



BỘ Y TẾ
VỤ KẾ HOẠCH TÀI CHÍNH

BÁO CÁO TỔNG KẾT ĐỀ TÀI CẤP BỘ
NGHIÊN CỨU CHI PHÍ Y TẾ CỦA HỘ GIA ĐÌNH
Ở HUYỆN BA VÌ - TỈNH HÀ TÂY

Chủ nhiệm đề tài: ThS Nguyễn Thị Bích Thuận
PGS, TS Nguyễn Thị Kim Chúc

5483

30/9/2005

HÀ NỘI - 2005

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Trong gần 2 thập kỷ vừa qua đổi mới ngành Y tế đã chiếm vị trí ưu tiên cao trong chương trình nghị sự mang tính chính trị ở các nước đang phát triển và các nước phát triển trên Thế giới. Tại nhiều nước đang phát triển, chính phủ đang phải đối mặt với sức ép ngày càng tăng nhằm nâng cao hiệu quả và khả năng tài chính cho hệ thống cung cấp dịch vụ y tế, đặc biệt là theo tinh thần cam kết đổi mới nhằm nâng cao điều kiện sống cho người nghèo (World Bank 1993).

Tuy nhiên, những thay đổi và xu hướng thực tiễn của ngành y tế trong vòng 2 thập kỷ qua thường mâu thuẫn với những mục tiêu đề ra. Nhìn chung, tổng chi phí cho chăm sóc sức khỏe đã tăng nhanh hơn so với tốc độ tăng trưởng kinh tế. Nhưng cũng có mặt trái của cơ chế thị trường là tình trạng thiếu công bằng trong cung cấp tài chính và trong khả năng tiếp cận dịch vụ chăm sóc sức khỏe ngày càng trở nên nghiêm trọng và những thành quả về hiệu quả kinh tế so với các mục tiêu đã đề ra vẫn còn rất khiêm tốn (Dahlgren G.2000).

Nước ta là một nước nông nghiệp chưa phát triển năng xuất lao động nông nghiệp cũng rất thấp so với các nước trong khu vực, thực tế hơn 80% dân cư sống ở nông thôn, nhưng cho đến những năm đầu của thế kỷ 21 vẫn chưa có các chính sách tài chính cho y tế nông thôn Việt Nam.

Từ trước năm 1986 Nhà nước có chính sách bao cấp hoàn toàn về chi phí y tế cho mọi đối tượng có nhu cầu chăm sóc sức khỏe, về nguyên tắc mọi đối tượng trong xã hội có nhu cầu chăm sóc sức khỏe đều có quyền được sử dụng các dịch vụ y tế miễn phí. Thời gian này nguồn kinh phí cho ngành Y tế hoàn toàn dựa vào nhà nước và viện trợ nước ngoài. Vào những năm 80, nguồn viện trợ nước ngoài cho nước ta nói chung bị cắt giảm rất nhiều do sự tan vỡ của khối các nước xã hội chủ nghĩa Liên Xô (cũ) và

Đông Âu, trong khi tiềm năng kinh tế trong nước lại rất hạn chế, nên ngân sách Nhà nước cấp cho ngành y tế cũng rất hạn hẹp. Do vậy ngành Y tế đã gặp rất nhiều khó khăn trong việc duy trì hoạt động với nguồn kinh phí hạn hẹp của Nhà nước. Nhiều cơ sở y tế xuống cấp trầm trọng, thiếu thuốc và nguyên liệu phục vụ cho công tác khám chữa bệnh, đời sống cán bộ nhân viên y tế gặp nhiều khó khăn. Do các cơ sở y tế công lập cung cấp cho xã hội cũng bị hạn chế, chất lượng và hiệu quả của công tác chăm sóc sức khoẻ là vấn đề cần quan tâm cùng với nhiều vấn đề kinh tế – xã hội bức xúc khác trước xu thế đổi mới đang phát triển.

Từ năm 1986, sau Đại hội Đảng lần thứ VI Nhà nước ta đã khởi xướng công cuộc "Đổi mới" nhằm cải cách phát triển kinh tế. Từ đó, nền kinh tế bắt đầu khởi sắc và có những thay đổi vượt bậc trong những thập kỷ vừa qua. Mọi người dân có nhiều cơ hội phát huy tiềm lực phát triển kinh tế và tăng thu nhập. Nhìn chung, chất lượng cuộc sống của mọi người dân ở thành thị và nông thôn đều thay đổi rõ rệt và được nâng cao. Tuy nhiên, sự phát triển kinh tế cũng đã làm phân hoá thành các nhóm người giàu, người nghèo đặc biệt là các vùng sâu vùng xa là những vùng còn chậm phát triển, thì sự phân hoá giàu nghèo ngày càng rõ rệt. Mức thu nhập bình quân đầu người tuy có tăng khoảng 5% hàng năm (giai đoạn 1996-1998), nhưng vẫn còn thấp so với các nước trong khu vực (trên 300 USD).

Cùng với sự cải cách kinh tế đất nước, theo tinh thần đổi mới của đại hội Đảng VI, ngành Y tế cũng đã mạnh dạn cải cách ngành Y tế theo hướng huy động sự đóng góp từ nhân dân để tăng thêm nguồn tài chính cho y tế hoạt động. Từ năm 1989 chính phủ đã thực hiện một số biện pháp để huy động các nguồn lực mới cho ngành Y tế, như (1) áp dụng thu một phần viện phí trong việc sử dụng dịch vụ y tế tại các bệnh viện công (2) Thực hiện chế độ bảo hiểm y tế (3) Cho phép hành nghề y được tư nhân.

Chính sách viện phí đã tác động đáng kể đến ngành y tế, tăng nguồn ngân sách cho hoạt động của các bệnh viện từ 45,1 tỷ năm 1991 lên 730 tỷ năm 1999 góp phần nâng cao chất lượng khám chữa bệnh. Viện phí cũng là một chính sách tăng cường sự tham gia, đóng góp của cộng đồng, nhất là của những đối tượng có khả năng chi trả, từ đó có thêm nguồn ngân sách để tăng cường công tác khám chữa bệnh cho người nghèo. (Thuỷ 2000).

Bảo hiểm y tế đã được triển khai ở Việt Nam từ năm 1992, lúc đầu là bảo hiểm y tế bắt buộc, sau đó phát triển một số các hình thức bảo hiểm y tế tự nguyện. Nguồn thu từ bảo hiểm y tế đã ngày càng chiếm tỷ trọng lớn trong tổng thu của các bệnh viện.

Hệ thống hành nghề y được tư nhân ra đời đã giảm tải được gánh nặng cho hệ thống nhà nước và thu hút được nguồn lực từ cộng đồng.

Có thể nói, ba sự kiện nói trên đều ảnh hưởng đến hệ thống y tế nói chung và đặc biệt là đến vấn đề tài chính y tế của Việt Nam. Về tổng thể, các chính sách của nhà nước đã giúp cho hoạt động y tế có nguồn tài chính tốt hơn. Tuy nhiên, với sự phát triển chung của xã hội, việc phân hoá giàu nghèo ngày càng mạnh mẽ, việc tiếp cận dịch vụ y tế công, đặc biệt là ở các tuyến bệnh viện đối với người nghèo gặp khó khăn. Tỷ lệ chi trực tiếp từ túi cá nhân chiếm tỷ lệ cao trong tổng chi y tế. Đã có một số nghiên cứu về chi phí y tế hộ gia đình. Những nghiên cứu này đều đưa ra những con số tương đối lớn, dao động từ 50-80% (điều tra mức sống dân cư 1993, 1997, WHO 2000). Những nghiên cứu này thường là những nghiên cứu cắt ngang, chỉ lấy số liệu từ một khoảng thời gian trong năm, trong khi đó đa số dân Việt Nam sống bằng nông nghiệp, thu nhập cũng như chi tiêu phụ thuộc rất nhiều vào thời vụ.

Để tìm hiểu sâu hơn về gánh nặng chi phí y tế của người dân, đặc biệt là các hộ gia đình ở vùng nông thôn, chúng tôi đã tiến hành nghiên cứu ”Chi phí y tế hộ gia đình ở Huyện Ba Vì, tỉnh Hà Tây” trong khuôn khổ cơ sở Thực địa dịch tễ học Ba Vì với mục tiêu là đánh giá gánh nặng về chi phí y tế liên quan tới các sự kiện ốm đau và sử dụng dịch vụ y tế của các hộ gia đình tại một vùng nông thôn miền Bắc Việt Nam (Huyện Ba Vì, Tỉnh Hà Tây).

2. TỔNG QUAN NGHIÊN CỨU

2.1. Tình hình nghiên cứu ở nước ngoài

Tài chính y tế luôn là điểm mấu chốt trong bất kể hệ thống y tế nào. Về tổng thể, có 4 mô hình tài chính y tế :

- Mô hình tài chính y tế dựa chủ yếu vào thuế
- Mô hình tài chính dựa chủ yếu vào bảo hiểm y tế xã hội
- Mô hình tài chính dựa chủ yếu vào chi trả trực tiếp
- Mô hình tài chính dựa chủ yếu vào bảo hiểm y tế tư nhân.

Mỗi quốc gia, trong những thời gian nhất định sẽ áp dụng mô hình nào có lợi nhất cho mình. Có thể có những quốc gia sẽ áp dụng hỗn hợp. Tỷ lệ chi phí y tế trực tiếp từ túi cá nhân càng cao, tính bất công bằng càng lớn. Tuy nhiên, việc thu viện phí là giải pháp mà nhiều quốc gia, đặc biệt là các quốc gia nghèo vẫn phải áp dụng, khi tài chính y tế nhà nước không đủ sức chi trả cho các nhu cầu y tế. Điều đó đã dẫn đến nhiều khó khăn cho các đối tượng nghèo. Nghèo, đói là một nguy cơ cho ốm đau. Và khi ốm đau, vì phải chi nhiều cho y tế và mất thu nhập do nghỉ việc lại càng nghèo đói hơn. Nhiều nghiên cứu trên thế giới đã đưa ra những con số cụ thể về vòng luẩn quẩn này. Một nghiên cứu ở Trung Quốc cho thấy 30% người nghèo bị gánh nặng chi phí y tế làm suy giảm nguồn tài chính của gia đình (Wu Y. 1997 Ngành y tế TQ trong thời kỳ chuyển đổi).

Tác giả Russell chỉ ra rằng tại nhiều nước đang phát triển, người dân do phải đóng góp cho chi phí y tế bằng tiền túi, việc chi trả cho việc khám chữa bệnh của người dân đã trở thành vấn đề đặc biệt cấp bách. Để có được tiền chi phí cho y tế, các hộ gia đình buộc phải cắt giảm chi tiêu cho các nhu cầu thiết yếu khác như thực phẩm và giáo dục, dẫn đến những gánh

nặng chi phí y tế cho gia đình hay các cá nhân. (Fabbricant S.J. et al - 1999).

Tác giả Fabricate đã đánh giá dựa trên số liệu từ vùng Serria Leon và một số vùng khác đã chỉ ra rằng dân nghèo ở vùng nông thôn bị bất lợi trong việc chi trả dịch vụ về y tế, họ phải trả một tỷ lệ chi phí khám chữa bệnh tính trên thu nhập cao hơn so với các hộ giàu hơn. Tại vùng nông thôn ở Nepal, nhóm dân cư nghèo nhất (quintile 5) phải chi trung bình 10% tiền thu nhập cho khám chữa bệnh so với mức chi trung bình 6% ở nhóm có mức thu nhập cao (quintile) (Acharya và cộng sự 1993)

Theo Russell đề nghị áp dụng ngưỡng chi phí cho sức khỏe bằng 5% thu nhập là mức có khả năng chi trả vì hầu hết các điều tra chi phí y tế tại các nước đang phát triển cho thấy một hộ gia đình thông thường chi khoảng 2-5% mức thu nhập cho y tế, do đó chi phí y tế hộ gia đình có thể chịu đựng được, nếu áp dụng ở mức 5% thu nhập của họ.

2.2. Tình hình nghiên cứu ở Việt Nam

Một số nghiên cứu và các bài viết về công bằng trong chăm sóc sức khỏe đã được đề cập nhiều trong những năm gần đây, cho thấy tổng chi phí thực tế mà bệnh nhân phải chi trả thường là cao hơn so với mức viện phí đã quy định chính thức. Ngay cả các dịch vụ y tế ở tuyến xã đã được quy định miễn phí mà thực tế đã không được miễn. Năm 1991 Bộ Y tế đã có một cuộc điều tra về sử dụng dịch vụ y tế đã cho rằng: Bình quân có 81% bệnh nhân đã phải trả tiền điều trị cho dịch vụ y tế ở xã (Bộ Y tế-1991) .

Theo điều tra về mức sống của người dân Việt Nam năm 1997/1998, các tỷ lệ chung sử dụng dịch vụ y tế của người nghèo thấp hơn so với người có thu nhập khá giả. Đồng thời so với những người khá giả thì người nghèo thường chọn cách tự chữa bệnh bằng cách tự mua thuốc tại các điểm bán thuốc, chủ yếu là tư nhân. Người nghèo thường ít có cơ hội đến các cơ sở y

tế có kỹ thuật cao như bệnh viện công và bác sĩ tư hơn là người khá giả. Người nghèo mỗi khi đau ốm dường như phải sử dụng một tỷ lệ thu nhập của họ chỉ cho y tế cao hơn là người giàu (Tổng cục Thống kê-2000).

Việt Nam có khoảng 20% dân số sống trong các điều kiện rất nghèo theo quy định về sự nghèo đói của Chính phủ. Hiện nay có trên 2.000 xã nghèo, trong đó có khoảng 1.000 xã quá nghèo và hầu hết sống ở vùng núi và vùng sâu. Mức sống của người dân ở những vùng này vẫn rất thấp, trong khi đó sự phát triển về kinh tế trong cả nước đã được cải thiện nhanh. Sự phân hoá giữa giàu và nghèo trong dân cư là yếu tố rất quan trọng làm tăng sự mất công bằng trong y tế và sử dụng dịch vụ y tế (Phạm Huy Dũng-2000).

Theo số liệu trong Tài khoản y tế quốc gia của Bộ Y tế xác định cơ cấu nguồn vốn y tế của toàn xã hội 3 năm 1998 - 2000, trong đó có từ hộ gia đình chiếm trên 60% (bảng 1).

