

ĐẶT VẤN ĐỀ

1. Tính cấp thiết của đề tài

Thuốc kháng vi-rút (ARV) là giải pháp hiệu quả trong việc bảo vệ sức khoẻ của người nhiễm HIV và bảo vệ cộng đồng khỏi sự lây lan của dịch. Lợi ích của thuốc ARV là rất lớn do vậy Việt Nam đã và đang mở rộng điều trị bằng thuốc ARV cho người nhiễm HIV. Theo thống kê đến cuối tháng 10 năm 2015 đã có hơn 100.000 bệnh nhân đang được điều trị bằng thuốc ARV và tất cả là miễn phí và chủ yếu từ nguồn thuốc viện trợ. Tuy nhiên thời gian tới, khi không còn viện trợ thì bảo hiểm y tế (BHYT) đang được xác định là giải pháp chủ yếu đảm bảo sự bền vững cho người nhiễm HIV được điều trị. Tuy nhiên, Theo "Khảo sát về số lượng bệnh nhân có BHYT đang được quản lý tại các cơ sở điều trị ngoại trú" của Cục Phòng, chống HIV/AIDS, số bệnh nhân có thẻ BHYT chiếm tỷ lệ rất thấp 15% tổng số người nhiễm HIV/AIDS. Trong đó có 51,9% thuộc nhóm đối tượng nghèo, 18,9% thuộc nhóm cận nghèo, 29,2% là các nhóm đối tượng khác. Kết quả nghiên cứu trên cho thấy tầm quan trọng của việc hỗ trợ chăm sóc y tế cho người nhiễm HIV/AIDS đang điều trị ARV ngoại trú. Hiện nay tại Việt Nam nói chung và Thành phố Hà Nội nói riêng chưa có nhiều nghiên cứu chuyên về vấn đề này, vì vậy chúng tôi thực hiện nghiên cứu với mục tiêu:

1. *Mô tả thực trạng thẻ bảo hiểm y tế, 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.*

2. Những đóng góp mới của luận án:

Đây là công trình nghiên cứu một cách có hệ thống đầu tiên về các đặc trưng nhân khẩu, tỷ lệ hiện nhiễm HIV và một số nội dung hỗ trợ chăm sóc, các yếu tố liên quan đến hỗ trợ chăm sóc cho nhóm bệnh nhân điều trị

ARV ngoại trú tại Hà Nội. Luận án đã xác định được thực trạng, nhu cầu và khả năng đáp ứng chăm sóc y tế cho người nhiễm HIV được điều trị ARV tại thành phố Hà Nội năm 2012 và hiệu quả can thiệp hỗ trợ thẻ bảo hiểm y tế cho người nhiễm HIV/AIDS đang điều trị ARV ngoại trú tại TTYT Thanh Xuân năm 2013. Kết quả nghiên cứu của luận án giúp cho công tác lập kế hoạch can thiệp trong điều trị HIV và các dịch vụ liên quan đến HIV được chi trả thông qua BHYT.

3. Ý nghĩa khoa học và thực tiễn của luận án

Ý nghĩa khoa học: Luận án sử dụng thiết kế nghiên cứu mô tả cắt ngang có kết hợp nghiên cứu định tính và định lượng, kỹ thuật thu thập số liệu và phân tích số liệu chính xác tin cậy luận án đã cho thấy việc hỗ trợ chăm sóc y tế cho bệnh nhân HIV/AIDS là rất cần thiết, đồng thời cũng xác định được một số yếu tố dự báo nguy cơ bỏ trị và tăng khả năng bùng phát dịch trở lại nếu không có biện pháp hỗ trợ nếu không còn nguồn tài trợ của các tổ chức Quốc tế.

Ý nghĩa thực tiễn: Kết quả của luận án góp phần đề xuất các biện pháp can thiệp hỗ trợ chăm sóc y tế đặc biệt là hỗ trợ điều trị thông qua BHYT cho người nhiễm HIV/AIDS.

Cung cấp các số liệu thực tiễn phục vụ giảng dạy và làm tiền đề cho những nghiên cứu tiếp theo

4. Bố cục của luận án:

Luận án được trình bày trên 130 trang (không kể phần phụ lục, mục lục, các chữ viết tắt) và được chia ra: Đặt vấn đề: 2 trang; Chương 1-Tổng quan: 35 trang; Chương 2-Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: 29 trang; Chương 3-Kết quả nghiên cứu: 36 trang; Chương 4-Bàn luận 25 trang; Kết luận: 1,5 trang; Khuyến nghị: 1 trang. Luận án gồm 36 bảng, 12 biểu đồ. Luận án có 102 tài liệu tham khảo (tiếng Việt, tiếng Anh), 10 phụ lục bao gồm danh sách các địa điểm nghiên cứu, các bảng hướng dẫn phỏng vấn sâu, thảo luận nhóm, tham gia nghiên cứu, phiếu câu hỏi, bảng chấm điểm.

CHƯƠNG 1: TỔNG QUAN

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. Khái niệm chăm sóc sức khỏe người nhiễm HIV: Từ khi xét nghiệm phát hiện nhiễm HIV được tư vấn; tiếp cận các thông tin liên quan đến HIV/AIDS, liên quan đến chính sách, chế độ, quyền và nghĩa vụ của người nhiễm HIV/AIDS; chế độ dinh dưỡng; sự kỳ thị và phân biệt đối xử; tiếp cận điều trị NTCH, điều trị dự phòng các NTCH, điều trị ARV...

1.1.3. Các giai đoạn nhiễm HIV/AIDS: Tình trạng lâm sàng của người nhiễm HIV/AIDS được chia làm 4 giai đoạn

1.1.4. Khái niệm về điều trị ARV: kháng Retrovirus (ARV). Năm 2009 Bộ Y tế ban hành QĐ3003/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.

1.2. Tình hình dịch HIV/AIDS và chăm sóc y tế

1.2.1. Trên thế giới.

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. cuối năm 2013, có 35 triệu người đang bị nhiễm HIV còn sống, 39 triệu người đã tử vong do AIDS, có 2,7 triệu ca nhiễm HIV mới, 1,8 triệu người tử vong do AIDS, có 6,9 triệu người đang điều trị ARV tại các nước có thu nhập thấp và trung bình, 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. Đến năm 1996, bắt đầu sử dụng phác đồ điều trị phối hợp ít nhất 3 loại thuốc (HAART). 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. 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. Vào cuối năm 2012, khoảng 1,6 triệu người

niễm HIV ở các nước có thu nhập thấp và trung bình đã được tiếp cận với thuốc ARV so với cuối năm 2011. 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. 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%. 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).

1.2.2. Tại Việt Nam

Năm 2014, số trường hợp nhiễm HIV là 216.163 trường hợp, số BN AIDS là 67.557 và đã có 69.449 trường hợp tử vong do AIDS. Tỷ lệ nhiễm HIV toàn quốc là 248/100.000 dân. Trong 3 tháng đầu 2014, cả nước xét nghiệm phát hiện mới 2.012 trường hợp nhiễm HIV, trong đó 928 BN AIDS, có 300 người tử vong do AIDS. có 364 phòng khám và điều trị ARV, có 86.771 BN (người lớn và trẻ em) được điều trị ARV, đạt 93,3% so với kế hoạch năm 2014. Quản lý, chăm sóc, tư vấn người nhiễm HIV/AIDS gặp nhiều khó khăn do đối tượng thường xuyên thay đổi địa chỉ. 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. Bảo đảm nguồn tài chính bền vững cho phòng chống HIV/AIDS, tăng cường đầu tư trong nước và vai trò của BHYT.

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. Dự báo năm 2015 có trên 100.000 bệnh nhân điều trị ARV.

1.2.3. Tại Hà Nội

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. Đến

31/3/2014 có 20.762 trường hợp hiện nhiễm HIV/AIDS, có 5.077 trường hợp đã chuyển thành AIDS và lũy tích tử vong do HIV/AIDS là 3.821. 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%. đã triển khai chương trình hỗ trợ chăm sóc toàn diện cho BN AIDS năm 1996, hiện nay có 31 cơ sở, 9 cơ sở trong trại giam, số BN 9.274 người, đạt 95,46% so với kế hoạch năm 2014 và đưa số người được điều trị lên 44,2%.

1.3. Mô hình điều trị ARV trên thế giới, Việt Nam

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. Nghiên cứu của J.B. Nachega và các cộng sự (2012), cho kết quả trung bình 43% bệnh nhân báo cáo từng nhỡ liều ARV trong tháng. Mô hình quản lý điều trị HIV/AIDS thuộc hệ thống y tế áp dụng nhiều nhất, 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 tuyển trung ương là 5 cơ sở (1,7%), tỉnh là 118 cơ sở (41,8%), và tuyển huyện là 161 cơ sở (57,1%). Việc điều trị bằng thuốc ARV đã được thực hiện theo quy trình thống nhất trên toàn quốc. Mô hình điều trị HIV/AIDS tại các cơ sở ngoài hệ thống y tế. Tại các trại giam, tại trung tâm 05-06, cơ sở bảo trợ xã hội.

c) Mô hình thí điểm: *Sáng kiến điều trị 2.0*. cung cấp dịch vụ điều trị cơ bản tại tuyến xã, phường: 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.

1.4. Bảo hiểm y tế trên Thế Giới và tại Việt Nam

1.4.1. Khái niệm BHYT.

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.

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 BHYT 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).

1.4.3. Sự cần thiết của Bảo hiểm y tế

Bệnh nhân nhiễm HIV/AIDS được điều trị khi bị nhiễm trùng cơ hội và điều trị ARV suốt đời, bệnh nhân có BHYT sẽ giảm bớt khó khăn khi khám chữa bệnh.

1.4.4. Vai trò của Bảo hiểm y tế

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..

1.4.5 Các nghiên cứu về Bảo hiểm y tế trên thế giới

Các nghiên cứu đều cho thấy người nhiễm HIV cần phải có bảo hiểm Y tế để đảm bảo được điều trị liên tục và xuất đời.

1.4.6. Bảo hiểm y tế tại Việt Nam: 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. Hết năm 2014 có khoảng 61 triệu người tham gia BHYT, đạt khoảng 69% dân số, có khoảng 14,3 triệu nghèo và dân tộc thiểu số, gần 2 triệu cận nghèo có thể BHYT.

