



**Tăng Cường Các Trạm Y Tế
tại Việt Nam: Đánh Giá Tác Động Của
Tổ Chức The Atlantic Philanthropies từ năm 2008 đến 2016**



**XÂY DỰNG VÀ DUY TRÌ NĂNG LỰC THỰC HIỆN VÀ SỬ DỤNG
NGHIÊN CỨU XÃ HỘI VÀO VIỆC ĐÁNH GIÁ VÀ ĐỀ RA QUYẾT
ĐỊNH TRONG NGHÀNH Y TẾ CỦA VIỆT NAM - GIAI ĐOẠN 2**

Số tài trợ: 21293

Thời gian tài trợ: Từ 1 tháng 7 năm 2012 đến 31 tháng 8 năm 2018

Mục đích tài trợ: Thông báo các hoạt động của tổ chức The Atlantic Philanthropies và các đơn vị được tài trợ thông qua việc đánh giá Chương Trình Sức Khỏe Dân Số tại Việt Nam và xây dựng năng lực nghiên cứu xã hội tại chỗ đối với việc đánh giá chương trình và đưa ra quyết định.

Ngày 19 tháng 11 năm 2018

Tác giả:

GS. TS. Lương Văn Hy

Giáo sư Nhân chủng học, Đại học Toronto

Đơn vị được tài trợ: Social Science Research Council

(Hội đồng Khoa học Xã hội Hoa Kỳ)

One Pierrepont Plaza, 15th Floor

Brooklyn, NY 11201 USA

Telephone: (00)1 (212) 377-2700

Fax: (00) 1 (212) 377-2727

Web: www.ssrc.org

LỜI CẢM ƠN

Báo cáo này là tổng quan về những phát hiện chính của một nghiên cứu lịch dài về chăm sóc sức khỏe ở nông thôn tại Việt Nam từ năm 2008 đến 2016. Được tài trợ bởi tổ chức The Atlantic Philanthropies, vốn là một quỹ từ thiện có thời gian hoạt động hạn định (a limited life foundation), nghiên cứu này được thực hiện bởi Hội đồng Khoa học xã hội Hoa Kỳ (SSRC) và Viện Hàn lâm Khoa học Xã hội Việt Nam (VASS), cơ quan độc lập với tổ chức AP.

Dự án nghiên cứu được thực hiện dưới sự lãnh đạo của Tiến sĩ Mary Byrne McDonnell của SSRC, cùng với với giáo sư Đặng Nguyên Anh là người đứng đầu đơn vị điều phối dự án tại Viện Hàn lâm Khoa học Xã hội Việt Nam (VASS). Nghiên cứu được đồng thiết kế bởi các cố vấn quốc tế của SSRC (Giáo sư Anil Deolalikar, Judith Tanur, Hy V. Lương và David Featherman, Tiến sĩ Mary McDonnell, Thạc sĩ Trần thị Bích Vân và ThS. Nina R. McCoy); các Nhóm trưởng của VASS (GS. TS. Đặng Nguyên Anh, GS. TS. Nguyễn Hữu Minh, PGS. TS. Vũ Mạnh Lợi, và PGS. TS. Lê Thanh Sang); và TS. bác sĩ Lê Minh Giang của Đại học Y Hà Nội. Việc thu thập dữ liệu được thực hiện bởi nhóm nghiên cứu từ Viện Khoa học Xã hội miền Nam (SISS, với Phó Giáo sư Lê Thanh Sang, ThS. Nguyễn Thị Nhung, Bà Nguyễn Đặng Minh Thảo, Ông Trần Khánh Hưng và Ông Nguyễn Ngọc Tạc), cùng nhiều nhà nghiên cứu khác từ SISS, Viện Xã hội học, và Viện Nghiên cứu về Giới và Gia đình.

Báo cáo tổng quan này chủ yếu dựa vào những phát hiện của Giáo sư Judith Tanur liên quan đến sức khỏe tự đánh giá của người dân, và những phát hiện chính của bốn nhóm của Viện Hàn lâm Khoa học Xã hội Việt Nam (VASS) đã được phân tích với sự cố vấn của các giáo sư Anil Deolalikar, Judith Tanur và Lương Văn Hy, Tiến sĩ Mary Byrne McDonnell và ThS. Trần thị Bích Vân. Bốn nhóm VASS được dẫn dắt bởi các giáo sư Đặng Nguyên Anh và Nguyễn Hữu Minh, Phó giáo sư Vũ Mạnh Lợi và Lê Thanh Sang, cùng với những đóng góp chính của ThS. Đào Thị Khánh Hòa (Bộ Y tế Việt Nam), Phó Giáo sư Nguyễn Đức Vinh, ThS. Nguyễn Thị Nhung, Tiến sĩ Nghiêm Thị Thủy, Tiến sĩ Trần Thị Hồng, và ThS. Trần Quý Long. Báo cáo tổng quan này cũng đã được hưởng lợi đáng kể từ phân tích dữ liệu bổ sung được thực hiện một cách chuyên nghiệp và vô vị lợi bởi ThS. Nguyễn Thị Nhung và PGS. Vũ Mạnh Lợi, dù họ chỉ được thông báo vào phút cuối theo yêu cầu của tôi vào tháng 9 và tháng 10 năm 2018, cũng như từ những ý kiến đóng góp và đề xuất chi tiết của Judith Tanur, Mary Byrne McDonnell và Trần thị Bích Vân. Bà Alethea Cook của Hội Đồng Khoa Học Xã Hội (SSRC) định dạng một số số liệu cho báo cáo này.

Dự án nghiên cứu đã nhận được sự hỗ trợ mạnh mẽ từ các cán bộ điều hành Chương trình Đánh giá và Học tập Chiến lược của AP, cũng như từ Bác sĩ Lê Nhân Phụng, nguyên giám đốc quốc gia của AP ở Việt Nam, và Bác sĩ Nguyễn Trọng Hậu, nguyên cán bộ điều hành chương trình về các dự án chăm sóc sức khỏe ban đầu.

Hình ảnh trên trang tiêu đề

Một trạm y tế trước và sau khi được xây dựng lại với nguồn vốn từ tổ chức The Atlantic Philanthropies.

TÓM TẮT

Các trạm y tế (TYT) tạo thành hệ thống công cộng về chăm sóc y tế cơ sở ở nông thôn Việt Nam, nơi có 2/3 dân số người Việt hiện đang cư trú. Trạm y tế cung cấp chăm sóc cơ bản về y tế dự phòng, cũng như chẩn đoán và điều trị ban đầu, cũng như chuyển bệnh nhân lên bệnh viện công ở tuyến trên.

Nhiều trạm y tế đã nhận được đầu tư đáng kể về cơ sở hạ tầng, thiết bị kỹ thuật cao, và chuyên môn của nhân viên, cũng như các chương trình cụ thể về sức khỏe sinh sản và sức khỏe bà mẹ và trẻ em. Nhiều đầu tư này đến từ tổ chức The Atlantic Philanthropies (gọi tắt là AP), một quỹ từ thiện có thời gian hoạt động hạn định (a limited life foundation), và là tổ chức phi chính phủ quốc tế hàng đầu trong ngành y tế tại Việt Nam từ năm 1999 đến 2013.

Báo cáo này đánh giá tác động của những đầu tư vào trạm y tế ở nông thôn Việt Nam được tài trợ bởi tổ chức AP, chính phủ Việt Nam và các nhà tài trợ quốc tế khác. Nó dựa trên một nghiên cứu lịch đại từ năm 2008 đến 2016 tại 12 xã thuộc ba tỉnh của Việt Nam: Thái Nguyên ở phía bắc, Khánh Hòa ở vùng duyên hải miền trung và Vĩnh Long ở phía nam đồng bằng sông Cửu Long. Bốn trong những xã được nghiên cứu, có từ 26% đến 62% hộ gia đình địa phương được xếp vào nhóm dân tộc thiểu số. Phương pháp nghiên cứu bao gồm điều tra hộ gia đình, điều tra cơ sở y tế, phỏng vấn khách hàng sau khi sử dụng dịch vụ y tế, và phỏng vấn sâu, tất cả đều được sử dụng trong cả hai vòng, vòng 1 trong những năm 2008-2009 và vòng 2 vào những năm 2013-2014. Phương pháp nghiên cứu cũng bao gồm nghiên cứu trường hợp về trạm y tế và các cơ sở y tế khác ở 12 xã được nghiên cứu. Phương pháp này đã được sử dụng ở tất cả 12 xã trong giai đoạn 2013-2014 và được sử dụng hạn chế hơn trong năm 2011 và 2016. Nhằm phục vụ mục đích phân tích, 6 xã nhận được nhiều đầu tư vào trạm y tế của họ được gọi là xã được đầu tư nhiều hơn và các xã khác được gọi là xã ít được đầu tư hơn.

Ở các xã được đầu tư nhiều hơn thì có những thay đổi tích cực hơn về hành vi y tế dự phòng (tỷ lệ bà mẹ mang thai có bổ sung chất sắt trong ít nhất ba tháng), và những người dân được điều tra đã tự đánh giá về sức khỏe tốt hơn. Tuy nhiên, dữ liệu điều tra hộ gia đình của chúng tôi cho thấy trong khoảng thời gian từ 2008-2009 đến 2013-2014, ở 10/12 xã được điều tra, thì tỷ lệ người dân chọn trạm y tế để điều trị bệnh cấp tính giảm, trong đó có bao gồm tất cả 6 xã được đầu tư nhiều hơn. Tỷ lệ người dân chọn trạm y tế để điều trị bệnh mãn tính giảm xuống trong 7/12 xã, trong đó cả 4/6 xã được đầu tư nhiều hơn. Tỷ lệ phần trăm bệnh nhân địa phương chọn trạm y tế sụt giảm là do số lượng cơ sở y tế tư nhân khám chữa bệnh gia tăng, thu nhập bình quân đầu người cao hơn, và đường sá và phương tiện giao thông tốt hơn. Xu hướng này sẽ tiếp tục, đặc biệt là trong bối cảnh chương trình bảo hiểm y tế của nhà nước cho phép những người có bảo hiểm y tế (không cần được trạm y tế giới thiệu) có thể đến thẳng bệnh viện huyện kể từ tháng 1 năm 2016, và có thể đến thẳng bệnh viện tỉnh kể từ năm 2020. Mặc dù tỷ lệ người dân địa phương chọn trạm y tế nhìn chung giảm, dữ liệu của chúng tôi cho thấy người dân địa phương chịu thiệt thòi (người nghèo, người ít học, dân tộc thiểu số và người già) vẫn tiếp tục nhờ cậy nhiều vào trạm y tế, chứ không phải vào các cơ sở khám chữa bệnh khác.

Chúng tôi tìm hiểu sâu sự khác biệt đáng kể về khả năng của các trạm y tế trong việc thu hút người dân đến TYT, ở các trạm y tế có mức đầu tư tương tự nhau. Trong số 12 trạm y tế được nghiên cứu sâu, thì có 2 TYT thành công nhất, và 2 TYT này đã vượt xa những TYT được đầu tư nhiều

hơn khác, và vượt hẳn tất cả những TYT ít được đầu tư hơn, trong việc thu hút được nhiều bệnh nhân hơn, cả bệnh nhân ở xa không có bảo hiểm y tế lẫn những bệnh nhân tự trả tiền túi. Phân tích nghiên cứu trường hợp của chúng tôi cho thấy khả năng thu hút bệnh nhân đến TYT phụ thuộc nhiều vào khả năng lãnh đạo và quản lý ở TYT, cũng như phụ thuộc vào sự đầu tư về cơ sở vật chất hạ tầng của TYT, thiết bị kỹ thuật cao và chuyên môn của nhân viên, cũng như các chương trình hỗ trợ cụ thể về sức khỏe sinh sản và sức khỏe bà mẹ và trẻ em. Do đó, đầu tư là cần thiết nhưng không đủ để có được thành công tối ưu cho mô hình trạm y tế. Trong số 12 trạm y tế được nghiên cứu sâu, thì TYT VL3 là thành công nhất và trong năm 2013-2014 đã có số bệnh nhân cao hơn 6 lần so với những TYT kém thành công hơn mặc dù các TYT này đều có được mức đầu tư tương tự như nhau. TYT VL3 đã thu hút được nhiều bệnh nhân tự trả tiền đến từ các cộng đồng chung quanh bởi vì TYT này có dịch vụ chất lượng cao, lãnh đạo có uy tín và khả năng quản lý tốt. TYT này có quỹ thu nhập tập trung tiền dịch vụ để thuê thêm nhân viên, cải thiện cơ sở vật chất của TYT, tăng thêm thu nhập đáng kể cho nhân viên và kích thích cho nhân viên làm việc nhiệt tình hơn cho TYT, tăng cường chất lượng dịch vụ. Nhờ có thêm thu nhập đáng kể từ TYT VL3, nhân viên ở đây đã không làm thêm dịch vụ riêng của họ, như vẫn thường thấy ở các nơi khác. Họ hỗ trợ cho nhau trong việc cung cấp các dịch vụ chăm sóc sức khỏe cho khách hàng của TYT. Vào tháng 1 năm 2016, khi hệ thống bảo hiểm y tế nhà nước cho phép bệnh nhân có bảo hiểm y tế được đến thẳng bệnh viện huyện (thông tuyến), thì TYT VL3 vẫn tiếp tục thu hút được nhiều bệnh nhân hơn trong khi nhiều trạm y tế khác lại mất bớt bệnh nhân mặc dù các TYT này đã nhận được đầu tư đáng kể.

Trong số các loại đầu tư vào trạm y tế, thì chương trình chăm sóc sức khỏe bà mẹ và trẻ em có tác động tích cực hơn đối với bệnh nhân bị bệnh cấp tính và mãn tính vì nhiều người đã chọn đến khám ở trạm y tế, thay vì đến các cơ sở y tế khác. Thiết bị kỹ thuật cao và chương trình chăm sóc sức khỏe sinh sản miễn phí có dịch vụ chất lượng cao về tổng thể cũng có những tác động tích cực. Chương trình sức khỏe sinh sản có tính phí không có tác động đến sự lựa chọn giữa các cơ sở y tế cho bệnh cấp tính và bệnh mãn tính, mặc dù các chương trình sức khỏe sinh sản nói chung đã đóng góp có ý nghĩa thống kê vào sự gia tăng tỷ lệ phụ nữ có bổ sung chất sắt tối thiểu là ba tháng cuối thai kỳ. Cơ sở vật chất của trạm y tế được xây mới hay được cải tạo lại, dù được nhiều đối tượng được phỏng vấn nhắc đến một cách tích cực, không có tác động tích cực có ý nghĩa thống kê đối với lựa chọn của người dân khi chọn đến trạm y tế, thay vì đến các cơ sở y tế khác.

Vì tầm quan trọng của khả năng lãnh đạo và quản lý đối với thành công của trạm y tế, chúng tôi đề nghị rằng các chính sách quốc gia cần linh hoạt hơn trong các quy định về trạm y tế, nên có thưởng cho các sáng kiến của địa phương và nên xem xét để có được các mô hình trạm y tế khác nhau cho phù hợp với các khu vực khác nhau của Việt Nam (khu vực thành thị và ven đô thì khác với khu vực miền núi hay nông thôn).

Tại Việt Nam, có khoảng 11.000 trạm y tế ở xã, thị trấn và các phường (sau đây được gọi là trạm y tế) tạo thành hệ thống y tế cơ sở công lập. Trạm y tế cung cấp y tế dự phòng cơ bản, cũng như chẩn đoán ban đầu, điều trị, và chuyển tuyến đến bệnh viện công. Trạm y tế là một phần của chiến lược giảm quá tải ở bệnh viện ở tuyến trên, nhằm cải thiện sức khỏe của người dân và tăng cường nguồn nhân lực cho phát triển bền vững, chính phủ Việt Nam và các nhà tài trợ quốc tế đã đầu tư đáng kể vào các TYT, đặc biệt là ở nông thôn, bởi vì 2/3 dân số Việt Nam hiện đang sống ở nông thôn. Những yếu tố quan trọng khác của chiến lược này bao gồm bảo hiểm y tế toàn dân và việc áp dụng mô hình bác sĩ gia đình gần đây cho TYT.¹

Báo cáo này đánh giá tác động của các đầu tư vào TYT của tổ chức AP, chính phủ Việt Nam và các nhà tài trợ quốc tế khác. Chúng tôi thực hiện đánh giá này trên cơ sở điều tra lặp lại theo nhóm và một nghiên cứu lịch đại từ 2008 đến 2016 tại 12 xã ở ba tỉnh: Thái Nguyên ở phía bắc, Khánh Hòa ở vùng duyên hải miền trung và Vĩnh Long ở phía nam đồng bằng sông Cửu Long.

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy rằng đầu tư vào cơ sở vật chất và thiết bị, tăng cường năng lực chuyên môn, và trong việc cải thiện thái độ đối với bệnh nhân là rất hữu ích, nhưng chưa đủ, để cải thiện dịch vụ của TYT và sức khỏe cho dân chúng. Nghiên cứu cũng cho thấy tầm quan trọng của khả năng lãnh đạo và quản lý TYT. Từ góc độ chính sách, nghiên cứu của chúng tôi cho thấy sự cần thiết phải linh hoạt hơn trong mô hình TYT, cho phép có được nhiều sáng kiến địa phương hơn và cần có các mô hình TYT khác nhau, có tính đến yếu tố địa lý và nhân khẩu học của dân số địa phương.

