

béo phì có mối liên quan độc lập có ý nghĩa thống kê với khả năng mắc tiền tăng huyết áp [2]. Nhìn chung, có thể thấy có sự khác biệt trong kết luận về yếu tố liên quan đến BTM giữa nghiên cứu của chúng tôi trên người cao tuổi tại Hà Giang và của tác giả.

V. KẾT LUẬN

Tuổi càng cao nguy cơ mắc một số BTM thường gặp càng cao. Kết quả gợi ý các yếu tố gồm: Tuổi, hút thuốc, tăng Cholesterol toàn phần, tăng LDL-c là yếu tố nguy cơ làm tăng tỷ lệ mắc một số bệnh tim mạch thường gặp ở người cao tuổi.

Không có mối liên quan giữa BMI, WHR, Triglycerid, HDL-c và đái tháo đường với tình trạng mắc bệnh tim mạch ở người cao tuổi.

LỜI CẢM ƠN

Số liệu bài báo được lấy từ đề tài: "Nghiên cứu thực trạng, chất lượng cuộc sống của người cao tuổi mắc bệnh tim mạch và hiệu quả một số kỹ thuật điều trị" của Bộ Khoa học và Công nghệ. Mã số: ĐTĐL.CN.52/21

Tôi xin gửi lời cảm ơn sâu sắc tới các thành viên nghiên cứu thuộc tổ chức chủ trì và phối hợp thực hiện đề tài là Bệnh viện Thống Nhất và Học viện Quân y, cùng toàn thể các đối tượng tham gia thực hiện nghiên cứu này.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Kim Kế (2013), "Nghiên cứu mô hình kiểm soát tăng huyết áp ở người cao tuổi thị xã Hưng Yên", Luận án Tiến Sĩ, Đại học Y Thái Nguyên.
2. Tô Mười (2020). "Nghiên cứu tỷ lệ tiền tăng huyết áp và ảnh hưởng lên cơ quan đích ở người trưởng thành tỉnh Quảng Nam", Đại học y dược Huế, Luận án Tiến sĩ.
3. Trần Ngọc Tú (2007). "Nghiên cứu mô hình quản lý và chăm sóc sức khỏe người cao tuổi tại cộng đồng huyện Từ Liêm thành phố Hà Nội", Luận án tiến sĩ, Học Viện Quân Y.
4. World Health Organization (2016). Bệnh tim mạch ở Việt Nam, <https://www.who.int/vietnam/vi/health-topics/cardiovascular-disease/cardiovascular-disease>, truy cập: 14/02/2022.
5. Bales C. W., Buhr G. (2008), "Is obesity bad for older persons? A systematic review of the pros and cons of weight reduction in later life", J Am Med Dir Assoc, 9(5), 302-312.
6. Seyed F.A., Elani S., Golara Z., et al. (2015), "Reverse epidemiology of traditional cardiovascular risk factors in the geriatric population", J Am Med Dir Assoc, 16(11), 933-939.
7. Ute M., Aysel M., Carolin G., et al. (2015), "Impact of smoking and smoking cessation on cardiovascular events and mortality among older adults: meta-analysis of individual participant data from prospective cohort studies of the CHANCES consortium", BMJ: British Medical Journal, 350, 1551.
8. Van B.E.F., Hoevenaer B.M.P., Poortvliet R. K. E., et al. (2020), "Predictive value of traditional risk factors for cardiovascular disease in older people: A systematic review", Prev Med, 132, 105986.

MỨC GIÁ SẴN LÒNG CHI TRẢ DỊCH VỤ CHĂM SÓC SỨC KHỎE TẠI NHÀ CỦA NGƯỜI BỆNH Ở BỆNH VIỆN LÊ VĂN THỊNH, THÀNH PHỐ THỦ ĐỨC, NĂM 2021-2022

Cao Thị Ngọc Minh¹, Lê Minh Trí², Vũ Thị Hoàng Lan³

TÓM TẮT

Mục tiêu của nghiên cứu: So sánh mức giá sẵn lòng chi trả và xác định các yếu tố tác động đến giá sẵn lòng chi trả dịch vụ chăm sóc sức khỏe tại nhà của người bệnh, Bệnh viện Lê Văn Thịnh trong năm 2021 và 2022. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu được thực hiện trên các bệnh nhân tại phòng khám bệnh theo yêu cầu và một số khoa nội trú tại Bệnh viện Lê Văn Thịnh. Nghiên cứu sử dụng phương pháp

đánh giá ngẫu nhiên trên mô hình lựa chọn có hoặc không, lặp lại 2 lần để ước lượng giá sẵn lòng chi trả cho dịch vụ chăm sóc sức khỏe tại nhà. **Kết quả nghiên cứu:** Đại dịch Covid-19 làm tăng nhu cầu sử dụng dịch vụ chăm sóc sức khỏe tại nhà của người bệnh, cụ thể mức giá sẵn lòng trả trung bình của năm 2021 và năm 2022 tương ứng là 260.640 VNĐ và 355.960 VNĐ. Các yếu tố tác động đến giá sẵn lòng chi trả có ý nghĩa thống kê gồm: Tuổi, học vấn, bảo hiểm y tế, khoảng cách. **Kết luận:** Cần thiết lập mức giá phù hợp cho dịch vụ chăm sóc sức khỏe tại nhà dựa trên giá sẵn lòng chi trả trung bình. Cơ sở y tế cần tự đánh giá, vận dụng hiệu quả các nguồn lực có sẵn để đáp ứng nhu cầu của người bệnh và định hướng phát triển của dịch vụ trong tương lai

Từ khóa: Chăm sóc sức khỏe tại nhà, giá sẵn lòng chi trả, phương pháp đánh giá ngẫu nhiên.