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

Ngân sách cho điều trị ARV phụ thuộc nhiều vào nguồn tài trợ quốc tế 90%. 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. 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%). Điều trị ARV đang sử dụng hơn 90% nguồn thuốc từ các dự án quốc tế. ngoài ra các dự án còn hỗ trợ thuốc NTCH, các xét nghiệm theo dõi điều trị.

1.4.8. BHYT cho người nhiễm HIV/AIDS tại Hà Nội. Trong kết quả nghiên cứu: “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”:

CHƯƠNG 2: PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

- Bệnh nhân điều trị ARV ngoại trú tại 10 PKNT đến 1/6/2012, có trong danh sách được quản lý, theo dõi tại PKNT, người nhà trực tiếp hỗ trợ chăm sóc BN, cán bộ Y tế, các đơn vị có liên quan, từ 18 tuổi trở lên, có đủ năng lực sức khỏe và tinh thần hiểu, trả lời các câu hỏi và đồng ý tham gia nghiên cứu.

- Sổ sách, báo cáo, hồ sơ bệnh án tại 4 bệnh viện, 6 TTYT.

2.2. Thời gian và địa điểm nghiên cứu:

Từ Tháng 01/ 2012 đến năm 2015, 4 bệnh viện và 6 TTYT có PKNT điều trị ARV năm 2012.

2.3. Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang có kết hợp nghiên cứu định tính và định lượng.

2.4. Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu

Áp dụng công thức tính cỡ mẫu trong nghiên cứu phân tích mô tả.

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

n là Cỡ mẫu NC tối thiểu. $Z_{1-\alpha/2}$ Hệ số tin cậy với mức ý nghĩa $\alpha = 0,05$; $z = 1,96$. $p = 15\%$ (tỷ lệ BN có thể BHYT đang được quản lý tại cơ sở điều trị ARV ngoại trú Hà Nội). $\varepsilon = 0,1$ 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 $Z_{1-\alpha/2} = 1,96$, $\varepsilon = 0,1$. Tính $n = 2.177$. Số mẫu NC 3.406.

Nghiên cứu can thiệp: chọn BN đang điều trị ARV ngoại trú PKNT Thanh Xuân để can thiệp thời gian 01 năm, áp dụng công thức tính cỡ mẫu lý thuyết cho NC can thiệp trước sau.

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

n : Cỡ mẫu cần cho nhóm can thiệp, $Z_{1-\alpha/2} = 1,96$ (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 BN được hỗ trợ 3 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. Cỡ mẫu tính được $n=126$.

2.5. Các biến số/chỉ số: các biến số và chỉ số theo mục tiêu nghiên cứu.

2.6. Công cụ nghiên cứu: Bảng hướng dẫn phỏng vấn sâu, phiếu sàng lọc đối tượng tham gia phỏng vấn, thỏa thuận tham gia nghiên cứu, bộ câu hỏi phỏng vấn đối tượng.

2.7. Phương pháp thu thập số liệu

Nghiên cứu định lượng: Lập khung mẫu là danh sách BN 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 BN 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. Tiến hành phỏng vấn các bệnh nhân đủ tiêu chuẩn: $n = 3.406$.

2.7.1. Nghiên cứu định tính

Sử dụng phương pháp quan sát và ghi chép nhật ký thực địa, phỏng vấn sâu theo bộ câu hỏi đã chuẩn bị. Tiến hành 5 cuộc thảo luận nhóm, 8 - 10 người /1 cuộc. **Phỏng vấn sâu.** Chọn có chủ đích, 5- 10 BN đang điều trị ARV ngoại trú. 5- 10 người nhà BN (người trực tiếp chăm sóc BN). 1 Giám đốc Bệnh viện, 3 Trưởng PKNT viện/TTYT, 4 đại diện đơn vị liên quan.

2.8. Xử lý và phân tích số liệu

2.8.1. Số liệu định tính: Các cuộc ghi âm PVS được gỡ băng và lưu vào máy tính dưới dạng file Word, các thông tin ghi chép trong NKTĐ và các thông tin thu thập qua các cuộc PVS được mã hóa theo các chủ đề. Sau đó được xử lý và phân tích bằng phần mềm NVivo 8.

2.8.2. Số liệu định lượng: Thông tin thu thập được làm sạch trước khi nhập liệu bằng phần mềm Epi Data 6.04, Xử lý số liệu bằng phần mềm SPSS 16.0, Sử dụng test χ^2 , sử dụng mô hình hồi quy logistic.

2.9. Đạo đức nghiên cứu: Nghiên cứu đã được thông qua Hội đồng đạo đức của trường Đại học Y Hà Nội.

CHƯƠNG 3: KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Các đặc trưng nhân khẩu cơ bản của nhóm đối tượng nghiên cứu

Kết quả nghiên cứu cho thấy, đa số đối tượng tham gia nghiên cứu có độ tuổi sinh sản và đang lao động từ 30-39 (67,0 %); Nam giới gấp đôi lần nữ giới (Nam=67,4%, nữ 32,6%). Hầu hết sống một mình hoạt chưa có vợ hoặc chồng 46,0%; có trình độ học vấn từ THPT trở lên (86%); Thất nghiệp và làm nghề tự do là chính 68,5%; Mức thu nhập chủ yếu từ 1-2 triệu đồng (40,4%). Lây nhiễm qua đường tình dục=46%, đường TCMT 41%.

3.2. Thực trạng thể 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 thể 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 81,1% thấy thẻ BHYT là cần thiết, tuy nhiên số BN hiểu về BHYT (14,9%) và có thẻ BHYT (13,6%) rất thấp.

Bảng 18: Lý do bệnh nhân không mua thẻ BHYT (n=3379)

| Lý do bệnh nhân không mua thẻ BHYT | Số lượng | Tỷ lệ (%) |
|---|----------|-----------|
| Sợ lộ danh tính | 3115 | 92,2 |
| Sợ phiền hà, mất thời gian | 3095 | 91,6 |
| Sợ bị kỳ thị phân biệt đối xử | 2916 | 86,3 |
| Thấy không cần thiết | 638 | 18,9 |
| Không biết người nhiễm HIV cũng được BHYT | 2878 | 85,2 |
| Không có kinh phí | 2811 | 83,2 |

Lý do bệnh nhân không mua thẻ BHYT là do Sợ lộ danh tính 92,2%, Sợ phiền hà mất thời gian 91,6%, Sợ bị kỳ thị phân biệt đối xử 86,3%, Không biết người nhiễm HIV cũng được BHYT 85,2%, Không có kinh phí 83,2%.

Trong số những bệnh nhân 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.

3.3.2. 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 xã hội 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. Nhu cầu thực trạng hỗ trợ chăm sóc y tế cho người nhiễm HIV.

- Nhu cầu, thực trạng cung cấp kiến thức.

Trong số 3.398 đối tượng được tham gia phỏng vấn, chỉ có 3379 đối tượng trả lời câu hỏi về nhu cầu được cung cấp kiến thức. Những kiến thức mà người nhiễm HIV/AIDS cần biết các phòng khám đều tổ chức tuyên truyền, tập huấn tư vấn.

Bảng 1: Tỷ lệ 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, BHYT đối với người nhiễm HIV/AIDS | 657 | 19,6% |

*** Nhu cầu và thực trạng khám và điều trị NTCH**

Bảng 2: 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 | |

- Thực trạng hỗ trợ xã hội:

Bảng 3: 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%.

Bảng 4: 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 | 27,8 |
| | Không dám công khai tình trạng nhiễm | 1322 | 72,1 |

Số bệnh nhân bị kỳ thị phân biệt đối xử 54,3% trong số này có 27,8% công khai tình trạng nhiễm HI và 72,1% không công khai tình trạng nhiễm HIV. 100% bệnh nhân công khai tình trạng nhiễm bị kỳ thị phân biệt đối xử.

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.

- Đánh giá khả năng hỗ trợ chăm sóc Y tế (Theo bảng điểm phụ lục 10).

Bảng 32: 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 |

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%), về dinh dưỡng thì phòng khám Ba Vì có tỷ lệ đạt về khả năng đáp ứng dinh dưỡng là lớn nhất (25,6%). PKNT bệnh viện Đống Đa thấp nhất 8,3%, về khả năng đáp ứng khám và điều trị thì PKNT Bệnh viện 09 lớn nhất (51,2%), thấp nhất là PKNT câu TTYT huyện Ba Vì (23,3%), về chăm sóc, hỗ trợ xã hội cao nhất là PKNT Thanh Xuân (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%.

3.2.2.3. Một số yếu tố liên quan đến hỗ trợ chăm sóc Y tế

- Có mối liên quan giữa phương tiện truyền thông kiến thức, cán bộ cung cấp kiến thức và khả năng đáp ứng cung cấp kiến thức ($\chi^2 = 134,57$, $p < 0,001$). ($\chi^2 = 26,25$, $p < 0,001$).

- Có mối liên quan giữa công khai tình trạng nhiễm HIV với đáp ứng nhu cầu về dinh dưỡng ($p < 0,01$ và $\chi^2 = 0,95$).