I. TỔNG QUAN VÀ THIẾT KẾ NGHIÊN CỨU

1. Trạm y tế trong hệ thống y tế Việt Nam

Năm 2013, trong số 11.000 TYT tại Việt Nam, có khoảng 9.500 được đặt tại xã và thị trấn nơi có dân số trong khoảng từ 2.000 đến 15.000 người.² Trạm y tế cung cấp chăm sóc y tế dự phòng cơ bản, chẳng hạn như tiêm chủng cho tất cả trẻ em, chẩn đoán và điều trị ban đầu, chuyển tuyến lên bệnh viện công ở tuyến huyện hoặc tỉnh, và hộ sinh khi cần thiết. Trạm y tế cũng cung cấp thuốc bảo hiểm y tế và bán các loại thuốc khác.³

Mô hình y học gia đình đối với TYT của chính phủ Việt Nam gần đây là một phần trong chiến lược tăng cường khám chữa bệnh tại (Quyết định số 2348 / QĐ-TOT tháng 12/2016, xem Đào Thị Khánh Hòa 2017: 36-37). Hầu hết các TYT đều có từ 5 đến 9 nhân viên, và các mạng lưới nhân viên y tế ở cấp thôn/xóm (y tế thôn bản).⁴

¹ Ngày 27 tháng 10, năm 2015, thông tư số. 33/2015/TT-BYT của Bộ Y Tế nhấn mạnh rằng trạm y tế cần phải cung cấp nhiều dịch vụ đa dạng hơn, bao gồm khám, chữa bệnh, và phục hồi cho phù hợp với mức độ kỹ thuật và hoạt động chuyên môn được giao phó.

² Dân số của một xã có thể dưới 1000 người ở hải đảo hay vùng núi xa xôi, và có thể lên đến 20.000 người.

³ Vào những năm 1990, cùng với Sáng kiến Bamako, các tổ chức chính phủ và phi chính phủ quốc tế đã tài trợ thuốc cho một số trạm y tế nhằm tăng cường lượng thuốc phục vụ cho dân cư ở nông thôn. Số thuốc này ban đầu được phát miễn phí cho các TYT, và một TYT phải bán thuốc này và dùng tiền này để mua thuốc cho tủ thuốc của trạm.

⁴ Một xã ở nông thôn Việt Nam có nhiều thôn (“thôn”, có bản sắc xã hội của một tập thể, đối với vùng đồng bằng bắc hay trung bộ), hay gọi là bản (là “thôn” ở vùng cao), hay là ấp (“ấp”, là đơn vị hành chính, ở miền nam Việt Nam). Từ “thôn” hay “ấp” trong báo cáo này có thể dùng thay thế cho nhau.

Năm 2013, tại 12 xã được nghiên cứu, lương của nhân viên TYT, cộng với tiền thưởng khởi điểm từ 3,77 triệu đồng mỗi tháng (tương đương 178 USD, tương đương 2.134 USD mỗi năm), so với thu nhập bình quân đầu người hàng năm 904 USD ở nông thôn Việt Nam năm 2012 (Vietnam-GSO 2014: 202).⁵ Lương họ đã lên tới 245 USD mỗi tháng, tương đương 2.940 USD mỗi năm đối với nhân viên cao cấp của TYT.⁶ Một nhân viên thường trực 24/24 giờ được hưởng mức phụ cấp 25.000 đồng (1,18 USD) một phiên trực trong tuần và 32.500 đồng (1,53 USD) vào cuối tuần.⁷

Trong năm 2013-2014, nhiều nhân viên TYT trong nhóm được nghiên cứu tiếp tục được chính phủ cho phép cung cấp dịch vụ tư nhân ngoài giờ làm ở TYT để kiếm thêm thu nhập. Những dịch vụ này bao gồm từ việc bán thuốc đến sơ cứu, tiêm, truyền dịch và siêu âm. Trong khi những việc làm thêm này thường diễn ra ngoài giờ làm việc ở TYT, và tại nhà, thì năm 2013, người ta thấy nhân viên của một số TYT bán thuốc riêng của họ tại TYT hoặc đi làm muôn hoặc nghỉ việc sớm để làm tư, kiếm thu nhập thêm (xem thêm Ngân hàng Thế giới 2016: 48, 51-52, 62). Dịch vụ làm thêm này ở TYT và chất lượng dịch vụ của TYT thấp tạo thành một vòng luẩn quẩn, vì đôi khi khách hàng không thể nhận được dịch vụ mong muốn tại TYT do nhân viên y tế vắng mặt.

Đối với các nhiệm vụ bắt buộc cơ bản của chăm sóc phòng ngừa và chữa bệnh, trong năm 2013-2014, bên cạnh lương nhân viên và tiền thưởng, một TYT nhận được khoảng 20 triệu đồng (944 USD) mỗi năm cho chi phí hoạt động của mình, bao gồm điện nước và vật tư.⁸ TYT cũng nhận được một số chi phí từ bảo hiểm y tế Việt Nam⁹ mỗi quý cho các dịch vụ cho bệnh nhân ngoại trú dành cho người có bảo hiểm y tế. Ví dụ, trong năm 2013-2014, một TYT ở tỉnh Vĩnh Long ở phía nam về lý thuyết nhận được 4.000VND (0,19 USD) cho một dịch vụ như vậy (ví dụ: cấp thuốc bảo hiểm y tế, chẩn đoán ban đầu và chuyển tuyến đến bệnh viện huyện). Tuy nhiên, sau khi hạch toán chi phí trung tâm y tế huyện và khấu trừ cho nguồn cung cấp, số tiền giảm xuống trung bình còn khoảng sáu

⁵ Bắt đầu từ 2011, tiền thưởng của nhân viên y tế dao động từ 40% đến 70% lương đối với những nhân viên tham gia chăm sóc bệnh có nguy cơ cao, như làm việc với bệnh nhân HIV và lao phổi (Nghị định chính phủ số 56/2011/NĐ-CP). Ở tỉnh Khánh Hòa, tiền thưởng cho nhân viên y tế có bằng đại học phục vụ ở miền núi lên đến 100% lương của họ.

⁶ Vào năm 2008, khi chúng tôi tiến hành vòng 1 của nghiên cứu, lương chính của nhân viên trạm y tế khởi điểm là 1,58 triệu VND (100 USD) mỗi tháng. Con số này đã bao gồm lương và 25% tiền thưởng vì làm việc tại trạm y tế ở nông thôn (Thông tư chính phủ số 02/2006/TTLT-BYT-BNV-BTC). Vào thời điểm đó, lương cho một ca làm việc 24 tiếng trong ngành y là 10.000 VND (0,63 USD) trong tuần và 13.000 VND (0,82 USD) vào cuối tuần. Theo khảo sát về mức sống tiêu chuẩn của hộ gia đình, vào năm 2008, trung bình thu nhập mỗi đầu người ở nông thôn mỗi năm là 9.146.400 VND (552 USD) (GSO 2010: Table 5.1).

⁷ Lương cho mỗi ca làm việc 24 tiếng tăng lên 115.000 VND (5,43 USD) ở bệnh viện đặc biệt ở trung tâm (Nghị định chính phủ số 73/2011/QĐ-TTg).

⁸ Trạm y tế KH2 báo cáo đã nhận được 35 triệu đồng (1.652 USD) vào năm 2013 cho các chi phí hoạt động vì nó có một chi nhánh trong xã. Trong năm 2017, các quỹ hoạt động không phải lương cho trạm y tế bắt đầu thay đổi đáng kể hơn, quỹ này được xác định bởi các sở y tế và có thể thay đổi theo số lượng nhân viên trạm y tế hoặc với dân số xã (Thời báo tài chính trực tuyến ngày 16 tháng 8 năm 2017).

⁹ Chính phủ Việt Nam thành lập chương trình bảo hiểm y tế Việt Nam. Đăng ký tham gia hệ thống bảo hiểm y tế có các dạng sau:

1. Chính phủ tài trợ: phổ cập cho trẻ em dưới 6 tuổi và người già trên 80 tuổi, trợ cấp cho người dân được chính thức phân loại là hộ nghèo và cận nghèo và ở các xã dân tộc thiểu số và những người có công với Cách mạng Việt Nam.
2. Bắt buộc: đối với những người đang làm việc, thông qua người sử dụng lao động. Nếu đáp ứng điều kiện bảo hiểm y tế trong thời gian làm việc, thì khi về hưu cũng có bảo hiểm y tế.
3. Gần như bắt buộc: học sinh từ lớp một đến cao đẳng/đại học
4. Tự nguyện: kể từ năm 2015, chỉ bán cho toàn bộ hộ gia đình và không bán cho cá nhân.

xu Mỹ (32,5% của tiền mà bảo hiểm y tế trả cho TYT).¹⁰ Nhân viên TYT thường xuyên phàn nàn về việc phải làm rất nhiều giấy tờ để nhận được một số tiền rất nhỏ từ bảo hiểm y tế Việt Nam. Nhiều người nói rằng theo yêu cầu của chính phủ Việt Nam, họ chỉ cung cấp dịch vụ cho người có bảo hiểm y tế mà thôi. Nếu TYT cung cấp dịch vụ không được bảo hiểm chi trả ở cấp độ TYT, chẳng hạn như siêu âm, châm cứu hoặc hộ sinh hoặc dịch vụ ngoài giờ hành chính hoặc cho những người không có bảo hiểm y tế, TYT có thể giữ lại 100% thanh toán từ bệnh nhân.

Tỷ lệ người có bảo hiểm y tế quốc gia đã tăng từ 42% (năm 2008) lên 69% (năm 2013) và 81,7% (năm 2016) (xem Hình 1). Trong 12 xã được nghiên cứu, tỷ lệ tăng khiêm tốn từ 61,4% trong giai đoạn 2008-09 đến 67,7% trong giai đoạn 2013-2014. Tỷ lệ bao phủ bảo hiểm cao hơn trong các cộng đồng này trong giai đoạn 2008-09 phản ánh thực tế là 4/12 xã được nghiên cứu thuộc khu vực miền núi, có nhiều dân tộc thiểu số, nên họ được chính phủ bao cấp về bảo hiểm y tế. Chính phủ Việt Nam đặt mục tiêu phổ cập bảo hiểm y tế toàn dân.

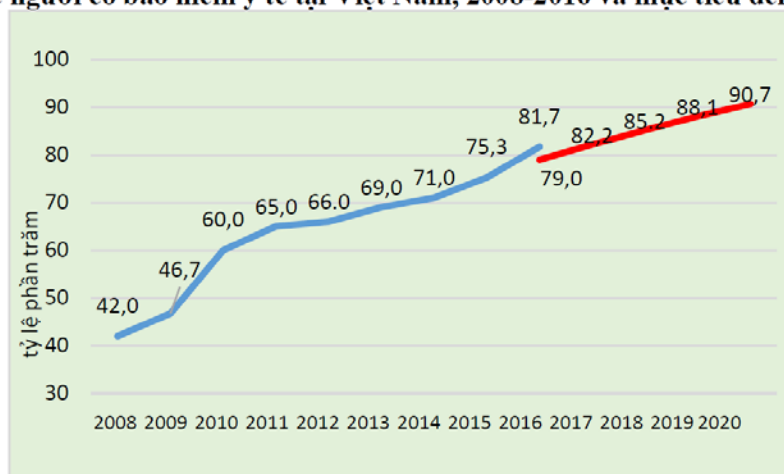
Người có bảo hiểm y tế phải đăng ký tại bất kỳ TYT xã/phường nào hoặc tại một bệnh viện huyện. Trong hầu hết thời gian nghiên cứu của chúng tôi, người có bảo hiểm phải bắt đầu khám chữa bệnh từ cơ sở họ đã đăng ký để nhận được đầy đủ lợi ích bảo hiểm. Một số lượng khá lớn người có bảo hiểm đã chọn trả tiền túi vì họ tin rằng thuốc của bảo hiểm chi trả có chất lượng kém hơn hoặc không có sẵn (vào cuối tháng), hoặc tại các cơ sở nơi họ không đăng ký, thiết bị tốt hơn hoặc nhân viên y tế có chuyên môn cao hơn (Đặng Nguyên Anh, Nguyễn Đức Vinh, Nghiêm Thị Thủy 2017). (Theo quy định của bảo hiểm, số lượng loại thuốc bảo hiểm có tại TYT lệ thuộc vào việc TYT đó có bác sĩ trong đội ngũ nhân viên hay không.)

Kể từ 1 tháng 1 năm 2016, những người có bảo hiểm y tế có thể đến bất kỳ TYT hoặc bệnh viện huyện nào trong tỉnh mình ở (chính sách thông tuyến).¹¹ Kết quả là một số bệnh nhân bỏ qua TYT vì họ tin rằng bệnh viện huyện có sẵn thuốc hơn và chuyên môn tốt hơn. Tỷ lệ bệnh nhân bảo hiểm đến TYT giảm từ 28,3% năm 2014 đến 19,9% năm 2017, theo thống kê chính thức (Thùy Linh 2018).

¹⁰ Trong năm 2013-2014, thanh toán bảo hiểm y tế cho các dịch vụ tại trạm y tế thay đổi từ tỉnh này sang tỉnh khác, vì nó do chính quyền tỉnh quyết định. Số tiền là 3.000 đồng ở tỉnh phía bắc Thái Nguyên, 5.000 đồng ở miền duyên hải miền trung tỉnh Khánh Hòa, và 4.000 đồng ở tỉnh Vĩnh Long. Vào năm 2016, khoản bồi thường từ bảo hiểm y tế Việt Nam cho trạm y tế đã tăng lên 7.000 đồng (0,31 USD) mỗi dịch vụ. Năm 2018, vì có chính sách của Chính phủ Việt Nam về chi phí toàn bộ cho chăm sóc sức khỏe, tỷ lệ này tăng lên 23.300 đồng (1,05USD) cho mỗi dịch vụ tại trạm y tế ở các tỉnh đã triển khai chương trình này. Tuy nhiên, vì những chi phí toàn bộ này được cho là cuối cùng sẽ dùng để trả lương cho nhân viên, chính sách này có thể dẫn đến khó khăn cho các trạm y tế nhỏ, có số lượng bệnh nhân ít, vì tổng số tiền thanh toán cho trạm y tế có thể không đủ để trả lương cho nhân viên. Tuy nhiên, nó có thể có lợi cho các trạm y tế có số lượng bệnh nhân lớn và một đội ngũ nhân viên nhỏ (Thời báo tài chính trực tuyến ngày 16 tháng 8 năm 2017).

¹¹ Theo kế hoạch của chính phủ, phù hợp với luật bảo hiểm y tế năm 2014, thì trong năm 2020, người có bảo hiểm y tế có thể tự mình đến bất kỳ trạm y tế hoặc bệnh viện nào trong tỉnh của họ.

Hình 1. Tỷ lệ người có bảo hiểm y tế tại Việt Nam, 2008-2016 và mục tiêu đến năm 2020



Nguồn: Đăng Nguyên Anh, Nguyễn Đức Vinh và Nghiêm Thị Thủy 2017: 2

2. Đầu tư vào trạm y tế

Cả chính phủ Việt Nam lẫn các nhà tài trợ quốc tế đều ưu tiên cao cho chăm sóc sức khỏe, để tăng cường nguồn nhân lực cho sự phát triển. Trong số các nhà tài trợ quốc tế, tổ chức The Atlantic Philanthropies là tổ chức phi chính phủ quốc tế hàng đầu, có được các chương trình có hệ thống và đầu tư quan trọng vào lĩnh vực y tế. Nhiều đầu tư của tổ chức AP, của các nhà tài trợ khác và của chính phủ Việt Nam nhằm vào TYT ở nông thôn Việt Nam, nơi 2/3 dân số Việt Nam sinh sống. Những đầu tư này không chỉ dưới dạng cung cấp các cơ sở và thiết bị, mà còn giúp tăng cường chuyên môn của nhân viên y tế và thể hiện thái độ chuyên nghiệp thông qua các chương trình đào tạo.

Từ 1999 đến 2013, tổ chức AP đã cung cấp 382 triệu USD cho các chương trình khác nhau tại Việt Nam, trong số đó 100 triệu USD đã đầu tư giáo dục đại học và khoảng 280 triệu USD đã đầu tư vào lĩnh vực y tế (Parker 2013: 3).¹² Từ 2004 đến 2013, tổ chức AP thực hiện các chương trình tăng cường sức khỏe ban đầu, bắt đầu với việc xây dựng các nhà TYT và cung cấp thiết bị y tế kỹ thuật cao để tăng cường cơ sở hạ tầng vật chất của TYT. Có tổng số 477 TYT trong 7 tỉnh ở Việt Nam và thành phố Đà Nẵng được xây lại hoặc nâng cấp bằng nguồn vốn của tổ chức AP (tham khảo Hoàng 2018: 22).¹³ Một nhà TYT điển hình do tổ chức AP tài trợ có hai tầng và 14 phòng. Trong số 12 TYT tham gia nghiên cứu này, có thiết bị kỹ thuật cao do tổ chức AP tài trợ, bao gồm máy siêu âm 2D đen trắng (ở 6/12 TYT), máy điện tâm đồ (ở 10/12 TYT), máy phân tích huyết học (ở 2/12 TYT), máy ly tâm máu (ở 3/12 TYT), thiết bị xét nghiệm máu (ở 2/12 TYT) và thiết bị xét nghiệm tiểu đường hoặc nước tiểu máy phân tích (ở 7/12 TYT).¹⁴

¹² Tài trợ của tổ chức AP bao gồm các khoản tài trợ cho các trường đại học và các tổ chức nước ngoài hoạt động tại Việt Nam, cũng như cơ quan Việt Nam. Theo báo cáo kết thúc đã có 259 triệu USD từ tổ chức AP trong giai đoạn 1999-2013 (Đôn Tuấn Phong 2018: 187).