Bảng 1 : Cơ cấu nguồn vốn y tế

	Đơn vị tính: %		
	1998	1999	2000
Tổng số	100,00	100,00	100,00
1.Ngân sách nhà nước	29,94	29,43	25,85
2.Ngoài NSNN trong đó:	67,30	67,18	71,44
- Hộ gia đình	63,21	61,15	65,65
3.Từ nước ngoài	2,76	3,39	2,71

So với kết quả của Tổ chức Y tế thế giới thì nguồn chi cho y tế từ hộ gia đình tuy có thấp hơn, nhưng đều chiếm đại bộ phận, điều đó đã thể hiện mức độ gánh nặng của người dân khi ốm đau. Cũng theo số liệu của tài khoản y tế quốc gia, trong tổng chi phí y tế hộ gia đình, tỷ lệ giành cho mua thuốc tự điều trị là cao nhất, trên 82%, sau đó là trả viện phí và các dịch vụ khác trong bệnh viện của nhà nước, chiếm khoảng 12%, chi mua BHYT chiếm 4,87% năm 1998 tăng lên 5, 82% vào năm 2000. (Bảng 2)

Bảng 2 : Cơ cấu chi phí y tế hộ gia đình

	Đơn vị tính: %		
	1998	1999	2000
Tổng số	100	100	100
1. Chi trả viện phí và dịch vụ khác cho bệnh viện nhà nước	12,15	12,45	11,57
2. HGD tự mua thuốc tự chữa bệnh	82,98	82,15	82,61
3. Chi mua BHYT	4,87	5,40	5,82

Kết quả điều tra Y tế quốc gia năm 2001-2002 cho thấy tỷ lệ chi phí tự mua thuốc về chữa bệnh của nhóm hộ nghèo cao hơn hộ không nghèo là (38.4% so với 32.9% và 24.2%) (bảng 3)

Bảng 3 : Cơ cấu chi phí y tế hộ gia đình theo kinh tế

Đơn vị tính: %

	Khám chữa bệnh nội trú	Khám chữa bệnh ngoại trú	Tự mua thuốc	Chung
Chung	18,6	51,6	29,8	100,0
Nghèo	16,5	45,1	38,4	100,0
Trung bình	16,4	50,6	32,9	100,0
Giàu	20,2	55,6	24,2	100,0

Nguồn tiền để chi trả phí khám chữa bệnh của người dân cũng rất khác nhau giữa các nhóm kinh tế xã hội. Người nghèo thường có xu hướng phải bán đồ đạc và vay tiền để chi trả cho chi phí y tế, trong khi đó thì người giàu khi mắc bệnh phải điều trị, họ thường có sẵn tiền để chi trả (N. V. Toàn 2001, N. D. Khê 2002).

3. MỤC TIÊU NGHIÊN CỨU

- + Đánh giá gánh nặng chi phí y tế trên cơ sở so sánh mức thu nhập và chi tiêu của các hộ gia đình ở một vùng nông thôn Việt Nam (Huyện Ba Vì, Tỉnh Hà Tây).
- + So sánh mức độ sử dụng dịch vụ y tế tại các nhóm có thu nhập khác nhau Huyện Ba Vì, Tỉnh Hà Tây.

4. NỘI DUNG NGHIÊN CỨU

4.1. Các vấn đề cần nghiên cứu:

Tìm hiểu đặc điểm hộ gia đình trong mẫu nghiên cứu về các chỉ số cơ bản: kinh tế, văn hoá, xã hội, vị trí địa lý,(số liệu thứ cấp)

Điều tra theo dõi dọc hàng tháng về các sự kiện ốm đau và tình hình sử dụng dịch vụ y tế của từng cá nhân trong hộ gia đình,

Điều tra theo dõi dọc hàng tháng trong một năm về tổng thu nhập hộ gia đình.

Điều tra dọc hàng tháng trong một năm các chi phí cho y tế hộ gia đình bao gồm chi phí mua BHYT, (cả BHYT bắt buộc và BHYT tự nguyện), chi phí cho việc sử dụng các DVPB, KHHGĐ/ sức khoẻ sinh sản, dịch vụ phục hồi chức năng và chi phí cho khám chữa bệnh

Phân tích nguồn chi trả cho khám chữa bệnh của hộ gia đình

4.2. Phương pháp nghiên cứu

4.2.1. Địa điểm nghiên cứu

Nghiên cứu này được thực hiện tại Huyện Ba Vì, tỉnh Hà Tây trong khuôn khổ cơ sở thực địa dịch tễ học Ba Vì thuộc Dự án ”Nghiên cứu Hệ thống y tế” (gọi tắt là FilaBavi). Dự án được tài trợ bởi tổ chức

Sida/SAREC, do Trường đại học Y Hà Nội và Đơn vị nghiên cứu sức khỏe quốc tế, Viện Karolinska chủ trì, phối hợp với Viện Chiến lược và Chính sách Y tế, Bộ Y tế và Trường Đại học Umea Thụy Điển.

FilaBavi được xây dựng với cỡ mẫu là 11.000 hộ gia đình, gồm 55.000 dân, được chọn ngẫu nhiên từ 67 cụm dân cư ở Huyện Ba Vì, tỉnh Hà Tây. Cuộc điều tra cơ bản lần 1 của FilaBavi được bắt đầu vào ngày mùng 1 tháng 1 năm 1999 để thu thập những số liệu và thông tin y tế cơ bản về tất cả những hộ gia đình và cá nhân trong mẫu. Sau đó, các cuộc điều tra nhân khẩu học được tiến hành 2 năm một lần. Hàng quý, các cuộc điều tra theo dõi được tiến hành để phát hiện và thu thập thông tin về những sự kiện quan trọng xảy ra trong hộ gia đình trong 3 tháng qua. 42 điều tra viên, là người địa phương tiến hành phỏng vấn các hộ gia đình về các sự kiện đã xảy ra trong hộ gia đình, bao gồm những thay đổi về hôn nhân, thai nghén, sinh đẻ, tử vong và di dân. Các thông tin này sau đó lại được 6 giám sát viên và các sinh viên nghiên cứu của Dự án Nghiên cứu hệ thống y tế giám sát và kiểm tra lại. Số liệu được cập nhật và phân tích. Phần mềm để phân tích các số liệu này do Trường Đại học Umea và các chuyên gia về phân tích số liệu của Việt Nam thiết kế. Hiện tại đã có 3 cuộc điều tra nhân khẩu và 25 cuộc điều tra theo dõi được thực hiện. Song song với các cuộc điều tra đó, có các nghiên cứu chuyên biệt của các sinh viên nghiên cứu thuộc dự án. Đến nay đã có trên 20 nghiên cứu chuyên biệt của các sinh viên được tiến hành tại FilaBavi. Các số liệu thu được từ điều tra cơ bản và các cuộc điều tra theo dõi đã cung cấp một cơ sở dữ liệu nền tảng với những thông tin chung về tình hình kinh tế xã hội của các cá nhân và hộ gia đình cho các nghiên cứu chuyên biệt.

Huyện Ba Vì nằm ở phía Tây-Bắc Việt Nam, cách Hà Nội khoảng 60km về phía Tây là vùng trung du có cả các xã thuộc đồng bằng và miền núi. Nơi đây có 3 nhóm dân tộc chính là Kinh (chiếm 91.06%), Mường (8.35%), và Dao (0.57%) và một số gia đình thuộc dân tộc Tày, Hoa, Khmer. Huyện Ba Vì được chia thành 31 xã và 1 thị trấn.

Thu nhập bình quân đầu người năm 1996 tính theo sản lượng gạo vào khoảng 290kg/người/năm (tương đương 50 USD). Nguồn thu nhập chính của Ba Vì là từ nông nghiệp (Chiếm 81%) với sản phẩm chính là lúa, ngô, đậu... thu nhập khác như lâm sản (8%); nghề cá(1%); Buôn bán (3%); thủ công nghiệp (6%) và vận tải(1%) .

4.2.2. Đối tượng nghiên cứu

Đối tượng của nghiên cứu là hộ gia đình được lấy ngẫu nhiên trong các hộ thuộc Filabavi.

4.2.3. Thiết kế nghiên cứu

Thực hiện một nghiên cứu theo dõi dọc một năm thông qua điều tra hàng tháng. Đơn vị nghiên cứu là hộ gia đình, các hộ này nằm trong cỡ mẫu đã được lựa chọn tại Huyện Ba Vì, Tỉnh Hà Tây. Chủ hộ (phần lớn là phụ nữ) được phỏng vấn mỗi tháng một lần bắt đầu từ tháng 7/2001 đến tháng 6/2002.

4.2.4. Phương pháp thu thập số liệu

Thông tin cơ bản về hộ gia đình như tình trạng kinh tế lấy từ số liệu điều tra cơ bản năm 2001. Thông tin cơ bản về cá nhân như giới, văn hoá, tôn giáo,... cũng lấy từ điều tra cơ bản năm 2001.

Các thông tin về thu nhập hộ gia đình, về chi tiêu hộ gia đình trong tháng,.... Thu thập bằng cách phỏng vấn bộ câu hỏi có sẵn.

Người thu thập thông tin là hệ thống giám sát viên và điều tra viên của Filabavi.

Số liệu của tháng trước được thu thập trong tuần đầu của tháng tiếp theo (ví dụ số liệu của tháng 7/2001 được thu thập vào tuần đầu tiên của tháng 8/2001). Điều này có nghĩa là thời gian hồi cứu là một tháng. Nghiên cứu viên đề nghị Chủ hộ gia đình ghi chép các sự kiện nghiên cứu trong suốt tháng theo mẫu được phát trước.

4.2.5. Biện pháp không chế sai số:

Bộ câu hỏi được sử dụng điều tra thử, sau đó được hiệu chỉnh cho phù hợp để điều tra chính thức. Để bảo đảm chất lượng thông tin thu thập, các giám sát viên địa bàn phải kiểm tra phiếu trước khi nộp lại cho văn phòng quản lý số liệu và có trách nhiệm giám sát thường xuyên việc phỏng vấn của điều tra viên.

Khoảng 10% số hộ đã được điều tra và phỏng vấn lại để so sánh kết quả của điều tra viên. Các số liệu được kiểm tra trước khi đưa vào máy tính và thường xuyên được kiểm tra nhằm phát hiện kịp thời các sai sót.

4.2.6. Một số khái niệm sử dụng trong nghiên cứu

"Người bị ốm " là người bị bất thường về sức khỏe từ một ngày trở lên và tự mình kể ra các triệu chứng cơ năng hoặc bệnh mà họ đã hoặc đang được điều trị như ho, sốt, khó thở, đau đầu, đau bụng, rối loạn tiêu hoá, đau xương, khớp, thương tật/tai nạn, cao huyết áp, suy tim và các loại khác trong tháng phỏng vấn. Hiện tượng ốm đau được tính vào thời điểm của tháng có triệu chứng ốm/bệnh tật.

“Tự điều trị” có nghĩa là tự mua thuốc hoặc sử dụng các biện pháp điều trị khác mà không cần tư vấn của chuyên môn hoặc ngay cả của người bán thuốc.

“Chi phí y tế” được ước tính bằng các khoản chi phí bằng tiền thông qua việc hỏi các hộ gia đình về sự chi trả cho các dịch vụ y tế như chi cho chữa bệnh (Bao gồm các dịch vụ y tế, mua thuốc về tự điều trị và mua thuốc đông y từ các thầy lang), chi cho phòng bệnh (Tiêm chủng và các dịch vụ phòng bệnh khác) và kế hoạch hoá gia đình (các biện pháp tránh thai). Tất cả dịch vụ y tế công và tư, chi phí y tế trực tiếp (khám, xét nghiệm, thuốc, giường bệnh...) và chi phí gián tiếp (chi đi lại, ăn ở, chi cho người chăm sóc, chi quà biếu...) đều được tính vào chi phí y tế hộ gia đình.

“Chi phí y tế trung bình hộ gia đình” được tính bằng cách lấy tổng chi phí y tế của tất cả các hộ gia đình chia cho tổng số hộ gia đình. Mẫu số gồm cả những hộ gia đình không có chi phí cho y tế do không có người ốm.

“Tổng thu nhập” được ước tính bằng số tiền thu được từ các nguồn khác nhau như buôn bán, tiền lương/ tiền công, sản phẩm nông nghiệp, lâm nghiệp, thủy sản và tiền hỗ trợ, quà biếu của gia đình hoặc người thân và tiền bán vật dụng của gia đình...

Phân loại “giàu”, “nghèo” dựa theo phân loại của địa phương: Các hộ gia đình được chính quyền địa phương phân làm 3 nhóm nghèo, trung bình và giàu theo tiêu chuẩn của Bộ Lao động, thương binh và xã hội. Các hộ có thu nhập dưới 150.000VN đồng /người/tháng được coi là hộ nghèo

4.2.7. Cỡ mẫu và chọn mẫu

4.2.7.1. Cỡ mẫu

Cỡ mẫu nghiên cứu được xác định tối thiểu là 600 hộ gia đình được theo dõi hàng tháng trong suốt 12 tháng của năm trên cơ sở ước tính chỉ số nghiên cứu về chi phí y tế hộ gia đình theo công thức:

$$N = Z^2_{1-\alpha/2} \frac{p(1-p)}{d^2} \times k$$

Trong đó: Z là giá trị ở mức độ tin cậy là 95% có giá trị là 1,96

p là tỷ lệ hộ gia đình có chi phí y tế cao hơn ngưỡng 5% tổng chi phí HGD trong năm và được ước tính với giá trị là 0,5 để đảm bảo ước lượng cỡ mẫu N có giá trị lớn nhất trong khi chọn cùng một giá trị d .

d là mức độ chính xác được lấy ở mức 0,05

k là hệ số lấy mẫu với giá trị xác định là 1,5

4.2.7.2. Phương pháp chọn mẫu

Mẫu nghiên cứu được lựa chọn theo phương pháp chọn mẫu chùm.

Kỹ thuật chọn mẫu ngẫu nhiên theo tỷ lệ dân số trong từng cụm, để đơn giản trong việc chọn mẫu và thuận tiện khi điều tra thực địa, toàn bộ 67 cụm điều tra tại FilaBavi đều được chọn vào mẫu nghiên cứu.

Tổng số hộ được chọn vào mẫu nghiên cứu là 629 hộ.

4.2.8. Quản lý và sử lý số liệu

Số liệu thu thập từ bộ câu hỏi được nhập vào máy tính theo chương trình phần mềm ACCESS.

Sử dụng chương trình phần mềm SPSS để tính toán và phân tích số liệu điều tra.

