

**BỘ GIÁO DỤC VÀ ĐÀO TẠO**

**BỘ Y TẾ**

**VIỆN VỆ SINH DỊCH TỄ TRUNG ƯƠNG**

-----\*-----

**NGUYỄN THỊ THẮNG**

**THỰC TRẠNG VÀ YẾU TỐ  
ẢNH HƯỞNG TỚI SỰ KHÁC BIỆT  
TRONG SỬ DỤNG DỊCH VỤ KHÁM CHỮA BỆNH  
Ở MỘT SỐ TỈNH THUỘC CÁC VÙNG  
KINH TẾ XÃ HỘI VIỆT NAM NĂM 2015**

**LUẬN ÁN TIẾN SỸ Y TẾ CÔNG CỘNG**

**HÀ NỘI – 2017**

**BỘ GIÁO DỤC VÀ ĐÀO TẠO**

**BỘ Y TẾ**

**VIỆN VỆ SINH DỊCH TỄ TRUNG ƯƠNG**

-----\*-----

**NGUYỄN THỊ THẮNG**

**THỰC TRẠNG VÀ YẾU TỐ  
ẢNH HƯỞNG TỚI SỰ KHÁC BIỆT  
TRONG SỬ DỤNG DỊCH VỤ KHÁM CHỮA BỆNH  
Ở MỘT SỐ TỈNH THUỘC CÁC VÙNG  
KINH TẾ XÃ HỘI VIỆT NAM NĂM 2015**

**Chuyên ngành: Y tế công cộng**

**Mã số: 62.72.03.01**

**LUẬN ÁN TIẾN SỸ Y TẾ CÔNG CỘNG**

**Người hướng dẫn khoa học:**

**1. GS. TS. Nguyễn Trần Hiển**

**2. TS. Trần Thị Mai Oanh**

**HÀ NỘI – 2017**

## LỜI CẢM ƠN

Để có thể hoàn thành đề tài luận án tiến sĩ này, bên cạnh sự nỗ lực cố gắng của bản thân còn có sự hướng dẫn tận tình của Quý Thầy Cô, cũng như sự động viên ủng hộ của gia đình, bạn bè và đồng nghiệp trong suốt thời gian tôi học tập, nghiên cứu và thực hiện đề tài.

Tôi xin chân thành bày tỏ lòng kính trọng và biết ơn tới Thầy GS.TS. Nguyễn Trần Hiền, Chủ tịch Hội Y học Dự phòng Việt Nam, nguyên Viện trưởng Viện Vệ sinh Dịch tễ Trung ương và TS. Trần Thị Mai Oanh, Viện trưởng Viện Chiến lược và Chính sách y tế, đã luôn hết lòng tạo điều kiện, hướng dẫn, giúp đỡ và động viên tôi trong suốt quá trình học tập, làm việc và viết luận án. Xin trân trọng cảm ơn lãnh đạo Viện Vệ sinh Dịch tễ Trung ương, các cán bộ phòng Đào tạo sau đại học, Khoa Y tế công cộng đã luôn giúp đỡ tôi trong quá trình học tập tại Cơ sở Đào tạo của Viện.

Tôi xin chân thành bày tỏ lòng biết ơn tới tập thể lãnh đạo Viện Chiến lược và Chính sách Y tế đã cho tôi cơ hội được đào tạo, tham gia và sử dụng số liệu phục vụ cho luận án nghiên cứu. Xin được gửi lời cảm ơn chân thành tới lãnh đạo và nghiên cứu viên các khoa/phòng của Viện Chiến lược và Chính sách Y tế đã giúp đỡ tôi trong quá trình xây dựng và triển khai nghiên cứu tại thực địa. Xin cảm ơn các đồng nghiệp ở khoa Y tế công cộng đã luôn sát cánh cùng tôi đi tới thành công này.

Cuối cùng, tôi xin bày tỏ lòng biết ơn sâu nặng tới bố mẹ, các anh chị em, chồng và hai con yêu quý của tôi, những người luôn luôn là nguồn động lực và chỗ dựa về mọi mặt cho tôi trong cuộc sống, giúp tôi vượt qua mọi khó khăn trong quá trình học tập và nghiên cứu!

*Hà Nội, ngày 17 tháng 12 năm 2017*

**Nguyễn Thị Thắng**

## **LỜI CAM ĐOAN**

Tôi xin cam đoan đây là công trình nghiên cứu của riêng tôi. Các số liệu, kết quả nêu trong luận án là trung thực và chưa được công bố trong các công trình khác. Nếu không đúng như đã nêu trên, tôi xin hoàn toàn chịu trách nhiệm về đề tài của mình.

Tác giả luận án

**NGUYỄN THỊ THẮNG**

## MỤC LỤC

<b>ĐẶT VẤN ĐỀ</b> .....	1
<b>CHƯƠNG 1: TỔNG QUAN</b> .....	3
1.1. Một số khái niệm cơ bản.....	3
1.2. Tình hình sử dụng DVYT .....	5
1.2.1. Sử dụng DVYT trên thế giới .....	5
1.2.2. Sử dụng DVYT tại Việt Nam .....	11
1.2.3. Phương pháp đánh giá sử dụng DVYT và các yếu tố ảnh hưởng .....	24
1.3. Các yếu tố ảnh hưởng tới sử dụng DVYT .....	25
1.3.1. Yếu tố thuận lợi.....	26
1.3.2. Yếu tố thúc đẩy.....	29
1.3.3. Yếu tố mức độ ốm .....	36
1.4. Các giải pháp nâng cao sử dụng dịch vụ KCB .....	37
1.4.1. Trên thế giới.....	37
1.4.2. Ở Việt Nam .....	38
1.5. Một số cuộc điều tra cấp quốc gia tiến hành trong thời gian vừa qua .....	44
<b>CHƯƠNG 2: ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU</b> .....	47
2.1. Đối tượng nghiên cứu.....	47
2.2. Địa điểm nghiên cứu .....	47
2.3. Thời gian nghiên cứu .....	49
2.4. Phương pháp nghiên cứu .....	49
2.4.1. Sơ đồ nghiên cứu .....	49
2.4.2. Thiết kế nghiên cứu .....	49
2.4.3. Các định nghĩa được dùng trong nghiên cứu .....	54
2.4.4. Các chỉ số nghiên cứu.....	57
2.4.5. Phương pháp thu thập số liệu .....	58
2.4.6. Phương pháp phân tích số liệu .....	60
2.5. Đạo đức trong nghiên cứu .....	62
<b>CHƯƠNG 3: KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU</b> .....	63

3.1. Thực trạng sử dụng dịch vụ khám chữa bệnh của người dân ở 6 tỉnh thuộc các vùng kinh tế-xã hội Việt Nam năm 2015 .....	63
3.1.1. Đặc điểm chung của người tham gia nghiên cứu tại các tỉnh NC .....	63
3.1.2. Tình hình sử dụng dịch vụ KCB ngoại trú của người ốm/bệnh tại 6 tỉnh .....	65
3.1.3. Tình hình sử dụng dịch vụ KCB bệnh nội trú của người ốm/bệnh tại 6 tỉnh .....	78
3.1.4. Tình hình sử dụng dịch vụ tự điều trị của người ốm/bệnh tại 6 tỉnh .....	86
3.2. Yếu tố ảnh hưởng tới sự khác biệt trong sử dụng dịch vụ KCB của người dân ở 6 tỉnh thuộc các vùng kinh tế xã hội Việt Nam năm 2015.....	92
3.2.1. Yếu tố ảnh hưởng tới sự khác biệt trong sử dụng dịch vụ KCB ngoại trú ....	92
3.2.2. Yếu tố ảnh hưởng tới sự khác biệt trong sử dụng dịch vụ KCB nội trú trong 4 tuần qua .....	97
3.2.3. Yếu tố ảnh hưởng tới sự khác biệt trong sử dụng dịch vụ tự điều trị .....	101
<b>CHƯƠNG 4: BÀN LUẬN</b> .....	107
4.1. Thực trạng sử dụng dịch vụ khám chữa bệnh của người dân ở 6 tỉnh thuộc các vùng kinh tế xã hội Việt Nam năm 2015.....	107
4.1.1. Tình hình ốm/bệnh 4 tuần của người dân ở 6 tỉnh nghiên cứu.....	107
4.1.2. Sử dụng dịch vụ khám chữa bệnh ngoại trú.....	108
4.1.3. Sử dụng dịch vụ khám chữa bệnh nội trú.....	117
4.1.4. Sử dụng dịch vụ tự điều trị .....	120
4.2. Yếu tố ảnh hưởng tới sự khác biệt trong sử dụng dịch vụ khám chữa bệnh của người dân ở 6 tỉnh thuộc các vùng kinh tế xã hội Việt Nam năm 2015 .....	122
4.2.1. Yếu tố ảnh hưởng tới sự khác biệt trong sử dụng dịch vụ KCB ngoại trú ....	122
4.2.2. Yếu tố ảnh hưởng tới sự khác biệt trong sử dụng dịch vụ KCB nội trú .....	128
4.2.3. Yếu tố ảnh hưởng tới sự khác biệt trong sử dụng dịch vụ tự điều trị .....	131
4.3. Không chế sai số và một số ưu điểm/hạn chế của nghiên cứu.....	134
<b>KẾT LUẬN</b> .....	139
<b>KIẾN NGHỊ</b> .....	142
<b>DANH MỤC CÔNG TRÌNH ĐÃ CÔNG BỐ LIÊN QUAN TỚI LUẬN ÁN</b> .....	144
<b>TÀI LIỆU THAM KHẢO</b> .....	145
<b>PHỤ LỤC</b> .....	<b>Error! Bookmark not defined.</b>

## DANH MỤC CÁC CHỮ, KÝ HIỆU VIẾT TẮT

ANC	Antenatal care (Chăm sóc trước sinh)
BHYT	Bảo hiểm y tế
BN	Bệnh nhân
BPTT	Biện pháp tránh thai
BS	Bác sĩ
BSGD	Bác sĩ gia đình
BV	Bệnh viện
BVĐK	Bệnh viện đa khoa
BYT	Bộ Y tế
CBYT	Cán bộ y tế
CS	Chăm sóc
CSSK	Chăm sóc sức khỏe
CSSKBĐ	Chăm sóc sức khỏe ban đầu
CSSKBM	Chăm sóc sức khỏe bà mẹ
CSSKBMTE	Chăm sóc sức khỏe bà mẹ trẻ em
CSSKTD	Chăm sóc sức khỏe toàn dân
CSYT	Cơ sở y tế
DMGs	Millennium Development Goals (Mục tiêu thiên niên kỷ)
DV	Dịch vụ
DVYT	Dịch vụ y tế
ĐTV	Điều tra viên
EU	European Union (Liên minh Châu Âu)
GSO	General Statistics Office (Tổng cục Thống kê)
KCB	Khám chữa bệnh
LMICs	Low and middle income countries (Nước thu nhập thấp và trung bình)
NC	Nghiên cứu
NCD	Non-communicable disease (Bệnh không truyền nhiễm)
NCT	Người cao tuổi

OOP	Out of pocket (Chi trả từ tiền túi)
OR	Odd ration (Tỷ suất chênh)
PKĐKKV	Phòng khám đa khoa khu vực
PVS	Phòng vấn sâu
SKSS	Sức khỏe sinh sản
TLN	Thảo luận nhóm
TTB	Trang thiết bị
TTBYT	Trang thiết bị y tế
TTYT	Trung tâm y tế
TU	Trung ương
TYT	Trạm y tế
THA	Tăng huyết áp
UBND	Ủy ban nhân dân
VNHS	Điều tra y tế quốc gia
TCYTTG	Tổ chức Y tế Thế giới
YTTN	Y tế tư nhân



## DANH MỤC BẢNG

Bảng 1.1: Số lượng cơ sở cung ứng DVYT và giường bệnh năm 2014.....	12
Bảng 1.2: Chênh lệch một số chỉ số sức khỏe giữa các vùng sinh thái .....	15
Bảng 1.3: Xu hướng cơ cấu bệnh tật, tử vong toàn quốc, 1976-2013 .....	15
Bảng 3.1: Thông tin cơ bản của người tham gia nghiên cứu tại 6 tỉnh (tỷ lệ %).....	63
Bảng 3.2: Tỷ lệ % (gia quyền) người ốm/bệnh trong vòng 4 tuần phân theo tỉnh và thành thị/nông thôn.....	65
Bảng 3.3: Tỷ lệ % (gia quyền) lượt ốm/bệnh trong vòng 4 tuần phân theo tỉnh, thành thị/nông thôn và mức độ ốm/bệnh.....	66
Bảng 3.4: Tỷ lệ % (gia quyền) lượt KCB ngoại trú phân theo tỉnh và nhóm tuổi .....	69
Bảng 3.5: Tỷ lệ % (gia quyền) lượt KCB ngoại trú phân theo tỉnh và học vấn .....	70
Bảng 3.6: Số lượt KCB ngoại trú trung bình (gia quyền) phân theo cơ sở y tế .....	75
Bảng 3.7: Tỷ lệ % (gia quyền) loại dịch vụ y tế được cung cấp tại các CSYT .....	77
Bảng 3.8: Tỷ lệ % (gia quyền) lượt KCB ngoại trú gặp khó khăn phân theo loại hình CSYT .....	77
Bảng 3.9: Tỷ lệ % (gia quyền) lượt KCB nội trú trong 4 tuần qua phân theo tỉnh và thành thị/nông thôn.....	78
Bảng 3.10: Số lượt KCB nội trú trung bình (gia quyền) trong 12 tháng phân theo cơ sở y tế.....	84
Bảng 3.11: Tỷ lệ % (gia quyền) lượt KCB nội trú trong 12 tháng gặp khó khăn phân theo CSYT .....	85
Bảng 3.12: Tỷ lệ % (gia quyền) tự điều trị phân theo tỉnh và nhóm tuổi .....	88
Bảng 3.13: Tỷ lệ % (gia quyền) lượt tự điều trị phân theo tỉnh và học vấn .....	89
Bảng 3.14: Yếu tố ảnh hưởng tới quyết định có sử dụng dịch vụ KCB ngoại trú khi bị ốm/bệnh 4 tuần qua ở 6 tỉnh (hồi qui đa biến) .....	93
Bảng 3.15: Yếu tố ảnh hưởng tới quyết định có sử dụng dịch vụ KCB ngoại trú khi bị ốm/bệnh 4 tuần qua theo từng tỉnh (hồi qui đa biến) .....	94
Bảng 3.16: Yếu tố ảnh hưởng tới quyết định có sử dụng dịch vụ KCB nội trú trong 4 tuần qua ở 6 tỉnh (hồi qui đa biến).....	97

Bảng 3.17: Yếu tố ảnh hưởng tới quyết định có sử dụng dịch vụ KCB nội trú trong 4 tuần qua theo từng tỉnh (hồi qui đa biến).....	98
Bảng 3.18: Yếu tố ảnh hưởng tới quyết định có sử dụng dịch vụ tự điều trị khi bị ốm/bệnh 4 tuần qua ở 6 tỉnh (hồi qui đa biến).....	101
Bảng 3.19: Yếu tố ảnh hưởng tới quyết định có sử dụng dịch vụ tự điều trị khi bị ốm/bệnh 4 tuần theo từng tỉnh (hồi qui đa biến).....	102
Bảng 3.20. Hồi qui logistic đa tầng đo lường mức độ ảnh hưởng của các yếu tố cá nhân (fixed effects) và yếu tố cộng đồng (random effects) đối với KCB ngoại trú 4 tuần.....	105

## DANH MỤC HÌNH

Hình 1.1: Mô hình sử dụng dịch vụ của Andersen và Newman.....	25
Hình 1.2: Khoảng cách trung bình tới CSYT gần nhất mà người dân thường đến ..	34
Hình 3.1: Tỷ lệ % (gia quyền) lượt KCB ngoại trú theo tỉnh và thành thị/nông thôn .....	67
Hình 3.2: Tỷ lệ % (gia quyền) lượt KCB ngoại trú phân theo thành thị/nông thôn và nhóm tuổi.....	68
Hình 3.3: Tỷ lệ % (gia quyền) lượt KCB ngoại trú phân theo thành thị/nông thôn và học vấn.....	70
Hình 3.4: Tỷ lệ % (gia quyền) lượt KCB ngoại trú theo tỉnh và mức sống.....	72
Hình 3.5: Tỷ lệ % (gia quyền) lượt KCB ngoại trú theo tỉnh và mức độ ốm .....	72
Hình 3.6: Tỷ lệ % (gia quyền) lượt KCB ngoại trú theo tỉnh, thành thị/nông thôn và BHYT .....	73
Hình 3.7: Tỷ lệ % (gia quyền) lượt KCB ngoại trú tại các CSYT phân theo thành thị/nông thôn.....	74
Hình 3.8: Tỷ lệ % (gia quyền) lượt KCB ngoại trú tại các cơ sở y tế phân theo tỉnh .....	74
Hình 3.9: Tỷ lệ % (gia quyền) lý do quan trọng nhất để KCB ngoại trú tại các CSYT.....	76
Hình 3.10: Tỷ lệ % (gia quyền) lượt KCB nội trú trong 4 tuần theo tỉnh và giới tính .....	79
Hình 3.11: Tỷ lệ % (gia quyền) lượt KCB nội trú trong 4 tuần qua theo thành thị/nông thôn và nhóm tuổi.....	80
Hình 3.12: Tỷ lệ % (gia quyền) lượt KCB nội trú trong 4 tuần qua theo thành thị/nông thôn và trình độ học vấn.....	80
Hình 3.13: Tỷ lệ % (gia quyền) lượt KCB nội trú trong 4 tuần qua theo thành thị/nông thôn và mức sống .....	81
Hình 3.14: Tỷ lệ % (gia quyền) lượt KCB nội trú trong 4 tuần qua theo thành thị/nông thôn và mức sống .....	81
Hình 3.15: Tỷ lệ % (gia quyền) lượt KCB nội trú trong 4 tuần qua theo thành thị/nông thôn và BHYT .....	82
Hình 3.16: Tỷ lệ % (gia quyền) lượt KCB nội trú trong 12 tháng tại CSYT phân theo thành thị/nông thôn .....	82

Hình 3.17: Tỷ lệ % (gia quyền) lượt KCB nội trú 12 tháng tại các CSYT phân theo tỉnh .....	83
Hình 3.18: Tỷ lệ % (gia quyền) lý do quan trọng nhất để KCB nội trú 12 tháng tại các cơ sở y tế .....	84
Hình 3.19: Tỷ lệ % (gia quyền) lượt tự điều trị phân theo tỉnh và thành thị/nông thôn .....	86
Hình 3.20: Tỷ lệ % (gia quyền) lượt tự điều trị phân theo tỉnh, thành thị/nông thôn và giới tính.....	87
Hình 3.21: Tỷ lệ % (gia quyền) lượt tự điều trị phân theo thành thị/nông thôn và nhóm tuổi .....	87
Hình 3.22: Tỷ lệ % (gia quyền) lượt tự điều trị phân theo thành thị/nông thôn và học vấn.....	89
Hình 3.23: Tỷ lệ % (gia quyền) lượt tự điều trị phân theo tỉnh và mức sống.....	90
Hình 3.24: Tỷ lệ % (gia quyền) lượt tự điều trị phân theo tỉnh và mức độ ốm .....	91
Hình 3.25: Tỷ lệ % (gia quyền) lý do sử dụng tự điều trị.....	92

## **ĐẶT VẤN ĐỀ**

Bao phủ chăm sóc sức khỏe toàn dân là mục tiêu hướng tới của hệ thống y tế Việt Nam nhằm đảm bảo mọi người dân đều được tiếp cận dịch vụ y tế có chất lượng khi có nhu cầu mà không gặp phải các rủi ro về mặt tài chính.

Để người dân có thể tiếp cận dịch vụ y tế được tốt hơn, Nhà nước đã rất chú trọng tới các chính sách tăng cường tính sẵn có và chất lượng của dịch vụ y tế nói chung và đặc biệt tuyến y tế cơ sở, trong đó thực hiện khám chữa bệnh (KCB) bảo hiểm y tế tại trạm y tế (TYT) xã để người dân ở khu vực nông thôn, vùng khó khăn có thể tiếp cận dễ hơn với các dịch vụ KCB. Điều này đã góp phần cải thiện rõ rệt một số chỉ số sức khỏe quan trọng như tuổi thọ bình quân, tỷ suất tử vong mẹ, tử vong trẻ dưới 1 tuổi... Tuy nhiên, vẫn tồn tại sự khác biệt trong tiếp cận và sử dụng dịch vụ y tế giữa các nhóm dân cư cũng như giữa các vùng, khu vực thành thị/nông thôn.

Số liệu khảo sát mức sống dân cư Việt Nam năm 2012 của Tổng cục Thống kê (GSO) cho thấy tỷ lệ KCB ngoại trú trong 12 tháng ở vùng trung du và miền núi phía Bắc là thấp nhất (26,5%) và cao nhất ở vùng đồng bằng sông Cửu Long (48,1%), trong khi đó tỷ lệ KCB nội trú lại cao nhất ở vùng Bắc Trung bộ - Duyên hải miền Trung và Trung du miền núi phía Bắc (8,8%) và thấp nhất ở vùng Đông Nam bộ (4,8%) [58]. Tỷ lệ phụ nữ mang thai đi khám thai từ 4 lần trở lên thấp hơn trong nhóm phụ nữ dân tộc thiểu số, có mức sống thấp và ở khu vực nông thôn [50]. Người nghèo luôn luôn đứng ở thế bất lợi trong tất cả các phương diện về tiếp cận và sử dụng dịch vụ y tế [141].

Cùng với việc chỉ ra sự khác biệt, các yếu tố ảnh hưởng tới tiếp cận và sử dụng dịch vụ cũng được các nhà nghiên cứu phân tích dưới các khía cạnh khác nhau. Ở góc độ người sử dụng dịch vụ, các yếu tố bao gồm tuổi, giới, dân tộc, trình độ học vấn, nơi cư trú,... được xác định là có ảnh hưởng ở các mức độ khác nhau tới tiếp cận và sử dụng dịch vụ y tế của người dân [31,50,89,133]. Ở góc độ cung ứng, các yếu tố như: dịch vụ bị hạn chế vì chỉ được cung cấp trong giờ hành chính [99]; mức độ tiếp cận và chất lượng dịch vụ y tế [31] hay sự phân biệt đối xử và thái độ tiêu cực của cán bộ y tế đối với phụ nữ nói chung và phụ nữ dân tộc thiểu số

nói riêng... [118] cũng được đề cập là các yếu tố ảnh hưởng tới tiếp cận, sử dụng dịch vụ của người dân.

Như vậy có thể thấy rằng đã có khá nhiều nghiên cứu về tình hình tiếp cận và sử dụng dịch vụ y tế của người dân cũng như các yếu tố ảnh hưởng nhưng hầu hết các nghiên cứu chỉ ở quy mô nhỏ, ở từng địa bàn cụ thể mà chưa có sự so sánh giữa các tỉnh đặc trưng cho các vùng kinh tế xã hội. Nghiên cứu lớn tầm cỡ quốc gia như điều tra y tế quốc gia (VNHS) đã được tiến hành cách đây gần 15 năm. Số liệu này không còn phù hợp trong bối cảnh hiện nay khi cả phía cung ứng dịch vụ (hệ thống y tế) cũng như sử dụng dịch vụ (người dân) đã có nhiều thay đổi. Điều tra mức sống dân cư (VHLSS) cập nhật 2 năm một lần nhưng chỉ thu thập thông tin về KCB ngoại trú/nội trú, trong khi tự điều trị là một hành vi tương đối phổ biến và ảnh hưởng không nhỏ tới sức khỏe và cộng đồng lại không được đề cập (ngoại trừ điều tra năm 2006). Sử dụng dịch vụ ngoại trú được hỏi cho cả người ốm và người khỏe dẫn tới không cung cấp được các chỉ số về sử dụng dịch vụ của nhóm có nhu cầu cấp thiết. Hơn nữa thời gian hồi cứu thông tin là 12 tháng sẽ khó tránh khỏi sai số nhớ lại nhất là với KCB ngoại trú ... Bởi vậy, câu hỏi đặt ra cho nghiên cứu này là hiện nay khi (bị ốm/bệnh) thì người dân tiếp cận và sử dụng dịch vụ khám chữa bệnh như thế nào? Sự khác biệt về tỷ lệ sử dụng dịch vụ khám chữa bệnh của người dân giữa khu vực thành thị, nông thôn và giữa các tỉnh đặc trưng cho các vùng kinh tế xã hội ra sao? Yếu tố nào ảnh hưởng tới sự khác biệt đó? Để trả lời các câu hỏi nêu trên, nghiên cứu này được tiến hành với hai mục tiêu cụ thể sau:

1. Mô tả thực trạng sử dụng dịch vụ khám chữa bệnh của người dân ở 6 tỉnh thuộc các vùng kinh tế-xã hội ở Việt Nam 2015.
2. Phân tích một số yếu tố ảnh hưởng tới sự khác biệt trong sử dụng dịch vụ khám chữa bệnh của người dân ở 6 tỉnh thuộc các vùng kinh tế-xã hội Việt Nam năm 2015.

Kết quả nghiên cứu này sẽ là cơ sở đề xuất chính sách, chiến lược và giải pháp nhằm tăng cường tỷ lệ sử dụng dịch vụ khám chữa bệnh của người dân ở các vùng miền, góp phần thực hiện mục tiêu bao phủ chăm sóc sức khỏe toàn dân.

## **CHƯƠNG 1: TỔNG QUAN**

### **1.1. MỘT SỐ KHÁI NIỆM CƠ BẢN**

#### *a. Dịch vụ y tế (DVYT):*

DVYT là loại hàng hóa mà người sử dụng (người bệnh) thường không thể tự mình lựa chọn một cách chủ động các loại dịch vụ theo ý muốn chủ quan mà phụ thuộc rất nhiều vào bên cung ứng hay còn gọi là cơ sở y tế (CSYT). Khi người bệnh có nhu cầu thì việc chỉ định điều trị như thế nào, thời gian bao lâu hoàn toàn do thầy thuốc quyết định. Người bệnh chỉ có thể lựa chọn nơi điều trị, hoặc có thể là người điều trị chứ không thể lựa chọn được phương pháp điều trị. Đặc tính của DVYT là hàng hóa gắn liền với tính mạng con người nên mặc dù không có tiền nhưng vẫn phải khám chữa bệnh (mua) [18].

Theo Tổ chức Y tế thế giới (TCYTTG), DVYT được định nghĩa là tất cả các dịch vụ liên quan đến phòng bệnh, chẩn đoán và điều trị bệnh hoặc chương trình nâng cao, cải thiện và phục hồi sức khỏe. Chúng bao gồm các DVYT cá nhân và không cá nhân, DVYT là những chức năng dễ thấy nhất của bất kỳ hệ thống y tế nào, cho cả những người sử dụng nói riêng và cộng đồng nói chung. KCB là một trong những cấu phần quan trọng của DVYT [152]. Hoặc theo một định nghĩa khác của TCYTTG thì DVYT là dịch vụ chỉ toàn bộ các hoạt động CSSK cho cộng đồng, con người mà kết quả là tạo ra các sản phẩm hàng hóa không tồn tại dưới dạng hình thái vật chất cụ thể, nhằm thỏa mãn kịp thời thuận tiện và có hiệu quả hơn các nhu cầu ngày càng tăng của cộng đồng và con người với chăm sóc sức khỏe (CSSK) [11,39]. Theo tác giả Trương Bảo Thanh, DVYT chính là một loại hàng hóa dịch vụ công đặc thù, đáp ứng những nhu cầu cơ bản của người dân và cộng đồng bao gồm hai nhóm dịch vụ thuộc khu vực công mở rộng: Nhóm dịch vụ khám, chữa bệnh theo yêu cầu (mang tính chất hàng hóa tư nhiều hơn có thể áp dụng cơ chế cạnh tranh trong thị trường này) và nhóm dịch vụ y tế công cộng như phòng

chống dịch bệnh (mang tính chất hàng hóa công nhiều hơn)...do Nhà nước hoặc tư nhân đảm nhiệm [61].

Tóm lại có nhiều quan niệm về dịch vụ y tế được phát biểu dưới các khía cạnh khác nhau nhưng nội hàm của khái niệm DVYT được hiểu là *một loại hàng hóa đặc biệt không phụ thuộc vào ý muốn chủ quan của người sử dụng/người bệnh nhằm đáp ứng các nhu cầu về CSSK của con người bao gồm khám, chữa bệnh, phòng bệnh và phục hồi sức khỏe.*

*b. Dịch vụ KCB:*

Theo qui định của Luật Khám chữa bệnh (2009) thì khám bệnh là việc hỏi bệnh, khai thác tiền sử bệnh, thăm khám thực thể, khi cần thiết thì chỉ định làm xét nghiệm cận lâm sàng, thăm dò chức năng để chẩn đoán và chỉ định phương pháp điều trị phù hợp đã được công nhận. Chữa bệnh là việc sử dụng phương pháp chuyên môn kỹ thuật đã được công nhận và thuốc đã được phép lưu hành để cấp cứu, điều trị, chăm sóc, phục hồi chức năng cho người bệnh [55].

*c. Tiếp cận DVYT:*

Tiếp cận DVYT là một phạm trù khó để xác định. Theo Peters (Đại học Johns Hopkins), tiếp cận DVYT là một quá trình đa chiều bao gồm chất lượng dịch vụ chăm sóc, tiếp cận về góc độ địa lý, sự sẵn có của các dịch vụ CSSK phù hợp với nhu cầu của người bệnh, tiếp cận về tài chính và sự chấp nhận dịch vụ [131]. Một số tác giả khác lại cho rằng tiếp cận có liên quan đến việc sử dụng kịp thời các dịch vụ theo nhu cầu [88] hay phân biệt trong nội hàm khái niệm tiếp cận DVYT giữa việc cung cấp và cơ hội sử dụng dịch vụ và thực tế sử dụng DVYT [125]. Peters đã đưa ra một khung khái niệm về tiếp cận DVYT bao gồm 4 phương diện cơ bản bao hàm cả yếu tố cung ứng và sử dụng, đó là:

- Tiếp cận khoảng cách địa lý hay là thời gian đi từ điểm cung cấp dịch vụ tới người sử dụng.



- Tiếp cận về tính sẵn có - có đúng loại dịch vụ cho những người cần nó, chẳng hạn như giờ làm việc và thời gian chờ đợi có thể đáp ứng nhu cầu của những người sẽ sử dụng dịch vụ, cũng như có những cơ sở cung cấp loại hình dịch vụ phù hợp...

- Tiếp cận tài chính - mối quan hệ giữa giá dịch vụ và khả năng sẵn sàng chi trả của người sử dụng để trả tiền cho các dịch vụ, cũng như được bảo vệ khỏi những hậu quả của chi phí y tế.

- Sự chấp nhận - sự phù hợp giữa cách đáp ứng của bên cung cấp dịch vụ với những mong muốn về mặt văn hóa, xã hội của các cá nhân sử dụng dịch vụ và cộng đồng.

#### *d. Sử dụng dịch vụ KCB:*

Là khả năng những người khi có tình trạng sức khỏe bất thường hoặc khi có nhu cầu đến KCB được mua thuốc hay sử dụng bất cứ hình thức cung cấp dịch vụ KCB nào do các CSYT công lập hay y tế tư nhân cung cấp [68].

#### *e. Yếu tố ảnh hưởng:*

Daniel Reidpath định nghĩa một yếu tố ảnh hưởng đến sức khỏe là “một yếu tố gây ra sự thay đổi về sức khỏe theo hướng tốt lên hoặc xấu đi”[30]. Như vậy có thể hiểu rằng yếu tố ảnh hưởng là những yếu tố gây ra sự thay đổi về một vấn đề nào đó theo hướng tốt lên hay xấu đi.

## **1.2. TÌNH HÌNH SỬ DỤNG DVYT**

### **1.2.1. Sử dụng DVYT trên thế giới**

Ở các quốc gia, các nước nghèo có xu hướng ít được tiếp cận, sử dụng DVYT hơn so với những nước giàu có. Gánh nặng bệnh tật ở những nước thu nhập thấp và trung bình (LMICs) chiếm tới 90% gánh nặng bệnh tật toàn cầu nhưng chi tiêu toàn cầu về sức khỏe chỉ chiếm có 12%. Các quốc gia thu nhập cao chi tiêu bình quân cho sức khỏe/đầu người cao gấp khoảng 100 lần so với các nước có thu

nhập thấp (3.039 USD so với 30 USD) [102]. Vì thế, không ngạc nhiên khi mật độ nhân viên y tế và giường bệnh cho mỗi người dân ở các nước LMICs thấp hơn nhiều so với các nước có thu nhập cao. Điều này làm giảm sự sẵn có của DVYT cho rất nhiều người nghèo trên thế giới [131]. Hơn nữa, càng ở những quốc gia nghèo thì tổng chi cho sức khỏe từ tiền túi (OOP) của người dân lại càng lớn. Tính trung bình, hơn 60% chi tiêu ít ỏi ở các nước có thu nhập thấp là từ tiền túi, trong khi đó tỷ lệ này ở các nước có thu nhập cao chỉ chiếm khoảng 20% [102]. Đây là một trong những rào cản hạn chế khả năng tiếp cận, sử dụng DVYT của người dân, đặc biệt là người nghèo.

### ***1.2.1.1. Sử dụng DVYT ở những nước đã phát triển***

*Tần suất sử dụng và sự khác biệt trong tiếp cận, sử dụng DVYT:* Mặc dù ở các nước phát triển, chi tiêu y tế bình quân đầu người cao hơn, cung ứng dịch vụ được đáp ứng tốt hơn so với các nước đang phát triển nhưng tần suất sử dụng DVYT cũng rất khác biệt giữa các nước. Nghiên cứu sử dụng điều tra cắt ngang (năm 2009) về tình hình sử dụng KCB ngoại trú trong thời gian 3 tháng và điều trị nội trú trong 12 tháng của trẻ em dưới 5 tuổi ở Brazil cho thấy 54% có đi khám BS, 8% tư vấn qua điện thoại, 34% sử dụng dịch vụ cấp cứu và trong đó 11% phải nhập viện. Trẻ em ở nhóm kinh tế xã hội giàu thì đi khám bác sĩ (BS) nhiều hơn, ít tư vấn qua điện thoại và sử dụng dịch vụ cấp cứu nhiều hơn so với trẻ từ nhóm trung bình trở xuống [144]. Ngay ở một số nước châu Âu thì tần suất sử dụng DVYT của người cao tuổi cũng thay đổi tùy theo loại hình dịch vụ được cung cấp. Nghiên cứu nhằm tìm hiểu về việc sử dụng dịch vụ CSSK và phòng bệnh của người già trong vòng 1 năm trước thời điểm điều tra được tiến hành tại 10 nước phát triển (Úc, Đan mạch, Pháp, Đức, Hy Lạp, Ý, Hà Lan, Tây Ban Nha, Thụy Điển và Thụy Sĩ) năm 2004. Kết quả từ nghiên cứu này đã cho thấy một bức tranh tương đối tổng thể về tình hình sử dụng dịch vụ CSSK của người cao tuổi ở châu Âu như sau: Tỷ lệ sử dụng dịch vụ KCB ngoại trú từ 4 lần trở lên chiếm 52%; Tỷ lệ gặp bác sĩ gia đình từ 4 lần trở lên là 46%; Tỷ lệ gặp bác sĩ chuyên khoa ít nhất một lần trong năm chiếm

93,1%; Tỷ lệ sử dụng dịch vụ điều trị nội trú ít nhất một lần chiếm 11,3%.... Ở tất cả những loại hình DVYT, những người cao tuổi có biểu hiện trầm cảm thì có tỷ lệ sử dụng DVYT cao hơn hẳn so với nhóm người cao tuổi không có biểu hiện trầm cảm, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê. Bên cạnh đó, việc sử dụng dịch vụ phòng bệnh như tiêm phòng cúm chiếm 52,8%; Sàng lọc ung thư trực tràng chiếm 16,8%; Sàng lọc ung thư vú chiếm 53%... [132]. Ở Mỹ, phụ nữ trẻ và trẻ vị thành niên là những đối tượng thường sử dụng các DVYT cung cấp bởi bác gia đình và bác sĩ chuyên khoa sản-phụ khoa. Nghiên cứu về tình hình sử dụng DVYT của phụ nữ trẻ và vị thành niên ở những phòng khám bác sĩ và phòng mạch tư tại Mỹ năm 2009 cho thấy: mô hình sử dụng DVYT chung và dịch vụ liên quan tới chăm sóc sức khỏe sinh sản tăng theo tuổi. Số lượt sử dụng dịch vụ khám bệnh tại các phòng khám CSSK ban đầu tăng từ 4,9 triệu lượt ở lứa tuổi từ 9-10 lên 9 triệu lượt ở lứa tuổi 25-26. Tỷ lệ khám bác sĩ gia đình tăng 25% ở lứa tuổi 9-10 và 30% ở lứa tuổi 25-26. Đối với lứa tuổi 17-18, có tới 33% số lượt thăm khám bệnh được thực hiện bởi bác sĩ sản phụ khoa (33% trong số 7 triệu lượt) và bác sĩ gia đình là 34%, trong khi đó bác sĩ nhi khoa chỉ là 23%. Tỷ lệ sử dụng dịch vụ về sức khỏe sinh sản cao (SKSS) nhất ở nhóm tuổi từ 20-21 với 53% (7,5 triệu lượt thăm khám) [113]. Nghiên cứu này cung cấp bằng chứng cho các nhà hoạch định chính sách trong xác định ưu tiên can thiệp nhằm tăng cường chất lượng và tính sẵn có của các dịch vụ chăm sóc SKSS. Ngay ở Úc thì vẫn tồn tại sự khác biệt trong mô hình sử dụng DVYT giữa những người sống ở khu vực thành thị và khu vực nông thôn. Người dân ở khu vực xa thành phố và ở khu vực hẻo lánh sử dụng dịch vụ chăm sóc ban đầu (CSBD) tại khoa cấp cứu của bệnh viện nhiều hơn so với người dân sống ở thành phố. Người dân sống ở khu vực ngoài các thành phố lớn thường được nhập viện để điều trị khi họ mắc các vấn đề về sức khỏe mà thực tế không cần phải nhập viện do sự sẵn có của nhân viên y tế ở khu vực này tương đối thấp [142]. Một nghiên cứu về tiếp cận CSSK và mô hình sử dụng của người dân Cannada từ số liệu điều tra toàn quốc về sức khỏe dân cư (NPHS) năm 2000-2001 cho thấy: Nam giới thường ít khám bác sĩ gia đình (BSGD) đều đặn so với nữ giới. Tỷ lệ nam giới

không khám BSGĐ đều đặn là 15,8% trong khi tỷ lệ này ở nữ giới là 8,8%. Nữ giới ở lứa tuổi từ 30-54 tuổi không mắc bệnh mạn tính lại có tỷ lệ khám chuyên gia cao hơn so với nam giới [114]. Mặc dù là ở quốc gia đã phát triển thì sự khác biệt trong tiếp cận và sử dụng DVYT giữa các nhóm dân cư vẫn tồn tại. Ngay tại Mỹ, một quốc gia rất phát triển vẫn có sự khác biệt trong tiếp cận tới DVYT của nhóm dân tộc thiểu số và các nhóm yếu thế khác trong xã hội [140]. Hay ở các nước phát triển thuộc Liên minh Châu Âu (EU), mặc dù các nước này đã có những ưu tiên trong việc cải thiện tiếp cận CSSK nhằm thúc đẩy hòa nhập xã hội, nhưng kết quả nghiên cứu về “*sự khác biệt và phân biệt trong tiếp cận và chất lượng chăm sóc sức khỏe*” của Đại diện Liên minh Châu Âu về quyền cơ bản – FRA (2013) cho thấy: Có sự khác biệt có ý nghĩa trong tiếp cận tới dịch vụ CSSKBD và CSSK ở mức cao hơn theo giới tính và dân tộc ở các nước thành viên của EU. Nam giới tiếp cận với CSSKBD ít hơn phụ nữ rất nhiều (sự khác biệt về giới dao động trong khoảng từ 5% ở Úc và Cộng hòa Séc cho tới 18% ở Hy Lạp). Đối với các dịch vụ khám sàng lọc và phòng bệnh ở Italia và Australia, nhóm dân nhập cư có tỷ lệ tiếp cận tới các chương trình khám sàng lọc thấp hơn so với dân bản xứ. Với các dịch vụ chăm sóc SKSS thì phụ nữ nhập cư ở Italia và Anh thường trì hoãn trong việc khám sàng lọc và ít khám bác sĩ trong thời gian mang thai hơn là phụ nữ bản xứ với tỷ lệ lần lượt là 68,5% và 88,3% ... [99]. Nghiên cứu được thực hiện ở Brasil (năm 2003) tìm hiểu về việc sử dụng dịch vụ KCB ngoại trú và các yếu tố liên quan trong số 1.026 phụ nữ từ 20-60 tuổi ở khu vực thành thị của Brazil cho thấy có khoảng 13,3% số phụ nữ được phỏng vấn cho biết họ không đi KCB ngoại trú trong vòng 1 năm. Phụ nữ thuộc nhóm kinh tế xã hội thấp hơn, trình độ học vấn thấp, thu nhập thấp ít sử dụng dịch vụ KCB ngoại trú. Hầu hết những phụ nữ yếu thế có nhu cầu được CSSK cao lại ít sử dụng dịch vụ KCB ngoại trú [95]. Điều này cũng tương đồng với phát hiện ở các nước đang phát triển. Như vậy có thể thấy dù ở bất cứ xã hội nào phát triển hay chưa phát triển thì vẫn tồn tại sự khác biệt trong tiếp cận và sử dụng dịch vụ giữa các nhóm dân cư.

### ***1.2.1.2. Sử dụng DVYT ở những nước đang phát triển***

*Tần suất sử dụng và sự khác biệt trong tiếp cận và sử dụng DVYT:* Tùy thuộc vào mô hình bệnh tật và chiến lược CSSK của từng quốc gia mà tần suất sử dụng dịch vụ của người dân đối với các loại hình dịch vụ khác nhau. Nghiên cứu của Swaziland (một quốc gia thuộc Châu Phi) sử dụng số liệu điều tra nhân khẩu học từ 2006-2007 cho kết quả là tỷ lệ trẻ được tiêm chủng cao chiếm tới hơn 80%, tỷ lệ sử dụng chăm sóc trước sinh (97,3%) và dịch vụ chăm sóc khi sinh là 74% nhưng tỷ lệ sử dụng dịch vụ chăm sóc sau sinh lại rất thấp chỉ có 20,5% [145]. Một nghiên cứu khác tiến hành trên 1.182 phụ nữ ở khu vực nông thôn của tỉnh Hải Nam, Trung Quốc (2014) phát hiện tỷ lệ KCB ngoại trú trong năm là 25,8% và tỷ lệ điều trị nội trú chỉ là 5,8%. Tỷ lệ không điều trị gì tương đối cao tới 24,2% và có tới 21,3% trì hoãn sử dụng DVYT [107]. Nghiên cứu phân tích tình hình sử dụng dịch vụ chăm sóc trước sinh (ANC), trong sinh và sau sinh từ số liệu dịch tễ học năm 2011 ở Ethiopia lại cho kết quả tương đối thấp khi chỉ có 34% phụ nữ sử dụng dịch vụ ANC, 11,7% sinh con có CBYT có kỹ năng đỡ và 9,7% phụ nữ có sử dụng dịch vụ chăm sóc sau sinh. Các yếu tố của bà mẹ như trình độ học vấn, nơi cư trú, dân tộc, sự bình đẳng, sự tự chủ về kinh tế có mối liên quan có ý nghĩa đối với việc sử dụng dịch vụ CSSK bà mẹ. Phụ nữ có trình độ học vấn cao thường sử dụng dịch vụ ANC, trong sinh và sau sinh nhiều hơn phụ nữ trình độ thấp. Phụ nữ ở khu vực thành thị sử dụng dịch vụ chăm sóc sức khỏe bà mẹ (CSSKBM) nhiều hơn so với phụ nữ nông thôn. Phụ nữ có sử dụng ANC trong thời gian mang thai, khi sinh con sẽ sử dụng CBYT có kỹ năng đỡ. Ở những phụ nữ tự chủ về tài chính thường sử dụng dịch vụ ANC, để có cán bộ có kỹ năng đỡ và chăm sóc sau sinh nhiều hơn những phụ nữ bị phụ thuộc [143]. Như vậy có thể thấy ngay ở các nước đang phát triển cùng sống trên một châu lục thì tần suất sử dụng dịch vụ cũng rất khác nhau tùy thuộc vào sự phát triển, định hướng CSSK của mỗi quốc gia. Cũng đề cập tới mô hình sử dụng dịch vụ CSSKBM tuy nhiên kết quả nghiên cứu ở Trung Quốc lại cho bức tranh khả quan hơn hẳn so với Ethiopia. Kết quả từ nghiên cứu từ 14.112 phụ nữ ở 10 tỉnh phía Tây Trung Quốc năm 2005 cho thấy tỷ lệ phụ nữ sử dụng dịch vụ

ANC rất cao tới 95%, số lần thăm khám trung bình là 4,94. Tỷ lệ phụ nữ có thăm khám từ 4 lần trở lên là 52,9% và 66,9% phụ nữ đã thăm khám lần đầu tiên trong 12 tuần đầu mang thai. Tỷ lệ sinh con tại bệnh viện là 86,3% và tỷ lệ bà mẹ có sử dụng dịch vụ chăm sóc sau sinh là 84,8%. Số lần thăm khám sau sinh trung bình là 2,19. Dân tộc Hán, với trình độ học vấn cao hơn, thu nhập cao hơn, sống ở khu vực đồng bằng được chăm sóc trước sinh, trong sinh và sau sinh cao gấp 4 lần so với những bà mẹ còn lại [153].

*Khác biệt về mức độ sử dụng y tế công và tư nhân:* Báo cáo của Tổ chức y tế thế giới (2010) về sử dụng DVYT và chi phí từ tiền túi của hộ gia đình ở 39 nước thu nhập thấp và trung bình cho thấy: đối với các dịch vụ ngoại trú có tới hơn một nửa số bệnh nhân sử dụng dịch vụ tại các CSYT công lập (ở 27/39 nước), có một số nước dịch vụ được cung cấp tại CSYT công lập lên tới trên 80%. Với dịch vụ nội trú thì CSYT công lập hoàn toàn chiếm thế áp đảo so với y tế tư nhân (YTTN) ở đa số các quốc gia ngoại trừ Ấn Độ và Pakistan. Ở Brazil, Nepal, Philippine và Cộng hòa Dominica khoảng 50-60% bệnh nhân nội trú là ở CSYT công [84,96]. Trong số những người có sử dụng dịch vụ ngoại trú ở hầu hết các nước này thì những người thuộc nhóm quintile (20% nghèo nhất) sử dụng CSYT công nhiều hơn so với nhóm quintile (20% giàu nhất). Tuy nhiên ở Swaziland, mô hình lại ngược lại với nhóm quintile giàu nhất sử dụng CSYT công cho dịch vụ ngoại trú hơn là nhóm quintile nghèo nhất. Ở một số nước khác như Ghana hoặc Cộng hòa Congo, việc sử dụng cơ sở công cho dịch vụ ngoại trú không khác nhau giữa các nhóm quintile [138]. Hay một nghiên cứu khác ở Iran (năm 2012) về tình hình sử dụng DVYT trong 12 tháng được thực hiện trên 1.200 phụ nữ từ 18-49 tuổi cũng cho thấy sự khác biệt trong sử dụng DVYT công và tư nhân. Tỷ lệ sử dụng DVYT công là 60,8% và tư nhân là 53,8%, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,001$  [98].

*Khác biệt về mức độ tiếp cận:* Đối với các quốc gia đang phát triển, người nghèo luôn luôn đứng ở thế bất lợi trong tất cả các phương diện về tiếp cận DVYT. Một nghiên cứu sử dụng điều tra mức sống dân cư (1995) ở Ecuador nhằm đo lường

công bằng trong tiếp cận dịch vụ CSSK và tác động của chương trình bảo hiểm y tế (BHYT) lên vấn đề công bằng cho thấy nhóm giàu nhất có mức tiếp cận cao nhất và nhóm nghèo nhất có mức tiếp cận thấp nhất tới các dịch vụ CSSK. Nghiên cứu cũng cho thấy rằng chương trình bảo hiểm lại có tác động tiêu cực lên vấn đề công bằng. Vì việc mở rộng điều kiện tham gia BHYT cho những hộ kinh doanh cá thể và người ăn theo hiện đang tham gia BHYT có thể giúp tăng sử dụng DVYT nhưng không giải quyết được vấn đề mấu chốt về bất công bằng trong tiếp cận dịch vụ ở Ecuador [148]. Một nghiên cứu khác của Gwatkin xem xét sự bất bình đẳng trong các nước cùng có mức thu nhập thấp và trung bình cho thấy có sự khác biệt lớn giữa người nghèo và người giàu, giữa các loại hình dịch vụ và khu vực. Các DVYT được cung cấp bởi các bệnh viện hạng hai và hạng ba trở lên dường như là chỉ dành cho nhóm người giàu hơn là các dịch vụ CSSKBD và các dịch vụ phòng bệnh [103].

## **1.2.2. Sử dụng DVYT tại Việt Nam**

### ***1.2.2.1. Hệ thống cung ứng DVYT***

Hệ thống cung ứng DVYT ở Việt Nam bao gồm mạng lưới các CSYT công và tư nhân, trong đó y tế công chiếm vai trò chủ đạo trong công tác CSSK nhân dân. Mạng lưới y tế công gồm có 4 tuyến phân theo quản lý hành chính nhà nước:

- Tuyến trung ương: bao gồm các bệnh viện trung ương và bệnh viện khu vực do Bộ y tế trực tiếp quản lý.
- Tuyến tỉnh: gồm bệnh viện đa khoa tỉnh và các CSYT tuyến tỉnh do Sở y tế quản lý.
- Tuyến huyện: gồm bệnh viện huyện và các CSYT tuyến huyện do Sở y tế quản lý.
- Tuyến xã: gồm các TYT xã chịu sự quản lý trực tiếp của Trung tâm y tế huyện. TYT xã chủ yếu cung cấp các dịch vụ liên quan tới KCB, y tế dự phòng, CSSKSS, cung ứng thuốc thiết yếu, quản lý sức khỏe cộng đồng và truyền thông giáo dục sức khỏe.

Trong thời gian qua, năng lực cung ứng dịch vụ của mạng lưới các CSYT công đã được cải thiện rất nhiều. Theo số liệu báo cáo năm 2014 và phương hướng hoạt động năm 2015 [16] của Cục Quản lý KCB, số lượng bệnh viện (BV) các tuyến cũng như số giường bệnh đã tăng dần qua các năm.

**Bảng 1.1: Số lượng cơ sở cung ứng DVYT và giường bệnh năm 2014**

Tuyến bệnh viện	Tổng số bệnh viện năm 2014		Tổng số giường bệnh thực kê năm 2014		Số GB thực kê tăng so năm 2012
	Số lượng	%	Số lượng	%	
BV trực thuộc Bộ Y tế	36	2,7	23.421	9,0	4.800
BV tuyến tỉnh	492	36,2	128.663	49,5	18.214
BV tuyến huyện	629	46,3	88.997	34,2	11.975
BV ngành	31	2,3	8.287	3,2	3.924
BV tư nhân	170	12,5	10.690	4,1	
Tổng số	1.358	100,0	260.058	100,0	38.913

*Nguồn: Cục Quản lý Khám chữa bệnh – 2014 [16]*

- Nhìn vào số liệu ở bảng 1.1 ta thấy tổng số BV công lập và tư nhân là 1.358 bệnh viện, trong đó BV tuyến huyện là 629 bệnh viện, chiếm tỷ lệ cao nhất tới 46,3%; BV tuyến trung ương chỉ chiếm 2,7%; BV tư nhân chiếm 12,5% trong tổng số bệnh viện cả nước.

- Tổng số giường bệnh thực kê trên toàn quốc tính tới thời điểm 2014 là 260.058 giường bệnh, trong đó giường bệnh tuyến tỉnh chiếm tỷ lệ lớn nhất 49,4%. Số giường bệnh tư nhân chỉ chiếm 4,1%.

- So sánh với năm 2012 thì tổng số giường bệnh thực kê trên toàn quốc năm 2014 đã tăng 38.913 giường bệnh tương ứng với tỷ lệ là 17,5% (tăng 38.913 giường bệnh, so với năm 2012 là 221.145 giường bệnh).

- Tính số giường bệnh/vạn dân thực kê tại cả ba tuyến trung ương, tỉnh, huyện (bao gồm cả BV tư nhân và y tế ngành) là 28,1 giường/vạn dân, tăng được 3,4 giường bệnh/vạn dân so với năm 2012 (số liệu năm 2012 là 24,7 giường bệnh/vạn dân).



Mạng lưới BV phát triển kèm theo sự cải thiện về số lượng dịch vụ được cung cấp cho người dân. Cũng theo báo cáo của Cục quản lý Khám chữa bệnh, năm 2014 [16] các BV đã khám và điều trị ngoại trú cho hơn 140 triệu lượt người bệnh, tăng 9,7% (khoảng 3,1 triệu lượt người) so với năm 2013. Trong đó số lượt khám bệnh tại các BV trực thuộc Bộ chiếm 6,6%; 39% tại các BV tuyến tỉnh và 43,7% tại các BV tuyến huyện. Số liệu này cho thấy trên 80% người bệnh khám và điều trị tại tuyến huyện và tuyến tỉnh, trong đó tuyến huyện vẫn chiếm tỷ lệ đa số. Trong số lượt KCB năm 2014, số lượt KCB ngoại trú có thẻ BHYT chiếm tới hơn 88 triệu lượt (chiếm 63,3%). So với năm 2013, con số này tăng gần 5 triệu lượt. Đối với KCB nội trú, báo cáo cho thấy số lượt người bệnh nhập viện điều trị nội trú năm 2014 là 13,49 triệu lượt, tăng 4% so với 2013. Số lượt điều trị nội trú tăng tại tất cả các tuyến, trong đó các bệnh viện trực thuộc Bộ tăng 6%, các BV tuyến huyện tăng 6,5%. Đáng chú ý là số lượt điều trị nội trú tại các BV tư nhân tuy chiếm tỷ lệ nhỏ so với các BV công lập, nhưng có số lượt điều trị nội trú tăng mạnh (23,7%). Năm 2014, tỷ lệ nhập viện điều trị nội trú là 1/9,6 người bệnh khám ngoại trú. Tỷ lệ điều trị nội trú giữa các tuyến bệnh viện thay đổi không đáng kể so với năm 2013, trong đó 48,4% người bệnh được điều trị nội trú tại tuyến tỉnh, 36,8% được điều trị tại tuyến huyện; 7,6% được điều trị tại các BV trực thuộc Bộ. Cùng với số lượt KCB ngoại trú, điều trị nội trú tăng dần qua các năm thì các dịch vụ khác như phẫu thuật, thủ thuật, xét nghiệm, chẩn đoán hình ảnh, dịch vụ kỹ thuật cao... đều tăng so với những năm trước. Số liệu thống kê cho thấy tổng số các dịch vụ kể trên của năm 2014 đều cao hơn so với năm 2013 ở các BV trực thuộc bộ, BV tuyến tỉnh và tuyến huyện.

Cùng với việc cung cấp dịch vụ KCB ngoại trú, nội trú thì các dịch vụ phòng bệnh cũng đã được cải thiện đáng kể thể hiện qua việc cung ứng các dịch vụ CSSKBM trước sinh và sau sinh, dịch vụ tiêm chủng, dịch vụ sàng lọc và quản lý bệnh mạn tính, công tác phòng chống dịch, đặc biệt là một số bệnh mới nổi như Mers-cov hay Ebola...

Mạng lưới y tế tư nhân cũng góp phần không nhỏ trong việc cung ứng các DVYT trên toàn hệ thống. Các loại dịch vụ mà y tế tư nhân cung cấp chủ yếu là các dịch vụ KCB ngoại trú với tỷ lệ khoảng từ 60-75%, dịch vụ nội trú chiếm 4% và khoảng 10% dịch vụ y tế dự phòng [10].

#### ***1.2.2.2. Tác động của sự thay đổi về điều kiện kinh tế xã hội và một số chỉ số sức khỏe cơ bản tới nhu cầu CSSK***

Vẫn là một trong những nước thu nhập thấp ở những năm đầu thập niên 2000, Việt Nam đã không ngừng phấn đấu để thoát khỏi tình trạng kém phát triển, bước vào nhóm nước đang phát triển có mức thu nhập trung bình (thấp) từ năm 2010 với mức thu nhập bình quân đầu người là 1.068 USD, năm 2013 là 1.960 USD và năm 2015 là 2.100 USD. Cùng với sự phát triển về kinh tế - xã hội, y tế Việt Nam đã có những bước phát triển đáng kể trong công tác CSSK người dân thể hiện ở một số chỉ số sức khỏe cơ bản như tuổi thọ trung bình, tỷ lệ suy dinh dưỡng, tỷ suất tử vong trẻ dưới 5 tuổi, tỷ số tử vong mẹ/100.000 trẻ đẻ sống... Theo báo cáo chung tổng quan ngành y tế năm 2015 [14], tuổi thọ trung bình của người dân Việt Nam vẫn tiếp tục được cải thiện với mức tăng bình quân là 0,1 tuổi/năm. Theo số liệu của Tổng cục Thống kê qua điều tra biến động dân số và kế hoạch hóa gia đình các năm thì tuổi thọ trung bình của người dân năm 2010 là 72,9 đã tăng lên 73,2 vào năm 2014. Tuổi thọ của người dân tăng là một chỉ số cho thấy sự cải thiện về tình trạng sức khỏe nhưng cũng là thách thức đối với hệ thống y tế trước gánh nặng về bệnh mạn tính cũng như nhu cầu CSSK ở giai đoạn già hóa dân số.

Một số chỉ số về tình trạng suy dinh dưỡng, tỷ suất tử vong trẻ dưới 1 tuổi, tỷ suất tử vong mẹ... cũng được cải thiện đáng kể. So sánh các chỉ số của năm 2014 với năm 1990 ta thấy: Tỷ lệ suy dinh dưỡng trẻ em dưới 5 tuổi đã giảm 26,5 điểm phần trăm, từ 41% năm 1990 xuống còn 14,5% năm 2014. Tỷ suất tử vong trẻ em dưới 1 tuổi đã giảm từ 44,4/1.000 trẻ đẻ sống năm 1990 xuống còn 14,9 vào năm 2014. Tỷ suất tử vong trẻ dưới 5 tuổi/1.000 trẻ đẻ sống cũng giảm từ 58,0 năm 1990

xuống còn 22,4 năm 2014. Tỷ số tử vong mẹ/100.000 trẻ đẻ sống đã giảm đáng kể, từ 233 năm 1990 xuống còn 69 năm 2009 và khoảng 60 năm 2014 [14].

Tuy nhiên, cùng với những thành tựu đã đạt được, ngành y tế Việt Nam hiện đang phải đối mặt với nhiều khó khăn, thách thức đó là:

- Sự chênh lệch về chỉ số sức khỏe giữa các vùng và khu vực thành thị/nông thôn còn tương đối lớn (bảng 1.2).

**Bảng 1.2: Chênh lệch một số chỉ số sức khỏe giữa các vùng sinh thái**

Chỉ số sức khỏe theo vùng	Tuổi thọ (năm 2013) [5]	Tỷ lệ tử vong trẻ dưới 1 tuổi (năm 2014)[3]	Trẻ < 5 tuổi SDD thể nhẹ cân (năm 2013)[5]
Đồng bằng sông Hồng	70,4	11,8	12,4
Trung du miền núi phía Bắc	74,3	22,4	19,9
Bắc trung bộ và Duyên hải miền Trung	72,5	16,6	16,0
Tây Nguyên	69,5	25,9	22,3
Đông Nam Bộ	75,7	8,8	9,6
Đồng bằng sông Cửu Long	74,4	11,6	13,9

*Nguồn: Niên giám TKYT 2013 [5]; Điều tra dân số và nhà ở 2014 [3]*

- Sự gia tăng các bệnh không lây nhiễm: Số liệu thống kê y tế 2013 về cơ cấu bệnh không lây, bệnh lây nhiễm và tai nạn thương tích cho thấy có sự gia tăng nhanh của nhóm bệnh không lây nhiễm. Trong khi đó tỷ lệ mắc và chết vì TNTT và các bệnh nhiễm trùng vẫn cao tạo ra gánh nặng kép về bệnh tật (bảng 1.3).

