ĐẶT VẤN ĐỀ

**1. Tính cấp thiết của đề tài**

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

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

**2. Những đóng góp mới của luận án:**

Đây là công trình nghiên cứu một cách có hệ thống đầu tiên về các đặc trưng nhân khẩu, tỷ lệ hiện nhiễm HIV và một số nội dung hỗ trợ chăm sóc, các yếu tố liên quan đến hỗ trợ chăm sóc cho nhóm bệnh nhân điều trị ARV ngoại trú tại Hà Nội. Luận án đã xác định được thực trạng, nhu cầu và khả năng đáp ứng chăm sóc y tế cho người nhiễm HIV được điều trị ARV tại thành phố Hà Nội năm 2012 và hiệu quả can thiệp hỗ trợ thẻ bảo hiểm y tế cho người nhiễm HIV/AIDS đang điều trị ARV ngoại trútại TTYT Thanh Xuân năm 2013 **.**Kết quả nghiên cứu của luận án giúp cho công tác lập kế hoạch can thiệp trong điều trị HIV và các dịch vụ liên quan đến HIV được chi trả thông qua BHYT.

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

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

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

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

**4. Bố cục của luận án:**

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

CHƯƠNG 1: TỔNG QUAN

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

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

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

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

1.1.4. Khái niệm về điều trị ARV: kháng Retrovirus (ARV). Năm 2009 Bộ Y tế ban hành QĐ3003/QĐ- BYT “Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị nhiễm HIV/AIDS” áp dụng cho tất cả các cơ sở khám chữa bệnh của Nhà nước, tư nhân và bán công.

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

1.2.1. Trên thế giới.

Tính đến thời điểm hiện tại vẫn chưa có thuốc điều trị và vắc xin phòng bệnh đặc hiêu, nên các biện pháp có hiệu quả nhằm hạn chế đến mức tối đa tác hại và sự lan truyền của HIV ra cộng đồng là dự phòng với 3 mục tiêu chính: hạn chế tốc độ lây lan HIV, làm chậm quá trình tiến triển bệnh và giảm ảnh hưởng kinh tế, xã hội của HIV/AIDS. cuối năm 2013, có 35 triệu người đang bị nhiễm HIV còn sống, 39 triệu người đã tử vong do AIDS, có 2,7 triệu ca nhiễm HIV mới, 1,8 triệu người tử vong do AIDS, có 6,9 triệu người đang điều trị ARV tại các nước có thu nhập thấp và trung bình, ART đã đem lại nhiều hiệu quả tích cực, góp phần cải thiện tình trạng sức khỏe và chất lượng cuộc sống cho người nhiễm HIV. Đến năm 1996, bắt đầu sử dụng phác đồ điều trị phối hợp ít nhất 3 loại thuốc (HAART). HAART không những kéo dài cuộc sống cho người nhiễm HIV mà còn giảm khả năng lây truyền HIV từ người nhiễm HIV sang người khác, đặc biệt lây truyền qua quan hệ tình dục. Chăm sóc, hỗ trợ làm giảm đau đớn về thể chất, tinh thần. giúp kép dài cuộc sống và tăng cường chất lượng cuộc sống cho người nhiễm HIV/AIDS. Vào cuối năm 2012, khoảng 1,6 triệu người nhiễm HIV ở các nước có thu nhập thấp và trung bình đã được tiếp cận với thuốc ARV so với cuối năm 2011. Việc tiếp cận điều trị ARV vẫn còn chưa công bằng khi chỉ có 28% trẻ nhiễm HIV cần được điều trị tiếp cận với điều trị ARV, thấp hơn nhiều so với tỷ lệ 57% của người lớn. Điều trị ARV cho phụ nữ mang thai nhiễm HIV làm giảm nguy cơ lây nhiễm HIV từ mẹ sang con xuống dưới 5% và có thể làm giảm nguy cơ lây nhiễm cho bạn tình tới 96%. Tỷ lệ duy trì điều trị trong 12 tháng sau khi điều trị là 81% (theo báo cáo của 92 quốc gia). Tỷ lệ này giảm xuống 75% sau khi điều trị 24 tháng (73 quốc gia) và 67% sau khi điều trị 60 tháng (46 quốc gia).