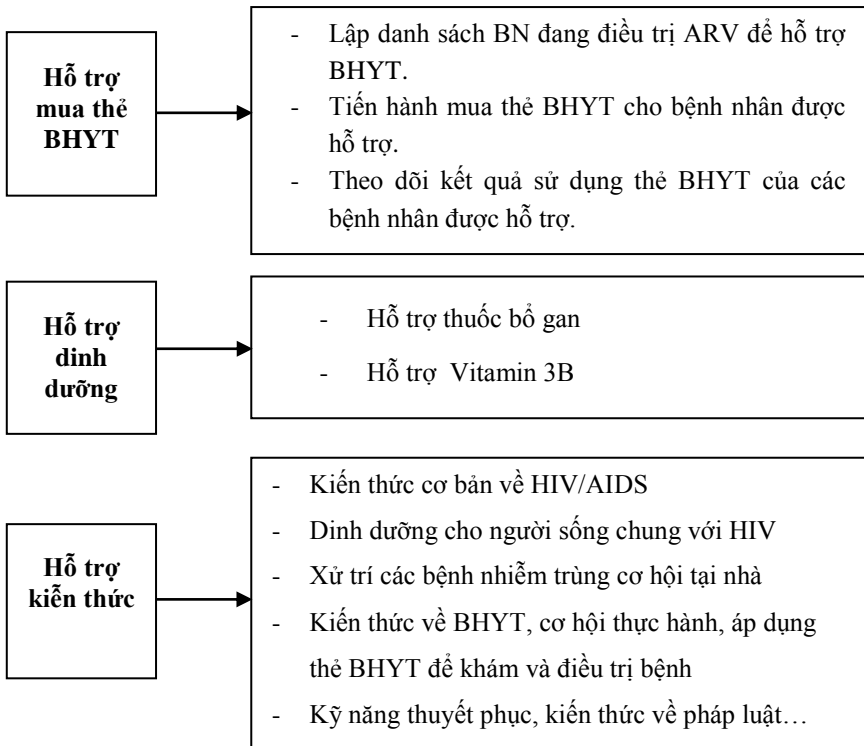
- Có mối liên quan giữa thái độ kì thị, phân biệt đối xử của cán bộ y tế với khả năng đáp ứng khám và điều trị bệnh ($\chi^2 = 2,95$, $p < 0,05$).

- Có mối liên quan 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 $p < 0,001$).

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

3.3.1. Lý do lựa chọn: Dựa vào mô hình lý thuyết chuẩn MMFED tại phụ lục 9 và kết quả phân tích tại các PKNT, chọn PKNT Thanh Xuân để can thiệp 3 nội dung. Hỗ trợ kiến thức, mua cấp thẻ BHYT, dinh dưỡng, Thời gian 1 năm.

3.3.2. Nội dung can thiệp



- Hỗ trợ kiến thức cho những người nhiễm HIV giúp họ hiểu biết sâu hơn về các vấn đề liên quan đến HIV/AIDS về BHYT và tổ chức buổi thảo luận giúp họ sẽ chia các khó khăn vướng mắc để cùng tìm cách tháo gỡ.

- Hỗ trợ thẻ BHYT để họ có điều kiện khám và điều trị bệnh tốt hơn và tạo cho họ có ý thức về mua và sử dụng thẻ BHYT.

- Hỗ trợ thuốc nâng cao thể trạng: 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.....

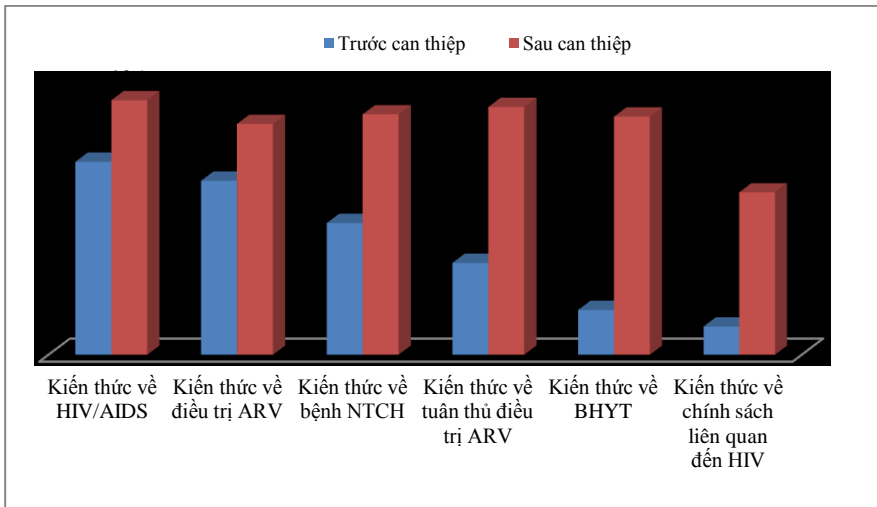
- Hội thảo các ngành các cấp để tăng cường hỗ trợ cho phòng chống HIV, đưa khám và điều trị HIV và các bệnh liên quan vào danh mục được BHYT chi trả.

3.3.3. Kết quả can thiệp.

3.3.3.1. Thông tin chung về đối tượng can thiệp : số 30-39 tuổi cao nhất (70,3%), 20-29 tuổi (16,7%), nam chiếm 56,13% và nữ là 43,87%, đa số ở bậc trung học cơ sở (36,8%) và phổ thông trung học (50,3%), 9,7% đã tốt nghiệp trung cấp, cao đẳng, đại học và sau đại học, nghề tự do (49,0%), thất nghiệp chiếm 7,7%. Lây từ quan hệ tình dục (54,2%), bơm kim tiêm (41,3%), 4,5% khác, số có thẻ BHYT là 16.

3.3.3.2. Hiệu quả can thiệp

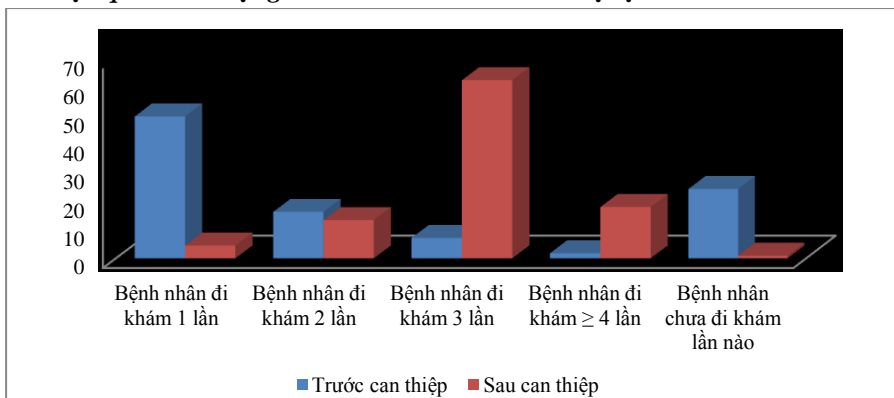
* **Hiệu quả về kiến thức của bệnh nhân**



Biểu đồ 1 : Hiệu quả can thiệp hỗ trợ kiến thức

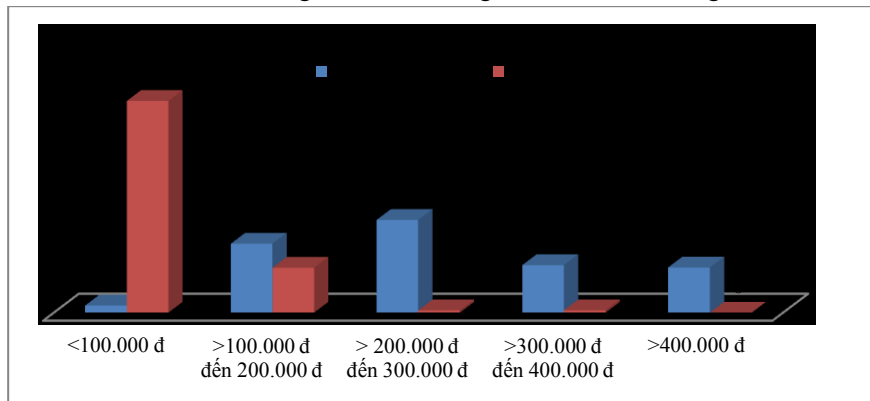
Tỷ lệ hiểu đúng về các kiến thức tăng từ 74.5% lên 98,1%, về BHYT tăng 10.9% lên 91,8%, về chính sách của Đảng nhà nước liên quan đến HIV/AIDS tăng từ 5.5% lên 62.7%.

*** Hiệu quả về sử dụng thẻ BHYT khám và điều trị bệnh:**



Biểu đồ 3.12: So sánh của số lần khám bệnh

Trước can thiệp có 12,7% (16người) có thẻ BHYT, sau khi có can thiệp, 100% bệnh nhân có thẻ BHYT. Số khám 4 lần tăng từ 1,8% lên 18,1%, số bệnh nhân không đi khám bệnh giảm từ 24,5% xuống còn 0,9%.



Biểu đồ 3.13. So sánh của kinh phí trước và sau khi can thiệp

Chi phí cho khám chữa bệnh giảm nhiều, trung bình ≥ 400.000 đ cho 1 lần khám giảm mạnh từ 17,3% giảm xuống 0,9%, trung bình chi trả < 100.000 đ cho mỗi lần khám tăng từ 2,7% lên 80,9% sau can thiệp. Số kinh phí bệnh nhân phải chi trả cho khám bệnh giảm nhiều chỉ có 1 bệnh nhân phải trả từ 300.000 đ đến 400.000 đ, 80,9% bệnh nhân khám trả dưới 100.000 đ.

*** Hiệu quả của hỗ trợ thuốc nâng cao thể trạng:**

Bảng 5: Cảm nhận của BN sau khi được hỗ trợ thuốc nâng cao thể trạng.

| TT | Nội dung | Số lượng | Tỷ lệ % |
|----|---|----------|---------|
| 1 | Rất cần thiết | 126 | 100 |
| 2 | cảm thấy cơ thể khỏe hơn | 120 | 97,3 |
| 3 | BN tăng cân với mức trung bình giao động từ 2-3kg | 63 | 60.0 |
| 4 | BN cho biết họ ăn ngủ tốt hơn sau khi sử dụng thuốc | 116 | 91.0 |
| 5 | BN cảm thấy giảm mắc các nhiễm trùng cơ hội. | 39 | 35.5 |
| 6 | BN giảm các dấu hiệu mất ngủ. | 19 | 15.0 |
| 7 | BN giảm tê bì chân tay từ sau khi sử dụng thuốc | 14 | 11.0 |
| 8 | Giảm tác dụng phụ không mong muốn của thuốc ARV (buồn nôn, rụng tóc...) | 25 | 26.0 |

100% BN thấy cần thiết, 97,3% thấy khỏe hơn. 60 % thấy tăng cân, 91% ăn ngủ tốt, Các chỉ số men gan thay đổi được thể hiện tốt hơn.

3.3.3.5. Tổ chức hội thảo: Tổ chức hội thảo với các cấp các ngành, cán bộ y tế, cán bộ BHHX 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.