4.2.8 Khía cạnh đạo đức trong nghiên cứu:

Nghiên cứu đã được sự đồng ý của Bộ Y tế (Quyết định đề tài cấp Bộ), và được sự đồng ý của Chính quyền địa phương và các chủ hộ gia đình trong mẫu nghiên cứu.

Tất cả những người được phỏng vấn đều nắm rõ mục đích việc nghiên cứu, về phương pháp dùng cho phỏng vấn và tham gia một cách tự nguyện.

Mọi thông tin của các hộ gia đình đều được cam kết giữ kín, mỗi người tham gia nghiên cứu đều có một hồ sơ riêng, đảm bảo giữ bí mật về thông tin cho các hộ gia đình.

Sự tham gia của các hộ gia đình vào nghiên cứu là hoàn toàn tự nguyện, không ép buộc. Nếu như trong quá trình tham gia vì một lý do nào đó mà họ không muốn tiếp tục tham gia, thì họ đều có quyền tự do rút khỏi nghiên cứu bất kỳ lúc nào.

Các cam kết trên đều được hỏi ý kiến trước và ký tên vào bảng cam kết để khẳng định sự đồng ý tự nguyện tham gia nghiên cứu (Theo mẫu đính kèm)

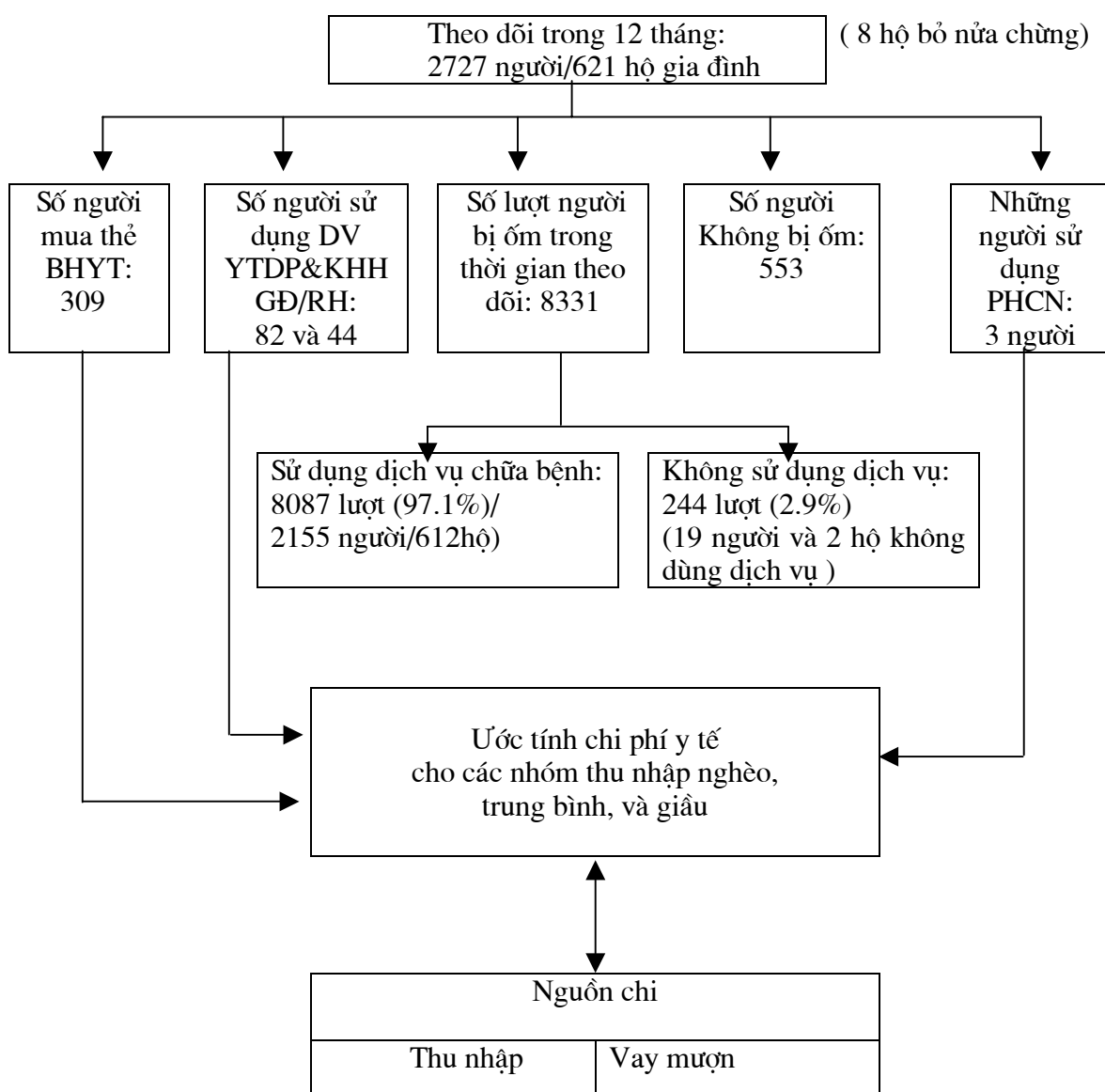
Tất cả những người điều tra viên, giám sát viên và nghiên cứu viên đều đã được hướng dẫn theo các nội dung trên.

Đề tài cấp Bộ về “Xây dựng cơ sở thực địa dịch tễ học tại Huyện Ba Vì- Hà Tây” đã được Hội đồng khoa học của Bộ Y tế nghiệm thu xuất sắc năm 2003.

5. KẾT QUẢ

5.1. Tóm tắt những kết quả nghiên cứu chính

Bảng 4. Kết quả chính được tóm tắt trong hình 1 dưới đây:



Hình 1: Mô hình trình bày kết quả nghiên cứu

Tóm tắt các kết quả nghiên cứu chính trong tổng số 629 hộ gia đình thuộc mẫu nghiên cứu đã bị giảm 8 hộ, với lý do 6 hộ chuyển đi khỏi địa bàn nghiên cứu, 2 hộ không hợp tác tham gia sau 3 tháng thu thập số liệu. Như vậy nghiên cứu chỉ còn 621 hộ gia đình (HGD) gồm 2727 người được theo dõi trong suốt 12 tháng (từ 7/2001 đến 6/2002).

5.2. Kết quả chính:

Bảng 5: Đặc trưng chính của các hộ gia đình đã được chọn mẫu:

		Các nhóm thu nhập (số người)						Chung	
		Giàu		Trung bình		Nghèo			
		No	%	No	%	No	%	No	%
Các hộ gia đình (HH)		140 (22,5)		350 (56,4)		131 (21,1)		621 (100,0)	
Cá nhân		661 (24,2)		1535 (56,3)		531 (19,5)		2727 (100,0)	
Trung bình số lượng người/ HH			4,7		4,4		4,1		4,4
Tuổi	Trẻ em <15	154 (23,3)		354 (23,1)		170 (32,0)		678 (24,9)	
	Người lớn (15-60)	421 (63,7)		1005 (65,5)		296 (55,7)		1722 (63,1)	
	Người già >60	86 (13,0)		176 (11,5)		65 (12,2)		327 (12,0)	
	Tổng cộng	661 (100,0)		1535 (100,0)		531 (100,0)		2727 (100,0)	
Giới tính	Phụ nữ	336 (50,8)		791 (51,5)		296 (55,7)		1423 (52,2)	
	Nam giới	325 (49,2)		744 (48,5)		235 (44,3)		1304 (47,8)	
	Tổng cộng	661 (100,0)		1535 (100,0)		531 (100,0)		2727 (100,0)	
Giáo dục (từ 15-60 tuổi)	Mù chữ	3 (0,7)		5 (0,5)		2 (0,7)		10 (0,6)	
	Dưới cấp 2	266 (63,2)		741 (73,7)		262 (88,5)		1269 (73,7)	
	Cao hơn	152 (36,1)		259 (25,8)		32 (10,8)		443 (25,7)	
Nghề nghiệp (Từ 15-60 tuổi)	Tổng cộng	421 (100,0)		1005 (100,0)		296 (100,0)		1722 (100,0)	
	Nông dân	212 (50,4)		658 (65,5)		242 (81,8)		1112 (64,6)	
	Viên chức	28 (6,7)		31 (3,1)		3 (1,0)		62 (3,6)	
	Buôn bán	23 (5,5)		23 (2,3)		9 (3,0)		55 (3,2)	
	Trẻ em đi học	101 (24,0)		193 (19,2)		30 (10,1)		324 (18,8)	
Dân tộc	Nội trợ	13 (3,1)		32 (3,2)		2 (0,7)		47 (2,7)	
	Thành phần khác	44 (10,5)		68 (6,8)		10 (3,4)		122 (7,1)	
	Tổng cộng	421 (100,0)		1005 (100,0)		296 (100,0)		1722 (100,0)	
Kinh		648 (98,0)		1475 (96,1)		503 (94,4)		2626 (96,3)	

Mường	13(2,0)	60(3,9)	28(5,3)	101(3,7)
Tổng cộng	661 (100,0)	1535(100,0)	531(100,0)	2727 (100,)

Tại các hộ gia đình được điều tra, trung bình có 4,4 người trong một hộ. Ở nhóm hộ có thu nhập thấp thì có tỷ lệ phụ nữ, trẻ em cao hơn, trình độ học vấn thấp hơn. Tương tự như vậy, tỷ lệ hộ nông dân và dân tộc Mường cao hơn so với nhóm hộ có thu nhập cao.

Ở nhóm thu nhập thấp, hầu hết các hộ có tỷ lệ trẻ em là 1/3 người, tỷ lệ này thấp hơn ở các nhóm thu nhập khác là 1/4 người. ở nhóm có thu nhập thấp gần 90% có trình độ học vấn dưới bậc trung học. Tỷ lệ này là gần 60% ở nhóm có thu nhập cao. Trong nhóm nghèo chỉ có 1 trên 10 người là có trình độ học vấn trên cấp 2, trong khi đó ở nhóm giàu tỷ lệ người có trình độ học vấn trên cấp 2 là 3/10 người. Trong nhóm nghèo cứ 5 người thì có tới 4 người là nông dân so với nhóm giàu cứ 2 người chỉ có 1 người là nông dân.

5.3. Sự kiện ốm đau

Số sự kiện ốm đau và mức ốm đau trung bình trên đầu người được thể hiện trong bảng 6 dưới đây.

Bảng 6. Những người bị đau ốm và số lần có hiện tượng ốm trong một năm

	Các nhóm thu nhập (số người)			Tổng cộng	Giá trị p*
	Giàu	TB	Nghèo		
Tổng số người có sự kiện ốm ít nhất một lần	510	1 220	444	2 174	
Tổng số người trong mỗi nhóm	661	1 535	531	2 727	
Tỷ lệ người có sự kiện ốm ít nhất một lần (%)	77,2	79,5	83,6	79,7	<0,05
Tổng số lần có sự kiện ốm	1 836	4.712	1.783	8 331	

Số lượt ốm trên đầu người bệnh	3,60	3,86	4,01	3,85	<0,05
Số lượt ốm trên đầu người	2,78	3,07	3,37	3,06	<0,05

* Giá trị p ở đây so sánh giữa nhóm giàu và nghèo

Qua kết quả tại bảng 6 trên đây cho thấy người nghèo thường bị ốm đau nhiều hơn người giàu. Tỷ lệ người nghèo bị ốm đau và số thời gian họ bị ốm cũng nhiều hơn. Trong đó có hơn 80% người nghèo có ít nhất một lần bị ốm trong một năm. Tỷ lệ này cao hơn nhiều so với nhóm có thu nhập cao (77%). Cũng như vậy số lần bị ốm trên người ốm trong nhóm nghèo cũng cao hơn là nhóm giàu 4,01 so với 3,6). Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê.

5.4. Sử dụng dịch vụ chăm sóc sức khỏe

Sử dụng thuốc và các loại hình khám chữa bệnh khác nhau trong thời kỳ ốm đau được trình bày trong bảng 7. Số người sử dụng dịch vụ tiêm phòng, kế hoạch hoá gia đình, phục hồi chức năng và các dịch vụ sức khỏe sinh sản được trình bày trong bảng 8.

Bảng 7. Các loại dịch vụ chữa bệnh được dùng trong các thời kỳ ốm khác nhau (% theo cột)

	Các nhóm thu nhập (số người)			Tổng cộng SL (%)	P*
	Giàu SL (%)	Trung bình SL (%)	Nghèo SL (%)		
Tổng số lần ốm đau và việc sử dụng thuốc/ dịch vụ y tế					
– Không sử dụng	23 (1,3)	134 (2,8)	87 (4,8)	244 (2,9)	<0,05
– Có sử dụng	1813 (98,7)	4 578 (97,2)	1 696 (95,2)	8087 (97,1)	<0,05
Tổng số lần ốm	1836 (100)	4712 (100)	1783 (100)	8331 (100)	
Số lần ốm đau dùng thuốc/dịch vụ					

– Nội trú	40 (2,2)	104 (2,2)	43 (2,5)	187 (2,3)	>0,05
– Ngoại trú	1412 (77,1)	3346 (72,5)	1141 (66,7)	5899 (72,3)	<0,05
– Tự điều trị***	379 (20,7)	1167 (25,3)	528 (30,8)	2074 (25,4)	<0,05

Tổng số lần ốm có 1 831 (100) 4617 (100) 1712 (100) 8160 (100)
SD DV TY

* Trị giá p để so sánh giữa các nhóm giàu nghèo**: 73 lần đối tượng vừa trị bệnh nội trú và ngoại trú nên tổng số lần trong phần dưới của bảng là 8 160 (8 087+73).

Điều trị ngoại trú là hình thức điều trị phổ biến nhất, thường ở mức 3/4 lần ốm. Điều trị nội trú thường rất ít, chỉ khoảng 2% số lần bị ốm. Số lượng còn lại rơi vào trường hợp tự điều trị.

Việc sử dụng dịch vụ chữa bệnh giữa người nghèo và người giàu cũng khác nhau. Người nghèo có tỷ lệ số lần ốm cao hơn người giàu và có tới 31% người nghèo sử dụng hình thức tự điều trị, so với người giàu chỉ ở mức 22%. Có lẽ đó cũng là lý do khiến cho việc điều trị ngoại trú đối với người nghèo cũng ít hơn người giàu.

Hầu hết các lần ốm đau đều được sử dụng thuốc (97%). Tuy nhiên, ở nhóm nghèo có tỷ lệ sử dụng thuốc thấp hơn (95%) so với nhóm giàu là (99%).