1.2.2. Tại Việt Nam

Năm 2014, số trường hợp nhiễm HIV là 216.163 trường hợp, số BN AIDS là 67.557 và đã có 69.449 trường hợp tử vong do AIDS. Tỷ lệ nhiễm HIV toàn quốc là 248/100.000 dân. Trong 3 tháng đầu 2014, cả nước xét nghiệm phát hiện mới 2.012 trường hợp nhiễm HIV, trong đó 928 BN AIDS, có 300 người tử vong do AIDS. có 364 phòng khám và điều trị ARV, có 86.771 BN (người lớn và trẻ em) được điều trị ARV, đạt 93,3% so với kế hoạch năm 2014. Quản lý, chăm sóc, tư vấn người nhiễm HIV/AIDS gặp nhiều khó khăn do đối tượng thường xuyên thay đổi địa chỉ. Chưa ban hành được chính sách tiếp cận và sản xuất thuốc trong nước. Phương tiện chẩn đoán AIDS và năng lực cán bộ làm công tác chăm sóc và điều trị HIV/AIDS tại các tuyến còn rất thiếu và yếu. Bảo đảm nguồn tài chính bền vững cho phòng chống HIV/AIDS, tăng cường đầu tư trong nước và vai trò của BHYT.

***Nhận định chung về tình hình dịch HIV/AIDS****.* Hình thái dịch HIV lây truyền qua đường tình dục bắt đầu có xu hướng cao hơn lây truyền qua đường máu. Bên cạnh đó tỷ lệ người nhiễm HIV mới phát hiện trong nhóm tuổi 30 - 39 ngày càng chiếm tỷ trọng cao. Cảnh báo nguy cơ làm lây truyền HIV do lây truyền qua đường tình dục sẽ là nguyên nhân chính làm lây truyền HIV ở Việt Nam. Dự báo năm 2015 có trên 100.000 bệnh nhân điều trị ARV.

1.2.3. Tại Hà Nội

Hà Nội đã triển khai chương trình quản lý tư vấn chăm sóc cho người nhiễm HIV/AIDS bao gồm cả chăm sóc và điều trị nội, ngoại trú, việc triển khai phòng khám chăm sóc, điều trị ngoại trú tại các TTYT quận/huyện chủ yếu là để điều trị các NTCH và điều trị ARV một cách hệ thống. Đến 31/3/2014 có 20.762 trường hợp hiện nhiễm HIV/AIDS, có 5.077 trường hợp đã chuyển thành AIDS và lũy tích tử vong do HIV/AIDS là 3.821. Tỷ lệ hiện nhiễm HIV là 303/100.000 dân,100% quận/huyện có người nhiễm HIV, 536/577 xã, phường có người nhiễm HIV, chiếm tỉ lệ 92,7%. đã triển khai chương trình hỗ trợ chăm sóc toàn diện cho BN AIDS năm1996, hiện nay có 31 cơ sở, 9 cơ sở trong trại giam, số BN 9.274 người, đạt 95,46% so với kế hoạch năm 2014 và đưa số người được điều trị lên 44,2%.

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

Tại Mỹ, nghiên cứu do Claude Ann Mellins và các cộng sự (2009) thực hiện bằng phương pháp tự báo cáo việc sử dụng ARV trong 3 ngày trước phỏng vấn cho thấy, có 55% tuân thủ tốt và 45% không tuân thủ. Nghiên cứu của J.B. Nachega và các cộng sự (2012), cho kết quả trung bình 43% bệnh nhân báo cáo từng nhỡ liều ARV trong tháng. Mô hình quản lý điều trị HIV/AIDS thuộc hệ thống y tế áp dụng nhiều nhất, 289 cơ sở điều trị thuộc hệ thống y tế, các cở sở điều trị thuộc hệ bệnh viện là 132 cơ sở (chiếm 46,8%), tại các trung tâm y tế là 152 cơ sở (chiếm 53,2%). Số lượng các cơ sở điều trị tuyến trung ương là 5 cơ sở (1,7%), tỉnh là 118 cơ sở (41,8%), và tuyến huyện là 161 cơ sở (57,1%). Việc điều trị bằng thuốc ARV đã được thực hiện theo quy trình thống nhất trên toàn quốc. Mô hình điều trị HIV/AIDS tại các cơ sở ngoài hệ thống y tế. Tại các trại giam, tại trung tâm 05-06,cơ sở bảo trợ xã hội.

c) Mô hình thí điểm: *Sáng kiến điều trị 2.0.*  cung cấp dịch vụ điều trị cơ bản tại tuyến xã, phường: Mô hình MMFED (Manpower, Material facilities, Expenditure, Demand). Do nhóm Nghiên cứu của Quỹ Hỗ trợ phòng chống dịch bệnh nguy hiểm HIV/AIDS Hà Nội xây dựng.

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

1.4.1. Khái niệm BHYT.

Là một bộ phận cấu thành của pháp luật về an sinh xã hội, BHYT là hình thức bảo hiểm được áp dụng trong lĩnh vực chăm sóc sức khỏe và là một trong chín nội dung của BHYT được quy định tại Công ước 102 ngày 28/6/1952 của Tổ chức Lao động quốc tế (ILO) về các tiêu chuẩn tối thiểu cho các loại trợ cấp BHXH.