“Chúng tôi sẽ huy động nguồn lực để hỗ trợ chăm sóc cho người nhiễm HIV/AIDS đặc biệt là hỗ trợ thẻ BHYT cho người nhiễm HIV/AIDS có hoàn cảnh khó khăn...” cán bộ UBND.

CHƯƠNG 4: BÀN LUẬN

4.1. Các đặc trưng nhân khẩu cơ bản của nhóm đối tượng nghiên cứu

Kết quả nghiên cứu về đặc điểm nhân khẩu học của các đối tượng trong nghiên cứu của chúng tôi khá tương đồng với các nghiên cứu của trường đại học Y Hà Nội, nghiên cứu Quỹ Toàn Cầu, Cục Phòng chống HIV/AIDS. Tỷ lệ lây nhiễm HIV qua đường QHTD không an toàn chiếm cao 54,2% cao hơn so với báo cáo 2014 của Cục phòng chống HIV/AIDS là 48,5%, có thể do tỷ lệ BN nữ ở đây cao hơn BN nam, qua đường TCMT 41,5%, khác 4,5%. 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 BHYT 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.

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 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 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 là 70,8% và cao hơn rất nhiều so với nghiên cứu của Hà Thị Minh Đức, Lê Vinh là 56,4%. Trong nghiên cứu của Hà Thị Minh Đức, Lê Vinh 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 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. 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 chỉ có 552 BN (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 3,41%. Tỷ lệ này cao hơn nhiều so với nghiên cứu của Trần Bích trà và cộng sự.

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 PKNT 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. Tuy nhiên 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.

Các dịch vụ khác người bệnh sẽ phải tự chi trả vì vậy thẻ BHYT là rất cần thiết với bệnh nhân. Theo như một cuộc thảo luận nhóm, đối tượng có cho biết “*thẻ BHYT đối với mọi người đã quan trọng thì đối với người nhiễm H 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 phải vận động tổ chức hỗ trợ giúp về BHYT*” _nữ bệnh nhân 30 tuổi

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 Đống 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 (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*).

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.

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 giấu 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.

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. 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 $p=0,03$.

Mối 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 $p < 0,05$, tư vấn dự phòng trong quá trình điều trị ARV giúp BN nhận thức được sự cần thiết phải điều trị liên tục để kéo dài cuộc sống.

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

4.3.1. Thông tin chung về đối tượng can thiệp

Các chỉ số tương đương các nghiên cứu khác tuy nhiên lây qua QHTD 54,2% cao hơn so với NC toàn TP 41% và qua xử dụng chung BKT 41,3% thấp hơn NC toàn TP 46%. Có thể do số BN nữ của Thanh Xuân cao hơn BN nam. Số BN có thẻ BHYT là 12.7% thấp hơn kết quả nghiên cứu toàn TP 13,6%, thấp hơn so với khảo sát của Cục phòng chống HIV/AIDS năm 2012 là 15%.

4.3.2. Hiệu quả can thiệp:

Về hỗ trợ kiến thức: Tỷ lệ hiểu đúng về các kiến thức được tăng lên rõ rệt, điều này giúp cho bệnh nhân 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.

Về hỗ trợ thẻ BHYT: Khi có thẻ BHYT bệnh nhân tăng đi khám bệnh hơn, sức khỏe được nâng cao, kinh phí chi trả cho mỗi lần khám bệnh giảm giúp giảm gánh nặng về tài chính cho bệnh nhân tác động tốt để bệnh nhân được tiếp cận các dịch vụ y tế trong chăm sóc sức khỏe tăng lên. Qua việc khám BHYT cũng giúp họ tự tin hơn khi đến khám bệnh tại các cơ sở y tế nhà nước.

Về hỗ trợ thuốc nâng cao thể trạng: Các chỉ số xét nghiệm thay đổi được thể hiện tốt hơn, cân nặng trung bình của BN tăng đáng kể. 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

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.

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%, 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. Nhu cầu tham gia sinh hoạt tại

các nơi này là cần thiết nhưng tỷ lệ tham gia rất thấp chỉ chiếm 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 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 tại các Phòng khám ngoại trú:

Khả năng được đánh giá là thấp, thấp nhất là hỗ trợ dinh dưỡng 440/3379 (13,0%), kế đến là đáp ứng nhu cầu hỗ trợ xã hội 605/3379 (17,9%), đến hỗ trợ kiến thức đạt 944/3379 (27,4%) và cao nhất là hỗ trợ chăm sóc khám và điều trị bệnh 1262/3379 (37,3%).

5.2. Đánh giá hiệu quả can thiệp hỗ trợ thể 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.

Hiệu quả đánh giá sau can thiệp: Nâng cao ý thức về chăm sóc sức khỏe cho bệnh nhân. Nâng cao kiến thức về BHYT và số lần khám bệnh trong năm. Kinh phí chi trả cho khám và điều trị giảm.

KHUYẾN NGHỊ

1. Hỗ trợ và khuyến khích mua/cấp thẻ BHYT cho người nhiễm HIV/AIDS điều trị ARV.
2. Cung cấp kiến thức về sử dụng thẻ BHYT trong chăm sóc và điều trị bệnh.
3. Hỗ trợ kiến thức, tuyên truyền giảm kì 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 ở diện rộng hơn.
5. Đề nghị các cơ quan có thẩm quyền thực hiện BHXH toàn dân, đặc biệt là BHYT cho người nhiễm HIV/AIDS, tạo điều kiện cho bệnh nhân HIV/AIDS như những bệnh nhiễm trùng mãn tính khác .
6. Phát huy nội lực, 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.

**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

ACKNOWLEDGEMENTS

1. The urgency of the subject

Antiretroviral drugs (ARV) is an effective solution to protect the health of people living with HIV and protecting the public from the spread of the epidemic. Benefits of ARV drugs is huge so Vietnam has been expanding antiretroviral drug therapy for HIV. According to statistics, by the end of October 2015 there were more than 100,000 patients are being treated with ARVs and all are free, and mostly from aid drugs. But the coming time, when no the aid is health insurance (HI) being identified as key measures to ensure the sustainability of HIV infected people are treated. However, according to the "Survey on the number of patients with health insurance are being managed in the outpatient treatment facility" of VAAC, the number of patients with health insurance accounted for a very low rate of 15% of people living with HIV/ AIDS. 51.9% including the poor group, 18.9% of the near poor groups, 29.2% were the other groups. The results of the study showed the importance of supporting health care for people with HIV / AIDS are on ARV outpatient. Currently in Vietnam in general and Hanoi in particular, not much research about this issue, so we carried out research with the aim of:

- 1. To describe the current situation health insurance cards, needs and ability to meet the health care for people living with HIV on ARV treatment in Hanoi in 2012.*
- 2. To evaluate the effectiveness of interventions to support health insurance for people with HIV / AIDS are on ARV outpatients in Medical Center in Thanh Xuan District - Hanoi 2013*

2. New contributions of the thesis:

This study is a first systematic about demographic characteristics, HIV prevalence and some contents support care, factors related to support care for patients groups of ART outpatients in Hanoi. The thesis has identified the current situation, needs and ability to meet the health care for people living with HIV receiving antiretroviral treatment in Hanoi in 2012 and the effectiveness of interventions to support health

insurance for people infected HIV / AIDS on ARV treatment at medical centers contain outpatients Thanh Xuan 2013. The research results of the thesis help for planning interventions in the treatment of HIV and HIV-related services are paid through health insurance.

3. The significance and practice of science thesis

The significance : Thesis research design used cross-sectional descriptive study incorporating qualitative and quantitative techniques of data collection and analysis of accurate, reliable data thesis showed support medical care for patients with HIV / AIDS is essential and also identified a number of factors that are predictive of dropout and increase the likelihood of an outbreak back if not support take measures to if no funding from international organizations.

The practice: The results of the thesis contribute to propose interventions that support health care especially supportive treatment through health insurance for people with HIV / AIDS.

Provide practical data for teaching and research premises for the next.

4. The layout of the thesis:

The thesis was presented on the page (not including appendices, tables of contents, the acronym) and is divided into: Background: 2 pages; Chapter 1-Overview: 35 pages; Chapter 2-Objects and methods of research: 29 pages; Chapter 3-The results: 36 pages; Chapter 4-Discussion 25 pages; Conclusion: 1.5 pages; Recommendation: 1 page. The thesis consists of 36 tables, 12 charts, Figure 5, 3 diagrams. The appendix includes 101 references (Vietnamese and English),10 appendices include a list of study sites, the guidelines depth interviews, group discussions, participate in the study, questionnaires , scoreboard.

CHAPTER 1: OVERVIEW

1.1. The concepts of HIV / AIDS and ARV

1.1.1. People living with HIV: HIV-infected people who have serum samples were positive for HIV-positive sample all three tests in three categories of bio-products with the principles and different antigen (way III).

1.1.2. The concept of health care people with HIV: Since the discovery of HIV test counseling; access to information related to HIV / AIDS-related policies and regulations, rights and obligations of people living with HIV / AIDS; nutrition; stigma and discrimination; OI approach, preventive treatment of OIs, ARV ...

1.1.3. The stages of HIV / AIDS: clinical status of people living with HIV / AIDS is divided into 4 phases.

1.1.4. The concept of the ARV: antiretroviral (ARV). 2009 Ministry of Health issued Decision 3003 / QD-BYT "Guidelines for Diagnosis and Treatment of HIV / AIDS," applies to all medical institutions of the State, private and semi-public.