**Bảng 1.3: Xu hướng cơ cấu bệnh tật, tử vong toàn quốc, 1976-2013**

Bệnh		1976	1986	1996	2006	2013
Bệnh lây nhiễm	Mắc	55,50	59,20	37,63	24,94	25,33
	Chết	53,06	52,10	33,13	13,23	12,23
Bệnh không lây	Mắc	42,65	39,00	50,02	62,40	63,50
	Chết	44,71	41,80	43,68	61,62	69,63
Tai nạn, ngộ độc chấn thương	Mắc	1,84	1,80	12,35	12,66	11,17
	Chết	2,23	6,10	23,20	25,15	18,15

*Nguồn: Niên giám Thống kê y tế 2013 [5]*

- Quy mô dân số vẫn tiếp tục gia tăng và cơ cấu dân số đã có sự thay đổi lớn, Việt Nam đã bước vào giai đoạn già hóa dân số. Theo dự báo của Tổng cục Thống kê năm 2017 Việt Nam sẽ bước vào giai đoạn già hóa dân số. Nhưng trên thực tế, năm 2011, Việt Nam đã chính thức bước vào giai đoạn già hóa dân số với tỷ trọng người hơn 65 tuổi đạt 7% tổng dân số, sớm hơn dự báo sáu năm. Điều đó làm cho tốc độ già hóa dân số của Việt Nam nhanh hàng đầu châu Á và cũng thuộc diện nhanh nhất thế giới [46]. Khi tỷ lệ người cao tuổi càng lớn thì gánh nặng bệnh tật và tử vong, nhất là các bệnh không lây nhiễm (NCDs) càng lớn. Đây là một thách thức đối với gia đình, xã hội và ngành y tế trong cung cấp dịch vụ chăm sóc kéo dài cho người cao tuổi. Sự thay đổi về mô hình bệnh tật, già hóa dân số... dẫn tới nhu cầu CSSK của người dân ngày một gia tăng. Nghiên cứu về gánh nặng bệnh tật của Trường Y tế Công cộng cho thấy: tổng gánh nặng bệnh tật của Việt Nam là 12,3 triệu DALYs, bao gồm: bệnh không lây nhiễm (71%), chấn thương (16%), các bệnh nhiễm trùng, sơ sinh và liên quan tới sinh đẻ (13%). Gánh nặng bệnh tật do NCDs chiếm tới 66% tổng gánh nặng bệnh tật ở nam và 77% tổng gánh nặng bệnh tật ở nữ [48]. TCYTTG ước tính trong số 57 triệu trường hợp tử vong trên toàn cầu năm 2008 [150] thì có tới 63% là do NCDs gây ra. NCDs để lại gánh nặng trong điều trị, do thời gian điều trị kéo dài, gây tổn kém về sức người và của cải, vật chất. Đi kèm với nó là sự tàn tật do di chứng để lại cho người bệnh, tạo thêm gánh nặng cho gia đình, ảnh hưởng tới sự phát triển của xã hội. Theo TCYTTG thì bệnh không lây nhiễm gây tổn thất từ 2 đến 5% GDP của mỗi nước. Như vậy có thể thấy với sự gia tăng về bệnh NCDs từ 42,65 (1976) lên tới 63,50 (năm 2013), trong đó tăng huyết áp (THA) là bệnh mạn tính đứng thứ 3 trong 10 bệnh có tỷ lệ mắc cao nhất [5] thì nhu cầu CSSK thường xuyên và lâu dài sẽ ngày một lớn. Trong khi đó thì khả năng đáp ứng của hệ thống y tế còn hạn chế, nhất là về khám chữa bệnh, kiểm soát dịch bệnh và quản lý bệnh NCDs tại cộng đồng, dẫn đến tình trạng quá tải trong bệnh viện, chất lượng CSSK chưa đáp ứng được nhu cầu của người dân [4].

- Sự khác biệt về điều kiện địa lý, kinh tế - xã hội giữa đồng bằng và miền núi, giữa nông thôn và thành thị cũng ảnh hưởng tới tình trạng sức khỏe của người

dân. Kết quả điều tra Y tế quốc gia năm 2001-2002 cho thấy người dân vùng nông thôn ốm nhiều hơn người dân thành thị. Số đợt ốm bình quân/người/năm ở vùng nông thôn là 1,7 so với 1,1 ở thành thị [13]. Trung bình có 12,3% người dân nông thôn cho biết từng bị ốm đau ở mức ảnh hưởng đến cuộc sống hàng ngày trong vòng 4 tuần trước điều tra, trong đó các nhóm có mức sống thấp hơn thì ốm nhiều hơn so với nhóm giàu. Ở những vùng nghèo, ngoài những bệnh truyền nhiễm, tử vong mẹ, tử vong sơ sinh, suy dinh dưỡng vẫn chiếm tỷ lệ tương đối cao so với các khu vực khác thì tỷ lệ mắc NCDs bắt đầu gia tăng. Bệnh tật gia tăng dẫn tới nhu cầu tìm kiếm các dịch vụ KCB và điều trị ở các tuyến buộc phải tăng. Điều này vô hình dung đã đẩy người dân, đặc biệt là người dân ở nông thôn, vùng sâu, vùng xa vào sự nghèo hóa do chi phí y tế. Kết quả phân tích số liệu điều tra mức sống dân cư 2002-2008 của Hoàng Văn Minh cho thấy: Hiện tượng “nghèo hóa” do chi phí y tế đang xảy ra và cũng không giảm đi theo thời gian (năm 2008: 3.7% số hộ, tương đương 774.000 hộ). Chi phí y tế "thảm họa" và “nghèo hóa” do chi phí y tế xảy ra nhiều hơn ở các hộ gia đình nghèo, cận nghèo và hộ có người già [43].

Sự thay đổi nói trên dẫn tới nhu cầu CSSK của người dân ngày một gia tăng. Trong khi đó thì khả năng đáp ứng của hệ thống y tế còn hạn chế, nhất là về KCB, kiểm soát dịch bệnh và quản lý bệnh NCDs tại cộng đồng, dẫn đến tình trạng quá tải trong bệnh viện, chất lượng CSSK chưa đáp ứng được nhu cầu của người dân [4].

### ***1.2.2.3. Hành vi tìm kiếm và sử dụng DVYT***

Tùy thuộc vào điều kiện kinh tế, địa lý, kiến thức về CSSK và mức độ bệnh mà người dân có quyết định tìm kiếm và sử dụng DVYT hay không. Hành vi phổ biến của người dân khi gặp các vấn đề về sức khỏe là không làm gì để tự khỏi hoặc tự điều trị nếu mức độ mắc bệnh nhẹ và đi KCB nếu họ cảm thấy mức độ mắc bệnh nặng hơn.

#### *Không điều trị:*

Người dân không tìm kiếm bất cứ hình thức điều trị nào khi mắc bệnh chiếm tỷ lệ thấp, dao động trong khoảng dưới 10%. Báo cáo điều tra y tế quốc gia 2001-

2002 cho thấy tỷ lệ không điều trị trên toàn quốc chỉ chiếm 4% [13]. Tỷ lệ này thấp hơn một chút so với kết quả của Nguyễn Duy Khê (2002) với tỷ lệ là 4,9% [128]. Tuy nhiên có sự khác biệt khi phân tích tỷ lệ không điều trị gì theo dân tộc, mức độ thu nhập và loại bệnh (cấp tính hay mạn tính). Tỷ lệ người dân tộc không điều trị gì khi mắc bệnh cao hơn rất nhiều so với người kinh, chiếm tỷ lệ lần lượt là 22% so với 3,4%. Đối với nhóm nghèo (Q1) có tỷ lệ không điều trị là 6,1% so với 2,3% ở nhóm giàu (Q5)... [13]. Một nghiên cứu khác về thực trạng và các yếu tố liên quan tới việc sử dụng DVYT tại TYT xã (năm 2014) của tác giả Nguyễn Thị Hoài Thu cho thấy trong khoảng thời gian 4 tuần trước thời điểm điều tra thì tỷ lệ người dân bị ốm mà không điều trị gì chỉ chiếm tỷ lệ 2%. Lý do người bệnh không điều trị gì là do không có tiền KCB và bệnh nhẹ tự khỏi nên họ đã không áp dụng bất cứ hình thức điều trị nào [65]. Tỷ lệ tự điều trị của tác giả Nguyễn Thị Hoài Thu cũng tương tự như kết quả của Nguyễn Đình Dự (2007) [25] hay Nguyễn Khánh Phương (2011) [53] khi phát hiện tỷ lệ tự điều trị lần lượt là 3,5% và 2,2%. Với một số đối tượng yếu thế trong xã hội như người già thì hành vi không làm gì khi mắc bệnh lại cao hơn hẳn với tỷ lệ là 6,2% [57].

#### *Tự điều trị:*

Tự điều trị là một hành vi tương đối phổ biến ở Việt Nam. Tự điều trị là việc người bệnh tự sử dụng thuốc thông qua việc sử dụng thuốc sẵn có trong gia đình hoặc tự đi mua thuốc (tây y/đông y) về chữa bệnh. Kết quả từ các nghiên cứu trong khoảng thời gian qua cho thấy người bệnh tự mua thuốc điều trị dao động trong khoảng từ 20%-70% tùy phạm vi và đối tượng nghiên cứu.

Số liệu của Điều tra Y tế Quốc gia năm 2001-2002 cho thấy, tỷ lệ các đợt ốm tự mua thuốc về chữa của cả nước chiếm tới 73% [13], trong đó các bệnh cấp tính có tỷ lệ tự mua thuốc về chữa cao nhất. Một nghiên cứu khác của tác giả Nguyễn Duy Khê (2002) khi tiến hành phỏng vấn cỡ mẫu 1.075 hộ đại diện cho quần thể 11.547 hộ dân tại huyện Ba Vì (miền Bắc Việt Nam) bằng bộ câu hỏi về hành vi tìm kiếm DVYT trong khoảng thời gian 4 tuần cho thấy tỷ lệ người dân báo cáo là bị

ôm hoặc tai nạn thương tích trong 4 tuần chiếm 19.7%. Trong đó tự điều trị là hành vi phổ biến nhất khi người dân bị ốm chiếm tới 50,7% [128]. Nghiên cứu này cũng phát hiện ra rằng người nghèo có xu hướng sử dụng TYT xã và YTTN thường xuyên hơn người giàu. Nhưng tần suất tự điều trị ở nhóm người giàu nhất cao hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm người nghèo ( $p < 0,05$ ). Tương tự như kết quả tìm thấy của tác giả Nguyễn Duy Khê, nghiên cứu cắt ngang với điều tra hộ gia đình bằng bộ câu hỏi về tình hình ốm đau trong 4 tuần tại 300 hộ gia đình ở 1 huyện miền núi phía Bắc Việt Nam năm 2002 của Ngô Văn Toàn cũng cho thấy người bệnh tự điều trị là phổ biến nhất với tỷ lệ là 57%, trong khi đó sử dụng DVYT công chỉ chiếm 30% [126]. Kết quả từ báo cáo đánh giá tình hình CSSK người nghèo tại 5 tỉnh miền núi phía Bắc và Tây nguyên (2007) cho thấy có từ 30-40% người nghèo ở các tỉnh miền núi phía Bắc và 20% ở Tây nguyên tự điều trị khi ốm đau mặc dù có BHYT [17]. Hoặc kết quả nghiên cứu về khả năng tiếp cận các dịch vụ CSSK tại 5 huyện của Thừa Thiên Huế phát hiện tỷ lệ tự điều trị là 18,3%. Kết quả này cũng tương tự với kết quả từ nghiên cứu về tình hình sử dụng dịch vụ KCB của người dân ở 3 xã thuộc huyện Chư Pa, tỉnh Gia Lai (năm 2007) khi chỉ ra tỷ lệ người ốm không đi khám hoặc tự chữa ở nhà chiếm 18,5% [41]. Một nghiên cứu mới đây về sử dụng dịch vụ KCB của người dân tại Chí Linh, Hải Dương năm 2011 lại cho kết quả khá cao với tỷ lệ người dân tự mua thuốc về điều trị là 54% [19]. Hay kết quả nghiên cứu của Nguyễn Khánh Phương (2011) cho thấy trong số những người ghi nhận có ốm trong vòng 4 tuần trước khảo sát, tỷ lệ đi KCB là 58,6%, tỷ lệ tự đi mua thuốc hoặc dùng thuốc sẵn có tự điều trị là 39,2%, còn lại 2,2% người ốm không có điều trị gì [53]. Tự mua thuốc về điều trị cũng là hành vi chiếm tỷ lệ cao nhất trong cách xử trí đầu tiên khi bị ốm bệnh của người dân ở xã Dương Liễu, huyện Hoài Đức (năm 2014) với tỷ lệ 29,5% [65]. So sánh với kết quả từ một số nghiên cứu trước đó thì tỷ lệ này thấp hơn đáng kể. Tỷ lệ tự điều trị thấp thường được chỉ ra ở một vài nghiên cứu có cỡ mẫu nhỏ, nó không phản ánh xu hướng chung về tỷ lệ tự điều trị của người bệnh ở Việt Nam.

*Đi khám chữa bệnh:*

Đi KCB là hành vi thường được người bệnh thực hiện khi họ cho rằng mình bị bệnh nặng hoặc sau khi họ tự điều trị mà không khỏi. Nơi mà người bệnh tới để KCB thường là YTTN, TYT xã, BV đa khoa hoặc chuyên khoa các tuyến... Các nghiên cứu chỉ ra sự khác biệt đáng kể giữa các vùng, miền và các nhóm dân cư về mô hình tiếp cận và sử dụng dịch vụ KCB:

Kết quả số liệu khảo sát mức sống dân cư Việt Nam năm 2012 của Tổng cục Thống kê (GSO) cho thấy tỷ lệ người sử dụng dịch vụ KCB ngoại trú, KCB nội trú trong 12 tháng rất khác nhau giữa các vùng sinh thái. Tỷ lệ người sử dụng dịch vụ KCB ngoại trú trong 12 tháng ở vùng Trung du và miền núi phía Bắc là thấp nhất (26,5%) và cao nhất ở vùng đồng bằng sông Cửu Long (48,1%). Trong khi đó tỷ lệ KCB nội trú lại cao nhất ở vùng Bắc Trung bộ - Duyên hải miền Trung và Trung du miền núi phía Bắc (8,8%) và thấp nhất ở vùng Đông nam bộ (4,8%) [58]. Theo kết quả Điều tra Y tế Quốc gia (2001-2002) thì tỷ lệ người sử dụng dịch vụ KCB ngoại trú trong khoảng thời gian 4 tuần là khá cao (17%) (cứ 6 người dân thì 1 người đã phải sử dụng dịch vụ ngoại trú). Cơ cấu sử dụng các tuyến dịch vụ cũng có sự chênh lệch đáng kể giữa nông thôn và thành thị, giữa người giàu và người nghèo. Tỷ lệ sử dụng dịch vụ phòng bệnh ngoại trú ở tuyến xã cao gần gấp 4,4 lần so với tuyến trên (73% so với 16%). TYT xã/phường phục vụ người nghèo với tỷ lệ cao hơn tỷ lệ người nghèo trong dân số, ngược lại BV huyện, BV tỉnh/trung ương và cơ sở ngoài công lập có xu hướng phục vụ người nghèo với tỷ lệ thấp hơn [13]. Điều này có nghĩa là người nghèo thường sử dụng dịch vụ KCB ngoại trú ở TYT xã. Đối với KCB nội trú thì tỷ lệ sử dụng dịch vụ KCB nội trú 12 tháng cao nhất lại ở BV tỉnh/TW chiếm tới 42,12%, tiếp đó là BV huyện với 33,29% và thấp nhất ở BV tư (chỉ có 4,33%). Nghiên cứu cũng cho thấy có sự khác biệt về tỷ lệ bệnh nhân sử dụng dịch vụ KCB nội trú theo các đặc điểm nhân khẩu học của người bệnh như giới, trình độ học vấn, khu vực cư trú và mức sống. Bệnh nhân nữ có xu hướng chọn tư nhân và tuyến xã, bệnh nhân nam lại có xu hướng chọn tuyến tỉnh/TW. Người bệnh sống ở khu vực nông thôn có xu



hướng chọn tuyến cơ sở, sống ở khu vực thành thị chọn tuyến tỉnh/TW. Xu hướng sử dụng tuyến y tế cơ sở giảm dần từ nhóm nghèo xuống thấp nhất ở nhóm giàu, ngược lại tỷ lệ này tại BV tỉnh/TU lại tăng dần từ nhóm nghèo lên cao nhất ở nhóm giàu. Bên cạnh đó người bệnh thuộc các nhóm bệnh khác nhau có tỷ lệ sử dụng dịch vụ KCB nội trú khác nhau. Người mắc bệnh mạn tính chủ yếu sử dụng dịch vụ tại tuyến YTCS, trong khi đó người mắc bệnh cấp tính sử dụng dịch vụ nhiều nhất ở BV tuyến tỉnh/TU. Khi xem xét yếu tố về mức độ bệnh thì thấy rằng: người mắc bệnh nhẹ chỉ cần điều trị tại CSYT thích hợp là TYT xã nhưng thực tế thì tỷ lệ sử dụng dịch vụ tại đây lại rất thấp chỉ chiếm 12,73%, trong khi đó tỷ lệ vượt tuyến vì bệnh nhẹ lại rất cao tới 87,27%. Tỷ lệ bệnh nhân (BN) nặng và rất nặng điều trị tại CSYT thích hợp chiếm 38,33% ở BV tỉnh và 54,28% ở BVTW, tuy nhiên vẫn còn 61,67% BN nặng và 45,72% BN rất nặng điều trị ở tuyến không thích hợp (là TYT xã và BV huyện). Lý do chủ yếu dẫn tới tình trạng này đó là do quan điểm nặng/nhẹ của người dân và thầy thuốc/CSYT là khác nhau. Bên cạnh đó người dân được tự do đăng ký KCB BHYT và lựa chọn cơ sở KCB khi họ có nhu cầu [13]. Báo cáo kết quả khảo sát mức sống dân cư qua các năm cho thấy tỷ lệ sử dụng dịch vụ tăng ở tuyến trên và có xu thế giảm ở tuyến dưới. Cụ thể, khi xem xét số liệu sử dụng dịch vụ thấy rằng tỷ lệ lượt sử dụng dịch vụ KCB ngoại trú tại BVĐK huyện năm 2010 là 17,6%, cao hơn so với tỷ lệ 11,9% vào năm 2004; tỷ lệ lượt điều trị nội trú tại các BVĐK huyện cũng tăng, đạt tỷ lệ 38,2% vào năm 2010, so với 35,4% vào năm 2004. Tuy nhiên, tại TYT xã, tỷ lệ lượt KCB ngoại trú lại giảm từ 26% vào năm 2008 xuống còn 23,8% vào năm 2012. Như vậy có thể thấy TYT xã là nơi người bệnh có khả năng tiếp cận cao nhất nhưng trên thực tế tỷ lệ sử dụng dịch vụ tại đây lại giảm dần qua các năm. Một số các rào cản dẫn tới thực trạng này đã được các nghiên cứu chỉ ra đó là do chất lượng dịch vụ KCB, trang thiết bị và trình độ chuyên môn của cán bộ y tế [67]. Tác giả Nguyễn Duy Khê khi thực hiện nghiên cứu về hành vi tìm kiếm dịch vụ của người dân ở khu vực nông thôn năm 2002 cho kết quả: Người bệnh ở khu vực nông thôn chủ yếu sử dụng hình thức tự điều trị. Đi KCB ở các loại cơ sở y tế

chiếm tỷ lệ 43,9% trong đó đi KCB ở CSYT tư nhân (18%), TYT xã và bệnh viện huyện chỉ chiếm lần lượt là 17, 1% và 8,8% [128]. Người nghèo được cho là có xu hướng sử dụng TYT xã và YTTN thường xuyên hơn người giàu. Chi phí trung bình KCB ngoại trú chiếm 7,4% thu nhập trung bình hàng tháng của hộ gia đình. Chi phí trung bình một lần KCB tại TYT xã là 29,284 đồng tương đương với mức chi phí KCB tại cơ sở YTTN. So sánh với chi phí KCB ngoại trú ở tuyến xã thì chi phí tới BV huyện cao hơn gấp đôi và BV tỉnh cao gấp hơn 4 lần. Xem xét về nguồn tiền chi trả cho chi phí KCB ngoại trú thì những người thuộc nhóm thu nhập thấp dựa chủ yếu vào nguồn tiền vay mượn để trả cho CSSK, trong khi đó người giàu có xu hướng sử dụng tiền tiết kiệm thường xuyên hơn [128].

Theo kết quả nghiên cứu về tình hình ốm đau trong 4 tuần năm 2002 của Ngô Văn Toàn cho thấy tỷ lệ người ốm trong 4 tuần sử dụng dịch vụ KCB thấp hơn một chút với tỷ lệ là 30%. Một nghiên cứu khác trên 682 hộ gia đình (năm 2007) của Nguyễn Đình Dự về khả năng tiếp cận và sử dụng dịch vụ KCB của người dân huyện Vị Xuyên, tỉnh Hà Giang cho thấy: Tỷ lệ người bệnh đến KCB tại TYT xã là 53,5%, BV huyện 23,2% và BV tỉnh 14,5%. Tỷ lệ không chữa gì/mua thuốc về tự chữa chỉ chiếm 3,5% [25]. Nghiên cứu của tác giả Nguyễn Thị Hoài Thu (2014) tiến hành trên 406 hộ gia đình cho kết quả: Có 24,4% người bệnh mời cán bộ y tế tới nhà để KCB; tỷ lệ đi KCB tại các cơ sở y tế công lập và tư nhân chiếm 44,1% trong đó tỷ lệ phòng khám đa khoa (PKĐK)/BV huyện chiếm tỷ lệ cao nhất là 17,6%; tỷ lệ đến TYT xã thấp hơn với 11,9%. Tại nghiên cứu này thì người dân sử dụng dịch vụ YTTN rất thấp chỉ 2,4%, tuy nhiên tỷ lệ này không mang tính đại diện cho người dân ở khu vực nông thôn Việt Nam, do mẫu nghiên cứu nhỏ, chỉ trong phạm vi 1 xã. Ngoài ra, nghiên cứu này cũng đưa ra các phát hiện rất thú vị đó là tỷ lệ người bệnh đến TYT xã khám ít là do bệnh nhẹ (51,5%), TYT thiếu thuốc/TTB (30,9%) và người dân không tin tưởng ở trình độ chuyên môn của CBYT là 30,9% [65]. Với một số nhóm đối tượng yếu thế như người già, trẻ em... thì hành vi đi KCB khi có vấn đề sức khỏe chiếm tỷ lệ tương đối cao. Kết quả từ nghiên cứu ở huyện Cần Đức, tỉnh Long An năm 2009 tìm hiểu về

tình hình sử dụng dịch vụ KCB của 386 người cao tuổi cho thấy: tỷ lệ ốm/bệnh trong 4 tuần là 62,7% trong số này tỷ lệ đi khám bệnh là 75,6%, tự điều trị chiếm 15% và không làm gì cả chiếm 6,2%. Trong số những người đi khám bệnh thì tỷ lệ sử dụng tuyến trên chiếm tỷ lệ cao nhất với 48,6%, TYT xã với 19,7%, tư nhân chiếm 17,5 còn lại là đông y hoặc các loại hình khác... Ở những người đi KCB thì chủ yếu là KCB ngoại trú với tỷ lệ là 74,9%. Khi bị bệnh nhẹ, NCT thường sử dụng dịch vụ tại TYT xã (35,4%) và YTTN (34,1%), các loại cơ sở còn lại chiếm dưới 16% [57].

TYT xã đóng vai trò chủ yếu trong việc cung cấp các dịch vụ KCB ngoại trú cho người nghèo là phát hiện từ nghiên cứu về tình hình CSSK cho người nghèo tại năm tỉnh miền núi phía Bắc và Tây Nguyên được tiến hành năm 2009. Tại nghiên cứu này, tỷ lệ KCB ngoại trú của người nghèo tại TYT xã chiếm tỷ lệ rất cao tới 82%. Với các tỉnh Tây Nguyên, tỷ lệ sử dụng dịch vụ KCB ngoại trú ở TYT xã cao hơn ở các tỉnh miền núi phía Bắc. Ngược lại, tỷ lệ sử dụng dịch vụ KCB ngoại trú tại BV huyện và BV tỉnh của người dân ở các tỉnh miền núi phía Bắc lại cao hơn. Tính trung bình, người dân sử dụng dịch vụ KCB ngoại trú khoảng 1 lần khám/người/năm. Người có thẻ BHYT sử dụng dịch vụ KCB ngoại trú cao hơn so với nhóm không có thẻ BHYT [17]. Một nghiên cứu trước can thiệp nhằm tăng cường tiếp cận, sử dụng dịch vụ khám, chữa bệnh y tế công lập tại huyện Như Xuân, tỉnh Thanh Hóa năm 2009 cho thấy: Tỷ lệ người ốm trong khoảng thời gian 4 tuần trước thời điểm điều tra sử dụng KCB tại TYT xã là cao nhất với 52,9%, BV huyện là 24,8% và BV tỉnh/TU chiếm 11,4%. Nhóm người có thu nhập thấp tiếp cận với dịch vụ KCB tại TYT xã với tỷ lệ cao nhất (68,9%) và thấp nhất ở nhóm giàu với tỷ lệ (25,0%). Ngược lại, người giàu có tỷ lệ tiếp cận dịch vụ KCB tại BV huyện và BV tỉnh/TU là cao nhất với tỷ lệ lần lượt là 46,9% và 18,8%, và thấp nhất ở nhóm thu nhập thấp (15,6% và 7,1%). Nghiên cứu cũng phát hiện nơi đăng ký BHYT tại CSYT là lý do chính khiến người bệnh lựa chọn KCB tại đó với tỷ lệ 49,5%. Các lý do khác như tin tưởng vào chất lượng KCB (33,8%), có bác sỹ (29,5%), có máy móc hiện đại (21,4%); thấp nhất là các lý do

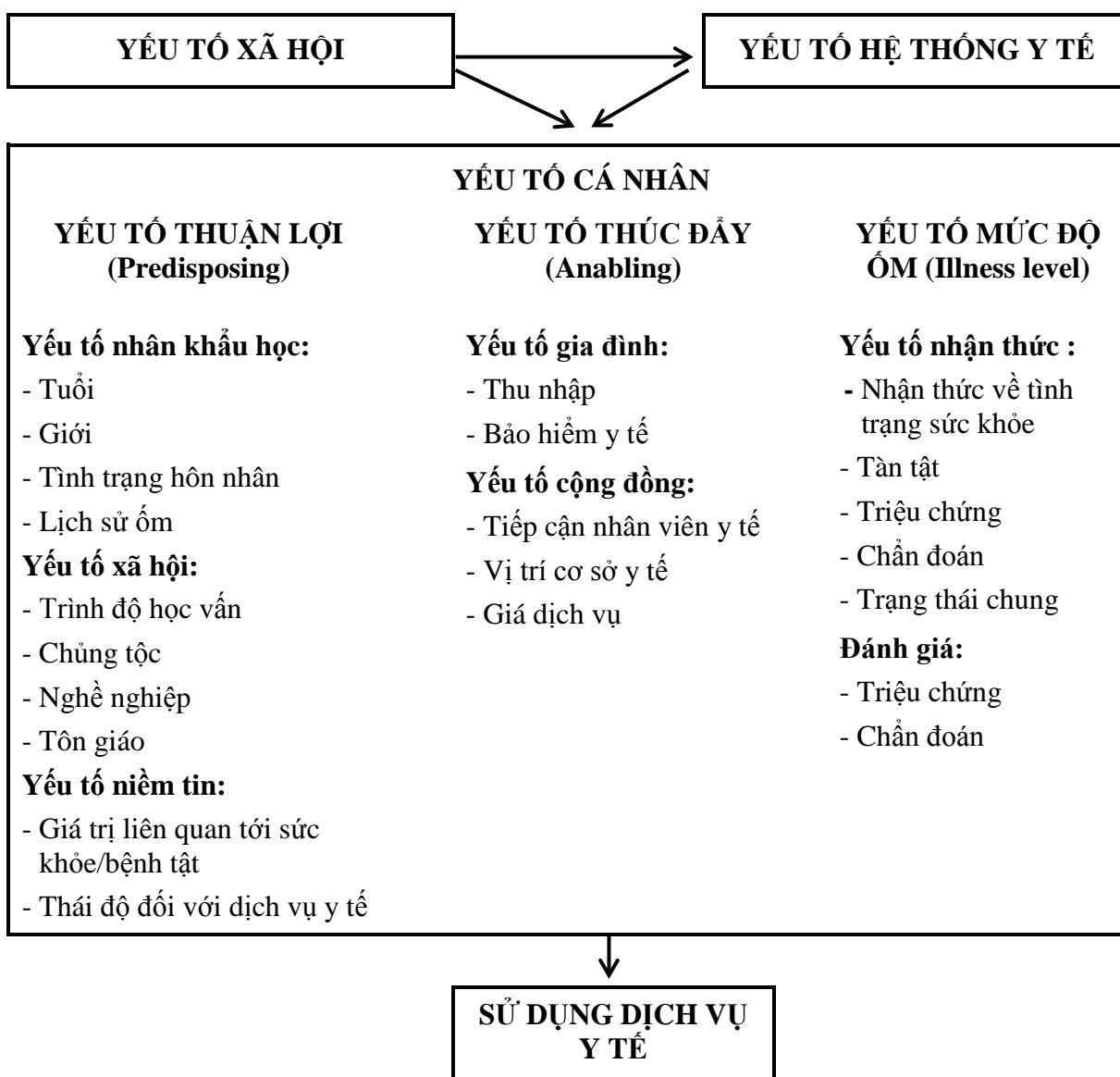
giá cả hợp lý (17,1%) và bệnh quá nặng (11,9%) [33]. Số liệu về KCB ở trẻ dưới 5 tuổi và phụ nữ 15-49 cho thấy có rất ít sự khác biệt trong việc người ốm đau, thương tích có KCB nội hay ngoại trú. Tuy nhiên mức độ bất bình đẳng là đáng kể trong sử dụng loại hình cơ sở KCB ở cả phụ nữ và trẻ em. Theo đó TYT và PKĐK khu vực được người nghèo sử dụng chủ yếu với cả dịch vụ điều trị nội trú và KCB ngoại trú. Bất bình đẳng ít xảy ra với sử dụng dịch vụ nội trú ở bệnh viện. Nhưng KCB ngoại trú ở bệnh viện và cơ sở YTTN được sử dụng khá nhiều ở phụ nữ và trẻ em giàu [31]. Liên quan tới sự khác biệt trong CSSK và sử dụng dịch vụ giữa các nhóm dân cư, Phạm Huy Dũng và cộng sự đã tiến hành nghiên cứu phân tích số liệu theo dõi dọc ở huyện Ba Vì, Hà Tây. Kết quả cho thấy có sự chênh lệch về tỷ lệ tử vong, tỷ lệ mắc bệnh và khả năng tiếp cận DVYT giữa các nhóm xã hội khác nhau. Nhóm nghèo, cận nghèo có tỷ lệ tử vong, tỷ lệ mắc bệnh cao hơn nhưng khả năng tiếp cận các dịch vụ CSSK lại thấp hơn so với nhóm khá, giàu [24].

### **1.2.3. Phương pháp đánh giá sử dụng DVYT và các yếu tố ảnh hưởng**

Đa số các nghiên cứu đánh giá về mô hình sử dụng DVYT và các yếu tố ảnh hưởng được thực hiện ở Việt Nam cũng như các nước trên thế giới thường sử dụng thiết kế nghiên cứu điều tra cắt ngang, thu thập dữ liệu trong khoảng thời gian 2 tuần, 4 tuần, 6 tháng hoặc 1 năm kể từ ngày điều tra trở về trước với đối tượng là người dân trong cộng đồng. Các dữ liệu được thu thập chủ yếu liên quan tới tình trạng sức khỏe, tình hình sử dụng dịch vụ KCB, phòng bệnh, CSSKBD và các đặc điểm của người dân như tuổi, giới, trình độ học vấn, nghề nghiệp, tôn giáo, mức sống, tình trạng BHYT, khả năng tiếp cận CSYT... Thống kê mô tả được sử dụng để phân tích các biến nghiên cứu. Bên cạnh đó, các mô hình hồi qui logistic đơn biến, logistic đa biến và logistic đa thức thường được áp dụng để xác định yếu tố liên quan/ảnh hưởng tới tỷ lệ có/không sử dụng dịch vụ y tế trong khoảng thời gian mà nghiên cứu quan tâm.

### 1.3. CÁC YẾU TỐ ẢNH HƯỞNG TỚI SỬ DỤNG DVYT

Một trong những mô hình lý thuyết về các yếu tố ảnh hưởng tới sử dụng DVYT được rất nhiều các nghiên cứu áp dụng đó là mô hình sử dụng dịch vụ của tác giả Andersen và Newman [82] (Hình 1.1)



**Hình 1.1: Mô hình sử dụng dịch vụ của Andersen và Newman**

Theo mô hình sử dụng dịch vụ của Andersen và Newman thì các yếu tố ảnh hưởng tới sử dụng DVYT được nhìn nhận dưới 3 góc độ đó là các yếu tố xã hội, yếu tố hệ thống y tế và yếu tố cá nhân. Yếu tố xã hội chủ yếu bao gồm công nghệ (các nguyên tắc và công cụ được sử dụng để mang lại sự thay đổi) và các

nguyên tắc (hay phương thức mà các thành viên trong xã hội tuân theo). Yếu tố về hệ thống y tế bao gồm các dịch vụ và hàng hoá liên quan đến sức khỏe, bao gồm sự chăm sóc của thầy thuốc, chăm sóc tại bệnh viện và thuốc. Yếu tố liên quan tới cá nhân chính là mảng được rất nhiều các nghiên cứu trong và ngoài nước đề cập tới, trong đó các yếu tố bao gồm nhận thức về tình trạng sức khỏe, mức độ bệnh tật hoặc chẩn đoán được cho là yếu tố quan trọng nhất quyết định hành vi tìm kiếm dịch vụ của người bệnh.

Kết quả tổng quan các nghiên cứu về yếu tố ảnh hưởng tới sử dụng dịch vụ của người dân ở trong và ngoài nước cho thấy các yếu tố tập trung chủ yếu ở góc độ cá nhân và được chia theo các nhóm như sau:

### **1.3.1. Yếu tố thuận lợi**

Theo mô hình Andersen các yếu tố bao gồm tuổi, giới tính, tình trạng hôn nhân, trình độ học vấn, chủng tộc, nghề nghiệp, tôn giáo và thái độ đối với dịch vụ y tế là các yếu tố thuận lợi cho quyết định sử dụng dịch vụ của người dân.

Nghiên cứu ở Iran (năm 2012) về tình hình sử dụng dịch vụ y tế trong 12 tháng được thực hiện trên 1.200 phụ nữ từ 18-49 tuổi cho kết quả: Tỷ lệ sử dụng DVYT công và tư nhân lần lượt là 60,8% và 53,8%. Có sự khác biệt trong sử dụng DVYT công và tư nhân ở Iran với  $p < 0,001$ . Các yếu tố ảnh hưởng tới sử dụng DVYT ở cả khu vực công và tư ở Iran là trình độ học vấn, tình trạng mang thai và chất lượng DVYT cao [98]. Một nghiên cứu khác tìm hiểu các yếu tố ảnh hưởng tới việc sử dụng dịch vụ CSSKBM và tiêm chủng cho trẻ em ở Swaziland (một quốc gia thuộc Châu Phi) thông qua sử dụng số liệu điều tra nhân khẩu học từ 2006-2007 cho thấy: Tỷ lệ sử dụng ANC ở đây rất cao 97,3% và dịch vụ chăm sóc khi sinh là 74% nhưng tỷ lệ sử dụng dịch vụ chăm sóc sau sinh lại rất thấp chỉ có 20,5%. Tỷ lệ trẻ được tiêm chủng cao chiếm tới hơn 80%. Các đặc điểm nhân khẩu học của bà mẹ như tuổi, mức độ bình đẳng, có tiếp xúc với phương tiện thông tin đại chúng, trình độ học vấn đều có mối liên quan tới việc sử dụng dịch vụ CSSKBM trẻ em. Sự tác động của các yếu tố này lên mức độ sử dụng dịch vụ ANC và tiêm chủng là

khác nhau [145]. Yếu tố học vấn, dân tộc của người lớn là yếu tố ảnh hưởng tới sự khác biệt trong tiếp cận và sử dụng dịch vụ tiêm chủng của người dân, đây là phát hiện trong nghiên cứu “Công bằng y tế ở Việt Nam phân tích thực trạng tập trung vào tử vong bà mẹ và trẻ em” [31]. Nghiên cứu về tình hình ốm đau trong 4 tuần năm 2002 của Ngô Văn Toàn cho thấy người dân tộc thiểu số, người sống xa CSYT ít sử dụng DVYT công hơn nhóm người còn lại. Điều này chứng tỏ yếu tố địa lý, dân tộc có mối liên quan với việc sử dụng DVYT ở CSYT công. Khi xem xét sự khác biệt về sử dụng DVYT theo giới, nghiên cứu cho thấy không có sự khác biệt về sử dụng DVYT giữa nam và nữ nhưng tổng chi phí cho 1 lần sử dụng dịch vụ ở nam giới thì lớn hơn nữ giới [126]. Nghiên cứu của Nguyễn Thị Hoài Thu (2014) cũng chỉ ra rằng nghề nghiệp, trình độ học vấn và khoảng cách tới TYT xã là các yếu tố liên quan tới việc sử dụng dịch vụ KCB tại TYT xã của người dân, trong đó người dân làm nghề buôn bán, nội trợ/làm ruộng lựa chọn TYT xã để KCB cao gấp gần 4 lần so với các đối tượng khác. Những người có trình độ học vấn cao từ trung cấp trở lên (95,5%) lựa chọn KCB tại các CSYT tuyến trên như BV huyện/PKĐKKV khi bị ốm. Người dân sống gần TYT xã (khoảng cách dưới 5Km) KCB tại TYT xã cao gấp 2,84 lần so với người dân sống xa TYT xã từ 5Km trở lên [65].

Ngay ở các nước phát triển như Mỹ thì vẫn tồn tại sự khác biệt trong tiếp cận dịch vụ giữa các sắc tộc. Một nghiên cứu ở tầm quốc gia trên 34.403 người dân ở Mỹ về sự tiếp cận dịch vụ CSSK, chăm sóc răng miệng và kê đơn thuốc cho thấy nhóm dân tộc thiểu số ít được tiếp cận dịch vụ thăm khám nha sĩ hơn so với người da trắng [139]. Nghiên cứu về tiếp cận và sử dụng dịch vụ ở khu vực nông thôn Bangladesh (2011) chỉ ra sự khác biệt về giới trong sử dụng dịch vụ CSSK, 50% phụ nữ ít có khả năng sử dụng dịch vụ CSSK hơn so với nam giới. Các yếu tố như nghèo đói, mù chữ và tiếp cận được chứng minh là những yếu tố quan trọng trong quyết định sử dụng dịch vụ CSSK của người dân. Adam Wagstaff cho rằng sự khác biệt hay bất bình đẳng về sức khỏe và sử dụng dịch vụ được phản ánh qua sự khác biệt của các yếu tố ở góc độ cá nhân và hộ gia đình chẳng hạn như giáo dục, thu

nhập, nơi cư trú và đặc điểm nhà ở. Điều này cho thấy rằng để chống lại sự bất bình đẳng thì ngành y tế cần có các chính sách hướng tới việc giảm sự bất bình đẳng trong cả hai góc độ bao gồm tăng chất lượng và tính sẵn có của dịch vụ y tế (phía cung), và giảm bất bình đẳng trong thu nhập, kiến thức đặc biệt là kiến thức về sức khỏe, khả năng tiếp cận dịch vụ y tế, sự sẵn có của an toàn nước uống và vệ sinh môi trường (phía cầu) [146].

- *Yếu tố khu vực cư trú*: Khu vực cư trú của người dân ở thành thị hay nông thôn cũng là một trong các yếu tố được cho là có ảnh hưởng tới quyết định sử dụng dịch vụ. Kết quả tổng quan hệ thống các nghiên cứu liên quan tới tiếp cận và sử dụng dịch vụ CSSK của tác giả Sonia Marrone, năm 2007 [119] chỉ ra rằng các yếu tố như sống ở vùng nông thôn, ngôn ngữ giao tiếp và tình trạng kinh tế xã hội là yếu tố tác động tới sự khác biệt giữa quần thể bản địa so với quần thể dân số nói chung trong tiếp cận và sử dụng dịch vụ CSSK ở người bản địa Bắc Mỹ, Úc và New Zealand. Hay người dân sống tại khu vực thành thị là yếu tố ảnh hưởng tới sử dụng dịch vụ y tế ở cả khu vực công và tư ở Iran [98].

- *Thái độ và sự mong muốn* của người sử dụng dịch vụ cũng là một yếu tố ảnh hưởng tới tiếp cận và sử dụng DVYT. Một số nghiên cứu ở Bangladesh [81], Burkina Faso [83], và Ấn Độ [135] đã chứng minh rằng nhận thức của bệnh nhân về chất lượng dịch vụ có thể là yếu tố quyết định quan trọng trong sử dụng dịch vụ hơn là yếu tố chi phí hoặc các yếu tố tiếp cận khác. Nghiên cứu của Young (1983) về sự liên quan giữa y học cổ truyền và mô hình CSSKBĐ cho thấy bệnh nhân luôn luôn có những mong muốn/kỳ vọng khác nhau từ các nhà cung cấp dịch vụ khác nhau. Khi có vấn đề về sức khỏe, bệnh nhân có thể KCB ở những người hành nghề với trình độ rất khác nhau bao gồm cả những người là bác sĩ tây y được đào tạo một cách bài bản, người hành nghề y học cổ truyền hoặc chỉ là những người bán thuốc hoặc hành nghề chưa qua đào tạo... [154]

- *Tập quán, văn hóa*: tiếp cận dịch vụ y tế còn chịu ảnh hưởng bởi những nét văn hóa và tập quán của người dân. Ở những khu vực miền núi, đồng bào dân tộc



thiếu số với tập quán tin vào bói toán, cúng ma... nên khi ốm đau thường không đi KCB mà thay vào đó là cúng bái... Hoặc đối với phụ nữ trong độ tuổi sinh đẻ ở một số dân tộc (dân tộc Mông) do tập quán và do trình độ văn hoá thấp nên họ e ngại khi tiếp cận các dịch vụ CSSK thai sản (khám thai, khám phụ khoa, đẻ...) tại cơ sở y tế. Ở các tỉnh Tây Nguyên, tỷ lệ phụ nữ đẻ tại cơ sở y tế chỉ đạt 25% [8]. Cũng bởi tập quán sống di cư ở rừng sâu, không có điều kiện chăm lo đến sức khoẻ và cũng gây rất nhiều khó khăn cho cán bộ y tế trong việc tuyên truyền vận động sinh đẻ kế hoạch, tiêm chủng cho trẻ em, do vậy tỷ lệ tiêm chủng cho trẻ ở một số xã vùng sâu, xa chỉ đạt 19 %.

### 1.3.2. Yếu tố thúc đẩy

Các yếu tố thúc đẩy theo mô hình Andersen bao gồm những yếu tố thúc đẩy hoặc làm suy yếu quyết định của một người trong việc tìm kiếm các dịch vụ, ví dụ như mức thu nhập, bảo hiểm y tế và các nguồn lực cộng đồng như là tiếp cận nhân viên y tế, vị trí cơ sở y tế và giá dịch vụ... Nhiều nghiên cứu đã chỉ ra mối quan hệ giữa các yếu tố thúc đẩy và sử dụng dịch vụ.

- *Yếu tố thu nhập/mức sống*: Thu nhập/mức sống của hộ gia đình đóng vai trò quan trọng trong quyết định tiếp cận và sử dụng DVYT [45]. Hộ gia đình có điều kiện kinh tế tốt có thể tiếp cận và sử dụng các DVYT có chất lượng, giá thành cao ở những CSYT tuyến trên hoặc ra nước ngoài điều trị. Trong khi đó hộ gia đình nghèo thường có xu hướng không điều trị (để tự khỏi bệnh), tự điều trị hoặc sử dụng DVYT ở tuyến cơ sở. Kết quả nghiên cứu của Hà Văn Giáp cho thấy khả năng tiếp cận các dịch vụ KCB của người nghèo thường khó khăn hơn người giàu, nhất là về kinh phí. Theo tác giả, lý do không đến bệnh viện giữa 2 nhóm giàu và nghèo là có sự khác biệt, trong đó lý do chủ yếu mà nhóm người nghèo đưa ra là không đủ tiền (24,2%) trong khi tỷ lệ này ở nhóm người giàu là 0%. Cũng vì chính vì lý do kinh phí mà nhóm người nghèo cho là chữa ở YTTN và ở TYT xã là tiện hơn đi bệnh viện [26]. Người dân thuộc nhóm thu nhập cao có xu hướng sử dụng dịch vụ YTTN nhiều hơn so với các nhóm còn lại [98] hay mức sống và nơi cư trú của phụ

nữ có mối liên quan tới việc sử dụng dịch vụ CSSKBM trẻ em [145]. Một nghiên cứu ở khu vực nông thôn Trung Quốc chỉ ra rằng quyết định sử dụng dịch vụ KCB ngoại trú hay nội trú chịu tác động bởi yếu tố thu nhập của hộ gia đình [107].

- *Yếu tố BHYT*: BHYT là một trong những yếu tố hỗ trợ quyết định sử dụng dịch vụ của người dân. Các nghiên cứu đã chỉ ra rằng, loại hình BHYT, số năm tham gia BHYT là yếu tố ảnh hưởng tới cả KCB ngoại trú và KCB nội trú ở khu vực nông thôn Trung Quốc [107]. Hay nghiên cứu trên 34.403 người dân ở Mỹ chỉ ra sự khác biệt trong tiếp cận dịch vụ CSSK, chăm sóc răng miệng và kê đơn ở nhóm người có BHYT và không có BHYT. Nghiên cứu tổng quan hệ thống ở Mỹ (năm 2008) đã cho kết luận là BHYT làm tăng sử dụng DVYT và cải thiện sức khỏe [100]. Trong một nghiên cứu khác lại cho rằng có mối quan hệ thuận chiều giữa BHYT và mức độ sử dụng DVYT, tuy nhiên, bản chất của mối quan hệ nhân quả này lại không hoàn toàn rõ ràng. Vì sự gia tăng sử dụng DVYT có thể do người bệnh khi tham gia BHYT đã có vấn đề về sức khỏe, biết trước sẽ sử dụng DVYT (tình trạng lựa chọn ngược) hoặc có thể vì BHYT làm giảm chi phí khi sử dụng DVYT nên làm tăng nhu cầu đối với DVYT [123]. Tác động của BHYT đến khả năng tiếp cận và sử dụng DVYT không chỉ được thấy ở BHYT xã hội quy mô lớn mà ngay cả đối với các mô hình BHYT dựa vào cộng đồng. Nghiên cứu đánh giá tác động của BHYT cộng đồng tại Ấn Độ đối với mức độ sử dụng dịch vụ bệnh viện của Narayanan và cộng sự đã cho thấy tỷ lệ sử dụng dịch vụ bệnh viện ở nhóm có BHYT cao gấp 2,2 lần nhóm không có BHYT [94]. Tỷ lệ nằm viện cao nhất ở nhóm đối tượng dễ bị tổn thương có BHYT như người già, trẻ em, phụ nữ có thai và người nghèo. Tuy nhiên, mức độ tác động tích cực của BHYT đối với khả năng tiếp cận và sử dụng DVYT còn phụ thuộc vào loại hình BHYT, loại hình BHYT khác nhau thì mức độ tác động tới khả năng tiếp cận dịch vụ y tế cũng khác nhau [87]. Một nghiên cứu khác tại Jordan chỉ ra rằng các loại hình BHYT khác nhau có tác động khác nhau đối với khả năng tiếp cận cũng như mức độ sử dụng DVYT tại nước này. Với 5 chế độ BHYT khác nhau, Jordan đạt được độ bao phủ BHYT là

60%. Trong khi tần suất đi KCB của người có BHYT nói chung không có sự khác biệt rõ rệt so với người không có BHYT, thì khi phân tích BHYT theo các loại hình riêng biệt lại cho thấy BHYT ở một số nhóm làm tăng tần suất đi khám chữa bệnh [97].

Ở Việt Nam, BHYT được cho là cơ chế tài chính quan trọng giúp người dân tăng cường khả năng tiếp cận các DVYT cũng như bảo vệ họ trước các rủi ro về tài chính do chi phí y tế khi ốm đau [9]. Tác động của BHYT đến khả năng tiếp cận và sử dụng DVYT tại Việt Nam được phản ánh trong một số nghiên cứu. Kết quả nghiên cứu điều tra hộ gia đình tại 3 tỉnh của Việt Nam (1999) cho thấy mức độ ảnh hưởng của BHYT đối với hành vi tìm kiếm DVYT khác nhau tùy thuộc vào tình trạng giàu nghèo của hộ gia đình. Người nghèo có BHYT sử dụng DVYT tại các cơ sở y tế công lập nhiều hơn rõ rệt so với người nghèo không có thẻ BHYT. Tuy nhiên, ở nhóm giàu, sự khác biệt này là không rõ rệt [112]. Trong một nghiên cứu khác (2005) dựa trên số liệu Điều tra mức sống dân cư năm 1993 và 1998, Wagstaff đã đánh giá tác động của BHYT tự nguyện đối với sức khỏe và mức độ sử dụng DVYT. Kết quả cho thấy, đối với trẻ em dưới 5 tuổi, BHYT tự nguyện đã làm tăng mức độ sử dụng dịch vụ tại TYT xã. Đối với trẻ trên 5 tuổi và người lớn, BHYT tự nguyện làm tăng việc sử dụng dịch vụ bệnh viện, bao gồm cả dịch vụ điều trị nội trú [147]. Như vậy rõ ràng BHYT tác động rất nhiều tới người sử dụng dịch vụ, giúp giảm thiểu việc chi trả trực tiếp của hộ gia đình khi phải sử dụng DVYT, bảo vệ người dân trước rủi ro rơi vào bẫy đói nghèo do chi phí y tế, đồng thời hạn chế cản trở về tài chính đối với người dân khi ốm đau. Một nghiên cứu khác sử dụng số liệu điều tra mức sống dân cư năm 2004 và 2006 để đo lường tác động của BHYT tự nguyện đối với việc sử dụng dịch vụ CSSK và chi trả tiền túi cho thấy: Người có BHYT tự nguyện tăng số lượt KCB ngoại trú và điều trị nội trú hàng năm lên khoảng 45% và 70% vào năm 2006. Tuy nhiên tác động của BHYT tự nguyện lên chi phí tiền túi khi sử dụng dịch vụ thì không có ý nghĩa thống kê. Lý do có thể do chi phí tiền túi ở đây bao gồm cả chi phí tiền thuốc ngoài BHYT, và toàn bộ chi phí phi y tế trong khi chi phí BHYT chỉ bao gồm chi phí liên quan tới y tế. Còn một tỷ

lệ tương đối lớn những người có BHYT nhưng không sử dụng khi đi KCB. Theo kết quả điều tra mức sống dân cư 2006, tỷ lệ bệnh nhân có BHYT mà sử dụng BHYT khi khám bệnh chỉ chiếm 60%. Điều đó có nghĩa là 40% người dân có BHYT nhưng ko sử dụng khi KCB ở năm 2006 [130]. Nghiên cứu của Nguyễn Khánh Phương (2011) cho kết quả tương tự khi chỉ ra BHYT có ảnh hưởng rõ rệt đối với việc tăng khả năng tiếp cận và sử dụng DVYT. Người có thẻ BHYT có xác suất đi KCB khi ốm cao hơn và có khả năng tiếp cận các DVYT t có chất lượng hơn so với người không có thẻ BHYT. Xác suất sử dụng dịch vụ nội trú của người có BHYT cao hơn người không có BHYT. Người có BHYT sử dụng DVYT nhiều hơn người không có BHYT, bao gồm cả dịch vụ ngoại trú và nội trú [53]. Việt Nam đang trong lộ trình tiến tới BHYT toàn dân, với mong muốn thực hiện cả chiều rộng, chiều sâu, chiều cao theo quan điểm của TCYTTG [151] về BHYT toàn dân. Thực hiện được BHYT toàn dân, sẽ giúp cho người dân được tăng cường khả năng tiếp cận và sử dụng dịch vụ KCB, tránh được các rủi ro bị nghèo hóa không có khả năng chi trả chi phí điều trị. Đặc biệt BHYT có ý nghĩa và quan trọng đối với các đối tượng nghèo, khó khăn khi sử dụng các dịch vụ KCB.

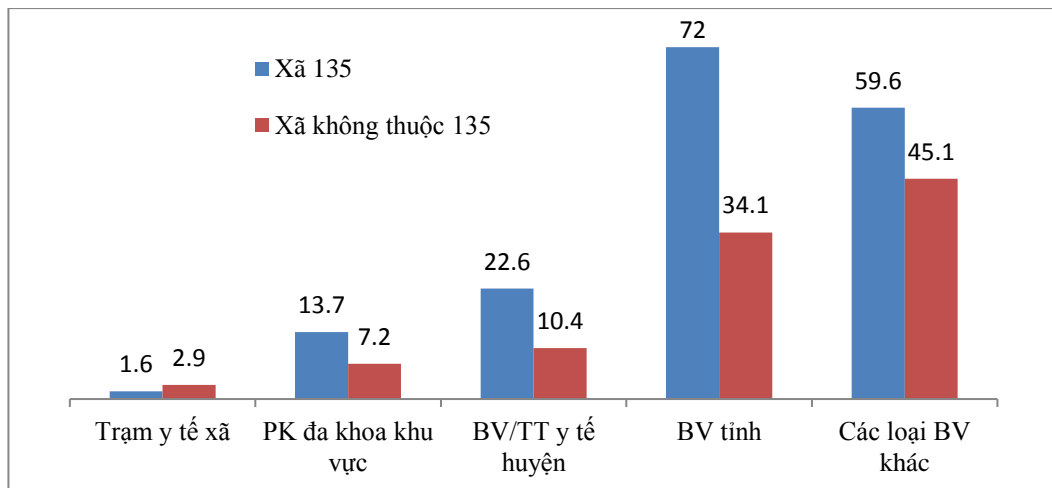
- *Yếu tố cơ sở y tế:* Đối với các CSYT, đặc biệt là y tế tuyến cơ sở thì điều kiện về nhân lực, trang thiết bị, cơ sở vật chất... luôn là những yếu tố thu hút sự tiếp cận và sử dụng DVYT của người dân. Kết quả nghiên cứu của Trần Đăng Khoa (2013) cho thấy yếu tố cơ sở hạ tầng của BV huyện là một trong những yếu tố liên quan (có ý nghĩa thống kê) đến việc tiếp cận và sử dụng dịch vụ của người dân tới BV huyện [33]. Theo tác giả, kết quả nghiên cứu can thiệp với các nội dung: đầu tư cơ sở vật chất, trang thiết bị cho BV huyện và toàn bộ TYT xã chưa đạt Chuẩn Quốc gia về y tế xã giai đoạn 2001-2010 trên địa bàn huyện Như Xuân, Thanh Hóa đã tăng cường một cách rõ rệt khả năng tiếp cận, sử dụng DVYT của người dân. Cụ thể tỷ lệ người ốm có đi KCB đã tăng từ 83,3% trước can thiệp lên 97,8% sau can thiệp, tỷ lệ người ốm không đi KCB giảm từ 16,7% trước can thiệp xuống còn 2,2%. Tỷ lệ người ốm đi KCB tại trạm Y tế xã tăng từ 52,9% lên 56%, và tại BV

huyện tăng từ 24,8% lên 35,3% (tăng 10,5%)... Sau can thiệp, người ốm sử dụng các dịch vụ KCB đều tăng hơn so với trước can thiệp một cách có ý nghĩa thống kê.

- *Khoảng cách hay tiếp cận về địa lý*: Là yếu tố được phát hiện ở nhiều nghiên cứu về sử dụng DVYT và nó có tác động có ý nghĩa thống kê lên khả năng tiếp cận dịch vụ của người dân. Người dân có thể dễ dàng tiếp cận tới CSYT là điều rất quan trọng, trong đó thì thời gian để tiếp cận được CSYT phụ thuộc vào khoảng cách người dân phải di chuyển, hệ thống phương tiện giao thông, đường xá và các yếu tố địa lý khác, trong đó khoảng cách là yếu tố tác động nhiều nhất trong mối liên quan này [115]. Một nghiên cứu trường hợp ở Zambia cho thấy mối quan hệ nghịch đảo giữa khoảng cách/thời gian tới cơ sở y tế và sử dụng DVYT được cho rằng là một rào cản quan trọng trong tiếp cận và sử dụng dịch vụ [106,134]. Đường giao thông tốt, thường rất hiếm thấy trong các khu vực nghèo ở các nước đang phát triển. Giao thông tốt là yêu cầu không chỉ cho người dân để đi đến CSYT mà còn tạo thuận lợi trong phân phối các loại thuốc, vật tư khác đến CSYT, chuyển tuyến kịp thời trong trường hợp khẩn cấp, và giám sát tốt hơn hoạt động của nhân viên y tế. Bên cạnh đó việc thiếu các thông tin liên lạc ở những khu vực khó khăn cũng góp phần cản trở sự tiếp cận với các DVYT. Một nghiên cứu khác về các yếu tố ảnh hưởng tới tiếp cận DVYT ở Labrado (khu vực sinh sống của người dân tộc thiểu số ở Canada) cho thấy các yếu tố liên quan tới môi trường tự nhiên như khoảng cách tới được nơi cung ứng DVYT, thời tiết và địa lý là các yếu tố gây trở ngại lớn đối với tiếp cận DVYT của người dân ở đây [104].

Ở Việt Nam, đối với những khu vực đồng bằng/thành thị thì tiếp cận về địa lý không là vấn đề nổi cộm. Tuy nhiên với những khu vực miền núi, vùng sâu, vùng xa thì khoảng cách địa lý thực sự là một rào cản lớn đối với việc tiếp cận và sử dụng DVYT. Nghiên cứu của tác giả Nguyễn Thế Lương về tình hình sử dụng dịch vụ KCB tại 3 tỉnh Hà Nội, Thanh Hóa và Yên Bái (2002) cho thấy với khu vực đô thị (Hà Nội), người dân không gặp trở ngại gì về khoảng cách khi tiếp cận bệnh viện, còn tại Thanh Hoá và Yên Bái thì tỷ lệ hộ cách xa bệnh viện trên 60 phút đi bằng

phương tiện thông thường lần lượt là 41,3% và 54%. Sự khác biệt về thời gian tiếp cận với bệnh viện là một trong những nguyên nhân gây mất công bằng trong tiếp cận dịch vụ KCB của người dân ở những vùng khác nhau [40]. Mặc dù tính đến năm 2015, ở Việt Nam đã có tới 98,9% số xã đã có TYT, 100% xã phường có cán bộ y tế hoạt động; gần 80% trạm y tế có bác sĩ làm việc; 95,3% trạm y tế có nữ hộ sinh hoặc y sĩ sản nhi... nhưng việc tiếp cận các cơ sở KCB của người dân ở những vùng khó khăn vẫn còn nhiều trở ngại, nhất là tiếp cận tới các CSYT tuyến trên. Số liệu từ báo cáo khảo sát mức sống hộ gia đình năm 2010 của Tổng cục Thống kê chỉ ra khoảng cách trung bình tới CSYT gần nhất mà người dân thường đến phân theo loại hình CSYT thì TYT xã là nơi có khoảng cách gần nhất (khoảng cách < 3 km) đối với cả xã khó khăn hoặc không khó khăn. Tuy nhiên càng lên các CSYT tuyến cao hơn thì người dân ở những khu vực khó khăn càng khó tiếp cận hơn khi khoảng cách tới PKĐKKV lên tới 13,7km, BV huyện là 22,6km, BV tỉnh là 72km và BV khác là 59,6km (hình 2). Có thể thấy qua thời gian mạng lưới các CSYT đã được đầu tư xây dựng để tăng cường tiếp cận cho người dân. Tuy nhiên ở các khu vực khó khăn, miền núi vùng sâu vùng xa thì khoảng cách vẫn là yếu tố ảnh hưởng không nhỏ tới tiếp cận và sử dụng dịch vụ của người dân sống ở những khu vực này.



*Nguồn: Tổng cục Thống kê-Báo cáo khảo sát mức sống hộ gia đình năm 2010 [59]*

**Hình 1.2: Khoảng cách trung bình tới CSYT gần nhất mà người dân thường đến**

- *Chi phí dịch vụ*: Người bệnh khi tiếp cận và sử dụng DVYT, bên cạnh chi phí trực tiếp, họ còn phải chi trả cả những chi phí gián tiếp, chi phí không chính thức. Chi phí gián tiếp bao gồm chi phí cơ hội về thời gian của cả bệnh nhân và những người đi cùng, chi phí vận chuyển và chi phí thức ăn và chỗ ở... Sự gia tăng chi phí này không chỉ là những rào cản về tài chính trong việc tiếp cận dịch vụ CSSK mà còn là những hậu quả kinh tế (đó là chi phí thảm họa/sự túng quẫn về tài chính) của việc chi trả cho DVYT, góp phần đẩy người bệnh vào cảnh cùng quẫn và nợ dài hạn [121]. Sự gia tăng về chi phí KCB cũng là một trong những rào cản ảnh hưởng tới khả năng tiếp cận và sử dụng DVYT [45], tạo ra khoảng cách ngày càng lớn giữa người giàu và người nghèo. Kết quả Điều tra Y tế quốc gia năm 2001-2002 thấy rằng chi phí bình quân một lượt điều trị nội trú đối với người dân vùng nông thôn là 751.000 đồng, ở thành thị mức chi phí này là 2.028.000 đồng (cao gấp 2,7 lần) và mỗi loại bệnh lại có mức chi phí khác nhau [13]. Đến năm 2006, mức chi phí cho người dân chi trả hoàn toàn bằng tiền túi khi điều trị nội trú là 1.265.000 đồng [9]. Và kết quả nghiên cứu tại huyện Cẩm Xuyên, Hà Tĩnh năm 2008 thấy rằng tổng chi phí trung bình trong khám và điều trị bệnh của những người ốm trong 4 tuần trước điều tra là 1.354.000 đồng. Trong đó chi phí trung bình cao nhất tại nhóm giàu nhất là 2.029.000 đồng và thấp nhất ở nhóm nghèo nhất là 795.000 đồng (gấp 2,55 lần) [34]. Như vậy ta có thể thấy chi phí cho KCB tăng dần qua thời gian. Chi phí y tế tăng lên làm cho các nhóm đối tượng khó khăn phải vay nợ hoặc giảm chi tiêu cho thực phẩm để có tiền chi trả cho KCB. Kết quả của một nghiên cứu cho thấy so với những hộ không nghèo, các hộ nghèo có nguy cơ cao gấp 4 lần trong việc phải giảm tiền chi tiêu cho thực phẩm và có nguy cơ cao gấp 5 lần phải vay tiền để chi trả cho cả điều trị nội trú và ngoại trú có chi phí cao [127]. Chi phí KCB đã tạo nên rào cản chủ yếu đối với người nghèo nông thôn tiếp cận DVYT [108].