Bảng 8. Số lượng và tỷ lệ người sử dụng dịch vụ dự phòng, kế hoạch hoá gia đình, phục hồi chức năng giữa các nhóm kinh tế khác nhau

	Các nhóm thu nhập (số người)			Chung SL (%)	p
	Giàu SL (%)	Trung bình SL (%)	Nghèo SL (%)		
Số người sử dụng dịch vụ tiêm phòng	12 (1,8)	50 (3,3)	20 (3,8)	82 (3,0)	<0,05
Số người sử dụng kế hoạch hoá gia đình	20 (3,0)	18 (1,2)	6 (1,1)	44 1,6)	<0,05
Số người sử dụng dịch vụ phục hồi chức năng	2	0	1	3	-

Có rất ít người được phỏng vấn có sử dụng dịch vụ phòng bệnh (82 người) như tiêm chủng cho trẻ em, kế hoạch hoá gia đình (44 người) và dịch vụ phục hồi chức năng (3 người). Số người nghèo sử dụng dịch vụ phòng bệnh cao hơn người giàu. Nhưng ngược lại người giàu sử dụng dịch vụ kế hoạch hoá gia đình cao hơn người nghèo.

Bảng 9. Số lượng và tỷ lệ lượt người sử dụng dịch vụ y tế theo các loại hình điều trị giữa các nhóm kinh tế khác nhau.

		Các nhóm thu nhập			Chung	p-
		Giàu	Trung bình	Nghèo		
Tự điều trị	SL	379	1167	528	2074	<0,05
	% *	21,4%	26,3%	32,5%	26,5%	
Thầy thuốc đông y	SL	75	179	53	307	>0,05
	% *	4,2%	4,0%	3,3%	3,9%	
Dịch vụ tư nhân*	SL	1103	2525	870	4498	<0,05
	% *	62,1%	56,9%	53,5%	57,4%	
Y tế xã	SL	90	278	80	448	>0,05
	% *	5,1%	6,3%	4,9%	5,7%	
Bệnh viện huyện	SL	59	198	76	333	>0,05
	% *	3,3%	4,5%	4,7%	4,2%	
Bệnh viện tỉnh	SL	55	79	11	145	<0,05
	% *	3,1%	1,8%	0,7%	1,9%	
Bệnh viện trung ương	SL	14	17	6	37	>0,05
	% *	0,8%	0,4%	0,4%	0,5%	

* % giữa các nhóm

Số lượt người sử dụng dịch vụ y tế chiếm tỷ lệ cao nhất là dịch vụ y tế tư nhân (57,4%). Trong loại hình dịch vụ này có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa nhóm giàu (62,1%) và nhóm nghèo (53,5%).

Cao thứ hai là loại hình tự điều trị. Trong đó đặc biệt cao trong nhóm nghèo (32,5%) so với nhóm giàu (21,4%). Các loại hình còn lại chiếm tỷ lệ không lớn. Riêng bệnh viện tỉnh có sự khác biệt lớn giữa nhóm giàu và nghèo (3,1% ở nhóm giàu, 0,7% ở nhóm nghèo).

5.5. Chi phí y tế hộ gia đình

5.5.1. Chi phí y tế trung bình hộ gia đình

Chi phí y tế trung bình (CPYH) và thu nhập trung bình hộ gia đình cũng như tỷ số chi phí trung bình y tế và thu nhập được trình bày trong bảng 9. Chi phí y tế trung bình một năm của hộ gia đình tại Ba Vì là 519.000đ (Tương đương với 34,6USD theo tỷ giá trao đổi là 15.000đ/USD).

Bảng 10. Chi phí y tế hộ gia đình (CPYH) và thu nhập hộ gia đình , và CPYH tính theo % của thu nhập giữa các nhóm có thu nhập khác nhau.

	Nhóm thu nhập			Chung	P*
	Giàu	Trung bình	Nghèo		
Chi phí y tế trung bình/năm của hộ gia đình ('000đ)	700	499	379	519	<0,05
Thu nhập trung bình/năm của hộ gia đình ('000 đ)	20 518	10 687	6 576	12 036	<0,05
Chi phí y tế trung bình (%) trong tổng thu nhập trung bình	5,0	6,1	8,4	6,4	<0,05
Tổng số hộ gia đình	140	350	131	621	

* giá trị p cho so sánh giữa nhóm giàu và nhóm nghèo

Có sự khác biệt rõ rệt về thu nhập của hộ gia đình giữa các nhóm giàu và nhóm nghèo. Thu nhập trung bình của nhóm giàu gấp hơn 3 lần nhóm nghèo (20. 518. 000 đ so với 6 .576. 000 đ). Hộ giàu chi cho sức khỏe nhiều gần 2 lần hộ nghèo (700. 000 đồng so với 379. 000 đồng). Tuy

nhiên, tỷ lệ % của thu nhập chi cho y tế ở nhóm nghèo lại lớn hơn nhóm giàu : 8,4% so với 5,0%, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê.

5.5.2. Chi tiêu của hộ gia đình theo loại hình y tế khác nhau.

Việc chi tiêu của hộ gia đình cho các loại hình y tế khác nhau: chữa bệnh, phòng bệnh, kế hoạch hoá gia đình và mua bảo hiểm y tế được trình bày trong bảng 11. Tỷ lệ chi cho thuốc và các kỹ thuật bệnh viện của các hộ gia đình trong điều trị nội trú và ngoại trú được trình bày trong bảng 12.

Như đã trình bày ở bảng 7, trong các loại hình khám chữa bệnh thì loại hình điều trị ngoại trú và tự điều trị được sử dụng nhiều nhất. Chi phí cho y tế của hộ gia đình cũng chủ yếu là chi cho điều trị ngoại trú và tự điều trị. Trung bình một hộ gia đình chi 367.000đ/năm cho điều trị ngoại trú và tự điều trị, chi 104.000đ/năm cho điều trị nội trú và chi 8.000đ/năm cho các loại hình khác (xem bảng 11).

Chi tiêu của hộ gia đình cho BHYT chiếm một tỷ lệ rất nhỏ, trung bình là 5.590đ. Trong đó đa số là người mua BHYT bắt buộc.

Bảng 11. Chi tiêu của các hộ gia đình cho điều trị nội trú, ngoại trú và tự điều trị, cho phòng bệnh, kế hoạch hoá gia đình, cho bảo hiểm y tế.

Đơn vị '000 đ

	Nhóm thu nhập			Chung	P*
	Giàu	Trung bình	Nghèo		
Chi cho điều trị nội trú	166	91	76	104	>0,05
Chi cho điều trị ngoại trú & tự điều trị	492	365	244	367	<0,05
Chi cho phòng bệnh & kế hoạch hoá gia đình/RP & các loại khác	8,58	0,82	0,70	2,53	>0,05
Mua bảo hiểm y tế	8,75	5,89	1,56	5,59	<0,05

- Bắt buộc	6,20	4,21	0,79	3,92	<0,05
- Tự nguyện	2,55	1,68	0,77	1,68	>0,05

Chi tiêu cho điều trị ngoại trú, tự điều trị và chi cho bảo hiểm y tế giữa hộ nghèo và hộ giàu rất khác nhau. Trung bình hộ nghèo chi ít hơn nhiều so với hộ giàu. Đối với điều trị ngoại trú và tự điều trị, hộ nghèo chỉ chi bằng một nửa hộ giàu (244 000đ so với 492 000đ). Đối với BHYT, hộ nghèo chỉ chi bằng 1/5 hộ giàu (1 560 đ so với 8 750 đ).

Bảng 12. Tỷ lệ % chi cho các khoản mục khi đau ốm của các hộ gia đình khi khám chữa bệnh ngoại trú và nội trú.

	Các nhóm thu nhập			Chung	p
	Giàu	Trung bình	Nghèo		
Chi cho thuốc	86,0	89,8	88,3	88,6	>0,05
Chi cho kỹ thuật bệnh viện	3,4	1,7	2,2	2,2	>0,05
Chi cho các khoản khác *	10,6	8,5	9,5	9,2	>0,05
Tổng	100,0	100,0	100,0	100,0	

*: Bao gồm chi cho tư vấn, giường bệnh, đi lại, chăm sóc tại nhà, quà biếu và các thứ khác

Chi phí cho thuốc chiếm phần lớn trong điều trị nội trú và ngoại trú, gần 90% đối với tất cả các nhóm kinh tế khác nhau. Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa nhóm giàu và nhóm nghèo.

5.5.3. Chi trả dịch vụ y tế hộ gia đình theo dạng/loại hình điều trị.

Mức tỷ lệ chi trả dịch vụ y tế của các hộ gia đình theo các dạng/loại hình điều trị khác nhau (tự chữa bệnh, thầy thuốc đông y, dịch vụ tư nhân, trạm xã, bệnh viện huyện, bệnh viện tỉnh, bệnh viện trung ương và các loại hình khác) được trình bày trong bảng 13

Bảng 13. Tỷ lệ % chi trả dịch vụ y tế trung bình của hộ gia đình cho các loại hình điều trị giữa các nhóm kinh tế khác nhau.

	Các nhóm thu nhập			Chung	p- Giá trị*
	Giàu	Trung bình	Nghèo		
Tự điều trị	8,1	12,9	15,3	12,3	<0,05
Thầy thuốc đông y	7,4	7,8	8,0	7,7	>0,05
Dịch vụ tư nhân*	56,4	56,6	52,5	55,7	>0,05
Y tế xã	4,1	5,2	7,5	5,5	>0,05
Bệnh viện huyện	8,7	9,5	10,8	9,6	>0,05
Bệnh viện tỉnh	11,4	6,4	3,7	6,9	<0,05
Bệnh viện trung ương	3,9	1,5	2,2	2,2	>0,05
Các loại khác	0,03	0,07	0,16	0,08	>0,05
Tổng cộng	100,0	100,0	100,0	100,0	

*: Bao gồm chi phí khi khám tư hoặc mua thuốc của cơ sở tư nhân có tư vấn của người bán.

Chi trả dịch vụ y tế chiếm tỷ lệ cao nhất là cho dịch vụ y tế tư nhân (55,7%). Trong loại hình dịch vụ này không có sự khác biệt lớn về chi phí giữa nhóm giàu (56,4%) và nhóm nghèo (52,5%).

Mức cao thứ hai là loại hình tự điều trị, chi phí cho y tế đặc biệt cao trong nhóm nghèo (15,3%) so với nhóm giàu (8,1%). Tỷ lệ chi cho điều trị tại bệnh viện tỉnh đặc biệt cao ở nhóm người giàu (11,4%) so với nhóm nghèo (3,7%). Ngoài ra không có sự khác biệt mang ý nghĩa thống kê nào khác giữa các nhóm thu nhập khác nhau.

Tỷ lệ chi cho dịch vụ y tế công thì càng ở tuyến cao hơn càng có sự chênh lệch về tỷ lệ chi giữa nhóm người nghèo và nhóm người không nghèo: Tại trạm y tế xã (7.5% nhóm nghèo so với 4,1% nhóm giàu); tại

bệnh viện huyện (10,8% nhóm nghèo so với 8,7% nhóm giàu); tại bệnh viện tỉnh (3,7% nhóm nghèo so với 11,4% nhóm giàu); tại bệnh viện Trung ương (2,2% nhóm nghèo so với 3,9% nhóm giàu). Tuy nhiên so sánh giữa các nhóm thì chỉ có tuyến tỉnh là có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê.

5.5.4. Chi phí y tế hộ gia đình và các chi phí khác

Chi phí của hộ gia đình cho thực phẩm, mua tài sản, cho y tế, giáo dục, đầu tư, cưới xin, tang lễ và các loại khác được trình bày trong bảng 13.

Bảng 14. Cơ cấu chi phí trung bình của hộ gia đình

	Nhóm thu nhập			Đơn vị ‘000 đ	
	Giàu	Trung bình	Nghèo	Chung	P
Cho thực phẩm %	2 869 (19,6 %)	2307 (24,4%)	1 578 (26,5%)	2 280 (23,8 %)	<0,05
Cho tài sản %	5 574 (21,9%)	2 563 (16,3%)	2 212 (17,4%)	3 168 (17,8%)	>0,05
Cho y tế %	700 (5,0%)	499 (5,1%)	379 (6,3%)	519 (5,3%)	>0,05
Cho giáo dục %	1 508 (8,4%)	853 (6,7%)	226 (3,2%)	868 (6,3%)	<0,05
Cho đầu tư, phát triển %	6 800 (26,6%)	2 991 (24,0%)	1 834 (21,0%)	3 606 (24,0%)	<0,05
Cưới, tang lễ %	1 667 (9,6%)	1 368 (12,3%)	877 (12,3%)	1 332 (11,7 %)	<0,05
Các loại khác	1 430 (8,9%)	1 119 (11,2%)	899 (13,3%)	1 145 (11,1%)	<0,05
<i>Tổng chi phí</i>	10 556 (100,0%)	11 701 (100,0%)	8 00 4 (100,0%)	12 917 (100,0%)	<0,05

Chung cho cả ba nhóm kinh tế, CPYH chiếm 5,3% trong tổng số chi phí. Các hộ nghèo hơn có tỷ lệ chi cho y tế cao hơn so với các hộ giàu

(Nghèo 6,3%; trung bình 5,1%; giàu 5,0%). Tuy nhiên sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê.

Các chi phí của hộ gia đình có một tỷ lệ cao dành cho thực phẩm (23,8%) và cho đầu tư phát triển, bao gồm mua phân bón, thức ăn gia súc, dụng cụ thủ công, vật tư các loại, v.v.. ..(24,0%). Mua tài sản cũng chiếm tỷ lệ cao trong chi phí (17,8%), và tương tự đối với chi phí cho các loại thủ tục cưới xin, ma chay (11,7%). Chi phí trong các loại khác cao gấp 2 lần so với chi cho y tế.

Những hộ nghèo hơn phải chi cho thực phẩm ở mức tỷ lệ cao hơn so với hộ giàu hơn 26,5% đối với hộ nghèo, 24,4% hộ trung bình và 19,6% ở hộ giàu. Tuy nhiên tổng chi tiêu trung bình cho thực phẩm ở các hộ nghèo là thấp hơn các hộ không nghèo: 1 578 nghìn đồng ở hộ nghèo, 2 307 nghìn đồng hộ trung bình và 2 869 nghìn đồng ở hộ giàu.

Tỷ lệ chi của các hộ gia đình cho cưới xin, ma chay và các chi phí khác ở nhóm nghèo đặc biệt cao so với nhóm giàu, cụ thể là 12.3% so với 9.6%. Tuy vậy, so sánh tổng chi trung bình của nhóm nghèo lại rất thấp so với nhóm giàu (20 556 000 đ nhóm giàu với 8 004 000 đ nhóm nghèo).

