởng

đầy đủ tất cả các quyền lợi: điều trị nội, ngoại trú; răng; kính mắt; phục hồi chức năng; thuốc. Người dân tự do lựa chọn thầy thuốc khám chữa bệnh ban đầu cho mình (bác sĩ gia đình). Bệnh nhân phải thực hiện cùng chi trả đối với thuốc điều trị ngoại trú. Một đặc điểm của Y tế Anh là không có hóa đơn trả tiền đối với các dịch vụ y tế. Bởi vì, chính phủ đã dùng mức thuế cao thay cho lệ phí BHYT. Thuế bán lẻ ở Anh là từ 15-17,5%, thuế lợi tức và an sinh xã hội cũng cao hơn ở Mỹ rất nhiều [60]. Chẳng hạn một gia đình thu nhập 150.000 USD phải trả thuế lợi tức đến 50% [61].

Tuy nhiên việc tốn nhiều thời gian chờ đợi để gặp bác sĩ chuyên khoa, để được chẩn đoán hoặc điều trị thường là khá phức tạp và là hạn chế của nền y tế Anh. Vấn đề giới hạn đối với một số dịch vụ y tế cũng là nhược điểm lớn khác của nền y tế Anh [62].

Ở Anh mọi người được yêu cầu phải đăng ký với một bác sĩ đa khoa, bác sĩ này có thẩm quyền giới thiệu đến các chuyên khoa hay điều trị các bệnh phức tạp khác như ung thư, tim mạch; bệnh nhân không được phép tự mình đến gặp thẳng các bác sĩ chuyên môn mà không có sự đồng ý của bác sĩ đa khoa [59], [63].

Sự giới hạn đó thuộc cơ quan NICE (National Institute for Health and Clinical Excellence) – một tổ chức chịu sự quản lý của NHS, có thẩm quyền không chế khá rộng đối với các xét nghiệm, chuẩn đoán, các dịch vụ y tế dành cho bệnh nhân

Sự giới hạn này cũng có ở Mỹ, nhưng khác ở chỗ là Mỹ các hãng bảo hiểm tư nhân kiểm soát sự giới hạn này thường do động cơ lợi nhuận, còn ở Anh, Cơ quan NICE lại dựa trên hiệu quả thiết thực của dịch vụ y tế cho từng trường hợp bệnh nhân trong tương quan với lợi ích xã hội [59], [62]

1.5.2. Bảo hiểm y tế tại Đức

Năm 1911 Luật của hoàng đế về BHXH được thông qua. Mô hình tài chính dựa vào sự đóng góp của chủ sử dụng lao động và người lao động đến

nay đã hoạt động được trên 100 năm. BHYT Đức thực hiện bắt buộc với người làm công ăn lương, người thất nghiệp, tàn tật, hưu trí và sinh viên. Có khoảng 85% dân số được bảo hiểm theo chế độ bắt buộc [66], [67].

Người Đức sử dụng thẻ y tế điện tử - thẻ từ tương tự thẻ Carte Vitale của Pháp giúp giảm chi phí về quản lý hồ sơ và thanh toán phí [69]

Theo luật bắt buộc người Đức phải mua bảo hiểm y tế từ quỹ bệnh tật trên toàn quốc. Các quỹ bệnh tật này, tương tự như các hàng BHYT ở Mỹ, nhưng hoạt động phi lợi nhuận, nghĩa là không phải chạy đua theo lợi nhuận để thỏa mãn yêu cầu của giới đầu tư. Lệ phí bảo hiểm hàng tháng ấn định dựa trên lợi tức cá nhân. Trung bình một công nhân Đức hiện nay đóng 15% tiền lương cho BHYT; chủ sử dụng lao động đóng 15% [53], khác với công nhân Mỹ, người công nhân Đức có thể lựa chọn bất kỳ quỹ bệnh tật nào và thay đổi bất kỳ lúc nào. Khi bị thất nghiệp, tự động chính phủ sẽ chi trả bảo hiểm cho người thất nghiệp [54], [61].

Các quỹ bệnh tật hoạt động không vì mục đích lợi nhuận, không từ chối bảo hiểm cho bất kỳ ai cần cũng không từ chối chi trả cho bất kỳ dịch vụ y tế nào được cung cấp với các bác sỹ và bệnh viện. Chi phí điều hành của các quỹ này trung bình chỉ bằng chừng 1/3 chi phí của các hàng BHYT ở Mỹ [53]. Mặc dù phi lợi nhuận, nhưng các quỹ này cạnh tranh ráo riết để thu hút người mua bảo hiểm, nâng cao uy tín và thu nhập cho nhân viên điều hành. Các quỹ này cung cấp bảo hiểm cho 93% người Đức [61].

Quyền lợi của người tham gia bảo hiểm khá đầy đủ và toàn diện: điều trị nội, ngoại trú, phục hồi chức năng, chăm sóc dài hạn, răng, thuốc điều trị ngoại trú (với mức chi trả cố định theo mỗi đơn là 10 Euro) [53].

Hiện nay ở Đức có 292 quỹ BHYT hoạt động [54]. Người lao động có thể chọn một trong các quỹ để tham gia. Người tham gia có quyền tự do lựa chọn quỹ theo quyết định cá nhân nhưng muốn chuyển sang quỹ khác phải tham gia với quỹ trước ít nhất 18 tháng [61].

1.5.3. Bảo hiểm y tế tại Thái Lan

Bắt đầu BHYT bắt buộc vào cuối thập kỉ 80 cho người lao động trong các doanh nghiệp tư nhân. Đến 1997 Thái Lan công bố chiến lược BHYT toàn dân khi GDP vượt qua con số 2000USSD/ người/năm. Cũng tại thời điểm 1997, số lao động trong công nghiệp còn 50% trong tổng số 36,7 triệu người lao động. Thái Lan cũng là nước có nhiều kinh nghiệm thực hiện các chương trình BHYT tự nguyện từ năm 1983 cho nông dân cận nghèo và trung lưu, được nhà nước hỗ trợ tới 50% chi phí BHYT thông qua Bộ y tế. Người có thẻ BHYT được KCB tại các cơ sở y tế theo tuyến. Tới 1988, toàn quốc có 2,1 triệu thẻ. Năm 1996 được 6 triệu thẻ trong tổng số 60 triệu dân Thái Lan. Với 18 năm tiếp tục được nhà nước hỗ trợ nguồn kinh phí rất lớn, tỷ lệ tham gia BHYT tự nguyện mới đạt 9 – 10% dân số [82]. Thái Lan có hệ thống chính về BHYT và phúc lợi. Hỗ trợ công cộng cho học sinh, người già và những người ăn lương có thu nhập thấp. Hệ thống phúc lợi của Chính phủ cho các công chức và nhân viên xí nghiệp nhà nước BHYT bắt buộc: Hệ thống BHXH và quỹ bồi thường của người lao động cho nhân viên các ngành chính thức. BHYT tự nguyện (chương trình sức khỏe và bảo hiểm cá nhân): Hiện nay Thái Lan có 14,6 triệu người có thu nhập thấp và người già được ngân sách thanh toán chi phí y tế. Chính phủ đã tổ chức các trung tâm chăm sóc sức khỏe ban đầu ở làng, bản có nhiệm vụ chăm sóc sức khỏe và khám chữa bệnh cho người dân ở tuyến cơ sở. Ngân sách hoạt động của các trung tâm này huy động từ nhiều nguồn, trong đó BHYT chiếm từ 13 – 20%, quỹ nào dùng cho hoạt động khám chữa bệnh thông thường và các hoạt động phòng bệnh [83].

1.6. Các nghiên cứu về Bảo hiểm y tế trên thế giới

Nghiên cứu 1: Trong nghiên cứu của nhóm tác giả Makadon, Harvey J.; Seage, George R. III; Thorpe, Kenneth E.; Fineberg, Harvey V. về thanh toán chi phí y tế cho bệnh nhân HIV, nhóm tác giả đã đưa ra một số nhận

định: Việc chăm sóc sức khỏe của những người bị nhiễm HIV có nhiều bất cập và nổi bật trong hệ thống chăm sóc sức khỏe tài chính, nhóm nghiên cứu đã đặt ra câu hỏi làm thế nào tốt nhất để trả tiền cho việc chăm sóc. Bệnh nhân AIDS đòi hỏi một sự chăm sóc liên tục mở rộng để duy trì chất lượng cao và chi phí hợp lý. Nghiên cứu cũng chỉ ra nhu cầu được tiếp cận chăm sóc của người nhiễm HIV nói chung và những người không có bảo hiểm. Trong nghiên cứu, nhóm tác giả đề nghị các cơ chế thanh toán mới và thực tế để có thể khuyến khích sự sẵn có của chăm sóc toàn diện cho những người bị nhiễm HIV. Nhóm nghiên cứu cũng đưa ra lời khuyên cho người nhiễm HIV/AIDS nên tham gia bảo hiểm y tế, khuyến khích mở rộng các điều kiện để tất cả những người có thu nhập dưới mức nghèo liên bang, một cơ hội cho các cá nhân có thu nhập đến 200% của mức nghèo có thể mua bảo hiểm Medicaid, các cơ chế để khuyến khích các cơ quan nhà nước và tư nhân để trả tiền tiếp tục bảo hiểm sau khi mất việc làm, và một thời gian chờ đợi ngắn hơn cho Medicare khuyết tật [84].

Nghiên cứu 2: Trong nghiên cứu của nhóm tác giả Pence, Brian Wells PhD, MPH; Reif, Susan PhD; Whetten, Kathryn PhD, MPH; Leserman, Jane PhD; Stangl, Dalene PhD; Swartz, Marvin MD; Thielman, Nathan MD, MPH; Mugavero, Michael J. MD, MHS về nhóm dân tộc thiểu số, người nghèo, người bị lạm dụng và bệnh nhân AIDS ở miền Nam nước Mỹ, cho thấy: Đại dịch HIV/AIDS ở miền Nam Hoa Kỳ đang trải qua một sự thay đổi đáng kể đối với một tỷ lệ lớn các trường hợp mới nhiễm HIV / AIDS ở phụ nữ, người Mỹ gốc Phi, và thông qua truyền tình dục khác giới.

Phương pháp của nghiên cứu: Sử dụng lấy mẫu liên tiếp, 611 người tham gia đã được phỏng vấn từ tám Bệnh viện có khoa truyền nhiễm bệnh tại 5 tiểu bang Đông Nam năm 2001- 2002.

Kết quả:

- 64% người tham gia là người Mỹ gốc Phi, 31% là nữ, và 43% bị nhiễm HIV thông qua quan hệ tình dục quan hệ tình dục khác giới

- 25% có bảo hiểm y tế tư nhân.

- 80% là điều trị kháng virus, và 46% có HIV RNA tải virus (VL)<400.

Kết luận của nghiên cứu: hệ thống phòng chống và chăm sóc cần phải giải quyết sự thay đổi của dịch HIV vào người nghèo, dân tộc thiểu số và các quần thể phụ nữ [85].

Nghiên cứu 3: Nghiên cứu của nhóm tác giả tại văn phòng Sở Y tế của thành phố San Francisco (SFCCC), cho kết quả: Trong số 178 người đàn ông nhiễm HIV từ Cohort Clinic thành phố San Francisco (SFCCC), nhóm nghiên cứu đã kiểm tra sự liên kết giữa bảo hiểm y tế và sử dụng các dịch vụ ngoại trú và điều trị. Nhóm nam giới không có bảo hiểm tư nhân thì tần suất khám bệnh ngoại trú ít hơn nam giới với lệ phí dịch vụ hoặc kế hoạch quản lý chăm sóc.

Sử dụng zidovudine cho nam giới đủ điều kiện tương tự cho những người có lệ phí cho dịch vụ kế hoạch (74%), kế hoạch quản lý chăm sóc (77%), hoặc không có bảo hiểm (61%). Trong số 149 nam giới có bảo hiểm tư nhân, 31 (21%) báo cáo rằng họ đã tránh được bằng cách sử dụng bảo hiểm y tế chi phí y tế trong các năm trước. Những người có bảo hiểm tư nhân thì sử dụng các dịch vụ ngoại trú cao hơn. Những lo ngại về mất bảo hiểm và bảo mật có thể phủ nhận một số lợi ích của bảo hiểm y tế cho người nhiễm HIV [86].

Nghiên cứu 4: Theo nghiên cứu “Chi phí cho việc Chăm sóc bệnh nhân nhiễm HIV trong kỷ nguyên của điều trị kháng retrovirus rất chủ động” do Hiệp hội nghiên cứu Chi phí HIV và Sử dụng nguồn Dịch vụ, Y tế xã hội Massachusetts [89] cho kết quả sau:

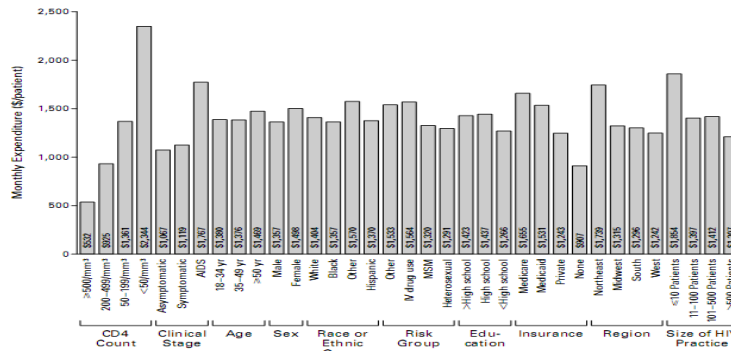


Figure 2. Monthly Expenditures among Subgroups of HIV-Infected American Adults in 1998, Adjusted for Loss to Follow-up. IV denotes intravenous, and MSM men who had sex with men. The size of the HIV practice refers to the number of HIV-infected patients seen during the sampling period.

Biểu đồ trên cho thấy điều chỉnh chi tiêu hàng tháng cho các phân nhóm bệnh nhân vào năm 1998:

- Tổng chi phí thấp hơn trong năm 1998 so với năm 1996 cho tất cả các phân nhóm, nhưng chúng khác nhau rất nhiều trong số các phân nhóm trong cả hai năm. Cuối năm 1998, chi phí cao hơn khoảng ba lần cho bệnh nhân có CD4 < 500 mm³ so với bệnh nhân có CD4 > 500 mm³ (P <0.001).

- Chi phí cho các bệnh nhân có bảo hiểm bất kỳ cũng cao hơn so với bệnh nhân không có bảo hiểm (P <0,001), cho bệnh nhân có bảo hiểm công cộng cao hơn so với bệnh nhân có bảo hiểm tư nhân (P = 0,004).

EXPENDITURES FOR HIV CARE IN THE ERA OF HIGHLY ACTIVE ANTIRETROVIRAL THERAPY

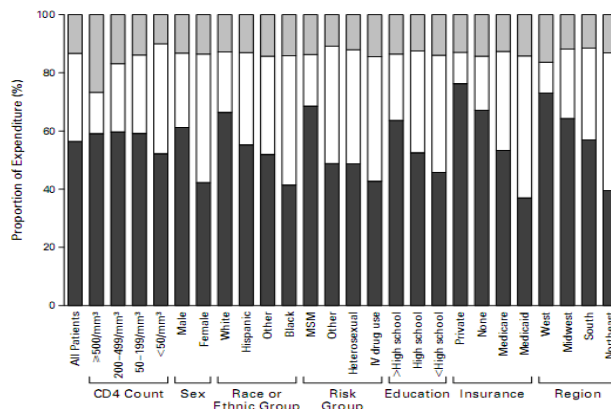


Figure 3. Components of Care Shown as Proportions of Total Expenditures among Subgroups of Patients in 1998, Adjusted for Loss to Follow-up and Death. Dark gray bars represent drugs, white bars inpatient services, and light gray bars outpatient services. MSM denotes men who had sex with men, and IV intravenous.

Từ Biểu đồ trên, nhóm nghiên cứu nhận định:

- Tỷ lệ chi phí về thuốc ở nam giới cao hơn rõ rệt so với phụ nữ (P <0.001), ở nhóm nam giới có quan hệ tình dục với nam giới cao hơn so với nhóm nguy cơ khác (P = 0,003), nhóm người da trắng cao hơn cho người da

đen ($P < 0,001$) hoặc gốc Tây Ban Nha ($P = 0,004$)

- Chi phí cho thuốc cũng cao hơn ở nhóm bệnh nhân có bảo hiểm tư nhân hoặc bảo hiểm của Medicare so với những người có Medicaid hay chi trả không có bảo hiểm ($P < 0,001$ cho tất cả các so sánh), cho bệnh nhân cho sống ở phương Tây cao hơn so với những người sống ở miền Nam ($P = 0,05$) hoặc bệnh nhân Đông Bắc ($P = 0,003$), và cao hơn cho những người có trình độ học vấn cao so với những người có trình độ học vấn thấp hơn ($P < 0,001$) cho sinh viên tốt nghiệp so với không tốt nghiệp, và ($P = 0,004$) cho bệnh nhân có một số giáo dục đại học so với bệnh nhân không có.

Theo một kết quả nghiên cứu của Dự án Giám sát y tế (MMP) của Mỹ năm 2009, nghiên cứu tiến hành thu thập dữ liệu trong tháng 6 năm 2007 - tháng 9 năm 2008 trên những bệnh nhân được chăm sóc y tế trong năm 2007. Tổng cộng có 26 khu vực dự án tại 19 tiểu bang và Puerto Rico đã được tài trợ để thu thập dữ liệu trong quá trình MMP chu kỳ thu thập dữ liệu năm 2007. Kết quả từ chu kỳ MMP năm 2007 chỉ ra rằng trong số 3.643 người tham gia, tổng cộng 3.040 (84%) đã có một số hình thức bảo hiểm y tế hoặc bảo hiểm trong vòng 12 tháng trước khi phỏng vấn, trong số này, 45% báo cáo có Medicaid, 37% báo cáo có bảo hiểm hoặc bảo hiểm y tế tư nhân thông qua một tổ chức bảo trì sức khỏe, và 30% báo cáo có Medicare. Tổng cộng có 3.091 (85%) của những người tham gia hiện đang dùng thuốc kháng virus [89].

1.7. Bảo hiểm y tế tại Việt Nam

Dù tên gọi khác nhau nhưng đối tượng BHYT đều là sức khỏe của người được bảo hiểm tức là nếu người được bảo hiểm gặp rủi ro về sức khỏe: ốm đau, bệnh tật thì sẽ được BHYT xem xét chi trả bồi thường. BHYT là một dịch vụ rất phổ biến trên thế giới và bất kỳ ai có nhu cầu bảo hiểm sức khỏe đều có quyền tham gia. Vậy đối tượng tham gia BHYT là mọi người dân có nhu cầu bảo hiểm cho sức khỏe của mình hoặc cũng có thể là một người đại diện cho cơ quan, đơn vị, tập thể... đứng ra ký kết hợp đồng.

Bảo hiểm Y tế được thí điểm vào những năm đầu thập niên 1990. Sau 3 năm chỉ đạo của một số ngành và địa phương thực hiện thí điểm, năm 1992 Hội đồng Bộ trưởng (nay là chính phủ) ban hành Nghị định 299/HĐBT ban hành điều lệ bảo hiểm y tế, hệ thống BHYT hình thành và đi vào hoạt động, và từ đó Nghị định này đã 2 lần được sửa đổi vào năm 1998 và năm 2005.

Ngay từ khi triển khai thực hiện, BHYT đã khẳng định là một chính sách xã hội ưu việt, là một giải pháp tài chính quan trọng phục vụ cho sự nghiệp bảo vệ và chăm sóc sức khỏe nhân dân.

Để tiếp tục hoàn thiện chính sách xã hội lớn của Đảng và Nhà nước, năm 1998, điều lệ của BHYT mới được ban hành theo Nghị định số 58/1998/NĐ-CP của Chính phủ. Từ đây hệ thống tổ chức bộ máy và quỹ BHYT được quản lý tập trung, thống nhất. Quyền và nghĩa vụ của các bên tham gia BHYT được quy định và thực hiện thống nhất trên phạm vi toàn quốc. Đặc biệt là những đổi mới về khám chữa bệnh BHYT và phương thức thanh toán BHYT phù hợp hơn làm cho chính sách BHYT thực sự trở thành nhu cầu không thể thiếu trong đời sống xã hội, tạo tiền đề cho sự phát triển nhanh chóng về đối tượng tham gia cũng như số lượng tham gia bảo hiểm y tế, đến cuối năm 2002, số người tham gia BHYT đạt 14 triệu xấp xỉ 17% dân số cả nước.

Tháng 12, 2002 Thủ tướng Chính phủ có Quyết định số 20/2002/QĐ – TTg chuyển cơ quan BHYT Việt Nam từ Bộ Y tế sang Bảo hiểm xã hội Việt Nam.

Đối tượng tham gia BHYT gồm 2 nhóm đối tượng chính:

- Nhóm đối tượng tham gia BHYT bắt buộc: gồm cán bộ, công chức, viên chức, người lao động trong các doanh nghiệp, hưu trí, ưu đãi xã hội...

- Nhóm đối tượng tham gia BHYT tự nguyện: là công dân Việt Nam (trừ những người có BHYT bắt buộc, người được cấp BHYT theo chính sách ưu đãi xã hội của Nhà nước Việt Nam) đều có quyền tham gia BHYT tự nguyện theo nguyên tắc tập thể, cộng đồng để được chăm sóc sức khỏe.

- Bảo hiểm y tế gồm 2 loại : tự nguyện và bắt buộc. Bộ y tế là cơ quan hoạch định chính sách và giám sát Bảo hiểm y tế. Cơ quan thực hiện Bảo hiểm y tế từ 1992 đến 2002 là Bảo hiểm Y tế Việt Nam. Từ năm 2003, Bảo hiểm Xã hội Việt Nam quản lý thực hiện Bảo hiểm Y tế như một cơ quan độc lập. Luật về bảo hiểm y tế được thông qua tháng 11 năm 2008 và có hiệu lực từ mùng 1 tháng 7 năm 2009. Bảo hiểm y tế nay cũng bao gồm chăm sóc miễn phí cho trẻ dưới 6 tuổi. [90]

Trong hơn 10 năm qua, BHYT Việt Nam đã triển khai BHYT trên nhiều đối tượng: học sinh – sinh viên, nông dân – thân nhân người lao động... người nghèo, công tác bảo vệ và chăm sóc sức khỏe nhân dân ở nước ta tiếp tục đạt được nhiều thành tựu quan trọng. Mạng lưới y tế, đặc biệt là y tế cơ sở ngày càng được củng cố và phát triển; nhiều dịch bệnh nguy hiểm được khống chế và đẩy lùi; các dịch vụ y tế ngày một đa dạng; nhiều công nghệ mới được nghiên cứu và ứng dụng; việc cung ứng thuốc và trang thiết bị y tế đã có nhiều cố gắng hơn trước. Bảo hiểm y tế được hình thành và bước đầu phát huy tác dụng. Nhân dân ở hầu hết các vùng, miền đã được chăm sóc sức khỏe tốt hơn; phần lớn các chỉ tiêu tổng quát về sức khỏe của nước ta đều vượt các nước có cùng mức thu nhập bình quân đầu người.

Quy mô dân số của nước ta những năm tới vẫn tiếp tục tăng, nhu cầu chăm sóc sức khỏe của nhân dân ngày càng cao và đa dạng, trong khi khả năng đáp ứng của hệ thống y tế còn hạn chế. Chi phí cho chăm sóc sức khỏe ngày càng lớn, trong khi về cơ bản nước ta vẫn còn là một nước nghèo, đầu tư cho công tác chăm sóc sức khỏe còn thấp. Toàn cầu hóa và hội nhập kinh tế quốc tế vừa đem lại những cơ hội thuận lợi, đồng thời cũng đặt nước ta trước những nguy cơ bị lây truyền các bệnh dịch nguy hiểm và những thách thức trong lĩnh vực sản xuất thuốc và ứng dụng công nghệ cao trong y tế.

Sức khỏe là vốn quý nhất của mỗi con người và của toàn xã hội. Bảo vệ, chăm sóc và nâng cao sức khỏe nhân dân là hoạt động nhân đạo, trực tiếp

bảo đảm nguồn nhân lực cho sự nghiệp xây dựng và bảo vệ Tổ quốc, là một trong những chính sách ưu tiên hàng đầu của Đảng và Nhà nước. Đầu tư cho lĩnh vực này là đầu tư phát triển, thể hiện bản chất tốt đẹp của chế độ. Bắt đầu từ ngày 01/01/2015, thực hiện toàn dân bắt buộc phải tham gia BHYT, kèm theo đó quyền lợi BHYT của người dân sẽ được mở rộng như: người nghèo, người dân tộc thiểu số sẽ không phải đồng chi trả 5% khi KCB; người tham gia BHYT 5 năm liên tục cũng được thanh toán 100% chi phí KCB. Đây là những điểm mới mang tính đột phá trong Luật BHYT sửa đổi vừa được Quốc hội thông qua.

Tính đến tháng 12 năm 2014 có khoảng 61 triệu người đang tham gia BHYT, đạt khoảng 69% dân số. Trong số đó có khoảng 14,3 triệu người nghèo và dân tộc thiểu số, gần 2 triệu người cận nghèo có thẻ BHYT.

Luật BHYT hiện hành năm 2008 sửa đổi có rất nhiều điểm mới mang tính đột phá, tạo cơ chế tài chính hết sức quan trọng để chúng ta thực hiện BHYT toàn dân. Điểm quan trọng đầu tiên đó là việc quy định bắt buộc tham gia BHYT. Đây là một trong những giải pháp hết sức mạnh mẽ. Điểm mới thứ hai là Luật BHYT sửa đổi quy định bắt buộc tham gia BHYT theo hộ gia đình và bổ sung thêm cơ chế khuyến khích nếu có 100% thành viên trong gia đình tham gia BHYT thì sẽ được giảm mức đóng. Đây là một quy định rất quan trọng, vì nếu làm được điều này chúng ta sẽ làm giảm tình trạng cấp trùng thẻ BHYT, giảm được tình trạng lựa chọn ngược.

Điểm mới thứ ba đó là trong quá trình xây dựng Luật BHYT thì ban soạn thảo cũng quan tâm đến quyền lợi của người tham gia. Đặc biệt, đối tượng là người nghèo, người dân tộc thiểu số sẽ không phải đồng chi trả 5% khi KCB, giảm điều chỉnh mức chi trả đó từ 20% xuống còn 5% đối với một số nhóm thân nhân người có công và đối tượng người cận nghèo. Luật BHYT sửa đổi, quỹ BHYT cũng thanh toán 100% đối với chi phí KCB đối với người tham gia BHYT từ 5 năm trở lên và trong năm đó họ có số tiền cùng chi trả

chi phí KCB lớn hơn 6 tháng lương cơ bản. Cùng với việc chúng ta cải cách thủ tục hành chính, quy trình trong KCB BHYT, Luật BHYT sửa đổi quy định mở thông tuyến KCB. Đây là một yếu tố thể hiện quyết tâm rất lớn của ngành y tế để tạo điều kiện tối đa cho người dân tiếp cận các dịch vụ KCB.

Điểm thứ năm là Luật BHYT sửa đổi quy định cụ thể hơn về việc quản lý và sử dụng quỹ BHYT. Trong giai đoạn hiện nay khi mà chúng ta chưa có sự đồng đều về tỷ lệ dân số tham gia BHYT và dịch vụ KCB giữa các vùng khác nhau, thì trước mắt đối với các tỉnh khi có tỷ lệ kết dư thì được sử dụng 20% phần kết dư đó để hoàn thiện hạ tầng kỹ thuật và nâng cao cơ sở KCB. Đến 01/01/2021, khi tỷ lệ người tham gia BHYT đã tương đối đồng đều giữa các tuyến thì sẽ thực hiện quản lý quỹ tập trung, thống nhất trong cả nước. Một điểm hết sức quan trọng đó là Luật BHYT sửa đổi quy định trách nhiệm của UBND các cấp, trong đó UBND cấp xã lập danh sách cấp thẻ BHYT cho các nhóm đối tượng; cấp thẻ BHYT cho trẻ dưới 6 tuổi đồng thời với việc cấp giấy khai sinh, để nhằm giảm tối đa tình trạng cấp trùng.

Trong 5 điểm mới của Luật BHYT sửa đổi để tiến tới BHYT toàn dân, tới đây toàn bộ người dân bắt buộc phải tham gia BHYT. Chúng ta có quy định bắt buộc đồng thời cũng có cơ chế hỗ trợ mức đóng cho các nhóm đối tượng như người nghèo, dân tộc thiểu số, người có công, trẻ em dưới 6 tuổi... và đặc biệt với những người dân sống ở vùng biển đảo Bộ Y tế cũng đề xuất hỗ trợ 100% mua thẻ BHYT cho họ.

- Trong năm điểm mới, việc mở thông tuyến KCB BHYT được coi là bước đột phá của Luật BHYT sửa đổi. Theo Luật BHYT sửa đổi mới ban hành thì chúng ta sẽ mở thông tuyến huyện. Có nghĩa là khi người tham gia BHYT có đăng ký KCB ban đầu ở một trạm y tế xã hoặc một phòng khám đa khoa hoặc một bệnh viện huyện thì họ được quyền đi KCB ở các cơ sở khám chữa bệnh trong cùng huyện đó hoặc trong phạm vi một tỉnh, có nghĩa là họ

không bị giới hạn bởi một cơ sở KCB ban đầu, như vậy họ vẫn được thanh toán theo quy định.

Trước kia, tại bệnh viện tuyến huyện, trong trường hợp người dân đi khám không đúng tuyến theo quy định thì quỹ BHYT sẽ thanh toán 70% chi phí KCB. Theo Luật BHYT sửa đổi, bắt đầu từ ngày 1/1/2016 quỹ sẽ thanh toán 100% chi phí KCB đối với những đối tượng KCB trong cùng địa bàn tỉnh. Như vậy, tất cả các đối tượng trước kia chỉ được thanh toán 70%, nhưng nếu như trong cùng địa bàn tỉnh thì họ sẽ được thanh toán 100% sống ở các xã đảo, huyện đảo.

Hiện nay, tỷ lệ người dân tại các huyện đảo tham gia BHYT mới chỉ đạt khoảng 60% dân số, thấp hơn so với mức trung bình của cả nước (69%). Theo Luật BHYT sửa đổi người dân đang sinh sống ở vùng biển đảo có thể đề xuất hỗ trợ 100% kinh phí mua thẻ BHYT.

Đổi mới và hoàn thiện hệ thống y tế theo hướng công bằng, hiệu quả và phát triển...Phát triển bảo hiểm y tế toàn dân, nhằm từng bước đạt tới công bằng trong chăm sóc sức khỏe, thực hiện sự chia sẻ giữa người khỏe với người ốm..

1.7.1. BHYT cho người nhiễm HIV/AIDS tại Việt Nam

Trong cộng đồng nói chung và trong số dân cư phải sử dụng đến cứu chữa y tế nói riêng; những người nhiễm HIV/AIDS là nhóm có khoản chi tiêu cho chăm sóc, khám chữa bệnh rất lớn. Theo kết quả khảo sát của Cơ quan phát triển quốc tế Hoa Kỳ (USAID), người nhiễm HIV/AIDS ở Việt Nam có mức chi tiêu y tế từ tiền túi của mình cao gấp 6 lần với những người bình thường và hơn 50% trong số họ bị phân biệt đối xử: [91]

- Cuộc khảo sát trên phạm vi toàn quốc với hơn 1.200 người nhiễm HIV/AIDS tại Việt Nam đã chỉ ra rằng, hàng năm người nhiễm HIV/AIDS có mức chi tiêu y tế từ tiền túi của họ trung bình khoảng 3 triệu đồng/năm, trong khi con số này ở người dân bình thường là năm trăm nghìn đồng/năm. Chi phí đi lại, khám chữa bệnh ngoại trú và tự mua thuốc điều trị là những khoản chi

tiêu chính trong tổng chi tiêu y tế từ tiền túi của người nhiễm HIV/AIDS, trong đó chi phí đi lại chiếm tỷ lệ lớn nhất. Chỉ có 33% những người nhiễm HIV/AIDS có bảo hiểm y tế (BHYT), trong khi đó tỷ lệ có BHYT của người bình thường là 50%. Trong khi ngân sách cho điều trị ARV phụ thuộc nhiều vào các nguồn tài trợ quốc tế. Việt Nam cũng như các quốc gia có thu nhập thấp và trung bình đã tăng dần đầu tư cho HIV trong những năm gần đây [26], [92].

Bốn nguồn lực cơ bản cho phòng, chống HIV/AIDS mà không có nguồn gốc từ các dự án quốc tế bao gồm: Thuế, BHYT, khoản ngân sách cho y tế sau khi được các nước giàu hoãn nợ, các khoản vay ưu đãi từ các ngân hàng phát triển quốc tế [93],[94].

Bảo hiểm y tế đối với điều trị HIV/AIDS tại Việt Nam

Giai đoạn 2018 – 2020 tổng kinh phí cho phòng chống HIV/AIDS đã được cam kết là 7.170 tỷ đồng tương đương 358 triệu USD, trong đó ngân sách nhà nước thông qua Chương trình mục tiêu quốc gia phòng, chống HIV/AIDS là 853 tỷ đồng (chiếm 12% tổng kinh phí), ngân sách địa phương ước đạt 1.081 tỷ đồng (15%), Quỹ BHYT chi trả 179 tỷ đồng (3%), người dân tự chi trả 1.572 tỷ đồng (22%), nguồn viện trợ quốc tế là 3.484 tỷ đồng (49%). Chương trình điều trị ARV đang sử dụng hơn 90% nguồn thuốc từ các chương trình, dự án quốc tế. ngoài ra các dự án còn hỗ trợ thuốc NTCH, các xét nghiệm theo dõi điều trị [89] [91].

- Xét trong số những người nhiễm HIV có bảo hiểm y tế thì 7,2% số này có bảo hiểm y tế bắt buộc, 27,5% có bảo hiểm y tế tự nguyện, chỉ có 2.1% có bảo hiểm y tế từ nguồn khác còn có đến 63,2% là từ bảo hiểm y tế thuộc chương trình hỗ trợ dành cho người nghèo.

Theo một nghiên cứu năm 2013 của trung tâm phát triển cộng đồng dưới sự hỗ trợ của Cơ quan phát triển quốc tế Hoa Kỳ (USAIDS) và Cục Phòng, chống HIV/AIDS đã thực hiện nghiên cứu về chi trả BHYT cho người

nhiễm HIV/AIDS tại Ninh bình và Đồng Tháp cho thấy tỷ lệ bệnh nhân điều trị tại Đồng Tháp có thẻ BHYT lên tới 60% trong khi đó tỷ lệ này chỉ khoảng 50% tại Ninh Bình và khoảng 54% số người tiếp cận điều trị HIV/AIDS là có thẻ BHYT. Tuy nhiên độ bao phủ Bảo hiểm y tế nhóm người nghèo và cận nghèo là hơn 83%, và nhóm không nghèo là 29% [92].

Cục phòng chống HIV/AIDS đã thực hiện khảo sát từ tháng 9-tháng 12 năm 2014 trên các cơ sở điều trị HIV/AIDS trên toàn quốc. Tỷ lệ bệnh nhân điều trị tại các cơ sở có thẻ BHYT khoảng 40%. Khảo sát này đã cung cấp thông tin đầu vào cho các nghiên cứu về ước tính và dự báo chi trả nguồn lực của BHYT tại Việt Nam [96]

Trong một nghiên cứu của nhóm tác giả Nguyen Tuan Phong, Ha Nguyen, Nguyen Duy Tung, Douglas Glandon, Nguyen Mai Huong, Theodore M. Hammett tiến hành với người nhiễm HIV tại 17 tỉnh thành có BHYT, cho thấy: Diện bao phủ BHYT trong người nhiễm HIV thấp hơn trong cộng đồng dân cư; Người nhiễm được bảo hiểm có chi tiêu y tế thấp hơn, nhưng không đáng kể; Mức độ sử dụng dịch vụ & chi tiêu ở người nhiễm HIV cao hơn rất nhiều so với cộng đồng; Diện bao phủ bảo hiểm còn thấp; Cần cải thiện hơn nữa chương trình bảo hiểm y tế [97].

Theo Báo cáo thực hiện Luật Bảo hiểm y tế năm 2010 của bảo hiểm xã hội thành phố Hà Nội thì trong năm 2010, toàn thành phố có 4.147.197 người tham gia BHYT chiếm trên 63% dân số Thủ đô; Trong đó, học sinh, sinh viên tham gia BHYT là 1.255.728, trẻ em dưới 6 tuổi là 691.659, đối tượng cận nghèo là 274.710, tự nguyện trong nhân dân là 172.885 [98]

Để đáp hỗ trợ cho người nhiễm HIV được khám bệnh thông qua thẻ BHYT vào năm 2017 Chính phủ đã chỉ đạo Bộ Y tế, Bảo hiểm Xã hội Việt Nam ban hành một loạt các Thông tư Nghị định : Thông tư số 37/2014/TT-BYT Ngày 17/11/2014 của Bộ y tế Hướng dẫn đăng kí khám, chữa bệnh ban đầu và chuyển tuyến khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế, với các danh mục bệnh, nhóm bệnh và các trường hợp được sử dụng giấy chuyển tuyến, trong

đó bao gồm cả các trường hợp HIV/AIDS, thông tư số 15/2015/TT-BYT Ngày 26/6/2015, Bộ Y tế hướng dẫn thực hiện khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế đối với người nhiễm HIV và người sử dụng bảo hiểm y tế liên quan đến HIV/AIDS. Văn bản số 4609/BHXH-CSYT ngày 17/11/2015, Bảo hiểm Xã hội Việt Nam Hướng dẫn thực hiện khám chữa bệnh bảo hiểm y tế đối với người nhiễm HIV và sử dụng dịch vụ y tế liên quan đến HIV/AIDS. công văn số 9293/BYT-AIDS ngày 27/11/2015, Bộ Y tế về việc kiện toàn cơ sở điều trị và thực hiện khám chữa bệnh bảo hiểm y tế cho người nhiễm HIV/AIDS.

1.7.2. BHYT cho người nhiễm HIV/AIDS tại Hà Nội

Năm 2010 có hơn 4,1 triệu người đã tham gia BHYT chiếm trên 63% dân số Hà Nội. Tổng số học sinh sinh viên tham gia BHYT năm 2010 vẫn tăng gần 18% so với 2009, đạt hơn 1,2 triệu thẻ. Đối tượng trẻ em dưới 6 tuổi được cấp thẻ BHYT là 691.659 cháu, tăng 1,71% so với 2009; đối tượng nghèo là 274.710 thẻ và đối tượng cận nghèo là 794 người... Riêng đối với hình thức thu BHYT tự nguyện, có 172.885 người tham gia với số tiền thu được gần 64 tỷ đồng, tăng 5% về số người so với năm 2009...[98]

Trong kết quả nghiên cứu đề tài cấp cơ sở: *“Thực trạng mua và sử dụng Bảo hiểm y tế của người có H được quản lý tại Phòng khám điều trị ARV ngoại trú của Trung tâm y tế Hoàng Mai, thành phố Hà Nội 6 tháng đầu năm 2011”* của Quỹ hỗ trợ người nhiễm HIV/AIDS Hà Nội [99]:

Dưới 20 tuổi có một trường hợp được điều trị. Nhóm tuổi tham gia điều trị nhiều nhất là từ 20 đến 39 tuổi, chiếm 83%. chỉ có 15,1% đối tượng đã từng có thẻ bảo hiểm y tế. Phần lớn lý do không mua BHYT của đối tượng là do sự hạn hẹp về tài chính (46,3%); số thấy không cần thiết chiếm 16,3%.

CHƯƠNG 2

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn

Đối tượng phục vụ cho mục tiêu 1:

- Đối tượng người nhiễm HIV/AIDS:
- + Người nhiễm HIV/AIDS đang điều trị ARV ngoại trú tại 10 phòng khám ngoại trú trên địa bàn thành phố Hà Nội đến ngày 30 tháng 6 năm 2012. Có trong danh sách được quản lý, hiện đang theo dõi.

- Đối tượng người nhà bệnh nhân nhiễm HIV/AIDS: Người nhà trực tiếp hỗ trợ chăm sóc bệnh nhân.

- Đối tượng cán bộ: Cán bộ lãnh đạo các ban ngành đoàn thể có liên quan, hiểu, đồng ý trả lời các câu hỏi nghiên cứu.

- Sổ sách, báo cáo, hồ sơ bệnh án tại 4 bệnh viện và 6 trung tâm y tế .

Đối tượng phục vụ cho mục tiêu 2:

- Người nhiễm HIV/AIDS đang điều trị ARV ngoại trú tại phòng khám ngoại trú Trung tâm Y tế quận Thanh Xuân.

- Cán bộ y tế, sổ sách bệnh án của phòng khám ngoại trú Thanh Xuân.

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ

- Những bệnh nhân có trong danh sách bị bắt đi trại tập trung, những phạm nhân.

- Đối tượng dưới 18 tuổi, không minh mẫn, không đủ khả năng trả lời câu hỏi, không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.2. Địa điểm nghiên cứu

- 10 đơn vị có Phòng khám ngoại trú điều trị ARV trên địa bàn thành phố Hà Nội năm 2012:

Bệnh viện 09, Bệnh viện Phổi Hà Nội, Bệnh viện Đống Đa, Bệnh viện Hà Đông, Trung tâm y tế Đống Đa, Trung tâm y tế Tây Hồ, Trung tâm y tế Thanh Xuân, Trung tâm y tế Đông Anh, Trung tâm y tế Sóc Sơn, Trung tâm y tế Ba Vì.

2.3. Thời gian nghiên cứu

Từ tháng 01 năm 2012 đến hết năm 2015.

2.4. Phương pháp nghiên cứu

2.4.1. Thiết kế nghiên cứu

Đề tài sử dụng 2 thiết kế nghiên cứu:

Thiết kế nghiên cứu mô tả cắt ngang nhằm mục đích mô tả thực trạng.

Thiết kế nghiên cứu can thiệp trước sau nhằm mục đích đánh giá hiệu quả can thiệp trên 1 nhóm theo thời gian trước và sau can thiệp.

2.4.2. Chọn mẫu và cỡ mẫu

2.4.2.1. Thiết kế mô tả cắt ngang

Nghiên cứu định lượng

Cách chọn mẫu:

- Lập khung mẫu là danh sách bệnh nhân đang điều trị ARV tại 10 PKNT trên theo tiêu chuẩn hồ sơ bệnh án quản lý điều trị.

- Loại trừ tất cả các hồ sơ bệnh án không đủ tiêu chuẩn, các thông tin không đáp ứng mục tiêu nghiên cứu.

- Thống kê các hồ sơ của bệnh nhân đủ tiêu chuẩn đưa vào mẫu nghiên cứu.

- Tiến hành thu thập các thông tin cơ bản từ hồ sơ bệnh án của các bệnh nhân đã được chọn.

Cỡ mẫu:

Áp dụng công thức tính cỡ mẫu trong nghiên cứu phân tích mô tả: ước lượng một tỷ lệ trong quần thể, với một độ chính xác tương đối được ấn định trước.

$$n = Z_{(1-\alpha/2)}^2 \frac{1-p}{\varepsilon^2 p}$$

Trong đó: n: Cỡ mẫu nghiên cứu tối thiểu.

$Z_{1-\alpha/2}$: Hệ số tin cậy với mức ý nghĩa $\alpha = 0,05$; $z = 1,96$

$p = 15\%$; tỷ lệ bệnh nhân có thẻ BHYT đang được quản lý tại các cơ sở điều trị ngoại trú Hà Nội (theo thảo sát của Cục phòng chống HIV/AIDS năm 2012) [1].

$\varepsilon = 0,1$ là độ chính xác tương đối mong muốn giữa tham số mẫu và tham số quần thể.

Với độ chính xác mong muốn là 95% ($\alpha = 0.05$) thì $Z_{1-\alpha/2} = 1,96$, $\varepsilon = 0,1$. Thay vào công thức (1), cỡ mẫu tính toán lý thuyết cho nghiên cứu $n = 2.177$ trường hợp.

Hiện tại, số người nhiễm HIV trong danh sách điều trị ARV đủ tiêu chuẩn chọn vào mẫu nghiên cứu tại bốn bệnh viện và sáu Trung tâm y tế quận/huyện trên địa bàn thành phố Hà Nội năm 2012 là 3.398.

Nghiên cứu định tính

- Với thảo luận nhóm:

+ Cỡ mẫu: 40 người có HIV/AIDS theo tiêu chuẩn lựa chọn. Thảo luận chia 5 nhóm, mỗi nhóm có từ 8 người .

- Với phỏng vấn sâu:

+ Chọn có chủ đích:

10 bệnh nhân đang điều trị ARV ngoại trú đã chọn.

10 người nhà bệnh nhân (người trực tiếp chăm sóc bệnh nhân).

1 Giám đốc Bệnh viện, 3 Trưởng Phòng khám ngoại trú của 3 Bệnh viện/Trung tâm y tế, 1 đại diện của Sở Y tế, 1 đại diện Bảo hiểm xã hội Hà Nội, 1 đại diện UBND Thành phố, 1 đại diện LĐTBXH.

Chọn chủ đích

Giám đốc Bệnh viện 09.