- *Hành vi của bác sĩ* được cho là yếu tố có thể ảnh hưởng đến số lượng dịch vụ CSSK mà bệnh nhân nhận được và do đó có thể đóng góp vào sự khác biệt trong sử dụng DVYT [120]. Ngoài ra, do thầy thuốc và bệnh nhân nắm thông tin về loại

dịch vụ cũng như tính hữu ích của nó không như nhau, sự "bất đối xứng thông tin" này có thể dẫn tới sự ảnh hưởng của thầy thuốc lên nhu cầu sử dụng dịch vụ của người bệnh, thuyết phục họ sử dụng ít hoặc nhiều hơn các dịch vụ CSSK mà họ có thể sử dụng nếu họ có thông tin đầy đủ hơn. Sự phân biệt đối xử và thái độ tiêu cực của cán bộ y tế đối với phụ nữ nói chung và phụ nữ dân tộc thiểu số nói riêng là những yếu tố ảnh hưởng tới sự bất công bằng về SKBMTE ở Việt Nam [118]. Nghiên cứu này cũng phát hiện các khoảng trống cần nghiên cứu thêm về mối liên quan giữa các yếu tố tâm lý xã hội lên bất công bằng trong sức khỏe, tiếp cận và sử dụng dịch vụ CSSK.

- *Dịch vụ bị hạn chế vì chỉ được cung cấp trong giờ hành chính* được cho là một yếu tố ảnh hưởng tới sự khác biệt trong tiếp cận và sử dụng dịch vụ CSSKBD của nam giới so với nữ giới ở các nước thành viên của EU. Bên cạnh đó, quan điểm của nam giới cho rằng phòng chờ và các dịch vụ chỉ để phục vụ nhu cầu của phụ nữ; việc thiếu hiểu biết về cách đặt hẹn lịch khám và thiếu từ ngữ cần thiết để trình bày với bác sĩ về các vấn đề nhạy cảm cũng là yếu tố tác động tới tiếp cận và sử dụng dịch vụ [99]. Ở những nước đang phát triển, các vấn đề xảy ra một cách phổ biến tại cơ sở y tế công như thời gian khám bệnh hạn chế, thời gian chờ đợi lâu, sự vắng mặt của nhân viên y tế và thiếu thuốc... được rất nhiều nghiên cứu đề cập tới [90,105,124] như là yếu tố ảnh hưởng tới tiếp cận và sử dụng dịch vụ. Đây cũng là những lý do giải thích cho tình trạng người nghèo sẵn sàng sử dụng dịch vụ ở những nhân viên y tế và người bán thuốc chưa qua đào tạo chính thống hoặc ghé qua những phòng khám gần nhà hơn là những phòng khám xa hơn ở SriLanka [79].

### **1.3.3. Yếu tố mức độ ốm**

Nhận thức về tình trạng sức khỏe là một trong những yếu tố cần thiết đóng góp nhiều nhất vào việc sử dụng dịch vụ. Tự đánh giá về tình trạng sức khỏe được tìm thấy là yếu tố dự báo đáng kể trong việc tìm kiếm sử dụng dịch vụ đối với vấn đề về sức khỏe tâm thần ở Montreal, Canada [116]. Ở Việt Nam, quyết định có sử dụng dịch vụ hay không phụ thuộc rất nhiều vào mức độ ốm. Kết quả từ nghiên cứu



của tác giả Nguyễn Duy Khê (2002) về hành vi tìm kiếm DVYT trong khoảng thời gian 4 tuần cho thấy tỷ lệ không điều trị gì hoặc tự điều trị có mối liên quan với mức độ ốm nhẹ của người bệnh. Đối với những người sử dụng dịch vụ KCB thì tần suất sử dụng dịch vụ tại TYT xã và YTTN giảm đi khi mức độ mắc bệnh và tuổi của người bệnh tăng lên [128]. Một nghiên cứu khác của Ngô Văn Toàn (2002) lại thấy rằng người ốm nhẹ thường ít sử dụng DVYT công hơn những người bị ốm nặng. Điều này cho thấy yếu tố mức độ ốm có mối liên quan với việc sử dụng DVYT ở CSYT công [126].

## **1.4. CÁC GIẢI PHÁP NÂNG CAO SỬ DỤNG DỊCH VỤ KCB**

### **1.4.1. Trên thế giới**

Andersen và Newman đã chỉ ra các yếu tố ảnh hưởng tới việc sử dụng DVYT của người dân có thể xuất phát từ khía cạnh xã hội, hệ thống y tế và chính từ bản thân người sử dụng dịch vụ. Tiếp cận và sử dụng dịch vụ CSSK một cách toàn diện và có chất lượng sẽ góp phần đạt được công bằng về sức khỏe và gia tăng chất lượng cuộc sống cho cộng đồng. Để làm được điều này, các quốc gia trên thế giới chủ yếu tập trung vào một số các giải pháp sau:

- *Mở rộng bao phủ BHYT*: Một trong những yếu tố ảnh hưởng tới quyết định sử dụng dịch vụ của người dân đó là vấn đề tài chính, trong đó có BHYT đóng góp vai trò không nhỏ. Bởi vậy bao phủ bảo hiểm toàn dân là giải pháp hữu hiệu đảm bảo tiếp cận và sử dụng dịch vụ cho người dân tiến tới bao phủ sức khỏe toàn dân và một trong những nước thành công trong giải pháp này phải kể đến Thái Lan, Hàn Quốc, Singapore, Malaysia,... với tỷ lệ bao phủ BHYT lên tới trên 90%.

- *Miễn/hỗ trợ chi phí khám chữa bệnh cho một số nhóm đối tượng yếu thế trong xã hội*: Đây cũng là một giải pháp giúp cho các đối tượng yếu thế trong xã hội đặc biệt là người nghèo có được cơ hội sử dụng DVYT khi có các vấn đề về sức khỏe. Rất nhiều quốc gia đã áp dụng giải pháp này trong đó phải kể đến các nước như Lào, Campuchia, Thái Lan, Việt Nam và hàng loạt các quốc gia khác thuộc châu Phi, châu Mỹ La Tinh.

- *Tăng cường hệ thống y tế*: Tăng cường hệ thống y tế thông qua các chính sách tăng cường về số lượng và đảm bảo chất lượng đội ngũ nhân viên y tế; xây dựng và phát triển đội ngũ thực hiện công tác chăm sóc sức khỏe ban đầu; đầu tư nâng cấp cơ sở hạ tầng, trang thiết bị; nâng cao chất lượng DVYT; áp dụng phương thức chi trả phù hợp... là những giải pháp mang tính tổng thể và được áp dụng vào bối cảnh của từng quốc gia nhằm tăng cường tiếp cận và sử dụng DVYT cho người dân trong cộng đồng.

## **1.4.2. Ở Việt Nam**

### ***1.4.2.1. Đối với mạng lưới cung ứng dịch vụ***

Để tăng cường khả năng tiếp cận và sử dụng DVYT cho người dân thì ở góc độ cung ứng dịch vụ các cơ sở cung ứng DVYT phải được bố trí đảm bảo cho người dân tiếp cận được về mặt khoảng cách; tính sẵn có về loại hình dịch vụ, thuốc, nhân lực y tế, cơ sở vật chất và trang thiết bị và đảm bảo khả năng chi trả cũng như đáp ứng được mong muốn của người sử dụng dịch vụ. Việt Nam đã xây dựng mạng lưới cung ứng DVYT được phân tuyến từ trung ương tới tỉnh, huyện và xã, trong đó YTCS được xác định là y tế tuyến huyện (quận, thị xã, thành phố trực thuộc tỉnh) và y tế xã (phường, thị trấn). YTCS nhất là y tế tuyến xã/phường có vị trí đặc biệt quan trọng trong hệ thống Y tế bởi đây là đơn vị kỹ thuật y tế gần dân nhất, phát hiện ra sớm nhất những vấn đề sức khỏe cộng đồng, giải quyết tới 80% khối lượng DVYT, là nơi thể hiện rõ nhất sự công bằng trong CSSK [52]. Để đảm bảo sự tiếp cận về tính sẵn có của DVYT, rất nhiều giải pháp vĩ mô nhằm cải thiện tính sẵn có trong cung ứng DVYT tại tuyến YTCS phải kể đến đó là:

- *Củng cố mạng lưới hoạt động của YTCS*: Với mục đích củng cố và hoàn thiện mạng lưới YTCS nhằm bảo đảm cho mọi người dân được CSSK cơ bản với chi phí thấp, góp phần thực hiện công bằng xã hội, xóa đói giảm nghèo..., Ban Chấp hành Trung ương Đảng đã ban hành Chỉ thị số 06 CT/TW [1], trong đó tập trung củng cố tổ chức, tăng cường nhân lực, TTB và kỹ thuật, đảm bảo kinh phí hoạt động thường xuyên của y tế xã/phường... Kết quả đánh giá 10 năm thực hiện Chỉ

thị 06 [76] cho thấy: Đã có những thay đổi tích cực về mô hình tổ chức và cơ chế quản lý đối với các đơn vị YTCS, sự gia tăng đáng kể về ngân sách phân bổ cho YTCS, chất lượng và số lượng nhân lực y tế cơ sở, cũng như sự cải thiện về cơ sở vật chất và TTB của YTCS... Điều này đã cải thiện khả năng cung cấp dịch vụ của mạng lưới YTCS sau 10 năm thực hiện chỉ thị 06 với số lượng bệnh viện đa khoa (BVĐK) huyện tăng 17% sau 10 năm, số giường bệnh tại tuyến huyện tăng 64%... Số TYT xã có triển khai dịch vụ KCB bằng BHYT tăng 7,9 lần tại 12 tỉnh/TP thuộc địa bàn khảo sát. Cùng với khả năng cung cấp dịch vụ được cải thiện, tình hình sử dụng DVYT tại tuyến cơ sở đặc biệt là BVĐK huyện tăng rõ rệt. Tỷ lệ sử dụng dịch vụ khám ngoại trú tăng từ 11,9% (2004) lên 17,6% (2010), tỷ lệ KCB nội trú tăng từ 35,4% (2004) lên 38,2% (2010), số lượt bệnh nhân nội trú bình quân/BVĐK huyện/năm đã tăng 1,5 lần và số lượt bệnh nhân ngoại trú đã tăng 3 lần sau 10 năm. Tỷ lệ tiêm chủng mở rộng tăng từ 96,3% lên 97,3%. Tỷ lệ phụ nữ mang thai được quản lý thai sản tăng từ 81,6% lên 100%.

- *Tăng cường số lượng và chất lượng nguồn nhân lực:* Nhân lực y tế là một trong 5 thành phần đầu vào quan trọng đóng góp vào quá trình cung ứng DVYT của hệ thống y tế. Quan trọng là vậy nhưng không chỉ hệ thống y tế Việt Nam mà bất kỳ hệ thống y tế nào trên thế giới cũng phải đối mặt với vấn đề thiếu nguồn nhân lực cũng như phân bổ nhân lực không đồng đều giữa các khu vực địa lý. Số liệu từ các nghiên cứu về nguồn nhân lực ở các khu vực khác nhau trên thế giới cho thấy rõ sự mất cân đối mang tính toàn cầu trong đó thiếu nhân lực y tế ở nông thôn là tình trạng phổ biến. Phần lớn nhân viên y tế trình độ cao tập trung ở khu vực thành thị trong khi ở khu vực nông thôn, nơi có số lượng dân cư đông hơn, sử dụng số lượng dịch vụ nhiều hơn lại có ít nhân viên y tế. Tình trạng di chuyển nhân lực y tế từ nông thôn ra thành thị, ra nước ngoài làm việc cũng là vấn đề phổ biến ở các nước đang phát triển trong khu vực và ảnh hưởng đến sự phát triển nguồn nhân lực cho hệ thống y tế [88,96,131,138,140]. Số liệu báo cáo của Bộ Y tế Việt Nam cũng như một số nghiên cứu gần đây về nguồn nhân lực y tế cũng phản ánh tình trạng thiếu nguồn nhân lực y tế ở khu vực nông thôn cả về số lượng, cơ cấu và chất lượng

cán bộ y tế [6,7,77]. Do vậy để đảm bảo và duy trì nguồn nhân lực có chất lượng ở khu vực nông thôn, đủ khả năng cung ứng dịch vụ CSSKBĐ cho người dân ở khu vực này, một số các giải pháp chính sách liên quan tới khuyến khích về tài chính; đào tạo và cơ cấu nhân lực... được Chính phủ ban hành:

+ Nghị định 64/2009/NĐ-CP là chính sách qui định mức hưởng phụ cấp ưu đãi, thu hút đối với cán bộ y tế công tác tại cơ sở y tế đóng trên địa bàn 2.112 xã đặc biệt khó khăn. Theo đó, cán bộ y tế công tác tại các xã này được hưởng phụ cấp ưu đãi (70% mức lương), phụ cấp thu hút (70% mức lương) và một số khoản trợ cấp khác (tham quan, học tập, bồi dưỡng chuyên môn, nghiệp vụ).

+ Nghị định 56/2011/NĐ-CP quy định chế độ phụ cấp ưu đãi nghề đối với các cán bộ công tác tại các cơ sở y tế công lập. Mức độ được hưởng phụ cấp ưu đãi theo nghề được quy định khác nhau giữa các nhóm chuyên môn nhưng dao động từ 20-70% so với mức lương cơ bản.

+ Quyết định 75/2009/QĐ-TTg qui định chế độ phụ cấp từ 0,3-0.5 mức lương cơ bản đối với nhân viên y tế thôn bản.

Bên cạnh các chính sách nhằm thu hút, duy trì số lượng nhân lực, một số các chính sách nhằm tăng cường năng lực cho tuyến dưới, bao gồm: chính sách luân phiên cán bộ tuyến trên hỗ trợ tuyến dưới được triển khai (Đề án 1816) hay chính sách đào tạo cử tuyến cho một số khu vực khó khăn theo Quyết định số 1544/2007/QĐ-TTg và Nghị định 134/2006/NĐ-CP... Thêm vào đó, công tác đào tạo liên tục cũng được chú trọng với Thông tư 22/2013TT-BYT hướng dẫn triển khai đào tạo liên tục rộng rãi trên toàn quốc. Các chính sách này đều nhằm mục đích có được nguồn nhân lực y tế có chất lượng góp phần cung ứng dịch vụ tốt nhất tới người dân trong cộng đồng.

Kết quả đánh giá 9 tháng thực hiện Quyết định 1816/2008/QĐ-BYT cho thấy với tác động của chính sách này năng lực cung cấp dịch vụ CSSK của tuyến dưới đã được cải thiện một cách đáng kể, nhất là đối với các chuyên khoa được BV tuyến

trên hỗ trợ. Bệnh nhân được tiếp cận tại chỗ với các dịch vụ kỹ thuật cao, giảm thiểu chi phí trong khám chữa bệnh, góp phần đảm bảo an sinh xã hội [75].

- *Thuốc và trang thiết bị y tế*: Thuốc, trang thiết bị y tế là những yếu tố đầu vào không thể thiếu cho hệ thống y tế vận hành. Các yếu tố này cần đảm bảo chất lượng, có giá thành hợp lý và được sử dụng phù hợp để bất kể người bệnh nào cũng có thể tiếp cận được và không phải chi phí quá cao bất kể đó là nguồn chi từ tiền túi hay BHYT.

Trên thực tế việc tiếp cận thuốc của người dân tại các vùng sâu vùng xa, khu vực biển đảo vẫn còn gặp nhiều khó khăn do có ít quầy thuốc, không đủ thuốc, thuốc không bảo đảm chất lượng hoặc giá thuốc đắt [15]. Bên cạnh đó, kết quả từ các nghiên cứu về YTCS cho thấy vẫn còn khoảng 30% số TYT xã được khảo sát không có đủ thuốc trong danh mục [56,66] và 41,6% trạm không trang bị tủ thuốc cấp cứu [35]. Tình trạng bán thuốc không theo đơn còn diễn ra phổ biến, tỷ lệ sử dụng kháng sinh còn cao, nhiều thuốc trong số 30 loại thuốc được sử dụng nhiều nhất ít hoặc không có tác dụng lâm sàng [15]...

Để tăng cường khả năng tiếp cận thuốc và sử dụng thuốc an toàn, hợp lý của người dân, Chính sách quốc gia về thuốc được đề cập tại Nghị quyết số 37/CP, trong đó đề cập hai mục tiêu nhằm bảo đảm công bằng và hiệu quả trong cung ứng và sử dụng thuốc đó là: Bảo đảm cung ứng đủ thuốc có chất lượng với giá cả hợp lý đến người dân; Đảm bảo sử dụng thuốc hợp lý, an toàn, có hiệu quả. Bên cạnh đó, Luật Dược số 34/2005/QH11 cũng quy định việc phát triển mạng lưới lưu thông, phân phối và cung ứng thuốc, bảo đảm đủ thuốc có chất lượng. Ngoài văn bản cao nhất là Luật Dược, các Thông tư quy định việc quản lý cấp, phát thuốc đảm bảo chất lượng tại cộng đồng cũng như CSYT được ban hành. Thông tư số 46/2011/TT-BYT quy định về nguyên tắc, tiêu chuẩn thực hành tốt nhà thuốc (GPP). Nguyên tắc của GPP đó là đặt lợi ích của người bệnh và sức khỏe cộng đồng lên trên hết; cung cấp thuốc đảm bảo chất lượng đầy đủ thông tin và tư vấn theo dõi việc sử dụng thuốc; tham gia vào hoạt động tự điều trị bao gồm cung cấp thuốc và tư vấn thuốc điều trị

các bệnh đơn giản; đầy mạnh kê đơn phù hợp, an toàn, hợp lý và có hiệu quả. Thông tư số 40/2014/TT-BYT (được sửa đổi bổ sung một số điểm tại Thông tư 36/2015/TT-BYT) hướng dẫn thực hiện danh mục thuốc tân dược thuộc phạm vi thanh toán của quỹ BHYT bao gồm 845 hoạt chất, 1064 thuốc tân dược; 57 thuốc phóng xạ và hợp chất đánh dấu. Danh mục này là cơ sở để quỹ BHYT thanh toán chi phí thuốc sử dụng cho người bệnh có thẻ bảo hiểm y tế tại các cơ sở khám, chữa bệnh.

Trang thiết bị (TTB) y tế có mối quan hệ tác động qua lại với các cấu phần đầu vào khác của hệ thống góp phần vào quá trình cung ứng DVYT. TTB y tế là một trong các yếu tố tác động tới tiếp cận và sử dụng DVYT của người dân. Do vậy, Nhà nước đã có các chính sách quy định TTB y tế phân theo tuyến, bao gồm: Quyết định 437/2002/QĐ-BYT ban hành danh mục TTB y tế bệnh viện đa khoa tuyến tỉnh, huyện, PKĐKKV, TYT và y tế thôn bản. Dựa trên quyết định này các cơ sở y tế được trang bị/xã hội hóa các TTB y tế theo phân tuyến của mình. Ngoài ra các TYT xã được trang bị TTB y tế theo Quyết định 1020/2004/QĐ-BYT, hay Quyết định số 431/2009/QĐ-BYT ban hành danh mục TTB y tế của PKĐKKV tuyến huyện... Mặc dù TTB y tế đã được phân theo tuyến, tuy nhiên do nguồn lực đầu tư hạn chế nên TTB y tế ở tuyến YTCS đặc biệt tuyến xã vẫn thiếu ở một số hạng mục gây ảnh hưởng tới chất lượng cung ứng dịch vụ. Theo kết quả nghiên cứu của Viện Chiến lược Chính sách Y tế năm 2012, việc thiếu TTB y tế, đặc biệt là các TTB về chẩn đoán, điều trị và sản nhi [74] đã ảnh hưởng không nhỏ tới khả năng đáp ứng dịch vụ theo quy định của TYT xã.

#### ***1.4.2.2. Đối với người sử dụng dịch vụ***

Các nghiên cứu đã chỉ ra sự khác biệt trong tiếp cận và sử dụng DVYT giữa các nhóm dân cư, đặc biệt là các đối tượng yếu thế trong xã hội. Thực hiện công bằng trong CSSK, trong đó dành ưu tiên cho vùng nghèo, người nghèo, người có công và các đối tượng thiệt thòi hơn trong xã hội [22,51], hàng loạt các giải pháp

chính sách nhằm tăng cường tiếp cận và sử dụng dịch vụ của người dân được ban hành:

+ Luật BHYT số 25/2008/QH12 được điều chỉnh bổ sung tại Luật số 46/2014/QH13 [54] là văn bản pháp lý cao nhất, đánh dấu bước phát triển lớn về BHYT của nước ta. Văn bản này quy định mức hỗ trợ về tài chính cho các đối tượng người nghèo, cận nghèo, trẻ em < 6 tuổi, học sinh sinh viên, người có công với cách mạng, người hưởng trợ cấp xã hội, người dân tộc thiểu số, người già từ 80 tuổi trở lên, ... với các mức khác nhau, cụ thể: Ngân sách nhà nước hỗ trợ 100% mệnh giá thẻ BHYT cho người có công, người nghèo, dân tộc thiểu số, TE<6 tuổi... Đối với các đối tượng là người cận nghèo, học sinh sinh viên thì mức hỗ trợ được quy định tại Nghị định số 105/2014/NĐ-CP như sau: 1) Hỗ trợ 100% mức đóng BHYT đối với người thuộc hộ gia đình cận nghèo mới thoát nghèo trong 5 năm. 2) Hỗ trợ 100% mức đóng BHYT đối với người thuộc hộ gia đình cận nghèo đang sinh sống tại các huyện nghèo theo quy định tại Nghị quyết số 30a/2008/NQ-CP. 3) Hỗ trợ tối thiểu 70% mức đóng BHYT đối với người thuộc hộ gia đình cận nghèo. 4) Hỗ trợ tối thiểu 30% mức đóng BHYT đối với đối tượng học sinh, sinh viên... Ngoài việc hỗ trợ mức đóng BHYT, mức hưởng BHYT cũng được quy định tối đa cho các nhóm đối tượng ưu tiên, cụ thể: Người tham gia BHYT được hưởng 100% các DVYT ở tuyến xã. Với đối tượng là người có công, trẻ em dưới 6 tuổi, người nghèo, người thuộc diện trợ cấp xã hội được hưởng 100% chi phí KCB. Người cận nghèo được hưởng 95% chi phí KCB.

+ Thông tư số 40/2015/TT-BYT quy định đăng ký KCB BHYT ban đầu và chuyên tuyến KCB BHYT. Theo đó, người có thẻ BHYT đăng ký KCBĐ tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh tuyến xã hoặc PKĐKKV hoặc BV tuyến huyện được quyền khám bệnh, chữa bệnh BHYT tại TYT xã hoặc PKĐKKV, hoặc BV tuyến huyện trong cùng địa bàn tỉnh. Quy định này tạo điều kiện cho người tham gia BHYT được tiếp cận DVYT tại tất cả các cơ sở KCB trên địa bàn các huyện trong phạm vi tỉnh của mình.

+ Quyết định 14/2012/QĐ-TTg sửa đổi Quyết định 139/2002/QĐ-TTg về khám, chữa bệnh cho người nghèo do Thủ tướng Chính phủ ban hành. Nhà nước đã xây dựng chính sách hỗ trợ cho một số các đối tượng yếu thế trong xã hội bao gồm người nghèo, người dân tộc thiểu số sống ở vùng khó khăn được tiếp cận dịch vụ KCB với hỗ trợ 100% từ NSNN. Bên cạnh đó, người nghèo và người dân sống ở vùng đặc biệt khó khăn còn được hỗ trợ tiền ăn khi điều trị nội trú ở các CSYT nhà nước với mức tối thiểu là 3% mức lương tối thiểu chung/người bệnh/ngày. Tiền đi lại của người bệnh từ nhà tới CSYT và ngược lại và tiền chuyển bệnh viện khi người bệnh điều trị nội trú từ bệnh viện huyện trở lên cũng được nhà nước hỗ trợ theo định mức là 0,2 lít xăng/Km. Hỗ trợ một phần chi phí KCB BHYT cho các đối tượng tại QĐ 139/2002/QĐ-TTg phải đồng chi trả theo quy định của Luật BHYT khi mà người bệnh phải đồng chi trả từ 100.000 trở lên.

### **1.5. MỘT SỐ CUỘC ĐIỀU TRA CẤP QUỐC GIA TIẾN HÀNH TRONG THỜI GIAN VỪA QUA**

Trong khoảng thời gian 15 năm (từ 2000 tới 2015) đã có một số cuộc điều tra tầm cỡ quốc gia được tiến hành ở nước ta như điều tra mức sống dân cư (VHLSS) được tiến hành khoảng 2 năm một lần từ 1998 tới nay; Điều tra y tế quốc gia (VNHS) được tiến hành năm 2001-2002; Điều tra đánh giá các mục tiêu trẻ em và phụ nữ (MICS) ở Việt Nam được tiến hành các năm 2011, 2014; Điều tra quốc gia về người cao tuổi Việt Nam (2011)... Cuộc điều tra cung cấp các thông tin chi tiết về tình hình sức khỏe và sử dụng dịch vụ y tế của người dân trong cộng đồng đó là điều tra y tế quốc gia (2001-2002). Tại cuộc điều tra này các thông tin chi tiết liên quan tới tình hình sức khỏe của người dân trong 4 tuần, tình hình sử dụng dịch vụ tự điều trị, khám chữa bệnh ngoại trú trong 4 tuần, khám chữa bệnh nội trú trong 12 tháng của người dân đều được khai thác. Trong khi đó các cuộc điều tra khác như điều tra MICS, điều tra người cao tuổi lại đề cập tới sức khỏe và chăm sóc sức khỏe của các đối tượng đặc thù là phụ nữ, trẻ em và người cao tuổi hay điều tra mức sống dân cư lại cung cấp những thông tin về đặc điểm nhân khẩu học cơ bản liên quan tới mức sống, giáo dục, việc làm và thu



nhập, chi tiêu, điều kiện sống (nhà ở, điện, nước...), giảm nghèo và một phần liên quan tới y tế và chăm sóc sức khỏe.

Điều tra mức sống dân cư tại Việt Nam lần đầu tiên được thực hiện vào năm 1992-1993, do Bộ Kế hoạch đầu tư và Tổng cục Thống kê phối hợp thực hiện với cỡ mẫu là 4.800 hộ, được chọn dựa trên kết quả của Tổng điều tra dân số ngày 1/4/1989. Tiếp theo là điều tra mức sống dân cư năm 1997-1998, do Tổng cục thống kê thực hiện, với cỡ mẫu là 6.000 hộ, được chọn chủ yếu dựa vào mẫu của điều tra mức sống dân cư năm 1992-1993. Cuộc điều tra mức sống dân cư tiếp theo được thực hiện vào năm 2002 và từ năm này trở đi điều tra mức sống hộ gia đình được tiến hành 2 năm một lần, do ngành thống kê thực hiện. Đối với điều tra 2002, Tổng cục Thống kê xây dựng mẫu dựa trên kết quả của Tổng điều tra dân số và nhà ở ngày 1/4/1999, tổ chức tập huấn cho cán bộ của các Chi cục Thống kê tỉnh, thành phố trực thuộc Trung ương. Sau đó, các tỉnh triển khai tổ chức tập huấn và điều tra tại địa phương của mình. Điều tra mức sống dân cư năm 2002 được tiến hành với cỡ mẫu 75.000 hộ, trong đó có 30.000 hộ điều tra cả thu nhập và chi tiêu. Năm 2004, điều tra mức sống dân cư được tiến hành với cỡ mẫu 45.900 hộ, trong đó 9.180 hộ điều tra thu nhập và chi tiêu. Tới năm 2006, cỡ mẫu của cuộc điều tra này là 45.945 hộ, trong đó số hộ điều tra thu nhập và chi tiêu là 9.189 hộ. Năm 2008, điều tra được tiến hành trên cỡ mẫu là 45.945 hộ (9.189 hộ điều tra thu nhập và chi tiêu). Năm 2010, điều tra mức sống dân cư tiến hành trên cỡ mẫu là 69.360 hộ. Tới năm 2012, cỡ mẫu của cuộc điều tra là 46.995 hộ và 2014 cũng với cỡ mẫu tương tự là 46.995 hộ.

Trong các cuộc điều tra mức sống dân cư, bảng hỏi hộ gia đình được phân ra thành từng mục bao gồm lao động việc làm, y tế, giáo dục, nhà ở, ... Đối với mục y tế thì có sự khác nhau về thông tin liên quan tới thời gian nhớ lại các sự kiện về sức khỏe và sử dụng dịch vụ giữa các cuộc điều tra. Cụ thể, ở điều tra năm 2006 thông tin liên quan tới việc KCB nội trú, ngoại trú và tự điều trị được tách riêng và hỏi chi tiết. Thời gian nhớ lại cũng giống như điều tra năm 97-98 là 4 tuần qua cho KCB ngoại trú và tự điều trị, 12 tháng qua cho KCB nội trú. Đối

tượng sử dụng dịch vụ được hỏi cho cả người bị ốm lẫn không bị ốm (ví dụ: khám sức khỏe định kỳ, ...). Điều tra năm 2008 thì lại khai thác thông tin về tình hình ốm/bệnh trong khoảng thời gian nhớ lại là 12 tháng. Các thông tin liên quan tới sử dụng dịch vụ chỉ bao gồm sử dụng dịch vụ KCB ngoại trú, nội trú và cũng được hỏi trong thời gian 12 tháng. Từ năm 2010 tới nay, các điều tra mức sống dân cư không hỏi về tình hình ốm/bệnh mà chỉ hỏi về tình hình sử dụng dịch vụ KCB ngoại trú, nội trú trong thời gian nhớ lại là 12 tháng, đối tượng sử dụng dịch vụ vẫn bao gồm cả người bị ốm lẫn không bị ốm. Trong các cuộc điều tra từ 2008 tới nay thì mặc dù hành vi sử dụng dịch vụ tương đối phổ biến là tự điều trị nhưng chưa được khai thác.

Như vậy mặc dù điều tra mức sống dân cư có cung cấp một phần số liệu liên quan tới tình hình sử dụng dịch vụ y tế ở tầm quốc gia, cập nhật 2 năm một lần nhưng chỉ giới hạn ở việc thu thập thông tin liên quan tới KCB ngoại trú/nội trú, trong khi tự điều trị là một hành vi tương đối phổ biến và ảnh hưởng không nhỏ tới sức khỏe cũng như tình hình kháng thuốc hiện nay lại không được khai thác ở các cuộc điều tra này (ngoại trừ điều tra năm 2006). Sử dụng dịch vụ ngoại trú được hỏi cho toàn bộ (kể cả người ốm/bệnh và người không ốm/bệnh) dẫn tới khó khăn trong việc tách riêng nhóm đối tượng có nhu cầu cấp thiết (ốm/bệnh) phải sử dụng dịch vụ KCB. Một vấn đề khác nữa là thời gian nhớ lại thông tin tương đối xa (12 tháng) đặc biệt đối với các sự kiện như KCB ngoại trú sẽ không tránh khỏi sai số nhớ lại (recall bias), điều này ít nhiều sẽ ảnh hưởng tới các ước lượng về mức độ sử dụng dịch vụ của người dân. Cuộc điều tra y tế quốc gia năm 2001-2002 giải quyết toàn bộ các hạn chế trên nhưng đã được thực hiện cách đây 15 năm nên số liệu không còn cập nhật trong bối cảnh hiện tại. Đây chính là lý do khiến cuộc điều tra về tình hình sức khỏe và sử dụng dịch vụ y tế được thực hiện vào năm 2015.

## **CHƯƠNG 2:**

### **ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU**

#### **2.1. ĐỐI TƯỢNG NGHIÊN CỨU**

Trong đề tài này, đối tượng nghiên cứu là các thành viên thuộc các hộ gia đình trong mẫu điều tra. Hộ gia đình bao gồm các thành viên là những người ăn cùng mâm, ở cùng nhà trong vòng 6 tháng tính từ thời điểm điều tra trở về trước (các thành viên chỉ cần có mặt tại hộ gia đình trong khoảng thời gian đó, không tính là toàn thời gian hay chỉ một khoảng thời gian) [70].

Đối tượng phỏng vấn là người nắm được nhiều thông tin nhất về hộ gia đình, cung cấp các thông tin về tình hình sức khỏe và sử dụng dịch vụ y tế của các thành viên trong hộ gia đình.

#### **2.2. ĐỊA ĐIỂM NGHIÊN CỨU**

Căn cứ Nghị định 92/2006/NĐ-CP về lập, phê duyệt và quản lý qui hoạch tổng thể phát triển kinh tế-xã hội của Thủ tướng Chính phủ ban hành ngày 7/9/2006, theo đó vùng kinh tế-xã hội là một bộ phận của lãnh thổ quốc gia, gồm một số tỉnh, thành phố trực thuộc Trung ương có các hoạt động kinh tế-xã hội tương đối độc lập, thể hiện sự phân công lao động xã hội của cả nước. Đây là loại vùng phục vụ việc hoạch định chiến lược và qui hoạch phát triển kinh tế-xã hội theo lãnh thổ cũng như để quản lý các quá trình phát triển kinh tế-xã hội trên mỗi vùng của đất nước. Điều 15, Nghị định 92/2006/NĐ-CP qui định nước ta bao gồm 6 vùng kinh tế-xã hội phải lập qui hoạch, bao gồm: (+) Vùng trung du và miền núi phía Bắc (14 tỉnh); (+) Vùng đồng bằng sông Hồng (12 tỉnh), hiện nay vùng này còn 11 tỉnh do Hà Tây sáp nhập với Hà Nội; (+) Vùng Bắc Trung bộ và Duyên hải miền Trung (14 tỉnh); (+) Vùng Tây Nguyên (5 tỉnh); (+) Vùng Đông Nam Bộ (6 tỉnh); (+) Vùng đồng bằng sông Cửu Long (13 tỉnh). Một số các luận chứng mục tiêu, quan điểm phát triển vùng về kinh tế đó là mức tăng trưởng GDP (GDP/đầu người), đóng góp vào ngân sách...; về xã hội là giảm mức đói nghèo, thất nghiệp và mức tăng dân số...

Trong nghiên cứu này, 6 tỉnh đặc trưng thuộc 6 vùng kinh tế-xã hội được lựa chọn là các tỉnh có chỉ số về tỷ lệ hộ nghèo, dân số, GDP bình quân đầu người,... không quá cao/quá thấp so với các tỉnh khác trong cùng một vùng.

Theo tiêu chí đó, 6 tỉnh đặc trưng cho 6 vùng kinh tế xã hội được lựa chọn vào nghiên cứu, bao gồm:

- Vùng trung du và miền núi phía Bắc (vùng 1) là Điện Biên.
- Vùng đồng bằng sông Hồng (vùng 2) là Hà Nội (trong đó Hà Tây cũ thuộc đồng bằng sông Hồng và thành phố Hà Nội cũ thuộc khu vực đô thị lớn).
- Vùng Bắc Trung bộ và Duyên hải miền Trung (vùng 3) là Bình Định.
- Vùng Tây nguyên (vùng 4) là Đắk Lắk.
- Vùng Đông Nam bộ (vùng 5) là Đồng Nai.
- Vùng đồng bằng sông Cửu Long (vùng 6) là Đồng Tháp.

**Bảng 2.1: Một số chỉ tiêu đặc trưng cho 6 tỉnh nghiên cứu thuộc 6 vùng KT-XH**

	Vùng 1	Vùng 2	Vùng 3	Vùng 4	Vùng 5	Vùng 6
Tỉnh đặc trưng cho vùng	Điện Biên	Hà Nội	Bình Định	Đắk Lắk	Đồng Nai	Đồng Tháp
- Diện tích (km <sup>2</sup> ) <sup>1</sup>	95.562,9	3.324,5	6.050,6	13.125,4	5.907,2	3.378,8
- Dân số TB (nghìn người) <sup>1</sup>	547,8	7.216	1.519,7	1.853,7	2.905,8	1.684,3
- GDP bình quân đầu người <sup>2</sup> theo tháng (nghìn đồng)	1.200	4.113	2.346	1.988	3.504	2.134
- Số CSYT <sup>1</sup>	161	686	182	206	196	170
- Số BS/10000 dân <sup>3</sup>	9,01	3,99	4,77	5,66	4,5	5,45
- Tỷ lệ hộ nghèo <sup>1</sup>	29,1	1,8	9,1	10,0	0,8	7,2

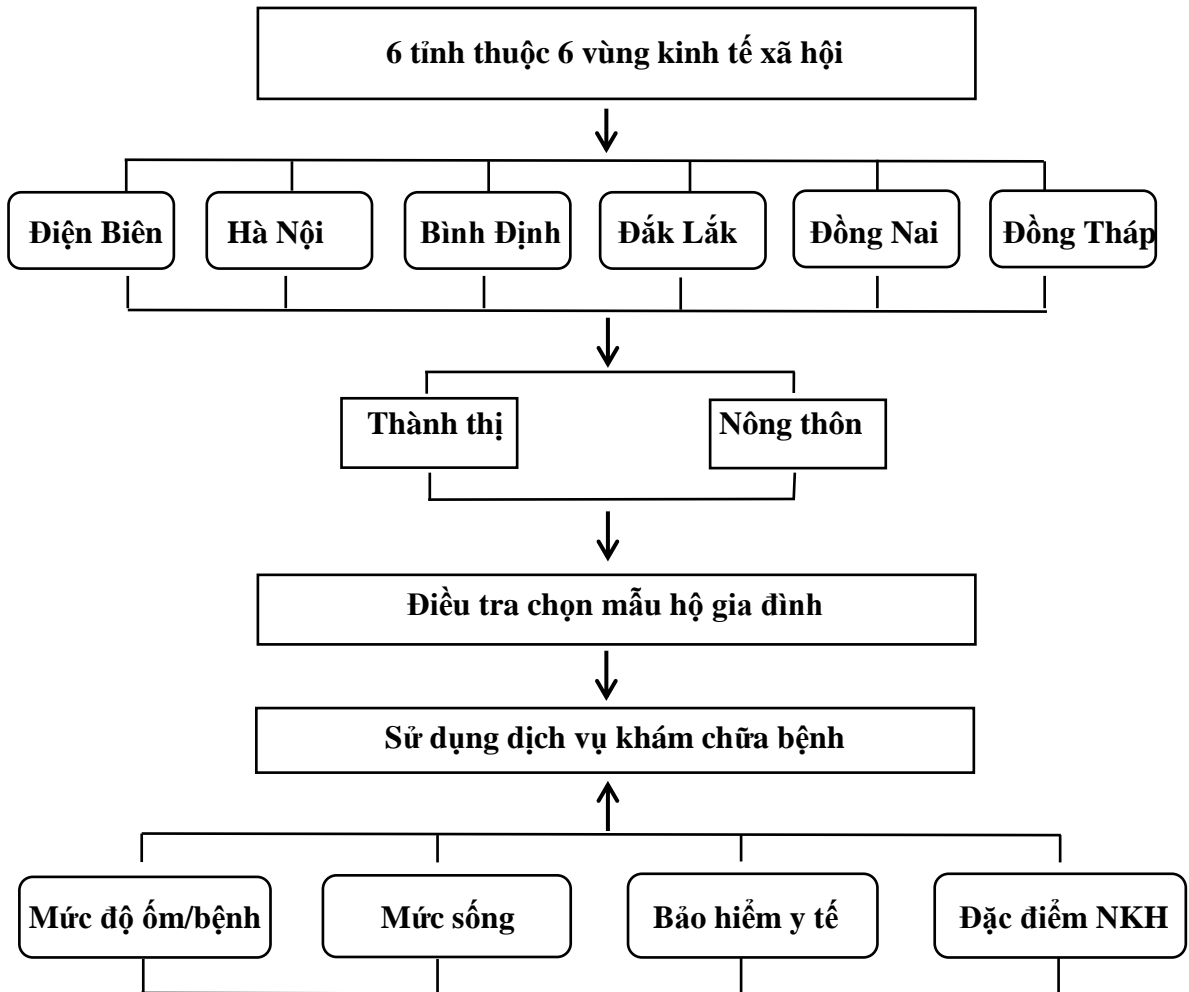
Nguồn: <sup>1</sup> Niên giám thống kê, 2015; <sup>2</sup> Niên giám thống kê, 2014; <sup>3</sup> Thống kê Y tế, 2014

## 2.3. THỜI GIAN NGHIÊN CỨU

Điều tra được tiến hành trong thời gian 3 tháng, từ tháng 8/2015 – 10/2015.

## 2.4. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

### 2.4.1. Sơ đồ nghiên cứu



### 2.4.2. Thiết kế nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu trong nghiên cứu này là nghiên cứu mô tả cắt ngang.

#### 2.4.2.1. Cỡ mẫu:

Cỡ mẫu trong nghiên cứu này được tính toán dựa trên cơ sở lý thuyết thiết kế mẫu điều tra hộ gia đình cũng như kinh nghiệm thiết kế điều tra năm 2014 của Tổng cục Thống kê (GSO).

Cỡ mẫu được tính dựa trên công thức sau [101]:

$$n = \frac{4 \times r \times (1 - r) \times deff}{(RME \times r)^2 \times pb \times RR}$$

Trong đó:

- n : Cỡ mẫu cho số người cần được điều tra.  
 4 : Yếu tố để đạt được độ tin cậy 95%  
 r : Tỷ lệ dân số sử dụng dịch vụ khám chữa bệnh ngoại trú trong 4 tuần qua = 14.69% (là kết quả có được từ điều tra mức sống dân cư năm 2006)  
 deff : Ảnh hưởng của thiết kế mẫu = 6  
 RME\*r: Giới hạn sai số được cho phép với độ tin cậy 95% là 0,13  
 pb : Tỷ lệ của tổng dân số được dùng để tính chỉ tiêu r  
 RR : Tỷ lệ trả lời dự kiến khoảng 90%.

Áp vào công thức, ta tính toán được cỡ mẫu xấp xỉ bằng 10.639 người, chia cho bình quân số người trong hộ là 3,8 tương đương 2.800 hộ. Do đề tài muốn phân tích và so sánh hai khu vực đại diện cho thành thị và nông thôn, nên cỡ mẫu nghiên cứu sẽ là  $2.800 \times 2 = 5.600$  hộ gia đình.

#### **2.4.2.2. Phân bố mẫu:**

- Chọn các cụm điều tra (cluster): Cụm điều tra, là khu dân cư khoảng từ 100-150 hộ đã được xác định trong điều tra dân số) được chọn trực tiếp từ khung mẫu 20% các cụm điều tra của Điều tra dân số năm 2014, bằng cách chọn mẫu xác suất tỷ lệ với kích cỡ của quần thể (Probability Proportional to Size - PPS) trong mỗi tầng (thành thị/nông thôn ở 6 tỉnh). Cách chọn này giúp giảm ảnh hưởng thiết kế mẫu (design effects) cũng như sai số chọn mẫu (sampling errors).

- Phân bố số hộ trong mỗi cụm điều tra: Theo nguyên tắc chọn mẫu cụm thì số lượng hộ/mỗi cụm càng ít thì ảnh hưởng của thiết kế mẫu sẽ càng giảm [137]. Tuy nhiên để cân đối giữa nguồn lực thực hiện nghiên cứu cũng như đảm bảo ảnh hưởng của thiết kế mẫu trong giới hạn cho phép, số lượng hộ được chọn cho mỗi

cụm là 25 hộ/cụm và bằng nhau cho tất cả các cụm điều tra. Do vậy với cỡ mẫu là 5.600 hộ thì tổng số cụm phải điều tra là 224 cụm điều tra.

- Phân bổ các cụm điều tra và hộ gia đình cho từng khu vực thành thị và nông thôn tại từng vùng: Do qui mô và tỷ trọng dân số ở các vùng rất khác nhau (vùng Tây Nguyên chỉ chiếm 6% dân số - 5,5% số hộ cả nước trong khi đó vùng đồng bằng sông Hồng là 22,8% dân số - 24,8% số hộ cả nước) nên để tăng độ tin cậy cho các ước lượng theo vùng, số cụm cho khu vực thành thị và nông thôn được phân bổ theo tỷ lệ căn bậc ba của qui mô dân số hộ. Điều này giúp cho tỷ lệ chọn cụm của mỗi khu vực sẽ tăng lên cho các vùng có dân số thấp và giảm đi tương đối cho các vùng có qui mô dân số hộ cao hơn. Vì vậy, trong trường hợp này số lượng các cụm khu vực thành thị, nông thôn phân bổ cho từng vùng được tính toán theo công thức sau:

$$n_{ij} = N_i \times \frac{\sqrt[3]{H_{ij}}}{\sum_{j=1}^6 \sqrt[3]{H_{ij}}}$$

Trong đó:

$n_{ij}$  : Số cụm phân bổ cho khu vực  $i$  ( $i=1,2$  hay thành thị, nông thôn), vùng thứ  $j$  ( $j=1\div 6$ )

$N_i$  : Tổng số cụm cần thiết của khu vực  $i$  ( $i=1,2$ )

$H_{ij}$  : Tổng số hộ của khu vực  $i$ , vùng thứ  $j$  ( $j=1\div 6$ )

**Bảng 2.2: Phân bổ số cụm điều tra theo thành thị-nông thôn và 6 vùng KT-XH**

Địa bàn nghiên cứu	Tổng	Vùng kinh tế-xã hội					
		Vùng 1	Vùng 2	Vùng 3	Vùng 4	Vùng 5	Vùng 6
Thành thị	112	15	22	20	13	24	18
Nông thôn	112	18	22	21	14	16	21
Chung	224	33	44	41	27	40	39

**Bảng 2.3: Phân bố số hộ điều tra theo thành thị-nông thôn và 6 vùng KT-XH**

Địa bàn nghiên cứu	Tổng	Vùng kinh tế-xã hội					
		Vùng 1	Vùng 2	Vùng 3	Vùng 4	Vùng 5	Vùng 6
Thành thị	2.800	375	550	500	325	600	450
Nông thôn	2.800	450	550	525	350	400	525
Chung	5.600	825	1.100	1.025	675	1.000	975

Để có thể so sánh sự khác biệt về các vấn đề sức khỏe và sử dụng DVYT giữa các đô thị lớn và các vùng kinh tế xã hội khác mà vẫn đảm bảo có một tính đặc trưng cho đồng bằng sông Hồng (theo tiêu chí là tỉnh có mức kinh tế trung bình trong khu vực), thủ đô Hà Nội được chọn đưa vào mẫu nghiên cứu. Hà Nội hiện nay được hình thành từ thành phố Hà Nội cũ với 3,3 triệu dân (66% dân số thành thị) và tỉnh Hà Tây với 2,6 triệu dân (11% dân số thành thị). Hà Tây có tỷ lệ hộ nghèo ở mức trung bình so với toàn Vùng đồng bằng sông Hồng (năm 2006 là 12.4% và năm 2007 là 12.1%). Vì vậy có thể chọn Hà Tây như là một tỉnh đại diện cho Đồng bằng sông Hồng với mẫu điều tra là 44 cụm trong đó 22 cụm thành thị và 22 cụm nông thôn. Để tăng độ tin cậy của các ước lượng cho thành phố Hà Nội mới, bổ sung thêm 22 cụm được chọn từ Hà Nội cũ với 15 cụm thành thị (375 hộ) và 7 cụm nông thôn (175 hộ). Bằng cách này ta có tổng số cụm điều tra của thành phố Hà Nội mới hiện nay là 66 cụm (1.650 hộ) với 37 cụm thành thị và 29 cụm nông thôn.

Như vậy sau khi điều chỉnh cho Vùng Đồng bằng sông Hồng thì cỡ mẫu của nghiên cứu này là **246 cụm với tổng số 6.150 hộ**.

#### **2.4.2.3. Chọn mẫu:**

Trong nghiên cứu này áp dụng kỹ thuật chọn mẫu nhiều giai đoạn (multi-sampling stage survey).

**a. Chọn cụm điều tra:** Chọn cụm điều tra theo cách chọn mẫu xác suất tỷ lệ với kích cỡ của quần thể (Probability Proportional to Size - PPS). 20% số cụm điều tra được chọn từ khung mẫu các cụm điều tra của Điều tra dân số tháng 4/2014 ở 6



tỉnh và được chọn riêng cho từng khu vực thành thị, nông thôn của từng tỉnh theo số lượng cụm được phân bổ trong bảng 2.2. Trước khi tiến hành chọn các cụm cho từng khu vực thành thị/nông thôn của từng tỉnh, tiến hành sắp xếp các cụm của khung mẫu theo tỉnh, huyện, xã và mã cụm điều tra.

- Lập danh sách cụm theo khu vực thành thị, nông thôn của từng tỉnh.
- Lập bảng dân số các cụm và cộng dồn dân số từ trên xuống dưới theo thứ tự trong danh sách cụm thuộc từng tầng (khu vực thành thị, nông thôn của từng tỉnh). Tổng cộng dồn của mỗi tầng được ký hiệu là  $MOS_h$ .
- Tính khoảng cách chọn mẫu cho tầng  $h$  ( $I_h$ ): chia  $MOS_h$  cho tổng số cụm (EA) được phân bổ cho tầng thứ  $h$  ( $n_h$ ) được trình bày trong bảng 2.2:  $I_h = M_h/n_h$ .
- Chọn một số ngẫu nhiên ( $R_h$ ) nằm giữa 0 và  $I_h$ . Các cụm điều tra trong tầng  $h$  sẽ được xác định bởi các số lựa chọn sau đây:

$$S_{hi} = R_h + [I_h \times (i - 1)] ; (S_{hi} \text{ được làm tròn}).$$

Ở đây:  $i = 1, 2, \dots, n_h$

Cụm được chọn thứ  $i$  là cụm có tổng tích lũy gần nhất với  $S_{hi}$ , lớn hơn hoặc bằng  $S_{hi}$ .

#### **b. Chọn hộ điều tra:**

Dựa trên danh sách hộ (đã được lập trong Tổng điều tra dân số 2012, sau đó được so sánh với các số hộ tương ứng trong khung mẫu Điều tra dân số 2014 để kiểm tra nếu có sự khác biệt quá lớn của cụm điều tra. Danh sách các hộ sau khi đã được so sánh, đối chiếu để đảm bảo tất cả các hộ trên danh sách đều đang tồn tại ở các cụm được lựa chọn, tiến hành chọn ngẫu nhiên hệ thống 25 hộ điều tra/cụm với xác suất chọn bằng nhau. Các hộ này được chọn như sau:

- Các hộ trong danh sách được đánh số từ 1 đến  $M'_{hi}$ . Ở đây  $M'_{hi}$  là tổng số hộ trong cụm điều tra được chọn.
- Tính khoảng cách chọn hộ ( $I_{hi}$ ) bằng cách chia  $M'_{hi}$  cho 25 và lấy chính xác tới 2 số thập phân.

- Lấy một số ngẫu nhiên ( $R_{hi}$ ) với 2 số sau dấu phẩy nằm giữa 0.01 và  $I_{hi}$ .  
Hộ được chọn trong cụm điều tra sẽ được xác định bằng các số sau đây:

$$S_{hij} = R_{hi} + [I_{hi} \times (j-1)] \text{ (} S_{hij} \text{ được làm tròn)}$$

Ở đây:  $j = 1, 2, 3, \dots, 25$

Hộ được chọn thứ  $j$  là một số với số thứ tự bằng  $S_{hij}$ .

**Bảng 2.4: Tổng hợp phân bố cỡ mẫu điều tra tại 6 tỉnh thuộc 6 vùng KT-XH**

Địa bàn nghiên cứu	Tổng	Vùng 1	Vùng 2	Vùng 3	Vùng 4	Vùng 5	Vùng 6
		Điện Biên	Hà Nội	Bình Định	Đắk Lắk	Đồng Nai	Đồng Tháp
<b>Thành thị</b>							
Số cụm:	127	15	37	20	13	24	18
Số hộ:	3175	375	925	500	325	600	450
<b>Nông thôn</b>							
Số cụm:	119	18	29	21	14	16	21
Số hộ:	2975	450	725	525	350	400	525
<b>Chung</b>							
Số cụm:	246	33	66	41	27	40	39
Số hộ:	6150	825	1650	1025	675	1000	975

### c. Chọn người trả lời phỏng vấn:

Đối tượng phỏng vấn là người nắm được nhiều thông tin nhất về hộ gia đình, cung cấp các thông tin về tình hình sức khỏe và sử dụng dịch vụ y tế của các thành viên trong hộ gia đình.

#### 2.4.3. Các định nghĩa được dùng trong nghiên cứu

- *Ôm/bệnh trong 4 tuần*: Các trường hợp bị ốm/bệnh cấp tính, chấn thương, ngộ độc, bỏng, bệnh mạn tính, đợt cấp của bệnh mạn tính, bệnh sản phụ khoa, nạo/hút/phá thai, sinh đẻ... xảy ra trong khoảng thời gian 4 tuần kể từ ngày điều tra trở về trước. Theo đó, các trường hợp ốm/bệnh trong vòng 4 tuần kể từ ngày điều tra về trước sẽ bao gồm:

(+) trường hợp ốm/bệnh xảy ra trước 4 tuần và khỏi trong khoảng thời gian 4 tuần trước ngày điều tra;

(+) trường hợp ốm/bệnh xảy ra trong khoảng thời gian 4 tuần và đã khỏi trước ngày điều tra;

(+) trường hợp ốm/bệnh xảy ra trong khoảng thời gian 4 tuần và tới ngày điều tra vẫn chưa khỏi;

(+) trường hợp ốm/bệnh xảy ra trước 4 tuần điều tra và kéo dài tới ngày điều tra vẫn chưa khỏi.

- *Mức độ ốm*: Mức độ ốm được chia ra làm 3 mức là ốm nhẹ/ốm vừa/ốm nặng và được đánh giá theo chủ quan của người ốm/bệnh cho cả đợt ốm/bệnh.

- *Khám chữa bệnh ngoại trú*: Người bệnh đi KCB tại các CSYT nhà nước/tư nhân nhưng không phải lưu lại qua đêm tại các cơ sở y tế này.

- *Lượt KCB ngoại trú trong 4 tuần*: Số lượt người bệnh KCB ngoại trú tại các CSYT nhà nước/tư nhân trong khoảng thời gian 4 tuần kể từ ngày điều tra.

- *Khám chữa bệnh nội trú*: Người bệnh tới KCB tại các CSYT nhà nước/tư nhân mà phải nhập viện theo yêu cầu của bác sỹ và được điều trị liên tục ít nhất 24 giờ trở lên tại các CSYT này.

- *Lượt KCB nội trú trong 4 tuần*: Số lượt người bệnh tới KCB nội trú khi bị ốm/bệnh trong khoảng thời gian 4 tuần kể từ ngày điều tra tại các CSYT nhà nước/tư nhân.

- *Lượt KCB nội trú trong 12 tháng*: Số lượt người bệnh tới KCB nội trú tại các CSYT nhà nước/tư nhân trong khoảng thời gian 12 tháng kể từ ngày điều tra.

- *Tự điều trị*: Người bệnh mua thuốc về uống mà không qua khám bệnh/dùng thuốc sẵn có tại nhà. Hành vi tự mua thuốc về uống bao gồm người bệnh tự ra hiệu thuốc kể bệnh và được người bán thuốc tư vấn mua thuốc hoặc người bệnh có đơn cũ mang ra hiệu thuốc để mua thuốc hoặc người bệnh tự mua loại thuốc nào đó tại cơ sở bán thuốc.

- *Lượt tự điều trị trong 4 tuần*: Số lượt người bệnh tự điều trị trong khoảng thời gian 4 tuần kể từ ngày điều tra.

- *Không điều trị*: Người bệnh không điều trị thuốc gì trong suốt cả đợt ốm và để bệnh tự khỏi hoặc chỉ cúng bái.

- *Lượt không điều trị trong 4 tuần*: Số lượt người bệnh không điều trị gì trong khoảng thời gian 4 tuần kể từ ngày điều tra.

- *KCB ngoại trú tại các CSYT*: TYT xã/PKĐK khu vực; BV huyện/TTYT quận, huyện; BV khu vực/tỉnh/thành phố; BV trung ương; PK tư/BV tư; CSYT khác (CSYT ngành/YHCT/thầy lang...)

- *KCB nội trú tại các CSYT*: PKĐK khu vực; BV huyện/TTYT quận, huyện; BV khu vực/tỉnh/thành phố; BV trung ương; PK tư/BV tư; CSYT khác (CSYT ngành/CSYT khác)

- *Mức sống*: Biến mức sống hay chỉ số thịnh vượng (wealth index) là chỉ số tổng hợp đo lường mức sống tích lũy của một hộ gia đình, được xây dựng bằng phép phân tích thành tố chính PCA (Principle components analysis). Chỉ số thịnh vượng được tính trên số liệu về tài sản, nhà ở... của hộ gia đình được thu thập trong quá trình điều tra. Để tính toán chỉ số thịnh vượng bằng phép phân tích thành tố chính, các biến số phản ánh về tình trạng kinh tế của hộ như tài sản, điều kiện nhà ở, điện, nước... được sử dụng và được tính toán quyền số cho các thành tố, tiếp theo sẽ tính điểm của chỉ số thịnh vượng cho từng hộ gia đình (với cách tính toán như vậy thì mỗi hộ gia đình sẽ có điểm số thịnh vượng riêng dựa trên các thông tin về tài sản của hộ). Cuối cùng là tính ngũ phân vị dựa trên chỉ số thịnh vượng bằng cách xếp hạng từ cao đến thấp theo điểm số thịnh vượng của hộ gia đình (mỗi cá nhân trong 1 hộ gia đình sẽ có điểm số thịnh vượng như nhau). Toàn bộ các cá nhân được chia thành 5 nhóm có quy mô như nhau (có số người bằng nhau chiếm 20% tổng dân số nghiên cứu) theo số điểm số thịnh vượng từ thấp lên cao gọi là nhóm mức sống xếp từ 1 đến 5 (từ nhóm nghèo tới nhóm giàu).

- *Hộ không trả lời (Non-response)*: Là những hộ gia đình/cá nhân từ chối tham gia phỏng vấn, vắng nhà trong thời gian phỏng vấn, không tồn tại trong danh sách hộ được phỏng vấn do đã chết hoặc chuyển đi, ... [80].

#### 2.4.4. Các chỉ số nghiên cứu

##### 2.4.4.1. Mục tiêu 1: Mô tả thực trạng sử dụng dịch vụ khám chữa bệnh của người dân ở 6 tỉnh thuộc các vùng kinh tế xã hội ở Việt Nam 2015

- Tỷ lệ ốm/bệnh trong vòng 4 tuần qua theo tỉnh, thành thị/nông thôn và mức độ ốm/bệnh
- Khám chữa bệnh ngoại trú trong vòng 4 tuần qua:
  - + Tỷ lệ (%) lượt sử dụng KCB ngoại trú phân theo tỉnh, thành thị/nông thôn và một số yếu tố ảnh hưởng
  - + Tỷ lệ (%) lượt sử dụng KCB ngoại trú tại các cơ sở y tế phân theo tỉnh, thành thị/nông thôn
  - + Tỷ lệ (%) lý do quan trọng nhất để KCB ngoại trú tại các cơ sở y tế
  - + Tỷ lệ (%) dịch vụ y tế được cung cấp tại CSYT khi KCB ngoại trú
  - + Tỷ lệ (%) lượt KCB ngoại trú gặp khó khăn phân theo loại hình CSYT
- Khám chữa bệnh nội trú trong vòng 4 tuần qua:
  - + Tỷ lệ (%) lượt KCB nội trú trong vòng 4 tuần qua phân theo tỉnh, thành thị/nông thôn và một số yếu tố ảnh hưởng
- Khám chữa bệnh nội trú trong vòng 12 tháng qua:
  - + Tỷ lệ (%) lượt KCB nội trú 12 tháng tại các cơ sở y tế phân theo tỉnh, thành thị/nông thôn
  - + Tỷ lệ (%) lý do quan trọng nhất để lựa chọn KCB nội trú tại các cơ sở y tế
  - + Tỷ lệ (%) lượt KCB nội trú trong vòng 12 tháng gặp khó khăn phân theo loại cơ sở y tế
- Tự điều trị trong vòng 4 tuần qua:
  - + Tỷ lệ (%) lượt sử dụng tự điều trị phân theo tỉnh, thành thị/nông thôn và một số yếu tố ảnh hưởng.
  - + Tỷ lệ (%) lý do quan trọng nhất để sử dụng tự điều trị tại các cơ sở y tế

**2.4.4.2. Mục tiêu 2: Phân tích một số yếu tố ảnh hưởng tới sự khác biệt trong sử dụng dịch vụ khám chữa bệnh của người dân ở 6 tỉnh thuộc các vùng kinh tế xã hội Việt Nam năm 2015**

- Các yếu tố ở mức độ cá nhân có thể ảnh hưởng tới sự khác biệt trong sử dụng dịch vụ KCB:
  - + Mức độ ốm đau (*nhẹ, vừa, nặng*)
  - + Bảo hiểm y tế (*có, không*)
  - + Mức sống (*nghèo, cận nghèo, trung bình, khá, giàu*)
  - + Đặc điểm nhân khẩu học (*tuổi, giới, trình độ học vấn, dân tộc...*)
  - + Thành thị/Nông thôn
- Một số yếu tố ở đặc trưng cho vùng, miền có thể ảnh hưởng tới sự khác biệt trong sử dụng dịch vụ KCB:
  - + Tỷ suất chết thô
  - + Số lượng bệnh viện
  - + Số lượng trạm y tế xã
- Chỉ số đo lường ảnh hưởng của các yếu tố tới sử dụng dịch vụ KCB ngoại trú, KCB nội trú và tự điều trị: Tính toán chỉ số OR, khoảng tin cậy về mối liên quan giữa có sử dụng dịch vụ KCB ngoại trú, KCB nội trú và tự điều trị với các yếu tố ảnh hưởng

**2.4.5. Phương pháp thu thập số liệu**

Điều tra hộ gia đình được tiến hành dựa trên bộ câu hỏi có cấu trúc được thiết kế sẵn (*Phụ lục 4*). Bộ câu hỏi phỏng vấn hộ gia đình gồm 4 mục:

- Mục 1: Thông tin chung về hộ gia đình bao gồm các thông tin về đặc điểm nhân khẩu của các thành viên thuộc hộ gia đình, đặc điểm về tài sản hộ gia đình; chi tiêu cho lương thực, thực phẩm...