Tỷ lệ chi phí của các hộ gia đình nghèo cho giáo dục và đầu tư là đặc biệt thấp so với các hộ không nghèo: 3,2% ở hộ nghèo, 6,7% ở hộ trung bình, và 8,4% ở hộ giàu đối với giáo dục và 21,0% ở hộ nghèo, 24,0% ở hộ trung bình và 26,6% ở hộ giàu chi cho đầu tư phát triển.

Bảng 15. Tỷ lệ giữa CPYH và chi phí cho thực phẩm và chi phí không phải là thực phẩm, tổng chi tiêu so với tổng thu nhập hộ gia đình .

	Nhóm thu nhập			Chung	p
	Giàu	Trung bình	Nghèo		
CPYH/ thực phẩm	27,9	26,6	29,6	27,5	>0,05

CPYH/ Chi phí không phải là thực phẩm	7,0	7,3	9,2	7,6	>0,05
Tổng chi/Thu nhập	1,10	1,17	1,40	1,20	<0,05

Mức chi cho y tế của các hộ gia đình đối với các khoản chi tiêu khác được trình bày trong bảng 15. Mức chi cho y tế là 27,5% của mức chi cho thực phẩm và là 7,6% mức chi cho các loại không phải là thực phẩm. Về mặt này không có sự khác biệt lớn giữa các nhóm thu nhập.

Trong tất cả các nhóm đều có tổng chi phí cao hơn thu nhập. Mức tỷ lệ chi và thu nhập của hộ giàu là 1,10 trong nhóm giàu, hộ trung bình là 1,17 và hộ nghèo là 1,40. Sự khác biệt giữa nhóm giàu và nghèo trong trường hợp này có ý nghĩa thống kê.

5.5.5. Vay và bán đồ để thanh toán chi phí y tế

Số lượng, tỷ lệ của các hộ gia đình vay mượn, bán đồ để trả chi phí y tế và tổng trung bình tiền vay mượn và bán đồ được mô tả ở bảng 16.

Bảng 16: Số lượng và tỷ lệ các hộ gia đình vay và bán đồ đạc chi cho y tế và tổng trung bình tiền vay và bán

		Các nhóm thu nhập			Chung	p-
		Giàu	Trung bình	Nghèo		
Các hộ gia đình vay	Số lượng	83	235	101	419	<0,05
Tỷ lệ	(%)	(59,3)	(67,1)	(77,1)	(67,5)	
Trị giá	‘000đ	6 322	3 329	1 832	3 561	
Các hộ vay để chi trả cho y tế	Số lượng	10	64	31	105	<0,05
Tỷ lệ	(%)	(7,1)	(18,3)	(23,7)	(16,9)	
Trị giá	‘000đ	81	95	87	90	
Bán đồ đạc để chi cho y tế	Số lượng			3	3	
Tỷ lệ	(%)			(0,5)	(0,5)	

	'000đ	111	111
Trị giá			

Phần lớn các hộ gia đình (67,5%) vay mượn tiền cho các mục đích khác nhau. Số lượng tiền vay/lần ở nhóm giàu thường cao hơn nhóm nghèo. Tuy vậy, số lượng người vay ở các hộ nghèo lớn hơn (77%) so với hộ giàu (59%)

Tỷ lệ các hộ gia đình vay để chi trả cho y tế không lớn (17%). Tỷ lệ này cũng cao hơn ở các hộ nghèo (24%) so với hộ giàu (7%). Chỉ có duy nhất 3 hộ ở nhóm nghèo là bán đồ để trả cho chi phí y tế.

6. BÀN LUẬN

6.1. Về phương pháp nghiên cứu

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi về CPYH được dựa trên số liệu của một nghiên cứu theo dõi dọc các hộ gia đình trong suốt một năm, vì vậy đã tránh được các sai số cố hữu của các cuộc điều tra cắt ngang 4 tuần hoặc một tháng đã không tránh được sự biến động theo mùa.

Các hiện tượng ốm đau bao gồm cả triệu chứng và bệnh ở các mức độ khác nhau được các chủ hộ khai báo hàng tháng trên cơ sở ghi chép hàng ngày. Các trường hợp ốm đau khi bệnh nhân sử dụng thuốc hoặc các hình thức tương tự thường ít được khai báo, tuy nhiên đó là do bệnh nhẹ và không cần dùng thuốc nên thường có khả năng bị lãng quên. Không có căn cứ gì để chứng minh hộ nghèo ít khai báo hơn là hộ không nghèo. Sự chuẩn xác của số liệu được khẳng định qua việc phỏng vấn lại 10 % các mẫu hộ gia đình.

Chi tiêu của hộ gia đình tính bằng tiền mặt từ các nguồn chi khác nhau (bao gồm trả lãi xuất tiền vay nhưng không bao gồm tiền chi trả cho khoản tiền vay). Để đo lường chi tiêu của hộ gia đình, chúng tôi sử dụng phương pháp ghi nhật ký từng khoản chi hàng ngày. Trong quá trình phỏng vấn, chủ hộ có dịp xem lại toàn bộ các khoản thu và chi, ví dụ như các khoản chi bằng tiền túi cho khám chữa bệnh. Do đó, không có hạn chế sai số hệ thống về báo cáo thấp hoặc cao hơn chi phí thực.

Việc thu thập số liệu về thu nhập của các hộ gia đình luôn luôn được bàn cãi vì trong hoàn cảnh Việt Nam, rất khó thu được số liệu này một cách chính xác. Trong nghiên cứu này, thu nhập của hộ gia đình được tính bằng tiền mặt từ các nguồn khác nhau, nhưng không bao gồm các khoản tiền vay. Mặc dù các hộ gia đình nông thôn chưa bị đánh thuế theo thu nhập nên việc thu thập số liệu về thu nhập có thể khách quan hơn. Tuy nhiên, do thói quen, có những gia đình không thích khai thật thu nhập của mình hoặc do họ không nhớ được tất cả các khoản thu nhập (bán gia cầm nhỏ, với số lượng ít). Điều đó giải thích vì sao tổng chi lại lớn hơn tổng thu. Một lý do khác giải thích cho sự khác biệt ngược chiều này là do tổng thu không tính các khoản vay, trong khi đó các hộ gia đình đã chi tiêu trên cả khoản tiền họ phải vay, nên vì thế tổng chi lớn hơn tổng thu. Mặc dù vậy nếu so sánh số tương đối và tuyệt đối giữa nhóm giàu và nhóm nghèo thì số thu nhập và chi phí tương đối hợp lý.

Mười hai cuộc điều tra cho 12 tháng do các điều tra viên của Filabavi thực hiện. Các điều tra viên này đã được tập huấn cẩn thận trước khi tiến hành điều tra. Tỷ lệ hoàn thành bộ câu hỏi rất cao: 99% (621/629 hộ gia đình). Số liệu tổng hợp sự dao động (thay đổi theo mùa) của nghiên cứu biến thiên trong suốt một năm. Thiết kế nghiên cứu cũng khác biệt với các nghiên cứu thông thường điều tra cắt ngang trong 4 tuần. (N. T. H. Hà 2002, N.V. Toàn 2001, Hotchkiss 1988).

Các chủ hộ gia đình được thông báo mục tiêu của nghiên cứu cũng như được đề nghị hợp tác lâu dài. Số liệu của tháng trước được thu thập trong tuần đầu của tháng tiếp theo (ví dụ số liệu của tháng 7/2001 được thu thập vào tuần đầu tiên của tháng 8/2001). Điều này có nghĩa là một thời gian hồi cứu là một tháng. Các ghi chép hàng ngày được phân loại và chủ hộ gia đình được yêu cầu ghi chép các sự kiện nghiên cứu trong suốt tháng.

Chất lượng phỏng vấn được giám sát bằng kiểm tra phiếu hàng ngày của các giám sát viên địa bàn. Hơn nữa, 10% các phỏng vấn đã được các sinh viên nghiên cứu của FilaBavi phỏng vấn lại như một phần của tiến trình giám sát chất lượng. Số liệu của bộ câu hỏi tái phỏng vấn có tỷ lệ trùng hợp cao so với các số liệu cũ (trên 95%). Các số liệu đều được kiểm tra lại trước khi đưa vào máy tính và các số liệu đã nhập thường xuyên được kiểm tra, phân tích nhằm phát hiện các sai sót.

Mẫu nghiên cứu của chúng tôi được lựa chọn một cách ngẫu nhiên trong số 67 cụm của FilaBavi. Các hộ gia đình được lựa chọn theo tỷ lệ tương ứng với số lượng hộ trong 67 hộ đó. Các hộ được chọn không có thay đổi trong suốt quá trình điều tra (trừ 5 hộ ra khỏi mẫu và 3 hộ bỏ cuộc).

Kết quả thu được có thể được đại diện cho Huyện Ba Vì. Điều này phản ánh những khác biệt trong các biến nghiên cứu giữa các nhóm giàu và nghèo. Trong báo cáo này, chúng tôi tập trung phân tích chi phí y tế của các hộ gia đình và nguồn chi trả của các hộ giữa các nhóm kinh tế đã được phân loại. Tuy nhiên sự khác biệt giữa các nhóm đã được phân loại về các sự kiện ốm đau và các loại chi phí y tế cũng có thể được giải thích bởi sự khác biệt về giáo dục, nghề nghiệp, số con trong gia đình, v.v.... Những sự khác nhau này có thể được xem như là gốc rễ của sự phân tầng cấp xã hội.

Nó có thể liên quan đến sức khoẻ và sử dụng dịch vụ chăm sóc sức khoẻ cũng như chi phí hộ gia đình.

6.2. Chi phí cho y tế của hộ gia đình nói chung.

Chi phí y tế phụ thuộc vào nhiều đặc điểm hộ gia đình, đặc biệt là nếu ốm đau xảy ra. Nó cũng phụ thuộc vào mức độ nặng nhẹ của bệnh, loại dịch vụ y tế được sử dụng (tự điều trị, y tế công, tư, trung tâm y tế, bệnh viện...) và các đặc điểm về điều kiện kinh tế, văn hoá, xã hội, trình độ văn hoá của hộ gia đình....

Việc phân chia hộ gia đình thành các nhóm của chính quyền địa phương được tiến hành qua đánh giá thu nhập hàng năm và đánh giá tài sản hiện có. Kết quả cho thấy sự khác biệt về thu nhập hộ gia đình giữa các nhóm (xem bảng 10) có ý nghĩa thống kê. Tuy nhiên sử dụng việc phân nhóm trong nghiên cứu này khác với nhiều nghiên cứu khác khi mà các hộ gia đình được phân loại trực tiếp qua báo cáo thu nhập theo phân loại 4 nhóm hoặc 5 nhóm (Hotchkiss 1998, Fabricant 1999, Hu 2000. N. D. Khê 2002, N.T.H. Hà 2002). Đây cũng là một hạn chế của nghiên cứu này, vì khó so sánh với các nghiên cứu trong nước và quốc tế, khi các nghiên cứu này thường chia cộng đồng thành 5 nhóm dân cư (quintile).

Chi phí y tế hộ gia đình trung bình vào khoảng 519.000đ/năm (Bảng 10) tương đương với 34,6 USD (theo tỷ giá trao đổi 15.000đ/USD), trong đó tỷ lệ dùng cho chữa bệnh là cao nhất. Số người sử dụng dịch vụ phòng bệnh, KHHGĐ, sức khoẻ sinh sản và phục hồi chức năng (bảng 8).

Chi phí y tế trực tiếp từ túi người dân hàng năm sẽ là 7,86 USD/đầu người (với mức bình quân 4,4 người/hộ gia đình), chi phí từ ngân sách nhà nước hàng năm ở mức 4 USD/đầu người (Ngân sách nhà nước 1988, Đ. N. Phương 2000). Như vậy, ước tính tổng chi phí y tế 1 người trong 1 năm tương đương 11,86 USD. Trong đó chi phí y tế trực tiếp từ túi người dân

chiếm 66,3% tổng chi phí y tế. Con số nói lên gánh nặng về chi phí y tế ở Huyện Ba Vì Tỉnh Hà Tây .

Theo Hotchkiss (1998), chi phí y tế trực tiếp từ túi người dân chiếm khoảng 75% trong tổng chi phí y tế tại Nepal. Theo N.T.H. Hà (2002), ở Việt Nam con số này được đánh giá chiếm 80% của tổng chi phí cho y tế (dựa trên số liệu điều tra cắt ngang trong 4 tuần của Tổng Cục Thống kê năm 2000). Theo ước tính của Tổ chức Y tế thế giới (2000) và Ngân hàng thế giới (2001), cuối những năm 90 ở Việt Nam chi phí y tế trực tiếp từ túi người dân chiếm khoảng 80% tổng chi phí y tế. Như vậy con số của chúng tôi 66,3% là thấp hơn so với các nghiên cứu trên. Tuy nhiên nếu so sánh với số liệu trong Tài khoản Y tế quốc gia của Bộ Y tế (62,74% năm 2000) thì tỷ lệ của nghiên cứu này lại cao hơn.

Chúng tôi ước tính rằng chi phí y tế trực tiếp của nhóm người nghèo khoảng 6,15 USD/người/năm (với bình quân 4.1 người/hộ) (379 ngàn đồng hoặc 25,2USD/hộ) và nhóm người giàu là 9,93USD (bình quân 4,7 người/hộ) (700.000 đồng, tương đương là 46,7 USD/hộ).

Tại sao chi phí y tế ở nhóm người nghèo lại thấp hơn những nhóm khác? Nếu chúng ta nhìn vào bảng 7, số liệu chỉ ra là người nghèo không dùng thuốc chiếm tỷ lệ cao hơn so với nhóm người giàu (4,8% so với 1,3%). Số liệu cũng cho thấy tỷ lệ tự điều trị ở nhóm người nghèo cũng cao hơn hẳn so với nhóm người giàu: 30,8% so với 20,7%. Người nghèo cũng không sử dụng dịch vụ y tế thường xuyên như người giàu. Người nghèo thường chọn phương pháp tự điều trị, còn người giàu thường sử dụng điều trị ngoại trú hơn là người nghèo mỗi khi mắc bệnh.

Tỷ lệ người có sự kiện ốm và số lần ốm trung bình trên đầu người ốm ở nhóm người nghèo cao hơn so với nhóm người giàu (xem bảng 6). Những sự khác biệt giữa các hộ giàu và nghèo là những bằng chứng về sự mất công bằng

trong sử dụng dịch vụ y tế khi mà người giàu và người nghèo phải trả cùng một mức viện phí như nhau (N. V. Toàn 2001, N. D. Khê 2002).