¹³ Có tổng số 448/477 nhà trạm y tế do tổ chức AP tài trợ này ở các tỉnh chủ yếu là nông thôn. Nó chiếm khoảng 4,5% số trạm y tế ở nông thôn Việt Nam.

¹⁴ Các nguồn tài trợ khác cung cấp thiết bị xét nghiệm máu và tiểu đường tương ứng cho 5/12 và 2/12 trạm được chọn cho nghiên cứu của chúng tôi.

Hình 2. Nội thất của trạm y tế xã trước và sau đầu tư



Tổ chức AP cũng tài trợ các chương trình về sức khỏe bà mẹ và trẻ em. Ví dụ: chương trình của tổ chức Marie Stopes International (MSI) nhằm cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản và kế hoạch hóa gia đình có chất lượng tốt và hướng đến cộng đồng. Nó bao gồm phòng tư vấn “Tình Chị Em” tại TYT, đào tạo nhân viên về sức khỏe sinh sản, chất lượng dịch vụ và tiếp thị xã hội. Chương trình “Tình Chị Em” của tổ chức Marie Stopes International tại các xã TN1 và KH1 cung cấp sức khỏe sinh sản và các sản phẩm và dịch vụ kế hoạch hóa gia đình thu phí. Trong khi chương trình “Tình Chị Em” do tổ chức AP tác động ở xã VL3 thì do Liên Minh Châu Âu tài trợ, hoạt động với nguyên tắc tương tự, nhưng trong thực tế, nó khác biệt đáng kể so với các chương trình ở 2 xã TN1 và KH1 vì nó cung cấp 1.300 phiếu sử dụng các dịch vụ sức khỏe sinh sản miễn phí cho phụ nữ đã kết hôn từ 15 đến 49 tuổi, cũng như trợ cấp một khoản nhỏ chi phí đi đến TYT để sử dụng các dịch vụ của tổ chức MSI. Những phiếu sử dụng dịch vụ y tế của chương trình “Tình Chị Em” miễn phí ở xã VL3 có hiệu lực từ tháng 1 năm 2011 đến tháng 4 năm 2012.

Chương trình Save the Children (SC) nhằm cung cấp dịch vụ chăm sóc chất lượng cao cho các bà mẹ và trẻ sơ sinh liên thông từ nhà đến bệnh viện. Với các khoản đầu tư ở tất cả các cấp, từ thôn bản, hoặc làng, đến TYT, và đến các bệnh viện huyện và tỉnh, chương trình này bao gồm các thành phần sau: đơn vị chăm sóc trẻ sơ sinh tại bệnh viện tuyến huyện; thiết bị thiết yếu; đào tạo về chăm sóc thiết yếu cho trẻ sơ sinh và chăm sóc sản khoa khẩn cấp; đào tạo truyền thông về thay đổi hành vi cho nhân viên y tế thôn bản và nhân viên TYT; và hỗ trợ nhân viên y tế thôn bản tiếp cận với các hộ gia đình.

Hình 3. Nội thất của trạm y tế trước và sau khi đầu tư, phòng dịch vụ sức khỏe sinh sản, mang tên “Tình Chị Em”



Tổ chức AP cũng tài trợ cho chương trình đào tạo bác sĩ gia đình. Chương trình này nhằm mục đích phát triển một mô hình đào tạo y tế phục vụ gia đình (a model for family medicine training), cũng như xây dựng hệ thống chăm sóc sức khỏe ban đầu theo nguyên lý y học gia đình, có thông tin liên lạc giữa TYT và tuyến trên. Sau khi được đào tạo, bác sĩ gia đình sẽ làm việc tại TYT, đồng thời tư vấn và điều trị cho bệnh nhân, hoặc giới thiệu họ đến các cơ sở y tế khác. Bệnh nhân sẽ được giới thiệu trở lại bác sĩ sau khi điều trị ở các cơ sở y tế khác và bác sĩ sẽ tiếp tục theo dõi sức khỏe của bệnh nhân và quản lý hồ sơ y bạ của bệnh nhân. Máy tính và chương trình phần mềm được cung cấp để tạo điều kiện quản lý thông tin điều trị y tế ở cấp cơ sở và để cải thiện chăm sóc bệnh nhân.

Những tài trợ và đầu tư của tổ chức AP đã giúp cho các TYT ở 7 tỉnh và thành phố Đà Nẵng. Trong số ba tỉnh được nghiên cứu, tỉnh Khánh Hòa bắt đầu sớm hơn (2004-2012), tiếp theo là tài trợ và đầu tư vào Thái Nguyên (bắt đầu từ năm 2008) và tỉnh Vĩnh Long (2009-2013). Sự hỗ trợ tài chính và các chương trình mới được tổ chức AP và các nhà tài trợ khác hỗ trợ tại các TYT ở 12 xã được nghiên cứu đã được nêu tóm tắt trong Bảng 1. Trong phân tích của chúng tôi, điểm số được cho mỗi đầu tư như sau: 0 điểm khi không được đầu tư; 0,5 điểm khi được đầu tư một phần và 1 điểm khi được đầu tư toàn phần. Điểm số cho mỗi xã dựa trên dữ liệu phỏng vấn và quan sát đối tượng tham gia do nhóm nghiên cứu trường hợp thu thập được. Để phân tích các đầu tư và tác dụng của chúng, 12 xã được điều tra được chia thành 2 nhóm: nhóm **đầu tư nhiều**, bao gồm 6 xã (tên được tô màu đỏ) nhận được sự đầu tư nhiều hơn (có ít nhất 4 điểm); và nhóm **đầu tư ít**, bao gồm 6 xã (tên được tô màu đen) nhận được đầu tư ít hơn (dưới 4 điểm).

Bảng 1. Đánh giá mức độ đầu tư vào trạm y tế trong thời gian 2013-2014

Đầu tư bởi AP, các nhà tài trợ khác và chính phủ VN	Thái Nguyên				Khánh Hòa				Vĩnh Long			
	TN1	TN2	TN3	TN4	KH1	KH2	KH3	KH4	VL1	VL2	VL3	VL4
1. Xây nhà TYT và cung cấp thiết bị thiết yếu	0,5	0,5	0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0
2. Thiết bị kỹ thuật cao, xét nghiệm và đào tạo bồi dưỡng	0,5	0,5	0,5	1,0	1,0	0,5	0,0	0,0	1,0	1,0	1,0	1,0
3. Chăm sóc từ Nhà đến Bệnh viện cho bà mẹ và trẻ sơ sinh (tổ chức Save the Children)	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	0,0	0,0
4. Tiếp thị xã hội “Tình chị em”: Chăm sóc sức khỏe sinh sản/Kế hoạch hóa gia đình (tổ chức MSI)	1,0	0,0	0,0	0,0	1,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	1,0	0,0
5. Hệ thống quản lý thông tin y tế	1,0	1,0	1,0	1,0	0,5	0,5	0,5	0,5	1,0	1,0	1,0	1,0
6. Đào tạo bồi dưỡng bác sĩ gia đình	0,0	0,0	0,0	0,0	1,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Tổng (điểm)	4,0	3,0	2,5	4,0	5,5	3,0	2,5	2,5	4,0	4,0	4,0	3,0

Nguồn: Dữ liệu của Nhóm nghiên cứu trường hợp từ 12 xã được điều tra

Từ 2008-2009 đến 2013-2014, dân số trong 12 xã được nghiên cứu không chỉ được hưởng lợi từ các cơ sở và dịch vụ TYT được cải thiện, nhưng còn nhờ vào sự gia tăng của các cơ sở y tế tư nhân ở các

xã của họ (Bảng 2).¹⁵ Họ cũng được tiếp cận tốt hơn với các cơ sở y tế khác ở cấp huyện và cấp tỉnh nhờ các phương tiện giao thông công cộng và tư nhân được cải thiện, đường sá tốt hơn, và thu nhập hộ gia đình nói chung cao hơn. Nói cách khác, vào 2013-2014, khách hàng của hệ thống y tế tại Việt Nam có nhiều lựa chọn hơn giữa các cơ sở y tế công cộng và tư nhân, không chỉ trong phạm vi địa phương của họ, mà còn ở xa hơn. Ví dụ, với thu nhập cao hơn, ít con cái hơn và giao thông tốt hơn, ngày càng nhiều hộ gia đình nông thôn hơn muốn sinh con ở các cơ sở y tế mà nhân viên có chuyên môn sản khoa giỏi. Nhiều hộ gia đình sẵn sàng trả nhiều tiền hơn cho các dịch vụ như vậy và ít bằng lòng chấp nhận mức độ dịch vụ nữ hộ sinh tại TYT. Chọn lựa của nhiều khách hàng có kinh tế khá giả và các thành viên của gia đình họ về chất lượng dịch vụ cao đã dẫn đến tình trạng quá tải nghiêm trọng tại bệnh viện huyện, tỉnh và đặc biệt là bệnh viện trung ương. Trong bối cảnh này, để giảm quá tải bệnh nhân ở tuyến trên, Chính phủ Việt Nam ngày càng chú ý đến tiềm năng khám chữa bệnh tại TYT và mô hình bác sĩ gia đình, bên cạnh các loại thuốc phòng bệnh mà TYT cung cấp.

Bảng 2. Số lượng các cơ sở y tế tư nhân (bao gồm cả các nhà thuốc) ở các xã được điều tra

Xã	Thuốc tây 2008-09	Thuốc tây 2013-14	Khác biệt về thuốc tây 2008-09 và 2013-14	Thuốc nam 2008-09	Thuốc nam 2013-14	Khác biệt về thuốc nam 2008-09 và 2013-14
TN1	4	19	6	6	8	2
TN2	7	7	0	8	8	0
TN3	9	11	2	7	8	1
TN4	1	3	2	3	3	0
KH1	2	5	3	3	3	0
KH2	14	15	1	3	3	0
KH3	3	3	0	1	1	0
KH4	7	7	0	0	0	0
VL1	6	12	6	2	3	1
VL2	5	13	8	11	10	-1
VL3	7	14	7	4	4	0
VL4	2	2	0	2	2	0

Nguồn: Dữ liệu của nhóm nghiên cứu trường hợp từ 12 xã được điều tra

3. Thiết kế nghiên cứu để đánh giá tác động đầu tư

Từ 2008 đến 2016, Hội đồng Khoa học Xã hội (SSRC) và Viện Hàn lâm Khoa học Xã hội Việt Nam (VASS) đã tiến hành một nghiên cứu lịch đại và một điều tra hộ gia đình để đánh giá hiệu quả đầu tư vào TYT. Bằng cách so sánh các thay đổi ở TYT, sức khỏe của người dân địa phương và chọn lựa của khách hàng về cơ sở y tế ít nhất trong nửa thập kỷ, và có chú ý nhiều đến sự khác biệt lớn về hiệu suất giữa các TYT có các khoản đầu tư như nhau, nghiên cứu tìm hiểu ảnh hưởng của đầu tư vào TYT đối với lựa chọn cơ sở y tế để điều trị của khách hàng khi họ bị bệnh mãn tính và cấp tính, cũng như những yếu tố nào khác, ngoài những đầu tư này đã tạo ra sự khác biệt quan trọng đối với kết quả hoạt động của TYT và khả năng thu hút khách hàng.

¹⁵ Những dữ liệu này được thu thập cẩn thận trong mỗi cộng đồng bởi nhóm nghiên cứu. Bốn xã không có sự phát triển của các nhà cung cấp thuốc Tây (TN2, KH3, KH4 và VL4) đều gần với tỉnh lỵ hoặc các quận huyện có nhiều nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc y tế.

Chúng tôi đã thực hiện một nghiên cứu cơ sở vào năm 2008-2009 (Vòng 1 hoặc R1) và nghiên cứu tiếp theo trong 2013-2014 (Vòng 2 hoặc R2), tại ba tỉnh Thái Nguyên, Khánh Hoà và Vĩnh Long (4 xã ở mỗi tỉnh và tổng số là 12 xã). Trong mỗi tỉnh, có 2 huyện được chọn, một huyện có tỷ lệ nghèo cao hơn hẳn mức trung bình của tỉnh và huyện còn lại có tỷ lệ nghèo dưới mức trung bình của tỉnh; trong mỗi huyện, hai xã được chọn.¹⁶ Một nửa số xã có địa hình đồi hoặc núi. Ở 4/12 xã này, có 26% đến 62% hộ gia đình địa phương được phân loại là dân tộc thiểu số. Chúng tôi đã sử dụng kết hợp các phương pháp khác nhau để thu thập dữ liệu:

- Điều tra hộ gia đình: Ở vòng 1, một cuộc điều tra đã được thực hiện với 3.600 hộ gia đình ở Thái Nguyên, Khánh Hòa và Vĩnh Long, ở mỗi xã có 300 hộ gia đình được chọn bằng phương pháp chọn mẫu xác suất. Năm 2013-2014, điều tra lại các hộ ở vòng 1 (panel study) (vòng 2 hoặc R2) bao gồm 3.921 hộ gia đình (có cả 2.979 hộ gia đình được điều tra tại Vòng 1, cũng như tự động thêm các hộ gia đình tách ra khỏi các hộ gia đình được điều tra bởi Vòng 1 và cư trú trong các cộng đồng nghiên cứu).
- Phỏng vấn sâu các hộ gia đình có người bệnh: Ở Vòng 1, ở mỗi xã, 30 các hộ gia đình có thành viên gần đây mắc bệnh cấp tính hoặc mãn tính đã được chọn để phỏng vấn sâu, một nửa có kinh tế khá giả và một nửa nghèo hơn. Trong Vòng 2, chúng tôi đã sử dụng cùng một phương pháp chọn mẫu hạn ngạch, ưu tiên những hộ gia đình đã được phỏng vấn ở Vòng 1, nhưng chúng tôi đã mở rộng mẫu phỏng vấn cho 525 hộ gia đình vì 2 lý do. Thứ nhất, chúng tôi thêm 72 bà mẹ đã sinh con trong 24 tháng trước (6 trường hợp ở mỗi xã). Chúng tôi cũng đã thêm một số hộ đã được phỏng vấn Vòng 1 và họ không bị bệnh cấp tính hoặc mãn tính trong 12 tháng trước nghiên cứu Vòng 2.
- Phỏng vấn khách hàng sau khi sử dụng dịch vụ y tế ở TYT (client exit interview): Chúng tôi đã thực hiện điều tra khách hàng ngay khi họ ra khỏi TYT hoặc nơi khác trong cả hai vòng (720 người ở vòng 1, gọi là R1 và 1.055 người ở Vòng 2, gọi là R2) để có được thông tin mới mẻ về sự hài lòng của bệnh nhân với TYT và các cơ sở y tế khác (alternative providers)
- Điều tra cơ sở vật chất của tất cả TYT và một phòng khám đa khoa công cộng ở trong địa bàn của xã được nghiên cứu và hoạt động như một TYT thứ hai trong xã này, với thông tin bao quát về cơ sở hạ tầng, thiết bị, các loại thuốc có sẵn, về nhân viên (đào tạo, chuyên môn, v.v.). (Trong phân tích dữ liệu điều tra của chúng tôi, những người đến phòng khám đa khoa này được xem như là người đã đến TYT.)
- Sau một nghiên cứu trường hợp thí điểm về TYT và các cơ sở y tế khác ở hai xã năm 2011 tại tỉnh Khánh Hòa, phương pháp nghiên cứu trường hợp đã được sử dụng ở cả 12 TYT xã năm 2013-2014. Nhóm nghiên cứu trường hợp đã tiến hành nghiên cứu tất cả 12 TYT thông qua quan sát tham gia và phỏng vấn tại TYT, cũng như tại một số cơ sở y tế tư nhân được chọn trong 12 xã được nghiên cứu. Nhóm nghiên cứu trường hợp cũng thực hiện các cuộc phỏng vấn với chính quyền địa phương, các cán bộ, nhân viên y tế thôn bản, và với các nhà quản lý trên cấp xã trong ngành y tế. Do chính phủ Việt Nam thực hiện chính sách có quyền

¹⁶ Hai xã ở mỗi huyện được chọn bằng cách lấy mẫu phân nhóm ngẫu nhiên dựa trên tỷ lệ nghèo và khoảng cách đến đường cao tốc và đến trung tâm y tế huyện.

tự lựa chọn cho người có bảo hiểm y tế ở cấp huyện và cấp xã (chính sách thông tuyến) vào tháng 1 năm 2016 (Thông tư số 37/2014 / TT-BYT), nhóm nghiên cứu trường hợp đã đến thăm lại 4 TYT, 2 trạm ở miền bắc (1 TYT được đầu tư nhiều hơn và 1 TYT được đầu tư ít hơn) và 2 TYT ở phía nam (1 TYT được đầu tư nhiều hơn và 1TYT được đầu tư ít hơn) trong quý cuối năm 2016 để đánh giá tác động của chính sách này đối với TYT. Nhóm nghiên cứu cũng đã tiến hành phỏng vấn qua điện thoại với nhân viên tại một TYT được đầu tư nhiều hơn tại Khánh Hòa về tác động của chính sách thông tuyến đối với dòng khách hàng đến trạm y tế.