- Mục 2: Thông tin về tình hình ốm đau trong vòng 4 tuần
- Mục 3: Thông tin về sử dụng dịch vụ KCB ngoại trú trong vòng 4 tuần
- Mục 4: Thông tin về sử dụng dịch vụ nội trú trong vòng 12 tháng

Bộ câu hỏi áp dụng trong nghiên cứu này được xây dựng dựa trên cơ sở bộ câu hỏi Điều tra y tế quốc gia 2001-2002 và được điều chỉnh cho phù hợp với mục tiêu và các chỉ số nghiên cứu. Mặc dù phần lớn các câu hỏi tương tự như câu hỏi trong Điều tra y tế quốc gia, nhưng do có bổ sung thêm một số câu hỏi mới nên bộ câu hỏi vẫn được thử nghiệm trước khi tiến hành điều tra tại cộng đồng.

Nghiên cứu này sử dụng đội ngũ điều tra viên là các nghiên cứu viên của Viện Chiến lược và Chính sách Y tế; điều tra viên đã tốt nghiệp chuyên ngành Y tế Công cộng của các trường Đại học (Y tế Công cộng, Y Hà Nội, Y Thái Bình, Y Huế...). Các điều tra viên được các cán bộ nghiên cứu có kinh nghiệm tập huấn về nội dung và phương pháp tiến hành phỏng vấn. Quá trình tập huấn bao gồm phần trình bày, thảo luận trên lớp tập huấn, thực hành đóng vai phỏng vấn trên lớp và đóng vai phỏng vấn tại hộ gia đình. Quá trình thu thập số liệu tại thực địa được triển khai theo kiểu cuốn chiếu, số lượng điều tra viên được phân bổ đủ để đảm bảo điều tra xong 25 hộ/địa bàn điều tra trong vòng 1 ngày sau đó di chuyển sang địa bàn mới. Mỗi điều tra viên phỏng vấn 3-5 hộ, tối đa là 5 hộ gia đình trong vòng 1 ngày. Đội ngũ giám sát viên là nghiên cứu sinh và một số nghiên cứu viên chính của Viện Chiến lược và Chính sách Y tế. Các giám sát viên cũng tham dự tập huấn như điều tra viên để nắm được nội dung và phương pháp điều tra. Sau đó, các giám sát viên còn được tập huấn về kỹ năng và phương pháp giám sát. Trong quá trình điều tra tại thực địa, hàng ngày giám sát viên có trách nhiệm phân bổ danh sách điều tra cho các điều tra viên mình phụ trách, họp với các điều tra viên để theo dõi tiến độ, giám sát hỗ trợ các điều tra viên trong quá trình điều tra, rà soát kiểm tra toàn bộ phiếu điều tra thu về trong từng ngày. Đối với các thông tin còn thiếu/không chính xác, giám sát viên yêu cầu điều tra viên liên lạc lại ngay với người cung cấp thông tin theo số điện thoại được cung cấp để bổ sung và hoàn thiện.

#### 2.4.6. Phương pháp phân tích số liệu

Toàn bộ số liệu định lượng thu thập được từ điều tra hộ gia đình sau khi làm sạch được nhập bằng phần mềm Epidata và được chuyển thành các tệp số liệu định dạng stata để tiến hành phân tích bằng phần mềm STATA 11.0.

Đây là số liệu điều tra hộ gia đình có sử dụng phương pháp chọn mẫu cụm và có phân tầng nên hệ lệnh “svy” được áp dụng trong phân tích số liệu. Việc áp dụng hệ lệnh “svy” sẽ hiệu chỉnh cho ảnh hưởng của thiết kế chọn mẫu cụm cũng như sai số chuẩn trong các thuật toán thống kê [69].

Cụ thể, nghiên cứu sử dụng một số kỹ thuật phân tích chủ yếu sau [42]:

i) Phân tích mô tả đơn biến: tỷ lệ %, bảng phân phối tần suất. Sử dụng trắc nghiệm  $\chi^2$  kiểm định sự khác biệt giữa 2 tỷ lệ. Đánh giá mức độ ý nghĩa thống kê bằng xem xét giá trị p-value trong mỗi trắc nghiệm.

ii) Sử dụng mô hình hồi quy svy:logit để xác định mối tương quan giữa biến số nhị phân (chỉ có hai giá trị 1 và 0) của các biến KCB ngoại trú, KCB nội trú, tự điều trị, ... và các biến số độc lập khác.

Các biến độc lập được đưa vào mô hình hồi qui logistic trong nghiên cứu này được xác định qua các bước sau :

- Sử dụng kỹ thuật phân tích đơn biến (xây dựng các bảng 2x2) để xác định xem có mối tương quan có ý nghĩa thống kê giữa biến đầu ra và biến độc lập thông qua test  $\chi^2$ .

- Sử dụng kỹ thuật phân tích hồi qui logistic giữa biến đầu ra và các biến độc lập. Mối liên quan giữa biến đầu ra và biến độc lập được xác định qua chỉ số OR và 95% khoảng tin cậy (CI).

- Mô hình hồi qui logistic đa tầng (multilevel logit regression) được áp dụng nhằm đo lường mức độ ảnh hưởng của các yếu tố cá nhân (fixed effects) và yếu tố cộng đồng (random effects) đối với việc sử dụng dịch vụ KCB ngoại trú, nội trú và tự điều trị của người ốm/bệnh trong 4 tuần qua. Việc tính toán mô hình áp dụng



lệnh melogit của phần mềm Stata 13. Bốn mô hình được ước tính bao gồm: Mô hình 1 chỉ đo lường sự khác nhau đối với sử dụng dịch vụ ở mức độ vùng, miền với biến số là code của 6 tỉnh; Mô hình 2 chỉ bao gồm các biến số ở mức độ vùng, miền; Mô hình 3 chỉ bao gồm các biến số ở mức độ cá nhân; Mô hình 4 là tổng hợp các yếu tố ở mức độ cá nhân và vùng, miền. Các mô hình này ước lượng sự nhất quán của các yếu tố ảnh hưởng tới sử dụng dịch vụ ở mức độ cá nhân và cộng đồng [117].

- Kiểm tra mối liên quan giữa các biến độc lập trong mô hình hồi qui đa biến (đa cộng tuyến): Theo lý thuyết đa cộng tuyến là một hiện tượng thống kê trong đó hai hoặc nhiều biến độc lập trong cùng một mô hình hồi qui đa biến có mối liên quan chặt chẽ với nhau. Trong trường hợp này việc ước lượng các hệ số hồi qui là không ổn định và chính xác do sự thay đổi rất nhỏ của mô hình. Để xác định chính xác sự ảnh hưởng của các biến độc lập lên biến phụ thuộc trong mô hình hồi qui đa biến, phân tích đánh giá đa cộng tuyến qua chỉ số VIF và Tolerance được áp dụng. Chỉ số Tolerance ước lượng mối liên quan của một biến độc lập tới tất cả các biến độc lập còn lại. Với  $T < 0,1$  cần cân nhắc có hiện tượng đa cộng tuyến trong mô hình, với  $T < 0,01$  thì chắc chắn có hiện tượng đa cộng tuyến. Chỉ số lạm phát phương sai  $VIF = 1/T$ , với  $VIF > 10$  cho thấy có dấu hiệu đa cộng tuyến, khi  $VIF > 100$  thì chắc chắn có hiện tượng đa cộng tuyến [69].

- Quyền số (weight) được áp dụng trong các kỹ thuật phân tích tính toán các chỉ số nhằm suy rộng từ mẫu ra quần thể nghiên cứu. Cụ thể trong nghiên cứu này, các tỷ lệ % được tính toán từ mẫu nghiên cứu sau đó được nhân với quyền số để suy ra cho quần thể nghiên cứu của 6 tỉnh. Quyền số được hiểu là tổng số hộ trong quần thể được đại diện bởi một hộ trong mẫu. Do vậy quyền số chính bằng nghịch đảo của xác suất chọn hộ. Ở điều tra này, mẫu được chọn qua 2 giai đoạn là chọn số cụm điều tra và chọn số hộ/một cụm điều tra, do vậy công thức tính quyền số =  $1/\text{xác suất chọn hộ trong tầng } s = 1/(EA_s * 25/hh_s)$ , trong đó  $s$  là tầng thành thị/nông

thôn; EAs là số cụm điều tra thuộc tầng s; hh<sub>s</sub> là số hộ ở trong tầng s; 25 là số hộ được chọn cho từng cụm điều tra (*Phụ lục 2 về phương pháp tính toán quyền số*).

## 2.5. ĐẠO ĐỨC TRONG NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu này đã được Bộ Y tế thẩm định và có quyết định phê duyệt cho triển khai thực hiện; Hội đồng đạo đức trong nghiên cứu y sinh học Viện Vệ sinh dịch tễ Trung ương chấp thuận về các khía cạnh khoa học và đạo đức. Ngoài ra, sáu địa phương nơi tiến hành nghiên cứu là Hà Nội, Điện Biên, Bình Định, Đắk Lắk, Đồng Nai và Đồng Tháp đều có văn bản đồng ý phối hợp của Sở Y tế để triển khai nghiên cứu.

Trước khi tiến hành phỏng vấn, tất cả các đối tượng tham gia nghiên cứu đều được thông báo trước về mục đích, nội dung nghiên cứu để đối tượng tham gia tự nguyện và cung cấp các thông tin chính xác. Những cá nhân/hộ gia đình nào từ chối phỏng vấn thì loại khỏi mẫu nghiên cứu, không ép buộc. Khi tham gia vào nghiên cứu này người tham gia không có nguy cơ gì về sức khỏe, kinh tế, xã hội cũng như nguy cơ về tiết lộ thông tin vì mọi thông tin cá nhân/hộ gia đình sẽ được mã hóa dưới dạng số. Các thông tin chỉ phục vụ mục đích nghiên cứu. Người tham gia nghiên cứu mất khoảng 1 tiếng để trả lời theo bộ câu hỏi có sẵn. Sau khi hoàn thành các câu hỏi, hộ gia đình được nhận một khoản kinh phí cho việc dành thời gian để cung cấp thông tin. Các số liệu, thông tin trong luận án có nguồn gốc rõ ràng và được trích dẫn đầy đủ. Các tài liệu tham khảo đã được công bố.

**Vai trò của nghiên cứu sinh trong nghiên cứu này:** Là một nghiên cứu viên chính của Viện Chiến lược và Chính sách Y tế, Nghiên cứu sinh được trực tiếp tham gia vào các giai đoạn của nghiên cứu của Viện bao gồm: Thiết kế đề cương nghiên cứu; xây dựng bộ công cụ nghiên cứu; tập huấn điều tra viên; giám sát điều tra tại thực địa; làm sạch số liệu; phân tích số liệu và viết báo cáo chuyên đề. Sau khi nghiên cứu của Viện hoàn tất, nghiên cứu sinh được phép sử dụng một phần số liệu của đề tài để phát triển luận án tiến sĩ của nghiên cứu sinh.

### CHƯƠNG 3: KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

#### 3.1. THỰC TRẠNG SỬ DỤNG DỊCH VỤ KCB CỦA NGƯỜI DÂN Ở 6 TỈNH THUỘC CÁC VÙNG KINH TẾ XÃ HỘI VIỆT NAM NĂM 2015

Nghiên cứu đã tiến hành điều tra 6.150 hộ gia đình trên 246 cụm điều tra với tổng số thành viên là 25.849 người. Trong nghiên cứu này, do công tác tổ chức điều tra được triển khai rất tốt và bài bản nên không có hộ không hợp tác trả lời.

##### 3.1.1. Đặc điểm chung của người tham gia nghiên cứu tại các tỉnh nghiên cứu

**Bảng 3.1: Thông tin cơ bản của người tham gia nghiên cứu tại 6 tỉnh (tỷ lệ %)**

Nội dung	Hà Nội	Điện Biên	Bình Định	Đắk Lắk	Đồng Nai	Đồng Tháp	Chung
	n=7.108	n=3.838	n=4.132	n=2.812	n=4.145	n=3.814	n=25.849
<i>Giới tính:</i>							
- Nam	49,0	49,4	48,0	49,9	47,8	47,4	48,6
- Nữ	51,0	50,6	52,0	50,1	52,2	52,6	51,4
<i>Nhóm tuổi:</i>							
- Dưới 6 tuổi	11,2	14,1	9,2	9,5	8,6	8,6	10,3
- 6-18 tuổi	17,2	23,6	17,8	21,9	18,2	18,1	19,1
- 19-39 tuổi	29,1	33,5	30,6	32,4	31,2	30,5	30,9
- 40-59 tuổi	25,8	19,2	25,5	26,2	28,3	28,4	25,6
- 60 tuổi trở lên	16,8	9,6	16,8	9,9	13,7	14,4	14,1
<i>Trình độ học vấn:</i>							
- Dưới tiểu học	26,3	49,4	28,6	30,7	25,2	39,0	32,2
- Hết tiểu học	12,6	16,3	23,6	22,5	20,7	27,4	19,5
- Hết THCS	23,8	15,8	23,0	25,9	22,0	16,6	21,4
- Hết THPT, Sơ/TC	23,7	11,9	16,0	14,2	21,0	11,6	17,4
- Hết CĐ, ĐH	13,7	6,6	8,9	6,8	11,2	5,5	9,5
<i>Dân tộc:</i>							
- Kinh	97,0	24,1	93,4	82,4	97,1	99,8	84,4
- Dân tộc khác	3,0	75,9	6,6	17,6	2,9	0,2	15,6
<i>Khu vực cư trú:</i>							
- Thành thị	56,4	34,7	49,2	45,7	61,6	45,8	50,1
- Nông thôn	43,6	65,3	50,9	54,3	38,4	54,3	49,9

Kết quả bảng 3.1 cho thấy trong toàn bộ quần thể nghiên cứu, nữ giới chiếm tỷ lệ là 51,4% và nam giới là 48,6%. Nhóm tuổi từ 19-39 chiếm tỷ lệ cao nhất 30,9%, 40-59 chiếm 25,6%, thấp nhất là nhóm dưới 6 tuổi (10,3%). Về trình độ học vấn thì nhóm có trình độ dưới tiểu học chiếm tỷ lệ cao nhất 32,2%, chiếm đa số là nhóm có trình độ tiểu học và trung học cơ sở (40,9%). Nhóm có trình độ cao từ cao đẳng, đại học trở lên chỉ chiếm 9,5%. Trong quần thể nghiên cứu tại 6 tỉnh thì tỷ lệ người tham gia nghiên cứu là người Kinh chiếm 84,4%, người dân tộc chỉ chiếm 15,6%. Phân bố tỷ lệ người sống ở khu vực nông thôn và thành thị trong nghiên cứu này là tương đương nhau.

Khi xem xét phân bố giữa các tỉnh, thấy rằng: ở tất cả các tỉnh, tỷ lệ nữ giới đều cao hơn nam giới. Về nhóm tuổi, tỷ lệ trẻ dưới 6 tuổi cao nhất ở Điện Biên (14,1%) và thấp nhất ở Đồng Nai, Đồng Tháp với 8,6%. Nhóm người cao tuổi (từ 60 trở lên) có tỷ lệ cao nhất ở Hà Nội và Bình Định (16,6%) và thấp nhất ở Điện Biên (9,6%). Về trình độ học vấn thì Điện Biên là tỉnh có tỷ lệ có trình độ học vấn dưới tiểu học cao nhất 49,4%, tiếp theo là Đồng Tháp 39% và thấp nhất là Đồng Nai với 25,2%. Trong khi đó tỷ lệ có trình độ cao đẳng và trên đại học cao hơn cả ở 2 tỉnh là Hà Nội (13,7%) và Đồng Nai (11,2%). Phân bố tỷ lệ người tham gia nghiên cứu là người dân tộc chủ yếu tập trung ở 2 tỉnh miền núi và cao nguyên là Điện Biên và Đắk Lắk, trong đó Điện Biên chiếm tỷ lệ cao nhất với 75,9% và 17,6% ở Đắk Lắk. Các tỉnh còn lại có tỷ lệ người dân tộc tham gia nghiên cứu dưới 10%. Trong 6 tỉnh nghiên cứu thì tỷ lệ người tham gia nghiên cứu sống ở khu vực thành thị chiếm tỷ lệ cao nhất (61,6%) ở Đồng Nai, Hà Nội chiếm 56,4% và thấp nhất ở Điện Biên (34,7%).

### 3.1.2. Tình hình sử dụng dịch vụ khám chữa bệnh ngoại trú của người ốm/bệnh tại 6 tỉnh

#### a/ Tình hình ốm/bệnh trong vòng 4 tuần

**Bảng 3.2: Tỷ lệ % (gia quyền) người ốm/bệnh trong vòng 4 tuần phân theo tỉnh và thành thị/nông thôn**

Tỉnh	Thành thị			Nông thôn			Chung		
	Số điều tra	Ốm/bệnh		Số điều tra	Ốm/bệnh		Số điều tra	Ốm/bệnh	
		n	%		n	%		n	%
1. Hà Nội	4.012	767	19,1	3.096	761	24,6	7.108	1.528	21,9
2. Điện Biên	1.331	481	36,1	2.507	501	20,0	3.838	982	22,6
3. Bình Định	2.031	640	31,5	2.101	711	33,8	4.132	1.351	33,1
4. Đắk Lắk	1.285	459	35,7	1.527	530	34,7	2.812	989	35,0
5. Đồng Nai	2.553	506	19,8	1.592	344	21,6	4.145	850	21,0
6. Đồng Tháp	1.745	384	22,0	2.069	476	23,0	3.814	860	22,8
<b>Tổng số</b>	<b>12.957</b>	<b>3.237</b>	<b>21,8</b>	<b>12.892</b>	<b>3.323</b>	<b>26,0</b>	<b>25.849</b>	<b>6.560</b>	<b>24,4</b>

Nhận xét: Trong tổng số 25.849 thành viên thuộc 6.152 hộ gia đình được điều tra có 6.560 người báo cáo có bị ốm trong 4 tuần, chiếm tỷ lệ ốm trong quần thể mẫu là 25,4%. Sau khi gia quyền, tỷ lệ ốm 4 tuần suy rộng cho cả 6 tỉnh là 24,4%. Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về tỷ lệ ốm 4 tuần giữa khu vực thành thị và nông thôn. Tỷ lệ ốm 4 tuần ở thành thị là 21,8% thấp hơn so với nông thôn (26%),  $p < 0.001$ .

Có sự khác biệt về tỷ lệ ốm 4 tuần giữa các tỉnh nghiên cứu. Tỷ lệ ốm 4 tuần ở Đắk Lắk là 35% và Bình Định (33,8%) cao hơn so với Hà Nội, Điện Biên, Đồng Nai và Đồng Tháp, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,001$ .

So sánh giữa thành thị và nông thôn trong từng tỉnh, thấy rằng: tỷ lệ ốm 4 tuần ở thành thị Điện Biên là 36,1% cao hơn so với nông thôn Điện Biên (20%),  $p=0,0001$ ; tỷ lệ ốm 4 tuần ở thành thị Hà Nội là 19,1% thấp hơn so với nông thôn Hà Nội (24,6%),  $p=0,002$ .

**Bảng 3.3: Tỷ lệ % (gia quyền) lượt ốm/bệnh trong vòng 4 tuần phân theo tỉnh, thành thị/nông thôn và mức độ ốm/bệnh**

Tỉnh	Thành thị				Nông thôn				Chung			
	Lượt ốm	Mức độ ốm/bệnh			Lượt ốm	Mức độ ốm/bệnh			Lượt ốm	Mức độ ốm/bệnh		
		Nặng <i>n (%)</i>	Vừa <i>n (%)</i>	Nhẹ <i>n (%)</i>		Nặng <i>n (%)</i>	Vừa <i>n (%)</i>	Nhẹ <i>n (%)</i>		Nặng <i>n (%)</i>	Vừa <i>n (%)</i>	Nhẹ <i>n (%)</i>
Hà Nội	879	183 (20,8)	280 (31,9)	416 (47,3)	928	225 (24,3)	352 (37,9)	351 (37,8)	1.807	408 (22,8)	632 (35,4)	767 (41,8)
Điện Biên	553	114 (20,6)	225 (40,7)	214 (38,7)	546	146 (26,7)	235 (43,0)	165 (30,2)	1.099	260 (25,1)	460 (42,4)	379 (32,5)
Bình Định	821	210 (25,6)	361 (44,0)	250 (30,5)	935	270 (28,9)	377 (40,3)	288 (30,8)	1.756	480 (27,9)	738 (41,4)	538 (30,7)
Đắk Lắk	567	130 (22,9)	242 (42,7)	195 (34,4)	609	164 (26,9)	259 (42,5)	186 (30,5)	1.176	294 (25,9)	501 (42,6)	381 (31,5)
Đồng Nai	531	79 (14,9)	218 (41,1)	234 (44,1)	349	86 (24,6)	122 (35,0)	141 (40,4)	880	165 (21,5)	340 (36,9)	375 (41,6)
Đồng Tháp	453	74 (16,3)	179 (39,5)	200 (44,2)	545	97 (17,8)	208 (38,2)	240 (44,0)	998	171 (17,5)	387 (38,4)	440 (44,2)
<b>Tổng số</b>	<b>3.804</b>	<b>790 (20,7)</b>	<b>1.505 (36,6)</b>	<b>1.509 (42,7)</b>	<b>3.912</b>	<b>988 (24,9)</b>	<b>1.553 (38,9)</b>	<b>1.371 (36,2)</b>	<b>7.716</b>	<b>1.778 (23,5)</b>	<b>3.058 (38,2)</b>	<b>2.880 (38,4)</b>

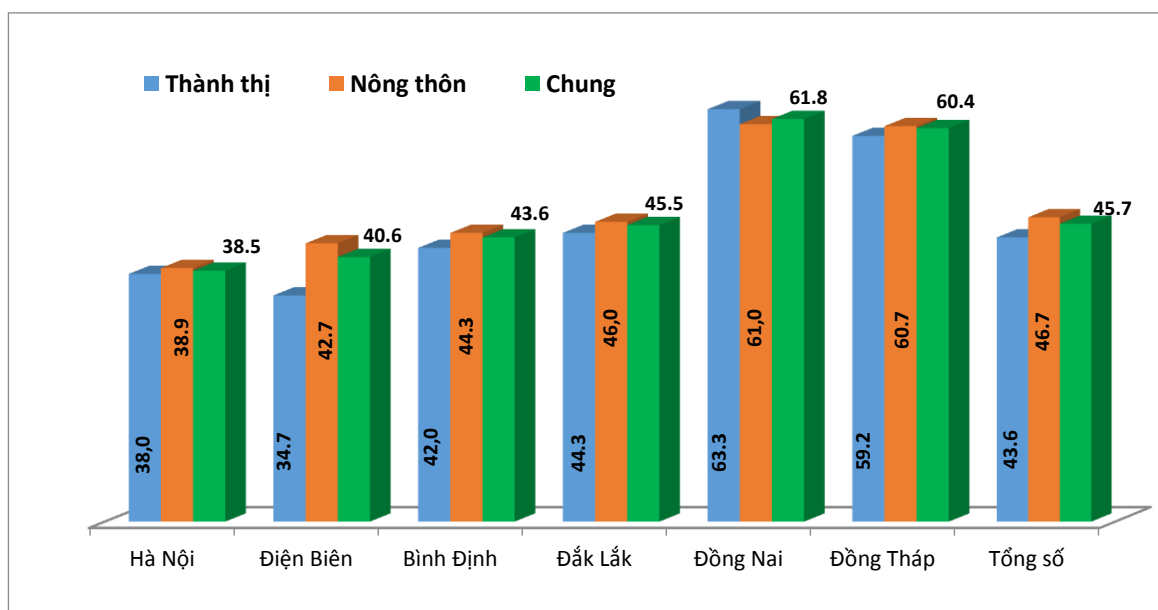
Nhận xét: Trong tổng số 7.716 lượt ốm của 6.560 người báo cáo bị ốm/bệnh trong vòng 4 tuần thì tỷ lệ lượt ốm nặng chiếm 23,5%, ốm vừa là 38,2% và ốm nhẹ là 38,4%. Khi so sánh cùng mức độ ốm nặng, thì tỷ lệ lượt ốm nặng ở thành thị (20,7%) thấp hơn so với nông thôn (24,9%),  $p=0,023$ . Đối với cùng mức độ ốm nhẹ, tỷ lệ lượt ốm nhẹ ở thành thị (42,7%) cao hơn so với nông thôn (36,2%),  $p=0,005$ . Không có sự khác biệt giữa thành thị và nông thôn ở mức độ ốm vừa.

Khi so sánh giữa các tỉnh, với cùng mức độ ốm nhẹ thì tỷ lệ lượt ốm nhẹ ở Đồng Tháp (42,2%), Đồng Nai (41,6%) và Hà Nội (41,8%) cao hơn có ý nghĩa thống kê so với Bình Định, Điện Biên và Đắk Lắk với  $p < 0,05$ .

So sánh mức độ ốm giữa khu vực thành thị và nông thôn trong từng tỉnh thấy rằng: với cùng mức độ ốm nhẹ thì duy nhất tỷ lệ lượt ốm nhẹ ở thành thị Hà Nội (47,3%) cao hơn có ý nghĩa thống kê so với nông thôn (41,8%),  $p = 0,03$ ; Với cùng mức độ ốm nặng thì tỷ lệ lượt ốm nặng ở thành thị Đồng Nai (14,9%) thấp hơn có ý nghĩa thống kê so với nông thôn (24,6%),  $p = 0,005$ . Không có sự khác biệt đối với mức độ ốm vừa (Bảng 3.3).

**b/ Sự khác biệt về tỷ lệ sử dụng dịch vụ KCB ngoại trú khi bị ốm/bệnh trong 4 tuần giữa các nhóm dân cư, thành thị/nông thôn và các tỉnh nghiên cứu**

- Khám chữa bệnh ngoại trú tại 6 tỉnh phân theo khu vực thành thị/nông thôn:



**Hình 3.1: Tỷ lệ % (gia quyền) lượt KCB ngoại trú theo tỉnh và thành thị/nông thôn**

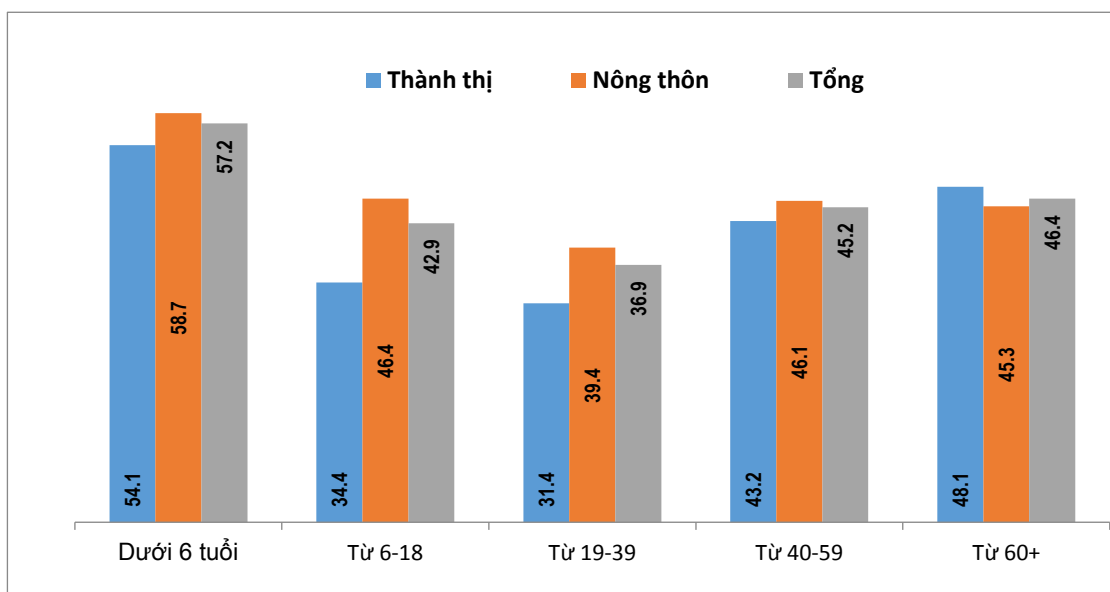
Nhận xét: Tỷ lệ lượt KCB ngoại trú khi bị ốm/bệnh trong khoảng 4 tuần chiếm 45,7%; không có sự khác biệt về tỷ lệ KCB ngoại trú khi ốm 4 tuần giữa thành thị và nông thôn. So sánh tỷ lệ lượt sử dụng KCB ngoại trú giữa 6 tỉnh (hình 3.1) thấy rằng: tỷ lệ lượt KCB ngoại trú ở Đồng Nai là 61,8% và Đồng Tháp (60,4%), cao hơn hẳn so với 4 tỉnh còn lại, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với

$p < 0.001$ ; bên cạnh đó tỷ lệ KCB ngoại trú 4 tuần ở Đắk Lắk (45,5%) cũng cao hơn có ý nghĩa thống kê so với Hà Nội (38,5),  $p = 0,048$ . So sánh sự khác biệt về tỷ lệ lượt KCB ngoại trú giữa khu vực thành thị và nông thôn trong từng tỉnh thấy rằng sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê.

- *Khám chữa bệnh ngoại trú theo tỉnh, thành thị/nông thôn và giới tính:*

Có 46,2% nam giới bị ốm/bệnh đi KCB ngoại trú trong khi đó tỷ lệ này ở nữ giới là 45,3%. Khi phân theo thành thị/nông thôn thì cả nam và nữ ở thành thị đều có tỷ lệ đi KCB ngoại trú thấp hơn nông thôn với tỷ lệ lần lượt là (44,8% và 42,8%) so với (46,9% và 46,5%), nhưng sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê. Xem xét giữa các tỉnh thấy rằng Đồng Nai và Đồng Tháp là 2 tỉnh có tỷ lệ lượt KCB ngoại trú theo giới tính là cao nhất (nam: 58,2% và 59,4%; nữ: 64,7% và 61,2%) so với các tỉnh còn lại ( $p < 0,05$ ).

- *Khám chữa bệnh ngoại trú theo tỉnh, thành thị/nông thôn và nhóm tuổi:*



**Hình 3.2: Tỷ lệ % (gia quyền) lượt KCB ngoại trú phân theo thành thị/nông thôn và nhóm tuổi**

Nhận xét: Nhóm trẻ em dưới 6 tuổi có tỷ lệ lượt KCB ngoại trú cao nhất 57,2% so với các nhóm tuổi còn lại ( $p < 0,05$ ). Khi so sánh sự khác biệt về tỷ lệ KCB ngoại trú giữa thành thị/nông thôn của từng nhóm tuổi thì duy nhất nhóm tuổi 6-18 ở nông thôn có tỷ lệ KCB ngoại trú cao hơn so với thành thị với tỷ lệ là 46,4% so với 34,4%,  $p = 0,01$  (Hình 3.2).

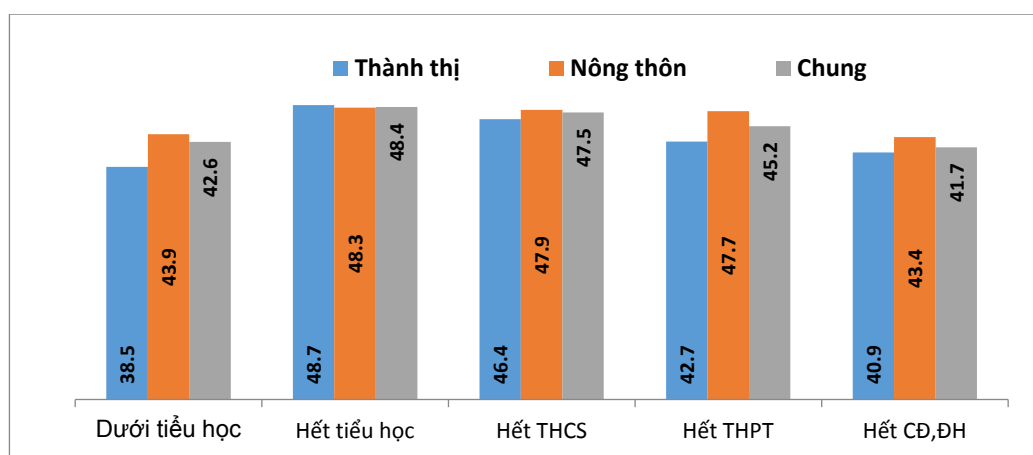


**Bảng 3.4: Tỷ lệ % (gia quyền) lượt KCB ngoại trú phân theo tỉnh và nhóm tuổi**

Nội dung	Hà Nội		Điện Biên		Bình Định		Đắk Lắk		Đồng Nai		Đồng Tháp	
	Lượt ốm	n(%)	Lượt ốm	n(%)	Lượt ốm	n(%)	Lượt ốm	n(%)	Lượt ốm	n(%)	Lượt ốm	n(%)
Dưới 6 tuổi	307	158 (51,8)	199	92 (48,2)	139	76 (55,6)	154	93 (59,4)	103	78 (73,5)	104	75 (70,0)
Từ 6-18	200	66 (33,9)	134	44 (34,7)	207	84 (40,0)	173	84 (52,6)	96	47 (49,0)	115	70 (59,8)
Từ 19-39	284	86 (30,9)	226	69 (34,9)	236	81 (34,6)	206	86 (43,9)	117	59 (50,2)	91	39 (40,2)
Từ 40-59	544	209 (38,6)	298	110 (38,5)	558	240 (43,6)	399	163 (40,6)	311	193 (61,2)	367	212 (59,2)
Từ 60+	472	176 (36,5)	242	110 (48,1)	616	278 (45,9)	244	105 (39,6)	253	172 (68,7)	321	203 (65,8)

Nhận xét: Xem xét việc đi KCB ngoại trú của các nhóm tuổi giữa các tỉnh thấy rằng: Đồng Nai và Đồng Tháp là 2 tỉnh có tỷ lệ KCB ngoại trú cao nhất ở nhóm trẻ dưới 6 tuổi và từ 40 tuổi trở lên so với các tỉnh còn lại, cụ thể: 73,5% (Đồng Nai) và 70% (Đồng Tháp) đối với nhóm dưới 6 tuổi; 61,2% (Đồng Nai) và 59,2% (Đồng Tháp) với nhóm tuổi từ 40-59; 68,7% (Đồng Nai) và 65,8% (Đồng Tháp) với nhóm trên 60 tuổi. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$ . Ngoài ra ở nhóm 6-18 tuổi tỷ lệ KCB ngoại trú tập trung chủ yếu ở Đồng Tháp và Đắk Lắk với tỷ lệ lần lượt 59,8% và 52,6%; sự khác biệt có ý nghĩa thống kê so với Hà Nội, Điện Biên ( $p < 0,05$ ). Đối với nhóm tuổi từ 19-39 thì tỷ lệ KCB ngoại trú cao nhất ở Đồng Nai với 50,2%; cao hơn có ý nghĩa thống kê so với Hà Nội, Điện Biên và Bình Định (Bảng 3.4).

- Khám chữa bệnh ngoại trú theo tỉnh, thành thị/nông thôn và trình độ học vấn:



**Hình 3.3: Tỷ lệ % (gia quyền) lượt KCB ngoại trú phân theo thành thị/nông thôn và học vấn**

Nhận xét: Hình 3.3 cho thấy: trong 6 tỉnh nghiên cứu thì KCB ngoại trú chiếm tỷ lệ cao hơn ở nhóm người ốm có trình độ học vấn hết tiểu học (48,4%); hết THCS (47,5%) và hết THPT (45,2%) so với nhóm có trình độ học vấn dưới tiểu học (42,6%) và CĐ/ĐH (41,7%). Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$ . Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về tỷ lệ KCB ngoại trú theo khu vực thành thị/nông thôn trong từng nhóm trình độ học vấn.

**Bảng 3.5: Tỷ lệ % (gia quyền) lượt KCB ngoại trú phân theo tỉnh và học vấn**

Nội dung	Hà Nội		Điện Biên		Bình Định		Đắk Lắk		Đồng Nai		Đồng Tháp	
	Lượt ốm	n(%)	Lượt ốm	n(%)	Lượt ốm	n(%)	Lượt ốm	n(%)	Lượt ốm	n(%)	Lượt ốm	n(%)
Dưới tiểu học	313	87 (27,8)	424	165 (41,5)	496	195 (39,8)	331	150 (46,2)	198	110 (55,9)	422	242 (58,5)
Hết tiểu học	274	99 (35,6)	192	67 (37,7)	533	242 (47,1)	288	134 (47,7)	233	150 (60,8)	285	193 (67,7)
Hết THCS	601	268 (44,8)	229	101 (44,5)	417	183 (43,3)	320	144 (45,5)	200	131 (66,6)	151	82 (53,8)
Hết THPT	415	173 (42,0)	183	64 (35,4)	234	100 (43,5)	174	74 (39,0)	175	101 (60,2)	100	59 (60,6)
Hết CĐ,ĐH	204	68 (33,5)	71	28 (40,8)	76	39 (47,4)	63	29 (46,9)	74	57 (75,4)	40	23 (48,7)

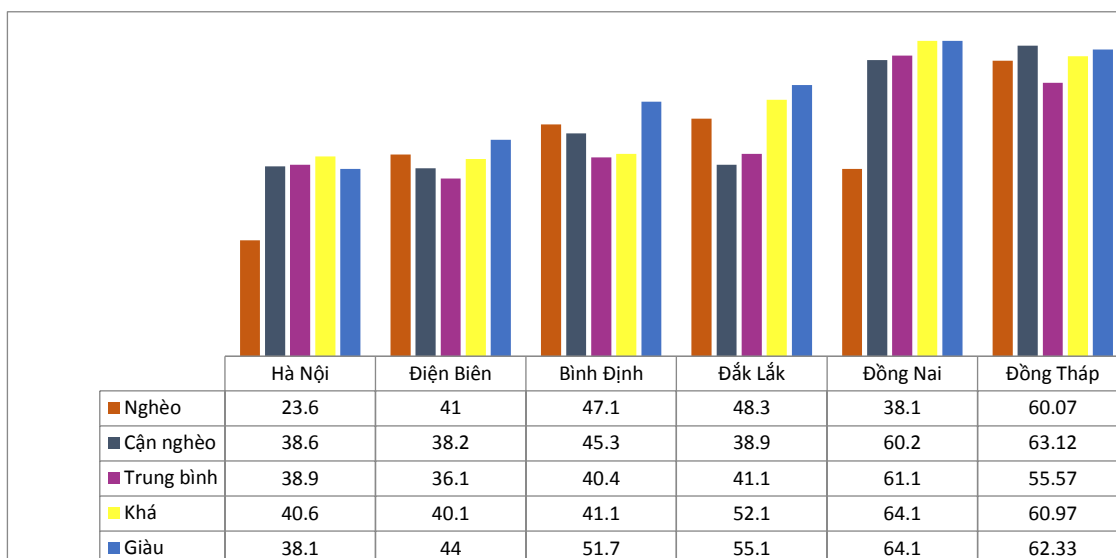
Nhận xét: So sánh sự khác biệt về tỷ lệ KCB ngoại trú giữa các tỉnh ở cùng một trình độ học vấn thấy rằng: Đồng Nai, Đồng Tháp là 2 tỉnh có tỷ lệ lượt KCB ngoại trú cao nhất đối với các nhóm có trình độ học vấn hết THPT trở xuống so với 4 tỉnh còn lại, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$ . Riêng đối với nhóm trình độ học vấn hết CĐ, ĐH thì Đồng Nai có tỷ lệ KCB ngoại trú cao nhất với 75,4% so với 5 tỉnh còn lại ( $p < 0,05$ ) (Bảng 3.5).

- *Khám chữa bệnh ngoại trú theo tỉnh, thành thị/nông thôn và dân tộc:*

Tỷ lệ KCB ngoại trú 4 tuần của người Kinh chiếm 45,3% thấp hơn tỷ lệ này ở người dân tộc (49,6%) với  $p < 0,05$ . Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê khi phân theo khu vực thành thị/nông thôn. Tuy nhiên khi so sánh tỷ lệ KCB ngoại trú giữa các tỉnh nghiên cứu theo dân tộc thấy rằng người Kinh ở Đồng Nai, Đồng Tháp có tỷ lệ KCB ngoại trú lần lượt là 62,2% và 60,4%. Tỷ lệ này cao hơn có ý nghĩa thống kê so với các tỉnh còn lại ( $p < 0,05$ ). Đối với người dân tộc do phân bố mẫu ở một số tỉnh như Hà Nội, Đồng Nai, Đồng Tháp quá nhỏ (<30 người) nên không so sánh với chỉ số này.

- *Khám chữa bệnh ngoại trú theo tỉnh, thành thị/nông thôn và mức sống:*

Người ốm/bệnh thuộc nhóm mức sống khá có tỷ lệ KCB ngoại trú cao nhất với 48,5%; mức sống nghèo/cận nghèo đứng thứ hai với 47%; nhóm trung bình là 44,9%; và thấp nhất (42,2%) ở nhóm giàu. Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về tỷ lệ KCB ngoại trú giữa các nhóm mức sống và theo thành thị/nông thôn.

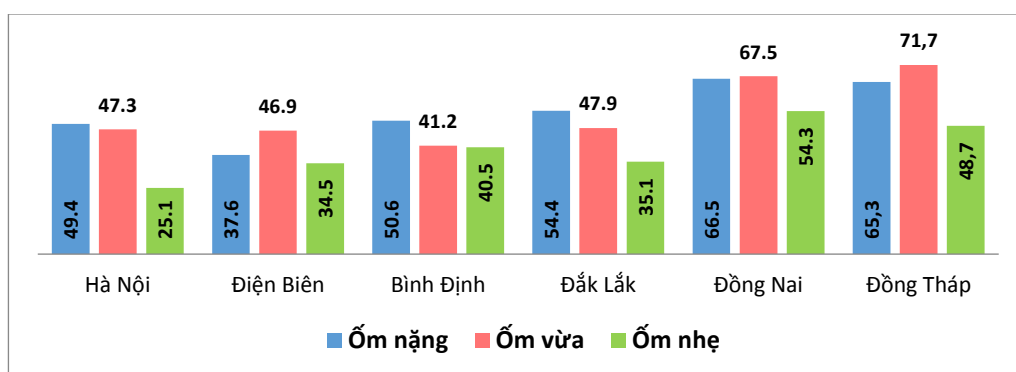


**Hình 3.4: Tỷ lệ % (gia quyền) lượt KCB ngoại trú theo tỉnh và mức sống**

Nhận xét: Khi so sánh tỷ lệ KCB trong cùng một nhóm mức sống giữa 6 tỉnh nghiên cứu thấy rằng: Người bệnh thuộc nhóm nghèo của Hà Nội có tỷ lệ đi KCB ngoại trú (23,6%) thấp nhất so với các tỉnh còn lại ( $p < 0,05$ ). Đối với người bệnh thuộc các nhóm mức sống từ cận nghèo trở lên đều có tỷ lệ KCB ngoại trú cao nhất ở 2 tỉnh Đồng Nai, Đồng Tháp so với các tỉnh còn lại ( $p < 0,05$ ) (Hình 3.4).

- *Khám chữa bệnh ngoại trú theo tỉnh, thành thị/nông thôn và mức độ ốm:*

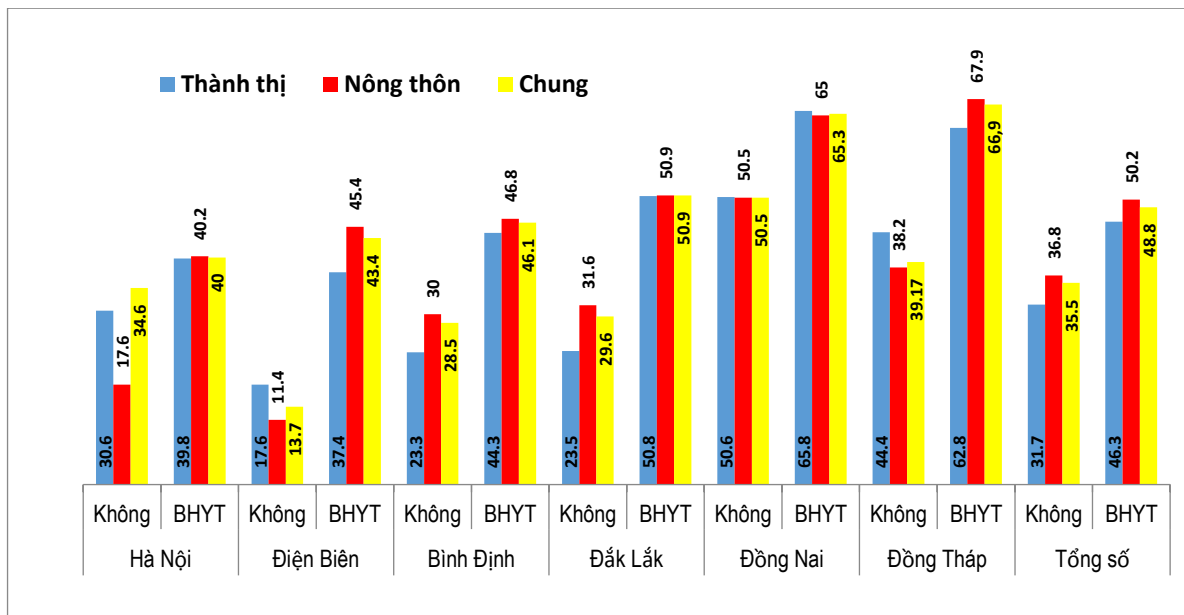
Người ốm/bệnh ở mức độ nặng đi KCB ngoại trú với tỷ lệ 53,3%; mức độ vừa (51,3%) và mức độ nhẹ là 35,3%. Có sự khác biệt về tỷ lệ KCB ngoại trú ở người ốm/bệnh ở mức độ nhẹ so với ốm mức độ vừa/nặng với  $p = 0,0001$ . Không có sự khác biệt về tỷ lệ KCB ngoại trú theo mức độ ốm giữa khu vực thành thị và nông thôn.



**Hình 3.5: Tỷ lệ % (gia quyền) lượt KCB ngoại trú theo tỉnh và mức độ ốm**

**Nhận xét:** Khi xem xét tỷ lệ KCB ngoại trú theo mức độ ốm giữa 6 tỉnh thấy rằng: ở cả 3 mức độ ốm thì tỷ lệ đi KCB ngoại trú ở Đồng Nai và Đồng Tháp đều chiếm tỷ lệ cao nhất (>65% với mức độ nặng, >67% với mức độ vừa, >48% với mức độ nhẹ), sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$  so với 4 tỉnh còn lại (Hình 3.5).

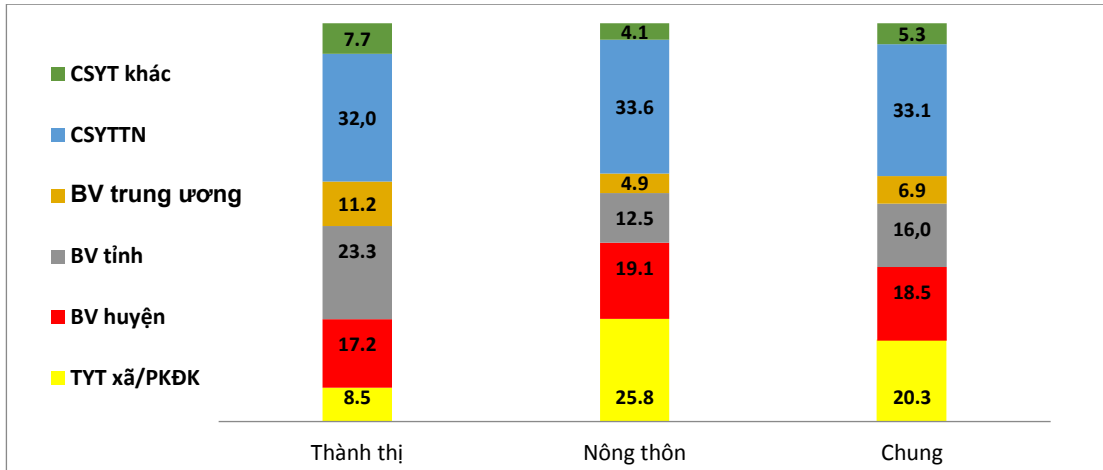
- Khám chữa bệnh ngoại trú theo tỉnh, thành thị/nông thôn và BHYT:



**Hình 3.6: Tỷ lệ % (gia quyền) lượt KCB ngoại trú theo tỉnh, thành thị/nông thôn và BHYT**

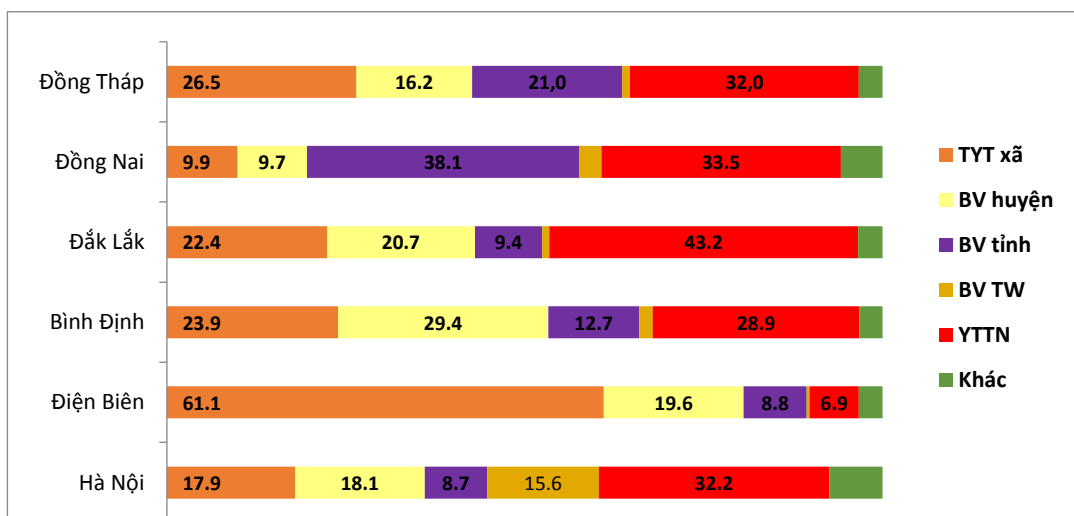
**Nhận xét:** Hình 3.6 cho thấy tỷ lệ KCB ngoại trú ở nhóm có BHYT (48,8%) cao hơn hẳn so với nhóm không có BHYT (35,5%),  $p=0,0001$ . Tỷ lệ KCB ngoại trú có BHYT ở khu vực nông thôn là 50,2% cao hơn so với khu vực thành thị (46,3%) tuy nhiên sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê,  $p=0,09$ . So sánh giữa các tỉnh thấy rằng tỷ lệ KCB ngoại trú ở nhóm có BHYT vẫn cao nhất ở Đồng Nai và Đồng Tháp với tỷ lệ trên 65%, cao hơn so với 4 tỉnh còn lại ( $p < 0,01$ ). Bên cạnh đó tỷ lệ KCB ngoại trú ở nhóm có BHYT của Bình Định và Đắk Lắk cũng cao hơn có ý nghĩa thống kê ( $p < 0,05$ ) so với Hà Nội. Không có sự khác biệt về tỷ lệ KCB ngoại trú ở nhóm có BHYT giữa thành thị và nông thôn của các tỉnh.

c/ Sự khác biệt về lựa chọn CSYT trong KCB ngoại trú khi bị ốm/bệnh trong vòng 4 tuần giữa thành thị/nông thôn và các tỉnh nghiên cứu



**Hình 3.7: Tỷ lệ % (gia quyền) lượt KCB ngoại trú tại các CSYT phân theo thành thị/nông thôn**

Nhận xét: Trong số những người ốm/bệnh 4 tuần qua có sử dụng dịch vụ KCB ngoại trú thì tỷ lệ KCB ngoại trú tại CSYT tư nhân chiếm tỷ lệ cao nhất (33,1%), tiếp theo là TYT xã (23,3%), BV huyện là 18,5%, BV tỉnh (16%), BV trung ương (6,9%), và CSYT khác chiếm 5,3%. Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về tỷ lệ KCB ngoại trú ở TYT xã giữa khu vực thành thị và nông thôn (8,5% so với 25,8%),  $p < 0,001$ . Ngược lại tỷ lệ KCB ngoại trú ở BV tỉnh và BV trung ương ở khu vực thành thị là 34,5% cao hơn so với khu vực nông thôn (17,4%),  $p < 0,001$  (Hình 3.7).



**Hình 3.8: Tỷ lệ % (gia quyền) lượt KCB ngoại trú tại các cơ sở y tế phân theo tỉnh**

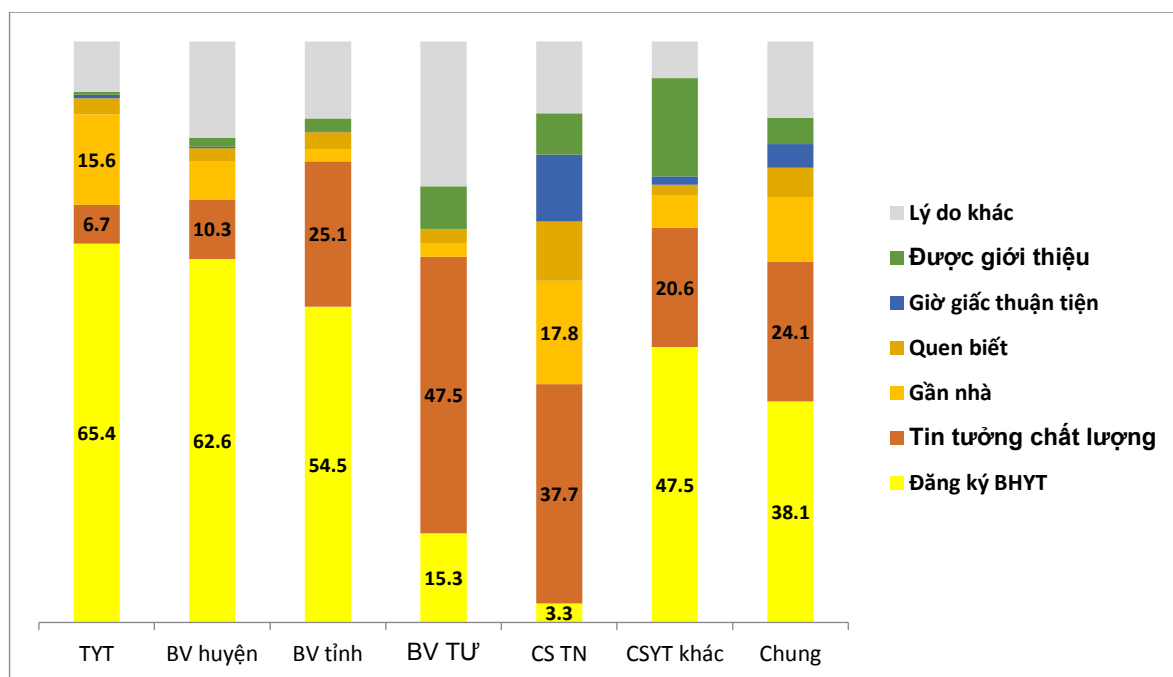
Nhận xét: Khi xem xét sự khác biệt về loại CSYT được sử dụng để KCB ngoại trú thấy rằng: Ở Điện Biên, người bệnh chủ yếu sử dụng TYT xã để KCB ngoại trú với tỷ lệ cao nhất (61,1%) so với các tỉnh còn lại ( $p < 0,05$ ), thấp nhất ở Đồng Nai với 9,9%. Cơ sở YTTN được lựa chọn để KCB ngoại trú với tỷ lệ rất cao ( $> 30\%$ ) ở hầu hết các tỉnh ngoại trừ Điện Biên, trong đó cao nhất ở Đắk Lắk với 43,2% ( $p < 0,05$ ). KCB ngoại trú tại BV tỉnh cao nhất ở Đồng Nai với 38,1% so với các tỉnh còn lại ( $p < 0,05$ ), tại BV trung ương cao nhất ở Hà Nội (15,6%) (Hình 3.8).

**Bảng 3.6: Số lượt KCB ngoại trú trung bình (gia quyền) phân theo cơ sở y tế**

Cơ sở y tế	Số lượt KCB ngoại trú trung bình
- TYT xã/PKĐK khu vực	1,13
- BV huyện	1,12
- BV tỉnh	1,09
- BV trung ương	1,09
- Phòng khám/BV tư nhân	1,13
- Cơ sở y tế khác	1,09
Chung	1,12

Nhận xét: Một người ốm/bệnh trong vòng 4 tuần có số lượt KCB trung bình là 1,12 lượt. Khi phân theo các loại hình cơ sở y tế thấy rằng TYT xã/PKĐKKV và cơ sở y tế tư nhân vẫn là nơi mà người ốm/bệnh tìm đến với số lượt KCB ngoại trú bình quân cao nhất 1,13 lượt (Bảng 3.6).

• Lý do quyết định lựa chọn cơ sở y tế trong KCB ngoại trú



**Hình 3.9: Tỷ lệ % (gia quyền) lý do quan trọng nhất để KCB ngoại trú tại các CSYT**

Nhận xét: Khi xem xét lý do quan trọng nhất khiến người bệnh lựa chọn CSYT để KCB ngoại trú thấy rằng đăng ký BHYT tại CSYT vẫn là lý do khiến người bệnh tới KCB ngoại trú tại CSYT với tỷ lệ cao nhất (38,1%), tin tưởng chất lượng là lý do xếp thứ hai với 24,1%, các lý do khác dao động khoảng dưới 10%. So sánh lý do lựa chọn KCB ngoại trú theo loại hình CSYT cho thấy: người bệnh lựa chọn KCB ngoại trú tại TYT xã, BV huyện và BV tỉnh chủ yếu là do đăng ký BHYT tại đây với tỷ lệ lần lượt là 65,4%; 62,6% và 54,5%. Tuy nhiên để đảm bảo chất lượng thì họ lại lựa chọn KCB ngoại trú tại BV trung ương (47,5%), CSYT tư nhân (37,7%) và BV tỉnh (25,1%), chỉ có khoảng 6% người bệnh KCB tại TYT xã vì tin tưởng chất lượng tại cơ sở này. Ngoài ra có tới 17,8% người bệnh KCB ngoại trú tại CSYT tư nhân và 15,6% tại TYT xã vì lý do gần nhà (Hình 3.9).



**Bảng 3.7: Tỷ lệ % (gia quyền) loại dịch vụ y tế được cung cấp tại các CSYT**

Nội dung	TYT xã	BV huyện	BV tỉnh	BV TƯ	CSYT tư nhân	CSYT khác	Chung
Khám bệnh	96,4	98,5	98,3	98,0	93,6	89,8	96,0
Tiêm/truyền	8,0	8,4	6,3	18,0	19,9	6,8	12,4
Xét nghiệm	5,0	41,3	40,4	50,7	12,9	30,3	24,5
CDHA	3,9	40,4	37,4	53,2	22,2	31,6	26,9
Thủ thuật	0,9	2,4	2,8	4,0	3,2	3,3	2,6
Đông y	0,3	2,0	1,1	0,6	1,3	9,7	1,6
Vật lý trị liệu	0,3	0,4	0,7	0	0,4	2,5	0,5
Mua/cấp thuốc	79,1	68,1	83,2	72,4	82,6	81,0	78,5
Dịch vụ khác	1,0	0,5	0,7	1,8	1,3	0,3	1,0

Nhận xét: Nhìn chung các dịch vụ được cung cấp tại các CSYT chủ yếu là khám bệnh (96%) và bán/cấp thuốc (78,5%). Bên cạnh đó các dịch vụ cận lâm sàng như xét nghiệm hoặc chẩn đoán hình ảnh cũng chiếm khoảng 25% và chủ yếu được cung cấp ở các bệnh viện huyện, tỉnh và trung ương trong đó cao nhất ở BV tuyến trung ương với tỷ lệ trên 50% (Bảng 3.7).