1.4.2. Nguyên tắc của Bảo hiểm y tế

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

1.4.3. Sự cần thiết của Bảo hiểm y tế

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

1.4.4. Vai trò của Bảo hiểm y tế

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

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

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

*1.4.6. Bảo hiểm y tế tại Việt Nam*: Luật về bảo hiểm y tế được thông qua tháng 11 năm 2008 và có hiệu lực từ mồng 1 tháng 7 năm 2009. Bảo hiểm y tế nay cũng bao gồm chăm sóc miễn phí cho trẻ dưới 6 tuổi. Hết năm 2014 có khoảng 61 triệu người tham gia BHYT, đạt khoảng 69% dân số, có khoảng 14,3 triệu nghèo và dân tộc thiểu số, gần 2 triệu cận nghèo có thẻ BHYT.

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

Ngân sách cho điều trị ARV phụ thuộc nhiều vào nguồn tài trợ quốc tế 90%. Bốn nguồn lực cơ bản cho phòng, chống HIV/AIDS mà không có nguồn gốc từ các dự án quốc tế bao gồm: Thuế, BHYT, khoản ngân sách cho y tế sau khi được các nước giầu hoãn nợ, các khoản vay ưu đãi từ các ngân hàng phát triển quốc tế. Quỹ BHYT chi trả 179 tỷ đồng (3%), người dân tự chi trả 1.572 tỷ đồng (22%), nguồn viện trợ quốc tế là 3.484 tỷ đồng (49%). Điều trị ARV đang sử dụng hơn 90% nguồn thuốc từ các dự án quốc tế. ngoài ra các dự án còn hỗ trợ thuốc NTCH, các xét nghiệm theo dõi điều trị.

1.4.8. BHYT cho người nhiễm HIV/AIDS tại Hà Nội. Trong kết quả nghiên cứu: “Thực trạng mua và sử dụng Bảo hiểm y tế của người có H được quản lý tại Phòng khám điều trị ARV ngoại trú của Trung tâm y tế Hoàng Mai, thành phố Hà Nội 6 tháng đầu năm 2011”:

**CHƯƠNG 2****: PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨ****U**

2.1. Đối tượng nghiên cứu

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

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

2.2. Thời gian và địa điểm nghiên cứu*:*

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

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

2.4. Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu

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



n là Cỡ mẫu NC tối thiểu.Z 1- ∝/2 l Hệ số tin cậy với mức ý nghĩa α = 0,05; z =1,96*.* p = 15% (tỷ lệ BN có thẻ BHYT đang được quản lý tại cơ sở điều trị ARV ngoại trú Hà Nội. ε = 0,1 là độ chính xác tương đối mong muốn giữa tham số mẫu và tham số quần thể. Với độ chính xác mong muốn là 95% (α = 0.05) thì Z 1- ∝/2 = 1,96, ε = 0,1. Tính n = 2.177. Số mẫu NC 3.406.

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



n: Cỡ mẫu cần cho nhóm can thiệp, Z1- α/2 = 1,96 (ứng với α = 0.05). Z1- β = 1,282 (ứng với β = 0.1). P1= 0,68.(giả định kết quả sau can thiệp). P2 = 0,48 (kết quả đưa ra theo các nghiên cứu trước). P1 - P2 : Mức cải thiện mong đợi đối với BN được hỗ trợ 3 biện pháp can thiệp mới đạt ý nghĩa trên lâm sàng tối thiểu là 13 %. P = (P1 + P2)/2 = 0,58. Với mức ý nghĩa 5%, độ mạnh: 90%, trắc nghiệm một phía.Cỡ mầu tính được n=126.

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

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

2.7. Phương pháp thu thập số liệu

Nghiên cứu định lượng: Lập khung mẫu là danh sách BN đang điều trị ARV tại 10 PKNT trên theo tiêu chuẩn hồ sơ bệnh án quản lý điều trị. Loại trừ tất cả các hồ sơ bệnh án không đủ tiêu chuẩn, các thông tin không đáp ứng mục tiêu nghiên cứu.Thống kê các hồ sơ của BN đủ tiêu chuẩn đưa vào mẫu nghiên cứu. Tiến hành thu thập các thông tin cơ bản từ hồ sơ bệnh án của các bệnh nhân đã được chọn. Tiến hành phỏng vấn các bệnh nhân đủ tiêu chuẩn: n = 3.406.

2.7.1. Nghiên cứu định tính

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

**2.8. Xử lý và phân tích số liệu**

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

2.8.2. Số liệu định lượng: Thông tin thu thập được làm sạch trước khi nhập liệu bằng phần mềm Epi Data 6.04, Xử lý số liệu bằng phần mềm SPSS 16.0, Sử dụng test χ2 , sử dụng mô hình hồi quy logistic.

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

**CHƯƠNG 3****: KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU**

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

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

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

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

Trong số 3379 bệnh nhân có 81,1% thấy thẻ BHYT là cần thiết, tuy nhiên số BN hiểu về BHYT (14,9%) và có thẻ BHYT (13,6% ) rất thấp.