II. TÁC ĐỘNG CỦA ĐẦU TƯ VÀO TRẠM Y TẾ

Các đầu tư vào trạm y tế đã tăng cường khả năng trạm y tế trong việc cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe tốt hơn, đặc biệt cho những người dân thiệt thòi ở địa phương. Người dân ở các xã được đầu tư nhiều hơn tự đánh giá sức khỏe tốt hơn so với những người ở các xã ít được đầu tư hơn.

Tuy nhiên, không phải tất cả đầu tư đều có hiệu quả như nhau. Không phải tất cả những TYT được đầu tư nhiều hơn có thể sử dụng hiệu quả các đầu tư của các nhà tài trợ quốc tế và chính phủ Việt Nam. Một trường hợp phân tích sâu cho thấy rằng trong số các yếu tố bổ sung ở nơi làm việc, thì kỹ năng lãnh đạo và quản lý đóng vai trò chủ yếu tạo nên sự khác biệt lớn trong hiệu suất giữa các TYT ở các xã được đầu tư nhiều hơn.

1. Cải thiện chăm sóc y tế dự phòng và sức khỏe tự đánh giá ở các xã được đầu tư nhiều hơn

a. Y tế dự phòng: Tác động các đầu tư của tổ chức AP đối với chăm sóc trước sinh

Chúng tôi đánh giá tác động đầu tư của tổ chức AP (MSI, SC hoặc chương trình thiết bị) hoặc các đầu tư tương tự vào việc chăm sóc trước sinh bằng cách so sánh sự gia tăng tỷ lệ phụ nữ dùng chất bổ sung sắt trong tối thiểu ba tháng thai kỳ giữa hai vòng nghiên cứu, và bằng cách so sánh thêm hành vi của phụ nữ mang thai ở các xã có thực hiện ít nhất một trong ba đầu tư đó đối với sức khỏe bà mẹ và trẻ em trước khi sinh với các đối tượng tương tự ở các xã không được đầu tư hay các xã chỉ được đầu tư sau khi sinh.¹⁷ Nói cách khác, trong cùng một xã, hành vi chăm sóc trước sinh trước khi đầu tư và hành vi đó của một phụ nữ khác sau khi được đầu tư được đưa ra thành hai nhóm khác nhau: nhóm không được đầu tư và nhóm có được đầu tư.

Bảng 3 cho thấy trong nhóm được đầu tư, tỷ lệ phụ nữ mang thai dùng viên sắt trong ít nhất ba tháng khi mang thai tăng điểm từ 22,7% trong năm 2008-09 đến 63,7% trong năm 2013-2014 (tăng 41%). Nhóm không được đầu tư, chỉ tăng được 21,3% (từ 49,8% lên 71,1%). Sự khác biệt về sự gia tăng

¹⁷ Nguyễn Hữu Minh và cộng sự đã tiến hành một phân tích tương tự liên quan đến phụ nữ mang thai có ít nhất bốn lần khám thai (xem Bảng A1 trong Phụ lục A). (WHO và UNICEF khuyến nghị mỗi phụ nữ mang thai khám thai ít nhất bốn lần, trong khi đó Bộ Y Tế Việt Nam khuyến nghị ba lần (xem Nguyễn Hữu Minh, Trần Quý Long và Trần Thị Hồng 2017: 62-63). Trong nhóm có đầu tư, tỷ lệ phụ nữ có ít nhất bốn lần khám thai đã tăng 43,7 điểm phần trăm, từ 16,3% năm 2008-09 lên 61% năm 2013-2014. Trong nhóm không có đầu tư, sự thay đổi này cùng kỳ có 25,7 điểm phần trăm (tăng từ 38,4 % đến 64,1%). Sự khác biệt giữa mức tăng của hai nhóm là 18 điểm phần trăm (43,7% - 25,7%). Tuy nhiên, phân tích hồi quy cho thấy sự thay đổi hành vi chăm sóc tiền sản này ở phụ nữ mang thai là do có thu nhập cao hơn và sự sẵn có của máy siêu âm tại các cơ sở chăm sóc sức khỏe tư nhân, chứ không phải từ các chương trình do tổ chức AP tài trợ (Nguyễn Hữu Minh và cộng sự 2017: 69).

của hai nhóm là 19,7 điểm phần trăm (percentage points) (41% so với 21,3%). (Trong thuật ngữ khoa học xã hội kỹ thuật, điều này được gọi là khác biệt trong khác biệt (Difference-in-Difference (DD)), khác biệt giữa thời gian 1 và thời gian 2 trong nhóm 1, trừ đi sự khác biệt giữa thời gian 1 và thời gian 2 trong nhóm 2.)

Bảng 3. Sự khác biệt giữa hai vòng về tỷ lệ phần trăm phụ nữ mang thai từ 15-49 tuổi có bổ sung chất sắt, dựa trên đầu tư vào sức khỏe bà mẹ và trẻ em

	Không đầu tư			Có đầu tư			DD (Có đầu tư-Không đầu tư)
	R1	R2	R2-R1	R1	R2	R2-R1	
Uống bổ sung chất sắt ít nhất 3 tháng	49,8	71,1	21,3	22,7	63,7	41,0	18,7

Nguồn: Nguyễn Hữu Minh, Trần Quý Long, và Trần Thị Hồng 2017: 72

Phân tích hồi quy, nhằm kiểm soát ảnh hưởng của các biến quan trọng khác chẳng hạn như mức sống, học vấn của bà mẹ và nghề nghiệp đối với về hành vi được phân tích, cho thấy rằng chương trình MSI do tổ chức AP tài trợ (hoặc một chương trình tương tự khác của nhà tài trợ khác) có tác động có ý nghĩa thống kê đối với hành vi chăm sóc trước sinh của việc uống viên sắt trong ít nhất ba tháng trong thời kỳ mang thai (Nguyễn Hữu Minh, Trần Quý Long, và Trần Thị Hồng 2017: 70).¹⁸ Nguyễn Hữu Minh và cộng sự phân tích các cuộc phỏng vấn sâu cho thấy các chương trình sức khỏe sinh sản có một thành phần tiếp cận cộng đồng, được tài trợ bởi tổ chức AP và các nhà tài trợ khác, đã cung cấp cho nhiều phụ nữ mang thai những kiến thức cần thiết về chăm sóc trước sinh và sau sinh. Chương trình MSI (hoặc một chương trình tương tự của nhà tài trợ khác) đã góp phần cải thiện việc chăm sóc phòng bệnh cho bà mẹ mang thai (xem thêm Nguyễn Hữu Minh, Trần Quý Long, và Trần Thị Hồng 2017: 68-71).

b. Thay đổi tự đánh giá sức khỏe

Tỷ lệ những người được điều tra cho biết sức khỏe họ tốt hơn ở các xã được đầu tư nhiều hơn cao hơn so với ở các xã được đầu tư ít hơn (Tanur 2017). Nhìn chung, như chúng ta có thể thấy trong Hình 4, tự đánh giá sức khỏe tăng đáng kể ở các xã được đầu tư nhiều hơn ($p < 0,01$) và giảm nhẹ (nhưng không có ý nghĩa thống kê) ở các xã được đầu tư ít hơn.¹⁹ Phân tích dựa trên giới tính, mức sống, và dân tộc (xem Hình 5) cho thấy rằng, không có thay đổi nào có ý nghĩa thống kê về tự đánh giá sức khỏe ở các xã được đầu tư ít hơn và ở các xã được đầu tư nhiều hơn, thì có thay đổi có ý nghĩa thống kê đối với nữ, người có kinh tế khá giả,²⁰ và đối với cả người Kinh (dân tộc Việt) lẫn

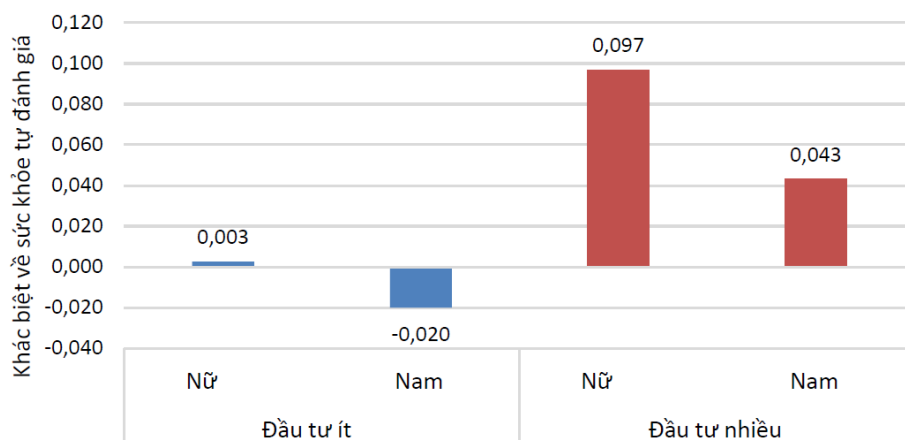
¹⁸ Phân tích hồi quy tương tự của Nguyễn Hữu Minh và cộng sự cho thấy Tổ chức Save the Children (SC) và các chương trình thiết bị công nghệ cao tại trạm y tế không có tác động đáng kể về mặt thống kê đối với hành vi chăm sóc trước sinh của phụ nữ mang thai.

¹⁹ Chúng tôi đã yêu cầu đối tượng được điều tra (respondents) đánh giá sức khỏe của chính mình theo thang đo có năm điểm từ 1 đến 5 (5-point scale), trong đó 1 là khỏe mạnh nhất và 5 là ít khỏe mạnh nhất. Chúng tôi đã đảo ngược thang đo trong phân tích để những con số cao hơn thể hiện sức khỏe tự báo cáo tốt hơn. Tài liệu nghiên cứu cho thấy việc tự đánh giá như vậy tương quan khá cao với các biện pháp khách quan về sức tình trạng sức khỏe (Tanur 2017).

²⁰ Để phân tích sức khỏe tự đánh giá theo tình trạng kinh tế xã hội, phương pháp thành phần chính (phân tích nhân tố) được sử dụng để có được chỉ số tình trạng kinh tế xã hội (SES), dựa trên các câu hỏi khảo sát hộ gia đình về điều kiện nhà ở (biệt thự, nhà thường trú, bán trú, hay tạm thời), nguồn nước, loại nhà vệ sinh và 16 tài sản trong gia đình (TV, đầu đĩa video / DVD, radio, máy tính, điện thoại, tủ lạnh, điều hòa, máy giặt, máy nước nóng, máy bơm nước, máy xay xát gạo, xe máy, xe đạp, ô tô / xe tải, và thuyền). Dựa trên giá trị của chỉ số, Tanur chia các hộ gia đình thành 2 nhóm: nhóm

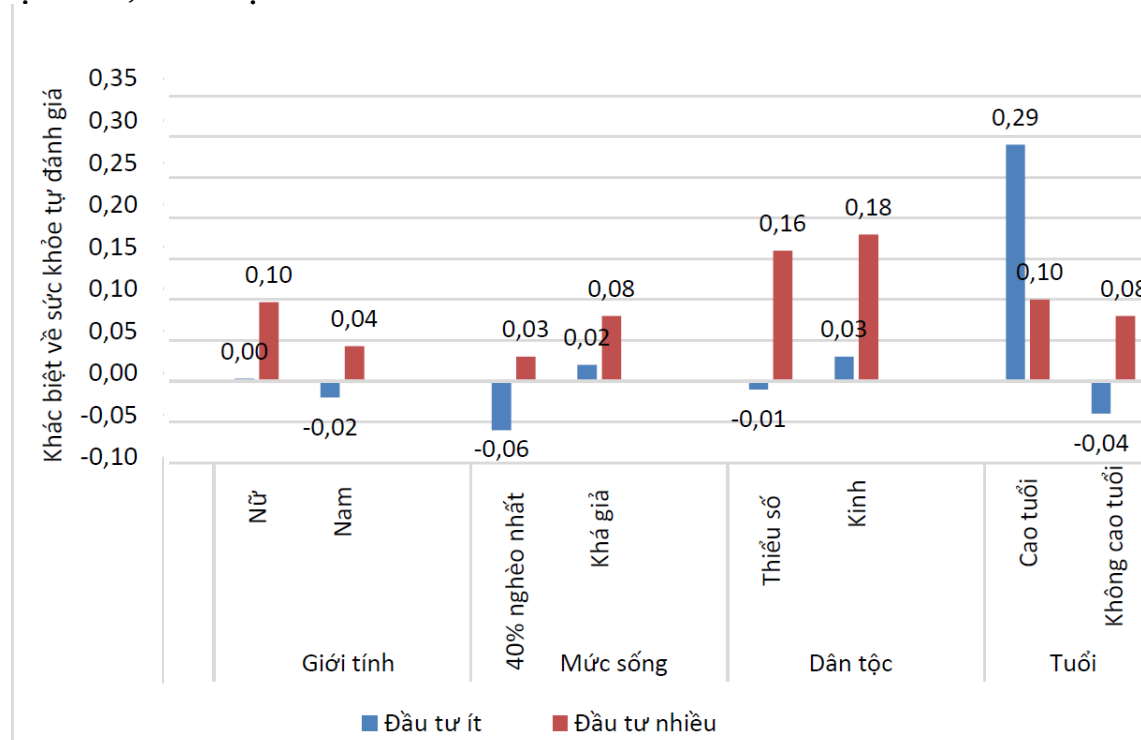
dân tộc thiểu số. (Bất thường là ở chỗ tỷ lệ người cao tuổi có tự đánh giá sức khỏe cao hơn ở các xã được đầu tư ít hơn so với các xã được đầu tư nhiều hơn).

Hình 4. Cải thiện tình trạng sức khỏe tự báo cáo trong giai đoạn 2008-09 và 2013-2014 dựa trên mức độ đầu tư cho xã



Nguồn: Tanur 2017

Hình 5. Thay đổi về tự đánh giá sức khỏe giữa 2008-09 và 2013-2014 dựa trên giới tính, điều kiện kinh tế, dân tộc và tuổi, và mức độ đầu tư



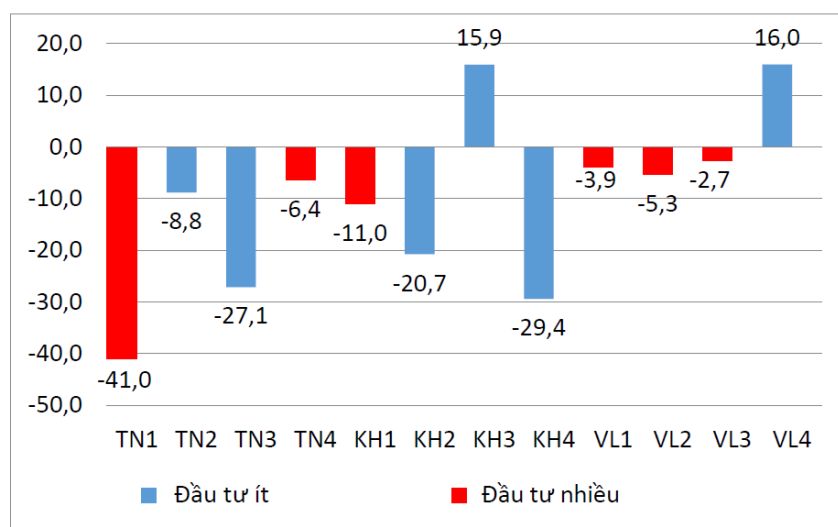
Nguồn: Tanur 2017

40% nghèo nhất theo Chi số về mức sống và nhóm gia đình khá giả để phân tích những thay đổi trong sức khỏe tự đánh giá.

2. Vai trò của trạm y tế trong việc chăm sóc sức khỏe ở nông thôn

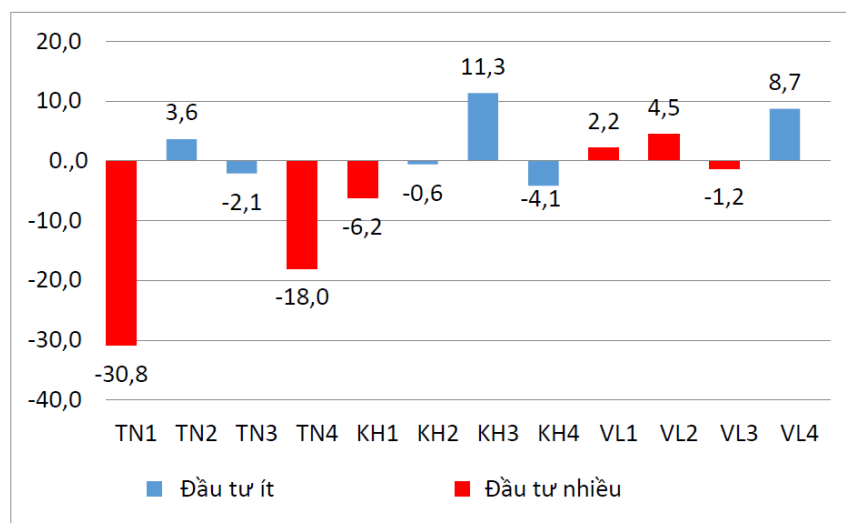
Dữ liệu điều tra hộ gia đình trong hai vòng nghiên cứu cho thấy có thay đổi lớn từ 2008-09 đến 2013-14: giảm tỷ lệ người mắc bệnh cấp tính tìm đến TYT để khám chữa bệnh. Tỷ lệ này giảm ở tất cả các xã, trừ 2 xã (KH3 và VL4). Tỷ lệ giảm tới 40% ở TN1 (xã được đầu tư nhiều hơn) (xem Hình 6). Đối với bệnh mãn tính, trong khi tỷ lệ tìm đến TYT tăng tương tự như nhau ở KH3 và VL4, và cũng giảm 30% ở TN1, thì tỷ lệ tìm đến TYT về tổng thể chỉ suy giảm một ít. Tỷ lệ này đã tăng ở 5 xã và giảm ở 7 xã khác (xem Hình 7). Kết quả này xuất phát từ thực tế là người cao tuổi chiếm đa số những người mắc bệnh mãn tính, thay đổi cơ sở y tế ít hơn những người trẻ tuổi hơn.