Giám đốc Bệnh viện Phổi Hà Nội (BV Đống Đa).

Trưởng Phòng khám ngoại trú của TTYT quận Tây Hồ.

Trưởng Phòng khám ngoại trú của TTYT huyện Đông Anh.

Trưởng Phòng khám ngoại trú của TTYT quận Thanh Xuân.

Trưởng Phòng khám ngoại trú của TTYT huyện Sóc Sơn (Đống Đa).

Một đại diện của cơ quan có liên quan.

Nghiên cứu can thiệp:

Địa điểm can thiệp: chọn Trung tâm Y tế quận Thanh Xuân vì các lý do sau.

- PKNT nằm ở trong phòng khám đa khoa của TTYT quận, có đầy đủ các xét nghiệm cơ bản, có khám BHYT, có phòng tư vấn xét nghiệm tự nguyện.

- Đáp ứng được yêu cầu cơ sở vật chất trang thiết bị, số cán bộ y tế và số lượng bệnh nhân đang điều trị ARV

- Quận duy nhất có 100% bệnh nhân đang điều trị ngoại trú ARV được nhận hỗ trợ từ dự án “Hỗ trợ chăm sóc toàn diện bệnh nhân đang điều trị ARV”.

Mẫu can thiệp: Bệnh nhân đang điều trị ARV ngoại trú tại TTYT quận Thanh Xuân đưa vào can thiệp

Công thức mẫu can thiệp

Cỡ mẫu nghiên cứu áp dụng công thức tính cỡ mẫu lý thuyết cho nghiên cứu can thiệp trước sau như sau:

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

- Trong đó:
- n: Cỡ mẫu cần cho nhóm can thiệp
- P_1 : Hiệu quả giả định sau can thiệp (thay đổi nhận thức và hành vi chăm sóc sức khỏe thông qua việc sử dụng thẻ BHYT).
- P_2 : Hiệu quả giả định ở trước can thiệp
- α : Mức ý nghĩa thống kê, là xác suất của việc phạm phải sai lầm loại I (Loại bỏ H_0 khi nó đúng)
- β : Xác suất của việc phạm phải sai lầm loại II (Chấp nhận H_0 khi nó sai).
- $Z_{1-\alpha/2}$: Giá trị giới hạn tin cậy ứng với hệ số tin cậy $(1 - \alpha)$, phụ thuộc vào giá trị α được chọn.
- $Z_{1-\beta}$: Giá trị tới hạn ứng với độ mạnh của nghiên cứu $(1 - \beta)$, phụ thuộc vào giá trị β được chọn.
- Chúng tôi lấy:
- $Z_{1-\alpha/2} = 1,96$ (ứng với $\alpha = 0.05$).
- $Z_{1-\beta} = 1,282$ (ứng với $\beta = 0.1$).
- $P_1 = 0,68$. (giả định kết quả sau can thiệp)
- $P_2 = 0,48$ (kết quả đưa ra theo các nghiên cứu trước)
- $P_1 - P_2$: Mức cải thiện mong đợi đối với bệnh nhân được hỗ trợ 2 biện pháp can thiệp mới đạt ý nghĩa trên lâm sàng tối thiểu là 13 %.
- $P = (P_1 + P_2)/2 = 0,58$

Với mức ý nghĩa 5%, độ mạnh: 90%, trắc nghiệm một phía. áp dụng vào công thức tính cỡ mẫu lý thuyết trên $n=126$

Phương pháp chọn mẫu:

Chọn toàn bộ bệnh nhân đang điều trị ARV ngoại trú: $n=126$

- Hỗ trợ chăm sóc y tế: thông qua hỗ trợ kinh phí để bệnh nhân mua thẻ BHYT TN

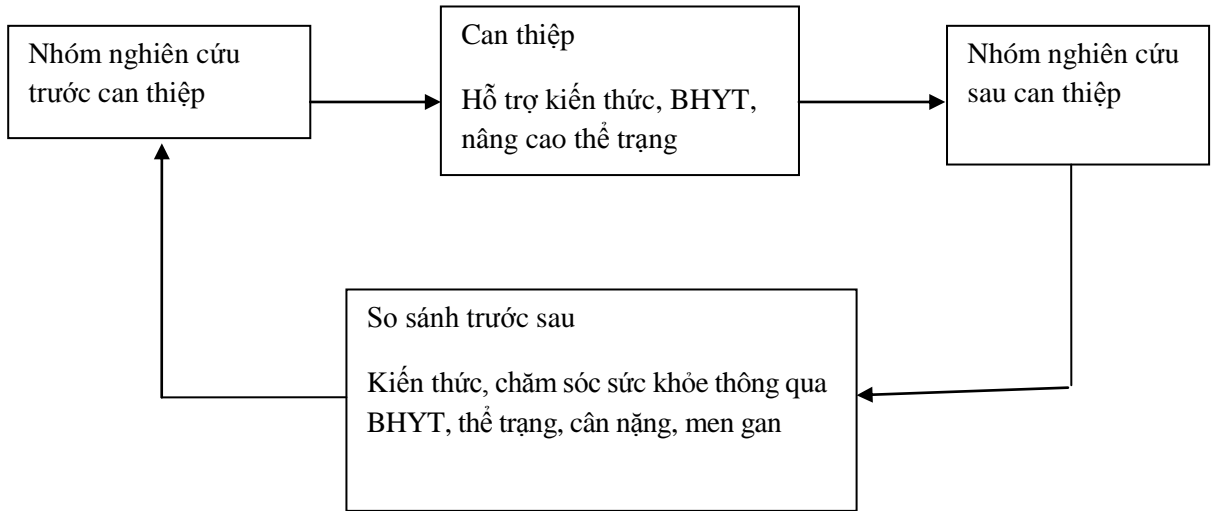
(567000 đ/ 1thẻ/1 bn/12 tháng). Hỗ trợ thuốc nâng cao thể trạng thông qua hỗ trợ bệnh nhân thuốc bổ gan, thuốc bổ vitamin nhóm B liều cao.

Hỗ trợ kiến thức nâng cao kiến thức về HIV/AIDS, Điều trị ARV, BHYT. Nâng cao kỹ năng chăm sóc tại nhà, kỹ năng sống hòa nhập cộng đồng

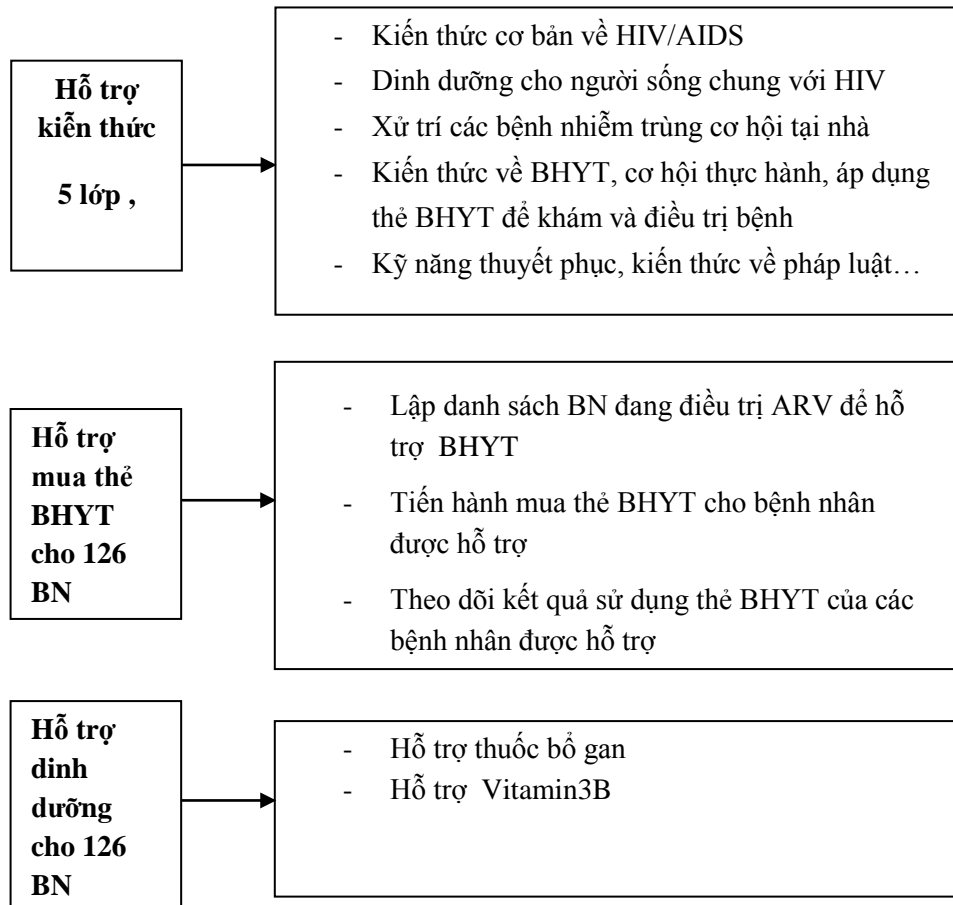
Biện pháp can thiệp: Người nhiễm HIV/AIDS là người có sức khỏe không ổn định, hiện nay chưa có thuốc điều trị đặc hiệu, điều trị bệnh AIDS là điều trị kháng vi rút HIV (ARV), điều trị phải kéo dài trong nhiều năm, phải tuân thủ chế độ điều trị, ăn uống nghỉ ngơi sinh hoạt hợp lý, bên cạnh đó họ cũng cần được khám sức khỏe định kỳ để phát hiện và điều trị sớm các bệnh NTCH, được xét nghiệm kiểm tra kết quả điều trị thường xuyên, được cung cấp thuốc men đầy đủ, được hỗ trợ kiến thức để họ tự tin tiếp cận các dịch vụ chăm sóc có hiệu quả, để có thể hỗ trợ được các nhu cầu trên một cách bền vững thì BHYT là một trong những yếu tố quan trọng nhất nên chúng tôi tiến hành can thiệp hỗ trợ thẻ BHYT, tuy nhiên để họ sử dụng thẻ BHYT có hiệu quả, có kiến thức về BHYT và một số kiến thức liên quan đến chăm sóc Y tế chúng tôi tập huấn nâng cao kiến thức cho họ, Thuốc Vitamin 3B và thuốc tăng thải độc gan cho BN điều trị ARV là rất cần thiết tuy nhiên hiện nay điều trị HIV chưa được đưa BHYT chi trả nên thuốc này người nhiễm HIV phải tự mua để uống thêm mặc dù có thẻ BHYT chính vì vậy nhóm NC hỗ trợ để biết được lợi ích của loại thuốc này đối với người điều trị ARV các cơ sở điều

trị đưa vào mục thuốc cấp BHYT cho người điều trị HIV khi được BHYT chi trả.

Sơ đồ can thiệp hỗ trợ thẻ Bảo hiểm y tế



Nội dung triển khai can thiệp: Với các lý do trên, nhóm nghiên cứu can thiệp vào một số nội dung thuộc các cấu phần cụ thể sau:



Thời gian can thiệp: từ tháng 3/2013 đến tháng 3/2014

Các hoạt động can thiệp

Hỗ trợ kiến thức cho 126 bệnh nhân của PK NT Thanh Xuân

* Nội dung tập huấn 1: Hỗ trợ kiến thức cho những người nhiễm HIV giúp họ hiểu biết sâu hơn về các vấn đề liên quan đến HIV/AIDS và tổ chức buổi thảo luận giúp họ sẽ chia các khó khăn vướng mắc trong cuộc sống để cùng họ tìm cách tháo gỡ; gồm 03 hoạt động cụ thể sau:

- Tổ chức lớp học kiến thức 1 dành cho các đối tượng có trong danh sách tham gia dự án: hỗ trợ kiến thức về HIV và kiến thức về BHYT: làm sâu sắc thêm kiến thức và sự hiểu biết của họ về HIV, cung cấp cho họ kiến thức về dinh dưỡng, phát hiện sớm NTCH, ý nghĩa và tầm quan trọng của BHYT.

- Tổ chức buổi chia sẻ 1 dành cho thành viên nòng cốt về những khó khăn thường gặp và cách giải quyết chúng.

- Tổ chức buổi chia sẻ 2 với các bệnh nhân có tên trong danh sách với sự tham gia của các cán bộ nòng cốt: thảo luận với các chuyên gia xác định những thách thức trong cuộc sống của người nhiễm HIV/AIDS và cách thực tế để giải quyết chúng. Liên kết sự hỗ trợ từ chính quyền địa phương.

* Nội dung lớp tập huấn 2 bao gồm:

- Thảo luận cho 30 thành viên nòng cốt:

- + Truyền thông sáng tạo: Giúp cho học viên kỹ thuyết phục tăng cường khả năng hành động cải thiện mối quan hệ trong gia đình và ngoài cộng đồng.

- + Kỹ năng tư vấn và sinh hoạt nhóm. Giúp cho học viên kỹ năng giao tiếp tích cực, tạo hứng thú cho người tham gia nhằm mục đích buổi sinh hoạt đạt được mục tiêu đề ra.

- + Cách xây dựng thực đơn, lựa chọn thực phẩm, sơ chế...Thực hành nấu và trình bày một bữa ăn đủ dinh dưỡng và phù hợp với người có HIV.

- + Chia sẻ những thắc mắc bản thân bạn bè và gia đình người có HIV về những bệnh NTCH, những tác dụng phụ của điều trị ARV, giảng viên hỗ trợ xử lý các tình huống đó.

+ Chia sẻ những thắc mắc bản thân bạn bè và gia đình người có HIV về sử dụng thẻ BHYT, giảng viên hỗ trợ xử lý các tình huống thực tế của từng học viên liên quan đến việc sử dụng thẻ BHYT.

Hỗ trợ thẻ BHYT cho 110 bệnh nhân

100% bệnh nhân của phòng khám phải có thẻ BHYT. Phòng khám có 126 bệnh nhân thì 16 bệnh nhân đã có thẻ BHYT (BHYT bắt buộc và BHYT người nghèo), dự án sẽ hỗ trợ thẻ BHYT cho 110 bệnh nhân.

Bệnh nhân nhận hỗ trợ thẻ BHYT từ dự án bằng hai hình thức:

- BN tự đi mua thẻ BHYT tại xã phường nơi cư trú mang hóa đơn mua thẻ và phô tô thẻ BHYT về PKNT để thanh toán tiền mua thẻ BHYT = 60 thẻ.
- Bệnh nhân không tự đi mua thẻ BHYT đăng ký với cán bộ Ban quản lý dự án theo giấy hướng dẫn của cơ quan BHYT, CB dự án đăng ký với BHXH Hà Nội mua thẻ BHYT phát cho bệnh nhân = 50 thẻ.

100% bệnh nhân được vào sổ sách theo dõi sử dụng thẻ bảo hiểm y tế hàng tháng.

Hỗ trợ thuốc nâng cao thể trạng cho 126 bệnh nhân:

Do thuốc nâng cao thể trạng chưa được cấp từ thẻ BHYT nên chúng tôi hỗ trợ thuốc nâng cao thể trạng cho bệnh nhân nhằm giảm các tác dụng phụ của thuốc điều trị ARV, bằng 2 loại thuốc: Bogaren, tăng thải độc cho gan và Vitamin 3 B giảm các bệnh ngoài da.....

- Tiến hành quy trình mua thuốc và cấp phát thuốc hàng tháng cho bệnh nhân theo đúng quy định.

Hỗ trợ thuốc tăng thải độc cho gan Bogaren có tác dụng thải độc giảm tác dụng phụ của thuốc điều trị ARV. Liều lượng 06 viên /02 lần/ngày/1BN. Thuốc Vitamin nhóm B: thuốc Sacanneuron gồm Vitamin B1, B6, B12, thuốc có tác dụng kích thích tiêu hóa, giảm các bệnh nhiễm trùng ngoài da, giảm tác dụng có hại cho thần kinh, tăng cường thể trạng cho bệnh nhân, nâng cao hiệu

quả điều trị ARV. Liều lượng sử dụng là 04 viên / 02 lần/ngày /1BN.Phát thuốc vào ngày 25-30 hàng tháng, PKNT đều có báo cáo việc thực hiện cấp phát thuốc và quản lý sử dụng thuốc đầy đủ hàng tháng

- Theo dõi hiệu quả sử dụng thuốc trên bệnh nhân.

Cán bộ tham gia can thiệp: Nhóm nghiên cứu khoa học và cán bộ trực tiếp chăm sóc tại PKNT quận Thanh Xuân

Học viên là nghiên cứu chính tham gia toàn bộ quá trình xây dựng đề cương, công cụ nghiên cứu, triển khai các hoạt động trên thực địa, quản lý phân tích số liệu và viết báo cáo.

2.4.3.Các biến số, chỉ số nghiên cứu:

<i>TT</i>	<i>Biến số</i>	<i>Định nghĩa biến</i>	<i>Chỉ số nghiên cứu</i>
A. THÔNG TIN CHUNG VỀ BỆNH NHÂN			
1.	Tuổi	Tuổi (theo năm dương lịch) của đối tượng .	Tỷ lệ %: - 16 tuổi – 29 tuổi - 30 tuổi – 39 tuổi - 40 tuổi – 49 tuổi - ≥ 50 tuổi
2.	Giới tính	Nam - Nữ (%)	Tỷ lệ Nam/Nữ
3.	Nghề nghiệp	Công việc chính tạo thu nhập hiện tại của đối tượng	Tỷ lệ %: - Nông dân - Công nhân - Thợ thủ công - Bộ đội/công an - Lái xe - Học sinh/sinh viên - Nhân viên hành chính - Thất nghiệp - Khác
4.	Trình độ học vấn	Lớp học cao nhất của đối tượng	Tỷ lệ %: - Mù chữ - Tiểu học (1 - 5) - TH cơ sở (6 – 9) -Phổ thông TH(10–12)

<i>TT</i>	<i>Biến số</i>	<i>Định nghĩa biến</i>	<i>Chỉ số nghiên cứu</i>
			- Cao đẳng, đại học
5.	Tình trạng hôn nhân	Tình trạng hôn nhân hiện tại của đối tượng	Tỷ lệ %: - Chưa Vợ/chồng - Đang chung sống với vợ/chồng - Li dị/li thân - Goá
6.	Người đang sống chung	Đối tượng đang sống cùng với ai	Tỷ lệ %: - Vợ/chồng - Bố /mẹ - Anh/chị/em - Bạn/người khác - Một mình
7.	Tổng số người sống chung	Số người trong gia đình bệnh nhân tính cả người bệnh	- Một mình - 2 người - 3 người - 4 người - 5 người - Khác
8.	Thu nhập trung bình của gia đình	Thu nhập bình quân của tất cả các thành viên trong gia đình đối tượng	Tỷ lệ %: - < 500.000 đồng. - 500.000-<1.000.000 - 1.000.000 – 2.000.000 - >2.000.000
9.	Điều trị ARV	Hiện tại đối tượng có được điều trị ARV không	Có – Không
10.	Nguồn thuốc ARV	Đối tượng đang điều trị thuốc ARV từ nguồn nào	Tỷ lệ %: - Dự án Quỹ toàn cầu - Dự án Estes - Dự án L ifgap - Dự án khác - Tự mua - Khác

<i>TT</i>	<i>Biến số</i>	<i>Định nghĩa biến</i>	<i>Chỉ số nghiên cứu</i>
B. THỰC TRẠNG HỖ TRỢ CUNG CẤP KIẾN THỨC VỀ HIV/AIDS, BHYT, VÀ CÁC VẤN ĐỀ LIÊN QUAN CŨNG NHƯ SỰ ĐÁP ỨNG NHU CẦU ĐÓ TẠI CÁC OPC			
1.	Thông tin về HIV/AIDS và về điều trị ARV	Đối tượng có được tư vấn kiến thức về HIV/AIDS, ARV không?	% có được điều trị ARV/ tổng số
2.	Nội dung thông tin HIV/AIDS và điều trị ARV đối tượng nhận được	- Người được điều trị ARV mà đối tượng được tư vấn - Đường lây (TCMT, QHTD, mẹ con) - Điều trị NTCH, ARV	- Đường lây nhiễm HIV/AIDS và cách phòng, chống - Các nội dung liên quan đến điều trị NTCH, điều trị ARV
3.	Thông tin liên quan đến các chủ trương, chính sách Nhà nước đối với người nhiễm HIV/AIDS	Đối tượng có được cung cấp Thông tin liên quan đến các chủ trương, chính sách Nhà nước đối với người nhiễm HIV/AIDS	Tỷ lệ % người được cung cấp thông tin liên quan để chủ trương, chính sách/ tổng số
4.	Nội dung thông tin về chính sách của Nhà nước đối với người nhiễm HIV/AIDS	Những thông tin về HIV/AIDS và về điều trị ARV mà đối tượng được cung cấp	Tỷ lệ % người được cung cấp thông tin về: - Luật phòng, chống HIV/AIDS - Chính sách hỗ trợ người có HIV có hoàn cảnh khó khăn - Khác
5.	Thông tin về chế độ	Đối tượng có được cung cấp thông tin về	Tỷ lệ % người được cung cấp thông tin chế độ ăn hàng ngày/ tổng số

<i>TT</i>	<i>Biến số</i>	<i>Định nghĩa biến</i>	<i>Chỉ số nghiên cứu</i>
	ăn hàng ngày	chế độ ăn hàng ngày	
6.	Nội dung Thông tin về chế độ ăn hàng ngày	Những thông tin về chế độ ăn hàng ngày mà đối tượng được cung cấp	Tỷ lệ % được: - 3-4 bữa ăn trong ngày - Ăn đủ chất: Mỡ, đường, đạm (G,L,P) - Khoáng chất, vitamin - Ăn chín, uống sôi - Khác
7.	Thông tin về chế độ ăn khi mắc NTCH ở người có HIV không (Tiêu chảy, sốt)	Đối tượng có được cung cấp thông tin về chế độ ăn khi mắc các NTCH ở người có HIV	Tỷ lệ % người có NTCH được cung cấp thông tin về chế độ ăn/ tổng số
8.	Sự không cần thiết cung cấp các thông tin như trên cho người có HIV đang điều trị tại các OPC	Đánh giá của đối tượng tại sao không cần thiết cung cấp các thông tin như trên	Tỷ lệ % đối tượng cho rằng: - Chỉ những người mới điều trị mới cần - Họ tự tìm hiểu - Khác
9	Sự cần thiết cung cấp các thông tin như trên cho người có HIV đang điều trị tại các OPC	Đánh giá của đối tượng tại sao cần thiết cung cấp các thông tin như trên	Tỷ lệ % đối tượng cho rằng: - Đây là những kiến thức mà người có HIV bắt buộc phải nắm được - Để phòng lây nhiễm HIV cho gia đình và cộng đồng - Để điều trị ARV có hiệu quả - Có kiến thức và có thể tuyên truyền cho người khác - Khác

<i>TT</i>	<i>Biến số</i>	<i>Định nghĩa biến</i>	<i>Chỉ số nghiên cứu</i>
C. THỰC TRẠNG ĐÁP ỨNG NHU CẦU HỖ TRỢ VỀ DINH DƯỠNG, CHĂM SÓC Y TẾ TẠI CÁC OPC			
1.	Hỗ trợ về dinh dưỡng	Khi điều trị ở đây đối tượng có được hỗ trợ về dinh dưỡng không	Tỷ lệ % đối tượng được hỗ trợ dinh dưỡng/ tổng số
2.	Thành phần hỗ trợ	Đối tượng được hỗ trợ những gì	Tỷ lệ % đối tượng được hỗ trợ: - Gạo - Dầu - Sữa - Tiền - Khác
3.	Phương thức xử trí của đối tượng khi có các triệu chứng bất thường	Khi có các triệu chứng bất thường (sốt, ho....) đối tượng xử trí như thế nào?	Tỷ lệ % đối tượng xử trí khi có triệu chứng bất thường: - Tự điều trị - Đến phòng OPC - Đến các cơ sở y tế khác - Khác
4.	Trả tiền khi tham gia khám chữa bệnh tại OPC	Khi đến OPC khám chữa bệnh đối tượng có phải trả tiền không	Tỷ lệ bệnh nhân phải trả tiền khi khám chữa bệnh tại OPC
5.	Những nội dung cần hỗ trợ cho người nhiễm HIV đang điều trị ARV tại OPC	Các nội dung khi đến OPC khám chữa bệnh đối tượng cần hỗ trợ	Tỷ lệ % cần được hỗ trợ: - Thuốc điều trị nhiễm trùng cơ hội - Thuốc bổ - Chụp, chiếu - Xét nghiệm cận lâm sàng khác - Khác (hỗ trợ sắt, ...)
6.	Nội dung nào bệnh nhân đã	Khi đến OPC đối tượng được miễn phí những gì	Tỷ lệ % được hỗ trợ miễn phí: - Thuốc điều trị nhiễm trùng cơ hội - Thuốc bổ

<i>TT</i>	<i>Biến số</i>	<i>Định nghĩa biến</i>	<i>Chỉ số nghiên cứu</i>
	phải bỏ tiền mua khi điều trị tại OPC		- Chụp, chiếu - Xét nghiệm cận lâm sàng khác - Khác (sắt,...)
7.	Thẻ Bảo hiểm y tế	Đối tượng có thẻ Bảo hiểm y tế không	Tỷ lệ % đối tượng có bảo hiểm y tế
D. THỰC TRẠNG CHĂM SÓC VỀ MẶT XÃ HỘI CHO NGƯỜI NHIỄM HIV/AIDS ĐANG ĐIỀU TRỊ NGOẠI TRÚ ARV			
1.	Kỳ thị, phân biệt đối xử	Đối tượng đã từng bị kỳ thị, phân biệt đối xử khi công khai mình là người có HIV chưa	Tỷ lệ % đối tượng từng bị kỳ thị, phân biệt đối xử
2.	Địa điểm bị kỳ thị, phân biệt đối xử	Đối tượng đã từng bị kỳ thị, phân biệt đối xử ở đâu	Tỷ lệ % đối tượng bị kì thị tại các địa điểm: Trong gia đình Ngoài xã hội Khác
3.	Hình thức kỳ thị, phân biệt đối xử	Đối tượng đã từng bị kỳ thị, phân biệt đối xử qua hình thức nào	Tỷ lệ % đối tượng từng bị kì thị qua các hình thức: Lời nói, cử chỉ Hành động trực tiếp Khác
4.	Phản ứng của đối tượng	Đối tượng phản ứng như thế nào khi bị kỳ thị, phân biệt đối xử	Tỷ lệ % phản ứng của đối tượng khi bị kì thị, phân biệt đối xử: Tự ti Che giấu tình trạng nhiễm Bất cần Trả thù đời Khác
5.	Kỳ thị, phân biệt đối xử tại nơi điều trị ARV	Đối tượng có bị kỳ thị, phân biệt đối xử tại phòng OPC không?	Tỷ lệ % đối tượng bị kỳ thị, phân biệt đối xử tại OPC/ tổng số
6.	Hình thức kỳ thị,	Tại phòng OPC đối tượng bị kỳ thị, phân	Tỷ lệ % đối tượng bị kì thị, phân biệt đối xử bởi các hình thức:

<i>TT</i>	<i>Biến số</i>	<i>Định nghĩa biến</i>	<i>Chỉ số nghiên cứu</i>
	phân biệt đôi xử tại nơi điều trị ARV	biệt đôi xử qua hình thức nào	Lời nói, cử chỉ Hành động trực tiếp Khác
7.	Giải pháp giảm bị kỳ thị , phân biệt đôi xử của đôi tượng	Theo đối tượng để giảm bị kỳ thị , phân biệt đôi xử thì nên làm gì	Tỷ lệ % các giải pháp giảm kì thị theo ý kiến đối tượng: -Tuyên truyền trong cộng đồng dân cư về HIV/AIDS. -Sự tham gia tích cực hơn của người có HIV và gia đình họ -Luật phòng chống HIV trong các ban, ngành , đoàn thể, các tổ chức, cơ quan nhà nước -Phát triển và duy trì các mô hình câu lạc bộ, nhóm tự lực
8.	Tham gia nhóm tự lực/ câu lạc bộ	Đối tượng có tham gia nhóm tự lực/ câu lạc bộ nào không	Tỷ lệ % đối tượng có tham gia NTL/CLB/ tổng số
9.	Nhóm tự lực, câu lạc bộ tại phòng khám ngoại trú nơi đối tượng đang điều trị	Phòng khám ngoại trú nơi đối tượng điều trị có nhóm tự lực , câu lạc bộ nào không?	Tỷ lệ % đối tượng được điều trị tại phòng khám có CLB/NTL/ tổng số
10.	Thu nhập chính	Nguồn thu nhập chính của đối tượng	Tỷ lệ % đối tượng có nguồn thu nhập chính là: - Không có thu nhập - Thu nhập từ việc làm không ổn định - Thu nhập từ việc làm ổn định
11.	Công việc	Đối tượng mong muốn được làm công việc gì	..........

<i>TT</i>	<i>Biến số</i>	<i>Định nghĩa biến</i>	<i>Chỉ số nghiên cứu</i>
12.	Công việc sau khi vay vốn	Đối tượng có nghĩ nếu được vay vốn thì sẽ triển khai công việc gì	...............
13.	Vốn	Theo đối tượng vốn để làm công việc đó là bao nhiêu	...............
14.	Gợi ý vay vốn	Phòng khám nơi anh / chị điều trị đã từng cho vay vốn hay gợi ý giới thiệu việc làm chưa ?	Tỷ lệ % đối tượng có nơi điều trị từng cho vay vốn hay gợi ý cho vay vốn / tổng số
E. HỖ TRỢ BẢO HIỂM VÀ BẢO HIỂM Y TẾ CHO NGƯỜI NHIỄM HIV ĐANG ĐIỀU TRỊ ARV NGOẠI TRÚ TẠI CÁC OPC			
1.	Khái niệm bảo hiểm	Đối tượng hiểu thế nào là bảo hiểm	Tỷ lệ % đối tượng hiểu biết các nội dung về bảo hiểm y tế: - Là biện pháp chia sẻ rủi ro cùng loại. - Mỗi người trong cộng đồng góp một số tiền nhất định vào một quỹ chung. - Quỹ chung đó bù đắp thiệt hại cho thành viên trong cộng đồng không may bị thiệt hại do rủi ro đó gây ra. - Không biết
2.	Số loại hình bảo hiểm	Theo đối tượng hiện nay Việt Nam có bao nhiêu loại hình bảo hiểm	Tỷ lệ % đối tượng cho rằng hiện nay số loại hình y tế tại Việt Nam là - 1 loại hình - 2 loại hình - 3 loại hình - > 3 loại hình - Không biết
3.	Tên một số loại hình bảo hiểm hiện có tại Việt Nam	Đối tượng kể tên một số loại hình bảo hiểm hiện có tại Việt Nam	Tỷ lệ % đối tượng biết loại hình bảo hiểm y tế có tại Việt Nam - Bảo hiểm kinh doanh - Bảo hiểm xã hội - Bảo hiểm y tế

<i>TT</i>	<i>Biến số</i>	<i>Định nghĩa biến</i>	<i>Chỉ số nghiên cứu</i>
5.	Khái niệm bảo hiểm y tế	Đối tượng hiểu thế nào là bảo hiểm y tế?	Tỷ lệ % đối tượng hiểu các nội dung về bảo hiểm y tế: - Là hình thức bảo hiểm được áp dụng trong lĩnh vực chăm sóc sức khỏe. - Không vì mục đích lợi nhuận do nhà nước tổ chức thực hiện - Không biết
6.	Thẻ Bảo hiểm y tế	Đối tượng có thẻ Bảo hiểm y tế không	Tỷ lệ % đối tượng có thẻ bảo hiểm y tế / tổng số
7.	Nguồn BHYT	BHYT của đối tượng có từ đâu?	Tỷ lệ % đối tượng được nhận BHYT từ các nguồn: Được cấp miễn phí Tự mua Khác
8.	Lý do không tham gia BHYT	Tại sao đối tượng không tham gia BHYT?	Tỷ lệ % đối tượng không tham gia BHYT bởi các lý do: Không thấy cần thiết Không có tiền mua Khác.....
F. MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN ĐẾN CHĂM SÓC SỨC KHỎE CHO NGƯỜI NHIỄM HIV ĐANG ĐIỀU TRỊ ARV TẠI CÁC OPC			
1	Một số yếu tố liên quan đến việc đáp ứng nhu cầu cơ bản về chăm sóc khỏe cho người nhiễm HIV đang điều trị ARV tại các OPC		<p>* Cơ sở CCDVYT</p> <ul style="list-style-type: none"> - Cơ sở cất chất, trang thiết bị, thuốc điều trị .. - Nhân lực cán bộ y tế tại các OPC (Số cán bộ y tế cho 1 phòng OPC) - Trình độ chuyên môn - Cung cấp kiến thức về HIV/AIDS và các kiến thức liên - Cung cấp Dinh dưỡng và chăm sóc y tế - Sự kỳ thị và phân biệt đối xử <p>* Bệnh nhân:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tuổi, giới, nghề nghiệp, học vấn, hôn nhân, - Thu nhập bình quân/tháng - Đường lây truyền HIV.

<i>TT</i>	<i>Biến số</i>	<i>Định nghĩa biến</i>	<i>Chỉ số nghiên cứu</i>
			<ul style="list-style-type: none"> - Sự hỗ trợ của gia đình và cộng đồng. - Thời gian được điều trị ARV. - Kiến thức về BHYT - Thẻ BHYT * Cộng đồng - Gia đình bệnh nhân - Sự kỳ thị và phân biệt đối xử - Hoạt động của các nhóm tự lực - Chính quyền... - Chính sách của nhà nước..

Hiệu quả can thiệp trước sau (dựa vào bảng can thiệp trang 44)

Bảng chỉ số

STT	Nội dung	Trước can thiệp	Sau can thiệp
1	So sánh tỷ lệ bệnh nhân đang điều trị ARV hiểu đúng về bệnh HIV		
2	So sánh Tỷ lệ bệnh nhân đang điều trị ARV hiểu đúng về điều trị ARV		
3	So sánh Tỷ lệ bệnh nhân đang điều trị ARV hiểu đúng kiến thức về bệnh NTCH		
4	So sánh Tỷ lệ bệnh nhân đang điều trị ARV hiểu biết đúng về tuân thủ điều trị ARV		
5	So sánh Tỷ lệ bệnh nhân đang điều trị ARV hiểu biết đúng về BHYT		
6	So sánh Tỷ lệ bệnh nhân đang điều trị ARV hiểu biết về chính sách liên quan đến HIV.		
7	So sánh số lần đi khám bệnh trước và sau can thiệp		
8	So sánh kinh phí chi trả cho 1 lần khám trước và sau can thiệp .		
9	So sánh lượng men gan và cân nặng của BN trước và sau can thiệp		

Công thức:

$$(P_1 - P_2)/P$$

$$P_2 - P = \text{Hiệu quả thực tế}$$

2.4.4. Các khái niệm, tiêu chuẩn đánh giá

2.4.4.1. Thuốc ARV[4] : Là thuốc điều trị kháng retrovirus. Hiện nay thuốc được điều trị phối hợp ít nhất từ 3 loại trở lên. Gọi là thuốc kháng retrovirus vì HIV là một retrovirus.

2.4.4.2. Tuân thủ điều trị ARV[4] : Tuân thủ điều trị ARV là uống đủ liều thuốc được chỉ định và uống đúng giờ. Uống đều đặn suốt đời. Tuân thủ điều trị ARV là yếu tố cực kỳ quan trọng để đảm bảo sự thành công của điều trị, tránh sự xuất hiện kháng thuốc.

2.4.4.3. Nhiễm trùng cơ hội (NTCH) [4]: các nhiễm trùng cơ hội là nguyên nhân gây bệnh tật và tử vong chính ở người nhiễm HIV/AIDS. Tần suất mắc và lâm sàng của các NTCH phụ thuộc vào mức độ suy giảm miễn dịch, các hành vi nguy cơ và các yếu tố khác.

2.4.4.4. Kỳ thị người nhiễm HIV [15]: là thái độ khinh thường hay thiếu tôn trọng người khác vì biết hoặc nghi ngờ người đó nhiễm HIV hoặc vì người đó có quan hệ gần gũi với người nhiễm HIV hoặc bị nghi ngờ nhiễm HIV.

2.4.4.5. Phân biệt đối xử với người nhiễm HIV[15]: là hành vi xa lánh, từ chối, tách biệt, ngược đãi, phỉ báng, có thành kiến hoặc hạn chế quyền của người khác vì biết hoặc nghi ngờ người đó nhiễm HIV hoặc vì người đó có quan hệ gần gũi với người nhiễm HIV hoặc bị nghi ngờ nhiễm HIV.

2.4.4.6. Bảo hiểm y tế đối với người nhiễm HIV[16]:

1. Người đang tham gia bảo hiểm y tế bị nhiễm HIV được Quỹ bảo hiểm y tế chi trả các chi phí khám bệnh, chữa bệnh.

2. Bộ trưởng Bộ Y tế quy định danh mục thuốc kháng HIV do bảo hiểm y tế chi trả.

2.4.4.9. Thẻ bảo hiểm y tế [16]: là một loại chứng chỉ xác định người đứng tên đã thực hiện đầy đủ nghĩa vụ và được hưởng các quyền lợi về khám, chữa bệnh theo quy định, do cơ quan có thẩm quyền về bảo hiểm y tế cấp.

2.4.5. Kỹ thuật và công cụ thu thập số liệu

2.4.5.1. Kỹ thuật thu thập số liệu

- Với nghiên cứu định lượng:

Số liệu được thu thập qua phỏng vấn trực tiếp người nhiễm HIV/AIDS bằng phiếu phỏng vấn có cấu trúc tại các phòng khám ngoại trú trên địa bàn thành phố.

Số liệu thu thập qua phiếu điều tra tại các phòng khám ngoại trú trên địa bàn thành phố.

Số liệu được lấy từ sổ sách, báo cáo, bệnh án của bệnh nhân đang điều trị ARV.

- Với nghiên cứu định tính:

5 cuộc thảo luận nhóm: 8 -10 người/1 cuộc, theo phiếu hướng dẫn và thực hiện tại bệnh viện và phòng khám ngoại trú của các Trung tâm y tế quận/ huyện.

17- 21 phỏng vấn sâu: Theo mẫu phiếu phỏng vấn sâu tại các bệnh viện, Trung tâm y tế quận/huyện, Bảo hiểm xã hội, LĐTHXH, người nhà bệnh nhân, bệnh nhân.

Điều tra viên và giám sát viên:

- Điều tra viên: Là các cán bộ trực tiếp quản lý Phòng khám ngoại trú tại các đơn vị, được tập huấn kỹ về nội dung và yêu cầu của cuộc điều tra, kỹ năng phỏng vấn để đảm bảo độ chính xác cao. Đây là những người có khả năng tiếp cận với đối tượng nghiên cứu cao nhất vì họ là những người trực tiếp tư vấn và quản lý người nhiễm HIV/AIDS.

- Giám sát viên: là nghiên cứu viên.

Nghiên cứu viên là những người có kinh nghiệm trong công tác phòng chống HIV/AIDS, tham gia vào quá trình điều tra, thảo luận nhóm, phỏng vấn sâu, giải quyết những khó khăn trong quá trình thu thập số liệu, làm sạch số liệu hàng ngày.

2.4.5.2. Công cụ thu thập số liệu

** Với nghiên cứu định lượng:*

+ Phiếu điều tra về người nhiễm HIV tại các Phòng khám ngoại trú: tuổi, giới, hoàn cảnh gia đình, nghề nghiệp, trình độ học vấn

+ Bộ phiếu phỏng vấn có cấu trúc in sẵn dành cho người nhiễm HIV/AIDS đang được điều trị ARV tại địa bàn nghiên cứu. (phụ lục1)

** Với nghiên cứu định tính:*

+ Hướng dẫn thảo luận nhóm có ghi băng (nếu được đối tượng đồng ý) theo phiếu hướng dẫn thảo luận nhóm (Phụ lục 2).

○ **Mục tiêu:** Nhằm phát hiện bổ sung thông tin:

./ Nhu cầu nói chung của người nhiễm HIV và nhu cầu về Bảo hiểm y tế.

./ Nhận định của người nhiễm HIV về thực trạng mua và sử dụng thẻ Bảo hiểm y tế trong khám, chữa bệnh.

./ Những khó khăn, thuận lợi khi mua và sử dụng thẻ BHYT khi tham gia khám, chữa bệnh.

./ Đề xuất, kiến nghị

○ **Đối tượng:** Người có HIV.

○ **Thời gian:** 90 – 120 phút

○ **Phương pháp:** Thảo luận nhóm tập trung theo chủ đề

○ **Nội dung:** Theo 10 câu hỏi gợi ý

+ Phỏng vấn sâu có ghi băng 2 Giám đốc và 4 Trưởng phòng khám ngoại trú (Phụ lục 3).

- **Mục tiêu:** Nhằm phát hiện bổ sung thông tin:

./ Nhận định của cán bộ y tế về nhu cầu của người nhiễm HIV nói chung và nhu cầu về BHYT nói riêng.

./ Nhận định của cán bộ y tế về thực trạng mua và sử dụng thẻ Bảo hiểm y tế của người nhiễm HIV khi tham gia khám, chữa bệnh.

./ Nguyên nhân, các khó khăn, thuận lợi khi mua và sử dụng thẻ Bảo hiểm y tế.

./ Đơn vị đã triển khai những biện pháp gì để hỗ trợ đáp ứng các nhu cầu nói chung của người và nhu cầu về việc mua và sử dụng thẻ Bảo hiểm y tế.

./ Đề xuất, kiến nghị

- **Đối tượng:** 2 Giám đốc và 4 Trưởng phòng khám ngoại trú

- **Thời gian:** 90 – 120 phút

- **Phương pháp:** Phỏng vấn sâu theo chủ đề

- **Nội dung:** Theo 8 câu hỏi gợi ý

+ *Phỏng vấn sâu 1 đại diện của BHHH, LĐTBXH Hà Nội, (Phụ lục 4).*

- **Mục tiêu:** Nhằm phát hiện bổ sung thông tin:

./ Ý kiến của cán bộ công tác tại BHHH, LĐTB Hà Nội cho việc điều trị HIV thông qua BHYT, sử dụng thẻ BHYT hiệu quả nhất cho khám và điều trị bệnh. Hỗ trợ xã hội (công ăn việc làm cho người nhiễm HIV, hỗ trợ trẻ em bị nhiễm HIV để được đi học..)

./ Thành phố đã có những chủ trương chính sách gì Hỗ trợ thẻ BHYT.

./ Thuận lợi, khó khăn khi người nhiễm HIV tham gia BHYT.

./ Đề xuất, kiến nghị

- **Đối tượng:** Cán bộ công tác tại BHHH, LĐTBXH Thành phố Hà Nội

- **Thời gian:** 90 – 120 phút

- **Phương pháp:** Phỏng vấn sâu theo chủ đề

- **Nội dung:** Theo 4 câu hỏi gợi ý:

+ *Phòng vấn sâu có ghi băng 5-10 Người nhà bệnh nhân (Người trực tiếp chăm sóc bệnh nhân)(phụ lục 6)*

- **Mục tiêu:** Nhằm phát hiện bổ xung thông tin:
- ./ Nhận định của người nhà bệnh nhân về nhu cầu khám bệnh của người nhiễm HIV thông qua thẻ BHYT.
- ./ Ý kiến của Người nhà bệnh nhân về thực trạng hỗ trợ CSSK cho người nhiễm HIV.
- ./ Nguyên nhân, các khó khăn, thuận lợi chăm sóc sức khỏe cho người nhiễm HIV. Khó khăn, thuận lợi khi mua và sử dụng thẻ Bảo hiểm y tế trong khám và điều trị bệnh.
- ./ Đề xuất, kiến nghị

Đối tượng: Người nhà bệnh nhân (Người trực tiếp chăm sóc bệnh nhân)

Thời gian: 60- 90 phút

Phương pháp: Phòng vấn sâu theo chủ đề

Nội dung: Theo 4 câu hỏi gợi ý:

+ *Phòng vấn sâu có ghi băng 5-10 bệnh nhân (Người đã được chọn)(phụ lục 5)*

Mục tiêu: Nhằm phát hiện bổ xung thông tin:

./ Nhận định của bệnh nhân về nhu cầu chăm sóc sức khỏe , nhu cầu sử dụng thẻ BHYT trong việc chăm sóc sức khỏe.

./ Ý kiến của bệnh nhân về thực trạng CSSK cho người nhiễm HIV (mua và sử dụng thẻ Bảo hiểm y tế, hỗ trợ dinh dưỡng của người nhiễm HIV khi tham gia khám, chữa bệnh.

./ Nguyên nhân, các khó khăn, thuận lợi chăm sóc sức khỏe cho người nhiễm HIV. Khó khăn, thuận lợi khi mua và sử dụng thẻ Bảo hiểm y tế.

./ Gia đình có thái độ như thế nào trong việc mua thẻ BHYT, sử dụng thẻ Bảo hiểm y tế.

./ Đề xuất, kiến nghị

Đối tượng: bệnh nhân đang điều trị ARV ngoại trú có trong danh sách lựa chọn.