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

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

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

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

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

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

+ Hỗ trợ kiến thức để nâng cao kiến thức giúp bệnh nhân tự chăm sóc sức khỏe tốt hơn.

+ Hỗ trợ khám và điều trị các bệnh nhiễm trùng cơ hội

+ Hỗ trợ dinh dưỡng nâng cao thể trạng cho bệnh nhân

+ Hỗ trợ xã hội cho bệnh nhân như hỗ trợ giảm kỳ thị phân biệt đối xử, hỗ trợ kinh phí tạo việc làm, hỗ trợ việc làm và hỗ trợ pháp lý.

*3.2.2.1. Nhu cầu thực trạng hô trợ chăm sóc y tế cho người nhiễm HIV.*

- Nhu cầu, thực trạng cung cấp kiến thức.

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

*Bảng 1: Tỷ lệ các nội dung kiến thức người nhiễm HIV/AIDS đang điều trị ARV nhận được. (n=3.353)*

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

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

*Bảng 2: Điều trị nhiễm trùng cơ hội cho bệnh nhân (n = 3.379)*

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

***- Thực trạng hỗ trợ xã hội:***

*Bảng 3: Tỷ lệ bệnh nhân đã từng được nhận hỗ trợ trong 2 năm qua*

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

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

*Bảng 4: Thực trạng người nhiễm HIV/AIDS bị kì thị, phân biệt đối xử (n=3379)*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Thực trạng bị kì thị, phân biệt đối xử** | | **Số lượng** | **Tỷ lệ (%)** |
| Không bị kì thị, phân biệt đối xử | | 1544 | 45,7 |
| Có bị kì thị, phân biệt đối xử | | 1835 | 54,3 |
| Trong đó | Công khai tình trạng nhiễm | 513 | 27,8 |
| Không dám công khai tình trạng nhiễm | 1322 | 72,1 |

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

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

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

***Bảng 32: Tỷ lệ phân bố khả năng đáp ứng hỗ trợ chăm sóc y tế cho người nhiễm HIV/AIDS tại các phòng khám***

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ***STT*** | ***Phòng khám*** | ***Tổng số người*** | ***Đáp ứng hỗ trợ kiến thức*** | | ***Đáp ứng hỗ trợ dinh dưỡng*** | | ***Đáp ứng hỗ trợ điều trị*** | | ***Đáp ứng hỗ trợ xã hội*** | |
| ***Đạt*** | ***Tỷ lệ (%)*** | ***Đạt*** | ***Tỷ lệ (%)*** | ***Đạt*** | ***Tỷ lệ (%)*** | ***Đạt*** | ***Tỷ lệ (%)*** |
| 1 | Tây Hồ | 656 | 183 | 27,9 | 122 | 18,5 | 281 | 42,9 | 105 | 16,0 |
| 2 | BV Hà Đông | 646 | 142 | 22,0 | 72 | 11,1 | 199 | 30,9 | 85 | 13,2 |
| 3 | Thanh Xuân | 112 | 38 | 31,7 | 8 | 10,0 | 32 | 40,5 | 23 | 29,1 |
| 4 | Sóc Sơn | 68 | 14 | 20,6 | 10 | 14,7 | 22 | 32,4 | 11 | 16,2 |
| 5 | BV Phổi | 160 | 42 | 26,3 | 17 | 10,6 | 66 | 41,3 | 40 | 25,0 |
| 6 | BV 09 | 250 | 70 | 28,0 | 30 | 11,9 | 128 | 51,2 | 62 | 24,8 |
| 7 | BV Đống Đa | 696 | 172 | 24,7 | 58 | 8,3 | 205 | 29,4 | 110 | 15,8 |
| 8 | Đống Đa | 169 | 65 | 38,5 | 23 | 13,5 | 65 | 38,5 | 33 | 19,5 |
| 9 | Đông Anh | 579 | 213 | 36,9 | 89 | 14,5 | 254 | 41,4 | 133 | 21,7 |
| 10 | Ba Vì | 43 | 5 | 11,6 | 11 | 25,6 | 10 | 23,3 | 3 | 7,0 |
| **Tổng số** | | **3379** | **944** | **27.9** | **430** | **12.7** | **1254** | **37.1** | **605** | **17.9** |