1.2. The situation of HIV / AIDS and health care

1.2.1. On the world.

Up to the present time there is no drug treatment and vaccine-specific, so effective measures to minimize harm to the fullest extent of the spread of HIV and the community is redundant with 3 main goals: limiting the spread of HIV, slowing disease progression and reducing the economic impact, social impact HIV / AIDS. end of 2013, there are 35 million people are living with HIV, 39 million people died of AIDS, with 2.7 million new HIV infections, 1.8 million people died of AIDS, with 6.9 million people taking ARVs in countries with low and medium incomes, ART has brought many positive results, contributing to improved health status and quality of life for people living with HIV. By 1996, began using combination therapy regimen for at least 3 drugs (HAART). HAART not only prolong life for people with HIV, but also reduce the likelihood of HIV transmission from HIV-infected people to others, particularly transmitted through sexual contact. Care and support to reduce physical pain, mental. double helps long life and enhance the quality of life for people living with HIV / AIDS. At the end of 2012, about 1.6 million people with HIV in countries with low and medium incomes have access to ARVs compared to the end of 2011. Access to antiretroviral treatment is still not fair to only 28% of children with HIV in need of treatment have access to antiretroviral treatment, much lower

than the rate of 57% of adults. Antiretroviral treatment for HIV-infected pregnant women to reduce the risk of HIV transmission from mother to child to less than 5%, and can reduce the risk of transmission to sexual partners up to 96%. Treatment retention rate in 12 months after treatment was 81% (as reported by 92 countries). This percentage dropped to 75% after 24 months of treatment (73 countries) and 67% after 60 months of treatment (46 countries).

1.2.2. In Viet Nam

2014, the number of HIV cases is 216 163 cases, of AIDS patients is 67 557 and 69 449 have died of AIDS cases. National HIV prevalence rate is 248 / 100,000. In the first 3 months of 2014, the country test detected 2,012 new HIV cases, including 928 AIDS patients, including 300 who died of AIDS. 364 clinics and ARV treatment, with 86 771 patients (adults and children) receiving antiretroviral treatment, reaching 93.3% compared to the plan in 2014. Management, care, counseling people with HIV / AIDS face many difficulties due to objects often change addresses. Not yet be issued access policy and domestic drug production. AIDS diagnosis means and capacity of staff working in care and treatment of HIV / AIDS at all levels remains very weak and inadequate. Ensuring sustainable financing for HIV/AIDS, increase investment in the country and the role of HI.

General statement on the situation of HIV / AIDS. HIV trend sexually transmitted starting with a higher tendency transmission through blood. Besides, the proportion of new HIV infections detected in the age group 30-39 increasingly high proportion. Warning risk of HIV transmission by sexual transmitted will be the main cause of HIV transmission in Vietnam. Forecast 2015 on 100,000 patients on ARV.

1.2.3. In Hanoi

Hanoi has implemented the program management consultant care for people with HIV / AIDS, including care and treatment, outpatients, implementing care clinics, outpatient treatment at the district-subdistricts medical centers contain mainly for the treatment of opportunistic infections and antiretroviral therapy in a systematic way.

To 03.31.2014 with 20 762 cases of HIV / AIDS, there are 5077 cases were converted to cumulative AIDS, deaths because of HIV / AIDS is 3,821. HIV prevalence rate is 303 / 100,000 population, 100% county / district with HIV, 536/577 communes, wards have HIV, accounting for 92.7% rate. has implemented programs to support comprehensive care for patients with AIDS 1996, now has 31 establishments, 9 facilities in prisons, the number of patients 9,274 people, reaching 95.46% compared to the 2014 plan and put some people up 44.2% treated.

1.3. ARV treatment model in the world, Vietnam

In the US, research by Claude Ann Collins et al (2009) carried out by means of self-reported use of antiretroviral drugs in the 3 days prior to the interview shows, 55% good compliance and 45% of non-compliance. Research by J.B. Nache et al (2012), the average results of 43% of patients reporting each month missed dose ARV. Management model for HIV / AIDS for the health system to apply the most, 289 treatment facilities of the health system, the basis of treatment of the hospital system is 132 basis (accounting for 46.8%) , at the health center is 152 basis (accounting for 53.2%). The number of treatment facilities at the central level is 5 establishments (1.7%), the province is 118 establishments (41.8%), and the district is 161 establishments (57.1%). Antiretroviral therapy has been made in accordance with the national unity. Model of HIV / AIDS at facilities outside the health system. At the detention center, at 05-06 centers, social welfare establishments.

c) Pilot: *Treatment 2.0 initiative*. provide basic treatment services at the commune, ward: Model MMFED (Manpower, Material facilities, Expenditure, Demand). Research by a team of Support Fund prevention of dangerous disease HIV / AIDS in Hanoi construction.

1.4. Health insurance in the world and in Vietnam

1.4.1. The concept of health insurance.

As an integral part of the law on social security, health insurance is a form of insurance is applied in the field of health care and is one of the nine contents of health insurance was provided for in the Convention 102 on 28 / 6/1952 of the international Labour Organization (ILO) on minimum standards for social insurance payments.

1.4.2. Principles of Health Insurance

Ensuring risk sharing among health insurance. HI premiums are determined by a percentage of salary, wages, pensions, benefits or minimum wages of administrative regions (collectively, the minimum wage).

1.4.3. The necessity of health insurance

Patients with HIV / AIDS are being treated for opportunistic infections and antiretroviral therapy for life, patients with health insurance would reduce health care difficulties.

1.4.4. Role of Health Insurance

Help for those insured overcome financial difficulties when there are risks such as illness, disease during hospitalization for treatment of high costs affect family budgets while reducing revenue to their inability to enter the labor force participation .

1.4.5 The study of health insurance in the world

The study showed that people with HIV need to have health insurance in order to ensure continuity of treatment for life.

1.4.6. Health insurance in Vietnam: Health Insurance Act was passed in November 2008 and effective from July 1 st 2009. Health insurance now also include free care for children under 6 years of age. 2014 has about 61 million people insured, approximately 69% of the population, there are about 14.3 million poor and ethnic minorities, nearly 2 million the near poor with health insurance.

1.4.7. Health insurance for people with HIV / AIDS in Vietnam:

The budget for antiretroviral treatment depends heavily on international funding sources 90%. Four basic resources for HIV / AIDS that do not originate from international projects include: Taxes, health insurance, health budgets after the debt rescheduling rich countries, preferential loans from international development banks. The health insurance fund to pay 179 billion (3%), self-paid people 1,572 billion (22%), international aid is 3,484 billion (49%). ARV is used more than 90% of drugs from international projects. Besides the other projects supported OI drugs, the treatment monitoring tests.

1.4.8. Health insurance for people with HIV / AIDS in Hanoi: In the research findings: "The situation of purchasing and using health insurance of PLHIV are managed in antiretroviral treatment clinic outpatient medical centers Hoang Mai, Hanoi 6 months of 2011".

CHAPTER 2: RESEARCH METHODS

2.1. Research subjects

- Patients treated at 10 outpatients ARV OPC to 1/6/2012, in the list are managed, monitored at the OPC, who directly support the care of patients, health workers, the relevant units concerned, from 18 years and older, qualified mental health and understanding, answered the question and agreed to participate in the study.

- Books, reports, medical records at the 4 hospitals , 6 medical centers.

2.2. Time and place of study:

From January 01/2012 to 2015, 4 hospitals and 6 health centers with antiretroviral therapy OPC 2012.

2.3. Study design: cross-sectional descriptive study combined with qualitative research and quantitative.

2.4. Sample size and sampling method

Applying the formula for calculating the sample size in the study descriptive analysis.

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

n is the minimum sample size. $Z_{1-\alpha/2}$ trust factor with significance level $\alpha = 0,05$; $z = 1,96$. $p = 15$ (proportion of patients with health insurance are being managed at the facility outpatients ARV Hanoi. $\varepsilon = 0,1$ is the relative accuracy between the parameter desired parameter and sample populations. With the desired accuracy is 95% ($\alpha = 0.05$) th $\times Z_{1-\alpha/2} = 1,96$, $\varepsilon = 0,1$. Count $n = 2.177$. Sample size NC 3.406.

Intervention studies: select patients on ARV treatment outpatients Thanh Xuan OPC to intervene 01 years time, apply the formula sample size for the study theory before the next intervention.

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

n: The sample size required for the intervention group, $Z_{1-\alpha/2} = 1,96$ (corresponding to $\alpha = 0.05$). $Z_{1-\beta} = 1,282$ (corresponding to $\beta = 0.1$). $P_1 = 0,68$. (assuming the results after intervention). $P_2 = 0,48$ (results given according to the previous study). $P_1 - P_2$: The level of expectations for improved patient support 3 new interventions achieved clinically meaningful minimum of 13%. $P = (P_1 + P_2) / 2 = 0.58$. With a significance level of 5%, strength: 90%, one-sided tests There are $n = 126$ sample calculation.

2.5. The variables / indicators: the indicator variables and research objectives.

2.6. Research Tools: Table depth interview guide, stock screening interview participants, agreed to participate in research, the interview question object.

2.7. Methods of data collection

2.7.1. Quantitative Research: Making the paradigm is a list of patients on ART at 10 on the OPC standard medical record management treatment. Exclude all medical records are not eligible, the information did not meet the study objective. Statistics records of patients qualified for the study sample included. To collect basic information from the medical records of the patients were selected. Conducting interviews with eligible patients: $n = 3,406$.

2.7.2. Qualitative research

Using the method of observation and field diary notes, according to the in-depth interview questions prepared. Conducted 5 focus group discussions, 8-10 persons / 1 up. *Depth interviews*. Select intentionally, 5- 10 patients on ARV treatment outpatients. 5- 10 home patients (who directly care for patients) .1 Hospital Director, Head of OPC 3 hospital's clinics / medical centers, 4 representatives related units.

2.8. Handle and analyze data

2.8.1. Qualitative data: The recordings were transcribed PVS and save to your computer as a Word file, the information recorded in NKTD and the information gathered through the PVS is encoded in the theme.

Then be processed and analyzed using NVivo 8 software.

2.8.2. Quantitative data: Information collected is cleaned before typing 6:04 Epi Data, Data processing using SPSS 16.0 software, Use test χ^2 , using a logistic regression model.

2.9. Ethics research: Research was passed ethics council of Hanoi Medical University.

CHAPTER 3: RESEARCH RESULTS

3.1. The basic demographic characteristics of the study groups

The study results showed that the majority of study participants reproductive age and labor are 30-39 (67.0%); Men's doubles and women (67.4% Male = female 32.6%). Most active living alone without spouses 46.0%; have high levels of education from above (86%); Unemployed and the self-employed is 68.5%; Income mainly from 1-2 million (40.4%). Sexually transmitted = 46%, the road 41% IDU.