- *Khó khăn gặp phải khi sử dụng KCB ngoại trú tại các cơ sở y tế*

**Bảng 3.8: Tỷ lệ % (gia quyền) lượt KCB ngoại trú gặp khó khăn phân theo loại CSYT**

Nội dung	TYT xã	BV huyện	BV tỉnh	BV TƯ	CSYT tư nhân	CSYT khác	Chung
Tỷ lệ lượt KCB ngoại trú gặp khó khăn	12,1	18,6	24,6	22,1	12,7	15,5	16,4
<b>Loại khó khăn:</b>							
- Về khoảng cách	51,9	26,4	32,8	49,8	16,7	16,5	31,0
- Về chi trả	18,2	28,1	27,1	35,1	66,1	26,5	36,7
- Về thời gian chờ đợi	8,1	36,1	39,4	33,2	13,0	58,2	27,5
- Về thủ tục HC	0,0	11,5	6,0	6,4	0,4	12,3	5,2
- Thiếu thuốc	8,1	0,9	2,4	1,1	0,0	0,0	2,1
- Thiếu trang thiết bị	0,0	3,7	0,4	0,0	0,0	0,0	0,9
- CSVC không đảm bảo	0,0	1,9	1,8	1,1	3,3	0,0	1,8
- Thiếu BS/NV y tế	0,0	0,0	0,4	0,0	0,0	5,3	0,4
- Thái độ NV không tốt	17,0	20,2	8,0	3,5	10,1	5,3	11,9
- Bất đồng ngôn ngữ	0,0	2,4	0,0	0,0	0,0	0,0	0,5
- Khó khăn khác	9,1	6,6	7,9	2,8	0,4	14,2	5,7

Nhận xét: Có 16,4% lượt KCB ngoại trú còn gặp khó khăn, trong đó khó khăn ở bệnh viện tỉnh chiếm tỷ lệ cao nhất với 24,6%. Trong số các khó khăn mà người bệnh gặp phải thì chiếm tỷ lệ cao nhất là khó khăn về chi trả (36,7%), về khoảng cách với 31%, về thời gian chờ đợi (27,5%) và về thái độ của nhân viên y tế (11,9%), các khó khăn khác chỉ chiếm tỷ lệ dưới 6%. Khi xem xét khó khăn đối với từng loại hình CSYT thấy rằng ngay TYT xã là nơi gần người dân nhất nhưng vẫn có tới 51,9% khó khăn về khoảng cách khi tiếp cận TYT xã, khó khăn này chủ yếu tập trung ở tỉnh miền núi Điện Biên. Đối với khó khăn về chi trả thì CSYT tư nhân chiếm tỷ lệ cao nhất (66,1%). Trong khi ở khu vực bệnh viện công từ tuyến huyện, tỉnh, trung ương đều có tỷ lệ khoảng trên 33% khó khăn về thời gian chờ đợi. Và vẫn có một tỷ lệ nhất định lượt KCB ngoại trú gặp khó khăn về thái độ của nhân viên y tế, trong đó tập trung với tỷ lệ cao nhất ở BV huyện với 20,2% và TYT xã với 17% (Bảng 3.8).

### 3.1.3. Tình hình sử dụng dịch vụ KCB bệnh nội trú của người ốm/bệnh tại 6 tỉnh

*a/ Sự khác biệt về tỷ lệ sử dụng dịch vụ KCB nội trú trong 4 tuần qua giữa các nhóm dân cư, thành thị/nông thôn và các tỉnh nghiên cứu*

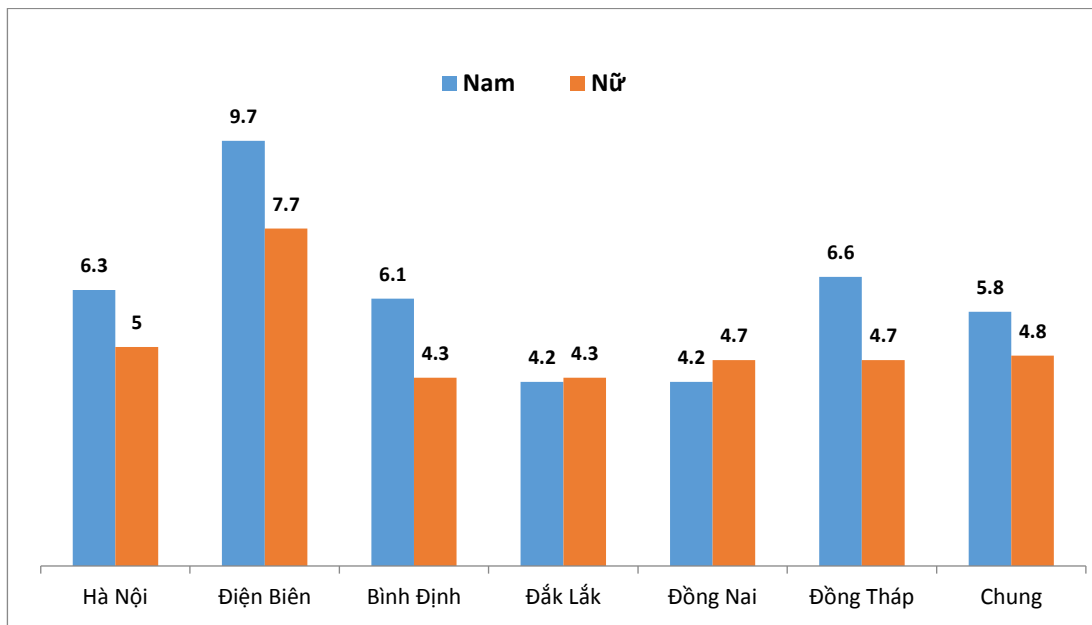
- Khám chữa bệnh nội trú theo tỉnh, thành thị/nông thôn:

**Bảng 3.9: Tỷ lệ % (gia quyền) lượt KCB nội trú trong 4 tuần qua phân theo tỉnh và thành thị/nông thôn**

Tỉnh	Thành thị			Nông thôn			Chung		
	Số lượt ốm	KCB nội trú		Số lượt ốm	KCB nội trú		Số lượt ốm	KCB nội trú	
		<i>n</i>	%		<i>n</i>	%		<i>n</i>	%
1. Hà Nội	879	61	7,0	928	42	4,5	1.807	103	5,5
2. Điện Biên	553	25	4,5	546	55	10,1	1.099	80	8,6
3. Bình Định	821	43	5,2	935	46	4,9	1.756	89	5,0
4. Đắk Lắk	567	13	2,3	609	30	4,9	1.176	43	4,2
5. Đồng Nai	531	26	4,9	349	15	4,3	880	41	4,5
6. Đồng Tháp	453	24	5,3	545	30	5,5	998	54	5,5
<b>Tổng số</b>	<b>3.804</b>	<b>192</b>	<b>5,7</b>	<b>3.912</b>	<b>218</b>	<b>4,9</b>	<b>7.716</b>	<b>410</b>	<b>5,2</b>

Nhận xét: Số liệu từ bảng 3.9 cho thấy trong tổng số 7.716 lượt ốm/bệnh trong 4 tuần kể từ ngày điều tra chỉ có 410 lượt sử dụng dịch vụ KCB nội trú ở lần KCB gần nhất (chiếm 5,2%), không có sự khác biệt về tỷ lệ KCB nội trú giữa khu vực thành thị (5,7%) và nông thôn (4,9%). Khi so sánh giữa 6 tỉnh nghiên cứu thấy rằng tỷ lệ KCB nội trú trong 4 tuần qua chiếm tỷ lệ cao nhất ở Điện Biên (8,6%) so với các tỉnh còn lại, tuy nhiên sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê. So sánh giữa khu vực thành thị và nông thôn của các tỉnh cho thấy tỷ lệ KCB nội trú ở khu vực nông thôn Điện Biên là cao nhất (10,1%) so với các tỉnh còn lại, nhưng sự khác biệt này cũng không có ý nghĩa thống kê.

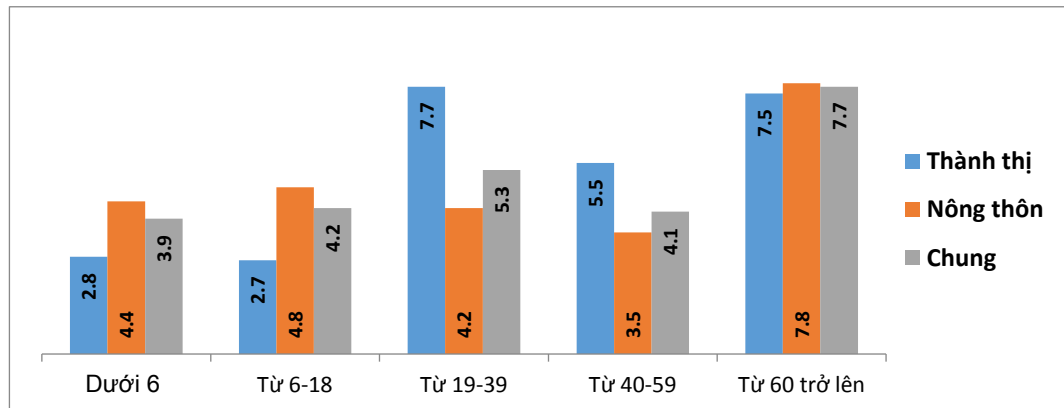
- *Khám chữa bệnh nội trú theo tỉnh và giới tính:*



**Hình 3.10: Tỷ lệ % (gia quyền) lượt KCB nội trú trong 4 tuần theo tỉnh và giới tính**

Nhận xét: Hình 3.10 cho thấy có 5,8% lượt KCB nội trú trong 4 tuần xảy ra ở nam giới, trong khi tỷ lệ này ở nữ giới là 4,8%. Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về tỷ lệ KCB nội trú theo thành thị/nông thôn và giới tính. Khi xem xét phân bố tỷ lệ KCB nội trú theo tỉnh và giới tính thấy rằng nam giới ở một số tỉnh có xu hướng đi KCB nội trú nhiều hơn so với nữ giới, tuy nhiên sự khác biệt này cũng không có ý nghĩa thống kê.

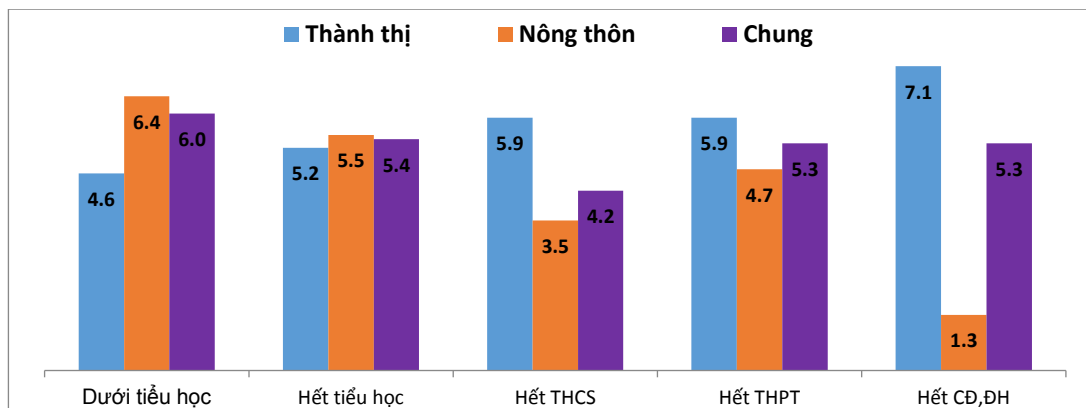
- Khám chữa bệnh nội trú theo thành thị/nông thôn và nhóm tuổi



**Hình 3.11: Tỷ lệ % (gia quyền) lượt KCB nội trú trong 4 tuần qua theo thành thị/nông thôn và nhóm tuổi**

Nhận xét: Tỷ lệ KCB nội trú chiếm tỷ lệ cao nhất ở nhóm từ 60 tuổi trở lên (7,7%) so với các nhóm tuổi còn lại với  $p=0,0002$ . Duy nhất nhóm tuổi 19-39 có sự khác biệt về tỷ lệ KCB nội trú giữa thành thị và nông thôn với tỷ lệ lần lượt là 7,7% và 4,2 ( $p=0,03$ ) (Hình 3.11).

- Khám chữa bệnh nội trú theo thành thị/nông thôn và trình độ học vấn

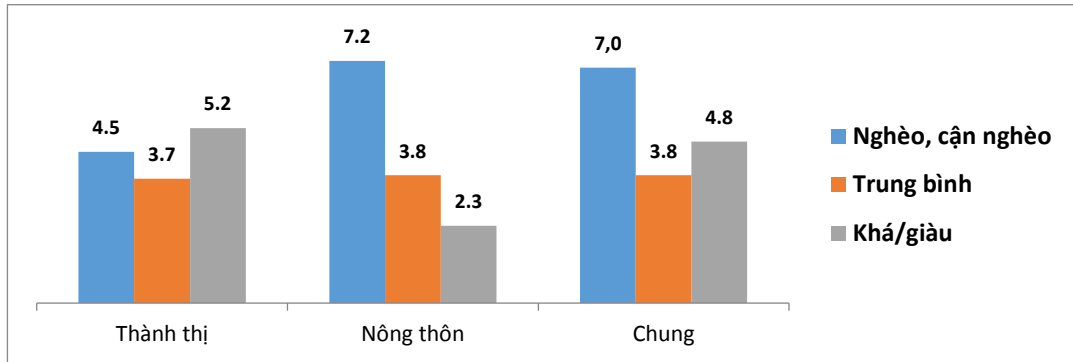


**Hình 3.12: Tỷ lệ % (gia quyền) lượt KCB nội trú trong 4 tuần qua theo thành thị/nông thôn và trình độ học vấn**

Nhận xét: Không có sự khác biệt về tỷ lệ KCB nội trú giữa các nhóm trình độ học vấn khác nhau. Khi so sánh giữa thành thị/nông thôn thì với các nhóm có trình độ từ THCS trở lên có tỷ lệ KCB nội trú cao hơn ở khu vực thành thị so với

nông thôn, đặc biệt ở nhóm trình độ CĐ/ĐH thì tỷ lệ KCB nội trú ở khu vực thành thị là 7,1% cao hơn nông thôn với 1,3% ( $p=0,03$ ) (Hình 3.12).

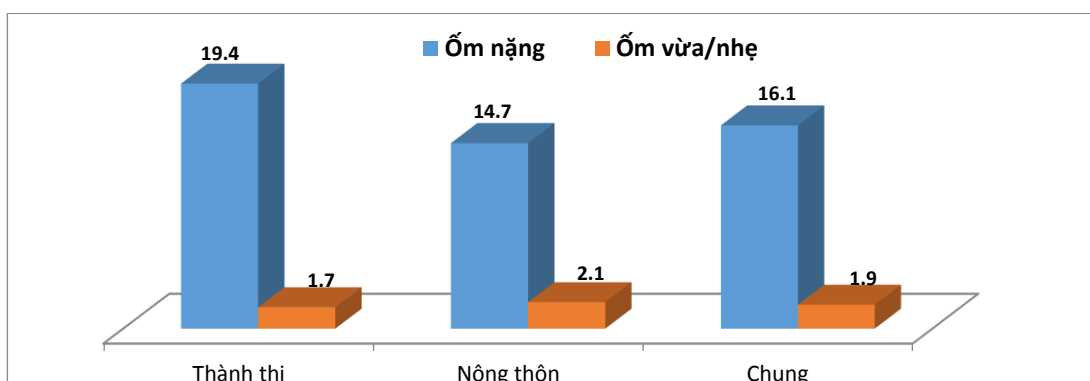
- Khám chữa bệnh nội trú theo thành thị/nông thôn và mức sống



**Hình 3.13: Tỷ lệ % (gia quyền) lượt KCB nội trú trong 4 tuần qua theo thành thị/nông thôn và mức sống**

Nhận xét: Hình 3.13 cho thấy tỷ lệ KCB nội trú ở nhóm nghèo cao nhất với 7%, nhóm khá/giàu là 4,8% và nhóm trung bình là 3,8%, không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về tỷ lệ KCB nội trú giữa các nhóm mức sống. Xem xét sự khác biệt về tỷ lệ KCB nội trú giữa thành thị/nông thôn và mức sống thấy rằng nhóm nghèo/cận nghèo ở nông thôn có tỷ lệ KCB nội trú cao hơn (7,0) so với nhóm mức sống khá/giàu (2,3%);  $p<0,05$ .

- Khám chữa bệnh nội trú theo thành thị/nông thôn và mức độ ốm

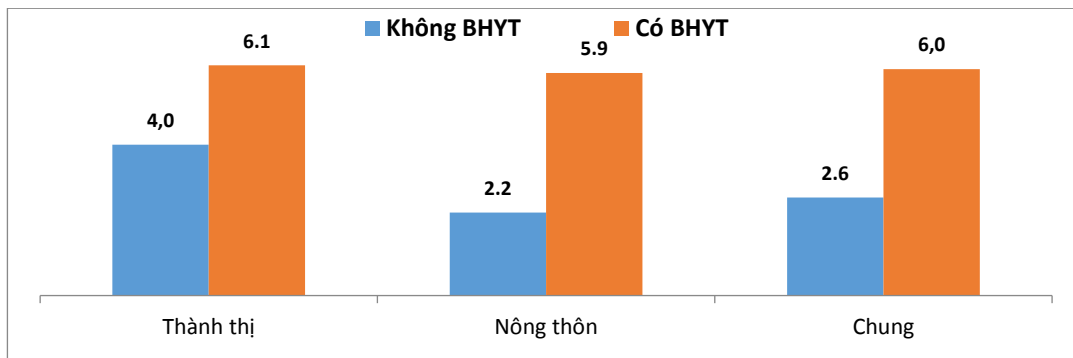


**Hình 3.14: Tỷ lệ % (gia quyền) lượt KCB nội trú trong 4 tuần qua theo thành thị/nông thôn và mức sống**

Nhận xét: Tỷ lệ KCB nội trú ở nhóm ốm nặng chiếm tới 16,1% trong khi đó ở nhóm ốm vừa/nhẹ, tỷ lệ này chỉ chiếm 1,9% ( $p=0,0001$ ). So sánh giữa thành

thị/nông thôn thấy rằng tỷ lệ đi KCB nội trú khi bị ốm nặng ở khu vực thành thị (19,4%) cao hơn so với khu vực nông thôn (14,7%), sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với  $p=0,03$  (Hình 3.14).

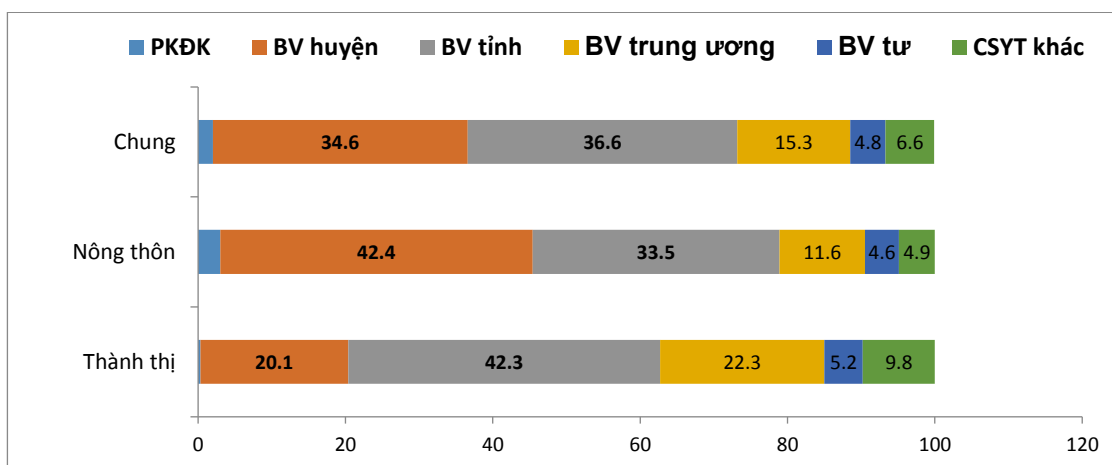
- Khám chữa bệnh nội trú theo tỉnh, thành thị/nông thôn và tình trạng BHYT



**Hình 3.15: Tỷ lệ % (gia quyền) lượt KCB nội trú trong 4 tuần qua theo thành thị/nông thôn và BHYT**

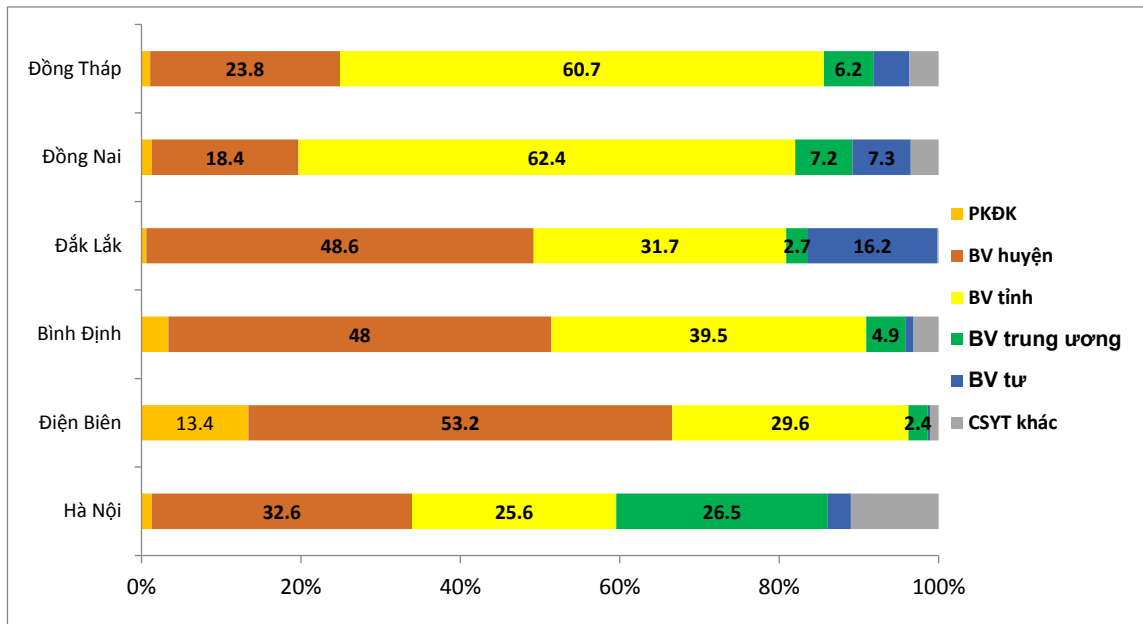
Nhận xét: Tỷ lệ người bệnh KCB nội trú có BHYT chiếm 6% trong khi không có BHYT chỉ chiếm 2,6%; sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với  $p=0,0001$ . Không có sự khác biệt về tỷ lệ KCB nội trú ở nhóm có BHYT giữa khu vực thành thị và nông thôn (Hình 3.15).

**b/ Sự khác biệt về lựa chọn CSYT trong KCB nội trú khi bị ốm/bệnh trong vòng 12 tháng giữa thành thị/nông thôn và các tỉnh nghiên cứu**



**Hình 3.16: Tỷ lệ % (gia quyền) lượt KCB nội trú trong 12 tháng tại CSYT phân theo thành thị/nông thôn**

Nhận xét: Khi phải sử dụng dịch vụ KCB nội trú, người bệnh chủ yếu lựa chọn KCB nội trú tại BV huyện và BV tỉnh với tỷ lệ từ 34,6% - 36,6%; BV trung ương chiếm 15,3%, các CSYT còn lại chỉ chiếm tỷ lệ dưới 7%. Khi so sánh sự tỷ lệ sử dụng loại CSYT giữa thành thị và nông thôn thấy rằng: ở khu vực nông thôn người bệnh chủ yếu KCB nội trú tại BV huyện với 42,4% cao gấp đôi tỷ lệ này ở khu vực thành thị - 20,1% ( $p=0,0001$ ). Ngược lại, KCB nội trú tại BV tỉnh và BV trung ương chiếm tỷ lệ cao hơn ở khu vực thành thị với tỷ lệ lần lượt là 42,3% và 22,3% so với khu vực nông thôn (33,5% và 11,6%),  $p<0,05$  (Hình 3.16).



**Hình 3.17: Tỷ lệ % (gia quyền) lượt KCB nội trú 12 tháng tại các CSYT phân theo tỉnh**

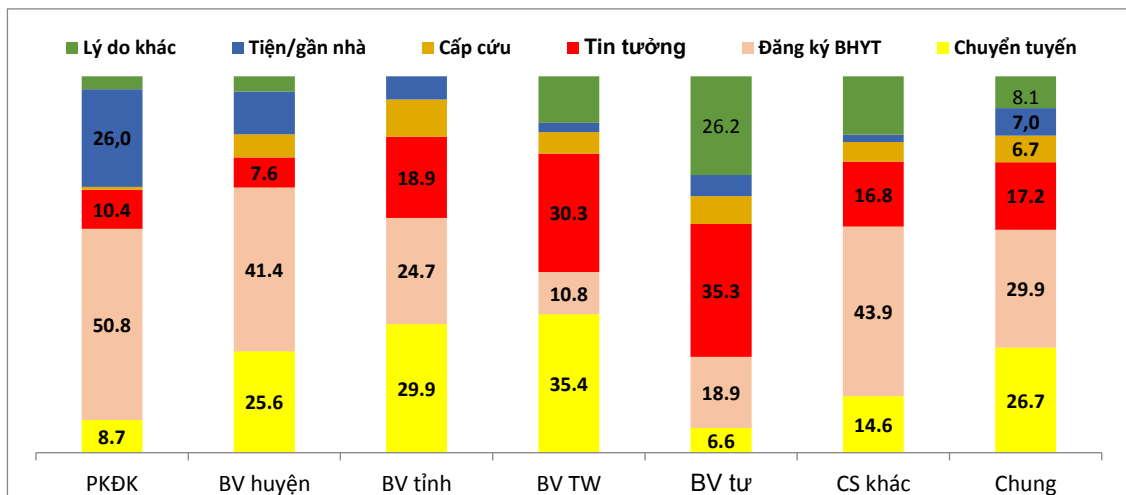
Nhận xét: So sánh tỷ lệ % loại CSYT được người bệnh lựa chọn để KCB nội trú giữa các tỉnh thấy rằng: Điện Biên, Đắk Lắk và Bình Định là 3 tỉnh có tỷ lệ KCB nội trú tại BV huyện với tỷ lệ cao nhất lần lượt là 53,2%; 48,6% và 48% so với các tỉnh còn lại ( $p<0,05$ ). Bên cạnh đó, BV tỉnh được lựa chọn cao nhất ở Đồng Nai (62,4%) và Đồng Tháp (60,7%) so với các tỉnh còn lại ( $p<0,05$ ). Đặc biệt Hà Nội có tỷ lệ KCB nội trú tại BV trung ương cao nhất (26,5%) và CSYT tư nhân lại được sử dụng với tỷ lệ cao nhất ở Đắk Lắk (16,2%) (Hình 3.17).

**Bảng 3.10: Số lượt KCB nội trú trung bình (gia quyền) trong 12 tháng phân theo cơ sở y tế**

Cơ sở y tế	Số lượt KCB nội trú trung bình
- PKĐK khu vực	1,06
- BV huyện	1,16
- BV tỉnh	1,13
- BV trung ương	1,16
- Phòng khám/BV tư nhân	1,08
- Cơ sở y tế khác	1,15
Chung	1,14

Nhận xét: Trung bình trong một năm, người ốm/bệnh có số lượt KCB nội trú là 1,14 lượt. Khi phân theo các loại hình cơ sở y tế thấy rằng BV huyện và BV trung ương có số lượt KCB nội trú trung bình cao hơn cả (1,16 lượt), trong khi PKĐKKV và cơ sở y tế tư nhân có số lượt KCB nội trú thấp nhất chỉ chiếm 1,06 lượt (Bảng 3.10).

- Lý do quyết định việc lựa chọn cơ sở y tế trong KCB nội trú



**Hình 3.18: Tỷ lệ % (gia quyền) lý do quan trọng nhất để KCB nội trú 12 tháng tại các cơ sở y tế**

Nhận xét: Tỷ lệ (%) lý do quan trọng nhất khiến người bệnh lựa chọn KCB nội trú tại CSYT đó là đăng ký BHYT chiếm tỷ lệ cao nhất (29,9%), chuyển tuyến (26,7%), tin tưởng chất lượng CSYT (17,2%) và một số lý do khác như cấp cứu/gần



nhà/lý do khác. Khi xem xét lý do để người bệnh KCB nội trú tại từng loại CSYT thấy rằng: Lý do quan trọng nhất để người bệnh KCB ngoại trú tại PKĐK hay BV huyện là đăng ký BHYT tại các CSYT này với tỷ lệ lần lượt là (50,8% và 41,4%). Đối với các BV tuyến cao hơn (BV tỉnh/BV trung ương) thì lý do quan trọng nhất là do chuyển tuyến/tin tưởng chất lượng với tỷ lệ tăng dần từ 29,9% (BV huyện) - 35,4% (BV TW) đối với lý do chuyển tuyến và 18,9% (BV huyện) - 30,3% (BV TW) đối với lý do tin tưởng chất lượng. Đặc biệt người bệnh KCB nội trú tại CSYT tư nhân vì lý do tin tưởng chất lượng lại chiếm tỷ lệ cao nhất (35,3%) (Hình 3.18).

- *Khó khăn gặp phải khi sử dụng KCB nội trú tại các cơ sở y tế*

**Bảng 3.11: Tỷ lệ % (gia quyền) lượt KCB nội trú trong 12 tháng gặp khó khăn phân theo CSYT**

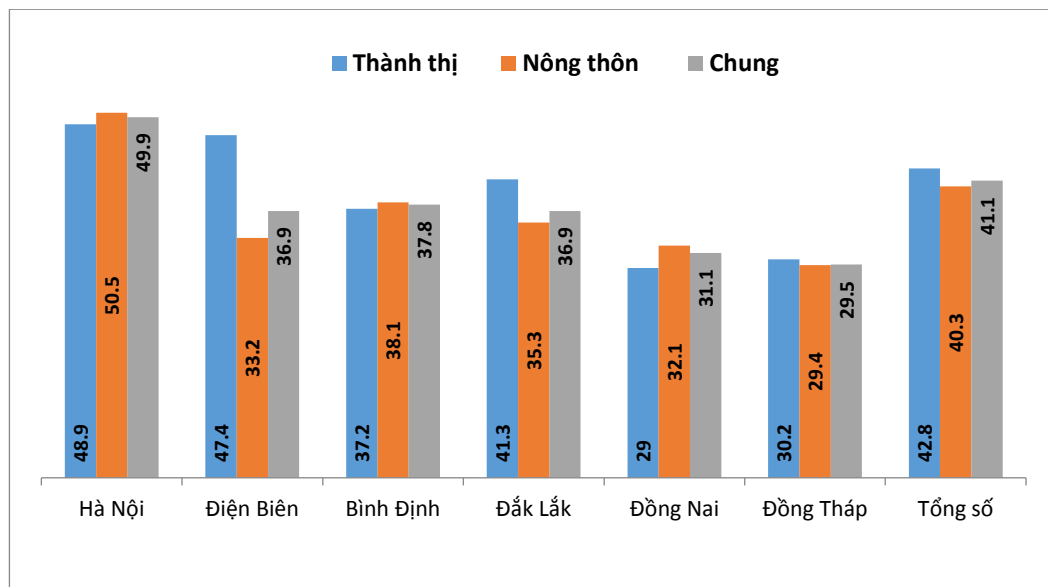
Nội dung	PKĐK	BV huyện	BV tỉnh	BV TW	BV tư	CSYT khác	Chung
Tỷ lệ lượt KCB nội trú gặp khó khăn	22,8	31,5	31,2	42,0	32,6	31,9	32,9
<b>Loại khó khăn:</b>							
- Về khoảng cách	55,1	41,4	27,3	39,2	17,4	22,6	33,9
- Về chi trả	71,7	78,0	77,5	71,1	81,7	53,9	75,0
- Về thời gian chờ đợi	0,0	2,8	5,8	9,3	0,0	4,4	5,0
- Về thủ tục hành chính	0,0	2,1	3,8	7,0	4,5	3,4	3,8
- Thiếu thuốc	0,0	0,4	0,6	8,0	0,0	0,0	1,9
- Thiếu trang thiết bị	0,0	0,4	0,4	1,1	0,0	0,0	0,5
- CSVC không đảm bảo	0,0	3,6	4,8	2,4	0,0	0,0	3,3
- Thiếu BS/NVYT	0,0	0,4	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1
- Thái độ NVYT	6,1	5,0	7,0	2,3	1,6	17,0	5,8
- Bất đồng ngôn ngữ	0,0	0,0	0,4	0,0	0,0	0,0	0,1
- Khó khăn khác	9,1	3,4	5,2	6,1	0,0	6,3	4,7

Nhận xét: Khoảng 33% người bệnh gặp khó khăn khi đi KCB nội trú tại các CSYT, trong đó khoảng cách và chi trả là 2 khó khăn chiếm tỷ lệ cao nhất (33,9% và 75%). Các khó khăn còn lại chiếm tỷ lệ rất thấp (dưới 5%). Khi xem xét giữa các loại hình CSYT thì khó khăn về chi trả được báo cáo với tỷ lệ cao nhất ở BV tư với tỷ lệ lên tới 81,7%. Khó khăn về khoảng cách lại được báo cáo với tỷ lệ cao nhất ở PKĐK khu vực với 55,1%, ngoài ra BV huyện cũng chiếm tỷ lệ trên 40% về loại khó khăn này (Bảng 3.11).

### 3.1.4. Tình hình sử dụng dịch vụ tự điều trị của người ốm/bệnh tại 6 tỉnh

*a/ Sự khác biệt về tỷ lệ sử dụng dịch vụ tự điều trị khi bị ốm/bệnh trong 4 tuần giữa các nhóm dân cư, thành thị/nông thôn và các tỉnh nghiên cứu*

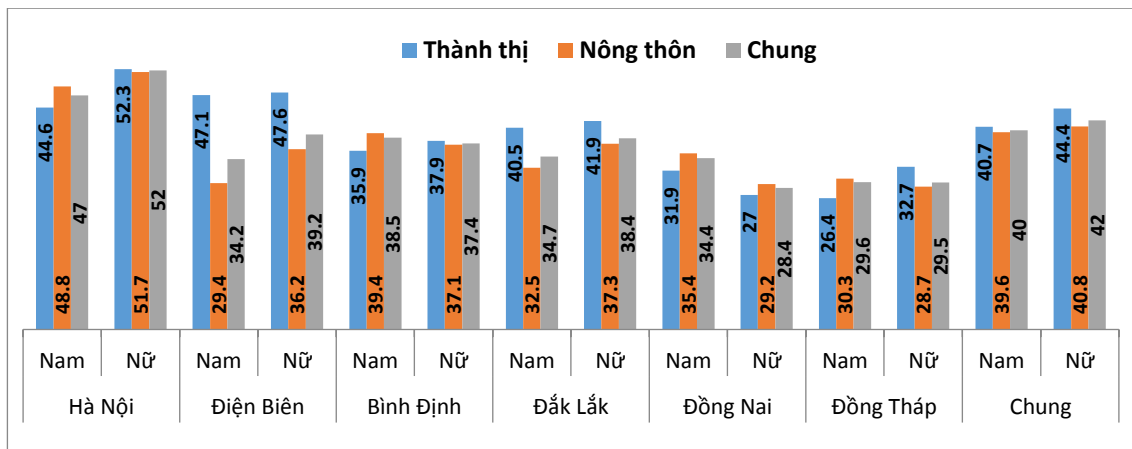
- Tự điều trị tại 6 tỉnh và theo khu vực thành thị/nông thôn:



**Hình 3.19: Tỷ lệ % (gia quyền) lượt tự điều trị phân theo tỉnh và thành thị/nông thôn**

Nhận xét: Tỷ lệ tự điều trị của người ốm/bệnh trong vòng 4 tuần chiếm 41,1%. Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về tỷ lệ này giữa khu vực thành thị và nông thôn. Khi xem xét giữa các tỉnh thấy rằng Hà Nội có tỷ lệ tự điều trị cao nhất với 49,9% so với các tỉnh còn lại ( $p < 0,001$ ). Bên cạnh đó thì tỷ lệ tự điều trị của Bình Định (37,8%) và Đắk Lắk (36,9) cũng cao hơn có ý nghĩa thống kê ( $p < 0,05$ ) so với Đồng Tháp (29,5%). Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về tỷ lệ tự điều trị giữa khu vực thành thị và nông thôn trong từng tỉnh (Hình 3.19).

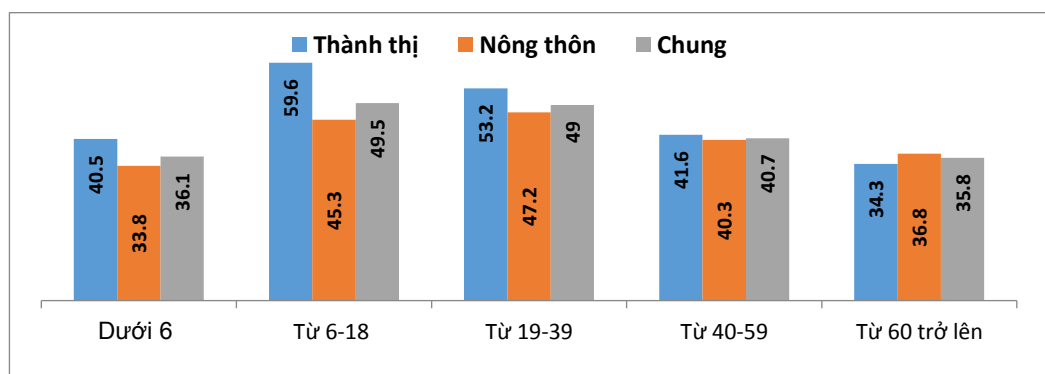
- Tỷ lệ điều trị tại 6 tỉnh, thành thị/nông thôn và giới tính:



**Hình 3.20: Tỷ lệ % (gia quyền) lượt tự điều trị phân theo tỉnh, thành thị/nông thôn và giới tính**

Nhận xét: 42% nữ giới tự điều trị cao hơn một chút so với nam giới (40%), tuy nhiên sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê. Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê khi so sánh tỷ lệ tự điều trị theo giới tính và thành thị/nông thôn. Khi so sánh tỷ lệ sử dụng tự điều trị giữa các tỉnh theo giới tính thấy rằng tỷ lệ tự điều trị ở nam giới (47%) và nữ giới (52%) của Hà Nội đều cao hơn có ý nghĩa thống kê ( $p < 0,05$ ) so với nam và nữ giới ở các tỉnh còn lại. Bên cạnh đó tỷ lệ tự điều trị ở nam giới của Bình Định (38,5%) cũng cao hơn có ý nghĩa thống kê ( $p < 0,05$ ) so với nam giới ở Đồng Tháp (29,6%) ( $p < 0,05$ ) (Hình 3.20).

- Tỷ lệ điều trị tại 6 tỉnh, thành thị/nông thôn và nhóm tuổi:



**Hình 3.21: Tỷ lệ % (gia quyền) lượt tự điều trị phân theo thành thị/nông thôn và nhóm tuổi**

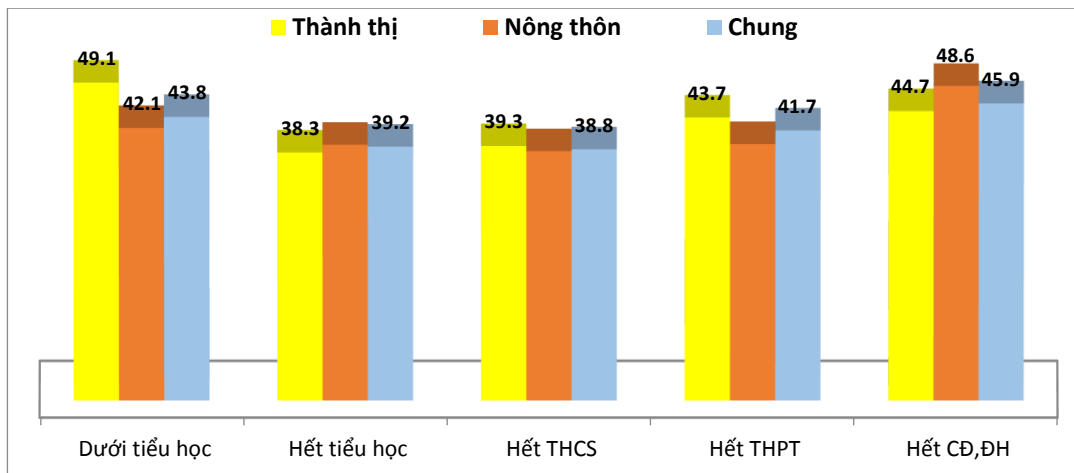
**Nhận xét:** Tỷ điều trị tập trung cao nhất ở nhóm tuổi 6-18 và 19-39 với tỷ lệ khoảng 49%, cao hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm dưới 6 tuổi và từ 60 tuổi trở lên (36%). Khi so sánh giữa thành thị/nông thôn trong cùng một nhóm tuổi thấy rằng duy nhất ở nhóm từ 6-18 tuổi có tỷ lệ tự điều trị cao hơn ở khu vực thành thị (59,6%) so với nông thôn (45,3%),  $p=0,001$  (Hình 3.21).

**Bảng 3.12: Tỷ lệ % (gia quyền) tự điều trị phân theo tỉnh và nhóm tuổi**

Nội dung	Hà Nội		Điện Biên		Bình Định		Đắk Lắk		Đồng Nai		Đồng Tháp	
	Lượt ốm	n(%)	Lượt ốm	n(%)	Lượt ốm	n(%)	Lượt ốm	n(%)	Lượt ốm	n(%)	Lượt ốm	n(%)
Dưới 6 tuổi	307	133 (43,0)	199	73 (34,1)	139	52 (36,0)	154	49 (31,2)	103	22 (24,0)	104	20 (20,3)
Từ 6-18	200	124 (61,1)	134	69 (47,3)	207	97 (47,0)	173	80 (41,5)	96	39 (39,7)	115	41 (36,3)
Từ 19-39	284	158 (55,4)	226	111 (43,1)	236	113 (47,1)	206	83 (38,6)	117	53 (45,5)	91	43 (51,1)
Từ 40-59	544	265 (48,8)	298	110 (31,9)	558	211 (38,4)	399	156 (38,1)	311	97 (33,0)	367	112 (30,1)
Từ 60+	472	219 (47,3)	242	80 (30,5)	616	188 (30,2)	244	81 (33,7)	253	55 (21,0)	321	81 (21,7)

**Nhận xét:** So sánh tỷ lệ tự điều trị giữa các tỉnh theo nhóm tuổi thấy rằng Hà Nội có tỷ lệ tự điều trị cao nhất ở tất cả các nhóm tuổi so với các tỉnh còn lại, cụ thể: tỷ lệ tự điều trị ở nhóm dưới 6 tuổi là 43%, cao hơn Đồng Tháp (20%) với  $p=0,002$ ; Đối với nhóm từ 6-18 tuổi, tỷ lệ tự điều trị ở Hà Nội (61,1%) cao hơn 5 tỉnh còn lại với  $p<0,05$ ; Đối với nhóm 19-39 tuổi, tỷ lệ tự điều trị của Hà Nội (55,4%) cao hơn Đắk Lắk, Đồng Nai với  $p<0,01$ ; Ở nhóm tuổi từ 40-59, tỷ lệ tự điều trị ở Hà Nội là 48,8% cao hơn tỷ lệ này ở các tỉnh còn lại ( $p<0,05$ ); Đối với nhóm tuổi từ 60 trở lên thì tỷ lệ tự điều trị ở Hà Nội cũng cao nhất với 47,3%, tỷ lệ này cao hơn với  $p<0,05$  so với 5 tỉnh còn lại. Ngoài ra tỷ lệ tự điều trị ở Bình Định, Đắk Lắk cũng cao hơn Đồng Tháp ( $p<0,05$ ); Đắk Lắk cao hơn Đồng Nai với ( $p=0,03$ ) (Bảng 3.12).

- Tỷ lệ điều trị tại 6 tỉnh, thành thị/nông thôn và học vấn:



**Hình 3.22: Tỷ lệ % (gia quyền) lượt tự điều trị phân theo thành thị/nông thôn và học vấn**

Nhận xét: Tỷ lệ tự điều trị ở nhóm có trình độ CĐ/ĐH chiếm tỷ lệ cao nhất 45,9% so với các nhóm còn lại tuy nhiên sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê. Khi so sánh tỷ lệ tự điều trị giữa khu vực thành thị/nông thôn theo trình độ học vấn thì sự khác biệt duy nhất xảy ra ở nhóm có trình độ dưới tiểu học với tỷ lệ tự điều trị ở thành thị (49,1%) cao hơn so với nông thôn (42,1%),  $p=0,03$  (Hình 3.22).

**Bảng 3.13: Tỷ lệ % (gia quyền) lượt tự điều trị phân theo tỉnh và học vấn**

Nội dung	Hà Nội		Điện Biên		Bình Định		Đắk Lắk		Đồng Nai		Đồng Tháp	
	Lượt ốm	n(%)	Lượt ốm	n(%)	Lượt ốm	n(%)	Lượt ốm	n(%)	Lượt ốm	n(%)	Lượt ốm	n(%)
Dưới tiểu học	313	190 (60,6)	424	153 (33,5)	496	209 (42,1)	331	134 (38,8)	198	70 (34,4)	422	139 (31,5)
Hết tiểu học	274	140 (51,6)	192	80 (36,4)	533	207 (38,9)	288	111 (36,2)	233	67 (28,1)	285	68 (24,3)
Hết THCS	601	272 (45,3)	229	87 (36,4)	417	135 (32,5)	320	113 (34,0)	200	49 (24,9)	151	49 (33,5)
Hết THPT	415	187 (44,8)	183	86 (46,3)	234	86 (35,9)	174	69 (41,6)	175	66 (36,5)	100	32 (30,2)
Hết CĐ, ĐH	204	110 (54,3)	71	37 (51,8)	76	24 (36,4)	63	22 (34,0)	74	14 (19,7)	40	9 (32,1)

Nhận xét: Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa các tỉnh về tỷ lệ tự điều trị ở nhóm người bệnh có trình độ hết THPT và CĐ/ĐH. Đối với các nhóm

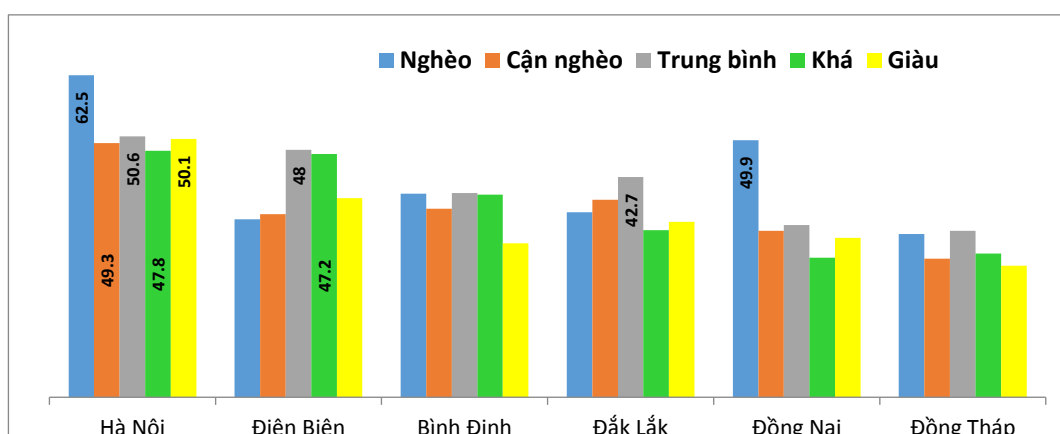
trình độ học vấn còn lại thì Hà Nội luôn có tỷ lệ tự điều trị cao nhất so với các tỉnh với 60,6% ở nhóm dưới tiểu học và 51,6% ở nhóm hết tiểu học ( $p < 0,05$ ). Bên cạnh đó Đồng Tháp có tỷ lệ tự điều trị ở nhóm dưới tiểu học thấp hơn so với Bình Định và thấp hơn Điện Biên, Bình Định, Đắk Lắk ở nhóm có trình độ hết tiểu học ( $p < 0,05$ ). Cuối cùng ở nhóm THCS, tỷ lệ tự điều trị (45,3%) của Hà Nội cao hơn so với Bình Định, Đắk Lắk, Đồng Nai và Đồng Tháp với  $p < 0,05$  (Bảng 3.13).

- *Tự điều trị theo tỉnh, thành thị/nông thôn và dân tộc:*

Người Kinh sử dụng dịch vụ tự điều trị khi bị ốm/bệnh chiếm 41,8%; người dân tộc chiếm 33,8%. Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về tỷ lệ tự điều trị theo dân tộc và khu vực thành thị/nông thôn. Tuy nhiên khi so sánh tỷ lệ tự điều trị giữa các tỉnh nghiên cứu theo dân tộc thấy rằng người Kinh ở Hà Nội có tỷ lệ tự điều trị cao nhất (50,5%), cao hơn có ý nghĩa thống kê so với Bình Định, Đắk Lắk, Đồng Nai và Đồng Tháp với  $p < 0,05$ . Ngoài ra Đồng Nai, Đồng Tháp có tỷ lệ tự điều trị khoảng 30%, thấp hơn so với Điện Biên, Đình Định và Đắk Lắk ( $p < 0,05$ ).

- *Tự điều trị theo tỉnh, thành thị/nông thôn và mức sống:*

Khi xem xét chung ở cả 6 tỉnh thấy rằng tỷ lệ tự điều trị chiếm tỷ lệ cao nhất ở nhóm mức sống giàu với 46,3%; 38,9% ở nhóm mức sống khá; 42,4% ở nhóm trung bình; 37,7% ở nhóm cận nghèo và 37,9% ở nhóm nghèo, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với  $p = 0,02$ . Không có sự khác biệt về tỷ lệ tự điều trị giữa các nhóm mức sống khi phân theo thành thị/nông thôn.



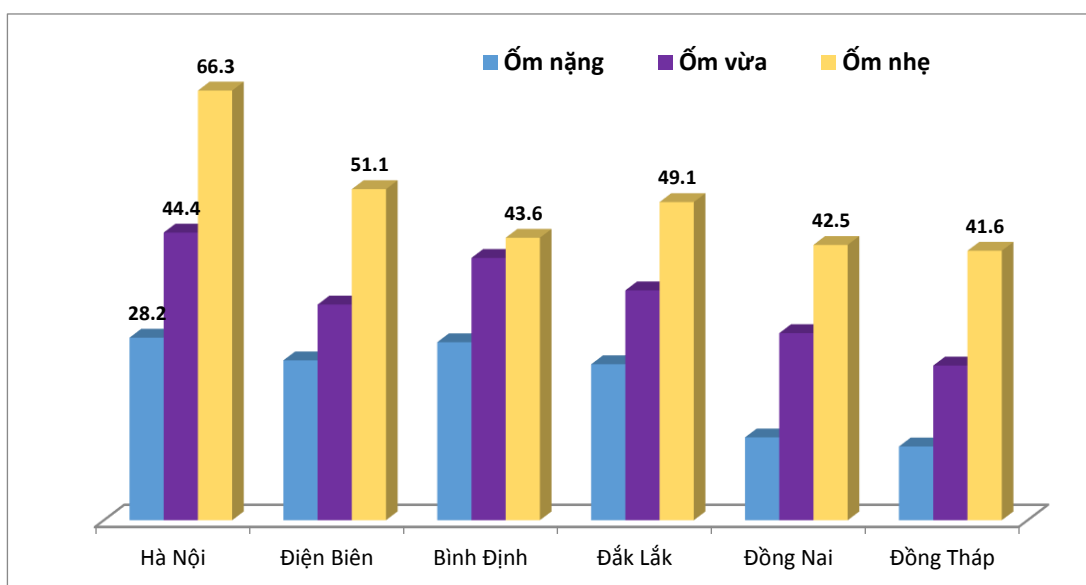
**Hình 3.23: Tỷ lệ % (gia quyền) lượt tự điều trị phân theo tỉnh và mức sống**

Nhận xét: So sánh tỷ lệ tự điều trị giữa các nhóm mức sống của các tỉnh thấy rằng người nghèo có tỷ lệ sử dụng tự điều trị cao nhất ở Hà Nội (62,5%) và Đồng Nai

(49,9%). Ở nhóm cận nghèo, tỷ lệ sử dụng tự điều trị ở Hà Nội chiếm 49,3% cao hơn so với các tỉnh khác. Tỷ lệ tự điều trị ở nhóm mức sống trung bình, khá và giàu có tỷ lệ cao hơn ở Hà Nội (50,6%; 47,8%) và Điện Biên (48%; 47%) so với các tỉnh còn lại. Riêng với nhóm mức sống giàu thì tỷ lệ tự điều trị vẫn cao nhất ở Hà Nội với 50,1%. Sự khác biệt giữa các tỉnh có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$  (Hình 3.23).

- *Tự điều trị theo tỉnh, thành thị/nông thôn và mức độ ốm:*

Tỷ lệ tự điều trị ở nhóm người ốm mức độ nặng là 24,2%, mức độ vừa là 37,8% và mức độ nhẹ là 54,8%. Người ốm mức độ nhẹ có tỷ lệ tự điều trị cao hơn so với nhóm ốm vừa và nhẹ với  $p < 0,001$ .



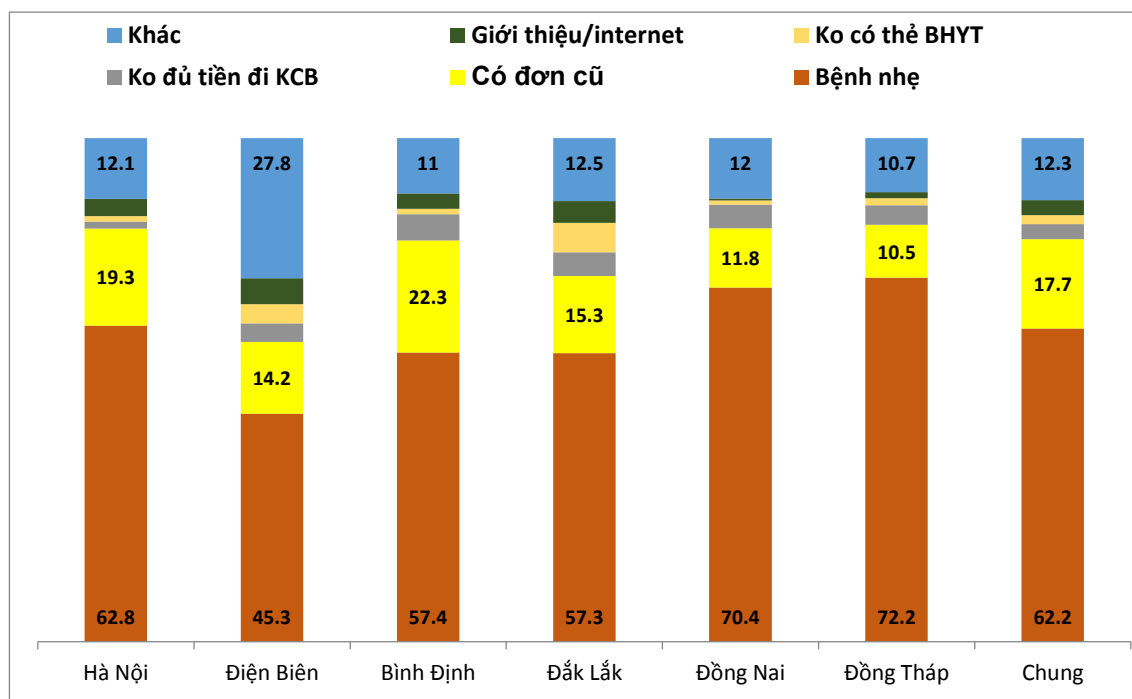
**Hình 3.24: Tỷ lệ % (gia quyền) lượt tự điều trị phân theo tỉnh và mức độ ốm**

Nhận xét: Hình 3.24 cho thấy người ốm ở mức độ nhẹ sử dụng tự điều trị cao hơn so với ốm vừa và ốm nặng ở tất cả các tỉnh. Khi xem xét sự khác biệt giữa các tỉnh, ở mức độ ốm nhẹ Hà Nội có tỷ lệ sử dụng tự điều trị là 63,3% cao nhất so với các tỉnh còn lại. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$ .

- *Tự điều trị theo tỉnh, thành thị/nông thôn và BHYT:*

Tỷ lệ có BHYT nhưng sử dụng tự điều trị chiếm 37,4%. Khi xem xét giữa các tỉnh thấy rằng tỷ lệ có BHYT nhưng vẫn sử dụng tự điều trị ở Hà Nội cao nhất với 47,9% và thấp nhất ở Đồng Nai (27,1%) và Đồng Tháp (22,1%).

*b/ Lý do sử dụng dịch vụ tự điều trị*



**Hình 3.25: Tỷ lệ % (gia quyền) lý do sử dụng tự điều trị**

Nhận xét: Lý do chủ yếu khiến người ốm sử dụng tự điều trị là do bệnh nhẹ (62,2%), tiếp theo là do có đơn cũ (17,7%), các lý do còn lại chiếm 20%. Đồng Nai, Đồng Tháp là 2 tỉnh có tỷ lệ sử dụng tự điều trị vì lý do bệnh nhẹ chiếm tỷ lệ cao nhất (trên 70%).

### 3.2. YẾU TỐ ẢNH HƯỞNG TỚI SỰ KHÁC BIỆT TRONG SỬ DỤNG DỊCH VỤ KHÁM CHỮA BỆNH CỦA NGƯỜI DÂN Ở 6 TỈNH THUỘC CÁC VÙNG KINH TẾ XÃ HỘI VIỆT NAM NĂM 2015

#### 3.2.1. Yếu tố ảnh hưởng tới sự khác biệt trong sử dụng dịch vụ KCB ngoại trú

Phân tích chỉ số VIF và Tolerance trong mô hình hồi qui đa biến chung cho cả 6 tỉnh và riêng cho từng tỉnh đều cho kết quả là  $Vif < 3$  và  $T > 0,1$  (Phụ lục 3) điều này chứng tỏ không có mối liên quan giữa các biến độc lập trong mô hình hồi qui.



**Bảng 3.14: Yếu tố ảnh hưởng tới quyết định có sử dụng dịch vụ KCB ngoại trú khi bị ốm/bệnh 4 tuần qua ở 6 tỉnh (hồi qui đa biến)**

Biến độc lập (n=7.716)	Có KCB ngoại trú	
	OR	95% CI
<b>Tỉnh</b>		
- Hà Nội	1	
- Điện Biên	0,95	(0,62-1,47)
- Bình Định	1,27	(0,96-1,69)
- Đắk Lắk	<b>1,37*</b>	(1,05-1,79)
- Đồng Nai	<b>2,92***</b>	(2,20-3,89)
- Đồng Tháp	<b>3,45***</b>	(2,64-4,51)
<b>Mức độ ốm đau</b>		
- Nhẹ	1	
- Vừa	<b>2,13***</b>	(1,82-2,49)
- Nặng	<b>2,45***</b>	(2,05-2,94)
<b>Đặc điểm NKH</b>		
<u>Nhóm tuổi</u>		
- Dưới 6 tuổi	1	
- Từ 6-18 tuổi	<b>0,58***</b>	(0,44-0,76)
- Từ 19-49 tuổi	<b>0,45***</b>	(0,34-0,59)
- Từ 50-59 tuổi	<b>0,56***</b>	(0,44-0,70)
- Trên 60 tuổi	<b>0,60***</b>	(0,46-0,78)
<u>Giới tính</u>		
- Nam	1	
- Nữ	1,04	(0,92-1,17)
<u>Trình độ học vấn</u>		
- Dưới tiểu học	1	
- Hết tiểu học	<b>1,28*</b>	(1,05-1,57)
- Hết THCS	<b>1,45***</b>	(1,20-1,74)
- Hết THPT	<b>1,29*</b>	(1,01-1,64)
- Hết CĐ/ĐH	1,21	(0,89-1,64)
<u>Dân tộc</u>		
- Kinh	1	
- DT khác	<b>1,53*</b>	(1,03-2,27)
<b>Mức sống</b>		
- Nghèo	1	
- Cận nghèo	1,16	(0,86-1,56)
- Trung bình	1,21	(0,90-1,65)
- Khá	<b>1,49*</b>	(1,10-2,03)
- Giàu	<b>1,46*</b>	(1,03-2,07)
<b>BHYT</b>		
- Không có BH	1	
- Có BH	<b>1,56***</b>	(1,29-1,89)
<b>Thành thị/nông thôn</b>		
- Thành thị	1	
- Nông thôn	1,08	(0,90-1,30)

Nhận xét:

- Sử dụng dịch vụ KCB ngoại trú của người ốm/bệnh ở Đắk Lắk cao gấp 1,37 lần so với Hà Nội (CI=1,05-1,79), gấp 2,92 lần ở Đồng Nai (CI = 2,20-3,89) và gấp 3,45 lần ở Đồng Tháp (CI=2,64-4,51).

- Yếu tố ảnh hưởng tới sử dụng KCB ngoại trú khi bị ốm/bệnh trong 4 tuần qua ở 6 tỉnh là mức độ ốm, tuổi, trình độ học vấn dưới CĐ/ĐH, dân tộc, mức sống khá/giàu và có BHYT (với  $p < 0,05$ ).