Trong tổng số 10 phòng khám được điều tra thì tại phòng khám ngoại trú TTYT Quận Đống Đa có tỷ lệ đạt về khả năng đáp ứng kiến thức là cao nhất (38,46%). Tỷ lệ đạt về khả năng đáp ứng kiến thức thấp nhất là tại TTYT huyện Ba Vì (11,63%), về dinh dưỡng thì tại phòng khám Ba Vì có tỷ lệ đạt về khả năng đáp ứng dinh dưỡng là lớn nhất (25,6%). PKNT bệnh viện Đống Đa thấp nhất 8,3%, về khả năng đáp ứng khám và điều trị thì PKNT Bệnh viện 09 lớn nhất (51,2%), thấp nhất là PKNT cảu TTYT huyện Ba Vì (23,3%)***.*** về chăm sóc, hỗ trợ xã hội cao nhất là PKNT Thanh Xuân (29,11%); Kế đến là Bệnh viện Phổi Hà Nội & Bệnh viện 09 (25% & 24,8%) và tỷ lệ đánh giá đạt thấp nhất là Phòng khám ngoại trú TTYT huyện Ba Vì chỉ có 7,0%.

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

- Có mối liên quan giữa phương tiện truyền thông kiến thức, cán bộ cung cấp kiến thức và khả năng đáp ứng cung cấp kiến thức (χ 2 = 134,57, p<0.001). (χ 2= 26,25, p<0,001).

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

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

- Có mối liên quan giữa trình độ học vấn, công khai tình trạng nhiễm của BN với khả năng đáp ứng nhu cầu chăm sóc xã hội (χ 2 = 103,52 với   
p <0.001), (χ 2 = 39,03 và p<0,001).

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

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

**3.3.2. Nội dung can thiệp**

* Lập danh sách BN đang điều trị ARV để hỗ trợ BHYT.
* Tiến hành mua thẻ BHYT cho bệnh nhân được hỗ trợ.
* Theo dõi kết quả sử dụng thẻ BHYT của các bệnh nhân được hỗ trợ.

**Hỗ trợ mua thẻ BHYT**

**Hỗ trợ dinh dưỡng**

* Hỗ trợ thuốc bổ gan
* Hỗ trợ Vitamin 3B
* Kiến thức cơ bản về HIV/AIDS
* Dinh dưỡng cho người sống chung với HIV
* Xử trí các bệnh nhiễm trùng cơ hội tại nhà
* Kiến thức về BHYT, cơ hội thực hành, áp dụng thẻ BHYT để khám và điều trị bệnh
* Kỹ năng thuyết phục, kiến thức về pháp luật…

**Hỗ trợ kiễn thức**

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

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

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

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

***3.3.3. Kết quả can thiệp.***

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

**3.3.3.2. Hiệu quả can thiệp**

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

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

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

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

***Biểu đồ 3.12: So sánh của số lần khám bệnh***

Trước can thiệp có 12,7% (16người) có thẻ BHYT, sau khi có can thiệp, 100% bệnh nhân có thẻ BHY. Số khám 4 lần tăng từ 1.8% lên 18,1%,số bệnh nhân không đi khám bệnh giảm từ 24,5% xuống còn 0.9%.

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

Chi phí cho khám chữa bệnh giảm nhiều, trung bình >= 400.000 đ cho 1 lần khám giảm mạnh từ 17.3% giảm xuống 0,9%, trung bình chi trả < 100.000 đ cho mỗi lần khám tăng từ 2.7% lên 80.9% sau can thiệp. Số kinh phí bệnh nhân phải chi trả cho khám bệnh giảm nhiều chỉ có 1 bệnh nhân phải trẻ từ 300.000 đ đến 400.0000 đ, 80.9% bệnh nhân khám trả dưới 100.000 đ.

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

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

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

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

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

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

**CHƯƠNG 4****: BÀN LUẬN**

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

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

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

***4.2.1. Thực trạng thẻ BHYT cho người nhiễm HIV/AIDS đang điều trị ARV.***

Kết quả nghiên cứu cho thấy tỷ lệ bệnh nhân có thẻ bảo hiểm y tế là 13,6%, rất thấp so với tỷ lệ người dân tham gia bảo hiểm y tế của thành phố Hà Nội là 68,91% năm 2013 [4] kết quả này cũng tương đương kết quả tại cuộc khảo sát về số lượng bệnh nhân có thẻ BHYT đang được quản lý tại các cơ sở điều trị ngoại trú của Cục phòng chống HIV/AIDS là (15%).[1] Tỷ lệ này thấp một phần do nhiều nguyên nhân. Điều trị ARV, điều trị nhiễm trùng cơ hội, và các xét nghiệm tại các phòng khám ngoại trú hiện nay đang được hỗ trợ miễn phí hoàn toàn từ các dự án. Sự kỳ thị trong xã hội còn nặng nề nên bệnh nhân sợ lộ danh tính khi đi khám bệnh có thẻ BHYT, thủ tục mua thẻ BHYT còn khó khăn mất nhiều thời gian, các phòng khám còn có sự kỳ thị với bệnh nhân HIV/AIDS, bệnh nhân không biết có bảo hiểm y tế và hiểu sai về bảo hiểm y tế, đặt biệt tại thời điểm nghiên cứu chưa có sự chi trả của bảo hiểm y tế cho gói dịch vụ điều trị HIV/AIDS và các bệnh liên quan đến HIV/AIDS. Tuy nhiên bắt đầu từ năm 2012 nguồn tài trợ từ các tổ chức quốc tế cho chăm sóc và điều trị ARV giảm mạnh tới tới người nhiễm HIV/AIDS phải tự chi trả cho điều trị ARV và các điều trị khác vì vậy để có kinh phí bền vững cho điều trị HIV/AIDS thì BHYT là cứu cánh cho bệnh nhân HIV/AIDS nên việc tuyên truyền về vai trò của BHYT đối với bệnh nhân nhiễm HIV/AIDS, tuyên truyền để người nhiễm HIV hiểu đúng về BHYT, tuyên truyền cho cán bộ y tế và người dân cộng đồng hỗ trợ thẻ bảo hiểm y tế cho người nhiễm HIV/AIDS phải được tăng cường.