3.2. Current status of health insurance cards, needs and ability to meet the health care needs for people living with HIV receiving antiretroviral treatment in Hanoi in 2012.

3.2.1. Current status of health insurance for people with HIV receiving antiretroviral treatment in Hanoi in 2012.

Of the 3379 patients found 81.1% health insurance is necessary, however, to understand the HI of patients (14.9%) and health insurance (13.6%) is very low.

Table 18: Reasons for not buying health insurance patients (n = 3379)

| Reasons not to buy health insurance patients | Quantity | Proportion (%) |
|--|----------|----------------|
| Afraid anonymity | 3115 | 92,2 |
| Fearing trouble, lost time | 3095 | 91,6 |
| Fear of stigma discrimination | 2916 | 86,3 |
| Saw no need | 638 | 18,9 |
| Do not know who are also HIV-infected having of health insurance | 2878 | 85,2 |
| No funding | 2811 | 83,2 |

The reason patients do not purchase health insurance is because 92.2% of anonymity Fear, Fear troublesome laborious 91.6%, fear of stigma discrimination 86.3%, Do not know who are also HIV positive having of health insurance 85.2%, 83.2% No funding.

Among the patients with health insurance, the rate used by the card check forms mainly as: diagnosis and treatment of common diseases 92.1%, the opportunities of infections related to HIV / AIDS 98.7%, making the 98.5% clinical tests ... with 9 patients with health insurance but do not use time.

3.3.2. Needs, the status and the ability to meet the needs of medical care for HIV-infected people receiving antiretroviral treatment in Hanoi in 2012.

Medical care for patients antiretroviral therapy being studied by 4 parts:

- + Support knowledge to help improve patient knowledge of health care better.
- + Support for examination and treatment of opportunistic infections
- + Support to improve health nutrition for patients
- + Social support to patients and support to reduce stigma discrimination, financial support job creation, employment assistance and legal support.

3.2.2.1. Support a current situation needs medical care for people with HIV.

- Demand and supply the current situation of knowledge.

Of the 3398 subjects interviewed, only. 3379 subjects answered questions about the need for providing knowledge. The knowledge that people with HIV / AIDS need to know the clinics are organized propaganda, training advice.

Table 1: Percentage of contents knowledge of HIV / AIDS are receiving antiretroviral therapy. (N = 3353)

| Content provided knowledge | Quantity | Proportion (%) |
|--|----------|----------------|
| Knowledge about HIV / AIDS epidemic, opportunistic infections and the road prevention | 3.120 | 93,0 |
| Knowledge of ARV drugs, side effects of medications and how to manage and effective ARV | 1.564 | 46,6 |
| Knowledge about nutrition, while dietary ARV | 1.474 | 44,0 |
| To prevent HIV transmission to their families and communities | 3315 | 93,5%; |
| Knowledge of communication skills to others | 676 | 20,6%. |
| Knowledge of guidelines and policies of the Party and State, health insurance for people with HIV / AIDS | 657 | 19,6% |

*** Demand and the state examination and treatment of opportunistic infections**

Table 2: Treatment of opportunistic infections in patients (n = 3,379)

| STT | Treatment of opportunistic infections | Quantity | Proportion (%) | |
|-------------|---|--------------------------------------|----------------|------|
| 1 | Do not care for opportunistic infections | 783 | 23,2 | |
| 2 | Check but do not detect opportunistic infections | 935 | 27,7 | |
| 3 | Examination and detection of opportunistic infections | 1661 | 49,1 | |
| | In which | Unsupported treatment | 101 | 6,1 |
| | | Drugs are in part | 74 | 4,5 |
| | | Full Treatment | 1486 | 89,4 |
| | In which | There are mild and medium expression | 771 | 76,5 |
| | | Severe manifestations | 390 | 23,5 |
| | | In which | Are transit | 365 |
| Not transit | | | 25 | 6,3 |

- Current status of social support:

Table 3: Percentage of patients who had received aid in the past 2 years

| The content of social support | Quantity | Proportion (%) |
|---|-----------------|-----------------------|
| Legal support | 763 | 23 |
| Consultancy support anti-discrimination | 1081 | 32 |
| Support for vocational training and employment | 743 | 22 |
| Financial support for living | 946 | 28 |
| Support health insurance card | 372 | 11 |
| Support food | 1858 | 55 |
| Other support (books, children's learning) | 372 | 11 |

23% legal support, counseling support anti-discrimination discrimination 32%, 22.0% employment support, financial support for living 28%, 11.0% of health insurance card support, food assistance 55.0%, another 11% support.

Table 4: Current status of HIV / AIDS being stigmatized, discriminated (n = 3379)

| Current status discrimination | | Quantity | Proportion (%) |
|--------------------------------------|-------------------------------|-----------------|-----------------------|
| No discrimination | | 1544 | 45,7 |
| Discrimination | | 1835 | 54,3 |
| In which | HIV status publicly | 513 | 27,8 |
| | Do not dare openly HIV status | 1322 | 72,1 |

Some patients are stigmatized discrimination 54.3% of which 27.8% had HIV status publicly, and 72.1% were HIV status publicly. 100% of patients who publicly stigmatized status discrimination.

3.2.2.2. Ability to meet the health care needs for people living with HIV receiving antiretroviral treatment in Hanoi in 2012.

- Assess the ability to support health care (according to Annex 10 transcripts).

Table 32: percentage distribution capacity to meet health care support for people living with HIV / AIDS at the clinic

| STT | Clinic | Number of persons | Responding support knowledge | | Meet nutritional support | | Support treatment response | | Meet social support | |
|---------------------|------------------|-------------------|------------------------------|----------------|--------------------------|----------------|----------------------------|----------------|---------------------|----------------|
| | | | Obtain | Proportion (%) | Obtain | Proportion (%) | Obtain | Proportion (%) | Obtain | Proportion (%) |
| 1 | Tay Ho | 656 | 183 | 27,9 | 122 | 18,5 | 281 | 42,9 | 105 | 16,0 |
| 2 | Ha Dong hospital | 646 | 142 | 22,0 | 72 | 11,1 | 199 | 30,9 | 85 | 13,2 |
| 3 | Thanh Xuan | 112 | 38 | 31,7 | 8 | 10,0 | 32 | 40,5 | 23 | 29,1 |
| 4 | Soc Son | 68 | 14 | 20,6 | 10 | 14,7 | 22 | 32,4 | 11 | 16,2 |
| 5 | Lung hospital | 160 | 42 | 26,3 | 17 | 10,6 | 66 | 41,3 | 40 | 25,0 |
| 6 | 09 hospital | 250 | 70 | 28,0 | 30 | 11,9 | 128 | 51,2 | 62 | 24,8 |
| 7 | Dong Da hospital | 696 | 172 | 24,7 | 58 | 8,3 | 205 | 29,4 | 110 | 15,8 |
| 8 | Dong Da | 169 | 65 | 38,5 | 23 | 13,5 | 65 | 38,5 | 33 | 19,5 |
| 9 | Dong Anh | 579 | 213 | 36,9 | 89 | 14,5 | 254 | 41,4 | 133 | 21,7 |
| 10 | Ba Vi | 43 | 5 | 11,6 | 11 | 25,6 | 10 | 23,3 | 3 | 7,0 |
| Total number | | 3379 | 944 | 27.9 | 430 | 12.7 | 1254 | 37.1 | 605 | 17.9 |

From a total of 10 clinics surveyed, the outpatient clinic in Dong Da district health centers have the hit rate on the ability to meet the highest knowledge (38.46%). The rate reached about the ability to satisfy the lowest knowledge in Ba Vi district health centers (11.63%), the nutrition clinic at Ba Vi has hit rate on the ability to meet the greatest nutrition (25 , 6%). OPC lowest Dong Da Hospital 8.3%, the ability to meet the examination and treatment of the 09 largest OPC Hospital (51.2%) and the lowest is OPC Bridge Ba Vi district health centers (23.3%) . care, social support OPC Thanh Xuan highest (29.11%); Next is the Lung Hospital in Hanoi & Hospital 09 (25% & 24.8%) and the rate is the lowest assessed Outpatient Clinic Bavi district health center only 7.0%.

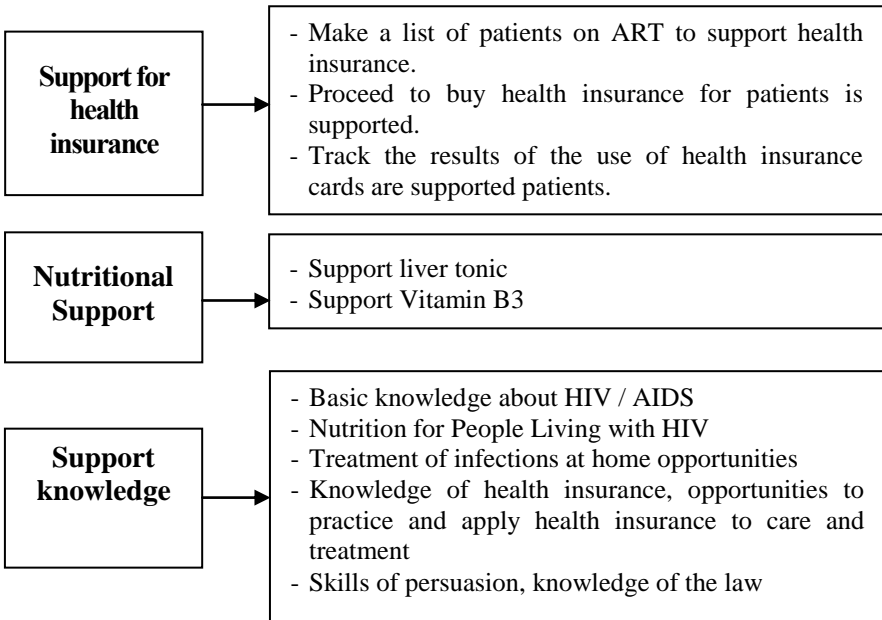
3.2.2.3. *Some factors related to health care support*

- There is a relationship between media knowledge, staff provide knowledge and ability to meet the supply of knowledge ($\chi^2 = 134,57$, $p < 0,001$). ($\chi^2 = 26,25$, $p < 0,001$).
- There is a relationship between HIV status publicly to meet nutritional needs ($p < 0,01$ và $\chi^2 = 0,95$).
- There is a relationship between discriminatory attitudes, discrimination by health workers with the ability to meet the care and treatment ($\chi^2 = 2,95$, $p < 0,05$).
- There is an association between levels of education, HIV status publicly patients with the ability to meet the social care needs ($\chi^2 = 103,52$ với $P < 0,001$), ($\chi^2 = 39,03$ và $p < 0,001$).