\* $p < 0,05$ ; \*\* $p < 0,01$ ; \*\*\*  $p < 0,001$

**Bảng 3.15: Yếu tố ảnh hưởng tới quyết định có sử dụng dịch vụ KCB ngoại trú khi bị ốm/bệnh 4 tuần theo từng tỉnh (hồi qui đa biến)**

Biến độc lập	Có KCB ngoại trú											
	Hà Nội (n=1.808)		Điện Biên (n=1.099)		Bình Định (n=1.756)		Đắk Lắk (n=1.176)		Đông Nai (n=880)		Đông Tháp (n=997)	
	OR	95% CI	OR	95% CI	OR	95% CI	OR	95% CI	OR	95% CI	OR	95% CI
<b>Mức độ ốm đau</b>												
- Nhẹ	1		1		1		1		1		1	
- Vừa	<b>2,89***</b>	(2,14-3,90)	<b>1,76**</b>	(1,25-2,47)	1,02	(0,76-1,37)	<b>1,92**</b>	(1,29-2,86)	<b>1,72*</b>	(1,13-2,63)	<b>3,10***</b>	(2,07-4,65)
- Nặng	<b>3,41***</b>	(2,43-4,80)	1,11	(0,77-1,59)	<b>1,44*</b>	(1,07-1,95)	<b>2,64***</b>	(1,67-4,17)	<b>2,00**</b>	(1,24-3,25)	<b>2,13***</b>	(1,46-3,10)
<b>Đặc điểm NKH</b>												
<u>Nhóm tuổi</u>												
- Dưới 6 tuổi	1		1		1		1		1		1	
- Từ 6-18 tuổi	0,63	(0,38-1,06)	<b>0,45**</b>	(0,26-0,77)	0,61	(0,33-1,15)	0,71	(0,39-1,28)	0,45	(0,16-1,31)	0,63	(0,34-1,15)
- Từ 19-49 tuổi	<b>0,39***</b>	(0,24-0,64)	<b>0,54*</b>	(0,33-0,88)	<b>0,43*</b>	(0,21-0,87)	0,64	(0,37-1,09)	<b>0,37*</b>	(0,16-0,84)	<b>0,30**</b>	(0,14-0,66)
- Từ 50-59 tuổi	<b>0,47***</b>	(0,32-0,70)	0,59	(0,34-1,04)	0,68	(0,38-1,22)	<b>0,54*</b>	(0,33-0,87)	0,55	(0,26-1,18)	0,67	(0,37-1,21)
- Trên 60 tuổi	<b>0,50**</b>	(0,32-0,78)	0,97	(0,53-1,76)	0,72	(0,40-1,30)	<b>0,47**</b>	(0,28-0,79)	0,77	(0,29-2,06)	0,78	(0,34-1,78)
<u>Giới tính</u>												
- Nam	1		1		1		1		1		1	
- Nữ	0,93	(0,74-1,17)	0,76	(0,56-1,03)	<b>1,29*</b>	(1,02-1,62)	0,88	(0,63-1,22)	<b>1,41*</b>	(1,06-1,88)	1,01	(0,66-1,56)
<u>Trình độ học vấn</u>												
- Dưới tiểu học	1		1		1		1		1		1	
- Hết tiểu học	1,40	(0,83-2,33)	0,87	(0,50-1,51)	<b>1,51*</b>	(1,01-2,26)	1,06	(0,66-1,69)	1,22	(0,80-1,84)	1,43	(0,85-2,40)
- Hết THCS	<b>2,03*</b>	(1,34-3,05)	1,05	(0,63-1,76)	1,40	(0,90-2,18)	0,89	(0,58-1,37)	<b>1,74*</b>	(1,15-2,65)	0,86	(0,49-1,51)
- Hết THPT	<b>1,85*</b>	(1,12-3,04)	0,72	(0,39-1,32)	1,39	(0,85-2,29)	<b>0,64*</b>	(0,43-0,95)	1,35	(0,72-2,53)	1,30	(0,67-2,52)
- Hết CĐ/ĐH	1,47	(0,84-2,58)	1,07	(0,51-2,25)	<b>2,07*</b>	(1,07-4,02)	0,72	(0,38-1,37)	2,15	(0,88-5,25)	0,66	(0,26-1,64)

Biến độc lập	Có KCB ngoại trú											
	Hà Nội (n=1.808)		Điện Biên (n=1.099)		Bình Định (n=1.756)		Đắk Lắk (n=1.176)		Đồng Nai (n=880)		Đồng Tháp (n=997)	
	OR	95% CI	OR	95% CI	OR	95% CI	OR	95% CI	OR	95% CI	OR	95% CI
<i>Dân tộc</i>												
- Kinh	1		1		1		1		1		1	
- DT khác	<b>2,09***</b>	(1,47-2,97)	0,84	(0,45-1,59)	1,00	(0,50-1,98)	1,65	(0,71-3,82)	0,74	(0,31-1,73)	1	
<b>Mức sống</b>												
- Nghèo	1		1		1		1		1		1	
- Cận nghèo	2,18	(0,82-5,81)	1,31	(0,66-2,62)	0,85	(0,38-1,89)	1,05	(0,56-1,97)	<b>2,63*</b>	(1,12-6,19)	1,06	(0,68-1,66)
- Trung bình	2,26	(0,97-5,30)	1,06	(0,57-1,99)	0,75	(0,34-1,65)	1,53	(0,87-2,71)	2,64	(0,99-7,04)	0,89	(0,49-1,61)
- Khá	<b>2,77*</b>	(1,12-6,84)	1,16	(0,61-2,20)	0,73	(0,32-1,63)	<b>2,58**</b>	(1,41-4,71)	<b>2,91*</b>	(1,29-6,57)	1,03	(0,44-2,45)
- Giàu	<b>2,62*</b>	(1,09-6,26)	1,37	(0,80-2,36)	1,06	(0,42-2,67)	<b>3,52**</b>	(1,63-7,63)	<b>2,59*</b>	(1,06-6,32)	1,22	(0,62-2,42)
<b>BHYT</b>												
- Không có BH	1		1		1		1		1		1	
- Có BH	1,03	(0,75-1,42)	<b>4,57**</b>	(1,86-11,21)	<b>2,01**</b>	(1,36-2,97)	<b>2,24**</b>	(1,29-3,89)	<b>1,57*</b>	(1,01-2,46)	<b>3,11***</b>	(1,84-5,25)
<b>Thành thị/Nông thôn</b>												
- Thành thị	1		1		1		1		1		1	
- Nông thôn	0,98	(0,70-1,37)	1,92	(0,98-3,79)	1,20	(0,80-1,79)	1,36	(0,89-2,08)	1,07	(0,69-1,65)	1,20	(0,82-1,75)

\* $p < 0,05$ ; \*\* $p < 0,01$ ; \*\*\*  $p < 0,001$

Nhận xét:

- Đối với Hà Nội, việc sử dụng KCB ngoại trú khi bị ốm/bệnh trong 4 tuần cao hơn ở những nhóm người có mức độ ốm/bệnh vừa hoặc nặng, dưới 6 tuổi, trình độ học vấn từ THCS-THPT, không phải dân tộc Kinh, mức sống khá – giàu (với  $p < 0,05$ ). Những yếu tố còn lại như giới tính, BHYT và thành thị/nông thôn mặc dù có gây ra sự khác biệt về sử dụng dịch vụ KCB ngoại trú nhưng không có ý nghĩa thống kê.

- Đối với Điện Biên, sử dụng KCB ngoại trú khi bị ốm/bệnh trong 4 tuần cao hơn ở nhóm những người ốm/bệnh mức độ vừa, có BHYT và thấp hơn ở nhóm tuổi từ 6-49 (với  $p < 0,05$ ). Các yếu tố còn lại như giới tính, trình độ học vấn, dân tộc, mức sống, thành thị/nông thôn có gây ra sự khác biệt về sử dụng dịch vụ KCB ngoại trú nhưng không có ý nghĩa thống kê.

- Đối với Bình Định, sử dụng KCB ngoại trú khi bị ốm/bệnh trong 4 tuần cao hơn ở nhóm người ốm/bệnh mức độ nặng, là nữ giới, trình độ học vấn hết tiểu học hoặc hết CĐ/ĐH, có BHYT và thấp hơn ở nhóm tuổi từ 19-49 (với  $p < 0,05$ ). Các yếu tố còn lại như dân tộc, mức sống và thành thị/nông thôn có gây ra sự khác biệt về sử dụng KCB ngoại trú nhưng không có ý nghĩa thống kê.

- Đối với Đắk Lắk, việc sử dụng KCB ngoại trú khi bị ốm/bệnh trong 4 tuần cao hơn ở những người ốm mức độ vừa hoặc nặng, mức sống khá hoặc giàu, có BHYT và thấp hơn ở nhóm từ 50 tuổi trở lên, có trình độ học vấn hết THPT (với  $p < 0,05$ ). Các yếu tố còn lại như giới tính, dân tộc, thành thị/nông thôn mặc dù có gây ra sự khác biệt về sử dụng dịch vụ KCB ngoại trú nhưng không có ý nghĩa thống kê.

- Đối với Đồng Nai, sử dụng KCB ngoại trú khi bị ốm/bệnh trong 4 tuần cao hơn ở những người ốm mức độ vừa hoặc nặng, là nữ giới, có trình độ học vấn hết THCS, thuộc nhóm mức sống là cận nghèo, khá hoặc giàu, có BHYT và thấp hơn ở nhóm tuổi từ 19-49 (với  $p < 0,05$ ). Các yếu tố còn lại như dân tộc, thành thị/nông thôn mặc dù có gây ra sự khác biệt về sử dụng dịch vụ KCB ngoại trú nhưng không có ý nghĩa thống kê ở tỉnh này.

- Đối với Đồng Tháp, sử dụng KCB ngoại trú khi bị ốm/bệnh trong 4 tuần cao hơn ở những người ốm mức độ vừa hoặc nặng, có BHYT và thấp hơn ở nhóm tuổi từ 19-49 (với  $p < 0,01$ ). Đối với những yếu tố còn lại như giới tính, trình độ học vấn, mức sống, thành thị/nông thôn có gây ra sự khác biệt về sử dụng dịch vụ KCB ngoại trú tại Đồng Tháp nhưng không có ý nghĩa thống kê.

### 3.2.2. Yếu tố ảnh hưởng tới sự khác biệt trong sử dụng dịch vụ KCB nội trú trong 4 tuần qua

**Bảng 3.16: Yếu tố ảnh hưởng tới quyết định có sử dụng dịch vụ KCB nội trú trong 4 tuần qua ở 6 tỉnh (hồi qui đa biến)**

Biến độc lập (n=7.716)	Có KCB nội trú	
	OR	95% CI
<b>Tỉnh</b>		
- Hà Nội	1	(0,77-2,21)
- Điện Biên	1,31	(0,39-1,04)
- Bình Định	0,64	(0,41-1,03)
- Đắk Lắk	0,64	(0,53-1,31)
- Đồng Nai	0,83	(0,74-1,88)
- Đồng Tháp	1,18	(0,77-2,21)
<b>Mức độ ốm đau</b>		
- Nhẹ	1	
- Vừa	<b>2,84***</b>	(1,60-5,03)
- Nặng	<b>19,37***</b>	(11,69-32,11)
<b>Đặc điểm NKH</b>		
<u>Nhóm tuổi</u>		
- Dưới 6 tuổi	1	
- Từ 6-18 tuổi	1,07	(0,56-2,05)
- Từ 19-49 tuổi	1,34	(0,76-2,37)
- Từ 50-59 tuổi	0,95	(0,54-1,67)
- Trên 60 tuổi	1,53	(0,98-2,41)
<u>Giới tính</u>		
- Nam	1	
- Nữ	0,78	(0,60-1,02)
<u>Trình độ học vấn</u>		
- Dưới tiểu học	1	
- Hết tiểu học	1,06	(0,73-1,54)
- Hết THCS	0,88	(0,61-1,26)
- Hết THPT	1,02	(0,63-1,67)
- Hết CĐ/ĐH	0,85	(0,48-1,49)
<u>Dân tộc</u>		
- Kinh	1	
- DT khác	1,04	(0,64-1,69)
<b>Mức sống</b>		
- Nghèo	1	
- Cận nghèo	1,05	(0,64-1,74)
- Trung bình	0,69	(0,39-1,22)
- Khá	0,87	(0,50-1,54)
- Giàu	0,95	(0,51-1,77)
<b>BHYT</b>		
- Không có BH	1	
- Có BH	<b>2,11*</b>	(1,31-3,39)
<b>Thành thị/nông thôn</b>		
- Thành thị	1	
- Nông thôn	0,77	(0,56-1,05)

#### Nhận xét:

- Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về sử dụng dịch vụ KCB nội trú giữa 6 tỉnh.

- Các yếu tố ảnh hưởng tới sử dụng dịch vụ KCB nội trú khi bị ốm/bệnh trong 4 tuần qua ở 6 tỉnh là mức độ ốm và BHYT (với  $p < 0,05$ ).

- Các yếu tố khác như nhóm tuổi, giới tính, trình độ học vấn, dân tộc, mức sống, BHYT tuy có gây ra sự khác biệt về sử dụng dịch vụ KCB nội trú nhưng không có ý nghĩa thống kê.

\* $p < 0,05$ ; \*\*  $p < 0,01$ ;

\*\*\*  $p < 0,001$

**Bảng 3.17: Yếu tố ảnh hưởng tới quyết định có sử dụng dịch vụ KCB nội trú trong 4 tuần qua theo từng tỉnh (hồi qui đa biến)**

Biến độc lập	Có KCB nội trú											
	Hà Nội (n=1.808)		Điện Biên (n=1.099)		Bình Định (n=1.756)		Đắk Lắk (n=1.176)		Đồng Nai (n=880)		Đồng Tháp (n=997)	
	OR	95% CI	OR	95% CI	OR	95% CI	OR	95% CI	OR	95% CI	OR	95% CI
<b>Mức độ ốm đau</b>												
- Nhẹ	1		1		1		1		1		1	
- Vừa	<b>3,05*</b>	(1,22-7,64)	<b>7,54**</b>	(1,98-28,70)	1,30	(0,61-2,74)	3,74	(0,34-40,65)	3,51	(0,66-18,61)	3,08	(0,96-9,84)
- Nặng	<b>17,20***</b>	(7,49-39,50)	<b>36,42***</b>	(9,17-144,73)	<b>6,87***</b>	(3,09-15,31)	<b>15,19**</b>	(2,38-96,86)	<b>24,59***</b>	(22,00-274,93)	<b>44,30***</b>	(14,67-133,74)
<b>Đặc điểm NKH</b>												
<u>Nhóm tuổi</u>												
- Dưới 6 tuổi	1		1		1		1		1		1	
- Từ 6-18 tuổi	1,50	(0,32-6,97)	0,61	(0,27-1,36)	0,88	(0,26-2,92)	0,54	(0,14-2,10)	7,19	(0,41-124,96)	0,14	(0,01-2,62)
- Từ 19-49 tuổi	<b>4,70**</b>	(1,49-14,84)	0,71	(0,34-1,47)	0,55	(0,26-1,19)	<b>0,26*</b>	(0,07-0,93)	1,29	(0,19-8,96)	0,72	(0,05-11,41)
- Từ 50-59 tuổi	2,82	(0,84-9,38)	0,61	(0,28-1,37)	<b>0,35*</b>	(0,15-0,79)	0,76	(0,25-2,29)	1,21	(0,17-8,54)	0,28	(0,06-1,23)
- Trên 60 tuổi	<b>3,43*</b>	(1,33-8,86)	0,55	(0,20-1,49)	1,19	(0,46-3,07)	1,02	(0,36-2,86)	4,95	(0,69-35,52)	0,46	(0,10-2,12)
<u>Giới tính</u>												
- Nam	1		1		1		1		1		1	
- Nữ	0,72	(0,43-1,19)	0,88	(0,51-1,53)	0,69	(0,41-1,16)	1,07	(0,69-1,65)	1,02	(0,44-2,37)	<b>0,51*</b>	(0,26-0,99)
<u>Trình độ học vấn</u>												
- Dưới tiểu học	1		1		1		1		1		1	
- Hết tiểu học	1,22	(0,54-2,72)	1,12	(0,34-3,67)	0,65	(0,27-1,54)	<b>2,09*</b>	(1,06-4,13)	0,71	(0,19-2,69)	1,00	(0,39-2,57)
- Hết THCS	0,76	(0,37-1,55)	1,16	(0,40-3,37)	1,15	(0,56-2,35)	1,45	(0,77-2,72)	0,61	(0,13-2,86)	0,62	(0,21-1,83)
- Hết THPT	0,89	(0,34-2,31)	1,18	(0,39-3,61)	1,45	(0,74-2,85)	0,97	(0,17-5,63)	0,82	(0,16-4,27)	1,11	(0,29-4,26)
- Hết CĐ/ĐH	0,58	(0,23-1,49)	0,67	(0,11-3,92)	2,37	(0,82-6,91)	4,18	(0,63-27,64)	0,60	(0,08-4,63)	1,08	(0,30-3,84)

Biến độc lập	Có KCB nội trú											
	Hà Nội (n=1.808)		Điện Biên (n=1.099)		Bình Định (n=1.756)		Đắk Lắk (n=1.176)		Đồng Nai (n=880)		Đồng Tháp (n=997)	
	OR	95% CI	OR	95% CI	OR	95% CI	OR	95% CI	OR	95% CI	OR	95% CI
<i>Dân tộc</i>												
- Kinh	1		1		1		1		1		1	
- DT khác	<b>1,91*</b>	(1,10-3,32)	2.04	(0.87-4.78)	1.34	(0.50-3.60)	0.56	(0.14-2.25)	1		1	
<b>Mức sống</b>												
- Nghèo	1		1		1		1		1		1	
- Cận nghèo	3,22	(0,68-15,27)	2.65	(0.76-9.30)	1.01	(0.28-3.69)	0.72	(0.27-1.92)	1,96	(0,37-10,33)	1,79	(0,60-5,36)
- Trung bình	2,28	(0,56-9,32)	0.79	(0.18-3.42)	1.07	(0.31-3.63)	0.23	(0.04-1.45)	1,11	(0,20-6,21)	1,40	(0,38-5,10)
- Khá	<b>3,71*</b>	(1,01-13,68)	2.19	(0.45-10.67)	0.91	(0.24-3.40)	<b>0.24*</b>	(0.07-0.86)	2,66	(0,49-14,35)	0,94	(0,24-3,64)
- Giàu	<b>4,04*</b>	(1,08-15,14)	3.94	(0.55-28.08)	0.41	(0.10-1.66)	0.34	(0.09-1.30)	0,55	(0,12-2,48)	0,83	(0,15-4,54)
<b>BHYT</b>												
- Không có BH	1		1		1		1		1		1	
- Có BH	2,00	(0,93-4,30)	0.74	(0.20-2.69)	1		2.36	(0.58-9.64)	2,55	(0,72-8,95)	2,87	(0,84-9,86)
<b>Thành thị/Nông thôn</b>												
- Thành thị	1		1		1		1		1		1	
- Nông thôn	0,58	(0,33-1,00)	2.85	(0.91-8.98)	0.96	(0.48-1.90)	1.50	(0.78-2.89)	0,43	(0,16-1,14)	0,99	(0,54-1,84)

\* $p < 0,05$ ; \*\* $p < 0,01$ ; \*\*\*  $p < 0,001$

Nhân xét:

- Sử dụng KCB nội trú trong 4 tuần qua ở Hà Nội cao hơn ở những người ốm mức độ vừa hoặc nặng, thuộc nhóm tuổi từ 19-49 hoặc trên 60 tuổi, không phải dân tộc Kinh, thuộc mức sống khá hoặc giàu (với  $p < 0,05$ ). Đối với những yếu tố còn lại như giới tính, trình độ học vấn, BHYT, thành thị/nông thôn tuy có gây ra sự khác biệt về sử dụng dịch vụ KCB nội trú tại Hà Nội nhưng không có ý nghĩa thống kê.

- Đối với Điện Biên, sử dụng dịch vụ KCB nội trú cao hơn (có ý nghĩa thống kê) ở những người ốm mức độ vừa hoặc nặng. Các yếu tố khác như tuổi, giới tính, trình độ học vấn, dân tộc, mức sống, BHYT, thành thị/ nông thôn có gây ra sự khác biệt về sử dụng dịch vụ KCB nội trú tại Điện Biên tuy nhiên sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê.

- Ở Bình Định, sử dụng dịch vụ KCB nội trú cao hơn ở những người ốm mức độ nặng tuy nhiên lại thấp hơn ở những người thuộc nhóm tuổi từ 50-59 (với  $p < 0,05$ ). Các yếu tố còn lại như trình độ học vấn, giới tính, dân tộc, mức sống, BHYT, thành thị/ nông thôn đều gây ra sự khác biệt về sử dụng dịch vụ KCB nội trú tại Bình Định tuy nhiên sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê.

- Sử dụng dịch vụ KCB nội trú ở Đắk Lắk cao hơn ở những người ốm mức độ nặng, có trình độ học vấn hết tiểu học và thấp hơn ở người ốm thuộc nhóm tuổi 19-49, có mức sống khá (với  $p < 0,05$ ). Những yếu tố khác như giới tính, dân tộc, BHYT, thành thị/nông thôn có gây ra sự khác biệt về sử dụng dịch vụ KCB nội trú tại Đắk Lắk nhưng không có ý nghĩa thống kê.

- Đối với Đồng Nai, sử dụng dịch vụ KCB nội trú cao hơn ở những người ốm mức độ nặng với  $p < 0,001$ . Các yếu tố như đặc điểm nhân khẩu học, mức sống, BHYT, thành thị/ nông thôn đều không có mối liên quan có ý nghĩa thống kê với sử dụng KCB nội trú tại Đồng Nai.

- Sử dụng KCB nội trú ở Đồng Tháp cao hơn ở những người ốm mức độ nặng, là nam giới (với  $p < 0,05$ ). Các yếu tố còn lại như nhóm tuổi, trình độ học vấn, dân tộc, mức sống, BHYT, thành thị/ nông thôn có gây ra sự khác biệt về sử dụng dịch vụ KCB nội trú tại tỉnh này nhưng không có ý nghĩa thống kê.



### 3.2.3. Yếu tố ảnh hưởng tới sự khác biệt trong sử dụng dịch vụ tự điều trị

**Bảng 3.18: Yếu tố ảnh hưởng tới quyết định có sử dụng dịch vụ tự điều trị khi bị ốm/bệnh 4 tuần qua ở 6 tỉnh (hồi qui đa biến)**

Biến độc lập (n=7,716)	Có sử dụng dịch vụ tự điều trị	
	OR	95% CI
<b>Tỉnh</b>		
- Hà Nội	1	
- Điện Biên	<b>0,61*</b>	(0,39-0,95)
- Bình Định	<b>0,62**</b>	(0,47-0,82)
- Đắk Lắk	<b>0,55***</b>	(0,42-0,72)
- Đồng Nai	<b>0,40***</b>	(0,30-0,53)
- Đồng Tháp	<b>0,28***</b>	(0,21-0,38)
<b>Mức độ ốm đau</b>		
- Nhẹ	1	
- Vừa	<b>0,49***</b>	(0,41-0,58)
- Nặng	<b>0,24***</b>	(0,20-0,29)
<b>Đặc điểm NKH</b>		
<u>Nhóm tuổi</u>		
- Dưới 6 tuổi	1	
- Từ 6-18 tuổi	<b>1,70***</b>	(1,28-2,25)
- Từ 19-49 tuổi	<b>1,62**</b>	(1,23-2,13)
- Từ 50-59 tuổi	<b>1,31*</b>	(1,02-1,67)
- Trên 60 tuổi	1,05	(0,79-1,38)
<u>Giới tính</u>		
- Nam		
- Nữ	1,05	(0,93-1,19)
<u>Trình độ học vấn</u>		
- Dưới tiểu học	1	
- Hết tiểu học	<b>0,78*</b>	(0,64-0,95)
- Hết THCS	<b>0,63***</b>	(0,53-0,76)
- Hết THPT	<b>0,74*</b>	(0,57-0,95)
- Hết CĐ/ĐH	0,83	(0,60-1,15)
<u>Dân tộc</u>		
- Kinh	1	
- DT khác	0,66	(0,43-1,00)
<b>Mức sống</b>		
- Nghèo	1	
- Cận nghèo	0,78	(0,58-1,06)
- Trung bình	0,79	(0,57-1,08)
- Khá	<b>0,62**</b>	(0,45-0,84)
- Giàu	<b>0,66*</b>	(0,47-0,93)
<b>BHYT</b>		
- Không có BH	1	
- Có BH	<b>0,55***</b>	(0,46-0,67)
<b>Thành thị/nông thôn</b>		
- Thành thị	1	
- Nông thôn	0,97	(0,81-1,16)

Nhận xét:

- Sử dụng tự điều trị của người ốm/bệnh ở Hà Nội cao hơn tất cả các tỉnh Điện Biên, Bình Định, Đắk Lắk, Đồng Nai và Đồng Tháp, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$ .

- Các yếu tố ảnh hưởng tới tự điều trị của người ốm/bệnh trong 4 tuần qua ở 6 tỉnh bao gồm: mức độ ốm/bệnh, nhóm tuổi dưới 60, trình độ học vấn dưới CĐ/ĐH, mức sống khá/giàu, có BHYT (với  $p < 0,05$ ).

\* $p < 0,05$ ;

\*\*  $p < 0,01$ ;

\*\*\*  $p < 0,001$

**Bảng 3.19: Yếu tố ảnh hưởng tới quyết định có sử dụng dịch vụ tự điều trị khi bị ốm/bệnh 4 tuần theo từng tỉnh (hồi qui đa biến)**

Biến độc lập	Có tự điều trị											
	Hà Nội (n=1.808)		Điện Biên (n=1.099)		Bình Định (n=1.756)		Đắk Lắk (n=1.176)		Đồng Nai (n=880)		Đồng Tháp (n=997)	
	OR	95% CI	OR	95% CI	OR	95% CI	OR	95% CI	OR	95% CI	OR	95% CI
<b>Mức độ ốm đau</b>												
- Nhẹ	1		1		1		1		1		1	
- Vừa	<b>0,39***</b>	(0,28-0,53)	<b>0,49***</b>	(0,34-0,69)	0,91	(0,63-1,32)	<b>0,55**</b>	(0,36-0,85)	<b>0,55**</b>	(0,36-0,85)	<b>0,35***</b>	(0,22-0,56)
- Nặng	<b>0,18***</b>	(0,13-0,25)	<b>0,32***</b>	(0,19-0,54)	<b>0,52**</b>	(0,35-0,77)	<b>0,30***</b>	(0,17-0,51)	<b>0,14***</b>	(0,07-0,27)	<b>0,14***</b>	(0,06-0,29)
<b>Đặc điểm NKH</b>												
<u>Nhóm tuổi</u>												
- Dưới 6 tuổi	1		1		1		1		1		1	
- Từ 6-18 tuổi	1,61	(0,99-2,62)	<b>2,26**</b>	(1,34-3,79)	1,33	(0,73-2,43)	1,64	(0,88-3,07)	1,86	(0,60-5,76)	<b>2,29***</b>	(1,03-5,12)
- Từ 19-49 tuổi	<b>1,65*</b>	(1,02-2,67)	1,50	(0,94-2,40)	1,47	(0,80-2,71)	1,07	(0,64-1,78)	<b>3,14*</b>	(1,21-8,10)	<b>3,66*</b>	(1,91-7,04)
- Từ 50-59 tuổi	1,48	(0,97-2,25)	1,00	(0,67-1,51)	0,98	(0,56-1,70)	1,09	(0,67-1,79)	1,87	(0,69-5,05)	1,43	(0,81-2,51)
- Trên 60 tuổi	1,26	(0,80-1,97)	0,79	(0,43-1,45)	0,66	(0,39-1,12)	0,97	(0,57-1,64)	0,95	(0,30-3,00)	1,08	(0,53-2,21)
<u>Giới tính</u>												
- Nam	1		1		1		1		1		1	
- Nữ	1,16	(0,93-1,45)	1,23	(0,88-1,71)	0,89	(0,68-1,17)	1,23	(0,88-1,71)	<b>0,70*</b>	(0,53-0,94)	1,10	(0,71-1,70)
<u>Trình độ học vấn</u>												
- Dưới tiểu học	1		1		1		1		1		1	
- Hết tiểu học	0,66	(0,43-1,02)	1,12	(0,72-1,75)	0,76	(0,51-1,14)	0,86	(0,52-1,45)	0,84	(0,52-1,37)	0,72	(0,40-1,27)
- Hết THCS	<b>0,54**</b>	(0,38-0,77)	0,99	(0,62-1,58)	<b>0,49**</b>	(0,34-0,70)	0,88	(0,55-1,39)	<b>0,47**</b>	(0,29-0,76)	1,06	(0,62-1,83)
- Hết THPT	<b>0,54**</b>	(0,35-0,86)	1,43	(0,90-2,27)	0,62	(0,33-1,16)	1,28	(0,70-2,34)	0,81	(0,42-1,54)	0,86	(0,46-1,62)
- Hết CĐ/ĐH	0,77	(0,45-1,33)	1,29	(0,64-2,58)	0,55	(0,25-1,21)	1,01	(0,45-2,25)	<b>0,43*</b>	(0,20-0,92)	1,09	(0,36-3,27)

Biến độc lập	Có tự điều trị											
	Hà Nội (n=1.808)		Điện Biên (n=1.099)		Bình Định (n=1.756)		Đắk Lắk (n=1.176)		Đồng Nai (n=880)		Đồng Tháp (n=997)	
	OR	95% CI	OR	95% CI	OR	95% CI	OR	95% CI	OR	95% CI	OR	95% CI
<i>Dân tộc</i>												
- Kinh	1		1		1		1		1		1	
- DT khác	<b>0,42***</b>	(0,27-0,63)	0,95	(0,45-1,98)	0,95	(0,32-2,84)	0,69	(0,36-1,35)	2,01	(0,74-5,44)	1	
<b>Mức sống</b>												
- Nghèo	1		1		1		1		1		1	
- Cận nghèo	0,53	(0,27-1,03)	0,61	(0,30-1,24)	0,96	(0,48-1,93)	0,78	(0,42-1,45)	<b>0,30*</b>	(0,10-0,89)	0,87	(0,51-1,48)
- Trung bình	0,52	(0,26-1,06)	1,31	(0,76-2,25)	0,98	(0,50-1,95)	0,74	(0,41-1,34)	<b>0,29*</b>	(0,09-0,97)	0,94	(0,50-1,75)
- Khá	<b>0,39*</b>	(0,20-0,80)	0,99	(0,40-2,49)	1,03	(0,46-2,32)	<b>0,44**</b>	(0,25-0,76)	<b>0,22**</b>	(0,08-0,61)	0,92	(0,34-2,50)
- Giàu	<b>0,44*</b>	(0,23-0,83)	0,70	(0,29-1,66)	0,75	(0,34-1,67)	<b>0,39*</b>	(0,18-0,86)	0,33	(0,10-1,04)	0,69	(0,37-1,30)
<b>BHYT</b>												
- Không có BH	1		1		1		1		1		1	
- Có BH	0,83	(0,58-1,19)	<b>0,31***</b>	(0,19-0,50)	<b>0,43***</b>	(0,32-0,57)	<b>0,39***</b>	(0,25-0,60)	<b>0,58*</b>	(0,38-0,89)	<b>0,23***</b>	(0,14-0,38)
<b>Thành thị/Nông thôn</b>												
- Thành thị	1		1		1		1		1		1	
- Nông thôn	1,16	(0,86-1,57)	<b>0,47**</b>	(0,31-0,71)	0,91	(0,61-1,34)	<b>0,62*</b>	(0,42-0,91)	1,08	(0,67-1,72)	0,76	(0,46-1,25)

\* $p < 0,05$ ; \*\* $p < 0,01$ ; \*\*\*  $p < 0,001$

Nhận xét:

- Hà Nội: Tự điều trị ở Hà Nội thấp hơn những người ốm ở mức độ vừa hoặc nặng, là người dân tộc, có trình độ học vấn hết THCS hoặc hết THPT, thuộc mức sống khá hoặc giàu và cao hơn ở những người ốm thuộc nhóm tuổi từ 19-49 ( $p < 0,05$ ). Các yếu tố khác như BHYT, giới tính, thành thị/nông thôn,... tuy có gây ra sự khác biệt nhưng không có ý nghĩa thống kê.

- Điện Biên: Tự điều trị ở Điện Biên thấp hơn ở những người ốm mức độ vừa hoặc nặng, có BHYT, ở khu vực nông thôn và cao hơn ở những người ốm/bệnh thuộc nhóm tuổi từ 6-18 ( $p < 0,05$ ). Các yếu tố còn lại như giới tính, trình độ học vấn, dân tộc, mức sống tuy có gây ra sự khác biệt nhưng không có ý nghĩa thống kê.

- Bình Định: tự điều trị ở Bình Định thấp hơn ở những người ốm mức độ nặng, có BHYT, trình độ học vấn hết THCS ( $p < 0,05$ ). Các yếu tố còn lại như nhóm tuổi, giới tính, dân tộc, mức sống, thành thị/ nông thôn không có mối liên quan có ý nghĩa thống kê với sử dụng tự điều trị ở Bình Định.

- Đắk Lắk: tự điều trị ở Đắk Lắk thấp hơn ở những người ốm mức độ vừa hoặc mức độ nặng, có BHYT, ở khu vực nông thôn, thuộc mức sống khá hoặc giàu ( $p < 0,05$ ). Các yếu tố còn lại như nhóm tuổi, giới tính, trình độ học vấn, dân tộc không có mối liên quan có ý nghĩa thống kê với sử dụng tự điều trị của người ốm tại tỉnh này.

- Đồng Nai: tự điều trị ở Đồng Nai thấp hơn ở những người ốm mức độ vừa hoặc nặng, là nữ giới, có BHYT, trình độ học vấn hết THCS hoặc hết CĐ/ĐH, thuộc nhóm mức sống cận nghèo, trung bình hoặc khá ( $p < 0,05$ ). Các yếu tố khác như dân tộc, thành thị/ nông thôn, ... không có mối liên quan có ý nghĩa thống kê với tự điều trị của người ốm ở đây.

- Đồng Tháp: tự điều trị ở Đồng Tháp thấp hơn ở những người ốm mức độ vừa hoặc nặng, có BHYT và cao hơn ở những người ốm thuộc nhóm tuổi từ 6-18 hoặc thuộc nhóm tuổi từ 19-49 ( $p < 0,05$ ). Các yếu tố còn lại như giới tính, trình độ học vấn, dân tộc, mức sống, thành thị/ nông thôn không có mối liên quan có ý nghĩa thống kê với tự điều trị ở Đồng Tháp.

**Kết quả hồi qui logistic đa tầng trong phân tích ảnh hưởng của các yếu tố cộng đồng lên sử dụng dịch vụ khám chữa bệnh**

Để tìm hiểu yếu tố ảnh hưởng ở mức độ cộng đồng tới việc sử dụng dịch vụ KCB, hồi qui logistic đa tầng được áp dụng đối với KCB ngoại trú, nội trú và tự điều trị. Kết quả mô hình cho thấy chỉ có KCB ngoại trú là chịu ảnh hưởng bởi một số yếu tố cộng đồng. Kết quả được trình bày ở bảng 3.20

**Bảng 3.20: Hồi qui logistic đa tầng đo lường mức độ ảnh hưởng của các yếu tố cá nhân (fixed effects) và yếu tố cộng đồng (random effects) đối với KCB ngoại trú 4 tuần**

Biến	Mô hình 1	Mô hình 2	Mô hình 3	Mô hình 4
<b>Ảnh hưởng ở mức độ cá nhân (fixed effects)</b>				
Các yếu tố cá nhân (mức độ 1)				
- Sống ở nông thôn			1,1651** (0,0506)	1,1561** (0,0508)
- Mức độ ốm vừa/nặng			1,9899** (0,0507)	2,0005** (0,0508)
- Nhóm tuổi từ 6 trở lên			0,5689** (0,0723)	0,5712** (0,0724)
- Học vấn từ tiểu học trở lên			1,2115** (0,0550)	1,2067** (0,0553)
- Thuộc nhóm mức sống giàu			1,1782** (0,0528)	1,1493** (0,0561)
- Có BHYT			1,9027** (0,0629)	1,9253** (0,0637)
Các yếu tố vùng, miền (mức độ 2)				
- Tỷ suất chết thô		1,3220** (0,0409)		1,2300** (0,0414)
- Số lượng bệnh viện công		1,0217 (0,0207)		1,0285 (0,0215)
- Số lượng trạm y tế xã		1,0031* (0,0012)		0,9955** (0,0012)
<b>Ảnh hưởng ở mức độ cộng đồng (Random effects)</b>				
- Intra-class correlation, $\rho$	0.1287** (0.0151)	0.0724** (0.0110)	0.0288** (0.0032)	0.0414** (0.0054)
- Log-likelihood	-5218.18	-5218.15	-5018.16	-5014.71
Số quan sát	7716	7716	7716	7716

Chú thích: Các số trong bảng trên thể hiện tỷ suất chênh (OR), số trong ngoặc là sai số chuẩn, \* $p < 0,05$ ; \*\* $p < 0,001$

Khi kết hợp phân tích các yếu tố ảnh hưởng tới tỷ lệ sử dụng dịch vụ KCB ngoại trú ở mức độ cá nhân và yếu tố cộng đồng thấy rằng:

- Ở mô hình 1: hệ số tương quan ( $\rho$ ) giữa các tỉnh cho thấy có 12,87% sự khác nhau trong việc sử dụng dịch vụ KCB ngoại trú của người ốm/bệnh 4 tuần qua là do yếu tố vùng ( $p < 0,001$ ). Điều này cho thấy tỷ lệ sử dụng dịch vụ KCB ngoại trú khác nhau giữa các tỉnh có thể do sự khác nhau về số lượng các cơ sở y tế, tình hình sức khỏe của người dân tại vùng mà người đó sinh sống...

- Ở mô hình 2: Kết quả ở mô hình 2 phần nào khẳng định được sự khác nhau về tỷ lệ sử dụng dịch vụ KCB ngoại trú khi bị ốm/bệnh trong 4 tuần được giải thích thông qua yếu tố vùng. Cụ thể tỷ suất chết thô có ảnh hưởng tới tỷ lệ sử dụng dịch vụ KCB ngoại trú (với mức ý nghĩa  $p < 0,005$ ).  $OR = 1,322$  có nghĩa rằng khi tỷ suất chết thô của vùng tăng lên 1% thì tỷ lệ sử dụng dịch vụ KCB ngoại trú sẽ tăng lên 32,2%. Số cơ sở y tế cũng có mối liên quan với tỷ lệ sử dụng dịch vụ KCB ngoại trú, cụ thể là khi tăng lên 1 TYT xã thì tỷ lệ sử dụng dịch vụ KCB ngoại trú sẽ tăng lên 3,2% ( $p < 0,05$ ). Trong mô hình này số bệnh viện trong vùng không ảnh hưởng tới tỷ lệ sử dụng dịch vụ KCB ngoại trú của người bị ốm/bệnh trong 4 tuần.

- Ở mô hình 3: Khi đưa các yếu tố cá nhân vào mô hình, trong đó lựa chọn các nhóm so sánh là nhóm dưới 6 tuổi, học vấn dưới tiểu học, ở thành thị, mức độ ốm nhẹ, không có BHYT, mức sống từ khá trở xuống thì kết quả cho thấy là các yếu tố bao gồm sống ở nông thôn, mức độ ốm vừa/nặng, nhóm tuổi từ 6 trở lên, trình độ học vấn trên tiểu học, thuộc nhóm mức sống giàu, có BHYT đều có ảnh hưởng tới tỷ lệ sử dụng dịch vụ KCB ngoại trú ( $p < 0,001$ ).

- Ở mô hình 4: Khi ta kết hợp tất cả các yếu tố bao gồm yếu tố cá nhân và yếu tố mang tính vùng miền vào mô hình 4, kết quả cho thấy bên cạnh các yếu tố cá nhân ảnh hưởng tới tỷ lệ sử dụng dịch vụ KCB ngoại trú trong 4 tuần thì yếu tố đặc trưng của vùng, miền như tỷ suất chết thô, số lượng các cơ sở y tế là TYT xã đều ảnh hưởng tới tỷ lệ sử dụng dịch vụ KCB ngoại trú khi bị ốm/bệnh 4 tuần qua với  $p < 0,001$ .

So sánh kết quả của cả 4 mô hình có thể thấy sự thay đổi không nhiều về giá trị của hệ số tương quan  $\rho$ , điều này thể hiện kết quả nhất quán đối với các biến đưa vào ước lượng và hiện tượng đa cộng tuyến hạn chế ở trong các mô hình này.

## **CHƯƠNG 4: BÀN LUẬN**

### **4.1. THỰC TRẠNG SỬ DỤNG DỊCH VỤ KHÁM CHỮA BỆNH CỦA NGƯỜI DÂN Ở 6 TỈNH THUỘC CÁC VÙNG KINH TẾ XÃ HỘI VIỆT NAM NĂM 2015**

#### **4.1.1. Tình hình ốm/bệnh 4 tuần của người dân ở 6 tỉnh nghiên cứu**

Kết quả điều tra phát hiện tỷ lệ ốm 4 tuần của người dân ở 6 tỉnh năm 2015 là 24,4%, tỷ lệ này thấp hơn đáng kể so với tỷ lệ ốm 4 tuần tại điều tra y tế quốc gia 2001-2002 (37,4%) [12]. Đây là một kết quả tương đối khả quan, phản ánh tình trạng sức khỏe của người dân đã được cải thiện hơn so với trước đây. Tuy nhiên cách thức thu thập số liệu có những điểm khác nhau giữa hai cuộc điều tra (điều tra năm 2015 thu thập số liệu trong vòng 3 tháng cuối năm, trong khi đó điều tra y tế quốc gia thu thập số liệu trong vòng 1 năm) do vậy tỷ lệ ốm đau 4 tuần cũng có thể bị tác động bởi các yếu tố thời tiết/mùa trong năm dẫn tới sự tăng/giảm tỷ lệ ốm 4 tuần giữa 2 cuộc điều tra. Kết quả điều tra mức sống dân cư các năm 2002, 2006, 2008 cũng cho tỷ lệ người mắc bệnh, chấn thương trong 4 tuần lần lượt là 11%, 18% và 16,3% [60]. Các kết quả này không phản ánh rõ ràng xu thế cải thiện về tình trạng ốm đau trong 4 tuần của người dân. Tuy nhiên ốm 4 tuần trong điều tra mức sống dân cư được tính cho các trường hợp ốm, bệnh, ngộ độc, chấn thương trong vòng 4 tuần trong khi đó ốm 4 tuần trong điều tra này được tính cho các trường hợp bị ốm/bệnh cấp tính, chấn thương, ngộ độc, bỏng, bệnh mạn tính, đợt cấp của bệnh mạn tính, các bệnh sản phụ khoa, nạo/hút/phá thai, sinh đẻ do vậy tỷ lệ ốm 4 tuần ở điều tra này sẽ cao hơn.

Tỷ lệ ốm 4 tuần cũng như mức độ ốm nặng ở khu vực nông thôn của 6 tỉnh nghiên cứu cao hơn so với khu vực thành thị, kết quả này tương tự với phát hiện ở điều tra y tế quốc gia 2001-2002 [13]. Sự khác biệt về tỷ lệ mắc cũng như mức độ ốm giữa nông thôn và thành thị có thể do điều kiện làm việc, sinh sống hoặc điều kiện chăm sóc sức khỏe của người dân ở khu vực nông thôn hạn chế hơn, hoặc họ

trì hoãn hơn trong việc đi KCB so với người thành thị, bên cạnh đó sự khác biệt về đặc điểm khí hậu, yếu tố dịch tễ học, phong tục tập quán,... giữa các vùng dẫn đến tỷ lệ ốm nhiều hơn và bệnh nhẹ trở thành bệnh nặng. Tuy nhiên nghiên cứu này chưa có được bằng chứng rõ ràng chỉ ra nguyên nhân của sự khác biệt đó, để trả lời cần thiết tiến hành các nghiên cứu sâu hơn.

#### **4.1.2. Sử dụng dịch vụ khám chữa bệnh ngoại trú**

Khi bị ốm/bệnh trong vòng 4 tuần, người bệnh sử dụng dịch vụ KCB ngoại trú với tỷ lệ cao nhất (45,7%) so với sử dụng dịch vụ KCB nội trú hay tự điều trị. Xu hướng này cũng tương tự với phát hiện của điều tra mức sống dân cư 2006 và một số các nghiên cứu trong và ngoài nước trong thời gian qua [25,53,57,107]. Tuy nhiên cũng có sự khác biệt về cách xử trí khi bị ốm 4 tuần ở nghiên cứu này so với một vài kết quả nghiên cứu trước đây, trong khi tỷ lệ đi KCB ngoại trú là cao nhất ở nghiên cứu này thì phát hiện từ nghiên cứu của Nguyễn Duy Khê [128] và Ngô Văn Toàn [126] lại cho thấy tỷ lệ tự điều trị của người dân khi bị ốm/bệnh 4 tuần cao hơn hẳn so với tỷ lệ đi KCB ngoại trú hoặc nội trú. Quyết định đi KCB ngoại trú có mối quan hệ với tình trạng có BHYT [17], mức sống [45,107], trong khi sử dụng tự điều trị lại chủ yếu xảy ra khu vực nông thôn [128]. Tuy nhiên trong nghiên cứu này tỷ lệ sử dụng KCB ngoại trú không khác biệt giữa thành thị, nông thôn và đều cao hơn tỷ lệ tự điều trị. Điều đó cho thấy đã có sự thay đổi về hành vi tìm kiếm dịch vụ KCB khi có vấn đề sức khỏe đối với người dân ở khu vực nông thôn thay vì chỉ sử dụng dịch vụ tự điều trị như trước kia thì người bệnh đã tìm đến cơ sở y tế để KCB. Ngoài ra nghiên cứu này cũng cho thấy những người có mức sống khá có tỷ lệ đi KCB ngoại trú cao hơn so với nhóm nghèo, có BHYT đi KCB ngoại trú cao hơn so với nhóm không có BHYT. Như vậy, rõ ràng khi điều kiện kinh tế khá hơn thì người dân sẽ có điều kiện hơn để chăm chút tới vấn đề chăm sóc sức khỏe. Bên cạnh đó, có BHYT cũng là yếu tố thúc đẩy việc sử dụng dịch vụ KCB của người dân, đây không chỉ là phát hiện ở nghiên cứu này mà còn là phát hiện ở nhiều các nghiên cứu trong và ngoài nước khác [9,53,107,123,130].



**4.1.2.1. Sự khác biệt về tỷ lệ sử dụng dịch vụ khám chữa bệnh ngoại trú giữa các tỉnh:**

Khi bị ốm đau trong vòng 4 tuần thì người dân ở Đồng Nai và Đồng Tháp có tỷ lệ lượt sử dụng dịch vụ KCB ngoại trú cao nhất (trên 60%) so với các tỉnh còn lại. Số liệu mức sống dân cư 2006 cũng cho tỷ lệ KCB ngoại trú cao nhất ở vùng đồng bằng sông Cửu Long và Duyên hải Nam Trung bộ với tỷ lệ khoảng 64%. Trong khi đó tỷ lệ người sử dụng dịch vụ ngoại trú trong 4 tuần ở điều tra quốc gia 2001-2002 lại cao nhất ở vùng đồng bằng sông Hồng (20,4%), tiếp đến là vùng đồng bằng sông Cửu Long (18%), vùng Đông Nam bộ là thấp nhất với tỷ lệ 13,6% [13]. Sự không tương đồng này có thể do cách phân vùng hoặc cách tính tỷ lệ người/lượt sử dụng dịch vụ KCB ngoại trú trong 4 tuần giữa 2 cuộc điều tra khác nhau. Đối với điều tra quốc gia 2001-2002, vùng tại thời điểm đó được phân chia thành 8 vùng trong khi đó tại cuộc điều tra này, vùng được chia lại thành 6 vùng theo Nghị định của Thủ tướng Chính Phủ [20]. Thêm vào đó, tại cuộc điều tra này, tỷ lệ sử dụng dịch vụ KCB ngoại trú chỉ được tính toán cho những người có vấn đề sức khỏe (ốm, đau) trong 4 tuần, trong khi đó tại cuộc điều tra 2001-2002, tỷ lệ sử dụng dịch vụ ngoại trú được tính chung cho tất cả những người dân có sử dụng dịch vụ ngoại trú bất kể là người đó có vấn đề sức khỏe trong 4 tuần hay không.

Kết quả phân tích cho thấy Đồng Nai và Đồng Tháp là 2 tỉnh có tỷ lệ ốm thấp và chủ yếu là ốm nhẹ nhưng lại có tỷ lệ KCB ngoại trú cao nhất. Thông thường khi bị ốm/bệnh ở mức độ nhẹ, người dân thường tìm kiếm dịch vụ tự điều trị nếu không khỏi mới đi KCB ngoại trú [128]. Tuy nhiên có thể do sự khác biệt về sở thích hoặc thói quen đi KCB khi bị ốm/bệnh mà người dân ở 2 tỉnh này mặc dù ốm nhẹ cũng đi KCB với tỷ lệ rất cao (chiếm khoảng 1/2 số người ốm/bệnh ở mức độ nhẹ) trong khi đó Hà Nội là một tỉnh có điều kiện kinh tế xã hội phát triển, mức sống tương cao, dễ tiếp cận cơ sở y tế nhưng khi bị ốm nhẹ thì chỉ khoảng 1/4 số trường hợp đi KCB ngoại trú. Ngoài ra, ở một số nhóm đối tượng đặc thù như trẻ em dưới 6 tuổi hoặc người cao tuổi từ 60 trở lên là những đối tượng dễ bị nhiễm

bệnh cấp tính/mạn tính cần được chăm sóc y tế nhiều hơn, tuy nhiên tỷ lệ đi KCB ngoại trú ở những nhóm đối tượng này cũng chỉ cao ở Đồng Nai và Đồng Tháp. Như vậy có thể thấy cùng một nhóm đối tượng có nhu cầu về chăm sóc sức khỏe như nhau thì quyết định sử dụng dịch vụ KCB cũng rất khác nhau giữa các tỉnh. Điều này chứng tỏ là có một yếu tố nào đó có thể là thói quen, sở thích hay quan điểm về sử dụng dịch vụ của người dân ở các vùng, miền gây ra sự khác biệt này. Kết quả từ nghiên cứu này chưa khẳng định được sự khác biệt này là do yếu tố nào được liệt kê trên đây, để lý giải cần có các nghiên cứu sâu hơn về hành vi sử dụng dịch vụ KCB của người dân khi có vấn đề về sức khỏe.

#### ***4.1.2.2. Sự khác biệt về lựa chọn cơ sở y tế trong khám chữa bệnh ngoại trú giữa các tỉnh:***

Trong nghiên cứu này, cơ sở y tế tư nhân được người ốm/bệnh lựa chọn KCB ngoại trú với tỷ lệ cao nhất 33,1%. Kết quả này phù hợp với kết quả điều tra mức sống dân cư từ 2004-2012 [58]. Với đặc điểm linh hoạt, dễ tiếp cận, mất ít thời gian chờ đợi, đảm bảo tính riêng tư về những bệnh nhạy cảm [23,38] cũng như sự hiện diện của bác sĩ tư cũng như nhân viên y tế ở phòng khám tư luôn đầy đủ hơn so với CSYT công, thời gian cung cấp dịch vụ rất linh động [85,86]..., khiến y tế tư nhân trở thành một trong những lựa chọn đầu tiên của người dân khi họ có các vấn đề về sức khỏe. Đây là một trong các lý do khiến việc lựa chọn cơ sở y tế tư nhân chiếm tỷ lệ cao nhất trong nghiên cứu này. Bình quân người dân Việt Nam sử dụng YTN tới 1,8 lần/năm trong khi đó tại các CSYT tuyến xã và bệnh viện công lần lượt là 1,2 lần và 0,8 lần [10]. Lựa chọn cơ sở YTTN để KCB không chỉ là những người giàu có mà còn cả những nhóm yếu thế trong xã hội như người già, người nghèo, phụ nữ và trẻ em. Tỷ lệ người già trên 60 tuổi đến thầy thuốc tư để KCB cho bệnh cấp tính chiếm 33,5%, trong khi đó sử dụng trạm y tế xã chỉ là 18% [49]. Phụ nữ nông thôn sử dụng y tế tư nhân để khám chữa bệnh khi bị ốm chiếm 23%, trong khi đó lựa chọn trạm y tế xã chỉ chiếm 13,8% [64]. Trẻ em dưới 5 tuổi sử dụng dịch vụ YTN trong điều trị bệnh nhiễm khuẩn hô hấp cấp chiếm tới 49% [62].

Trên thực tế, với sự phát triển tương đối nhanh về số lượng và các loại hình, y tế tư nhân đã có những đóng góp nhất định trong công tác chăm sóc và bảo vệ sức khỏe nhân dân. Số liệu báo cáo của Bộ Y tế năm 2014 cho thấy chỉ trong vòng 15 năm số cơ sở y tế tư nhân đã tăng từ 19.836 cơ sở (năm 1998) lên tới trên 30.000 cơ sở (năm 2013). Y tế tư nhân đã cung cấp khoảng từ 60-75% các dịch vụ y tế khám và điều trị ngoại trú và khoảng 4% dịch vụ nội trú [10]. Tuy nhiên vì là loại hình kinh doanh lợi nhuận nên khu vực này chủ yếu cung cấp các dịch vụ KCB ngoại trú cho bệnh nhân ở mức độ bệnh nhẹ.

Nghiên cứu cũng chỉ ra sự khác biệt giữa các tỉnh trong lựa chọn KCB ngoại trú tại CSYT tư nhân. Tỷ lệ KCB ngoại trú ở CSYT tư nhân cao nhất ở Đắk Lắk với 43,3%, và thấp nhất ở Điện Biên với 6,8%. Xu hướng này cũng tương tự như kết quả điều tra mức sống dân cư 2012 khi tỷ lệ lựa chọn CSYT tư nhân để KCB ngoại trú cao nhất ở vùng Tây Nguyên với 44,5% và thấp nhất ở vùng miền núi phía Bắc với 10,3% [58]. Điện Biên là tỉnh miền núi, người dân chủ yếu là đồng bào dân tộc, tỷ lệ người nghèo và người sống ở khu vực đặc biệt khó khăn tương đối cao do vậy đa số họ được nhà nước hỗ trợ BHYT miễn phí. Bởi vậy khi gặp vấn đề sức khỏe, người dân sẽ tới CSYT để KCB bảo hiểm y tế thay vì tới cơ sở y tế tư nhân để phải trả tiền. Ở góc độ cơ sở y tế tư nhân, do đặc thù là kinh doanh, nên các cơ sở y tế tư nhân đều có xu hướng tập trung ở những vùng thành thị, đông dân, điều kiện kinh tế xã hội khá và khả năng thu lợi nhuận cao [10,32,44], cho nên mạng lưới CSYT tư nhân phát triển rất hạn chế ở khu vực này. Những hạn chế về điều kiện kinh tế cũng như khó khăn trong tiếp cận dẫn tới tỷ lệ sử dụng dịch vụ KCB ngoại trú ở cơ sở y tế tư nhân rất thấp ở Điện Biên. Đắk Lắk là một trong những tỉnh thuộc khu vực Tây Nguyên, không phải là một tỉnh có điều kiện kinh tế phát triển như Hà Nội nhưng tỷ lệ sử dụng y tế tư nhân để KCB ngoại trú lại cao nhất. Đây có lẽ là do điều kiện sống của người dân tại Đắk Lắk với đặc thù đi làm nương rẫy cả ngày hoặc một vài ngày mới về nhà. Trong khi đó dịch vụ được cung cấp tại các cơ sở y tế công lại chỉ giới hạn trong giờ hành chính, thời gian chờ đợi lâu, đôi khi nhân viên y tế lại vắng mặt và thiếu thuốc [90,105,124] là những yếu tố khiến người bệnh tìm

kiểm dịch vụ KCB ở cơ sở y tế tư nhân với sự linh hoạt về thời gian có thể KCB ngoài giờ vào buổi tối hoặc buổi sáng sớm... nhằm đảm bảo đặc thù về công việc.

Như vậy có thể thấy về cung ứng dịch vụ y tế thì YTTN đóng vai trò nhất định trong hệ thống y tế với đặc điểm nổi bật là dễ tiếp cận với mọi đối tượng sử dụng. Tuy nhiên YTTN cũng bộc lộ những vấn đề liên quan tới chất lượng điều trị, tuân thủ quy định hành nghề. Kết quả từ nghiên cứu về hoạt động của y tế tư nhân tại Hà Nội năm 2002 cho thấy việc chấp hành các quy định hành nghề của cơ sở YTTN còn thiếu nghiêm túc [21], việc kê đơn bất hợp lí và tình trạng bán thuốc tràn lan ở khu vực tư nhân đã góp phần gây ra tình trạng kháng thuốc cũng như lạm dụng thuốc ở khu vực này [13,129]. Bên cạnh đó kiến thức của thầy thuốc tư đối với xử trí một số bệnh thông thường còn thấp. Kết quả điều tra y tế quốc gia 2001-2002 cho thấy chỉ có 22% thầy thuốc tư trả lời đúng trên 75% câu hỏi trắc nghiệm về nhận biết và xử trí nhiễm khuẩn hô hấp cấp, 37% với bệnh tiêu chảy và 10% với tăng huyết áp... Thực trạng này đặt ra vấn đề về chất lượng dịch vụ được cung ứng tại khu vực y tế tư nhân. Để đảm bảo người dân được tiếp cận tới các dịch vụ có chất lượng, phát huy vai trò của y tế tư nhân trong giảm tải mạng lưới y tế công thì các cơ quan quản lý nhà nước về hành nghề y tư nhân cần thắt chặt công tác kiểm tra, giám sát nhằm đảm bảo người dân được nhận các dịch vụ có chất lượng từ mạng lưới này.

Khi người bệnh lựa chọn KCB ngoại trú tại các cơ sở y tế công thì TYT xã vẫn chiếm tỷ lệ cao nhất 20,3%, BV huyện (18,5%), BV tỉnh (16%), BV trung ương (6,9%), và CSYT khác là 5,3%. Kết quả này cho thấy người bệnh lựa chọn TYT xã để KCB ngoại trú thấp hơn so với cơ sở YTN nhưng lại cao hơn so với các cơ sở y tế công còn lại trong mạng lưới cung ứng dịch vụ, phát hiện này tương tự với số liệu KCB ngoại trú 4 tuần ở điều tra mức sống dân cư 2006 và một số nghiên cứu trong thời gian qua [25,33,128].

Mặc dù đều là cơ sở y tế gần dân nhất trong hệ thống y tế nhưng TYT xã lại chỉ đứng thứ hai về tỷ lệ KCB ngoại trú so với cơ sở YTN [13]. Một số các nguyên

nhân đã được nhiều nghiên cứu chỉ ra đó là do sự tiếp cận tới các cơ sở YTN thuận tiện hơn về mặt thời gian KCB, tiền công được thanh toán linh hoạt hơn (có thể được nợ để trả sau) và đặc biệt là YTN hoạt động vì lợi nhuận nên họ chú trọng hơn tới hành vi, thái độ phục vụ để thu hút người bệnh. Trong khi TYT xã cũng là cơ sở y tế gần dân, đảm bảo tính thuận tiện trong tiếp cận nhưng là cơ sở y tế công chỉ hoạt động trong giờ hành chính, cán bộ y tế xã được trả lương từ ngân sách nhà nước để làm công tác KCB và phòng bệnh. Nguồn thu của TYT xã chủ yếu là từ ngân sách dành cho chi thường xuyên, các nguồn khác chiếm tỷ lệ không đáng kể (dưới 10%), thu từ KCB BHYT chỉ khoảng 1,2% [13], điều này không khuyến khích cán bộ y tế tăng cường chất lượng KCB để thu hút bệnh nhân, đây có thể là một trong những lý do khiến người bệnh tới KCB tại TYT xã thấp hơn so với cơ sở YTN.

Tuy nhiên so với các cơ sở y tế công còn lại như BV các tuyến thì TYT xã vẫn được người dân lựa chọn để KCB ngoại trú với tỷ lệ cao hơn. TYT xã là cơ sở trong mạng lưới y tế công được bố trí gần dân nhất về khoảng cách và cung ứng những dịch vụ chăm sóc sức khỏe cơ bản với giá thành thấp nhất. Do vậy, người dân ở khu vực nông thôn, người nghèo, người mắc bệnh mạn tính chủ yếu sử dụng dịch vụ y tế tại tuyến y tế cơ sở [13,33], đặc biệt người nghèo ở 5 tỉnh miền núi phía Bắc, Tây Nguyên KCB ngoại trú tại TYT xã lên tới 82% [17]. Điều tra y tế quốc gia 2001-2002 cũng cho thấy TYT phục vụ người nghèo với tỷ lệ cao hơn người nghèo trong dân số, ngược lại bệnh viện tỉnh/trung ương có xu hướng phục vụ người nghèo với tỷ lệ thấp hơn so với người nghèo trong dân số [13], cụ thể 20% người nghèo nhất chỉ sử dụng 6,8% dịch vụ KCB ngoại trú tại bệnh viện tỉnh và trung ương, trong khi đó 20% người giàu nhất sử dụng đến 42% dịch vụ ngoại trú của bệnh viện tỉnh và trung ương. TYT xã còn là nơi đăng ký KCB ban đầu cho hầu hết các đối tượng tham gia BHYT theo hộ gia đình, học sinh, trẻ em dưới 6 tuổi, người già trên 80, người nghèo và cận nghèo... Có tới 65% người bệnh KCB tại TYT xã do đăng ký BHYT tại đây, nghiên cứu của Trần Đăng Khoa (2013) cũng

cho thấy đăng ký BHYT là lý do chính khiến người dân KCB ngoại trú tại TYT xã với tỷ lệ cao nhất (56,7%) [33].