Thật thú vị khi xem xét chi phí y tế ở các nhóm kinh tế xã hội khác nhau và so sánh với thu nhập và chi phí cho ăn uống và các chi phí ngoài y tế khác. Các nghiên cứu tại các nước đang phát triển cho thấy một hộ gia đình bình thường chi từ 2%-5% thu nhập của họ cho y tế (Russell 1996). Theo Fabricant (1999), nhóm có thu nhập thấp nhất theo phân chia 5 nhóm (quintile) chi 10% thu nhập cho y tế so với mức 6% đối với nhóm có thu nhập cao nhất. Một nghiên cứu khác tại Việt Nam (Fabricant 1999) trung bình một hộ gia đình chi 7,1% thu nhập cho y tế, dao động từ 3,1% ở hộ giàu đến 19,4% đối với hộ nghèo.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ chi phí cho y tế của hộ gia đình so với thu nhập trung bình là 6,4%. Tỷ lệ này đặc biệt cao hơn ở nhóm người nghèo (8,4%) so với (5,0%) ở nhóm giàu. Russell (1996) gợi ý rằng tỷ lệ 5% của thu nhập chi cho y tế là một ngưỡng "có thể chấp nhận được". Kết quả của chúng tôi cao hơn ngưỡng 5% này, đặc biệt là ở nhóm nghèo (8,4%). Tỷ lệ này có thể minh chứng được gánh nặng chi phí y tế và chỉ ra khả năng chi trả hạn chế của người dân mà đặc biệt là đối với nhóm người nghèo. Như vậy mặc dầu sự khác biệt về tổng chi cho y tế giữa nhóm giàu và nghèo không có ý nghĩa thống kê, nhưng chỉ có nhóm giàu là có mức chi cho y tế ngang với ngưỡng cho phép (5%). Các nhóm còn lại đều cao hơn ngưỡng này.

Chi phí y tế hộ gia đình tùy thuộc vào sự biến động của các biến số cụ thể khác nhau: Sự kiện ốm đau và bệnh tật, mức độ ốm hoặc bị bệnh trầm trọng, sự đáp ứng của dịch vụ y tế và cung cấp thuốc, số lần ốm có sử dụng dịch vụ y tế, các loại hình dịch vụ và điều trị, phí dịch vụ (Toàn 2001, Khê 2002, Hotchkiss 1999). Nó cũng bị chi phối bởi các yếu tố như thu

nhập, trình độ giáo dục, sự khác biệt về giới, nghề nghiệp, tuổi, dân tộc, địa lý....(Hotchkiss 1999, Hà 2002). Những sự khác biệt này được phản ánh trong số liệu của chúng tôi trong mục đặc tính của các mẫu hộ gia đình tại bảng 2. Việc phân loại các sự kiện ốm đau và chi phí cho y tế dường như có liên quan chặt chẽ với các yếu tố trên và với thu nhập của hộ gia đình. Những mối liên quan này sẽ được phân tích trong báo cáo khác có sử dụng số liệu của nghiên cứu này.

6.3. Chi phí y tế hộ gia đình theo các loại dịch vụ y tế.

Chúng tôi phân tích chi phí y tế hộ gia đình theo các loại dịch vụ y tế khác nhau như điều trị nội trú, ngoại trú, dịch vụ phòng bệnh, kế hoạch hoá gia đình, phục hồi chức năng và mua BHYT. Chi phí chủ yếu dành cho điều trị ngoại trú và tự điều trị, trong khi các hộ gia đình dành mua BHYT còn rất thấp (5,589 ngàn đồng). Chi phí dành cho điều trị ngoại trú và tự điều trị của nhóm người nghèo thấp hơn nhiều so với nhóm người giàu (xem bảng 11). Điều này phù hợp với tỷ lệ sử dụng các dịch vụ điều trị ngoại trú giữa nhóm người giàu và nghèo, nhưng nó lại không phù hợp với tỷ lệ tự điều trị giữa nhóm người giàu và nghèo: Nhóm nghèo 30,8% so với 20,7% ở nhóm giàu (bảng 7). Điều này có thể do người nghèo khi ốm đau thường tự điều trị và chi phí cho loại hình này thường thấp hơn chi phí của các loại dịch vụ chính thức mà những người không nghèo thường sử dụng.

Tỷ lệ chi cho thuốc trong tổng chi cho y tế của hộ gia đình là rất cao: 88,6% (bảng 12). Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa nhóm người giàu và nhóm người nghèo. Sự khác biệt này không lớn vì tất cả các nhóm đều có tỷ lệ chi mua thuốc cao. Trong tình hình hiện nay của cơ chế thị trường mở cửa cho các cửa hàng thuốc và các nhà cung ứng thuốc tại Việt Nam, mọi người đều có thể mua bất kỳ loại thuốc nào, kể cả thuốc kháng sinh và steroid mà không cần đơn thuốc của bác sĩ (N.T.K. Chúc

2002). Điều này có thể dẫn tới việc sử dụng thuốc bất hợp lý của người dân. Kết quả nghiên cứu này gợi ý trong tương lai cần có một nghiên cứu sâu hơn về tình hình sử dụng thuốc tại các vùng nông thôn.

6.4. Chi phí y tế hộ gia đình theo các nhà cung cấp dịch vụ y tế

Trong tỷ lệ về chi phí khám chữa bệnh thì dịch vụ y tế tư nhân chiếm tỷ lệ cao nhất (55,7%) (bảng 13). Tỷ lệ chi phí cho việc tự điều trị ở nhóm người nghèo cao hơn nhóm người giàu, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê. Tỷ lệ chi cho các dịch vụ tại trạm y tế xã ở nhóm người nghèo cao hơn là nhóm giàu.

Với các tuyến điều trị cao hơn, thì tỷ lệ chi của người nghèo trong tổng chi cho y tế của họ thấp hơn tỷ lệ chi của nhóm người giàu vì mọi đối tượng phải trả mức phí như nhau, vì thế đối với người nghèo thì khoản viện phí sẽ chiếm tỷ lệ lớn hơn trong tổng thu nhập của họ, nên hạn chế việc đến các cơ sở tuyến trên để điều trị. Ngoài phí khám chữa bệnh ra, để đi đến được cơ sở khám chữa bệnh còn cần chi phí đi lại và chi phí cho người nhà đi theo, làm cho gánh vác chi phí đã nặng lại càng nặng thêm đối với người nghèo.

Cả người giàu lẫn người nghèo đều sử dụng dịch vụ tư nhân tương đối nhiều, điều này nói lên dịch vụ y tế tư nhân và tự điều trị được sử dụng rất phổ biến tại khu vực này và cũng phù hợp với một số nghiên cứu trước đó (N. D. Khê 2002, N. V. Toàn 2001), điều đó cho thấy người dân ở nông thôn thường sử dụng các dịch vụ tư nhân trước khi tìm đến dịch vụ công cộng. Trong đó chi phí tại dịch vụ tư nhân và tự điều trị chủ yếu là chi cho mua thuốc.

Trong nghiên cứu này, chúng tôi chưa đi sâu tìm hiểu chi phí cho một lần khám chữa bệnh tại các điểm tư nhân giữa nhóm giàu và nghèo có khác nhau không. Về tổng thể mà nói, phí khám chữa bệnh tại các cơ sở tư

nhân là phí toàn phần, sẽ cao hơn phí tại các cơ sở công, chỉ là một phần. Có thể tại các cơ sở tư nhân hoạt động vì lợi nhuận sẽ tùy “mặt” bệnh nhân (khách hàng) mà linh động giá cả hoặc cung ứng những dịch vụ thích hợp với khách hàng (Thí dụ bán những loại thuốc đắt tiền cho người giàu và rẻ tiền cho người nghèo)

6.5. So sánh chi phí y tế hộ gia đình với các loại chi phí khác

Tất cả mọi chi phí cho thực phẩm, y tế, giáo dục, đầu tư để sản xuất (hạt giống, phân, con giống và thức ăn cho gia súc,...) tài sản (đồ đạc, công cụ, sửa chữa nhà cửa,...) và các chi phí cưới xin, ma chay đều được ghi chép hàng tháng. Kết quả (bảng 14) cho thấy tỷ lệ chi phí cho y tế so với tổng các khoản chi là 5,3% ở tất cả các nhóm, trong khi ở nhóm người giàu là (5,0%) thấp hơn so với nhóm người nghèo (6,3%). Điều này dễ hiểu vì tổng thu cũng như tổng chi của các hộ nghèo thấp hơn của các hộ giàu và tổng chi cho y tế lại không thấp hơn tương ứng vì thế tỷ lệ phần trăm sẽ lớn hơn.

Như ở trên đã đề cập, với tất cả các nhóm kinh tế, chi phí đều cao hơn so với thu nhập. Tỷ lệ giữa chi phí và thu nhập cao nhất là ở nhóm người nghèo (1,4 lần), tiếp đó đến nhóm trung bình (1,17 lần), và cuối cùng là nhóm người giàu (1,1 lần). Lý do vì sao chi tiêu lại cao hơn thu nhập có thể là do một bộ phận các mẫu hộ gia đình không cho biết thu nhập thực sự của họ, mà đặc biệt là các hộ giàu và hộ kinh doanh buôn bán. Mặt khác trong tính toán về thu nhập của hộ gia đình chúng tôi đã không tính bao gồm cả khoản tiền vay mượn, trong khi đó chi phí hộ gia đình bao gồm cả khoản chi bằng tiền vay mượn mà chủ yếu là nằm trong khoản chi phí cho đầu tư phát triển, điều đó có thể là một phần lý do của sự chênh lệch trên.

6.6. Vay mượn và bán đồ để chi trả cho y tế

Khả năng vay mượn tiền chính là một dạng bẫy không chính thức, đặc biệt trong những trường hợp khẩn cấp cần chữa trị bệnh. Các hộ gia đình có thể vay mượn tiền từ các nguồn khác nhau không chỉ để kinh doanh hay đầu tư mà còn dùng cho chi phí y tế (bảng 16). Chúng tôi nhận thấy có tới 16,9% các hộ gia đình đã vay mượn để chi trả cho y tế. Thậm chí có 3 hộ gia đình trong nhóm người nghèo phải bán đồ đạc để chi trả cho y tế.

Những nghiên cứu khác tại Việt Nam cho thấy việc bán tài sản, gạo và vật nuôi để chi cho y tế không phải là ít. Trong một nghiên cứu mới đây đã cho thấy có 1,7% hộ bán tài sản, 29,3% hộ bán gạo và vật nuôi (Khê 2002). Một nghiên cứu khác cho thấy 1,0% hộ là bán tài sản, 20% hộ bán gạo và vật nuôi (Toàn 2001). Russell (1996) cho biết có một tỷ lệ cao các hộ gia đình buộc phải vay mượn họ hàng hoặc các hộ khác để có tiền chi trả cho y tế: 49% ở Uganda, 36% ở Nigeria, 35,6% tại Tanzania, 35% tại Burundi, 21,1% tại Kenya.

Như vậy tỷ lệ bán tài sản chi cho y tế trong nghiên cứu này thấp hơn so với một số nghiên cứu trước đây, cũng trên địa bàn Ba Vì (Chỉ có 3 hộ nghèo bán tài sản cho y tế chiếm 0,5%). Vì theo định nghĩa của chúng tôi được gọi là bán tài sản khi tài sản đó phải là tài sản mà gia đình đang có nhu cầu sử dụng mà phải bán đi chi trả cho y tế, riêng bán thóc gạo, vật nuôi của các hộ chúng tôi coi đó là thu nhập từ nông nghiệp.

Tuy nhiên chúng tôi thấy cần có khảo sát sâu hơn nữa vấn đề này để xác định chính xác tình trạng vay mượn của các hộ gia đình và tìm ra giải pháp cho sự bình đẳng trong chăm sóc sức khỏe đối với người dân đặc biệt là người nghèo.

7. Kết luận và kiến nghị

7.1. Kết luận

Qua theo dõi chi phí y tế ở 621 hộ gia đình (2727 nhân khẩu) tại Huyện Ba Vì Tỉnh Hà Tây trong 12 tháng từ tháng 7/2001 đến tháng 6/2002 chúng tôi nhận thấy:

7.1.1. Gánh nặng về chi phí y tế

Chi phí y tế trung bình trên tổng thu nhập của hộ gia đình chiếm 6,4%. Tỷ lệ này giao động từ 5,0% ở nhóm người giàu đến 8,4% ở nhóm người nghèo. Sự khác biệt về tỷ lệ chi cho y tế trong tổng thu nhập là không có ý nghĩa thống kê.

Chi phí trung bình cho y tế trên tổng chi của các hộ gia đình là 5,3% (Giao động từ 5,0% ở nhóm giàu đến 6,3% ở nhóm nghèo). Với số tiền trung bình là 519.000 đ/hộ/năm (700.000đ cho hộ giàu và 379.000đ cho hộ nghèo)

Tỷ lệ chi phí cho y tế từ túi cá nhân chiếm tỷ lệ cao (66,3%)

Chi phí về thuốc chiếm đại đa số chi phí cho y tế của các hộ gia đình, chiếm 88,6%.

Trong tổng số 614 hộ có người ốm, có 105 hộ phải vay để chi trả cho y tế. Đặc biệt tỷ lệ vay ở nhóm người nghèo cao hơn các nhóm khác (23,7% so với 18,3% và 7,1%).

7.1.2. Sử dụng dịch vụ y tế của các nhóm kinh tế khác nhau

Người nghèo ít sử dụng dịch vụ y tế hơn là người không nghèo. Tỷ lệ lượt người không sử dụng dịch vụ y tế ở nhóm giàu, trung bình và nghèo lần lượt là 1,3%; 2,8% và 4,4%.

Tỷ lệ lượt người sử dụng dịch vụ khám chữa bệnh ở trạm y tế xã rất thấp, cao nhất ở nhóm người nghèo cũng chỉ chiếm 5.7% số trường hợp ốm đau. Tỷ lệ lượt người sử dụng dịch vụ y tế từ tuyến huyện đến tuyến trung ương giảm dần (4,2%, 1,9% và 0.5%). Trong đó ở bệnh viện tỉnh tỷ lệ lượt người sử dụng tại nhóm giàu đặc biệt cao so với nhóm nghèo (3.1% và 0.7%).