SUMMARY

THE WILLINGNESS TO PAY FOR HOME HEALTH

¹Bệnh viện Đại học Y Dược TP.HCM

²Trường Đại học Kinh Tế TP.HCM

³Trường Đại học Y Tế Công Cộng Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Cao Thị Ngọc Minh

Email: minh.ctn@umc.edu.vn

Ngày nhận bài: 1.4.2022

Ngày phản biện khoa học: 24.5.2022

Ngày duyệt bài: 1.6.2022

CARE SERVICES AT THE LE VAN THINH HOSPITAL, THU DUC CITY, IN 2021 AND 2022

Objective: Determine the willingness-to-pay price and the factors affecting the willingness-to-pay price for home care services at Le Van Thinh Hospital in 2021 and 2022. **Methods:** The study was carried out at the clinic for required services and inpatient departments in Le Van Thinh Hospital. The study used the Double - Bounded dichotomous choice contingent valuation method to estimate the willingness-to-pay. **Results:** The Covid-19 pandemic affected to the patient's average willingness-to-pay price in 2021 and 2022 are 260.640 VNĐ, 355.960 VNĐ, respectively. The factors affecting statistically significant are: Age, education, health insurance and distance. **Conclusion:** It is necessary to set a home health care price based on the average willingness to pay price. The hospital considers using the available resources to meet the patients' demand and orients the future development of the home health care service.

Keyword: Home Health care, Willingness to pay, contingent valuation method, quality of life.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Dịch vụ chăm sóc sức khỏe tại nhà (DVCSSKTN) là giải pháp giúp người bệnh, đặc biệt là người cao tuổi mắc các bệnh mạn tính thường gặp và khó khăn trong việc đi lại, chủ động trong việc tự bảo vệ sức khỏe bản thân, nâng cao sức khỏe cộng đồng, giảm tình trạng quá tải ở cơ sở y tế. Trong bối cảnh đại dịch Covid-19, để tránh nguy cơ lây nhiễm tại cơ sở y tế, nhu cầu sử dụng DVCSSKTN có xu hướng tăng thêm. Việc thực hiện so sánh mức giá sẵn lòng trả của người bệnh cho DVCSSKTN ở năm 2021 và 2022 giúp giải thích và phân tích nhu cầu của người bệnh và các yếu tố liên quan.

DVCSSKTN đã một phần giúp ngăn ngừa sự bất ổn lâm sàng, hỗ trợ cải thiện sức khỏe của người bệnh và đảm bảo sự tuân thủ trong điều trị bệnh mạn tính, được nêu trong một số nghiên cứu về lợi ích của DVCSSKTN [1]. DVCSSKTN là dịch vụ mà nhân viên y tế (NVYT) được phép thực hiện tại nhà của người bệnh như: khám, tư vấn và theo dõi sức khỏe,... trong khi đó, bệnh viện được xem là nơi các trường hợp bệnh nhân nặng nhập viện và sử dụng các nguồn lực sẵn có của hệ thống y tế. DVCSSKTN không bao gồm các dịch vụ hỗ trợ sinh hoạt như chăm sóc cá nhân, giúp đỡ phụ việc sinh hoạt. NVYT của DVCSSKTN là nhân viên chuyên nghiệp có đầy đủ kỹ năng, chứng chỉ hành nghề phù hợp. Việc lên kế hoạch phân công được thực hiện bởi điều dưỡng có kinh nghiệm, được gọi là điều phối viên.

Trên thế giới cũng như Việt Nam, DVCSSKTN không còn quá mới và đã bắt đầu phát huy các lợi ích cho cộng đồng và nâng cao chất lượng

dịch vụ y tế mặc dù tới nay Việt Nam chưa thực sự xây dựng được mô hình DVCSSKTN hoàn chỉnh và phù hợp.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1 Đối tượng tham gia nghiên cứu.

Người bệnh ngoại trú tại khoa khám bệnh theo yêu cầu và một số khoa nội trú tại Bệnh viện Lê Văn Thịnh, TP.Thủ Đức.

Tiêu chí chọn vào: Người bệnh đang điều trị bệnh mạn tính thường gặp (tăng huyết áp, đái tháo đường, rối loạn lipid, suy dẫn tĩnh mạch mạn,...), có nhận thức và không có bệnh về tinh thần. Ký chấp thuận đồng ý tham gia phỏng vấn.