Có sự bất công bằng giữa khu vực thành thị và nông thôn trong sử dụng dịch vụ KCB ngoại trú tại các cơ sở y tế công. Nghiên cứu này chỉ ra người bệnh ở khu vực nông thôn chủ yếu sử dụng TYT xã để KCB ngoại trú với tỷ lệ cao nhất (gấp 3 lần so với khu vực thành thị) trong khi đó ở khu vực thành thị người bệnh lại sử dụng BV tỉnh và trung ương để KCB ngoại trú với tỷ lệ cao nhất, cao gấp đôi so với khu vực nông thôn. Rõ ràng người dân ở nông thôn có tỷ lệ ốm 4 tuần cao hơn so với thành thị, mức độ ốm cũng nặng hơn so với thành thị nhưng lại sử dụng dịch vụ hạn chế hơn tại TYT xã trong khi người bệnh ở thành thị ốm ít hơn, nhẹ hơn thì lại sử dụng dịch vụ KCB ở tuyến cao nhất là BV tỉnh/trung ương. Kết quả điều tra y tế quốc gia 2001-2002 cũng cho kết quả tương tự khi chỉ ra ở khu vực thành thị, người dân dễ tiếp cận với tuyến trên hơn so với nông thôn và vì chất lượng của tuyến trên thường cao hơn nên người thành thị lựa chọn các loại bệnh viện tỉnh và trung ương nhiều hơn trạm y tế và phòng khám đa khoa khu vực [13]. Ngoài vấn đề tin tưởng chất lượng thì điều kiện kinh tế có thể là nguyên nhân dẫn tới sự khác biệt trong tiếp cận và sử dụng dịch vụ KCB ngoại trú giữa thành thị và nông thôn. Đa phần các đối tượng yếu thế như người nghèo, cận nghèo, trẻ em dưới 6 tuổi, người già đều được hỗ trợ BHYT khi tham gia KCB theo qui định của Luật BHYT [54]. Tuy nhiên khi sử dụng dịch vụ KCB ở tuyến cao hơn thì ngoài chi phí trực tiếp cho y tế, người bệnh còn phải trả một khoản không hề nhỏ cho chi phí gián tiếp như đi lại, ăn uống... Kết quả từ một nghiên cứu đã tính toán chi phí trung bình một lần KCB tại TYT xã là 29,284 đồng, trong khi đó chi phí KCB ngoại trú ở bệnh viện huyện cao hơn gấp đôi và BV tỉnh cao gấp tới hơn 4 lần [128]. Do vậy với điều kiện kinh tế hạn hẹp, người dân ở nông thôn sẽ tiếp cận TYT xã là nơi gần nhất để cắt giảm chi phí gián tiếp. Trong khi đó ở khu vực thành thị người dân có điều kiện sống tốt hơn, họ tiếp cận dễ dàng hơn với các cơ sở y tế tuyến trên, khi KCB tại các cơ sở y tế tuyến trên họ được nhận các dịch vụ chất lượng hơn mà vẫn được thanh toán một

phần chi phí BHYT khi vượt tuyến... Đây là một trong những lý do gây ra sự khác biệt trong tiếp cận dịch vụ KCB giữa khu vực thành thị và nông thôn.

Có sự khác biệt trong lựa chọn TYT xã cho KCB ngoại trú giữa các tỉnh, trong đó Điện Biên là tỉnh có tỷ lệ KCB ngoại trú tại TYT xã với tỷ lệ cao nhất 61,1% và Đồng Nai thấp nhất với 9,9%. Kết quả này tương tự với điều tra mức sống dân cư từ 2008-2012 khi cho tỷ lệ KCB ngoại trú tại tuyến xã ở vùng miền núi phía Bắc là cao nhất và thấp nhất ở vùng Đông Nam Bộ [58]. Đối với Điện Biên là tỉnh miền núi, tỷ lệ nghèo cao, tỷ lệ người dân tộc chiếm tới 76%, cơ sở YTN rất ít đặc biệt ở các xã khó khăn, khả năng tiếp cận tới cơ sở y tế tuyến trên tương đối hạn chế do vậy TYT xã trở thành lựa chọn duy nhất khi họ có vấn đề về sức khỏe mặc dù rất nhiều TYT xã ở khu vực này vẫn còn thiếu nước sạch, thiếu thuốc thiết yếu và chỉ có 24% số TYT xã có bác sĩ được đào tạo [149]. Bên cạnh đó, người bệnh mặc dù ít tin tưởng vào chất lượng KCB tại TYT nhưng họ vẫn KCB ngoại trú tại đây bởi lý do đăng ký BHYT. Đây là một trong các lý do khiến tỷ lệ sử dụng dịch vụ KCB tại TYT xã cao hơn hẳn ở Điện Biên so với các tỉnh còn lại.

Kết quả từ nghiên cứu này cũng như các nghiên cứu trong thời gian qua cho thấy người nghèo, người dân ở khu vực nông thôn, miền núi, người cao tuổi... chủ yếu sử dụng dịch vụ KCB ngoại trú tại TYT xã trong khi người giàu, người ở khu vực thành thị lại sử dụng dịch vụ KCB ngoại trú ở các cơ sở y tế tuyến trên. Rõ ràng có sự khác biệt về chất lượng dịch vụ KCB giữa tuyến xã và các cơ sở y tế tuyến trên. Các nghiên cứu về chức năng, nhiệm vụ của TYT xã cho thấy hoạt động KCB tại TYT xã hiện nay chưa đáp ứng so với qui định và nhu cầu của người bệnh. Chất lượng dịch vụ chưa cao ở tuyến xã bắt nguồn từ những hạn chế về năng lực của đội ngũ cán bộ y tế, cơ sở vật chất TTB, tài chính và thuốc [149]. Trên thực tế, một bộ phận cán bộ y tế xã còn rất hạn chế về kiến thức và kỹ năng CSSK [27,29,36]. Kiến thức về sơ cấp cứu ban đầu, khám, chẩn đoán, điều trị các bệnh không lây của CBYT xã còn yếu. Tỷ lệ cán bộ nắm được các kiến thức liên quan đến sơ cấp cứu đường thở chỉ chiếm 13,6% và sơ cấp cứu chống độc là 17%, hơn 50% CBYT

không nắm được chính xác chỉ số chẩn đoán tăng huyết áp [27,63]. Chất lượng chuyên môn của TYT xã nhìn chung chưa đáp ứng được nhu cầu KCB của người dân, cụ thể: kỹ năng chẩn đoán bệnh yếu, kỹ năng đỡ đẻ còn hạn chế, kiến thức chuyên môn hồng nhiều, đặc biệt yếu về kỹ năng thực hành [28]. CSSKBMTE cũng là một nội dung chuyên môn trọng tâm của TYT xã, nhưng kết quả đánh giá kiến thức của CBYT với các nội dung về chẩn đoán bệnh cho trẻ em và phụ nữ mang thai đã thể hiện sự hạn chế về chuyên môn của CBYT trong mảng kiến thức này. Chỉ 16,7% CBYT đưa ra chẩn đoán đúng với bệnh của phụ nữ đang mang thai, gần ½ CBYT nhận biết được dấu hiệu viêm đường hô cấp ở trẻ em (44,3%) [71]. Kiến thức về nhận biết đủ 3 dấu hiệu nguy hiểm của sản phụ ở tuần đầu sau đẻ và 5 dấu hiệu nguy hiểm đối với trẻ sơ sinh ở giai đoạn này chỉ chiếm 20% [72], các TYT xã khảo sát chỉ thực hiện được trung bình 6,3/12 kỹ thuật nhi khoa và 4,4/11 kỹ thuật sản khoa [74]. Vẫn còn khoảng 30% số TYT xã được khảo sát không có đủ thuốc trong danh mục [56,66] và 41,6% trạm không trang bị tủ thuốc cấp cứu [35], trên 60% số TYT xã không có đủ số phòng theo quy định của Chuẩn quốc gia y tế xã [71,73] và hơn 1/3 số TYT xã thiếu TTB y tế... điều này chắc chắn ảnh hưởng không nhỏ tới việc kê đơn cũng như cấp phát thuốc cho người dân khi tới KCB tại TYT xã. Như vậy để đảm bảo chất lượng dịch vụ y tế, giảm sự bất công bằng và tạo niềm tin cho người bệnh khi KCB ngoại trú tại TYT xã, cần tiếp tục ưu tiên các can thiệp mang tính đồng bộ đó là tiếp tục thực hiện chính sách ưu đãi/thu hút bác sĩ làm việc tại TYT xã kết hợp với đào tạo liên tục để nâng cao tay nghề cũng như đầu tư cơ sở vật chất, trang thiết bị và thuốc phù hợp đảm bảo đủ điều kiện cung cấp dịch vụ KCB ban đầu có chất lượng với giá thành hợp lý.

Mặc dù nghiên cứu này vẫn cho thấy tỷ lệ sử dụng dịch vụ KCB ngoại trú tại TYT xã cao hơn so với các cơ sở y tế tuyến trên nhưng khi xét về xu hướng thì có sự suy giảm về sử dụng dịch vụ KCB tại TYT xã qua thời gian. Tỷ lệ lượt KCB ngoại trú tại TYT xã giảm từ 26% (năm 2008) xuống 23,8% (năm 2012) và còn 20,3% (2015). Như vậy có thể thấy TYT xã là nơi người bệnh có khả năng tiếp cận



cao nhất nhưng trên thực tế tỷ lệ sử dụng dịch vụ tại đây lại giảm dần qua các năm. Nguyên nhân dẫn tới thực trạng này chính là do chất lượng dịch vụ KCB, trang thiết bị và trình độ chuyên môn của cán bộ y tế [67] đã được bàn luận ở trên. Bên cạnh đó qui định về thông tuyến huyện khi đi KCB BHYT đã có hiệu lực từ 2016 đã tạo điều kiện cho người dân được tiếp cận dễ dàng hơn với các dịch vụ y tế có chất lượng ở tuyến cao hơn. Bên cạnh tính ưu việt đối với người bệnh thì ở góc độ hệ thống y tế nếu mạng lưới TYT xã không được đầu tư một cách phù hợp theo hướng nâng cao chất lượng CSSK ban đầu, quản lý sức khỏe theo hộ gia đình và dự phòng bệnh sớm thì mặc dù là đơn vị gần dân nhất nhưng sẽ rất khó để duy trì hiệu quả hoạt động của mạng lưới này. Bên cạnh đó khoảng cách về sự mất công bằng giữa người giàu và người nghèo trong sử dụng dịch vụ y tế sẽ càng rộng hơn khi mà người nghèo, người cận nghèo, người dân tộc sẽ vẫn chỉ tiếp cận và sử dụng được các dịch vụ KCB tại tuyến xã vì vấp phải khó khăn về các chi phí gián tiếp khi tiếp cận CSYT tuyến trên.

#### **4.1.3. Sử dụng dịch vụ khám chữa bệnh nội trú**

Tỷ lệ sử dụng dịch vụ KCB nội trú trong 4 tuần qua của người ốm/bệnh cả 6 tỉnh là 5,2%. Tỷ lệ KCB nội trú trong 12 tháng ở nghiên cứu này là 7,1% cao hơn so với tỷ lệ này năm 2002 (5,4%) [13]. Cũng khó để lý giải một cách chính xác sự chênh lệch về tỷ lệ KCB nội trú giữa kết quả của 2 cuộc điều tra này khi mà tại thời điểm hiện tại tình trạng sức khỏe của người dân đã được cải thiện đáng kể. Tuy nhiên do sự phát triển của hệ thống y tế nên người bệnh dễ dàng tiếp cận dịch vụ y tế hơn trước, độ bao phủ BHYT đã tăng lên đáng kể (trên 80% dân số đã có BHYT). Hành vi chăm sóc sức khỏe của người dân đã thay đổi - thay vì tự điều trị thì người bệnh đã đi KCB với tỷ lệ cao hơn, điều này dẫn tới tỷ lệ được phát hiện bệnh cao hơn. Bên cạnh đó sự thay đổi về mô hình bệnh tật với sự gia tăng các bệnh mạn tính, tai nạn chấn thương có thể dẫn tới tỷ lệ sử dụng dịch vụ KCB nội trú nhiều hơn. Một vấn đề khác ảnh hưởng trực tiếp tới tỷ lệ sử dụng dịch vụ nội trú đó là vấn đề già hóa dân số. Theo WB thì năm 2016 có 10% dân số Việt Nam ở độ tuổi

từ 60 trở lên, tuổi già kéo theo hàng loạt các vấn đề liên quan tới bệnh mạn tính đó cũng là một vấn đề cần tới sự chăm sóc về y tế trong đó có chăm sóc nội trú.

Điện Biên là tỉnh có tỷ lệ sử dụng dịch vụ KCB nội trú cao nhất (8,6%) trong 6 tỉnh nghiên cứu, kết quả này tương tự với phát hiện từ kết quả số liệu khảo sát mức sống dân cư Việt Nam năm 2012 của Tổng cục Thống kê (GSO) [58]. Nhiều nghiên cứu đã chứng minh rằng nghèo đói dẫn tới thiếu hiểu biết, suy dinh dưỡng và không có điều kiện để chăm sóc sức khỏe và tất nhiên dẫn tới trì hoãn trong việc tìm kiếm dịch vụ y tế. Nghèo đói liên quan trực tiếp tới khả năng tiếp cận và sử dụng dịch vụ y tế [92]. Mặc dù người nghèo đã được BHYT chi trả chi phí y tế, tuy nhiên họ vẫn phải đối mặt với chi phí gián tiếp, chính điều này ngăn cản người nghèo tìm kiếm sự hỗ trợ về y tế khi họ có vấn đề về sức khỏe dẫn tới bệnh nặng hơn và vô hình chung họ lại phải chi phí tốn kém hơn cho việc điều trị. Bởi vậy là một trong những tỉnh nghèo nhất trên cả nước với tỷ lệ hộ nghèo lên tới 35,2% vào năm 2013 thì tỷ lệ sử dụng dịch vụ KCB nội trú cao nhất ở Điện Biên là điều hoàn toàn lý giải được.

*Sự khác biệt về việc lựa chọn cơ sở y tế trong khám chữa bệnh nội trú giữa các tỉnh:*

Xem xét mô hình lựa chọn CSYT trong KCB nội trú ở 6 tỉnh thấy rằng đa số người bệnh lựa chọn điều trị nội trú tại bệnh viện huyện và bệnh viện tỉnh với tỷ lệ khoảng 70%, CSYT tư nhân chỉ chiếm 4,8%. Phát hiện này phù hợp với kết quả điều tra y tế quốc gia 2001-2002 [10] và điều tra mức sống dân cư 2012 [58]. Người bệnh ở khu vực nông thôn chủ yếu sử dụng BV huyện trong KCB nội trú (cao gấp 2,1 lần so với người bệnh ở thành thị), trong khi đó người bệnh ở thành thị sử dụng BV tỉnh và trung ương với tỷ lệ cao gấp 1,4 lần so với người bệnh ở khu vực nông thôn. Điều tra mức sống dân cư 2012 cũng cho phát hiện tương tự khi người bệnh sống ở khu vực nông thôn có xu hướng chọn dịch vụ tại tuyến cơ sở, sống ở khu vực thành thị chọn tuyến tỉnh/TW [58]. Do đặc điểm phân bố cơ sở y tế tuyến tỉnh/trung ương thường tập trung ở khu vực thành thị/thành phố lớn, trong khi

y tế tuyến huyện phân bố đều trên tất cả các địa bàn huyện. Như vậy khả năng tiếp cận tới cơ sở y tế tuyến huyện sẽ dễ dàng hơn với người bệnh đặc biệt ở nhóm yếu thế và ở khu vực nông thôn. Điều này cho thấy việc đầu tư cho tuyến y tế cơ sở sẽ giúp cải thiện chất lượng dịch vụ cho những người nghèo, giảm sự bất công bằng trong tiếp cận và sử dụng dịch vụ KCB giữa khu vực thành thị và nông thôn.

Khi phân tích mô hình sử dụng CSYT trong KCB nội trú giữa 6 tỉnh phát hiện các tỉnh Điện Biên, Bình Định và Đắk Lắk chủ yếu sử dụng YTCS trong KCB nội trú, trong đó Điện Biên là cao nhất với 66,6%. Ở điều tra này người bệnh sử dụng dịch vụ KCB nội trú tập trung cao nhất ở nhóm có mức sống nghèo hoặc cận nghèo, tuổi từ 60 trở lên và ốm mức độ nặng. Người nghèo thường có xu hướng sử dụng dịch vụ nội trú tại PKĐKKV và bệnh viện huyện [58]. Điện Biên là tỉnh miền núi nên khả năng tiếp cận các CSYT tuyến trên của người dân rất hạn chế. Trong khi đó, PKĐK khu vực được coi như cánh tay nối dài của bệnh viện huyện, cung cấp dịch vụ điều trị nội trú cho người bệnh ngay tại địa bàn xã. Điều này lý giải tại sao tỷ lệ KCB nội trú tại PKĐK ở tỉnh này chiếm tỷ lệ cao nhất so với 5 tỉnh còn lại. Bên cạnh đó ở Điện Biên có tới 80% là người dân tộc và tỷ lệ có BHYT là 91,5%, tại thời điểm điều tra thì qui định về thông tuyến huyện BHYT chưa được áp dụng nên trong qui trình KCB đối với bệnh nhân BHYT họ sẽ được chuyển từ TYT xã lên PKĐK hoặc bệnh viện huyện nên tỷ lệ lượt KCB nội trú tại PKĐK và tại BV huyện là cao nhất so với các tỉnh còn lại. Như vậy với các tỉnh có địa hình miền núi khó khăn thì mô hình PKĐK khu vực hoạt động như một khoa của bệnh viện vẫn phát huy tốt vai trò cung cấp dịch vụ điều trị nội trú cho người bệnh ngay tại địa bàn cư trú, giảm bớt chi phí gián tiếp. Bởi vậy tiếp tục đầu tư cho các PKĐK ở những huyện vùng sâu sẽ là can thiệp hợp lý làm tăng khả năng tiếp cận dịch vụ KCB cho người dân ở những địa bàn này.

Trong 6 tỉnh nghiên cứu thì Đồng Nai và Đồng Tháp có tỷ lệ sử dụng KCB nội trú ở BV tuyến tỉnh tới trên 60%. Sở dĩ người bệnh tại 2 tỉnh này KCB nội trú tại BV tuyến trên cao như vậy là do tỷ lệ đăng ký KCB BHYT ban đầu tại BV tỉnh ở tỉnh này là cao nhất (57,5%) so với các tỉnh còn lại. Trên thực tế khi người bệnh

phải sử dụng dịch vụ KCB nội trú thì đồng nghĩa với chi phí sẽ cao hơn nhiều so với KCB ngoại trú đặc biệt là ở các CSYT tuyến trên. Khi KCB nội trú tại các CSYT tuyến TU thì tỷ lệ người bệnh gặp khó khăn về chi phí lên tới 29,9%. Trong số này, người không có BHYT phải chi trả trung bình cho một đợt KCB nội trú là 17,6 triệu (chi phí y tế là 14,3 triệu), trong khi đó người có BHYT chỉ phải chi trả 6,6 triệu (chi phí y tế là 4 triệu). Do vậy rõ ràng là có BHYT đã giúp người bệnh giảm bớt gánh nặng về chi phí KCB và đây cũng là một ưu thế để người bệnh ở Đồng Nai và Đồng Tháp có tỷ lệ KCB nội trú cao nhất ở BV tỉnh/TU so với các tỉnh còn lại. Bên cạnh đó thì do đặc điểm về địa hình nên khả năng tiếp cận của người bệnh ở hai tỉnh này cũng tương đối dễ dàng, bởi vậy các chi phí phi y tế như chi phí đi lại, ăn uống không phải là vấn đề cản trở họ khi tiếp cận CSYT tuyến trên trong KCB nội trú.

So sánh giữa khu vực công và tư thấy rằng khu vực y tế công vẫn cung cấp phần lớn dịch vụ KCB nội trú cho người dân ở cả 6 tỉnh. Điều này đúng khi mà y tế tư nhân chủ yếu cung cấp các dịch vụ KCB ngoại trú, dịch vụ nội trú được cung cấp bởi khu vực này chỉ chiếm 4% [10,58]. Tuy nhiên một điểm đáng chú ý ở nghiên cứu này là tỷ lệ sử dụng YTN trong điều trị nội trú tương đối cao ở Đắk Lắk (16,2%) mặc dù Đắk Lắk chưa phải là tỉnh có điều kiện kinh tế và mạng lưới bệnh viện tư phát triển như Hà Nội. Phân tích sâu hơn thấy rằng ½ số người bệnh sử dụng dịch vụ KCB nội trú tại BV tư nhân ở Đắk Lắk có mức sống từ khá trở lên. Với điều kiện kinh tế khá giả nên họ lựa chọn các BV tư nhân có tiếng tại Hồ Chí Minh để sử dụng dịch vụ. Số còn lại mặc dù thuộc nhóm mức sống từ trung bình trở xuống nhưng họ vẫn lựa chọn KCB nội trú tại BV tư nhân vì tin tưởng chất lượng (51%), sinh đẻ (36%) và còn lại là bệnh nhẹ.

#### **4.1.4. Sử dụng dịch vụ tự điều trị**

Người dân ở 6 tỉnh nghiên cứu sử dụng tự điều trị khi bị ốm đau trong 4 tuần với tỷ lệ 41,1%. So sánh với kết quả từ một số nghiên cứu ở Việt Nam trong thời gian qua thì tỷ lệ tự điều trị có xu hướng giảm khoảng từ 10-29% [13,19,126,128].

Tuy nhiên với 41,1% tự điều trị khi có vấn đề về sức khỏe trong 4 tuần vẫn là một con số không hề thấp so với tình hình tự điều trị ở các nước đang phát triển [122]. Tự điều trị là việc người bệnh tự sử dụng thuốc thông qua việc sử dụng thuốc sẵn có trong gia đình hoặc tự đi mua thuốc (tây y/đông y) về chữa bệnh. Theo các nghiên cứu thì tự điều trị ở các nước đang phát triển là hiện tượng xảy ra khi có sự hạn chế trong tiếp cận các dịch vụ chăm sóc sức khỏe ban đầu hoặc là do thói quen/niềm tin của người sử dụng dịch vụ [122]. Các loại thuốc được sử dụng trong tự điều trị thường là thuốc giảm đau, kháng sinh, vitamin và việc tự đi mua thuốc cũng dựa trên những kinh nghiệm trước đây với các triệu chứng bệnh hoặc thuốc tương tự [109]. Hành vi này đang là một thách thức lớn đối với hệ thống y tế bởi vấn đề tự dùng thuốc không qua kê đơn với thuốc bắt buộc phải kê đơn, lạm dụng kháng sinh và lạm dụng dược phẩm không an toàn đã gây ra nhiều hệ lụy tới sức khỏe của chính cá nhân tự điều trị cũng như vấn đề kháng thuốc đặc biệt là kháng kháng sinh trong cộng đồng [2,13]. Ở Việt Nam một thực trạng đáng lo là nhận thức của cộng đồng, cán bộ y tế về kháng thuốc còn tương đối hạn chế. Thói quen tự chữa trị, sử dụng đơn thuốc cũ, việc mua kháng sinh quá dễ dàng cũng như người bán thuốc không tuân thủ qui chế kê đơn/bán thuốc theo đơn thuốc... đã dẫn đến tình trạng sử dụng kháng sinh tùy tiện, góp phần làm gia tăng sự kháng thuốc. Do vậy để giảm tỷ lệ tự điều trị cần thiết phải có các can thiệp liên quan tới người sử dụng như giáo dục kiến thức và thực hành về sử dụng thuốc an toàn hợp lý cho cộng đồng. Đối với phía cung ứng thuốc thì người bán thuốc cần phải có sự tương tác với người tiêu dùng về các thông tin liên quan tới vấn đề an toàn và hiệu quả của thuốc [110]. Việc triển khai thực hành nhà thuốc tốt (GPP) cũng là một trong những can thiệp nhằm đảm bảo chất lượng cung ứng thuốc tới người tiêu dùng. Tuy nhiên cần thiết có cơ chế kiểm tra, kiểm soát chặt chẽ qui chế kê đơn, bán thuốc theo đơn nhằm từng bước kiểm soát hành vi tự điều trị của người dân.

Trong 6 tỉnh nghiên cứu thì Hà Nội là tỉnh có tỷ lệ tự điều trị cao nhất (49,9%) trong khi Đồng Nai và Đồng Tháp lại có tỷ lệ tự điều trị thấp nhất. Tự điều trị xuất hiện khi khả năng tiếp cận dịch vụ CSSKBĐ bị hạn chế hoặc do quan

điểm/niềm tin của người sử dụng [122]. Trong nghiên cứu này thì Hà Nội, Đồng Nai, Đồng Tháp đều là tỉnh đồng bằng, khả năng tiếp cận tới hệ thống y tế rất thuận tiện, cho nên khả năng sử dụng tự điều trị vì hạn chế trong tiếp cận dịch vụ CSSKBD là không phù hợp. Như vậy thói quen/niềm tin về của cá nhân ở đây sẽ đóng vai trò quan trọng trong hành vi tìm kiếm dịch vụ CSSK. Với 62,2% người bệnh quan niệm rằng bệnh nhẹ không cần đi khám mà đi mua thuốc về uống cũng khỏi trong đó riêng ở Hà Nội tỷ lệ này lên tới 31,3% (Đồng Nai và Đồng Tháp tỷ lệ này khoảng 10%) đã cho thấy quan điểm rất khác nhau về hành vi CSSK giữa các vùng miền và điều này dẫn tới sự khác biệt trong sử dụng dịch vụ CSSK đặc biệt là sử dụng tự điều trị. Để cải thiện tình trạng này cần thiết phải xây dựng chương trình truyền thông thay đổi nhận thức của cộng đồng, bên cạnh đó thắt chặt các công cụ quản lý nhà nước đối với các cơ sở cung ứng thuốc, có như vậy mới giảm được tỷ lệ tự điều trị đặc biệt ở Hà Nội hiện nay.

## **4.2. YẾU TỐ ẢNH HƯỞNG TỚI SỰ KHÁC BIỆT TRONG SỬ DỤNG DỊCH VỤ KHÁM CHỮA BỆNH CỦA NGƯỜI DÂN Ở 6 TỈNH THUỘC CÁC VÙNG KINH TẾ XÃ HỘI VIỆT NAM NĂM 2015**

### **4.2.1. Yếu tố ảnh hưởng tới sự khác biệt trong sử dụng dịch vụ KCB ngoại trú**

Tỷ lệ sử dụng dịch vụ KCB ngoại trú khi bị ốm/bệnh trong 4 tuần cao nhất ở Đồng Nai và Đồng Tháp so với 4 tỉnh còn lại. Để tìm hiểu các yếu tố ảnh hưởng tới tỷ lệ KCB ngoại trú khác nhau giữa các tỉnh, mô hình hồi qui logistic được tính toán cho từng tỉnh. Kết quả cho thấy khả năng sử dụng dịch vụ KCB ngoại trú của người bệnh ở từng tỉnh chịu tác động bởi yếu tố mức độ ốm đau, BHYT, mức sống và một số đặc điểm nhân khẩu học của người bệnh như giới tính, trình độ học vấn. Mức độ tác động của các yếu tố này lên khả năng sử dụng dịch vụ KCB ngoại trú ở từng tỉnh khác nhau gây ra sự khác nhau về tỷ lệ KCB ngoại trú.

*Yếu tố mức độ ốm:* Mức độ ốm vừa/nặng là yếu tố làm tăng khả năng sử dụng dịch vụ KCB ngoại trú ở Hà Nội (OR=2,9/OR=3,4); Đắk Lắk (OR=1,9/OR=2,6); Đồng Nai (OR=1,7/OR=2,0) và Đồng Tháp (OR=3,1/OR=2,1) trong khi đó mức độ

ôm vừa làm tăng KCB ngoại trú ở Điện Biên (OR=1,8) và mức độ ốm nặng làm tăng KCB ngoại trú ở Bình Định (OR=1,4). Nghiên cứu này cho thấy mức độ tự đánh giá về tình trạng sức khỏe của người bệnh là một trong những yếu tố tác động không nhỏ tới việc họ có sử dụng dịch vụ hay không và sử dụng loại dịch vụ gì, đây cũng là phát hiện từ một số các nghiên cứu trong và ngoài nước trong thời gian qua [116,126,128]. Tự đánh giá về mức độ ốm/đau của người bệnh mang tính chủ quan và bị chi phối bởi nhiều yếu tố như quan niệm/sức chịu đựng của người bệnh, mức độ hiểu biết, điều kiện sống, điều kiện chăm sóc... điều này ảnh hưởng tới quyết định KCB ngoại trú ở mức độ rất khác nhau giữa các tỉnh. Hà Nội là tỉnh có điều kiện kinh tế khá, người dân có điều kiện tiếp cận nhiều nguồn thông tin về chăm sóc sức khỏe nên có sự quan tâm hơn tới tình trạng sức khỏe hay mức độ ốm đau/bệnh tật so với các tỉnh, do vậy khi người ốm/bệnh ở mức độ vừa/nặng đều làm tăng khả năng đi KCB ngoại trú cao hơn so với các tỉnh còn lại. Một số nghiên cứu trên thế giới cũng chỉ ra việc tự đánh giá về tình trạng sức khỏe của bản thân là yếu tố dự báo quan trọng trong việc tìm kiếm sử dụng dịch vụ đối với vấn đề về sức khỏe tâm thần ở Canada [116] hay bệnh nhiễm khuẩn thông thường ở Kenya [93]. Ở Việt Nam, quyết định có sử dụng dịch vụ KCB hay không phụ thuộc rất nhiều vào mức độ ốm, điều này phản ánh quan niệm của người dân là ốm nhẹ thì có thể tự điều trị hoặc để bệnh tự khỏi [65], chỉ khi tự điều trị không khỏi và mức độ bệnh tăng lên thì mới đi KCB.

*Yếu tố BHYT:* Có BHYT làm tăng khả năng sử dụng dịch vụ KCB ngoại trú ở Điện Biên (OR=4,6); Bình Định (OR=2,0); Đắk Lắk (OR=2,2); Đồng Nai (OR=1,6) và Đồng Tháp (OR=3,1). Kết quả này cho thấy BHYT là một yếu tố làm tăng khả năng sử dụng dịch vụ KCB đặc biệt là KCB ngoại trú. Duy nhất việc có sử dụng dịch vụ KCB ngoại trú ở Hà Nội không bị ảnh hưởng bởi yếu tố có BHYT.

Không riêng ở Việt Nam mà rất nhiều nghiên cứu trên thế giới đã chứng minh rằng bảo hiểm y tế là một trong những yếu tố hỗ trợ quyết định việc sử dụng dịch vụ KCB của người dân. Nghiên cứu ở Trung Quốc chỉ ra rằng, loại hình

BHYT, số năm tham gia BHYT là yếu tố ảnh hưởng tới cả KCB ngoại trú và KCB nội trú ở khu vực nông thôn nước này [107]. Hay ở các nước phát triển như Mỹ thì BHYT cũng làm tăng sử dụng DVYT và cải thiện sức khỏe [100]. Mối quan hệ giữa có BHYT và mức độ sử dụng dịch vụ y tế được cho là mối quan hệ thuận chiều, tuy nhiên, bản chất của mối quan hệ nhân quả này lại không hoàn toàn rõ ràng. Vì sự gia tăng sử dụng DVYT có thể do người bệnh khi tham gia BHYT đã có vấn đề về sức khỏe, biết trước sẽ sử dụng DVYT (tình trạng lựa chọn ngược) hoặc có thể vì BHYT làm giảm chi phí khi sử dụng DVYT nên làm tăng nhu cầu đối với DVYT [123]. Tác động của BHYT đến khả năng tiếp cận và sử dụng dịch vụ y tế không chỉ được thấy ở BHYT xã hội quy mô lớn mà ngay cả đối với các mô hình BHYT dựa vào cộng đồng. Nghiên cứu đánh giá tác động của BHYT cộng đồng tại Ấn Độ đối với mức độ sử dụng dịch vụ bệnh viện cho thấy tỷ lệ sử dụng dịch vụ bệnh viện ở nhóm có BHYT cao gấp 2,2 lần nhóm không có BHYT [94]. Tỷ lệ nằm viện cao nhất ở nhóm đối tượng dễ bị tổn thương có BHYT như người già, trẻ em, phụ nữ có thai và người nghèo. Tuy nhiên, mức độ tác động tích cực của BHYT đối với khả năng tiếp cận và sử dụng DVYT còn phụ thuộc vào loại hình BHYT, loại hình BHYT khác nhau thì mức độ tác động tới khả năng tiếp cận dịch vụ y tế cũng khác nhau [87,97].

Ở Việt Nam, BHYT được cho là cơ chế tài chính quan trọng giúp người dân tăng cường khả năng tiếp cận các dịch vụ y tế cũng như bảo vệ họ trước các rủi ro về tài chính do chi phí y tế khi ốm đau [9], đặc biệt đối với các tỉnh nghèo, miền núi. Trong 6 tỉnh tham gia vào nghiên cứu này thì BHYT làm tăng khả năng đi KCB ngoại trú đối với người ốm/bệnh ở 5 tỉnh là Điện Biên, Bình Định, Đắk Lắk, Đồng Nai và Đồng Tháp, riêng Hà Nội không chịu ảnh hưởng bởi yếu tố này. Tác giả chưa tìm thấy nghiên cứu nào trong thời gian qua chỉ ra kết quả tương tự. Nhưng trên thực tế khi xét về khả năng tiếp cận thì Hà Nội là một tỉnh có số lượng và mật độ các cơ sở khám chữa bệnh (KCB) cao hơn các địa phương khác trong cả nước, bình quân Hà Nội có 0,195 cơ sở KCB/1 Km<sup>2</sup>, trong khi cả nước là 0,04 cơ



sở [47]. Bên cạnh đó Hà Nội là tỉnh có điều kiện kinh tế phát triển, thu nhập bình quân đầu người của người dân Hà Nội năm 2015 là 3.600 USD cao thuộc hàng thứ hai trong cả nước và chỉ đứng sau thành phố Hồ Chí Minh. Tỷ lệ hộ nghèo năm 2015 giảm nhanh còn khoảng 1,5% (theo số liệu của Sở Lao động Thương binh Xã hội Hà Nội) và thấp hơn rất nhiều so với các địa phương khác. Trong khi đó chi phí bình quân cho một lần KCB ngoại trú tại Hà Nội dao động từ 280.000đ (2005) tới 400.000đ (2010) [78]. Có thể thấy, người ốm/bệnh ở Hà Nội có thể tiếp cận dễ dàng tới cơ sở KCB cả về khoảng cách lẫn về điều kiện kinh tế, trong khi đó thái độ phục vụ và chất lượng KCB BHYT chưa cao (vẫn có 34,7% ý kiến phản ánh là phải chờ đợi lâu và 30% là nhân viên y tế không nhiệt tình) [37], chính điều này lý giải tại sao có BHYT cũng không ảnh hưởng tới khả năng đi KCB ngoại trú của người ốm/bệnh tại Hà Nội.

Kết quả từ nghiên cứu này cho thấy, BHYT là yếu tố làm tăng khả năng KCB ngoại trú ở đa số các tỉnh nghiên cứu, tuy nhiên nếu áp dụng giải pháp can thiệp một cách máy móc là tăng tỷ lệ bao phủ BHYT ở tất cả các địa phương thì rõ ràng là chưa đem lại hiệu quả như mong muốn. Bởi vậy cần thiết phải xác định các can thiệp trong từng bối cảnh cụ thể. Đối với các tỉnh Điện Biên, Bình Định, Đắk Lắk, Đồng Nai và Đồng Tháp cần tăng mức hỗ trợ mệnh giá BHYT cho người cận nghèo, tăng tỷ lệ giảm trừ mức đóng từ thành viên thứ hai trở đi trong hộ gia đình so với hiện tại để khuyến khích người dân tham gia mua BHYT theo hộ gia đình,... để tăng tỷ lệ bao phủ BHYT từ đó sẽ giúp tăng tỷ lệ đi KCB ngoại trú khi người dân có vấn đề về sức khỏe. Riêng đối với Hà Nội do BHYT không có mối liên quan với KCB ngoại trú của người bệnh, cho nên cần thiết trước mắt là tăng tính hấp dẫn đối với người có thẻ BHYT tới KCB tại các cơ sở đăng ký KCB ban đầu. Để làm được điều này cần phải tăng cường chất lượng dịch vụ tại các cơ sở y tế nơi người bệnh đăng ký KCB BHYT ban đầu, tăng tính tiếp cận tới dịch vụ sẽ là giải pháp quan trọng trong việc thu hút người bệnh sử dụng dịch vụ KCB.

*Yếu tố mức sống:* Mức sống khá/giàu được tìm thấy là có tác động làm tăng khả năng sử dụng dịch vụ KCB ngoại trú ở Hà Nội (OR=2,8/OR=2,6); Đắk Lắk

(OR=2,6/OR=3,5) và Đồng Nai (OR=2,9/OR=2,6). Rõ ràng ngoài 2 yếu tố (BHYT và mức độ ốm) có tác động tới xác suất đi KCB ngoại trú ở các mức độ khác nhau đối với cả 6 tỉnh thì yếu tố mức sống thuộc nhóm khá/giàu lại chỉ ảnh hưởng tới khả năng KCB ngoại trú ở Hà Nội, Đắk Lắk và Đồng Nai, điều này đóng góp vào sự khác biệt về tỷ lệ KCB ngoại trú giữa các tỉnh. Theo mô hình Andersen thì mức sống/thu nhập là một trong những yếu tố hỗ trợ hoặc làm suy yếu quyết định của một người trong việc tìm kiếm các dịch vụ KCB. Mức sống/thu nhập của hộ gia đình đóng vai trò quan trọng trong quyết định tiếp cận và sử dụng dịch vụ y tế [45]. Hộ gia đình có điều kiện kinh tế tốt có thể tiếp cận và sử dụng các dịch vụ y tế có chất lượng, giá thành cao ở những cơ sở y tế tuyến trên hoặc ra nước ngoài điều trị. Trong khi đó hộ gia đình nghèo thường có xu hướng không điều trị (để tự khỏi bệnh), tự điều trị hoặc sử dụng dịch vụ y tế ở tuyến cơ sở. Kết quả nghiên cứu của Hà Văn Giáp cho thấy khả năng tiếp cận các dịch vụ KCB của người nghèo thường khó khăn hơn người giàu, nhất là về kinh phí. Theo tác giả, lý do không đến bệnh viện giữa 2 nhóm giàu và nghèo là có sự khác biệt, trong đó lý do chủ yếu mà nhóm người nghèo đưa ra là không đủ tiền (24,2%) trong khi tỷ lệ này ở nhóm người giàu là 0%. Nhóm nghèo, cận nghèo có tỷ lệ tử vong, tỷ lệ mắc bệnh cao hơn nhưng khả năng tiếp cận, sử dụng các dịch vụ CSSK lại thấp hơn so với nhóm khá, giàu [24]. Quyết định sử dụng dịch vụ KCB ngoại trú hay nội trú chịu tác động rất nhiều bởi yếu tố thu nhập của hộ gia đình [107]. Như vậy rõ ràng yếu tố mức sống ảnh hưởng tới quyết định đi KCB của người dân đã được nhiều nghiên cứu chỉ ra và trong nghiên cứu này thì mức sống khá/giàu là yếu tố làm tăng quyết định đi KCB ngoại trú của người dân ở Hà Nội, Đắk Lắk và Đồng Nai lên tới trên 2 lần khi họ có vấn đề về sức khỏe.

*Yếu tố đặc điểm nhân khẩu học:* Một số yếu tố cá nhân của người ốm/bệnh như nữ giới, trình độ học vấn cũng có mối liên quan tới khả năng sử dụng dịch vụ KCB ngoại trú. Cụ thể, nữ giới làm tăng KCB ngoại trú ở Bình Định (OR=1,3) và Đồng Nai (OR=1,4), trong khi trình độ học vấn là THCS/THPT làm tăng KCB ngoại trú ở Hà Nội (OR= 2,0/OR=1,9) và tiểu học/CD-ĐH làm tăng KCB ngoại trú

ở Bình Định ( $OR=1,5/OR=2,1$ ). Giới tính và trình độ học vấn là yếu tố ảnh hưởng tới việc sử dụng dịch vụ y tế đã được nhiều nghiên cứu trong và ngoài nước đề cập tới [31,65,98,145], tuy nhiên sự tác động làm tăng hoặc giảm sử dụng dịch vụ lại tương đối khác nhau giữa các nghiên cứu. Nghiên cứu về tiếp cận và sử dụng dịch vụ ở khu vực nông thôn Bangladesh (2011) cho thấy nữ giới ít có khả năng sử dụng dịch vụ chăm sóc sức khỏe hơn so với nam giới và nghèo đói, mù chữ là hai yếu tố quan trọng ảnh hưởng trực tiếp tới quyết định sử dụng dịch vụ chăm sóc sức khỏe của người dân. Một nghiên cứu khác của Ngô Văn Toàn lại phát hiện không có sự khác biệt về sử dụng dịch vụ y tế giữa nam và nữ nhưng tổng chi phí cho 1 lần sử dụng dịch vụ ở nam giới thì lớn hơn nữ giới [126]. Các nghiên cứu này đều cùng xu thế là nam giới sử dụng dịch vụ/chi tiêu cho dịch vụ chăm sóc sức khỏe nhiều hơn nữ giới. Tuy nhiên, ở nghiên cứu này sau khi khống chế các yếu tố có thể gây nhiễu thì nữ giới tại Bình Định và Đồng Nai lại sử dụng dịch vụ KCB ngoại trú cao gấp 1,3 lần so với nam giới. Rõ ràng kết quả này khác với các nghiên cứu nêu trên. Sự khác biệt này mang yếu tố đặc thù riêng của tỉnh nghiên cứu. Tại Bình Định có thể do ngày nay phụ nữ sống độc lập hơn về kinh tế so với trước kia, họ không còn phụ thuộc nhiều vào người chồng trong gia đình nên họ tự quyết định việc có đi KCB hay không khi bản thân có các vấn đề về sức khỏe. Bên cạnh đó, cùng với xu thế phát triển của xã hội, phụ nữ được tiếp cận với các nguồn thông tin rộng rãi hơn, họ hiểu biết hơn về các vấn đề sức khỏe hoặc có thể do thói quen của phụ nữ ở Bình Định là đi KCB ngoại trú ngay khi có vấn đề sức khỏe thay vì sử dụng tự điều trị. Trong khi Đồng Nai là tỉnh có nhiều khu công nghiệp với vốn đầu tư từ nước ngoài, những khu công nghiệp này thu dung một lượng lớn công nhân là nữ giới có BHYT, đây cũng có thể là yếu tố khiến nữ giới đi KCB ngoại trú cao hơn so với nam giới ở Đồng Nai.

*Yếu tố cộng đồng:* Ngoài các yếu tố ở mức độ cá nhân ảnh hưởng tới sự khác nhau về tỷ lệ sử dụng dịch vụ KCB ngoại trú khi bị ốm/bệnh 4 tuần qua giữa các tỉnh, thì một số các yếu tố cộng đồng như số lượng cơ sở y tế, tỷ suất chết thô cũng có ảnh hưởng tới tỷ lệ sử dụng dịch vụ. Qua phân tích thấy rằng khoảng 12,87% sự

khác biệt về tỷ lệ sử dụng dịch vụ KCB ngoại trú giữa các tỉnh là do yếu tố cộng đồng. Cụ thể, số lượng TYT xã trên địa bàn có ảnh hưởng thuận chiều tới việc sử dụng dịch vụ KCB ngoại trú, khi số lượng TYT xã tăng dẫn tới tỷ lệ sử dụng dịch vụ KCB ngoại trú tăng. Kết quả này tương đồng với phát hiện về sử dụng dịch vụ phòng bệnh của tác giả Lida Fan (2015)[117]. Số lượng trạm y tế xã thể hiện sự sẵn có về cơ sở KCB trong cung ứng các dịch vụ KCB ngoại trú cho các trường hợp mắc bệnh thông thường. Điều này rất phù hợp với các tỉnh miền núi, Tây Nguyên như Điện Biên, Đắk Lắk khi điều kiện tiếp cận các cơ sở KCB tuyến trên khó khăn hơn do điều kiện địa lý. Mặt khác người bệnh thường tiếp cận TYT xã khi họ cho rằng mình mắc bệnh nhẹ và họ tới TYT xã để khám bệnh và lấy thuốc BHYT. Bởi vậy với tỷ lệ bao phủ BHYT ngày càng tăng lên, chi phí KCB tăng cao, mạng lưới các TYT xã ngày càng được đầu tư nâng cấp ... góp phần giải thích tại sao số lượng TYT xã ảnh hưởng thuận chiều tới tỷ lệ sử dụng dịch vụ KCB ngoại trú. Bên cạnh đó, tỷ lệ chết thô cũng ảnh hưởng tới sự khác nhau về sử dụng dịch vụ giữa các tỉnh bởi chỉ tiêu này là một trong các chỉ số gián tiếp phản ánh tình trạng sức khỏe của người dân trên địa bàn.

#### **4.2.2. Yếu tố ảnh hưởng tới sự khác biệt trong sử dụng dịch vụ KCB nội trú**

*Yếu tố mức độ ốm:* Ốm vừa hoặc ốm nặng làm tăng KCB nội trú ở Hà Nội (OR=3,1/OR=17,2) và Điện Biên (OR=7,5/OR=36,4) trong khi ốm ở mức độ ốm nặng mới làm tăng KCB nội trú ở Bình Định (OR=6,9); Đắk Lắk (OR=15,2); Đồng Nai (OR=24,6) và Đồng Tháp (OR=44,3). Mức độ ốm có liên quan tới quyết định sử dụng dịch vụ KCB [116,126,128], mức độ ốm có mối quan hệ thuận chiều với khả năng sử dụng điều trị nội trú, ốm càng nặng thì xác suất sử dụng điều trị nội trú càng cao. Tuy nhiên trong 6 tỉnh thì chỉ có Hà Nội và Điện Biên là người bệnh ốm ở mức độ vừa đã làm tăng sử dụng dịch vụ điều trị nội trú mặc dù 2 tỉnh này có đặc thù rất khác nhau. Nghiên cứu này chưa có bằng chứng rõ ràng để giải thích điều này nhưng có thể do quan niệm về mức độ ốm rất khác nhau giữa Hà Nội và Điện Biên: Hà Nội là tỉnh giàu có, điều kiện dân trí tốt, trình độ hiểu biết cao nên sự quan tâm tới CSSK bản thân tốt hơn. Bởi

vậy người dân không chỉ chờ đợi đến khi ốm nặng mới tìm kiếm dịch vụ KCB nội trú. Bên cạnh đó việc tiếp cận CSYT rất thuận lợi với nhiều cơ sở y tế tuyến cuối, trình độ chuyên môn kỹ thuật cao nên việc xác định bệnh nhân cần nhập viện điều trị cũng ở giai đoạn sớm hơn khi người bệnh mới cảm nhận mình ốm ở mức độ vừa. Đối với người dân ở tỉnh nghèo như Điện Biên thì quan niệm về ốm vừa/nặng cũng rất khác với các tỉnh khác, bên cạnh đó cũng có thể có vấn đề cho người dân nhập viện khi chưa thực sự cần thiết để thu lợi từ BHYT... Tuy nhiên đây mới chỉ là các suy đoán mang tính chủ quan, để có được câu trả lời chính xác cần làm thêm các nghiên cứu sâu hơn về vấn đề này.

*Yếu tố mức sống:* Yếu tố mức sống chỉ có ảnh hưởng tới khả năng sử dụng dịch vụ KCB nội trú đối với người bệnh ở Hà Nội, cụ thể người bệnh thuộc mức sống khá hoặc giàu có xác suất đi KCB nội trú cao gấp 3,7 lần (mức sống khá) và 4 lần (mức sống giàu) so với người bệnh ở mức sống nghèo. Nghiên cứu của Bùi Đắc Thành Nam đã chỉ ra rằng mức sống của hộ gia đình đóng vai trò quan trọng trong quyết định tiếp cận và sử dụng dịch vụ y tế [45]. Thế nhưng khi đã mắc bệnh ở mức độ nặng cần phải nhập viện điều trị thì hầu như người bệnh không còn lựa chọn nào khác bất kể người đó ở mức sống nghèo hay giàu, bất kể là có BHYT hay không có BHYT. Bởi vậy nên hầu như không có sự khác biệt trong điều trị nội trú giữa nhóm người có thể BHYT hoặc không có thể BHYT [17]. Nghiên cứu này cũng cho thấy không có mối liên quan giữa có BHYT và KCB nội trú mà chỉ có mối liên quan giữa ốm nặng và sử dụng KCB nội trú. Ngoại trừ Hà Nội thì người bệnh ở các tỉnh thường sử dụng dịch vụ KCB nội trú tại BV tuyến huyện/tỉnh, cá biệt là BV trung ương với những trường hợp chuyển tuyến cho nên chi phí điều trị không chỉ là chi phí trực tiếp mà còn là chi phí gián tiếp, chi phí không chính thức. Chi phí gián tiếp bao gồm chi phí đi lại, ăn ở và chi phí cơ hội của cả bệnh nhân và những người chăm sóc. Sự gia tăng chi phí này không chỉ là những rào cản về tài chính trong việc tiếp cận dịch vụ chăm sóc sức khỏe mà còn là những hậu quả kinh tế dẫn tới chi phí thảm họa/sự túng quẫn về tài chính do chi trả cho dịch vụ y tế, góp phần đẩy người bệnh vào cảnh cùng quẫn và nợ dài hạn [121]. Kết quả Điều tra Y tế quốc gia năm 2001-2002 thấy rằng chi phí bình quân một lượt điều trị nội trú đối với người

dân vùng nông thôn là 751.000 đồng, ở thành thị mức chi phí này là 2.028.000 đồng (cao gấp 2,7 lần) và mỗi loại bệnh lại có mức chi phí khác nhau [13]. Và kết quả nghiên cứu tại huyện Cẩm Xuyên, Hà Tĩnh năm 2008 thấy rằng tổng chi phí trung bình trong khám và điều trị bệnh của những người ốm trong 4 tuần trước điều tra là 1.354.000 đồng. Trong đó chi phí trung bình cao nhất ở nhóm giàu là 2.029.000 đồng và thấp nhất ở nhóm nghèo là 795.000 đồng (gấp 2,55 lần) [34]. Với các chi phí cho điều trị nội trú được phân tích ở trên đã lý giải tại sao chỉ có mức sống khá/giàu ở Hà Nội mới làm tăng khả năng sử dụng dịch vụ KCB nội trú của người bệnh ở tỉnh này.

*Yếu tố đặc điểm cá nhân của người bệnh:* Một số đặc điểm cá nhân của người bệnh như người dân tộc, nhóm tuổi, trình độ học vấn cũng ảnh hưởng tới khả năng sử dụng dịch vụ KCB nội trú của người bệnh. Tuy nhiên các yếu tố này chỉ ảnh hưởng tới việc sử dụng dịch vụ KCB nội trú của người bệnh ở Hà Nội và Đắk Lắk, cụ thể: là người dân tộc, thuộc nhóm tuổi từ 19-49/từ 60+ đều làm tăng sử dụng KCB nội trú ở Hà Nội hay trình độ học vấn hết tiểu học làm tăng KCB nội trú ở Đắk Lắk. Yếu tố học vấn, dân tộc của người lớn là yếu tố ảnh hưởng tới sự khác biệt trong tiếp cận và sử dụng dịch vụ tiêm chủng của người dân, đây là phát hiện trong nghiên cứu “Công bằng y tế ở Việt Nam phân tích thực trạng tập trung vào tử vong bà mẹ và trẻ em” [31]. Nghiên cứu về tình hình ốm đau trong 4 tuần năm 2002 của Ngô Văn Toàn cho thấy người dân tộc thiểu số, người sống xa cơ sở y tế ít sử dụng dịch vụ y tế công hơn nhóm người còn lại [126]. Hoặc nghiên cứu của Nguyễn Thị Hoài Thu (2014) cũng chỉ ra rằng trình độ học vấn là yếu tố liên quan tới việc sử dụng dịch vụ KCB tại TYT xã của người dân, người có trình độ học vấn cao từ trung cấp trở lên lựa chọn KCB tại các CSYT tuyến trên như BV huyện/PKĐK khu vực khi bị ốm [65]. Nghiên cứu này chưa đưa ra được bằng chứng rõ ràng để giải thích tại sao yếu tố tuổi và dân tộc lại chỉ ảnh hưởng tới sử dụng KCB nội trú tại Hà Nội. Tuy nhiên cũng có thể do đặc điểm lứa tuổi, nhóm tuổi từ 19-49 là độ tuổi lao động nên các vấn đề liên quan tới sức khỏe phải nhập viện điều trị không phổ biến, nhưng đây lại là nhóm tuổi tham gia giao thông

thường xuyên tại thành phố lớn với nhiều phương tiện giao thông như Hà Nội nên có thể vấn đề tai nạn giao thông cũng có thể là một trong các lý do ảnh hưởng tới tỷ lệ điều trị nội trú ở nhóm tuổi này. Ngoài ra nhập viện điều trị nội trú vì lý do sinh đẻ cũng có thể là một nguyên nhân nữa dẫn tới tỷ lệ KCB nội trú tăng cao ở Hà Nội đối với lứa tuổi từ 19-39. Bên cạnh đó nhóm tuổi từ 60 trở lên là nhóm người cao tuổi có nhu cầu sử dụng dịch vụ KCB nội trú cao nhất [13] trong khi khả năng tiếp cận dịch vụ y tế khá thuận lợi nên cũng có thể là nguyên nhân dẫn tới tỷ lệ KCB nội trú cao ở tỉnh này.

#### **4.2.3. Yếu tố ảnh hưởng tới sự khác biệt trong sử dụng dịch vụ tự điều trị**

*Yếu tố mức độ ốm:* Ngược lại với xu hướng sử dụng dịch vụ KCB, khi mức độ ốm càng nhẹ thì khả năng sử dụng dịch vụ tự điều trị càng cao, cụ thể ở nghiên cứu này mức độ ốm nhẹ làm tăng sử dụng dịch vụ tự điều trị ở tất cả 6 tỉnh, trong đó Hà Nội và Đồng Tháp chịu tác động nhiều nhất bởi yếu tố này. Một số các nghiên cứu trong và ngoài nước cũng chỉ ra yếu tố quan trọng nhất ảnh hưởng tới hành vi sử dụng dịch vụ tự điều trị đó là mức độ ốm nhẹ [128,136]. Tự điều trị là hành vi tương đối phổ biến khi người dân bị ốm bệnh [13,19,65,128]. Không chỉ ở Việt Nam mới có tình trạng tự điều trị mà thực trạng này xuất hiện ở nhiều quốc gia trên thế giới nhất là các nước đang phát triển. Ở góc độ mỗi cá nhân thì hành vi tự điều trị cũng có những lợi ích nhất định đó là giảm thiểu thời gian chờ đợi KCB khi mắc bệnh nhẹ, rất tiện lợi trong tiếp cận nguồn thuốc, không phải nghỉ làm, giảm áp lực lên các cơ sở y tế nơi không đủ bác sĩ... Nên càng ở những tỉnh có điều kiện tiếp cận cơ sở y tế tư nhân dễ dàng như Hà Nội thì tỷ lệ tự điều trị càng cao. Tuy nhiên việc tự sử dụng thuốc khi không có khám bệnh và kê đơn của bác sĩ có nguy cơ dẫn tới việc sử dụng kháng sinh không hợp lý, điều trị không phù hợp dẫn tới mức độ bệnh nặng hơn, vi khuẩn kháng thuốc và gây tăng tỷ lệ mắc bệnh [91]. Một nghiên cứu mới thực hiện năm 2017 về kiến thức về kháng sinh và thực hành tự điều trị ở các nước đang phát triển cho thấy 61% người được khảo sát cho rằng kháng sinh có thể được dùng cho những trường hợp cảm cúm thông thường [111]. Đây có lẽ là điểm đáng

quan tâm trong các can thiệp về y tế trong việc nâng cao hiểu biết về sử dụng thuốc an toàn hợp lý cho cộng đồng bởi nếu không thì chúng ta sẽ phải đối mặt với thực trạng vi khuẩn kháng thuốc và đó sẽ là thảm họa đối sức khỏe của con người.

*Yếu tố BHYT:* Có BHYT làm giảm khả năng tự điều trị ở Điện Biên (OR=0,3); Bình Định (OR=0,4); Đắk Lắk (OR=0,4); Đồng Nai (OR=0,6) và Đồng Tháp (OR=0,2). Kết quả nghiên cứu này hoàn toàn tương đồng với các nghiên cứu trong thời gian qua khi chứng minh BHYT là yếu tố làm tăng khả năng KCB của người bệnh [9,53,100]. Bởi vậy các can thiệp nhằm tăng tỷ lệ bao phủ BHYT là rất cần thiết đối với các tỉnh này nhằm tăng tỷ lệ KCB và giảm tỷ lệ tự điều trị bởi tự điều trị tiềm ẩn rất nhiều nguy cơ ảnh hưởng tới cộng đồng. Tuy nhiên nghiên cứu này cũng cho phát hiện rằng BHYT không hề có tác động tới khả năng sử dụng dịch vụ KCB cũng như tự điều trị tại Hà Nội. Việc đi KCB hay tự điều trị của người bệnh ở Hà Nội hoàn toàn được quyết định bởi tự đánh giá về mức độ ốm, nếu người bệnh tự đánh giá mình ốm ở mức độ nhẹ họ sẽ sử dụng tự điều trị, khi họ cảm thấy mình ốm ở mức độ nặng hơn họ sẽ đi KCB. Như phân tích ở trên thì điều này có thể nói là tương đối nguy hiểm tới tình trạng sức khỏe của mỗi cá nhân cũng như của cộng đồng khi mà việc tự đánh giá mức độ ốm rất mang tính chủ quan và bị chi phối bởi nhiều yếu tố như trình độ học vấn, điều kiện kinh tế, khu vực cư trú... Bởi vậy đây cũng là vấn đề cần quan tâm khi xây dựng/điều chỉnh các chính sách chung cần thiết phải xem xét tới các đặc thù của từng tỉnh. Đối với Hà Nội nếu chúng ta chỉ chú trọng tới chính sách phát triển bao phủ BHYT toàn dân theo lộ trình của Luật BHYT thì chưa chắc đã tăng được tỷ lệ KCB và giảm được tỷ lệ tự điều trị tại địa bàn này. Để đạt được mục đích giảm tỷ lệ tự điều trị, tiềm ẩn nguy cơ kháng thuốc cao ở trong cộng đồng thì bên cạnh chính sách mở rộng bao phủ BHYT cũng như chất lượng KCB BHYT thì cần giáo dục trách nhiệm của mỗi người dân với chính bản thân và cộng đồng cũng như trách nhiệm của cơ sở bán thuốc trong tuyên truyền sử dụng thuốc có tư vấn của bác sĩ. Bên cạnh đó việc thắt chặt công tác quản lý đối với các cơ sở bán thuốc là giải pháp cấp bách nhằm kiểm soát tình trạng bán thuốc không kê đơn tràn lan như hiện nay.



*Yếu tố mức sống và đặc điểm cá nhân của người sử dụng dịch vụ:* Kết quả nghiên cứu này cho thấy các yếu tố về mức sống, trình độ học vấn, khu vực cư trú, dân tộc và giới tính có ảnh hưởng tới khả năng sử dụng dịch vụ tự điều trị ở đa số các tỉnh nghiên cứu. Đây cũng là phát hiện trong nghiên cứu về sử dụng tự điều trị ở các nước đang phát triển vừa thực hiện năm 2017 [111]. Tuy nhiên mức độ cũng như số lượng ảnh hưởng của các yếu tố nêu trên tùy thuộc vào đặc thù của từng tỉnh, điều này đóng góp vào sự khác biệt về tỷ lệ sử dụng dịch vụ tự điều trị giữa các địa bàn nghiên cứu.