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

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

Thiếu hiểu biết, không được trang bị kiến thức về HIV/AIDS và các vấn đề liên quan đến HIV/AIDS một cách đầy đủ, Thiếu thông tin là một nguyên nhân sâu sa làm cản trở việc người nhiễm HIV/AIDS đến với các dịch vụ chăm sóc sức khỏe. Nhu cầu, mong muốn được cung cấp các kiến thức thì có đến 95,3% người nhiễm HIV/AIDS đang điều trị ARV thấy có nhu cầu và tỷ lệ này cao hơn rất nhiều so với nghiên cứu tại Brazil là nhu cầu được cung cấp kiến thức về thuốc ARV chiếm 68,2% bệnh nhân cho là rất cần thiết và chỉ có 0,5% cảm thấy ít cần thiết. Cũng theo kết quả nghiên cứu thì chỉ có dưới 5% là không trả lời và thấy không cần cung cấp và kết quả này thấp hơn hẳn so với nghiên cứu tại Brazil là 12,3% bệnh nhân không muốn biết bất cứ điều gì. Tỷ lệ người cung cấp kiến thức cho bệnh nhân tại phòng khám ngoại trú là bác sĩ chiếm 90,6% cao hơn rất nhiều so với nghiên cứu tại Brazil là 70,8% và cao hơn rất nhiều so với nghiên cứu của Hà Thị Minh Đức, Lê Vinh là 56,4%. Trong nghiên cứu của Hà Thị Minh Đức, Lê Vinh thì có 45 bệnh nhân (23,1%) cho rằng thông tin họ thu được là qua các tạp chí, 38 (19,5%) là qua truyền hình. Trong nghiên cứu của nhóm tác giả tại một bệnh viện ở Brazil thì cho thấy trong số 195 người được phỏng vấn, 110 (70,8%) nhận được thông tin từ các bác sĩ tại bắt đầu điều trị. Tỷ lệ bệnh nhân nhận thông tin từ bác sỹ cao là phù hợp vì bệnh nhân điều trị ARV được bác sĩ khám kiểm tra sức khỏe định kỳ và được cấp thuốc 1 tháng /1 lần. Tuy nhiên, mặc dù các phương tiện truyền thông điện tử (internet, truyền hình), các nhóm và hiệp hội có ảnh hưởng nhưng các chuyên gia y tế vẫn dường như là nguồn an toàn nhất và đáng tin cậy lớn nhất của thông tin về thuốc cho bệnh nhân. Người nhiễm HIV rất cần có một chế độ ăn, dinh dưỡng đầy đủ nâng cao thể trạng tạo nên hiêuh quả cao trong điều trị ARV, tuy nhiên tỷ lệ nghèo ở nhóm người này cao nên việc hỗ trợ dinh dường cho họ là cần thiết, tuy nhiên chỉ có 552 BN (16,2%) được nhân hỗ trợ dinh dưỡng chủ yếu nhận bằng các hiện vật như: gạo, dầu, sữa 84,5%. Số người nhận được hỗ trợ bằng tiền chỉ có 3,41%. Tỷ lệ này cao hơn nhiều so với nghiên cứu của Trần Bích trà và cộng sự.

Kết quả nghiên cứu cũng cho thấy mô hình hoạt động CLB/NTL người nhiễm HIV/AIDS hiện còn chưa được phổ biến rộng, có rất ít PKNT có hoạt động CLB/NTL người nhiễm HIV/AIDS và cũng có rất ít người nhiễm HIV/AIDS biết đến sự tồn tai của mô hình hoạt động này. Khi trả lời câu hỏi: *Phòng khám ngoại trú nơi anh/chị điều trị có CLB/NTL nào?* Thì có tới 2117 người chiếm tỷ lệ khá cao 63,14% trong tổng số 3353 người trả lời câu hỏi này cho biết họ*“Không biết”*, chỉ có 657 người chiếm tỷ lệ 19,59% cho biết là có biết CLB/NTL đang hoạt động. Tuy nhiên hỗ trợ đào tạo nghề và tư vấn hướng nghiệp giới thiệu việc làm phù hợp cho người nhiễm HIV/AIDS đang điều trị ở các PKNT tại Hà Nội thực sự còn chưa được đáp ứng hiện tại chưa có một tổ chức nào được thành lập để hướng dẫn dạy nghề và giới thiệu việc làm phù hợp dành riêng cho người nhiễm HIV/AIDS.