Mô hình sử dụng dịch vụ tư nhân và tự điều trị là rất phổ biến, chi trả dịch vụ y tế chiếm tỷ lệ cao nhất là ở khu vực dịch vụ y tế tư nhân (55,7%), thứ hai là loại hình tự điều trị (12,3%).

7.2. Kiến nghị

Trong nền kinh tế thị trường cùng với sự phát triển về kinh tế của đất nước sự phân hoá giàu nghèo giữa các nhóm dân cư là điều khó tránh khỏi. Chênh lệch về thu nhập sẽ dẫn đến chênh lệch về nhiều lĩnh vực khác nhau, trong đó có cả chi phí mà đặc biệt là chi phí cho y tế và sử dụng dịch vụ y tế. Đây là thực tế khách quan mà ngành y tế không những phải chấp nhận mà còn phải điều chỉnh để đảm bảo tính công bằng trong chăm sóc sức khoẻ. Từ những việc phân tích trên đây, nghiên cứu này xin đưa ra một số kiến nghị như sau để nhằm hướng tới sự công bằng trong chăm sóc sức khoẻ nhân dân:

1. Tuyến y tế cơ sở cần được hoàn thiện chuẩn hoá về chất lượng nhằm lôi cuốn người bệnh tăng cường sử dụng các dịch vụ công cộng đặc biệt là tuyến cơ sở sẵn có thay vì dịch vụ tư nhân và giảm tình trạng quá tải của tuyến trên cũng như giảm thiểu chi phí y tế và chi phí đi lại của người bệnh.

2. Chính quyền địa phương cần chỉ đạo các cơ quan chức năng có chính sách hướng dẫn, tuyên truyền, giáo dục người dân về việc sử dụng thuốc an toàn hợp lý.

3. Chi phí y tế là gánh nặng kinh tế đối với người nghèo, các nhà hoạch định chính sách và những nhà quản lý y tế trong khi xây dựng chế độ chính sách y tế cần thể hiện sự quan tâm hơn nữa đối với người nghèo, đặc biệt cần có biện pháp hỗ trợ việc khám chữa bệnh ngoại trú cho người có thu nhập thấp, kết hợp tăng cường sự đóng góp đối với chi phí khám chữa bệnh từ người sử dụng có khả năng chi trả cao.

4. Việc huy động tài chính y tế trong dân về lâu dài là theo hướng bảo hiểm y tế toàn dân. Qua bằng chứng về chi phí y tế trên đầu người dân có thể là căn cứ tuyên truyền cho người dân nhận thức được việc mua BHYT sẽ có lợi cho họ hơn là việc chi trả trực tiếp.

Chính phủ đã có chính sách mua thẻ bảo hiểm cho người nghèo, tuy nhiên hiện nay việc thực hiện còn chưa được đồng bộ, và thủ tục khám chữa bệnh bằng thẻ bảo hiểm còn chưa thuận tiện dẫn tới hiệu quả còn chưa cao, do vậy cần cập nhật việc quản lý việc thực hiện chính sách này để kịp thời có biện pháp khắc phục nhằm nâng cao hiệu quả chính sách trên của Chính phủ.

Tình trạng bệnh nhân cận nghèo còn nhiều, do vậy cần tăng cường việc xem xét miễn phí bệnh viện cho những người cận nghèo chưa đủ điều kiện được cấp thẻ bảo hiểm và người có hoàn cảnh khó khăn.

5. Cần có nghiên cứu sâu hơn về chi phí cho thuốc và tình hình sử dụng thuốc tại cộng đồng để tìm ra những giải pháp hợp lý giải quyết vấn đề này và đề xuất cần có sự can thiệp đối với thầy thuốc cũng như nhân dân, đảm bảo sử dụng nguồn lực này hiệu quả.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

Tài liệu trong nước

1. Bảo hiểm y tế Việt Nam- Báo cáo năm (1996). (lưu hành nội bộ).
2. Bộ Y tế (2002) *Báo cáo hoạt động y tế 2002*- Nhà xuất bản Y tế
3. Bộ Y tế (2003) Tài khoản Y tế Quốc gia 1998 đến 2000,
4. Bộ Y tế- Niên giám thống kê (2001). Hanoi: Bộ Y tế.
5. Bộ Y tế- Niên giám thống kê (2002). Hanoi: Bộ Y tế.
6. Bộ Y tế Vietnam (1991).*Điều tra sử dụng dịch vụ y tế công và tư nhân*. Hà Nội: Bộ Y tế. (Lưu hành nội bộ).
7. Bộ Y tế Vietnam (1999). *Dịch vụ y tế ở Việt Nam hôm nay*. Hà Nội.
8. Bộ Y tế(2004) *Điều tra Y tế quốc gia 2001-2002*
9. Cơ sở thực địa dịch tễ học cho Chương trình nghiên cứu hệ thống y tế tại Huyện Ba Vì, Tỉnh Hà Tây. Viện Chiến lược và chính sách y tế, Bộ Y tế, Hà Nội, Vietnam (FilaBavi). 1998: Technical protocol (*Lưu hành nội bộ*).
10. Đỗ Nguyên Phương. (2000) Vấn đề công bằng và hiệu quả trong chăm sóc sức khỏe ở Việt Nam - *Chăm sóc sức khỏe nhân dân theo định hướng công bằng và hiệu quả* (Hung P.M., I. Harry Minas, Liu Y., Dahlgren G., Hsio W. C.) CIMH Melbourne, pp.15-26.
11. Nguyễn Đình Hối, Kiet TD, Ninh LH. et al. (2000) Phát triển y tế trong quá trình cải tổ. *Chăm sóc sức khỏe nhân dân theo định hướng công bằng và hiệu quả* (Hung P.M., I. Harry Minas, Liu Y., Dahlgren G., Hsio W. C.) CIMH Melbourne, pp. 71-102..
12. Nguyễn Duy Khê. (1999). Công bằng trong chăm sóc sức khỏe tại một vùng nông thôn Vietnam. *Luận văn thạc sĩ y tế công cộng*. Karolinska Institutet, Stockholm.
13. Nguyễn Duy Khê. Toan N.V., Xuan L.T.T. et al (2002) Primary health concept revisited: Where do people seek health care in a rural area of Vietnam? *Health Policy*, 61 (2002) pp.95-109.
14. Nguyễn Thị Hồng Hà (2002) Chi phí y tế hộ gia đình tại dịch vụ y tế công và tư nhân tại Vietnam. *Tạp chí kế hoạch và chính sách y tế*. 17(1), 61-70.

15. Nguyễn Thị Kim Chúc (2002) *Hướng tới thực hành nhà thuốc tốt tại Hanoi - Một nghiên cứu can thiệp đa biến tại khu vực được tư nhân*. (Doctoral thesis) Karolinska Institute, Stockholm.
16. Nguyễn Văn Tường., Phong D.N., Hung N.N. & Toan N.V. (2000) Những thay đổi trong ngành y tế trong suốt thời kỳ cải cách ở Vietnam 1987-1998 *Chăm sóc sức khoẻ nhân dân theo định hướng công bằng và hiệu quả* (Hung P.M., I. Harry Minas, Liu Y., Dahlgren G., Hsio W. C.) CIMH Melbourne, pp.103-20.
17. Nguyễn Văn Toàn (2001) Sử dụng dịch vụ y tế trong thời kỳ chuyển đ: *study in Vietnam 1991-1999*. (Doctoral thesis) Karolinska Institutet, Stockholm.
18. Phạm Huy Dũng & Kiet P.H.T.(2000) Dự đoán và phân tích hệ thống y tế tại Việt nam. Trong chiến lược y tế và xã hội học y tế. Viện Chiến lược và chính sách y, Bộ Y tế, Hà Nội, Vietnam, pp.21-23.
19. Phạm Mạnh Hùng., Dung T.V., Dahlgren. G. (2000) Cải tổ ngành y tế theo định hướng công bằng và hiệu quả- *Chăm sóc sức khoẻ nhân dân theo định hướng công bằng và hiệu quả* (Hung P.M., Minas I.H., Liu Y.,
20. Tổng cục Thống kê (1999). *Sách thống kê*
21. Tổng cục Thống kê (2000). *Điều tra mức sống dân cư Việt Nam 1997-1998*. Hà Nội: Nhà xuất bản thống kê.
22. Trần Thu Thủy (2000 xem xét một số vấn đề về chính sách viện phí hiện. In *Health policy and medical sociology*. Health Strategy and Policy Institute, MoH.
23. Viện Chiến lược và chính sách y tế- Bộ Y tế Vietnam (Nov. 1999). *Health Policy and Medical Sociology*.

Tài liệu ngoài nước

24. Ahlbom A. & Norell S. (1990) *Introduction to modern epidemiology*. Epidemiology Resources Inc., USA, 1990.
25. Andersen I. (2001) Equity or equality in health? A theoretical discussion and a case study El Salvador. MPH 2001:28. Nordic School of Public Health, Gothenburg.
26. Dahlgren G. b (2000) Issues of equity and effectiveness in efficient equity-oriented health care policies: An introduction. In *Efficient, Equity-oriented strategies for health international perspectives-focus on Vietnam* (Hung P.M., I. Harry Minas, Liu Y.,
27. Dahlgren G., Hsio W. C.) Centre for International Mental Health (CIMH) Melbourne, Australia, pp. 3-14.
28. Dahlgren G., Hsio W. C.) CIMH Melbourne, Australia, pp. 27-52.
29. Danien N. (2000) Benchmarks of fairness for health care reform in developing countries. In *Efficient, Equity-oriented strategies for health international perspectives-focus on Vietnam* (Hung P.M., I. Harry Minas, Liu Y., Dahlgren G., Hsio W. C.) CIMH Melbourne, Australia, pp. 327-52.
30. Fabbri S.J., Kamara C.W., Mills. A. (1999). Why the poor pay more: Household curative expenditures in rural Sierra Leone. *Int. J. Health Plann. Mgmt.* **14**, 179-99.
31. Hotchkiss D. R., Rous I. J., Karmacharya K. et al. (1998). Household health expenditure in Nepal: implication for health care financing reform. *Health Policy and Plann.* **13**(4), 371-83.
32. Hotchkiss D.R. & Gordillo A. (1999) Household expenditures in Morocco: Implication for health care reform. *Int. J. Health Plann. Mgmt.* **14**, 201-17.
33. Hu S., Cheng X., Gong X., Ying D. (2000) Financing and delivery of health care for the rural population in China. In *Efficient, Equity-oriented strategies for health international perspectives-focus on Vietnam* (Hung P.M., I. Harry Minas, Liu Y., Dahlgren G., Hsio W. C.) CIMH Melbourne, Australia, pp.165-82.
34. Russell, S. (1996). Ability to pay for health care: Concepts and evidence. *Health Policy and Plann.* **11**(3), 219-37.
35. Walt G. & Gilson L. (1994) Reforming the health sector in developing countries: the central role of policy analysis. *Health Policy and Plann.* **9**(4), 353-70.

36. World Bank (1993) *World Development Report 1993: investing in health*. New York: Oxford University press.
 37. World Bank (1995) *An International Assessment of Health care Financing: Lesson for Developing Countries*. Economic Development Institute, The World Bank, Dunlop D.M, Martins J. M. (1995).
 38. World Bank (1995). *Vietnam poverty assessment and strategy*. Washington City: World Bank.
 39. World Bank, Sida, AusAID, and the Royal Netherlands Embassy in co-operation with the Ministry of Health, Vietnam (May 2001). *Vietnam - Growing Healthy: A Review of Vietnam's health sector*. Ministry of Health, Vietnam (2001).
 40. World Health Organization (2001) *Macroeconomic and health: Investing in health for economic development*. Geneva 27, Switzerland: World Health Organization Marketing and Dissemination (2001).
 41. World Health Report (2000). WHO, Geneva.
 42. Wagstaff A., Van Doorslaer E. (1993). Equity in the finance and delivery of health care. In *Equity in the finance and delivery of health care: an international perspective* (Van Doorslaer E, Wagstaff A. Rutten F.), Oxford University Press.
-

PHỤ LỤC 1:

ĐIỀU TRA HỘ GIA ĐÌNH VỀ SỬ DỤNG Y TẾ VÀ CHI PHÍ CHO Y TẾ SỬ DỤNG TẠI CƠ SỞ THỰC ĐỊA FILABAVI

Hành chính:.....

Tên chủ hộ :

Hộ gia đình số:

Số sổ hộ khẩu:.....

Cụm số:

Tên người được phỏng vấn (Chủ hộ hoặc vợ):

Tên nhân viên phỏng vấn:

Ngày:

<i>Kiểm tra và đánh giá qua</i>		
<i>Người phỏng vấn:</i>	<i>Giám sát viên:</i> .Tên: Ngày: / /200 .Nhận xét:	<i>Sinh viên nghiên cứu:</i> . Tên: . Ngày: / /200 . Nhận xét:
Vào sổ văn phòng:		

Bộ câu hỏi này dùng phỏng vấn hàng tháng trong suốt một năm (đăng ký ngày của tháng phỏng vấn gần nhất)

Câu hỏi và phân loại	Người hộ gia đình Số thành viên:							
01. Phân loại thu nhập:	Giàu 1 O	Tốt 2 O	Trung bình 3 O	Nghèo 4 O	Rất nghèo O			
Thành viên	1	2	3	4	5	6	7	8
02. Thông tin chính mỗi thành viên của hộ gia đình (Mã là cơ sở của nghiên cứu) 1) Tên... 2) Mã số cá nhân 3) Tuổi (Trẻ em < 1 tuổi,.. 4) Giới tính (M: 1; F: 2) 5) Học vấn: *. 6) Nghề nghiệp 7) Dân tộc* 8) Tôn giáo*: 9)Khác								
03. Có ai trong gia đình bạn bị ốm/thương trong tháng trước 1Có: 1 $\Rightarrow$ Câu hỏi 04.... (Nếu ốm 2 lần ghi vào cột bên) 2. Không: 2 $\Rightarrow$ Câu hỏi 18								
04Bệnh hay thương tật gì (hiện tượng bệnh) Ho Sốt Khó thở Đau đầu Đau bụng Rối loạn tiêu hoá Đau xương, khớp Thương tích, tai nạn Cao áp huyết Đau tim Các loại khác (Chi tiếtl).								