Thời gian: 60- 90 phút

Phương pháp: Phỏng vấn sâu theo chủ đề

Nội dung: Theo 5 câu hỏi gợi ý:

2.4.6. Quy trình thu thập số liệu. Quản lý xử lý phân tích số liệu

2.4.6.1 Quy trình thu thập số liệu

- Phỏng vấn 100% bệnh nhân HIV/AIDS đang điều trị ngoại trú tại 10 đơn vị đã chọn theo phiếu phỏng vấn đã thiết kế sẵn từ tháng 3/2012 đến hết tháng 9/2012.

- Tổ chức 5 cuộc thảo luận nhóm với bệnh nhân HIV/AIDS theo danh sách được lựa chọn theo tiêu chuẩn từ tháng 3 đến hết tháng 12/2012.

- Phỏng vấn sâu có chủ đích 2 Giám đốc Bệnh viện, 4 Trưởng Phòng khám ngoại trú của 4 Bệnh viện/Trung tâm y tế, 1 đại diện của cơ quan Bảo hiểm xã hội, LĐTBXH Hà Nội, 5-10 Người nhà bệnh nhân, 5-10 bệnh nhân từ tháng 3/2013 đến hết tháng 10/2012.

Các phiếu phỏng vấn bệnh nhân được nhập số liệu từ 1/6/2013 đến 30/8/2013.

Thảo luận nhóm và phỏng vấn sâu sẽ gỡ băng từ hết năm 2013.

2.4.6.2. Phương pháp phân tích số liệu

Làm sạch số liệu:

▪ Đảm bảo tính logic của bộ câu hỏi; kiểm tra lại toàn bộ các câu trả lời trước khi nhập số liệu.

▪ Nhập lại 10% tổng số phiếu điều tra đã hoàn thành để đánh giá chất lượng của việc nhập số liệu điều tra đã hoàn thành.

▪ Chạy thử phần mềm xử lý số liệu tìm các lỗi do nhập số liệu sai, sót hoặc không hợp lệ

Nhập và phân tích số liệu:

▪ Nhập số liệu bằng phần mềm Epidata và sử lý bằng phần mềm SPSS 10.0.

Phân tích số liệu theo các bước: thống kê mô tả, thống kê đa biến so sánh tỷ lệ xác định mối liên quan. /

2.4.7. Sai số và khắc phục sai số

2.4.7.1. Các loại sai số có thể có

- Sai số chọn:

+ Do cán bộ 10 đơn vị chọn đối tượng nghiên cứu chưa phù hợp tiêu chuẩn

- Sai số hệ thống:

+ Do điều tra viên.

+ Do bộ câu hỏi.

+ Do đối tượng nghiên cứu.

- Sai số nhớ lại:

+ Do người phỏng vấn

+ Do người được phỏng vấn

2.4.7.2. Cách khắc phục sai số

- Tiến hành phỏng vấn thử để kiểm tra tính phù hợp của bộ câu hỏi và chất lượng thông tin thu thập được. Chỉnh sửa lại các phiếu phỏng vấn cho phù hợp. Giám sát chặt chẽ quá trình điều tra. Chọn điều tra viên có kinh nghiệm, có uy tín đối với BN. Sai số nhớ lại có thể xảy ra trong một số câu hỏi liên quan đến các kết quả điều trị thuốc ARV. Để hạn chế sai số này, cần

tập huấn kỹ cho điều tra viên về kỹ năng gợi ý, làm rõ và hỗ trợ để đối tượng nghiên cứu có thể nhớ lại chính xác nhất.

2.4.8. Vấn đề đạo đức của nghiên cứu

2.4.8.1. Thỏa thuận tham gia nghiên cứu

Mục đích của bản thỏa thuận này là cung cấp cho những người có thể tham gia nghiên cứu thông tin về nghiên cứu này, giúp họ quyết định có tham gia hay không. Họ cũng sẽ hiểu rằng việc tham gia vào nghiên cứu là hoàn toàn tự nguyện, và họ có thể ngừng việc tham gia nghiên cứu vào bất kỳ lúc nào mà không có ảnh hưởng nào về lợi ích của họ.

Người tham gia nghiên cứu sẽ tự đọc bản thỏa thuận tham gia nghiên cứu. Trong trường hợp người tham gia nghiên cứu không thể đọc vì bất kỳ lý do gì, người tiếp đón sẽ đọc giúp họ. Nếu họ có bất kỳ câu hỏi nào, điều tra viên có trách nhiệm giải đáp các câu hỏi đó.

Căn cứ quyết định số 228/QĐ-SKHCN, quyết định về việc phê duyệt kết quả nghiên cứu đề tài KH&CN cấp Thành Phố.

2.4.8.2. Các nguy cơ

Người tham gia nghiên cứu có thể cảm thấy không thoải mái khi được hỏi về các câu hỏi liên quan đến kì thị. Đối tượng cũng có thể cảm thấy lo lắng, hồi hộp trong quá trình phỏng vấn. Tuy nhiên, điều tra viên sẽ hỗ trợ và giúp giải tỏa tâm lý cho đối tượng.

Nguy cơ tâm lý và xã hội tiềm tàng liên quan đến sự riêng tư và bảo mật của khách hàng sẽ được giảm thiểu tối đa.

2.4.8.3. Lợi ích

Cộng đồng và quần thể đích trong nghiên cứu (người nhiễm HIV đang điều trị ARV) có thể được hưởng lợi vì kết quả của nghiên cứu sẽ được dùng cho việc thiết kế mô hình chăm sóc hỗ trợ trong tương lai.

2.4.8.4. Bảo mật

Thông tin thu thập chỉ được sử dụng cho mục đích nghiên cứu. Bộ câu hỏi và các công cụ nghiên cứu khác sẽ được lưu giữ an toàn trong tủ khóa, và chỉ một vài người nhất định có thể tiếp cận bộ số liệu này. Tất cả các công cụ nghiên cứu sẽ được xác định nhờ một bộ mã để đảm bảo tính bảo mật cho người tham gia nghiên cứu.

2.4.9. Hạn chế của nghiên cứu

- Nghiên cứu có những hạn chế của một nghiên cứu cắt ngang, đó là tất cả các yếu tố nghiên cứu đều được xác định tại cùng một thời điểm, khó xác định chính xác yếu tố căn nguyên.

- Nghiên cứu trên BN HIV/AIDS, nghiên cứu thu thập số liệu dựa vào sự nhớ lại và thái độ hợp tác của BN nên khó tránh khỏi những sai số.

- Điều tra viên là cán bộ y tế nên có thể bệnh nhân sẽ nói không đúng hoàn toàn sự thật.

- Vì kinh phí dành cho nghiên cứu có hạn nên số lượng bệnh nhân đưa vào nghiên cứu đông nhưng số được can thiệp theo nội dung của nghiên cứu rất ít 5%, thời gian can thiệp ngắn 12 tháng.

- Bệnh nhân nhiễm HIV/AIDS là những người sức khỏe yếu, trình độ văn hóa thấp, cuộc sống khó khăn, sinh hoạt thường không lành mạnh, chỗ ở hay thay đổi nên phỏng vấn đủ bệnh nhân mất rất nhiều thời gian.

CHƯƠNG 3

KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm nhân khẩu học của đối tượng nghiên cứu

Bảng 3.1: Phân bố đặc điểm nhân khẩu học của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Tuổi	3398	100
<i>Từ 16 tuổi - 29 tuổi</i>	595	17,5
<i>Từ 30 tuổi – 39 tuổi</i>	2276	67,0
<i>Từ 40 tuổi- 49 tuổi</i>	412	12,1
<i>>= 50 tuổi</i>	115	3,4
Giới tính	3398	100
<i>Nam</i>	2289	67,4
<i>Nữ</i>	1108	32,6
Trình độ học vấn	3398	100
<i>Mù chữ</i>	35	1,0
<i>Tiểu học (1 - 5)</i>	214	6,3
<i>Trung học cơ sở (6 – 9)</i>	1331	39,2
<i>Phổ thông trung học (10 – 12)/ Trung cấp nghề</i>	1363	40,1
<i>Cao đẳng, đại học</i>	448	13,2
<i>Sau đại học</i>	7	0,2
Tình trạng hôn nhân	3398	100
<i>Chưa vợ/chồng</i>	658	19,4
<i>Có vợ/chồng</i>	2032	59,9
<i>Li dị/ Li thân</i>	506	14,9
<i>Góa</i>	201	5,9

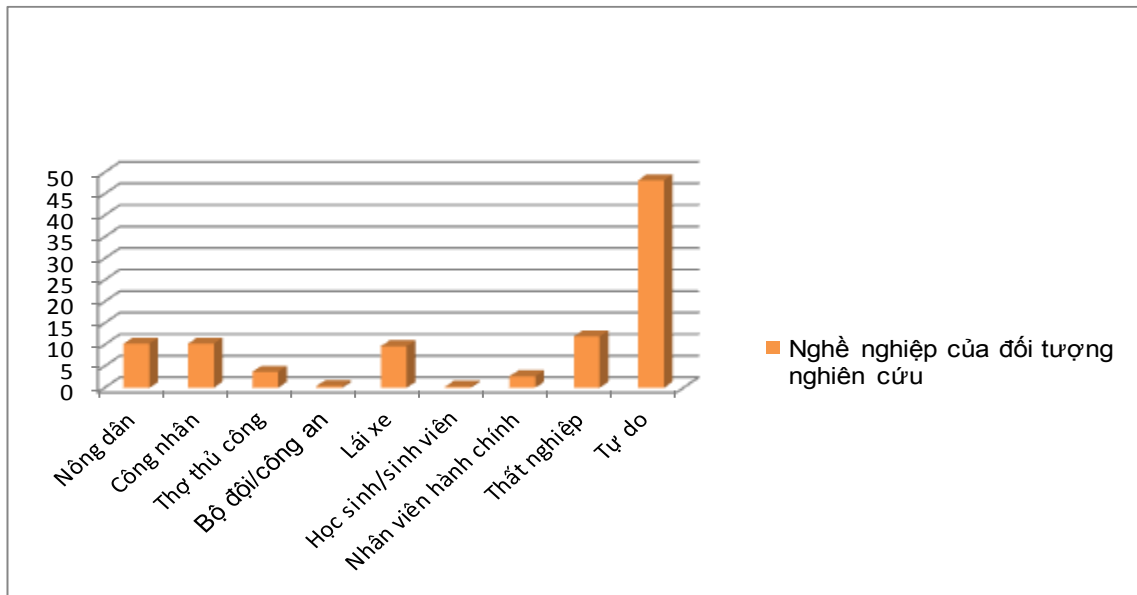
Người cùng chung sống	3398	100
<i>Vợ/chồng</i>	1950	57,4
<i>Bố /mẹ</i>	1134	33,4
<i>Anh/chị/em</i>	55	1,6
<i>Bạn/người khác</i>	89	2,6
<i>Một mình</i>	170	5,0
Tổng số người trong gia đình	3398	100
<i>Một mình</i>	221	6,5
<i>2 - 4 người</i>	2729	77,4
<i>Từ 5 người trở lên</i>	549	16,1
Thu nhập trung bình cả gia đình/tháng	3398	100
<i>< 500. 000 đồng/tháng</i>	344	10,1
<i>500.000 đ - < 1.000.000 đ/tháng</i>	690	20,3
<i>1.000.000 đ - < 2.000.000 đ/tháng</i>	1196	35,3
<i>> 2.000.000 đ/tháng</i>	1055	31,1
<i>Không biết</i>	111	3,3

Trong tổng số 3398 người nhiễm HIV/AIDS đang được điều trị ARV trong mẫu nghiên cứu, có đến 67,0% các đối tượng có độ tuổi từ 30-39 tuổi, trong độ tuổi 40 – 49 tuổi là 12,1%, tỷ lệ trong độ tuổi 16-29 là 17,5%, ngoài ra có một số ít trên 50 tuổi là 3,4%. Tỷ lệ nam giới chiếm đa số 67,4%.

Hầu hết các đối tượng đều đã tốt nghiệp trung học cơ sở (39,2%) hoặc phổ thông trung học, trung cấp nghề (40,1%), đặc biệt trình độ sau đại học còn có 7 đối tượng chiếm 0,2%, ngoài ra tỉ lệ mù chữ và tiểu học chiếm hơn 7,0%.

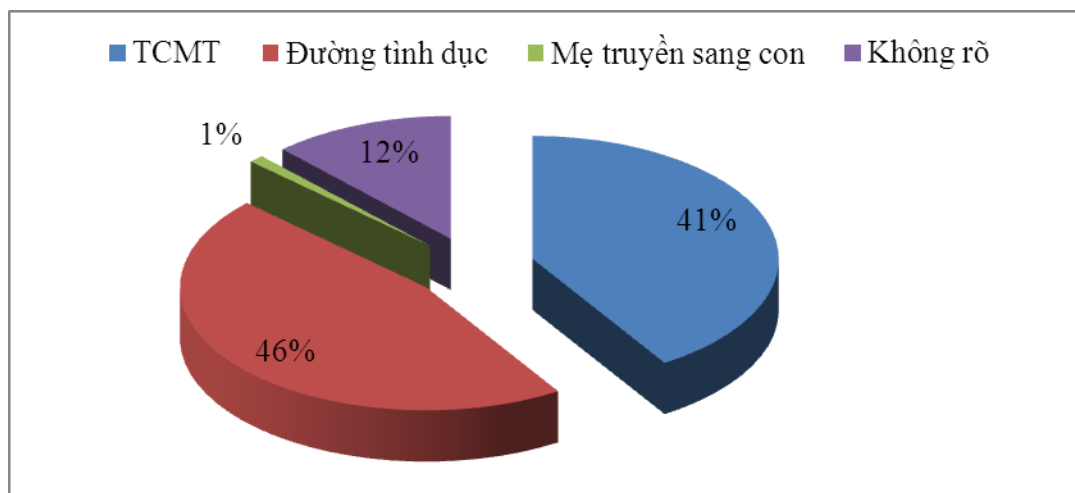
Phần lớn các đối tượng tham gia nghiên cứu đều đang có vợ/chồng (59,9%) và tỷ lệ họ sống chung với vợ/chồng của họ là 57,4% hoặc bố/mẹ là 33,4%.

Trong mẫu nghiên cứu, đa số tổng thu nhập bình quân của gia đình các đối tượng phỏng vấn là dưới 2.000.000 đồng/tháng. Trên tổng số 3285 đối tượng được phỏng vấn cho biết về tổng thu nhập của gia đình thì có đến 10,2% các gia đình có thu nhập dưới 500.000 đồng và 20,3% các gia đình có thu nhập từ 500.000 đến 1.000.000 đồng.



Biểu đồ 3.1: Nghề nghiệp của các đối tượng

Công việc chủ yếu của các đối tượng là tự do: 46,2%, chỉ có 37,3% các đối tượng báo cáo có nghề nghiệp ổn định hoặc đang đi học, số còn lại là thất nghiệp: 11,9%.



Biểu đồ 3.2: Các nguyên nhân lây nhiễm HIV

Trong mẫu nghiên cứu, tỷ lệ nguyên nhân lây nhiễm HIV qua đường tình dục có 1561 người chiếm tỷ lệ cao nhất chiếm 46%; tiếp đến là tỷ lệ lây truyền qua TCMT có 1391 người chiếm 41%; Không rõ nguyên nhân có 408 người chiếm 12%, Lây truyền từ mẹ sang con có 34 người chiếm 1%.

3.2. Thực trạng thẻ bảo hiểm y tế, nhu cầu và khả năng đáp ứng nhu cầu chăm y tế cho người nhiễm HIV được điều trị ARV tại thành phố Hà Nội năm 2012.

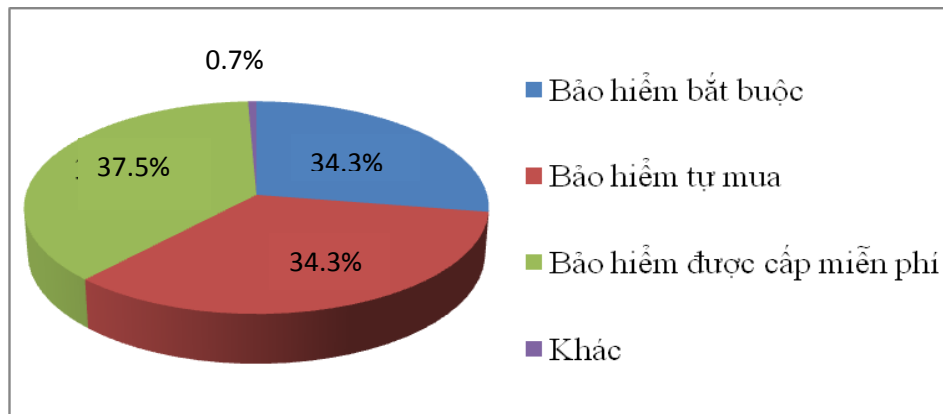
3.2.1. Thực trạng thẻ bảo hiểm y tế cho người nhiễm HIV được điều trị ARV tại thành phố Hà Nội năm 2012.

Trong số 3379 bệnh nhân có 99% thấy thẻ BHYT là cần thiết tuy nhiên số bệnh nhân hiểu về BHYT và có thẻ BHYT thì rất thấp.

Bảng 3.2: Tỷ lệ bệnh nhân biết, có thẻ BHYT, biết và được khám, chữa bệnh bằng thẻ BHYT(n=3379)

Nội dung		Số lượng	Tỷ lệ (%)
Bệnh nhân biết PK triển khai khám BHYT		504	14,9
BN có thẻ BHYT		461	13,6
BN khám, chữa bệnh bằng thẻ BHYT		452	13,3
Nội dung		Số lượng	Tỷ lệ (%)
Biết PK có khám có triển khai khám BHYT		657	19,6
Có thẻ BHYT		461	13,6
Trong số 461 người có BHYT đi khám bệnh	Khám bệnh 1 lần	93	20,1
	Khám bệnh 2 lần	190	41,2
	Khám bệnh 3 lần	132	28,7
	Khám bệnh 4 lần	25	5,4
	Khám bệnh >4 lần	12	2,6
	Không khám bệnh lần nào	9	1,9

Số BN biết phòng khám có triển khai khám BHYT 657 người (14,9%), số BN có thẻ BHYT 461 người (13,6%), số BN khám chữa bệnh bằng thẻ BHYT 452 người . Chủ yếu đi khám 2 lần 41,2%, khám 3 lần 28,7%, .có 1,9% không khám bệnh bằng thẻ BHYT mặc dù có thẻ BHYT.



Biểu đồ 3.3: Tỷ lệ các nguồn thẻ BHYT của bệnh nhân (n=461)

Thẻ BHYT mà phần lớn người nhiễm HIV/AIDS đang sử dụng là thuộc bảo hiểm được cấp miễn phí (37,5%): như bảo hiểm từ dự án hỗ trợ, bảo hiểm cho người nghèo...; ngoài ra còn có 34,3% người có thẻ BHYT tế là tự mua; một số các đối tượng khác 0,7%, BHYT bắt buộc 27,6%.

Bệnh nhân với bảo hiểm y tế còn nhiều ý kiến tiêu cực như “*bảo hiểm là bỏ khoản tiền thật nhận dịch vụ giả*”_ nam BN 47 tuổi ở phòng khám ngoại trú X, “*tôi có tham gia thẻ bảo hiểm y tế tại nhà nước bắt buộc mua*”_ nam BN 35 tuổi tại phòng khám ngoại trú Y; hay như việc sử dụng thẻ bảo hiểm y tế còn chưa hiệu quả “*...tôi có thẻ bảo hiểm y tế của hộ nghèo ở quê cấp phát cho nhưng tôi chưa sử dụng thẻ bảo hiểm y tế bao giờ...*”, “*...bệnh không nguy hiểm thì khám dịch vụ...*”_ nữ BN 30 tuổi tại phòng khám ngoại trú X.

Bảng 3.3: Khám và điều trị bệnh của bệnh nhân có thẻ BHYT (n=461)

Đặc điểm	Số lượng	Tỷ lệ%
Khám và điều trị các bệnh thông thường	424	92,1
các bệnh nhiễm trùng cơ hội có liên quan đến HIV/AIDS	439	95,2
Làm các xét nghiệm lâm sàng	242	52,6
Làm xét nghiệm phục vụ điều trị ARV	6	1,3
Không sử dụng thẻ BHYT	9	1,9

Trong số những BN có thẻ BHYT, thì tỷ lệ sử dụng khám bằng thẻ chủ yếu là các loại hình như: khám và điều trị các bệnh thông thường 92,1%, các bệnh nhiễm trùng cơ hội có liên quan đến HIV/AIDS 98,7%, làm các xét nghiệm lâm sàng 98,5%... có 9 bệnh nhân có thẻ BHYT nhưng chưa sử dụng lần nào.

Khi hỏi tại sao BHYT rất cần thiết cho người nhiễm HIV/AIDS nhưng lại không mua ngoài việc bệnh nhân còn có suy nghĩ tiêu cực về BHYT còn do “*Hiện nay chúng em vẫn được hỗ trợ thuốc điều trị ARV, đến khi nào hết hỗ trợ sẽ hay*” hoặc “*thẻ BHYT là rất cần và có nó cũng giúp nhiều khi khám bệnh nhưng khám kiểu gì và tiền mua nó ở đâu ra*” BN nữ tuổi Phòng khám Y.

Khi hỏi tại sao không sử dụng thẻ BHYT thì “*em sợ đi khám bệnh người ta đòi hỏi đầy đủ các giấy tờ, nhờ đâu họ biết bệnh của em thì sao...*”_ nam bệnh nhân 36 tuổi tại phòng khám ngoại trú Y. “*Đi khám bằng thẻ BHYT chỉ được vài viên thuốc mất thời gian phiền hà lắm cứ chạy ra hiệu thuốc mau mấy viên về uống là xong*” Bn nam 23 tuổi phòng khám X.

Khi hỏi về vai trò của BHYT thì “*Em nghĩ BHYT rất quan trọng với chúng em nhưng hiện nay khi đi khám bằng thẻ BHYT thì chỉ được khám bệnh các bệnh bình thường còn các thuốc cần thiết cho hỗ trợ điều trị ngay cả các xét nghiệm chúng em phải làm để giúp điều trị cũng không được chán lắm, nhà nước phải có cách chứ sau này không được hỗ trợ thuốc điều trị thì chết chúng em*” Bn nữ 34 tuổi phòng khám X. “*Điều trị ARV và một số xét nghiệm hiện nay đang được hỗ trợ hoàn toàn từ dự án Quỹ Toàn Cầu nên các cơ sở khám và điều trị ARV là của dự án hỗ trợ, tới đây khi nguồn tài trợ không còn thì việc chi trả của BHYT là hiệu quả nhất để người bệnh tiếp tục được điều trị và giảm gánh nặng tài chính cho người bệnh*” lãnh đạo Cục PC HIV/AIDS.

Khi hỏi về những thuận lợi khó khăn khi mua thẻ BHYT đa số bệnh nhân đều nói quy trình quá rắc rối “*khi đi mua thẻ phải mang hộ khẩu, chứng minh thư nhân dân, nhưng chúng tôi là KT2 mà cũng sợ người ta biết mình*

là bị HIV, nói chung rất lằng nhằng” BN nữ 34 tuổi. “Đa số bệnh nhân đều sợ đi mua thẻ BHYT nên nếu hỗ trợ thì dự án phải làm việc với BHXH để mua cho bệnh nhân được BHYT tại PKĐK của Tây Hồ luôn mặc dù có những BN không ở Tây Hồ” Cán bộ phụ trách phần hỗ trợ chăm sóc Y tế .

3.2.2. Nhu cầu, thực trạng và khả năng đáp ứng nhu cầu chăm sóc y tế cho người nhiễm HIV được điều trị ARV tại thành phố Hà Nội năm 2012.

Chăm sóc y tế cho bệnh nhân điều trị ARV được nghiên cứu thông qua 4 phần:

- + Hỗ trợ kiến thức để nâng cao kiến thức giúp bệnh nhân tự chăm sóc sức khỏe tốt hơn.
- + Hỗ trợ khám và điều trị các bệnh nhiễm trùng cơ hội
- + Hỗ trợ dinh dưỡng nâng cao thể trạng cho bệnh nhân
- + Hỗ trợ tinh thần cho bệnh nhân như hỗ trợ giảm kỳ thị phân biệt đối xử, hỗ trợ kinh phí tạo việc làm, hỗ trợ việc làm và hỗ trợ pháp lý.

3.2.2.1. Thực trạng và nhu cầu hỗ trợ chăm sóc y tế cho người nhiễm HIV.

- Thực trạng, nhu cầu cung cấp kiến thức.

Bảng 3.4: Thực trạng các kiến thức mà người nhiễm HIV/AIDS điều trị ARV nhận thấy cần cung cấp (n=3.219)

Lý do cần được cung cấp thông tin	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Để có kiến thức mà người nhiễm HIV/AIDS bắt buộc phải nắm được (đường lây nhiễm, điều trị ARV, NTCH	2.788	86,6
Để phòng lây nhiễm HIV cho gia đình và cộng đồng	2.379	73,9
Có kiến thức về dinh dưỡng khi điều trị ARV	981	30,5
Có kiến thức và kỹ năng tuyên truyền cho người khác	338	10,5
Khác (Chính sách, bảo hiểm y tế cho người nhiễm,...)	5	0,2

Những kiến thức mà người nhiễm HIV/AIDS bắt buộc phải nắm được 86,6%, để phòng lây nhiễm HIV cho gia đình và cộng đồng 73,9%, dinh

đường để điều trị ARV có hiệu quả 30,5%, để có kiến thức và kỹ năng tuyên truyền cho người khác 10,5% về BHYT, chính sách của Đảng nhà nước rất thấp 0,2%. Lý do thấp là “Hiện nay điều trị HIV/AIDS chưa được BHYT chi trả nên chúng tôi tổ chức tuyên truyền về BHYT rất ít” Bs tại PKNT X

Trong số 3.398 đối tượng được tham gia phỏng vấn, chỉ có 3353 đối tượng trả lời câu hỏi về nội dung kiến thức mà người nhiễm HIV điều trị ARV nhận được.

Bảng 3.5: Thực trạng các nội dung kiến thức người nhiễm HIV/AIDS đang điều trị ARV nhận được (n=3.353)

Nội dung kiến thức được cung cấp	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Kiến thức về HIV/AIDS: tình hình dịch, đường lây nhiễm NTCH và cách phòng, chống	3.120	93,0
Kiến thức về thuốc ARV, tác dụng phụ của thuốc và cách xử trí và hiệu quả điều trị ARV	1.564	46,6
Kiến thức về dinh dưỡng, về chế độ ăn khi điều trị ARV	1.474	44,0
Để phòng lây nhiễm HIV cho gia đình và cộng đồng	3315	93,5%;
Kiến thức về kỹ năng tuyên truyền cho người khác	676	20,6%.
Kiến thức về chủ trương, chính sách của Đảng và Nhà nước đối với người nhiễm HIV/AIDS	657	19,6%

Nội dung chủ yếu mà người nhiễm HIV/AIDS đang điều trị ARV nhận được là các kiến thức chung về HIV/AIDS chiếm 93,0% so với tỷ lệ người bệnh được cung cấp những kiến thức về thuốc ARV, các tác dụng phụ, cách xử trí hoặc kiến thức về tuân thủ điều trị, chế độ dinh dưỡng vẫn còn nhiều hạn chế chỉ mới chiếm 46,6% và 44,0%; phòng lây nhiễm HIV cho gia đình và cộng đồng được nhận tỷ lệ cao: 93,5%; tỷ lệ nhận được kiến thức về kỹ năng tuyên truyền thấp 20,6%, người nhiễm HIV/AIDS điều trị ARV nhận

được các thông tin liên quan đến chủ trương, chính sách và BHYT đối với người nhiễm HIV/AIDS thấp 19,6%

Bảng 3.6: Tỷ lệ người nhiễm HIV/AIDS được cung cấp kiến thức từ cán bộ truyền thông tại phòng khám (n=3.219)

Cán bộ cung cấp kiến thức	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Bác sĩ	3.050	90,6
Y sĩ	348	10,4
Y tá	440	13,1
Dược sĩ	116	3,5
Không biết	113	3,4

Trong tổng số 3.219 người bệnh trả lời về người đã cung cấp các kiến thức có liên quan về HIV/AIDS và điều trị ARV cho họ là ai 90,6% trả lời từ bác sĩ của phòng khám, từ y sĩ chiếm 10,4%, từ y tá là 13,1% và một số ít người báo cáo rằng được cung cấp kiến thức từ dược sĩ chiếm 3,5%. Tuy nhiên vẫn có 113 (chiếm 3,5%) trường hợp báo cáo rằng họ không biết người đã cung cấp kiến thức cho họ là ai.

Trong số 3.398 đối tượng được tham gia phỏng vấn, chỉ có 3.379 đối tượng trả lời câu hỏi về nhu cầu được cung cấp kiến thức.

Bảng 3.7: Người nhiễm HIV/AIDS điều trị ARV có nhu cầu và được cung cấp kiến thức (n= 3.379)

Thấy cần được cung cấp kiến thức	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Có nhu cầu cung cấp kiến thức	3.219	95,3
Không có nhu cầu cung cấp kiến thức	149	4,4
Được cung cấp kiến thức	3353	99,2
Không được cung cấp kiến thức	26	0,8

Theo bảng trên, nhu cầu, mong muốn được cung cấp các kiến thức về các nội dung liệt kê ở trên, thì có đến 95,3% người nhiễm HIV/AIDS đang điều trị ARV thấy có nhu cầu. Có 99,2% số người nhiễm HIV/AIDS điều trị ARV được cung cấp thông tin về HIV/AIDS và điều trị ARV.

Trong số 3.398 đối tượng được tham gia phỏng vấn, chỉ có 3.219 đối tượng trả lời câu hỏi về các kiến thức mà người nhiễm HIV điều trị ARV nhận thấy cần cung cấp

*** Thực trạng và nhu cầu hỗ trợ dinh dưỡng.**

Bảng 3.8: Nhu cầu và thực trạng hỗ trợ dinh dưỡng cho người nhiễm HIV/AIDS (n= 3379)

Hỗ trợ dinh dưỡng		Số lượng	Tỷ lệ (%)
Có nhu cầu hỗ trợ dinh dưỡng		3379	100
Có được hỗ trợ dinh dưỡng		552	16,2
Trong đó	Gạo	436	87,6
	Dầu	401	80,5
	Sữa	426	85,5
	Tiền cho thực phẩm ăn hàng ngày	17	3,4
	Bánh, kẹo, thực phẩm chức năng.	14	2,8
	Khác (Thuốc bổ, Vi tamin ...)	336	60,1

Khi hỏi 3379 bệnh nhân về mong muốn được hỗ trợ dinh dưỡng thì 100% các đối tượng đều trả lời rất cần, có 552 bệnh nhân nhận được các hỗ trợ về dinh dưỡng, chiếm 16,2%. Trong số 552 bệnh nhân nhận được hỗ trợ dinh dưỡng số dinh dưỡng nhận được thì tỷ lệ bệnh nhân nhận được hỗ trợ bằng các hiện vật như: gạo, dầu, sữa là nhiều và ở mức cao. Số người nhận được tiền để mua thực phẩm cho bữa ăn hàng ngày chỉ có 3,4%. Nhận được thuốc bổ để nâng cao thể trạng cao 60,1%.

Số loại dinh dưỡng bệnh nhân được hỗ trợ

Bảng 3.9: Tỷ lệ bệnh nhân được hỗ trợ các loại dinh dưỡng (n= 552)

Hỗ trợ các loại dinh dưỡng	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Được hỗ trợ 5 loại thực phẩm	0	0,0
Được hỗ trợ 4/5 loại thực phẩm	5	0,8
Được hỗ trợ 3/5 loại thực phẩm	424	73,9
Được hỗ trợ 2/5 loại thực phẩm	51	9,6
Được hỗ trợ 1/5 loại thực phẩm	82	15,7

Theo khung tiêu chí xây dựng thì mỗi loại thực phẩm dinh dưỡng bệnh nhân được hỗ trợ sẽ được đánh giá 1 điểm. Qua phỏng vấn 552 bệnh nhân được hỗ trợ dinh dưỡng thì có 73,9% bệnh nhân được 3 loại hỗ trợ và được 3 điểm ,chỉ có 0,8% bệnh nhân được 4 loại hỗ trợ.

- Thể trạng bệnh nhân được nhận hỗ trợ dinh dưỡng:

Theo lâm sàng được đánh giá qua 3 biểu hiện tác dụng phụ của thuốc ARV, cân nặng của BN, các biểu hiện NTCH.

Bảng 3.10: Thể trạng bệnh nhân sau khi được hỗ trợ dinh dưỡng (n=552)

Nội dung	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Số BN thấy thể trạng tốt lên sau khi được hỗ trợ dinh dưỡng	498	84,5
Giảm tác dụng phụ (buồn nôn, mẩn ngứa..)	465	84,1
Tăng cân nặng	435	78,9
Giảm các nhiễm trùng cơ hội	386	69,9

Sau phi phỏng vấn 552 bệnh nhân có nhận được hỗ trợ dinh dưỡng về tình trạng sức khỏe sau khi nhận hỗ trợ có 84.1 % thấy giảm tác dụng phụ của thuốc điều trị ARV, có 78,9% tăng cân nặng, có 69,9% giảm các NTCH. Khi hỏi cán bộ Y tế về vai trò hỗ trợ dinh dưỡng cho bệnh nhân điều trị ARV đều nói rất cần thiết “Bệnh nhân điều trị ARV là điều trị kéo dài suốt đời

nhiều loại thuốc trên bệnh nhân suy giảm miễn dịch nên dinh dưỡng phải đủ để có hiệu quả điều trị tuy nhiên họ đều rất khó khăn nên hỗ trợ cho họ là rất cần thiết” BS tại TTYT Z.

*** Thực trạng, nhu cầu về khám và điều trị HIV/AIDS và các bệnh liên quan đến HIV/AIDS năm 2012**

- Thực trạng và nhu cầu khám và điều trị ARV

Bảng 3.11: Tỷ lệ bệnh nhân được nhận được hỗ trợ cho điều trị ARV

<i>Nội dung hỗ trợ</i>	<i>Số người</i>	<i>Tỷ lệ%</i>
Thuốc điều trị ARV	3379	100
Thuốc bổ trợ cho điều trị (Vitamin, thuốc giải độc..)	1963	58,1
Xét nghiệm máu	1681	49,2
Xét nghiệm CD4	938	27,8

Hiện nay điều trị ARV vẫn đang được cấp thuốc hoàn toàn từ dự án Quỹ Toàn Cầu nên số BN được hỗ trợ thuốc ARV là 100%, tuy nhiên hiện nay nguồn hỗ trợ từ các tổ chức quốc tế cắt giảm mạnh nên số bệnh nhân được hỗ trợ thuốc bổ trợ (58%), hỗ trợ xét nghiệm máu (49,2%) xét nghiệm CD4 (27,8%), số BN không được hỗ trợ phải tự bỏ tiền chi trả cho các nội dung này,

- Thực trạng và nhu cầu khám và điều trị NTCH

Người nhiễm HIV bị suy giảm miễn dịch nên họ dễ mắc các bệnh NTCH vì vậy 100% các bệnh nhân đều có nhu cầu được chăm sóc y tế. Trong cuộc thảo luận nhóm với bệnh nhân tại phòng khám ngoại trú, có bệnh nhân cho biết “tôi thấy sốt nhiều về chiều, mệt mỏi, ăn kém, tôi thấy rất cần thiết về chăm sóc y tế...” _ nữ bệnh nhân 28 tuổi tại phòng khám ngoại trú X.

Bảng 3.12: Điều trị nhiễm trùng cơ hội cho bệnh nhân (n = 3.379)

STT	Điều trị nhiễm trùng cơ hội		Số lượng	Tỷ lệ (%)	
1	Không khám nhiễm trùng cơ hội		783	23,2	
2	Khám nhưng không phát hiện nhiễm trùng cơ hội		935	27,7	
3	Khám và phát hiện có nhiễm trùng cơ hội		1661	49,1	
	Trong đó	Không được hỗ trợ điều trị	101	6,1	
		Được cấp thuốc một phần	74	4,5	
		Điều trị hoàn toàn	1486	89,4	
	Trong đó	Có biểu hiện nhẹ và vừa		771	76,5
		Có biểu hiện nặng		390	23,5
		Trong đó	Được chuyển tuyến	365	93,7
Không được chuyển tuyến			25	6,3	

Trong tổng số 3.379 đối tượng phỏng vấn có tham gia trả lời về các bệnh nhiễm trùng cơ hội thì có đến 783 người chiếm 23,2% nói rằng họ chưa từng được khám các bệnh nhiễm trùng cơ hội, có 1661 đối tượng chiếm 49,1% được khám phát hiện các bệnh nhiễm trùng cơ hội. Trong số đối tượng được khám và phát hiện NTCH có 1486 người được điều trị các bệnh NTCH và 74 người được cấp một phần thuốc điều. Đặc biệt khi tìm hiểu về các biểu hiện nặng của nhiễm trùng cơ hội thì có 390 bệnh nhân nói rằng họ có các biểu hiện nặng, số được chuyển tuyến kịp thời 365 người.

Bảng 3.13: Tỷ lệ BN nhận được phòng khám có cấp thuốc nâng cao thể trạng, và tỷ lệ các loại thuốc nhận được (n=3379)

TT	Các thuốc nâng cao thể trạng	Số lượng	Tỷ lệ (%)
1	Không được cung cấp thuốc nâng cao thể trạng	1963	58,1
2	Được cung cấp thuốc nâng cao thể trạng	1416	41,9
	+ Được nhận thuốc bổ gan	555	39,2
	+ Được nhận thuốc vitamin	845	59,7
	+ Thuốc khác (sắt, kẽm...)	15	1,1

Khi hỏi về người nhiễm có được cung cấp các thuốc tăng cường thể trạng trong tổng số 3379 BN thì mới chỉ có 41,9% BN nói là có, có 1984 bệnh nhân chiếm 58,1% nói họ không được nhận thuốc hỗ trợ nâng cao thể trạng, chỉ có 1415 người chiếm 41,98% nói rằng họ có được nhận thuốc hỗ trợ nâng cao thể trạng được 2 điểm cho tiêu chí này.

“Số thuốc nâng cao thể trạng nhận được so với yêu cầu sử dụng là rất thấp chỉ được khoảng từ 20% đến 40%, BN phải tự mua thuốc để sử dụng tiếp đủ liều kể cả BN có thẻ BHYT vì hiện nay chưa có điều trị cho BN HIV qua BHYT” bác sĩ điều trị tại PKNT huyện K.

“Ở phòng khám chỗ chúng tôi có cấp thuốc thêm thuốc vitamin 3B và Boganic nhằm nâng cao thể trạng cho BN đang điều trị ARV nhưng cũng chỉ có 6 tháng thôi hết dự án là hết” bác sĩ điều trị tại PKNT quận M.

“Thuốc hỗ trợ nâng cao thể trạng là của dự án nếu ở phòng khám nào có triển khai dự án thì BN ở đó mới được cấp thuốc còn chúng tôi kê đơn để BN mua uống thêm tuy nhiên cũng chỉ có số ít là có đủ tiền để mua” bác sĩ điều trị tại PKNT quận X.

*** Thực trạng, nhu cầu hỗ trợ xã hội.**

Qua phỏng vấn 3.379 bệnh nhân trong 2 năm qua họ có được nhận những hỗ trợ về xã hội thì kết quả các nội dung hỗ trợ như sau:

Bảng 3.14: Tỷ lệ bệnh nhân đã từng được nhận hỗ trợ trong 2 năm qua

Nội dung hỗ trợ xã hội	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Hỗ trợ pháp lý	763	23
hỗ trợ tư vấn chống kỳ thị phân biệt đối xử	1081	32
Hỗ trợ học nghề và việc làm	743	22
Hỗ trợ kinh phí phục vụ sinh hoạt	946	28
Hỗ trợ thẻ bảo hiểm y tế	372	11
Hỗ trợ lương thực thực phẩm	1858	55
Hỗ trợ khác (sách vở, học tập của con em....)	372	11

Hỗ trợ pháp lý 23 %, hỗ trợ tư vấn chống kỳ thị phân biệt đối xử 32 %, hỗ trợ việc làm 22,0%, hỗ trợ kinh phí phục vụ sinh hoạt 28%, hỗ trợ thẻ BHYT 11,0%, hỗ trợ lương thực thực phẩm 55,0%, hỗ trợ khác 11%.

Qua phỏng vấn 3.379 bệnh nhân, thì 100% bệnh nhân trả lời rất cần được hỗ trợ về xã hội. Cụ thể các nội dung hỗ trợ như sau:

Bảng 3.15: Nhu cầu nội dung hỗ trợ xã hội của bệnh nhân

Nội dung hỗ trợ xã hội	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Hỗ trợ pháp lý	3379	100
hỗ trợ tư vấn chống kỳ thị phân biệt đối xử	3379	100
Hỗ trợ học nghề và việc làm	3142	93,0
Hỗ trợ kinh phí phục vụ sinh hoạt	3244	96,0
Hỗ trợ thẻ bảo hiểm y tế	2872	85,0
Hỗ trợ lương thực thực phẩm	3210	95,0
Hỗ trợ khác (sách vở, học tập của con em....)	2482	75,0

Hầu hết những người nhiễm HIV/AIDS đang điều trị ARV mong muốn được nhận hỗ trợ pháp lý cùng (100%), hỗ trợ tư vấn chống kỳ thị phân biệt đối xử 100% , Ngoài ra, họ cũng mong muốn được nhận các hỗ trợ xã hội khác như hỗ trợ việc làm (93,0%), hỗ trợ kinh phí phục vụ sinh hoạt (96%), hỗ trợ thẻ BHYT (85,0%), hỗ trợ lương thực thực phẩm (95,0%) và các hỗ trợ khác 75%

Thực trạng kỳ thị phân biệt đối xử của người nhiễm HIV/AIDS.

Bảng 3. 16: Thực trạng người nhiễm HIV/AIDS bị kỳ thị, phân biệt đối xử (n=3379)

Thực trạng bị kỳ thị, phân biệt đối xử		Số lượng	Tỷ lệ (%)
Không bị kỳ thị, phân biệt đối xử		1544	45,7
Có bị kỳ thị, phân biệt đối xử		1835	54,3
Trong đó	Công khai tình trạng nhiễm	513	15,2
	Không dám công khai tình trạng nhiễm	1322	39,1

Có tới 39,1% người nhiễm HIV/AIDS dấu kín tình trạng nhiễm của mình. Có 15,2% các đối tượng giám công khai tình trạng nhiễm, chỉ có 45,7% trả lời là không bị kỳ thị và phân biệt đối xử khi nói ra mình là người nhiễm HIV/AIDS.

Bảng 3.17: Tỷ lệ các địa điểm mà người nhiễm HIV/AIDS điều trị ARV từng bị kỳ thị, phân biệt đối xử

Địa điểm đã từng bị phân biệt đối xử	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Trong gia đình	193	37,0
Ngoài xã hội	428	82,1
Khác(cơ sở Y tế, CLB/NTL..)	36	6,9

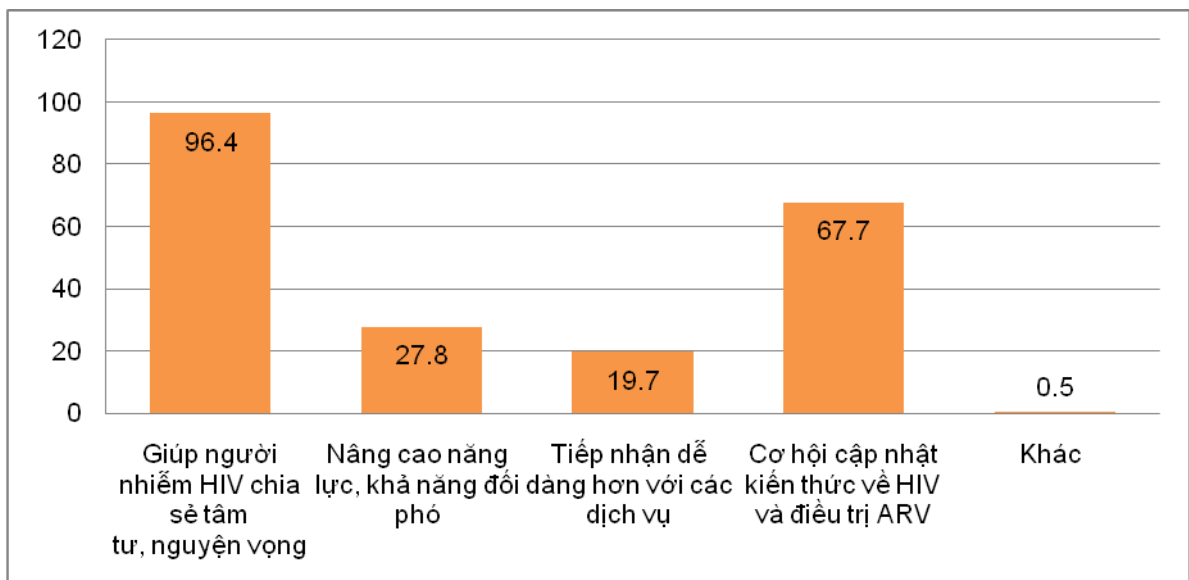
Trong số 513 người nhiễm HIV/AIDS dám công khai danh tính và chịu sự kỳ thị, phân biệt đối xử thì khi được hỏi họ bị phân biệt đối xử từ phía xã hội hay ở tại chính gia đình mình thì có 82,1% cho biết họ bị kỳ thị và phân biệt đối xử từ phía xã hội, có 37,0% khẳng định họ bị chính gia đình của mình kỳ thị, sự kỳ thị tại cơ sở Y tế và CLB..6,9%.