Tiêu chí loại ra: Người bệnh đang trong tình trạng bệnh không thể trả lời phỏng vấn.

Thời gian:

Giai đoạn 1: tháng 1/2021 tới tháng 4/2021

Giai đoạn 2: tháng 1/2022 tới tháng 4/2022

Trong quá trình nghiên cứu, giai đoạn 1 thực hiện thu thập dữ liệu từ tháng 1 đến tháng 4 năm 2021, thời điểm này chưa bùng phát làn sóng dịch Covid-19 thứ 4 tại Tp.HCM. Để đánh giá tác động của đại dịch Covid-19, chúng tôi thực hiện thu thập dữ liệu cho giai đoạn 2 cùng thời điểm với giai đoạn 1 là tháng 1 đến tháng 4 năm 2022.

2.2 Kỹ thuật chọn mẫu: Dựa trên cỡ mẫu nghiên cứu, người bệnh được chọn theo phương pháp chọn mẫu ngẫu nhiên có hệ thống tại khoa khám bệnh theo yêu cầu và một số khoa nội trú.

2.3 Cỡ mẫu. Cỡ mẫu tối thiểu được tính theo công thức tính cỡ mẫu ước lượng một tỷ lệ:

$$n = \frac{Z^2 \cdot \frac{\alpha}{2} \cdot P(1-P)}{d^2}$$

Với: - n: Cỡ mẫu nghiên cứu.
- Z: Trị số phân phối chuẩn, Với Z lấy từ giá trị phân phối chuẩn, độ tin cậy 95% thì $Z_{(1-\frac{\alpha}{2})} = 1,96$.

- α : Xác suất sai lầm loại 1, $\alpha = 0,05$.

- d: Sai số cho phép, $d = 0,05$.

- p: 0.37 tỷ lệ bệnh nhân có nhu cầu khám sức khỏe tại nhà theo nghiên cứu của Trương Thị Mai Huyền năm 2017 tại Bệnh Viện Tân Phú [2], Tp.HCM .

- Cỡ mẫu tối thiểu theo công thức là 358

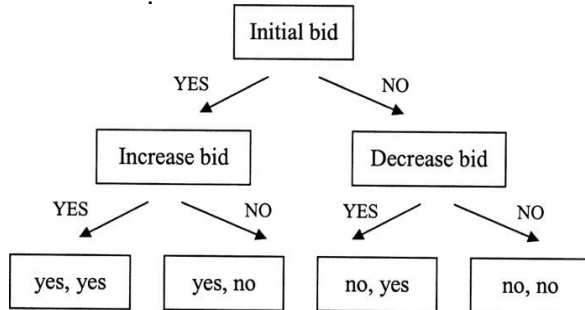
2.4 Công cụ và phương pháp thu thập dữ liệu: Để thu thập dữ liệu, nghiên cứu sử dụng bộ câu hỏi soạn sẵn để phỏng vấn đối tượng tham gia nghiên cứu.

2.5 Phương pháp nghiên cứu

Phương pháp định giá ngẫu nhiên (Contingent valuation method): Trong phương

pháp này, chúng tôi có định giá ngẫu nhiên và mô hình hóa sự lựa chọn [3]. Đặc biệt, trong các nghiên cứu lĩnh vực dịch vụ y tế, đã có nhiều nghiên cứu áp dụng phương pháp định giá ngẫu nhiên như một phương pháp dựa trên khảo sát để xác định giá trị tiền tệ của dịch vụ y tế sắp được triển khai [4].

Định giá ngẫu nhiên với các câu hỏi lựa chọn lặp lại 2 lần (Contingent valuation with dichotomous choice questions): Trong phương pháp này, người được phỏng vấn sẽ được hỏi một câu hỏi "Có - Không" về việc họ sẵn lòng trả một khoản tiền nhất định cho mục đích mà nó đã được mô tả. Nếu họ trả lời "có" thì câu hỏi này sẽ được lặp lại ngẫu nhiên với một số tiền lớn hơn, nếu họ trả lời "không" thì câu hỏi thứ hai sẽ hỏi ngẫu nhiên với một khoản tiền nhỏ hơn.



Mô hình sử dụng để đánh giá sự sẵn lòng trả (Willing to Pay) trong nghiên cứu:

Nghiên cứu áp dụng mô hình Double -

Bounded Dichotomous Choice Contingent Valuation để ước lượng sự sẵn lòng chi trả với 05 mức giá gồm: 50.000 VNĐ, 100.000 VNĐ, 200.000 VNĐ, 300.000 VNĐ và 400.000 VNĐ.

2.6 Xử lý số liệu

Thông kê mô tả: các biến số về đặc điểm của đối tượng nghiên cứu như: giới tính, nhóm tuổi, tôn giáo, nghề nghiệp, kinh tế gia đình, quy mô hộ gia đình, trình độ học vấn, bảo hiểm y tế (BHYT) và các yếu tố tác động sẽ được mô tả bằng tần số và tỷ lệ (%).

Thông kê phân tích: Hồi quy đa biến để phân tích các yếu tố tác động tới mức giá sẵn lòng trả. Trong đó, lệnh doubleb để xác định giá sẵn lòng trả và kiểm định các yếu tố tác động đến giá sẵn lòng trả.