Lưu ý:

- Dân tộc: 1=Kinh; 2=Muong; 3=Dao; 4= no (cụ thể)
- Tôn giáo: 1=No; 2=Thiên chúa; 3=phatt; 4=no (cụ thể)
- Nghề nghiệp: 1=Nông dânr; 2=Cán bộ nhà nước; 3=Công nhânr;
4= Thợ thủ côngt; 5=buôn bán; 6=về hưud; 7=tre em;
8=học sinhl; 9= Nội trợ; 10=Thất nghiệp; 11=Già; 12=Các loại khác (cụ thể)
- Học vấn: lớp....l.. ; TH=Trung học; DH= Đại học; DV= Biết chữ;MC= mù chữ;
TE= trẻ em)

05. Ớm bao lâu (tính theo ngày) a). Phải nằm giường: b). Bỏ học/công việc: c). Có thể đi làm, đi học: Tổng = (a+b+c)								
06. Số liệu và tháng có ớם đau? 1) Tháng này : 1 2) Tháng trước: 2								
07. Bạn /các bạn có tư vấn của thầy thuốc hay sử dụng loại thuốc nào không? a). Có: b). Không (chuyển qua câu 19):								
08. Nếu có, bao nhiêu lâu kể từ khi bị bệnh bạn/các bạn xin ý kiến thầy thuốc(chi tiết)? (bao nhiêu ngày)								
09. Bạn/các bạn đã xin tư vấn thầy thuốc loại nào cho đến khi khỏi bệnh 1. Y tá tư nhân: 2. Người bán thuốc: 3. Trạm y tế xã 4. Bệnh viện huyện 5. Bệnh viện tỉnh: 6. Bệnh viện trung ương: 7. Thầy lang: 8. Tự chữa:								
10. Tại sao gia đình bạn lựa chọn tư vấn đầu 1. Gần nhà 2. Chất lượng tốt 3. Giá rẻ 4. Đã quen 5. Bệnh nặng 6. Các lý do khác								

11. Bạn/các bạn đã nằm viện bao lâu? (tính theo ngày) 1. Y tá tư: 2. Người bán thuốc: 3. Trạm xá 4. Bệnh viện huyện 5. Bệnh viện tỉnh: 6. Bệnh viện trung ương: 7. Thầy lang: 8. Tự chữa:								
12. Bạn/các bạn đã bao giờ điều trị nội trú và ngoại trú chưa? 1) Nội trú: 1 (Câu hỏi 13) 2) Ngoại trú: 2 (Câu hỏi 14)								
13. Tổng số tiền bạn/các bạn đã trả tại bệnh viện là bao nhiêu? (tính theo tiền đồng) Cho: a) Tư vấn: b) Thuốc: c) Xét nghiệm & X quang: d) Giường bệnh: e) Đi lại (bao gồm chi phí sản sóc của gia đình): f) Các phí khác (Cụ thể): <u>Tổng:</u>								
14. Tổng số tiền bạn/các bạn phải chi cho điều trị ngoại trú là bao nhiêu? (tính theo đồng VN) Cho: a) Tư vấn: b) Thuốc: c) Xét nghiệm & X-quang d) Giường bệnh: e) Đi lại (bao gồm chi phí chăm sóc của gia đình): f) Các phí khác (Cụ thể): Chăm sóc của gia đình Quà Các loại khác Tổng chi:..								

15. Tổng số bạn/các bạn phải chi cho: 1 Nhân viên y tế tư: 2. Người bán thuốc: 3. Trạm xá 4. Y tế huyện 5. Bệnh viện tỉnh: 6. Bệnh viện trung ương: 7. Thầy lang: 8. Tự chữa: - Tổng: (VN D) (= Câu hỏi. 13 + 14)								
16. Người bệnh là đối tượng của: 1) Bảo hiểm y tế: 2) Miễn phí (Không tính bảo hiểm y tế) 3) Thẻ người nghèo (Không tính 1 và 2.) 4) Không(ghi N. 4).....								
17. Nếu có bảo hiểm y tế hoặc thẻ người nghèo- miễn phí y tế là bao nhiêu? (theo VND) Nếu có: 1- Miễn phí toàn bộ:.. 2- Miễn phí một phần:.. . Không: Ghi “0”								
18. Khi được miễn viện phí-Mức độ bao nhiều? (theo VND) Nếu có: 1- Miễn toàn bộ: 2- Miễn một phần:.. Không: Ghi “0”								
19. Ngoài chi phí bệnh/thương tật, phải chi bao nhiêu hàng tháng cho các mục sau (VND) a) Phòng bệnh / hoặc tiêm chủng b) Cho phục hồi chức năng c) Dịch vụ kế hoạch hoá gia đình d) Kiểm tra sức khoẻ chung e) Cho các mục khác: - Tổng (VN D):								
20. Ban/các bạn có bảo hiểm y tế không(loại nào) (VN D) 1Bắt buộc: 2) Tự nguyện: Không: Ghi “0”								

21. Tổng chi cho y tế của hộ gia đình/tháng (chi phí của hộ gia đình)? (VN Đ) 1) Cho mỗi người: Tổng 13+14+19+20) 2) Cho cả hộ gia đình							
22. Tổng chi cho y tế của hộ gia đình/tháng (gồm cả miễn phí)? (VN Đ) 1) Cho mỗi người: Tổng 17+18+21) 2) Cho cả hộ gia đình							
23. Ước tính mức chi tương đối thức ăn hàng ngày của ngày hôm qua (Chỉ tính tiền mặt) 1) Gạo... 2) Thịt..... 3) Cá, tôm. 4) Trứng, đậu 5) Rau.. 6) Các thứ khác <u>Tổng:</u> (VN Đ).							
24. Trong tháng qua có khoản chi nào ngoài thực phẩm trong gia đình bạn? 1) Hàng có giá trị. 2) Y tế (= Câu. 21) 3) Giáo dục... 4) Phân bón, thuốc trừ sâu, kinh doanh, dịch vụ 5) Cưới, ma chay... 6) Các loại khác (Cụ thể).. Tổng: (VN đồng).							
25. Tổng chi trong tháng trước: Tổng = (Câu. 23 * 30 ngày) + Câu. 24							

26. Ước tính thu nhập gia đình bạn tháng qua (bằng VND): từ: Thóc lúa Gia súc Hoa quả Làm thuê Lâm nghiệp Thủ công Đánh bắt cá Kinh doanh/buôn bán Lương/trợ cấp 10) ủng hộ 11) Bán đồ.(Nếu không, bỏ câu. 28) Các thứ khác (cụ thể)... Tổng:	
27. Nếu gia đình bạn có thu nhập từ các nguồn khác, chọn "11" trong câu 26 vì lý do nào ? 1 Vì mua hàng 2 Y tế 3 Giáo dục 4 Mua phân bón, thuốc trừ sâu, kinh doanh 5 Cưới, ma chay 6 Chi tiêu hàng ngày Các chi tiêu khác (cụ thể)	
28. Gia đình bạn có vay mượn gì trong tháng qua (nợ nần)? (In VND) a). Nếu có, là bao nhiêu b). Không: 2	
29. Nếu có, cho biết lý do và số tiền (tiền đồng VN) Chi tiêu hàng ngày Y tế Giáo dục Mua phân bón, thuốc sâu, kinh doanh Cưới, ma chay Mua hàng hoá Các chi tiêu khác (cụ thể)	
30. Nếu có, gia đình bạn vay mượn nơi nào? (VND) Gia đình: Láng giềng Bạn bè Tổ chức địa phương Ngân hàng Các nơi khác (cụ thể)	

Rất cảm ơn các bạn trong việc hoàn thiện những câu hỏi trên.

PHỤ LỤC 2

GIẤY ĐỒNG Ý THAM GIA NGHIÊN CỨU CỦA HỘ GIA ĐÌNH

1- Mở đầu:

Anh chị được đề nghị tham gia vào một nghiên cứu do chị Nguyễn Thị Bích Thuận chủ trì cùng với nhóm nghiên cứu thuộc Chương trình Nghiên cứu hệ thống y tế tại Việt Nam (Fila Bavi) là chương trình hợp tác giữa trường Đại học Y Hà Nội Việt Nam với Đơn vị Nghiên cứu Sức khỏe quốc tế [IHCAR] Viện Karolinska và Khoa dịch tễ học của Đại học Umea-Thụy Điển. Chương trình được tổ chức Sida/SAREC tài trợ. Anh chị được tham gia nghiên cứu vì đáp ứng các tiêu chuẩn của đối tượng nghiên cứu.

Anh chị nên đọc kỹ thông tin dưới đây và có thể hỏi về bất cứ điều gì mà anh chị không hiểu trước khi quyết định có tham gia hay không.

2- Mục đích của nghiên cứu:

Xây dựng bộ câu hỏi dựa vào mục tiêu nghiên cứu và thông lệ chung.

- Nghiên cứu gánh nặng chi phí y tế trên cơ sở so sánh mức thu nhập và chi tiêu của các hộ gia đình, các hình thức chữa bệnh tại các nhóm có thu nhập khác nhau ở nông thôn Việt Nam.

- Nghiên cứu mô tả các hộ gia đình ở các nhóm có thu nhập khác nhau sử dụng chi phí cho y tế như thế nào

- Đề xuất một số giải pháp nhằm đảm bảo chi phí y tế cho chăm sóc sức khỏe hộ gia đình nông thôn nói chung và hộ nghèo nói riêng.

3- Quy trình thực hiện:

Nếu anh chị quyết định tham gia vào nghiên cứu, anh chị phải trả lời một số câu hỏi ngắn về hiểu biết, thái độ của anh chị đối với vấn đề liên quan đến kinh tế xã hội đặc biệt là về thu nhập và chi tiêu hộ gia đình.

4- Những nguy cơ và bất lợi nếu anh chị tham gia nghiên cứu:

Nếu chúng tôi hỏi anh chị về những điều trên có ảnh hưởng gì đến bí mật kinh tế gia đình mình không?

Hàng tháng điều tra viên đến gia đình phát cho gia đình một mẫu theo dõi chi phí và thu nhập của hộ gia đình và phỏng vấn lấy thông tin cho tháng trước đó thì có làm mất thời gian của anh chị không?

5- Những lợi ích nhận được nếu tham gia nghiên cứu:

Nếu chúng tôi thu thập được thông tin về thu nhập và chi tiêu mà đặc biệt là xác định chi phí hộ gia đình cho y tế để xác định việc chi phí cho y tế có phải là gánh nặng của các hộ gia đình nông thôn Việt Nam không? để từ đó đề xuất một số giải pháp nhằm đảm bảo chi phí y tế cho chăm sóc sức khỏe hộ gia đình nông thôn nói chung và hộ nghèo nói riêng, hướng tới sự công bằng trong chăm sóc y tế cho người nghèo ở nông thôn

6- Trả công cho sự tham gia nghiên cứu:

Anh chỉ không phải trả bất cứ một khoản gì trong quá trình tham gia nghiên cứu.

7- Đảm bảo sự bí mật của thông tin thu thập:

Mỗi người tham gia có một hồ sơ riêng, chúng tôi đảm bảo giữ bí mật cho gia đình. Tất cả những người điều tra viên, giám sát viên và nghiên cứu viên đều đã được hướng dẫn điều này.

8- Sự tình nguyện tham gia:

Sự tham gia của anh chị vào nghiên cứu là hoàn toàn tự nguyện, chúng tôi không ép buộc. Nếu như trong quá trình tham gia vì lý do nào đó mà anh chị không muốn tiếp tục tham gia, anh chị có quyền tự do rút khỏi nghiên cứu bất kỳ lúc nào.

9- Liên hệ với người điều tra:

Trong quá trình thực hiện có điều gì thắc mắc cần hỏi anh chị hãy liên hệ ngay với chúng tôi theo địa chỉ dưới đây:

Nguyễn Thị Bích Thuận - Vụ Tài chính kế toán - Bộ Y tế

Điện thoại 0912242209

Email: ntbthuan@yahoo.com

10- Cam kết

Sau khi đọc kỹ những thông tin trên, tôi xin tự nguyện đồng ý tham gia nghiên cứu và xin tuân thủ các quy định của nghiên cứu.

Ngày tháng năm
(Ghi rõ họ tên)

MỤC LỤC

1. Đặt vấn đề	0
2. Tổng quan nghiên cứu.....	5
2.1. Tình hình nghiên cứu ở nước ngoài	5
2.2. Tình hình nghiên cứu ở Việt Nam	6
3. mục tiêu nghiên cứu	9
4. Nội dung nghiên cứu.....	9
4.1. Các vấn đề cần nghiên cứu:.....	9
4.2. Phương pháp nghiên cứu	9
4.2.1. Địa điểm nghiên cứu	9
4.2.2. Đối tượng nghiên cứu.....	11
4.2.3. Thiết kế nghiên cứu.....	11
4.2.4. Phương pháp thu thập số liệu	11
4.2.5. Biện pháp khống chế sai số:.....	12
4.2.6. Một số khái niệm sử dụng trong nghiên cứu	12
4.2.7. Cỡ mẫu và chọn mẫu.....	14
4.2.8. Quản lý và sử lý số liệu.....	15
4.2.8 Khía cạnh đạo đức trong nghiên cứu:	15
5. Kết quả	16
5.1. Tóm tắt những kết quả nghiên cứu chính.....	16
5.2. Kết quả chính:	17
5.3. Sự kiện ốm đau	18
5.4. Sử dụng dịch vụ chăm sóc sức khỏe.....	19
5.5. Chi phí y tế hộ gia đình.....	22
5.5.1. Chi phí y tế trung bình hộ gia đình	22
5.5.2. Chi tiêu của hộ gia đình theo loại hình y tế khác nhau.	23
5.5.3. Chi trả dịch vụ y tế hộ gia đình theo dạng/loại hình điều trị. ..	24
5.5.4. Chi phí y tế hộ gia đình và các chi phí khác	26
5.5.5. Vay và bán đồ để thanh toán chi phí y tế.....	28
6. Bàn luận.....	29
6.1. Về phương pháp nghiên cứu	29
6.2. Chi phí cho y tế của hộ gia đình nói chung.....	32
6.3. Chi phí y tế hộ gia đình theo các loại dịch vụ y tế.....	35
6.4. Chi phí y tế hộ gia đình theo các nhà cung cấp dịch vụ y tế.....	36
6.5. So sánh chi phí y tế hộ gia đình với các loại chi phí khác	37
6.6. Vay mượn và bán đồ để chi trả cho y tế.....	38
7. Kết luận và kiến nghị	39
7.1. Kết luận.....	39
7.1.1. Gánh nặng về chi phí y tế.....	39
7.1.2. Sử dụng dịch vụ y tế của các nhóm kinh tế khác nhau	39
7.2. Kiến nghị.....	40

Tài liệu tham khảo.....	42
Phụ lục 1:.....	46
Phụ lục 2.....	53