Bảng 3.18: Tỷ lệ hình thức mà người nhiễm HIV/AIDS điều trị ARV bị kỳ thị, phân biệt đối xử tại PKNT

Hình thức bị kỳ thị, phân biệt đối xử	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Lời nói, cử chỉ	19	70,4
Hành động trực tiếp	2	7,4
Khác(ánh mắt...)	6	22,2

70,4% trong số này cho biết họ bị kỳ thị của những người xung quanh thông qua lời nói, cử chỉ 7,4%, là bằng hành động trực tiếp 22,2% là dưới những hình thức khác.

Thực trạng hỗ trợ sinh hoạt CLB/NTL



Biểu đồ 3.4: Tỷ lệ các nội dung hoạt động hiệu quả của CLB/NTL

Biểu trên đã tóm tắt kết quả những nội dung hoạt CLB/NTL mà người nhiễm HIV/AIDS cho đó là những hoạt động đem lại hiệu quả cao cho người

nhiễm HIV/AIDS: chia sẻ tâm tư, nguyện vọng (96,4%); Kể đến là hoạt động trợ giúp cơ hội cập nhật kiến thức về HIV và điều trị ARV (67,7%); Trợ giúp nâng cao năng lực, khả năng ứng phó với HIV/AIDS (27,8%); Trợ giúp tiếp cận dễ dàng hơn với các dịch vụ khác 19,7%.

Bảng 3.19: Tỷ lệ người nhiễm HIV/AIDS điều trị ARV tham gia CLB/NTL và lý do người nhiễm không tham gia CLB/NTL (n=3379)

Tham gia CLB/NTL		Số lượng	Tỷ lệ%
Có		173	5,4
Không		3206	94,6
Trong đó	Không thích	822	25,6
	Không biết tham gia ở đâu	1674	52,2
	Không thấy hiệu quả	108	3,4
	Không có thời gian	602	18,8

Kết quả bảng cho thấy tỷ lệ người nhiễm HIV/AIDS điều trị ARV tham gia CLB/NTL rất thấp, chỉ chiếm 5,4% trong tổng số điều tra. Những người cho biết lý do không tham gia câu lạc bộ, nhóm tự lực, đa phần là do họ không biết tham gia ở đâu (52,2%) và không thích tham gia (25,6%). Tuy nhiên vẫn còn có đến 18,8% nói rằng họ không có thời gian và 3,37% cho rằng những nhóm này hoạt động không có hiệu quả.

Thực trạng thu nhập, đào tạo nghề, giới thiệu việc làm của người nhiễm HIV

Bảng 3.20: Thu nhập nghề, việc làm của người nhiễm HIV/AIDS (n=3379)

Nguồn thu nhập chính	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Không có nguồn thu nhập	267	7,9
Nguồn thu không ổn định	2179	64,4
Nguồn thu ổn định	937	27,7
Được cho vay vốn hoặc giới thiệu việc làm	265	0,8

Phân tích kết quả điều tra cho thấy trong tổng số 3379 người có báo cáo về nguồn thu nhập thì có đến 7,9% là không có nguồn thu và 64,4% là từ nguồn

thu không ổn định. Chỉ có một số rất ít 265 người nhiễm (chiếm tỷ lệ 0,8%) được các PKNT cho vay vốn và gợi ý giới thiệu việc làm.

3.2.2.2. khả năng đáp ứng nhu cầu chăm sóc y tế cho người nhiễm HIV được điều trị ARV tại thành phố Hà Nội năm 2012.

- Tổng điểm đánh giá và kết quả (Theo bảng điểm phụ lục 10).

Bảng 3.21: Tỷ lệ phân bố khả năng đáp ứng hỗ trợ chăm sóc y tế cho người nhiễm HIV/AIDS tại các phòng khám

STT	Phòng khám	Tổng số người	Đáp ứng hỗ trợ kiến thức		Đáp ứng hỗ trợ dinh dưỡng		Đáp ứng hỗ trợ điều trị		Đáp ứng hỗ trợ xã hội	
			Đạt	Tỷ lệ (%)	Đạt	Tỷ lệ (%)	Đạt	Tỷ lệ (%)	Đạt	Tỷ lệ (%)
1	Tây Hồ	656	183	27,9	122	18,5	281	42,9	105	16,0
2	BV Hà Đông	646	142	22,0	72	11,1	199	30,9	85	13,2
3	Thanh Xuân	112	38	31,7	8	10,0	32	40,5	23	29,1
4	Sóc Sơn	68	14	20,6	10	14,7	22	32,4	11	16,2
5	BV Phôi	160	42	26,3	17	10,6	66	41,3	40	25,0
6	BV 09	250	70	28,0	30	11,9	128	51,2	62	24,8
7	BV Đống Đa	696	172	24,7	58	8,3	205	29,4	110	15,8
8	Đống Đa	169	65	38,5	23	13,5	65	38,5	33	19,5
9	Đông Anh	579	213	36,9	89	14,5	254	41,4	133	21,7
10	Ba Vì	43	5	11,6	11	25,6	10	23,3	3	7,0
Tổng số		3379	944	27,9	430	12,7	1254	37,1	605	17,9

* Khả năng đáp ứng nhu cầu chăm sóc Y tế thấp

- Trong tổng số 10 phòng khám được điều tra thì tại phòng khám ngoại trú TTYT Quận Đống Đa có tỷ lệ đạt về khả năng đáp ứng kiến thức là cao nhất (38,46%). Tỷ lệ đạt về khả năng đáp ứng kiến thức thấp nhất là tại TTYT huyện Ba Vì (11,63%).

*** Khả đáp ứng nhu cầu về hỗ trợ khám và điều trị HIV/AIDS và các bệnh liên quan đến HIV/AIDS..**

Trong tổng số 10 phòng khám được điều tra thì tại phòng khám ngoại trú Bệnh viện 09 có tỷ lệ đạt về khả năng đáp ứng lớn nhất (51,2%), thấp nhất là TTYT huyện Ba Vì (23,3%).

***Khả năng đáp ứng nhu cầu hỗ trợ xã hội**

Trong tất cả 10 Phòng khám ngoại trú, PK Thanh Xuân là có tỷ lệ bệnh nhân đánh giá đạt về chăm sóc, hỗ trợ xã hội cao nhất (29,11%); Kế đến là Bệnh viện Phổi Hà Nội & Bệnh viện 09 (25% & 24,8%) và tỷ lệ đánh giá đạt thấp nhất là Phòng khám ngoại trú TTYT huyện Ba Vì chỉ có 7,0%.

“ Nếu mình tổ chức tốt việc hướng nghiệp cho người bệnh tạo cho họ có công ăn việc làm thu nhập ổn định nó cũng giúp cho sức khỏe của họ được nâng cao” Cán bộ khoa HTCSTD Quỹ PC HIV/AIDS

Bảng 3.22: Trung bình đánh giá khả năng đáp ứng hỗ trợ chăm sóc y tế tại các phòng khám ngoại trú điều trị ARV

STT	Phòng khám	Hỗ trợ kiến thức		Hỗ trợ dinh dưỡng		Hỗ trợ chăm sóc, điều trị		Hỗ trợ chăm sóc xã hội	
		TB	TV	TB	TV	TB	TV	TB	TV
1	Tây Hồ	18,0	17	3,1	2	7,1	6	8,3	8
2	BV Hà Đông	17,5	17	2,0	0	5,9	6	7,1	6
3	Thanh Xuân	18,7	18	2,3	2	7,0	6	9,2	10
4	Sóc Sơn	18,3	18	3,1	2	6,3	5	9,6	10
5	BV Phổi	18,1	18	2,3	2	6,9	6	9,2	10
6	BV 09	18,3	18	2,5	2	7,6	9	9,0	10
7	BV Đống Đa	17,0	16	1,8	0	5,6	6	7,1	6
8	Đống Đa	18,9	18	2,8	2	7,1	6	8,9	10
9	Đông Anh	18,7	18	2,7	2	7,3	6	8,5	8
10	Ba Vì	18,3	18	3,8	2	6,0	5	9,7	10

Trung bình điểm đánh giá đáp ứng kiến thức cho bệnh nhân tại các phòng khám cũng xấp xỉ nhau, không có sự chênh lệch, điểm trung bình đánh giá thấp nhất tại phòng khám BV Đông Đa là 17,0 và cao nhất tại phòng khám ngoại trú TTYT quận Đông Đa là 18,9.

Trung bình điểm đánh giá về chăm sóc dinh dưỡng cho bệnh nhân, thấp nhất tại phòng khám BV Đông Đa là 1,81 và cao nhất tại phòng khám ngoại trú TTYT huyện Ba Vì là 3,79.

Trung bình điểm đánh giá về khám và điều trị bệnh cho bệnh nhân cũng xấp xỉ nhau cho thấy không có sự chênh lệch nhiều, phòng khám BV Đông Đa là thấp nhất 5,62 và cao nhất tại phòng khám ngoại trú BV 09 là 7,62.

Trung bình điểm đánh giá về đáp ứng hỗ trợ chăm sóc xã hội cũng không có sự chênh lệch nhiều cao nhất Phòng khám Sóc sơn 9,6 thấp nhất là BV Hà Đông và BV Đông Đa 7,1.

3.2.2.3. Một số yếu tố liên quan đến sự đáp ứng nhu cầu hỗ trợ chăm y tế cho người nhiễm HIV/AIDS đang điều trị ARV.

Yếu tố được cung cấp kiến thức

Bảng 3.23: Mối liên quan giữa đáp ứng về dinh dưỡng và việc được cung cấp kiến thức về dinh dưỡng cho bệnh nhân

Được cung cấp kiến thức về dinh dưỡng	Đáp ứng về dinh dưỡng		Tổng	OR 95%CI
	Đạt	Không đạt		
Có	410	2724	3134	OR=0,65
Không	20	199	219	
P <0.05				95% CI = (0,41 – 0,84)

Có mối liên quan giữa việc cung cấp kiến thức và đánh giá sự đáp ứng dinh dưỡng ($\chi^2 = 3,18, p < 0.05$). Có sự khác biệt về kết quả đánh giá sự đáp ứng dinh dưỡng giữa các nhóm đối tượng được cung cấp kiến thức và không

được cung cấp kiến thức về dinh dưỡng. Tỷ số chênh giữa hai nhóm này là 0,65, nhóm không được cung cấp kiến thức về dinh dưỡng có kết quả đánh giá sự đáp ứng về dinh dưỡng thấp bằng 0,65 lần nhóm được cung cấp kiến thức. Khoảng tin cậy 95% của tỷ số chênh này là từ 0,41 đến 0,84.

Bảng 3.24: Mối liên quan giữa được cung cấp thông tin kiến thức và khả năng đáp ứng các nhu cầu về xã hội

Được cung cấp kiến thức	Đánh giá khả năng đáp ứng về xã hội		Tổng
	Đạt	Không đạt	
Có	605	2748	3,353
Không	0	26	26
p <0,05		$\chi^2 = 5,71$	

Có sự khác biệt về đánh giá khả năng đáp ứng nhu cầu xã hội giữa nhóm được cung cấp và không được kiến thức ($\chi^2 = 5,71$, $P < 0,05$). 100% những người không được cung cấp kiến thức về HIV/AIDS và điều trị ARV đều không đạt về đánh giá khả năng đáp ứng xã hội.

Bảng 3.25: Mối liên quan giữa thái độ kì thị của nhân viên ở PKNT với khả năng đáp ứng về chăm sóc y tế cho người nhiễm HIV/AIDS

Thái độ kì thị, phân biệt đối xử của cán bộ ở PKNT	Đáp ứng về chăm sóc y tế		Tổng	OR 95%CI
	Đạt	Không đạt		
Có	17	56	73	OR = 0,97 95% CI = (0,95 – 0,99)
Không	1237	2071	3308	
p <0,05				

Qua khảo sát trên 3.379 người có trả lời về thái độ kì thị của nhân viên PKNT, đã tìm ra mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa thái độ kì thị, phân biệt đối xử của cán bộ PKNT với đánh giá khả năng đáp ứng về chăm sóc y tế

($\chi^2 = 2,95$, $p < 0,05$). Và sự khác biệt về khả năng đáp ứng về chăm sóc y tế giữa các nhóm là có ý nghĩa thống kê.

Bảng 3. 26: Mối liên quan giữa trình độ học vấn, đáp ứng các nhu cầu chăm sóc xã hội

Trình độ học vấn	Đáp ứng về xã hội		Tổng	OR	95% CI
	Đạt	Không đạt			
Mù chữ	0	35	35		
Tiểu học (1-5)	25	189	214	1,00	1,00 – 1,00
Trung học cơ sở (6-9)	196	1130	1326	1,31	0,84 – 2,04
Phổ thông trung học (10-12)	276	875	1151	2,38	1,54 – 3,69
Trung cấp/Nghề	65	135	200	3,64	2,18 – 6,07
Cao đẳng. đại học	41	405	446	0,76	0,45 – 1,29
Sau đại học	2	5	7	3,02	0,55 – 16,42
P < 0,001		$\chi^2 = 103,52$			

Phân tích trên tổng số 3379 người bệnh có điểm số đánh giá về đáp ứng nhu cầu chăm sóc xã hội, chúng tôi đã tìm thấy có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa trình độ học vấn của người bệnh và khả năng đáp ứng nhu cầu chăm sóc xã hội ($\chi^2 = 103,52$ với $p < 0,001$).

Bảng 3.27: Mối liên quan giữa không công khai tình trạng nhiễm HIV của người bệnh và khả năng đáp ứng các nhu cầu xã hội.

Công khai tình trạng nhiễm	Đáp ứng về hỗ trợ xã hội		Tổng	
	Đạt	Không đạt		
Chưa công khai	271	1042	1313	
Đã công khai	334	1732	2066	
p < 0,001		$\chi^2 = 10,92$	OR=0,74	95% CI = (0,62 – 0,88)

Phân tích trên tổng số 3379 BN có điểm số đánh giá về đáp ứng nhu cầu chăm sóc xã hội, chúng tôi đã tìm thấy có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa

việc công khai tình trạng nhiễm và đánh giá khả năng đáp ứng về xã hội ($p < 0.001$, $\chi^2 = 10,92$). Tỷ số chênh giữa hai nhóm là 0,74, điều này có nghĩa khả năng đáp ứng về xã hội giữa những BN công khai tình trạng nhiễm của mình chỉ bằng 0,74 lần so với những người chưa công khai (khoảng tin cậy 95% là từ 0,62 đến 0,88).

Bảng 3.28: Mối liên quan giữa thu nhập bình quân của gia đình/tháng và khả năng đáp ứng các nhu cầu xã hội.

Thu nhập bình quân của gia đình/tháng	Đánh giá khả năng đáp ứng về xã hội		Tổng	OR	95% CI
	Đạt	Không đạt			
Dưới 500.000 đồng	74	270	344	1,00	1,00 – 1,00
Từ 500.000 đến 1.000.000 đồng	128	551	679	0,84	0,61 – 1,17
Từ 1.000.000 đến 2.000.000 đồng	258	936	1,194	1,01	0,97 – 1,35
Trên 2.000.000	135	917	1052	0,36	0,39 – 0,73
P < 0,001		$\chi^2 = 38,82$			

Có sự khác biệt về khả năng đáp ứng xã hội giữa các nhóm đối tượng có thu nhập khác nhau với giá trị kiểm định khi bình phương $\chi^2 = 38,82$ và mức ý nghĩa thống kê $p < 0,001$. Tỷ số chênh OR trong nhóm có thu nhập bình quân từ 500.000 đồng đến 1.000.000 có khả năng đáp ứng về chăm sóc xã hội đạt thấp chỉ bằng 0,84 lần và ở nhóm từ 2.000.000 đồng trở lên là 0,36 lần so với nhóm dưới 500.000 đồng.

3.3. Hiệu quả can thiệp hỗ trợ thẻ BHYT cho người nhiễm HIV/AIDS tại Quận Thanh Xuân năm 2013

Dựa vào mô hình lý thuyết chuẩn MMFED tại phụ lục 9 [51] và kết quả phân tích các điều kiện tại các phòng điều trị ARV của Thành phố, chúng tôi chọn 1 phòng khám điều trị ARV để can thiệp áp dụng mô hình. Thời gian áp dụng = 1 năm.

3.3.1. Lý do lựa chọn: Phòng khám ngoại trú quận Thanh Xuân.

So sánh với mô hình lý thuyết chuẩn, Phòng khám Thanh Xuân đáp ứng:

Cấu phần	Mô hình lý thuyết chuẩn	Phòng khám Thanh Xuân
Nhân lực	Gồm 4 nhân viên và một trưởng phòng khám là bác sĩ được đào tạo về HIV/AIDS.	Có 01 bác sỹ đã qua tập huấn về chẩn đoán và điều trị HIV/AIDS, 03 điều dưỡng có trình độ trung học đã qua tập huấn về chẩn đoán và điều trị , 02 dược sỹ có trình độ trung học, 01 hành chính, 01 chuyên trách kiểm soát nhiễm khuẩn
Cơ sở vật chất	Phòng khám theo đúng diện tích và chức năng Nơi bảo quản và cấp phát thuốc kháng HIV Trang thiết bị	Gồm có 5 phòng trong đó: phòng khám diện tích 14m2, phòng tư vấn diện tích 10m2, khu vực chờ khám bệnh, nơi bảo quản và lưu trữ sổ sách, hồ sơ bệnh án. Phòng dược cấp phát thuốc ARV theo đúng quy định, Quy chế công tác khoa Dược thuộc Quy chế bệnh viện ban hành kèm theo Quyết định số 1895/1997/BYT-QĐ Thông tư số 09/2010/TT-BYT ngày 28/4/2010 về “Hướng dẫn quản lý chất lượng thuốc Có đầy đủ trang thiết bị theo quy định
Kinh phí	+ Nguồn kinh phí do ngân sách nhà nước chi hàng năm; + Nguồn kinh phí viện trợ	Nguồn kinh phí từ ngân sách nhà nước Nguồn kinh phí từ Dự án Quỹ toàn cầu Nguồn kinh phí từ Dự án “Hỗ trợ chăm sóc bệnh nhân nhiễm HIV/AIDS tại TP Hà Nội năm 2012 ” do cơ quan hỗ trợ phát triển Australia
Đáp ứng một phần nhu cầu	Hỗ trợ chăm sóc y tế, Bảo hiểm y tế Hỗ trợ kiến thức Hỗ trợ dinh dưỡng Hỗ trợ xã hội	Tập huấn kiến thức cho bệnh nhân, nhóm nòng cốt Cấp phát thẻ BHYT cho bệnh nhân. Cấp phát thuốc bổ gan, vitamin nhóm B cho bệnh nhân. Buổi thảo luận giữa cơ quan y tế và các nhà chức trách của chính quyền địa phương

Áp dụng can thiệp theo mô hình MMFED, được triển trên cơ sở các phần đã có sẵn tại cơ sở Y tế Thanh Xuân, can thiệp cho 100% BN .

3.3.2. Nội dung triển khai can thiệp: can thiệp vào nội dung thuộc các cấu phần cụ thể sau: cấu phần cơ sở vật chất thuộc cấu phần kinh phí.

3.3.3. Nội dung triển khai can thiệp

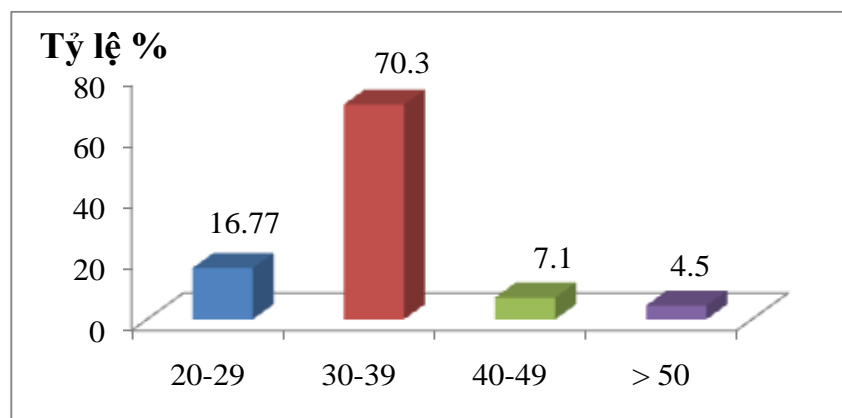
Hỗ trợ kiến thức cho 126 bệnh nhân của PK NT Thanh Xuân

Hỗ trợ thẻ BHYT cho 110 bệnh nhân

Hỗ trợ thuốc nâng cao thể trạng cho 126 bệnh nhân

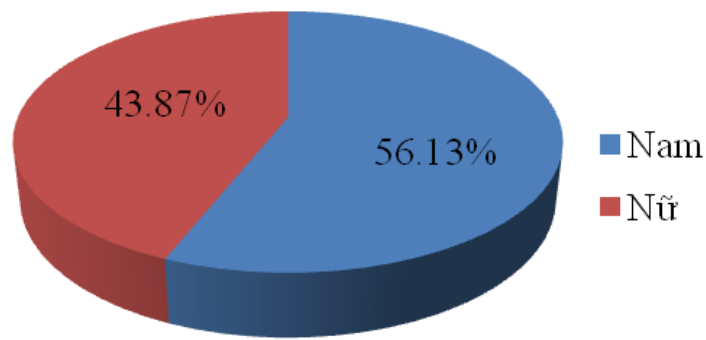
3.3.4. Kết quả can thiệp

3.3.4.1 Thông tin chung về đối tượng nghiên cứu can thiệp (n=126)



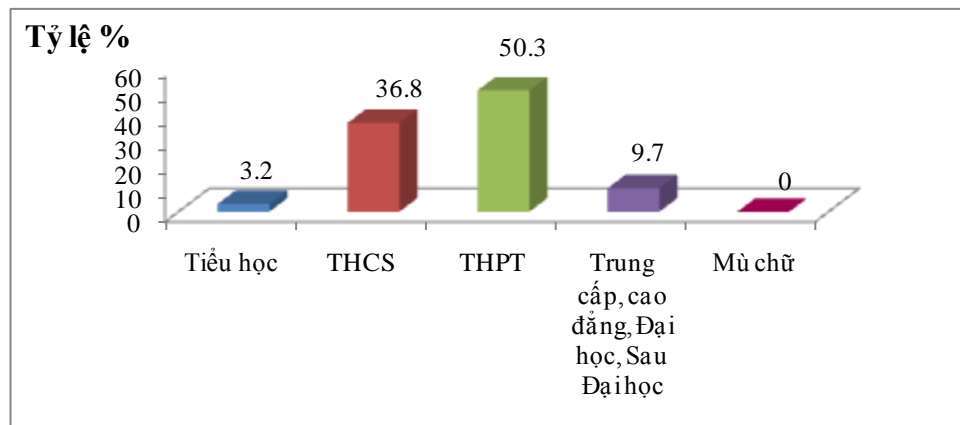
Biểu đồ 3.5: Nhóm tuổi của tượng nghiên cứu

Trong tổng số đối tượng tham gia đánh giá, tuổi trung bình của các đối tượng là 34,7, người ít tuổi nhất là 25 tuổi và nhiều nhất là 57 tuổi (khoảng tin cậy 95% là từ 33,70 đến 35,71). Độ tuổi trung niên (từ 30 – 39 tuổi) chiếm số đông, số này là 70.3% các đối tượng. Ngoài ra tỷ lệ nhóm từ 20 - 29 tuổi là 16,8%, nhóm tuổi từ 40 – 49 chiếm 7,1% và có 5,8% là trên 50 tuổi.



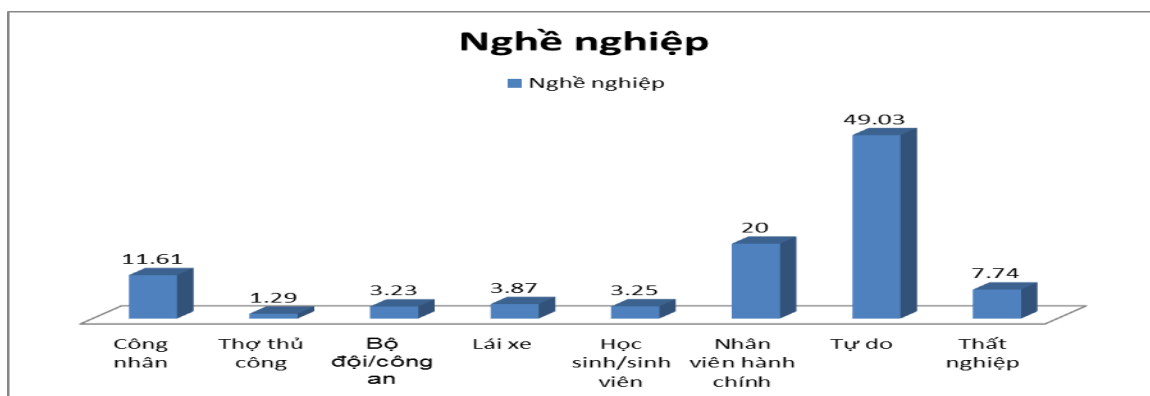
Biểu đồ 3.6: Tỷ lệ giới tính

Tỷ lệ nam, nữ trong nghiên cứu này cũng xấp xỉ bằng nhau, nam chiếm 56,13% và nữ là 43,87%.



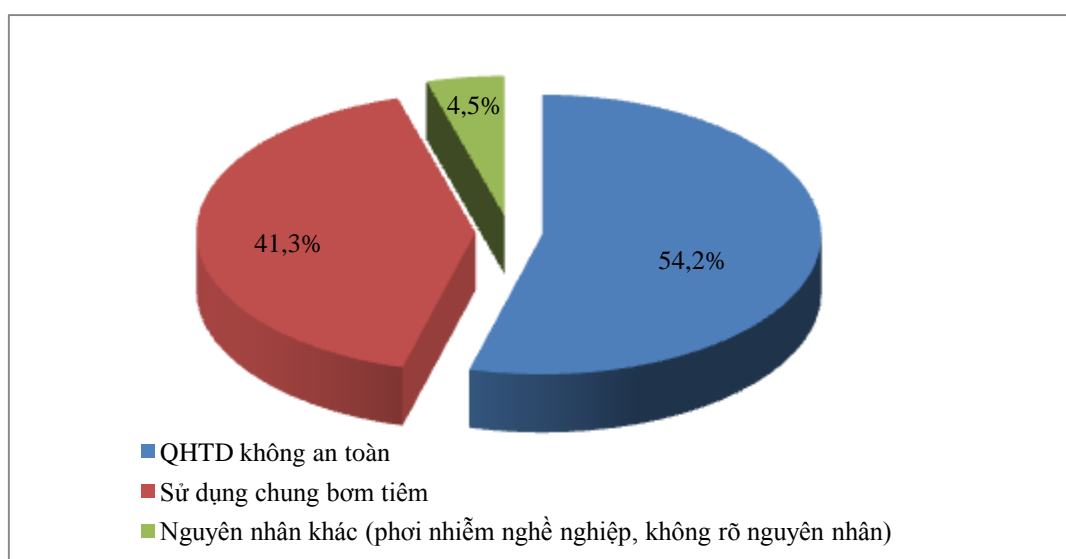
Biểu đồ 3.7: Trình độ học vấn của đối tượng nghiên cứu

Trình độ học vấn của các đối tượng, đa số ở bậc trung học cơ sở (36,8%) và phổ thông trung học (50,3%), ngoài ra cũng có đến 9,7% đã tốt nghiệp trung cấp, cao đẳng, đại học và sau đại học. Tuy nhiên vẫn có 3,2% có trình độ học vấn ở bậc tiểu học.



Biểu đồ 3.8: Nghề nghiệp của đối tượng nghiên cứu

Nghề nghiệp của các đối tượng tương đối đa dạng, nhưng chiếm phần lớn vẫn là những nghề tự do (49,0%), chủ yếu đây là những đối tượng đang làm các nghề kinh doanh buôn bán nhỏ, xe ôm, lao động chân tay... Số thất nghiệp chiếm 7,7%, chủ yếu các đối tượng này đều thấy sức khỏe kém, không đủ khả năng để đi làm.



Biểu đồ 3.9: Nguyên nhân lây nhiễm HIV của đối tượng nghiên cứu.

Tỷ lệ các đối tượng cho biết về nguyên nhân lây nhiễm HIV từ quan hệ tình dục không an toàn là nhiều nhất (54,2%), sau đó là do sử dụng chung bơm kim tiêm (41,3%), ngoài ra còn có 4,5% là nguyên nhân khác, bao gồm cả phơi nhiễm khi làm việc và không rõ nguyên nhân.

Bảng 3.29: Số bệnh nhân có tham gia BHYT trước khi can thiệp

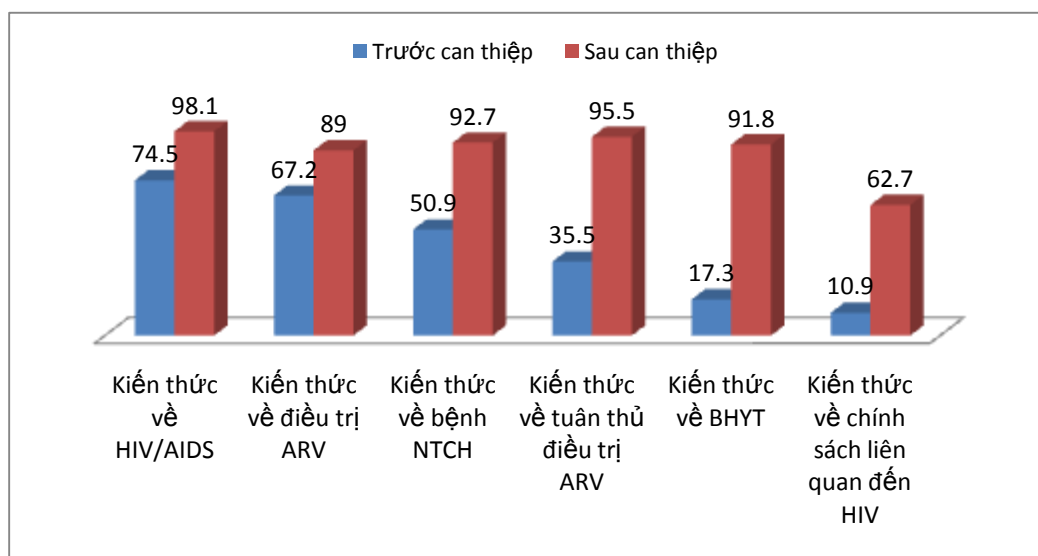
TT	Nội dung	Số lượng	Tỷ lệ
1	Số bệnh nhân có thẻ BHYT	16 /126	12.7
2	Thẻ BHYT bắt buộc	6/16	32.5
3	Thẻ BHYT tự nguyện	2/16	12.5
4	Thẻ BHYT người nghèo	8/16	50.0

Trong số 126 BN tại phòng khám có 12.7% BN có thẻ BHYT, trong số bệnh nhân có thẻ BHYT thì có 32.5% thẻ BHYT bắt buộc đó là số người đang đi làm, số tự nguyện mua BHYT 12.5%, BHYT của người nghèo chiếm 50%.

3.3.4.2. Hiệu quả can thiệp

* Hiệu quả về kiến thức :

Sau khi triển khai lớp tập huấn, số lượng học viên có kiến thức đúng về những vấn đề này đã được tăng lên rõ ràng thể hiện biểu đồ



Biểu đồ 3.10: So sánh kiến thức bệnh nhân trước và sau can thiệp

Tăng từ 74,5% lên 98.1% hiểu đúng về dịch HIV/AIDS, tăng từ 62,7% lên 89% kiến thức về điều trị ARV, tăng từ 50,9 đến 92,7% kiến thức về NTCH, tăng từ 5,5% đến 95,5% kiến thức về tuân thủ điều trị ARV, tăng

từ 17,3 lên 91,8% kiến thức về BHYT và tăng từ 10,9 % lên 62,7% kiến thức về chính sách của Đảng và nhà nước liên quan đến HIV/AIDS Khi được phỏng vấn sâu về những kiến thức được cung cấp trong các lớp tập huấn, các đối tượng có cho biết: “*Cung cấp kiến thức là cần chứ ạ. HIV/AIDS thì người ta tuyên truyền phòng chống nhiều ở ngoài đấy, nhưng để cụ thể về những thông tin mới cho việc chữa bệnh này, các thuốc bồi bổ này hay các bệnh nhiễm trùng cơ hội rồi Bảo hiểm Y tế nữa thì làm gì có ở ngoài nhiều đâu các chị, không tham gia những lớp như thế này thì bọn em làm sao mà biết được những thông tin đó*” nam bệnh nhân 26 tuổi. Hay như : “*Kiến thức là cần chứ cô, bình thường cái gì mình thắc mắc là cũng muốn biết, biết rõ rồi, bây giờ mắc bệnh nữa, thiếu kiến thức làm sao mà biết cách chữa bệnh, làm cho người mình khỏe lên được*” nữ bệnh nhân 25 tuổi.

Bảng 3.30: Hiệu quả can thiệp kiến thức trước và sau can thiệp

Kiến thức của bệnh nhân	Trước can thiệp (%) (p1)	Sau can thiệp (%) (p2)	HQ can thiệp (%) $| (p1 - p2)/p1 |$
Kiến thức về HIV/AIDS	74,5	98,1	31,7
Kiến thức về điều trị ARV	67,2	89,0	32,4
Kiến thức về bệnh NTCH	50,9	92,7	82,1
Kiến thức về tuân thủ điều trị ARV	35,5	95,5	169,0
Kiến thức về BHYT	17,3	91,8	430,6
Kiến thức về chính sách liên quan tới HIV	10,9	62,7	475,2

Kiến thức của bệnh nhân sau khi can thiệp đều tăng lên đáng kể. Đặc biệt, kiến thức về tuân thủ điều trị ARV, kiến thức về BHYT và kiến thức về chính sách liên quan đến HIV đều tăng đáng kể với hiệu quả can thiệp lần lượt là 169,0%, 430,6% và 475,2%.

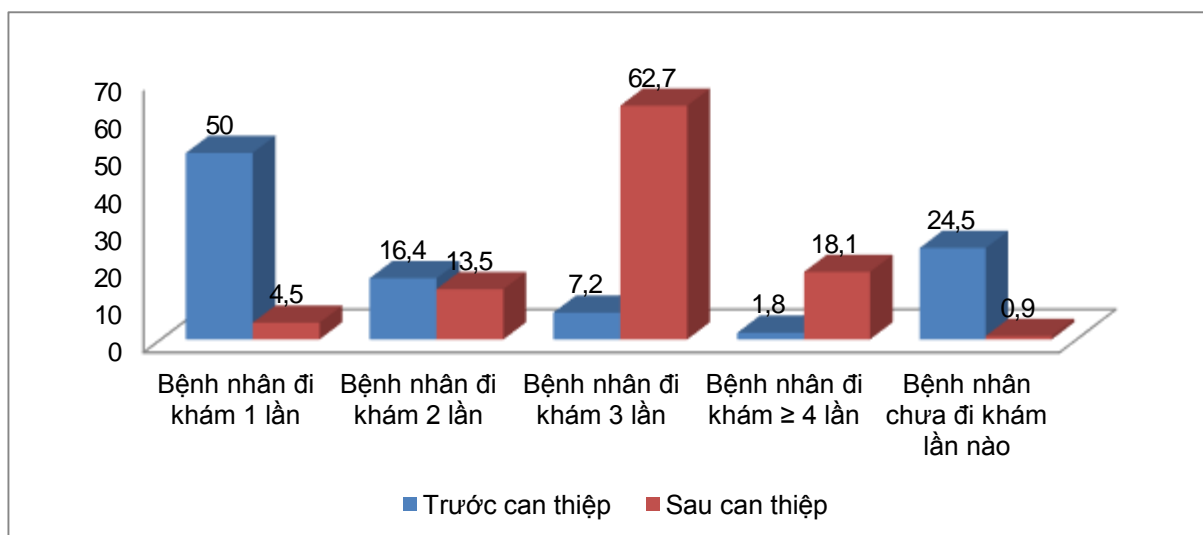
Bảng 3.31: Kết quả thu được của học viên sau thảo luận nhóm

Nội dung	Đạt			Không đạt		
	Trước	Sau	Hiệu quả can thiệp	Trước	Sau	Hiệu quả can thiệp
Hiểu đúng về truyền thông sáng tạo	10%	86%	76%	90%	74%	-24%
Hiểu đúng về tư vấn, sinh hoạt nhóm	8%	82%	74%	92%	28%	-64%

Tỷ lệ BN hiểu đúng về truyền thông sáng tạo trước can thiệp 10% sau can thiệp tăng 86%, hiểu đúng về tư vấn, sinh hoạt nhóm trước can thiệp 8% sau can thiệp 82%. Do đó, 98,92% số họ cảm tưởng rất vững vàng trong việc đối mặt với các khó khăn và 93,02% thấy tự tin khi chia sẻ các kiến thức có liên quan đến HIV/AIDS với những người cùng hoàn cảnh sau khóa học.

***Hiệu quả hỗ trợ thể BHYT**

Sau can thiệp số lần bệnh nhân đi khám tăng rõ rệt theo biểu đồ sau.



Biểu đồ 3.11: So sánh của số lần khám bệnh

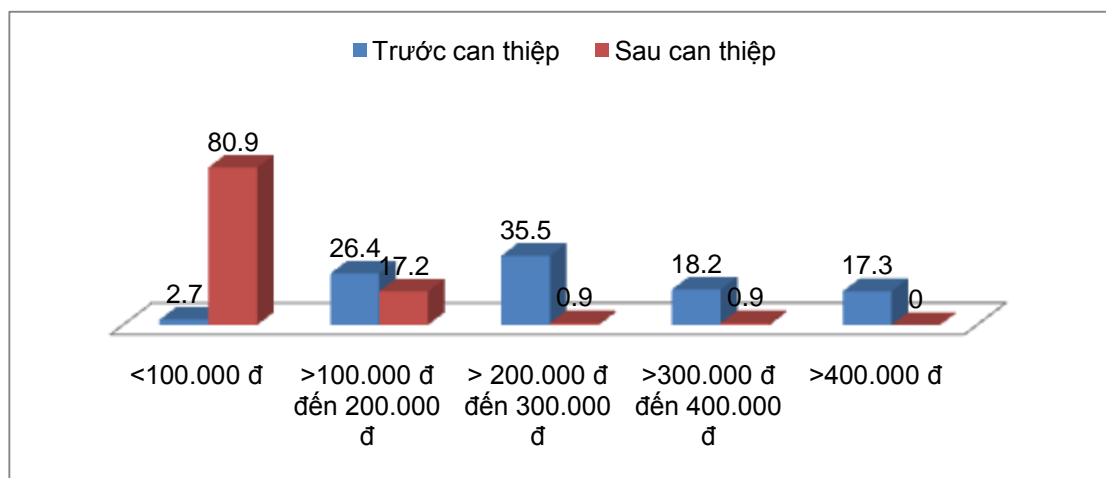
Trước can thiệp bệnh nhân đi khám 3 lần chiếm tỷ lệ cao nhất 62,7%; tiếp đến bệnh nhân đi khám trên 4 lần chiếm tỷ lệ 18,1%; bệnh nhân đi khám 2 lần chiếm tỷ lệ 13,6%; bệnh nhân đi khám 1 lần chiếm tỷ lệ 4,5%. Thấp

nhất là tỷ lệ bệnh nhân chưa đi khám lần nào chiếm 0,9% . Sau can thiệp số bệnh nhân đi khám 1 lần chiếm tỷ lệ cao nhất chiếm 50%; tiếp đến là bệnh nhân chưa đi khám lần nào chiếm 24,5%; tiếp đến là bệnh nhân đi khám 2 lần chiếm 16,4%. Bệnh nhân đi khám 3 lần chiếm tỷ lệ 7,2%. Tỷ lệ thấp nhất là tỷ lệ bệnh nhân đi khám trên 4 lần chiếm 1,8%.

Bảng 3.32: Hiệu quả số lần khám bệnh của bệnh nhân trước sau can thiệp

<i>Số lần khám bệnh</i>	<i>Trước can thiệp (%) (p1)</i>	<i>Sau can thiệp (%) (p2)</i>	<i>HQ can thiệp (%) | (p1 – p2)/p1 |</i>
BN đi khám 1 lần	50	4,5	91,0
BN đi khám 2 lần	16,4	13,5	17,7
BN đi khám 3 lần	7,2	62,7	770,8
BN đi khám ≥ 4 lần	1,8	18,1	905,6
BN chưa đi khám lần nào	24,5	0,9	96,3

Sau can thiệp, số bệnh nhân chưa đi khám bệnh lần nào và số bệnh nhân chỉ được đi khám bệnh 1 lần hoặc 2 lần giảm với hiệu quả can thiệp là 96,%, 91,0% và 17,7%. Bên cạnh đó, số bệnh nhân đi khám 3 lần và từ 4 lần trở lên tăng cao với hiệu quả can thiệp là 770.8% và 905,6%.



Biểu đồ 3.12: So sánh của kinh phí trước và sau khi can thiệp

Số bệnh nhân chi ít tiền cho 1 lần khám tăng, chi trả 100.000 đ/ 1 lần khám tăng từ 2,7 % đến 80,9% , số bệnh nhân chi nhiều tiền cho 1 lần khám giảm chi trả > 400.000 đ/ 1 lần khám giảm từ 17,3% xuống 0,0%.

Bảng 3.33: Hiệu quả can thiệp về kinh phí chi trả trong khám bệnh trước và sau can thiệp của bệnh nhân

Kinh phí khám bệnh	Trước can thiệp (%) (p1)	Sau can thiệp (%) (p2)	HQ can thiệp (%) $| (p1 - p2)/p1 |$
<100.000 đ	2,7	80,9	289,6
100.000 – 400.000 đ	80,1	9,0	88,8
>400.000 đ	17,3	0	100

Kinh phí cho việc khám bệnh của bệnh nhân sau can thiệp có xu hướng giảm. Chủ yếu sau can thiệp, bệnh nhân chỉ phải chi trả dưới 100.000 VNĐ cho khám bệnh, hiệu quả can thiệp là 289,6%. Không còn bệnh nhân nào phải chi trả trên 400.000 VNĐ cho khám bệnh với hiệu quả can thiệp là 100%.

Bảng 3.34: Tỷ lệ các bệnh được khám chữa bằng thẻ bảo hiểm y tế

Các bệnh được khám chữa bằng thẻ bảo hiểm y tế	Số lượng	Tỷ lệ
Bệnh thông thường	99	86,3
Bệnh nhiễm trùng cơ hội	86	78,1
Các xét nghiệm	119	99,0
Tất cả	92	83,6
Khác	42	32,7

Để khám những bệnh thông thường 86,3%, điều trị các bệnh NTCH 78,1, làm xét nghiệm 99%, và 83,6% dùng thẻ và 32,7% dùng thẻ khám các loại khác như khám thai, khám bệnh phụ khoa.. . Có BN cho biết: “đấy đợt cô nhận thẻ bảo hiểm y tế xong, cô cũng ra trung tâm y tế kiểm tra sức khỏe

này, khám không mất tiền đâu mà cũng nhanh, chứ cứ muốn đi khám nhưng rồi nghĩ đến kinh phí thì lại thôi vì sợ đi khám là tốn tiền” bệnh nhân nữ 51 tuổi, “em mong là năm sau lại có chương trình hỗ trợ thẻ như thế này nữa...” nam bệnh nhân 25 tuổi.

***Hiệu quả hỗ trợ dinh dưỡng cho bệnh nhân;**

Qua phỏng vấn định lượng 126 đối tượng trong danh sách tham gia NC, thì 100% BN được nhận 02 loại thuốc kể trên. có 11,61% các BN còn được kê thêm thuốc sắt, tuy nhiên loại thuốc này không nằm trong danh mục hỗ trợ, do đó người bệnh phải tự bỏ kinh phí để sử dụng.

Bảng 3.35: Cảm nhận của BN sau khi được hỗ trợ thuốc nâng cao thể trạng.

Nội dung	Số lượng	Tỷ lệ%
Rất cần thiết	126	100
cảm thấy cơ thể khỏe hơn	120	97,3
BN tăng cân với mức trung bình giao động từ 2-3kg	63	60,0
BN cho biết họ ăn ngủ tốt hơn sau khi sử dụng thuốc	116	91,0
BN cảm thấy giảm mắc các nhiễm trùng cơ hội,	39	35,5
BN giảm các dấu hiệu mẩn ngứa,	19	15,0
BN giảm tê bì chân tay từ sau khi sử dụng thuốc	14	11,0
Giảm tác dụng phụ không mong muốn của thuốc ARV. (buồn nôn, rụng tóc..)	25	26,0

100% các bệnh nhân cho biết việc hỗ trợ thuốc nâng cao thể trạng với họ là rất cần thiết. 97,3% bệnh nhân cảm thấy cơ thể khỏe hơn, 60% bệnh nhân tăng cân với mức trung bình giao động từ 2-3kg (mean = 2,78, khoảng tin cậy 95% từ 2,12 – 3,44), 91% cho biết họ ăn ngủ tốt hơn sau khi sử dụng thuốc, đặc biệt có 35,5%

Chỉ số men gan trung bình với chỉ số ALT là từ 20-40 U/l và AST từ 20 – 40 U/l, nếu men gan tăng từ 1-2 lần thì là mức độ nhẹ, tăng từ 2-5 lần là mức độ trung bình và trên 5 lần là mức độ nặng.