Hình 6. Thay đổi tỷ lệ phần trăm những người mắc bệnh cấp tính tìm đến trạm y tế, từ 2008-09 và 2013-2014



Nguồn: Từ Lê Thanh Sang và Nguyễn Thị Nhung 2017

Hình 7. Thay đổi tỷ lệ phần trăm những người mắc bệnh mãn tính tìm đến trạm y tế, từ 2008-09 và 2013-2014



Nguồn: Từ Lê Thanh Sang và Nguyễn Thị Nhung 2017

Tỷ lệ phần trăm của cá nhân trong các hộ gia đình được điều tra tìm đến chữa bệnh cấp tính tại TYT từ 2008-09 đến 2013-2014 giảm do bởi những thay đổi lớn hơn trong phúc lợi gia đình, trong xã hội và trong nền kinh tế, chẳng hạn như phương tiện vận chuyển đến các cơ sở dịch vụ chăm sóc sức khỏe tại cấp huyện, tỉnh, cấp quốc gia tốt hơn; điều kiện kinh tế tốt hơn, cho phép mọi người lựa chọn dịch vụ chăm sóc sức khỏe tư nhân và cơ sở y tế ở tuyến cao hơn mặc dù họ phải trả chi phí cao hơn; số lượng các cơ sở y tế tư nhân và nhà thuốc tư nhân (đặc biệt là thuốc Tây) tăng mạnh ở hầu hết các xã (Bảng 2). Việc giảm sử dụng TYT có thể tiếp tục trong tương lai khi giao thông tốt hơn, mức thu nhập cao hơn và có nhiều cơ sở y tế hơn, tất cả đều cho phép mọi người có nhiều lựa chọn hơn về cơ sở y tế.

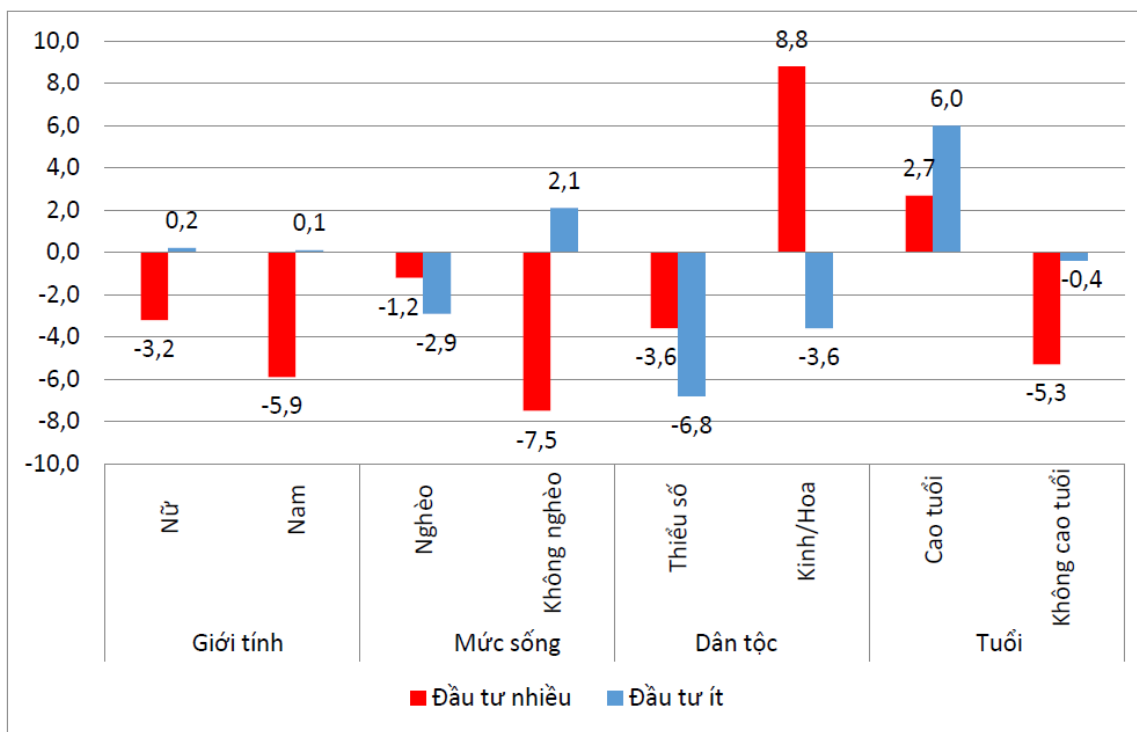
Tuy nhiên, đối với cả bệnh cấp tính và mãn tính trong giai đoạn 2008-2014, TYT vẫn là một cơ sở cung cấp chăm sóc sức khỏe quan trọng cho những người thiệt thòi (phụ nữ, người nghèo và người cao tuổi). (Có một bức tranh pha tạp đối các dân tộc thiểu số, so với người Kinh và người Hoa.)

Ở các xã được đầu tư nhiều hơn, như đã thấy trong Hình 8, trong giai đoạn 2008-9-2013, đối với bệnh cấp tính, phụ nữ giảm bớt việc sử dụng TYT nhưng việc giảm này không bằng sự giảm bớt ở nam giới; ở người nghèo sự sụt giảm ít hơn người không nghèo; và người cao tuổi sử dụng TYT nhiều hơn trong khi người không cao tuổi ít sử dụng TYT hơn. Với bệnh mãn tính, khuynh hướng giữa nam và nữ, người nghèo và người không nghèo giống nhau; trong khi đó việc giảm bớt sử dụng TYT của người cao tuổi thì ít hơn so với người không cao tuổi (xem Hình 9).²¹ (Trên bình diện chủng tộc, đó là một bức tranh pha tạp. Đối với các bệnh cấp tính, người Kinh tăng cường sử dụng TYT, trong khi đó người dân tộc thiểu số giảm bớt việc sử dụng TYT. Đối với các bệnh mãn tính, người thiểu số tăng cường sử dụng TYT hơn nhiều so với người Kinh và người Hoa (xem Hình 8 và 9).

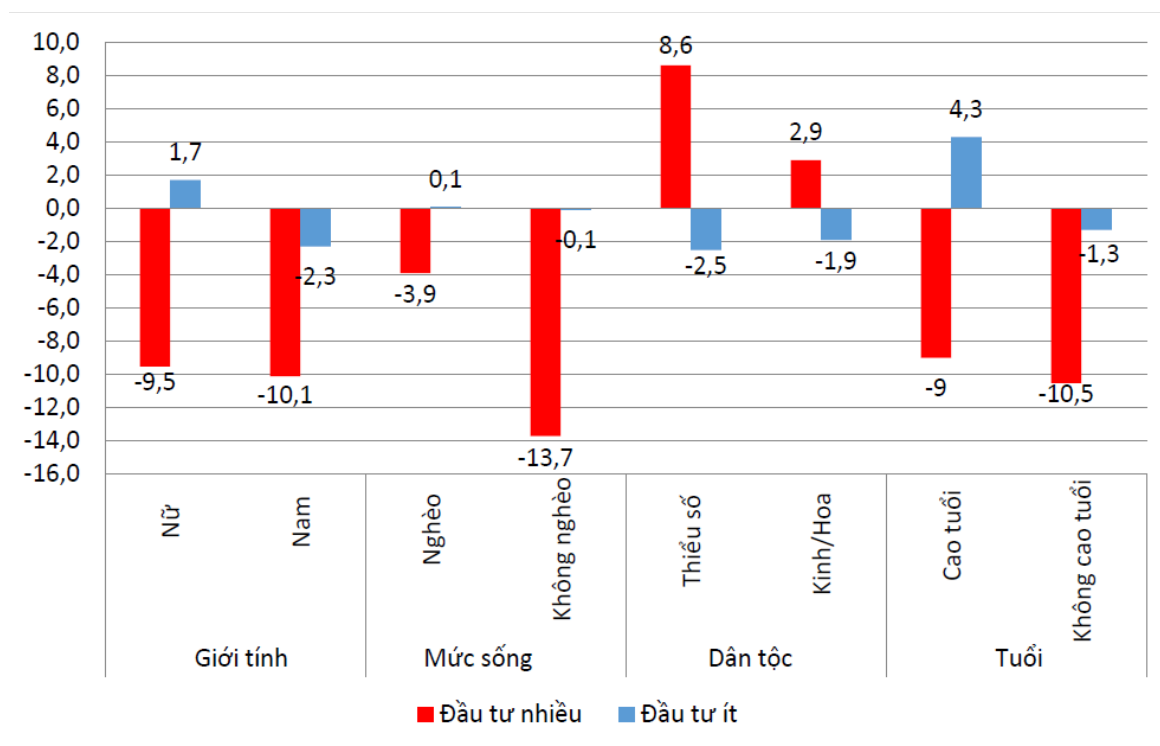
Ở các xã được đầu tư ít hơn, trong cùng thời gian, đối với các bệnh cấp tính, người cao tuổi tăng cường sử dụng TYT trong khi người không cao tuổi giảm sử dụng TYT; và hầu như không có thay đổi cho cả nữ hoặc nam. Tuy nhiên, người không nghèo tăng cường sử dụng TYT trong khi đó người nghèo, và cả người Việt lẫn người dân tộc thiểu số giảm bớt việc sử dụng TYT (xem Hình 8). Đối với các bệnh mãn tính, cả phụ nữ lẫn người cao tuổi đều tăng cường sử dụng TYT, trong khi đó nam giới và người không cao tuổi giảm bớt sử dụng TYT. Hầu như không có sự khác biệt nào, không có thay đổi nào theo thời gian, giữa người nghèo và người không nghèo. Chỉ có một sự khác biệt rất nhỏ giữa người thiểu số và người Kinh, cả hai đối tượng này đều hơi giảm bớt sử dụng TYT (xem Hình 9). (Như vậy, trên bình diện chủng tộc, bức tranh bị pha tạp ở cả xã được đầu tư nhiều hơn lẫn xã được đầu tư ít hơn.)

²¹ Giáo sư Vũ Mạnh Lợi đã chia sẻ dữ liệu cho các Hình 8 và 9. Đối với số liệu trong 2 Hình này và trong ấn phẩm của riêng ông (Vũ Mạnh Lợi 2017), ông sử dụng phân loại theo mức độ nghèo ở địa phương được cho là dựa theo mức qui định của Chính phủ Việt Nam là có thu nhập từ 2,4 triệu đồng/ người/năm trong năm 2008-09 trở xuống được coi là nghèo và vào năm 2013-2014, thì con số này là 6,24 triệu đồng. Con số thứ hai là mức cận nghèo theo qui định của chính phủ. Con số 6,24 triệu đồng trong năm 2013-2014 thể hiện mức tăng 160 phần trăm so với năm 2008-09 là 2,4 triệu đồng. Khảo sát mức sống của hộ gia đình cũng cho thấy thu nhập bình quân đầu người năm 2014 tại ba tỉnh Vĩnh Long, Thái Nguyên và Khánh Hòa tăng thêm 145% lên đến 176% so với năm 2008 (Việt Nam, Tổng cục Thống kê 2016:321, 325, 329).

Hình 8. Thay đổi giữa năm 2008-09 và 2013-14 trong việc chọn TYT để khám chữa bệnh cấp tính dựa trên giới tính, mức sống, dân tộc và tuổi tác, và mức độ đầu tư



Hình 9. Thay đổi giữa năm 2008-09 và 2013-14 về lựa chọn trạm y tế để điều trị bệnh mãn dựa trên giới tính, mức sống, dân tộc và tuổi tác, và mức độ đầu tư



3. Lựa chọn cơ sở chăm sóc sức khỏe: tác động của đầu tư vào trạm y tế và của các yếu tố khác

Khi nói đến người dân địa phương lựa chọn cơ sở chăm sóc sức khỏe cho các bệnh cấp tính và mãn tính, thì dữ liệu điều tra của chúng tôi trong hai vòng cho thấy các đầu tư vào nhà trạm, thiết bị, chuyên môn chuyên nghiệp và các chương trình chỉ cấu thành một nhóm các yếu tố có ảnh hưởng. Những đầu tư có tác động rất khác nhau. TYT TN1 nhận được đầu tư nhiều hơn, nhưng các bệnh nhân địa phương đã từ bỏ TYT này, và TYT này có tỉ lệ bệnh nhân mắc bệnh cấp tính và mãn tính đến TYT sụt giảm trầm trọng nhất trong số tất cả các TYT được nghiên cứu. Ngược lại, ở TYT KH3, mặc dù được đầu tư ít hơn nhiều, tỷ lệ bệnh nhân mắc bệnh cấp tính và mãn tính đã chọn TYT này trong năm 2013-2014 cao hơn so với 2008-09 (xem Hình 6 và 7).

Các cuộc phỏng vấn sâu với bệnh nhân và các thành viên gia đình của họ cho thấy rằng lựa chọn người dân đối với cơ sở y tế được dựa trên các yếu tố khác nhau, bao gồm loại bệnh, môi trường địa phương, điều kiện TYT và sự lãnh đạo đó (xem Đào Thị Khánh Hòa 2017).

Loại bệnh của người dân đóng vai trò chính trong việc tìm kiếm giải pháp. Bị cảm lạnh nhẹ, thì giải pháp phổ biến có chi phí thấp chẳng hạn như mua acetaminophen,²² hoặc với chữa bằng phương pháp truyền thống không mất tiền như xông hơi toàn thân, vì vậy sẽ không có gì đáng ngạc nhiên, khi người dân có thể đi thẳng đến nhà thuốc gần nhà, hoặc sử dụng phương pháp truyền thống, thay vì đến TYT. Với vấn đề lớn như sinh đẻ, trong hoàn cảnh việc sinh con giảm và mức thu nhập tăng, thì không có gì đáng ngạc nhiên khi ngày càng nhiều người, để cho yên tâm, sẽ đi đến một bệnh viện ở tuyến trên phòng khi có biến chứng khi sinh con. Trong các phân tích của chúng tôi, thay vì phân loại bệnh tật một cách phức tạp, chúng tôi áp dụng sự phân đôi được chấp nhận rộng rãi là bệnh cấp tính và bệnh mãn tính, với bệnh cấp tính diễn ra trong vòng bốn tuần trước cuộc điều tra của chúng tôi, và cái bệnh mãn tính trong vòng 12 tháng điều tra của chúng tôi. Chúng tôi phân tích các lựa chọn các cơ sở y tế (cơ sở y tế tư nhân so với TYT và bệnh viện/phòng khám tuyến trên so với TYT) để khám chữa bệnh cấp tính và bệnh mãn tính.)

Trong các phân tích hồi quy của chúng tôi, nhằm mục đích nhằm đánh giá tầm quan trọng của các yếu tố khác nhau được đề cập trong các cuộc phỏng vấn sâu trong việc định hình các lựa chọn giữa các cơ sở chăm sóc sức khỏe, chúng tôi xem các yếu tố này là các biến độc lập (xem Phụ lục B). Kết quả của phân tích hồi quy (xem Bảng A1 trong Phụ lục B) được tóm tắt dưới đây:

- * Cho thấy tác động có ý nghĩa thống kê của một biến độc lập cụ thể đối với sự lựa chọn giữa các cơ sở y tế (bệnh viện tuyến trên so với TYT và cơ sở y tế tư nhân địa phương so với ở TYT) khám chữa **bệnh cấp tính** (* cho một bộ lựa chọn và ** cho cả hai bộ lựa chọn).
- # Chỉ ra tác động có ý nghĩa thống kê của một biến độc lập cụ thể đối với sự lựa chọn giữa các cơ sở y tế cho **bệnh mãn tính** (# cho một bộ lựa chọn và ## cho cả hai bộ lựa chọn).
- **Màu đỏ**: Odds ratio (tỷ số lệch) ủng hộ trạm y tế
- **Màu xanh**: Odds ratio ủng hộ cơ sở y tế khác (bệnh viện công ở tuyến trên hoặc cơ sở y tế tư nhân ở địa phương).

²² Một viên thuốc acetaminophen của Việt Nam có giá dưới 1000 đồng (chưa đến 5 xu Mỹ).