3.3. Effective interventions to support health insurance for people with HIV / AIDS in Thanh Xuan District 2013:

3.3.1. Reason for selection: Based on the theoretical model in Annex 9 MMFED standards and the results of the analysis at the OPC, OPC Thanh Xuan chose to intervene 3 contents. Support knowledge, buying health insurance card, nutrition, duration 1 year.

3.3.2. Contents of intervention



- Support Knowledge for people living with HIV to help them better understanding of the issues related to HIV / AIDS on health insurance and organizing seminars to help them share the same difficulties to find ways to solve.
- Support for health insurance so they can explore conditions and better medical treatment and gives them a sense of purchasing and using health insurance card.
- Support to improve health drugs: Due to advanced medicine can not be allocated from the state health insurance assistance, so we can raise the status of the drug to patients in order to reduce the side effects of ARVs, with 2 drugs : Bogaren, increased liver detoxification and 3 B vitamins reduce skin diseases
- Seminar on the industry at all levels to increase support for HIV prevention, care and treatment given to HIV and related diseases on the list of those covered by health insurance.

3.3.3. Results intervene.

3.3.3.1. General information about the object intervention: the highest number of 30-39 years old (70.3%), 20-29 years (16.7%), accounting for 56.13% male and 43.87% female, most junior high school (36.8%) and high school (50.3%), 9.7% had graduated from secondary, college, university and graduate, freelance (49, 0%), accounting for 7.7% unemployment. Spread from sex (54.2%), needles (41.3%), other 4.5%, health insurance card number is 16.

3.3.3.2. Effective interventions

**** Effectiveness of patient knowledge***

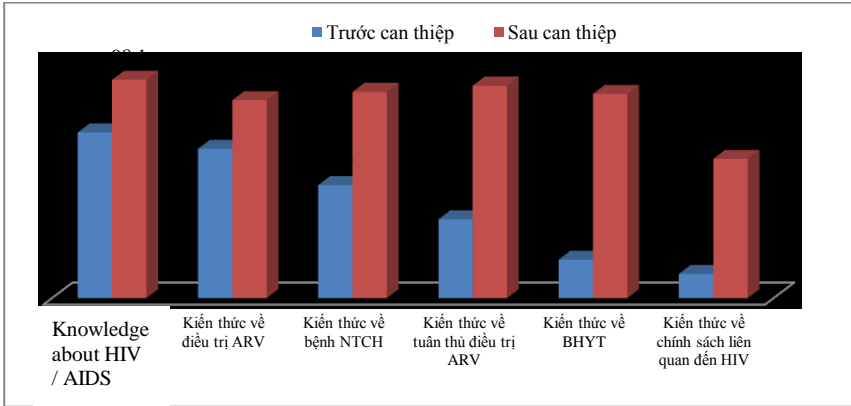


Chart: Effective interventions to support knowledge

The percentage of correct understanding increased from 74.5% knowledge up 98.1%, 10.9% for health insurance increased to 91.8%, the State Party's policies related to HIV / AIDS increased from 5.5% to 62.7%.

** Effective use of health insurance cards examination and treatment.*

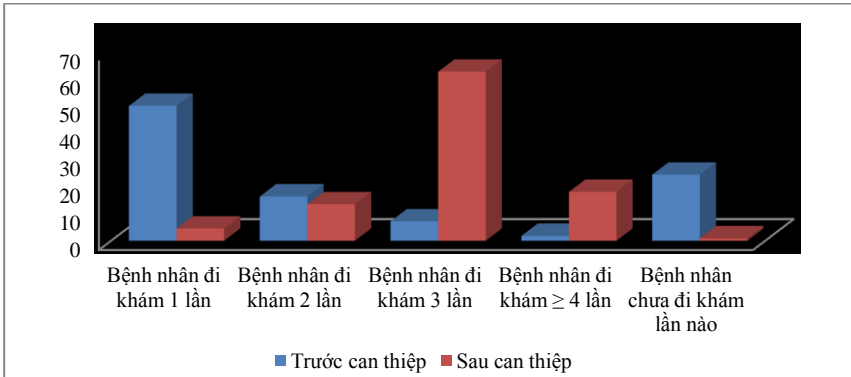


Chart 3:12: Comparing the number of physician visits

Before interfering with 12.7% (16 people), health insurance card, after the intervention, 100% of patients with health insurance. The number increased from 1.8 times examination 4% to 18.1%, of patients do not seek medical care decreased from 24.5% to 0.9%.

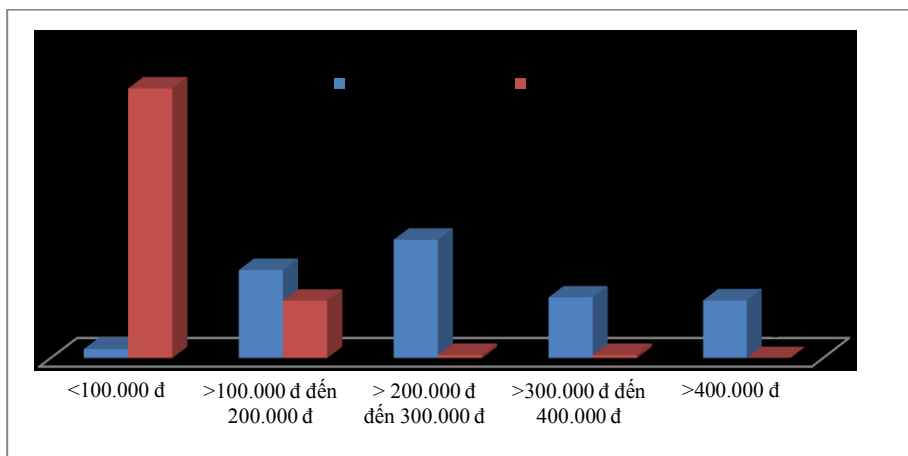


Chart 3.13 compares the fund before and after intervention

Costs for medical care decreased, averaging $\geq 400,000$ VND for one visit from the 17.3% decline decreased 0.9%. Average pay $<100,000$ VND for each visit increased from 2.7% to 80.9% after intervention. Funding amount patients pay for medical decreased only 1 patient pay from 300.000 to 400.0000 đ, 80.9% of patients pay less than 100,000 đ exam.

*** The effect of the drug support improve health:**

Table 5: Perception of patients after the drug is supported improve health.

| TT | Content | Quantity | Proportion % |
|----|--|----------|--------------|
| 1 | Very necessary | 126 | 100 |
| 2 | Body feel better | 120 | 97,3 |
| 3 | Patients with an average weight gain ranged from 2-3kg | 63 | 60.0 |
| 4 | Patients said they eat and sleep better after using drugs | 116 | 91.0 |
| 5 | Patients feel decreased incidence of opportunistic infections, | 39 | 35.5 |
| 6 | Patients reduce the signs of rashes, | 19 | 15.0 |
| 7 | Patients reduce limb numbness after using drugs from | 14 | 11.0 |

| | | | |
|---|--|----|------|
| 8 | Reduce side effects of ARVs unwanted. (Nausea, hair loss ..) | 25 | 26.0 |
|---|--|----|------|

100% necessary Patients, 97.3% feel better. 60% Gain Weight, 91% eat better sleep, the liver enzyme changes the index expressed better.

3.3.3.5. Organize workshops: Organizing workshops for all levels of industry, health workers, social workers care about problems on balanced for people with HIV / AIDS, ensure people living with HIV / AIDS continue to treat opportunistic infections and ARV treatment, health insurance coverage for people living with HIV in health care systems. Ensure financial support prevention care for HIV / AIDS.

"We will mobilize resources to support care for people with HIV / AIDS support particularly health insurance for people with HIV / AIDS have difficult circumstances ..." People's Committee officials.

CHAPTER 4: DISCUSS

4.1. The basic demographic characteristics of the study groups

Research results on the demographic characteristics of the subjects in our study were similar to studies of Hanoi Medical University, studied the Global Fund, VAAC. The rate of HIV transmission through unprotected sex accounts for 54.2% higher compared with the 2014 report of the VAAC is 48.5%, probably due to female ratio is higher there male patients, through IDU 41.5%, other 4.5%. The above results reflect the kind of service to change the proportion of women infected with HIV through sexually and growing.

4.2. Current status of health insurance card, the demand situation and the ability to meet the health care needs for people living with HIV receiving antiretroviral treatment in Hanoi in 2012.

4.2.1. Current status of health insurance for people with HIV / AIDS are on ARV.

The percentage of patients with health insurance cards is 13.6%, this figure is very low compared to the percentage of people participating health insurance Hanoi city is 68.91% in 2013. The reason for the disease people do not buy health insurance is afraid to be identified *"Buying health insurance is scared of being identified missed,*

why because of medical or health insurance card they ask this bottle" 26 male patients, fear of troublesome *"troublesome procedures to buy health insurance is a household, people's identity card and must be purchased in wards have been the household registration system, visit the waiting drugs less, there is much room discrimination keeps people have health insurance card, and the person does not have health insurance"* 32 female patients years old, had no money and did not deem it necessary *"My family said it's also difficult to 100,000 VND how few hundred thousand to buy the card, health insurance card renewal examination and the patient just sneezing runny nose, so I do not buy"* 28 female patients fresh. Understanding health insurance was not correct *"They understand about health insurance is not right here we will strengthen advocacy for health insurance and training to patients about health insurance"* OPC officials Tay Ho.