Bảng 3.36: Hiệu quả can thiệp về chỉ số men gan của các bệnh nhân trước và sau khi tham gia dự án

Chỉ số men gan	Trước dự án (p1)		Sau dự án (p2)		Hiệu quả can thiệp $| (p1 - p2)/p1 |$	
	ALT	AST	ALT	AST	ALT	AST
	N/%	N/%	N/%	N/%	N/%	N/%
Bình thường	29 23.2	35 29.0	32 27.9	42 33.6	20,3	15,9
Tăng nhẹ	36 29.7	38 31.0	36 30.3	35 27.1	2,0	12,6
Tăng trung bình	36 27.7	23 21.9	25 22.6	26 20.6	18,4	5,9
Tăng nặng	25 19.3	21 18.1	23 17.2	23 13.9	10,9	23,2

Theo như phiếu trích lục của 126 bệnh nhân có ghi chỉ số men gan, trước khi tham gia dự án thì chỉ có 29 đối tượng có chỉ số ALT và 35 đối tượng có chỉ số AST bình thường, tuy nhiên sau khi tham gia dự án thì số bệnh nhân có chỉ số ALT bình thường tăng là 31 và AST bình thường là 42 người. Chỉ số ALT giảm trung bình là 0,76 U/l và AST giảm trung bình là 3,21 U/l. Sau hỗ trợ, người có chỉ số ALT cao nhất là 373 U/l và AST cao nhất là 320 U/l. Các chỉ số men gan thay đổi được thể hiện tốt hơn.

Kết quả từ các cuộc phỏng vấn sâu cho biết, việc sử dụng thuốc nâng cao thể trạng là rất cần thiết, “*cần chứ chi, thuốc bổ hỗ trợ là rất cần thiết*”,

“em ngày trước hay bị mẩn ngứa ngoài da, nhưng từ sau khi có thuốc hỗ trợ bổ gan này cũng đỡ đi đây

****Tăng cường sự hỗ trợ từ chính quyền***

Tổ chức hội thảo với các cấp các ngành, cán bộ y tế, cán bộ BHXH về vấn đề chăm sóc y tế cho người nhiễm HIV/AIDS, đảm bảo người nhiễm HIV/AIDS tiếp tục điều trị NTCH và điều trị ARV, đưa BHYT cho người nhiễm HIV vào hệ thống khám chữa bệnh. Đảm bảo tài chính cho công tác phòng chống hỗ trợ chăm sóc người nhiễm HIV/AIDS.

- Tổ chức 1 lớp tập huấn hội thảo các ngành các cấp.
- Đào tạo 12 cán bộ và 24 cộng tác viên
- Làm việc BHXH Hà Nội để hỗ trợ BN mua thẻ BHYT.
- Tổ chức 1 hội nghị thảo luận về khó khăn thuận lợi trong quá trình triển khai can thiệp và kêu gọi sự ủng hộ từ chính quyền địa phương.

CHƯƠNG 4

BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Kết quả nghiên cứu trên 3.398 người nhiễm HIV/AIDS đang được điều trị ARV thì có đến 67,0% các đối tượng trong độ tuổi từ 30-39 tuổi, ngoài ra tỷ lệ trong độ tuổi 20-29 và 40-49 là gần tương đương như nhau (17,5%) và 12,1%). Trong mẫu nghiên cứu này tỷ lệ nam giới chiếm (67,4%), nữ giới chiếm (32,6%) nam nhiều hơn, tuy nhiên tỷ lệ nữ cao hơn nhiều so với nghiên cứu của Vũ Công Thảo nữ giới chiếm (19,1%) [43], điều này nói lên độ thay đổi tỷ lệ nam và nữ là phù hợp so với tình hình lây nhiễm HIV hiện nay bắt đầu có sự thay đổi, gia tăng lây nhiễm qua đường tình dục không an toàn. Độ tuổi chiếm đa số mẫu nghiên cứu này tương đương với nghiên cứu của Vũ Công Thảo, tỷ lệ đối tượng có độ tuổi 30- 39 là 59,1%; tỷ lệ nam là 69,3%. [43] Tuy nhiên tỷ lệ nhóm 20-29 tuổi và 40-49 tuổi lại có sự khác nhau, trong nghiên cứu của Vũ Công Thảo nhóm tuổi từ 20-29 là 27,5% và 40-49 tuổi là 13,4%. [43]. Độ tuổi 30 đến 39 chiếm cao điều này phù hợp vì độ tuổi này đã có kinh tế và có điều kiện để vui chơi giải trí cũng như theo thời gian nghiên cứu này là năm 2012 nên độ tuổi của đối tượng nhiễm HIV trong nghiên cứu cũng tăng theo.

Tỷ lệ thất nghiệp của các đối tượng trong nghiên cứu này là 11.92%. Số đối tượng thất nghiệp trong mẫu nghiên cứu này thấp hơn so với nghiên cứu của Vũ Công Thảo là 25,0% [47] và thấp hơn nhiều so với nghiên cứu tại bang New Orleans, Louisiana là 71%. Tỷ lệ các đối tượng làm các công việc tự do, không ổn định chiếm 46,16% tỷ lệ này cao hơn so với nghiên cứu của

Vũ Công Thảo là 39% [43]. Chủ yếu các đối tượng đều làm các công việc tự do như: lao động chân tay, kinh doanh buôn bán nhỏ... đây là một trong những đặc điểm đặc biệt về nghề nghiệp của các đối tượng nhiễm HIV/AIDS tại Hà Nội. Đặc biệt, có đến tận 20% làm nhân viên hành chính, đây là đối tượng thuộc diện ẩn, khó khi tiếp cận và họ cũng e ngại khi tham gia các chương trình hỗ trợ, điều này có thể là yếu tố để khó đạt được hiệu quả cao khi thực hiện các chương trình hỗ trợ cho người nhiễm HIV/AIDS thông thường. Với những đối tượng này, các hoạt động cần được sắp xếp kỹ lưỡng và phù hợp, thuận tiện, tạo cảm giác thoải mái khi tham gia để khuyến khích họ và trách mặc cảm, e ngại. Điều đáng quan tâm là đối tượng tham gia điều trị là công nhân, bộ đội, công an cũng chiếm một tỷ lệ đáng kể (6,48%) điều này nói đến lây truyền HIV không chỉ ở những đối tượng nguy cơ cao mà có thể bị ở bất kỳ ai nếu không có biện pháp phòng chống.

Có 73,4% các đối tượng có trình độ từ trung học cơ sở trở lên, tỷ lệ này thấp hơn nhiều so với mẫu nghiên cứu của Vũ Công Thảo là 93,2% [43]. Do nghiên cứu này được thực hiện trên toàn thành phố với cỡ mẫu nghiên cứu lớn, nhiều đối tượng nghiên cứu từ các tỉnh về làm ăn và cũng do đặc thù của bệnh nhân HIV dấu danh tính nên số đối tượng nghiên cứu có trình độ học vấn thấp chiếm tỷ lệ cao.

Tỷ lệ các đối tượng nghiên cứu có vợ/chồng là 59,9%, con số này gần trùng khớp so với mẫu nghiên cứu của Vũ Công Thảo là 59,1% [43]. Kết quả này phản ánh tình trạng sống độc thân và không người chia sẻ cao hơn so với ở cộng đồng vì có thể đối tượng là những người trình độ văn hóa thấp công ăn việc làm không ổn định, mặt khác nhóm người này liên quan nhiều đến nhóm đối tượng TCMT và gái mại dâm nên thường họ không thích dàng buột

Tỷ lệ lây nhiễm HIV qua đường quan hệ tình dục không an toàn chiếm

(46%) cao hơn so với lây truyền qua đường tiêm chích ma túy (41%) kết quả này phù hợp với báo cáo năm 2015 của Cục phòng chống HIV/AIDS Lây truyền qua đường tình dục không an toàn là 52%, qua đường máu giảm nhiều 34,4%. Điều này nói lên xu hướng lây truyền qua đường tình dục ngày càng gia tăng do can thiệp về phòng chống lây nhiễm cấp phát và tuyên truyền sử dụng bơm kim tiêm riêng có hiệu quả, mặt khác chất gây nghiện (ma túy) hiện nay chủ yếu dùng qua đường uống và hít nên lây nhiễm qua đường này giảm là phù. Kết quả trên phản ánh hình thái dịch có sự thay đổi tỷ lệ nhiễm HIV qua nữ giới và qua đường tình dục gia tăng.

4.2. Thực trạng thẻ bảo hiểm y tế, nhu cầu thực trạng và khả năng đáp ứng nhu cầu chăm y tế cho người nhiễm HIV được điều trị ARV tại thành phố Hà Nội năm 2012.

4.2.1. Thực trạng thẻ bảo hiểm y tế cho người nhiễm HIV/AIDS đang điều trị ARV

Kết quả nghiên cứu cho thấy tỷ lệ bệnh nhân có thẻ bảo hiểm y tế là 13,6%, rất thấp so với tỷ lệ người dân tham gia bảo hiểm y tế của thành phố Hà Nội là 68,91% năm 2013 [4] kết quả này cũng tương đương kết quả tại cuộc khảo sát về số lượng bệnh nhân có thẻ BHYT đang được quản lý tại các cơ sở điều trị ngoại trú của Cục phòng chống HIV/AIDS là (15%).[1] Tỷ lệ này thấp một phần do nhiều nguyên nhân. Điều trị ARV, điều trị nhiễm trùng cơ hội, và các xét nghiệm tại các phòng khám ngoại trú hiện nay đang được hỗ trợ miễn phí hoàn toàn từ các dự án. Sự kỳ thị trong xã hội còn nặng nề nên bệnh nhân sợ lộ danh tính khi đi khám bệnh có thẻ BHYT, thủ tục mua thẻ BHYT còn khó khăn mất nhiều thời gian, các phòng khám còn có sự kỳ thị với bệnh nhân HIV/AIDS, bệnh nhân không biết có bảo hiểm y tế và hiểu sai về bảo hiểm y tế, đặc biệt tại thời điểm nghiên cứu chưa có sự chi trả của bảo hiểm y tế cho gói dịch vụ điều trị HIV/AIDS và các bệnh liên quan đến

HIV/AIDS. Tuy nhiên bắt đầu từ năm 2012 nguồn tài trợ từ các tổ chức quốc tế cho chăm sóc và điều trị ARV giảm mạnh tới tới người nhiễm HIV/AIDS phải tự chi trả cho điều trị ARV và các điều trị khác vì vậy để có kinh phí bền vững cho điều trị HIV/AIDS thì BHYT là cứu cánh cho bệnh nhân HIV/AIDS nên việc tuyên truyền về vai trò của BHYT đối với bệnh nhân nhiễm HIV/AIDS, tuyên truyền để người nhiễm HIV hiểu đúng về BHYT, tuyên truyền cho cán bộ y tế và người dân cộng đồng hỗ trợ thẻ bảo hiểm y tế cho người nhiễm HIV/AIDS phải được tăng cường.

Hiện nay số bệnh nhân có thẻ BHYT phần lớn là thuộc bảo hiểm được cấp miễn phí (37,53%): như bảo hiểm từ dự án hỗ trợ, bảo hiểm cho người nghèo...; ngoài ra còn có 34,27% trong tổng số 461 người có thẻ bảo hiểm y tế là tự mua; một số các đối tượng khác (27,55%) vẫn đang làm việc vì vậy vẫn phải tham gia thẻ bảo hiểm y tế bắt buộc. Tuy nhiên số bệnh nhân có sử dụng thẻ bảo hiểm y tế để khám điều trị chỉ chiếm 15,0%, 27,5% nói rằng không và 57,6% nói rằng họ không biết. Ngay cả việc phòng khám ngoại trú có tiến hành triển khai mua thẻ bảo hiểm y tế cho bệnh nhân thì cũng có đến 55,0% bệnh nhân nói rằng họ không biết và chỉ có 4,9% trả lời là có và 40,0% trả lời không. Điều này cho thấy một thực trạng rằng việc khám và sử dụng thẻ bảo hiểm y tế tại các phòng khám ngoại trú là còn hạn chế, người bệnh chưa được tiếp cận với những thông tin này và cần đẩy mạnh các hoạt động tuyên truyền, giáo dục về việc sử dụng thẻ bảo hiểm y tế cho bệnh nhân tham gia điều trị ARV. Việc BHYT cho người nhiễm HIV tại các phòng khám ngoại trú chưa được biết với tỷ lệ cao cũng phù hợp vì tại thời điểm nghiên cứu chưa chi trả khám điều trị HIV và chi trả các dịch vụ liên quan đến HIV/AIDS thông qua BHYT.

Nghiên cứu này được tiến hành trên các đối tượng đang điều trị ARV

tại các phòng khám ngoại trú và bệnh viện điều trị HIV/AIDS tại thành phố Hà Nội, vì vậy với lĩnh vực chăm sóc y tế chúng tôi tập trung khai thác vào các vấn đề có liên quan đến BHYT của người bệnh. Đa số những người nhiễm HIV/AIDS trong mẫu nghiên cứu được điều trị ARV từ dự án Life-gap và dự án của Quỹ toàn cầu (48.27% và 42.73%). Kết quả từ cuộc thảo luận nhóm cho thấy đối tượng đều hiểu thẻ BHYT đối với mọi người đã quan trọng thì đối với người nhiễm HIV còn quan trọng hơn vì nó rất cần thiết phục vụ phần nào chi trả khám chữa bệnh, khi bị bệnh nặng sẽ được nằm viện, phần nào sẽ đỡ hơn cho họ về mặt kinh phí, nên họ rất mong các tổ chức hỗ trợ giúp về BHYT để họ được khám bệnh bằng BHYT, qua nghiên cứu số bệnh nhân HIV/AIDS cũng mong sớm triển khai BHYT cho điều trị chăm sóc bệnh HIV/AIDS để đảm bảo quyền lợi sức khỏe cho họ. Tỷ lệ bệnh nhân thấy BHYT rất cần thiết cao (91,5%) điều này cũng phù hợp vì người nhiễm HIV/AIDS chủ yếu là những người nghèo nếu không được hỗ trợ từ dự án mà không có BHYT thì chắc chắn họ không đủ tiền để mua thuốc điều trị vì điều trị ARV là điều trị suốt đời.

Thái độ của bệnh nhân với khám điều trị bệnh thông qua thẻ BHYT còn nhiều ý kiến tiêu cực, họ nghĩ bảo hiểm là bỏ khoản tiền thật nhận dịch vụ giả, họ cũng cho biết là bắt buộc thì họ mua, và rất nhiều bệnh nhân còn lo lắng khi khám bệnh bằng thẻ BHYT thì không được thuốc tốt hoặc có sự phân biệt giữa người khám bệnh bằng thẻ BHYT người khám dịch vụ mất tiền. Các đối tượng còn phản ánh việc khám chữa bệnh bằng thẻ bảo hiểm chưa thực sự chất lượng và có nhiều hạn chế, khi dùng thẻ BHYT thì chờ các dịch vụ rất lâu, ít thuốc, thuốc rẻ tiền. Chính lý do trên mà tỷ lệ không có thẻ BHYT của bệnh nhân nhiễm HIV rất cao, thậm trí khi có thẻ BHYT thì tỷ lệ sử dụng thẻ BHYT để khám và điều trị bệnh rất thấp. Ngay cả cán bộ y tế cũng cho biết

Khi người nhiễm HIV/AIDS họ đi khám bệnh thường họ chỉ sử dụng cho việc khám bệnh thông thường. Họ rất ngại đi khám về HIV vì họ sợ lộ thông tin nơi mình làm việc. Điều này đòi hỏi chúng ta cần tăng cường tuyên truyền về BHYT trong cộng đồng dân cư và trong các cơ sở Y tế. Giúp những người tham gia Bảo hiểm y tế khắc phục những khó khăn về mặt kinh tế khi họ bắt ngờ bị ốm đau, bệnh tật bởi vì trong quá trình điều trị bệnh chi phí phát sinh rất tốn kém, mặt khác thu nhập của bản thân người đó lại bị giảm từ đó ảnh hưởng đến ngân quỹ của gia đình. Bảo hiểm y tế góp phần nâng cao chất lượng và thực hiện sự công bằng xã hội trong khám chữa bệnh. Người nhiễm HIV/AIDS cũng cần được khám điều trị bệnh thông qua chi trả BHYT như những bệnh khác. Sự chi trả của quỹ Bảo hiểm y tế sẽ góp phần hỗ trợ cho kinh tế gia đình người nhiễm, qua đó giúp họ tự tin và có điều kiện chăm sóc sức khỏe hơn đồng thời cũng nâng cao tính cộng đồng và gắn bó mọi thành viên với xã hội hiếu và cùng chia sẻ cho nhóm người này

4.2.2. Nhu cầu và thực trạng và sự đáp ứng nhu cầu chăm sóc y tế người nhiễm HIV/AIDS đang điều trị ARV

4.2.2.1. Nhu cầu và thực trạng về chăm sóc y tế người nhiễm HIV/AIDS đang điều trị ARV

Thiếu hiểu biết, không được trang bị kiến thức về HIV/AIDS và các vấn đề liên quan đến HIV/AIDS một cách đầy đủ, Thiếu thông tin là một nguyên nhân sâu sa làm cản trở việc người nhiễm HIV/AIDS đến với các dịch vụ chăm sóc sức khỏe. Nhu cầu, mong muốn được cung cấp các kiến thức thì có đến 95,3% người nhiễm HIV/AIDS đang điều trị ARV thấy có nhu cầu và tỷ lệ này cao hơn rất nhiều so với nghiên cứu tại Brazil [87] là nhu cầu được

cung cấp kiến thức về thuốc ARV chiếm 68,2% bệnh nhân cho là rất cần thiết và chỉ có 0,5% cảm thấy ít cần thiết. Cũng theo kết quả nghiên cứu thì chỉ có dưới 5% là không trả lời và thấy không cần cung cấp và kết quả này thấp hơn hẳn so với nghiên cứu tại Brazil [87] là 12,3% bệnh nhân không muốn biết bất cứ điều gì. Tỷ lệ người cung cấp kiến thức cho bệnh nhân tại phòng khám ngoại trú là bác sĩ chiếm 90,6% cao hơn rất nhiều so với nghiên cứu tại Brazil [87] là 70,8% và cao hơn rất nhiều so với nghiên cứu của Hà Thị Minh Đức, Lê Vinh [12] là 56,4%. Trong nghiên cứu của Hà Thị Minh Đức, Lê Vinh [12] thì có 45 bệnh nhân (23,1%) cho rằng thông tin họ thu được là qua các tạp chí, 38 (19,5%) là qua truyền hình. Trong nghiên cứu của nhóm tác giả tại một bệnh viện ở Brazil [87] thì cho thấy trong số 195 người được phỏng vấn, 110 (70,8%) nhận được thông tin từ các bác sĩ tại bắt đầu điều trị. Tỷ lệ bệnh nhân nhận thông tin từ bác sĩ cao là phù hợp vì bệnh nhân điều trị ARV được bác sĩ khám kiểm tra sức khỏe định kỳ và được cấp thuốc 1 tháng /1 lần. Tuy nhiên, mặc dù các phương tiện truyền thông điện tử (internet, truyền hình), các nhóm và hiệp hội có ảnh hưởng nhưng các chuyên gia y tế vẫn dường như là nguồn an toàn nhất và đáng tin cậy lớn nhất của thông tin về thuốc cho bệnh nhân [87]. Người nhiễm HIV chủ yếu là những người làm nghề tự do, có liên quan đến đối tượng nguy cơ cao như nghiện chích ma túy, gái mại dâm nên số đối tượng này thường không quan tâm đến các phương tiện truyền thông như sách báo, truyền hình hội họp họ chỉ đến nhận thuốc tại các cơ sở y tế nên nhận thông tin từ bác sĩ chiếm tỷ lệ cao.

Người nhiễm HIV rất cần có một chế độ ăn, dinh dưỡng đầy đủ nâng cao thể trạng tạo nên hiệu quả cao trong điều trị ARV, tuy nhiên tỷ lệ nghèo ở

nhóm người này cao nên việc hỗ trợ dinh dưỡng cho họ là cần thiết, tuy nhiên kết quả nghiên cứu chỉ có 552 bệnh nhân (16,2%) được nhận hỗ trợ dinh dưỡng, chủ yếu nhận bằng các hiện vật như: gạo, dầu, sữa 84,5%. Số người nhận được hỗ trợ bằng tiền chỉ có 3,4%. Tỷ lệ này cao hơn nhiều so với nghiên cứu của Trần Bích trà và cộng sự [45]. Ngoài các hỗ trợ về lương thực, thực phẩm thì còn có các hỗ trợ dinh dưỡng bằng cách cung cấp thuốc nâng cao thể trạng. Bệnh nhân điều trị ARV là điều trị kéo dài suốt đời, uống nhiều loại thuốc nên rất cần bổ sung các nguyên tố vi lượng và đa lượng nhằm hạn chế các tác dụng phụ của thuốc và nâng cao sức đề kháng, tăng cường hiệu quả điều trị. Khi hỏi về người nhiễm có được cung cấp các thuốc tăng cường thể trạng trong tổng số 3.379 đối tượng nghiên cứu thì mới chỉ có 41,88% là có từng nhận được và các loại thuốc chủ yếu là: thuốc hỗ trợ chức năng gan, các loại Vitamin, ngoài ra còn có viên Sắt và Kẽm. Tuy nhiên số bệnh nhân nhận được 20% đến 40 % số thuốc nâng cao thể trạng yêu cầu sử dụng còn chủ yếu phải mua để uống đủ liều. Kết quả nghiên cứu cũng cho thấy các bệnh nhân được hỗ trợ dinh dưỡng đều cảm thấy sức khỏe tốt hơn như là giảm tác dụng phụ của thuốc, giảm nhiễm trùng cơ hội, tăng cân nên việc tăng cường hỗ trợ dinh dưỡng cho bệnh nhân, tăng số bệnh nhân được hỗ trợ dinh dưỡng là cần thiết, cần đưa vào kế hoạch hỗ trợ hàng năm.

Tổng hợp, phân tích trên tổng số 3379 người bệnh có điểm số đánh giá về đáp ứng nhu cầu chăm sóc xã hội, chúng tôi đã tìm thấy có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa nghề nghiệp của các đối tượng bệnh nhân và khả năng đáp ứng về chăm sóc xã hội. Điều này nói lên những đối tượng có nghề nghiệp ổn định thì hiểu biết về xã hội tốt hơn và trả lời các câu hỏi về chăm sóc xã hội tốt hơn. Có sự khác biệt về đánh giá sự đáp ứng khả năng chăm sóc sức khỏe giữa

các nhóm đối tượng có nghề nghiệp khác nhau ($\chi^2 = 39,03$ và $p < 0,001$) Những đối tượng có nghề nghiệp ổn định có đánh giá khả năng đáp ứng về chăm sóc xã hội cao hơn so với nhóm làm nghề tự do và thất nghiệp. Điều này cũng cho thấy với nhóm có nghề nghiệp ổn định sẽ dễ dàng tiếp cận các hỗ trợ về chăm sóc sức khỏe hơn các nhóm làm nghề tự do hoặc thất nghiệp.

Sự kỳ thị phân biệt đối xử trong cộng đồng còn nặng nề. Có 54,3% người nhiễm đã từng bị kỳ thị phân biệt đối xử, chính vì vậy có tới 39,1% người nhiễm HIV/AIDS vẫn phải dấu kín tình trạng nhiễm của mình, họ chưa bao giờ dám công khai mình là người nhiễm HIV với mọi người và ngay cả với chính những người thân trong gia đình họ. Có 513/3379 người chiếm 15,2% các đối tượng giám công khai tình trạng nhiễm của mình và đều trả lời đã từng bị kỳ thị phân biệt đối xử khi nói ra mình mang trong người căn bệnh thế kỷ, chỉ có 45,7% trả lời là không bị kỳ thị và phân biệt đối xử khi nói ra mình là người nhiễm HIV/AIDS, nhưng các đối tượng này chỉ công khai với gia đình mình. Điều này đòi hỏi chúng ta cần phải tuyên truyền mạnh hơn nữa về HIV, về tác dụng không tốt của kỳ thị phân biệt trong cộng đồng dân cư, trong các cơ sở y tế. Trong số 513 người nhiễm HIV/AIDS dám công khai danh tính và chịu sự kỳ thị, phân biệt đối xử thì khi được hỏi họ bị phân biệt đối xử từ phía xã hội hay ở tại chính gia đình mình thì có tới 428 người (82,1%) cho biết họ bị kỳ thị và phân biệt đối xử từ phía xã hội còn 193 người (chiếm tỷ lệ 37,0%) khẳng định họ bị chính gia đình của mình kỳ thị và phân biệt đối xử bên cạnh đó vẫn còn sự kỳ thị tại cơ sở Y tế và CLB..(6,9%). Theo báo cáo của Liên hợp quốc, xu hướng mới nhiễm HIV trên toàn cầu có xu hướng giảm trong những năm gần đây, tuy nhiên ở một số vùng trên thế giới vẫn có xu hướng gia tăng. Hiểu biết của người dân về HIV còn hạn chế. Theo các điều tra gần đây nhất ở các nước có thu nhập thấp và trung bình, chỉ có 24% phụ nữ trẻ và nam giới trẻ trả lời chính xác 5 câu hỏi về các biện pháp

dự phòng lây nhiễm HIV và phản đối những quan niệm sai lầm về lây nhiễm HIV. Nhận thức và kiến thức về HIV thấp sẽ tiếp tục là những thách thức toàn cầu trong những năm tới trong việc kiểm soát sự lây nhiễm HIV. Các báo cáo cũng cho thấy các ca nhiễm mới HIV trong khu vực Châu Á-Thái Bình Dương vẫn tập trung trong các nhóm chính có nguy cơ lây nhiễm cao, gồm những người tiêm chích ma túy, người mua và bán dâm, nam có quan hệ tình dục đồng với nam và những người chuyển giới. Đã hơn 30 năm đương đầu với HIV/AIDS, nhiều thành tựu đã đạt được trong phòng, chống HIV/AIDS, tuy nhiên tình trạng kỳ thị và phân biệt đối xử liên quan đến nhiễm HIV/AIDS vẫn còn tồn tại khá phổ biến tại tất cả các quốc gia trên thế giới. Nhiều quốc gia vẫn còn những quy định cấm những người nhiễm HIV nhập cảnh và cư trú hoặc tồn tại tình trạng kỳ thị, phân biệt đối xử và bạo hành giới liên quan đến HIV/AIDS... Cả trên thế giới cũng như ở Việt Nam, kỳ thị và phân biệt đối xử tiếp tục là nguyên nhân hạn chế những người có hành vi nguy cơ cao cũng như những người nhiễm HIV/AIDS tiếp cận các dịch vụ dự phòng, chăm sóc, hỗ trợ và điều trị nhiễm HIV/AIDS cũng như là những rào cản đối với việc thực hiện đầy đủ các quyền của người nhiễm HIV/AIDS, bao gồm quyền học hành, lao động ... đã được pháp luật các quốc gia quy định. Do bị kỳ thị và phân biệt đối xử tại nơi làm việc, những người nhiễm HIV bị rơi vào tình trạng thất nghiệp hoặc buộc phải thay đổi công việc thường xuyên, phải thay đổi nơi ở hoặc không thuê được nhà ở, phải vật lộn để bảo đảm kế sinh nhai cho bản thân. Nghiên cứu của Mạng lưới người sống với HIV Việt Nam cũng cho thấy, có khoảng 3% người nhiễm HIV và 4% trẻ em là con của người nhiễm HIV đã bị từ chối không được đi học. Ngoài ra, sự kỳ thị và phân biệt đối xử còn xảy ra ở gia đình, cộng đồng, bạn bè và hàng xóm, như bị vợ, chồng bỏ rơi hoặc người thân trong gia đình ruồng rẫy, bị cộng đồng xã hội tẩy chay, mất công ăn việc làm và tài sản; bị đuổi học, bị từ chối

khám sức khỏe tại các cơ sở y tế, thiếu sự chăm sóc và hỗ trợ, thậm chí bị bạo hành. Do sợ bị kỳ thị và phân biệt đối xử, người nhiễm HIV/AIDS dấu diếm tình trạng bệnh tật, mặc cảm, không dám tiếp xúc với cộng đồng, không hợp tác với chương trình phòng chống HIV/AIDS. Cán bộ chuyên môn khó có thể gặp và tư vấn cho họ về kỹ năng phòng và tránh lây HIV/AIDS cho người khác, làm cho người nhiễm HIV/AIDS trở thành “quần thể ẩn”, rất khó tiếp cận, do đó họ khó có thể tiếp nhận thông tin, kỹ năng phòng bệnh và do vậy họ có thể “vô tư” truyền HIV cho người khác.

Do thiếu sự thông cảm giúp đỡ của cộng đồng có thể dẫn đến bi quan, chán nản, hoặc sợ hãi không tiết lộ danh tính, không tiếp cận dịch vụ do vậy chương trình phòng, chống HIV/AIDS cũng không tiếp cận được với người nhiễm HIV nên cũng không có được số ca bệnh chính xác, cũng không ước tính và dự báo chính xác được về tình hình dịch. Việc lập kế hoạch dựa trên những thông tin không đầy đủ sẽ chỉ làm lãng phí tiền của và đặc biệt là không ngăn chặn được sự lây lan của HIV.

Có thể thấy, sự kỳ thị đối với các hành vi liên quan đến HIV và AIDS có tác động rất lớn đến người nhiễm HIV, có thể khiến họ cảm thấy không an toàn trong xã hội, hình thành tâm lý bị cách ly, cô lập và tình trạng trở nên trầm trọng hơn khi xuất hiện sự tự kỳ thị của chính bản thân người nhiễm HIV. Một vấn đề khác là chúng ta đã bỏ phí một nguồn lực lớn, không phát huy được tiềm năng của người nhiễm HIV. Người nhiễm HIV họ vẫn có thời gian dài khỏe mạnh nên họ vẫn có thể cống hiến cho gia đình và xã hội. Khi bị kỳ thị và phân biệt đối xử, người nhiễm HIV bị tách biệt, không làm việc, không được chăm sóc và như vậy người nhiễm HIV có thể chết sớm do không được chăm sóc để lại vợ, con, bố mẹ già làm tăng tác động của HIV/AIDS đến gia đình, đến kinh tế xã hội của đất nước. Nhiều người nhiễm HIV là

những tuyên truyền viên rất hiệu quả nên làm mất đi một lực lượng có hiệu quả trong phòng, chống AIDS. Cuối cùng là kỳ thị và phân biệt đối xử dẫn đến hạn chế một số quyền cơ bản của công dân như quyền được chăm sóc sức khỏe, làm việc, học hành, tự do đi lại... là những quyền mà người nhiễm HIV được pháp luật bảo vệ. Luật Phòng, chống HIV/AIDS của Việt Nam cũng đã có nhiều điều khoản nghiêm cấm việc kỳ thị và phân biệt đối xử với người nhiễm HIV/AIDS. Trong nghiên cứu cũng chỉ ra số bệnh nhân không có nguồn thu nhập hoặc nguồn thu nhập không ổn định chiếm tỷ lệ rất cao 72,1% nhưng chỉ có 0,8% bệnh nhân được cho vay vốn hoặc giới thiệu việc làm. Kết quả này nói lên việc quan tâm đến an sinh xã hội trong nhóm đối tượng này còn hạn chế.

Kết quả nghiên cứu cũng cho thấy mô hình hoạt động CLB/NTL người nhiễm HIV/AIDS hiện còn chưa được phổ biến rộng, có rất ít phòng khám ngoại trú có hoạt động CLB/NTL người nhiễm HIV/AIDS và cũng có rất ít người nhiễm HIV/AIDS biết đến sự tồn tại của mô hình hoạt động này. Khi trả lời câu hỏi: *Phòng khám ngoại trú nơi anh/chị điều trị có CLB/NTL nào?* Thì có tới 2117 người chiếm tỷ lệ khá cao 63,14% trong tổng số 3353 người trả lời câu hỏi này cho biết họ “*Không biết*”, chỉ có 657 người chiếm tỷ lệ 19,59% cho biết là có biết CLB/NTL đang hoạt động. Vì đặc thù của người nhiễm HIV/AIDS là dấu danh tính, họ co cụm lại không muốn giao lưu thổ lộ những tâm sự cho ai nên mô hình CLB/NTL của người nhiễm HIV sẽ giúp họ tự tin hơn và cũng giúp họ được chia sẻ đồng cảm để tháo gỡ những khó khăn trong cuộc sống, chính vì vậy các Trung tâm y tế quận huyện cần có kế hoạch hỗ trợ kinh phí và kỹ thuật để mô hình CLB/NTL ngày một phát triển để có nhiều người nhiễm HIV/AIDS tham gia.

Kết quả nghiên cứu cho thấy việc hỗ trợ đào tạo nghề và tư vấn hướng

nghiệp giới thiệu việc làm phù hợp cho người nhiễm HIV/AIDS đang điều trị ở các PKNT tại Hà Nội thực sự còn chưa được đáp ứng hiện tại chưa có một tổ chức nào được thành lập để hướng dẫn dạy nghề và giới thiệu việc làm phù hợp dành riêng cho người nhiễm HIV/AIDS. Trên thực tế, đa số người nhiễm HIV/AIDS trình độ văn hóa thấp, có hoàn cảnh sống rất khó khăn, họ thường không có nghề nghiệp ổn định, thu nhập thấp, cuộc sống không có thu nhập ổn định nên ảnh hưởng rất nhiều đến hiệu quả điều trị của bệnh nhân HIV/AIDS. Họ không có điều kiện để quan tâm chăm sóc đến sức khỏe của mình, chưa kể phải đối mặt với sự kỳ thị của một bộ phận người trong xã hội. Khó khăn về kinh tế, bắt buộc họ phải lao động nặng nhọc, bệnh tiến triển, sức khỏe suy giảm nhanh hơn điều này dẫn đến hiệu quả điều trị không được tốt nên tỷ lệ bỏ trị hoặc kháng thuốc và thay đổi phác đồ điều trị là còn cao theo báo cáo của Cục phòng chống HIV/AIDS năm 2015 thì số bệnh nhân kháng thuốc trong 36 tháng đầu điều trị là 4,6%. [102]

Người nhiễm HIV/AIDS bị suy giảm miễn dịch nên rất dễ mắc các bệnh nhiễm trùng cơ hội, tuy nhiên khám và điều trị các bệnh này, bệnh nhân đều phải tự chi trả vì vậy nếu họ có thẻ BHYT thì họ sẽ tăng cường đi khám hơn và kinh phí chi trả thấp giúp cho họ cải thiện được sức khỏe đồng thời cũng giảm gánh nặng về kinh tế cho gia đình họ. Kết quả thảo luận nhóm cho thấy đối tượng có cho biết thẻ BHYT đối với mọi người đã quan trọng thì đối với người nhiễm HIV còn quan trọng hơn vì nó rất cần thiết phục vụ phần nào chi trả khám chữa bệnh, khi bị bệnh nặng sẽ được nằm viện, phần nào sẽ đỡ hơn, nên họ rất mong muốn được các tổ chức hỗ trợ giúp họ có thẻ BHYT. Họ cũng mong muốn nhanh chóng có BHYT cho điều trị HIV chăm sóc người nhiễm HIV điều này là cần thiết vì để đảm bảo quyền lợi sức khỏe của

toàn dân.

Tuy nhiên do hiện nay điều trị HIV và các dịch vụ liên quan đến điều trị HIV/AIDS chưa được BHYT chi trả kèm theo là việc tuyên truyền về BHYT còn hạn chế, các cơ sở Y tế đủ điều kiện điều trị HIV/AIDS còn ít ba quận huyện mới có một phòng khám ngoại trú điều trị ARV bệnh nhân phải đi lại để khám điều trị quá xa, điều này cũng là một trở ngại lớn trong việc tăng cường tiếp cận các dịch vụ y tế cho người nhiễm HIV/AIDS. Theo đánh giá của một bác sĩ một phòng khám ngoại trú có cho biết, trong các nhu cầu thì nhu cầu nào cũng cần thiết, nhưng để kịp thời ngay thì nhu cầu về hỗ trợ cho bệnh nhân có tiền mua thẻ BHYT và tư vấn cho họ để họ tự tin sử dụng thẻ BHYT cho khám điều trị bệnh cũng như dần dần tạo cho họ có thói quen mua sử dụng thẻ BHYT, tăng cường cơ sở khám điều trị HIV, tăng cường tuyên truyền giảm kỳ thị phân biệt đối xử tại cơ sở y tế là rất cần thiết tại thời điểm hiện nay.

4.2.2.2 Khả năng đáp ứng nhu cầu chăm sóc sức khỏe người nhiễm HIV/AIDS đang điều trị ARV tại các phòng khám ngoại trú

Đánh giá về sự đáp ứng nhu cầu được cung cấp kiến thức: trong 3.379 đối tượng phỏng vấn, chỉ có 27,94% đạt 21 điểm trở lên và được đánh giá đạt về đáp ứng nhu cầu cung cấp kiến thức. Trong đó, phòng khám số ngoại trú TTYT Quận Đông Đa có tỷ lệ đạt về khả năng đáp ứng kiến thức là lớn nhất (38,46%). Tỷ lệ đạt về khả năng đáp ứng kiến thức thấp nhất là tại TTYT huyện Ba Vì (11,63%) thấp hơn so với nghiên cứu của Hà Thị Minh Đức [12] (kiến thức thực hành về tuân thủ điều trị ARV ở bệnh nhân HIV/AIDS tại phòng khám ngoại trú quận 10 thành phố Hồ Chí Minh năm 2009) kiến thức chung đúng về tuân thủ điều trị ARV của bệnh nhân là 69% trong đó kiến

thức đúng về tác dụng phụ của thuốc đạt 64%, tỉ lệ bệnh nhân có kiến thức đúng về cách uống thuốc và uống thuốc đúng giờ đạt > 99%

Đánh giá về sự đáp ứng nhu cầu được hỗ trợ dinh dưỡng: trong 3.379 đối tượng phỏng vấn, chỉ có 13,02% đạt điểm 8 trở lên và được đánh giá đạt về đáp ứng nhu cầu dinh dưỡng. Trong đó, phòng khám Ba Vì có tỷ lệ đạt về khả năng đáp ứng dinh dưỡng là lớn nhất (25,59%) thấp hơn so với nhu cầu hỗ trợ dinh dưỡng: 44% trong nghiên cứu của J Uwimana (*tại Rwanda*).[64]

Đánh giá sự đáp ứng nhu cầu được hỗ trợ về chăm sóc y tế: trong 3.379 đối tượng phỏng vấn, chỉ có 37,35% đạt điểm 8 trở lên và được đánh giá đạt về đáp ứng nhu cầu chăm sóc y tế. Trong đó, phòng khám ngoại trú Bệnh viện 09 có tỷ lệ đạt về khả năng đáp ứng chăm sóc y tế là lớn nhất (51,20%), thấp nhất là TTYT huyện Ba Vì (23,26%) so với mô hình Medicaid của Mỹ 50% bệnh nhân HIV/AIDS người lớn và 90% trẻ em nhiễm HIV/AIDS ở Mỹ được tiếp nhận chương trình chăm sóc của Medicaid và 5% bệnh nhân khác nhận được sự chăm sóc về y tế thì nghiên cứu này thấp hơn. [65]

Đánh giá về sự đáp ứng nhu cầu được hỗ trợ về xã hội: Trình độ học vấn làm ảnh hưởng sâu sắc đến hiệu quả khả năng đáp ứng nhu cầu chăm sóc xã hội cho người nhiễm HIV/AIDS. Trình độ học vấn thấp là yếu tố dự báo làm hạn chế việc người nhiễm HIV/AIDS tiếp cận và sử dụng các dịch vụ chăm sóc xã hội, tự kỳ thị, sợ hãi, tự cô lập chính mình khiến cho người nhiễm HIV/AIDS che đậy tình trạng bệnh, tự ti không dám đối diện với cuộc sống đã làm cho người nhiễm HIV/AIDS không có đủ nghị lực và tự tin để đến với các dịch vụ chăm sóc xã hội. Có sự khác biệt về đánh giá đáp ứng nhu cầu chăm sóc xã hội giữa các nhóm đối tượng bệnh nhân theo trình độ học vấn. Nhóm có trình độ học vấn từ tốt nghiệp phổ thông trung học trở lên được đáp ứng nhu cầu chăm sóc xã hội cao hơn nhóm có trình độ học vấn thấp chưa tốt

nghiệp Phổ thông trung học. Trong 3.379 đối tượng tham gia phỏng vấn trong nghiên cứu kết quả (chỉ có 17.90% đạt từ 12 điểm trở lên và được đánh giá là đạt về đáp ứng nhu cầu về chăm sóc xã hội. Trong đó, phòng khám ngoại trú TTYT Thanh Xuân là có tỷ lệ bệnh nhân đánh giá đạt về chăm sóc, hỗ trợ xã hội cao nhất (29,11%); Kế đến là Bệnh viện Phổi Hà Nội & Bệnh viện 09 (25% & 24.80%) và tỷ lệ đánh giá đạt thấp nhất là Phòng khám ngoại trú TTYT huyện Ba Vì chỉ có 6,98%) thấp hơn so với nghiên cứu của Nguyễn Văn Kính [14]. Tỷ lệ người nhiễm nhận được bao cao su, bơm kim tiêm sạch, tờ rơi, nhận được hỗ trợ của đồng đảng viên, tham gia sinh hoạt câu lạc bộ trong 6 tháng trước điều tra tăng lên rõ rệt với $p < 0,001$, chỉ số hiệu quả từ 30,90 – 49,31%. Tỷ lệ người nhiễm bị gia đình và cộng đồng ruồng bỏ, xa lánh giảm đáng kể với $p < 0,05$ và $p < 0,001$, chỉ số hiệu quả là 22,14% và 52,84%). Thấp hơn so với nghiên cứu của Vũ Công Thảo [43] (Hỗ trợ từ đồng đảng viên và cộng tác viên cho bệnh nhân AIDS đều tăng, hỗ trợ từ đồng đảng viên tăng từ 22,3% lên 44,1% và từ cộng tác viên tăng từ 33,7% lên 52,5% chỉ số hiệu quả lần lượt là 97,75% và 39,25%. Số người tham gia câu lạc bộ người nhiễm mặc dù có sự gia tăng giữa trước và sau can thiệp bằng thuốc ARV từ 21,9% lên 38,7%, chỉ số hiệu quả là 76,7% nhưng vẫn còn thấp. Tỷ lệ bệnh nhân AIDS được nhận bơm kim tiêm, bao cao su tăng từ 43,8% lên 51,2%, chỉ số hiệu quả là 16,89%. Bệnh nhân AIDS nhận được hỗ trợ từ người thân trong quá trình điều trị ARV chiếm tỷ lệ khá cao, cao nhất là vợ/chồng tiếp đến là bố/mẹ và sau nữa là anh/chị/em; tỷ lệ này tăng lên sau 12 tháng can thiệp điều trị bằng ARV, lần lượt, trước can thiệp: 18,4%, 26,7%, 41,5% và sau can thiệp: 19,8%, 33,5%, 67,6% với chỉ số hiệu quả lần lượt là: 7,6%, 32,96% và 62,89%).

Nghiên cứu này có sự tương đồng về mối liên quan giữa kiến thức, sự công khai, có người trợ giúp và đáp ứng về chăm sóc sức khỏe, nhưng khác

về liên quan giữa yếu tố dân số xã hội học so với nghiên cứu của Hà Thị Minh Đức [12] (Ở những bệnh nhân có người trợ giúp trong điều trị, tỉ lệ tuân thủ điều trị cao hơn tỉ lệ tương ứng ở bệnh nhân không có người trợ giúp, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p=0,03$. Không có sự khác biệt giữa các đặc điểm của tuổi, giới, học vấn, nghề nghiệp, thu nhập, tình trạng hôn nhân, đường lây, nhiễm trùng cơ hội, thời gian điều trị cũng như hoàn cảnh sống của bệnh nhân với tuân thủ điều trị ARV. Ở nhóm bệnh nhân có kiến thức đúng về tác dụng phụ tỉ lệ tuân thủ điều trị ARV cao hơn tỉ lệ tương ứng ở nhóm bệnh nhân có kiến thức chưa đúng, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p=0,02$. Không có sự khác biệt giữa kiến thức về tuân thủ uống thuốc, kiến thức về thuốc, về cách uống, giờ uống, xử trí khi quên uống thuốc, về xử trí khi bị tác dụng phụ và kiến thức chung với tuân thủ điều trị ARV.) Có sự tương đồng về mối liên quan giữa kiến thức mà người bệnh được cung cấp, nguồn phương tiện cung cấp thông tin thực hành dinh dưỡng và đáp ứng về chăm sóc sức khỏe so với nghiên cứu của Võ Thị Năm (tỷ lệ và các yếu tố liên quan đến việc tuân thủ điều trị ARV ở bệnh nhân HIV/AIDS tại thành phố Cần Thơ năm 2009).