Hồi quy đa biến để phân tích các yếu tố tác động tới mức giá sẵn lòng trả. Trong đó, mô hình hồi quy lệnh doubleb [3] để xác định giá sẵn lòng chi trả và kiểm định các yếu tố tác động đến giá sẵn lòng trả. Nghiên cứu sử dụng phần mềm R thống kê mô tả và Stata 14.0 phân tích mô hình hồi quy đa biến.

Số liệu trong nghiên cứu nhập liệu và quản lý bằng Google Form.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm đối tượng nghiên cứu. Tổng cộng có 539 đối tượng tham gia nghiên cứu, trong đó năm 2021 là 150 và năm 2022 là 389.

Bảng 1. Đặc điểm nhân khẩu học của đối tượng tham gia nghiên cứu

Đặc điểm	2021, N = 150 ¹	2022, N = 389 ¹	Tổng, N = 539 ¹
Giới tính: Nam	53(35%)	153(39%)	206(38%)
Nữ	97(65%)	236(61%)	333(62%)
Tuổi	65.8 (15.9)	69.6 (10.6)	68.5 (12.4)
Nhóm tuổi: Dưới 60 tuổi	43(29%)	13(3.3%)	56(10%)
Từ 60 đến 70 tuổi	50(33%)	220(57%)	270(50%)
Trên 70 tuổi	57(38%)	156(40%)	213(40%)
Học vấn: Dưới tiểu học	24(16%)	27(6.9%)	51(9.5%)
Tốt nghiệp tiểu học	19(13%)	92(24%)	111(21%)
Tốt nghiệp trung học cơ sở	51(34%)	113(29%)	164(30%)
Tốt nghiệp trung học phổ thông	39(26%)	91(23%)	130(24%)
Tốt nghiệp cao đẳng trở lên	17(11%)	66(17%)	83(15%)
Nghề nghiệp: Lao động chân tay	21(14%)	84(22%)	105(19%)
Lao động trí óc	9(6.0%)	28(7.2%)	37(6.9%)
Nghỉ hưu	68(45%)	106(27%)	174(32%)
Nội trợ	37(25%)	138(35%)	175(32%)
Tự làm chủ	15(10%)	32(8.2%)	47(8.7%)
Khác	0(0%)	1(0.3%)	1(0.2%)
Tôn giáo: Không	43(29%)	217(56%)	260(48%)
Phật giáo	60(40%)	114(29%)	174(32%)
Thiên chúa giáo	44(29%)	46(12%)	90(17%)
Khác	3 (2.0%)	12(3.1%)	15(2.8%)

¹n(%); Mean (SD)

Nhận xét: Nghiên cứu cho thấy không có sự khác biệt rõ rệt về đặc điểm nhân khẩu học của năm 2021 so với năm 2022, tỷ lệ nữ cao hơn so với nam với 62% so với 38% cho toàn nghiên cứu. Độ tuổi trung bình của đối tượng tham gia nghiên cứu là 68,5 với độ lệch chuẩn là 12,4. Phần lớn đối tượng tham gia nghiên cứu là trên 60 tuổi với tỷ lệ của nhóm từ 60 đến 70 tuổi và trên 70 tuổi tương ứng với 50% và 40%. Trình độ học vấn của đối tượng tham gia nghiên cứu với tỷ lệ cao nhất 30% là tốt nghiệp trung học cơ sở, tiếp đến là 24% tốt nghiệp trung học phổ thông và thấp nhất là dưới tiểu học với tỷ lệ 9.5%. Phần lớn đối tượng tham gia nghiên cứu

đã nghỉ hưu hoặc làm nội trợ với tỷ lệ 32% cho mỗi nhóm. Còn lại nhóm lao động chân tay là 19%, tự làm chủ là 8.7% và lao động trí óc là 6.9%. Đối tượng tham gia nghiên cứu đa phần không có tôn giáo với tỷ lệ 48%, tiếp theo phật giáo với tỷ lệ 32%, thiên chúa giáo 17% và tôn giáo khác 2.8%. Đặc điểm về độ tuổi phù hợp với đối tượng đích của DVCSKTN đang hướng đến người cao tuổi đang điều trị bệnh mạn tính. Các đặc điểm về trình độ học vấn, nghề nghiệp và tôn giáo là phù hợp với đặc điểm dân số chung của người cao tuổi tại TP.Thủ Đức. Kết quả cho thấy dân số mẫu nghiên cứu có tính đại diện cho dân số của quần thể.