1. Nhân khẩu học và điều kiện gia đình

- a. Giới tính: Odds ratio có cao hơn đối với cả bệnh cấp tính và bệnh mãn tính, nam giới chọn bệnh viện và cơ sở y tế tư nhân tại địa phương nhiều hơn nữ giới, nhưng sự khác biệt giữa nam và nữ về odds ratio không có ý nghĩa thống kê.
- b. * ## Dân tộc: đối với bệnh cấp tính, odds ratio có cao hơn và có ý nghĩa thống kê cho thấy với người dân tộc Việt và người gốc Hoa (Việt/Hoa) chọn cơ sở y tế tư nhân địa phương nhiều hơn là chọn TYT, và họ cũng chọn cả bệnh viện và cơ sở y tế tư nhân địa phương nhiều hơn là TYT cho bệnh mãn tính. Nhìn chung, người dân tộc thiểu số phụ thuộc nhiều vào TYT hơn là người dân tộc Việt/Hoa.
- c. * ## Giáo dục: đối với các bệnh cấp tính, odds ratio có cao hơn và có ý nghĩa thống kê cho thấy những người có học vấn cao hơn thường chọn bệnh viện hơn là TYT so với những người ít học và đối với các bệnh mãn tính, những người có học vấn cao hơn thường chọn bệnh viện và các cơ sở y tế tư nhân địa phương hơn là chọn TYT so với những người ít học hơn. Những người có học vấn ít hơn phụ thuộc nhiều vào TYT hơn là người có học vấn cao hơn.
- d. ** ## Thu nhập: Odds ratio có cao hơn và có ý nghĩa thống kê cho thấy những người có thu nhập nhiều hơn chọn bệnh viện và cơ sở y tế tư nhân địa phương hơn là chọn TYT cho cả bệnh cấp tính và mãn tính. Người nghèo dựa vào TYT nhiều hơn người không nghèo.
- e. ** ## Tuổi: Odds ratio có cao hơn và có ý nghĩa thống kê đối với cả bệnh cấp tính và mãn tính cho thấy những người trong độ tuổi 26-59 chọn cơ sở y tế tư nhân địa phương hơn là TYT nhiều hơn so với người cao tuổi (60 tuổi trở lên). Bệnh nhân mắc bệnh cấp tính trong độ tuổi 18-25 cũng thường xuyên chọn cơ sở y tế tư nhân địa phương hơn là TYT hơn so với người cao tuổi. Những khác biệt này phản ánh thực tế rằng những người trong độ tuổi lao động, vốn phải đối mặt với những hạn chế về thời gian nhiều hơn so với người cao tuổi, chọn các cơ sở y tế địa phương trong ấp hoặc làng của họ vì sự thuận tiện. Đối với các bệnh cấp tính và mãn tính ở trẻ nhỏ (từ 0 đến 5 tuổi), odds ratio có cao hơn và có ý nghĩa thống kê cho thấy các hộ gia đình nông thôn chọn cả bệnh viện và cơ sở y tế tư nhân địa phương hơn là chọn TYT, điều này phản ánh người dân lo lắng về sức khỏe cho trẻ con họ. Nhìn chung, người cao tuổi phụ thuộc nhiều vào TYT hơn nhiều nhóm tuổi khác.
- f. ** ## Nếu một bệnh nhân không có bảo hiểm y tế, odds ratio có cao hơn về chọn cơ sở y tế tư nhân địa phương so với TYT và chọn TYT so với bệnh viện đối với cả bệnh cấp tính và mãn tính.
- g. ** ## Người có đăng ký bảo hiểm y tế tại TYT gia tăng tỷ lệ chọn TYT so với chọn bệnh viện và cơ sở y tế tư nhân địa phương cho cả bệnh cấp tính và mãn tính trong năm 2013-2014.

Cũng cần nói thêm rằng các chính sách bảo hiểm y tế cho trẻ em dưới sáu tuổi, người nghèo, người dân tộc thiểu số, người về hưu và những người đóng góp cho cách mạng Việt Nam phải được đăng ký tại TYT. Người mua bảo hiểm y tế tự nguyện có thể đăng ký tại TYT trong xã của họ, tại TYT ở một xã láng giềng hoặc bệnh viện huyện. Một số người đã chọn đăng ký bảo hiểm y tế của họ tại một TYT láng giềng hoặc tại một bệnh viện huyện, đặc biệt nếu họ sống gần các cơ sở này hơn là TYT tại các xã của họ.

Cho đến năm 2016, để có được hưởng lợi ích đầy đủ, người có bảo hiểm y tế phải bắt đầu tại khám chữa bệnh tại cơ sở y tế mà họ đã đăng ký bảo hiểm y tế. Nếu người có bảo hiểm y tế bỏ qua cơ sở y tế mà họ đã đăng ký, thì họ thường phải trả 70% chi phí và bảo hiểm y tế chỉ trả 30%. Như đã đề

cập trước đây, ngay cả trong điều kiện này, nhiều phụ huynh có con dưới sáu tuổi bị bệnh đã bỏ qua TYT bất chấp lợi ích và mặc dù phải trả tiền cho các dịch vụ y tế tại cơ sở y tế tư nhân địa phương hoặc tại bệnh viện.

Tuy nhiên, nơi đăng ký bảo hiểm y tế đã giảm tầm quan trọng trong sự lựa chọn cơ sở y tế, vì bảo hiểm y tế Việt Nam cho phép người có bảo hiểm y tế tự do lựa chọn trong số các cơ sở y tế (đến cấp huyện bắt đầu từ năm 2016 và đến cấp tỉnh bắt đầu từ năm 2020).

2. Môi trường địa phương

- a. **** ##** Có nhiều cơ sở y tế tư nhân trong xã hơn có nghĩa rằng odds ratio có cao hơn và có ý nghĩa thống kê cho thấy bệnh nhân chọn cơ sở y tế tư nhân địa phương và bệnh viện hơn là chọn TYT cho cả bệnh cấp tính và mãn tính.
- b. **** ##** Vị trí bất lợi của thôn không dễ đi đến TYT dẫn đến odds ratio có cao hơn và có ý nghĩa thống kê cho thấy người dân trong thôn đã chọn bệnh viện và cơ sở y tế tư nhân địa phương hơn là chọn TYT cho cả bệnh cấp tính và mãn tính. (Xem Phụ lục B về cách xây dựng chỉ số này về nhược điểm vị trí của ấp.)

3. Điều kiện và đầu tư ở trạm y tế

- a. Tòa nhà trạm y tế được xây mới hoặc được cải tạo dẫn đến tỷ lệ được bệnh nhân lựa chọn đến cao hơn so với bệnh viện và cơ sở y tế địa phương cho cả bệnh cấp tính và mãn tính, nhưng sự khác biệt về tỷ lệ không có ý nghĩa thống kê.
- b. **#** Máy siêu âm hoạt động lâu hơn tại TYT dẫn đến odds ratio có cao hơn và có ý nghĩa thống kê cho thấy bệnh nhân mắc bệnh mãn tính chọn TYT nhiều hơn so với bệnh viện.
- c. Chương trình của tổ chức Quốc tế Marie Stopes (MSI) do tổ chức AP tài trợ: không có tác động đáng kể về mặt thống kê đối với tỷ lệ bệnh nhân lựa chọn giữa cơ sở y tế cho các bệnh cấp tính hoặc mãn tính.
- d. *** #** Chương trình của tổ chức Quốc tế Marie Stopes (MSI) do Liên minh Châu Âu tài trợ: việc không có chương trình này dẫn đến odds ratio cao hơn và có ý nghĩa thống kê cho thấy bệnh nhân chọn cơ sở y tế tư nhân địa phương hơn là chọn TYT cho các bệnh cấp tính và chọn các bệnh viện tuyến trên hơn là chọn TYT cho các bệnh mãn tính (lý do cho sự khác biệt về tác động từ chương trình MSI do tổ chức AP tài trợ sẽ được thảo luận dưới đây).
- e. **** ##** Thời gian của chương trình của tổ chức Save the Children tại TYT dẫn đến odds ratio cao hơn và có ý nghĩa thống kê cho thấy việc lựa chọn TYT, hơn là chọn các cơ sở tư nhân địa phương và bệnh viện cho cả bệnh cấp tính và mãn tính.
- f. Có bác sĩ trong đội ngũ nhân viên TYT: không có tác động đáng kể về mặt thống kê đối với sự lựa chọn giữa các cơ sở y tế cho các bệnh cấp tính hoặc mãn tính.
- g. **#** Nhiều thuốc được bán tại TYT: đáng tò mò là điều này dẫn đến odds ratio cao hơn và có ý nghĩa thống kê mà bệnh nhân mắc bệnh mãn tính chọn bệnh viện hơn là chọn TYT. (Trong các cuộc phỏng vấn sâu, một số bệnh nhân mắc bệnh mãn tính có bảo hiểm y tế, đặc biệt là tỉnh Thái Nguyên ở phía bắc, phàn nàn về tình hình thiếu hụt thuốc bảo hiểm y tế vào cuối tháng. Tuy nhiên, vì số lượng các loại thuốc của bảo hiểm y tế có hệ số tương quan cao với điểm số của nhà TYT và điểm số máy siêu âm, cho nên sử dụng thuốc bảo hiểm y tế cùng với hai biến cuối cùng có thể dẫn đến biến dạng thống kê).

4. Quản lý và lãnh đạo

- h. * ## Tính thiếu kỷ luật về thời gian của nhân viên trạm y tế : Việc này tăng odds ratio cho việc chọn TYT hơn là chọn bệnh viện cho cả bệnh cấp tính và mãn tính, và hơn là chọn cơ sở y tế tư nhân địa phương cho các bệnh mãn tính. Điều này có kì lạ và có thể liên quan đến thời gian linh hoạt là mô hình phổ biến trong cộng đồng nông nghiệp nông thôn. Tính kỷ luật về thời gian của nhân viên TYT dường như không quá tệ trong bối cảnh các bệnh viện cấp cao quá đông thường được biết đến với việc sắp hàng dài và thời gian chờ đợi lâu. Tuy nhiên, vẫn còn một vấn đề cần điều tra thêm tại sao việc thiếu tính kỷ luật về thời gian trong đội ngũ nhân viên TYT làm tăng tỷ lệ TYT được chọn hơn là chọn các bệnh viện cho cả cấp tính và các bệnh mãn tính, và chọn các nhà cung cấp dịch vụ y tế tư nhân địa phương cho các bệnh mãn tính.
- i. Chúng tôi đã xem thu nhập bổ sung của nhân viên TYT như một chỉ số lãnh đạo của TYT: Từ báo cáo của nhóm nghiên cứu trường hợp, thu nhập bổ sung của nhân viên TYT càng cao, thì họ càng ít tham gia vào các hoạt động tạo thu nhập riêng và họ càng có thái độ tích cực hơn đối với bệnh nhân đã mang lại cho họ thu nhập bổ sung. Tuy nhiên, chỉ số này có mối tương quan cao với khá nhiều biến số khác (máy siêu âm, chương trình MSI, có bác sĩ trong đội ngũ nhân viên, thuốc có bán ở TYT) và chỉ số này phải được loại bỏ khỏi các phân tích hồi qui nhằm giảm thiểu sai số thống kê. Yếu tố này được kiểm tra kỹ hơn với phương pháp trường hợp trong phần tiếp theo của báo cáo.

Nhìn chung, với xu hướng tiếp tục có nhiều cơ sở y tế tư nhân trong xã và các vùng lân cận, phương tiện giao thông được cải thiện, mức thu nhập liên tục tăng và hệ thống bảo hiểm y tế cho phép người có bảo hiểm y tế có nhiều lựa chọn hơn, lưu lượng bệnh nhân đến TYT là không thể tăng lên trong tương lai gần. Tuy nhiên, các phân tích hồi quy chéo (cross-sectional regression) của chúng tôi khẳng định rằng TYT vẫn là cơ sở y tế quan trọng đối với người thiệt thòi (người nghèo, dân tộc thiểu số, người cao tuổi và người có ít học vấn hơn) ở địa phương.

Trong số các đầu tư vào TYT để tăng cường năng lực của họ, một số có tác động mạnh hơn các biện pháp khác. Thời lượng của chương trình Save the Children có tác động tích cực rõ ràng nhất trong việc bệnh nhân lựa chọn TYT hơn là chọn các cơ sở y tế khác cho cả bệnh cấp tính và mãn tính. Chương trình Save the Children (hoặc một chương trình tương tự của nhà tài trợ khác) dường như có tác động lan tỏa đến việc bệnh nhân lựa chọn TYT. Ngược lại, chương trình MSI về sức khỏe sinh sản, có thương hiệu Tình chị em ở 2/3 xã, có các dịch vụ và sản phẩm trả phí và có ít khách hàng hơn chương trình Save the Children. Các cuộc phỏng vấn sâu cho thấy nhiều người ở 2 xã có chương trình MSI đó tổ chức AP tài trợ không biết gì về chương trình này. Trong số những người biết, một số người được phỏng vấn khen ngợi về chất lượng dịch vụ trong khi một số khác thì chỉ trích việc tính phí cho các sản phẩm và dịch vụ được mà trước kia đã cung cấp miễn phí. Chương trình MSI do tổ chức AP tài trợ không có tác động đáng kể đến việc bệnh nhân lựa chọn cơ sở y tế. Ngược lại, chương trình MSI do EU tài trợ, cung cấp dịch vụ miễn phí, thì được ca ngợi rộng rãi và dẫn đến tỷ lệ chọn TYT cao hơn có ý nghĩa thống kê trong việc lựa chọn TYT hơn là các cơ sở y tế tư nhân địa phương để khám chữa bệnh cấp tính và chọn bệnh viện ở tuyến trên cho các bệnh mãn tính. Trong xã TN1, chương trình MSI do tổ chức AP tài trợ đã được ra mắt với một sự kiện âm nhạc dành cho một số khách hàng tiềm năng, với hy vọng rằng thông tin được cung cấp tại sự kiện âm nhạc về chương trình này sẽ được lan rộng hơn nữa. Ngược lại, ở xã VL3, việc phân phối 1.300 phiếu khám sức khỏe sinh sản miễn phí của chương trình MSI do EU tài trợ đã mang lại động lực mạnh mẽ cho

mọi người dùng thử các dịch vụ chất lượng cao mới và truyền bá thông tin trên cơ sở trải nghiệm thực tế chương trình của bệnh nhân và về tiêu chuẩn dịch vụ TYT nói chung. Không có gì ngạc nhiên khi cách tiếp cận thứ hai đã thành công hơn và có tác động lan tỏa đến lựa chọn của dân địa phương đối với các cơ sở y tế cho các bệnh mãn tính và cấp tính.²³

Máy siêu âm, cả bản thân nó và chỉ số của thiết bị kỹ thuật cao tại TYT, cũng có tác động hạn chế hơn so với nhà trạm hoặc chương trình Save the Children: nó tăng đáng kể tỷ lệ chọn TYT hơn là chọn bệnh viện tuyến trên và chỉ trong trường hợp bệnh mãn tính.²⁴ Máy siêu âm được xem là quan trọng trong nhiều cuộc phỏng vấn sâu, nhưng người được phỏng vấn đã cho rằng máy siêu âm 2D đen-trắng tại TYT thì không bằng máy siêu âm 3D của các cơ sở y tế khác. Tuy nhiên, máy siêu âm như một chỉ số của thiết bị kỹ thuật cao của TYT nói chung (bao gồm thiết bị kiểm tra bệnh tiểu đường hoặc máy phân tích nước tiểu và máy điện tim) có thể tạo ra sự khác biệt cho bệnh nhân mắc các bệnh mãn tính như tiểu đường hoặc có vấn đề về tim, nhiều người trong số họ đã già và khả năng di chuyển hạn chế.

Trong các cuộc phỏng vấn sâu, mọi người nhất loạt nhắc đến việc nhà trạm được xây mới hoặc được cải tạo là một điều tích cực. Trong khi nhà trạm được xây mới hoặc được cải tạo dẫn đến odds ratio chọn TYT cao hơn so với chọn các bệnh viện tuyến trên và các cơ sở y tế tư nhân, thì sự khác biệt về odds ratio không có ý nghĩa thống kê.

Nhìn toàn cảnh hơn, các phân tích hồi quy chỉ ra rằng các biến độc lập, bao gồm các đầu tư trong TYT, chỉ giải thích được 28,3% (chỉ số Nagelkerke bình phương (Nagelkerke square) = .283) về biến thiên của các lựa chọn giữa các cơ sở y tế cho các bệnh cấp tính và 23,8% (Nagelkerke square = .283) về biến thiên của các lựa chọn giữa các cơ sở y tế cho các bệnh mãn tính. Trong số các yếu tố quan trọng bổ sung là sự lãnh đạo của người đứng đầu TYT mà chúng tôi sẽ xem xét trong phần tiếp theo, sử dụng phương pháp nghiên cứu trường hợp.