Các dịch vụ khác người bệnh sẽ phải tự chi trả vì vậy thẻ BHYT là rất cần thiết với bệnh nhân. Theo như một cuộc thảo luận nhóm, đối tượng có cho biết “*thẻ BHYT đối với mọi người đã quan trọng thì đối với người nhiễm H còn quan trọng hơn vì nó rất cần thiết phục vụ phần nào chi trả khám chữa bệnh, khi bị bệnh nặng sẽ được nằm viện, phần nào sẽ đỡ hơn, nên phải vận động tổ chức hỗ trợ giúp về BHYT*” \_nữ bệnh nhân 30 tuổi

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

Đánh giá về sự đáp ứng nhu cầu được cung cấp kiến thức: trong 3.379 đối tượng phỏng vấn, chỉ có 27,94% đạt 21 điểm trở lên và được đánh giá đạt về đáp ứng nhu cầu cung cấp kiến thức. Trong đó, phòng khám số ngoại trú TTYT Quận Đống Đa có tỷ lệ đạt về khả năng đáp ứng kiến thức là lớn nhất (38,46%). Tỷ lệ đạt về khả năng đáp ứng kiến thức thấp nhất là tại TTYT huyện Ba Vì (11,63%) thấp hơn so với nghiên cứu của Hà Thị Minh Đức (kiến thức thực hành về tuân thủ điều trị ARV ở bệnh nhân HIV/AIDS tại phòng khám ngoại trú quận 10 thành phố Hồ Chí Minh năm 2009)kiến thức chung đúng về tuân thủ điều trị ARV của bệnh nhân là 69% trong đó kiến thức đúng về tác dụng phụ của thuốc đạt 64%, tỉ lệ bệnh nhân có kiến thức đúng về cách uống thuốc và uống thuốc đúng giờ đạt > 99%.

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

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

Đánh giá về sự đáp ứng nhu cầu được hỗ trợ về xã hội: Trình độ học vấn làm ảnh hưởng sâu sắc đến hiệu quả khả năng đáp ứng nhu cầu chăm sóc xã hội cho người nhiễm HIV/AIDS. Trình độ học vấn thấp là yếu tố dự báo làm hạn chế việc người nhiễm HIV/AIDS tiếp cận và sử dụng các dịch vụ chăm sóc xã hội, tự kỳ thị, sợ hãi, tự cô lập chính mình khiến cho người nhiễm HIV/AIDS che đậy tình trạng bệnh, tự ti không dám đối diện với cuộc sống đã làm cho người nhiễm HIV/AIDS không có đủ nghị lực và tự tin để đến với các dịch vụ chăm sóc xã hội. Có sự khác biệt về đánh giá đáp ứng nhu cầu chăm sóc xã hội giữa các nhóm đối tượng bệnh nhân theo trình độ học vấn. Nhóm có trình độ học vấn từ tốt nghiệp phổ thông trung học trở lên được đáp ứng nhu cầu chăm sóc xã hội cao hơn nhóm có trình độ học vấn thấp chưa tốt nghiệp Phổ thông trung học. Trong 3.379 đối tượng tham gia phỏng vấn trong nghiên cứu kết quả (chỉ có 17.90% đạt từ 12 điểm trở lên và được đánh giá là đạt về đáp ứng nhu cầu về chăm sóc xã hội. Trong đó, phòng khám ngoại trú TTYT Thanh Xuân là có tỷ lệ bệnh nhân đánh giá đạt về chăm sóc, hỗ trợ xã hội cao nhất (29,11%); Kế đến là Bệnh viện Phổi Hà Nội & Bệnh viện 09 (25% & 24.80%) và tỷ lệ đánh giá đạt thấp nhất là Phòng khám ngoại trú TTYT huyện Ba Vì chỉ có 6,98%) thấp hơn so với nghiên cứu của Nguyễn Văn Kính.

Nghiên cứu này có sự tương đồng về mối liên quan giữa kiến thức, sự công khai, có người trợ giúp và đáp ứng về chăm sóc sức khoẻ, nhưng khác về liên quan giữa yếu tố dân số xã hội học so với nghiên cứu của Hà Thị Minh Đức. Ở những bệnh nhân có người trợ giúp trong điều trị, tỉ lệ tuân thủ điều trị cao hơn tỉ lệ tương ứng ở bệnh nhân không có người trợ giúp, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với p=0,03.