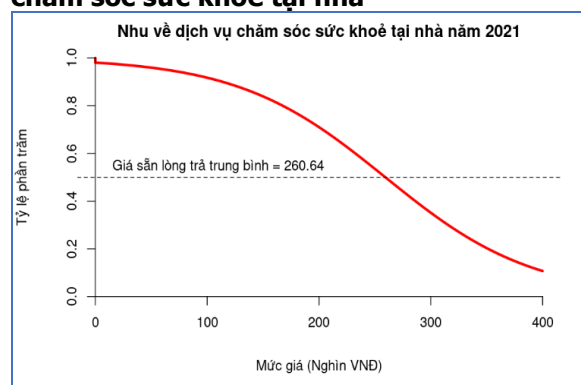
Bảng 2. Đặc điểm kinh tế - xã hội của đối tượng tham gia nghiên cứu

Đặc điểm	Tổng, N = 539 ¹	2021, N = 150 ¹	2022, N = 389 ¹
Kinh tế gia đình: Nghèo	5(0.9%)	5(3.3%)	0(0%)
Cận nghèo	11(2.0%)	6(4.0%)	5(1.3%)
Trung bình	492(91%)	127(85%)	365(94%)
Từ khá trở lên	31(5.8%)	12(8.0%)	19(4.9%)
Hôn nhân: Đã kết hôn	433(80%)	101(67%)	332(85%)
Độc thân	39(7.2%)	28(19%)	11(2.8%)
Góa - đã ly dị	67(12%)	21(14%)	46(12%)
Quy mô hộ gia đình: Sống 1 mình	44(8.2%)	32(21%)	12(3.1%)
Sống với con - cháu	80(15%)	15(10%)	65(17%)
Sống với vợ - chồng	92(17%)	29(19%)	63(16%)
Sống với vợ - chồng và con - cháu	323(60%)	74(49%)	249(64%)
Bảo hiểm y tế: Có	532(99%)	146(97%)	386(99%)
Không	7(1.3%)	4(2.7%)	3(0.8%)
Khoảng cách từ nhà đến bệnh viện			
Dưới 5 km	291(54%)	72(48%)	219(56%)
Từ 5 đến 10 km	198(37%)	39(26%)	159(41%)
Trên 10 km	50(9.3%)	39(26%)	11(2.8%)

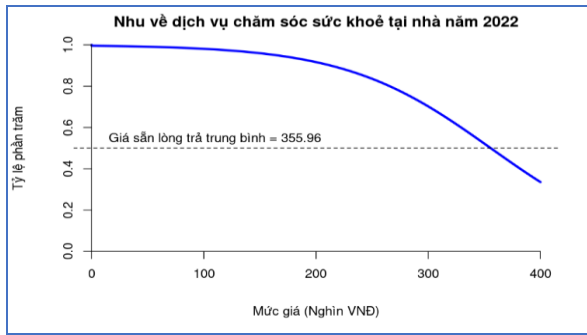
¹ n(%); Mean (SD)

Nhận xét: Phân loại kinh tế gia đình trong nghiên cứu được định nghĩa theo thu nhập trung bình của gia đình hàng tháng và theo tự đánh giá của đối tượng tham gia nghiên cứu. Điều kiện kinh tế của đối tượng tham gia nghiên cứu đa phần là trung bình với tỷ lệ 94%. Tình trạng hôn nhân của đối tượng tham gia nghiên cứu phần lớn đã kết hôn với tỷ lệ 85%, thấp nhất là độc thân với tỷ lệ 2.8%. Quy mô hộ gia đình, phần lớn đối tượng đang sinh sống cùng với vợ/chồng và con/cháu với tỷ lệ 64%, chỉ có 3.1% là đang sống một mình. Đa phần đối tượng tham gia nghiên cứu đang sử dụng BHYT để điều trị tại bệnh viện với tỷ lệ 99%. Khoảng cách di chuyển từ nhà đến bệnh viện, đa phần là dưới 5 km với tỷ lệ 56%, chỉ có 2.8% đối tượng phải di chuyển trên 10km đến bệnh viện.

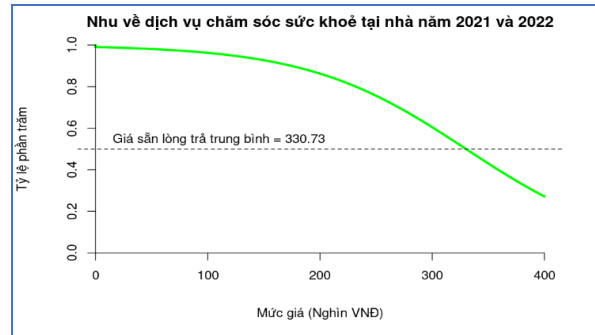
3.2. Nhu cầu (giá sẵn lòng trả) dịch vụ chăm sóc sức khỏe tại nhà