Mối liên quan giữa yếu tố dân số xã hội học đối với tuân thủ điều trị: Phần lớn bệnh nhân tuổi đời rất trẻ < 40 tuổi chiếm tỷ lệ 88%, nam chiếm 63%. Trình độ học vấn thấp cấp 1, 2 chiếm 70%, trên 1/3 bệnh nhân thất nghiệp, hầu hết bệnh nhân nhiễm HIV do quan hệ tình dục không an toàn và đối tượng sống chung cũng là người hỗ trợ tốt nhất cho bệnh nhân. Mối liên quan giữa kiến thức với tuân thủ điều trị ARV : Có mối liên quan giữa kiến thức về tái khám hàng tuần trong tháng điều trị đầu tiên với tuân thủ điều trị ARV, kiến thức tái khám đúng đạt 80% và kiến thức chưa đúng là 20%

($p=0,007$). Tỷ lệ tuân thủ điều trị ở bệnh nhân có kiến thức chung đúng là 55% và của nhóm có kiến thức chung chưa đúng là 45% ($p=0,006$). Kiến thức đúng giúp bệnh nhân hiểu biết rõ hơn về tầm quan trọng và lợi ích của việc tuân thủ điều trị ARV, kiến thức đúng sẽ là động lực thúc đẩy bệnh nhân tuân thủ điều trị ARV. Mọi liên quan giữa thực hành với tuân thủ điều trị ARV: Có mối liên quan giữa thực hành về dinh dưỡng (ăn đủ bữa, rau củ, trái cây các loại) với tuân thủ điều trị có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Dinh dưỡng tốt giúp bệnh nhân HIV/AIDS duy trì sức khỏe và tăng cường khả năng chống đỡ của cơ thể với bệnh tật. Nhóm bệnh nhân có kiến thức chung đúng thực hành chung đúng cao gấp 11 lần nhóm có kiến thức chung chưa đúng. Mọi liên quan giữa nguồn cung cấp thông tin với tuân thủ điều trị ARV: Có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa thông tin từ sách báo tờ bướm và tuân thủ điều trị với $p = 0,04$. Nhóm bệnh nhân tiếp nhận nguồn thông tin về dịch vụ điều trị ARV thì tuân thủ điều trị ARV tốt (92%) cao hơn nhóm không tiếp cận thông tin. Điều này hoàn toàn phù hợp với tình hình thực tế vì thông tin bệnh nhân tiếp cận dịch vụ điều trị ARV sẽ tác động tốt đến việc tuân thủ điều trị ARV và hình thức sử dụng sách báo tờ bướm là một giải pháp thuận lợi nhất cho bệnh nhân tiếp cận. Nhóm bệnh nhân tiếp cận thông tin về tình trạng sức khỏe, tác dụng phụ thuốc ARV và tư vấn dự phòng đều có liên quan có ý nghĩa thống kê với tuân thủ điều trị $p < 0,05$.

Có sự khác biệt về khả năng đáp ứng xã hội giữa các nhóm đối tượng có thu nhập khác nhau với giá trị kiểm định khi bình phương $\chi^2 = 38,82$ và mức ý nghĩa thống kê $p < 0,001$. Những đối tượng bệnh nhân có thu nhập bình quân gia đình/tháng thấp sẽ có đánh giá về khả năng đáp ứng cao hơn nhóm có thu nhập cao. Cụ thể tỷ số chênh OR trong nhóm có thu nhập bình quân từ 500.000 đồng đến 1.000.000 có khả năng đáp ứng về chăm sóc xã hội đạt thấp

chỉ bằng 0,84 lần và ở nhóm từ 2.000.000 đồng trở lên là 0,36 lần so với nhóm dưới 500.000 đồng.

Đánh giá thấy tình trạng sức khỏe, tác dụng phụ của thuốc ARV, tư vấn dự phòng trong quá trình điều trị ARV giúp bệnh nhân nhận thức được sự cần thiết phải điều trị liên tục để kéo dài cuộc sống. Số lượng bệnh nhân AIDS ngày một tăng làm tăng gánh nặng cho ngành y tế. Hầu hết bệnh nhân AIDS là người nghèo, không đủ khả năng chi trả cho điều trị. Trên thực tế cho đến nay Việt Nam hiện vẫn chưa thể ước tính được chi phí cho việc phòng chống HIV trong tương lai và chi phí trong thập kỷ tới sẽ rất cao và sẽ tăng trong những năm sắp tới, kể cả khi số ca nhiễm HIV có giảm xuống, mà điều này là không thể có trong thực tế hiện nay.

4.3. Đánh giá hiệu quả can thiệp hỗ trợ thẻ bảo BHYT cho người nhiễm HIV/AIDS đang điều trị ARV tại TTYT Quận Thanh Xuân năm 2013 .

Nguồn tài trợ từ các tổ chức quốc tế cho công tác phòng chống HIV/AIDS đang bị cắt giảm mạnh. Thời gian tới người nhiễm HIV phải tự chi trả cho khám và điều trị bệnh vì vậy việc đưa thuốc điều trị HIV vào trong danh mục được BHYT là rất cần thiết, để người nhiễm HIV/AIDS được tiếp tục điều trị thông qua thẻ BHYT. Nghiên cứu tiến hành các biện pháp can thiệp tập chung vào cấu phần D là phần hỗ trợ chăm sóc toàn diện (mô hình MMFED), hướng tới người nhiễm HIV/AIDS đang điều trị ARV ngoại trú biết về BHYT, thuốc bổ trợ dinh dưỡng nâng cao hiệu quả điều trị ARV được đưa vào danh mục BHYT và họ có thẻ BHYT để khám và điều trị bệnh.

4.3.1. Thông tin chung về đối tượng can thiệp

Can thiệp 100% bệnh nhân đang điều trị ARV ngoại trú ở thanh xuân tổng số 126 người trong đó nam = 43,9%, nữ =56,1% số này khác với nghiên cứu chung toàn Thành phố Hà Nội nam =67,4%, nữ =32,6% [50], báo cáo của

Cục phòng chống HIV/AIDS năm 2015 nam 66%, nữ 34% [50]. Tỷ lệ qua quan hệ tình dục không an toàn 54,2% cao hơn so với cứu chung toàn Thành phố Hà Nội 41% và tỷ lệ qua sử dụng chung bơm kim tiêm (41,3%) [50], thấp hơn toàn Thành phố Hà Nội (46%) [50]. Có thể do số bệnh nhân nữ của Thanh Xuân cao hơn bệnh nhân nam và do nhận thức về sử dụng BKT đã thay đổi theo chiều hướng tốt nên, do thuốc gây nghiện hiện nay chủ yếu bằng đường uống và hít nên xu hướng lây truyền qua đường tình dục tăng và lây qua đường sử dụng bơm kim tiêm sẽ giảm.

Số bệnh nhân có thẻ BHYT là 12.7% thấp hơn kết quả nghiên cứu toàn thành phố 13,6% [50], thấp hơn so với khảo sát của Cục phòng chống HIV/AIDS năm 2012 là 15% [91], Chủ yếu là BHYT được cấp miễn phí, bảo hiểm bệnh nhân tự mua rất thấp 12,5% trong số bệnh nhân có thẻ BHYT.

4.3.2. Hiệu quả của hỗ trợ kiến thức:

Tỷ lệ hiểu đúng về các kiến thức được tăng lên rõ rệt, kiến thức về HIV/AIDS cao nhất trước can thiệp 74.5% sau can thiệp tăng lên 98,1%, đặt biệt hiểu đúng về BHYT trước can thiệp chỉ có 10.9% sau can thiệp tăng lên 91,8%, Hiểu về chính sách của Đảng nhà nước liên quan đến HIV/AIDS cũng tăng đáng kể từ 5.5 % trước can thiệp tăng lên 62.7% sau can thiệp. Kết quả này đã phản ánh việc hỗ trợ kiến thức cho bệnh nhân là cần thiết, điều này giúp cho bệnh nhân nâng cao được kiến thức, giúp họ hiểu là mình cần phải làm gì, có ý thức trong việc chăm sóc sức khỏe, giúp họ tăng sự tự tin và tự trọng, họ biết được những cái mà họ đang thắc mắc, để họ làm đúng có hiệu quả.

4.3.3. Hiệu quả của hỗ trợ thẻ BHYT

Trước can thiệp có 12,7% (16người) có thẻ BHYT, sau khi có can

thiệp, 100% bệnh nhân đã nhận có thẻ BHYT, so với 13.64% số người có thẻ BHYT trên toàn Thành phố và 12.7% bệnh nhân tại TTYT Thanh xuân trước khi can thiệp có thẻ BHYT. Đây là sự đóng góp lớn của can thiệp. Số khám 4 lần tăng từ 1.8% trước can thiệp lên 18,1% sau khi can thiệp, đặt biệt là số bệnh nhân không đi khám bệnh giảm từ 24,5% xuống còn 0.9%. so với trước can thiệp thì số bệnh nhân được khám bệnh trung bình số lần khám tăng gấp 3 lần. Điều này nói lên độ tiếp cận các dịch vụ y tế trong chăm sóc sức khỏe của bệnh nhân có can thiệp được tăng lên một cách đáng kể.

Chi phí cho khám chữa bệnh cũng giảm nhiều. Số bệnh nhân phải chi trả trung bình ≥ 400.000 đ cho 1 lần khám giảm mạnh từ 17.3% giảm xuống 0,9% sau can thiệp. Số bệnh nhân trung bình chi trả < 100.000 đ cho mỗi lần khám tăng lên từ 2.7% trước can thiệp lên 80.9% sau can thiệp. điều này thật sự đã giúp họ có điều kiện chăm sóc sức khỏe kịp thời, giảm chi phí trong khám và điều trị bệnh, cũng là vấn đề được các nhà lãnh đạo quan tâm trong bối cảnh của Việt Nam hiện nay. Qua việc khám BHYT cũng giúp họ tự tin hơn khi đến khám bệnh tại các cơ sở y tế nhà nước.

Khi có thẻ BHYT bệnh nhân sẽ được chăm sóc y tế thường xuyên, được điều trị sớm các bệnh nhiễm trùng cơ hội, được xét nghiệm các chỉ số như CD4, men ganphục vụ cho theo dõi điều trị ARV và theo dõi tiến triển của bệnh. Số bệnh nhân làm các xét nghiệm phục vụ cho điều trị chiếm tỷ lệ cao 99% , tiếp đến là các bệnh thông thường 86,3%, đi khám tất cả các bệnh cũng cao 83,6%, điều này nói lên được ý thức khám bệnh thông qua thẻ BHYT của đối tượng sau can thiệp tăng lên rất nhiều, và cũng nâng cao hiểu biết của họ sau mỗi lần sử dụng thẻ BHYT để khám bệnh họ không ngại phải đi khám bệnh vì họ không phải chi trả kinh phí nhiều cho khám bệnh, họ hiểu

thẻ bảo hiểm quan trọng cho việc khám chữa bệnh giúp họ khám nhiều hơn, cứ thấy người mệt ho, sốt là họ đi khám ngay không như ngày trước, sợ mất tiền khám nên chỉ ra hàng thuốc mua mấy viên thuốc về uống, thậm trí chẳng có tiền mà mua thuốc, tuy đi khám thẻ bảo hiểm hơi phải chờ hơi lâu nhưng họ chấp nhận vì họ hiểu không có thẻ BHYT thì họ chi trả phí cao. Qua phỏng vấn 126 bệnh nhân có 65,2% đánh giá là rất có ích và 18,9% là khá có ích về việc có thẻ bảo hiểm y tế trong cuộc sống của họ. Hầu hết bệnh nhân đều cho rằng họ sẽ cảm thấy tự tin hơn khi đi chữa bệnh mà có thẻ bảo hiểm y tế vì lý do hoàn cảnh của họ rất khó khăn để có thể chi trả được những chi phí y tế khi đi khám chữa bệnh.

Hiện nay tại các phòng khám bệnh nhân đang khám và điều trị ARV miễn phí từ dự án Quỹ Toàn Cầu hỗ trợ, nên BHYT chưa đưa danh mục khám chữa bệnh, nên cũng chẳng quan tâm đến BHYT cho nhóm bệnh này. Tuy nhiên đến hết năm 2016 không còn được hỗ trợ thì việc đưa dịch vụ điều trị HIV/AIDS vào thanh toán của BHYT cần được triển khai sớm vì đây là phương án bền vững nhất cho bệnh nhân HIV/AIDS, việc tuyên truyền cho cơ sở khám chữa bệnh cũng như cộng đồng và người nhiễm HIV/AIDS biết về BHYT là rất cần thiết để đến năm 2017 các dịch vụ khám điều trị bệnh HIV/AIDS và các dịch vụ liên quan đến HIV được BHYT chi trả.

4.3.4. Hiệu quả của hỗ trợ thuốc nâng cao thể trạng

100% BN thấy cần thiết hỗ trợ thuốc nâng cao thể trạng, 97% sau khi uống thuốc thấy khỏe hơn. Có 29 BN có chỉ số ALT và 35 BN có chỉ số AST bình thường, tuy nhiên sau khi can thiệp thì số BN có chỉ số ALT bình thường tăng là 31 và AST bình thường là 42 BN. Chỉ số ALT giảm trung bình là 0,76 U/l và AST giảm trung bình là 3,21 U/l. Sau can thiệp, người có chỉ số ALT cao nhất là 373 U/l và AST cao nhất là 320 U/l. Các chỉ số men gan thay đổi được thể hiện tốt hơn, tuy nhiên do thời gian sử dụng thuốc mới chỉ có 6

tháng, do đó chưa thấy được hiệu quả tác động rõ ràng và chính xác của các loại thuốc này mang lại. Vì tại thời điểm can thiệp BN điều trị ARV được cấp thuốc ARV miễn phí, chưa có danh mục thuốc điều trị HIV trong danh mục BHYT nên bệnh nhân điều trị ARV phải tự mua thuốc nâng cao thể trạng để giảm các tác dụng phụ của thuốc, do người nhiễm HIV rất khó khăn nên hầu hết họ không mua thuốc này chính vì vậy nhóm nghiên cứu can thiệp nội dung này. Kết quả can thiệp cho thấy rõ việc sử dụng thuốc nâng cao thể trạng là rất cần thiết vì chúng ta đều biết thuốc điều trị ARV có nhiều tác dụng phụ, và kết quả cũng cho thấy thể trạng của họ được nâng cao số thấy cơ thể khỏe nên đạt 97,3%, số bệnh nhân thấy ăn ngủ tốt đạt 91% , kể đến là số bệnh nhân thấy tăng từ 2-3 kg đạt 60% , đặc biệt bệnh nhân giảm nhiễm trùng cơ hội cũng đạt 35,5%, một số bệnh nhân cũng cho biết họ giảm các dấu hiệu mẩn ngứa tê bì chân tay, một số bệnh nhân khác cũng cho biết họ giảm các tác dụng phụ của thuốc. Ngoài ra không có trường hợp nào phản ánh về các tác dụng phụ không mong muốn của hai loại thuốc này. Kết quả tương tự như với phiếu phỏng vấn định lượng, các phiếu trích lục bệnh án và bảng kiểm quan sát ngẫu nhiên cũng cho thấy 100% BN đều được phát thuốc nâng cao thể trạng khi đến lấy thuốc điều trị ARV tại PK. Tỷ lệ sử dụng đều thuốc đạt mức 100%, tất cả các BN đều cho biết họ sử dụng đúng theo nhưng hướng dẫn của các bác sĩ với những loại thuốc này, kết quả này phản ánh ý thức của bệnh nhân trong việc tuân thủ điều trị ca, sử dụng thuốc là bệnh nhân đúng.

Kết quả chỉ số men gan của bệnh nhân Theo như phiếu trích lục của 126 bệnh nhân có ghi chỉ số men gan, trước khi tham gia dự án thì chỉ có 29 đối tượng có chỉ số ALT và 35 đối tượng có chỉ số AST bình thường, tuy nhiên sau khi tham gia dự án thì số bệnh nhân có chỉ số ALT bình thường tăng là 31 và AST bình thường là 42 người. Chỉ số ALT giảm trung bình là 0,76 U/l và AST giảm trung bình là 3,21 U/l. Sau hỗ trợ, người có chỉ số ALT cao nhất

là 373 U/l và AST cao nhất là 320 U/l. Các chỉ số men gan thay đổi được thể hiện tốt hơn. Kết quả từ các cuộc phỏng vấn sâu cho biết, việc sử dụng thuốc nâng cao thể trạng là rất cần thiết

Điều trị ARV là điều trị suốt đời, đa hóa trị liệu, có một số tác dụng phụ như suy dinh dưỡng, gây độc cho gan nên các thuốc hỗ trợ trên nhằm tăng hiệu quả điều trị, tại thời điểm hỗ trợ chưa có BHYT cho điều trị HIV/AIDS, nên từ kết quả của hỗ trợ này sẽ làm tiền đề để đưa các thuốc này vào danh mục thuốc cấp khi điều trị HIV qua thẻ BHYT .

4.3.5. Tổ chức hội thảo với các cấp các ngành, cán bộ y tế, cán bộ BHXH

Kết quả của các cuộc thảo luận về vấn đề chăm sóc sức khỏe cho người nhiễm HIV/AIDS, đảm bảo người nhiễm HIV/AIDS tiếp tục điều trị NTCH và điều trị ARV, đưa BHYT cho người nhiễm HIV vào hệ thống khám chữa bệnh. Đảm bảo tài chính cho công tác phòng chống hỗ trợ chăm sóc người nhiễm HIV/AIDS. Kết quả hội thảo đã cho các nhà lãnh đạo thay đổi được tầm quan trọng của BHYT cho người nhiễm HIV, tăng cường tuyên truyền mạnh hơn nữa để cộng đồng đặc biệt nhóm người nhiễm HIV hiểu được BHYT là cần thiết để theo lộ trình sẽ có BHYT cho khám và điều trị HIV/AIDS tại các cơ sở khám và điều trị bệnh có đủ điều kiện khám bệnh thanh toán BHYT.

Kết quả của thảo luận cũng tăng cường trách nhiệm của các nhà lãnh đạo trong việc huy động cộng đồng hỗ trợ chăm sóc điều trị cho người nhiễm HIV/AIDS. Dịch HIV/AIDS là đại dịch nguy hiểm, là mối hiểm họa đối với sức khỏe, tính mạng của con người và tương lai nòi giống của dân tộc Phòng, chống HIV/AIDS phải được coi là một nhiệm vụ quan trọng, lâu dài, cần có sự phối hợp liên ngành của tất cả các cấp ủy Đảng, các Bộ, ngành, chính quyền các cấp và là bổn phận, trách nhiệm của mỗi người dân, mỗi gia đình và mỗi cộng đồng [101]. Qua hội thảo đã huy động sự tham gia ngày càng

nhieu của các vị lãnh đạo, các vị chức sắc, và những người có uy tín, những người nổi tiếng được quần chúng mến mộ... vào các hoạt động truyền thông, kết hợp với sự thăm hỏi, động viên... người nhiễm HIV nhân các sự kiện lớn trong năm, nhân dịp Tết... để làm gương cho cộng đồng.

Hiều được tầm quan trọng của BHYT đối với bệnh nhân nhất là trong bối cảnh hiện nay khi mà tài trợ quốc tế giảm tiến tới bắt đầu từ năm 2017 người nhiễm HIV tự chi trả tiền cho khám và điều trị bệnh. Qua can thiệp chính quyền cũng như các tổ chức chính trị xã hội và các tổ chức từ thiện tăng cường hỗ trợ thẻ BHYT cho người nhiễm HIV/AIDS nghèo để họ được tiếp tục điều trị bệnh. Kết quả can thiệp thuốc tăng thải độc gan và thuốc bổ sẽ làm tiền đề để đưa vào danh mục thuốc của BHYT cho khám và điều trị HIV khi mà chính sách về BHYT cho khám và điều trị HIV được thực hiện vào 1/6/2016. Như vậy BHYT rất quan trọng trong bảo vệ sức khỏe cho người nhiễm HIV, BHYT giúp người nhiễm HIV được tiếp tục điều trị ARV khi không còn nguồn tài trợ quốc tế nhất là khi điều trị ARV là liên tục và suốt đời nên người nhiễm HIV cần vượt qua rào cản tự ti, chủ động tham gia bảo hiểm y tế ngay từ hôm nay để tự bảo vệ tính mạng và sức khỏe của chính mình.

KẾT LUẬN

1. Thực trạng thẻ bảo hiểm y tế, nhu cầu thực trạng và khả năng đáp ứng nhu cầu chăm y tế cho người nhiễm HIV được điều trị ARV tại thành phố Hà Nội năm 2012.

Thực trạng BHYT và nhu cầu chăm sóc y tế cho người nhiễm HIV/AIDS tại các Phòng khám ngoại trú

Nhu cầu hỗ trợ thẻ BHYT cao 100% , số bệnh nhân có thẻ BHYT thấp 13,6%, nguyên nhân không mua thẻ BHYT là sợ lộ danh tính, sợ phiền hà, thấy không cần thiết, hiểu sai về BHYT. Chủ yếu sử dụng thẻ BHYT vào khám bệnh NTCH 86%, Hiểu biết đúng về BHYT và chính sách của nhà nước với BHYT thấp 19,6%. Nhu cầu hỗ trợ kiến thức cao 95,26%. BN nhận được kiến thức chung về HIV/AIDS, về chế độ dinh dưỡng, về thuốc điều trị nhiễm trùng cơ hội và cách dự phòng cao $\geq 80\%$, kiến thức về thuốc ARV, các tác dụng phụ, cách xử trí hoặc kiến thức về tuân thủ điều trị chỉ dưới 50%; Chủ yếu bệnh nhân nhận kiến thức từ bác sĩ 90,1%. Số BN được khám phát hiện các bệnh nhiễm trùng cơ hội 49,2%, trong số BN được khám có 89.46% được điều trị và khi có biểu hiện nặng thì có 93,7% được chuyển tuyến kịp thời. Chỉ có 41,9% là đã từng được nhận thuốc bổ. có 32.9% BN nhận được hỗ trợ về dinh dưỡng, chủ yếu là lương thực , thực phẩm

Nhu cầu tham gia sinh hoạt tại các câu lạc bộ và nhóm tự lực là cần thiết nhưng thực trạng tham gia rất thấp 19,6%. Sự kì thị và phân biệt đối xử với BN xảy ra ở cộng đồng cao 98,1%, vẫn còn kỳ thị tại gia đình (193 người) và cơ sở y tế (36 người). Tỷ lệ công khai danh tính thấp 16,7%, 100% bệnh nhân công khai danh tính đã từng bị kì thị và phân biệt đối xử

Khả năng đáp ứng nhu cầu chăm sóc y tế cho người nhiễm HIV/AIDS. Khả năng đáp ứng hỗ trợ chăm sóc y tế thấp, thấp nhất là hỗ trợ dinh dưỡng 13,0%, kể đến là đáp ứng nhu cầu hỗ trợ xã hội 17,9%, đến đáp ứng hỗ trợ kiến thức

27,4% và cao nhất là hỗ trợ chăm sóc khám và điều trị bệnh 37,3%. Có mối liên quan giữa phương tiện truyền thông, cán bộ cung cấp kiến thức và khả năng đáp ứng cung cấp kiến thức ($\chi^2 = 134,57$, $p < 0,001$). ($\chi^2 = 26,25$, $p < 0,001$). Giữa công khai tình trạng nhiễm HIV với đáp ứng nhu cầu về dinh dưỡng ($p < 0,01$ và $\chi^2 = 0,95$). Giữa thái độ kì thị, phân biệt đối xử của cán bộ y tế với khả năng đáp ứng khám và điều trị bệnh ($\chi^2 = 2,95$, $p < 0,05$). Giữa trình độ học vấn, công khai tình trạng nhiễm của BN với khả năng đáp ứng nhu cầu chăm sóc xã hội ($\chi^2 = 103,52$ với $P < 0,001$), ($\chi^2 = 39,03$ và $p < 0,001$).

2. Đánh giá hiệu quả can thiệp hỗ trợ thẻ BHYT cho người nhiễm HIV/AIDS đang điều trị ARV ngoại trú tại Thanh Xuân.

Độ tiếp cận các dịch vụ y tế trong chăm sóc sức khỏe của bệnh nhân có can thiệp được tăng lên một cách đáng kể. Nâng cao ý thức về chăm sóc sức khỏe cho bệnh nhân, kiến thức về BHYT và số lần khám bệnh trong năm. Kinh phí chi trả cho khám và điều trị giảm. Số BN khám 4 lần tăng từ 1,8% lên 18,1%, đặc biệt là số bệnh nhân không đi khám bệnh giảm từ 24,5% xuống còn 0,9%. Chi phí cho khám chữa bệnh cũng giảm nhiều chủ yếu bệnh nhân chi trả < 100.000 đ/ 1 lần khám bệnh. BN sau khi được can thiệp đã chủ động tìm kiếm và nhận các dịch vụ y tế họ cần. Điều này cũng góp phần vào việc thay đổi hành vi của BN trong việc mua thẻ BHYT và khám, điều trị bệnh thông qua việc sử dụng thẻ BHYT. Hơn thế nữa, kết quả này còn đóng góp tiếng nói làm tăng nhận thức của cộng đồng nói chung về các vấn đề BHYT cho người có HIV, hỗ trợ thẻ BHYT cho người nhiễm HIV/AIDS.

KHUYẾN NGHỊ

1. Tăng cường tuyên truyền, kêu gọi cộng đồng hỗ trợ cấp thẻ BHYT và khuyến khích gia đình người nhiễm HIV mua thẻ BHYT cho người nhiễm HIV/AIDS điều trị ARV.
2. Tăng cường cung cấp kiến thức về sử dụng thẻ BHYT trong chăm sóc và điều trị bệnh cho bệnh nhân và cán bộ y tế.
3. Tăng cường hỗ trợ kiến thức, tuyên truyền giám thị, phân biệt đối xử người nhiễm HIV/AIDS cho CBYT tại CS điều trị, gia đình và cộng đồng.
4. Tăng cường các nghiên cứu liên quan BHYT cho người nhiễm HIV trong khám và điều trị ở diện rộng hơn.
5. Đề nghị các cơ quan có thẩm quyền thực hiện BHXH toàn dân, đặc biệt là khẩn trương đưa BHYT cho điều trị HIV/AIDS, , tạo điều kiện cho bệnh nhân HIV/AIDS được điều trị tại tất cả các cơ sở y tế thông qua thẻ BHYT như những bệnh nhiễm trùng mãn tính khác
6. Phát huy nội lực đặc biệt trong điều kiện nguồn hỗ trợ bị cắt giảm, tăng nguồn kinh phí từ ngân sách quốc gia, địa phương, BHYT để tiến tới năm 2017 đạt 100% bệnh nhân điều trị ARV được khám và điều trị bệnh bằng thẻ BHYT, 90% người nhiễm HIV/AIDS có hoàn cảnh khó khăn được hỗ trợ thẻ BHYT.

CÁC CÔNG TRÌNH KHOA HỌC ĐÃ CÔNG BỐ LIÊN QUAN ĐẾN LUẬN ÁN

1. Nguyễn Văn Dung, Nguyễn Thị Liễu, Nguyễn Minh Hạnh và CS (2013), *Nhu cầu và thực trạng chăm sóc sức khỏe của người nhiễm HIV/AIDS đang điều trị ARV tại thành phố Hà Nội*, Tạp chí Y học thực hành, tập 878, số 8, tr 80
2. Nguyễn Khắc Hiền, Nguyễn Thị Liễu, Lê Thu Nga và CS (2016). Hiệu quả hỗ trợ thẻ bảo hiểm y tế cho bệnh nhân đang điều trị ARV ngoại trú tại Trung tâm y tế quận Thanh Xuân, Hà Nội, Tạp chí Y học thực hành, số 5/2016, tr159 – 161

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Cục phòng chống HIV/AIDS Việt Nam, Bộ Y tế (2013). *Khảo sát về số lượng bệnh nhân có thẻ bảo hiểm y tế (BHYT) đang được quản lý tại các cơ sở điều trị ngoại trú. Đề án thực hiện bảo hiểm y tế đối với dịch vụ điều trị HIV/AIDS giai đoạn 2012 - 2015 và đến năm 2020*; Ngày 17/5/2013; Hà Nội, Việt Nam.
2. Quốc hội nước CHXHCN Việt Nam (2006). *Luật phòng, chống nhiễm vi rút gây ra hội chứng suy giảm miễn dịch mắc phải ở người của Quốc Hội khóa XI, số 64/2006/QH XI*; Ngày 29/6/2006; Hà Nội, Việt Nam.
3. Thủ tướng Chính phủ (2013). *Quyết định phê duyệt Đề án: “Bảo đảm tài chính cho các hoạt động phòng, chống HIV/AIDS giai đoạn 2013-2020”*, Hà Nội, Việt Nam.
4. Bộ Y Tế (2009). *Quyết định 3003/QĐ-BYT “Hướng dẫn chuẩn đoán và điều trị nhiễm HIV/AIDS”*.
5. WHO (2012) Global Health Observatory (GHO). *HIV/AIDS, 2012*
6. Roura M, Busza J, Wringe A, et al (2009), "*Barrier to sustaining antiretroviral treatment in Kisesa, Tanzania: a follow up study to understand attrition from the antiretroviral program*", *AIDS patient care and STDs*. 23(3): pp 203-210.
7. Nguyen L.H., et al., (2014). *population burden of HIV/AIDS and impacts and cost-effectiveness of HIV preventive and curative interventions in Vietnam during 2000-2011*
8. Tran, B.X., et al (2011). *Determinants of health-related quality of life in adults living with HIV in Vietnam*
9. World Health Organization (2010). *Antiretroviral therapy for HIV infection in adults and adolescents: recommendations for public health approach. 2010 revision*, Geneva, Switzerland.

10. Bộ y tế - Viện vệ sinh Dịch tễ Trung ương (2004). *Đề cương điều tra cơ bản dự án “Tăng cường chăm sóc, hỗ trợ người nhiễm HIV/AIDS và các hoạt động phòng chống HIV/AIDS dựa vào cộng đồng ở Việt Nam.*
11. Rosen S, Fox MP, et al (2011). "Retention in HIV Care between Testing and Treatment in Sub-Saharan Africa: A Systematic Review", PLoS Med. 8(7), e1001056.
12. World Health Organization, UNAIDS and UNICEF (2011). *Global HIV/AIDS Response, Epidemic update and health sector progress towards Universal Access, Progress Report 2011*, Geneva, Switzerland.
13. Forbes RB, Lees A, Waugh N, et al (1999). "Population based cost utility study of interferon beta-1b in secondary progressive multiple sclerosis", *British Medical Journal*, pp 1529-1533.
14. Cục phòng chống HIV/AIDS, Bộ Y tế (2012). *Báo cáo công tác PC HIV/AIDS 6 tháng đầu năm và trọng tâm 6 tháng cuối năm 2012*, Hà Nội, Việt Nam.
15. UNAIDS (2012). *Progress report end of epidemic*, Geneva, Switzerland.
16. Mascolline M (2011). *Half HIV + in France still coming to care late – with high demand risk.*, Accessed on October 15-2011
17. United Nation, Political Declaration on HIV/AIDS (2011). *Intensifying our efforts to eliminate HIV/AIDS*. New York, United Nation, Geneva, Switzerland.
18. UNAIDS (2011). *World AIDS Day Report 2011*, Geneva, Switzerland.
19. Bộ Y tế, Trung tâm Dự phòng và Kiểm soát bệnh Hoa Kỳ (2002). *Chương trình AIDS toàn cầu*, Hà Nội, Việt Nam.
20. Ban Phòng chống AIDS – Bộ Y tế (2001). *Sổ tay hướng dẫn tư vấn phòng chống HIV/AIDS*.

21. Bộ y tế (2006). Chương trình hành động Chăm sóc, hỗ trợ và điều trị HIV/AIDS tại Việt Nam giai đoạn 2006 – 2010, Hà Nội
22. Trần Quốc Hùng (2007). Thực trạng và hiệu quả tư vấn chăm sóc, hỗ trợ người nhiễm HIV dựa vào cộng đồng tại Thái Nguyên, Khánh Hòa, Sóc Trăng, Luận án tiến sĩ tại Học viện Quân Y.
23. Phan Thị Thu Hương (2014). *“thực trạng và định hướng hoạt động tư vấn, xét nghiệm, điều trị ARV”*, Hà Nội
24. Trịnh Thị Lê Trâm. “Thực trạng nhu cầu và khả năng đáp ứng hoạt động tư vấn và trợ giúp pháp lý cho người nhiễm và người bị ảnh hưởng bởi HIV/AIDS”, tạp chí YHDP số 10(170) tr 512, Tổng hội y học Việt Nam xuất bản
25. Bộ Y tế, Cục phòng chống HIV/AIDS. *“Tối ưu hóa đáp ứng với dịch HIV/AIDS ở Việt Nam”*, báo cáo tại hội nghị 25 năm phòng chống HIV/AIDS
26. Nguyễn Xuân Phúc (2013). *Quyết định phê duyệt đề án “Bảo đảm tài chính cho các hoạt động phòng, chống HIV/AIDS giai đoạn 2013-2020”*
27. Nguyễn Văn Dung, Nguyễn Thị Liễu, Nguyễn Minh Hạnh và CS (2013). *Nhu cầu và thực trạng chăm sóc sức khỏe của người nhiễm HIV/AIDS đang điều trị ARV tại thành phố Hà Nội*, Tạp chí Y học thực hành, tập 878, số 8, tr 80
28. Nguyễn Thị Liễu, Hồ Thị Hiền (2012). *Những khó khăn gặp trong tư vấn hỗ trợ điều trị ARV cho bệnh nhân HIV/AIDS có tiêm chích ma túy*, Tạp chí Y học thực hành, tập 817, số 4/2012, tr3
29. Nguyễn Thị Liễu, Hồ Thị Hiền (2013). *Hiệu quả điều trị ARV trên bệnh nhân có tiêm chích ma túy tại phòng khám ngoại trú ở Hà Nội*, Tạp chí Y học dự phòng, tập 23, số 2 (138), tr 72

30. Trường Đại học Y Dược Thái Nguyên (2013). *“Thực trạng HIV/AIDS và kết quả truyền thông phòng chống Lao/HIV cho bệnh nhân HIV dương tính tại một số xã phường thành phố Thái Nguyên”*
31. Đào Việt Tuấn (2010). *Nghiên cứu tỷ lệ nhiễm HIV và kiến thức, thái độ, thực hành về dự phòng lây nhiễm của các nữ thành viên câu lạc bộ Hoa Phượng Hải Phòng năm 2009 – 2010*
32. Viện vệ sinh dịch tễ (2005). *Tỷ lệ nhiễm HIV và các chỉ số AIDS trong quần thể dân cư bình thường 15 – 49 tuổi ở vùng thành thị và nông thôn Việt Nam*
33. Nguyễn Trần Hiền (2005). *Lượng giá nguy cơ nhiễm HIV/AIDS ở quần thể gái mại dâm tại 7 tỉnh*, Viện vệ sinh dịch tễ trung ương, Hà Nội
34. Bộ Y tế, Cục phòng chống HIV/AIDS (2008). *Tư vấn xét nghiệm HIV tự nguyện, nhà xuất bản Y học*, tr 11-13, 45-50
35. Đào Đình Đức, Lê Đăng Hà và cs (2004). *Lâm sàng nhiễm HIV/AIDS*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội
36. Ủy ban Quốc gia phòng chống AIDS về phòng chống tệ nạn ma túy, mại dâm (2003). *chiến lược quốc gia phòng chống HIV/AIDS ở Việt Nam đến năm 2010 tầm nhìn 2020*.
37. Bộ Y tế, Trung tâm Dự phòng và Kiểm soát bệnh Hoa Kỳ (2002). *Chương trình AIDS toàn cầu*, Hà Nội, Việt Nam.
38. Claude AM, Jennifer FH, Cheryl MD et al (2009). *Adherence to antiretroviral medications and medical care in HIV-infected adults diagnosed with mental and substance abuse disorders, AIDS care*
39. Nachega JB, Morroni C, Zuniga J. M et al (2012). *HIV treatment adherence, patients health literacy, and health care provider-patient communication: results from the 2010 AIDS Treatment for Life International Survey*

40. Ban Phòng chống HIV/AIDS, Bộ Y tế (1997). *Tài liệu hội thảo và quản lý chăm sóc, tư vấn và phòng lây nhiễm HIV/AIDS trong các dịch vụ y tế*, Hà Nội, Việt Nam.
41. Kanthawee Phitsanuruk (2005). *PLWA involvement for access to care in MaeChan district, Chiang rai, Thailand*. ICAAP-Kobe 2005, Bringing Science and Community - Seventh International Congress on AIDS in Asia and the Pacific, Kobe, Japan.
42. Rueda S, Park-Wylie LY, Bayoumi AM, et al (2006). "*Patient support and education for promoting adherence to highly active antiretroviral therapy for HIV/AIDS*", Cochrane data base of systematic reviews. 3:CD001442.
43. Ware NC, Idoko J, Kaaya S, et al (2009). "*Explaining adherence success in sub-Saharan Africa: an ethnographic study*", PLoS Med. 6(1): e11.
44. Jaffar S, Amuron B, Foster S, et al (2009). "*Rates of virological failure in patients treated in a home-based versus a facility-based HIV-care model in Jinja, Southeast Uganda: a cluster -randomized equivalent trial*", Lancet 374 (9707): pp 2080-2089.
45. Wools-Kaloustian KK, Sidle JE, Selke HM, et al (2009). "*A model for extending antiretroviral care beyond the rural health centre*", the International AIDS Society. 12:22.
46. UNAIDS (2011). *Closer to home: Delivering antiretroviral therapy in the community: experience from four countries in Southern Africa*, Doctor without borders, Geneva, Switzerland.
47. UNDP (2004). *Thailand's response to HIV/AIDS: Progress and Challenges*, New York, USA.
48. Cục phòng chống HIV/AIDS, Bộ Y tế (2012). *Báo cáo đánh giá hệ thống cung cấp dịch vụ điều trị HIV/AIDS*, Hà Nội, Việt Nam.

49. Bộ Y tế (2006). *Quyết định số 2051/QĐ – BYT ngày 19/6/2006 về việc ban hành điều trị bằng thuốc kháng HIV (ARV)*, Hà Nội, Việt Nam.
50. Quỹ Hỗ trợ phòng chống dịch bệnh nguy hiểm HIV/AIDS Hà Nội (2011). *Nghiên cứu giải pháp đáp ứng nhu cầu chăm sóc sức khỏe cho người nhiễm HIV/AIDS được điều trị ARV thành phố Hà Nội*.
51. Phusit at al. Can earmarking mobilize and sustain resources to the health sector? Bulletin of the World Health Organization. Volumes /86/11/07-049593/en/Prakongsai.
52. Quốc hội nước CHXHCN Việt Nam (2009). *Luật Bảo hiểm y tế của Quốc Hội khóa XII, Kỳ họp thứ 4 số 25/2008/QH XII ngày 14/11/2008*, Hà Nội, Việt Nam.
53. Nguyễn Thị Mai Loan (2008). BHYT toàn dân theo luật định ở CHLB Đức, Tạp chí BHXH số 4/2008, (trang 48-49)
54. Andreas Plate (2004). “*Thanh toán cung ứng của bệnh viện và đảm bảo chất lượng KCB*”, Tài liệu hội thảo về chế độ chăm sóc sức khỏe ở Cộng hòa liên bang Đức, Bảo hiểm xã hội Việt Nam phối hợp với InWent – cộng hòa liên bang Đức, tổ chức tại Hà Nội từ ngày 9-13/8/2004.
55. Báo cáo nghiên cứu chính sách của Ngân hàng thế giới (1999). *Đương đầu với AIDS, những ưu tiên của chính phủ trong một dịch bệnh toàn cầu*, Nhà xuất bản Lao động, Hà Nội, Việt Nam.
56. Dương Thúy Anh và cộng sự (2013). *Chi phí điều trị HIV/AIDS và chi phí hiệu quả điều trị theo mức tế bào CD4 tại một số tỉnh, thành phố, luận án tiến sĩ*
57. Bảo hiểm y tế Việt Nam (2001). *Chính sách bảo hiểm y tế hiện nay của một số nước trên thế giới*, Tài liệu lưu hành nội bộ, Hà Nội, Việt Nam.

58. Ahuja, R and Johannes Jueting (2002). Design of incentives in Micro Health Insurance Schemes *forthcoming as Center for Development Reseach Discussion Paper*, Bonn, Germany.
59. Boyle S. Feb (2008). *The UK health care system*, The commonwealth fund's health care system profiles, London, UK.
60. Bruce C, Vladeck. "Medicare Hospital Paymment by Diagnosis-Relate-Group" *Annals of Internal Medicine* 100 (1984): 576-691
61. Busse R, Riesberg A. *Health care systems in transition: Germany*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies, 2004.
62. Cochon M, Gillion C (ILO) (1993). Financing of health care in developing countries, *International Labour review* 132(2), 1993, 173-186
63. Barack Obama and Joe Biden's (2008). *Plan to lower health care costs and ensure affordable, accessible health coverage for all*, Cited 2015 Jun 19th, Available from: < <http://www.barackobama.com>>.
64. *Making medicare: the history of health care in Canada, 1914-2007*, Cited 2015 May 15th, Available from: <http://www.historymuseum.ca/cmhc/exhibitions/hist/medicare/medic01e.shtml>
65. Colleen M. Flood and Sujit choudhry (2002). *Strengthening the foundatinons modernizing the Canada health act*, published by Commisions on the future of health care in Canada, Toronto, Canada.
66. Normand C (World Health Organization), Weber A (ILO). *Social health insurance: a guidebook for planning*. Geneva, WHO, 1994,144p. (WHO-SHS/NHP/94.3)
67. Normand C and Weber A (1994). *Social Health Insurance, A guide book for planning*, Geneva: WHO and ILO

68. Bảo hiểm xã hội Việt Nam (2008). *Kinh nghiệm thực hiện BHXH của các nước trong khu vực và một số nước trên thế giới*, Hà Nội, Việt Nam.
69. Nguyễn Khang (2007). *Bảo hiểm y tế trên thế giới*, Tạp chí BHXH số 11/2007 (trang 42-51).
70. Bảo hiểm xã hội Việt Nam (2008). *Kinh nghiệm thực hiện BHXH của các nước trong khu vực và một số nước trên thế giới*
71. Trần Văn Tiến (2008). *Chương trình cải cách y tế của tổng thống đắc cử Barack OBAMA*, tạp chí chính sách bảo hiểm số 3/2008
72. Bảo hiểm y tế Việt Nam (2001). “*Chính sách bảo hiểm y tế hiện nay của một số nước trên thế giới*”, Tài liệu lưu hành nội bộ
73. T.R. Reid's(2009). *The Healing of America: A Global Quest for Better, Cheaper, and Fairer Health Care*, to be published by Penguin Press in the summer of 2009.
74. Seymour, J.A, Health Care Lie: '47 Million Uninsured Americans'. Michael Moore, politicians and the media use inflated numbers of those without health insurance to promote universal coverage. Business and Media Institute, July 18, 2007, <http://www.businessandmedia.org/articles/2007/20070718153509.aspx> .(accessed 7/12/2009).
75. Trần Văn Tiến (2008). *Chương trình cải cách y tế của tổng thống đắc cử Barack OBAMA*, Tạp chí chính sách bảo hiểm số 3/2008, Hà Nội, Việt Nam.
76. Bộ y tế - Ban khoa giáo trung ương (2002). *Viện phí, bảo hiểm y tế và sử dụng dịch vụ y tế*, Hà Nội, Việt Nam.
77. Tetsuo Fukawa (2002). *Public Health Insurance in Japan*, Pупlished by World Bank institute.
78. Minh Đạo (2009). BHYT ở Nhật Bản, Hàn Quốc và Đài Loan, Tạp chí BHXH kỳ 02 tháng 4/2009, tr. 35-36.

79. T.A (2002). Thực hiện luật cải cách y tế tại Nhật Bản, Tạp chí BHYT số 15, tháng 5/2002, tr. 32.
80. OECD Health Data (2010). How Does Canada Compare. <http://www.oecd.org/dataoecd/46/33/38979719.pdf>.(accessed 7/8/2010).
81. ISSA (1999). *Social health insurance*, p15.
82. Bộ y tế - Ban khoa giáo trung ương (2002). *Viện phí, bảo hiểm y tế và sử dụng dịch vụ y tế*, Hà nội, Việt Nam
83. Bộ y tế- ban khoa giáo trung ương (2002). *Tác động của viện phí và BHYT đối với sự công bằng về tài chính, về tiếp cận và sử dụng dịch vụ y tế*, Hà Nội 1/2002
84. Makadon, Harvey J.; Seage, Thorpe, Kenneth E.; et al (1990). “*Paying the Medical Cost of the HIV Epidemic: A Review of Policy Options*”, *J Acquir Immune Defic Syndr*;3(2):123-33.
85. Pence, Brian Wells, Kathryn and, et al. “*Minorities, the Poor, and Survivors of Abuse: HIV-Infected Patients in the US Deep South*”, *Med J*. 2007 November; 100(11): 1114–1122.
86. Samuel A. Bozzette., Geoffrey Joyce, Daniel F. McCsfrey, et al (2001). “*Expenditures for the care of HIV-infected patients in the era of highly active antiretroviral therapy, For the HIV cost and services utilization study consortium*”, *The New England Journal of Medicine*;344(11):817-23.
87. Báo cáo nghiên cứu chính sách của Ngân hàng thế giới (1999). *Đương đầu với AIDS, những ưu tiên của chính phủ trong một dịch bệnh toàn cầu*, Nhà xuất bản Lao động, nhà in Đại học Quốc gia Hà Nội.
88. Katz MH, Chang SW, Buchbinder SP, Hessol NA, et al (1995). “*Health insurance and use of medical services by men infected with HIV*”, *JAIDS Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*; 8(1): 58-63.