4.2.2. Needs and status and needs medical care of HIV / AIDS on ART.

4.2.2.1. Demand and the state of medical care of HIV / AIDS on ART.

Ignorance, not equipped with the knowledge about HIV / AIDS and issues related to HIV / AIDS adequately, lack of information is a cause of deep impede people living with HIV / AIDS to the health care service. Needs, wishes to provide the knowledge, up to 95.3% of people living with HIV / AIDS are on ARV saw demand and this percentage is much higher compared to studies in Brazil is the need provided demand knowledge of ARVs accounted for 68.2% of patients are needed, and only 0.5% felt less necessary. According to study results, only less than 5% is not answered and saw no need to supply and lower results compared to studies in Brazil 12.3% of patients do not want to know any what. Proportion of providing knowledge to patients in outpatient clinics accounted for 90.6% of doctors are much higher compared to studies in Brazil is 70.8% and is much higher than researchers Ha Thi Minh Duc, Le Vinh was 56.4%. In the study by Ha Thi Minh Duc, Le Vinh, there are 45 patients (23.1%) said they obtained information through magazines, 38 (19.5%) is through television. In the study by the authors at a hospital in Brazil, it shows that out of 195 respondents, 110 (70.8%) received information from the doctors at the start of treatment.

The proportion of patients to receive information from your doctor is highly suitable for ARV patients are doctor periodic health checks and medicine 1 month / 1 times. However, despite the electronic media (internet, television), the groups and associations that affect health but experts still seems to be the safest source of reliable and largest of the information medicines for patients. HIV-infected people need to have a diet, adequate nutrition can improve conditions create highly effective antiretroviral treatment, however, the poverty rate in this group of high-nutrition should support them as necessary however, only 552 patients (16.2%) is nutritional support workers mainly received by artifacts such as rice, oil, milk 84.5%. The number of people receiving cash assistance only 3.41%. This rate is much higher than the study of Tran Bich Tra and colleagues.

The study results also showed that the model club activities / self-help groups of people living with HIV / AIDS are still not widespread, there is little activity OPC Club / self-help groups of people living with HIV / AIDS and there are fewer people with HIV / AIDS known the existence of this business model. When answering the questions: *Outpatient Clinic where he / she treated with CLB / self-help groups do?* 2117 people there were pretty high percentage 63.14% of the total 3353 respondents to this question said they "do not know", only 657 people proportion 19.59% reported to have said the club / self-help groups are active. However support job training and career counseling suitable job placement for people with HIV / AIDS are treated in the OPC in Hanoi really has not been met there are currently no other organization was up to guide vocational training and job placement suitable for people with HIV / AIDS.

Other services the patient will have to pay health insurance is so essential to the patient. According to a discussion group, subjects said *"health insurance for everyone, it is important for HIV-infected people is even more important because it is needed to serve partially paid medical care, he was serious illness will be hospitalized, will be somewhat better, should have supported advocacy organization for health insurance help"* _ 30-year-old female patient

4.2.2.2 Ability to meet the health care needs of people living with HIV / AIDS on ARV treatment in outpatient clinics

An assessment of the needs to be provided with knowledge: the 3,379 respondents, only 27.94% to reach 21 points or more and are rated up to meet the demand for knowledge. In particular, the number of outpatient clinics Dong Da district health centers have the hit rate on the ability to meet the greatest knowledge (38.46%). The rate reached about the ability to satisfy the lowest knowledge in Ba Vi district health centers (11.63%) lower than the study of Ha Thi Minh Duc (practical knowledge about ARV adherence HIV / AIDS outpatient clinics in district 10, Ho Chi Minh city in 2009) share the true knowledge about compliance with antiretroviral therapy 69% of patients in which correct knowledge about side effects of medicines of 64% , the proportion of patients with the right knowledge on how to take medication and medication on time to reach > 99%.

An assessment of the needs nutritional support: in 3379 respondents, only 13.02% scored 8 or more and are rated up to meet nutritional needs. In it, the clinic Bavi completion rate on the ability to meet the greatest nutrition (25.59%) is lower than the demand for nutritional support: 44% in the study by J Uwimana (*at Ruwanda*).

Assess the needs assistance with medical care: the 3,379 respondents, only 37.35% scored 8 or more and are rated up to meet the demand for medical care. In particular, hospital outpatient clinic with 09 hit rate on the ability to meet the health care is the largest (51.20%), lowest in Ba Vi district health centers (23.26%) compared with the model US Medicaid 50% of patients with HIV / AIDS and 90% of adult children living with HIV / AIDS in the United States are receiving care Medicaid program and other 5% of patients receiving medical care, the study lower.

An assessment of the needs of social assistance: Education deeply affects the ability to effectively meet the needs of social care for people with HIV / AIDS. Low education levels are predictive factors that limit people with HIV / AIDS access to and use of social care services, self-stigma, fear, self-isolate themselves makes people

with HIV / AIDS conceal illness, low self-esteem did not dare to face the life was made for people with HIV / AIDS do not have enough courage and confidence to come to the social care services. There is a difference of assessment to meet the needs of social care between the patient groups according to level of education. Education group graduated from high school and older are to meet the needs of higher social care groups have low levels of education have not graduated from high school. In the 3379 interview participants in the study results (17.90% only reached 12 points or more and is judged to be on the needs of social care. In particular, outpatient clinics health center bar spring is the proportion of patients assessed for care, social support was highest (29.11%); Next is Lung Hospital in Hanoi & Hospital 09 (25% & 24.80%) and the proportion rated reaching the lowest price outpatient clinic Bavi district health center is only 6.98%) lower than that of Nguyen Van Kinh study.

This study have similarities in the relationship between knowledge, openness, with helpers and responsive health care, but another factor in the relation of sociology of population compared to studies Ha Thi Minh Duc (in patients with helpers in treatment, adherence rate higher than the corresponding rate in patients with no help, this difference was statistically significant with $p = 0.03$).

Relationship between adherence practice with ART: There is an association between nutritional practices (meal, vegetables, fruits of all kinds) with compliance with statistical significance with $p < 0.05$, prevention counseling during antiretroviral therapy helps Patients recognize the need for continuous treatment to prolong life.

4.3. Evaluate the effectiveness of interventions to support health insurance insurance card for people with HIV / AIDS on ARV treatment at health centers in 2013, Thanh Xuan District.

4.3.1. General information about the object interfere.

The equivalent index other studies spread through intercourse but 54.2% higher than 41% and NC whole city through sharing needles used NC 41.3% lower than 46% the whole city. Some Patients may be due to women's higher Thanh Xuan than male Patients with health

insurance so is 12.7% lower than the full research results TP 13.6%, lower than the survey by the VAAC 2012 is 15%.

4.3.2. Effective interventions:

Support knowledge: Proportion of correct understanding of the knowledge to be increased significantly, which helps patients with consciousness in health care, helping them increase self-confidence and self-respect, they know what they're questions , so that they do the right effective.

Regarding health insurance card support: When patients with health insurance increased more medical appointments, health is improved, funds to pay for each visit to help reduce the burden of reducing the financial impact to the patient's good to patients access to health services in the health care increases. Through the examination of health insurance also helps them feel more confident about a medical evaluation at the state health facilities.

Advanced support physical medicine: The testing index changes are better expressed, the average weight of the patients increased significantly. ARV treatment is life-long, multi-chemotherapy, there are some side effects such as malnutrition, hepatotoxic drugs should be supported in order to increase the effectiveness of treatment, at the time supported the uninsured for the treatment of HIV / AIDS, so as a result of this support as a prerequisite to bring these drugs into the category level when HIV treatment drugs through the health insurance card.

CONCLUDE

1. Current status of health insurance card, the demand situation and the ability to meet the health care needs for people living with HIV receiving antiretroviral treatment in Hanoi in 2012.

Needs support 100% health insurance card, health insurance card number of patients 13.6% low, reasons not to buy health insurance is afraid of anonymity, fearing trouble, saw no need, misconceptions about health insurance. Mainly used in medical health insurance card OI 86%, mainly patients receiving knowledge from doctors 90.1%.

Some patients were examined for infectious diseases 49.2% chance, of 89.46% of patients were examined with untreated and severe

when there are signs of 93.7% is transit time. Wishing to participate in activities at this place is necessary but very low participation rate accounted for 19.6%. Stigma and discrimination with patients occurs in 98.1% higher community, there is still discrimination in households (193 people) and health facilities (36 people). The rate low public identity 100% identity publicly patients have been stigmatized and discriminated.

Ability to meet the health care needs for people living with HIV / AIDS at the Outpatient Clinic:

The ability is assessed to be low, the lowest nutritional support 440/3379 (13.0%), followed by needs social support 605/3379 (17.9%), to support is gain knowledge 944/3379 (27.4%) and the highest was supported care and treatment 1262/3379 examination (37.3%).

2. Evaluate the effectiveness of interventions to support health insurance for people with HIV / AIDS are on ARV Outpatient Medical Center in Thanh Xuan District - Hanoi 2013.

Effective post-intervention assessment: Raising awareness about health care for patients. Improve knowledge about health insurance and hospital visits in funding to pay for diagnosis and treatment reduces.

RECOMMENDATIONS

1. Supporting and encouraging buy/issuing cards to people with HIV / AIDS antiretroviral therapy.
2. Providing knowledge on the use of health insurance cards in care and treatment.
3. Supporting knowledge, communication reduces stigma, discrimination HIV/AIDS treatment for health workers in CS, families and communities.
4. Strengthening the related research in a broader health insurance.
5. Requesting the competent authorities carried out the entire population of social insurance, health insurance, especially for people living with HIV / AIDS, enabling patients with HIV / AIDS like other chronic infections.
6. Promoting internal resources, increased funding from the national budget, local, health insurance in 2017 toward 100% of ART patients were examined and treated by health insurance.

**LIST OF SCIENTIFIC RESEARCHES RELATING
TO THE THESIS**

1. Nguyen Van Dung, Nguyen Thị Lieu, Nguyen Minh Hanh and partner (2013), Needs and health care situation of people living with HIV / AIDS are on ARV in Hanoi Journal of Medical Practice, collection 878, skull 8, Page 80.

2. Nguyen Khac Hien, Nguyen Thi Lieu, Le Thu Nga et al (2016). Supporting effective health insurance cards for patients receiving antiretroviral therapy at an outpatient medical center Thanh Xuan district, Hanoi Medical Practice Magazine, No. 5/2016, Page 159.