Biểu đồ 1. Nhu cầu sử dụng dịch vụ chăm sóc sức khỏe tại nhà năm 2021



Biểu đồ 2. Nhu cầu sử dụng dịch vụ chăm sóc sức khỏe tại nhà năm 2022



Biểu đồ 3. Nhu cầu sử dụng dịch vụ chăm sóc sức khỏe tại nhà năm 2021 và 2022

3.3. Phân tích tác động của các yếu tố đến nhu cầu DVCSSKTN

Bảng 4. Phân tích tác động của yếu tố kinh tế xã hội đến nhu cầu DVCSSKTN

	Beta	Coef.	Std. Err.	z	P> z	95% Conf. Interval	
Giới tính: Nam		9.46	13.69	0.69	0.489	-17.37	36.30
Nữ	
Nhóm tuổi: Trên 70 tuổi		47.31	20.84	2.27	0.023**	6.45	88.17
Từ 60 đến 70 tuổi		20.68	19.28	1.07	0.284	-17.12	58.48
Dưới 60 tuổi	
Tình độ học vấn							
Tốt nghiệp cao đẳng trở lên		122.32	24.87	4.92	>0.001***	73.56	171.08
Tốt nghiệp THPT		76.91	21.91	3.51	>0.001***	33.96	119.85
Tốt nghiệp trung học cơ sở		49.71	20.22	2.46	0.014***	10.06	89.35
Tốt nghiệp tiểu học		82.54	21.53	3.83	>0.001***	40.35	124.74
Dưới tiểu học	
Nghề nghiệp: Lao động trí óc		38.42	28.37	1.35	0.176	-17.18	94.02
Tự làm chủ		23.47	23.18	1.01	0.311	-21.96	68.91
Nghỉ hưu		-9.74	17.64	-0.55	0.581	-44.33	24.84
Nội trợ		-8.24	17.66	-0.47	0.64	-42.86	26.36
Lao động chân tay	
Kinh tế gia đình							
Từ khá trở lên		61.71	61.40	1.01	0.315	-58.63	182.06
Trung bình		27.58	55.76	0.49	0.621	-81.71	136.88
Cận nghèo		-5.67	67.77	-0.08	0.933	-138.51	127.16
Nghèo	
Tình trạng hôn nhân							
Goá, đã ly dị		-17.37	25.54	-0.68	0.496	-67.45	32.69
Độc thân		-40.98	49.00	-0.84	0.403	-137.03	55.05
Đã kết hôn	
Quy mô hộ gia đình							
Sống với vợ chồng và con cháu		87.41	47.10	1.86	0.064*	-4.91	179.73
Sống với vợ chồng và con cháu		35.23	48.36	0.73	0.466	-59.55	130.02
Sống với con cháu		53.17	44.44	1.2	0.231	-33.92	140.28
Sống một mình	
Tôn giáo: Thiên chúa		-29.51	16.91	-1.74	0.081*	-62.67	3.64
Phật giáo		4.18	12.84	0.33	0.744	-20.98	29.35
Tôn giáo khác		-13.28	35.67	-0.37	0.71	-83.20	56.64
Không tôn giáo	
Bảo hiểm y tế: Có		-152.69	75.30	-2.03	0.043**	-300.28	-5.09
Không	
Khoảng cách: Trên 10 km		-66.65	19.25	-3.46	0.001***	-104.39	-28.91
Từ 5 đến 10 km		-50.74	12.31	-4.12	>0.001***	-74.88	-26.60
Dưới 5 km	

Ghi chú: *, **, ***: Có ý nghĩa thống kê ở mức ý nghĩa 10%, 5%, 1%.

Nhóm tuổi: khi các yếu tố khác không thay đổi, nhóm tuổi trên 70 tuổi có mức sẵn lòng trả cho DVCSSKTN cao hơn 47.316 VNĐ so với nhóm dưới 60 tuổi, khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p = 0.023$.

Học vấn: khi các yếu tố khác không thay đổi, trình độ học vấn càng cao thì nhu cầu DVCSSKTN càng tăng: nhóm có trình độ học vấn cao đẳng trở lên có mức giá sẵn lòng trả cho DVCSSKTN cao hơn 122.325 VNĐ so với nhóm có trình độ học vấn dưới tiểu học, khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p = >0.001$. Nhóm có trình độ học vấn tốt nghiệp trung học phổ thông, tốt nghiệp trung học cơ sở, tốt nghiệp tiểu học có mức giá sẵn lòng trả cho DVCSSKTN cao hơn so với nhóm có trình độ học vấn dưới tiểu học lần lượt là 76.913; 49.712; 82.548 VNĐ, khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p = 0.001$.

Bảo hiểm y tế: khi các yếu tố khác không thay đổi, nhóm có BHYT có mức giá sẵn lòng trả thấp hơn so với nhóm không có BHYT là 152.692 VNĐ, khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p = 0.043$.

Khoảng cách từ nhà đến bệnh viện: khi các yếu tố khác không thay đổi thì, khoảng cách càng từ nhà đến bệnh viện càng xa thì nhu cầu chăm sóc sức khỏe tại nhà càng giảm. Cụ thể nhóm trên 10 km và nhóm từ 5 đến 10 km có mức giá sẵn lòng trả thấp hơn nhóm dưới 5 km lần lượt là 66.657 VNĐ, 50.745 VNĐ, khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p = 0.001$.

Chưa thấy sự tác động của các yếu tố: Giới tính, nghề nghiệp, kinh tế gia đình, tình trạng hôn nhân, quy mô hộ gia đình, tôn giáo đến nhu cầu DVCSSKTN.