89. UNAIDS (2012). *Costing for medical of people living with HIV/AIDS, Geneva, Switzerland..*
90. Giang Thanh Long, ILO (2008). *Social health insurance in Vietnam.*
91. Cục phòng chống HIV/AIDS Việt Nam, Bộ Y tế (2012). *Khảo sát về số lượng bệnh nhân có thể bảo hiểm y tế (BHYT) đang được quản lý tại các cơ sở điều trị ngoại trú, Hà nội, Việt Nam*
92. UNAIDS (2011). “Global Plan towards the elimination of new HIV infection among children by 2015 and keeping their mother alive. Geneva UNAIDS 2011”
93. Cục phòng chống HIV/AIDS – Bộ Y Tế. Báo cáo kết quả nghiên cứu đề tài cấp cơ sở ước tính chi trả của quỹ bảo hiểm y ế và các nguồn tài chính cho dịch vụ điều trị HIV/AIDS tại Việt Nam giai đoạn 2016-2020, tr14.
94. Katz và cộng sự. “nguồn lực tài chính không có nguồn gốc từ các dự án viện trợ quốc tế cho phòng, chống HIV/AIDS”.
95. Bộ Y tế (2015). “Kế hoạch phòng, chống HIV/AIDS giai đoạn 2016-2020”.
96. Trung tâm phát triển cộng đồng. Cơ quan phát triển quốc tế Hoa Kỳ (USAIDS), Cục Phòng, chống HIV/AIDS , *Chi trả BHYT cho người nhiễm HIV/AIDS tại Ninh bình và Đồng Tháp, 2013.*
97. Nguyen Tuan Phong, Ha Nguyen, Nguyen Duy Tung, et al (2010). *Survey of People Living With HIV/AIDS: Preliminary results on health service utilization & out-of-pocket expenditures, Vietnam Administration of HIV/AIDS Control (VAAC), Hanoi, Vietnam.*
98. Bảo hiểm xã hội Việt Nam (2008). *Kinh nghiệm thực hiện BHXH của các nước trong khu vực và một số nước trên thế giới, Hà Nội, Việt Nam.*
99. Dự án Quỹ toàn cầu HIV tại Việt Nam. *Bệnh án ngoại trú quản lý và điều trị bệnh nhân HIV/AIDS, Hà Nội, Việt Nam.*

100. Bộ Y tế (2011). *Thông tư Hướng dẫn điều kiện và phạm vi chuyên môn của cơ sở điều trị bằng thuốc kháng HIV Số 09/2022/tt-byt*
101. Ủy ban Quốc gia phòng chống AIDS về phòng chống tệ nạn ma túy, mại dâm (2012). chiến lược quốc gia phòng chống HIV/AIDS ở Việt Nam đến năm 2020 và tầm nhìn 2030.
102. Bộ y tế (2015). Báo cáo công tác phòng chống HIV/AIDS 6 tháng đầu năm 2015 và nhiệm vụ 6 tháng cuối năm, tr1.

PHỤ LỤC 1
PHIẾU PHÒNG VẤN NGƯỜI NHIỄM HIV

1) Mã số bộ câu hỏi : [.....]

2) Mã số cá nhân [Tên PKNT/STT].....

3) Ngày điều tra :/...../.....

4) Họ và tên điều tra viên :

.....

Chữ ký điều tra viên

5) Họ và tên giám sát viên :

.....

Chữ ký giám sát viên

Giới thiệu: Tôi là- điều tra viên.

Trong khuôn khổ chức năng nhiệm vụ của Quỹ hỗ trợ người nhiễm HIV/AIDS Hà Nội, với mong muốn tìm hiểu thực trạng dịch vụ chăm sóc y tế cho người nhiễm HIV/AIDS tại các phòng khám ngoại trú, trên cơ sở các kết quả phát hiện đưa ra những khuyến nghị phù hợp nhằm hỗ trợ tốt hơn nữa trong hoạt động hỗ trợ chăm sóc toàn diện cho người nhiễm HIV/AIDS. Chúng tôi đánh giá cao sự hợp tác của các anh/chị trong việc tham gia nghiên cứu này. Anh/chị có quyền từ chối các câu hỏi mà anh/chị cho khó trả lời hay không muốn trả lời.

Mọi thông tin cá nhân đều được giữ bí mật.

Đồng ý tham gia : []

Không đồng ý tham gia: []

Người được phỏng vấn ký tên

TT	Câu hỏi	Trả lời	Mã hoá	Chuyên
A.THÔNG TIN CHUNG VỀ BỆNH NHÂN ĐIỀU TRỊ TẠI CÁC PKNT				
A1	Anh /chị bao nhiêu tuổi?	-Từ 16 tuổi -<20 tuổi -Từ 20 tuổi– 29 tuổi -Từ 30 tuổi– 39 tuổi -Từ 40 tuổi – 49 tuổi - > 50 tuổi	1 2 3 4 5	
A2	Giới	-Nam -Nữ	1 2	
A3	Công việc chính của anh/chị hiện nay là gì?	-Nông dân -Công nhân -Thợ thủ công - Bộ đội/công an -Lái xe -Học sinh/sinh viên -Nhân viên hành chính -Tự do -Thất nghiệp - Khác	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	
A4	Anh /chị học hết lớp mấy ?	-Mù chữ -Tiểu học (1 - 5) -Trung học cơ sở (6 – 9) -Phổ thông trung học (10 – 12) -Trung cấp/Nghề -Cao Đẳng, Đại học -Sau Đại học	1 2 3 4 5 6 7	
A5	Tình trạng hôn nhân của anh/chị?	-Chưa Vợ/chồng -Đang chung sống với vợ/chồng -Li dị/li thân -Goá	1 2 3 4	
A6	Anh chị có con chưa? Số con?	-0 -1 -2 - Từ 3 trở lên	1 2 3 4	

A7	Hiện nay anh/chị đang chung sống với ai?	-Vợ/chồng -Bố /mẹ -Anh/chị/em -Bạn/người khác -Một mình	1 2 3 4 5	
A8	Tổng số người chung sống trong gia đình?	-Một mình -2 người -3 người -4 người -Từ 5 người trở lên	1 2 3 4 5	
A9	Thu nhập bình quân của gia đình/tháng?	- < 500.000 đồng. -Từ 500.000 đồng -<1.000.000 đồng -Từ 1.000.000 đồng – 2.000.000 đồng ->2.000.000 -Không biết	1 2 3 4 5	
A10	Anh/chị bắt đầu điều trị ARV tại PKNT vào thời điểm nào?	-Trước 30/06/2011 -Sau 30/06/2011	1 2 →	<i>Cám ơn và kết thúc phỏng vấn</i>
A11	Anh/chị được điều trị ARV từ dự án nào?	-Dự án Quỹ toàn cầu -Dự án Estes -Dự án Life-gap -Dự án khác -Tự mua -Khác	1 2 3 4 5 6	
B. NHU CẦU ĐƯỢC HỖ TRỢ CUNG CẤP KIẾN THỨC VỀ HIV/AIDS VÀ CÁC VẤN ĐỀ LIÊN QUAN CŨNG NHƯ SỰ ĐÁP ỨNG NHU CẦU ĐÓ TẠI CÁC PKNT				
B1	Anh/ chị có được các cán bộ y tế cung cấp thông tin về HIV/AIDS và về điều trị ARV không?	-Có -Không	1 2 →	<i>Chuyển B8</i>

B2	Anh/chị có được cung cấp các kiến thức thiết thực, phù hợp với người nhiễm HIV/AIDS trong giai đoạn chuẩn bị điều trị ARV không? <i>(ĐTV không gợi ý)</i>	-Kiến thức về HIV/AIDS: tình hình dịch, đường lây nhiễm và cách phòng, chống. -Kiến thức về thuốc ARV, tác dụng phụ của thuốc và cách xử trí -Kiến thức về tuân thủ điều trị ARV - Nội dung khác..... -Không nhớ	1 2 3 4 5	
B3	Anh/chị có được cung cấp các kiến thức thiết thực, phù hợp với người nhiễm HIV/AIDS trong giai đoạn điều trị ARV không? <i>(ĐTV không gợi ý)</i>	-Kiến thức về dinh dưỡng, chế độ ăn khi điều trị ARV -Kiến thức về các bệnh nhiễm trùng cơ hội và cách dự phòng -Kiến thức về các thông tin liên quan đến chủ trương, chính sách của Đảng và Nhà nước đối với người nhiễm HIV/AIDS - Nội dung khác..... - Không nhớ	1 2 3 4 5	
B4	Anh/chị được cung cấp kiến thức dưới các hình thức tổ chức nào? <i>(Nhiều lựa chọn)</i>	-Tập huấn cho người nhiễm HIV/AIDS chuẩn bị điều trị ARV -Tập huấn cho người nhiễm HIV/AIDS đang điều trị ARV -Tọa đàm nhóm bệnh nhân đang điều trị ARV -Tư vấn cá nhân -Khác.....	1 2 3 4 5	
B5	Tại PKNT anh /chị có được sử dụng phòng học, thiết bị nghe nhìn sau không? <i>(Nhiều lựa chọn)</i>	-Hội trường -Máy chiếu -Loa đài -Khác..... Không	1 2 3 4 5	

B6	Giảng viên cung cấp kiến thức cho anh/chị là ai? <i>(Nhiều lựa chọn)</i>	-Bác sĩ - Y sĩ - Y tá - Dược sĩ - Khác..... -Không biết	1 2 3 4 5 6	
B7	Anh/ chị có được cung cấp kinh phí hỗ trợ tổ chức, đi lại?	-Có -Không	1 2	
B8	Theo anh/ chị thấy có cần thiết phải cung cấp các thông tin như trên cho người có HIV đang điều trị tại các PKNT không ?	-Có -Không -Không trả lời	1 → 2 → 3	Chuyển B10 Chuyển B9 (bỏ B10)
B9	Theo anh/chị tại sao lại không cần cung cấp các thông tin như trên cho người có HIV đang điều trị tại các PKNT? <i>(Nhiều lựa chọn)</i>	- Chỉ những người mới điều trị mới cần - Họ tự tìm hiểu - Khác.....	1 2 3	
B10	Theo anh/chị tại sao lại cần cung cấp các thông tin như trên cho người có HIV đang điều trị tại các PKNT? <i>(Nhiều lựa chọn)</i>	- Đây là những kiến thức mà người có HIV bắt buộc phải nắm được - Để phòng lây nhiễm HIV cho gia đình và cộng đồng - Để điều trị ARV có hiệu quả - Có kiến thức và có thể tuyên truyền cho người khác - Khác.....	1 2 3 4 5	

C. NHU CẦU ĐƯỢC HỖ TRỢ VỀ DINH DƯỠNG, KHÁM VÀ ĐIỀU TRỊ BỆNH CŨNG NHƯ SỰ ĐÁP ỨNG NHU CẦU ĐÓ TẠI CÁC PKNT				
C1	Tại PKNT có chương trình hỗ trợ dinh dưỡng cho bệnh nhân không?	-Có -Không	1 2 →	<i>Chuyển C5</i>
C2	Khi điều trị ở đây anh /chị có nhận được hỗ trợ về dinh dưỡng không?	-Có -Không	1 → 2	<i>Chuyển C4</i>
C3	Tại sao anh/chị không được hỗ trợ?	-Không biết -Không đủ tiêu chuẩn của phòng khám	1 | → 2 |	<i>Chuyển C5</i>
C4	Anh/ chị đã được hỗ trợ những loại dinh dưỡng gì? <i>(Nhiều lựa chọn)</i>	-Gạo -Dầu -Sữa -Tiền -Khác.....	1 2 3 4 5	
C5	Trong quá trình điều trị tại PKNT anh/chị có được khám phát hiện kịp thời các triệu chứng bất thường, các NTCH mới không?	-Có -Không -Có khám không có triệu chứng bất thường	1 2 | → 3	<i>Chuyển C7</i>
C6	Nếu có thì anh/chị có được cấp thuốc điều trị NTCH không?	-Có -Không -Được cấp một phần	1 2 3	

C7	Trong quá trình điều trị tại phòng PKNT anh/chị đã từng có biểu hiện nặng không?	- Có - Không	1 2 →	Chuyển C9
C8	Khi có biểu hiện nặng anh/chị có được hướng dẫn và chuyển tuyến kịp thời không?	- Có - Không	1 2	
C9	Trong quá trình điều trị anh/chị có được hỗ trợ thuốc nâng cao thể trạng không?	-Có -Không	1 2 →	Chuyển D1
C10	Nếu có là những loại nào sau đây?	-Thuốc bổ gan -Thuốc Vitamin -Thuốc khác	1 2 3	
D. NHU CẦU VỀ XÃ HỘI CŨNG NHƯ SỰ ĐÁP ỨNG MỘT PHẦN NHU CẦU ĐÓ TẠI CÁC PKNT				
D1	Anh/ chị đã từng bị kỳ thị, phân biệt đối xử khi công khai mình là người có HIV chưa?	Có Không Chưa bao giờ công khai Không trả lời	1 2 → 3 4	Chuyển D5
D2	Anh /chị đã từng bị kỳ thị , phân biệt đối xử ở đâu? <i>(Nhiều lựa chọn)</i>	Trong gia đình Ngoài xã hội Khác	1 2 3	

D3	Anh/chị đã từng bị kỳ thị , phân biệt đối xử qua hình thức nào? <i>(Nhiều lựa chọn)</i>	Lời nói, cử chỉ Hành động trực tiếp Khác	1 2 3	
D4	Anh/chị phản ứng như thế nào khi bị kỳ thị, phân biệt đối xử ?	-Tự ti -Che giấu tình trạng nhiễm -Bất cần -Trả thù đời -Khác.....	1 2 3 4 5	
D5	Anh /chị có bị kỳ thị , phân biệt đối xử tại nơi anh/ chị đang điều trị ARV không?	-Có -Không -Không trả lời	1 2 3	→ <i>Chuyển D7</i>
D6	Tại nơi anh/chị đang điều trị ARV, anh/chị bị kỳ thị, phân biệt đối xử qua hình thức nào? <i>(Nhiều lựa chọn)</i>	-Lời nói, cử chỉ -Hành động trực tiếp -Khác	1 2 3	
D7	Theo anh/chị để giảm bị kỳ thị , phân biệt đối xử thì nên làm gì? <i>(Nhiều lựa chọn)</i>	-Tuyên truyền trong cộng đồng dân cư về HIV/AIDS -Sự tham gia tích cực hơn của người có HIV và gia đình họ -Luật phòng chống HIV/AIDS trong các ban, ngành , đoàn thể, các tổ chức , cơ quan nhà nước -Phát triển và duy trì các mô hình câu lạc bộ, nhóm tự lực	1 2 3 4	

D8	Theo anh/chị các nhóm tự lực, các câu lạc bộ của người có HIV hiện nay có thực sự hiệu quả cho người có HIV không?	-Có -Không -Không trả lời -Không biết	1 2 | → 3 | 4	Chuyển D10
D9	Hiệu quả của các nhóm tự lực, các câu lạc bộ của người có HIV hiện nay thể hiện như thế nào? <i>(Nhiều lựa chọn)</i>	-Giúp người có HIV có nơi chia sẻ tâm tư, nguyện vọng với người cùng hoàn cảnh -Nâng cao năng lực, khả năng đối phó với những tình huống tích cực cũng như tiêu cực trong cuộc sống -Tiếp nhận dễ dàng hơn với các dịch vụ: y tế, việc làm -Cơ hội cập nhật kiến thức về HIV, về điều trị ARV nhiều hơn -Khác (ghi cụ thể)	1 2 3 4 5	
D10	Anh/chị có tham gia nhóm tự lực/ câu lạc bộ nào không?	-Có -Không	1 2 →	Chuyển D12
D11	Hiện tại anh / chị đang sinh hoạt tại Câu lạc bộ/ Nhóm tự lực nào? Tên câu lạc bộ/ nhóm tự lực? <i>(Địa chỉ cụ thể)</i>	..... ..... ..... ..... .....	→	Chuyển D13
D12	Tại sao anh chị không tham gia?	-Không thích -Không có thời gian -Không thấy hiệu quả - Không biết tham gia ở đâu	1 2 3 4	

D13	Phòng khám ngoại trú nơi anh/chị điều trị có nhóm tự lực, câu lạc bộ nào không?	-Có -Không -Không biết	1 2 3	
D14	Nguồn thu nhập chính của anh /chị?	-Không có thu nhập -Thu nhập từ việc làm không ổn định -Thu nhập từ việc làm ổn định	1 2 3 →	<i>Chuyển E1</i>
D15	Anh/ chị mong muốn được làm công việc gì?	..... ..... .....	
D16	Anh/ chị có nghĩ nếu được vay vốn thì anh/ chị sẽ triển khai công việc gì ?	..... ..... .....	
D17	Theo anh/chị vốn để làm công việc đó là bao nhiêu?	..... ..... .....	
D18	Phòng khám nơi anh /chị điều trị đã từng cho anh/chị vay vốn hay gợi ý giới thiệu việc làm cho anh/chị chưa?	-Có -Không	1 2	
E . TÌM HIỂU NHU CẦU VỀ BẢO HIỂM Y TẾ CỦA NGƯỜI CÓ HIV ĐANG ĐIỀU TRỊ ARV TẠI PKNT				
E1	Anh /chị hiểu thế nào về khái niệm bảo hiểm y tế? <i>(Nhiều lựa chọn)</i>	- Là hình thức bảo hiểm được áp dụng trong lĩnh vực chăm sóc sức khỏe - Không vì mục đích lợi nhuận do nhà nước tổ chức thực hiện - Không biết	1 2 3	

E2	Theo anh/chị hiện nay Hà Nội có bao nhiêu hình thức bảo hiểm y tế? <i>(Nhiều lựa chọn)</i>	-Bảo hiểm y tế bắt buộc -Bảo hiểm y tế tự nguyện -Không biết	1 2 3 →	Chuyển E4
E3	Anh/chị biết các khái niệm về bảo hiểm y tế thông qua các hình thức nào? <i>(Nhiều lựa chọn)</i>	- Phương tiện đài, báo - Tờ rơi, tạp chí - Cán bộ y tế - Các ban, ngành, đoàn thể - CLB/ Nhóm tự lực - Khác:.....	1 2 3 4 5 6	
E4	Theo Anh/chị để những người nhiễm HIV/AIDS biết các khái niệm về bảo hiểm y tế thì thông qua phương tiện nào là hiệu quả nhất	- Phương tiện đài, báo - Tờ rơi, tạp chí - Cán bộ y tế - Các ban, ngành, đoàn thể - CLB/ Nhóm tự lực - Khác:.....	1 2 3 4 5 6	
E5	Tại phòng PKNT nơi anh/chị điều trị có triển khai khám bảo hiểm y tế cho bệnh nhân không?	- Có -Không -Không biết	1 2 3	
E6	Tại phòng PKNT nơi anh/chị điều trị có triển khai hỗ trợ mua thẻ bảo hiểm y tế cho bệnh nhân không?	- Có -Không -Không biết	1 2 3	Chuyển E8
E7	Hỗ trợ triển khai bằng những hình thức nào?	Tuyên truyền Phát tờ rơi tờ gấp Hỗ trợ kinh phí Khác	1 2 3 4	

E8	Hiện tại anh/chị có thẻ bảo hiểm y tế không?	-Có -Không	1 2 →	Cảm ơn và kết thúc phỏng vấn
E9	Anh /chị có thẻ bảo hiểm y tế từ đâu ?	- Bắt buộc - Tự nguyện mua - Được cấp miễn phí - Khác.....	1 2 3 4	
E10	Anh /chị thường sử dụng thẻ bảo hiểm y tế để khám những bệnh nào? <i>(Nhiều lựa chọn)</i>	- Bệnh thông thường - Bệnh NTCH liên quan đến HIV/AIDS - Làm các xét nghiệm cận lâm sàng - Tất cả các loại hình trên - Khác.....	1 2 3 4 5	

Cảm ơn và kết thúc phỏng vấn .

PHỤ LỤC 2
NỘI DUNG GỢI Ý BUỔI THẢO LUẬN NHÓM
THẢO LUẬN NHÓM VỚI NGƯỜI NHIỄM HIV HIỆN ĐIỀU TRỊ ARV TẠI
PHÒNG KHÁM NGOẠI TRÚ

1. Mục tiêu: Nhằm phát hiện bổ sung thông tin:

- Nhu cầu nói chung của người có HIV và nhu cầu về Bảo hiểm y tế.
- Nhận định của có HIV về thực trạng mua và sử dụng thẻ Bảo hiểm y tế trong khám, chữa bệnh.
- Những khó khăn, thuận lợi khi mua và sử dụng thẻ Bảo hiểm y tế khi tham gia khám, chữa bệnh.
- Đề xuất, kiến nghị

2. Đối tượng : Người có HIV.

3. Thời gian : 90 – 120 phút

4. Phương pháp : Thảo luận nhóm tập trung theo chủ đề

5. Nội dung : Theo 10 câu hỏi gợi ý

6. Giới thiệu : Tôi làđiều tra viên.

Đề tài “**Thực trạng chăm sóc y tế cho người nhiễm HIV/AIDS đang điều trị ngoại trú ARV ngoại trú và hiệu quả can thiệp hỗ trợ thẻ bảo hiểm y tế tại trung tâm y tế quận Thanh Xuân HN**”, qua đó có thể tạo điều kiện cho người có HIV có thể tiếp cận với các dịch vụ hỗ trợ, chăm sóc y tế được thuận lợi và hiệu quả hơn. Chúng tôi phối hợp cùng với Phòng khám ngoại trú triển khai nghiên cứu này.

Hôm nay chúng tôi mời các anh /chị đến đây để cùng trao đổi về những vấn đề trên. Xin các anh chị trao đổi cởi mở, chân tình và thẳng thắn trên tinh thần xây dựng. Xin phép các anh /chị cho ghi âm.

Câu hỏi 1:

Anh/chị có thể liệt kê các nhu cầu hỗ trợ chăm sóc sức khỏe mà người có HIV đang điều trị ARV tại các Phòng khám ngoại trú?

Câu hỏi 2:

Theo anh/chị các nhu cầu sau đây có thực sự cần thiết đối với người có HIV đang điều trị ARV tại các Phòng khám ngoại trú, đánh giá sự cần thiết của các nhu cầu đó (Rất cần, cần, không cần thiết), và giải thích lý do:

- Nhu cầu được cung cấp cập nhật kiến thức về HIV/AIDS và các nội dung liên quan đến HIV/AIDS.
- Nhu cầu về chăm sóc y tế và dinh dưỡng.
- Nhu cầu về các vấn đề xã hội.
- Nhu cầu về Bảo hiểm y tế.

Câu hỏi 3:

Theo anh/chị nhu cầu về chăm sóc y tế và dinh dưỡng có phải là cần thiết nhất ở thời điểm này không. Nếu đúng thì tại sao và không đúng thì tại sao?

Câu hỏi 4:

Theo anh/chị nhu cầu được hỗ trợ về dinh dưỡng cho người nhiễm HIV đang điều trị ARV gồm những nội dung gì? Trong các nội dung anh/chị vừa kể anh/chị đã được hỗ trợ nội dung gì chưa và cá nhân hoặc đơn vị nào hỗ trợ?

Câu hỏi 5:

Theo anh/chị sự kỳ thị phân biệt đối xử với người nhiễm HIV hiện nay có còn là vấn đề bức xúc nữa không. Cá nhân anh/chị có ý kiến cụ thể về vấn đề này như thế nào?

Câu hỏi 6:

Theo anh/chị với người nhiễm HIV thì nhu cầu việc làm có thật sự là khó không? Nếu được vay vốn thì đa số người nhiễm HIV có thể sử dụng hiệu quả không và thường họ dùng vào công việc gì?

Câu hỏi 7:

Anh chị có biết các thông tin liên quan đến Bảo hiểm nói chung và bảo hiểm y tế nói riêng không? Theo các anh/chị thế nào là bảo hiểm và thế nào là bảo hiểm y tế ?

Câu hỏi 8:

Theo các anh/chị có cần thiết phải tham gia bảo hiểm nói chung và bảo hiểm y tế nói riêng không? Nếu có thì tại sao và nếu không thì tại sao?

Câu hỏi 9:

Anh/chị có tham gia bảo hiểm y tế không? Bảo hiểm đó anh/chị có từ nguồn nào? Anh/chị có sử dụng thẻ bảo hiểm y tế khi tham gia khám chữa bệnh không? Sử dụng thường xuyên hay thỉnh thoảng? Tại sao?

Câu hỏi 10:

Theo Anh/chị có những thuận lợi và khó khăn gì khi tham gia bảo hiểm y tế? Anh/chị có những đề xuất, kiến nghị gì để có thể khuyến khích người nhiễm HIV tham gia bảo hiểm y tế nhiều hơn?

Xin chân thành cảm ơn các anh chị đã tham gia thảo luận . Chúc các anh chị và gia đình mạnh khỏe và hạnh phúc!

PHỤ LỤC 3

HƯỚNG DẪN PHÒNG VẤN SÂU CBYT QUẬN, HUYỆN

1. Mục tiêu: Nhằm phát hiện bổ sung thông tin:

- Nhận định của cán bộ y tế về nhu cầu của người có HIV nói chung và nhu cầu về Bảo hiểm y tế nói riêng.
- Nhận định của cán bộ y tế về thực trạng mua và sử dụng thẻ Bảo hiểm y tế của người có HIV khi tham gia khám, chữa bệnh.
- Nguyên nhân, các khó khăn, thuận lợi khi mua và sử dụng thẻ Bảo hiểm y tế.
- Đơn vị đã triển khai những biện pháp gì để hỗ trợ đáp ứng các nhu cầu nói chung của người và nhu cầu về việc mua và sử dụng thẻ Bảo hiểm y tế.
- Đề xuất, kiến nghị

2. Đối tượng: 2 Giám đốc và 4 Trưởng phòng khám ngoại trú

3. Thời gian: 90 – 120 phút

4. Phương pháp: Phỏng vấn sâu theo chủ đề

5. Nội dung: Theo 8 câu hỏi gợi ý

Lời giới thiệu:

Chào anh/chị. Chúng tôi là cán bộ Quỹ Hỗ trợ người nhiễm HIV/AIDS Hà Nội, để có cái nhìn tổng quan về **“Thực trạng chăm sóc y tế cho người nhiễm HIV/AIDS đang điều trị ARV ngoại trú và hiệu quả can thiệp hỗ trợ thẻ Bảo hiểm y tế tại trung tâm y tế quận Thanh Xuân HN”**.

Chúng tôi xin được biết ý kiến của các anh/chị về vấn đề này. Những thông tin mà các anh/chị cung cấp cho chúng tôi chỉ nhằm mục đích nghiên cứu, không có mục đích gì khác. Ngoài ra, các thông tin mà anh/chị cung cấp có thể có ích cho hoạt động Hỗ trợ chăm sóc, điều trị cho người có HIV của Hà nội. Xin phép được được ghi âm.

Nội dung phỏng vấn:

- Ngày thực hiện phỏng vấn:
- Thời gian bắt đầu:
- Thời gian kết thúc:

- Ng- ời h- óng dẫn:
 - Tên băng ghi âm:
 - Địa điểm phỏng vấn:
 - Họ và tên ng- ời trả lời:
 - Tuổi:
 - Giới:
 - Trình độ học vấn:
 - Nghề nghiệp/Chức vụ:
- Thời gian đảm nhiệm chức vụ trên:

Câu 1:

Anh/chị có thể liệt kê các nhu cầu chăm sóc sức khỏe cho người nhiễm HIV đang điều trị ARV tại các Phòng khám ngoại trú? theo Anh/chị cơ sở vật chất trang thiết bị tại phòng khám như thế nào so với nhiệm vụ mà các anh chị đang thực hiện?

Câu 2:

Theo anh/chị các nhu cầu sau đây có thực sự cần thiết đối với người nhiễm HIV đang điều trị ARV tại các Phòng khám ngoại trú, đánh giá sự cần thiết của các nhu cầu đó (Rất cần, cần, không cần thiết), và giải thích lý do:

- Nhu cầu được cung cấp cập nhật kiến thức về HIV/AIDS và các nội dung liên quan đến HIV/AIDS.
- Nhu cầu về chăm sóc và điều trị bệnh và dinh dưỡng.
- Nhu cầu về các vấn đề xã hội.
- Nhu cầu về Bảo hiểm y tế.

Câu 3:

Tại đơn vị anh/chị, các nhu cầu đó đã đáp ứng được chưa. Nếu chưa thì tại sao? (Nhân lực, vật lực, nguồn lực). Trong các nhu cầu trên, theo anh/chị nhu cầu nào thực sự cần phải đáp ứng ngay để tăng hiệu quả điều trị ARV.

Câu 4: Theo anh/chị thì tình hình mua bảo hiểm y tế của người nhiễm HIV được quản lý sức khỏe tại các Phòng khám ngoại trú trên địa bàn Hà Nội nói chung và tại

Bệnh viện/Phòng khám của anh/chị nói riêng? (Tổng số BN quản lý được? Tổng số có thẻ BHYT?)

Câu 5:

Theo anh/chị việc sử dụng thẻ bảo hiểm y tế của người nhiễm HIV được quản lý sức khỏe tại các Phòng khám ngoại trú trên địa bàn Hà Nội nói chung và tại Bệnh viện/Phòng khám của anh/chị nói riêng ở mức độ như thế nào? (Tần xuất sử dụng trung bình của một BN/năm)?

Theo Anh/chị nếu có thể tại sao Họ không sử dụng tất cả các lần đi khám? Họ gặp những khó khăn và thuận lợi gì khi tham gia khám, điều trị bệnh bằng thẻ BHYT?

- Hình thức, thời gian, nội dung tập huấn trước điều trị?
- Kiến thức, thái độ, thực hành về tuân thủ điều trị?
- Sự hỗ trợ của gia đình và cộng đồng?
- Các tác dụng phụ của thuốc và các cách xử trí?
- Kinh phí hỗ trợ?

Câu 6:

Anh/chị có thể liệt kê một số những nguyên nhân, các khó khăn, thuận lợi khi mua và sử dụng thẻ Bảo hiểm y tế.

Câu 7:

Đơn vị đã triển khai những biện pháp gì để hỗ trợ người nhiễm HIV trong việc mua và sử dụng thẻ Bảo hiểm y tế.

Câu 8:

Để BN có thẻ BHYT và sử dụng thẻ trong tất cả những lần tham gia khám chữa bệnh, Anh/chị. có những khuyến nghị gì?:

- Văn bản, chính sách?
- Kinh phí?Chế độ?
- Khác?

Xin chân thành cảm ơn buổi nói chuyện thẳng thắn và thiện chí của anh/chị !

PHỤ LỤC 4

HƯỚNG DẪN PHÒNG VẤN SÂU ĐẠI DIỆN CÁC BAN NGÀNH LIÊN QUAN

1. Mục tiêu: Nhằm phát hiện bổ xung thông tin:

Ý kiến của cán bộ công tác tại BHXH, LĐTBXH, UBND, SYT Hà Nội về việc mua và sử dụng thẻ BHYT hiệu quả nhất cho người nhiễm HIV .

Thành phố đã có những chủ trương chính sách gì Hỗ trợ cho người nhiễm HIV trong chăm sóc sức khỏe (hỗ trợ việc làm, hỗ trợ dinh dưỡng, mua BHYT cho người có hoàn cảnh khó khăn).

Thuận lợi, khó khăn khi người nhiễm HIV tham gia mua và sử dụng thẻ BHYT.

Đề xuất, kiến nghị

2. Đối tượng: Cán bộ công tác tại BHXH Thành phố Hà Nội

3. Thời gian: 90 – 120 phút

4. Phương pháp: Phỏng vấn sâu theo chủ đề

5. Nội dung: Theo các câu hỏi gợi ý:

Lời giới thiệu:

Chào anh/chị. Chúng tôi là cán bộ Quỹ Hỗ trợ người nhiễm HIV/AIDS Hà Nội, để có cái nhìn tổng quan về tình hình mua và sử dụng thẻ bảo hiểm y tế của người có HIV đang điều trị tại một số bệnh viện và tại các Phòng khám ngoại trú điều trị ARV trên địa bàn thành phố, Quỹ dự định làm nghiên cứu: **“Thực trạng chăm sóc y tế cho người nhiễm HIV/AIDS đang điều trị ARV ngoại trú và hiệu quả can thiệp hỗ trợ thẻ Bảo hiểm y tế tại trung tâm y tế quận Thanh Xuân HN ”.**

Chúng tôi xin được biết ý kiến của các anh/chị về vấn đề này. Những thông tin mà các anh/chị cung cấp cho chúng tôi chỉ nhằm mục đích nghiên cứu, không có mục đích gì khác. Ngoài ra, các thông tin mà anh/chị cung cấp có thể có ích cho hoạt động Hỗ trợ chăm sóc, điều trị cho người nhiễm HIV của Hà nội. Xin phép được được ghi âm.

- Ngày thực hiện phỏng vấn:
- Thời gian bắt đầu:
- Thời gian kết thúc:
- Ng- ời h- ớng dẫn :
- Tên băng ghi âm:
- Địa điểm phỏng vấn:
- Họ và tên ng- ời trả lời:
- Tuổi:
- Giới:
- Trình độ học vấn:
- Nghề nghiệp/Chức vụ:

Nội dung phỏng vấn:

Câu 1:

Anh chị có thể cho biết hiện nay đã có BHYT cho người nhiễm HIV tại Hà Nội chưa? Nếu có thì bắt đầu từ khi nào? Nếu chưa thì khi nào mới có ?

Câu 2:

Anh chị có thể cho biết hiện nay đã có khoảng bao nhiêu % người nhiễm HIV tại Hà Nội có thể BHYT ?

Câu 3:

Theo Anh/chị để có thể mua và sử dụng thẻ BHYT hiệu quả nhất, người nhiễm HIV và cơ quan y tế nên làm những gì?

Câu 4:

Thành phố đã có những hoạt động, chủ trương chính sách gì để tạo điều kiện cho việc mua BHYT của những người có hoàn cảnh khó khăn?

Câu 5:

Theo Anh/chị việc triển khai BHYT cho người nhiễm HIV tại Thành phố có những khó khăn, thuận lợi gì?

- Nhân lực

- Thời gian
- Cơ sở vật chất
- Kinh phí
- Tài liệu...

Câu 6:

Trong thời gian tới, theo Anh/chị cơ quan BHXH, và các ngành có liên quan có thể Hỗ trợ gì cho người nhiễm HIV trong việc tham gia mua và sử dụng thẻ BHYT?

Câu 7:

Trong thời gian tới, cơ quan Anh/chị và các ngành có liên quan có thể Hỗ trợ gì cho người nhiễm HIV trong công ăn việc làm giảm kỳ thị phân biệt đối xử, tạo cho người nhiễm HIV/AIDS hòa nhập tốt trong cộng đồng.?

Câu 8:

Theo anh chị hiện nay chăm sóc sức khỏe cho người nhiễm HIV tại Hà Nội so những tỉnh thành khác những khó khăn gì?

Xin chân thành cảm ơn buổi nói chuyện thẳng thắn và thiện chí của anh/chị

PHỤ LỤC 5

Hướng dẫn phỏng vấn sâu dành cho bệnh nhân đang điều trị ARV ngoại trú

1. Mục tiêu: Nhằm phát hiện bổ xung thêm thông tin:

Ý kiến của bệnh nhân đang điều trị ARV ngoại trú về chăm sóc sức khỏe và hỗ trợ CSSK tại các phòng OPC. Nhu cầu hỗ trợ toàn diện cho người nhiễm HIV.

Thẻ BHYT có thật sự cần thiết, việc mua và sử dụng thẻ BHYT có khó khăn như thế nào ? khắc phục khó khăn như thế nào?.

Đề xuất, kiến nghị

2. Đối tượng: Cán bộ công tác tại BHXH Thành phố Hà Nội

3. Thời gian: 60 - 90phút

4. Phương pháp: Phỏng vấn sâu theo chủ đề

5. Nội dung: Theo các câu hỏi gợi ý:

Lời giới thiệu:

Chào anh/chị. Chúng tôi là cán bộ Quỹ Hỗ trợ người nhiễm HIV/AIDS Hà Nội, để có cái nhìn tổng quan về tình hình mua và sử dụng thẻ bảo hiểm y tế của người có HIV đang điều trị tại một số bệnh viện và tại các Phòng khám ngoại trú điều trị ARV trên địa bàn thành phố, Quỹ dự định làm nghiên cứu: **“Thực trạng chăm sóc y tế cho người nhiễm HIV/AIDS đang điều trị ARV ngoại trú và hiệu quả can thiệp hỗ trợ thẻ Bảo hiểm y tế tại trung tâm y tế quận Thanh Xuân HN”**.

Chúng tôi xin được biết ý kiến của các anh/chị về vấn đề này. Những thông tin mà các anh/chị cung cấp cho chúng tôi chỉ nhằm mục đích nghiên cứu, không có mục đích gì khác. Ngoài ra, các thông tin mà anh/chị cung cấp có thể có ích cho hoạt động Hỗ trợ chăm sóc, điều trị cho người nhiễm HIV của Hà nội. Xin phép được được ghi âm. Trong khi phỏng vấn thấy câu nào khó hiểu chị có thể hỏi lại.

I. Thông tin chung:

. Tuổi:

. Giới:

. Trình học vấn:

.Nghề nghiệp:

. Tình trạng gia đình

- Tuổi NCMT
- Tuổi nhiễm HIV
- Số năm điều trị ARV
- Số lần tham gia tập huấn: (đủ 4 lần không)
- Độ tuân thủ điều trị: (có quên uống thuốc không)
- Lý do quên thuốc:

II . Thông tin về hỗ trợ chăm sóc y tế.

1. Trước khi vào đây điều trị ARV bạn đã điều trị ở đâu chưa? Bạn biết phòng KNT này bằng cách nào?
2. Bạn đã phải làm gì để được xét duyệt vào điều trị ARV, bạn có biết điều kiện, các bước được chọn vào điều trị ARV là gì?
3. Khi vào điều trị ARV bạn tham gia tập huấn mấy lần. Bạn hãy nói lại nội dung của buổi tập huấn? Theo bạn các buổi tập huấn có tác dụng đối với bạn như thế nào.
4. Bạn được tư vấn những gì trước khi tham gia điều trị? Tư vấn những gì trong khi điều trị, (tác dụng phụ của thuốc,)
5. Bạn thu được những gì sau khi tư vấn hỗ trợ điều trị ARV ?
6. Theo bạn phải thực hiện chế độ nghỉ ngơi như thế nào để có tác dụng điều trị ARV ?
7. Bạn có được hỗ trợ gì ngoài hỗ trợ điều trị ARV? (khám điều trị NTCH, Hỗ trợ dinh dưỡng ...)
8. Hãy kể những thuận lợi và khó khăn mà bạn gặp trong quá trình điều trị ARV ?

*** Thuận lợi**

Thuận lợi từ cơ sở Y tế

Thuận lợi từ Gia đình

Thuận lợi từ bản Thân

*** Khó khăn**

Khó khăn từ cơ sở Y tế

Khó khăn từ Gia đình

Khó khăn từ bản Thân

9. Bạn có tham gia một hoạt động xã hội nào ở địa phương ví dụ như CLB bạn giúp bạn.... ?
10. Giúp trong quá trình điều trị ARV cho bạn là ai, có cần thiết không vì sao.
11. Bạn có thẻ BHYT không? Theo bạn thẻ BHYT có cần thiết không? Sử dụng thẻ BHYT có những khó khăn gì?
12. Theo bạn cơ sở vật chất ở đây NTN? Cách bố trí các phòng NTN? Những gì cần cải tiến?
13. Bạn có ý kiến gì để nâng cao chất lượng chăm sóc y tế cho người nhiễm HIV điều trị ARV tại các phòng OPC ?
14. Kinh phí uống thuốc ở đây NTN/ Ai cung cấp?
15. Theo bạn việc tiếp cận các dịch vụ chăm sóc sức khỏe cho người nhiễm HIV có khó khăn gì?.

Cảm ơn bạn đã tham gia phỏng vấn.

PHỤ LỤC 6

Hướng dẫn phỏng vấn sâu dành cho người nhà (người trực tiếp chăm sóc bệnh nhân) của người nhiễm HIV đang điều trị ngoại trú ARV

1. Mục tiêu: Nhằm phát hiện bổ xung thêm thông tin:

Ý kiến của người nhà bệnh nhân đang điều trị ARV ngoại trú về chăm sóc sức khỏe và hỗ trợ CSSK tại các phòng OPC. Nhu cầu hỗ trợ toàn diện cho người nhiễm HIV. Thực trạng về chăm sóc SK tại các phòng OPC.

Thẻ BHYT có thật sự cần thiết, việc mua và sử dụng thẻ BHYT có khó khăn như thế nào ? khắc phục khó khăn như thế nào?.

Đề xuất, kiến nghị

2. Đối tượng: Cán bộ công tác tại BHHH Thành phố Hà Nội

3. Thời gian: 60 - 90phút

4. Phương pháp: Phỏng vấn sâu theo chủ đề

5. Nội dung: Theo các câu hỏi gợi ý:

Lời giới thiệu:

Chào anh/chị. Chúng tôi là cán bộ Quỹ Hỗ trợ người nhiễm HIV/AIDS Hà Nội, để có cái nhìn tổng quan về tình hình mua và sử dụng thẻ bảo hiểm y tế của người có HIV đang điều trị tại một số bệnh viện và tại các Phòng khám ngoại trú điều trị ARV trên địa bàn thành phố, Quỹ dự định làm nghiên cứu: **“Thực trạng chăm sóc y tế cho người nhiễm HIV/AIDS đang điều trị ARV ngoại trú và hiệu quả can thiệp hỗ trợ thẻ Bảo hiểm y tế tại trung tâm y tế quận Thanh Xuân HN ”.**

Chúng tôi xin được biết ý kiến của các anh/chị về vấn đề này. Những thông tin mà các anh/chị cung cấp cho chúng tôi chỉ nhằm mục đích nghiên cứu, không có mục đích gì khác. Ngoài ra, các thông tin mà anh/chị cung cấp có thể có ích cho hoạt động Hỗ trợ chăm sóc, điều trị cho người nhiễm HIV của Hà nội. Xin phép được được ghi âm. Trong khi phỏng vấn thấy câu nào khó hiểu chị có thể hỏi lại.

*** Nội dung phỏng vấn**

1. Trước khi vào đây điều trị ARV chồng/con đã điều trị ở đâu chưa? Bạn biết phòng KNT này bằng cách nào?
2. Khi vào điều trị ARV ông/bà tham gia tập huấn cùng chồng/con mấy lần. ông/bà hãy nói lại nội dung của buổi tập huấn? Theo bạn các buổi tập huấn có tác dụng đối với ông/bà như thế nào.
3. ông/bà được tư vấn những gì trước khi tham gia điều trị? Tư vấn những gì trong khi điều trị, (tác dụng phụ của thuốc,)
4. Ông /bà thu được những gì sau khi tư vấn hỗ trợ điều trị ARV ?
5. Theo ông/bà phải thực hiện chế độ nghỉ ngơi như thế nào để có tác dụng điều trị ARV ?
6. Con của ông/bà có được hỗ trợ gì ngoài hỗ trợ điều trị ARV? (khám điều trị NTCH, Hỗ trợ dinh dưỡng ...)
7. Gia đình ông /bà đã bao giờ bị kỳ thị phân biệt đối xử chưa? Theo ông bà kỳ thị phân biệt đối xử ảnh hưởng như thế nào đến cuộc sống gia đình? Phải làm gì để không còn kỳ thị phân biệt đối xử trong cộng đồng?
8. Hãy kể những thuận lợi và khó khăn mà ông/bà gặp trong quá trình chăm sóc chồng/con đang điều trị ARV ?

*** Thuận lợi**

Thuận lợi từ cơ sở Y tế

Thuận lợi từ Gia đình

*** Khó khăn**

Khó khăn từ cơ sở Y tế

Khó khăn từ Gia đình

9. Ông/bà có biết và tham gia những hoạt động xã hội nào ở địa phương giúp cho những người nhiễm HIV không? Nếu có hãy kể tên các hoạt động đó?
10. Theo ông/bà các hoạt động đó có cần thiết không ? vì sao?.
11. Chồng /con của ông/bà có thẻ BHYT không? Theo ông/bà thẻ BHYT có cần thiết không? Sử dụng thẻ BHYT có những khó khăn gì?