Mối liên quan giữa thực hành với tuân thủ điều trị ARV: Có mối liên quan giữa thực hành về dinh dưỡng (ăn đủ bữa, rau củ, trái cây các loại) với tuân thủ điều trị có ý nghĩa thống kê với p <0,05, tư vấn dự phòng trong quá trình điều trị ARV giúp BN nhận thức được sự cần thiết phải điều trị liên tục để kéo dài cuộc sống.

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

***4.3.1. Thông tin chung về đối tượng can thiệp***

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

***4.3.2. Hiệu quả can thiệp:***

***Về hỗ trợ kiến thức*;** Tỷ lệ hiểu đúng về các kiến thức được tăng lên rõ rệt, điều này giúp cho bệnh nhân có ý thức trong việc chăm sóc sức khỏe, giúp họ tăng sự tự tin và tự trọng, họ biết được những cái mà họ đang thắc mắc, để họ làm đúng có hiệu quả.

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

***Về hỗ trợ thuốc nâng cao thể trạng:***  Các chỉ số xét nghiệm thay đổi được thể hiện tốt hơn, cân nặng trung bình của BN tăng đáng kể.Điều trị ARV là điều trị suốt đời, đa hóa trị liệu, có một số tác dụng phụ như suy dinh dưỡng, gây độc cho gan nên các thuốc hỗ trợ trên nhằm tăng hiệu quả điều trị, tại thời điểm hỗ trợ chưa có BHYT cho điều trị HIV/AIDS, nên từ kết quả của hỗ trợ này sẽ làm tiền đề để đưa các thuốc này vào danh mục thuốc cấp khi điều trị HIV qua thẻ BHYT        

**KẾT LUẬN**

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

Nhu cầu hỗ trợ thẻ BHYT cao 100%, số bệnh nhân có thẻ BHYT thấp 13,6%, nguyên nhân không mua thẻ BHYT là sợ lộ danh tính, sợ phiền hà, thấy không cần thiết, hiểu sai về BHYT. Chủ yếu xử dụng thẻ BHYT vào khám bệnh NTCH 86%, chủ yếu bệnh nhân nhận kiến thức từ bác sĩ 90,1%.

Số BN được khám phát hiện các bệnh nhiễm trùng cơ hội 49,2%, trong số BN được khám có 89.46% được điều trị và khi có biểu hiện nặng thì có 93,7% được chuyển tuyến kịp thời. Nhu cầu tham gia sinh hoạt tại các nơi này là cần thiết nhưng tỷ lệ tham gia rất thấp chỉ chiếm 19,6%. Sự kì thị và phân biệt đối xử với BN xảy ra ở cộng đồng cao 98,1%, vẫn còn kỳ thị tại gia đình (193 người) và cơ sở y tế (36 người).Tỷ lệ công khai danh tính thấp 100% bệnh nhân công khai danh tính đã từng bị kì thị và phân biệt đối xử.

***Khả năng đáp ứng nhu cầu chăm sóc y tế cho người nhiễm HIV/AIDS tại các Phòng khám ngoại trú:***

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

**5.2. Đánh giá hiệu quả can thiệp hỗ trợ thẻ bảo hiểm y tế cho người nhiễm HIV/AIDS đang điều trị ARV ngoại trú tại Trung tâm Y tế Quận Thanh Xuân – Hà Nội năm 2013.**

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

**KHUYẾN NGHỊ**

1. Hỗ trợ và khuyến khích mua/cấp thẻ BHYT cho người nhiễm HIV/AIDS điều trị ARV.

2. Cung cấp kiến thức về sử dụng thẻ BHYT trong chăm sóc và điều trị bệnh.

3. Hỗ trợ kiến thức, tuyên truyền giảm kì thị, phân biệt đối xử người nhiễm HIV/AIDS cho CBYT tại CS điều trị, gia đình và cộng đồng.

4. Tăng cường các nghiên cứu liên quan BHYT ở diện rộng hơn.

5. Đề nghị các cơ quan có thẩm quyền thực hiện BHXH toàn dân, đặc biệt là BHYT cho người nhiễm HIV/AIDS, tạo điều kiện cho bệnh nhân HIV/AIDS như những bệnh nhiễm trùng mãn tính khác .

6. Phát huy nội lực, tăng nguồn kinh phí từ ngân sách quốc gia, địa phương, BHYT để tiến tới năm 2017 đạt 100% bệnh nhân điều trị ARV được khám và điều trị bệnh bằng thẻ BHYT.

CÁC CÔNG TRÌNH KHOA HỌC ĐÃ CÔNG BỐ

LIÊN QUAN ĐẾN LUẬN ÁN

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