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu cho thấy tác động của dịch Covid-19 làm tăng nhu cầu sử dụng DVCSSKTN của người bệnh. Kết quả này phù hợp với những nghiên cứu về ảnh hưởng của dịch bệnh Covid-19 đến việc người bệnh né tránh, trì hoãn việc thăm khám sức khỏe [5] tại nhiều quốc gia Mỹ, Hàn Quốc, Bồ Đào Nha,... Người bệnh sẵn sàng trả phức phí cao hơn để được thăm khám tại nhà thay vì tới cơ sở y tế.

Nghiên cứu cũng cho thấy học vấn có tác động đến việc sử dụng DVCSSKTN, nhóm đối tượng có học vấn thấp có nhu cầu DVCSSKTN thấp hơn nhóm có học vấn cao. Theo ý kiến các chuyên gia, nhóm có học vấn thấp sẽ ít liên hệ với bác sĩ hơn so với nhóm có học vấn cao (tại Canada và Hoa Kỳ) [6], nhóm trình độ học vấn

càng cao thì mức giá sẵn lòng trả cao hơn vì có thu nhập cao và sẵn sàng chi nhiều tiền hơn cho các dịch vụ duy trì chất lượng cuộc sống [7].

Bên cạnh đó nhu cầu sử dụng DVCSSKTN càng cao khi độ tuổi càng tăng, đặc biệt là ở nhóm trên 70 tuổi. Kết quả này cũng tương đồng với các nghiên cứu về nhu cầu và mức giá sẵn lòng trả cho DVCSSKTN của người cao tuổi [7].

Ngoài những nội dung chính đã nêu, nghiên cứu cũng bộc lộ những đặc điểm ít nhiều mang tính đặc thù đó là các đối tượng nghiên cứu có BHYT có mức sẵn lòng trả cho DVCSSKTN thấp hơn các đối tượng không có BHYT và nhóm sống xa bệnh viện thì mức sẵn lòng trả thấp hơn nhóm sống càng gần bệnh viện. Về nội dung BHYT, có thể thấy 99% đối tượng đều đã có BHYT, một số ít cá nhân không có BHYT thì không thường xuyên khám hoặc không sử dụng thẻ BHYT khi khám bệnh, sẽ sẵn lòng trả cao hơn cho việc khám sức khỏe. Về khoảng cách địa lý giữa cơ sở y tế và nơi sinh sống của người bệnh liên quan tới tần suất khám bệnh không thường xuyên, cho thấy bệnh nhân chưa có thói quen để sẵn lòng trả cho DVCSSKTN định kỳ mà sẽ lựa chọn tới bệnh viện khi có nhu cầu.

V. KẾT LUẬN

Các yếu tố tác động đến giá sẵn lòng chi trả có ý nghĩa thống kê gồm: tuổi (nhóm có tuổi càng cao có mức sẵn lòng trả cao hơn so với nhóm có tuổi càng thấp), học vấn (nhóm có trình độ học vấn cao có mức sẵn lòng trả cao hơn so với nhóm có trình độ học vấn thấp), bảo hiểm y tế (nhóm có BHYT có mức sẵn lòng trả thấp hơn nhóm không có BHYT), khoảng cách (nhóm sống càng xa bệnh viện thì mức sẵn lòng trả thấp hơn nhóm sống càng gần bệnh viện).

Giá sẵn lòng trả trung bình cho DVCSSKTN năm 2021 là 260.640 VNĐ và năm 2022 là 355.960 VNĐ. Kết quả nghiên cứu dường như cho thấy đại dịch Covid-19 có tác động đến nhu cầu của người bệnh, làm tăng nhu cầu được nhân viên y tế đến tận nhà để khám và chữa bệnh.

Dựa vào kết quả ước lượng giá sẵn lòng trả cho thấy cần có chính sách về giá khi NVYT đến khám tại nhà phù hợp với nhu cầu của người bệnh, cụ thể là giá sẵn lòng trả không chênh lệch quá 10% so với mức giá trong nghiên cứu là 330.730 VNĐ/lượt khám. Từ đó, các cơ sở y tế có DVCSSKTN tự đánh giá, vận dụng hiệu quả các nguồn lực có sẵn (nhân sự, phương tiện, thiết bị, quy trình, chính sách,...) để đáp ứng nhu cầu của người bệnh và định hướng phát triển của dịch vụ này trong tương lai.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **The future of Home Health Care Project.** The Alliance for Home health Quality and Innovation, 2014; p. 6-7.
2. **Huyền, Trương Thị Mai,** Nhu cầu chăm sóc sức khỏe tại nhà của bệnh nhân điều trị nội trú tại bệnh viện quận Tân Phú. 2017.
3. **Lopez-Feldman, A.,** Introduction to contingent valuation using Stata. 2012.
4. **Klose, T.,** The contingent valuation method in health care. Health Policy, 1999. **47**(2): p.97-123
5. **Soares, P., et al.,** Factors Associated with the Patient's Decision to Avoid Healthcare during the COVID-19 Pandemic. International Journal of Environmental Research and Public Health, 2021. **18**(24): p. 13239.
6. **Blackwell, D.L., et al.,** Socioeconomic status and utilization of health care services in Canada and the United States: findings from a binational health survey. Med Care, 2009. **47**(11): p. 1136-46.
7. **Liu, L.-J., et al.,** Home health care needs and willingness to pay for home health care among the empty-nest elderly in Shanghai, China. International Journal of Gerontology, 2014. **8**(1): p.31-36