12. Theo ông/bà cơ sở vật chất ở đây NTN? Cách bố trí các phòng NTN? Những gì cần cải tiến?
13. Ông/bà có ý kiến gì để nâng cao chất lượng chăm sóc y tế cho người nhiễm HIV điều trị ARV tại các phòng OPC ?
14. Kinh phí uống thuốc ở đây NTN/ Ai cung cấp?
15. Theo ông/bà việc tiếp cận các dịch vụ chăm sóc sức khỏe cho người nhiễm HIV có khó khăn gì?.

Cảm ơn ông/bà đã tham gia phỏng vấn.

**PHỤ LỤC 7: BỘ CÂU HỎI ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ HỖ TRỢ THỂ BHYT
CHO BN ĐIỀU TRỊ ARV TẠI PHÒNG KHÁM NGOẠI TRÚ**

THANH XUÂN - HÀ NỘI

6) Mã số bộ câu hỏi : [.....]

7) Mã số cá nhân: [Tên PKNT/STT].....

8) Ngày điều tra :/...../.....

9) Họ và tên điều tra viên :

Chữ ký điều tra viên

10) Họ và tên giám sát viên :

Chữ ký giám sát viên

Giới thiệu: Tôi là- điều tra viên.

Trong khuôn khổ chức năng nhiệm vụ của Quỹ hỗ trợ PC dịch HIV/AIDS Hà Nội, với mong muốn đánh giá hiệu quả hỗ trợ chăm sóc cho người nhiễm HIV/AIDS đang điều trị ngoại trú, để có cơ sở các kết quả thu được đưa ra những khuyến nghị phù hợp nhằm hỗ trợ tốt hơn nữa trong hoạt động hỗ trợ chăm sóc toàn diện cho người có H. Chúng tôi đánh giá cao sự hợp tác của các anh/chị trong việc tham gia nghiên cứu này. Anh/chị có quyền từ chối các câu hỏi mà anh/chị cho khó trả lời hay không muốn trả lời.

Mọi thông tin cá nhân đều được giữ bí mật.

Đồng ý tham gia : []

Không đồng ý tham gia: []

Người được phỏng vấn ký tên

TT	Câu hỏi	Trả lời	Mã hoá	Chuyên
A.THÔNG TIN CHUNG				
A1	Anh /chị sinh năm bao nhiêu ?	Năm		
A2	Giới	Nam	1	
		Nữ	2	
A3	Công việc chính của anh/chị hiện nay là gì?	Nông dân	1	
		Công nhân	2	
		Thợ thủ công	3	
		Bộ đội/công an	4	
		Lái xe	5	
		Học sinh/sinh viên	6	
		Nhân viên hành chính	7	
		Tự do	8	
		Thất nghiệp	9	
		Khác	10	
A4	Anh /chị học hết lớp mấy ?	Mù chữ	1	
		Tiểu học (1 - 5)	2	
		Trung học cơ sở (6 – 9)	3	
		Phổ thông trung học (10 – 12)	4	
		Trung cấp/Nghề	5	
		Cao Đẳng, Đại học	6	
		Sau Đại học	7	
A5	Tình trạng hôn nhân của anh/chị?	Chưa Vợ/chồng	1	
		Đang chung sống với vợ/chồng	2	
		Li dị/li thân	3	
		Goá	4	

A6	Gia đình anh/chị có bao nhiêu người?	Số người	<input type="text"/>	
A7	Hiện tại anh/chị sống với ai?	Sống một mình Sống với gia đình Sống với họ hàng Sống với bạn bè Sống với bạn tình Vô gia cư, cư trú không ổn định Khác, ghi rõ.....	1 2 3 4 5 6 7	
A8	Anh/ chị bị nhiễm H từ đâu?	Quan hệ tình dục không an toàn Dùng chung bơm kim tiêm Khác	1 2 3	
A9	Anh/chị bắt đầu điều trị ARV tại PKNT vào thời điểm nào?	Trước 31/12/2011 Sau 31/12/2011	1 2 →	<i>Cám ơn và kết thúc phỏng vấn</i>
A10	Anh/chị có nhận được hỗ trợ từ dự án Úc không?	Có Không	1 2 →	<i>Cám ơn và kết thúc phỏng vấn</i>

B. HỖ TRỢ CUNG CẤP KIẾN THỨC

B1	Anh/ chị có được các cán bộ y tế cung cấp thông tin về HIV/AIDS không?	Có	1	<i>Chuyển C1</i>
		Không	→ 2	
B2	Anh/chị được cung cấp những kiến thức gì về HIV/AIDS khi điều trị tại phòng khám ngoại trú? <i>(ĐTV không gọi ý)</i>	Kiến thức về HIV/AIDS: tình hình dịch, đường lây nhiễm và cách phòng, chống.	1	
		Kiến thức về thuốc ARV, tác dụng phụ của thuốc và cách xử trí	2	
		Kiến thức về tuân thủ điều trị ARV	3	
		Kiến thức về các nhiễm trùng cơ hội và cách dự phòng	4	
		Kiến thức về các loại thuốc nâng cao thể trạng	5	
		Kiến thức về dinh dưỡng cho người nhiễm HIV	6	
		Kiến thức về các chủ trương chính sách liên quan đến HIV/AIDS	7	
		Nội dung khác.....	8	
		Không nhớ	9	
B3	Anh/chị có thấy những kiến thức đó là phù hợp với anh chị không?	Có	1	
		Không	2	
		Không trả lời	9	

B4	Anh/chị thấy những buổi cung cấp kiến thức đó hấp dẫn với anh/chị không?	Có	1	
		Không	2	
		Không trả lời	9	
B5	Anh/chị có thấy những kiến thức đó là cần thiết với anh/chị không?	Có	1	
		Không	2	
		Không trả lời	9	
B6	Nếu không, tại sao những kiến thức đó lại không cần thiết?	Kiến thức cũ, đã biết hết	1	
		Kiến thức không quan trọng, không giúp ích gì cho người bệnh	2	
		Không có thời gian	3	
		Khác.....	4	
C. HỖ TRỢ VỀ DINH DƯỠNG				
C1	Khi điều trị ở đây anh /chị có nhận được hỗ trợ về dinh dưỡng không?	Có	1	Chuyển C4
		Không	2	
C2	Tại sao anh/chị không được hỗ trợ?	Không biết	1	Chuyển C5
		Không đủ tiêu chuẩn của phòng khám	2	
C3	Anh/ chị đã được hỗ trợ những loại dinh dưỡng gì?	Gạo	1	
		Dầu	2	
		Sữa		

	<i>(Nhiều lựa chọn)</i>	Tiền	3	
		Khác.....	4	
		.....	5	
C4	Anh/ chị thấy loại dinh dưỡng được hỗ trợ có phù hợp với mình không?	Có	1	
		Không	2	
C5	Anh/ chị có thấy cần thiết được hỗ trợ dinh dưỡng không?	Có	1	
		Không	2	
C6	Anh/ chị có được hỗ trợ thuốc nâng cao thể trạng không?	Có	1	Chuyển C10
		Không	2	
C7	Anh/ chị thường được hỗ trợ loại thuốc nào?	Thuốc bổ gan	1	
		Thuốc Vitamin	2	
		Thuốc khác	3	
C8	Anh/ chị có được bác sỹ hướng dẫn sử dụng thuốc hay không?	Có	1	
		Không	2	
C9	Sau khi dùng thuốc Anh/ chị có cảm thấy thể trạng tốt hơn không?	Có	1	Chuyển C11
		Không	2 →	
C10	Nếu có, cụ thể là như thế nào?	Cảm thấy khỏe hơn	1	
		Tăng cân	2	

	<i>(Nhiều lựa chọn)</i>	Ăn uống ngon miệng hơn, ngủ tốt hơn Giảm mắc các bệnh nhiễm trùng cơ hội Khác	3 4 5	
C11	Anh/ chị có thấy cần thiết phải sử dụng thuốc nâng cao thể trạng không?	Có Không	1 2	
D. HỖ TRỢ VỀ BẢO HIỂM Y TẾ				
D1	Anh/ chị hiểu như thế nào về khái niệm bảo hiểm y tế?	Là hình thức bảo hiểm được áp dụng trong lĩnh vực chăm sóc sức khỏe Không vì mục đích lợi nhuận do nhà nước tổ chức thực hiện Không biết	1 2 3	
D2	Anh/ chị biết những loại bảo hiểm y tế nào?	BHYT bắt buộc BHYT tự nguyện Khác	1 2 3	
D3	Anh/chị có thẻ bảo hiểm y tế không?	Có Không	1 2→	<i>Chuyển D9</i>
D4	Thẻ bảo hiểm y tế của anh/chị từ nguồn nào?	Từ dự án hỗ trợ Tự mua Đi làm mua Phát miễn phí do thuộc người nghèo Khác	1 2 3 4 5	

D5	Anh/chị được hỗ trợ thẻ bảo hiểm y tế của dự án từ bao giờ?	1- 3 tháng trước	1	
		3 - 6 tháng trước	2	
		6 – 9 tháng trước	3	
		9 – 12 tháng trước	4	
D6	Anh /chị sử dụng mấy lần thẻ BHYT trong 12 tháng vừa qua?	..... Lần		
D7	Anh/ chị dùng thẻ BHYT để chữa bệnh gì <i>(Nhiều lựa chọn)</i>	Bệnh thông thường	1	
		Bệnh nhiễm trùng cơ hội liên quan đến HIV/AIDS	2	
		Làm các xét nghiệm cận lâm sàng	3	
		Tất cả các loại trên	4	
		Khác Ghi rõ.....	5	
D8	Số tiền trung bình mà Anh/ chị phải trả thêm cho một lần khám bằng thẻ BHYT?	<50.000 đồng	1	
		Từ 50.000 đến 100.000 đồng	2	
		> 100.000 đồng	3	
		Không mất tiền	4	
D9	Số tiền TB mà anh/chị phải trả thêm cho 1 lần khám không có thẻ BHYT	..... Nghìn đồng		

PHỤ LỤC 8: CẤU PHẦN MÔ HÌNH MMFED [51]

*** Cấu phần nội dung về nhân lực (M) của mô hình MMFED**

- Nhân lực của mô hình:

a) Cán bộ y tế: hỗ trợ nâng cao kỹ năng truyền thông để cung cấp kiến thức theo yêu cầu về một số nội dung: dinh dưỡng cho người nhiễm HIV, chủ trương, chính sách của Đảng và Nhà nước đối với người nhiễm HIV, kỹ năng vay vốn, hoà nhập cộng đồng, Bảo hiểm y tế.....

c) Đồng đảng viên: Tập huấn kỹ năng hỗ trợ chăm sóc người nhiễm HIV/AIDS Hỗ trợ một phần kinh phí cho câu lạc bộ/nhóm tự lực có tham gia hoạt động tại PKNT.

- Điều kiện nhân lực:

a) Có ít nhất 01 bác sỹ hoặc y sỹ được phép kê đơn thuốc theo quy định của pháp luật;

b) Có ít nhất 01 điều dưỡng có trình độ trung học trở lên;

c) Có ít nhất 01 dược sỹ có trình độ trung học trở lên;

d) Có 01 cán bộ hành chính;

đ) Các cán bộ quy định tại điểm a, b và điểm c khoản 1 Điều này phải có chứng nhận đã qua tập huấn về chẩn đoán và điều trị HIV/AIDS.

e) Có 01 chuyên trách kiểm soát nhiễm khuẩn

Cơ sở khám bệnh, chữa bệnh phải bảo đảm nhân lực cho Khoa (tổ) kiểm soát nhiễm khuẩn hoạt động. Ngoài nhân lực cho các bộ phận như khử khuẩn, tiệt khuẩn, giặt là, bộ phận giám sát nhiễm khuẩn phải bảo đảm tối thiểu 01 nhân lực được đào tạo về kiểm soát nhiễm khuẩn/150 giường bệnh.

- Nhiệm vụ của các cán bộ:

a) Y/ Bác sỹ phụ trách:

+ Chịu trách nhiệm quản lý và tổ chức hoạt động khám, chữa bệnh tại phòng khám.

+ Phân công nhiệm vụ cụ thể của từng thành viên trong phòng khám.

+ Lên lịch tiếp nhận, khám chữa bệnh cụ thể cho người nhiễm HIV/AIDS.

- + Tham gia giao ban định kỳ.
 - + Thực hiện nhiệm vụ của bác sĩ điều trị tại cơ sở y tế điều trị bằng thuốc kháng vi rút (ARV) theo phạm vi chuyên môn được quy định tại Thông tư 09.
 - + Tổ chức xét duyệt điều trị ARV theo quy định của Bộ Y tế.
 - + Chịu trách nhiệm về kiểm tra chất lượng số liệu trong báo cáo.
- b) Điều dưỡng:
- + Thực hiện nhiệm vụ của điều dưỡng theo quy định của Bộ Y tế.
 - + Quản lý hồ sơ, bệnh án tại phòng khám.
 - + Tiếp nhận bệnh nhân, lập lịch hẹn, chuẩn bị bệnh án bệnh nhân tái khám, báo cáo các trường hợp bệnh nhân không đến tái khám theo hẹn cho bác sĩ điều trị.
 - + Phối hợp với bác sĩ điều trị và cán bộ dược dự trữ nhu cầu thuốc ARV và các loại thuốc khác.
 - + Bảo quản trang thiết bị, thuốc và các tài sản của phòng khám.
 - + Thực hiện các nhiệm vụ khác theo phân công của bác sĩ phụ trách phòng khám.
- c) Cán bộ tư vấn:
- + Tư vấn tại chỗ cho bệnh nhân HIV và gia đình họ, bao gồm tư vấn hỗ trợ, tư vấn các biện pháp phòng ngừa lây truyền HIV, tư vấn chuẩn bị điều trị ARV, tư vấn tuân thủ điều trị.
 - + Phối hợp với cộng tác viên xã/ phường tổ chức hoạt động truyền thông về lợi ích của điều trị sớm, sự cần thiết của tuân thủ điều trị.
 - + Thực hiện các nhiệm vụ khác theo phân công của bác sĩ phụ trách phòng khám.
 - + Có trình độ chuyên môn từ trung cấp y tế hoặc xã hội trở lên;
 - + Có kỹ năng tư vấn và kiến thức về HIV/AIDS;
- d) Cán bộ dược:
- + Thực hiện việc cấp phát thuốc theo y lệnh của bác sĩ.
 - + Quản lý, sắp xếp kho thuốc theo đúng quy định hiện hành. Tiếp nhận và quản lý các thuốc điều trị và dự phòng các bệnh nhiễm trùng cơ hội, thuốc

ARV và vật tư tiêu hao do Ban quản lý dự án tỉnh (BQLDA) cung cấp, đảm bảo tuân thủ quy định của dự án và Bộ Y tế.

+ Cấp phát thuốc và vật tư tiêu hao cho các xã/ phường theo kế hoạch được ban chỉ đạo phê duyệt. Tổng hợp việc sử dụng, tồn thuốc và vật tư tiêu hao tại xã/ phường.

+ Tổng hợp và quản lý số liệu bệnh nhân điều trị của phòng khám.

+ Làm báo cáo định kỳ hàng tháng về nhập, xuất, tồn kho. Phối hợp với bác sĩ điều trị, cán bộ phụ trách Chương trình Phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con (PLTMC) dự trù nhu cầu thuốc cho PLTMC (khi mang thai, khi đẻ và sau đẻ) và vật tư tiêu hao cần cho kỳ tiếp theo.

+ Chịu trách nhiệm làm báo cáo tình hình bệnh nhân, sử dụng và tồn kho thuốc, sử dụng xét nghiệm, sinh phẩm báo cáo bác sĩ phụ trách phòng khám trước khi gửi BQLDA tỉnh/Ban chỉ đạo huyện (BCĐ).

+ Quản lý tài sản, vật tư trang thiết bị do dự án hỗ trợ tại kho.

+ Thực hiện các công việc khác do bác sĩ phụ trách phòng khám và BQLDA tỉnh/BCĐ huyện phân công.

*** Cấu phần nội dung về cơ sở vật chất (MF) của mô hình MMFED.**

- Điều kiện cơ sở vật chất của Phòng khám:

a) Phòng khám có diện tích tối thiểu là 18m² (không bao gồm khu vực chờ khám), được chia thành hai buồng thực hiện chức năng khám bệnh và tư vấn cho người bệnh.

b) Phòng khám có khu vực chờ khám bệnh và bố trí ghế ngồi chờ khám bệnh cho người bệnh và người nhà người bệnh

c) Phòng khám có nơi bảo quản và cấp phát thuốc kháng HIV đáp ứng các điều kiện theo quy định tại Quy chế công tác khoa Dược thuộc Quy chế bệnh viện ban hành kèm theo Quyết định số 1895/1997/BYT-QĐ ngày 19/9/1997 của Bộ trưởng Bộ Y tế và Thông tư số 09/2010/TT-BYT ngày 28/4/2010 của Bộ trưởng Bộ Y tế về “Hướng dẫn quản lý chất lượng thuốc.

d) Phòng khám có bàn, phòng tư vấn kiến thức cho bệnh nhân HIV/AIDS

e) Phòng khám có nơi bảo quản và lưu trữ sổ sách, hồ sơ bệnh án của người nhiễm HIV

f) Các khu vực trên của phòng khám bảo đảm thông thoáng và đủ ánh sáng

g) Phòng khám có phòng học, hội trường, bảng, màn chiếu, máy tính, máy chiếu để tập huấn kiến thức cho bệnh nhân

h) Phòng khám có đủ các hình minh họa, ấn phẩm truyền thông, sách báo phổ biến kiến thức về HIV/AIDS, về dinh dưỡng dành cho người nhiễm các bệnh nhiễm trùng cơ hội, về bảo hiểm y tế.

i) Phòng khám có gạo, sữa, đường ... để hỗ trợ dinh dưỡng cho người bệnh

k) Phòng khám có các loại thuốc được cung cấp miễn phí cho người nhiễm HIV (như thuốc bổ, thuốc điều trị nhiễm trùng cơ hội....)

- Điều kiện trang thiết bị:

- + 01 bộ giường khám bệnh;
- + 01 bộ bàn ghế khám bệnh;
- + 01 hộp chống choáng, bình oxy;
- + 01 bộ dụng cụ khám tai mũi họng;
- + 01 máy đo huyết áp cho người lớn;
- + 01 máy đo huyết áp cho trẻ em;
- + 01 ống nghe bệnh;
- + 01 nhiệt kế y học;
- + 01 cân sức khỏe;
- + 01 thước đo chiều cao;
- + 01 đèn cực tím diệt trùng;
- + 01 tủ thuốc;
- + 01 tủ bảo quản bệnh án;

- Điều kiện đảm bảo yêu cầu kiểm soát nhiễm khuẩn:

a) Có trang thiết bị và phương tiện để bảo đảm yêu cầu kiểm soát nhiễm khuẩn theo Quy định tại Thông tư số 18/2009/TT-BYT ngày 14/10/2009 của Bộ trưởng Bộ Y tế:

b) Bảo đảm các phương tiện vệ sinh môi trường đầy đủ và phù hợp:

+ Phương tiện rửa tay: bồn rửa tay, phương tiện sát khuẩn tay, khăn lau tay sạch dùng một lần và hóa chất rửa tay.

+ Có đủ phương tiện vệ sinh chuyên dụng bảo đảm cho công việc vệ sinh cơ sở khám bệnh, chữa bệnh hiệu quả.

+ Trường hợp cơ sở khám bệnh, chữa bệnh hợp đồng với Công ty cung cấp dịch vụ vệ sinh công nghiệp thì hợp đồng phải xác định rõ yêu cầu về trang thiết bị, hóa chất, tiêu chuẩn vệ sinh, quy trình vệ sinh, đào tạo nhân viên vệ sinh theo chương trình tài liệu của Bộ Y tế và kiểm tra đánh giá chất lượng.

+ Có đủ phương tiện thu gom, vận chuyển, lưu giữ chất thải. Thùng, túi lưu giữ chất thải phải bảo đảm đủ số lượng, chất lượng và đúng màu quy định.

c) Khoa kiểm soát nhiễm khuẩn được trang bị các phương tiện văn phòng để phục vụ công tác giám sát, đào tạo như máy vi tính, máy in; các phương tiện khác phục vụ công tác kiểm tra, đánh giá chất lượng môi trường và kiểm soát nhiễm khuẩn.

Điều kiện về cơ sở vật chất đối với tổ chức tư vấn về phòng chống HIV/AIDS:

a) Phòng đón tiếp: Có diện tích tối thiểu là 10 m²; có bảng niêm yết phạm vi tư vấn.

b) Phòng tư vấn: Có diện tích tối thiểu là 7 m², bảo đảm kín đáo, thông thoáng và đủ ánh sáng; có sổ sách ghi chép họ tên hoặc mã số của người được tư vấn, tóm tắt nội dung tư vấn; có các trang thiết bị tối thiểu cần thiết cho hoạt động tư vấn, gồm bàn làm việc, ghế ngồi và tài liệu truyền thông phục vụ cho việc tư vấn; sử dụng tài liệu truyền thông: tờ rơi, tranh gấp, Áp phích, pano, sách mỏng/sách nhỏ, tài liệu khác.

*** Cấu phần nội dung về kinh phí (E) của mô hình MMFED.**

- **Kinh phí của mô hình:** Kinh phí hỗ trợ cho các hoạt động tuyên truyền, tập huấn cho người nhiễm HIV/AIDS.

- **Điều kiện về kinh phí (E):** của Phòng khám ngoại trú điều trị ARV phục vụ chăm sóc sức khỏe cho người nhiễm HIV/AIDS phải đáp ứng đủ các tiêu chuẩn sau:

- a) Nguồn kinh phí phục vụ cho việc điều trị bằng thuốc kháng HIV gồm:
 - + Nguồn kinh phí do ngân sách nhà nước chi hàng năm;
 - + Nguồn kinh phí viện trợ;
 - + Quỹ bảo hiểm y tế;
 - + Phí sử dụng dịch vụ khám bệnh, chữa bệnh;
 - + Các nguồn kinh phí hợp pháp khác.

b) Các trường hợp điều trị bằng thuốc kháng HIV sử dụng nguồn kinh phí quy định tại điểm 1 và điểm 2 của mục a phải được cung cấp miễn phí.

c) Việc quản lý và sử dụng các nguồn kinh phí phải tuân thủ các quy định của pháp luật.

*** Cấu phần đáp ứng nhu cầu hỗ trợ của người nhiễm HIV (D) của mô hình MMFED.**

Trước đây các mô hình đơn lẻ, chưa có mô hình nào xây dựng đảm bảo cho chăm sóc sức khỏe toàn diện, bao gồm chăm sóc y tế, hỗ trợ kiến thức, hỗ trợ bảo hiểm y tế, hỗ trợ dinh dưỡng cho bệnh nhân, hỗ trợ xã hội giảm kỳ thị. Trên cơ sở kết quả nghiên cứu đề tài chúng tôi đã đề ra các giải pháp để bổ sung cho thiếu sót này, đó là nhóm giải pháp về cung cấp kiến thức, dinh dưỡng, dịch vụ chăm sóc xã hội, chăm sóc y tế:

- Hỗ trợ cung cấp kiến thức: Tăng cường hỗ trợ kiến thức cho BN, người nhà BN và cán bộ Y tế trong giai đoạn điều trị cũng như các đối tượng nguy cơ: Ngoài giảng viên của PK, các phòng khám nên chủ động mời thêm các Luật gia, các chuyên viên của Bảo hiểm xã hội để kịp thời cung cấp các thông tin mới liên quan có hiệu quả cho bệnh nhân.

- Hỗ trợ dinh dưỡng: chế độ dinh dưỡng cho những người bị nhiễm HIV đảm bảo đủ dinh dưỡng tối thiểu. Có kế hoạch hỗ trợ dinh dưỡng cho người nhiễm HIV có hoàn cảnh khó khăn.

- Hỗ trợ dịch vụ chăm sóc xã hội: Phối hợp liên ngành và huy động cộng đồng trong các hoạt động truyền thông thông tin, giáo dục làm thay đổi thái độ kỳ thị và phân biệt đối xử với người nhiễm HIV/AIDS, trong đó ngành y tế làm nòng cốt, Trung tâm Phòng chống HIV/AIDS làm đầu mối cho sự phối hợp nói trên.

- Hỗ trợ chăm sóc y tế:

+ Về Bảo hiểm y tế cho người nhiễm HIV : Cấp phát thẻ BHYT cho người nhiễm HIV tại OPC. Hỗ trợ kinh phí, hỗ trợ cơ chế, chính sách. Quy trình khám chữa bệnh bằng BHYT cần khoa học và hiệu quả.

+ Về nhân lực: số lượng đảm bảo đủ theo yêu cầu và chất lượng nâng cao trình độ cán bộ y tế trong tư vấn chăm sóc và điều trị tại các OPC.

Dựa trên các giải pháp được đưa ra, chúng tôi tiến hành đưa các hoạt động hỗ trợ vào mô hình MMFED, đây là nội dung hoạt động mới, các mô hình trước đây chưa có.

- Hỗ trợ kiến thức cho những người sống chung với HIV giúp họ hiểu biết sâu hơn về các vấn đề liên quan đến HIV/AIDS, ý nghĩa và tầm quan trọng của việc tham gia BHYT. Tổ chức buổi thảo luận với chuyên gia giúp họ sẻ chia các khó khăn vướng mắc trong cuộc sống để cùng họ tìm cách tháo gỡ cũng như giúp họ kết nối hỗ trợ về mặt xã hội. Hoạt động này dựa trên giải pháp cung cấp kiến thức.

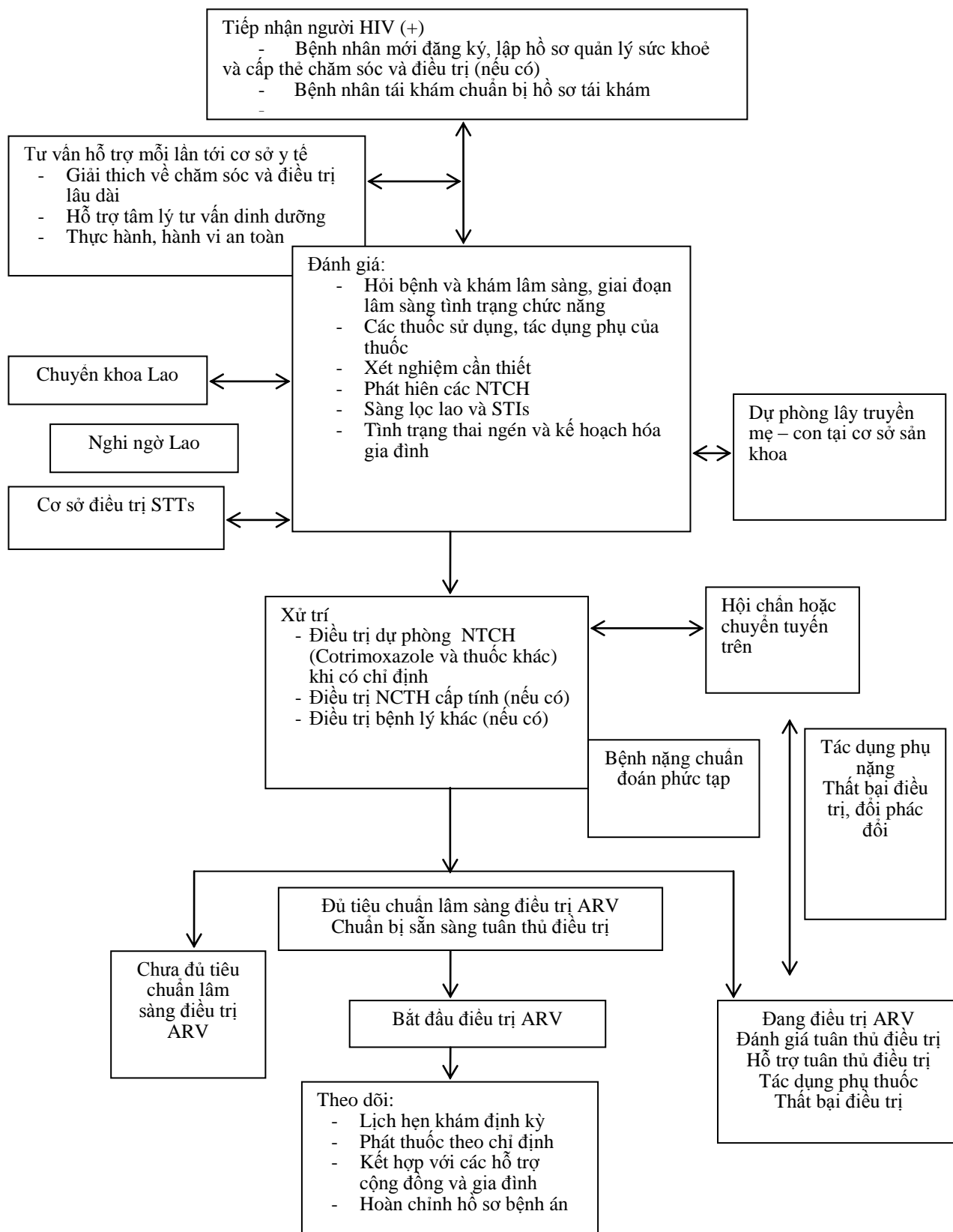
- Hỗ trợ mua thẻ bảo hiểm giúp người nhiễm HIV/AIDS có hoàn cảnh khó khăn tiếp cận sớm với các dịch vụ y tế giảm nguy cơ bệnh tật cho chính họ và giảm gánh nặng công việc cho cán bộ y tế. Hoạt động này dựa trên giải pháp chăm sóc y tế.

- Hỗ trợ thuốc bổ gan và vitamin nhóm B hàng tháng làm giảm tác dụng phụ của thuốc ARV trên bệnh nhân và nâng cao thể trạng tăng cường hiệu quả điều trị ARV. Hoạt động này dựa trên giải pháp về dinh dưỡng.

- Tăng cường sự hiểu biết và hợp tác với các ban ngành liên quan trong công tác chăm sóc và hỗ trợ người nhiễm HIV/AIDS thông qua buổi thảo luận giữa cơ quan y tế và các nhà chức trách của chính quyền địa phương. Hoạt động này dựa trên giải pháp chăm sóc xã hội

PHỤ LỤC 9

SƠ ĐỒ QUY TRÌNH QUẢN LÝ, CHĂM SÓC VÀ TƯ VẤN BỆNH NHÂN HIV/AIDS TẠI PHÒNG KHÁM NGOẠI TRÚ[10]



PHỤ LỤC 10

BẢNG CHẤM ĐIỂM KHẢ NĂNG ĐÁP ỨNG [50]

a) Khả năng đáp ứng về kiến thức

STT	Tiêu chí đánh giá	Câu hỏi	Trả lời	Điểm
I.	Đánh giá qua bệnh nhân			
1.	Phòng khám có hỗ trợ cung cấp kiến thức cho bệnh nhân không?	B1	- Có - Không	2 0
2.	Có thấy cần thiết, hấp dẫn không?	B2	- Có - Không	2 0
3.	Nội dung kiến thức cung cấp có phù hợp với bệnh nhân không?	B4		
	- Đây là kiến thức phải bắt buộc		- Có - Không	1 0
	- Để phòng tránh lây nhiễm HIV cho gia đình và cộng đồng		- Có - Không	1 0
	- Để điều trị ARV có hiệu quả		- Có - Không	1 0
	- Có kiến thức để tuyên truyền cho người khác		Có Không	1 0
4.	Nội dung kiến thức cung cấp có thiết thực phù hợp với mỗi giai đoạn điều trị không?	B5		
	<ul style="list-style-type: none">Giai đoạn chuẩn bị điều trị ARV - Kiến thức về HIV/AIDS: tình hình dịch, đường lây nhiễm và cách phòng, chống.		- Có - Không	1 0
	- Kiến thức về thuốc ARV, tác dụng phụ của thuốc và cách xử trí		- Có - Không	1 0

	- Kiến thức về tuân thủ điều trị ARV	B6	- Có - Không	1 0
	<ul style="list-style-type: none"> Giai đoạn điều trị ARV - Kiến thức về dinh dưỡng, chế độ ăn khi điều trị ARV - Kiến thức về các bệnh nhiễm trùng cơ hội và cách dự phòng - Kiến thức về các thông tin liên quan đến chủ trương, chính sách của Đảng và Nhà nước đối với người nhiễm HIV/AIDS		- Có - Không - Có - Không	1 0 1 0
5.	Hình thức tổ chức có phù hợp và hiệu quả không?			
	- Tập huấn cho người nhiễm HIV/AIDS chuẩn bị điều trị ARV	B7	- Có - Không	1 0
	- Tập huấn cho người nhiễm HIV/AIDS đang điều trị ARV		- Có - Không	1 0
	- Toạ đàm nhóm bệnh nhân đang điều trị ARV		- Có - Không	1 0
	- Tư vấn cá nhân		- Có - Không	1 0
6.	Có khó khăn cản trở trong việc tiếp cận với các buổi cung cấp kiến thức không?	B10	- Có - Không	2 0
7.	Có thấy hiểu hơn về HIV/AIDS sau khi được cung cấp kiến thức không?	B11	- Có - Không	2 0

8.	Có thể tuyên truyền cho người khác sau khi được cung cấp kiến thức không?	B12	- Có - Không	2 0
9.	Kinh phí hỗ trợ tổ chức, đi lại	B13	- Có - Không	2 0
II.	Đánh giá qua cán bộ y tế			
10.	Năng lực cán bộ giảng dạy - Trình độ từ đại học trở lên - Trình độ cao đẳng - Trình độ trung cấp	B9		3 2 1
III.	Đánh giá qua quan sát thực tế			
11.	Phương tiện phục vụ giảng dạy: phòng học, thiết bị nghe nhìn.....	B8		
	Hội trường		- Có - Không	1 0
	Máy chiếu		- Có - Không	1 0
	Loa đài		- Có - Không	1 0
Tổng điểm tối đa				32

Tiêu chí đánh giá về khả năng cung cấp kiến thức của các phòng khám ngoại trú cho bệnh nhân nhiễm HIV/AIDS:

- Số điểm đánh giá bằng tổng điểm từ B1- B13
- Tổng số điểm tối đa: 32 điểm

25-32 điểm: đạt

< 25 điểm: không đạt

b) Khả năng đáp ứng về dinh dưỡng:

STT	Tiêu chí đánh giá	Câu hỏi	Trả lời	Điểm
I.	Đánh giá qua bệnh nhân			
1.	Phòng khám có chương trình hỗ trợ về dinh dưỡng không?	C1	- Có - Không	2 0
2.	Bệnh nhân có được hỗ trợ về dinh dưỡng không?	C2	- Có - Không	2 0
3.	Bệnh nhân có đạt tiêu chuẩn hỗ trợ về dinh dưỡng của phòng khám không?	C3	- Có - Không	2 0
4.	Có thấy những hỗ trợ đó là hữu ích không?	C5	- Có - Không	2 0
5.	Hình thức hỗ trợ có phù hợp không?	C6	- Có - Không	2 0
II.	Đánh giá qua cán bộ y tế			
6.	Loại dinh dưỡng được hỗ trợ: - Lương thực, thực phẩm - Tiền mặt	C4		2 0
III.	Đánh giá qua quan sát thực tế			
7.	Thể trạng bệnh nhân sau khi được hỗ trợ dinh dưỡng	C7	- Tốt lên - Bình thường	2 0
	Tổng điểm tối đa			14

Tiêu chí đánh giá về khả năng cung cấp hỗ trợ dinh dưỡng của các phòng khám ngoại trú cho bệnh nhân nhiễm HIV/AIDS:

- Số điểm đánh giá = C1+ C2+ ...+C7

- Tổng số điểm tối đa: 14 điểm

10 – 14 điểm: đạt

< 10 điểm: không đạt

c) Khả năng đáp ứng về chăm sóc sức khỏe và nhóm yếu tố liên quan đến dịch vụ chăm sóc y tế:

STT	Tiêu chí đánh giá	Câu hỏi	Trả lời	Điểm
I.	Đánh giá qua bệnh nhân			
1.	Trong quá trình điều trị tại phòng OPC bệnh nhân có được khám phát hiện kịp thời các triệu chứng bất thường, các NTCH mới không	D1	- Có - Không	2 0
2.	Phòng khám có cấp thuốc điều trị với những bệnh nhân nhiễm trùng cơ hội không?	D2	- Có - Không	2 0
3	Trong quá trình điều trị tại phòng OPC anh/chị đã từng có biểu hiện nặng không	D3	- Có - Không	2 0
4.	Trong quá trình điều trị tại phòng OPC bệnh nhân có biểu hiện nặng, có được hướng dẫn và chuyển tuyến kịp thời không	D4	- Có - Không	2 0
5.	Phòng khám có cấp thuốc nâng cao thể trạng cho bệnh nhân không?	D5	- Có - Không	2 0
6.	Khi đến khám tại các OPC bệnh nhân AIDS có phải trả tiền không	D7	- Có - Không	0 2

II.		Đánh giá qua cán bộ y tế		
7.	<p>Nhân lực của PKNT:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 2 Bác sỹ/ 1bác sỹ và 1 y sỹ - 1 Bác sỹ - 1 y tá hỗ trợ về chăm sóc - 1 y tá hỗ trợ về tư vấn các vấn đề liên quan phát sinh trong khi điều trị - 1 cán bộ dược cấp thuốc 	D8		<p>2</p> <p>1</p> <p>1</p> <p>1</p> <p>1</p>
III.		Đánh giá qua quan sát thực tế		
8.	<p>Phòng khám có diện tích tối thiểu là 18m² (không bao gồm khu vực chờ khám), được chia thành hai buồng thực hiện chức năng khám bệnh và tư vấn cho người bệnh hay không?</p>	D9	<ul style="list-style-type: none"> - Có và rất tốt - Có nhưng chưa tốt - Chưa đáp ứng mong đợi của BN 	<p>3</p> <p>2</p> <p>1</p>
9.	<p>Phòng khám có khu vực chờ khám bệnh và bố trí ghế ngồi chờ khám bệnh cho người bệnh và người nhà người bệnh hay không?</p>	D10	<ul style="list-style-type: none"> - Có và rất tốt - Có nhưng chưa tốt - Chưa đáp ứng mong đợi của BN 	<p>3</p> <p>2</p> <p>1</p>

10.	Phòng khám có nơi bảo quản và lưu trữ sổ sách, hồ sơ bệnh án của người nhiễm HIV hay không?	D11	<ul style="list-style-type: none"> - Có và rất tốt - Có nhưng chưa tốt - Chưa đáp ứng mong đợi của BN 	<p>3 2 1</p>
11.	Phòng khám có phòng học, hội trường để tập huấn kiến thức cho bệnh nhân hay không?	D12	<ul style="list-style-type: none"> - Có và rất tốt - Có nhưng chưa tốt - Chưa đáp ứng mong đợi của BN 	<p>3 2 1</p>
12.	Phòng khám có bảng, màn chiếu, máy tính, máy chiếu để tập huấn kiến thức về HIV/AIDS hay không?	D13	<ul style="list-style-type: none"> - Có và rất tốt - Có nhưng chưa tốt - Chưa đáp ứng mong đợi của BN 	<p>3 2 1</p>

13.	Phòng khám có đủ các hình minh họa, ấn phẩm truyền thông, sách báo phổ biến kiến thức về HIV/AIDS hay không?	D14	<ul style="list-style-type: none"> - Có và rất tốt - Có nhưng chưa tốt - Chưa đáp ứng mong đợi của BN 	<p>3</p> <p>2</p> <p>1</p>
14.	Phòng khám có bàn, phòng tư vấn kiến thức cho bệnh nhân HIV/AIDS hay không?	D15	<ul style="list-style-type: none"> - Có và rất tốt - Có nhưng chưa tốt - Chưa đáp ứng mong đợi của BN 	<p>3</p> <p>2</p> <p>1</p>
15.	Phòng khám có cân, các dụng cụ kiểm tra sức khỏe, thể trạng của người bệnh không?	D16	<ul style="list-style-type: none"> - Có và rất tốt - Có nhưng chưa tốt - Chưa đáp ứng mong đợi của BN 	<p>3</p> <p>2</p> <p>1</p>

16.	Phòng khám có các loại thuốc được cung cấp miễn phí cho người nhiễm HIV không? (như thuốc bổ, thuốc điều trị nhiễm trùng cơ hội....)	D17	- Có và rất tốt - Có nhưng chưa tốt - Chưa đáp ứng mong đợi của BN	3 2 1
17.	Phòng khám có ấn phẩm về dinh dưỡng dành cho người nhiễm các bệnh nhiễm trùng cơ hội không?	D18	- Có và rất tốt - Có nhưng chưa tốt - Chưa đáp ứng mong đợi của BN	3 2 1
Tổng điểm tối đa				44

Tiêu chí đánh giá về khả năng đáp ứng nhu cầu chăm sóc sức khỏe và nhóm yếu tố liên quan đến dịch vụ chăm sóc y tế của các phòng khám ngoại trú cho bệnh nhân nhiễm HIV/AIDS

- Số điểm đánh giá bằng tổng điểm từ D1- D18

- Tổng số điểm tối đa: 44 điểm

30 - 44 điểm: đạt

< 30 điểm: không đạt

d) Khả năng đáp ứng về xã hội:

STT	Tiêu chí đánh giá	Câu hỏi	Trả lời	Điểm
I.	Đánh giá qua bệnh nhân			
1.	Bệnh nhân có biết các hoạt động nhằm hỗ trợ giảm kì thị không?	E1		
	- Hoạt động tuyên truyền phổ biến kiến thức về HIV/AIDS trong cộng đồng		- Có	2
			- Không	0
	- Hoạt động tham gia các công tác xã hội của người nhiễm và gia đình người nhiễm HIV/AIDS		- Có	2
			- Không	0
	- Thông qua luật và các chính sách cho người nhiễm HIV/AIDS		- Có	2
			- Không	0
	- Tham gia vào các nhóm tự lực/câu lạc bộ		- Có	2
			- Không	0
2.	Có được giới thiệu tham gia các câu lạc bộ/nhóm tự lực không?	E2	- Có	2
			- Không	0
3.	Có tham gia các câu lạc bộ/nhóm tự lực không?	E3	- Có	2
			- Không	0
4.	Phòng khám có câu lạc bộ/nhóm tự lực không?	E4	- Có	2
			- Không	0
5.	Có thấy các câu lạc bộ/nhóm tự lực hữu ích không?	E5	- Có	2
			- Không	0
6.	Có được hỗ trợ về tâm lý không?	E6	- Có	2
			- Không	0
7.	Có nhu cầu mong muốn về nghề nghiệp không?	E7	- Có	2
			- Không	0
8.	Có được hỗ trợ về vay vốn hoặc tư vấn nghề nghiệp không?	E8	- Có	2
			- Không	0
II.	Đánh giá qua cán bộ y tế			

9.	Đồng đảng viên hỗ trợ bệnh nhân điều trị tại OPC	E9	- Có - Không	1 0
10.	Đồng đảng viên được tập huấn kỹ năng hỗ trợ chăm sóc người nhiễm?	E10	- Có - Không	1 0
11.	Đồng đảng viên có được hỗ trợ kinh phí không?	E11	- Có - Không	1 0
12.	Nhân viên phòng khám có được tập huấn về chống kỳ thị, phân biệt đối xử, phòng khám thân thiện với người nhiễm hay không?	E12	- Có và rất tốt - Có nhưng chưa tốt - Chưa đáp ứng mong đợi của bệnh nhân	3 2 1
13.	Phòng khám có tạo điều kiện cho các câu lạc bộ, nhóm tự lực của người nhiễm hoạt động không?	E13	- Có và rất tốt - Có nhưng chưa tốt - Chưa đáp ứng mong đợi của bệnh nhân	3 2 1
14.	Phòng khám nơi người bệnh điều trị đã	E14	- Có và	3

	từng cho họ vay vốn hay gợi ý giới thiệu việc làm cho họ chưa?		rất tốt - Có nhưng chưa tốt - Chưa đáp ứng mong đợi của bệnh nhân	2 1
15.	Phòng khám có tổ chức khám bảo hiểm y tế cho người nhiễm HIV hay không?	E15	- Có và rất tốt - Có nhưng chưa tốt - Chưa đáp ứng mong đợi của bệnh nhân	3 2 1
16.	Phòng khám có triển khai hỗ trợ thẻ Bảo hiểm y tế cho người bệnh hay không?	E16	- Có và rất tốt - Có nhưng chưa tốt - Chưa đáp ứng mong đợi của	3 2 1

			bệnh nhân	
III.	Đánh giá qua quan sát thực tế			
17.	Phòng khám có tài liệu phổ biến về bảo hiểm y tế cho người nhiễm hay không?	E17	- Có và rất tốt - Có nhưng chưa tốt - Chưa đáp ứng mong đợi của bệnh nhân	3 2 1
	Tổng điểm tối đa			43

Tiêu chí đánh giá về khả năng đáp ứng về xã hội của các phòng khám ngoại trú cho bệnh nhân nhiễm HIV/AIDS

- Số điểm đánh giá bằng tổng điểm từ E1- E17

- Tổng số điểm tối đa: 43 điểm

30 – 43 điểm: đạt

< 30 điểm: không đạt