4. Quản lý và lãnh đạo trạm y tế

Trên cơ sở nghiên cứu trường hợp của 12 xã và trạm y tế, chúng tôi đã phát hiện ra rằng 2 TYT (trạm VL3 ở Vĩnh Long và KH1 ở Khánh Hòa) nổi bật trong việc thu hút bệnh nhân, không chỉ trong xã, mà còn từ các khu vực lân cận (xem Hình 10).²⁵ Tận dụng được lợi ích đáng kể từ các đầu tư của tổ chức AP, cả 2 TYT đã đa dạng hóa dịch vụ để thu hút bệnh nhân từ chi trả đến từ xa. Cả 2 TYT có rõ ràng thực hiện chăm sóc sức khỏe lấy người sử dụng làm trung tâm (client-centered approach to health care), tập trung thu nhập làm dịch vụ tư cho trạm và tăng thêm sự tận tụy của nhân viên với TYT

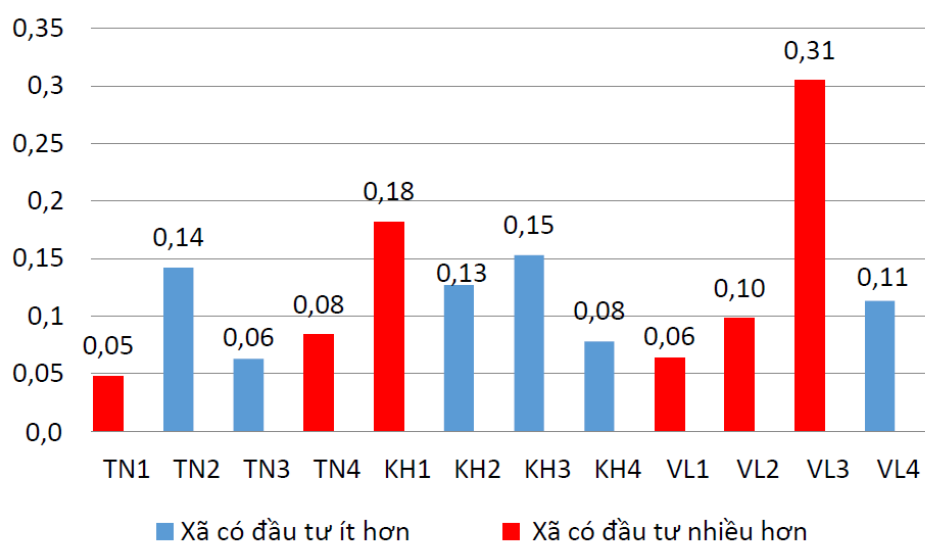
²³ Sở Y Tế tỉnh Vĩnh Long đã chọn 20 trạm y tế cho chương trình MSI do tổ chức AP tài trợ và 20 trạm y tế khác cho một chương trình do EU tài trợ. Danh tiếng của trạm y tế VL3 đóng một vai trò trong sự việc nó được lựa chọn cho chương trình do MSI tài trợ. Tỷ lệ cách biệt cao hơn có ý nghĩa thống kê của bệnh nhân chọn trạm y tế VL3 để khám chữa bệnh cấp tính và mãn tính có thể phản ánh không chỉ tác động của chương trình MSI do EU tài trợ, mà còn cả uy tín của trạm y tế VL3 trong dân địa phương.

²⁴ Số năm mà các máy siêu âm đã hoạt động tại trạm y tế có mối tương quan rất cao (0,86) với điểm số của thiết bị kỹ thuật cao trạm y tế.

²⁵ Nhóm nghiên cứu trường hợp báo cáo trên cơ sở quan sát tham gia tại các trạm y tế và phỏng vấn khách hàng mà các trạm y tế TN1, TN3 và KH4 đã thổi phồng số liệu của khách hàng để hoạt động của họ trông tốt hơn với chính quyền. Nhóm nghiên cứu cũng báo cáo rằng trạm y tế VL3 đã giảm con số của mình để không thu hút sự chú ý của chính quyền cấp cao hơn đối với doanh thu tương đối cao từ các dịch vụ trả phí và một số thỏa thuận không chính thức mà không có sự chấp thuận của chính quyền cấp trên.

(xem báo cáo của Lê Thanh Sang và Nguyễn Thị Nhung). Thành công này không chỉ đến từ các đầu tư vào cơ sở hạ tầng, thiết bị và chương trình của TYT mà còn từ các kỹ năng lãnh đạo và quản lý của người đứng đầu trạm. Ví dụ, tại trạm VL3, năm 2006, trưởng trạm đã phá vỡ rào cản các quy định của chính phủ về TYT bằng cách kết hợp công tư với y sĩ nha khoa tư, người đã đầu tư tiền túi của mình vào thiết bị nha khoa và nội thất và sau đó cung cấp dịch vụ nha khoa tại TYT²⁶ (VL3 là TYT duy nhất trong số 12 TYT được nghiên cứu có dịch vụ nha khoa.) Khi không có bệnh nhân, nhân viên hợp đồng này cũng cung cấp các dịch vụ khác cho TYT, chẳng hạn như nhập hồ sơ những dịch vụ không thuộc diện bảo hiểm y tế, ghi chép lại những trường hợp chuyển viện lên tuyến trên. TYT VL3 không chỉ việc bán thuốc tại TYT, họ còn mở một hiệu thuốc rất đắt khách ở phía trước chợ xã và được điều hành bởi một nhân viên TYT làm hợp đồng.²⁷ Các hoạt động này cấu thành một phần của chiến lược TYT VL3 để tăng quy mô và chất lượng dịch vụ của TYT, cũng như để tăng thêm quỹ tự quyết của TYT. Quỹ này cũng được phát triển nhờ vào các dịch vụ phổ biến không được bảo hiểm y tế chi trả, thí dụ như siêu âm và châm cứu, cũng như các dịch vụ cho người không có bảo hiểm y tế.²⁸

Hình 10. Số ca hàng tháng do trạm y tế báo cáo dựa trên đầu người, 2013-2014



Nguồn: Dữ liệu của Nhóm nghiên cứu trường hợp từ 12 xã được điều tra

Tại trạm VL3, quỹ tự quyết đã được sử dụng để:

- a. thuê bốn nhân viên làm hợp đồng (không tính y sĩ nha khoa), những người này được trả lương cơ bản hàng tháng để đảm bảo tiến hành dịch vụ trôi chảy;

²⁶ Do quỹ đầu tư công hạn chế, việc kết hợp công-tư đã được cho phép ở bệnh viện trung ương và tỉnh nhằm giúp bệnh viện công cạnh tranh thành công hơn với các bệnh viện tư và bệnh viện quốc tế. Với đầu tư của tư nhân vào phòng ốc và thiết bị mới, một số bệnh viện công có thể cung cấp phòng riêng và dịch vụ nhanh hơn cho bệnh nhân trả được phí. Tại thành phố Hồ Chí Minh, việc kết hợp công-tư cũng được cấp phép trên cơ sở thử nghiệm tại trạm y tế phường năm 2017 (Hà Phương 2017, Nguyễn Tấn 2017).

²⁷ Khách hàng của nhà thuốc ngoài cơ sở của trạm y tế không được tính là khách hàng của trạm y tế.

²⁸ Trạm VL3 cũng thu hút được bệnh nhân có bảo hiểm y tế từ một số xã lân cận đã đăng ký bảo hiểm y tế của họ trong trạm VL3 một phần vì trạm này có thể chuyển bệnh nhân trực tiếp đến bệnh viện tỉnh thay vì bệnh viện huyện.

- b. trả thêm cho nhân viên các khoản thanh toán theo dịch vụ cụ thể mà họ làm để tạo thu nhập cho TYT;
- c. trả thêm thu nhập bổ sung cho tất cả các nhân viên; và
- d. trả tiền cho việc sửa chữa văn phòng và cải thiện cơ sở tại TYT (chẳng hạn như có mái che phía trên khu vực bệnh nhân chờ).

Khi TYT VL3 thuê một kế toán viên làm việc hợp đồng lo nhập dữ liệu bảo hiểm y tế, giải quyết bảng cân đối hàng tháng với bảo hiểm y tế và làm báo cáo tài chính cho cơ quan cấp cao hơn, thì TYT này đã giải quyết các vấn đề lặp đi lặp lại về việc các TYT khác hay phàn nàn nhưng họ lại không tìm ra giải pháp. Thu nhập bổ sung từ quỹ thu nhập tập trung đã thúc đẩy nhân viên tận tâm hơn với các dịch vụ TYT và họ không thực hiện bất kỳ hoạt động chăm sóc sức khỏe nào của riêng mình (như quan sát thấy tại hầu hết các TYT khác). Nhân viên sẵn sàng hỗ trợ nhau để đảm bảo dịch vụ trôi chảy. Nhóm nghiên cứu trường hợp của chúng tôi cũng quan sát nhân viên TYT VL3 nhả nhận hơn với bệnh nhân, từ đó thu hút nhiều bệnh nhân đến TYT hơn. Tất cả những cải thiện này và số lượng lớn bệnh nhân đến TYT là một phần nhờ sự lãnh đạo của trưởng TYT, người sẵn sàng chấp nhận rủi ro và phá vỡ hàng rào quy định của chính phủ và có thể phân phối khối lượng công việc và thu nhập bổ sung công bằng giữa các nhân viên để đảm bảo họ làm việc tận tụy cho TYT. Trưởng TYT VL3 đã tuyên bố, “Chúng tôi phải biết cách tự chăm lo cho công việc của mình, bởi vì nếu chúng tôi chờ đợi sự giúp đỡ, chúng tôi sẽ ngồi đây cho đến khi chúng tôi chết”. Sự lãnh đạo này tại TYT VL3, giống như tại TYT KH1, đã thành công trong việc giải quyết những vấn đề về chất lượng dịch vụ, đạo đức và tổ chức mà các TYT khác gặp phải. (Xem báo cáo của Lê Thanh Sang và Nguyễn Thị Nhung, để thảo luận sâu hơn về các TYT VL3 và KH1).

Năm 2016, nhà thuốc bên ngoài cơ sở TYT VL3 đã phải đóng cửa theo lệnh của sở y tế tỉnh trên cơ sở các quy định chung về TYT. Vào cuối năm 2015, đoàn thanh tra của sở y tế đã yêu cầu nguyên trạm trưởng TYT có tinh thần sáng tạo của TYT VL3 phải trả lại 3.000 USD cho quỹ TYT vì đã cải tạo trái phép tại TYT (giống như mái che trên băng ghế ngoài trời cho bệnh nhân chờ đợi, cải tạo phòng ở TYT và xây dựng một phòng nhỏ chuyên biệt để xét nghiệm đờm trong chương trình chống lao quốc gia). Mặc dù có những thất bại, năm 2016, TYT VL3 đã báo cáo thu hút nhiều bệnh nhân hơn trong bối cảnh chính sách quốc gia mới cho phép bệnh nhân bảo hiểm y tế tìm kiếm sự chăm sóc tại bất kỳ TYT nào hoặc bệnh viện huyện nào trong tỉnh của họ. Ngược lại, khi nhóm nghiên cứu trường hợp của chúng tôi đến thăm lại thì các TYT, cụ thể TYT TN3 (được đầu tư ít hơn), TYT TN4 (được đầu tư nhiều hơn) và TYT VL4 (được đầu tư ít hơn) báo cáo số lượng bệnh nhân của họ giảm bớt mặc dù đã được đầu tư vào cơ sở hạ tầng về vật chất, thiết bị và đào tạo nhân viên. Chính sách cho phép bệnh nhân bảo hiểm y tế có nhiều lựa chọn hơn đã dẫn đến sự khác biệt lớn hơn giữa các TYT, thậm chí giữa những người được đầu tư nhiều hơn. Để sử dụng tốt các đầu tư vào TYT, chính quyền cấp quốc gia và cấp tỉnh cần xem xét để có các quy định linh hoạt hơn, bao gồm cho phép kết hợp công - tư ở cấp TYT, và khen thưởng cho quản lý và lãnh đạo tốt.

Theo đề xuất của Lê Thành Sáng và Nguyễn Thị Nhung (xem báo cáo đính kèm), trong khi Bộ Y Tế Việt Nam áp dụng ý tưởng về ba mô hình TYT, tùy thuộc vào vị trí kề cận với các khu vực đô thị lớn (Quyết định số 4667 / QĐ-BYT năm 2014), thì việc thêm sự khác biệt giữa các TYT sẽ hữu ích và nên xem xét sửa đổi một số chuẩn quốc gia đối với TYT. Ví dụ, việc sinh nở, là việc các lãnh đạo y tế Việt Nam coi như một phần tiêu chuẩn quan trọng trong các dịch vụ TYT, đã trở nên ít liên quan hơn, ngoại trừ ở các xã xa xôi và rất nghèo. Ngân sách cho thiết bị sinh đẻ và nhân sự cho các TYT ở phường và ở vùng đồng bằng nông thôn có thể được tiết kiệm và chuyển cho các TYT vùng nghèo

đồi, miền núi xa xôi, nơi người dân phụ thuộc vào TYT nhiều hơn vì ở đó có ít cơ sở y tế tư nhân hơn, hệ thống giao thông khó khăn hơn và mức thu nhập thường thấp hơn (xem báo cáo đính kèm).

KẾT LUẬN

Trạm y tế nông thôn đóng một phần quan trọng trong hệ thống chăm sóc sức khỏe của Việt Nam vì 2/3 người Việt vẫn sống ở nông thôn. Nhìn tổng thể, thì đầu tư vào TYT đã dẫn đến thay đổi tích cực trong chăm sóc trước sinh tốt hơn và tự đánh giá sức khỏe tốt hơn. Tuy nhiên, tỷ lệ bệnh nhân ở các xã được nghiên cứu đã chọn TYT giảm đi theo thời gian do có nhiều cơ sở y tế hơn, thu nhập bình quân đầu người cao hơn và đường sá tốt hơn và phương tiện giao thông tốt hơn. Trong bối cảnh này, đầu tư vào TYT tại các xã được đầu tư nhiều hơn đã tăng khả năng làm việc, phục vụ tốt hơn cho đối tượng thiệt thòi ở địa phương (người nghèo, dân tộc thiểu số, người già và phụ nữ) và góp phần giảm bớt tình trạng quá tải nghiêm trọng tại các bệnh viện tuyến trên. Phân tích kỹ lưỡng những thay đổi đáng kể về hiệu suất giữa các TYT có mức đầu tư như nhau cho thấy kỹ năng lãnh đạo và quản lý cũng quan trọng bằng các đầu tư vào cơ sở vật chất hạ tầng, thiết bị kỹ thuật cao và chuyên môn của nhân viên TYT. Chúng tôi đề nghị rằng chính sách quốc gia cần phải linh hoạt hơn đối với TYT và chú ý nhiều hơn đến các mô hình TYT khác biệt hơn cho các khu vực khác nhau của đất nước.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

Đặng Nguyên Anh, Nguyễn Đức Vinh, Nghiêm Thị Thúy

- 2017 “Health Insurance at the Grassroots Level,” Powerpoint Presentation at the Policy Roundtable *Improving the Quality of Health Care at the Grassroots Level in Vietnam*, July 17, 2017 in Hanoi, Vietnam

Đào Thị Khánh Hòa

- 2017 “Những yếu tố tác động đến kết quả sử dụng đầu tư ở trạm y tế xã - Bài học từ nghiên cứu trường hợp các trạm y tế ở Thái Nguyên, Khánh Hòa, Vĩnh Long” (Factors Influencing the Results of Investments in Commune Health Centers – Lessons from Case Studies of Commune Health Centers in Thái Nguyên, Khánh Hòa, and Vĩnh Long), *Tạp chí Chính sách y tế* (Journal of Health Policy) No. 22: 36-45

Đôn Tuấn Phong

- 2018 *Vốn viện trợ của các Tổ chức phi chính phủ nước ngoài trong phát triển kinh tế - xã hội ở Việt Nam* (Assistance of International Non-government Organizations in Vietnamese Socio-Economic Development), unpublished doctoral thesis in economic development, Hồ Chí Minh National Political Academy

Hà Phương

- 2017 “Khám bệnh ở trạm y tế 'xịn' như bệnh viện” (Health Examination at TTYTX just like at Hospital), *Pháp luật thành phố Hồ Chí Minh* (Law in Hồ Chí Minh City) online, 19 May 2017. <http://plo.vn/suc-khoe/kham-benh-o-tram-y-te-xin-nhu-benh-vien-703143.html> (accessed 21 May 2017)

Hoang, Lien

- 2018 *The Atlantic Philanthropies: Vietnam*. New York: The Atlantic Philanthropies

Lê Thanh Sang and Nguyễn Thị Nhung

- 2017 “Tác động của các chương trình Atlantic Philanthropies đầu tư đối với trạm y tế nông thôn Việt Nam: tầm nhìn so sánh” (Impact of The Atlantic Philanthropies' Interventions on Commune Health Center in Rural Vietnam: A Comparative Perspective), *Tạp chí Y học dự phòng* (Journal of Preventive Medicine) XXVII

Nguyễn Hữu Minh, Trần Quý Long and Trần Thị Hồng

- 2017 “Improving Antenatal Care for Vulnerable Women in Vietnam.” *Vietnam Journal of Family and Gender Studies*, no. 1: 60-7626

Nguyễn Thanh

- 2017 “Vực dậy y tế cơ sở” (To Lift up Basic-level Health Units), *Người Lao động* (Worker) online, 16 July 2017. <https://nld.com.vn/suc-khoe/vuc-day-y-te-co-so-20170716220730787.htm> (accessed 17 July 2017)

Parker, Susan

2013 *Telling the Story of Atlantic Philanthropies in Vietnam*. New York: The Atlantic Philanthropies