ĐỘC TÍNH THẬN TRÊN BỆNH NHÂN SỬ DỤNG COLISTIN TẠI KHOA HỒI SỨC TÍCH CỰC BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ ĐA KHOA NGHỆ AN

Nguyễn Đức Phúc¹, Ngô Văn Thiết¹, Dương Công Hoàn¹, Nguyễn Thị Mai Tho²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả tỷ lệ phát sinh, đặc điểm bệnh nhân và độc tính thận trên bệnh nhân sử dụng colistin tại khoa HSTC - Bệnh viện HNĐK Nghệ An. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu hồi cứu mô tả, phân tích 29 bệnh nhân có chỉ định dùng colistin tại khoa HSTC bệnh viện HNĐK Nghệ An từ tháng 1/2021 đến tháng 9/2021. **Kết quả:** Bệnh nhân nam chiếm tỉ lệ 82,8%, độ tuổi trung bình là 62 tuổi. Tỷ lệ phát sinh độc tính thận trong nghiên cứu là 17,2%. Thời gian khởi phát độc tính thận sau dùng colistin trung bình là 6,2 ngày. Tỷ lệ xuất hiện độc tính thận theo các mức độ "Nguy cơ", "Tổn thương" và "Suy" tương ứng là 40%, 20% và 40%. **Kết luận:** Colistin là thuốc có độc tính thận cao và thường gặp, do đó các bác sĩ cần cân nhắc khi sử dụng như là liệu pháp cuối cùng trong việc điều trị vi khuẩn Gram âm đa kháng thuốc.

Từ khóa: độc tính thận, colistin, Bệnh viện Hữu nghị đa khoa Nghệ an

SUMMARY

A NEPHROTOXIC STUDY IN PATIENTS USING COLISTIN AT THE ICU – NGHỆ AN GENERAL FRIENDSHIP HOSPITAL

Objectives: Describe the incidence, characteristics of patients using colistin and describe the characteristics of nephrotoxicity in patients using colistin at the ICU - General Friendship Hospital Nghe An. **Subjects and methods:** Retrospective, descriptive and analytical study of 29 patients with indications for colistin use at the ICU - General Friendship Hospital Nghe An, from 1/2021 to 9/2021. **Result:** Male patients accounted for 82.8%, the

average age was 62 years old. The rate of nephrotoxicity in the study was 17.2%. The average time to onset of nephrotoxicity after colistin administration was 6.2 days. The rate of occurrence of nephrotoxicity according to the levels of "Risk", "Injury" and "Failure" is 40%, 20% and 40% respectively. **Conclusion:** Colistin is a drug with high nephrotoxicity and is common, so doctors should consider using it as a last resort in the treatment of multidrug-resistant Gram-negative bacteria.

Keywords: nephrotoxicity, colistin, Nghe an General Friendship Hospital

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Kháng sinh nhóm Polymyxin được giới thiệu vào những năm 1950 để điều trị nhiễm trùng Gram âm. Do sự xuất hiện của các vi khuẩn Gram âm kháng carbapenem gần đây, đáng chú ý là vào đầu những năm 2000 và các lựa chọn điều trị mới còn hạn chế, polymyxin đã xuất hiện trở lại trong thực hành lâm sàng [1]. Mặc dù tỷ lệ đề kháng của các chủng vi khuẩn Gram âm đối với colistin vẫn còn thấp nhưng đã ghi nhận được các chủng *Klebsiella pneumoniae* đề kháng kháng sinh này ở nhiều vùng tại châu Âu, Bắc Mỹ, Nam Phi và một số nước châu Á [2]. Trước nguy cơ đề kháng thuốc, các bác sĩ lâm sàng buộc phải cân nhắc việc áp dụng chế độ liều cao hơn nhằm đảm bảo hiệu quả lâm sàng và ngăn ngừa phát sinh đề kháng. Kể từ đó, độc tính liên quan đến các hợp chất này, đặc biệt là độc tính trên thận, là mối quan tâm lớn. Để góp phần cung cấp thông tin về độc tính thận của thuốc nhằm hỗ trợ cho quyết định của các bác sĩ lâm sàng trong sử dụng thuốc tại khoa HSTC, chúng tôi tiến hành nghiên cứu nhằm mục tiêu "Mô tả tỷ lệ phát sinh, đặc điểm bệnh nhân và độc tính thận trên bệnh nhân sử dụng colistin tại khoa HSTC - Bệnh viện HNĐK Nghệ An".

¹Bệnh viện HN Đa khoa Nghệ An

²Trường Đại học Y khoa Vinh

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Đức Phúc

Email: nguyenducphuckhoacc@gmail.com

Ngày nhận bài: 4.4.2022

Ngày phản biện khoa học: 24.5.2022

Ngày duyệt bài: 3.6.2022