Ở nghiên cứu này nhóm người bệnh có trình độ dưới tiểu học, ở nhóm mức sống nghèo, dân tộc Kinh, là nam giới và ở khu vực thành thị có tỷ lệ sử dụng dịch vụ tự điều trị cao hơn những nhóm còn lại. Cũng dễ hiểu khi trình độ học vấn thấp lại có tỷ lệ tự điều trị cao bởi kiến thức về chăm sóc sức khỏe có thể sẽ hạn chế hơn so với những người có trình độ học vấn cao hơn. Bên cạnh đó học vấn thấp thường đi kèm với nghèo đói cho nên kết quả báo cáo của Bộ Y tế (2003) đưa ra tỷ lệ về lý do tự mua thuốc để chữa bệnh thì chỉ có 1% người giàu bị ốm tự mua thuốc về chữa vì lý do kinh tế trong khi đó thì có tới 17% số người nghèo bị ốm tự mua thuốc về chữa vì lý do này [13]. Hơn nữa với các hộ gia đình nghèo, tự mua thuốc về chữa cũng giúp họ tiết kiệm được một khoản chi phí cho việc đi lại, tiền khám bệnh, và các chi phí khác [53]. Việc thanh toán tiền linh hoạt tại các hiệu thuốc tư nhân cũng là một lý do nữa khiến cho người nghèo ưa thích sử dụng tự điều trị. Tuy nhiên nghiên cứu của Nguyễn Duy Khê (2002) lại cho kết quả ngược lại khi phát hiện tần suất tự điều trị ở nhóm người giàu cao hơn có ý nghĩa so với nhóm người nghèo ( $p < 0,05$ ) [128]. Kết quả này có thể chưa phản ánh đúng yếu tố ảnh hưởng tới khả năng tự điều trị theo nhóm mức sống, bởi đây là một nghiên cứu có cỡ mẫu không lớn. Nghiên cứu này cũng cho thấy ở hai tỉnh miền núi và Tây Nguyên là Điện Biên và Đắk Lắk thì người dân ở khu vực thành thị sử dụng tự điều trị cao hơn ở khu vực nông thôn trong khi các tỉnh khác không bị ảnh hưởng bởi yếu tố này. Có thể giải thích sự khác biệt này bởi ở các tỉnh miền núi, Tây Nguyên thì khả năng tiếp cận tới CSYT tư nhân tốt hơn ở khu vực thành thị. Đối với khu vực nông thôn, với địa hình miền núi hiểm trở, đa số là

người dân tộc, tỷ lệ bao phủ BHYT cao cộng với mật độ CSYT tư nhân phát triển hạn chế do vậy lựa chọn phổ biến của người dân sẽ là đi KCB khi bị ốm đau. Đó chính là lý do khiến người ốm bệnh ở khu vực nông thôn miền núi có tỷ lệ tự điều trị thấp hơn so với khu vực thành thị.

### **4.3. KHÓNG CHẾ SAI SỐ VÀ MỘT SỐ ƯU ĐIỂM/HẠN CHẾ CỦA NGHIÊN CỨU**

*Chúng tôi đã cố gắng hạn chế các sai số trong quá trình thiết kế và triển khai nghiên cứu như sau:*

Để giảm sai số do thiết kế mẫu (design effects) cũng như sai số chọn mẫu (sampling errors) trong nghiên cứu này, các cụm điều tra đều được chọn trực tiếp từ dàn mẫu 20% đã có từ Điều tra dân số 2014 của Tổng cục Thống kê bằng cách chọn hệ thống và tỷ lệ với qui mô dân số, trong mỗi tầng (thành thị/nông thôn và 6 tỉnh), đây là dàn mẫu chính thống được áp dụng trong nhiều cuộc điều tra cấp quốc gia. Số hộ gia đình được liệt kê trong các cụm điều của cuộc điều tra này được so sánh với các số hộ tương ứng trong dàn mẫu của Điều tra dân số năm 2014 nhằm kiểm soát những sự khác biệt quá lớn.

*Để giảm các sai số trong quá trình thu thập số liệu chúng tôi cũng đã thực hiện các biện pháp sau:*

+ Bộ công cụ được xây dựng với sự góp ý, hỗ trợ của các nghiên cứu viên có kinh nghiệm dựa trên cơ sở bộ câu hỏi Điều tra y tế quốc gia 2001-2002 và được điều chỉnh cho phù hợp với mục tiêu và các chỉ số nghiên cứu. Mặc dù phần lớn các câu hỏi tương tự như câu hỏi trong Điều tra y tế quốc gia, nhưng do có bổ sung thêm một số câu hỏi mới nên bộ câu hỏi vẫn được thử nghiệm trước khi tiến hành điều tra tại cộng đồng.

+ Điều tra viên được sử dụng trong điều tra này là các nghiên cứu viên của Viện Chiến lược và Chính sách Y tế và điều tra viên đã tốt nghiệp chuyên ngành Y tế Công cộng của các trường Đại học Y. Các điều tra viên được các cán bộ nghiên cứu có kinh nghiệm tập huấn về nội dung và phương pháp tiến hành

phỏng vấn. Sau khi tập huấn bộ công cụ, các điều tra viên được lựa chọn một lần nữa để đảm bảo chất lượng của cuộc điều tra.

+ Tập huấn được thực hiện theo phương pháp giảng dạy tích cực, khuyến khích sự trao đổi hai chiều giữa giảng viên và các học viên. Trong nội dung tập huấn có thực hành đóng vai trên lớp và tiến hành phỏng vấn thử tại hộ gia đình.

+ Tổ chức điều tra được thực hiện theo kiểu cuốn chiếu, số lượng điều tra viên được phân bố đủ để đảm bảo điều tra xong 25 hộ/địa bàn điều tra trong vòng 1 ngày sau đó di chuyển sang địa bàn mới. Mỗi điều tra viên phỏng vấn từ 3-5 hộ, tối đa là 5 hộ gia đình/ngày nhằm đảm bảo thời gian phỏng vấn cũng như tránh việc quá mệt mỏi dẫn tới thu thập thông tin không chính xác. Công tác tổ chức điều tra được thực hiện rất tốt và bài bản từ khâu thiết lập và thống nhất cơ chế phối hợp với địa phương, lập danh sách hộ, xây dựng kế hoạch điều tra và triển khai điều tra. Để có được danh sách hộ cho công tác chọn mẫu, toàn bộ các hộ trong các địa bàn được chọn được rà soát và cập nhật trong thời gian 1 tháng trước khi điều tra diễn ra. Dựa trên danh sách này các hộ được lựa chọn ngẫu nhiên hệ thống vào mẫu điều tra. Sau khi có danh sách các hộ được lựa chọn, danh sách này được gửi xuống địa phương (cho cán bộ đầu mối tại trạm y tế và UBND xã) kèm theo thời gian phỏng vấn chi tiết để thông báo, giới thiệu mục đích và vận động các hộ gia đình được chọn tham gia phỏng vấn. Các giám sát viên tại các tỉnh nghiên cứu phối hợp chặt chẽ với các đầu mối tại địa phương trong hoạt động này. Bên cạnh đó, đội ngũ điều tra viên được tập huấn kỹ càng về mục đích, ý nghĩa của cuộc điều tra cũng như kỹ năng thuyết phục hộ gia đình tham gia cung cấp thông tin phục vụ hoạch định chính sách nên các hộ gia đình hiểu được vai trò quan trọng của mình và hợp tác tham gia cung cấp thông tin. Trong khi phỏng vấn, các hộ gia đình đều được thu thập số điện thoại cố định của hộ và số điện thoại di động của từng cá nhân trong hộ. Do vậy nếu có thông tin nào liên quan tới các thành viên trong hộ mà người đại diện không trả lời được thì điều tra viên sẽ liên hệ trực tiếp với thành viên đó để thu thập nốt các thông tin còn thiếu, do vậy tỷ lệ không trả lời của hộ gia đình và cá nhân trong điều tra này là bằng 0.

+ Quá trình điều tra được giám sát chặt chẽ dưới nhiều hình thức: kiểm tra toàn bộ 100% số phiếu đã phỏng vấn ngay tại thực địa, giao ban trực tiếp hàng ngày với các điều tra viên và giám sát viên để trao đổi những vướng mắc trong quá trình thu thập số liệu cũng như giải đáp thắc mắc. Những thông tin thiếu/không hợp lý được bổ sung/cập nhật ngay tại thực địa qua số điện thoại được hộ gia đình cung cấp trong quá trình phỏng vấn. Điều này làm giảm đáng kể sai số do thu thập thông tin. Số liệu được làm sạch một lần nữa khi nhập liệu thông qua phần mềm nhập liệu Epidata. Để hạn chế lỗi nhập số liệu, các chương trình nhập số liệu được thiết kế thống nhất, logic và cho phép kiểm tra giới hạn giá trị biến nhập (range checks). Khi nhập liệu, chương trình nhập liệu sẽ phát hiện sự không logic của thông tin thu thập được trong phiếu. Với các thông tin không logic, nghiên cứu viên sẽ liên hệ lại hộ gia đình qua số điện thoại được gia đình cung cấp trong phiếu để kiểm tra và điều chỉnh lại thông tin cho phù hợp.

*Điểm khác về cách thức tiếp cận thu thập thông tin trong nghiên cứu này so với một số điều tra quốc gia trong thời gian vừa qua:*

Trong thời gian vừa qua có một số các cuộc điều tra mang tầm quốc gia có thu thập thông tin liên quan tới y tế, sức khỏe trong đó phải kể đến điều tra mức sống dân cư được thực hiện 2 năm một lần. Tuy nhiên tại các cuộc điều tra này, thông tin về sử dụng dịch vụ y tế không chỉ dành riêng cho đối tượng có vấn đề cấp thiết về sức khỏe mà còn hỏi cho cả người không bị ốm/bệnh và thời gian nhớ lại là trong vòng 12 tháng với cả KCB ngoại trú và nội trú. Bên cạnh đó thì việc sử dụng dịch vụ tự điều trị khi bị ốm/bệnh là hành vi tương đối phổ biến hiện nay, nó ảnh hưởng không nhỏ tới sức khỏe của bản thân người bệnh cũng như góp phần làm gia tăng kháng thuốc trong cộng đồng thì lại chưa được khai thác tại các cuộc điều tra này ngoại trừ điều tra mức sống dân cư năm 2006. Để bổ trợ vào một mảng lớn thông tin chưa được khai thác ở điều tra mức sống dân cư, điều tra này với các tiếp cận từ đối tượng có nhu cầu bắt buộc phải sử dụng dịch vụ khám chữa bệnh (bị ốm/bệnh trong 4 tuần) để tìm hiểu xem cách thức xử trí của họ ra sao? Họ sử dụng

dịch vụ KCB hay tự điều trị? Khi họ có quyết định đi KCB thì họ sẽ tới cơ sở y tế nào? Tại sao họ lại đến đó? Yếu tố nào ảnh hưởng tới việc quyết định sử dụng dịch vụ của người có nhu cầu cấp thiết là bị ốm/bệnh. Với việc hồi cứu thông tin trong khoảng thời gian ngắn (4 tuần) sẽ giảm sai số nhớ lại đối với các lựa chọn đi KCB ngoại trú và đặc biệt là khai thác được tình hình sử dụng dịch vụ tự điều trị của người dân từ đó có các đề xuất chính sách nhằm tăng tỷ lệ sử dụng dịch vụ y tế của nhóm đối tượng thực sự có nhu cầu này.

*Tuy nhiên đề tài vẫn còn có những hạn chế sau:*

Thiết kế nghiên cứu là điều tra hộ gia đình nên các dữ liệu thu được chỉ phản ánh thông tin dưới góc độ người sử dụng dịch vụ. Trong khi đó, các yếu tố ảnh hưởng tới sử dụng dịch vụ đến từ cả hai phía là cơ sở cung ứng và sử dụng dịch vụ. Các yếu tố từ phía cung ứng dịch vụ bao gồm các yếu tố đầu vào của hệ thống y tế, bao gồm: cơ sở vật chất, trang thiết bị, nhân lực, thuốc, tài chính, thông tin y tế... là những yếu tố tác động tới khả năng cung ứng và chất lượng dịch vụ thì chưa được đánh giá ở nghiên cứu này. Các yếu tố này chỉ được đánh giá gián tiếp qua cảm nhận của người sử dụng dịch vụ nên có thể chưa phản ánh hết hoặc chính xác năng lực cung ứng của ngành.

So sánh với mô hình lý thuyết về sử dụng dịch vụ y tế thì một số các yếu tố khác nữa như yếu tố niềm tin (chất lượng, hài lòng), yếu tố cộng đồng (tiếp cận nhân viên y tế, vị trí cơ sở y tế), đặc điểm bệnh (cấp tính, mạn tính) chưa được khai thác hoặc có khai thác nhưng được hỏi gián tiếp qua người cung cấp thông tin chính nên chưa đưa được vào mô hình để phân tích.

Đối tượng cung cấp thông tin trong nghiên cứu này được lựa chọn là người nắm được nhiều thông tin nhất (người cung cấp thông tin chính) về các thành viên trong gia đình đã đảm bảo được chất lượng thông tin liên quan tới tài sản, chi tiêu, chăm sóc sức khỏe của cả hộ gia đình. Tuy nhiên đối với các trường hợp ốm/bệnh là trẻ em hoặc người cao tuổi thì thông tin khai thác qua người cung cấp thông tin

chính là hoàn toàn phù hợp do họ sẽ là người chăm sóc chính trong gia đình. Nhưng đối với các trường hợp ốm/đau còn lại thì việc hỏi một số thông tin liên quan tới cảm nhận/đánh giá của người bệnh thông qua người chăm sóc có thể bị chi phối bởi chủ quan của người cung cấp thông tin chính.

Quá trình thu thập số liệu diễn ra vào 3 tháng cuối năm. Số liệu về tình hình ốm đau, tiếp cận và sử dụng dịch vụ được hỏi trong khoảng thời gian 4 tuần cho các sự kiện xảy ra nhiều lần như ốm hay KCB ngoại trú... đã khắc phục được sai số nhớ lại. Tuy nhiên vì thời gian thu thập số liệu vào mùa thu-đông nên mô hình ốm đau hoặc sử dụng dịch vụ có thể bị ảnh hưởng bởi yếu tố thời tiết ... Số liệu về số lượt KCB nội trú tại các CSYT được hỏi trong 12 tháng. KCB nội trú được cho là các sự kiện đáng nhớ hơn so với các ốm đau thông thường nên khoảng thời gian nhớ lại là 12 tháng. Tuy nhiên điều này không thể tránh khỏi sai số nhớ lại.

Các trường hợp ốm/bệnh được báo cáo ở nghiên cứu này chủ yếu dựa trên các triệu chứng do bản thân người bệnh tự nhận thấy hoặc các vấn đề bất thường về sức khỏe chứ không phải là ốm/bệnh được nhân viên y tế chẩn đoán. Do đó, việc ghi nhận là có ốm/bệnh chưa thực sự phản ánh tỷ lệ hiện mắc của bệnh mà còn phụ thuộc vào chủ quan của người được hỏi.

Mức độ ốm là một trong các chỉ số liên quan trực tiếp tới quyết định sử dụng dịch vụ khám chữa bệnh ở nghiên cứu này, tuy nhiên tương tự như các trường hợp ốm/bệnh thì mức độ ốm cũng phụ thuộc vào chủ quan của người bệnh.

Yếu tố nghề nghiệp được nhiều các nghiên cứu chỉ ra là có liên quan tới tiếp cận và sử dụng dịch vụ khám chữa bệnh. Tuy nhiên trong nghiên cứu này yếu tố nghề nghiệp được khai thác với mục đích phục vụ cho việc xác định thu nhập của hộ gia đình, nên việc phân loại nghề nghiệp không đồng nhất với các nghiên cứu khác. Vì lý do này mà nghề nghiệp không được đưa vào để xem xét mối liên quan tới sử dụng dịch vụ khám chữa bệnh.

## KẾT LUẬN

Từ kết quả nghiên cứu của luận án "Thực trạng và yếu tố ảnh hưởng tới sự khác biệt trong sử dụng dịch vụ khám chữa bệnh ở một số tỉnh thuộc các vùng kinh tế xã hội Việt Nam năm 2015" cho phép rút ra một số kết luận sau đây:

1. Tỷ lệ ốm, bệnh trong vòng 4 tuần ở 6 tỉnh nghiên cứu là tương đối cao - 24,4%. Khu vực nông thôn có tỷ lệ ốm (26%) và mức độ ốm nặng (24,9%) cao hơn so với khu vực thành thị (21,8% và 20,7%). Đắk Lắk và Bình Định là 2 tỉnh có tỷ lệ ốm cao hơn so với 4 tỉnh còn lại (35% và 33,8%).

2. Khi thực sự có nhu cầu phải sử dụng dịch vụ y tế (bị ốm/bệnh trong vòng 4 tuần), người bệnh không chỉ đi KCB ngoại trú (45,7%)/nội trú (5,2%) mà còn tự điều trị với tỷ lệ khá cao (41,1%). Qua phân tích thấy rõ sự khác biệt về tỷ lệ sử dụng dịch vụ giữa các tỉnh; tỷ lệ lựa chọn cơ sở y tế giữa thành thị/nông thôn và giữa các tỉnh nghiên cứu, cụ thể:

- Không có sự khác biệt giữa thành thị và nông thôn về tỷ lệ KCB ngoại trú khi bị ốm/bệnh trong 4 tuần, tuy nhiên có sự khác biệt giữa các tỉnh: Đồng Nai và Đồng Tháp có tỷ lệ KCB ngoại trú cao hơn so với 4 tỉnh còn lại (61,8% và 60,4%). Khi đi KCB ngoại trú người bệnh lựa chọn cơ sở y tế tư nhân với tỷ lệ cao nhất 33,1%; rồi đến TYT xã (20,3%), BV huyện (18,5%), BV tỉnh (16%), BV trung ương (6,9%), và CSYT khác (5,3%). Trong khi người bệnh ở nông thôn chủ yếu KCB ngoại trú ở TYT xã (25,8%), BV tỉnh và TƯ chỉ chiếm (17,4%) thì ở thành thị người bệnh KCB ngoại trú tại BV tỉnh và TƯ cao gấp đôi (34,5%) và tỷ lệ đến TYT rất thấp chỉ là 8,5%. Lý do quan trọng nhất để người bệnh KCB ngoại trú tại CSYT là đăng ký BHYT tại đây (38,1%) và tin tưởng chất lượng (24,1%).
- Không có sự khác biệt về tỷ lệ KCB nội trú giữa thành thị và nông thôn. Tỷ lệ KCB nội trú cao nhất ở Điện Biên (chiếm 8,6%) so với các tỉnh còn lại. Nhìn chung, người bệnh chủ yếu sử dụng dịch vụ ở BV huyện và BV tỉnh với tỷ lệ từ

34,6% - 36,6%. Tuy nhiên, nông thôn có tỷ lệ KCB nội trú tại BV huyện (42,4%) cao gấp đôi so với thành thị (20,1%), ngược lại thành thị chủ yếu KCB nội trú tại BV tỉnh (42,3%) và TƯ (22,3%). Trong khi các tỉnh Điện Biên, Đắk Lắk, Bình Định có tỷ lệ KCB nội trú tại BV huyện cao nhất (48%-53%), thì các tỉnh Đồng Nai, Đồng Tháp lại có tỷ lệ KCB nội trú tại BV tỉnh cao (60%). Ba lý do quan trọng nhất khi KCB nội trú tại CSYT là đăng ký BHYT (29,9%), chuyên tuyến (26,7%) và tin tưởng chất lượng (17,2%).

- Tự điều trị chiếm khá cao (41,1%), không có sự khác biệt giữa thành thị và nông thôn. Hà Nội là tỉnh có tỷ lệ tự điều trị cao nhất (49,9%), rồi đến Bình Định (37,8%), Đắk Lắk (36,9%), Đồng Tháp thấp nhất với 29,5%. Lý do quan trọng nhất khi sử dụng tự điều trị là quan niệm bệnh nhẹ (62,2%) và sử dụng đơn thuốc cũ (17,7%).

3. Những yếu tố ảnh hưởng tới sự khác biệt trong sử dụng dịch vụ KCB của người dân ở các tỉnh.

### 3.1. Những yếu tố làm tăng khả năng KCB ngoại trú:

- Mức độ ốm: ốm vừa/nặng làm tăng KCB ngoại trú ở Hà Nội (OR=2,9/OR=3,4); Đắk Lắk (OR=1,9/OR=2,6); Đồng Nai (OR=1,7/OR=2,0) và Đồng Tháp (OR=3,1/OR=2,1); ốm vừa làm tăng KCB ngoại trú ở Điện Biên (OR=1,8) và ốm nặng làm tăng KCB ngoại trú ở Bình Định (OR=1,4).
- Có BHYT: làm tăng KCB ngoại trú ở Điện Biên (OR=4,6); Bình Định (OR=2,0); Đắk Lắk (OR=2,2); Đồng Nai (OR=1,6) và Đồng Tháp (OR=3,1). Riêng KCB ngoại trú ở Hà Nội không bị ảnh hưởng bởi BHYT.
- Mức sống khá/giàu: làm tăng KCB ngoại trú ở Hà Nội (OR=2,8/OR=2,6); Đắk Lắk (OR=2,6/OR=3,5) và Đồng Nai (OR=2,9/OR=2,6).
- Là nữ giới làm tăng KCB ngoại trú ở Bình Định (OR=1,3) và Đồng Nai (OR=1,4).
- Trình độ học vấn: THCS/THPT làm tăng KCB ngoại trú ở Hà Nội (OR=2,0/OR=1,9); Tiểu học/CĐ-ĐH làm tăng KCB ngoại trú ở Bình Định (OR=1,5/OR=2,1).



- Yếu tố vùng, miền giải thích cho 12,87% sự khác biệt về tỷ lệ sử dụng dịch vụ KCB ngoại trú trong 4 tuần qua giữa các tỉnh, trong đó, số lượng trạm y tế xã và tỷ suất chết thô là 2 yếu tố làm tăng khả năng KCB ngoại trú với  $p < 0,05$ .

### 3.2. Những yếu tố làm tăng khả năng KCB nội trú:

- Mức độ ốm: ốm vừa/nặng làm tăng KCB nội trú ở Hà Nội (OR=3,1/OR=17,2) và Điện Biên (OR=7,5/OR=36,4); mức độ ốm nặng làm tăng KCB nội trú ở Bình Định (OR=6,9); Đắk Lắk (OR=15,2); Đồng Nai (OR=24,6) và Đồng Tháp (OR=44,3).
- Những yếu tố làm tăng KCB nội trú ở Hà Nội là: Mức sống khá/giàu (OR=3,7/OR=4,0); Tuổi từ 19-49/từ 60+ (OR=4,7/OR=3,4; là người dân tộc (OR=1,9).
- Trình độ học vấn hết tiểu học làm tăng KCB nội trú ở Đắk Lắk (OR=2,1).

### 3.3. Những yếu tố làm giảm khả năng tự điều trị:

- Mức độ ốm: ốm vừa/nặng làm giảm tự điều trị ở Hà Nội (OR=0,4/OR=0,2); Điện Biên (OR=0,5/OR=0,3); Đắk Lắk (OR=0,6/OR=0,3); Đồng Nai (OR=0,6/OR=0,1) và Đồng Tháp (OR=0,4/OR=0,1); ốm nặng làm giảm tự điều trị ở Bình Định (OR=0,5).
- Có BHYT: làm giảm tự điều trị ở Điện Biên (OR=0,3); Bình Định (OR=0,4); Đắk Lắk (OR=0,4); Đồng Nai (OR=0,6); Đồng Tháp (OR=0,2). Riêng tự điều trị ở Hà Nội không bị ảnh hưởng bởi yếu tố BHYT.
- Mức sống khá/giàu làm giảm tự điều trị ở Hà Nội và Đắk Lắk (OR=0,4) trong khi mức sống cận nghèo/trung bình/khá làm giảm tự điều trị ở Đồng Nai (OR=0,3/OR=0,29/OR=0,22).
- Trình độ học vấn: THCS/THPT làm giảm tự điều trị ở Hà Nội và Bình Định (OR=0,5); THCS/CĐ-ĐH làm giảm tự điều trị ở Đồng Nai (OR=0,5/OR=0,4).
- Sống ở nông thôn làm giảm tự điều trị ở Điện Biên (OR=0,5) và Đắk Lắk (OR=0,6).
- Là người dân tộc làm giảm tự điều trị ở Hà Nội (OR=0,4).
- Là nữ giới làm giảm tự điều trị ở Đồng Nai (OR=0,7).

## **KIẾN NGHỊ**

Từ các kết luận về tỷ lệ sử dụng dịch vụ KCB cũng như tỷ lệ lựa chọn cơ sở y tế khác nhau giữa các tỉnh và các yếu tố ảnh hưởng tới sự khác biệt này, chúng tôi có một số kiến nghị sau:

- Bảo hiểm y tế là yếu tố làm tăng khả năng sử dụng dịch vụ KCB ngoại trú và giảm tự điều trị ở hầu hết các tỉnh (Điện Biên, Bình Định, Đắk Lắk, Đồng Nai và Đồng Tháp). Do vậy cần thiết có các giải pháp chính sách như tăng mức hỗ trợ mệnh giá BHYT, tăng tỷ lệ giảm mức phí cho thành viên thứ hai trở đi khi tham gia mua BHYT theo hộ gia đình,... nhằm tăng tỷ lệ bao phủ BHYT. Tuy nhiên đối với Hà Nội do BHYT không có mối liên quan với KCB ngoại trú cũng như tự điều trị của người bệnh, cho nên cần tăng cường chất lượng dịch vụ KCB BHYT tại các cơ sở y tế tuyến quận huyện, tăng tính tiếp cận tới dịch vụ sẽ là giải pháp quan trọng trong việc thu hút người bệnh sử dụng dịch vụ KCB.

- Tự điều trị vẫn còn chiếm tỷ lệ tương đối cao, đặc biệt đối với đô thị lớn như Hà Nội có tới một nửa số người ốm/bệnh còn sử dụng tự điều trị. Do vậy cần có giải pháp tuyên truyền tới người dân đi khám bác sĩ khi có vấn đề về sức khỏe nhằm xác định đúng bệnh, được tư vấn và sử dụng thuốc an toàn hợp lý, góp phần làm giảm kháng thuốc trong cộng đồng đặc biệt là kháng kháng sinh. Bên cạnh đó cần đẩy mạnh công tác kiểm tra, giám sát nhằm thực hiện nghiêm các quy định của Luật KCB về qui chế kê đơn và bán thuốc theo đơn tại các hiệu thuốc tư góp phần giảm tỷ lệ tự điều trị của người bệnh.

- Cơ sở YTTN được người bệnh lựa chọn để KCB ngoại trú với tỷ lệ cao nhất trong mô hình sử dụng dịch vụ KCB do đặc tính tiện lợi, dễ tiếp cận... Do vậy cần phát huy vai trò của y tế tư nhân trong việc cung cấp dịch vụ y tế có chất lượng cho người bệnh, giảm tải mạng lưới y tế công. Để làm được điều này cần thiết mở rộng KCB BHYT tại các CSYT tư nhân kết hợp thắt chặt công tác kiểm tra, giám sát đảm bảo người bệnh nhận được các dịch vụ KCB có chất lượng.

- Trạm y tế xã là nơi KCB ngoại trú với tỷ lệ cao nhất ở khu vực nông thôn đặc biệt ở các tỉnh miền núi. Tuy nhiên lý do lựa chọn KCB ngoại trú tại đây chủ yếu là do đăng ký BHYT, lý do tin tưởng chất lượng chiếm tỷ lệ rất thấp. Do vậy để đảm bảo chất lượng dịch vụ y tế, tạo niềm tin cho người bệnh khi KCB ngoại trú tại đây, cần tiếp tục ưu tiên các can thiệp mang tính đồng bộ đó là tiếp tục thực hiện chính sách ưu đãi/thu hút bác sĩ làm việc tại TYT xã kết hợp với đào tạo liên tục để nâng cao tay nghề cũng như trang thiết bị phù hợp đảm bảo đủ điều kiện cung cấp dịch vụ KCB ban đầu có chất lượng với giá thành hợp lý.

- Tỷ lệ KCB ngoại trú tại các TYT xã/phường ở khu vực thành thị tương đối thấp, do đó nên đổi mới công tác chăm sóc sức khỏe người dân ở các TYT khu vực đô thị theo hướng dự phòng bệnh bao gồm khám định kỳ, tư vấn sức khỏe, lập hồ sơ quản lý sức khỏe và định hướng chuyển tuyến khi phát hiện bệnh.

**DANH MỤC CÔNG TRÌNH ĐÃ CÔNG BỐ LIÊN QUAN  
TỚI LUẬN ÁN**

1. **Nguyễn Thị Thắng, Trần Thị Mai Oanh, Phan Hồng Vân, Nguyễn Thế Vinh, Nguyễn Trần Hiến (2016)**, “Thực trạng sử dụng dịch vụ khám chữa bệnh của người dân ở 6 tỉnh thuộc các vùng sinh thái Việt Nam, năm 2015 và các yếu tố ảnh hưởng, *Tạp chí Y học dự phòng*, Tập XXVI, số 13 (186), tr. 129-139.
  
2. **Nguyễn Thị Thắng, Trần Thị Mai Oanh, Nguyễn Thị Thu Cúc, Nguyễn Trần Hiến (2016)**, “Một số yếu tố ảnh hưởng đến sự khác biệt về sử dụng dịch vụ khám chữa bệnh ngoại trú, nội trú và tự điều trị của người dân ở 6 tỉnh thuộc các vùng sinh thái Việt Nam năm 2015”, *Tạp chí Y học dự phòng*, Tập XXVI, số 13 (186), tr.140-152.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

### Tiếng Việt:

1. Ban Chấp hành Trung ương Đảng (2002), *Chi thị số 06\_CT/TW ngày 22/1/2002 về củng cố và hoàn thiện mạng lưới y tế cơ sở*.
2. Lê Văn Bào (2002), *Nghiên cứu hoạt động hành nghề Y tư nhân ở Hà Nội, đề xuất mô hình quản lý hành nghề y tư nhân ở tuyến xã*, Tiến sĩ, Học viện Quân y.
3. Bộ Kế hoạch và Đầu tư - Tổng cục Thống kê (2015), *Điều tra dân số và nhà ở giữa kỳ thời điểm 1/4/2014: Các kết quả chủ yếu*, Hà Nội.
4. Bộ Y tế (2014), *Báo cáo tóm tắt Công tác y tế năm 2013 và nhiệm vụ trọng tâm năm 2014*, Hà Nội.
5. Bộ Y tế (2013), *Niên giám thống kê y tế 2013*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.
6. Bộ Y tế (2009), *Báo cáo chung tổng quan ngành y tế năm 2009: Nhân lực y tế ở Việt Nam*, Hà Nội, 1-144.
7. Bộ Y tế (2009), *Qui hoạch phát triển nhân lực và hệ thống đào tạo y tế đến năm 2020*.
8. Bộ Y tế (2008), *Báo cáo chung tổng quan ngành y tế năm 2008- Tài chính y tế ở Việt Nam*, Hà Nội.
9. Bộ Y tế (2007), *Báo cáo y tế Việt Nam 2006 công bằng, hiệu quả, phát triển trong tình hình mới*, Hà Nội.
10. Bộ Y tế (2003), *Báo cáo chuyên đề thực trạng khu vực y tế tư nhân - điều tra y tế quốc gia, 2001-2002*, Hà Nội, 14-22.
11. Bộ Y tế & Tổ chức Y tế Thế giới (2001), *Quản lý y tế*. Nhà xuất bản y học, Hà Nội.
12. Bộ Y tế & Tổng cục Thống kê (2003), *Báo cáo chuyên đề: Đánh giá hiệu quả sử dụng dịch vụ y tế - Điều tra y tế quốc gia 2001-2002*, Hà Nội, 65.
13. Bộ Y tế & Tổng cục Thống kê (2003), *Báo cáo kết quả Điều tra y tế quốc gia năm 2001-2002*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.
14. Bộ Y tế Việt Nam & Nhóm đối tác y tế (2015), *Báo cáo chung tổng quan ngành y tế năm 2015: Tăng cường y tế cơ sở hướng tới chăm sóc sức khỏe toàn dân*, Hà Nội
15. Bộ Y tế Việt Nam & Nhóm đối tác y tế (2013), *Báo cáo chung tổng quan ngành y tế 2013 - Hướng tới bao phủ chăm sóc sức khỏe toàn dân*, Hà Nội.
16. Cục Quản lý Khám chữa bệnh - Bộ Y tế (2015), *Báo cáo công tác khám chữa bệnh năm 2014, kế hoạch năm 2015*, Hà Nội.
17. Đàm Viết Cương, Trần Thị Mai Oanh & cộng sự (2007), *Báo cáo đánh giá tình hình chăm sóc sức khỏe người nghèo tại 5 tỉnh miền núi phía Bắc và Tây nguyên, Phái đoàn Ủy ban châu Âu tại Việt Nam*, Hà Nội.
18. Lê Quang Cường (2008), "Chăm sóc sức khỏe và thị trường y tế", *Tạp chí Chính sách Y tế*.

19. Lê Bảo Châu & cộng sự (2012), Sử dụng dịch vụ khám chữa bệnh của người dân tại CHILILAB: Thực trạng và một số đề xuất, <<http://www.vpha.org.vn/index.php/Tap-chi-Y-te-cong-cong-So-24>>, 14/5/2014.
20. Chính phủ (2006), *Nghị định số 92/2006/NĐ-CP ngày 7/9/2006 của Thủ tướng Chính Phủ về lập, phê duyệt và quản lý qui hoạch tổng thể phát triển kinh tế - xã hội*.
21. Nguyễn Thị Kim Chúc & cộng sự (2002), *Đánh giá hoạt động y tế tư nhân tại khu vực xung quanh một số bệnh viện ở Hà Nội: thực trạng và giải pháp*, Bộ Y tế, Hà Nội, 4.
22. Chương trình hợp tác Việt Nam -Thụy Điển (2007), *Định hướng chính sách tài chính Y tế tổng thể tại Việt Nam*, Hà Nội 13.
23. Đào Văn Dũng, Nguyễn Quốc Trường & Hoàng Hải (2005), "Thực trạng cung cấp dịch vụ y tế tư nhân tại 2 thành phố Hà Nội và Đà Nẵng", *Y học Việt Nam*, 2, 1-5.
24. Phạm Huy Dũng & cộng sự (2006), *Sự mất công bằng trong CSSK và trong việc sử dụng các dịch vụ y tế ở Ba Vì, Hà Tây*, Viện Chiến lược và Chính sách Y tế, Hà Nội.
25. Nguyễn Đình Dự (2007), *Mô tả sự tiếp cận và sử dụng dịch vụ y tế của người dân huyện Vị Xuyên tỉnh Hà Giang năm 2007*, Trường đại học y tế công cộng.
26. Hà Văn Giáp (2002), *Mô tả tình hình cung ứng và sử dụng dịch vụ y tế tại một số xã huyện Quảng Xương tỉnh Thanh Hoá*, Trường Đại học Y Hà Nội.
27. Nguyễn Minh Hiếu (2003), *Kiến thức, thực hành kê đơn kháng sinh của cán bộ TYT xã trong điều trị trẻ em dưới 5 tuổi mắc nhiễm khuẩn hô hấp cấp tính tại huyện Bình Xuyên tỉnh Vĩnh Phúc năm 2003*, Thạc sỹ, Luận án Thạc sỹ, Trường đại học Y tế công cộng.
28. Hội Khoa học Kinh tế Y tế Việt Nam (2012), "Khảo sát thực trạng hoạt động KCB của một số trạm y tế xã ở 4 tỉnh thuộc dự án nâng cao năng lực ở một số tỉnh thành".
29. Võ Văn Hùng & Trương Phi Hùng (2010), "Thực trạng chất lượng cán bộ quản lý của ngành y tế tỉnh Bà Rịa-Vũng Tàu năm 2009", *Tạp chí Y học TP. Hồ Chí Minh*, 14 (1), 71-76.
30. Nguyễn Thanh Hương, Nguyễn Hải Hà & Trương Quang Tiến (2008), *Các yếu tố ảnh hưởng tới sức khỏe*, Hà Nội.
31. James C. K., Sarah B., Le Q. C. & et al (2008), *Công bằng y tế ở Việt Nam phân tích thực trạng tập trung vào tử vong bà mẹ và trẻ em: Background paper prepared for UNICEF consultancy on "equity in access to quality healthcare for women and children" (April 8-10, Ha Long city, Vietnam)*.
32. Lý Ngọc Kính (2008), "Chính sách chăm sóc sức khỏe của Việt Nam cơ hội và thách thức giữa khu vực nhà nước và khu vực tư nhân", *Tạp chí Chính sách Y tế*, 3, 34-37.
33. Trần Đăng Khoa (2013), *Thực trạng và kết quả một số giải pháp can thiệp tăng cường tiếp cận, sử dụng dịch vụ khám chữa bệnh y tế công lập tại huyện Như Xuân, tỉnh Thanh Hóa năm 2009-2011*, Luận án Tiến sĩ Y tế Công cộng, Trường đại học Y tế Công cộng.

34. Trần Đăng Khoa (2008), *Đánh giá tiếp cận và sử dụng dịch vụ y tế của người dân huyện Cẩm Xuyên tỉnh Hà Tĩnh*, Luận văn thạc sỹ Y tế Công cộng, Trường Đại học Y tế Công cộng.
35. Trịnh Thị Thanh Lê (2010), *Khảo sát và đánh giá thực trạng công tác Dược tại các Trạm y tế xã tỉnh Trà Vinh năm 2010*, Trà Vinh.
36. Trần Trí Liêm & Đinh Thị Phương Hoà (2009), Đánh giá kiến thức cán bộ y tế và trang thiết bị tại TYT xã về chăm sóc trẻ sơ sinh, <<http://yhth.vn/LibraryDetail/883/danh-gia-kien-thuc-can-bo-y-te-va-trang-thiet-bitai-tram-y-te-xa-ve-cham-soc-tre-so-sinh.htm>>, 2010/08/31.
37. Chu Thị Kim Loan & Nguyễn Hồng Ban (2013), "Thực trạng tham gia bảo hiểm y tế tự nguyện ở thành phố Hà Tĩnh", *Journal of Science and development*, 11 (1), 115-124.
38. Nguyễn Hoàng Long, Dương Đức Thiện, Lưu Hoài Chuẩn & et al (2007), *Báo cáo nghiên cứu thực trạng, tiềm năng và vai trò của y tế tư nhân*, Chương trình hợp tác y tế Việt Nam-Thụy Điển, Dự án thành phần chính sách y tế, Hà Nội, 1-4,62-68.
39. Dương Huy Lương (2004), "Tình hình ốm đau và sử dụng dịch vụ y tế của người già ở một số địa điểm nghiên cứu", *Tạp chí Y học thực hành*, 2, 86-88.
40. Nguyễn Thế Lương (2002), *Nghiên cứu một số đặc điểm nhân khẩu học và nhu cầu, sử dụng dịch vụ y tế tại 3 tỉnh miền núi, đồng bằng và đô thị*, Trường Đại học Y Hà Nội.
41. Trần Thị Kim Lý (2007), *Nghiên cứu tình hình sử dụng dịch vụ khám chữa bệnh của người dân tại xã Ia Khroi, xã Ia Phí, xã Hịa Phú, huyện Chư Păh, tỉnh Gia Lai* Luận án Chuyên khoa Cấp 1, Trường Đại học Y Dược, Đại học Huế.
42. Hoàng Văn Minh (2010), *Thực hành quản lý, xử lý và phân tích số liệu trong nghiên cứu khoa học y học (Sử dụng phần mềm EPIDATA và STATA)*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.
43. Hoàng Văn Minh & Nguyễn Thị Kim Phương (2010), *Gánh nặng chi phí y tế của hộ gia đình tại Việt nam: Kết quả phân tích số liệu điều tra mức sống dân cư 2002-2008. Hội thảo Khoa học Kinh tế Y tế Việt nam*, Hà Nội.
44. Nguyễn Thị Hồng Minh (2011), *Phát triển dịch vụ y tế tư nhân ở Việt Nam*, Thạc sĩ, Trường Đại học Kinh tế.
45. Bùi Đắc Thành Nam, Vũ Thị Hoàng Lan & Lê Thị Kim Ánh (2013), "Những rào cản ảnh hưởng tới tiếp cận và sử dụng dịch vụ y tế của người di cư mùa vụ độ tuổi 18-50 tại phường Phúc xá, Ba Đình, Hà Nội năm 2012", *Tạp chí y tế công cộng*, (27), 23-28.
46. An Nguyễn (2013), *Kỷ niệm Ngày Dân số Việt Nam 26-12: Việt Nam tiến tới “già hóa dân số”*, <<http://www.nhandan.com.vn/suckhoe/tin-tuc/item/21991302-viet-nam-tien-toi-%E2%80%9Cgia-hoa-dan-so%E2%80%9D.html>>, 16/9/2014.
47. Nhà xuất bản Thống kê (2010), *Tổng cục Thống kê, Niên giám thống kê 2009*, Hà Nội.
48. Nguyễn Thị Trang Nhung & cộng sự (2011), *Gánh nặng bệnh tật và chấn thương ở Việt Nam*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội,
49. Trần Thị Mai Oanh (2002), *Mô hình ốm đau và hành vi tìm kiếm của người cao tuổi ở một vùng nông thôn Việt Nam*, Luận văn thạc sỹ Y tế Công cộng, Karolinska Institute.

50. Partnership for Action in Health Equity - PAHE (2011), *Báo cáo số 2 về công bằng sức khỏe: Hệ thống y tế Việt Nam hướng tới mục tiêu và công bằng*, Nhà xuất bản Lao động, Hà Nội.
51. Đỗ Nguyên Phương (2001), *Một số vấn đề về công bằng, hiệu quả trong công tác chăm sóc sức khỏe ở Việt Nam: Chăm sóc sức khỏe nhân dân theo định hướng công bằng và hiệu quả*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.
52. Đỗ Nguyên Phương (1999), *Y tế Việt Nam trong quá trình đổi mới*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.
53. Nguyễn Khánh Phương (2011), *Giải pháp tài chính trong chăm sóc sức khỏe người dân nông thôn tại 4 huyện thuộc tỉnh Hải Dương và Bắc Giang*, Luận án Tiến sĩ Y tế Công cộng, Viện Vệ sinh Dịch tễ Trung ương.
54. Quốc hội (2014), *Luật số 46/2014/QH13 ban hành ngày 13/6/2014 về sửa đổi và bổ sung một số điều của Luật Bảo hiểm Y tế*.
55. Quốc Hội (2009), *Luật Khám bệnh, chữa bệnh số 40/2009/QH12*.
56. Hà Thanh Sơn (2009), *Đánh giá tình hình thực hiện khám chữa bệnh miễn phí cho trẻ dưới 6 tuổi tại trạm y tế xã Phù Đổng, huyện Gia Lâm, thành phố Hà Nội, năm 2009*, Luận văn Thạc sĩ Y tế Công cộng, Đại học Y tế Công cộng.
57. Dương Thị Minh Tâm & Phùng Đức Nhật (2010), "Tình hình sử dụng dịch vụ KCB và một số yếu tố liên quan đến việc sử dụng dịch vụ của người cao tuổi huyện Cần Đức tỉnh Long An năm 2009", *Tạp chí Y học Thành phố Hồ Chí Minh*, 14 (2), 92-98.
58. Tổng cục Thống kê (2012), *Kết quả khảo sát mức sống dân cư Việt Nam năm 2012*, Nhà xuất bản Thống kê, Hà Nội.
59. Tổng cục Thống kê (2010), *Kết quả khảo sát mức sống dân cư năm 2010*, Nhà xuất bản Thống kê, Hà Nội.
60. Tổng cục Thống kê (2008), *Kết quả khảo sát mức sống dân cư Việt Nam năm 2008*, Nhà xuất bản Thống kê, Hà Nội.
61. Trương Bảo Thanh (2015), *Chính sách cạnh tranh trong cung ứng dịch vụ y tế ở Việt Nam*, Tiến sĩ, Trường Đại học Kinh tế Quốc dân.
62. Nguyễn Thị Thắng (2005), *Nhiễm khuẩn hô hấp cấp ở trẻ dưới 5 tuổi trong thời gian bùng phát dịch cúm gia cầm tại huyện Ba Vì, Tỉnh Hà Tây, Việt Nam*, Thạc sĩ, Đại học Umea Thụy Điển.
63. Lê Văn Thêm (2013), *Thực trạng hoạt động của bác sỹ tại trạm y tế xã và đánh giá hiệu quả can thiệp nâng cao chất lượng hoạt động của trạm y tế xã tỉnh Hải Dương*, Trường Đại học Kỹ thuật y tế Hải Dương, Hải Dương.
64. Lê Thị Hồng Thơm (2006), *Nghiên cứu về tiếp cận, sử dụng dịch vụ khám bệnh phụ nữ nông thôn và đánh giá giải pháp can thiệp tại 1 xã*, Tiến sĩ, Đại học Y Hà Nội.
65. Nguyễn Thị Hoài Thu, Bùi Thị Mỹ Anh & Hoàng Thanh Nga (2014), "Thực trạng và một số yếu tố liên quan đến việc sử dụng dịch vụ khám, chữa bệnh tại TYT của người dân xã Dương Liễu, huyện Hoài Đức, Hà Nội năm 2014", *Tạp chí y tế công cộng*, 40 (13), 145-151.



66. Nguyễn Thị Bích Thủy (2009), *Đánh giá thực trạng công tác chăm sóc bà mẹ trước sinh theo chuẩn quốc gia về sức khỏe sinh sản tại các trạm y tế phường, quận Cầu Giấy, Hà Nội, năm 2009*, Luận văn Thạc sỹ Y tế Công cộng, Đại học Y tế Công cộng.
67. Trung tâm phát triển vì người nghèo huyện Can Lộc và Action Aid Việt Nam (2011), *Báo cáo tóm tắt kết quả tham vấn người dân về dịch vụ giáo dục, y tế và hành chính công tại huyện Can Lộc, tỉnh Hà Tĩnh*.
68. Trường Đại học y tế Công Cộng (2011), *Tài liệu giảng dạy bộ môn Quản lý Dịch vụ y tế (dành cho đối tượng cử nhân K9)*, Hà Nội.
69. Trường Đại học Y tế Công cộng (2010), *Thống kê y sinh học ứng dụng - Tài liệu giảng dạy cho sinh viên cử nhân y tế công cộng định hướng dịch tễ học*, Khoa khoa học cơ bản - Trường Đại học Y tế Công cộng, Hà Nội.
70. Viện Chiến lược Chính sách Y tế (2015), *Tài liệu tập huấn điều tra hộ gia đình - Khảo sát tình hình sức khỏe, tiếp cận và sử dụng dịch vụ y tế của người dân*, Viện Chiến lược và Chính sách Y tế, Hà Nội.
71. Viện Chiến lược và Chính sách Y tế (2015), *Đánh giá việc thực hiện chức năng nhiệm vụ của một số trạm y tế xã ở các vùng miền*, Viện Chiến lược và Chính sách Y tế, Hà Nội.
72. Viện Chiến lược và Chính sách Y tế (2014), *Đánh giá kết quả đào tạo nhân viên trạm y tế xã và y tế thôn bản tại một số tỉnh trong khuôn khổ Dự án do GAVI tài trợ*, Viện Chiến lược và Chính sách Y tế, Hà Nội.
73. Viện Chiến lược và Chính sách Y tế (2012), *Đánh giá việc thực hiện chức năng, nhiệm vụ của một số trạm y tế xã khu vực miền núi*, Viện Chiến lược và Chính sách Y tế, Hà Nội.
74. Viện Chiến lược và Chính sách Y tế (2012), *Bước đầu triển khai khám chữa bệnh bảo hiểm y tế theo quy định của Luật Bảo hiểm Y tế*, Hà Nội.
75. Viện Chiến lược và Chính sách Y tế (2011), *Đánh giá 9 tháng triển khai thực hiện đề án 1816 nhằm đề xuất các giải pháp hoàn thiện*, Viện Chiến lược và Chính sách y tế, <<http://www.hspi.org.vn/vcl/danh-gia-9-thang-trien-khai-thuc-hien-de-an-1816-nham-de-xuat-cac-giai-phap-hoan-thien-t16019-1175.html>>, 12.
76. Viện Chiến lược và Chính sách Y tế, Vụ Pháp chế & Văn phòng Bộ (2012), *Báo cáo đánh giá kết quả 10 năm thực hiện Chỉ thị 06-CT/TW và đề xuất giải pháp về củng cố, hoàn thiện mạng lưới y tế cơ sở trong thời gian tới* Viện Chiến lược và Chính sách Y tế, Hà Nội, 60-95.
77. Vụ Khoa học đào tạo - Bộ Y tế (2008), *Các vấn đề nhân lực y tế hiện nay: Thực trạng và những bất cập*, Hà Nội.
78. Mai Thị Thanh Xuân (2011), "Sử dụng dịch vụ y tế của người nghèo ở Hà Nội", *Tạp chí Khoa học ĐHQGHN - Kinh tế và Kinh doanh*, 27, 256-264.

**Tiếng Anh:**

79. Akin J. S. & Hutchinson P. (1999), "Health-care facility choice and the phenomenon of bypassing", *Health Policy Plan*, 14 (2), 135-151.
80. American Association for Public Opinion Research (AAPOR) (2011), *Standard Definitions: Final Dispositions of Case Codes and Outcome Rates for Surveys* AAPOR, AAPOR.
81. Andaleeb S. S. (2001), "Service quality perceptions and patient satisfaction: a study of hospitals in a developing country", *Social Science of Medicine*, 52 (9), 1359–1370.
82. Andersen R. & Newman J.F. (1973), "Societal and individual determinants of medical care utilization in the United States", *Milbank Memorial Fund Quarterly Health and Society*, 51, 95-124.
83. Baltussen R. M. & et al (2002), "Perceived quality of care of primary health care services in Burkina Faso", *Health Policy Plan*, 17 (1), 42-48.
84. Barnes J., O'Hanlon B., Feeley F. & et al (2010), *Private health sector assesment in Kenya*, World Bank Publication.
85. Brugha R. & Pritze-Aliassime S. (2003), "Promoting safe motherhood through the private sector in low- and middle-income countries. 81:" *Bulletine World Health Organization*, 81, 616–623.
86. Brugha R. & Zwi A. (1998), "Improving the quality of private sector delivery of public health services: challenges and strategies", *Health Policy Plan*, 13, 107-120.
87. Budi Hidayat & et al (2004), "The effects of mandatory health insurance on equity in access to outpatient care in Indonesia", *Health Policy and Planning*, 19 (5), 322-325.
88. Campbell S. M. & et al (2000), "Defining quality of care", *Social Science & Medicine*, 11, 1611–1625.
89. Celik Y. & Hotchkiss D. R. (2000), "The socio-economic determinants of maternal health care utilisation in Turkey", *Social Science and Medicine*, 50, 1979-1806.
90. Chaudhury N. & Hammer J. S. (2004), "Ghost doctors: absenteeism in rural Bangladeshi health facilities", *World Bank Economic Review*, 3, 423–441.
91. Darshana Bennadi (2013), "Self-medication: A current challenge", *Journal of Basic and Clinical Pharmacy*, 5 (1), 19-23.
92. Davidh Petters, Anugarg, Gerry Bloom & et al (2008), "Poverty and Access to Health Care in Developing Countries", *Annual of New York Academy of Sciences*, 1136, 161–171.
93. Deron C. Burton & et al (2011), "Healthcare-seeking Behaviour for Common Infectious Disease-related Illnesses in Rural Kenya: A Community-based House-to-house Survey", *Journal of Health, Population and Nutrition*, 29 (1), 61-70.
94. Devadasan N., Criel B., Van Damme W. & et al (2010), "Community health insurance in Gudarlu, India, increase access to hospital care", *Health Policy and Planning*, 25, 145-154.

95. Diasda Costa J. S., Presser A. D., Zanolli A. F. & et al (2008), "Use of outpatient health services by women: a population-based study in southern Brazil", *Cadernos de Saude Publica*, 24 (12), 2843-2851.
96. Dilip T. R. (2010), "Utilization of inpatient care from private hospital: trends emerging from Kerala, India", *Health Policy and Planning*, 25 (5), 437-446.
97. Ekman B. (2007), "The impact of health insurance on outpatient utilization and expenditure: evidence from one middle-income country using national household survey data", *Health Research Policy and System*, Open access at <http://www.health-policy-systems.com/content/5/1/6>.
98. Esmailnasab N., Hassanzadeh J., Rezaeian S. & et al (2014), "Use of health care services and associated factors among women", *Iranian Journal of Public Health*, 43 (1), 70-78.
99. European Union Agency for Fundamental Rights (FRA) (2013), *Inequalities and multiple discrimination in access to and quality of healthcare*, Luxembourg.
100. Freeman J. D. & et al (2008), "The causal effect of health insurance on utilization and outcomes in adults: a systematic review of US studies", *Journal of Medical care*, 46 (10), 1023-1032.
101. General Statistical Office (GSO) (2011), *Viet Nam Multiple Indicator Cluster Survey 2011, Final Report, 2011*, Ha Noi, Viet Nam, 215.
102. Gottret P. & Schieber G. (2006), *Health Financing Revisited: A Practitioner's Guide*, The World Bank, Washington.
103. Gwatkin D. R. (2004), *Are Free Government Health Services the Best Way to Reach the Poor?*, World Bank, HNP Discussion Paper. 1-8.
104. Gioia Montevicchi (2010-2012), *Factor influencing access to health care services in Labrado: An overview report based on Masters Research and Thesis: Factors Influencing Access to Health Care Service in Labrador: A Case Study of Two Distinct Regions*, Canada, 30.
105. Hanson K. et al (2003), "Expanding access to health interventions: a framework for understanding the constraints to scaling up", *Journal of International Development*, 1, 1-14.
106. Hjortsberg C. (2003), "Why do the sick not utilize health care? The case of Zambia", *Health Economic*, 9, 755-770.
107. Huang X. L., Wu L. & Zhang F. (2014), "Analysis on current situation and influencing factors of medical service utilization among women in rural Hainan province", *Maternal and Child Health Care of China*, 29 (30), 4861-4863.
108. Huong D. B. & et al (2007), "Rural Health Care in Vietnam and China: Conflict between Market Reforms and Social Need", *International Journal of Health Services*, 37 (3), 555-572.
109. Hussain S. & Mallik F. (2010), "Exploring health seeking behavior, medicine use and self-medication in urban and rural Pakistan", *Southern Med Review*, 3 (2), 32-34.

110. Jain Pankaj & Sachan Ajay (2012), "Statistical Study on Self-medication pattern in Haryana, India", *Indo-global journal of Pharmaceutical Sciences*, 2 (1), 21-35.
111. Jamhour A. & et al (2017), "Antibiotic knowledge and self-medication practices in a developing country: A cross-sectional study", *Americal Journal of Infection and Control*, 45 (4), 384-388.
112. Jowett M., Deolalikar A. & Martinsson P. (2004), "Health insurance and treatment seeking behaviour: evidence from a low-income country", *Health Economics*, 13, 845-857.
113. Karen W. H. & et al (2010), "Utilization of Health Services in Physician Offices and Outpatient Clinics by Adolescents and Young Women in the United States: Implications for Improving Access to Reproductive Health Services", *Journal of Adolescent Health*, 46, 324-330.
114. Kazanjian A., Morettin D. & Cho R. (2001), *Health care utiization by Canadian Women*, Womens Health Surveillance Report 17.
115. Lavy V., Strauss J., Thomas D. & et al (1996), "Quality of care, survival and health outcomes in Ghana", *Journal of Health Economics*, 15 (3), 333-357.
116. Lefebvre J. & et al. (1998), "Factors related to utilization of services for mental health reasons in Montreal, Canada ", *Social Psychiatry Epidemiology*, 33, 291-298.
117. Lida Fan, Jiany Liu & Nazim N.Habibov (2015), "A multilevel logit estimation on the determinants of utilization of preventive health care and healthy lifestyle practice in China", *World Medical and Health Policy*, 7 (4), 309-328.
118. Målqvist M., Dinh T. P. H. & Thomsen S. (2012), "Causes and determinants of inequity in maternal and child health in Vietnam", *BMC Public Health*, 12, 641.
119. Marrone S. (2007), "Understanding barriers to health care: a review of disparities in health care services among Indigenous populations", *International Journal of Circumpolar Health*, 66 (3), 188-198.
120. McGuire T. G. (2000), *Handbook of health economics*, Elsevier Science, Amsterdam.
121. McIntyre D. & et al (2006), "What are the economic consequences for households of illness and of paying for health care in low- and middle-income country contexts?", *Social Science & Medicine*, 62 (4), 858-865.
122. Meena P. & et al (2016), "Self-medication in Developing Countries a Systematic Review ", *Journal of Pharmaceutical Technology, Research and Management*, 4 (2), 103-127.
123. Meer J. & Rosen H. S. (2004), "Insurance and utilization of medical services", *Social Science and Medicine*, 58, 1623-1632.
124. Mendis S. & et al (2007), "The availability and affordability of selected essential medicines for chronic diseases in six lowand middle-income countries", *Bulletin of the World Health Organization*, 85, 279-288.
125. Mooney G. & et al (1991), "Utilisation as a measure of equity: weighing heat? ", *Journal of Health Economic*, 4, 475-480.

126. Ngo V. T. & et al (2002), "Public health services use in a mountainous area, Vietnam: implications for health policy", *Scand J Public Health*, 30, 86-93.
127. Nguyen K. T. & et al (2012), "Coping with health care expenses among poor households: evidence from a rural commune in Vietnam", *Social Science & Medicine*, 74 (5), 724-733.
128. Nguyen D. K. (2002), "Primary health concept revisited: Where do people seek health care in a rural area of Vietnam", *Health Policy and Planning*, 6 (1), 95-109.
129. Nguyen Thi Kim Chuc (2002), *Towards good pharmacy practice in Hanoi-a multi-intervention study in private sector*, Ph.D, Karolinska Institute.
130. Nguyen V. C. (2012), "The impact of voluntary health insurance on health care utilization and out of pocket payments: New evidence for Vietnam", *Health Economic*, 21, 946-966.
131. Peters D.H., Garg A., Bloom G. & et al (2008), "Poverty and Access to Health Care in Developing Countries", *Annual of New York Academy of Sciences*, 1136, 161-171.
132. Peytremann Bridevaux I., Voellinger R. & Santos-Eggimann B. (2008), "Healthcare and preventive services utilization of elderly Europeans with depressive symptoms", *Journal of Affective Disorders*, 105, 247-252.
133. Raghupathy S. (1996), "Education and the use of maternal health care in Thailand", *Social Science and Medicine*, 43 (4), 459-471.
134. Rahman M. H. (2008), "Does service accessibility reduce socioeconomic differentials in maternity care seeking? Evidence from rural Bangladesh", *Journal of Biosocial Science*, 40 (1), 19-33.
135. Rao K. D. & et al (2006), "Towards patient-centered health services in India—a scale to measure patient perceptions of quality", *International Journal for Quality in Health Care*, 18 (6), 414-421.
136. Saber Azami-Aghdash & et al (2015), "Prevalence and Cause of Self-Medication in Iran: A Systematic Review and Meta-Analysis Article", *Iranian Journal of Public Health*, 44 (12), 1580-1593.
137. Saifuddin A. (2009), Cluster Sampling. *Methods in Sample Surveys*, School of Hygiene and Public Health - Johns Hopkins University, 140.640.
138. Saksena P., Xu K., Elovainio R. & et al (2010), *Health services utilization and out-of-pocket expenditure at public and private facilities in low-income countries*, World Health Report (2010): Background Paper, 20.
139. Shi L., Lebrun L. A. & Tsai J. (2010), "Access to medical care, dental care, and prescription drugs: the roles of race/ethnicity, health insurance, and income", *Southern Medical Journal*, 103 (6), 509-516.
140. Smedley B. D., Stith A. Y. & Nelson A. R. (2003), *Unequal treatment: confronting racial and ethnic disparities in health care*, National Academies Press, Washington (DC).

141. Solome K. B., Sarah P. W., Sandro G. & et al (2009), "Community perceptions and factors influencing utilization of health services in Uganda", *International Journal for Equity in Health*, 8, 25.
142. Standing Council on Health (2012), *National strategic framework for rural and remote health*, Australia.
143. Tarekegn S. M., Lieberman L. S. & Giedraitis V. (2014), "Determinants of maternal health service utilization in Ethiopia: Analysis of the 2011 Ethiopian Demographic and Health Survey", *BMC Pregnancy and Childbirth*, 14 (1).
144. Tomasi E., Nunes B. P., Muller R. M. & et al (2015), "The pattern of use of health services by children from urban areas in Brazil: a cross-sectional national study", *Revista Brasileira de Saude Materno Infantil*, 15 (1), 81-90.
145. Tsawe M., Moto A., Netshivhera T. & et al (2015), "Factors influencing the use of maternal healthcare services and childhood immunization in Swaziland", *International Journal for Equity in Health*, 14 (32).
146. Wagstaff A. (2002), "Poverty and health sector inequalities", *Bulletin of the World Health Organization*, 80, 97-105.
147. Wagstaff A. & Pradhan M. (2005), *Health insurance impacts on health and nonmedical consumption in a developing country*, World Bank, Policy Research Working Paper 3563.
148. Water H. R. (2000), "Measuring equity in access to health care", *Social Science & Medicine*, 51 (2000), 599-612.
149. World Bank (2016), *Quality and Equity in Basic Health Care Services in Vietnam: Findings from the 2015 Vietnam District and Commune Health Facility Survey*, The World Bank, 1818 H Street NW, Washington, DC 20433, USA.
150. World Health Organization-Global Health Observatory (2012), Deaths from NCDs, <[http://www.who.int/gho/ncd/mortality\\_morbidity/ncd\\_total\\_text/en/index.html](http://www.who.int/gho/ncd/mortality_morbidity/ncd_total_text/en/index.html)>, 16/9/2014.
151. World Health Organization (2011), *Resolution on Sustainable health financing and universal coverage*, Geneva, Switzerland.
152. World Health Organization (2007), *Strengthening health systems to improve health outcomes: WHO's framework for action*.
153. Xiaoning Liu & et al (2011), "Use of maternal healthcare services in 10 provinces of rural western China", *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 114, 260-264.
154. Young A. (1983), "The relevance of traditional medical cultures to modern primary health care", *Social Science & Medicine*, 17 (16), 1205-1211.