Tanur, Judith

2017 “The Vietnam Population Health Survey.” Đã được báo cáo ở hội nghị AAPOR, Fort Lauderdale, FL., May 2015, revised in 2017

Thùy Linh

2018 “Vì sao người dân không "mặn mà" khám chữa bệnh ở tuyến cơ sở?” (Why Do People Not Seek Diagnoses and Treatments at Commune Health Centers?) *Lao động* online, 6 July 2018. <https://laodong.vn/suc-khoe/vi-sao-nguoi-dan-khong-man-ma-kham-chua-benh-otuyen-co-so-617110.lao> (accessed 21 September 2018)

Vietnam, General Statistical Office (GSO)

2010 *Kết quả khảo sát mức sống hộ gia đình năm 2008* (Results of the Survey on Household Living Standards 2008). Hanoi: Nhà xuất bản Thống kê

2014 *Kết quả khảo sát mức sống hộ gia đình năm 2012* (Results of the Survey on Household Living Standards 2012). Hanoi: Nhà xuất bản Thống kê

2016 *Kết quả mức sống hộ gia đình năm 2014* (Results of the Survey on Household Living Standards 2014). Hanoi: Nhà xuất bản Thống kê

Vũ Mạnh Lợi

2017 “Choices of Commune Health Center for Acute Health Care Services: A Case Study in Thai Nguyen, Khanh Hoa and Vinh Long,” *Sociology V* (2): 21 – 32

World Bank

2016 *Quality and Equity in Basic Health Care Services in Vietnam: Findings from the 2015 District and Commune Health Facility Survey*. Washington, D.C.: World Bank

PHỤ LỤC A

Bảng A1. Sự khác biệt giữa hai vòng về tỷ lệ phần trăm phụ nữ mang thai từ 15-49 tuổi có đi khám thai ít nhất 4 lần, dựa trên đầu tư vào sức khỏe bà mẹ và trẻ em

	Không có đầu tư (Not treated)			Có đầu tư (Treated)			DD (Có đầu tư- Không đầu tư)
	R1	R2	R2-R1	R1	R2	R2-R1	
Có ít nhất 4 lần khám thai	38.4	64.1	25.7	16.3	61.0	43.7	18.0

Nguồn: Nguyễn Hữu Minh và cộng sự 2017

PHỤ LỤC B

PHÂN TÍCH HỎI QUY NHỮNG YẾU TỐ ẢNH HƯỞNG ĐẾN LỰA CHỌN CƠ SỞ Y TẾ

Từ các cuộc phỏng vấn sâu, chúng tôi xem những yếu tố sau đây dường như có ảnh hưởng đến lựa chọn cơ sở y tế của người dân như những biến độc lập.

- a. Điều kiện gia đình và nhân khẩu học: Như trong phỏng vấn sâu, chúng tôi nghĩ tuổi tác, giới tính, mức sống, dân tộc, học vấn, và trong nhóm người có bảo hiểm y tế, thì nơi đăng ký bảo hiểm y tế, có đóng vai trò trong chọn lựa của người dân về cơ sở y tế. Những mong đợi của chúng tôi cụ thể là:
 - Giới tính: Ngoài trừ những yếu tố bình đẳng, thì phụ nữ có nhiều việc gia đình thường hay chọn trạm y tế hay cơ sở y tế địa phương hơn nam giới.
 - Dân tộc: dân tộc thiểu số, nhìn chung nghèo hơn và được nhà nước bao cấp bảo hiểm y tế nhiều hơn, sẽ dùng trạm y tế nhiều hơn người Việt (gọi là người Kinh) và người Trung quốc (gọi là “người gốc Hoa”), trừ khi họ chọn đăng ký bảo hiểm y tế ở bệnh viện huyện vì tiện hơn cho họ.
 - Học vấn: người có học vấn nhiều hơn và thu nhập cao hơn thường ít chọn trạm y tế hơn là người có ít học vấn hơn. Học vấn được tính bằng số năm cần thiết để học một cấp cụ thể nào đó (0 năm nào là mù chữ, 12 năm là học xong phổ thông. 15 năm là học xong cao đẳng, 16 năm là học xong đại học, v.v.)
 - Thu nhập bình quân đầu người của hộ gia đình: người càng giàu, thường có chọn những cơ sở y tế khác nhau, bao gồm những nơi phải trả tiền túi, như cơ sở tư nhân và bệnh viện tuyến trên.
 - Tuổi tác: bệnh nhân cao tuổi thường hay nhờ người khác chở đi và hay đến trạm y tế và cơ sở chăm sóc y tế địa phương hơn, trong khi đó, người trẻ hơn, đặc biệt đi bằng xe máy, thì di động hơn và có nhiều chọn lựa hơn.
 - Đăng ký bảo hiểm y tế: Cho đến 2016, để nhận được đầy đủ phúc lợi của bảo hiểm này, người có bảo hiểm phải đi đến nơi mình đã đăng ký bảo hiểm trước tiên (trạm y tế địa phương, trạm y tế ở xã lân cận, hay bệnh viện huyện). Nếu người có bảo hiểm bỏ qua bước này, và đến nơi khác, họ phải trả 70% và bảo hiểm y tế chỉ trả 30% chi phí.
2. Môi trường địa phương:
 - Số lượng cơ sở chăm sóc y tế tư nhân (thuốc tây và thuốc nam) có ở xã: có càng nhiều cơ sở chăm sóc y tế tư nhân, thì bệnh nhân càng có nhiều lựa chọn hơn, và nếu các điều kiện khác như nhau, thì trạm y tế ít được chọn hơn.
 - Vị trí thôn không thuận lợi để đến trạm y tế của họ: Lê Thanh Sang và Nguyễn Thị Nhung (2017) đã đưa ra tiêu chí xác định điểm bất lợi về vị trí thôn dựa trên 3 yếu tố:
 - Khoảng cách từ thôn bệnh nhân ở đến trạm y tế: hơn 3 cây số hay không
 - Điều kiện đường sá từ thôn bệnh nhân ở đến trạm xá: xấu hay không.

Khoảng cách từ thôn bệnh nhân ở đến các trạm y tế khác hay bệnh viện huyện: hơn 3 cây số hay không sẽ có điểm “0” (không bất lợi) nếu thôn gần trạm xá của họ, đường đi đến trạm y tế tốt, và họ ở xa trạm y tế của xã bên hay bệnh viện tuyến trên; sẽ có điểm “1” nếu

chỉ có 1 trong 3 các yếu tố trên; điểm “2” dành cho trường hợp có 2 trong 3 yếu tố trên; và điểm “3” nếu có cả 3 yếu tố trên, có nghĩa là thôn này không thuận lợi để đến trạm y tế của thôn. Điểm số này càng thấp, thì khả năng người dân chọn đến trạm y tế càng cao hơn.

3. Điều kiện và đầu tư ở trạm y tế: Để đánh giá hiệu quả của đầu tư riêng lẻ, phân tích này không sử dụng điểm số đầu tư tổng hợp của trạm y tế như trong Bảng 1. Từ góc độ thống kê, mức độ đầu tư có thể có cả tác động tích cực lẫn tiêu cực, như vậy tổng hợp chúng lại sẽ có tác động tổng thể là yế và có thể không có giá trị thống kê.²⁹

- Nhà trạm y tế: điểm 0, 0,5 hay 1, như trong Bảng 1.
- Thiết bị kỹ thuật cao ở trạm y tế: Chúng tôi sử dụng số năm mà trạm y tế có máy siêu âm (0 đến 2 năm), thay vì điểm thiết bị kỹ thuật cao ở trạm y tế, vì các lý do sau:
 - Điểm tổng hợp dành cho thiết bị kỹ thuật cao ở trạm y tế có hiệu số tương quan 0,78 với việc trạm y tế có hay không có bác sĩ trong đội ngũ nhân viên (0 hay 1). Trong điều kiện này, thì cả 2 biến số có thể làm sai lệch kết quả thống kê khi phân tích hồi quy.
 - Điểm dành cho thiết bị kỹ thuật cao như vậy bị thay thế bởi thông tin về số năm mà trạm y tế có máy siêu âm (0 đến 2 năm). Trong tất cả các thiết bị kỹ thuật cao, thì máy siêu âm được sử dụng thường xuyên hơn những loại khác và được bệnh nhân nhắc đến thường xuyên hơn các thiết bị kỹ thuật cao khác ở trạm y tế.
- Chương trình MSI do AP tài trợ: có hay không
- Chương trình MSI do EU tài trợ: có hay không (sự khác biệt với chương trình do AP tài trợ đã có nêu trong phần chính của báo cáo này)
- Chương trình Save the Children hay một chương trình tương tự do một nhà tài trợ khác cung cấp: số năm mà chương trình hoạt động (từ 0 đến 4 năm)
- Bác sĩ trong đội ngũ nhân viên: 0 đến 1 điểm. Nhiều đối tượng được phỏng vấn nói về chuyên môn ở trạm y tế một phần là nhắc đến việc trạm y tế có bác sĩ trong đội ngũ nhân viên hay không. (Chương trình bác sĩ gia đình không được đưa vào phân tích định lượng bởi vì tất cả nhân viên ở 12 trạm y tế, thì chỉ có một bác sĩ có được đào tạo về y học gia đình, và sau đó ông ta không hoàn toàn thực hành y học gia đình ở trạm y tế nơi ông làm việc)

²⁹ Phân tích hồi quy của Vũ Mạnh Lợi cho thấy rằng các phân loại tổng hợp như “đầu tư nhiều hơn” so với “đầu tư ít hơn” hoặc tổng hợp điểm số đầu tư không có mối liên hệ mang ý nghĩa thống kê trong việc người dân chọn trạm y tế (Vũ Mạnh Lợi 2017: 29).

- Thuốc men sẵn có: Chúng tôi sử dụng số lượng các loại thuốc có bán ở trạm y tế thay vì số lượng các loại thuốc bảo hiểm y tế, bởi vì thuốc bảo hiểm y tế có hiệu số tương quan với cả điểm số nhà trạm y tế lẫn điểm của máy siêu âm, vì vậy nếu dùng thuốc bảo hiểm y tế cùng với 2 biến vừa nêu có thể dẫn đến làm sai lệch kết quả thống kê.

4. Quản lý và lãnh đạo: Chúng tôi xem yếu tố quản lý quan trọng đối với bệnh nhân và lãnh đạo thì quan trọng đối với trạm y tế:

- Kỷ luật về giờ làm việc của nhân viên: Nếu một trạm y tế có việc nhân viên vắng khá cao, và nếu nhân viên đến muộn và về sớm, thì điều này dẫn đến việc bệnh nhân than phiền và họ ít đến trạm y tế. Điểm số trong trường hợp này là 0. Dựa trên quan sát bởi nhóm nghiên cứu trường hợp, thì điểm này được đánh giá cho 4 trạm y tế: TN1, TN3, KH2, KH4. Nếu trạm nào có ít nhân viên vắng trễ, và nhân viên đi làm và về đúng giờ từ thứ 2 đến thứ 6. Thì trạm y tế này có điểm 1 (điểm này dành cho 8 trạm y tế còn lại).
- Thu nhập bổ sung ở trạm y tế dành cho nhân viên của trạm: số tiền này là tiền thưởng chính cho việc tận tụy của nhân viên đối với trạm y tế, có ảnh hưởng đến thái độ của nhân viên đối với bệnh nhân. Từ báo cáo của nhóm nghiên cứu trường hợp, thì thu nhập bổ sung của trạm y tế càng cao, thì ít có khả năng là họ đi làm thêm việc riêng để tăng thu nhập cho họ và có khả năng cao là họ sẽ có thái độ tích cực hơn đối với bệnh nhân vì nếu phục vụ bệnh nhân tốt thì họ sẽ có thêm thu nhập. Hai trạm y tế miền núi ở Khánh Hòa (TYT KH3 và KH4) không có thu nhập thêm từ dịch vụ tập thể ở trạm y tế. Hai trạm y tế, một ở Vĩnh Long (TYT VL3) và một ở Khánh Hòa (TYT KH1), có cho nhân viên thu nhập bổ sung nhiều từ các dịch vụ mở rộng ở trạm y tế (sẽ được bàn luận thêm). Có 8 trạm y tế khác có cho nhân viên thêm thu nhập bổ sung từ dịch vụ trả tiền ở trạm y tế. Tuy nhiên, chỉ số này có có giá trị thống kê với khá nhiều biến số khác (máy siêu âm. Chương trình MSI, bác sĩ trong đội ngũ nhân viên, và thuốc bán ở trạm y tế) và phải tách khỏi phân tích hồi quy để giảm bớt sai lệch về thống kê có thể xảy ra.

Trong Bảng A2, cột 2,4,6 và 8 là tỷ số lệch (odds ratio) của bệnh nhân chọn bệnh viện tuyến trên so với trạm y tế (cột 2 dành cho bệnh cấp tính và cột 6 cho bệnh mãn tính), hay cơ sở y tế tư nhân so với trạm y tế (cột 4 cho bệnh cấp tính và cột 8 cho bệnh mãn tính), trong khi đó cột 3,5,7 và 9 bao gồm thông tin về mức độ có ý nghĩa thống kê (màu đỏ có nghĩa là có ý nghĩa thống kê). Tỷ số lệch chuẩn (reference group odds ratio) là 1. Nó có thể khác 1 với mỗi gia số trong biến độc lập: ít hơn 1 thì nghiêng về trạm y tế, và nhiều hơn 1 thì nghiêng về bệnh viện tuyến trên hoặc cơ sở chăm sóc y tế tư nhân. Sự thay đổi về odds ratio có thể lớn với một biến độc lập có 2-giá trị, như dân tộc. Thí dụ, đối với bệnh cấp tính, việc người Kinh/người gốc Hoa chọn cơ sở chăm sóc y tế tư nhân, hơn là trạm y tế odds ratio lớn gần gấp đôi với dân tộc thiểu số (Bảng A2).

Bảng A2. Các yếu tố tác động đến bệnh nhân lựa chọn cơ sở y tế để khám chữa bệnh cấp tính và mãn tính

để khám chữa bệnh cấp tính và mãn tính	Bệnh cấp tính				Bệnh mãn tính			
	BV tuyến trên so với trạm y tế		Cơ sở tư nhân so với trạm y tế		BV tuyến trên so với trạm y tế		Cơ sở tư nhân so với trạm y tế	
	Odds ratio	Sig.	Odds ratio	Sig.	Odds ratio	Sig.	Odds ratio	Sig.
1. Nhân khẩu học và điều kiện gia đình								
Giới tính								
• Nam	1,377	0,058	1,146	0,256	1,137	0,227	1,112	0,269
• Nữ (nhóm tham chiếu-reference group)								
Dân tộc:								
• Kinh/Hoa	1,556	0,074	2,156	0,000	1,694	0,001	1,334	0,045
• Thiếu số (reference group)								
Học vấn	1,048	0,016	1,009	0,483	1,047	0,000	1,025	0,007
Thu nhập mỗi nhân khẩu trong hộ gia đình (million VND)	1,019	0,002	1,020	0,001	1,011	0,009	1,011	0,007
Tuổi								
• 0-5	3,255	0,005	1,794	0,033	4,165	0,000	2,625	0,014
• 6-17	1,029	0,934	1,367	0,158	0,887	0,572	1,109	0,589
• 18-25	1,461	0,432	2,261	0,018	1,116	0,699	1,082	0,770
• 26-59	1,617	0,132	1,910	0,003	1,027	0,836	1,467	0,001
• 60 hay cao hơn (reference group)								
Bảo hiểm y tế								
• Không có bảo hiểm y tế	0,409	0,002	2,565	0,000	0,601	0,004	2,078	0,000
• Đăng ký ở trạm y tế	0,231	0,000	0,469	0,000	0,244	0,000	0,347	0,000
• Đăng ký ở nơi khác (reference group)								
2. Môi trường địa phương								
Số cơ sở y tế tư nhân	1,092	0,000	1,102	0,000	1,033	0,024	1,032	0,016
Khó khăn vị trí thôn/bản	1,269	0,035	1,312	0,001	1,275	0,000	1,381	0,000
3. Điều kiện trạm y tế và đầu tư								
Nhà trạm	0,603	0,455	0,740	0,535	0,754	0,469	0,518	0,078
Thiết bị kỹ thuật cao-Siêu âm- số	0,822	0,327	1,033	0,819	0,661	0,000	0,855	0,173
Chương trình MSI về SKSS-AP tài trợ								
Không	1,229	0,469	1,411	0,079	0,980	0,912	0,755	0,080
Có (reference group)								
Chương trình MSI về SKSS-EU tài trợ								
Không	2,905	0,229	3,343	0,048	6,523	0,000	2,168	0,095
Có (reference group)								
Chương trình Save the Children –số năm hoạt động	0,803	0,006	0,818	0,000	0,829	0,000	0,880	0,005
Bác sĩ trong đội ngũ nhân viên	0,530	0,136	0,654	0,180	0,748	0,258	0,938	0,795
Số loại thuốc bán	1,002	0,697	1,000	0,917	1,009	0,001	1,103	0,245
4. Quản lý trạm y tế								
Kỷ luật giờ làm việc ở trạm y tế								
Không	0,396	0,001	0,788	0,262	0,281	0,000	0,629	0,011
Có (reference group)								
N	1734				3148			
Nagelkerke square	0,283				0,238			